



**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA**

**SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA**

**DIPARTIMENTO DI MEDICINA**

**Corso di Laurea in Infermieristica**

**L'IMPATTO DELL'INFERMIERE NELLA BREAST UNIT  
SU QUALITÀ DI VITA E SODDISFAZIONE  
DEL PAZIENTE CON CARCINOMA MAMMARIO**

Relatore:  
Prof.ssa Gaia Griguolo

Correlatore:  
Dott. Michele Bottosso

Laureanda: Zabai Margherita

Matricola n.: 2019565

ANNO ACCADEMICO 2022-2023



## ABSTRACT

**Background:** Il tumore alla mammella è il più frequente nella popolazione mondiale femminile. Anche per questa ragione, è stato proposto un ruolo specializzato per aiutare le donne nella cura del cancro, il Breast Cancer Nurse, che fa parte del team multidisciplinare creato ad hoc per affrontare il percorso di cura. Questo ruolo ha lentamente preso piede circa vent'anni fa e pian piano si è espanso in tutto il mondo. Sono state quindi definite dalle società scientifiche delle linee guida alla fine di meglio definire il ruolo preciso di questo professionista sanitario e la formazione necessaria.

Ho condotto questa revisione di letteratura al fine di meglio definire quali siano i benefici, in termini di qualità di vita e di soddisfazione, delle pazienti che vengono a contatto con le Breast Cancer Nurse.

### **Materiali e metodi:**

La revisione di letteratura è stata eseguita mediante il database internazionale PubMed attraverso stringa di ricerca: (*“breast cancer”; OR “breast carcinoma” OR “breast neoplasm “OR “breast tumor”*) AND (*“breast nurse” OR “specialist breast care nurse” OR “breast care nurse” OR “cancer nurse” OR “case-manager” OR “case Manager”*) AND (*english[Language] OR italian[Language]*). La ricerca ha prodotto 120 articoli dei quali sono stati selezionati attraverso la valutazione prima del titolo e successivamente dell'abstract 26 articoli. Successivamente dopo aver analizzato il full-test di tutti e 26 gli articoli, mi sono concentrata sugli 8 studi che indagavano il quesito della mia analisi.

Gli 8 articoli analizzati sono stati raggruppati in tre gruppi a seconda del disegno dello studio: retrospettivi osservazionali senza confronto (con pazienti non assistiti da un Breast Cancer Nurse), osservazionali con confronto con un gruppo di controllo di pazienti non assistiti da un Breast Cancer Nurse, studio randomizzato.

### **Risultati:**

L'analisi degli 8 articoli selezionati ha di fatto confermato l'efficacia del Breast Cancer Nurse nel supportare i pazienti affetti da carcinoma mammario. Infatti, i due studi che hanno valutato l'esperienza dei pazienti assistiti da un Breast Cancer Nurse (senza confronto con un gruppo di controllo), hanno riscontrato una generale soddisfazione. La maggioranza dei partecipanti ha elogiato le consultazioni con la Breast Cancer Nurse, definendole accessibili e tempestive. Il livello di soddisfazione è risultato elevato, con riconoscimento di benefici sia a livello emotivo che informativo. Anche il supporto psicosociale è stato ben accolto, sebbene alcuni partecipanti lo abbiano considerato superfluo. Il secondo gruppo di studi, che ha confrontato pazienti assistiti da Breast Cancer Nurse con quelli senza tale supporto, ha inoltre evidenziato come i primi presentassero un maggiore livello di informazione e consapevolezza. Inoltre, si sono evidenziati meno sintomi di disagio, depressione, ansia e sfiducia, probabilmente anche grazie alla capacità del Breast Cancer Nurse di indirizzare i pazienti a professionisti specializzati. Tra questi studi inoltre uno studio che si è focalizzato specificamente su pazienti con cancro al seno metastatico ha sottolineato la necessità di ampliare l'accesso alla figura del Breast Cancer Nurse per questa categoria di pazienti in quanto presentano specifiche esigenze. Infine, l'unico studio prospettico randomizzato analizzato, lo studio REBECCA, ha confermato benefici significativi sui livelli di distress e sui sintomi depressivi, particolarmente evidenti tra pazienti più giovani, con basso livello di istruzione o limitato supporto sociale.

### **Conclusioni:**

La revisione della letteratura ha confermato il ruolo positivo del Breast Cancer Nurse nella gestione del paziente con carcinoma mammario sia nella coordinazione del percorso clinico che nel supporto psicologico.

In conclusione, la letteratura analizzata converge sull'identificazione del Breast Cancer Nurse come figura chiave per coordinare il percorso di cura e garantire una sincronia ottimale tra le diverse figure coinvolte. Nel contesto di un trattamento multidisciplinare centrato sul paziente, il Breast Cancer Nurse

rappresenta ormai un punto di riferimento essenziale sia per il personale sanitario che per i pazienti, contribuendo a creare una rete efficiente attorno al paziente affetto da carcinoma mammario.

**Keywords:** Breast Cancer (Cancro al seno), Breast carcinoma (Carcinoma mammario), Breast neoplasms (Neoplasia al seno), Breast Tumor (Tumore al seno), Breast nurse (Infermiera senologica), Specialist breast care nurse (Infermiera specializzata nell'assistenza al seno), Breast care nurse (Infermiera per l'assistenza al seno), Oncology nurse (Infermiera oncologica), Case-manager (Responsabile del caso), Nurse (Infermiere), Nurse practitioner (Infermiere praticante), Oncology nursing (Infermieristica oncologica), Case manager (Responsabile del caso).



## INDICE

|   |              |
|---|--------------|
| <b>CAPITOLO 1 – INTRODUZIONE .....</b>                  | <b>1</b>     |
| 1.1 Il carcinoma mammario .....                         | 1            |
| 1.2 Multidisciplinarietà.....                           | 4            |
| 1.3 La nascita e il ruolo del Breast Cancer Nurse ..... | 7            |
| 1.4 Il Case Manager .....                               | 10           |
| <b>CAPITOLO 2. - SCOPO DELLO STUDIO.....</b>            | <b>13</b>    |
| <b>CAPITOLO 3. - MATERIALI E METODI .....</b>           | <b>15</b>    |
| 3.1 Quesito di ricerca .....                            | 15           |
| 3.2 Criteri di inclusione ed esclusione .....           | 15           |
| 3.3 Fonte dei dati e stringa di ricerca.....            | 16           |
| 3.4 Sintesi delle pubblicazioni analizzate .....        | 18           |
| <b>CAPITOLO 4. – RISULTATI.....</b>                     | <b>19</b>    |
| 4.1 Pubblicazioni Valutate .....                        | 19           |
| 4.2 Studi senza confronto .....                         | 20           |
| 4.3 Studi con confronto .....                           | 22           |
| 4.4 Studio prospettico randomizzato .....               | 26           |
| <b>CAPITOLO 5 – DISCUSSIONE E CONCLUSIONI .....</b>     | <b>29</b>    |
| <b>BIBLIOGRAFIA .....</b>                               | <b>.....</b> |
| <b>ALLEGATI.....</b>                                    | <b>.....</b> |
| Allegato 1.....   | .....        |
| Allegato 2.....   | .....        |





## **CAPITOLO 1 – INTRODUZIONE**

### **1.1 Il carcinoma mammario**

Con il termine cancro o tumore si intende un processo patologico caratterizzato da un'abnorme crescita cellulare non controllata, in cui cellule definite trasformate acquisiscono la capacità di infiltrare organi e tessuti sani dell'organismo, alterandone la struttura e il funzionamento. Nella normale fisiologia, la proliferazione cellulare è controllata da meccanismi specifici, con un equilibrio tra proliferazione cellulare e apoptosi; l'accumulo di alterazioni genetiche ed epigenetiche porta alla perdita di tale equilibrio e ad una crescita incontrollata non più regolata.(1)

Il carcinoma mammario rappresenta la neoplasia più frequentemente diagnosticata nel sesso femminile e una delle principali cause di mortalità oncologica nel mondo. Nel 2022 si stima che siano stati diagnosticati 55.700 nuovi casi in Italia, con un incremento dello 0,5% rispetto al 2020, e si prevede che nel 2023 ci saranno 12.500 decessi associati a tale neoplasia. Tuttavia, dalla fine degli anni '90 ad oggi si è assistito ad un progressivo calo della mortalità per tumore al seno, con una diminuzione di circa lo 0,8% all'anno, grazie soprattutto all'implementazione di programmi di diagnosi precoce e ai miglioramenti terapeutici.(2)

Sono stati identificati diversi fattori di rischio associati allo sviluppo del carcinoma mammario, classificati in due categorie: non modificabili (fattori sui quali non è possibile agire), e modificabili (sui quali è invece possibile intervenire).

