

# **UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA**

**DIPARTIMENTO di MEDICINA - DIMED**

**Corso di Laurea Triennale in:  
TECNICHE DI RADIOLOGIA MEDICA, PER IMMAGINI E  
RADIOTERAPIA  
Anno Accademico 2022/23**

**Sede di ROVIGO**

**Presidente Prof. Roberto Stramare**

**Tesi di Laurea: "L'IMPORTANZA DELLA COMUNICAZIONE NELLA  
RELAZIONE CON LE PAZIENTI RICHIAMATE DALLO SCREENING  
MAMMOGRAFICO"**

**Relatore: Magnani Katia  
Correlatore: Baldon Sabrina**

**Laureanda/o: Bolzonella Valentina**



A tutte le donne del mondo.



# INDICE

<b>INTRODUZIONE .....</b>	<b>1</b>
<b>CAPITOLO 1: LO SCREENING MAMMOGRAFICO .....</b>	<b>3</b>
1.1 NORMATIVA DI RIFERIMENTO NAZIONALE.....	3
1.2 NORMATIVA DI RIFERIMENTO REGIONALE: VENETO .....	4
1.3 STORIA E DEFINIZIONE DI SCREENING MAMMOGRAFICO .....	5
1.3.1 LO SCREENING.....	5
1.3.2. LA STORIA DELLO SCREENING .....	6
1.4 BREAST UNIT.....	8
1.4.1. PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE .....	9
1.4.2. DIAGRAMMA DI FLUSSO PDTA AL SENO.....	11
1.5 LO SVILUPPO DELLA TECNOLOGIA E IL SUO UTILIZZO .....	13
1.5.1 LA MAMMOGRAFIA.....	14
1.5.2 LA MAMMOGRAFIA DI SCREENING .....	14
1.5.3. LA TOMOSINTESI .....	15
1.6 MOTIVI DEL RICHIAMO DALLO SCREENING MAMMOGRAFICO .....	16
1.6.1. L'IMMAGINE NON È ACCETTIBILE E NON È INTERPRETABILE.....	16
1.6.2. SOSPETTO POSITIVO .....	16
1.6.3. SOVRADIAGNOSI .....	17
<b>CAPITOLO 2: L'IMPORTANZA DEL SENO PER UNA DONNA .....</b>	<b>19</b>
2.1 NASCITA DELLA PREVENZIONE AL SENO: .....	19
LA MEDICINA DI GENERE E IL CAMBIMENTO CULTURALE .....	19
2.2 IL SIGNIFICATO DEL SENO NELLE DIVERSE FASI DELLA VITA DELLA DONNA .....	20
2.3 REAZIONI PSICOLOGICHE DEL TUMORE AL SENO .....	23
<b>CAPITOLO 3: LA RELAZIONE TRA TSRM E LA PAZIENTE .....</b>	<b>25</b>
3.1. IL RUOLO DEL TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA NELLA RELAZIONE CON IL PAZIENTE.....	25
3.2 LA COMUNICAZIONE E I SUOI OBIETTIVI.....	26
3.3. IL COUNSELING E LA RELAZIONE D'AIUTO .....	28
3.4. TECNICHE E METODI PER UNA COMUNICAZIONE EFFICACE.....	29
<b>CAPITOLO 4: QUESTIONARIO SULL'IMPORTANZA DELLA COMUNICAZIONE NELLA RELAZIONE CON LA PAZIENTE, AL MOMENTO DEL RICHIAMO IN SEGUITO ALLO SCREENING MAMMOGRAFICO .....</b>	<b>31</b>
4.1. INTRODUZIONE.....	31
4.2. OBIETTIVO .....	31
4.3. METODI E STRUMENTI DI RILEVAZIONE UTILIZZATI .....	31
4.4. ELABORAZIONE DEI RISULTATI .....	33
4.4. RISULTATI DELL'INDAGINE.....	48
<b>CAPITOLO 5: CONCLUSIONI .....</b>	<b>51</b>
ALLEGATO 1 – QUESTIONARIO .....	53
SITOGRAFIA .....	57
BIBLIOGRAFIA .....	62
RINGRAZIAMENTI .....	63



## INTRODUZIONE

La figura professionale del Tecnico Sanitario di Radiologia Medica per Immagini e Radioterapia è cambiata repentinamente ed è tuttora in continuo cambiamento.

Grazie alla legge n°25 del 31 gennaio 1983, riguardante la regolamentazione giuridica dell'esercizio dell'attività del tecnico, si è passati da arte ausiliaria a professione sanitaria, di conseguenza, questo ha portato ad un aumento dell'autonomia e della responsabilità.

Nasce così una nuova professione dinamica e flessibile, capace di evolvere grazie alle nuove tecnologie, ai nuovi studi medici e alle nuove conoscenze ampliate; diviene un collaboratore diretto del medico radiologo iniziando ad occuparsi, in prima persona, degli utenti fragili e sensibili.

In tutti gli interventi radiologici aventi finalità di prevenzione, diagnosi e terapia il tecnico è una delle prime figure professionali sanitarie che il paziente incontra.

Dal primo accesso in Pronto Soccorso, alla prima mammografia, da un intervento in emodinamica alla radioterapia il tecnico è sempre coinvolto.

In modo particolare nell'ambito della Senologia Radiologica, il TSRM aiuta ad affrontare le paure e le incertezze delle pazienti, dando loro conforto e sicurezza.

Nello specifico, nel momento in cui l'assistita viene richiamata per accertamenti dopo aver svolto lo screening mammografico, le emozioni negative vengono amplificate dal dubbio di una probabile malattia.

La perplessità del motivo del richiamo può promuovere l'insorgenza di richieste di spiegazioni e l'aumento delle preoccupazioni e l'interrogazione prematura sul futuro. Infatti il timore di una possibile malattia rende vulnerabili e sensibili, rompe il sottile equilibrio di benessere della paziente e quest'ultima inizia ad interrogarsi sulla sua vita sociale, familiare e lavorativa.

È proprio in questo momento delicato di una probabile pre-diagnosi che il professionista è chiamato ad assistere, ad ascoltare e a prendersi cura del paziente.

Il suo intervento è di fondamentale importanza per quello che sarà il probabile inizio di un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale.

La comunicazione è al centro nella relazione tra professionista e paziente, crea il collante: permette alla paziente di esprimere ciò che più la tormenta e al Tecnico di

radiologia di accoglierla, attraverso un atteggiamento empatico, creando un luogo sicuro.



# CAPITOLO 1: LO SCREENING MAMMOGRAFICO

## 1.1 NORMATIVA DI RIFERIMENTO NAZIONALE

Il tumore più frequente tra le donne è quello della mammella e secondo dati Airc<sup>1</sup> (Associazione Italiana per la ricerca sul cancro) nel 2020 ha superato il tumore al polmone nella classifica dei tumori più frequentemente diagnosticati.

Si stima che in Italia nell'anno 2022, come riportato dall'articolo "Tumori e screening" del Ministero della Salute<sup>2</sup>, sono state circa 55.700 nuove diagnosi di tumore nelle donne, con un incremento dello 0,5% rispetto al 2020 e nonostante il continuo aumento del trend di incidenza del tumore al seno, i progressi terapeutici della medicina e gli screening per la diagnosi precoce, hanno contribuito ad abbassare la mortalità del tumore con una sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi (negli stadi I e II) dell'88%.

In Italia, gli esami di screening mammografico sono gratuiti e previsti dal Servizio Sanitario Nazionale.

Come cita l'articolo "Screening per il cancro al seno" del Ministero della Salute<sup>3</sup>, lo screening per la diagnosi precoce del tumore mammario si rivolge alle donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni e si esegue la ripetizione ogni due anni.

Una maggiore accuratezza nella diagnosi si ottiene con la valutazione della mammografia effettuata separatamente da 2 medici radiologi.

Inoltre, attraverso strumenti di comunicazione e campagne dedicate alla prevenzione, come Campagna Nastro Rosa, si incide a livello culturale per sensibilizzare alla prevenzione.

Come ricorda l'articolo "Attività per la prevenzione e il contrasto delle malattie oncologiche" del Ministero della Salute<sup>4</sup>, il Servizio Sanitario Nazionale ha il dovere di educare, allo stile di vita sano e attivo, al controllo anticipato in casi di familiarità e all'autopalpazione, continuando a promuovere ed a informare sugli screening mammografici, in particolare si impegna a superare le criticità nelle Regioni del Sud Italia in cui l'adesione è ancora ridotta.

## 1.2 NORMATIVA DI RIFERIMENTO REGIONALE: VENETO

Secondo i dati riportati dall'Osservatorio Nazionale di Screening<sup>5</sup>, la regione Veneto attivò i primi programmi di screening organizzati nel 1998, diventando una delle regioni con più alta adesione nazionale allo screening mammografico.

La regione Veneto, secondo quanto riportato dal comunicato n°2033 “Cancro al Seno” nel portale della Regione Veneto<sup>6</sup>, ha ampliato l'offerta anche alle donne fino ai 74 anni d'età, diversamente dalla Normativa Nazionale, la quale estende la possibilità di screening alle donne di età compresa tra 50 e i 69 anni; inoltre, a partire dal 2025, è previsto l'inserimento nei programmi di screening delle donne con un range di età tra i 45 e i 49 anni.

Come spiega l'AIRC (Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro) nell'articolo “sistema sanitario nazionale e screening mammografico”<sup>7</sup>, il limite del range d'età è calcolato sulla base di studi scientifici, i quali hanno dimostrato che in tale particolare fascia di età si ha un effettivo aumento dei benefici rispetto ai rischi connessi, ovvero una effettiva diminuzione della mortalità.

Viene sottolineato quanto non sia indicato effettuare lo screening al di sotto dei 45 anni poiché il seno ha una maggiore densità nelle pazienti giovani e renderebbe più difficile rilevare le piccole anomalie o tumori, in più si evita l'esposizione alla radiazione alla mammella essendo un rischio più significativo nelle donne giovani, senza contare il fatto di eventuali rischi psicologici e stress dovuto dal verificarsi di falsi positivi o biopsie inutili.

L'esclusione delle donne al di sotto dei 45 anni all'invio allo screening permette una diminuzione del rischio di sovra-diagnosi; tuttavia coloro che hanno una storia familiare pregressa sono invitate a sottoporsi ad accertamenti già in età giovanile.

## 1.3 STORIA E DEFINIZIONE DI SCREENING MAMMOGRAFICO

### 1.3.1 LO SCREENING

Lo screening mammografico è un processo diagnostico gratuito previsto dal Sistema Sanitario Nazionale, rivolto ad una popolazione bersaglio, il quale ha portato a benefici importanti per la salute delle donne e per la gestione del cancro al seno, individuando il tumore al seno in una fase precoce, aumentando le possibilità di cura e guarigione e contribuendo a ridurre la mortalità.

L'articolo "Che cosa sono gli screening"<sup>8</sup> pubblicato dall'AIRC definisce lo screening è un intervento organizzato di sanità pubblica e per essere tale deve avere alcuni requisiti essenziali come la garanzia di equità, un bilancio tra effetti positivi e negativi, un costo sostenibile per la collettività, l'informazione alla popolazione bersaglio, un efficiente controllo della qualità ed infine una valutazione epidemiologica della prestazione sanitaria, della partecipazione e dell'impatto sulla incidenza e mortalità.

L'Osservatorio Nazionale Screening nell'articolo "Raccomandazioni europee per la mammografia di screening"<sup>9</sup> spiega che l'intervallo di tempo tra una mammografia e l'altra è di due anni ed è stabilito sulla base di evidenze scientifiche e raccomandazioni mediche; due anni è considerato un periodo di tempo in cui è possibile rilevare la maggior parte dei tumori al seno in fase precoce, ridurre il rischio di falsi positivi ed evitare maggior esposizione alle radiazioni, le quali possono costruire un fattore di rischio.

Ogni donna, che presenta una mammografia con esito dubbio o aree sospette, dopo aver eseguito lo screening, è invitata tramite lettera o chiamata, ad eseguire ulteriori valutazioni e indagini, le quali possono essere: una mammografia con ingrandimento di dettagli o con proiezioni accessorie, un'ecografia o una risonanza mammaria, l'agoaspirato per esame citologico o una biopsia per esame istologico; queste procedure aiutano a ottenere una visione più chiara delle aree sospette.

Come sottolinea l'articolo "Screening mammografico"<sup>10</sup> pubblicato nel portale della Regione del Veneto, essere richiamate per ulteriori indagini non significa necessariamente avere un tumore al seno, ma indica un aumentato rischio ed è importante partecipare al processo di richiamo e completare tutte le indagini raccomandate, per garantire una diagnosi accurata e tempestiva, ricordando che la diagnosi precoce giova ad una migliore prognosi e a opzioni di trattamento più efficaci e meno invasive.

### 1.3.2. LA STORIA DELLO SCREENING

In Italia, come riportato dall'articolo "Come cambia l'epidemiologia del tumore della mammella in Italia"<sup>11</sup> pubblicato dall'Osservatorio Nazionale Screening, l'attivazione dei programmi di screening inizialmente è limitata ad alcune aree, come Piemonte e Toscana ed inizia a partire dai primi anni 90'.

Nello stesso periodo nacque il GISMa<sup>12</sup> (Gruppo Italiano per lo Screening Mammografico) ovvero un'associazione che si occupa di prevenzione, diagnosi e cura del tumore della mammella nell'ambito dei programmi organizzati di screening.

Per arrivare all'obiettivo di contrastare le principali patologie era necessario un cambiamento di volontà politica ovvero di una creazione di programmi di screening utilizzati come sistema di programmazione, intervento e valutazione della realtà sanitaria.

Per un'esigenza di prevenzione oncologica, a metà anni 90' cominciarono ad avviarsi verso una diagnosi precoce del tumore al seno, anche regioni come Emilia Romagna e altre zone del Centro, alzando la percentuale di partecipazione di donne allo screening del 15%.

Con il passare del tempo, sempre più regioni italiane hanno implementato programmi di screening mammografico su larga scala, favorendo la sensibilizzazione sull'importanza della diagnosi precoce del cancro al seno.

Negli anni intercorsi tra il 1998 e il 2000, il Piano sanitario nazionale ha esteso a tutto il territorio nazionale gli screening che si sono dimostrati efficaci nel modificare la storia naturale di una malattia, furono istituite delle prime linee guida

della Commissione Oncologica Nazionale e ci fu l'inserimento dei dati di attività di screening all'interno dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Successivamente nel 2001, oltre alla nascita dell'Osservatorio Nazionale degli Screening, fu stipulato un Accordo Stato-Regioni sulle linee guida riguardanti la prevenzione, la diagnosi e l'assistenza in oncologia.

Puglia e Sardegna furono le ultime ad aderire allo screening, solo nel 2007 tutte le Regioni italiane hanno avuto almeno un programma attivo.

Durante il corso di questi ultimi vent'anni, la diffidenza e l'ostilità per i programmi sanitari nazionali e regionali è scemata, lasciando spazio a dati e prove scientifiche evidenti riguardanti il calo di mortalità per tumore alla mammella.

Continui studi, aggiornamenti, corsi di formazione e nuove tecnologie hanno implementato la fiducia delle donne, trasformandolo in un semplice esame di routine da svolgere ogni due anni.

Fondamentale rimane la continua comunicazione alla popolazione femminile sull'importanza della prevenzione al seno, soprattutto in quelle aree come Sud Italia e Isole, in cui si registra tuttora una scarsa adesione.

#### 1.4 BREAST UNIT

La Breast Unit è il gruppo multidisciplinare oncologico specializzato nella diagnosi, nella cura e nella riabilitazione psicofisica delle donne affette da carcinoma mammario.

Per la costruzione di tali percorsi diagnostici e terapeutici è necessaria la partecipazione di tutte le Unità operative semplici, complesse o dipartimentali, in particolare l'oncologia medica, la radiologia senologica, la chirurgia ricostruttiva, la radioterapia, l'anatomia patologica, la medicina nucleare, la fisioterapia e la psico-oncologia.

