



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA**

**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE CARDIO – TORACO –
VASCOLARI E SANITÀ PUBBLICA**

CORSO DI LAUREA IN ASSISTENZA SANITARIA

TESI DI LAUREA

**INDAGINE SUGLI STILI DI VITA E
LA PERCEZIONE DEL RISCHIO DI RECIDIVA
IN DONNE CON PREGRESSA DIAGNOSI DI
TUMORE AL SENO**

**RELATORE: PROF.SSA VALERIA NASCIMBEN
CORRELATORI: DR.SSA CHIARA CANAL
DR.SSA ERICA BINO**

LAUREANDA: ELLEN BORGA

ANNO ACCADEMICO 2022 – 2023



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA**

**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE CARDIO – TORACO –
VASCOLARI E SANITÀ PUBBLICA**

CORSO DI LAUREA IN ASSISTENZA SANITARIA

TESI DI LAUREA

**INDAGINE SUGLI STILI DI VITA E
LA PERCEZIONE DEL RISCHIO DI RECIDIVA
IN DONNE CON PREGRESSA DIAGNOSI DI
TUMORE AL SENO**

RELATORE: PROF.SSA VALERIA NASCIMBEN

CORRELATORI: DR.SSA CHIARA CANAL

DR.SSA ERICA BINO

LAUREANDA: ELLEN BORGA

ANNO ACCADEMICO 2022 – 2023

INDICE

PREMESSA

CAPITOLO 1 – INTRODUZIONE	pag. 3
1.1 Premessa epidemiologica	pag. 3
1.2 Prevenzione delle recidive	pag. 3
1.3 Educazione oncologica	pag. 5
1.4 Determinanti di cronicità	pag. 7
CAPITOLO 2 – PRESENTAZIONE DEL PROGETTO	pag. 13
2.1 Il problema	pag. 13
2.2 Scopo dello studio	pag. 13
2.3 Revisione della letteratura	pag. 14
CAPITOLO 3 – MATERIALI E METODI	pag. 17
3.1 Campionamento	pag. 17
3.2 Questionario	pag. 18
3.3 Analisi statistica	pag. 21
3.4 Aspetti autorizzativi	pag. 22
3.5 Limiti dello studio	pag. 23
CAPITOLO 4 – RISULTATI E DISCUSSIONE	pag. 25
4.1 Analisi descrittiva del campione	pag. 25
4.2 Abitudini alimentari	pag. 28
4.3 Rapporto con l'attività fisica	pag. 29
4.4 Abitudine al fumo e all' <i>alcool</i>	pag. 32
4.5 Consapevolezza e percezione del rischio di recidiva	pag. 35

CAPITOLO 5 – IPOTESI DI INTERVENTO	pag. 41
5.1 Razionale e descrizione del progetto	pag. 41
5.2 Obiettivi del progetto	pag. 43
5.3 Programma delle attività e piano di valutazione	pag. 44
5.4 Fattibilità del progetto	pag. 48
5.5 Formazione Sul Campo	pag. 49
CAPITOLO 6 – CONCLUSIONI	pag. 51
BIBLIOGRAFIA	pag. 53
SITOGRAFIA	pag. 55
ELENCO DELLE TABELLE	pag. 57
ELENCO DEI GRAFICI	pag. 59
ALLEGATI	pag. 61



**CORSO DI LAUREA
IN ASSISTENZA SANITARIA**
POLO DIDATTICO DI CONEGLIANO
CORSO DI PROMOZIONE DELLA SALUTE
ACCREDITATO IUHPE



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA**

LAUREANDA: ELLEN BORGA

MATRICOLA: 2016336

TITOLO DELLA TESI: “INDAGINE SUGLI STILI DI VITA E LA PERCEZIONE DEL RISCHIO DI RECIDIVA IN DONNE CON PREGRESSA DIAGNOSI DI TUMORE AL SENO”

TITOLO IN INGLESE: “SURVEY ON LIFESTYLES AND PERCEIVED RISK OF RECURRENCE IN WOMEN WITH PREVIOUS BREAST CANCER DIAGNOSIS”

RELATORE: PROF.SSA VALERIA NASCIMBEN

CORRELATORI: DR.SSA CHIARA CANAL, DR.SSA ERICA BINO

INTRODUZIONE: le statistiche globali suggeriscono che il tumore al seno è la neoplasia più diagnosticata nelle donne, con circa 2,3 milioni di nuovi casi segnalati nel 2020. Nonostante l’incidenza in aumento a tutte le latitudini, le evidenze scientifiche mostrano una chiara associazione tra gli interventi preventivi sugli stili di vita e la riduzione/ritardo dei fenomeni di recidiva. Il presente studio si propone di rilevare l’eventuale necessità di implementare l’educazione oncologica, a tutt’oggi genericamente limitata, nel territorio bellunese dell’Azienda ULSS 1 Dolomiti.

MATERIALI E METODI: nella popolazione femminile aderente all’Associazione Donne Operate al Seno (ADOS) di Belluno con pregressa diagnosi di tumore mammario si è somministrato un questionario autoredatto, proposto in modalità *Computer Assisted Personal Interview* in *Google* Moduli. Si sono indagati gli stili di vita relativi ad alimentazione, attività fisica, fumo e *alcohol* in correlazione alla percezione del rischio di recidiva.

RISULTATI E DISCUSSIONE: le donne *target* del campione analizzato riferiscono una considerevole adesione alla dieta mediterranea, generalmente accompagnata alla pratica di attività fisica moderata. Il ricorso a fumo e *alcohol* si rivela essere tendenzialmente nullo. Si riscontra un’accettabile percezione del rischio di recidiva, nonostante l’attività di informazione ed educazione oncologica da parte dei professionisti sanitari riportata dalle donne risulti carente.

CONCLUSIONI: dallo studio emerge un’aderenza relativamente buona alle Raccomandazioni del *World Cancer Research Fund (WCRF)* e dell’*American Institute for Cancer Research (AICR)* per la prevenzione delle recidive del tumore al seno. Le donne dimostrano un certo livello di consapevolezza sui propri stili di vita e sui fattori che concorrono ad un aumentato rischio di sviluppo di recidive, tuttavia non sono chiaramente determinabili le fonti da cui derivano le loro conoscenze.

PREMESSA

“La salute si sviluppa nei contesti della vita quotidiana – nei quartieri e nelle comunità in cui le persone vivono, lavorano, amano, fanno acquisti e si divertono.”

Dichiarazione di Shanghai, 2016

La presente tesi nasce, sulla scia del precetto insegnato dalla citazione di cui sopra, dalla volontà di contribuire alle iniziative di prevenzione, promozione ed educazione alla salute del proprio territorio, in risposta ai bisogni della comunità.

La produzione della tesi di ricerca ha rappresentato un’opportunità formativa rilevante che ha permesso la partecipazione ad un’esperienza dal carattere altamente professionalizzante e la realizzazione di collaborazioni significative per il proprio futuro lavorativo ormai prossimo.

L’occasione di confronto con la popolazione femminile arruolata nel campione e le altre figure professionali coinvolte ha stimolato una relazione circolare, animata da uno spirito propositivo di iniziativa, che ha consentito alla laureanda di acquisire competenze di base per lo svolgimento della professione di Assistente Sanitario e l’ha resa protagonista attiva del proprio processo di apprendimento e di sviluppo professionale.

L’elaborato che segue si configura come una tesi di laurea dal carattere tecnico-scientifico, incentrata sull’indagine circa le conoscenze e la consapevolezza possedute dalle donne del campione di studio relativamente ai propri stili di vita in correlazione al rischio di recidive del tumore al seno e la loro percezione a riguardo. Si presenta di seguito la strutturazione assegnata al lavoro di ricerca.

L’esposizione prenderà avvio da un primo capitolo introduttivo nel quale, attraverso la ricerca in letteratura, è indagato il contesto di riferimento del problema individuato a livello internazionale e locale, con maggior dettaglio per gli aspetti del fenomeno che riguardano la realtà socio-sanitaria in cui si inserisce la popolazione femminile bellunese toccata dalla diagnosi.

Il secondo capitolo proporrà l’approfondimento del progetto di tesi realizzato, delineando la *lack of knowledge*, letteralmente il “vuoto di conoscenza” e dunque il problema che ha legittimato il lavoro di ricerca, i relativi quesiti ed obiettivi, il contributo e i limiti dello studio svolto, nonché il processo di revisione della letteratura disponibile sull’argomento.

Un terzo capitolo si focalizzerà, attraverso una serie di sottocapitoli, sulla descrizione dei materiali e metodi impiegati per il campionamento, del questionario autoredatto, dell'analisi statistica condotta e degli aspetti autorizzativi dello studio.

Il quarto capitolo, riservato all'analisi dei risultati e alla loro discussione, restituirà una rielaborazione critica dei dati aggregati raccolti, nel rispetto delle norme in vigore sulla *privacy*.

Un quinto capitolo relazionerà sul confronto tra le informazioni tratte dalle fonti scientifiche e l'elaborazione dei dati raccolti sul campo, rispondendo ai quesiti di ricerca iniziali. Il bilancio complessivo metterà in evidenza in quali occasioni la ricerca applicata al campione di proprio riferimento ha confermato le conclusioni degli articoli consultati.

CAPITOLO 1 – INTRODUZIONE

1.1 Premessa epidemiologica

Il cancro al seno è, nel mondo, il tumore più frequentemente diagnosticato nel genere femminile. Le statistiche globali stimano che la sua incidenza sia salita da 2,1 milioni di nuovi casi segnalati nell'anno 2018 a 2,3 milioni nel 2020.¹ Il numero dei casi diagnosticati è in aumento a tutte le latitudini, sia nei Paesi poveri che nei Paesi ricchi. Se nei primi le donne si ammalano di meno, è pur vero che i tassi di mortalità sono quattro volte superiori.²

Solamente in Europa, l'*European Cancer Information System* (ECIS) ha stimato oltre 460 mila casi incidenti all'anno.³

Si calcola che in Italia 55.700 donne abbiamo ricevuto una diagnosi di tumore al seno nel 2022, con un'incidenza nel Sud Italia inferiore rispetto a quella che si rileva al Nord e maggiore nelle aree urbane di tutta la Penisola.⁴

La provincia di Belluno non fa eccezione. Secondo le statistiche dell'Azienda ULSS 1 Dolomiti nell'anno 2021 sono state operate per tumore al seno ca. 88 donne precedentemente identificate mediante *screening*.

Pertanto, anche tra la popolazione bellunese saranno sempre più presenti, negli anni avvenire, donne che avranno affrontato e superato l'esperienza di un tumore al seno e per le quali l'Unità Locale Socio-Sanitaria (ULSS) dovrà condurre azioni di prevenzione e di promozione di corretti stili di vita, per consentire un significativo guadagno di vita in buona salute.

1.2 Prevenzione delle recidive

L'incremento dei nuovi casi si accompagna tuttavia ad un costante aumento della sopravvivenza tra i soggetti affetti da tumore al seno, registrato negli ultimi decenni. Vi sono prove crescenti che

¹ Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*. 2021 May;71(3):209-249. doi: 10.3322/caac.21660. Epub 2021 Feb 4. PMID: 33538338

² Emily Heer, Andrew Harper, Noah Escandor, Hyuna Sung, Valerie McCormack, Miranda M Fidler-Benaoudia, "Global burden and trends in premenopausal and postmenopausal breast cancer: a population-based study", *The Lancet Global Health*, 2020 August

³ International Agency for Research on Cancer (IARC), Global Cancer Observatory, <<https://gco.iarc.fr/>> (ultima consultazione: 13 ottobre 2023)

⁴ Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM), rapporto Convegno nazionale "Carcinoma mammario, traguardi raggiunti e le nuove sfide", <<https://www.aiom.it/oggi-a-roma-il-convegno-nazionale-carcinoma-mammario-traguardi-raggiunti-e-le-nuove-sfide/>>, 2018 (ultima consultazione: 13 ottobre 2023)

uno stile di vita sano, con una dieta equilibrata basata sui principi mediterranei associata ad una moderata attività fisica quotidiana, possa influenzarne favorevolmente la prognosi. Nello specifico, è stato osservato che abitudini di vita salutari non solo riducono il rischio di sviluppare il tumore al seno, ma mitigano anche gli effetti collaterali del trattamento, quale può essere la chemioterapia adiuvante, così come il rischio di recidiva in coloro che hanno avuto la diagnosi.⁵ Oggi, dunque, sempre più donne sconfiggono la malattia; in Italia le percentuali di guarigione sono cresciute negli ultimi quindici anni di circa il 6%, passando dall'81% all'87%.⁴ La rilevanza di tali risultati risiede nella messa in evidenza del ruolo chiave assunto dai professionisti che trattano l'oncologia, nei suoi molteplici ambiti di impiego, nell'educazione oncologica a fini preventivi.

Tra i numerosi studi condotti dalle eccellenze nel campo, il dott. Franco Berrino e la dott.ssa Villarini Anna insieme ad altri ricercatori, spicca “*Diet and Androgens-5*” (DIANA-5); sebbene sia stato svolto una decina d'anni fa, il prestigioso studio multicentrico si configura come la premessa scientifica che razionalizza molteplici progetti di ricerca successivi, i quali ne confermano le conclusioni e gli valgono numerose citazioni. Il progetto DIANA-5 dimostra che le recidive del cancro al seno sono le principali responsabili della malattia metastatica e dell'elevato tasso di mortalità rispetto al tumore primitivo; pertanto prevenirle in caso non vi sia ancora una diagnosi o ritardarle in caso di tumore conclamato è la chiave per aumentare la possibilità di guarigione.⁶

Gli esiti di questo studio sono in linea con le conclusioni tratte dalle sperimentazioni successive; tuttavia secondo il rapporto presentato nel 2018 dall'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) al Convegno nazionale “*Carcinoma mammario, traguardi raggiunti e le nuove sfide*”, la scarsa attenzione nei confronti di uno stile di vita sano dopo la diagnosi e la cura per tumore al seno rischia di vanificare gli importanti risultati che oggi si possono raggiungere con terapie sempre più efficaci, come la chemioterapia, l'ormonoterapia e l'immunoterapia, che permettono alla grande maggioranza delle donne di sopravvivere alla malattia. Troppo spesso le pazienti si

⁵ Jia T, Liu Y, Fan Y, Wang L, Jiang E. Association of Healthy Diet and Physical Activity With Breast Cancer: Lifestyle Interventions and Oncology Education. *Front Public Health*. 2022 Mar 23;10:797794. doi: 10.3389/fpubh.2022.797794. PMID: 35400043; PMCID: PMC8984028

⁶ Villarini A, Pasanisi P, Traina A, Mano MP, Bonanni B, Panico S, Scipioni C, Galasso R, Paduos A, Simeoni M, Bellotti E, Barbero M, Macellari G, Venturelli E, Raimondi M, Bruno E, Gargano G, Fornaciari G, Morelli D, Seregni E, Krogh V, Berrino F. Lifestyle and breast cancer recurrences: the DIANA-5 trial. *Tumori*. 2012 Jan-Feb;98(1):1-18. doi: 10.1177/030089161209800101. PMID: 22495696

lasciano la malattia alle spalle e tornano alla vita di prima senza abbandonare i comportamenti a rischio, dal fumo alla sedentarietà, fino ad una dieta inadeguata. Infatti: *“Solo l’11% delle donne guarite incrementa l’attività fisica ed appena il 15% sceglie una dieta più sana”*. La popolazione femminile con una pregressa diagnosi di tumore al seno risulta ancora disinformata sull’importanza di non tornare a scorrette abitudini, specie se si tratta di diete alimentari ricche di grassi animali, quali carni rosse e burro.

Dal rapporto presentato emerge che un’alimentazione inidonea può aumentare del 24% il rischio di recidiva del tumore, mentre aumentare di peso di 5 kg dopo la diagnosi o la terapia incrementa il rischio di mortalità del 13%. Quanto al movimento, invece, bastano 150 minuti di attività fisica a settimana, ad esempio camminata veloce o giardinaggio, per ridurre del 25% la mortalità per tumore al seno nelle donne fisicamente attive che hanno ricevuto la diagnosi rispetto alle sedentarie. Come affermato dall’AIOM, particolare attenzione deve essere rivolta anche al fumo di sigaretta; le donne che hanno abbandonato questa abitudine ma che in passato hanno fumato dalle 20 alle 35 sigarette presentano un rischio di recidiva del 22%, per le fumatrici di più di 35 sigarette è del 37% e per coloro che non hanno mai smesso si attesta addirittura al 41%.⁴

Il più recente Congresso nazionale tenuto dall’AIOM, svoltosi a Perugia il 07 e 08 luglio 2023, consolida i precedenti risultati rivelando inoltre che: *“Bastano 50 grammi di alcool al giorno, pari a poco più di 3 bicchieri, per determinare un aumento di rischio di cancro della mammella del 50% rispetto a chi non beve”*.⁷

1.3 Educazione oncologica

L’implementazione di interventi preventivi basati sullo stile di vita nelle popolazioni a rischio per il tumore al seno e nelle sopravvissute è stata finora limitata, nonostante la loro comprovata miriade di benefici.

“In Italia il 36,9% delle donne è sedentario, il 26,8% è in sovrappeso e l’11,1% obeso, il 15,3% fuma mentre l’8,7% consuma alcool in quantità a rischio per la salute”. Questi comportamenti aumentano la probabilità di sviluppare non solo il tumore al seno e le sue recidive, ma anche altre neoplasie e gravi malattie, come quelle cardiovascolari, metaboliche e neurodegenerative. Inoltre, la frequenza delle abitudini di vita scorrette incrementa con l’avanzare dell’età, proprio quando il

⁷ Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM), rapporto Congresso nazionale *“Le nuove coordinate dell’oncologia di precisione: dalla prevenzione alla cura ‘su misura’*”, <<https://www.aiom.it/tumore-del-seno-il-37-delle-donne-e-sedentario-e-troppo-alcol-per-il-9-gli-stili-di-vita-sani-riducono-del-27-il-rischio-di-sviluppare-la-malattia/>>, 2023 (ultima consultazione: 14 ottobre 2023)

rischio di sviluppare il tumore al seno è più alto, anche a causa dei cambiamenti ormonali legati alla menopausa.⁷

A fronte del peso delle prove esposte, solamente nell'ultimo ventennio vi sono testimonianze di interventi che riscattano e valorizzano il ruolo decisivo assunto dall'educazione oncologica nell'ambito della sfida per la riduzione del carico di tumore al seno. Il progetto "DianaWeb", che nasce sulla scia del *trial* clinico DIANA-5 ponendosi come sua continuazione logica, ne è un esempio. Le comunicazioni di DianaWeb si basano su una piattaforma *online* interattiva. Alle donne arruolate viene chiesto di inviare informazioni cliniche sulla loro condizione dalla diagnosi di tumore al seno in poi; dopo essersi autenticate effettuando il *login* alla piattaforma, esse possono accedere alle informazioni *evidence-based* sull'argomento di indagine e ai risultati progressivamente ottenuti durante il progetto, sia relativamente ai progressi personali che a quelli riferiti all'intera comunità in studio. Tali donne possono anche contribuire alla crescita delle conoscenze sugli stili di vita da adottare per prevenire le recidive condividendo ricette, strategie di movimento e modalità di gestione del cambiamento nella pratica quotidiana; queste ultime saranno verificate e qualificate dai ricercatori coinvolti prima della loro pubblicazione nella piattaforma.⁸

Il grande merito del progetto, così come delle iniziative analoghe, consiste nel suo aver sfruttato i nuovi metodi di comunicazione *web-based* per generare rete ed informazione tra le donne con diagnosi di tumore al seno, accomunate dalla necessità di affrontare percorsi affini. Infatti il potenziale sotteso ad una modalità di trasmissione dell'educazione oncologica controllata e ad alta comprensibilità risiede nell'incremento dell'*Health literacy*, ovvero letteralmente "L'alfabetizzazione alla salute", in quanto accresce l'accessibilità a fonti qualificate. Da qui ne consegue altresì l'*Empowerment* delle donne, ossia il processo che determina l'acquisizione di potere per aumentare la possibilità delle singole di esercitare un controllo attivo e consapevole sulla vita, diventando artefici della propria salute.