Tra i fattori non modificabili, rientrano il sesso, l'età, l'ereditarietà, il menarca precoce, la menopausa tardiva e il mancato allattamento. Per quanto concerne l'età, il rischio di sviluppare carcinoma mammario aumenta in maniera rilevante dopo i 50 anni continuando a crescere fino alla menopausa per poi mantenersi sostanzialmente stabile negli anni successivi. Per quanto riguarda l'ereditarietà invece, circa l'5-10% dei carcinomi mammari compaiono all'interno di una sindrome ereditaria; tra queste, la più comune è quella legata alla mutazione germinale dei geni BRCA1 e BRCA2.

Tra i principali fattori modificabili sono descritti l'obesità, la sedentarietà, il fumo e l'alcool. Ciascuno di questi fattori modificabili aumenta il rischio di sviluppare il tumore al seno, seppur in maniera moderata. Pertanto è fondamentale l'implementazione di adeguate strategie di prevenzione primaria e di educazione sanitaria per tutte le donne.(3)

La prevenzione secondaria con screening mammografico viene proposto a tutte le donne dai 50 ai 69 anni, fascia d'età a maggior rischio di neoplasia mammaria, ed in alcune regioni tale indicazione è stata estesa anche alla fascia 45-49 anni (con cadenza annuale) e 70-74 anni. Il programma organizzato di screening mammografico è un percorso di prevenzione che si è dimostrato molto efficace nel ridurre la mortalità da carcinoma mammario ed è pertanto reso disponibile gratuitamente, ogni due anni, con l'obiettivo di individuare una neoplasia in fase iniziale ed aumentarne la curabilità.

Un'altra pratica consigliata a tutte le donne è l'autopalpazione al seno per controllare l'eventuale insorgenza di noduli che, qualora individuati, saranno approfonditi mediante eco-mammografia diagnostica.(4)

Anatomicamente, la mammella è costituita da grasso, tessuto connettivo e una serie di strutture ghiandolari organizzate in lobi. Neoplasie potranno insorgere a carico di diverse strutture della mammella, tuttavia le neoplasie più comuni della mammella sono tumori epiteliali (carcinomi) che si sviluppano dalle cellule che rivestono i dotti o lobuli. Sono invece meno comuni i tumori non epiteliali che originano dallo stroma di sostegno (es. sarcomi stromali primari, tumore filloide).

Le neoplasie epiteliali sono distinte in forme non invasive e invasive.

Le forme non invasive, note anche come carcinoma in situ, si sviluppano all'interno dei dotti mammari e non si diffondono al di fuori della membrana basale. La forma più comune di neoplasia in situ è il carcinoma duttale in situ. Il carcinoma mammario invasivo (o infiltrante) ha invece la capacità di diffondere al di fuori della membrana basale, invadendo tessuti circostanti e strutture linfo-vascolari e di diffondere a distanza.

La forma più comune è il carcinoma duttale invasivo (anche definita come non altrimenti specificata dalla nuova classificazione OMS), che rappresenta circa i tre quarti di tutti i tumori al seno. Circa il 10% dei casi sono carcinomi lobulari infiltranti, mentre i restanti casi sono generalmente codificati in istotipi rari (ciascuno dei quali costituisce l'1-2% dei carcinomi mammari).(1)

Il carcinoma mammario può essere classificato in diversi stadi sulla base dell'estensione a livello mammario, linfonodale e della presenza o meno di lesioni a distanza.

Tabella 1.1 Classificazione in stadi del carcinoma mammario (AJCC 2017 ripreso da Linee Guida AIOM 2023)(5)

|             |                             |                            |    |
|-------------|-----------------------------|----------------------------|----|
| Stadio 0    | Tis                         | N0                         | M0 |
| Stadio I A  | T1*                         | N0                         | M0 |
| Stadio I B  | T0<br>T1*                   | N1 mi<br>N1 mi             |    |
| Stadio IIA  | T0<br>T1*<br>T2             | N1**<br>N1**<br>N0         | M0 |
| Stadio IIB  | T2<br>T3                    | N1<br>N0                   | M0 |
| Stadio IIIA | T0<br>T1*<br>T2<br>T3<br>T3 | N2<br>N2<br>N2<br>N1<br>N2 | M0 |
| Stadio IIIB | T4<br>T4<br>T4              | N0<br>N1<br>N2             | M0 |
| Stadio IIIC | Ogni T                      | N3                         | M0 |
| Stadio IV   | Ogni T                      | Ogni N                     | M1 |

Mentre tumori in stadio più iniziale (stadio I) vengono generalmente trattati con trattamento chirurgico di prima istanza e successiva terapia adiuvante, presentando generalmente una buona prognosi, neoplasie più estese (Stadio II e III) richiedono più frequentemente un trattamento neoadiuvante.

Anche in caso di tumori metastatici (Stadio IV), diffusi ad altri organi, le terapie sistemiche possono prolungare significativamente la sopravvivenza.

## 1.2 Multidisciplinarietà

Il carcinoma mammario rappresenta la neoplasia più diffusa nel genere femminile al mondo. La sua gestione terapeutica si avvale dell'intervento di un team multidisciplinare, essenziale per ottimizzare il percorso di cura del paziente.

Una volta effettuata la diagnosi di carcinoma mammario, che dovrà sempre essere confermata istologicamente mediante una agobiopsia allo scopo anche di caratterizzare i biomarcatori che guideranno il successivo trattamento, sarà infatti possibile avvalersi di diverse strategie terapeutiche.

La chirurgia ha un ruolo fondamentale nel permettere l'asportazione radicale della neoplasia e possono essere utilizzati diversi approcci:

- Quadrantectomia: tecnica conservativa in cui solo la massa tumorale viene rimossa, preservando il muscolo sottostante e la restante ghiandola mammaria (generalmente viene seguita da radioterapia sulla mammella residua al fine di ridurre il rischio di recidive locali)
- Mastectomia: intervento più demolitivo in cui viene rimossa l'intera ghiandola mammaria. Viene generalmente seguita da una procedura di ricostruzione mammaria con protesi o con tessuti autologhi.

In entrambe le procedure, viene eseguita la valutazione dei linfonodi locoregionali per analisi istopatologica, fondamentale per determinare l'estensione della malattia, mediante biopsia del linfonodo sentinella (se linfonodi clinicamente negativi) o con asportazione dei linfonodi ascellari in caso di coinvolgimento degli stessi (5).

Il trattamento radioterapico, che può essere somministrato tramite fasci esterni o tecniche intraoperatorie come la Intra Operative Radio Therapy, e che può

essere eseguito sulla mammella residua, sulla parete toracica o sulle stazioni linfonodali, ha un ruolo di rilievo nel ridurre il rischio di recidive locali e locoregionali di malattia, soprattutto in caso di presenza di fattori di rischio (es. neoplasie di grandi dimensioni, coinvolgimento linfonodale, biologia aggressiva (5)).

Per le pazienti diagnosticate in stadio non-metastatico di malattia (stadi I-III), la terapia sistemica gioca un ruolo fondamentale nel ridurre il rischio di recidiva e la mortalità da carcinoma mammario. In tale contesto possono essere utilizzate diverse strategie terapeutiche, quali chemioterapia con farmaci citotossici, l'ormonoterapia che agisce modulando l'azione degli ormoni femminili, terapie biologiche (come ad esempio farmaci anti-HER2) che agiscono colpendo specifici bersagli sulle cellule tumorali, e, più recentemente, l'immunoterapia che attiva la risposta del sistema immunitario verso la neoplasia.

