

# MEDICINA DI GENERE

*La presa in carico del/della paziente  
con Ca mammario o mutazione brca*

***Giovanna Iula***  
***Infermiere coordinatore***  
***Breast Unit ASST Settelaghi***



# Perché parlare di medicina di genere?

Medicina genere-specifica ovvero una medicina a misura di uomo e di donna.

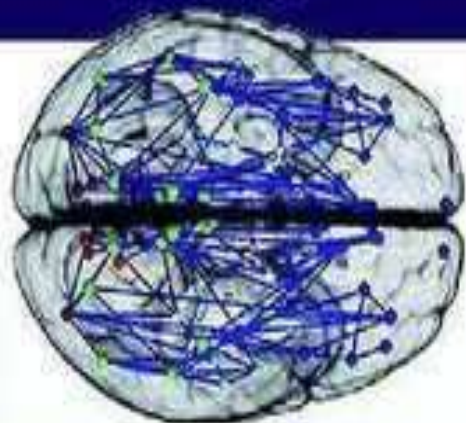
La medicina negli ultimi 50 anni ha considerato e studiato i pazienti indipendentemente dal genere e dalle caratteristiche socio-culturali e ambientali. Un esempio sono i trials, ovvero gli studi clinici sperimentali composti principalmente da campioni di popolazione maschile.

La conseguenza è una ridotta personalizzazione delle cure e una loro standardizzazione misurata sul soggetto maschile e senza tener conto di variabili come il genere, lo status sociale, l'istruzione, la cultura, l'educazione, ecc

Lo stesso approccio al sistema sanitario è per così dire "neutrale" rispetto al genere.

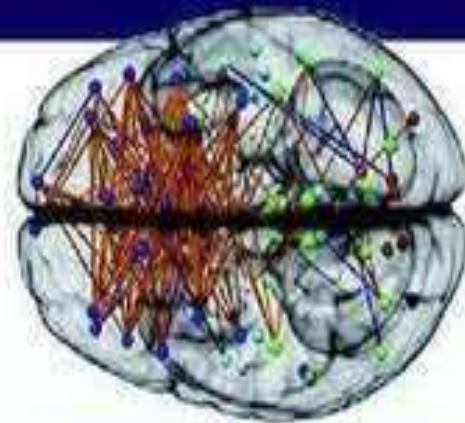
È tuttavia risaputo che le diseguaglianze nella salute sono strettamente correlate ad altre diseguaglianze ed è quindi fondamentale studiarle per capire come esse influenzano le condizioni di salute di uomini e donne.

## LE DIFFERENZE



### CERVELLO DELL'UOMO

La maggior parte delle connessioni si sviluppano tra la parte anteriore e la parte posteriore dello stesso emisfero del cervello. Questo si traduce in miglior capacità spaziali e motorie di controllo negli uomini



### CERVELLO DELLA DONNA

Le connessioni neurali si sviluppano da un lato all'altro degli emisferi del cervello. Gli scienziati dicono che questo potrebbe spiegare le migliori competenze femminili per quanto riguarda la capacità verbale e quella intuitiva

L' Almanacco delle scienze del CNR, nel numero di marzo 2016 riporta un articolo sulle differenze tra il cervello dei maschi e quello delle femmine.

Elisabetta Menna, dell'Istituto di neuroscienze del CNR, riassume così lo status delle ricerche: "Di differenze ve ne sono a livello sia strutturale sia funzionale. In generale gli uomini hanno più neuroni (materia grigia) e le donne hanno maggiori connessioni (materia bianca)".

**"le donne sono intuitive e multitasking, gli uomini logici e razionali"**

# E' CORRETTO IL TERMINE

## «SENO»?

Nel linguaggio comune, questo termine viene spesso usato in riferimento all'organo stesso.

Va però precisato che tale termine, in riferimento alla mammella femminile, risulta essere errato, poiché il termine indica una concavità (come si può intuire da espressioni come in seno a, oppure insenatura, le quali indicano entrambe qualcosa che sta dentro, all'interno); il lemma deriva infatti dal latino sinus, -us cioè sinuosità, in particolare la sinuosità concava formata dalle pieghe di una veste.

Dizionario lingua italiana:

In anatomia, il solco mediano verticale corrispondente alla regione sternale, che, nel petto muliebre, è compreso tra le due mammelle

In varie determinazioni, variamente riconducibili al sign. di 'concavità', 'spazio o superficie o parte interna': nel s. della terra, delle montagne; part., piega o concavità formata da un'incurvatura della veste.