Un'équipe multidisciplinare, chiave della Breast Unit, necessita dell'adesione coordinata di più discipline, della loro collaborazione e dell'unione delle rispettive competenze specifiche in ambito senologico, al fine di raggiungere obiettivi univoci.

Come citato nell'articolo "Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei centri di senologia"<sup>13</sup> stilato nel 18 dicembre 2014 dal Ministero della Salute, la costruzione di una rete offre un percorso integrato e di qualità costruito sulla base di evidenze scientifiche e dati epidemiologici.

Gli obiettivi principali posti dalla Breast Unit sono: informare le pazienti riguardo le attività di prevenzione, i programmi di screening, educare sugli stili di vita per diminuire i fattori a rischio, offrendo una tempestività nella diagnosi e la realizzazione di uno specifico percorso diagnostico terapeutico, garantendo una continuità assistenziale di cura.

In conclusione, è un vero e proprio punto di riferimento costante accanto alla paziente e ai famigliari, è un'organizzazione che sostiene, ascolta, aiuta, accompagna, consiglia e promuove.

#### 1.4.1. PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE

“Da curare a curare con cura”

Secondo l’Allegato “Approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per pazienti da tumore della mammella”<sup>14</sup> stipulato dalla giunta regionale della Regione Veneto: *“Il PDTA regionale è descritto attraverso le mappe degli episodi clinico - organizzativi che rappresentano, dall’esordio della malattia sino al fine vita, la sequenza delle attività che, all’interno della rete di offerta, il sistema regionale garantisce ai pazienti per dare risposta ai loro bisogni di salute.”*

I PDTA (Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali) sono un modello organizzativo, sono un insieme di linee guida elaborate dalle aziende sanitarie per definire con precisione le modalità, le tempistiche e la sequenza di procedure da mettere in atto dopo la presa in carico di un paziente con una specifica patologia, non necessariamente oncologica.

Questi percorsi hanno diversi principi come la centralità della persona rispetto all’organizzazione, accessibilità alle cure, una medicina basata sulle prove d’efficacia e la misurazione dei risultati.

La centralità del paziente è il cardine principale e risulta fondamentale, non è più quest’ultimo che cerca lo specialista ma sono gli specialisti che ruotano attorno al paziente; il risultato è che l’assistito si sente “preso in carico”, non più spaesato ed abbandonato.

Un altro aspetto importante è il team multidisciplinare, esso consiste nella coesione e collaborazione da parte di tutti i membri del team, risponde a tutte le esigenze del paziente, garantisce elevati standard di cura e terapie innovative, inoltre, come citato dall’articolo “Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei centri di senologia”<sup>15</sup> dal Ministero della Salute, adotta programmi di Quality Assurance e promuove percorsi di miglioramento.

Il PDTA, utilizzato come strumento di pianificazione efficace ed efficiente, mira a garantire una gestione uniforme, coordina i ruoli, viene elaborato grazie a gruppi di lavoro multidisciplinari, varia secondo la patologia o condizione da trattare ed è

scomponibile in diversi episodi clinico-organizzativi: valutazione e stadiazione, trattamento e stabilizzazione, follow up.

Una volta riunito il gruppo multidisciplinare contando la partecipazione di tutti i componenti dell'équipe, avviene la riunione multidisciplinare, momento in cui si effettua la valutazione della diagnosi, viene deciso il percorso migliore per la paziente in base alla sua età biologica, alle caratteristiche cliniche e alle sue preferenze e vengono identificate le risorse necessarie all'attuazione del percorso.

A tale incontro viene realizzata la stesura di un documento personalizzato o referto scritto, per ogni paziente, per cui ogni specialista che ha in cura la paziente può accedere e visualizzare la decisione collegiale finale.

Attraverso il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale, a seconda delle necessità cliniche/urgenze del paziente, si creano percorsi preferenziali i quali riducono i tempi di prenotazione delle visite specialistiche e modificano le modalità di accesso, ottimizzando le tempistiche.

Tale percorso facilita e promuove la comunicazione tra l'assistito e i membri del team durante tutte le sue fasi ed il paziente coinvolto in un PDTA avrà dunque la certezza di essere seguito con continuità, secondo protocolli già identificati come ottimali e ampiamente condivisi.



## 1.4.2. DIAGRAMMA DI FLUSSO PDTA AL SENO

Per rappresentare e facilitare la comprensione si utilizza il diagramma di flusso, il quale consente di descrivere in modo schematico quali attività vengono compiute e la sequenza corretta.

### 1. Valutazione e stadiazione

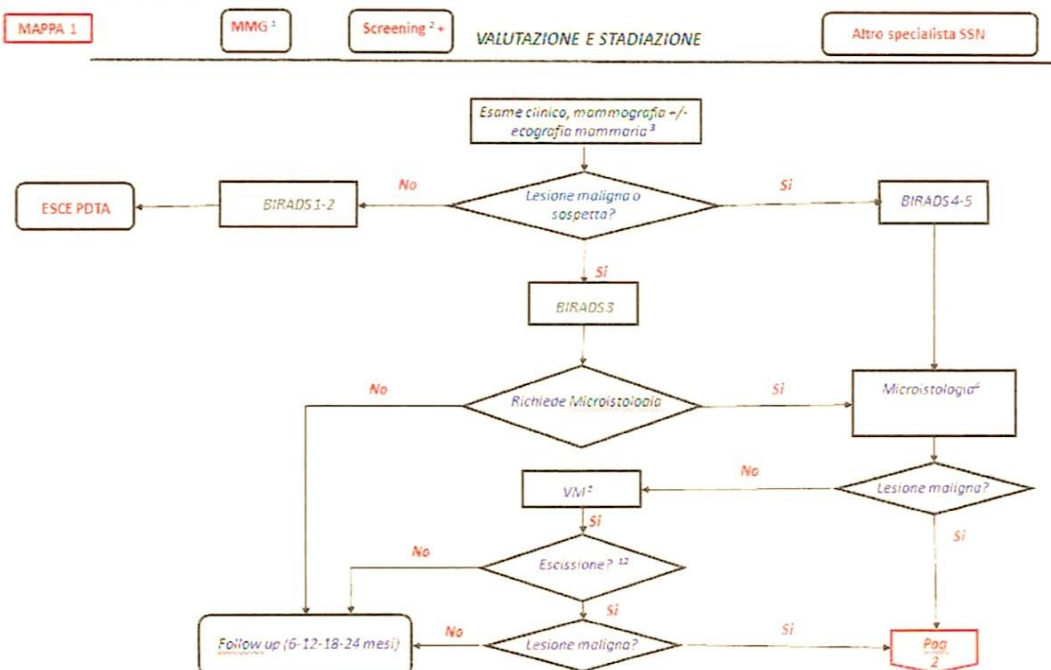


FIGURA 1: Immagine<sup>16</sup> presente a pagina 19/56 del Documento approvato con Decreto n°160 del 25 novembre 2022 sul sito della Regione Veneto

Come spiega l'articolo "PDTA mammella"<sup>17</sup> Documento approvato con Decreto n°160 del 25 novembre 2022 sul sito della Regione Veneto, l'accesso avviene attraverso diverse modalità:

- Il medico di medicina generale o uno specialista che opera all'interno del Sistema Sanitario Nazionale invia la paziente al Centro di Senologia.
- Lo screening senologico organizzato, il quale prevede la chiamata, mediante lettera, delle donne in fascia di età 50-74 anni.
- Gli Ambulatori oncologici o senologici oppure attraverso la radioterapia.

Nel caso in cui viene rilevata un'anomalia dell'esame mammografico o c'è un dubbio da parte di uno dei due medici senologi, la donna viene richiamata ad effettuare un approfondimento diagnostico.

Attraverso la tecnica della tomografia associata all'ecografia, la quale garantisce maggior sensibilità e specificità o all'utilizzo di strumenti d'ingrandimenti in grado di comprimere la zona risultata dubbia del seno, si accede agli esami di II livello eseguiti su indicazione di uno specialista.

Oltre alle tecniche sopra enunciate, anche la risonanza magnetica mammaria è spesso utilizzata per valutare il tessuto mammario in modo dettagliato come ad esempio è utile per una valutazione più completa nei seni giovani e densi, nella valutazione delle protesi mammarie, per un monitoraggio della risposta al trattamento, per una stadiazione del cancro al seno, per una valutazione delle pazienti ad alto rischio oppure per discrepanza tra quadro mammografico ed ecografico.

Qualora le indagini diagnostiche confermassero la positività della neoplasia, la donna viene presa in carico dalla Breast Unit di riferimento.

Dopo aver eseguito gli esami strumentali richiesti dal medico, si passa ad uno studio invasivo del seno attraverso due possibili metodologie: la microbiopsia in cui si asportano piccoli frammenti di tessuto e si esegue un esame istologico, oppure attraverso l'ago aspirato ovvero un esame citologico, il quale consente di prelevare solamente alcune cellule ritenute sospette contenute nel nodulo mammario.

Successivamente alla biopsia, avviene la valutazione istologica da parte dell'anatomo patologo, che permette la definizione diagnostica e il risultato emerso diventerà tema di discussione multidisciplinare, attraverso il quale verrà stabilito il piano di trattamento personalizzato, il quale può includere chirurgia, radioterapia, chemioterapia, terapia ormonale o altri interventi.

La penultima fase del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del seno è quella del post chirurgia in cui, dopo il trattamento alla paziente, Core Team del Pdta valuta l'adeguatezza dell'intervento, gli eventuali esami di stadiazione, la necessità della terapia riabilitativa e la necessità di supporto psico-oncologico.

Come spiega il Decreto "PDTA mammella"<sup>17</sup> n°160 del 25/11/22 del gruppo di lavoro PDTA della Regione Veneto, il supporto psichico all'interno del Centro di Senologia è di notevole importanza in tutte delle fasi della malattia, soprattutto nella

diagnosi e nella condivisione di un piano terapeutico e continua ad essere fondamentale anche dopo l'intervento di chirurgia per promuovere una elaborazione cognitiva dell'esperienza della malattia e mantenere un'adeguata rete di supporto socio-relazionale.

Infine, l'ultima fase PDTA al seno è il follow-up, il quale consiste nella diagnosi di ripresa di malattia, valutazione effetti collaterali dei farmaci e degli esiti, in cui la paziente viene monitorata clinicamente ed esegue annualmente una mammografia con ecografia bilaterale ed eco-ascellare

### 1.5 LO SVILUPPO DELLA TECNOLOGIA E IL SUO UTILIZZO

L'avanzamento di nuove tecniche di compressione, dettaglio e definizione unito all'utilizzo di apparecchiature sempre più moderne in grado di rendere quasi indolore e tempestivo l'esame mammografico hanno rivoluzionato il mondo della senologia, migliorando la diagnosi, aumentando il comfort e motivando così le donne ad eseguire la prevenzione del tumore al seno.

In un unico secolo di storia è avvenuto un repentino cambiamento, basti pensare che la prima radiologia analogica al seno fu eseguita solamente nel 1913 da Albert Salomon.

Con i primi utilizzi della mammografia analogica si ha avuto la possibilità di eseguire delle radiografie ai seni delle donne per poi svilupparle e visualizzarle su pellicole.

Il nodulo tumorale, avendo una bassa differenza di contrasto rispetto ai tessuti del seno circostanti, non è ben visibile attraverso pellicola ma grazie all'invenzione della mammografia digitale è possibile elaborare le immagini modificando i contrasti, avere una elevata qualità e di conseguenza, migliorare l'accuratezza diagnostica.

In più, secondo l'articolo "Mammografia digitale"<sup>18</sup> di Senologia Diagnostica, l'acquisizione, la visualizzazione e l'archiviazione delle immagini radiologiche in formato digitale, ha introdotto la creazione di archivi informatici, l'ottimizzazione dei processi e la trasmissione a distanza della mammografia.

### 1.5.1 LA MAMMOGRAFIA

L'AIRC (Associazione Italiana per Ricerca sul Cancro) nell'articolo "Mammografia"<sup>19</sup> definisce la mammografia come "un esame fondamentale per la diagnosi precoce del tumore della mammella".

Quest'ultima infatti, è una procedura basata sull'utilizzo di raggi x a bassa dose per produrre immagini dettagliate del seno, consentendo ai professionisti sanitari di esaminare il tessuto mammario.

Attraverso l'utilizzo di due piastre, le quali comprimono il seno, si esegue una radiografia, con lo scopo di individuare anomalie.

Esistono due principali tipi di mammografia: diagnostica e di screening; entrambe le tipologie di mammografia sono importanti strumenti nella diagnosi delle patologie mammarie, ma vengono utilizzate in contesti diversi.

### 1.5.2 LA MAMMOGRAFIA DI SCREENING

La mammografia di screening è parte di un programma di screening per la rilevazione precoce del cancro al seno in donne asintomatiche.

Consiste nell'esecuzione di due radiografie bidimensionali 2D eseguite a bassa dose, per ogni mammella, una in proiezione caudo-craniale e una in laterale.

Per eseguire lo screening, si utilizza la mammografia digitale, la quale ha rappresentato l'innovazione che trova la più ampia applicazione sia nello screening sia negli ambulatori diagnostici.

L'immagine visualizzata su monitor ad alta definizione permette di modificare e migliorare contrasto, luminosità ed ingrandimento e successivamente inviata ad un PACS (Picture archiving and communication system; sistema per l'archiviazione elettronica dell'immagine).

Da un punto di vista radiologico, la mammella è costituita da zone a diversa densità e, poiché queste aree verranno riprodotte in un'unica immagine bidimensionale vi saranno zone ben studiabili accanto ad aree non ben rappresentate.

Il vantaggio dell'immagine digitale, essendo visualizzabile su monitor può essere elaborata dopo l'acquisizione in modo tale che le differenze di densità vengono superate, rendendo più agevole la diagnosi.

### 1.5.3. LA TOMOSINTESI

La mammografia clinico-strumentale viene eseguita attraverso l'utilizzo della tomosintesi in pazienti sintomatiche, con segni sospetti al seno (dolori, noduli, cambiamenti cutanei), per follow up oncologici e per la fascia di pazienti non in screening.

Inoltre, la tomosintesi viene utilizzata con pazienti alle quali è stata riscontrata un'anomalia durante la mammografia di screening, come microcalcificazioni, opacità, addensamento asimmetrico o distorsioni.

Grazie alle continue innovazioni tecnologiche, la tomosintesi, rappresenta un nuovo strumento di imaging del seno, dimostrando di migliorare i limiti della mammografia 2D, migliorando il rilevamento delle lesioni nel tessuto mammario denso e nella sovrapposizione dei tessuti e garantendo una miglior sensibilità.

La tomografia è un'innovazione che permette l'acquisizione di immagini in breve tempo aventi angolazioni diverse, infatti il tubo radiogeno ruota su un arco di  $15^\circ$  ( $-7,5^\circ$ ,  $+7,5^\circ$ ), successivamente l'immagine 3D viene formata dalla sovrapposizione delle diverse immagini 2D.

Si ha la possibilità di studiare la mammella sia in una modalità chiamata "cine loop", ovvero in maniera dinamica oppure di selezionare una singola fetta per poterla studiare singolarmente.

Utilizzando questo sistema si ha possibilità di ridurre la compressione della mammella, di avere un miglioramento dell'accuratezza diagnostica, una riduzione dei richiami e una localizzazione 3D delle lesioni.

Le immagini della tomosintesi sono esaminate assieme alle immagini 2D, essenziali per la valutazione della mammella nel suo insieme, il confronto con gli esami precedenti e il rapido riconoscimento delle microcalcificazioni

## 1.6 MOTIVI DEL RICHIAMO DALLO SCREENING MAMMOGRAFICO

### 1.6.1. L'IMMAGINE NON È ACCETTIBILE E NON È INTERPRETABILE

Il TSRM deve essere in grado di eseguire correttamente la mammografia e valutare le immagini per decidere se sono accettabili.