La terapia sistemica può essere utilizzata con diverse tempistiche ed intenti. Generalmente si parla di terapia adiuvante quando viene somministrata dopo il trattamento locale (chirurgia) ed in assenza di metastasi a distanza clinicamente/strumentalmente evidenti al fine di ridurre il rischio di recidiva di malattia. Viene invece definito neo-adiuvante il trattamento sistemico effettuato prima della terapia locale in assenza di evidenza clinica di metastasi a distanza. Oltre a ridurre il rischio di recidiva di malattia, tale strategia può permettere di migliorare l'operabilità della neoplasia convertendo lesioni inoperabili in operabili ed aumentando il tasso di chirurgie conservative. Inoltre, permette anche la valutazione della risposta della neoplasia al fine di personalizzare la terapia che il paziente riceverà dopo la chirurgia (5).

In caso di malattia metastatica, la terapia sistemica rappresenta l'approccio di scelta al fine di prolungare la sopravvivenza del paziente e migliorare il controllo dei sintomi.

Al momento della diagnosi, il paziente viene informato da un oncologo o da un chirurgo sul percorso terapeutico. A seconda della scelta terapeutica, possono intervenire quindi diverse figure, quali chirurghi, radioterapisti, oncologi, genetisti, radiologici, medici di medicina nucleare, chirurghi plastici. In aggiunta, il supporto fisioterapico post-operatorio è cruciale per prevenire complicanze come il linfedema. Infine, lo psicologo può offrire supporto al paziente e ai familiari in ogni fase del percorso di cura.

Il timing e l'integrazione delle differenti strategie terapeutiche varia in base alle caratteristiche del tumore e della paziente:

- Chirurgia: questa è generalmente una procedura una tantum, seguita da un periodo di recupero.
- Radioterapia: generalmente, la radioterapia segue la chirurgia e l'eventuale chemioterapia e dura alcune settimane, con trattamenti giornalieri.
- Chemioterapia: la chemioterapia viene generalmente riservata a pazienti a più alto rischio di recidiva per estensione di malattia o per caratteristiche biologiche. La durata e la composizione possono variare, con alcune chemioterapie a somministrazione settimanale e altre ogni 2-3 settimane. Nel setting neoadiuvante, viene seguita dopo 3-4 settimane dalla chirurgia.
- Ormonoterapia: nei pazienti con carcinomi mammari con positività dei recettori ormonali, la terapia ormonale viene avviata dopo la chirurgia e l'eventuale chemioterapia e può durare diversi anni. Generalmente, la terapia è raccomandata per 5 almeno anni, con la possibilità di prolungare la durata fino a 10 anni nei casi a più alto rischio.
- Terapie biologiche: le più frequentemente utilizzate sono le terapie anti-HER2, somministrate inizialmente in combinazione con chemioterapia e a seguire come monoterapia per una durata complessiva di un anno. Può essere somministrata in concomitanza con la terapia ormonale.(5)

### **1.3 La nascita e il ruolo del Breast Cancer Nurse**

La gestione del carcinoma mammario richiede un approccio multidisciplinare, con la collaborazione di diverse figure professionali, per garantire la massima qualità di cura. Considerata la complessità delle differenti metodiche terapeutiche e la necessità di un'ottimale integrazione durante il percorso terapeutico di una paziente con neoplasia mammaria, una precisa coordinazione è fondamentale per garantire un ottimale percorso di cura.

L'importanza di una figura di coordinamento è evidente nella creazione del ruolo del Case Manager, mentre il Breast Cancer Nurse rappresenta un punto di riferimento essenziale per le donne affette da patologie mammarie. Nel contesto di un team multidisciplinare dedicato alla cura della paziente oncologica, il Case Manager e il Breast Nurse svolgono quindi ruoli complementari.

Il Case Manager agisce con capacità manageriale, coordinando protocolli terapeutici, organizzando visite ed esami e garantendo l'adesione a un progetto di cura ben definito. Dall'altra parte, il Breast Cancer Nurse funge da ponte cruciale tra la paziente e il team di cura, assicurando continuità, monitorando lo stato della paziente e segnalando eventuali problematiche al team. Questa sinergia tra professionisti come chirurghi, oncologi, radioterapisti, infermieri, psicologi e altre figure, assicura un piano di cura su misura per ogni paziente, con l'importante risultato che il paziente non si sente mai isolato.

Il Breast Cancer Nurse è un professionista specializzato che fornisce supporto sin dal primo contatto con la struttura e durante tutte le fasi della diagnosi, trattamento e follow-up.

Oltre a gestire le necessità mediche, questa figura è essenziale nell'affrontare le sfide emotive, sociali e familiari che una diagnosi di cancro porta con sé.

La letteratura ha dato risonanza a questo ruolo. Tutto ha avuto inizio con studi condotti in Australia e Inghilterra a partire dal 1978. Il primo articolo rilevante fu pubblicato nel British Medical Journal nel 1978, evidenziando l'importanza delle infermiere specializzate post-mastectomia.<sup>(6)</sup> Successivi contributi da

esperti come Liebert, Yates e altri hanno continuato a consolidare e definire il ruolo della Breast Nurse.

Dal 1998 il focus europeo sul cancro al seno ha visto sviluppi significativi. Il Parlamento Europeo, nel 2006, ha esortato gli Stati membri a stabilire centri specializzati. Nel 2014 l'Italia ha risposto a questa chiamata stabilendo una rete di "Centri di Senologia" multidisciplinari.

European Society of Breast Cancer Specialists (E.U.S.O.M.A.) ha elencato criteri fondamentali per la gestione delle pazienti affette da patologie mammarie, delineando le competenze che un Breast Cancer Nurse dovrebbe possedere e le modalità di partecipazione alla cura del cancro alla mammella. Queste linee guida hanno portato alla nascita ufficiale delle Breast Cancer Nurse in Italia.(7)

Queste linee guida avevano l'obiettivo di:

- Spiegare il rationale relativo alla diagnosi precoce del cancro della mammella.
- Delineare principi, applicazioni e rationale dei trattamenti utilizzati nei diversi stadi della patologia della mammella e le relative tossicità.
- Descrivere gli interventi infermieristici che possono essere utilizzati per ridurre la mortalità e morbilità nelle pazienti.
- Comprendere le questioni professionali e politiche che influiscono sulla cura della patologia della mammella.
- Elaborare le modalità attraverso le quali le Breast Cancer Nurse partecipano a livello locale allo sviluppo dei servizi per la cura della mammella.

Successivamente a queste linee guida nascono ufficialmente in Italia le Breast Cancer Nurse che seguono gli obiettivi formativi delineati da E.U.S.O.M.A. e raccomandati dall'Unione Europea (7).

La prima fase in cui avviene l'incontro tra la paziente e l'infermiere è durante la diagnosi, dove prevalgono sentimenti di incertezza, preoccupazione e paura che rendono difficile il rapporto sia con sé stessi sia con i familiari, che a loro volta si trovano nella medesima situazione. La figura infermieristica deve,



infatti, fin da subito avere un atteggiamento empatico e un ascolto attivo: se il paziente pone domande o non comprende alcuni termini troppo specifici, l'infermiere deve saper rispondere e spiegare al meglio la situazione, anche al fine di cercare di creare fin da subito un rapporto di fiducia reciproca e di ascolto in un momento di incertezza del paziente.(7)

Inoltre, il Breast Nurse, in collaborazione con il Case Manager, deve già creare un piano di lavoro da spiegare al paziente, perché da quel momento dovrà cominciare un percorso che si susseguirà con visite ed esami strumentali.

Durante l'eventuale ricovero per la chirurgia o per le terapie prescelte, l'infermiere avrà anche il compito di assistere il paziente che si trova in solitudine in un nuovo contesto.

Il paziente avrà bisogno di sostegno a tutto tondo e non solo di un sostegno medico/infermieristico, ma a volte anche psicologico e familiare per rendere meno oppressiva tutta la situazione che si sta creando intorno a lei/lui.