Il *World Cancer Research Fund* (WCRF) con l'*American Institute for Cancer Research* (AICR) meritano anch'essi di essere citati per l'impegno profuso nella promozione della prevenzione primaria e terziaria dei tumori attraverso la ricerca e la divulgazione delle conoscenze sulle loro

⁸ Villarini A, Villarini M, Gargano G, Moretti M, Berrino F. DianaWeb: un progetto dimostrativo per migliorare la prognosi in donne con carcinoma mammario attraverso gli stili di vita [DianaWeb: a demonstration project to improve breast cancer prognosis through lifestyles]. *Epidemiol Prev.* 2015 Sep-Dec;39(5-6):402-5. Italian. PMID: 26554696

cause, sottoforma di raccomandazioni basate su robuste evidenze scientifiche. L'articolo *“Adherence to the World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research Recommendations and the Risk of Breast Cancer”*, pubblicato nel 2020 sulla rivista scientifica *“Nutrients”*, evidenzia che le donne che aderiscono alle raccomandazioni stilate dal WCRF hanno un rischio di recidiva del tumore al seno ridotto di circa il 30% rispetto alle donne che non le seguono. Lo studio che restituisce i risultati relazionati nell'articolo scientifico è stato condotto dall'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano in collaborazione con altri centri di ricerca italiani e svizzeri, tra cui il Centro di Riferimento Oncologico di Aviano e l'Università di Losanna. Si tratta di una ri-analisi sistematica combinata di tutte le ricerche disponibili sull'argomento promosse nei continenti Europeo e Americano, che ha considerato 16 studi epidemiologici per un totale di più di 37 mila donne con diagnosi di tumore al seno.⁹

1.4 Determinanti di cronicità

L'articolo scientifico più consultato, che ha svolto il ruolo di riferimento primario nella conduzione del progetto di tesi è: *“Association of Healthy Diet and Physical Activity With Breast Cancer: Lifestyle Interventions and Oncology Education”*. Pubblicato nel 2022, rappresenta una revisione sistematica della letteratura scientifica più aggiornata (2016–2022) relativa alle associazioni tra gli interventi quotidiani basati sullo stile di vita e il loro impatto sul rischio di recidiva nelle donne che hanno affrontato la diagnosi di tumore al seno. L'articolo suggerisce che l'adozione di cambiamenti sostenibili per fronteggiarne la ricomparsa deve mirare a correggere primariamente la scorretta alimentazione, l'attività fisica irregolare ed il ricorso al fumo di sigaretta e all'alcool, che a ben vedere sono generalmente riconosciuti come i “Determinanti di cronicità”, ossia i fattori predittivi della maggioranza delle condizioni patologiche croniche, incluso il tumore al seno.

Alimentazione

Le recidive del tumore al seno si manifestano di fatto nell'ordine del 30% in donne che presentano fattori di rischio come la sindrome metabolica ed alti livelli di testosterone, parametri che sono controllabili attraverso una specifica alimentazione. Nella fattispecie ci si riferisce alla

⁹ Turati F, Dalmartello M, Bravi F, Serraino D, Augustin L, Giacosa A, Negri E, Levi F, La Vecchia C. Adherence to the World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research Recommendations and the Risk of Breast Cancer. *Nutrients*. 2020; 12(3):607. <https://doi.org/10.3390/nu12030607>

dieta mediterranea, avente per caposaldo l'olio extravergine d'oliva, che ha dimostrato un'efficace azione protettiva contro le recidive. In quanto ricca di cereali integrali, vegetali e legumi, riduce infatti il rischio di sindrome metabolica, che si è detto essere una condizione di aumentato rischio di malattia. Contrariamente, si è osservato che i cibi raffinati e i grassi animali vanno limitati poiché tendono a rallentare l'azione dell'insulina e a mantenere alta la glicemia, fattori associati ad una maggiore probabilità di sviluppo o progressione del tumore.

La frutta e la verdura fresca sono conosciute come antiossidanti naturali. Il loro consumo routinario aumenta il livello di fibre nel corpo, il che fornisce resistenza alla tumorigenesi. È ormai appurato che un peso considerevole nella riduzione del rischio per il tumore al seno e le sue recidive è svolto dall'assunzione frequente di verdure in foglia, sia crude come le insalate che cotte come le bietole, gli spinaci e la catalogna. Fanno eccezione le categorie della patata e delle verdure solanacee, come i pomodori, le melanzane e i peperoni, alle quali non è riconosciuto il medesimo potere protettivo. Sulla base della considerazione in merito al loro alto contenuto di poliammine, collegate ad un'elevata proliferazione cellulare, è sorta l'indicazione precauzionale di ridurre il consumo. Tuttavia appare doveroso riferire che i dati scientifici finora pubblicati non attribuiscono a tali alimenti, in una dieta varia di tipo mediterraneo, la capacità di incrementare il rischio di recidiva o di peggioramento della prognosi in caso di malattia oncologica al seno.

Quanto alla carne rossa, quando viene cotta ad alte temperature rilascia composti cancerogeni che potenzialmente mediano l'insorgenza del tumore al seno. Per giunta i ricercatori hanno consolidato che il suo consumo, specialmente se è lavorata, aumenta i radicali liberi, anch'essi coinvolti nell'attività cancerogena. Si ritiene che la carne rossa non trasformata comporti un rischio aumentato del 6% rispetto al non consumo dell'alimento, mentre la carne lavorata è associata ad un rischio di tumore superiore del 9% a causa dei livelli più elevati di ferro eme, altamente ossidante. Di prassi non si suggerisce di evitare completamente la carne perché è una fonte di sostanze nutritive, come proteine, ferro, zinco e vitamina B12, bensì si raccomanda di limitare il consumo di carne rossa lavorata.

Una dieta ricca di grassi in *post*-menopausa apporta livelli di colesterolo totale e di trigliceridi tali da determinare un aumento della mortalità per tumore al seno. Ciò è maggiormente vero per i grassi saturi derivanti da latticini ad alto contenuto lipidico. Le evidenze scientifiche rivelano che un eccessivo introito di grassi è correlato ad un incremento del 24% del rischio di recidiva del tumore.

Ulteriori raccomandazioni fondate, legate alle abitudini alimentari, riguardano la necessità di contenere il consumo di bevande zuccherate ed alimenti ad alto contenuto energetico, come i dolci, i cibi preconfezionati o i *fast-food*. L'utilizzo di sale non dovrebbe superare i 5 grammi giornalieri e bisognerebbe preferire quello iodato. La Terapia Ormonale Sostitutiva (TOS) è da evitare, mentre si deve prestare molta attenzione nel ricorso agli integratori alimentari. Infine, è importante mantenersi entro il proprio peso-forma; infatti anche l'eccesso di chili, soprattutto in *post-menopausa*, può aumentare il rischio di recidiva del tumore al seno perché il tessuto adiposo è la principale fonte di sintesi di estrogeni circolanti, con conseguente eccessivo stimolo ormonale sulla ghiandola mammaria.

Attività fisica

L'attività fisica è stata considerata uno strumento protettivo contro il tumore al seno fin dal 1980 e negli ultimi due decenni sono stati numerosi i ricercatori che hanno affrontato ed esplorato l'argomento, descrivendo il collegamento tra il movimento e i cambiamenti riflessi sulla prognosi del tumore. I risultati delle ricerche hanno dimostrato che l'esercizio aerobico di moderata intensità contribuisce a prevenire la comparsa di recidive ed è correlato ad una più lunga aspettativa di vita nelle donne a cui è stato diagnosticato. Infatti, sebbene non esista un legame diretto tra l'attività fisica e la riduzione del rischio di tumore al seno, i molteplici processi fisiologici interconnessi che questa innesca hanno effetto favorevole sulla regolazione degli ormoni sessuali, la resistenza all'insulina ed i suoi livelli, l'infiammazione, lo *stress* ossidativo, i linfedemi, la forma fisica e perfino il disagio psicologico. Tutto ciò contribuisce alla prevenzione terziaria *post* diagnosi.

È stato dimostrato che al pari dei 150 minuti settimanali di attività fisica moderata raccomandati dal WCRF, anche 75 minuti di esercizio fisico intenso e 2-3 sessioni di allenamento della forza, se introdotti nella personale *routine* settimanale, aiutano a ridurre il rischio di recidiva e la mortalità per tumore al seno.

In uno studio del 2022 rientrante tra gli esaminati nella revisione sistematica cui si è fatto riferimento, che si ricorda essere "*Association of Healthy Diet and Physical Activity With Breast Cancer: Lifestyle Interventions and Oncology Education*", è stato scoperto che un programma di esercizi terapeutici supervisionati, combinato con l'educazione del paziente, può ridurre significativamente la fatica percepita ed aumentare la capacità funzionale di coloro che soffrono

di affaticamento correlato al tumore al seno. Ciò non è altrettanto vero per i programmi di esercizi che non prevedono alcuna supervisione¹⁰. Allo stesso modo, altri studi indicano che le sessioni orientate al supporto per il cambiamento dello stile di vita svolte dagli operatori oncologici risultano considerevolmente influenti nel determinare un aumento dei livelli di attività fisica tra le utenti con pregressa diagnosi di tumore al seno.

Nel loro insieme, questi risultati suggeriscono che l'esercizio motorio è un metodo efficace per diminuire il rischio di recidiva di tale tumore e potrebbe influenzare la prognosi di milioni di donne che ne sono affette.

Fumo e alcool

Il fumo è un noto fattore di rischio per diverse neoplasie; nel caso specifico del tumore al seno, una meta-analisi pubblicata nel 2022 sulla rivista scientifica "*Frontiers in Oncology*" ha approfondito il tema analizzando 77 studi, per un totale di 2,3 milioni di partecipanti. Dai dati raccolti è emerso che, rispetto alla mancata esposizione al tabagismo, il fumo attivo aumenta il rischio di tumore al seno del 15%, percentuale che sale al 24% nelle donne in pre-menopausa. Il fumo passivo non sembra essere più innocuo di quello attivo; concorre infatti anch'esso ad incrementare il rischio, soprattutto in pre-menopausa.

Un altro risultato interessante suggerisce che un'esposizione al fumo attivo precedente rispetto al primo parto aumenta il rischio di tumore del 22%, mentre fumare successivamente al primo parto incrementa il rischio dell'8%.

L'ipotesi più accreditata del meccanismo attraverso il quale il fumo agisce come fattore cancerogeno è da ricondurre al coinvolgimento degli agenti sprigionati dalla combustione nelle mutazioni che può subire il DNA cellulare.¹¹

Anche i dati di uno studio italiano, vincitore del premio conferito dalla Fondazione Umberto Veronesi, conferma l'effetto cancerogeno esercitato dal fumo, sia attivo che passivo. Le prime stime calcolate per l'Italia hanno attribuito a quest'ultimo il 4.3% delle morti per tumore al seno.

¹⁰ Prieto-Gómez V, Yuste-Sánchez MJ, Bailón-Cerezo J, Romay-Barrero H, de la Rosa-Díaz I, Lirio-Romero C, Torres-Lacomba M. Effectiveness of Therapeutic Exercise and Patient Education on Cancer-Related Fatigue in Breast Cancer Survivors: A Randomised, Single-Blind, Controlled Trial with a 6-Month Follow-Up. *J Clin Med*. 2022 Jan 5;11(1):269. doi: 10.3390/jcm11010269. PMID: 35012011; PMCID: PMC8746078

¹¹ Yujing He, Yuexiu Si, Xiangyuan Li, Jiase Hong, Chiyuan Yu, Ning He. The relationship between tobacco and breast cancer incidence: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Frontiers in Oncology*. 2022 September

Infine, vi sono solide prove che dimostrano come il consumo di *alcohol*, indipendentemente dal tipo di bevanda (vino, birra, *cocktails* o superalcolici) e dallo stato della menopausa, sia collegato allo sviluppo del tumore al seno ed alla formazione di metastasi. Dai risultati restituiti da una meta-analisi dose-risposta è emerso che l'assunzione di 10 grammi di etanolo in un solo giorno, pari al classico bicchiere di vino, ha concorso ad un aumento del 5% del rischio di tale tumore per le donne in pre-menopausa e del 9% per quelle in post-menopausa.⁵

CAPITOLO 2 – PRESENTAZIONE DEL PROGETTO

2.1 Il problema

Dal progetto di ricerca “*Lifestyle and breast cancer recurrences: the DIANA-5 trial*” emerge che il carcinoma della mammella è, nel mondo, il tumore più frequente nel genere femminile e nel 77% dei casi colpisce donne con più di 50 anni di età. È dimostrato, inoltre, che le recidive del cancro al seno sono le principali responsabili della malattia metastatica e dell’elevato tasso di mortalità rispetto al tumore primitivo. Prevenire/ritardare queste ultime, pertanto, è la chiave per aumentare la possibilità di guarigione.⁶

Trial clinici promossi dall’Istituto Nazionale Tumori di Milano, infatti, hanno evidenziato che con il miglioramento delle abitudini di vita si può ridurre l’incidenza di recidiva di carcinoma mammario del 40%.

Dieta sana e attività fisica praticata con regolarità sono i cardini della prevenzione delle recidive del tumore al seno, ma sono ancora poche le donne che avendo ricevuto tale diagnosi modificano le proprie scelte in quanto risultano ancora troppo poco informate sull’importanza di non tornare a scorrette abitudini.⁴

A fronte dell’incidenza di casi sul territorio bellunese e dell’evidenza scientifica sull’importanza dei fattori legati ai comportamenti routinari come concausa dell’insorgenza di recidive, si è resa necessaria una rilevazione su una popolazione specificatamente selezionata di donne riguardo gli stili di vita e la percezione del rischio di recidiva, che ha motivato il progetto di tesi svolto.

2.2 Scopo dello studio

Questo progetto è stato costruito sulla base dei seguenti quesiti di ricerca:

1. Quali sono le evidenze scientifiche a supporto della correlazione tra corretti stili di vita e prevenzione delle recidive del tumore della mammella?
2. Quali sono le caratteristiche socio-demografiche e gli stili di vita della popolazione oggetto di studio?
3. Quali sono le conoscenze e la consapevolezza possedute dalle donne del campione di studio circa il rischio di recidive e la loro percezione a riguardo?
4. Quali spazi di sviluppo si possono individuare relativamente all’operatività dell’Assistente Sanitario nell’ambito della prevenzione delle recidive?

A partire dall'obiettivo generale consistente nell'indagare tra le donne con pregresso carcinoma della mammella afferenti all'Associazione Donne Operate al Seno (ADOS) di Belluno gli stili di vita relativi ad alimentazione, attività fisica, fumo e *alcool* e la percezione del rischio sull'insorgenza di recidive, i quesiti sono stati tradotti in obiettivi specifici:

1. Conoscere le caratteristiche socio-demografiche del campione di studio.
2. Rilevare gli stili di vita della popolazione oggetto di studio.
3. Indagare le conoscenze e la percezione del rischio rispetto alle recidive delle donne in studio.
4. Proporre un intervento informativo-educativo-promozionale per fornire supporto concreto alle donne con pregresso cancro al seno, anche nella rete dei servizi, che individui il ruolo dell'Assistente Sanitario rispetto all'argomento preso in esame.

Si è agito secondo tale schema procedurale in quanto l'Assistente Sanitario (AS), come sancito dal relativo Profilo Professionale¹², detiene il mandato di identificare “*i bisogni di salute sulla base dei dati epidemiologici e socio-culturali [...] ed è responsabile dell'attuazione e della soluzione e degli interventi che rientrano nell'ambito delle proprie competenze*”. Pertanto, una volta rilevati i bisogni espressi e inespressi della comunità, “progetta, programma, attua e valuta gli interventi di educazione alla salute in tutte le fasi della vita della persona”, svolgendo una funzione di raccordo interprofessionale tra *stakeholders*.

In tal senso, l'importanza della ricerca risiede nell'origine della stessa, nata in risposta all'esigenza dell'Azienda ULSS 1 Dolomiti di affiancare all'offerta di diagnosi precoce un programma di supporto al miglioramento degli stili di vita in conformità agli obiettivi dettati dal Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025¹³. La proposta di collaborazione all'indagine per la rilevazione di specifiche informazioni sul campione di donne bellunesi con precedente diagnosi di tumore mammario è provenuta dalla Centrale Organizzativa *Screening* (COS). La ricerca di tesi si costituisce pertanto come contributo che legittima con strumenti concreti un ipotetico progetto sperimentale aziendale incentrato sulla prevenzione delle recidive.

2.3 Revisione della letteratura

¹² Ministero della Sanità, Italia, Decreto Ministeriale n. 69, *Regolamento concernente la individuazione della figura e relativo profilo professionale dell'assistente sanitario*, Roma, 17 gennaio 1997

¹³ Ministero della Salute, Regione del Veneto, DGR n. 1858, *Approvazione del Piano Regionale Prevenzione (PRP) 2020-2025, in attuazione delle indicazioni contenute nel Piano Nazionale Prevenzione (PNP)*, Roma, 29 dicembre 2021

Il presente studio ha preso le mosse dalla revisione della letteratura scientifica esistente in riferimento all'area di indagine, orientata alla successiva redazione di un questionario atto ad indagare proprio gli stili di vita in correlazione alla percezione del rischio di recidiva del tumore al seno nello specifico campione.

La revisione bibliografica è stata realizzata principalmente attraverso il motore di ricerca *PubMed*. Il ricorso al modello PICO per la formulazione del quesito di ricerca ha restituito la seguente strutturazione:

- P (*Population*): popolazione femminile con pregressa diagnosi di carcinoma mammario;
- I (*Intervention*): educazione/informazione circa il rischio di recidiva e gli stili di vita da adottare per prevenirlo;
- C (*Comparison*): donne *screen detected* che non fanno esperienza del processo di consapevolizzazione, ossia di *awareness*, sui propri stili di vita;
- O (*Outcome*): riduzione/ritardo dell'insorgenza di recidive per il cancro al seno.

Con tale riferimento, si riportano di seguito i *Medical Subject Headings (MeSH)*, ovvero i termini di ricerca individuati:

- *Breast Neoplasms/Neoplasie del seno*;
 - *Secondary Prevention/Prevenzione secondaria*;
 - *Life Style/Stile di vita*;
 - *Women/Donne*.
- I. La stringa di ricerca ottenuta, così composta: “(((*Breast Neoplasms*) AND (*Secondary Prevention*)) AND (*Life Style*)) AND (*Women*)”, è stata finalizzata a sondare il campo d'interesse ed era perciò priva di filtri applicati. Tale prima ricerca ha prodotto un numero di *records* decisamente elevato. La letteratura disponibile è ricca, tuttavia sono stati presi in considerazione anche articoli scientifici che riguardano la prevenzione primaria del carcinoma mammario, mentre l'argomento indagato è orientato alla prevenzione delle recidive nelle donne *screen detected* con pregressa diagnosi di cancro al seno, ovvero alla prevenzione secondaria.

Si procede considerando esclusivamente i risultati rientranti nell'arco temporale di circa 10 anni dalla pubblicazione, con la selezione del filtro “10 years”; inoltre si applica un correttivo nella stringa di ricerca, introducendovi il *MeSH* rafforzativo “*Prevention Recurrences*”, cioè letteralmente “Prevenzione delle recidive. La scelta di estendere la

selezione degli articoli di interesse ad una decina di anni, anziché ai canonici 5 anni con una conseguente restituzione di risultati più recenti, è stata determinata dalla volontà di conservare lo studio “*Lifestyle and breast cancer recurrences: the DIANA-5 trial*”⁶. L’articolo scientifico, più volte nominato, funge infatti da premessa cui fanno riferimento le pubblicazioni più attuali consultate, che ne confermano le conclusioni, e vanta una cinquantina di citazioni nella banca dati *PubMed*.