Successivamente le mammografie vengono esaminate in doppia lettura da due medici radiologi, nel caso in cui tali valutazioni mediche ritengano che l'esame non sia adeguato avviene il richiamo tecnico.

Vi sono degli standard di qualità e dei criteri di correttezza da rispettare stabiliti da una scheda POGMIR, citata nell'articolo "Protocollo di valutazione della qualità tecnica dell'esame mammografico"<sup>20</sup> della Salute Regione Emilia, ovvero una scheda di rilevamento dei criteri di correttezza tecnico-esecutiva che valuta le immagini mammografico e seguendo i criteri e i metodi elencati nelle "European Guidelines for Quality Assurance in Breast Cancer Screening and Diagnosis".

I principali criteri di correttezza delle immagini da rispettare sono:

- Posizionamento completo e corretto delle mammelle;
- Proiezioni: CC e MLO;
- Compressione;
- Presenza dati anagrafici;
- Simmetria ghiandolare;
- Assenza di movimento;
- Assenza di artefatti;
- Assenza di pieghe cutanee
- Correttezza dell'intero processo.

### 1.6.2. SOSPETTO POSITIVO

Viene confermato il dubbio da entrambi i medici in doppia lettura e la paziente viene richiamata per un approfondimento come: proiezioni aggiunte,

ingrandimenti, ecografia mammaria, agoaspirato per esame delle cellule e biopsie.

### 1.6.3. SOVRADIAGNOSI

La condizione di sovradiagnosi si verifica quando ad una paziente viene diagnosticata e trattata, una condizione clinica per cui non avrebbe mai sviluppato sintomi, comporta una diagnosi di tumore al seno senza una controparte di benefici. Le sovradiagnosi del tumore al seno sono dovute alla rilevazione da parte dei programmi di screening dei tumori poco aggressivi e in fase di sviluppo precoce, non distinguibili dalla ricerca rispetto tumori che diventeranno aggressivi e costituiranno una minaccia per la vita.

L'Osservatorio Nazionale di Screening in Italia, nell'articolo "il Bilancio sugli screening"<sup>21</sup> stima che 4 donne su 1000 partecipanti al programma di screening incontreranno una sovradiagnosi.





## CAPITOLO 2: L'IMPORTANZA DEL SENO PER UNA DONNA

### 2.1 NASCITA DELLA PREVENZIONE AL SENO:

#### LA MEDICINA DI GENERE E IL CAMBIMENTO CULTURALE

Nonostante la medicina abbia fondato le prime università nei primi quattro secoli del secondo millennio e già da metà Ottocento si sia dotata di strumenti e metodi per migliorare esami clinici, solamente nel 1995 a Pechino alla IV Conferenza Mondiale sulle donne emerse l'esigenza di reclamare i diritti delle donne.

In particolare, nell'ambito di salute fisica e mentale, si partì dalla constatazione che la ricerca medica era basata prevalentemente sugli uomini e questo portava ad un'enorme disparità e ingiustizia per le donne.

Citando il Programma di Azione adottato dalla quarta Conferenza mondiale sulle donne: "Azione per la uguaglianza, lo sviluppo e la pace"<sup>22</sup> del 14 settembre 1995: *"Le donne hanno il diritto di godere del più alto livello di qualità raggiungibile per la loro salute fisica e mentale. Il godimento di questo diritto è essenziale per la loro vita pubblica e privata. La qualità dei servizi sanitari per le donne è spesso inadeguata a causa di circostanze locali particolari; spesso le donne non sono trattate con rispetto, né si garantisce loro discrezione e confidenzialità, ed esse spesso non ricevono informazioni complete sulle scelte e i servizi disponibili."*

Era una vera e propria denuncia sociale, manifestare giustizia e uguaglianza sociale: donne con gli stessi diritti di salute degli uomini.

Nasce così la medicina di genere, essa vuole descrivere le differenze nella prevenzione, nella diagnostica e nella terapia di tutte le malattie, e non necessariamente quelle che prevalgono in un sesso o nell'altro.

L'attenzione al genere in sanità pubblica è una scelta strategica di una politica sanitaria, indirizzata ad affrontare malattie comuni a uomini e donne (malattie cardiovascolari, neurodegenerative, respiratorie, tumori,...) che presentano

importanti differenze tra i due sessi non solo nell'incidenza ma anche nella sintomatologia, nella prognosi e nella risposta ai trattamenti.

Come riportato dall'allegato "Il genere come determinante di salute"<sup>23</sup> del Ministero della Salute, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 1998 prese atto della differenza di genere tra i due sessi e inserì la medicina di genere nell'Equity Act, a testimonianza che il principio di equità doveva essere applicato all'accesso e all'appropriatezza delle cure, considerando l'individuo nella sua specificità e come appartenente a un genere con caratteristiche definite.

Nei principali paesi Europei furono costituite commissioni che si impegnarono non solo nella interpretazione dei risultati, confermando l'efficacia nella riduzione di mortalità documentata, ma avviando nello stesso tempo il disegno delle modalità di valutazione dei programmi di screening organizzati.

L'Unione Europea, nell'ambito del programma "Europa contro il Cancro" costituì, all'inizio degli anni Novanta, un gruppo di Progetti Pilota a cui parteciparono centri di eccellenza europei che si avviavano alla realizzazione dei programmi di screening organizzato di popolazione.

Larga attenzione fu data alla comunicazione e alla necessità di rafforzare il rapporto tra il servizio e le donne cui si rivolgeva l'invito a partecipare al programma di screening organizzato, attraverso una adeguata informazione sugli aspetti positivi e i possibili effetti negativi dei programmi di screening.

Infine, grazie alla nascita della medicina di genere e alla consapevolezza di un bisogno di promozione dell'equità di accesso alle cure si riuscì a raggiungere un approccio mirato e differenziato, con un'appropriatezza terapeutica, rafforzando il concetto di "personalizzazione delle cure" e di "centralità del paziente".

## 2.2 IL SIGNIFICATO DEL SENO NELLE DIVERSE FASI DELLA VITA DELLA DONNA

Il seno non si ferma alla rappresentazione di un primordiale principio di fecondazione, nutrimento, fertilità e maternità, la sua concezione si è modificata nel tempo ed è in continuo cambiamento.

Rispetto alla fase del ciclo di vita di una donna, si trasforma la relazione tra essa e il suo seno, l'importanza attribuitagli ed il significato ad esso legato.

Al momento della nascita, il seno è il primo collegamento tra madre e l'infante. Diventa fondamentale per il neonato non solo per motivi fisiologici, per alimentarsi, ma anche per motivi psicologici: per riconoscere la madre, colei che lo nutre. Secondo l'articolo "Allattare al seno"<sup>24</sup> del Ministero della Salute, il seno è calore, benessere, garantisce conforto e sicurezza per entrambi, costruisce un momento di relazione emotiva ed affettiva indistruttibile.

Il contatto con il seno della madre, non solo aiuta il neonato ad abituarsi ad un nuovo ambiente ed a essere calmo e sereno, ma permette di creare un luogo sicuro e di simbiosi.

Come viene sottolineato nell'articolo "Una donna curata dal cancro" di Gabriella Panzironi<sup>25</sup>, il seno è protezione e gioia per la donna, diventa parte integrante della sua identità affettiva.

Nel periodo della pubertà, sono diversi i cambiamenti nel corpo femminile, infatti, l'adolescenza comporta sia modificazioni morfologiche, sia fisiologiche che psichiche, queste sono dovute alla produzione degli ormoni sessuali estrogeni e progesterone.

Durante l'età evolutiva, a pari passo con la comparsa del menarca, primo ciclo mestruale, si verifica una trasformazione del seno nelle adolescenti, il quale acquisisce una certa importanza poiché rappresenta il simbolo di femminilità.

Questa è una fase delicata poiché, assieme al seno cresce anche il senso di pudore e come lo definisce l'Enciclopedia Treccani<sup>26</sup> è "senso di riserbo, vergogna e disagio nei confronti di parole, allusioni, atti, comportamenti che riguardano la sfera sessuale";

Come spiega l'articolo "Adolescenti e immagine corporea"<sup>27</sup> dell'Istituto di Psicologia e Psicoterapia Comportamentale e Cognitiva, le adolescenti iniziano a focalizzarsi sul loro aspetto fisico, se il loro seno risulta abbondante è ritenuto

vistoso e volgare mentre se possiede piccole dimensioni viene percepito come inadeguato e poco femminile.

Quest'ultimo punto, porta le giovani donne ad essere competitive con le loro coetanee e alla creazione di un disagio psicologico, il quale può protrarsi nei rapporti sociali.

Nella vita sessuale e riproduttiva di una donna, il seno è una delle zone erogene del corpo femminile, strumento di piacere, seduzione e simbolo di erotismo.

Areola e capezzoli possiedono molti recettori sensitivi e terminazioni nervose, e sfiorandoli provocano un aumento dell'eccitazione in tutto il corpo.

Durante la gravidanza invece, come spiega l'articolo "Cambiamenti normali del seno nel corso della vita"<sup>28</sup> di Info Seno, il seno cambia nuovamente il suo significato, infatti la sua crescita, dovuta al progesterone, rende seni, capezzoli e areole sensibili e talvolta dolorosi.

Attraverso il seno avviene un momento magico di sintonizzazione con il proprio figlio, che garantisce al neonato lo sviluppo di una personalità armonica e sicura e permette alla madre di imparare a conoscere il nascituro e confermare il suo status di "mamma".

L'ultima fase del ciclo della vita di una donna è la menopausa e, come lo descrive il Ministero della Salute<sup>29</sup>: "La menopausa non è una malattia ma un momento fisiologico della vita della donna, che coincide con il termine della sua fertilità"

Età in cui si verificano cambiamenti ormonali come il calo degli estrogeni, causando vampate di calore e sudorazioni frequenti e il seno della donna subisce una caduta gravitazionale perdendo tonicità e elasticità ed un aumento di volume dovuto da infiltrazione di cellule adipose.

Questo cambiamento fisico può portare una donna a vedersi meno attraente e a realizzare lo scorrere inesorabile del tempo e di conseguenza a non accettarsi.

## 2.3 REAZIONI PSICOLOGICHE DEL TUMORE AL SENO

Il tumore al seno ha un impatto psicofisico e sociale di grande complessità ed è una vera e propria emergenza sanitaria, secondo l'articolo "L'incidenza nelle diverse fasi di età" di Europa Donna Italia<sup>30</sup>, esso rappresenta la neoplasia più frequente nella popolazione femminile, colpisce una donna ogni nove nell'arco della vita.

Secondo i dati AIRC presenti nell'articolo "L'impatto psicologico del cancro al seno nelle giovani pazienti"<sup>31</sup> la diagnosi di tumore può deteriorare la salute mentale della paziente causando sintomi depressivi, disturbi d'ansia e traumi.

Per una donna, ammalarsi di cancro al seno, significa dover combattere per una parte di sé stessa che non appartiene solo alla sfera fisica ma la identifica come essere umano donna.

Lo screening mammografico rappresenta per la donna un'esperienza abitudinaria e precauzionale ma quando viene richiamata ad effettuare un approfondimento diagnostico avviene un cambiamento violento e inaspettato, che porta ad un atteggiamento pessimista e alla nascita di un'ansia anticipatoria.

Nella fase pre-diagnostica, secondo il "Manuale pratico di Psico-oncologia"<sup>35</sup>, le reazioni al sospetto della malattia variano in base alla percezione della natura della malattia e alla filosofia di vita, alla personalità e ai meccanismi di difesa, alle precedenti esperienze personali o familiari e al sostegno sociale e affettivo.

Emozioni intense, come rabbia, impotenza, abbandono e smarrimento diventano più difficilmente gestibili in relazione al tempo d'attesa dell'esito degli esami diagnostici.

La prima frequente reazione, descritta nel "Manuale pratico di Psico-oncologia"<sup>35</sup>, è quella di allarme portando la paziente a provare confusione, subbuglio e turbamento.

La paziente manifesta stati di ansia e agitazione, i quali a loro volta comportano alterazione della concentrazione e del pensiero e paura.

Anche la rabbia è una comune reazione emotiva al momento del richiamo mammografico e, come spiega il “Manuale pratico di Psico-oncologia”<sup>35</sup>, attraverso tale sentimento la paziente è in grado di elaborare ciò che sta succedendo.

Le espressioni di rabbia esprimono una profonda sofferenza interiore, causate da senso di impotenza e inaccettabilità, esse mascherano altri sentimenti come imbarazzo, vergogna e vulnerabilità.

La perdita del controllo nella sfera di benessere fisico e psicologico può causare la nascita di comportamenti ostili, aggressivi e violenti da parte della paziente ed è importante che il professionista sanitario accolga tali sfoghi e attacchi senza giudicare, in modo tale da capire le altre emozioni provate nascoste dietro all’ira.

Un'altra reazione provata dalle donne richiamate è l’indifferenza, come si afferma nel “Manuale pratico di Psico-oncologia”<sup>35</sup>, viene spesso usata dalle pazienti come un meccanismo difensivo e inconscio, verso un coinvolgimento emotivo eccessivo, difficile da accettare e da sostenere, come può essere il momento del richiamo.

La paziente, sopraffatta dalle emozioni negative, vuole proteggere l’integrità psichica creando un blocco emotivo, in modo tale da non fare emergere angosce e sofferenze.

Oltre all’indifferenza, anche la negazione è una reazione fisiologica e di difesa, essa consiste nel assumere un atteggiamento apparentemente normale, come se non fosse successo nulla.

Ogni preoccupazione spinge a condividere i propri turbamenti con le persone attorno più vicine e più care ma non sempre riescono a capire le emozioni provate. Molto spesso le parole non sono d’aiuto e non fanno altro che alimentare la paura e la paziente, non volendo “far preoccupare” sceglie la via del rifiuto e della solitudine, pensando che sia l’atteggiamento più corretto e protettivo nei suoi confronti.

## **CAPITOLO 3: LA RELAZIONE TRA TSRM E LA PAZIENTE**

### **3.1. IL RUOLO DEL TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA NELLA RELAZIONE CON IL PAZIENTE**

Il Tecnico Sanitario di Radiologia Medica è il professionista sanitario che si occupa dell'attività di screening di primo e di secondo livello, inoltre è di fondamentale importanza anche nell'ambito diagnostico in donne sintomatiche per stadiazione, localizzazione pre-operatoria e nei follow-up.

Il tecnico possiede competenze avanzate, mediante formazione continua amplia il suo sapere e educa alla prevenzione, inoltre è un professionista indispensabile del core team nel centro di senologia e collabora con le altre figure professionali.

È la prima figura professionale che incontra la paziente nell'ambito di Senologia Radiologica ed oltre ad adottare le procedure tecniche più appropriate e garantire prestazioni professionali di qualità, il TSRM ha il compito di accogliere l'assistita nel migliore dei modi.

Attraverso atteggiamenti gentili e rispettosi offre alla paziente ascolto attivo e sostegno emotivo per metterla a proprio agio ed eseguire l'esame.

Nonostante la frenesia del lavoro di tutti i giorni, deve imparare a intercettare sentimenti, difficoltà, ansie, paure e dolori delle donne esaminate, dando loro la giusta importanza.

Citando il Codice Deontologico<sup>32</sup>: "Ridurre la persona ad una patologia, un numero od un segmento corporeo sia lesivo della dignità personale e sociale; pertanto, il tecnico cura la qualità della relazione".

Al professionista sanitario viene quindi richiesta una capacità relazionale che permette di entrare in empatia con la paziente e trasmettere serenità mantenendo un atteggiamento di competenza e professionalità.