"il s. della toga"

In anatomia, infossamento di un organo molle o di una struttura ossea: s. frontale; dilatazione di un canale o di un vaso.

"s. arterioso"

In geografia, tratto di mare di non grande estensione tra due terre emerse unite, insenatura

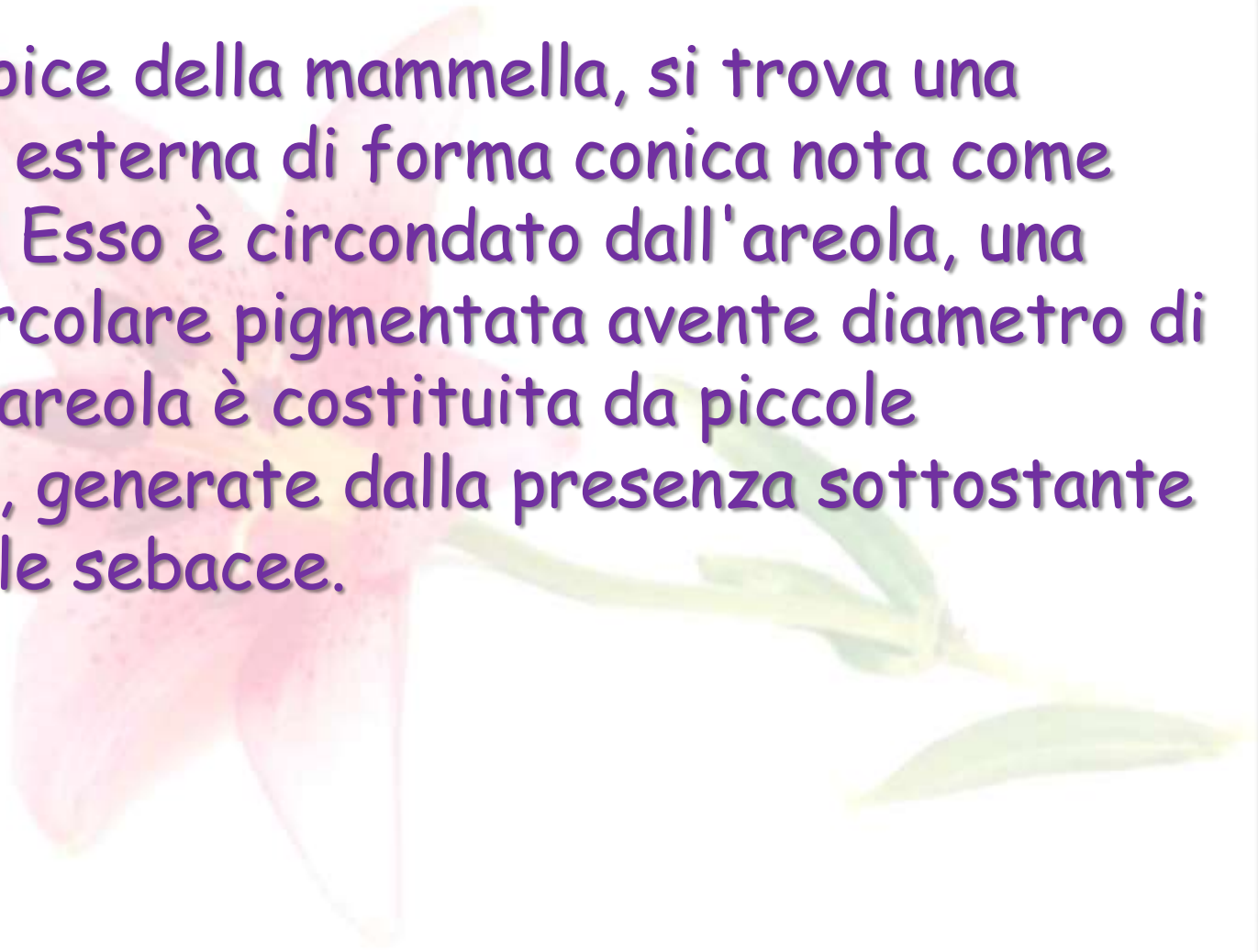
# Differenze mammarie femmina-maschio

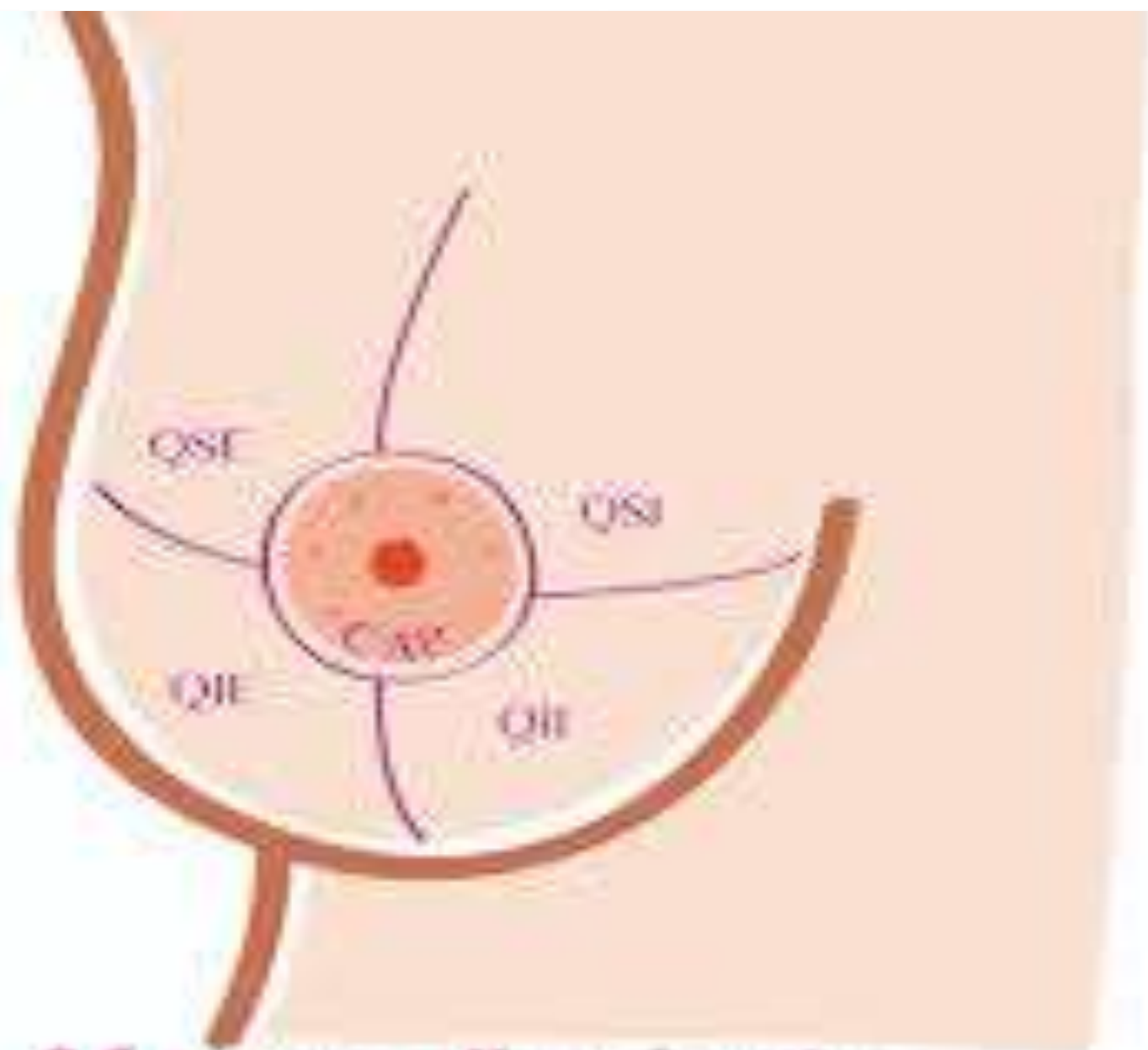
La mammella femminile può essere idealmente suddivisa in quattro quadranti, costituiti da due linee perpendicolari che si intersecano presso il capezzolo. Più nel dettaglio, il tessuto mammario è composto da:

- una componente ghiandolare, (15-20 lobi, ognuno dei quali ha uno sbocco verso il capezzolo attraverso un dotto galattoforo;
- una componente di tessuto adiposo, in cui sono concretamente inserite ed immerse le strutture ghiandolari;
- una componente fibrosa di sostegno, che genera suddivisioni tra le diverse appendici ghiandolari



Presso l'apice della mammella, si trova una sporgenza esterna di forma conica nota come capezzolo. Esso è circondato dall'areola, una regione circolare pigmentata avente diametro di 3-5 cm. L'areola è costituita da piccole sporgenze, generate dalla presenza sottostante di ghiandole sebacee.