- II. La nuova stringa di ricerca: “(((*Breast Neoplasms*) AND (*Prevention Recurrences*)) AND (*Life Style*)) AND (*Women*)” ha generato una quantità di *records* apprezzabile. Dei 44 articoli originari, ridotti a 21 con l’applicazione del filtro temporale per anno di pubblicazione, alcuni sono stati esclusi a priori poiché giudicati non pertinenti in quanto rivolti specificatamente a popolazioni di donne non occidentali quali indiane, native *hawaiane*, *CHamoru*, filippine, afroamericane e coreane. I restanti si sono rivelati essere, nella quasi totalità dei casi, rispondenti al quesito indagato.

Intendendo perfezionare ulteriormente la stringa di ricerca, si è ricorsi all’introduzione di riferimenti interni ricorrenti negli studi analizzati, le cosiddette *references*. Nello specifico, si sono utilizzati i *MeSH* “*Mediterranean Diet*” e “*Physical Activity*” in luogo della generica espressione “*Life Style*”.

- III. La terza ricerca: “(((*Breast Neoplasms*) AND (*Prevention Recurrences*)) AND (*Mediterranean Diet*)) AND (*Physical Activity*)” ha filtrato 4 risultati. Gli articoli sono apparsi perfettamente inerenti al quesito iniziale.

La ricerca in tre *steps* ha restituito come esito una soddisfacente panoramica di pubblicazioni, la cui consultazione ha rappresentato una solida base di partenza per la costruzione del progetto di tesi. Tuttavia si evidenzia il limite intrinseco al progetto di tesi dell’aver lavorato con un denominatore ristretto. La scelta di considerare solamente le aderenti all’ADOS è stata ragionata a lungo ed è motivata dall’aver ipotizzato che tali donne potessero rappresentare un *target* più sensibile e risoluto dinanzi alle richieste di collaborazione ai fini dell’indagine, aderendo esse stesse volontariamente all’Associazione.

Il progetto di tesi viene brevemente descritto nella sinossi di ricerca (*Allegato 1*).

CAPITOLO 3 – MATERIALI E METODI

3.1 Campionamento

Il campione verso cui è stata rivolta l'indagine è rappresentato dalla popolazione femminile, con pregressa diagnosi di tumore alla mammella, che aderisce all'ADOS nel territorio bellunese dell'Azienda ULSS 1 Dolomiti.

L'arruolamento ha incluso nello studio sia le donne attualmente libere dalla malattia in precedenza diagnosticata sia quelle ancora in *follow up* oncologico. I criteri di inclusione per l'arruolamento del campione hanno previsto la considerazione di soggetti di tutte le età.

La formulazione dei criteri di esclusione, invece, impediva la considerazione nello studio di eventuali donne affette da tumori inoperabili o metastatici della mammella, assieme alle ipotetiche situazioni di negazione/revoca del consenso informato.

Le donne coinvolte nel processo di somministrazione del questionario sono coloro le quali si sono recate nella Palazzina di San Gervasio, ove risiede l'ambulatorio di linfodrenaggio ad impiego dell'ADOS, nelle settimane in cui è stata condotta l'indagine proprio presso tale sede dell'Azienda ULSS. Il questionario utilizzato ai fini della ricerca è stato concepito per essere somministrato alle donne del campione in regime di adesione volontaria. In apertura al medesimo è stata predisposta l'informativa, contenente una breve presentazione e lo scopo del progetto, che rivolge alle donne *target* l'invito a fornire un contributo mediante la loro partecipazione. Si specifica in tal sede che è garantito l'anonimato delle informazioni attraverso un'elaborazione in forma aggregata dei dati raccolti e compare il riferimento alla normativa sulla *privacy*. Non è stato previsto alcun rilascio del consenso informato scritto, in quanto ci si rivolge ad un campione di utenti adulte e pertanto si ritiene di poter considerare come tacito consenso il fatto stesso che la donna proceda alla presa visione delle domande che le sono rivolte.

L'iniziativa della laureanda di raggiungere fisicamente gli ambienti frequentati dalle donne corrisponde al dichiarato intento di svolgere l'indagine in un *setting* da loro riconosciuto come un luogo di aggregazione dal carattere familiare. Riscontrati frequenti episodi di donne che si presentano presso la sede con largo anticipo rispetto all'orario d'appuntamento, per intrattenere momenti di convivialità con le compagne d'Associazione, si è tratto profitto dalle prolungate permanenze per raggiungere un maggior numero di somministrazioni.

Il disegno di studio condotto, per sua caratterizzazione, non ha determinato la selezione di un gruppo di controllo.

3.2 Questionario

Lo strumento che si è scelto di utilizzare ai fini della raccolta dati corrisponde ad un questionario autoredatto (*Allegato 2*). La decisione di predisporlo *ad hoc* per l'indagine da condurre è stata giustificata dall'assenza di questionari validati già disponibili che permettessero di focalizzare gli aspetti individuati per la ricerca. Questo strumento d'indagine è stato realizzato con il supporto dell'applicazione *web* "Google Moduli" sulla base delle conclusioni a cui giungono le evidenze scientifiche, consultate a supporto dello studio, in merito alle abitudini che concorrono a determinare fattori di rischio/protettivi nello sviluppo di recidive del tumore al seno. Il processo di stesura del questionario, iniziato in data 21 febbraio 2023, è stato caratterizzato da un'iniziale fase di *brain storming*, durata di un paio di settimane, mediante la quale sono state individuate le variabili pertinenti all'obiettivo di ricerca; le stesse sono poi state associate per aree tematiche ed è stato attribuito loro l'ordine logico che ha dotato le sezioni di una sequenza argomentativa; infine, attraverso ripetuti tentativi di perfezionamento, sono state accorpate a batteria le domande che dimostravano associazioni per ridurre il numero dei quesiti da presentare ed abbattere così le resistenze alla compilazione.

Dal 14 al 29 giugno 2023 la studentessa si è dedicata allo svolgimento di periodiche visite presso la sede ambulatoriale, ove per tutta la durata delle sedute di massaggi linfodrenanti è stata impegnata nella registrazione di varie decine di risposte al questionario, in tal caso proposto in modalità *Computer Assisted Personal Interview (CAPI)*. Questa tipologia di somministrazione è apparsa la soluzione migliore, a discapito di quanto ipotizzato inizialmente. Discussa ed approvata dalla Presidente dell'Associazione, è stata mirata a trarre vantaggio della fase di pressoterapia successiva ai massaggi, nel corso della quale le donne sono costrette a mantenere una posizione statica da sedute per un quarto d'ora circa. Il tempo stimato per il compimento del questionario è il medesimo, poiché quest'ultimo è stato calibrato per essere portato a termine entro le tempistiche in cui le partecipanti all'indagine permangono in ambulatorio per lo svolgimento delle pratiche terapeutiche. Infatti, il prolungamento della sua durata avrebbe senz'altro prospettato un rischio di abbandono della compilazione prima della conclusione per l'ipotetica esigenza di lasciare la Palazzina ed adempiere ad altri impegni.

Il 04 e 20 luglio 2023 il *link* per la compilazione del questionario è stato generato e trasmesso tramite *email* a cinque donne, con le quali ci si è interfacciati durante gli incontri, che hanno manifestato la preferenza di rispondere all'intervista tramite la modalità *Computer Assisted Web Interview* (CAWI).

La raccolta dati è terminata il 21 luglio, con l'ottenimento in tale data delle ultime risposte ricevute. I questionari raccolti sono risultati 31.

Il personale volontario presso l'ADOS non ha ricevuto alcuna specifica formazione in quanto non vi è stato un suo coinvolgimento nel processo di somministrazione del questionario, tuttavia è stato opportunamente informato del progetto in atto. La rilevazione dei dati è stata gestita in completa autonomia. Questa ha comportato la lettura delle domande e la trascrizione delle risposte riferite, prive di interpretazioni personali, con l'ausilio del *pc* personale. Considerata l'avanzata età media del campione, in alcuni casi si è rivelato utile chiarire la richiesta di certe domande riformulandole, tuttavia anche in queste situazioni si è posta particolare attenzione al mantenimento della neutralità per evitare potenziali *bias* da condizionamento nelle risposte ottenute.

La consultazione della guida disponibile in DoRS "*Come formulare domande per raccogliere informazioni da campioni rappresentativi di popolazione?*"¹⁴ ha fornito alcuni utili accorgimenti osservati in fase di produzione del questionario. In particolare si sono evitate le domande doppie, ossia quelle che richiedono più di un'informazione, privilegiando il criterio di associare a ciascun quesito un singolo concetto. Le domande multiple sono state preferite alle dicotomiche, che non permettono di fare diagnosi epidemiologica. Il lessico è stato adattato al campione di riferimento e si è condotta un'attenta analisi della terminologia impiegata. A titolo esemplificativo si riporta la scelta di definire la prima sezione "Socio-demografica" poiché l'alternativa denominazione "Anagrafica" avrebbe richiamato l'idea del dato sensibile, generando resistenze. La medesima attenzione è stata riposta nella formulazione delle domande attraverso una modalità univocamente interpretabile.

Il questionario è organizzato con domande qualitative e quantitative, su scala nominale ed ordinale. I quesiti, perlopiù strutturati, presentano *items* di risposta con elenco a discesa, con scelta singola o multipla, e batterie di domande presentate sottoforma di griglie e tabelle. Molti

¹⁴ Migliardi Alessandro, "*Come formulare domande per raccogliere informazioni da campioni rappresentativi di popolazione?*", <<https://www.dors.it/alleg/newcms/201306/questionario.pdf>>, 2019 (ultima consultazione: 05 ottobre 2023)

quesiti prevedono l'utilizzo della variante della Scala di Likert a quattro *gradients*. Si è ritenuto in tali casi di escludere la possibilità di scegliere la classica opzione di mezzo, per non permettere alle donne di rifugiarsi nella voce intermedia ed indurle così a sbilanciarsi nell'esprimere le loro risposte. Il gradiente crescente negli elenchi di risposta nominali ed ordinali non è mai stato invertito e le scale di misurazione impiegate nel questionario sono sempre state corredate di una legenda che ha specificato la corretta chiave di interpretazione dei livelli di scelta possibili.

La strutturazione del questionario propone un'organizzazione analoga per ciascuna sezione. Nello specifico, si è rispettata la “struttura ad imbuto” che di norma connota il questionario modello, scegliendo di aprire ciascun settore con una domanda generale, riferita al tema cardine, successivamente declinata e scandagliata mediante una serie di successive domande a contenuto più specifico.

Il questionario è composto da 45 quesiti, suddivisi in sei sezioni in maniera non proporzionale tra le stesse. L'analisi condotta è incentrata principalmente sui quattro determinanti della cronicità, ossia l'alimentazione, l'attività fisica, il fumo e l'*alcohol*, con un maggior dettaglio per l'analisi delle abitudini alimentari alle quali è riservato lo spazio maggiore per l'elevato numero di variabili esistenti e dunque di informazioni indagate.

La “Sezione A – Socio-demografica”, che comprende dieci *items* (A01 – A010), ha mirato a rilevare le caratteristiche descrittive del campione di riferimento, quali l'età, la nazionalità, alcuni indici antropometrici, il titolo di studio, lo stato di salute e l'eventuale utilizzo di farmaci.

La sezione “B – Alimentazione”, che raggruppa quindici domande (B01 – B15), ha indagato il regime alimentare adottato dalle donne in studio, con particolare attenzione riservata agli alimenti che si configurano come fattori protettivi/di rischio per lo sviluppo di recidive del tumore al seno.

La sezione “C – Attività fisica”, che contiene otto quesiti (C01 – C08), descrive la frequenza con cui le medesime praticano attività fisica moderata, intensa e attività sedentaria.

La sezione “D – Abitudine al fumo”, che contempla cinque *items* (D01 – D05), ha approfondito il rapporto delle donne con il fumo, sia attivo che passivo. Nel caso di fumatrici si è esaminata l'entità dell'eventuale desiderio di disassuefazione dal fumo mediante il Modello TransTeorico degli stadi del cambiamento di Prochaska e DiClemente e l'autoefficacia di Bandura.

La “Sezione E – Abitudine all'*alcohol*”, che racchiude due domande (E01 – E02), restituisce una descrizione in merito al loro consumo settimanale di bevande alcoliche.

La “Sezione F – Consapevolezza e percezione del rischio”, che ricomprende cinque quesiti (F01 – F05), ha infine analizzato il grado di informazione, riguardo alla correlazione tra stili di vita e prevenzione del rischio di recidiva, che le donne riferiscono di aver ricevuto dai professionisti sanitari o reperito tramite varie fonti, assieme al livello di attendibilità di queste ultime.

Di seguito viene illustrata la corrispondenza tra i quesiti in ordine progressivo e il loro codice alfanumerico identificativo nella matrice dati (*Tabella I*).

Domanda questionario	Matrice dati	Domanda questionario	Matrice dati	Domanda questionario	Matrice dati
1	A01	16	B06	31	C06
2	A02	17	B07	32	C07
3	A03	18	B08	33	C08
4	A04	19	B09	34	D01
5	A05	20	B10	35	D02
6	A06	21	B11	36	D03
7	A07	22	B12	37	D04
8	A08	23	B13	38	D05
9	A09	24	B14	39	E01
10	A10	25	B15	40	E02
11	B01	26	C01	41	F01
12	B02	27	C02	42	F02
13	B03	28	C03	43	F03
14	B04	29	C04	44	F04
15	B05	30	C05	45	F05

Tabella I. Codice alfanumerico identificativo dei quesiti nella matrice dati.

3.3 Analisi statistica

Ultimata la raccolta dati, a partire dal 22 settembre 2023, si è proceduto con la codifica e l’elaborazione statistica delle risposte. Questo processo ha restituito un primo quadro generale delle risposte informazioni raccolte.

Per l’analisi dei dati ottenuti con il questionario è stato impiegato il pacchetto *Microsoft Office 365*. Le risposte sono state rielaborate a partire dalla matrice dati creata direttamente da *Google Moduli*, poi trasferita e salvata nel programma *Excel*. La costruzione dei grafici si è avvalsa dell’utilizzo delle tabelle Pivot.

Si è proceduto realizzando i grafici descrittivi del campione, per poi proseguire con il confronto delle variabili associate. Pertanto ciascun quesito generale introduttivo delle varie sezioni è stato rapportato alle rispettive domande specifiche, con l'intenzione di far emergere eventuali discrepanze tra quanto dichiarato nella prima e quanto viene riferito nelle successive. Il significato risiede nel fatto che le possibili incongruenze in tal modo rilevate restituiscono il bisogno di salute su cui intervenire.

I risultati evidenziati come di maggior rilievo, meritevoli di un'analisi più approfondita, sono stati rappresentati mediante grafici univariati. Le funzioni statistiche utilizzate sono state le correlazioni lineari e le regressioni.

Infine, i risultati più significativi sono stati confrontati con la letteratura scientifica.

3.4 Aspetti autorizzativi

Le informazioni raccolte sono state trattate in forma anonima e aggregata, nel rispetto del D.Lgs 30 giugno 2003 n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali”, integrato con le successive modifiche del D.Lgs 10 agosto 2018 “Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)”. Si intende ribadire che anche i 4 questionari complessivi ottenuti tramite *link* hanno previsto l'utilizzo dell'impostazione di non raccolta degli indirizzi *mail*, allo scopo di non rendere tracciabili le utenti che hanno eseguito le rispettive compilazioni.

A monte del progetto di tesi, il 9 giugno 2023, si è realizzato un incontro che ha visto il coinvolgimento dei vertici dell'ADOS. Successivamente alla presa visione del documento di sinossi e del questionario in bozza, si sono chiarite le intenzioni e lo scopo del progetto. Nel modello autorizzativo, che cita la normativa di riferimento in materia di trattamento dei dati personali, sono altresì siglate le dichiarazioni di seguito riportate, riferite agli aspetti etici. I dati raccolti verranno utilizzati per la realizzazione del lavoro di tesi e per eventuali pubblicazioni scientifiche; non sussistono rapporti di collaborazione tali da poter configurare conflitto di interesse; lo studente si impegna a trasmettere i risultati dell'indagine al Direttore del Servizio presso cui sono stati rilevati i dati.

L'autorizzazione alla raccolta dati è stata rilasciata dalla relatrice, dalla Presidente dell'ADOS e dal Direttore del Dipartimento di Prevenzione (DdP) dell'Azienda ULSS 1 Dolomiti rispettivamente nelle giornate del 12, 13 e 14 giugno 2023. Completata la procedura autorizzativa, si è provveduto alla trasmissione e consegna del documento originale alla segreteria del Corso di Laurea in Assistenza Sanitaria (CLAS), con sede a Conegliano.

Gli accessi della studentessa presso gli ambienti dell'ADOS sono stati comunicati con anticipo alle donne che vi afferiscono, attraverso un messaggio scritto proveniente dalla Presidente. Si vuole evidenziare, inoltre, che la quest'ultima ha presenziato ed affiancato la laureanda durante il primo ingresso per occuparsi della sua presentazione ufficiale. La Presidente dell'Associazione, acconsentendo ad intercedere per la laureanda, ha giocato un ruolo chiave nell'abbattimento delle barriere, elevandosi a garante della serietà e liceità del progetto e delle intenzioni della studentessa.

Non è servito interfacciarsi con il Comitato Etico, in quanto il presente studio non intende sperimentare e/o sostituire alcuna pratica terapeutica destinata alla popolazione femminile *target*, bensì si propone di fotografare la situazione in essere relativamente alla necessità di interventi integrativi da fornire assieme all'educazione oncologica nel territorio di afferenza delle donne in studio.

3.5 Limiti dello studio

In aggiunta alla già discussa questione del denominatore ristretto, determinato dal campione contenuto, vi è un ulteriore aspetto rilevante di cui tenere conto; infatti, l'assenza di questionari già validati e disponibili, specifici sugli stili di vita e la percezione del rischio di recidiva in donne con pregressa diagnosi di tumore seno, ha determinato la necessità di auto-redarne uno *ex novo*. Sebbene i quesiti forniscano informazioni interessanti, per avere un maggior riscontro scientifico dovrebbero essere ulteriormente testati secondo le procedure *standard* di validazione di un questionario. La somministrazione della bozza finale a parte del campione per la raccolta di un *feedback*, seguita dalla rivalutazione delle domande e delle voci di risposta che poste al vaglio del passaggio precedente fossero risultate inefficaci o inadeguate non sono state possibili a causa delle tempistiche ristrette, dettate dall'interruzione delle attività dell'ADOS avvenuta il 29 giugno, per i mesi estivi di luglio e agosto. Tuttavia, per eventuali successive indagini che

dovessero servirsi del questionario in oggetto, si evidenzia la necessità di compiere una verifica sulle domande proposte.

Per maggiori dettagli sulle modalità d'impostazione dello studio si prenda visione del diagramma di flusso sottostante (*Grafico 1*). Le date riportate sono riferite all'anno 2023.