Il Codice Deontologico<sup>32</sup> spiega che "Il TSRM è consapevole che ogni prestazione sanitaria ha come presupposto il rapporto di fiducia tra operatore e persona, garantisce la riservatezza di tutte le informazioni assunte sulla persona ed in particolare di quelle raccolte durante l'anamnesi.

Si adopera per il rispetto del diritto all'intimità della persona limitando le situazioni che ne possono procurare il pregiudizio”

Dopo averla accolta con le opportune accortezze, prepara la paziente per lo svolgimento dell'esame, spiegando la procedura utilizzando una terminologia adeguata al livello culturale.

Applica le proprie abilità comunicative, relazionali e professionali intraprese per posizionare la paziente in maniera corretta e garantendo un miglior comfort possibile per favorire l'esecuzione dell'indagine diagnostica.

L'obiettivo del Tecnico è aiutare la paziente a ripristinare l'equilibrio disgregato e sollevare ogni disagio con la corretta comunicazione e informazione.

### 3.2 LA COMUNICAZIONE E I SUOI OBIETTIVI

La comunicazione è un processo complesso di scambio di informazioni e di influenzamento reciproco, che non indica solamente un trasferimento di dati ma include una comprensione, un'elaborazione e un utilizzo/scopo da parte del mittente.

Come spiega il libro “Psicologia, comunicazione e gestione del paziente”<sup>36</sup>, il processo di comunicazione parte dal soggetto emittente, in questo caso il professionista sanitario, il quale fornisce l'informazione adeguata che permette alla paziente di scegliere se sottoporsi all'esame, valutando le alternative possibili, i rischi e i benefici.

Citando il Codice Deontologico<sup>32</sup> “il tecnico è il professionista che contribuisce all'educazione sanitaria necessaria a rendere la persona capace di partecipare consapevolmente alle decisioni che riguardano la propria salute; per lo stesso fine, garantisce un'informazione qualificata, obiettiva e completa, in particolar modo sugli aspetti tecnologici e tecnici del processo”

Il tecnico quindi, non ha solo l'obbligo di rispettare l'autonomia decisionale dell'individuo ma espone anche gli aspetti negativi delle procedure proposte alla paziente poiché l'informazione data deve essere onesta, veritiera, basata su evidenze scientifiche, imparziale e personalizzata.



La comunicazione è uno strumento, un ponte che pone in relazione operatore-paziente e per sì che sia efficace e appropriato dev'essere facile da comprendere evitando di dare informazioni superflue che potrebbero confondere.

La giusta informazione, viene comunicata tramite il canale scelto dall'emittente e viene calibrata rispetto al livello culturale della paziente, infatti qualora quest'ultima non avesse accesso a strumenti informativi o non avesse conoscenza delle dinamiche nell'ambito dello screening, il compito del tecnico è quello di eliminare la barriera culturale e comunicare il messaggio attraverso un linguaggio semplice evitando una terminologia tecnica.

Una volta raggiunto il soggetto ricevente, questo ha il compito di ricodificare il messaggio ed emettere a sua volta un feedback, ovvero l'effetto retroattivo di un messaggio attraverso il quale il tecnico può capire se è avvenuta la comprensione da parte della paziente, di ciò che si ha trasmesso.

Secondo il libro "Psicologia, Comunicazione e gestione del paziente"<sup>36</sup>, la comunicazione è influenzata da diversi fattori: linguaggio verbale, linguaggio non verbale ed il contesto.

Il linguaggio verbale serve ad esprimere informazioni relative al contenuto, con le parole adeguate a seconda del contesto.

La comunicazione non verbale ha l'obiettivo di esprimere e trasmettere emozioni all'interlocutore, viene fatta attraverso segnali che possono essere sia intenzionali che non, come paralinguaggio, ovvero il tono di voce utilizzato, lo sguardo, l'espressione del volto, la gestualità, il comportamento spaziale e l'aspetto esteriore. Ma la comunicazione non è limitata alla parola, secondo il primo assioma<sup>33</sup>, formulato da Paul Watzlawick nel 1967, non si può non comunicare, ovvero anche il silenzio è comunicazione.

Gli obiettivi della comunicazione in ambito sanitario, spiegati nel "Manuale pratico di Psico-oncologia"<sup>35</sup> sono: stabilire il rapporto e l'alleanza terapeutica aumentando il senso di fiducia, favorire l'acquisizione di informazioni ottenendo il consenso informato, stimolare la paziente alla partecipazione attiva educandola alla salute e facilitare l'espressione dei vissuti emotivi identificando così i problemi.

### 3.3. IL COUNSELING E LA RELAZIONE D'AIUTO

La relazione d'aiuto, anche detta relazione terapeutica, è un processo asimmetrico, interpersonale e complementare che si verifica tra l'operatore e il paziente.

Come spiegato nel “Manuale pratico di psico-oncologia”<sup>35</sup>, per costruire un processo relazionale di tipo professionale, ovvero il counselling, oltre ad una persona bisognosa di aiuto, è necessaria la presenza di un operatore con competenze, capacità, volontà di mettersi al servizio, avente abilità e strategie comunicative e rispettosa dell'autodeterminazione della persona.

Lo scopo principale è porre al centro della relazione la persona e riconoscere la totalità della persona, questo permetterebbe alla paziente di effettuare un cambiamento costruttivo nella percezione di sé e della realtà che la circonda.

Per professionista sanitario, la relazione terapeutica, è un valore aggiunto che implementa il proprio livello di competenza professionale permettendogli di migliorare e superarsi.

Fondamentale per la costruzione della relazione da parte dell'operatore è la capacità di mettersi sulla stessa lunghezza d'onda, comprendendo ciò che la paziente sta comunicando, restituendo un feedback.

Tale processo è chiamato empatia, secondo l'enciclopedia Treccani<sup>34</sup> è una parola che deriva dal greco antico ‘*empathēia*’, letteralmente "dentro alla sofferenza o al sentimento" e si intende la capacità di comprendere lo stato d'animo e la situazione emotiva di un'altra persona, in modo immediato e talvolta senza far ricorso alla comunicazione verbale.

È un'abilità che consiste di silenziare ciò che ci appartiene per riuscire a vedere il mondo dalla prospettiva dell'altro capendo così le sue richieste e i suoi bisogni.

Per raggiungere tale abilità ci vuole esperienza e la capacità di non farsi trascinare o coinvolgere, mantenendo una certa distanza in modo tale da rimanere saldi nel proprio ruolo professionale percependo le emozioni dell'altro senza identificarsi con esse.

Inoltre, per la costruzione di una relazione d'aiuto, è necessario che il professionista sanitario si ponga alla paziente con rispetto e in termini sinceri garantendole fiducia e facendola sentire ascoltata e accolta.

### 3.4. TECNICHE E METODI PER UNA COMUNICAZIONE EFFICACE

Il protocollo CLASS (Context, Listening skill, Addressing emotions, Management strategy, Summary), esaminato nel libro "Psicologia, Comunicazione e Gestione del paziente"<sup>36</sup>, spiega le modalità comunicative da attuare per far sì che la comunicazione sia efficace.

Il primo punto su cui tale protocollo si sofferma è l'adeguatezza dell'ambiente, ovvero il setting in cui avviene l'incontro con la paziente.

Creare un contesto privato e idoneo evitando interferenze esterne, garantendo la privacy, è il primo passo per la costruzione di una relazione e per dare la giusta importanza alla paziente

L'accoglienza e colloquio iniziale, devono essere incentrate sulla paziente, è fondamentale identificarla, presentare sé stessi e terze persone presenti specificando il proprio ruolo professionale utilizzando modi di fare gentili, premurosi e cauti, i quali permettono di far sentire la paziente accolta in un ambiente protetto e sicuro, consentendole di esprimere tutto ciò che la preoccupa riguardo alla sua salute, talvolta dati importanti per l'esame clinico stesso.

Le abilità di ascolto e accorgimenti nello stile durante la conduzione del colloquio, secondo punto del protocollo CLASS, facilitano la collaborazione e lo scambio di informazioni tra due operatore e paziente.

Ascoltare è una delle più importanti tecniche di comunicazione ma anche una delle più difficili, richiede un'attenzione vigile e un notevole impegno nell'arrestare il proprio pensiero troppo spesso frenetico.

Per migliorare l'ascolto attivo si ha bisogno di auto-consapevolezza ovvero la capacità di riflette sui propri pensieri, di eliminare giudizi, consigli ed evitare di voler risolvere il problema in maniera affrettata.

Porre alla paziente domande aperte e permetterle di esprimersi senza interromperla, le permetterebbe di sentirsi libera di libera di raccontare come si sente avvertendo disponibilità e rispettabilità nei suoi confronti.

Inoltre, secondo il “Manuale pratico di psico-oncologia”<sup>35</sup>, utilizzare parole chiave del discorso della paziente e chiedere chiarimenti, incoraggia la persona al dialogo, consente al tecnico di verificare e dimostrare la comprensione del messaggio.

Il terzo punto del protocollo CLASS, riguarda riconoscere le emozioni provate dalla paziente, ovvero empatizzare con essa.

Per un’efficace relazione, è essenziale sintonizzarsi con l’altro, legittimare e normalizzare le emozioni, attraverso il linguaggio verbale e non, senza dimenticarsi di non lasciarsi sopraffare per poter mantenere la funzione di aiuto e sostegno nei confronti della persona.

La management strategy, quarto punto del protocollo, corrisponde alla pianificazione delle strategie di intervento e per poter procedere è indispensabile conoscere il livello di conoscenza e informazioni possedute dal paziente.

L’informazione, oltre ad essere specifica e personalizzata ovvero appropriata alla diversa fase ed esigenza, dev’essere facile da comprendere evitando un linguaggio medico-scientifico o concetti incomprensibili, i quali porterebbero confusione e spaesamento per la scarsa comprensione.

L’ultimo obiettivo del protocollo CLASS, assieme alla chiusura, è il sommario o ricapitolazione.

È importante riassumere e formulare una sintesi degli elementi più significativi del colloquio e promuovere la fiducia con una prospettiva di continuità nell’aiuto.

Per un implemento e un rinforzo dell’informazione data durante il breve colloquio è opportuno offrire un opuscolo con un numero di telefono nel caso la paziente abbia l’esigenza consultare altri operatori per ulteriori dubbi.

## **CAPITOLO 4: QUESTIONARIO SULL'IMPORTANZA DELLA COMUNICAZIONE NELLA RELAZIONE CON LA PAZIENTE, AL MOMENTO DEL RICHIAMO IN SEGUITO ALLO SCREENING MAMMOGRAFICO**

### **4.1. INTRODUZIONE**

I Tecnici Sanitari di Radiologia Medica operanti in Senologia Radiologica non hanno solo il compito e la responsabilità diretta nell'esecuzione di immagini senologiche ma rappresentano anche un punto di riferimento per le pazienti durante lo screening mammografico di secondo livello.

### **4.2. OBIETTIVO**

L'obiettivo dell'indagine è quello di mettere in luce, l'importanza della comunicazione tra tecnico e paziente, valutare l'efficacia e il beneficio all'interno della relazione con la paziente.

In particolare, nella situazione dei richiami dello screening mammografico, momento in cui le pazienti presentano diverse reazioni emotive, lo studio è atto ad indagare su come riconoscere le emozioni provate e quanto il professionista è di supporto.

### **4.3. METODI E STRUMENTI DI RILEVAZIONE UTILIZZATI**

L'indagine è stata realizzata attraverso la somministrazione di un questionario anonimo ai Tecnici Sanitari di Radiologia Medica, in servizio presso la Radiologia Senologica all'U.L.S.S. Polesana, la quale oltre a comprendere l'Ospedale Santa Maria della Misericordia a Rovigo, include l'Ospedale San Luca a Trecenta e l'Ospedale Santa Maria Regina degli Angeli ad Adria.

Hanno partecipato all'indagine 31 operatori che, al momento della somministrazione del questionario, rappresentavano la quasi totalità del personale.

Le risposte sono state date attraverso una scala da 1 a 10, in cui 1-2 corrisponde a “per nulla”, 3-4 a “poco”, 5-6 “sufficiente”, 7-8 “discreta” ed infine 9-10 a “molto”.

Le domande del questionario poste ai tecnici di radiologia operanti in Senologia radiologica sono le seguenti:

1. indicare gli anni di servizio svolti in senologia radiologica
2. qual è il range d'età delle donne che maggiormente manifesta reazioni emotive di preoccupazione, ansia, paura?
3. quanto è importante la comunicazione per costruire un rapporto di fiducia con la paziente?
4. ritiene opportuna ed esaustiva l'informazione data alle pazienti riguardo il motivo del richiamo?
5. prima di sottoporsi all'esame di accertamento, ogni paziente è a conoscenza delle motivazioni per cui viene richiamata?
6. aumentare di qualche minuto la durata totale dell'esame all'interno della sala mammografica, permetterebbe di avere maggior tempo per instaurare una buona comunicazione?
7. è capitato di dover interrompere l'esecuzione dell'esame per dare conforto alle pazienti?
8. riconosci le emozioni che le pazienti provano? (ansia e agitazione, paura, rabbia, indifferenza, incredulità)
9. di queste reazioni emotive, quale risulta più difficile da gestire?
10. quali strategie di coping la paziente utilizza? (richieste e spiegazioni per il motivo del richiamo)
11. è capitato che la paziente si confidasse con il tsm?

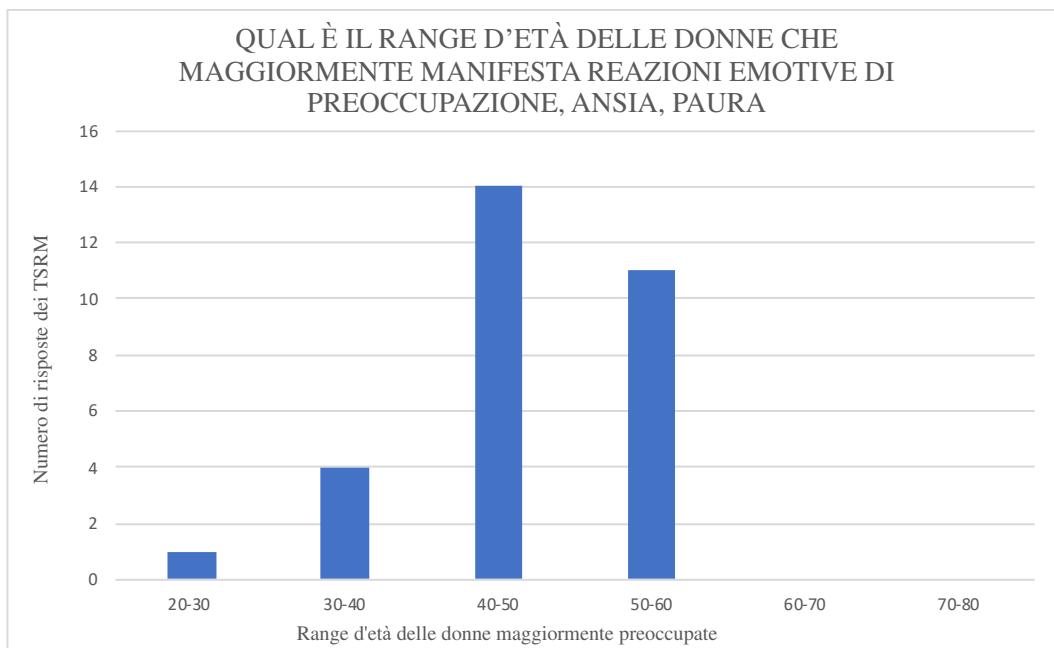
#### 4.4. ELABORAZIONE DEI RISULTATI

Esaminando i risultati raccolti da questionari somministrati ai Tecnici Sanitari di Radiologia Medica, si sono ottenuti i seguenti risultati:

Il totale dei Tecnici sottoposti all'indagine è 31 di cui 25 donne e 6 uomini, con una media di anni di servizio svolti all'interno della Senologia Radiologia di 10 anni.