**Mammella destra**



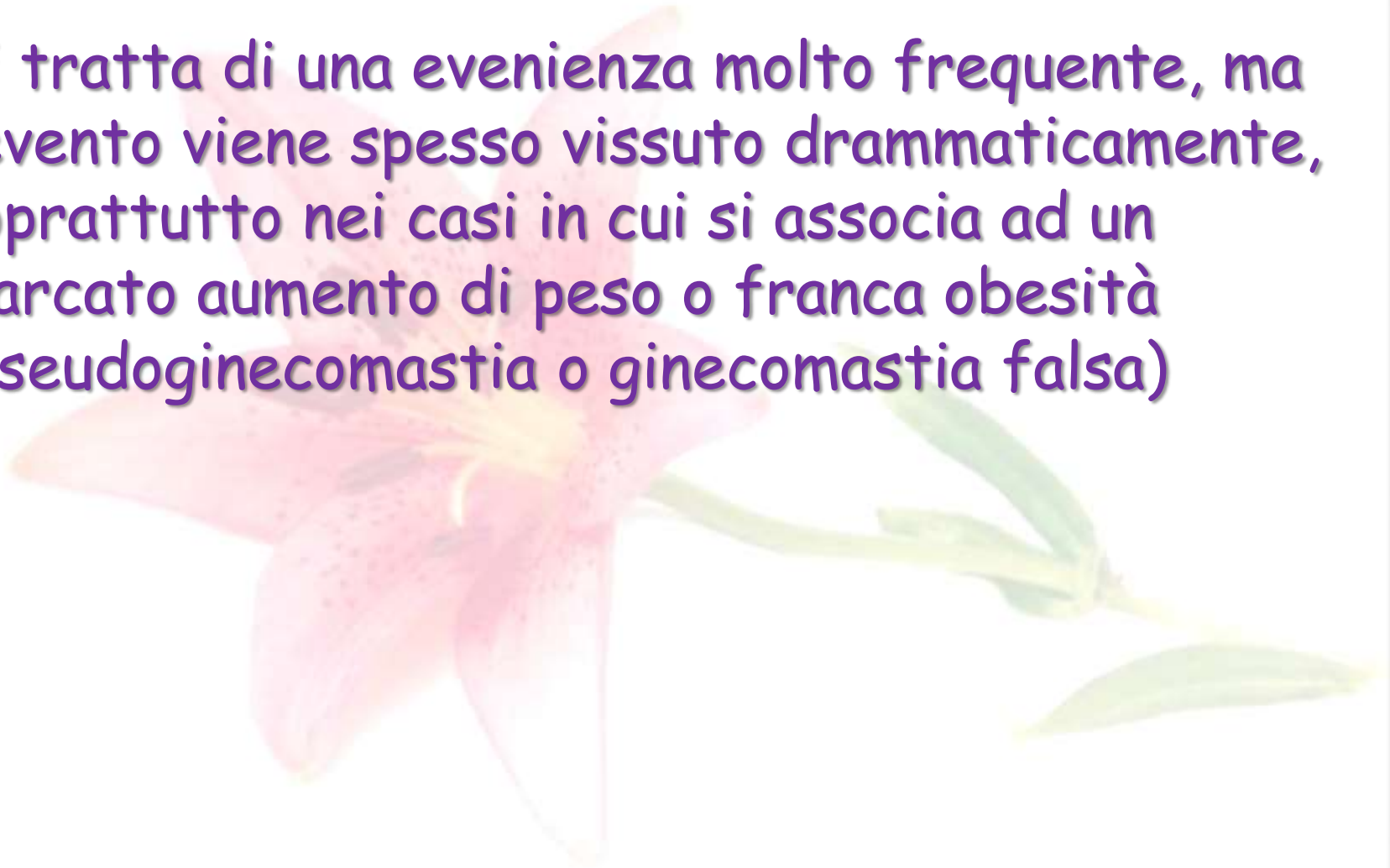
Le mammelle divengono più turgide durante il periodo mestruale e durante la fase di eccitamento sessuale.