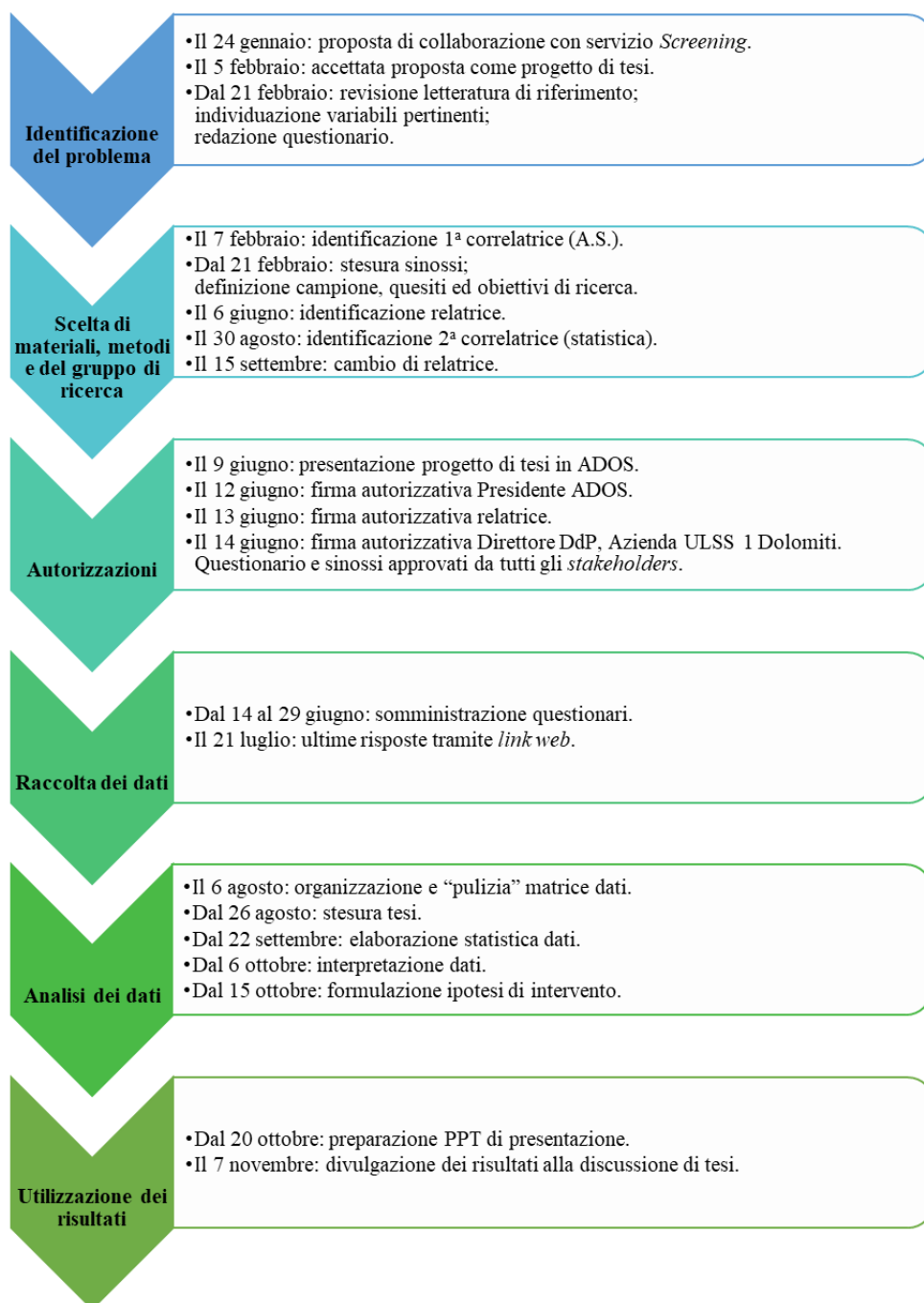


Grafico 1. Flow chart con le fasi di conduzione dell'indagine.

CAPITOLO 4 – RISULTATI E DISCUSSIONE

4.1 Analisi descrittiva del campione

L'obiettivo generale dell'indagine è consistito nell'indagare gli stili di vita in correlazione alla percezione del rischio di recidiva tra le donne con pregressa diagnosi di tumore al seno, aderenti all'ADOS di Belluno. Gli obiettivi specifici individuati per adempiere a tale scopo hanno riguardato l'acquisizione di informazioni sul campione in merito a:

- le caratteristiche socio-demografiche;
- le abitudini alimentari;
- il rapporto con l'attività fisica;
- l'abitudine al fumo e all'*alcohol*;
- la consapevolezza e percezione del rischio di recidiva.

Il numero dei questionari somministrati, attraverso i quali si sono approfondite tali tematiche, equivale a quello dei questionari compilati, in quanto la totalità delle donne ha portato a termine l'intervista. Pertanto il lavoro di “pulizia” ed organizzazione della matrice dati non ha escluso alcuna risposta tra le 31 ottenute.

L'analisi dei dati raccolti nella sezione socio-demografica ha restituito una “fotografia” delle caratteristiche descrittive del campione. Entrando nello specifico, tutte le donne in studio sono risultate essere di nazionalità italiana, con una buona conoscenza della lingua. Perciò non si sono riscontrate barriere linguistiche.

Il *Grafico 2* mostra che la maggioranza di esse rientra nella fascia d'età dei 60-69 anni; in aggiunta vi è una considerevole percentuale di donne che si concentra nella fascia dei 50-59 anni. La restante parte appartiene alle classi d'età a partire dai 70 anni, fatta eccezione per un 7% del campione (2 su 31 donne).

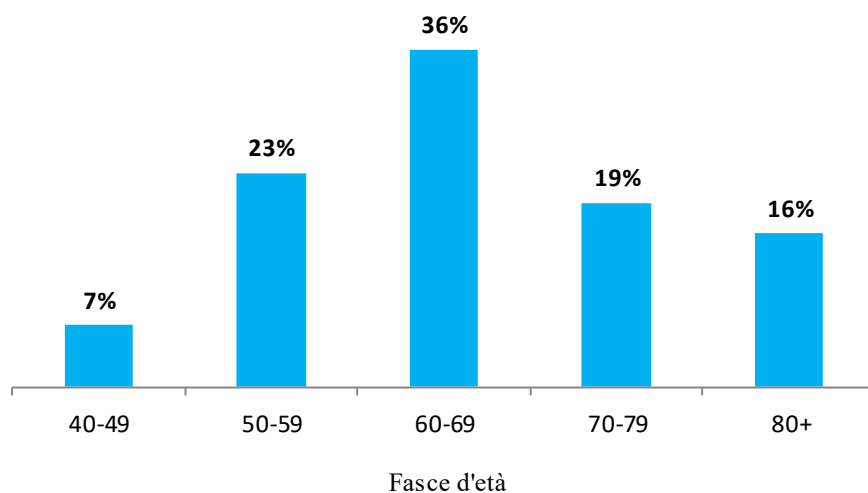


Grafico 2. Fasce d'età del campione.

A tal proposito, ricordando che le donne sopra i 50 anni d'età hanno un rischio aumentato di sviluppare un tumore mammario⁷, si sottolinea come il 93% del campione si collochi proprio nella categoria della popolazione femminile a maggior rischio di recidive.

Come si evince dal *Grafico 3*, il titolo di studio posseduto dalla maggior parte delle donne è la licenza media di II grado, definita “diploma di scuola superiore” in gergo comune. A seguire, una “fetta” quasi altrettanto nutrita del campione ha riferito di aver conseguito la licenza media di I grado, comunemente detta “diploma di scuola media.

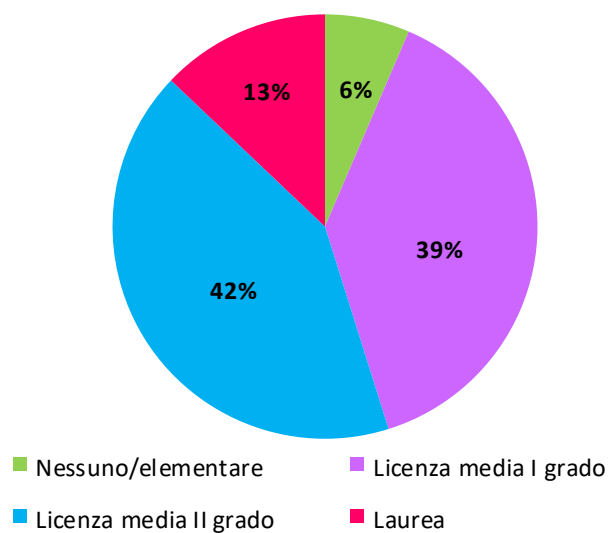


Grafico 3. Titolo di studio del campione.

La scelta di indagare il livello di scolarità tra le donne è stata motivata dall'associazione esistente tra il titolo di studio e l'*Health literacy* di una persona. Infatti, è dimostrato che una popolazione adulta con un basso grado di istruzione riscontra maggiore difficoltà nel reperire e dare la giusta interpretazione alle informazioni sanitarie, con ripercussioni che si riflettono in termini di salute¹⁵. Tuttavia, il campione si colloca ad un livello di scolarità medio-alto.

Relativamente allo stato di salute delle donne, il calcolo del *Body Mass Index* (BMI) ha riportato che il 45% circa (ca.) di esse è sottopeso o normopeso, mentre quasi il 55% si trova in una condizione di sovrappeso od obesità, come riassunto nella *Tabella II*. Pertanto, più della metà del campione presenta l'ulteriore fattore di rischio del non rientrare nel proprio peso-forma, in aggiunta all'età mediamente avanzata.

Condizione	Frequenza (n° assoluto)	Frequenza (percentuale)
Sotto/normopeso	14	≈ 45%
Sovrappeso/obeso	17	≈ 55%

Tabella II. Indici di massa corporea del campione.

Nella rassegna dei farmaci e degli integratori alimentari regolarmente assunti non si evidenzia il ricorso a categorie correlate ad un aumentato rischio di recidiva per tumore al seno, fatta eccezione per il singolo caso di una donna che ha riferito l'uso della Terapia Ormonale Sostitutiva (TOS). Tuttavia si può affermare con un certo grado di sicurezza che la conclusione è tratta sulla base di un dato sottostimato, poiché svariate donne hanno dichiarato di aver elencato solamente i nomi dei farmaci/integratori ricordati al momento, tralasciandone altri.

La medesima considerazione riguarda il bilancio dei mesi in cui hanno praticato l'allattamento esclusivo al seno, in rapporto al numero dei figli posseduti. Infatti, si ipotizza che anche in tal caso i dati raccolti non rispecchino una rappresentazione fedele della realtà indagata, in quanto molteplici donne hanno risposto ammettendo di non ricordare con precisione i dettagli richiesti. Ciò risulta comprensibile se si considera il fattore età associato alla variabile interveniente della

¹⁵ Pelikan JM, Link T, Straßmayr C, Waldherr K, Alferts T, Bøggild H, Griebler R, Lopatina M, Mikšová D, Nielsen MG, Peer S, Vrdelja M per conto del Consorzio HLS19. Misurazione dell'alfabetizzazione sanitaria generale e completa nella popolazione adulta generale: lo sviluppo e la convalida dello strumento HLS19-Q12 in diciassette paesi. *Giornale internazionale di ricerca ambientale e sanità pubblica*. 2022; 19(21): 14129

memoria, non controllabile, in donne che hanno vissuto l'esperienza della gravidanza parecchi anni addietro.

4.2 Abitudini alimentari

Sono in percentuale del 6,5% circa (2 su 31) coloro che attualmente seguono una dieta prescritta da uno specialista. Alla donna che ha riferito di osservare il piano alimentare personalizzato con una certa regolarità, se ne affianca una seconda che ha confidato di seguirlo con una scarsa regolarità. Il periodo di tempo intercorso dal momento in cui si sono rivolte allo specialista ad oggi va dall'anno e mezzo, nel caso più duraturo, agli otto mesi, relativi a quello più recente. Il movente che ha determinato la scelta, suggerita dal medico senologo nel primo caso ed autonoma nell'altro, è da rimandare all'esigenza di migliorare il proprio stato di salute attraverso corrette abitudini alimentari.

L'esigua percentuale di donne che seguono una dieta controllata sembra avere un valore predittivo negativo sul bilancio degli stili di vita, tuttavia l'indagine mirata a rilevare i regimi alimentari nell'intero campione, incluse le donne che nelle loro abitudini alimentari non risultano essere seguite da alcuno specialista, rivela quanto rappresentato nel *Grafico 4*. Il tipo di alimentazione più seguito risulta essere la dieta mediterranea, riferita da ca. il 52% delle donne.

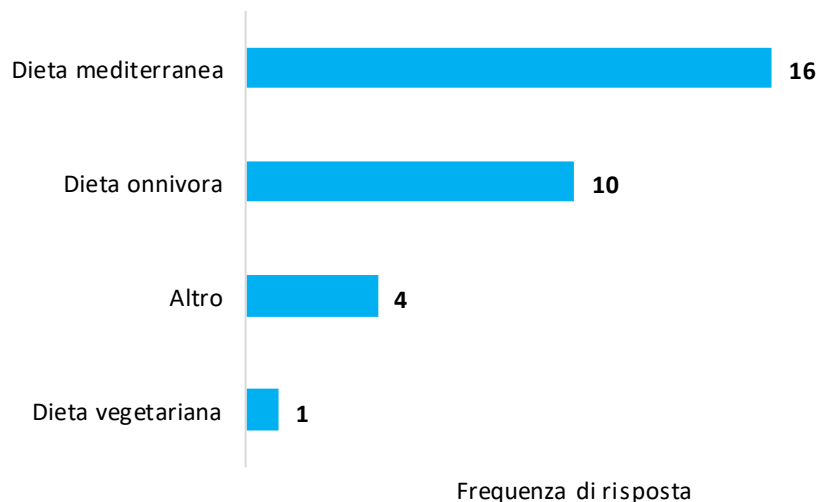


Grafico 4. Regimi alimentari prevalenti nel campione.

L'attendibilità del risultato è stata verificata mediante il confronto con le risposte dei quesiti a contenuto più specifico. L'insieme di queste ultime ha validato l'ipotesi secondo cui la prevalenza

delle donne osserva il regime alimentare mediterraneo, suggerito dalle raccomandazioni del WCRF; ciononostante, l'esito della ricerca suggerisce anche la presenza di abitudini che possono migliorare.

Entrando più nello specifico, sono nell'ordine del 58% ca. coloro che utilizzano con una frequenza giornaliera almeno 2/3 cucchiaini di olio extravergine d'oliva; mentre gli oli monoseme ed i grassi di origine animale, come il burro e lo strutto, vengono utilizzati spesso (5-6 volte a settimana) nella preparazione dei piatti solamente dal 3% ca. delle donne. La quota del 58% rappresenta anche la proporzione di donne che opta sempre per l'acquisto del sale iodato, a discapito del sale comune e delle varianti come il rosa dell'Himalaya. Di contro agli aspetti positivi messi in evidenza, si rende noto anche che nessuna donna consultata raggiunge le 5 porzioni giornaliere di frutta e verdura raccomandate dal WCRF. Inoltre, il 39% ca. di queste consuma almeno 3 volte a settimana ortaggi solanacee, quali i pomodori le melanzane e i peperoni.

4.3 Rapporto con l'attività fisica

Al fine di descrivere il rapporto con l'esercizio ed il movimento, sono stati calcolati i livelli dell'attività fisica moderata e intensa abitualmente praticata dalle donne durante la settimana. I risultati hanno permesso la suddivisione delle stesse nelle due categorie riprodotte nel *Grafico 5*. Le donne sono state definite "Abbastanza/molto attive" nei casi in cui hanno riportato livelli settimanali che soddisfano le raccomandazioni del WCRF. Di contro, secondo il medesimo criterio, nelle situazioni in cui l'esercizio abitualmente svolto sia risultato insufficiente per il requisito dei 150 minuti di attività fisica moderata o 75 minuti di attività vigorosa settimanali, le donne sono state categorizzate come "Per niente/poco attive".

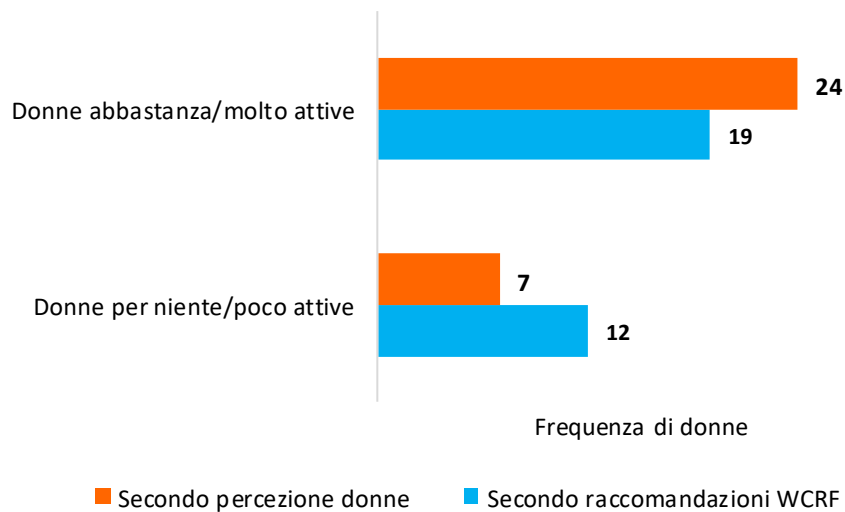


Grafico 5. Livelli di attività fisica del campione.

È stato, inoltre, domandato alle donne stesse di autodefinirsi secondo la personale percezione della quantità di esercizio svolto, senza far loro alcun riferimento al parametro del WCRF che chiarisce il concetto di “persona fisicamente attiva” piuttosto che “persona fisicamente inattiva”. Pertanto si ha ragione di ipotizzare che il risultato delle risposte rispecchi il grado più o meno alto di autoconsapevolezza delle donne, privo di condizionamenti esterni. Le barre combinate hanno lo scopo di evidenziare graficamente la differenza che emerge confrontando le categorie in arancione, rappresentanti la percezione delle donne, rispetto a quelle azzurre, costruite sulla base delle evidenze scientifiche.

Il *Grafico 6* approfondisce l’indagine sull’autopercezione delle donne, dando riscontro del numero di casi in cui si è rivelata essere in linea con la realtà misurata, rispetto a quello delle situazioni in cui è risultata disallineata.

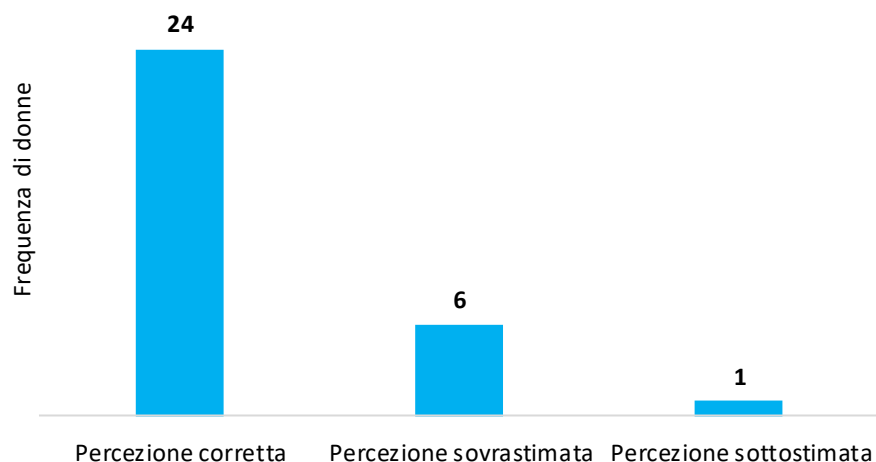


Grafico 6. Valutazione della percezione del campione sui livelli di attività fisica praticata.

Le donne che appartengono alla categoria della “Percezione corretta” sono quelle che si sono definite abbastanza o molto attive quando effettivamente i loro livelli abituali di attività fisica settimanale sono risultati sufficienti, secondo le raccomandazioni del WCRF. Rientrano nella medesima anche coloro le quali si sono giudicate per niente o poco attive quando il calcolo dell’attività svolta ha restituito livelli insufficienti, dando loro ragione. Questa categoria di donne che si sono autovalutate correttamente, risultando composta da più del 77% del campione, da riscontro di un discreto grado di autoconsapevolezza. Ciononostante, non va sottovalutato quel 19% ca. di donne con una percezione sovrastimata, che si reputano abbastanza attive e che tuttavia si è calcolato non raggiungano i livelli minimi d’esercizio raccomandati. Queste ultime, a differenza di colei che costituisce il caso di “Percezione sottostimata” in quando si descrive come poco attiva pur non risultandolo, rappresentano la categoria più a rischio.