L'infermiere deve anche saper riconoscere quando un paziente ha maggior bisogno di supporto, quindi allertare il team multidisciplinare e attivare eventuali figure specializzate per supportarla/lo al meglio.

Un aspetto fondamentale che tocca la donna in questa tipologia di malattia è l'accettazione del proprio corpo, perché il cancro al seno modifica lo stesso e la propria femminilità e questo, soprattutto nelle donne più giovani, impaurisce la paziente perché viene privata di questi aspetti.

Il seno rappresenta la femminilità per antonomasia: la donna, privata di quest'organo, perde il simbolo che la rappresenta e che raffigura una delle fasi più importanti della sua vita, la maternità.

Quindi bisogna, attraverso un percorso psicologico, lavorare sull'accettazione del proprio corpo e far riacquistare la fiducia in sé stessa per non ledere anche la relazione con il partner. (6)

La Breast Cancer Nurse deve essere in grado di supportare a 360 gradi questo aspetto, non solo dal punto di vista dell'aspetto infermieristico di base. Potrà inoltre dare suggerimenti in merito alle modifiche che la paziente dovrà effettuare nel suo stile di vita, con lo scopo di ridurre il rischio oncologico, ad esempio con lo svolgimento di esami per giungere alla diagnosi

precocemente, capire e sapere quali sono i campanelli d'allarme da non sottovalutare.

Riassumendo l'infermiere ha sia un ruolo di prevenzione che di cura e di supporto.

Nell'ambito del carcinoma mammario, tali tematiche sono particolarmente significativamente, soprattutto perché la donna, a seguito di tutto il percorso terapeutico, va incontro a un forte senso di deprivazione e a un'alterazione, in alcuni casi irreversibile, dell'immagine di sé. Inoltre, il carcinoma mammario colpisce con una certa frequenza donne giovani, nel pieno della propria vita attiva, e impatta pertanto in maniera importante anche sulla quotidianità di queste pazienti e delle loro famiglie. (6)

In sintesi, la collaborazione tra Case Manager e Breast Nurse all'interno di un team multidisciplinare offre ai pazienti un'assistenza completa e attenta, rendendo il percorso di cura meno gravoso e più efficace. La figura del Breast Cancer Nurse, in particolare, gioca un ruolo fondamentale nel supportare le donne attraverso le diverse fasi della malattia, contribuendo in modo significativo alla qualità complessiva della cura.(7)

#### **1.4 Il Case Manager**

Il Case Manager, come delineato dagli *Standards of Practice* del Case Management Society of America (C.M.S.A.) del 2010, è una figura professionale essenziale nel settore sanitario, responsabile di coordinare e fornire un processo collaborativo volto a valutare e pianificare l'assistenza. Tale processo tiene in considerazione le esigenze complesse del paziente e della sua famiglia, mirando a garantire un servizio di qualità, bilanciando costi ed efficacia.(8)

L'infermiere Case Manager assume un ruolo centrale nella metodologia del Case Management, garantendo il coordinamento e l'appropriata allocazione delle risorse attraverso un team multidisciplinare.

La figura dell'infermiere Case Manager è emergente, con l'obiettivo di bilanciare la qualità dell'assistenza sanitaria con la gestione dei costi.

Possiede una profonda comprensione teorico-pratica del settore sanitario, essenziale per una governance clinica efficace. La presenza di tale figura garantisce che il paziente non si senta isolato nel proprio percorso di cura, attenuando lo stress e l'ansia associati alla malattia e alla ricerca di diversi professionisti sanitari.

Nell'ambito del carcinoma mammario, le sfide diventano ancor più rilevanti in quanto si tratta di una patologia che necessita di un trattamento fortemente multidisciplinare, con la necessità di integrare tante figure professionali diverse.

Questo modello si distingue per la sua finalità di fornire risposte personalizzate ai bisogni sanitari attraverso un coordinamento efficace delle risorse. Con l'implementazione di tale sistema, gli infermieri possono offrire un servizio più integrato e continuo, migliorando la qualità di vita dei pazienti e la soddisfazione del personale sanitario. Il successo di questo modello richiede leadership, adattabilità e una forte cooperazione tra tutti i soggetti coinvolti.

Il Case Manager ha la responsabilità di pianificare e organizzare tutte le fasi dell'assistenza al paziente, dal pre-ricovero al follow-up post-ricovero.(8)

In conclusione, il ruolo del Case Manager si rivela fondamentale per garantire un'assistenza sanitaria di alta qualità, centrata sul paziente e in grado di rispondere in modo efficace ed efficiente alle complesse esigenze del contesto sanitario attuale.

Sebbene la figura e le competenze del Case Manager e del Breast Cancer Nurse siano leggermente diverse, va sottolineato come nella realtà tali figure possano venire a coincidere, con un'unica figura che ricopre sia i ruoli più prettamente organizzati del Case Manager che quelli più prettamente sanitari/di supporto del Breast Cancer Nurse.



## **CAPITOLO 2. - SCOPO DELLO STUDIO**

Lo scopo del seguente studio è quello di effettuare una revisione sistematica della letteratura relativa al ruolo dell'infermiere specializzato nella cura del cancro al seno, noto anche come Breast Cancer Nurse, su qualità di vita e soddisfazione del paziente con carcinoma mammario.

Come precedentemente menzionato, sono state delineate specifiche linee guida per definire e ottimizzare questo ruolo, il principale scopo della mia ricerca è stato comprendere come tale figura influenzi concretamente la qualità di vita e la soddisfazione delle pazienti affette da tumore al seno.



## **CAPITOLO 3. - MATERIALI E METODI**

### **3.1 Quesito di ricerca**

Questa revisione di letteratura è stata formulata per rispondere al seguente quesito: esistono evidenze a favore dell'impatto dell'infermiere nella Breast Unit su qualità di vita e soddisfazione del paziente con carcinoma mammario? È stato quindi utilizzato il metodo PIO per la scomposizione del quesito:

P: paziente con diagnosi di carcinoma mammario;

I: presenza di case-manager (o breast nurse) dedicato all'interno del team multidisciplinare;

O: qualità di vita, ansie/depressione e soddisfazione del paziente

### **3.2 Criteri di inclusione ed esclusione**

Sono stati individuati come criteri di inclusione per la ricerca:

- articoli reperibili online, provvisti di titolo inerente all'argomento trattato con abstract e full text disponibili in rete;
- lingua di pubblicazione: italiano e inglese
- pubblicati negli ultimi 25 anni
- articoli che riportino l'impatto dell'infermiere nelle Breast Unit

Sono stati individuati come criteri di esclusione per la ricerca:

- articoli che non riportino una valutazione dell'esito dell'intervento
- articoli non pertinenti alla ricerca.

Le parole chiave individuate dopo aver delineato gli obiettivi ed i quesiti di ricerca sono state riassunte nella Tabella 3.II:

Tabella 3.II: Keywords (parole chiave)

| <b>Keywords</b>              | <b>Parole chiave</b>                                |
|------------------------------|---|
| Breast Cancer                | Cancro al seno                                      |
| Breast carcinoma             | Carcinoma mammario                                  |
| Breast neoplasms             | Neoplasia al seno                                   |
| Breast Tumor                 | Tumore al seno                                      |
| Breast nurse                 | Infermiera senologica                               |
| Specialist breast care nurse | Infermiera specializzata<br>nell'assistenza al seno |
| Breast care nurse            | Infermiera per l'assistenza al seno                 |
| Oncology nurse               | Infermiera oncologica                               |
| Case-manager                 | Responsabile del caso                               |
| Nurse                        | Infermiere  |
| Nurse practitioner           | Infermiere specializzato                            |
| Oncology nursing             | Infermieristica oncologica                          |
| Case manager                 | Responsabile del caso                               |

Le diverse combinazioni delle parole chiave elencate, collegate tra loro tramite gli operatori booleani (AND, OR) sono state utilizzate nella costruzione della stringa di ricerca utilizzata per questo lavoro di revisione bibliografica.