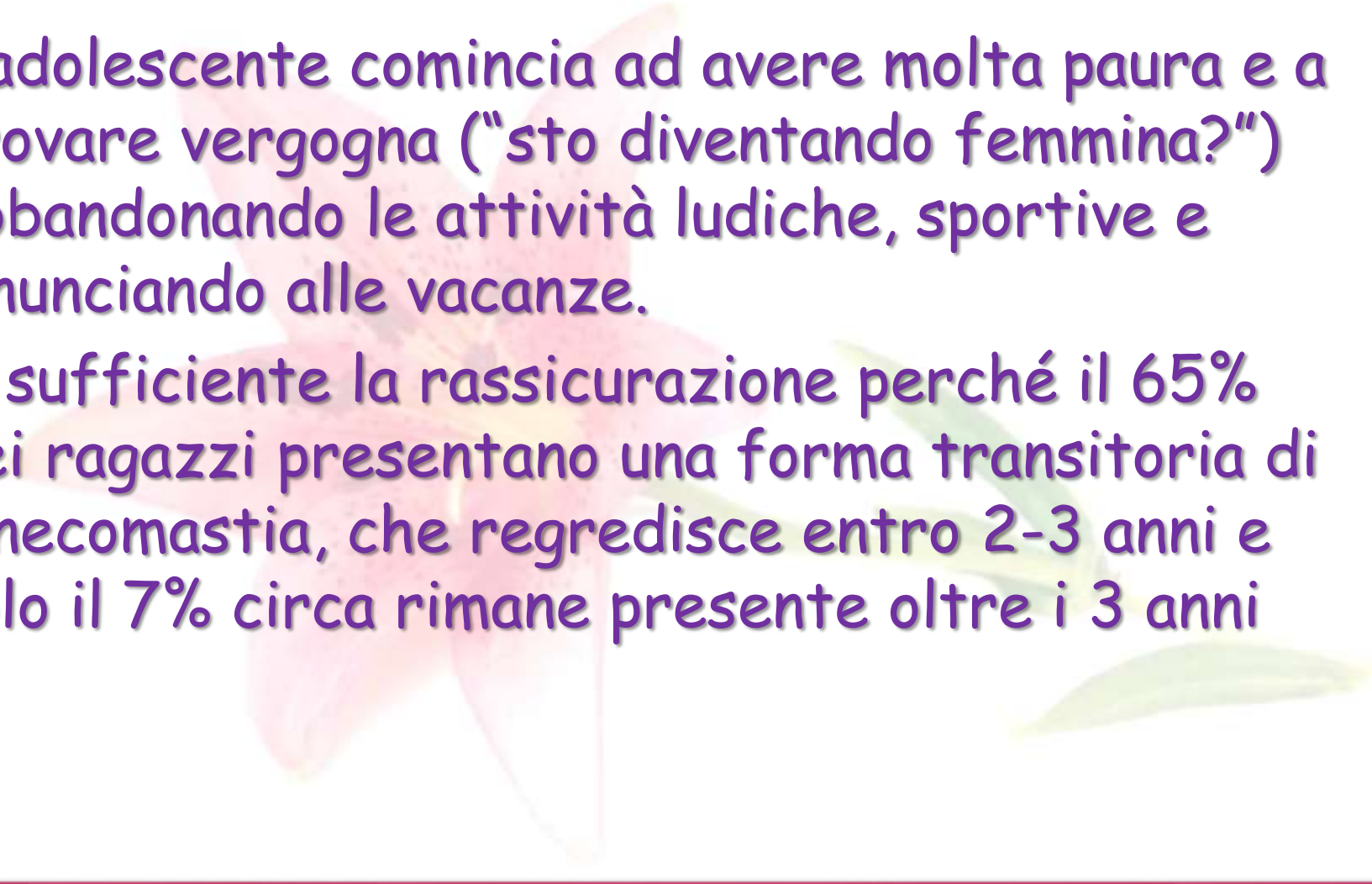
L'invecchiamento porta invece ad un progressivo calo di volume della mammella che diventa anche ptosica.

Aumenta la componente adiposa a discapito di quella ghiandolare

Nel maschio la mammella è costituita da un piccolo rilievo, con una piccola areola ed un piccolo capezzolo (Silloide). La struttura ghiandolare sottostante, è composta da un numero ridotto di strutture alveolari prive di lume. Esistono dotti lattiferi, ma sono brevi e privi di vere e proprie ramificazioni. Durante l'adolescenza, in ogni caso, può esserci un aumento anche delle dimensioni della mammella maschile (ginecomastia puberale). Tale aumento, in realtà, è seguito solitamente da una regressione in un tempo breve (uno-due anni).