Attualmente solo due donne all’interno del campione svolgono attività fisica su prescrizione medica; in particolare le stesse hanno riferito di seguire con una certa regolarità attività di ballo, *yoga*, ginnastica posturale e camminata, provando molta soddisfazione nel praticarle. Giornalmente il 61% ca. delle donne è solito muoversi con l’ausilio dell’autovettura, mentre il 39% ca. si sposta a piedi. In nessun caso è stato riferito il ricorso ai mezzi pubblici, così come alla bicicletta. Si ipotizza che il primato dell’automobile sia da imputare al contesto territoriale in cui è stata svolta l’indagine; la provincia di Belluno ha la singolare particolarità di essere la più

estesa della regione, risultando al contempo la meno popolata. La sua superficie, vasta ben 3.678 km², è ubicata prevalentemente in zona montana, dove vi è alta dispersione abitativa ed elevato indice di vecchiaia. La densità è di poco inferiore ai 54 abitanti/km². La rassegna dei dati presentati è utile a far comprendere la necessità di coprire le distanze mediante veicoli motorizzati, per assolvere agli impegni quotidiani. Si ipotizza, inoltre, che la scelta obbligata di ricorrere all'automobile, a dispetto del mancato utilizzo dei mezzi pubblici, sia da ricondurre alle carenze nelle linee di trasporto, insufficienti per riuscire a garantire la copertura delle zone provinciali più isolate. Ciò significa che le donne non autonome, con tutta probabilità, sono costrette a dipendere dai trasporti di terze persone per gli spostamenti giornalieri. Infine, si assume che la percentuale di donne abituate a camminare sia residente in centro città, oppure rappresenti coloro le quali abitando in periferia beneficiano delle passeggiate quotidiane, considerata la vasta offerta del territorio bellunese di sentieri e percorsi.

4.4 Abitudine al fumo e all'alcool

Il *Grafico 7* mostra il rapporto delle donne con il fumo. Rispetto alla categoria delle non fumatrici si specifica che la semplice prova della sigaretta non è stata considerata. Infatti fumatore, secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), è: “*Una persona che dichiara di aver fumato nella sua vita almeno 100 sigarette*”.¹⁶

¹⁶ Istituto Superiore di Sanità (ISS), Italia, *Definizioni di fumatore*, <https://www.epicentro.iss.it/passi/rapporto2010/R2010schedaIndicatoreFumo> (ultima consultazione: 21 ottobre 2023)

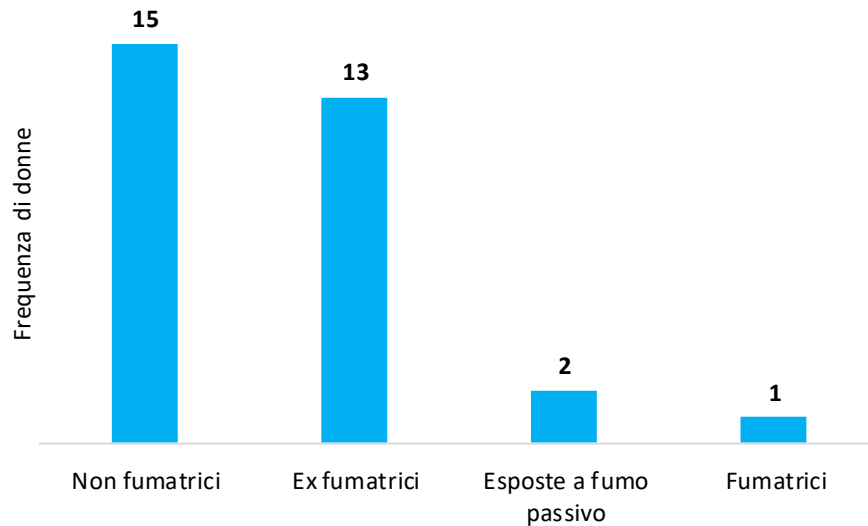


Grafico 7. Abitudine al fumo nel campione.

Ponendo il *focus* sulla singola fumatrice, si forniscono ulteriori dettagli utili alla lettura del suo caso; nello specifico, è stato inizialmente valutato che la donna si trovi attualmente nello stadio della “determinazione”¹⁷ rispetto alla disassuefazione dal fumo. Infatti, contestualmente ad una domanda del questionario, dovendo scegliere in quale delle affermazioni si riconoscesse rispetto all’idea di smettere la medesima ha optato per l’espressione che rappresentava tale fase, recitando: “*Sono fumatrice e dovrei smettere, credo proprio che entro breve farò un tentativo*”. Oltre al Modello TransTeorico del cambiamento di Prochaska e DiClemente, per la codifica del bisogno di salute della donna si è fatto riferimento anche al concetto dell’autoefficacia di Bandura, utilizzando come metro di misura una scala ordinale progressiva da 0 a 5, dove 0 ha indicato: “Per nulla capace” e 5: “Molto capace”. La stessa ha riferito che il numero 3 fosse il più idoneo a rappresentare quanto si sentisse in grado di affrontare il cambiamento. A fronte di ciò si evidenzia una discrepanza in confronto alla risposta fornita nel quesito precedente, in quanto ci si sarebbe aspettati la scelta di un valore superiore. A tal proposito la donna, che attualmente ha riportato di fumare meno di 10 sigarette al giorno, ha aggiunto di essere motivata dai problemi di salute fumo-correlati e dalla necessità di risparmiare denaro, tuttavia sostiene che l’essere supportata da un percorso per smettere di fumare potrebbe aiutarla a superare la dipendenza.

¹⁷ Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute, DoRS, “*Gli stadi del cambiamento: storia, teoria ed applicazioni. Modello Transteorico di DiClemente e Prochaska*”, https://www.dors.it/alleg/0200/ragazzoni_quaderno.pdf, 2014

Il Modello TransTeorico del cambiamento è servito da riferimento anche per l'approfondimento eseguito nella categoria delle *ex* fumatrici, la totalità delle quali ha espresso di riconoscersi nell'affermazione: “*Ero fumatrice ma ho smesso da più di un anno*”. Tale opzione era esemplificativa dello stadio del “mantenimento”, considerato il periodo di astinenza dal fumo superiore a 12 mesi. Pertanto, si può a ragione considerare la categoria delle *ex* fumatrici associabile a quella delle non fumatrici, concludendo che il campione si compone per il 90% (28 su 31) di donne non tabagiste, che attualmente non sono esposte a fonti di fumo passivo. Tuttavia non si deve compiere il *bias* del trascurare il rischio di possibili ricadute, così come va ricordato che le *ex* fumatrici che in passato hanno fumato sole 20 sigarette presentano un rischio di recidiva aumentato del 22% rispetto alle non fumatrici⁴. Sotto tale aspetto, a differenza del precedente, è perciò preferibile non comparare le due categorie, per evitare di trattarle allo stesso modo.

L'approfondimento sull'abitudine delle donne all'*alcool* ha preso anch'esso le mosse da una domanda a carattere generale mirata ad indagare la percezione che le stesse hanno sul proprio consumo settimanale di bevande alcoliche. Il *Grafico 8* mostra l'esito delle risposte, restituendo una percentuale superiore al 90% delle donne consultate che riferisce un'assunzione di *alcool* nulla o inferiore alla norma, perlopiù di tipo occasionale. Di contro, il restante 9% ca. del campione valuta il proprio consumo abituale di sostanze alcoliche nella norma o addirittura superiore.

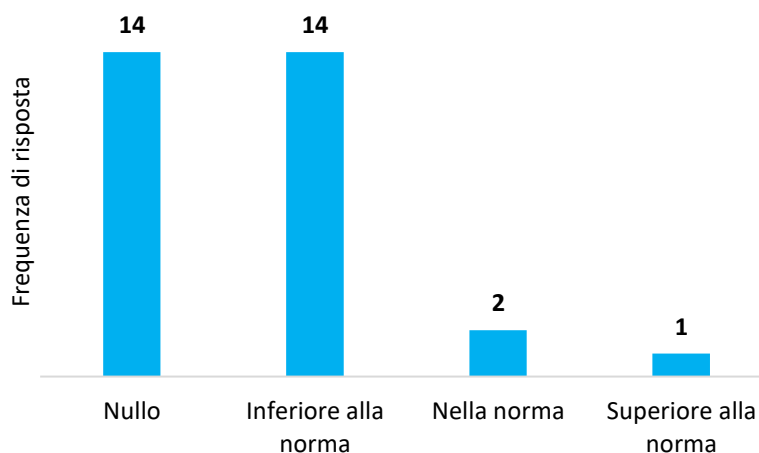


Grafico 8. Consumo di *alcool* percepito.

Ad un'analisi più approfondita del rapporto di queste ultime donne con l'*alcool*, è emerso che l'assunzione di superalcolici, birra e *cocktail* alcolici non è una pratica diffusa tra le stesse. La ragione del riferito consumo di sostanze alcoliche, come suggerisce il *Grafico 9*, risulta invece imputabile all'abitudine di bere un bicchiere di vino rosso (ca. 125 ml = 1 unità alcolica) nei pasti principali.

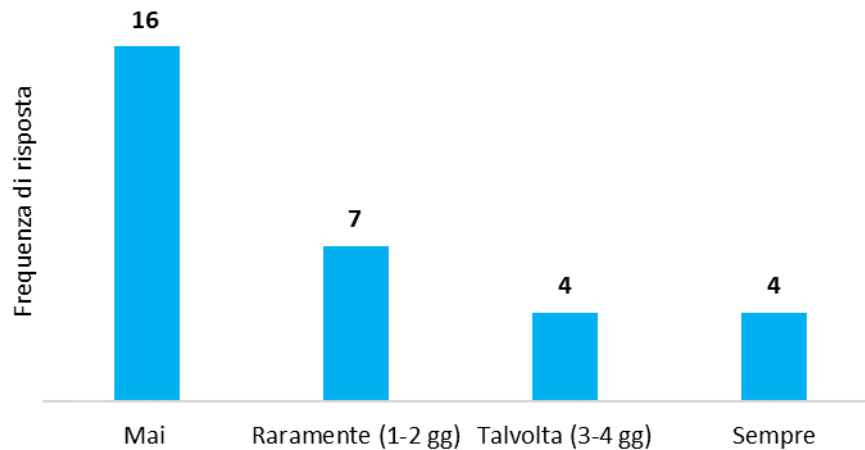


Grafico 9. Frequenza settimanale di assunzione del vino.

Si ipotizza che tale consuetudine, riscontrata nel 13% ca. delle donne, sia un'eredità della tradizione. Contestualmente alla realtà bellunese, infatti, per molti aspetti vige ancora il retaggio culturale del vino in tavola come un vero e proprio alimento, oltre che un collante sociale. Considerato addirittura una bevanda sana che “faceva sangue”, il vino si offriva anche ai bambini. Pertanto, nonostante la netta maggioranza dimostri consapevolezza riferendo il mancato consumo di *alcool*, non è da escludere che vi siano donne cresciute ed educate con i principi descritti, che potrebbero aver sviluppato una diminuita percezione del rischio rispetto al vino, complice anche la sua alta accettazione sociale in Veneto. Non bisogna tuttavia sottovalutare gli avvertimenti presenti nella letteratura scientifica, i quali ci fanno apprendere che proprio l'assunzione di 10 grammi di etanolo in un solo giorno, pari al classico bicchiere di vino, concorre ad un aumento del 5% del rischio di tumore al seno per le donne in pre-menopausa e del 9% per quelle in post-menopausa⁵.

4.5 Consapevolezza e percezione del rischio di recidiva

Rispetto al Programma di *Screening* mammografico biennale, l'87% ca. delle donne (27 su 31) ha riferito di aderire, o aver aderito nei casi di superamento dell'età limite, con un'assoluta regolarità agli inviti e richiami. Il peso di coloro che hanno riferito un'adesione parziale appare ulteriormente ridotto se si considera che tra queste quattro donne ve n'è una che non è risultata aderente poiché fuori età minima di *Screening*. Si riscontra una sola componente del campione che dichiara di non aver aderito assolutamente al Programma.

La richiesta rivolta a ciascuna donna di esprimere un giudizio sul personale grado di conoscenza della correlazione tra i corretti stili di vita e la prevenzione delle recidive del tumore al seno ha restituito la situazione rappresentata nel *Grafico 10*.

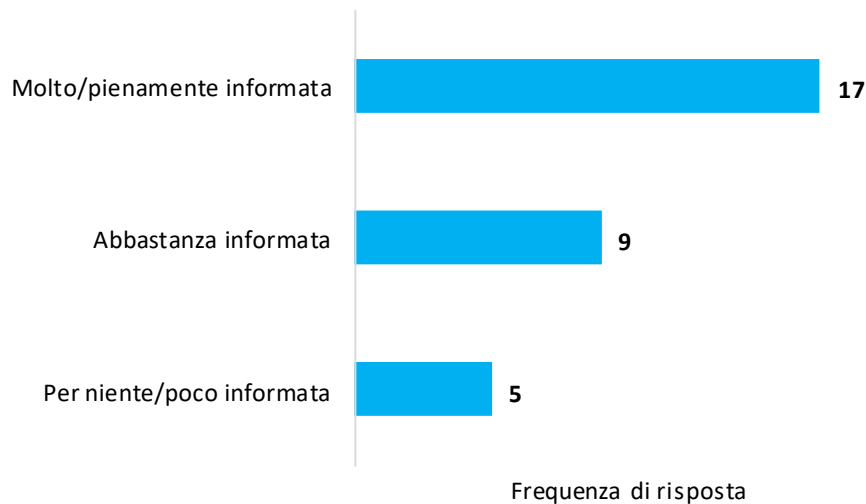


Grafico 10. Conoscenza percepita sul tema della prevenzione recidive.

Le donne che si sono definite molto o pienamente informate costituiscono quasi il 55% del campione. Segue il 29% di componenti che si percepiscono come abbastanza informate, mentre solo un 16% riferisce di non essere informato, secondo la propria autovalutazione.

La sequenza di dati proposta di seguito, tuttavia, pone un interrogativo sulla provenienza di tale conoscenza riferita. In particolare, il *Grafico 11* ed il *Grafico 12* insieme mettono in evidenza che relativamente a ciascun professionista e fonte considerati, la netta maggioranza delle donne riporta di non aver colto indicazioni utili alla prevenzione delle recidive del tumore attraverso gli stili di vita, nel periodo *post* diagnosi.

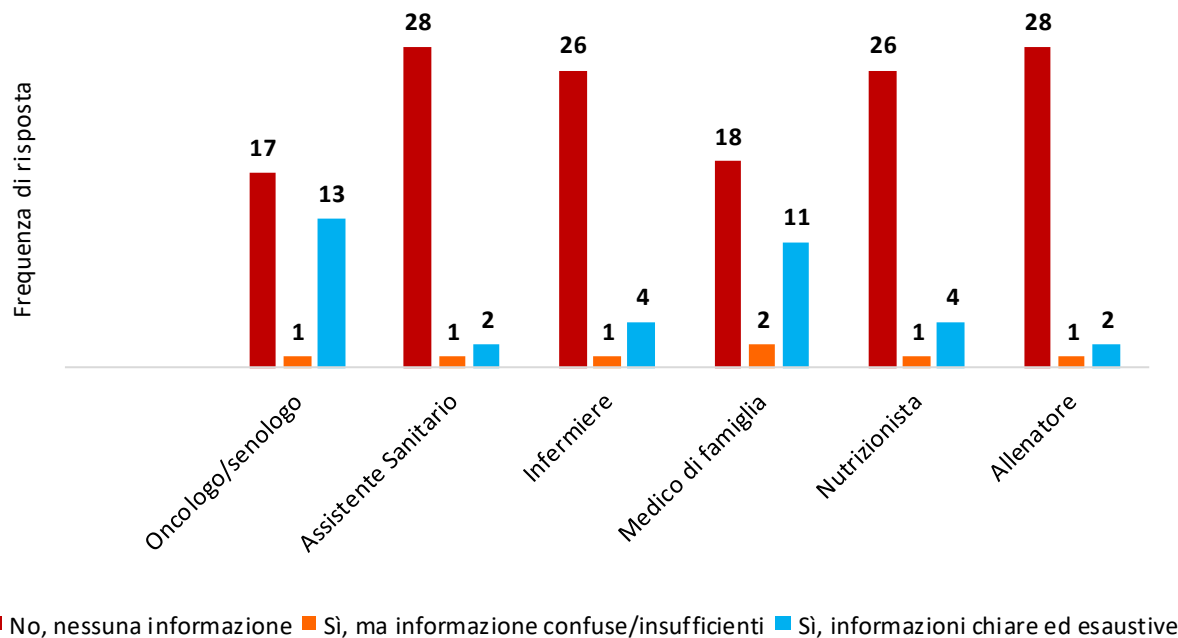


Grafico 11. Fonti d'informazione fisiche del campione.

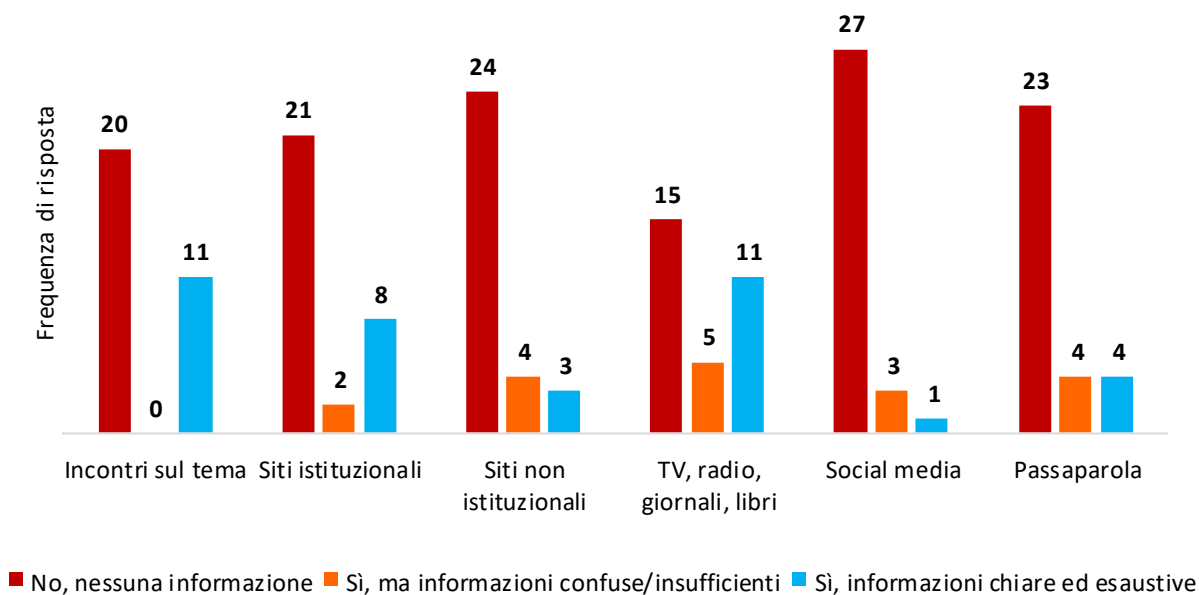


Grafico 12. Fonti d'informazione del campione.