### **3.3 Fonte dei dati e stringa di ricerca**

La ricerca finale è stata svolta online nel mese di Luglio 2023 utilizzando il database internazionale:

- Pubmed <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>

Per la ricerca su database Pubmed è stata utilizzata la seguente stringa di ricerca composta (ricerca avanzata):



((("breast cancer" OR "breast carcinoma" OR "breast neoplams" OR "breast tumor") AND ("breast nurse" OR "specialist breast care nurse" OR "breast care nurse" OR "cancer nurse" OR "case-manager" OR "case manager")) AND (english[Language] OR italian[Language]))

Utilizzando questa stringa di ricerca sono stati identificati 120 articoli non duplicati.

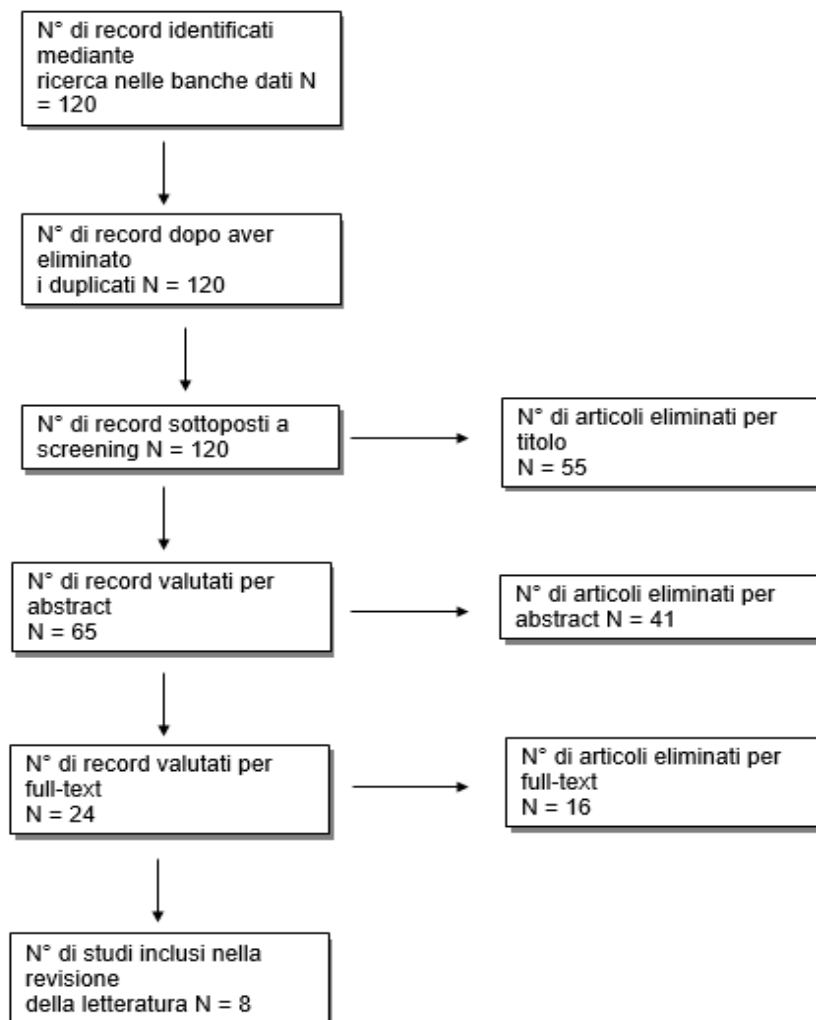
Per una prima valutazione sono state prese in considerazione, attraverso una rapida lettura, gli articoli con titolo correlato o affine all'argomento di tesi, eliminando così le pubblicazioni per le quali già dal titolo fosse possibile identificare la non pertinenza rispetto alla ricerca (figura 1 – step 1).

Successivamente, dalla lettura degli abstract delle pubblicazioni, è stata eseguita una seconda scrematura, individuando così un numero più esiguo di riferimenti (figura 1 – step 2).

Infine, dalla lettura del full-text degli articoli prescelti, sono stati individuate le pubblicazioni che rispettavano tutti i criteri di inclusione ed esclusione della ricerca, fino ad arrivare ad una lista finale di 8 pubblicazioni in full-text, tutte accessibili in formato elettronico, ciascuna riportante l'esito di uno studio che è andato a valutare l'impatto dell'infermiere nella Breast Unit in termini di soddisfazione e qualità di vita del paziente. (figura 1 – step 3).

Tutti gli articoli considerati sono stati pubblicati in lingua inglese.

Figura 3.1: Selezione degli articoli



### 3.4 Sintesi delle pubblicazioni analizzate

Sono state analizzate 8 pubblicazioni riportanti gli esiti di 8 studi condotti in 3 paesi, rispettivamente: N=6 Australia, N=1 Israele, N=1 Danimarca.

Le tipologie di studio incluse sono state:

- 1 studio osservazionale prospettico;
- 1 studio prospettico randomizzato;
- 6 studi retrospettivi osservazionali

## **CAPITOLO 4. – RISULTATI**

### **4.1 Pubblicazioni Valutate**

Dalla revisione della letteratura, sono state selezionate 8 pubblicazioni riportanti dati relativi alla soddisfazione e qualità di vita del paziente con carcinoma mammario.

Tutti questi studi sono andati a valutare il ruolo del Breast Cancer Nurse sulla soddisfazione del paziente con carcinoma mammario.

Le modalità con cui sono stati raccolti i dati relativi alla soddisfazione ed alla qualità di vita nei diversi studi sono state differenti e sono stati:

1. questionari;
2. interviste telefoniche;
3. colloqui con personale infermieristico.

Inoltre, gli studi presentavano un diverso disegno di studio. Pertanto ho raccolto i relativi dati in 3 tabelle separate.

Nel primo tipo di studi (Tabella 4.III) è stato analizzato il ruolo della Breast Cancer Nurse e la soddisfazione delle pazienti senza il confronto con pazienti non seguite da questa figura professionale.

Il secondo tipo di studi (Tabella 4.IV) prevedeva invece il confronto tra le pazienti seguite dal Breast Cancer Nurse e le pazienti non seguite da questa figura; si trattava tuttavia di studi non randomizzati.

L'ultimo studio analizzato (Tabella 4.V) è stato invece uno studio prospettico randomizzato.

## 4.2 Studi senza confronto

Due articoli hanno valutato il grado di soddisfazione di pazienti seguite dal Breast Cancer Nurse in assenza di confronto, riportando una generale soddisfazione da parte dei pazienti verso tale figura. La maggioranza dei partecipanti ha valutato positivamente il contatto con la Breast Care Nurse, ritenendo facili le consultazioni. La soddisfazione è stata alta, con la maggior parte delle donne che riferisce benefici significativi, sia emotivi che informativi. Il supporto psicosociale è stato ben ricevuto, sebbene una minoranza abbia ritenuto che non fosse necessario. Nel complesso, i risultati mostrano un elevato grado di soddisfazione e confermano l'importanza dell'infermiere specialista in senologia nell'approccio olistico alla cura del paziente.