FIGURA 2 – Rappresenta il sesso dei TSRM intervistati.



**FIGURA 3 –**

Rispetto alla domanda: “Qual è il range d’età delle donne che maggiormente manifesta reazioni emotive caratterizzate da preoccupazioni, ansia e paura?” 14 operatori hanno risposto “40-50”, in 11 “50-60”, in 4 “30-40” ed infine solo una persona ha dato la risposta “20-30”.

Il range d’età che maggiormente manifesta forti emozioni va dai 40 ai 60 anni, età in cui le donne possono accedere allo screening mammografico, infatti 25 tecnici su 31 hanno dato tale risposta.



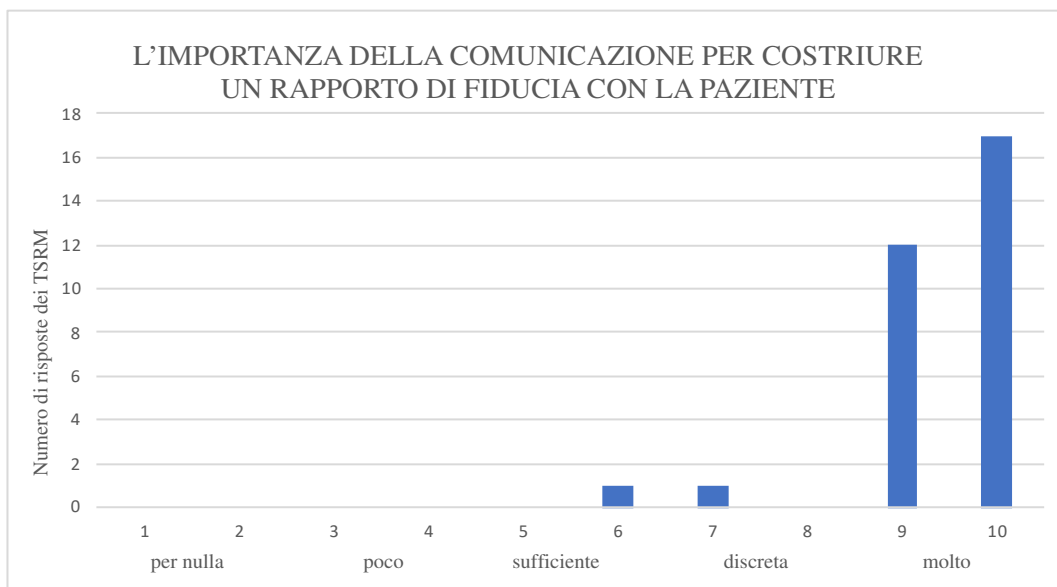
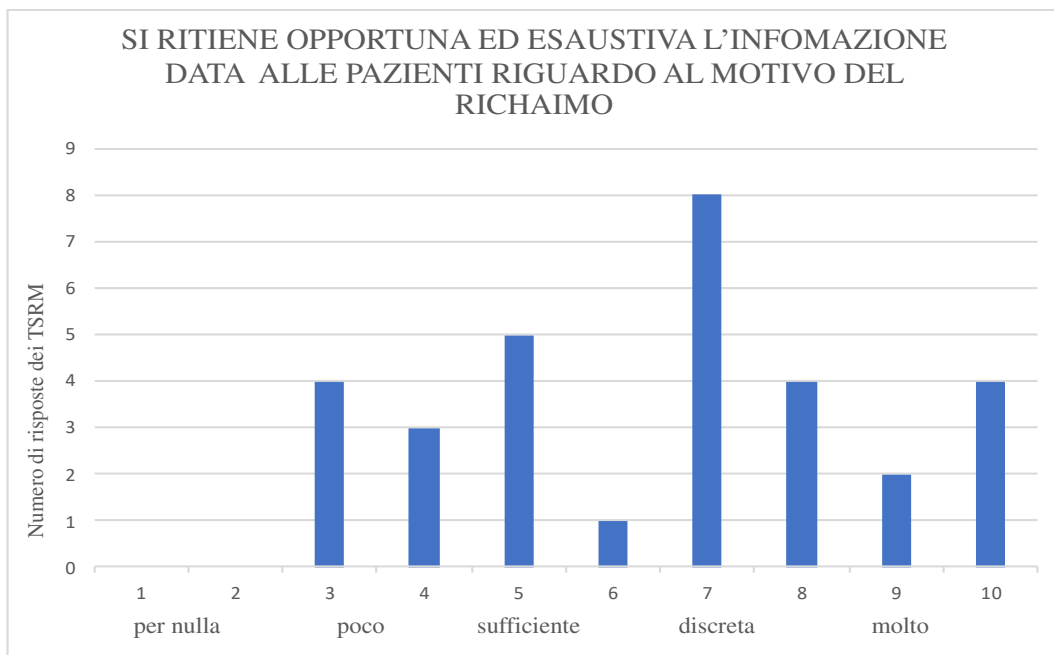


FIGURA 4 –

Rispetto alla domanda che indaga quanto è importante la comunicazione per costruire un rapporto di fiducia con la paziente, 29 partecipanti dell'indagine hanno dato le risposte "9 e 10", le quali corrispondono a "Molto", solamente 2 persone pensano che la comunicazione abbia un'importanza discreta per costruire un rapporto di fiducia.

Queste risposte confermano l'ipotesi che sia sempre molto importante favorire una buona comunicazione per poter costruire un rapporto di fiducia con la paziente.



**FIGURA 5 –**

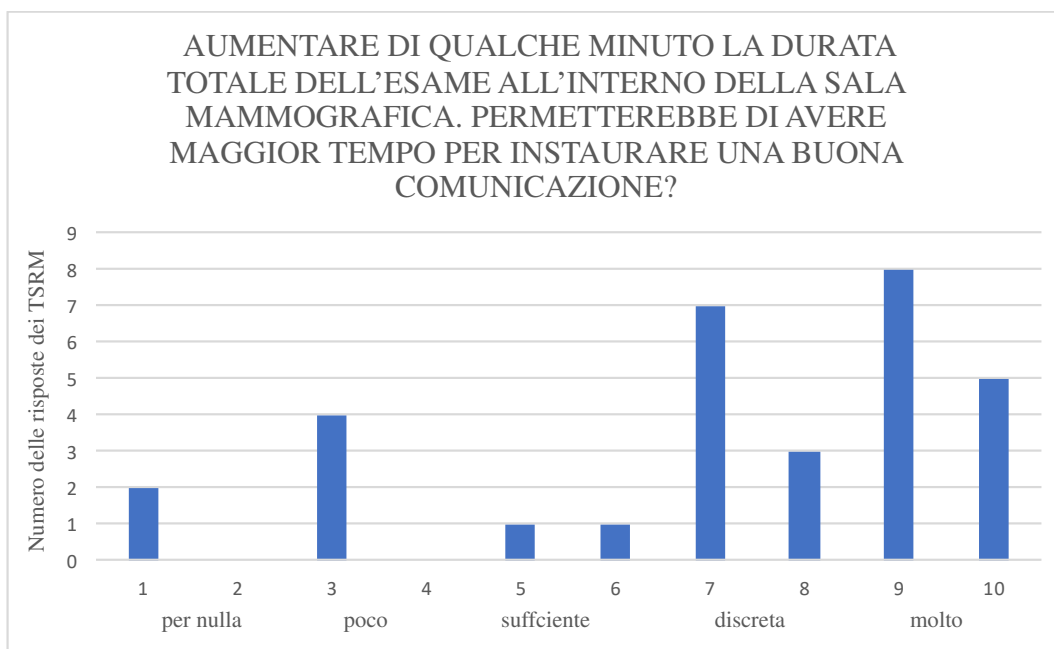
Rispetto alla domanda dove si richiede se si ritiene opportuna ed esaustiva l'informazione riguardo al motivo del richiamo.

Le risposte sono varie e manifestano diversi pareri: 7 tecnici hanno risposto che l'informazione che riguarda il richiamo è poco esaustiva, 6 ritengono che sia sufficiente, altri 12 hanno espresso "discreta", mentre 6 intervistati ritengono che l'informazione data sia molto esaustiva.



**FIGURA 6 –**

Rispetto alla domanda che indaga se la paziente è a conoscenza delle motivazioni per cui viene richiamata, non risulta una risposta univoca da tutti i partecipanti: infatti 20 partecipanti hanno dato una risposta al di sotto della sufficienza, mentre 11 persone ritengono che le donne siano a conoscenza dei motivi del richiamo.



**FIGURA 7 –**

Rispetto alla domanda:” Aumentare di qualche minuto la durata dell’esame permetterebbe di avere maggior tempo per istaurare una buona comunicazione?”

La durata totale dell'esame per paziente è di 10 minuti e in questi minuti oltre all'esecuzione dell'esame stesso, è compresa l'accoglienza del paziente, la spiegazione del richiamo ed eventuali chiarimenti alle domande delle pazienti.

È stato chiesto ai tecnici sanitari di radiologia medica se aumentare di qualche minuto la durata totale dell'esame all'interno della sala mammografica permetterebbe di avere una maggior tempo per istaurare una buona comunicazione e la maggior parte degli intervistati, 23 su 31, hanno risposto al di sopra della sufficienza, in 2 hanno risposto "per nulla", 4 persone hanno risposto "poco" e in 2 hanno espresso la sufficienza.

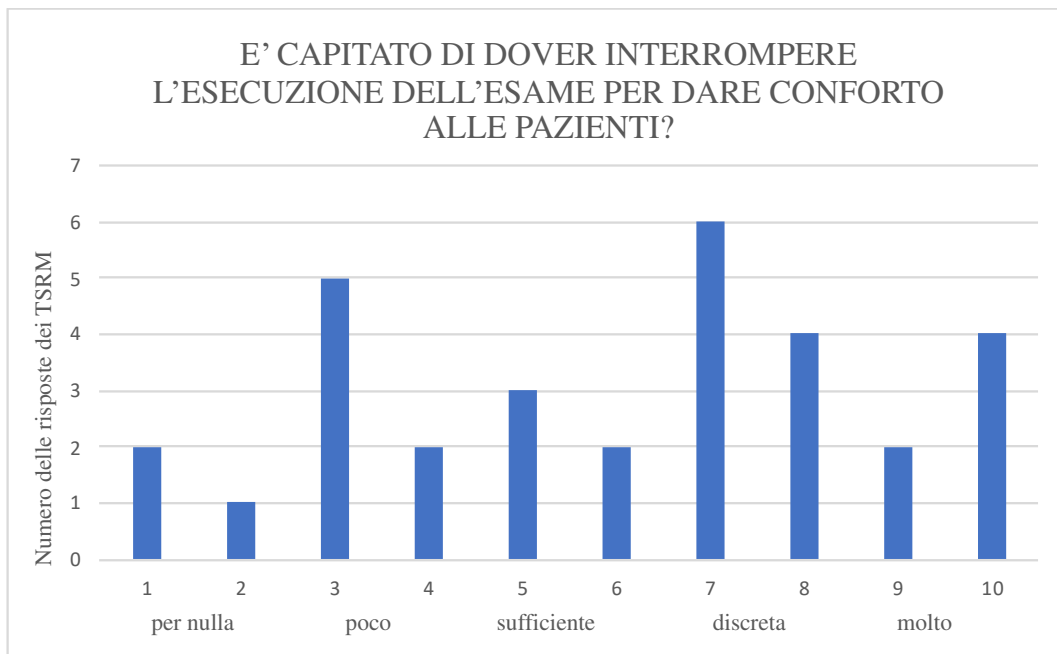


FIGURA 8 - Descrive se è capitato di dover interrompere l'esecuzione dell'esame per dare conforto alle pazienti.

Ai partecipanti è stato richiesto se è capitato di dover interrompere l'esecuzione dell'esame per dare conforto alle pazienti.

Le risposte sono varie: 3 intervistati hanno risposto "per nulla", 7 hanno risposto "poco", 5 "sufficiente", 10 "discreta" e 7 hanno risposto "molto".

Analizzando le risposte di maschi e femmine, si nota che ai tecnici di sesso femminile capita più frequentemente di interrompere l'esame per sostenere la paziente, rispetto che ai tecnici di sesso maschile.

Infatti ritroviamo che il 48% delle donne (12 risposte su 25 tecnici di sesso femminile) hanno risposto che capita discretamente che vengano interrotte per dare confronto, negli uomini invece, solamente il 33% (2 risposte su 6 tecnici di sesso maschile).

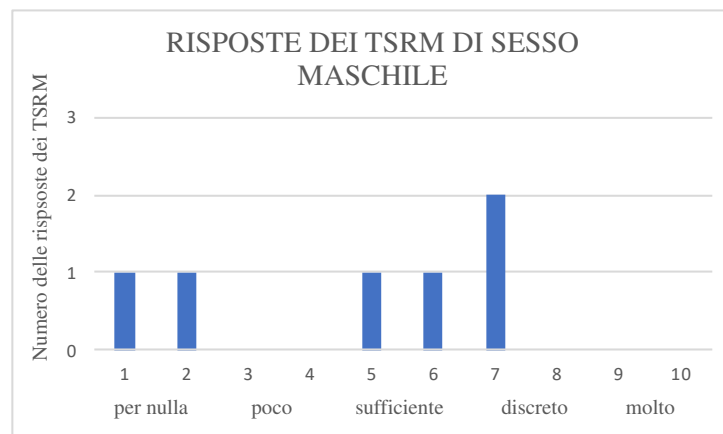


FIGURA 9 - Grafico riferito alla domanda della figura 8, risposte dei tsmr di sesso maschile.

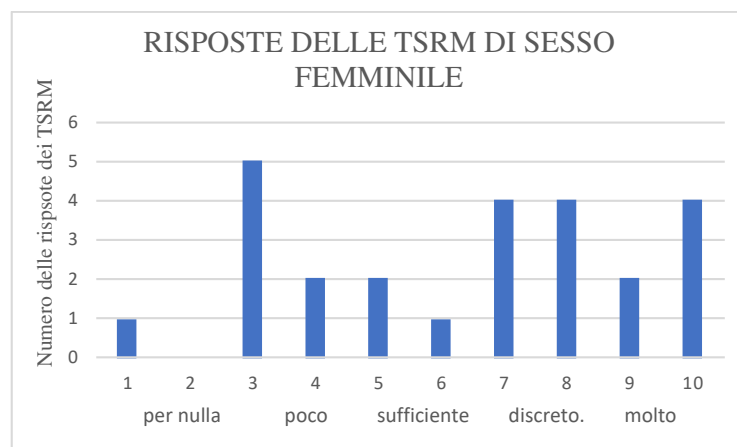


FIGURA 10 - Grafico riferito alla domanda della figura 8, risposte dei tsmr di sesso femminile

È stato chiesto ai partecipanti se riconosco le emozioni che le pazienti provano e quanto sono difficili da gestire.

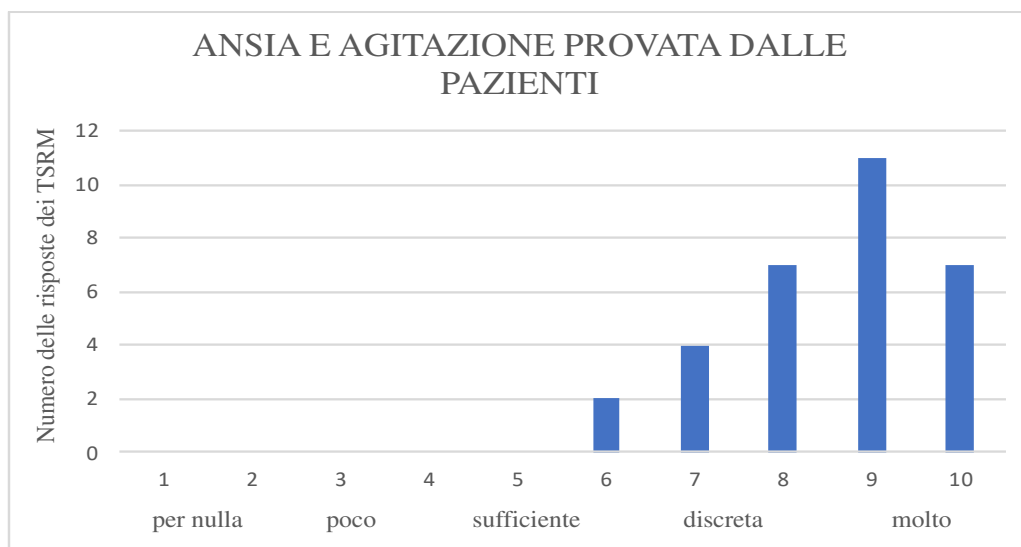


FIGURA 11- La percezione da parte del Tecnico del sentimento d'ansia provato dalle pazienti.