A tal proposito, si ritiene importante sottolineare a dovere che i dati fanno riferimento unicamente alla percezione riferita dalle donne. Non si intende, pertanto, mettere in discussione l'operato

delle categorie di professionisti citati. Infatti, si ipotizza una sottostima della loro attività di informazione oncologica da parte delle donne, dovuta in parte alla memoria e alla capacità attentiva che pur essendo variabili intervenienti prevedibili, considerata l'età media del campione (66 anni), non risultano controllabili.

Il *Grafico 13* approfondisce il fenomeno dell'autoformazione su *Internet*, in termini di educazione oncologica, fornendo un ulteriore spunto di riflessione. La significatività dei dati rappresentati risiede nell'evidenziare chiaramente tra coloro che utilizzano la rete (16 su 31) una percentuale del 31% ca. di donne (5 su 16) che non effettua un puntuale controllo sull'attendibilità degli articoli consultati.

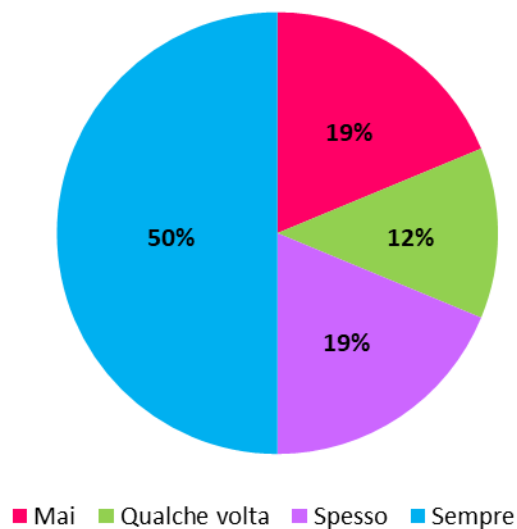


Grafico 13. Frequenza di verifica delle fonti *web*.

Nel loro insieme, questi risultati non mettono in completa discussione la conoscenza percepita, ossia riportata dalle donne secondo autovalutazione, in quanto queste hanno dimostrato di possedere un certo grado di consapevolezza sul proprio stile di vita e di percezione del rischio di recidiva. La discrepanza messa in evidenza dal confronto tra le risposte fornite alla domanda generale sulla conoscenza e quelle attribuite ai quesiti specifici correlati, piuttosto, fa emergere il vero bisogno di salute su cui intervenire.

Alla luce di quanto esposto, si conclude la trattazione dei risultati ottenuti dall'indagine rendendo noto che alla richiesta se ci fosse l'interesse di partecipare ad un percorso formativo sul miglioramento delle abitudini di vita per la prevenzione delle recidive del tumore al seno, qualora

venisse loro proposto, il 61% ca. delle donne (19 su 31) ha risposto affermativamente, mentre il 39% ca. (12 su 31) ha rifiutato la proposta. Tra le motivazioni a supporto delle risposte fornite si possono distinguere essenzialmente le tre linee di pensiero sintetizzate nella *Tabella III*:

Linea di pensiero	Frequenza percentuale	<i>Locus of control</i>
1) “Sì, perché non si è mai informati abbastanza, si è sempre in tempo per imparare e migliorarsi.”	≈ 61%	Interno
2) “No, perché penso di fare già il possibile per salvaguardare al meglio la mia salute e quella della mia famiglia, poi deciderà il destino.”	≈ 26%	Esterno
3) “No, perché metto sempre al primo posto il bisogno dei miei figli/nipoti, trascurando le mie esigenze. Quando posso penso a me, ma sono felice così.”	≈ 13%	Esterno

Tabella III. Pareri del campione sulla proposta di un percorso sul miglioramento degli stili di vita.

Nella netta maggioranza delle donne che hanno mostrato un interessamento, si presuppone l’atteggiamento attivo tipico di chi possiede un *locus of control* interno. Ritenendo che la loro salute dipenda fortemente dal proprio modo di agire e reputandosi perciò responsabili delle influenze sulla loro prognosi, tali donne manifestano la volontà di mettersi in gioco, preoccupandosi maggiormente per la loro condizione.

Nella minoranza di donne che hanno manifestato disinteresse, invece, si ipotizza il prevalere di un *locus of control* esterno. Le componenti di questo 39% del campione rappresentano una “sfida” rispetto ad eventuali percorsi di educazione oncologica, in quanto potrebbero condividere la tendenza a far prevalere il peso dei fattori esterni sulla determinazione della propria condizione. In tali donne vengono spesso a mancare le *life skills* che sviluppano l’*Empowerment*.

CAPITOLO 5 – IPOTESI DI INTERVENTO

5.1 Razionale e descrizione del progetto

L'esigenza di proporre sul territorio dell'Azienda ULSS 1 Dolomiti di Belluno il presente progetto nasce:

- dalla quota di soggetti con pregressa diagnosi di tumore al seno *screen detected* sul territorio bellunese;
- dall'evidenza scientifica dell'importanza dei fattori legati allo stile di vita come concausa dell'insorgenza di recidive;
- dalla volontà dell'Azienda Sanitaria di integrare l'offerta di diagnosi precoce con un programma di supporto al miglioramento degli stili di vita, secondo l'esempio di iniziative analoghe che hanno assunto notevole importanza in altre sedi d'Italia in termini di risultati ottenuti;
- dalla priorità dell'Azienda Sanitaria di garantire l'adempimento dell'Obiettivo Regionale strategico di: “Promozione della salute e prevenzione dei fattori di rischio (riduzione dell'incidenza delle malattie croniche, delle malattie trasmissibili, prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali, sicurezza alimentare, sanità animale e igiene degli allevamenti)”;
- dalla constatazione che la netta maggioranza del campione femminile su cui si è svolta l'indagine è risultato essere in età da *screening*.

Da qui la necessità di organizzare un programma di individuazione del rischio e di prevenzione in forma attiva, sul modello degli *screening* oncologici.

Il progetto descritto nella *Tabella IV* propone quindi, accanto all'analisi del rischio di recidive, una valutazione degli stili di vita su popolazione *screen detected* residente nel territorio dell'Azienda ULSS 1 Dolomiti, ai fini di indirizzare le donne selezionate a percorsi di prevenzione appropriati, che ci si auspica possano divenire parte integrante del *follow up*.

Descrizione del progetto applicativo	
Titolo	“Questione di stile (di vita)!”
Ente <i>partner</i>	Azienda ULSS 1 Dolomiti
Referente coordinatore del progetto	Assistente Sanitario della Centrale Organizzativa <i>Screening</i> (COS)
<i>Stakeholders</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Dipartimento di Prevenzione (DdP); – U.O.S. Servizio di Prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili, Programmi di <i>Screening</i> e Promozione della Salute; – U.O.C. di Oncologia; – U.O.C. di Pneumologia; – specialisti (es. dietista specializzata in nutrizione oncologica e laureato in Scienze Motorie); – Associazioni di Volontariato (es. ADOS e LILT); – Palestre della salute; – Istituto alberghiero; – <i>Make-up artist</i> e tatuatrice locali sensibili al tema; – Ufficio comunicazioni dell’Azienda ULSS 1 Dolomiti; – Medici di Medicina Generale (MMG).
<i>Target</i> finale	<p>Popolazione femminile di età compresa tra i 50 e 74 anni, residente nel territorio dell’Azienda ULSS 1 Dolomiti, del Distretto di Belluno, con pregressa diagnosi di tumore al seno <i>screen detected</i> avvenuta dall’anno 2021.</p> <p>Criteri di inclusione:</p> <ul style="list-style-type: none"> – soggetti in <i>follow up</i> o non in <i>follow up</i> oncologico; – soggetti con assenza di recidiva e di secondi tumori; – soggetti ad alto rischio di recidiva. <p>Criteri di esclusione:</p> <ul style="list-style-type: none"> – soggetti affetti da tumore inoperabile o metastatico della mammella; – soggetti trasferiti o in procinto di trasferirsi nel corso dell’anno; – soggetti domiciliati non assistiti; – soggetti che esprimono il rifiuto alla presa in carico.
<i>Target</i> intermedio (professionisti a cui si rivolge il progetto)	<ul style="list-style-type: none"> – Assistenti Sanitari (AS); – Dietista;

	<ul style="list-style-type: none"> - Educatore; - Psicologo; - <i>Counsellor</i>; - <i>Trainer</i>; - Medico referente.
<i>Setting</i>	<p>Azienda ULSS 1 Dolomiti</p> <p>La scelta è dovuta alla proposta da parte dell'Azienda di ipotizzare un programma di supporto al miglioramento degli stili di vita, per integrare il <i>follow up</i> oncologico.</p>
Durata	<p>Prima fase: 4 mesi di Formazione Sul Campo (FSC) per i professionisti coinvolti, con due incontri al mese.</p> <p>Seconda fase: 1 anno per la parte operativa, a decorrere dal termine dell'ultimo mese di formazione.</p>
Voci analitiche di spesa	<p>Il progetto si avvale di strutture e servizi già esistenti in Azienda ULSS 1 Dolomiti.</p> <p>Si prevedono incrementi di spesa per eventuali professionisti esterni coinvolti o per gli interni con orario maggiorato.</p> <p>Si ipotizza l'acquisto del materiale necessario utilizzando i fondi destinati all'Unità Operativa (U.O.).</p> <p>I costi relativi al materiale divulgativo-informativo sono già previsti nella normale attività delle campagne di <i>screening</i>.</p>

Tabella IV. Generalità del progetto applicativo.

5.2 Obiettivi del progetto

Obiettivo generale: miglioramento degli stili di vita nelle donne con pregressa diagnosi di tumore al seno *screen detected*, attraverso un'indagine sulle abitudini di vita relative ad alimentazione, attività fisica, fumo e *alcohol*, al fine di prevenire il rischio di recidive.

Obiettivi specifici:

1. Ottenere l'approvazione del progetto dai vertici aziendali.
2. Costituire un gruppo di lavoro multidisciplinare, rappresentativo dei *partner*, degli *stakeholders* e dei servizi coinvolti, per la programmazione partecipata.
3. Pianificare e realizzare l'attività di Formazione Sul Campo (FSC) rivolta agli operatori coinvolti nel progetto.

4. Implementare una campagna informativa a supporto della divulgazione del progetto a livello locale.
5. Reclutare il campione di popolazione femminile eleggibile.
6. Indagare le caratteristiche socio-demografiche o peculiari, gli stili di vita, le conoscenze possedute e la percezione del rischio rispetto alle recidive del campione preso in esame.
7. Delineare gli interventi informativo-educativi che è possibile mettere in atto per aumentare le conoscenze e la consapevolezza del campione sul tema.
8. Motivare le donne prese in carico al cambiamento degli stili di vita a rischio.
9. Definire gli spazi di sviluppo dell'Assistente Sanitario nell'ambito del programma di screening per la prevenzione delle recidive del tumore al seno.
10. Valutare l'impatto di un intervento volto a modificare gli stili di vita della popolazione screen detected con pregresso tumore al seno.
11. Sviluppare un documento tecnico che possa fornire indicazioni utili per la conduzione di interventi informativi e/o operativi analoghi in altre Aziende Sanitarie.
12. Monitorare e verificare nel tempo l'efficacia e l'efficienza delle attività svolte (*efficacy* ed *effectiveness*).

5.3 Programma delle attività e piano di valutazione

La *Tabella V*, riportata di seguito, contiene la programmazione del progetto applicativo ai fini del raggiungimento degli obiettivi definiti.

Obiettivo generale	
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> – Frequenza di partecipazione delle donne alle attività del progetto; – livello di compliance nei confronti dei professionisti; – frequenza di abbandoni/ritiri dal percorso.
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> – Modifica dei comportamenti a rischio aumentato per l'insorgenza di recidive.
Obiettivo specifico 1	
Azioni	<ul style="list-style-type: none"> – Contattare il Direttore Responsabile dell'Azienda e i collaboratori interni per stabilire degli incontri; – concordare gli incontri con il Direttore del DdP, in qualità di Responsabile scientifico del progetto. – presentare la sinossi del progetto e la bozza del questionario conoscitivo sugli stili di vita realizzati; – discutere dell'iniziativa, valutando le fattibilità e criticità

	<p>d'esecuzione;</p> <ul style="list-style-type: none"> - ottenere l'eventuale inserimento del progetto negli obiettivi di <i>budget</i> dell'U.O. da parte del Direttore del DdP e/o nel Piano di Prevenzione Aziendale (PPA); - ottenere la garanzia della formalizzazione dei passaggi formali intra ed <i>extra</i> aziendali per l'avvio del progetto da parte dei Dirigenti; - ottenere la garanzia di convenzioni con Enti collaboranti esterni all'Azienda Sanitaria, quali i percorsi per smettere di fumare, abbonamenti e servizi di <i>training</i> nelle Palestre della salute, prestazioni della <i>make-up artist</i> e tatuatrice locali che offrono gratuitamente la propria competenza, nell'ottica della valorizzazione della donna con diagnosi di tumore al seno; - ottenere la garanzia della fornitura di spazi fisici, quali sale per convegni e ambulatori, per l'attuazione delle attività; - prevedere metodo di accreditamento ECM.
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> - N° di incontri dedicati alla discussione del progetto realizzati in Azienda Sanitaria; - autorizzazione del Dirigente Sanitario al coinvolgimento degli Enti/professionisti esterni all'Azienda Sanitaria, per la FSC e l'attuazione dei percorsi di prevenzione.
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> - Delibera ed eventuale lettera formale dell'Azienda ULSS 1 Dolomiti di approvazione del progetto; - patti di collaborazione/documento di accettazione da parte degli Enti esterni.
Obiettivo specifico 2	
Azioni	<ul style="list-style-type: none"> - Realizzare una procedura sul nuovo programma di prevenzione delle recidive, per la formalizzazione dei ruoli e delle responsabilità dei professionisti coinvolti; - condividere il piano di lavoro e le strategie d'intervento proposte; - dettagliare i turni di lavoro.
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilità di operatori in numero sufficiente.
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> - Costituzione dell'<i>équipe</i> multidisciplinare; - alta collaborazione tra <i>partner</i> e <i>stakeholders</i> interessati al progetto.
Obiettivo specifico 3	
Azioni	<ul style="list-style-type: none"> - Analizzare il fabbisogno formativo; - individuare i relatori per la FSC, anche tra gli stessi operatori; - definire sedi, tempi e modalità di formazione; - pianificare l'agenda degli incontri di formazione; - predisporre e distribuire questionari intermedi di

	<ul style="list-style-type: none"> – apprendimento; – predisporre il foglio firme per ciascun incontro; – predisporre e distribuire il questionario finale di verifica delle conoscenze acquisite; – raccogliere il feedback dei professionisti formati tramite il questionario di gradimento; – inviare la documentazione all’Ufficio Formazione dell’Azienda ULSS 1 Dolomiti.
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> – Slides e materiale di presentazione; – studio del materiale fornito dai relatori; – verbale dettagliato delle tematiche trattate redatto a fine di ciascun incontro; – presenza dei professionisti coinvolti agli incontri previsti.
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> – N° attestati di partecipazione e di superamento della FSC conseguiti dai professionisti.
Obiettivo specifico 4	
Azioni	<ul style="list-style-type: none"> – Realizzare volantini, <i>brochure</i> e <i>poster</i> informativo-divulgativi da distribuire a livello locale nei luoghi opportunistici della salute, quali le sale d’attesa delle sedi aziendali e dei servizi socio-sanitari, previa autorizzazione al volantinaggio da parte dell’Ufficio Comunicazioni dell’Azienda ULSS 1 Dolomiti; – collaborare con la Redazione dei giornali locali (es. “<i>L’Amico del Popolo</i>”) per la creazione di un articolo dedicato al progetto; – realizzare un articolo da pubblicare nel sito dell’Azienda Sanitaria; – sensibilizzare i MMG sull’importanza di parlare del progetto alle assistite che rientrano nei criteri di inclusione.
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> – Quantità di supporti informativi stampati ed esposti; – grado di interessamento generale all’iniziativa.
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> – Ampia conoscenza dell’iniziativa nella popolazione generale femminile in età <i>target</i>.
Obiettivo specifico 5	
Azioni	<ul style="list-style-type: none"> – Arruolare le donne tramite l’oncologo durante i follow up; – garantire l’appuntamento presso l’ambulatorio in cui l’AS esegue l’approfondimento sugli stili di vita e la percezione del rischio di recidive.
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> – Passaggi di consegna/informazioni tra Medico oncologo e AS; – <i>report</i> delle donne da contattare.
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> – Affidamento dell’utenza al programma.
Obiettivo specifico 6	
Azioni	<ul style="list-style-type: none"> – Predisporre l’agenda degli appuntamenti;

	<ul style="list-style-type: none"> – predisporre il <i>setting</i> affinché non risulti un ambulatorio inospitale; – accogliere l'utenza in ambulatorio; – eseguire un colloquio a fini anamnestici, chiarendo eventuali dubbi dell'utente; – effettuare le misurazioni dei parametri auxologici utili; – somministrare il questionario conoscitivo sugli stili di vita e la percezione del rischio di recidiva, previa approvazione del medesimo; – rilevare eventuali abitudini a rischio aumentato per l'insorgenza di recidive del tumore al seno.
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> – N° di prese in carico; – N° di consensi alla presa in carico negati/revocati.
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> – Anamnesi di rilevazione di eventuali comportamenti a rischio.
Obiettivo specifico 7	
Azioni	<ul style="list-style-type: none"> – Indirizzare tramite lettera d'invito le donne selezionate verso percorsi di prevenzione convenzionati, sulla base dei rischi rilevati in sede ambulatoriale; – creare e rendere disponibile il materiale informativo di supporto (opuscoli informativi), previa autorizzazione alla sua diffusione.
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> – N° di lettere inviate.
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> – Presa in carico globale dell'utenza a rischio.
Obiettivo specifico 8	
Azioni	<ul style="list-style-type: none"> – Fornire informazioni approfondite all'utenza sul programma di prevenzione delle recidive e sulla sua efficacia in termini di benefici a lungo termine per la salute; – rispondere ad eventuali dubbi o richieste; – svolgere attività di <i>counselling</i> breve ambulatoriale sul cambiamento degli stili di vita a rischio da parte dell'AS.
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> – Livelli di <i>compliance</i> delle donne rispetto alle raccomandazioni dei professionisti.
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> – Aderenza delle donne ai protocolli e percorsi concordati con l'AS in sede ambulatoriale.
Obiettivo specifico 9	
Azioni	<ul style="list-style-type: none"> – Stendere la <i>job description</i> delle attività dell'AS.
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> – Documento redatto.
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> – Approvazione del documento finale.
Obiettivo specifico 10	
Azioni	<ul style="list-style-type: none"> – Svolgere incontri in plenaria per la restituzione dei risultati ottenuti dalla fase operativa del progetto.
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> – Quota dei cambiamenti duraturi delle abitudini di vita

	<ul style="list-style-type: none"> – scorrette raggiunti rispetto agli attesi; – pubblicazione dei rapporti di valutazione redatti in merito al percorso svolto.
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> – Impatto positivo del percorso sperimentale negli stili di vita delle donne del campione.
Obiettivo specifico 11	
Azioni	<ul style="list-style-type: none"> – Realizzare incontri con il gruppo di lavoro per definire gli elementi utili da inserire nel documento tecnico e coordinare la collaborazione alla redazione dello stesso; – archiviare in Azienda ULSS 1 Dolomiti il documento tecnico.
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> – Incontri d'<i>équipe</i> per la definizione dei contenuti.
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> – Realizzazione di interventi analoghi in altre Aziende Sanitarie, seguendo le indicazioni contenute nel documento tecnico redatto.
Obiettivo specifico 12	
Azioni	<ul style="list-style-type: none"> – Estrapolare i dati di adesione e partecipazione; – rilevare periodicamente le misurazioni auxologiche utili e i parametri comportamentali delle donne in carico; – predisporre una valutazione di processo e risultato; – rilevare la soddisfazione del campione reclutato tramite un questionario predisposto <i>ad hoc</i>.
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> – Adesione ai percorsi preventivi e aderenza alle soluzioni concordate da parte delle donne a distanza di tempo; – progressi ai successivi incontri di monitoraggio.
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> – Attivazione del programma di prevenzione del rischio di recidive su larga scala, con estensione al Distretto di Feltre.