Tabella 4.III: Studi senza confronto

| <b>Studio</b>   | <b>Popolazione</b>  | <b>Modalità di valutazione della soddisfazione/qualità di vita</b>  | <b>Risultati</b>   |
|---|---|---|--|
| <p><u>Titolo:</u> The value of a breast care nurse in supporting rural and remote cancer patients in Queensland.( Eley R. M. 2008) (9)<br/> <u>PMID:</u> 18987503<br/> <u>Tipologia di studio:</u> Studio retrospettivo osservazionale.</p> | <p>Pazienti seguite da un Breast Cancer Nurse (almeno 5 contatti) luglio 2005 a dicembre 2006, 120 donne sono state seguite.<br/> <u>N:</u> 51 donne, di cui 37 residenti in aree rurali.</p> | <p><u>Questionari/Scale di valutazione:</u><br/>           La valutazione è stata effettuata tramite sondaggio utilizzando due diversi questionari sviluppati dai ricercatori: uno condotto telefonicamente per i pazienti e uno inviato alle parti interessate tramite e-mail interna del Queensland Health.</p> | <p><u>Risultati</u><br/>           Contatto con Breast Cancer Nurse: "Facile" o "molto facile" per l'87% dei partecipanti (36% e 51% rispettivamente).<br/>           Tempistica delle consultazioni: giudicata "opportuna" dal 95%.</p> |

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
|  |  |   | <p>Tutte e 51 le donne ritengono il tempo di consultazione "quasi giusto". Benefici della Breast Cancer Nurse:<br/> 45 pazienti: "Grande beneficio".<br/> 3 pazienti: "Piccolo vantaggio".<br/> 1 paziente: "Nessun beneficio".<br/> 1 paziente: "Non sicuro".<br/> Oltre il 95% ritiene la quantità di aiuto "giusta".<br/> Supporto psicosociale: Tra il 10% e il 31% ritiene il supporto non necessario.<br/> Tutte tranne 2 donne sono "soddisfatte" o "molto soddisfatte" del supporto emotivo.<br/> (Allegato 1)</p> |
| <p><u>Titolo:</u><br/> "Lighthouse in the dark": a qualitative study of the role of breast care nurse specialists in Israel.( Admi H. 2011) (10)</p> | <p>Pazienti che avevano inviato lettere di ringraziamenti tra il 1998 e 2008<br/> <u>N:</u> 125.</p> | <p><u>Questionari/Scale di valutazione:</u> Analisi di lettere inviate al Breast Cancer Nurse per esprimere le proprie emozioni e sentimenti.</p> | <p>I risultati hanno evidenziato un ottimo grado di soddisfazione in tre ambiti: strumentale, cognitivo ed emotivo,</p>  |

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| PMID:<br>22077908<br><u>Tipologia di studio:</u> Studio retrospettivo osservazionale. |  |  | confermando l'importanza dell'infermiere specialista in senologia in un'ottica olistica e integrativa che metta al centro la figura del paziente.<br>(Allegato 2) |
|---|--|--|---|

### 4.3 Studi con confronto

Nel secondo gruppo analizzato vengono riportati studi che hanno confrontato pazienti che hanno ricevuto il supporto dalle Breast Cancer Nurse rispetto a pazienti che non lo hanno ricevuto. Dalla letteratura individuata si evince come in generale le donne seguite dal Breast Cancer Nurse siano più informate e consapevoli del loro percorso di cura. La capacità di reindirizzare ad altre figure professionali specializzate porta inoltre ad una riduzione dei sintomi di disagio, depressione, ansia e sfiducia. In aggiunta, uno studio ha specificamente valutato pazienti con diagnosi di cancro al seno metastatico, rilevando la necessità di implementare l'accesso a tale figura nelle pazienti con malattia avanzata così come le specificità delle necessità di tali pazienti.

Tabella 4.IV: Studi con confronto

| <b>Studio</b>  | <b>Popolazione</b>  | <b>Modalità di valutazione della soddisfazione/qualità di vita</b>  | <b>Risultati</b>   |
|--|---|---|--|
| <u>Titolo:</u> An evidence-based specialist breast nurse role in practice: a multicentre | Pazienti seguite in quattro centri collaborativi per il trattamento | <u>Questionari/Scale di valutazione:</u><br>Il National Consumer Survey ha creato un'intervista strutturata che valuta la | <u>Risultati:</u><br>Partecipazione consultazioni Breast Cancer Nurse: oltre il 93%, inclusa |

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <p>implementation study. (Liebert B. 2003) (11)<br/><u>PMID:</u>12641561</p> <p><u>Tipologia di studio:</u> Studio osservazionale prospettico.</p>   | <p>del cancro al seno in Australia nel 1998. Sono state intervistate pazienti da sei a dodici mesi dopo la diagnosi.</p> <p><u>N:</u> 347 pazienti e operatori sanitari.</p> <p>Pazienti seguite da Breast Cancer Nurse: 167.</p> <p>Pazienti non seguite da Breast Cancer Nurse: 133.</p> <p><u>N.</u> operatori sanitari :47.</p> | <p>percezione delle donne riguardo al supporto psicosociale, fisico e pratico fornito loro dopo la diagnosi di cancro al seno in fase iniziale (Williams et al. 2003). L'intervista, della durata di 45 minuti, è stata somministrata da intervistatori qualificati di un'agenzia di ricerca convenzionata utilizzando un sistema di interviste telefoniche assistito da computer.</p> | <p>diagnosi e follow-up. Consultazioni telefoniche: inizialmente &lt;5%, salite al 9% (1° follow-up) e al 28% (2° follow-up). Bisogni principali: supporto psicologico predominante, seguito da informazioni preoperatorie, preoccupazioni post-operatorie. Ruolo Breast Cancer Nurse: fornitura di informazioni, supporto psicologico e indirizzamento a membri del team di trattamento in base alle necessità emergenti.</p> |
| <p><u>Titolo:</u><br/>Evaluating key dimensions of the breast care nurse role in Australia.( Szwajcer A. 2004) (12)<br/><u>PMID:</u> 15108955<br/><u>Tipologia di studio:</u><br/>Studio retrospettivo osservazionale.</p> | <p>Interviste a pazienti sottoposte a intervento chirurgico e/o successivo trattamento per cancro al seno presso gli ospedali pubblici o privati di St George dal settembre.</p>  | <p><u>Questionari/Scale di valutazione:</u> Un sondaggio di 21 domande ha riguardato le funzioni del Breast Cancer Nurse e il grado di utilità della funzione percepita dalle donne.</p>   | <p><u>Risultati:</u><br/>Il 90% dei pazienti ha valutato utili i contatti telefonici o di persona. Il 14% desiderava ulteriori contatti, con varie preferenze di frequenza.</p>  |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  | <p>1999 al gennaio 2000.</p> <p>N: 63 pazienti.</p> <p>Pazienti seguite da Breast Cancer Nurse: 50.</p> <p>Pazienti non seguite da Breast Cancer Nurse: 13.</p>  |  | <p>Supporto Emotivo: riferito come utile o molto utile per la maggior parte dei partecipanti. Solo 1 su 37 ha valutato le informazioni come inutili. Il 93% dei partecipanti ha trovato utili le informazioni sulla radioterapia.</p>  |
| <p><u>Titolo:</u> Are specialist breast nurses available to Australian women with breast cancer? (Campbell D. 2006) (13)<br/><u>PMID:</u> 16557120</p> <p><u>Tipologia di studio:</u><br/>Studio retrospettivo osservazionale.</p> | <p>Selezione attraverso registri di tumori di tutte le pazienti con cancro alla mammella e (marzo-agosto 1997) selezione casuale del 25%.</p> <p><u>N:</u> 544 pazienti.</p> <p>Pazienti seguite da Breast Cancer Nurse: 26.<br/>Pazienti non seguite da Breast Cancer Nurse: 283.</p> | <p><u>Questionari/Scale di valutazione:</u><br/>Intervista telefonica assistita da computer tra 6 e 12 mesi dopo la diagnosi</p> <p>Un totale di 87 domande del sondaggio è stato posto sulla percezione delle donne in merito alle cure ricevute in relazione alla diagnosi di cancro al seno, alle scelte sulle opzioni di trattamento e alle informazioni e al supporto ricevuto.</p> | <p><u>Risultati:</u><br/>Le donne che hanno ricevuto un accesso sistematico al BCN hanno segnalato un maggiore supporto durante la diagnosi e il trattamento del cancro al seno per sé e le loro famiglie rispetto a coloro senza contatti con la Breast Cancer Nurse. Le donne con cure sistematiche tendevano a ricevere informazioni più complete sulle cure e nel follow-up.</p> |