L'ansia delle pazienti viene percepita da tutti i tecnici sottoposti al questionario, 18 intervistati hanno risposto che è molto percepita, 11 tecnici hanno risposto "discreta" mentre 2 ritengono sia sufficiente.

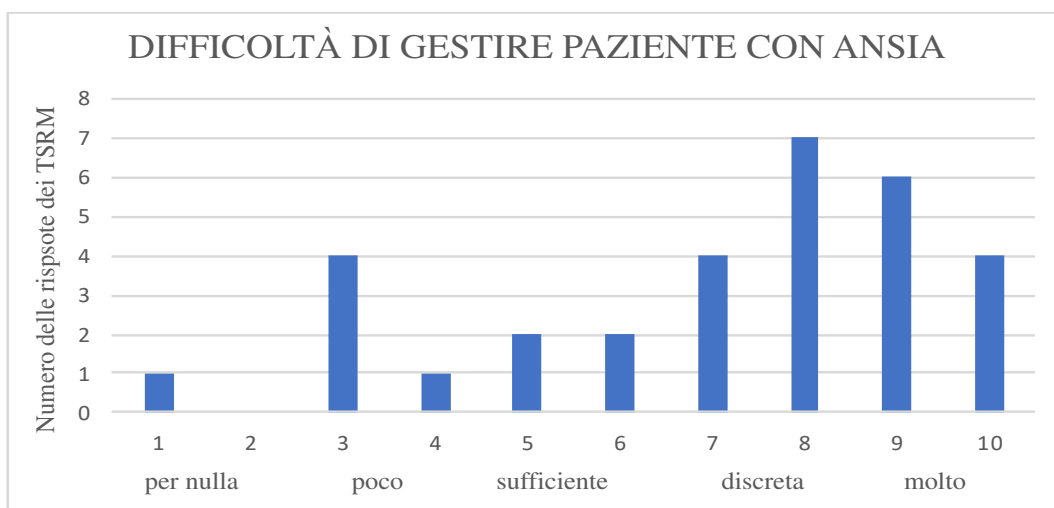


FIGURA 12- La difficoltà di gestire l'ansia provata dalle pazienti.

Dai risultati ottenuti l'ansia e l'agitazione nelle pazienti è riconosciuta da tutti i tecnici partecipanti al sondaggio e in molti trovano difficoltà a gestirla, infatti solo 1 persona ha risposto “per nulla”, 5 intervistati hanno risposto “poco”, 4 trovano che sia sufficiente la difficoltà della gestione dell'ansia, 11 hanno risposto “discreta” e 10 hanno detto “molto”.

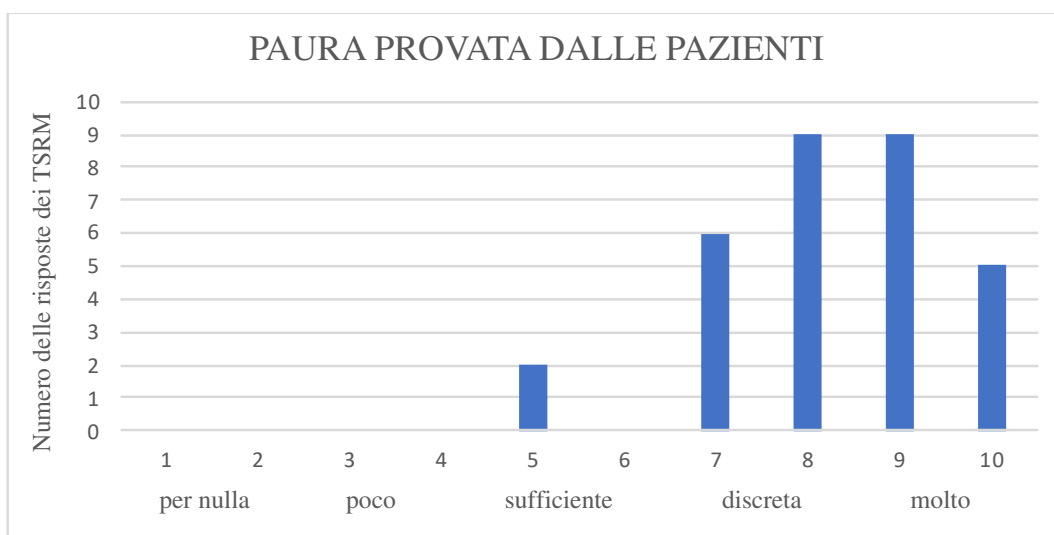


FIGURA 13 – La paura provata dalle pazienti secondo i TSRM.

La paura della paziente viene percepita da 12 intervistati “discretamente”, per 14 “molta” e solamente per 2 persone è “sufficiente”.

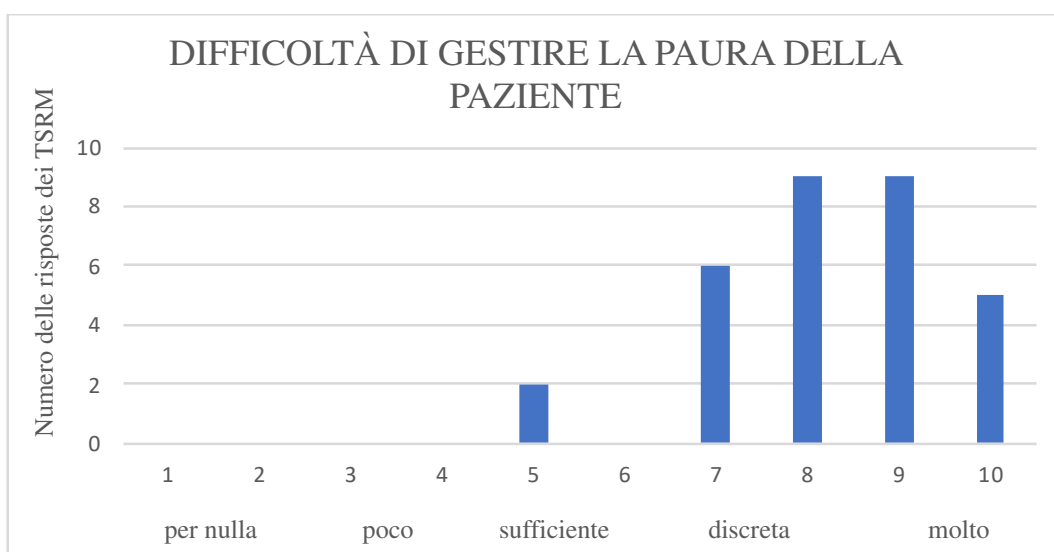


FIGURA 14 – La difficoltà a gestire la paura provata dalla paziente.

Nella domanda riguardante la difficoltà nel gestire la paura, 12 intervistati hanno risposto “discreta”, 14 “molta” e solamente per 2 operatori è sufficiente.

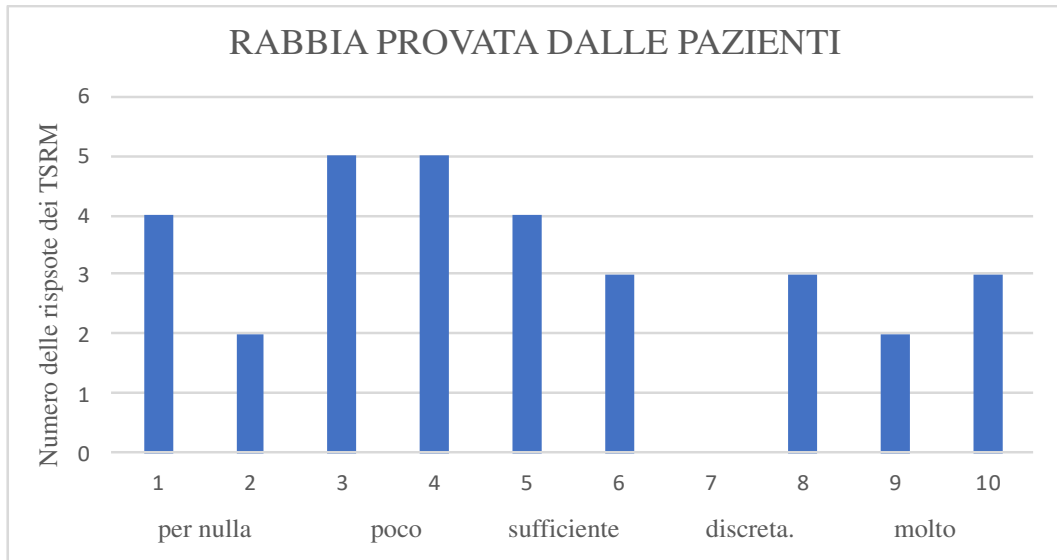


FIGURA 15 Le riposte alla domanda “riconosci la rabbia provata dalle pazienti”

Le risposte non hanno portato ad una risposta univoca ma sono molto disparate: 6 intervistati hanno risposto “per nulla”, 10 hanno risposto “poco”, 7 partecipanti hanno risposto “sufficiente”, 3 hanno risposto “discreta”, infine 5 hanno risposto “molto.”

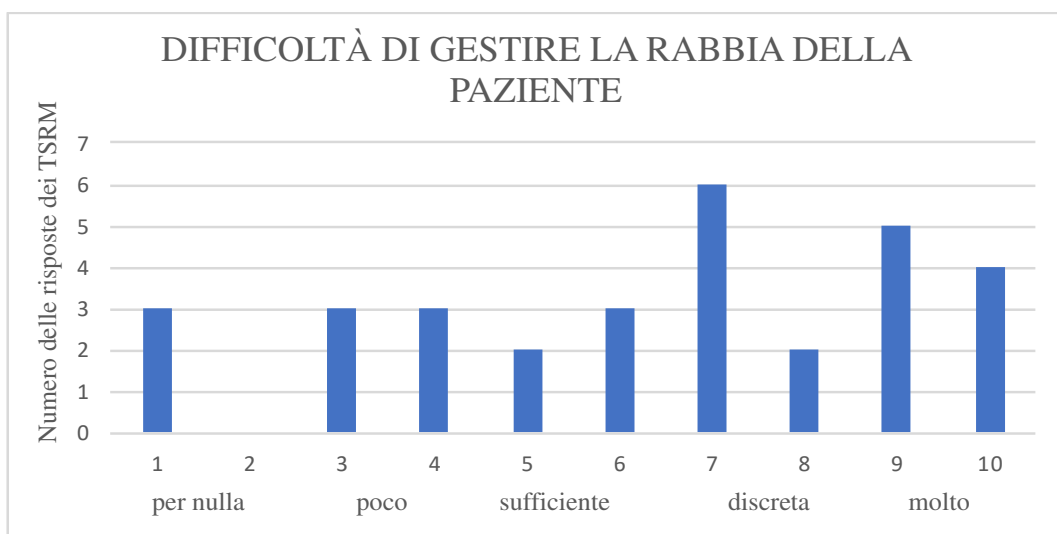


FIGURA 16 –Le risposte alla domanda “è difficile gestire la rabbia della paziente”.



Anche le risposte alla difficoltà di gestire la rabbia sono state diverse fra loro infatti: 3 operatori hanno risposto “per nulla”, 6 “poco”, 5 “sufficiente”, 8 hanno risposto “discreta” e 9 persone trovano che sia molto difficile gestire la rabbia.

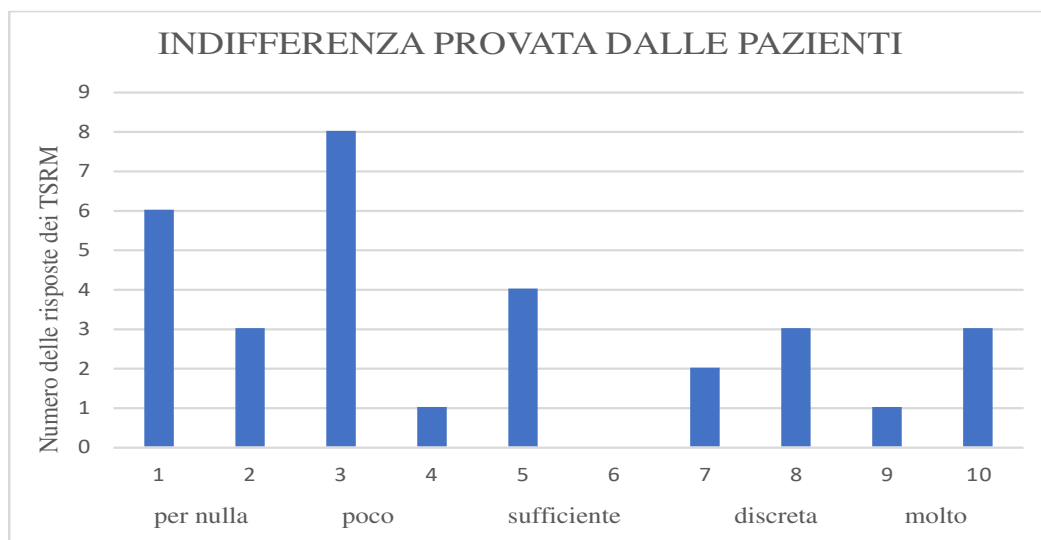


FIGURA 17 – L’indifferenza provata dalle pazienti secondo i tecnici.

L’indifferenza non è stata accolta dai tecnici come reazione provata, infatti 22 partecipanti, ovvero il 70%, ha dato una risposta inferiore alla sufficienza, in 9 hanno risposto “per nulla” e altri 9 hanno risposto “poco”.



FIGURA 18 –La difficoltà del gestire l’indifferenza provata dalle pazienti.

Alla domanda “difficoltà di gestire l’indifferenza della paziente”, 7 hanno risposto “per nulla”, 10 hanno risposto “poco”, 9 hanno risposto “sufficiente”, in 3 hanno risposto “discreta” e sono 2 intervistati hanno risposto “molto”.

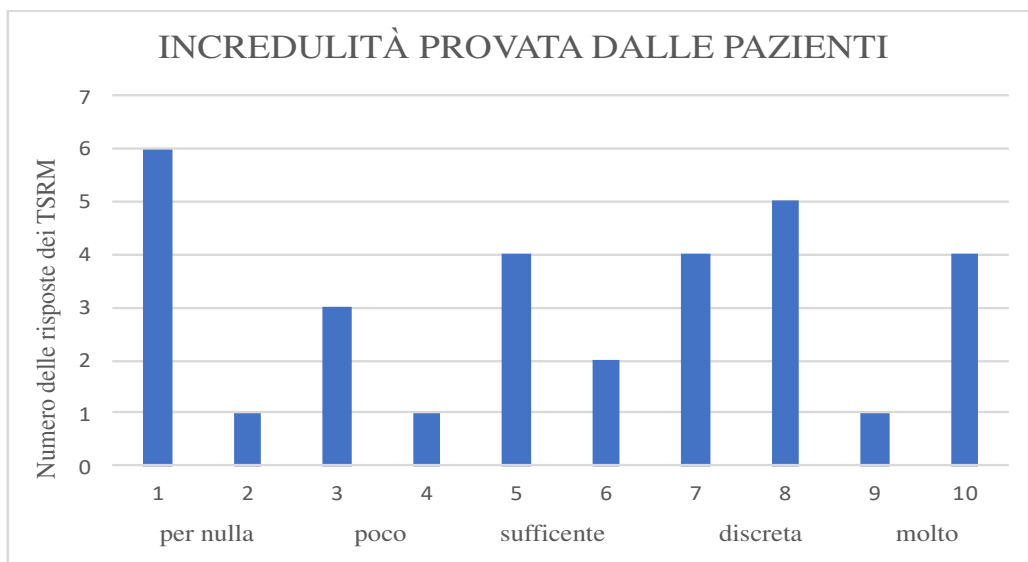


FIGURA 19 – Le risposte dei tecnici alla domanda “Riconosci l’incredulità come emozione prova dalle pazienti?”.