Tabella V. Programmazione del progetto applicativo.

5.4 Fattibilità del progetto

La fattibilità del progetto è stata valutata mediante il modello “Analisi SWOT” (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*).

<i>Strengths/Punti di forza</i>	<i>Weaknesses/Punti di debolezza</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Direttore di Dipartimento che tiene in alta considerazione la prevenzione; - PNP e PRP che si focalizzano sugli interventi preventivi; - letteratura scientifica di supporto sul tema; - efficacia dei programmi di <i>screening</i>; - rete di lavoro consolidata negli anni; - affidamento del progetto a Servizi aziendali ad alta omogeneità organizzativa; - disponibilità AS con competente e formata; - personale debitamente formato; - esperienza del personale impiegato nei Servizi; - disponibilità di <i>budget</i> e spazi fisici per le attività; - presenza di materiale informativo; - rilascio del certificato di assenza da lavoro. 	<ul style="list-style-type: none"> - Limitata esperienza dell'Azienda nell'ambito; - mancanza di <i>software</i> gestionale adibito; - personale sanitario in numero limitato.
<i>Opportunities/Opportunità</i>	<i>Threats/Minacce</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Progettualità innovativa per l'Azienda Sanitaria; - collaborazioni con il territorio; - affermazione e sviluppo della figura dell'AS; - sviluppo di <i>empowerment</i> aziendale; - presa in carico globale dell'utente; - attività che potrebbe risultare fonte d'ispirazione per altre Aziende Sanitarie. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dispersione territoriale; - necessità di maggiore approfondimento di pianificazione del personale e delle risorse dopo aver preso consapevolezza delle adesioni.

5.5 Formazione Sul Campo

La pianificazione e conduzione delle varie fasi del progetto è in capo all'Assistente Sanitario, attraverso la definizione di azioni, ruoli e responsabilità; la definizione dei criteri per l'organizzazione dell'attività ambulatoriale finalizzata alla rilevazione del bisogno di salute espresso e inespresso delle donne; il monitoraggio in itinere del progetto; la rielaborazione statistica dei dati con la produzione del *report* di fine progetto. La sua operatività si concretizza in particolar modo nella funzione di raccordo interprofessionale, curando il mantenimento dei rapporti di rete con i diversi attori coinvolti.

Rientra nelle competenze specifiche dell'Assistente Sanitario anche la programmazione della Formazione sul Campo (FSC) preliminare, rivolta ai professionisti affinché risultino adeguatamente informati. Gli incontri di formazione prevederanno l'applicazione di vari metodi di lavoro e di apprendimento, quali le lezioni frontali, il lavoro individuale, il lavoro di gruppo, il

brainstorming, le simulazioni e il *Project Based Learning* (PBL). Sarà infatti sperimentata la gestione pratica di più casi somministrati, che richiederà l'analisi del caso, la presa in carico dell'utente e la definizione dei ruoli all'interno dell'ambulatorio.

Le tematiche affrontate sono dettagliate di seguito.

1° incontro: presentazione del progetto, per l'acquisizione di consapevolezza sulle sue fasi di realizzazione (a cura dell'Assistente Sanitario della COS).

2° incontro: formazione teorica sul tumore della mammella; i fattori predisponenti; la prevenzione primaria e secondaria delle recidive; il percorso clinico dopo una diagnosi di tumore; le terapie (a cura di Medico chirurgo e Medico oncologo).

3°, 4° e 5° incontro: formazione teorico/pratica sulla correlazione tra alimentazione e patologia oncologica; il ruolo della dieta nel caso specifico del tumore al seno e le relative recidive; il concetto di sindrome metabolica e le sue implicazioni cliniche; gli indici biometrici, quali il BMI; la patologia oncologica e attività fisica (a cura di Primario di Medicina dello Sport, Cardiologo, Dietista).

6° e 7° incontro: formazione teorico/pratica sul *counselling* motivazionale; le cosiddette “trappole della comunicazione”; le tecniche e gli stili comunicativi efficaci (a cura del *Counsellor*).

8° incontro: presentazione della parte pratico-operativa del progetto (Assistente Sanitario della COS).

Si specifica che parte dei professionisti cui è rivolta la FSC fungeranno anche da formatori contestualmente all'incontro sull'argomento di propria competenza.

Al termine della prima fase dedicata alla formazione, il progetto diventerà operativo inizialmente in forma sperimentale.

I professionisti risulteranno idonei qualora avranno completato l'*iter* di incontri, ottenendo i certificati di partecipazione e di superamento della FSC.

CAPITOLO 6 – CONCLUSIONI

Ripercorrendo le tappe fondamentali dello studio, ci si è inizialmente interessati al tema della prevenzione delle recidive del tumore al seno, che con la sua elevata incidenza di casi costituisce da sempre una sfida per la sanità pubblica mondiale, oltre che nazionale.

Si è poi provveduto a condurre un'indagine sugli stili di vita relativi ad alimentazione, attività fisica, fumo e *alcohol*, in correlazione alla consapevolezza sulle proprie abitudini e alla percezione del rischio di recidiva, in una popolazione femminile specificatamente selezionata. Il campione arruolato è rappresentato dalle aderenti all'Associazione Donne Operate al Seno (ADOS) bellunese, con una pregressa diagnosi di tumore mammario.

L'esito della rielaborazione statistica dei dati raccolti tramite un questionario auto-redatto ha risposto ai quesiti e agli obiettivi di ricerca, individuati a monte dello studio. In particolare, il regime alimentare prevalente nel campione è risultato essere la dieta mediterranea, riferita da ca. il 52% delle donne. Sono più del 61% coloro che risultano fisicamente attive, raggiungendo i livelli d'esercizio raccomandati dal WCRF. Inoltre, il 90% ca. delle donne rientra nella categoria delle non fumatrici che attualmente non sono esposte nemmeno a fonti di fumo passivo. Un discorso a parte va riservato al rapporto con l'*alcohol*; infatti nel 13% ca. del campione si è riscontrata l'abitudine quotidiana di bere un bicchiere di vino rosso nei pasti principali. Per giunta, un ulteriore dato significativo restituito dall'indagine evidenzia una percentuale del 31% ca. di donne che non effettuano un puntuale controllo sull'attendibilità degli articoli consultati, tra coloro che utilizzano *Internet* per fini autoformativi in tema di prevenzione.

I risultati presentati portano ad affermare che l'ipotesi d'indagine iniziale sulla disinformazione delle donne in termini di educazione oncologica sia stata dimostrata solo parzialmente dal presente studio. Dalle conclusioni del medesimo emerge infatti un'aderenza relativamente buona alle raccomandazioni del WCRF e dell'AICR per la prevenzione delle recidive del tumore al seno. Le donne consultate dimostrano un certo livello di consapevolezza sui propri stili di vita e sui fattori che concorrono ad un aumentato rischio di sviluppo di recidive, tuttavia non sono chiaramente determinabili le fonti da cui derivano le loro conoscenze.

Si ipotizza che le corrette abitudini di vita individuate nel campione siano almeno in parte imputabili agli influssi del contesto territoriale, poiché l'indagine è stata condotta su parte della

popolazione femminile bellunese con un'età media di 66 anni, cresciuta ed educata con tutta probabilità ai valori contadini “di un tempo”. Per di più, si presuppone che almeno una frazione delle donne consultate abbia piante da frutto ed un proprio orto, come è usanza consolidata nel bellunese, disponendo così di frutta e verdura fresca, ma soprattutto di stagione. I retaggi culturali della cosiddetta “cucina povera”, tuttavia, oltre alla tendenza delle donne ai cibi semplici e non raffinati, potrebbero spiegare anche la consuetudine riferita da alcune di bere un bicchiere di vino rosso a tavola. Infatti, l'elevata accettazione sociale del vino, riscontrabile in tutto il territorio regionale, si assume che sia alla base della loro diminuita percezione del rischio verso l'assunzione dell'etanolo, rispetto alle altre sostanze alcoliche.

In conclusione, si ha motivo di pensare che la ricerca abbia avuto tal esito per le caratteristiche peculiari della popolazione indagata, che certo non si addicono alla popolazione generale. Il denominatore ristretto, in sostanza, non può essere considerato pienamente rappresentativo della popolazione femminile italiana con una pregressa diagnosi di tumore al seno.

L'importanza della ricerca risiede nei suoi risvolti pratici, in quanto si costituisce come contributo che legittima con strumenti concreti l'ipotetico percorso di supporto al miglioramento degli stili di vita per la prevenzione delle recidive; quest'ultimo è stato formulato per diventare parte integrante del *follow up* che segue una diagnosi precoce, in risposta all'esigenza dell'Azienda ULSS 1 Dolomiti e in conformità agli obiettivi dettati dal Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025¹³.

A fronte di ciò, si conclude la trattazione evidenziando come la figura dell'Assistente Sanitario non possa che essere valorizzata da interventi di tal tipo, in quanto individua la propria competenza specifica nella pianificazione e conduzione di progettualità volte alla prevenzione in tutti gli stadi della vita. L'Assistente Sanitario detiene il dovere, in sinergia con altre figure/Enti e con gli strumenti che possiede, di perseguire l'impegno nel campo della promozione della salute anche attraverso l'assistenza agli individui portatori di comportamenti a rischio aumentato per lo sviluppo di malattie croniche non trasmissibili, quali i tumori. La sua attività informativo-educativa in materia di contrasto alle patologie croniche si forgia della convinzione che solo un cambiamento culturale nei confronti della percezione del rischio correlato a scorrette abitudini di vita, in concomitanza alla consapevolezza e all'adesione a stili di vita sani, potranno portare ai risultati positivi e duraturi attesi. Questa è una sfida che l'Assistente Sanitario deve cogliere per il prossimo futuro.

BIBLIOGRAFIA

- Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute, DoRS, “*Gli stadi del cambiamento: storia, teoria ed applicazioni. Modello Transteorico di DiClemente e Prochaska*”, https://www.dors.it/alleg/0200/ragazzoni_quaderno.pdf, 2014
- Emily Heer, Andrew Harper, Noah Escandor, Hyuna Sung, Valerie McCormack, Miranda M Fidler-Benaoudia, “*Global burden and trends in premenopausal and postmenopausal breast cancer: a population-based study*”, *The Lancet Global Health*, 2020 August
- Jia T, Liu Y, Fan Y, Wang L, Jiang E. Association of Healthy Diet and Physical Activity With Breast Cancer: Lifestyle Interventions and Oncology Education. *Front Public Health*. 2022 Mar 23;10:797794. doi: 10.3389/fpubh.2022.797794. PMID: 35400043; PMCID: PMC8984028
- Migliardi Alessandro, “*Come formulare domande per raccogliere informazioni da campioni rappresentativi di popolazione?*”, <https://www.dors.it/alleg/newcms/201306/questionario.pdf>, 2019
- Ministero della Salute, Regione del Veneto, DGR n. 1858, *Approvazione del Piano Regionale Prevenzione (PRP) 2020-2025, in attuazione delle indicazioni contenute nel Piano Nazionale Prevenzione (PNP)*, Roma, 29 dicembre 2021
- Ministero della Sanità, Italia, Decreto Ministeriale n. 69, *Regolamento concernente la individuazione della figura e relativo profilo professionale dell'assistente sanitario*, Roma, 17 gennaio 1997
- Pelikan JM, Link T, Straßmayr C, Waldherr K, Alferts T, Bøggild H, Griebler R, Lopatina M, Mikšová D, Nielsen MG, Peer S, Vrdelja M per conto del Consorzio HLS19. Misurazione dell'alfabetizzazione sanitaria generale e completa nella popolazione adulta generale: lo sviluppo e la convalida dello strumento HLS19-Q12 in diciassette paesi. *Giornale internazionale di ricerca ambientale e sanità pubblica*. 2022; 19(21): 14129
- Prieto-Gómez V, Yuste-Sánchez MJ, Bailón-Cerezo J, Romay-Barrero H, de la Rosa-Díaz I, Lirio-Romero C, Torres-Lacomba M. Effectiveness of Therapeutic Exercise and Patient Education on Cancer-Related Fatigue in Breast Cancer Survivors: A Randomised, Single-Blind, Controlled Trial with a 6-Month Follow-Up. *J Clin Med*. 2022 Jan 5;11(1):269. doi: 10.3390/jcm11010269. PMID: 35012011; PMCID: PMC8746078

- Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021 May;71(3):209-249. doi: 10.3322/caac.21660. Epub 2021 Feb 4. PMID: 33538338
- Turati F, Dalmartello M, Bravi F, Serraino D, Augustin L, Giacosa A, Negri E, Levi F, La Vecchia C. Adherence to the World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research Recommendations and the Risk of Breast Cancer. *Nutrients.* 2020; 12(3):607. <https://doi.org/10.3390/nu12030607>
- Villarini A, Pasanisi P, Traina A, Mano MP, Bonanni B, Panico S, Scipioni C, Galasso R, Paduos A, Simeoni M, Bellotti E, Barbero M, Macellari G, Venturelli E, Raimondi M, Bruno E, Gargano G, Fornaciari G, Morelli D, Seregini E, Krogh V, Berrino F. Lifestyle and breast cancer recurrences: the DIANA-5 trial. *Tumori.* 2012 Jan-Feb;98(1):1-18. doi: 10.1177/030089161209800101. PMID: 22495696
- Villarini A, Villarini M, Gargano G, Moretti M, Berrino F. DianaWeb: un progetto dimostrativo per migliorare la prognosi in donne con carcinoma mammario attraverso gli stili di vita [DianaWeb: a demonstration project to improve breast cancer prognosis through lifestyles]. *Epidemiol Prev.* 2015 Sep-Dec;39(5-6):402-5. Italian. PMID: 26554696
- Yujing He, Yuexiu Si, Xiangyuan Li, Jiase Hong, Chiyuan Yu, Ning He. The relationship between tobacco and breast cancer incidence: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Frontiers in Oncology.* 2022 September

SITOGRAFIA

- Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM), rapporto Congresso nazionale “*Le nuove coordinate dell'oncologia di precisione: dalla prevenzione alla cura 'su misura'*”, <<https://www.aiom.it/tumore-del-seno-il-37-delle-donne-e-sedentario-e-troppo-alcol-per-il-9-gli-stili-di-vita-sani-riducono-del-27-il-rischio-di-sviluppare-la-malattia/>>, 2023 (ultima consultazione: 14 ottobre 2023)
- Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM), rapporto Convegno nazionale “*Carcinoma mammario, traguardi raggiunti e le nuove sfide*”, <<https://www.aiom.it/oggi-a-roma-il-convegno-nazionale-carcinoma-mammario-traguardi-raggiunti-e-le-nuove-sfide/>>, 2018 (ultima consultazione: 13 ottobre 2023)
- International Agency for Research on Cancer (IARC), Global Cancer Observatory, <<https://gco.iarc.fr/>> (ultima consultazione: 13 ottobre 2023)
- Istituto Superiore di Sanità (ISS), Italia, *Definizioni di fumatore*, <https://www.epicentro.iss.it/passi/rapporto2010/R2010schedeIndicatoreFumo> (ultima consultazione: 21 ottobre 2023)

ELENCO DELLE TABELLE

<i>Tabella I.</i> Codice alfanumerico identificativo dei quesiti nella matrice dati.	21
<i>Tabella II.</i> Indici di massa corporea del campione.	27
<i>Tabella III.</i> Pareri del campione sulla proposta di un percorso sul miglioramento degli stili di vita.	39
<i>Tabella IV.</i> Generalità del progetto applicativo.	43
<i>Tabella V.</i> Programmazione del progetto applicativo.	48

ELENCO DEI GRAFICI

<i>Grafico 1. Flow chart con le fasi di conduzione dell'indagine.</i>	24
<i>Grafico 2. Fasce d'età del campione.</i>	26
<i>Grafico 3. Titolo di studio del campione.</i>	26
<i>Grafico 4. Regimi alimentari prevalenti nel campione.</i>	28
<i>Grafico 5. Livelli di attività fisica del campione.</i>	30
<i>Grafico 6. Valutazione della percezione del campione sui livelli di attività fisica praticata.</i>	31
<i>Grafico 7. Abitudine al fumo nel campione.</i>	33
<i>Grafico 8. Consumo di <i>alcohol</i> percepito.</i>	34
<i>Grafico 9. Frequenza settimanale di assunzione del vino.</i>	35
<i>Grafico 10. Conoscenza percepita sul tema della prevenzione recidive.</i>	36
<i>Grafico 11. Fonti d'informazione fisiche del campione.</i>	37
<i>Grafico 12. Fonti d'informazione del campione.</i>	37
<i>Grafico 13. Frequenza di verifica delle fonti <i>web</i>.</i>	38

ALLEGATI



SINOSI PROGETTO DI TESI CON RICHIESTA RACCOLTA DATI –
STUDENTE: ELLEN BORGA MATRICOLA: 2016336

ARGOMENTO DI TESI	Stili di vita (alimentazione, attività fisica, fumo, <i>alcohol</i>) e percezione del rischio di recidiva nelle aderenti all'Associazione Donne Operate al Seno (ADOS) di Belluno con pregressa diagnosi di cancro mammario.	
TIPOLOGIA DI TESI	Teorico–applicativa.	
FRAMEWORK E PROBLEMA	<p>Il carcinoma della mammella è, nel mondo, il tumore più frequente nel genere femminile e nel 77% dei casi colpisce donne con più di 50 anni di età.</p> <p>Studi di letteratura dimostrano, inoltre, che le recidive per il cancro al seno sono le principali responsabili della malattia metastatica e dell'elevato tasso di mortalità rispetto al tumore primitivo.</p> <p>Prevenire/ritardare queste ultime, pertanto, è la chiave per aumentare la possibilità di guarigione.</p> <p><i>Trial</i> clinici promossi dall'Istituto Nazionale Tumori di Milano, infatti, hanno evidenziato che con il miglioramento delle abitudini di vita si può ridurre l'incidenza di recidiva di carcinoma mammario del 40%.</p> <p>Dieta sana e attività fisica praticata con regolarità sono i cardini della prevenzione delle recidive del tumore al seno, ma sono ancora poche le donne che avendo ricevuto tale diagnosi modificano le proprie scelte in quanto risultano ancora troppo poco informate sull'importanza di non tornare a scorrette abitudini.</p> <p>A fronte dell'incidenza di casi sul territorio bellunese, dell'evidenza scientifica sull'importanza dei fattori alimentari e metabolici come concausa dell'insorgenza di recidive e dell'evoluzione di carcinoma mammario, si rende necessaria una rilevazione su una popolazione specificatamente selezionata di donne riguardo gli stili di vita e la percezione del rischio di recidiva.</p>	
QUESITI DI TESI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Quali sono le evidenze scientifiche a supporto della correlazione tra corretti stili di vita e prevenzione delle recidive del tumore della mammella? 2. Quali sono le caratteristiche socio–demografiche e gli stili di vita della popolazione oggetto di studio? 3. Quali sono le conoscenze e la consapevolezza possedute dalle donne del campione di studio circa il rischio di recidive e la loro percezione a riguardo? 4. Quali spazi di sviluppo si possono individuare relativamente all'operatività dell'Assistente Sanitario nell'ambito della prevenzione delle recidive? 	
OBIETTIVI DI TESI	<p>OBIETTIVO GENERALE: Indagare tra le donne con pregresso carcinoma della mammella afferenti all'Associazione ADOS di Belluno gli stili di vita relativi ad alimentazione, attività fisica, fumo e <i>alcohol</i> e la percezione del rischio sull'insorgenza di recidive.</p> <p>OBIETTIVI SPECIFICI:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Conoscere le caratteristiche socio–demografiche del campione di studio. 2. Rilevare gli stili di vita (alimentazione, attività fisica, fumo, <i>alcohol</i>) della popolazione oggetto di studio. 3. Indagare le conoscenze e la percezione del rischio rispetto alle recidive delle donne in studio. 4. Proporre un intervento informativo–educativo–promozionale per fornire supporto concreto alle donne con pregresso cancro al seno, anche nella rete dei servizi, che individui il ruolo dell'Assistente Sanitario rispetto all'argomento preso in esame. 	
MATERIALE METODI	CARATTERISTICHE DELLA POPOLAZIONE IN STUDIO	<p>Popolazione femminile, con pregressa diagnosi di tumore alla mammella, che aderisce all'ADOS nel territorio bellunese dell'Azienda ULSS 1 Dolomiti.</p> <p>CRITERI INCLUSIONE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • soggetti liberi da malattia o ancora in <i>follow up</i> oncologico. <p>CRITERI ESCLUSIONE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • soggetti affetti da tumore inoperabile o metastatico della mammella; • consenso informato negato/revocato.
	STRUMENTI	<ul style="list-style-type: none"> • Questionario autoreddato su supervisione dei docenti/relatore/operatori, proposto alle donne prese in esame in modalità <i>Computer Assisted Web Interview</i> in Google Moduli. • Dati in archivio presso il Servizio <i>Screening</i> dell'Azienda ULSS 1 Dolomiti.
	DURATA	Da giugno ad ottobre 2023.
METODI STATISTICI GENERALI E TIPO DI ANALISI	I dati verranno raccolti in formato <i>Excel</i> ; saranno elaborate frequenze, misure di tendenza centrale (media, mediana, moda, deviazione <i>standard</i> e <i>range</i>), proporzioni e correlazioni.	
UU.OO. COINVOLTE	Associazione di Volontariato ADOS Belluno, Azienda ULSS 1 Dolomiti, Dipartimento di Prevenzione, Unità Operativa Semplice Servizio di Prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili, Programmi di <i>Screening</i> e Promozione della salute.	