|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <p><u>Titolo:</u> Exploring patient support by breast care nurses and geographical residence as moderators of the unmet needs and self-efficacy of Australian women with breast cancer: Results from a cross-sectional, nationwide survey.( Ahern T. 2016) (14)<br/><u>PMID:</u> 27456378<br/><u>Tipologia di studio:</u> Studio retrospettivo osservazionale.</p> | <p>Pazienti con carcinoma mammario che avevano completato il trattamento attivo almeno 6 mesi prima</p> <p><u>N:</u> 902 pazienti.</p> <p>Pazienti seguite da Breast Cancer Nurse: 616.</p> <p>Pazienti non seguite da Breast Cancer Nurse: 286.</p> | <p><u>Questionari/Scale di valutazione:</u><br/>Supportive Care Needs Survey (SCNS-SF34) e la Communication and Attitudinal Self-efficacy Scale for cancer (CASE-cancer) (Boyes et al., 2009, Wolf et al., 2005 ).</p>   | <p><u>Risultati:</u><br/>L'accesso a Breast Cancer Nurse è correlato a una maggiore comunicazione e autoefficacia attitudinale nei partecipanti, focalizzandosi sulla gestione delle cure e la ricerca di informazioni. L'introduzione di nuove iniziative di telemedicina nel campo della cura del cancro contribuisce a ridurre il vario di accesso tra persone in zone urbane e quelle in aree rurali e remote.</p> |
| <p><u>Titolo:</u> Potential inequities in availability of care from breast care nurses: a qualitative study reporting the experiences and perspectives of women with metastatic breast cancer in Australia. (Smith A. L. 2022)(15)<br/><u>PMID:</u> 35869552</p>   | <p>Donne con una diagnosi di carcinoma mammario metastatico provenienti da tutta l'Australia.</p> <p><u>N:</u> 38 donne.</p> <p>Pazienti seguite da Breast Cancer Nurse: 23.</p> <p>Pazienti non seguite da</p>                                      | <p><u>Questionari/Scale di valutazione:</u><br/>Interviste semi-strutturate. Ogni partecipante è stato intervistato in altre due occasioni nell'arco di un periodo di 12 mesi per catturare come le esperienze e le aspettative di supporto da parte degli infermieri senologici siano cambiate nel tempo.</p> | <p><u>Risultati:</u><br/>L'analisi ha identificato tre temi principali. Sensazione che i bisogni di cura di supporto non siano riconosciuti. Confusione sul ruolo e sulla rilevanza dell'infermiere senologo per i pazienti con cancro al seno metastatico.</p>  |

|  |                          |  |   |
|--|--------------------------|--|---|
| <u>Tipologia di studio:</u> Studio retrospettivo osservazionale. | Breast Cancer Nurse: 15. |  | L'assistenza da parte degli infermieri specializzati nella cura del seno metastatico è stata apprezzata e vantaggiosa. Lo studio evidenzia il desiderio comune tra i partecipanti di ricevere cure continue e supporto da parte di professionisti specializzati come gli infermieri senologici. |
|--|--------------------------|--|---|

#### 4.4 Studio prospettico randomizzato

È stato individuato un unico studio prospettico randomizzato (REBECCA trial), nel quale pazienti con nuova diagnosi di neoplasia mammaria venivano randomizzate a ricevere, oltre allo standard di cura, un percorso dedicato guidato dal Breast Cancer Nurse. Lo studio ha confermato significativi benefici in termini di sintomi depressivi e score di qualità di vita (specifici per carcinoma mammario), con effetti più marcati tra pazienti più giovani, con livello di istruzione inferiore o con scarso supporto sociale.

Tabella 4.V: Studio prospettico randomizzato

| Studio                           | Popolazione                    | Tipologia di intervento          | Risultati     |
|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|---------------|
| <u>Titolo:</u> Effect of a Nurse | Pazienti con cancro al seno di | Sei sessioni individuali guidate | Riduzione non |

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <p>Navigation Intervention on Mental Symptoms in Patients With Psychological Vulnerability and Breast Cancer: The REBECCA Randomized Clinical Trial.( Bidstrup P. E. 2023) (16)<br/> <u>PMID:</u><br/> 37351885</p> <p><u>Tipologia di studio:</u> Studio clinico randomizzato.</p> | <p>nuova diagnosi e sintomi di disagio psicologico da agosto 2017 a ottobre 2019.</p> <p><u>N:</u> 309 pazienti (153 pazienti nel gruppo di terapia standard. 156 pazienti nel gruppo di intervento REBECCA).</p> | <p>dall'infermiere (o in presenza o telefonicamente), finalizzate ad incrementare il self-engagement e l'attitudine.</p> | <p>significativa dei sintomi di disagio, con miglioramenti osservati a 12 mesi. Effetti significativi per i sintomi della depressione a 6 mesi (-1,39, IC 95%: -2,33 a -0,44) e qualità della vita legata al cancro al seno a 12 mesi (4,03, IC 95%: 1,28-6,77). Fattori Modificanti l'Effetto: effetti più significativi tra i pazienti più giovani, con bassa attivazione, istruzioni limitate e basso supporto sociale.</p> |
|---|---|--|--|



## CAPITOLO 5 – DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Le pazienti oncologiche, durante il percorso di diagnosi e cura così come dopo il termine dei trattamenti, necessitano di un supporto continuo e di un riferimento costante. Le pazienti hanno infatti bisogno di informazioni riguardanti il programma terapeutico, i possibili effetti collaterali, il cambiamento da effettuare nello stile di vita. In aggiunta, problematiche organizzative e burocratiche si aggiungono al carico emotivo associato alla diagnosi di neoplasia. È pertanto comprensibile come le più frequenti emozioni riportate collegate alla malattia siano ansia, paura, incertezza. In aggiunta, alcuni studi sottolineano un disagio da parte delle pazienti nel condividere le loro problematiche quotidiane con altre figure professionali, come gli oncologi, che a causa del carico di lavoro non sempre riescono a dedicare abbastanza tempo ad ogni paziente. Questa situazione porta le donne a cercare altre figure professionali in grado di ascoltare le loro difficoltà.

Il Breast Cancer Nurse emerge pertanto come un fondamentale riferimento continuo, come testimoniato nelle lettere di ringraziamento scritte dalle pazienti oncologiche che definiscono il Breast Cancer Nurse come “un’ancora”, “una spalla di sostegno” e “un semaforo che fornisce la direzione”. Il Breast Care Nurse diventa così una figura centrale nel team multidisciplinare, seguendo la paziente in modo continuativo dalla diagnosi al follow-up o alle cure palliative.

Una delle caratteristiche maggiormente apprezzate dalle pazienti è risultata essere l’accessibilità. Il Breast Cancer Nurse risulta facilmente contattabile, consentendo un supporto specializzato in qualsiasi fase del decorso della malattia e per qualunque esigenza della paziente, fisica, ma soprattutto psicologica. L’analisi della letteratura suggerisce quindi che le linee guida internazionali siano adeguate alle esigenze delle pazienti oncologiche. Si sottolinea l’importanza del supporto telefonico fornito dal Breast Cancer Nurse, ritenuto rapido e accessibile, tanto che alcuni articoli propongono di rendere il servizio disponibile 24 ore su 24 per garantire un aiuto psicologico costante e

di estendere l'accesso al supporto telefonico anche ai familiari dei pazienti.(14,15)

Tra i sostegni forniti dal Breast Cancer Nurse, il supporto psicologico rappresenta uno dei più importanti per le pazienti con neoplasia mammaria. Durante il percorso di malattia, le donne affrontano diversi step, come l'operazione chirurgica e le terapie che comportano la demolizione del fisico, generando disagio sia fisico che psicologico. Il Breast Cancer Nurse si configura come una risorsa fondamentale per alleviare le preoccupazioni e le responsabilità aggiuntive dei pazienti, offrendo un supporto specializzato in qualsiasi fase del decorso della malattia e per qualunque esigenza della paziente.

Nell'ambito del team multidisciplinare, inoltre, il Breast Cancer Nurse funge da ponte tra il team e il paziente, instaurando un rapporto di fiducia reciproca che favorisce la comunicazione e la comprensione. Il Breast Cancer Nurse, grazie a questo rapporto, può quindi indirizzare il paziente verso lo specialista più adatto.