Da tale domanda son emerse diverse risposte, 7 intervistati han risposto “per nulla”, 4 “poco”, 6 “sufficiente”, 9 “discreta” ed infine in 5 han ritenuto che l’incredulità sia una reazione molto comune nelle pazienti.

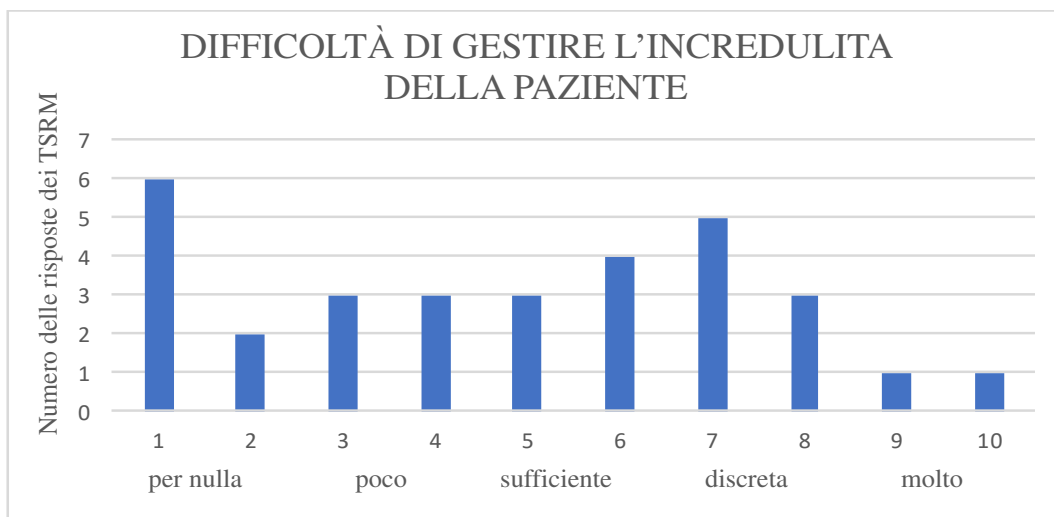


FIGURA 20 – Le risposte dei tecnici alla domanda “risulta difficile gestire l’incredulità delle pazienti?”.

L'incredulità risulta mediamente difficile da gestire, in 8 hanno risposto “per nulla”, in 6 hanno risposto “poco”, in 7 hanno risposto “sufficiente”, in 8 hanno risposto “discreta” e solamente in 2 ritengono che l'incredulità sia difficile da gestire.

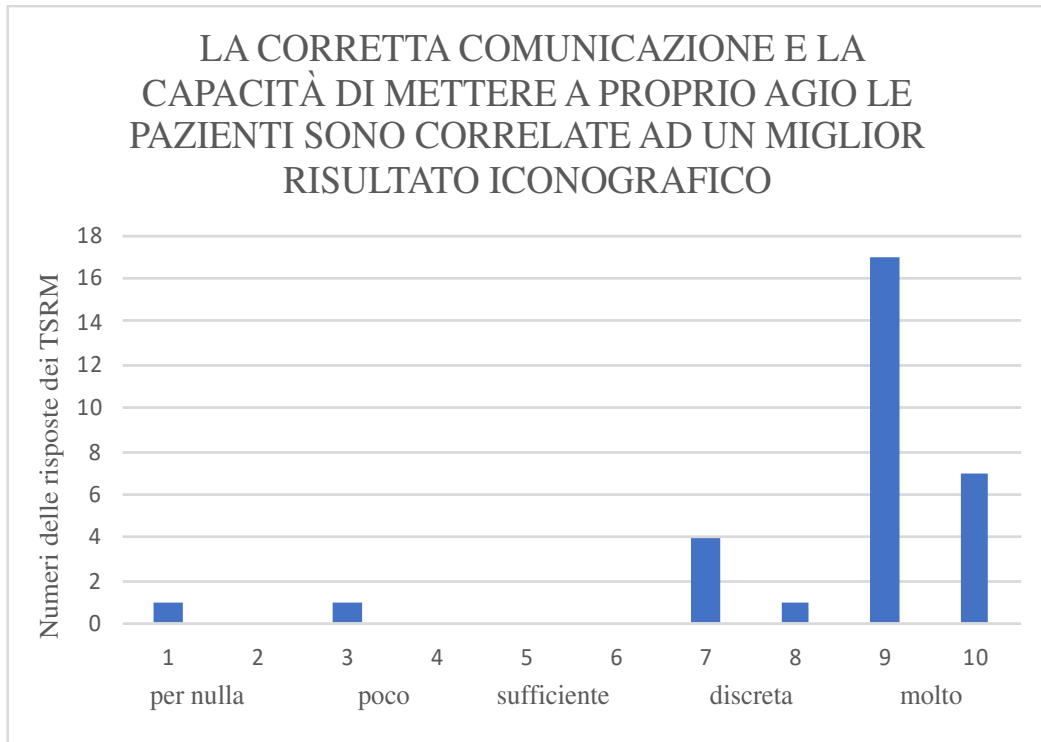


FIGURA 21 –

Alla domanda “La corretta comunicazione e la capacità di mettere a proprio agio le pazienti sono correlate ad un migliore risultato iconografiche?” quasi tutti i partecipanti, 24 su 31 partecipanti ovvero il 77%, hanno dato il maggior punteggio, il quale corrisponde alla valutazione “molto”, solamente 3 hanno risposto “discreta”, un intervistato ha risposto “poco” ed infine un intervistato ha risposto “per nulla”.

## QUALI STRATEGIE DI COPING LA PAZIENTE UTILIZZA?

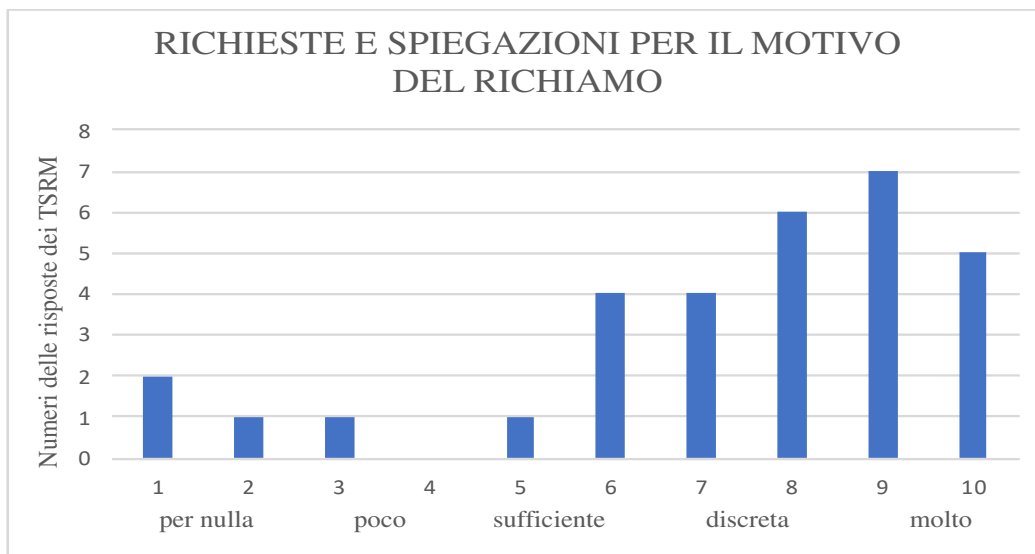


FIGURA 22 –

Rispetto alla domanda “Le pazienti pongono richieste e spiegazioni per il motivo del richiamo come strategia di coping?”

La prevalenza di risposte indica che sono molte le richieste e le spiegazioni per il motivo del richiamo, infatti 12 tecnici hanno risposto “molto”, 10 hanno risposto “discreta”, 5 hanno risposto “sufficiente”, solamente 3 persone hanno risposto “per nulla” e una “poco”.



FIGURA 23 –

Rispetto alla domanda “è capitato che la paziente si confidasse con il tsmr?”

Le risposte sono state per la maggior parte superiori alla sufficienza: 5 hanno risposto “sufficiente”, 10 hanno risposto discreta” e 12 hanno risposto “molto”. Solamente 3 persone hanno risposto “per nulla” e una ha risposto “poco”.

Dividendo le risposte date da maschi e femminile, invece, risulta che le pazienti sottoposte al richiamo dello screening mammografico si fidano maggiormente se il tecnico dinanzi a loro è di sesso femminile.

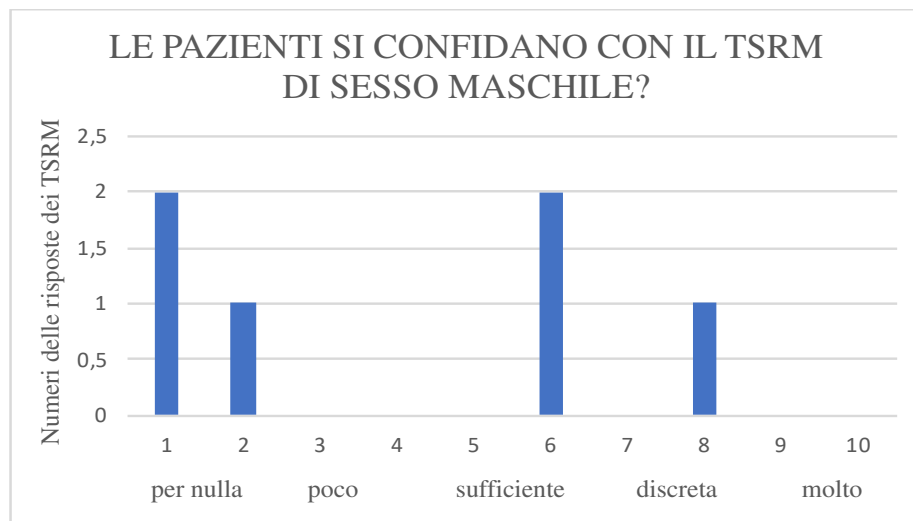


FIGURA 24 – Risposte dei tecnici di sesso maschile alla domanda “è capitato che la paziente si confidasse con il tsmr?”



FIGURA 25 – Risposte dei tecnici di sesso femminile alla domanda. “è capitato che la paziente si confidasse con il tsm?”

Confrontando le figure 24 e 25, nelle risposte dei tecnici di sesso femminile risulta che 21 intervistate su 25, ovvero l'84%, ha dato una risposta superiore alla sufficienza rispetto alle risposte dei tecnici di sesso maschile dove solamente 2 su 6, ovvero il 33%, ha dato una risposta superiore alla sufficienza.

#### 4.4. RISULTATI DELL'INDAGINE

I risultati emersi dalla somministrazione del questionario rispecchiano il significato e l'obiettivo della tesi, ad esempio alla domanda “è importante la comunicazione in un rapporto di fiducia” il 93.5% ha risposto molto.

La comunicazione risulta estremamente importante nella relazione con la paziente durante lo screening e il richiamo dallo screening.

Inoltre, per tutti gli intervistati la corretta comunicazione e la capacità di mettere a proprio agio le pazienti, sono strettamente correlate ad un miglior risultato iconografico, basti pensare ai criteri di correttezza dell'immagine che precludono l'immobilità della paziente durante l'esposizione e ciò non è garantito se quest'ultima è sotto pressione ed è agitata.

Una comunicazione efficace può contribuire a ridurre ansia, agitazione, paura, rabbia, incredulità e indifferenza.

Tra queste, le emozioni più comuni percepite ed individuate dal Tecnico di Radiologia tra le donne richiamate dallo screening sono ansia e paura, con alta difficoltà a gestire la paziente in tali situazioni.

Mentre rabbia, indifferenza e incredulità sono meno comuni ma ugualmente difficili da gestire per il professionista sanitario.

I sentimenti negativi provati nell'essere richiamata molto spesso hanno un principio scatenante, ovvero il dubbio, la non conoscenza e quindi l'ignoranza, dovuta da una spiegazione inadeguata o da un ascolto poco attivo della paziente.

I risultati dell'analisi dimostrano che prima di sottoporsi all'esame di accertamento, spesso la paziente non è a conoscenza delle motivazioni per cui viene richiamata.

In più, come confermano i risultati ottenuti, molti tecnici sostengono che le pazienti richiedono spesso spiegazioni per il motivo del richiamo, utilizzando la richiesta di ulteriori motivazioni, come strategia di coping.

Riguardo a questo punto, i Tecnici alla domanda "si ritiene opportuna ed esaustiva l'informazione data alle pazienti riguardo il motivo dell'esame", si dividono quasi a metà: alcuni di loro ritengono che l'informazione data non sia opportuna ed esaustiva, altri sono soddisfatti dell'informazione che danno alle pazienti.

Una soluzione attuabile per migliorare la comunicazione, avendo così la possibilità di ampliare il rapporto con la paziente, è quello di aumentare di qualche minuto la durata dell'esame e analizzando le risposte date, la maggior parte degli intervistati sarebbe favorevole.

La paziente con livelli di ansia elevata è solita confidarsi con il Tsm e dai dati analizzati si nota la tendenza della paziente nel rapportarsi maggiormente con gli operatori di sesso femminile, i quale riportano alti valori sul tema della confidenza. Diversi possono essere i motivi, uno tra i quelli è il comfort personale, in cui la donna si sente a proprio agio con un tecnico del suo stesso sesso durante l'interazione caratterizzata da forti elementi di intimità: sia per l'aspetto del contatto fisico richiesto dall'esecuzione dell'esame, che per il pudore nel manifestare le proprie reazioni emotive.

Il tecnico di sesso femminile può essere vista come una persona con maggior empatia e preoccupazione nei loro confronti, mito spesso infondato. Cultura, convinzioni personali ed esperienze possono influire negativamente nella percezione di una figura maschile all'interno della sala mammografica, se questo determina insicurezza, senso di pudore e vergogna nelle pazienti è bene rispettare la volontà della paziente, per garantire un miglior comfort, sicurezza e fiducia.





## **CAPITOLO 5: CONCLUSIONI**

Non solamente di teoria e conoscenza è fatto il tecnico.

Non solo con l'attuazione di campagne di prevenzione può funzionare il Sistema Sanitario Nazionale.

Le pazienti richiamate dallo screening, richiedono conforto e ascolto attivo da parte del personale sanitario.

L'enorme preoccupazione comporta agitazione, paura e talvolta lamento, fino in casi rari arrivare al pianto.

Spesso le donne richiamate dallo screening mammografico si fidano, alcune rivelano le loro precoci preoccupazioni per il lavoro, altre spiegano ciò che hanno sentito da amiche o ciò che hanno vissuto con familiari malati, molte altre ancora essendo impazienti chiedono anticipazioni di ciò che i medici hanno dubitato

Il tecnico sanitario di radiologia medica deve essere preparato per poter affrontare tale situazione, ha il dovere di informare adeguatamente la donna dell'esame di accertamento che sta svolgendo e deve essere in grado di riconoscere le emozioni che l'assistita sta provando per gestirle al meglio.