CORSO DI LAUREA IN ASSISTENZA SANITARIA
POLO DIDATTICO DI CONEGLIANO



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

**QUESTIONARIO CONOSCITIVO SUGLI STILI DI VITA E
LA PERCEZIONE DEL RISCHIO DI RECIDIVA
IN DONNE CON PREGRESSA DIAGNOSI DI
TUMORE AL SENO**

Buongiorno Signora,

sono Ellen Borga, studentessa del Corso di Laurea di Assistenza Sanitaria dell'Università di Padova. La mia formazione riguarda soprattutto l'ambito della prevenzione, promozione ed educazione alla salute e sto elaborando una tesi per la quale chiedo la Sua collaborazione.

Lo scopo della ricerca consiste nell'indagare gli stili di vita in correlazione alla percezione del rischio di recidiva del tumore al seno in un campione di donne con pregressa diagnosi di tale patologia, afferenti all'Associazione Donne Operate al Seno (ADOS) bellunese.

Le chiedo gentilmente di rispondere al seguente questionario riportando la sua esperienza.

Il questionario è **anonimo** e garantisce il rispetto della *privacy* e la riservatezza delle informazioni raccolte secondo il D.Lgs 30 giugno 2003 n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali”, integrato con le modifiche del D.Lgs 10 agosto 2018 “Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)”.

I dati saranno raccolti ed elaborati in forma aggregata, per tale motivo non sarà possibile risalire alla singola persona che ha risposto al questionario.

Se desidera avere maggiori informazioni può contattarmi tramite e-mail al seguente indirizzo: ellen.borga@studenti.unipd.it

Il tempo stimato per la compilazione del questionario è di circa 15 minuti.

La ringrazio anticipatamente per la collaborazione.

SEZIONE A – SOCIO-DEMOGRAFICA

A01 – Indichi il suo anno di nascita:

A02 – Indichi la propria nazionalità d'origine:

A03 – Esprima la sua altezza senza scarpe in cm:

A04 – Esprima il suo peso attuale senza scarpe ed abiti (o con abiti leggeri) in kg:

A05 – Indichi cortesemente il proprio titolo di studio.

(Contrassegni solo una casella)

- Nessun titolo
- Licenza elementare (Primaria)
- Licenza media (Secondaria di I grado)
- Diploma superiore (Secondaria di II grado)
- Laurea triennale
- Laurea magistrale

A06 – Può indicare, barrando la casella opportuna, se presenta (attualmente) o se le è stata diagnosticata una o più delle seguenti condizioni?

(È possibile indicare più risposte)

- Diabete mellito di tipo 1
- Diabete mellito di tipo 2
- Sindrome metabolica
- Ipertensione arteriosa (pressione alta)
- Ipotiroidismo/ipertiroidismo/asportazione tiroide
- Altre patologie: _____

A07 – Se attualmente assume farmaci e/o integratori alimentari, può elencarli di seguito (specificando i nomi)?

A08 – Può specificare, per ciascun figlio che possiede, per quanti mesi ha praticato l'allattamento esclusivo al seno (solo latte materno) e per quanti mesi quello complementare (latte materno + latte artificiale o alimenti appropriati)?

È possibile rispondere: “Non ho figli”.

A09 – Rispetto al Programma di *screening* mammografico biennale, può indicare in quale delle seguenti affermazioni si riconosce?

È rivolto alle donne di età compresa tra i 50 ed i 74 anni.

(Contrassegni solo una casella)

- Non sono in età
- Non aderisco/aderivo
- Aderisco/aderivo con una scarsa regolarità
- Aderisco/aderivo con una certa regolarità
- Aderisco/aderivo con un'assoluta regolarità

A10 – Come definirebbe le sue attuali abitudini di vita (alimentazione, attività fisica, fumo, *alcool*)?

(Contrassegni solo una casella)

- Scadenti
- Accettabili
- Buone
- Eccellenti

SEZIONE B – ALIMENTAZIONE

B01 – Indichi il suo livello di conoscenza circa la relazione tra alimentazione e salute.

(Contrassegni solo una casella)

- Nessuno
- Basso
- Medio
- Alto

B02 – Come definirebbe le sue attuali abitudini alimentari?

(Contrassegni solo una casella)

- Scadenti
- Accettabili
- Buone
- Eccellenti

B03 – Attualmente sta seguendo una dieta specifica prescritta da uno specialista?

(Contrassegni solo una casella)

- No (passi alla domanda B06)
- Sì, con una scarsa regolarità

- Sì, con una certa regolarità
- Sì, con un'assoluta regolarità

B04 – Se sì, da quanto tempo sta seguendo la dieta?

B05 – Se sì, per quale motivo la sta seguendo?

(È possibile indicare più risposte)

- Per motivi di salute, autonomamente
- Per perdere peso, autonomamente
- Per motivi di salute, su consiglio di uno specialista
- Per perdere peso, su consiglio di uno specialista
- Per ideologia personale (rispecchia i miei principi)
- Altro

B06 – Che tipo di alimentazione segue?

(Contrassegni solo una casella)

- Dieta mediterranea (limita il consumo di grassi animali come carni e formaggi, privilegiando i vegetali quali ortaggi, frutta di stagione, cereali e legumi)
- Dieta vegana (sono esclusi carne, pesce e gli alimenti di derivazione animale come latte, uova e miele)
- Dieta vegetariana (sono esclusi carne e pesce, ma consentiti gli alimenti di derivazione animale come latte, uova e miele)
- Dieta onnivora (nessun alimento escluso)
- Altro: _____
- Non saprei definirla

B07 – Indichi per ogni riga la frequenza settimanale con cui consuma i seguenti pasti.

(Inserisca una crocetta per ciascuna riga)

	Mai	Qualche volta	Spesso	Sempre
Colazione				
Spuntino del mattino				
Pranzo				
Merenda del pomeriggio				
Cena				
Spuntino del dopocena				

B08 – In media quante porzioni di frutta fresca consuma al giorno?

Porzione = 1 frutto medio: es. 1 mela, oppure 2 frutti piccoli: es. 2 albicocche.

(Contrassegni solo una casella)

- Meno di una
- Una
- Due
- Tre o più
- 5 o più porzioni

B09 – In media quante porzioni di verdura consumi al giorno?

Porzione = mezzo piatto di spinaci/broccoli, oppure 1 ciotola di insalata da 500 ml o 2/3 pomodori.

(Contrassegni solo una casella)

- Meno di una
- Una
- Due
- Tre o più
- 5 o più porzioni

B10 – Per ogni riga indichi cortesemente con quale frequenza settimanale è solita consumare porzioni dei seguenti alimenti.

(Inserisca una crocetta per ciascuna riga)

	Nessuna porzione	Meno di una	Una/ due	Tre	Quattro/ cinque	Più di cinque
Pane bianco, porzione = 50 g						
Cereali integrali in chicco (es. riso, frumento, avena, orzo, segale), porzione = 80 g						
Ortaggi/verdure solanacee (es. pomodori, melanzane, peperoni), porzione = 200 g						
Frutti oleaginosi (es. mandorle, noci, nocciole, arachidi), porzione = 30 g						
Legumi freschi/secchi (es. fagioli, ceci), porzione = 150 g freschi/50 g secchi						
Carni bianche (es. pollo, coniglio, tacchino, agnello), porzione = 100 g						
Carni rosse (es. maiale, manzo, vitello), porzione = 100 g						
Affettati/insaccati/carni trasformate (es. salame, prosciutto, wurstel), porzione = 50 g						
Pesce/crostacei, porzione = 150 g						
Latte, yogurt e derivati, porzione = 125 ml/125 g						
Formaggio, porzione = 50-100 g						

Cibi fritti e fast food (es. <i>hamburger</i> , patatine), porzione = 100 g						
Cibi pronti/precotti/preconfezionati, porzione = 100 g						
Dolci/dolciumi commerciali, porzione = 100 g						
Bevande gassate (incluse sostanze energizzanti e contenenti vitamine), porzione = 200 ml						
Bevande zuccherate (es. tè, caffè zuccherato, sostanze contenenti sali minerali), porzione = 50 ml di caffè/250 ml di tè						
Caffè senza zucchero, porzione = 50 ml						

B11 – Nella preparazione dei piatti con che frequenza utilizza i seguenti condimenti?

(Inserisca una crocetta per ciascuna riga)

	Mai	Raramente (1-2 giorni a settimana)	Talvolta (3-4 giorni a settimana)	Spesso (5-6 giorni a settimana)	Sempre (7 giorni a settimana)
Grassi di origine animale (es. burro, strutto)					
Margarina vegetale					
Olio extravergine d'oliva					
Olio monoseme (es. di arachidi, girasole, mais, cocco)					

B12 – In media quanti cucchiaini di olio extravergine d'oliva consuma al giorno?

Includa l'olio d'oliva che usa per cucinare, per condire l'insalata e che ha consumato nei pasti fuori casa.

(Contrassegni solo una casella)

- Uno o meno
- Due o tre
- Quattro o più

B13 – Indichi con quale frequenza consuma sale iodato.

(Contrassegni solo una casella)

- Mai
- Qualche volta
- Spesso
- Sempre
- Non saprei

B14 – Quante tazzine di bevande contenenti caffeina assume giornalmente?

Includa caffè, tè nero o verde, bibite alla cola e/o altre bevande energetiche.

(Contrassegni solo una casella)

- Meno di una
- Da una a tre
- Più di tre

B15 – Quanta acqua beve in media al giorno?

Includa tazze di infusi e/o tisane.

(Contrassegni solo un ovale)

- Meno di un litro (meno di 4 bicchieri)
- Da uno a due litri (da 4 a 8 bicchieri)
- Più di due litri (più di 8 bicchieri)

SEZIONE C – ATTIVITÀ FISICA

C01 – Attualmente quanto si definirebbe attiva fisicamente?

(Contrassegni solo una casella)

- Per niente
- Poco
- Abbastanza
- Molto

C02 – Nelle ultime 4 settimane ha praticato attività fisica moderata?

Per attività fisica moderata si intende l'attività che faccia sudare o almeno respirare più velocemente, non il semplice stare in piedi (es. camminata veloce).

(Contrassegni solo una casella)

- Meno di un giorno a settimana (passi alla domanda C05)
- Un giorno a settimana
- Da due a tre giorni a settimana
- Più di tre giorni a settimana
- Tutti i giorni della settimana

C03 – In questi giorni/o della settimana per quante ore/minuti alla volta in media ha praticato attività fisica moderata?

Specifichi, affianco al numero, se si tratta di ore o minuti.

C04 – Quanto si sente soddisfatta nel praticarla?

(Contrassegni solo una casella)

- Per niente
- Poco

- Abbastanza
- Molto

C05 – Giornalmente con quale mezzo è solita muoversi?

(Contrassegni solo una casella)

- In macchina
- Con i mezzi pubblici (es. *autobus*, treno)
- In bicicletta
- A piedi
- Altro

C06 – Negli ultimi 7 giorni per quante ore, nell’arco della settimana, ha svolto attività fisica intensa? Per attività fisica intensa si intende l’attività che per durata ed intensità provoca grande aumento della respirazione e del battito cardiaco o abbondante sudorazione (es. corsa).

(Contrassegni solo una casella)

- Non pratico attività fisica intensa
- Da 30 minuti a 1 ora
- Da 1 a 3 ore
- Da 4 a 6 ore
- Da 7 a 9 ore
- 10 ore o più

C07 – Quante ore dedica ogni settimana all’attività fisica sedentaria (es. leggere, guardare la TV, stare davanti al pc)?

- 0 ore
- Da 30 minuti a 1 ora
- Da 1 a 3 ore
- Da 4 a 6 ore
- Da 7 a 9 ore
- 10 ore o più

C08 – Attualmente sta svolgendo attività fisica su prescrizione medica?

(Contrassegni solo una casella)

- No
- Sì, con una scarsa regolarità
- Sì, con una certa regolarità
- Sì, con un’assoluta regolarità

SEZIONE D – ABITUDINE AL FUMO

D01 – Rispetto al fumo, in quale delle seguenti affermazioni si riconosce?

(Contrassegni solo una casella)

- Non ho mai fumato (la semplice prova della sigaretta non è da considerare) (passi alla sezione E)
- Ero fumatrice ma ho smesso da più di un anno (passi alla sezione E)
- Ero fumatrice ma ho smesso negli ultimi 6 mesi (passi alla sezione E)
- Sono fumatrice e dovrei smettere, credo proprio che entro breve farò un tentativo
- Sono fumatrice e potrei anche smettere ma ho paura di non riuscirci
- Sono fumatrice ma non ci penso proprio a smettere
- Non sono fumatrice ma sono esposta al fumo passivo (familiari/conviventi/amici/colleghi fumatori) (passi alla sezione E)

D02 – Indichi gentilmente quante sigarette fuma in media al giorno.

(Contrassegni solo una casella)

- Meno di 10
- Tra 10 e 20
- Tra 20 e 35
- Più di 35

D03 – Quanto si senti capace di poter smettere di fumare?

Esprima una valutazione da 0 a 5, dove 0 indica per niente capace e 5 pienamente capace.

(Contrassegni solo una casella)

Per niente capace	0	1	2	3	4	5	Pienamente capace

D04 – Cosa potrebbe portarla a decidere di smettere di fumare?

(È possibile indicare più risposte)

- Problemi di salute
- Necessità di risparmiare denaro
- La salute dei conviventi
- Paura di morire
- Futura gravidanza
- Sostituire il fumo con un'altra attività
- Altro

D05 – Chi potrebbe aiutarla a smettere di fumare?

(È possibile indicare più risposte)

- Discutere con il Medico di base
- L'aiuto della famiglia

- Essere supportata da un percorso per smettere di fumare
- Altro

SEZIONE E – ABITUDINE ALL'ALCOOL

**E01 – Ritieni che il tuo consumo di alcool sia:
(Contrassegni solo una casella)**

- Nullo
- Inferiore alla norma
- Nella norma
- Superiore alla norma
- Molto elevato

E02 – Indichi cortesemente la frequenza settimanale, espressa in unità alcoliche (u.a.), con cui consuma le seguenti bevande.

(Inserisca una crocetta per ciascuna riga)

	Mai	Raramente (1-2 volte a settimana)	Talvolta (3-4 volte a settimana)	Spesso (5-6 volte a settimana)	Sempre (7 volte a settimana)
Bicchiere di vino 125 ml (= 1 u.a.)					
Lattina di birra 33 cl (= 1 u.a.)					
Bicchierino di superalcolico - grappa, liquori, whisky, rum, ecc. - 40 ml (= 1 u.a.)					
Cocktail alcolico - Spitz, Negroni, Hugo, Mojito, ecc. (= 1 u.a.)					

SEZIONE F – CONSAPEVOLEZZA E PERCEZIONE DEL RISCHIO DI RECIDIVA

F01 – In generale, quanto ritiene di essere informata riguardo alla correlazione tra stili di vita e prevenzione del rischio di recidiva?

Esprima una valutazione da 0 a 5, dove 0 indica per niente informata e 5 pienamente informata.

(Contrassegni solo una casella)

Per niente informata	0	1	2	3	4	5	Pienamente informata

F02 – Ha mai ricevuto informazioni riguardo alla correlazione tra stili di vita e prevenzione del rischio di recidiva dai seguenti professionisti o fonti?

(Inserisca una crocetta per ciascuna riga)

	No, nessuna informazione	Sì, ma informazioni confuse/insufficienti	Sì, informazioni chiare ed esaustive
Medico oncologo/senologo			
Medico di famiglia			
Assistente Sanitario			
Infermiere oncologico			
Nutrizionista			
<i>Personal trainer</i> /allenatore			
Incontri specifici sul tema			
Siti <i>web</i> istituzionali			
Siti <i>web</i> non istituzionali			
<i>Social media</i>			
TV, radio, giornali, libri			
Passaparola			

F03 – Se ricerca informazioni in *Internet* riguardanti la salute, verifica sempre la validità scientifica degli articoli che legge?

(Contrassegni solo una casella)

- Mai
- Qualche volta
- Spesso
- Sempre
- Non ricerco in *Internet*

**F04 – Ha modificato qualche sua precedente abitudine di vita successivamente alla diagnosi?
(Inserisca una crocetta per ciascuna riga)**

	No, per nulla	In alcuni casi	Sì, definitivamente
Abitudini alimentari			
Abitudine all'attività fisica			
Abitudine al fumo			
Abitudine all' <i>alcohol</i>			

F05 – Sarebbe interessata a partecipare ad un percorso formativo sul miglioramento degli stili di vita per la prevenzione delle recidive del tumore al seno, se le venisse proposto?

Si prega di motivare la risposta.

GRAZIE PER IL SUO CONTRIBUTO!

RINGRAZIAMENTI

Alla Sig.ra Luciana Tona per essere stata lungimirante nei miei confronti, introducendomi nel mondo della prevenzione.

Alla cara Sandra la mia gratitudine per aver sostenuto con convinzione il mio percorso di studi.

Alla Direttrice del Corso di Laurea, alla relatrice ed alle correlatrici per il prezioso contributo nella stesura della ricerca di tesi.

Ai docenti che mi hanno accompagnata nel percorso di apprendimento per aver risvegliato in me la curiosità del sapere.

Alla Presidente e alle donne dell'ADOS per aver accolto la richiesta di collaborare al progetto di tesi con gentilezza e disponibilità.

Ai professionisti del Dipartimento di Prevenzione di Belluno per aver dedicato parte del loro tempo alla mia formazione professionale.

Alla mia famiglia, per essere una presenza costante.

A Valentina, che ho il privilegio di aver chiamato “compagna fidata” ed ora “collega”.

A tutti voi,
un sentito Grazie.