Ulteriori personalizzazioni delle competenze del Breast Cancer Nurse e delle modalità di accesso a tale figura potrebbero essere necessarie in relazione, ad esempio, allo stadio di malattia, al livello socio-economico della paziente e alla vicinanza alle strutture ospedaliere. Si evidenzia, per esempio, la necessità di istruire il Breast Cancer Nurse anche per fornire supporto alle donne con cancro al seno metastatico, considerando che queste richiedono cure e supporto psicologico diversi.(15)

In conclusione, la letteratura disponibile in tale ambito, che abbiamo qui analizzato, è fortemente concorde nell'identificare nel Breast Cancer Nurse la figura di riferimento per la coordinazione del percorso di cura e per garantire l'ottimale sincronia delle figure coinvolte. Nell'ottica di un trattamento multidisciplinare, che metta il paziente al centro del percorso di cura, il Breast

Cancer Nurse è ormai da considerarsi un riferimento imprescindibile sia per i pazienti sia il personale sanitario, per creare una rete funzionale attorno alla singola paziente senologica.

## BIBLIOGRAFIA

1. WHO Classification of Tumours Editorial Board. Breast Tumours WHO Classification of Tumours, 5th Edition. Vol. Volume 2. 2019.
2. AIOM AFAOPP d'Argento, SI. I numeri del cancro in Italia, 2022. 2022.
3. Sun YS, Zhao Z, Yang ZN, Xu F, Lu HJ, Zhu ZY, et al. Risk Factors and Preventions of Breast Cancer. *Int J Biol Sci.* 2017;13(11):1387–97.
4. European Commission. European guidelines on breast cancer screening and diagnosis. 2017.
5. AIOM. Linee guida neoplasie della mammella - 2021. 2021;
6. Maguire GP, Lee EG, Bevington DJ, Kuchemann CS, Crabtree RJ, Cornell CE. Psychiatric problems in the first year after mastectomy. *BMJ.* 1978 Apr 15;1(6118):963–5.
7. EUSOMA. EUSOMA - Breast Center Requirements. 2020.
8. Case Management Society of America. Standards of Practice for Case Management. 2010.
9. Eley RM, Rogers-Clark C, Murray K. The value of a breast care nurse in supporting rural and remote cancer patients in Queensland. *Cancer Nurs.* 2008;31(6):E10-8.
10. Admi H, Zohar H, Rudner Y. “Lighthouse in the dark”: a qualitative study of the role of breast care nurse specialists in Israel. *Nurs Health Sci.* 2011 Dec;13(4):507–13.
11. Liebert B, Parle M, Roberts C, Redman S, Carrick S, Gallagher J, et al. An evidence-based specialist breast nurse role in practice: a multicentre implementation study. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2003 Mar;12(1):91–7.
12. Szwajcer A, Hannan R, Donoghue J, Mitten-Lewis S. Evaluating key dimensions of the breast care nurse role in Australia. *Cancer Nurs.* 2004;27(1):79–84.
13. Campbell D, Khan A, Rankin N, Williams P, Redman S. Are specialist breast nurses available to Australian women with breast cancer? *Cancer Nurs.* 2006;29(1):43–8.
14. Ahern T, Gardner A, Courtney M. Exploring patient support by breast care nurses and geographical residence as moderators of the unmet needs and self-efficacy of Australian women with breast cancer: Results from a cross-sectional, nationwide survey. *Eur J Oncol Nurs.* 2016 Aug;23:72–80.
15. Smith AL, Boyle F, Lewis S. Potential inequities in availability of care from breast care nurses: a qualitative study reporting the experiences and perspectives of women with metastatic breast cancer in Australia. *BMC Health Serv Res.* 2022 Jul 22;22(1):942.
16. Bidstrup PE, Johansen C, Kroman N, Belmonte F, Duriaud H, Dalton SO, et al. Effect of a Nurse Navigation Intervention on Mental Symptoms in Patients With Psychological Vulnerability and Breast Cancer: The REBECCA Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open.* 2023 Jun 1;6(6):e2319591.



## ALLEGATI

### Allegato 1

*(The value of a breast care nurse in supporting rural and remote cancer patients in Queensland. (Eley R. M. 2008) (1))*

*Commenti sulle Breast Cancer Nurse che sono stati raccolti dalle pazienti in merito al loro ruolo di supporto:*

- *“Non ce l'avrei fatta senza il Breast Cancer Nurse. Metto gran parte del mio benessere nel suo aiuto.”*
- *“L'accesso e la disponibilità del Breast Cancer Nurse erano un tema comune.”*
- *“Era più disponibile del dottore a causa del suo ruolo.”*
- *“È ancora disponibile dopo diciotto mesi.”*

*Le donne che vivevano in aree remote apprezzavano particolarmente il contatto.*

- *“[Breast Cancer Nurse] è davvero importante: significa che non sei isolato, hai un'ancora di salvezza.”*
- *“Il Breast Cancer Nurse mi stava aspettando, il che ha fatto una grande differenza perché la mia famiglia non poteva essere con me.”*
- *“[Il contatto è stato prezioso] soprattutto per mio marito, non c'era molto per lui.”*
- *“Il supporto emotivo è stato molto importante.”*
- *“Sarei morto senza di lei, letteralmente. Mi sono completamente schiantato e sono andato a pezzi.”*
- *“Ti senti un po' solo e avere il sostegno [della Breast Cancer Nurse] ti dà forza e coraggio. Qualcuno capisce. A qualcuno importava se vivevi o morivi all'interno di un sistema.”*
- *“È stato riconosciuto il sostegno non solo al paziente ma anche al resto della famiglia.”*
- *“Mio marito ed io non avremmo potuto superare tutto questo senza di lei.”*
- *“Ha suonato in vivavoce e ha parlato con tutta la famiglia.”*

- *“Non so come se la sarebbe cavata la mia famiglia senza di lei.”*
- *“Le informazioni e i consigli offerti dalla Breast Cancer Nurse sono stati accolti favorevolmente.”*
- *“Così tante domande piccole e grandi: posso sempre chiamarla.”*
- *“Meno male che qualcuno me lo ha spiegato: gli aborigeni non capiscono queste cose, sono stati molto bravi con me.”*
- *“La continuità del sostegno è stata identificata come una questione importante.”*
- *“Lei ti conosce già e capisce la tua condizione: sono passati 12 mesi ma le ho telefonato per qualcosa proprio la settimana scorsa.”*
- *“Il valore del sostegno offerto dalla Breast Cancer Nurse è forse meglio riassunto dalla seguente dichiarazione.”*
- *“Il Breast Cancer Nurse è stato assolutamente meraviglioso. Spero e prego che non li eliminino mai. Ce n'è davvero bisogno. L'uno contro uno è eccellente.”*

## **Allegato 2**

*"Lighthouse in the dark": a qualitative study of the role of breast care nurse specialists in Israel. (Admi H. 2011) (2)*

*Estratti di lettere inviate al Breast Care Nurse per ringraziarle del loro supporto.*

*“Senza che te lo dicessi, hai capito lo stress e la grande difficoltà della mia situazione.”*

*“Il tuo buon cuore, la luce nei tuoi occhi e la generosità espressa nelle tue braccia che mi abbracciavano mi hanno accompagnato durante settimane difficili.”*

*“Con questa orribile malattia, quando la paura colpisce da tutte le direzioni, non c'è niente di più importante che avere una mano confortante e incoraggiante, e tu mi hai dato tutte queste cose, e continui a farlo.”*

*“Eri disponibile, paziente, congeniale e solidale in ogni ora in cui mi sono rivolto a te.”*

*“C'è un processo in più fasi e tu lo hai attraversato con me, passo dopo passo, istruendo ciò che è rilevante, senza sovraccarico. In un mare di informazioni e di incertezza sei per me, e per molte altre donne, un'ancora, un'isola di stabilità.”*

*“Ero terribilmente spaventato e mi hai preso con mani fiduciose. Altri hanno scritto che ha instillato una sensazione di controllo della situazione e ha fatto luce sull'oscurità in cui erano sepolti.”*

*“Ogni volta che era con me mi dava la sensazione di essere l'unico al mondo.”*