Essere richiamate per accertamenti non significa che ci sia la presenza di un tumore al seno, è opportuno che il Tecnico spieghi le modalità e i motivi della necessità di svolgere una seconda mammografia, ricordando alla paziente che una diagnosi precoce accurata e tempestiva è di grande utilità e oltre a permettere migliore prognosi, dà la possibilità di ricevere trattamenti più efficaci e meno invasivi.

Esperienza e corsi di formazione sono necessari per ampliare le conoscenze nel campo dell'empatia, nella capacità di supporto e a perfezionare il proprio stile di comunicazione, così da creare un ambiente di fiducia e di supporto, fondamentale per la salute e il benessere delle pazienti.

Anche la collaborazione e il continuo confronto con i colleghi, stimola la coesione e lavorare in un piacevole ambiente riduce lo stress, di conseguenza, l'attenzione è rivolta completamente alla paziente e a ciò che si sta svolgendo.

Il professionista sanitario educa alla prevenzione al seno, sensibilizza le donne sull'importanza dello screening, promuove la partecipazione attiva nelle fasi decisionali e invita ad adottare stili di vita corretti.

Sia nello screening di primo livello che nei richiami mammografici, comprendere l'importanza della comunicazione e dell'ascolto facendo sentire la donna a proprio agio è fondamentale. Infine, il tecnico comunica alla persona con un linguaggio attento e accurato, personalizzato, dedicando tempo e concentrazione ad ogni singola donna donandole il rispetto e la giusta importanza, mettendola al centro dell'attenzione.

Citando una frase dal libro "Tre ciotole" scritto da Michela Murgia<sup>38</sup>:

"Qualunque cosa avesse quest'uomo in camice da dirle, voleva che fosse consapevole sin da subito che lei non era una persona qualunque e dunque quella neoplasia non poteva essere routine nemmeno per lui, perché non era sorta su un corpo a caso"

## ALLEGATO 1 – QUESTIONARIO

### "IMPORTANZA DELLA COMUNICAZIONE NELLA RELAZIONE CON PAZIENTI RICHIAMATI IN SEGUITO ALLO SCREENING MAMMOGRAFICO".

Tesista: Bolzonella Valentina

Frequentante: III anno di Tecniche di Radiologia Medica, per Immagini e Radioterapia,  
Università di Padova sede di Rovigo

Relatore: Katia Magnani

Gentilissimo/a,

La chiedo la sua collaborazione e partecipazione a questo progetto al fine di raccolta materiali e dati per tesi di Laurea. I dati verranno raccolti garantendo l'anonimato e i risultati verranno trattati in modo aggregato.

1) ANNI DI SERVIZIO SVOLTI IN RADIOLOGIA SENOLOGICA (inserisci numero):

2) SESSO (barra con una x): F  M

3) QUAL È IL RANGE D'ETÀ DELLE DONNE CHE MAGGIORMENTE MANIFESTA REAZIONI EMOTIVE DI PREOCCUPAZIONE, ANSIA, PAURA (barra con una x):

20 – 30	30 – 40	40 – 50	50 – 60	60 – 70	>70
---------	---------	---------	---------	---------	-----

4) QUANTO È IMPORTANTE LA COMUNICAZIONE PER COSTRUIRE UN RAPPORTO DI FIDUCIA CON LA PAZIENTE?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
PER NULLA	POCO		SUFFICIENTE		DISCRETA		MOLTO		

5) RITIENE OPPORTUNA ED ESAUSTIVA L'INFORMAZIONE DATA ALLE PAZIENTI RIGUARDO IL MOTIVO DEL RICHIAMO?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
PER NULLA	POCO		SUFFICIENTE		DISCRETA		MOLTO		

6) PRIMA DI SOTTOPORSI ALL'ESAME DI ACCERTAMENTO, OGNI PAZIENTE È A CONOSCENZA DELLE MOTIVAZIONI PER CUI VIENE RICHIAMATA?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
PER NULLA	POCO		SUFFICIENTE		DISCRETA		MOLTO		

7) AUMENTARE DI QUALCHE MINUTO LA DURATA TOTALE DELL'ESAME ALL'INTERNO DELLA SALA MAMMOGRAFICA. PERMETTEREBBE DI AVERE MAGGIOR TEMPO PER INSTAURARE UNA BUONA COMUNICAZIONE?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
PER NULLA	POCO		SUFFICIENTE		DISCRETA		MOLTO		

8) È CAPITATO DI DOVER INTERRUOMPERE L'ESECUZIONE DELL'ESAME PER DARE CONFORTO ALLE PAZIENTI?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
PER NULLA	POCO		SUFFICIENTE		DISCRETA		MOLTO		

9) RICONOSCI LE EMOZIONI CHE LE PAZIENTI PROVANO?

- ANSIA E AGITAZIONE

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
PER NULLA		POCO		SUFFICIENTE		DISCRETA		MOLTO	

- PAURA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
PER NULLA		POCO		SUFFICIENTE		DISCRETA		MOLTO	

- RABBIA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
PER NULLA		POCO		SUFFICIENTE		DISCRETA		MOLTO	

- INDIFFERENZA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
PER NULLA		POCO		SUFFICIENTE		DISCRETA		MOLTO	

- INCREDULITÀ

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
PER NULLA		POCO		SUFFICIENTE		DISCRETA		MOLTO	

10) QUALE REAZIONE EMOTIVA RISULTA PIU' DIFFICILE DA GESTIRE?

- ANSIA E AGITAZIONE

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
PER NULLA		POCO		SUFFICIENTE		DISCRETA		MOLTO	

- PAURA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
PER NULLA		POCO		SUFFICIENTE		DISCRETA		MOLTO	

- RABBIA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
PER NULLA		POCO		SUFFICIENTE		DISCRETA		MOLTO	

- INDIFFERENZA4

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
PER NULLA		POCO		SUFFICIENTE		DISCRETA		MOLTO	

· **INCREDULITÀ**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

PER NULLA                      POCO                      SUFFICIENTE                      DISCRETA                      MOLTO

11) LA CORRETTA COMUNICAZIONE E LA CAPACITÀ DI METTERE A PROPRIO AGIO LE PAZIENTI SONO CORRELATE AD UN MIGLIOR RISULTATO ICONOGRAFICO

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

PER NULLA                      POCO                      SUFFICIENTE                      DISCRETA                      MOLTO

12) QUALI STRATEGIE DI COPING LA PAZIENTE UTILIZZA?

· **RICHIESTE E SPIEGAZIONI PER IL MOTIVO DEL RICHIAMO**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

PER NULLA                      POCHE                      SUFFICIENTI                      DISCRETE                      MOLTE

13) È CAPITATO CHE LA PAZIENTE SI CONFIDASSE CON IL TSRM?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

PER NULLA                      POCHE                      SUFFICIENTI                      DISCRETO                      SPESSO

GRAZIE PER LA COLLABORAZIONE  
VALENTINA BOLZONELLA.



## SITOGRAFIA

### **CAPITOLO 1:**

#### **NORMATIVA NAZIONALE**

1. “Speciale seno: prevenzione” - Airc;  
<https://www.airc.it/cancro/prevenzione-tumore/prevenzione-donna/seno-autopalpazione-visita-senologica>
  
2. “Tumori e screening” - Ministero della salute;  
<https://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?id=4489&area=Salute%20donna&menu=patologie>
  
3. “Screening per il cancro” - Ministero della salute;  
<https://www.salute.gov.it/portale/prevenzioneTumori/dettaglioContenutiPrevenzioneTumori.jsp?lingua=italiano&id=5542&area=prevenzioneTumori&menu=screening>
  
4. “Attività per la prevenzione e il contrasto delle malattie oncologiche” – Ministero della salute;  
<https://www.salute.gov.it/portale/tumori/dettaglioContenutiTumori.jsp?lingua=italiano&id=1706&area=tumori&menu=vuoto>

#### **NORMATIVA VENETO**

5. Pagina 29, Tabella 1, “Come cambia l’epidemiologia del tumore della mammella in Italia”; Editors Eugenio Paci, Donella Puliti; Osservatorio Nazione Screening;  
[https://www.osservatorionazionalecreening.it/sites/default/files/allegati/download\\_ons.pdf](https://www.osservatorionazionalecreening.it/sites/default/files/allegati/download_ons.pdf)
  
6. “Cancro al seno” comunicato n°2033 presente in regione.veneto.it  
<https://www.regione.veneto.it/article-detail?articleId=13667292>

7. “Sistema sanitario nazionale e screening mammografico”- Airc;  
<https://www.airc.it/cancro/informazioni-tumori/corretta-informazione/screening-mammografia>

## SCREENING

8. “Che cosa sono gli screening “- Airc;  
<https://www.airc.it/cancro/prevenzione-tumore/guida-agli-screening/che-cosa-sono-gli-screening>

9. “Raccomandazioni europee per la mammografia di screening: età di adesione e intervallo” - Osservatorio Nazionale Screening;  
<https://www.osservatorionazionalecreening.it/content/raccomandazioni-europee-la-mammografia-di-screening-eta-di-adesione-e-intervallo#>

10. “Screening Mammografico” Portale Regione Veneto  
[https://www.regione.veneto.it/web/sanita/screening-mammografico\\_1](https://www.regione.veneto.it/web/sanita/screening-mammografico_1)

## STORIA SCREENING

11. “Come cambia l’epidemiologia del tumore della mammella in Italia”;  
Editors Eugenio Paci, Donella Puliti; Osservatorio Nazione Screening;  
[https://www.osservatorionazionalecreening.it/sites/default/files/allegati/download\\_ons.pdf](https://www.osservatorionazionalecreening.it/sites/default/files/allegati/download_ons.pdf)

12. Gisma <https://www.gisma.it>

## BREAST UNIT

13. “Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei centri di senologia”<sup>13</sup> stilato nel 18 dicembre 2014 dal Ministero della Salute;



<https://europadonna.it/wp-content/uploads/2015/02/statoregioni.pdf>

#### PDTA

14. Decreto n°160 del 25 novembre 2022. “Approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per pazienti da tumore della mammella” - Giunta Regionale Veneto;

[https://salute.regione.veneto.it/c/document\\_library/get\\_file?uuid=e6eccee3-843d-4ed0-8378-f810d80d3360&groupId=534936](https://salute.regione.veneto.it/c/document_library/get_file?uuid=e6eccee3-843d-4ed0-8378-f810d80d3360&groupId=534936)

15. “Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei centri di senologia”<sup>13</sup> stilato nel 18 dicembre 2014 dal Ministero della Salute;

<https://europadonna.it/wp-content/uploads/2015/02/statoregioni.pdf>

#### DIAGRAMMA DI FLUSSO

16. Immagine: pagina 19/56 del Documento approvato con Decreto n°160 del 25 novembre 2022 sul sito della Regione Veneto

<https://salute.regione.veneto.it/web/rov/mammella>

17. Documento approvato con Decreto n°160 del 25 novembre 2022 sul sito della Regione Veneto

<https://salute.regione.veneto.it/web/rov/mammella>

#### MAMMOGRAFIA

18. “Mammografia Digitale” – Senologia Diagnostica;

<https://senologiadiagnostica.it/mammografia-digitale>

19. “Mammografia” - AIRC;

<https://www.airc.it/cancro/affronta-la-malattia/guida-agli-esami/mammografia>

## MOTIVI DEL RICHIAMO

20. Protocollo di valutazione della qualità tecnica dell'esame mammografico –  
Salute Regione Emilia;

<https://salute.regione.emilia-romagna.it/normativa-e-documentazione/rapporti/contributi/contributi-n-95-2017-protocollo-di-valutazione-della-qualita-tecnica-dellesame-mammografico-1>

21. “Il bilancio sugli screening. Una narrazione sui benefici e i danni correlati allo screening osservatorio nazionale screening” – Osservatorio Nazionale Screening;

<https://www.osservatorionazionale screening.it/content/il-bilancio-sugli-screening-una-narrazione-sui-benefici-e-i-danni-correlati-allo-screening>

## **CAPITOLO 2:**

22. Dichiarazione e programma di azione (punto 89;103;)

Adottati dalla quarta Conferenza mondiale sulle donne: azione per l'uguaglianza, lo sviluppo e la pace; 14 settembre 1995;

[https://www.libera.it/documenti/schede/conferenza\\_di\\_pechino1995.pdf](https://www.libera.it/documenti/schede/conferenza_di_pechino1995.pdf)

23. “Il genere come determinante di salute”: Lo sviluppo della medicina di genere per garantire equità e appropriatezza della cura; 26 aprile 2016 –  
Ministero della Salute

[https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_publicazioni\\_2490\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_2490_allegato.pdf)

24. “Allattare al seno” – Ministero della Salute

[https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_opuscoliPoster\\_303\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_303_allegato.pdf)

25. Una donna curata dal cancro” di Gabriella Panzironi Pubblicato in  
"Informazione Psicologia Psicoterapia Psichiatria" n°20, settembre-  
dicembre 1993 pag. 11-15

<https://neurolinguistic.com/proxima /james/jam-01.htm>

26. “Pudore” – Treccani

<https://www.treccani.it/vocabolario/pudore>.

27. Adolescenti e immagine corporea – Istituto di Psicologia e Psicoterapia Comportamentale e Cognitiva;

<https://www.ipsico.it/news/adolescenti-e-immagine-corporea/>

28. “Cambiamenti normali del seno nel corso della vita” - infoseno.org

<https://www.infoseno.org/la-salute-del-seno/conoscere-il-proprio-seno/cambiamenti-normali-del-seno-nel-corso-della-vita/>

29. Menopausa – Ministero della Salute

<https://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?area=Salute+donna&id=4485&menu=prevenzione>

### REAZIONI PSICOLOGICHE DEL TUMORE AL SENO

30. “L’incidenza nelle diverse fasi di età” - Europa Donna Italia;

<https://europadonna.it/wp-content/uploads/2016/06/incidenza.pdf>

31. “L’impatto psicologico del cancro al seno sulle giovani pazienti.” – Airc;

<https://www.airc.it/news/limpatto-psicologico-del-cancro-al-seno-sulle-giovani-pazienti-1020>

### CAPITOLO 3:

32. Codice deontologico TSRM

<https://www.tsrp-pstrp.org/wp-content/uploads/2020/05/Codice-deontologico-TSRM.pdf>

33. I 5 Assiomi della comunicazione. Istituto per lo studio delle psicoterapie  
<https://www.istitutopsicoterapie.com/5-assiomi-della-comunicazione/>

34. “Empatia” Treccani <https://www.treccani.it/enciclopedia/empatia/>

Linee guida europee sulla comunicazione ed informazione nei programmi di screening mammografico

AL. Giordano P. Webster N. Segnan J. Austoker

<https://www.ispro.toscana.it/sites/default/files/Documenti/formazione/line%20guida%20eu%20comunicazione.pdf>

## BIBLIOGRAFIA

35. Manuale pratico di Psico-oncologia; Grassi L, Biondi M, Costantini A. Il pensiero scientifico Editore, 2003
36. Psicologia, comunicazione e gestione del paziente; Pronzato P, Crotti N, Di Leo Silvia, Duglio E, Ceglie R, 2004
37. Psiconcolgia; L.Bellani, Morasso g, Amadori D, Orrù Walter, Grassi Luigi, G.Casali Paolo, Bruzzi Paolo 2002
38. “Tre ciotole” Michela Murgia. 2023

## RINGRAZIAMENTI

Alla città di Rovigo e a questo corso universitario, i quali mi hanno dato l'opportunità di conoscere Luca.

A Luca, il quale da semplice compagno di università è diventato parte della mia quotidianità.

Alla mia famiglia, luogo protettivo in cui adagiarsi serenamente dopo una lunga giornata.

Alle mie nonne e ai miei nonni che mi hanno sempre sostenuta moralmente ed economicamente.

Ai miei amici più cari, i quali spero di non perdere mai.

Infine a me stessa, perché non è stata una passeggiata.