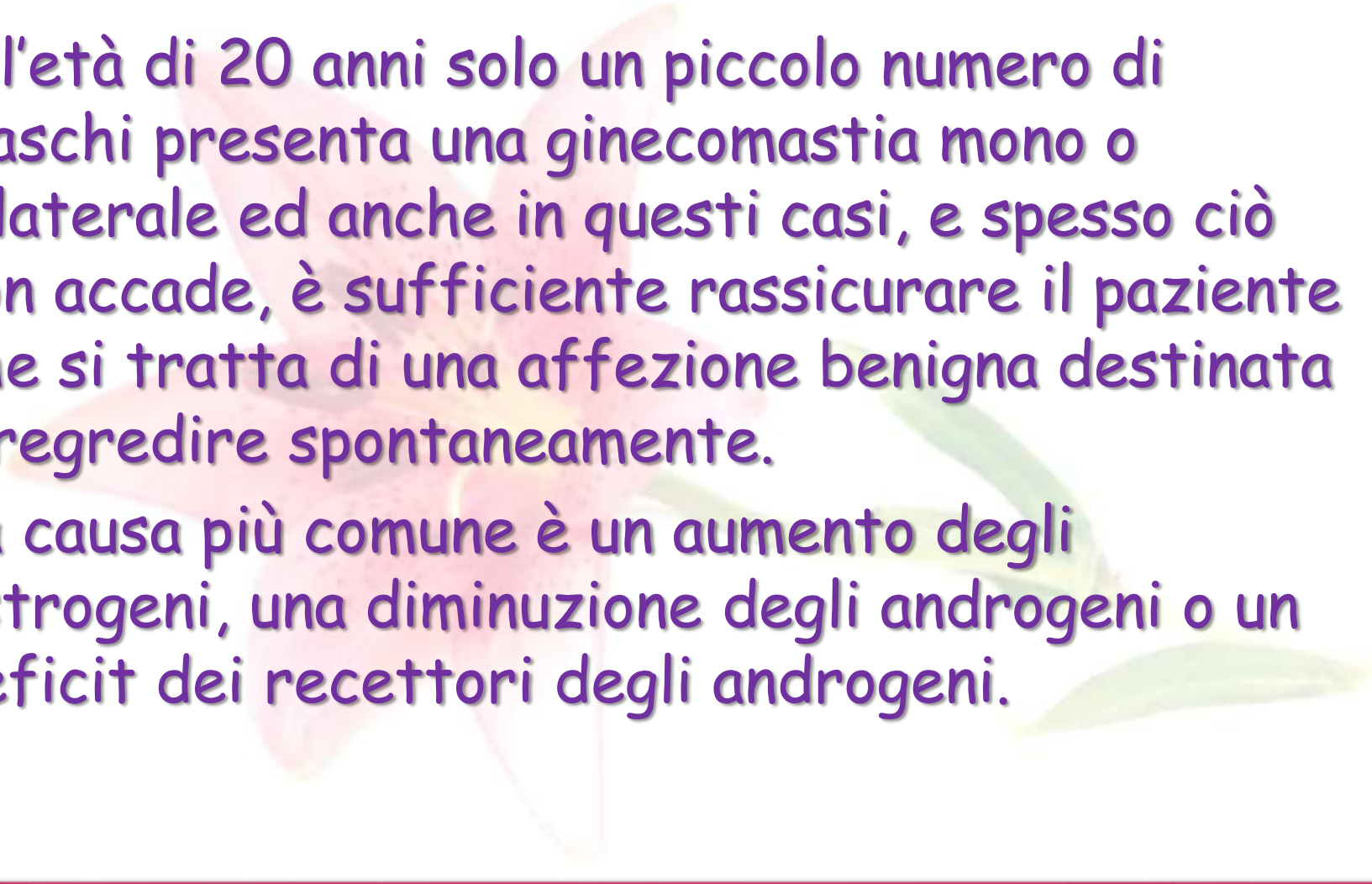
Si tratta di una evenienza molto frequente, ma l'evento viene spesso vissuto drammaticamente, soprattutto nei casi in cui si associa ad un marcato aumento di peso o franca obesità (pseudoginecomastia o ginecomastia falsa)





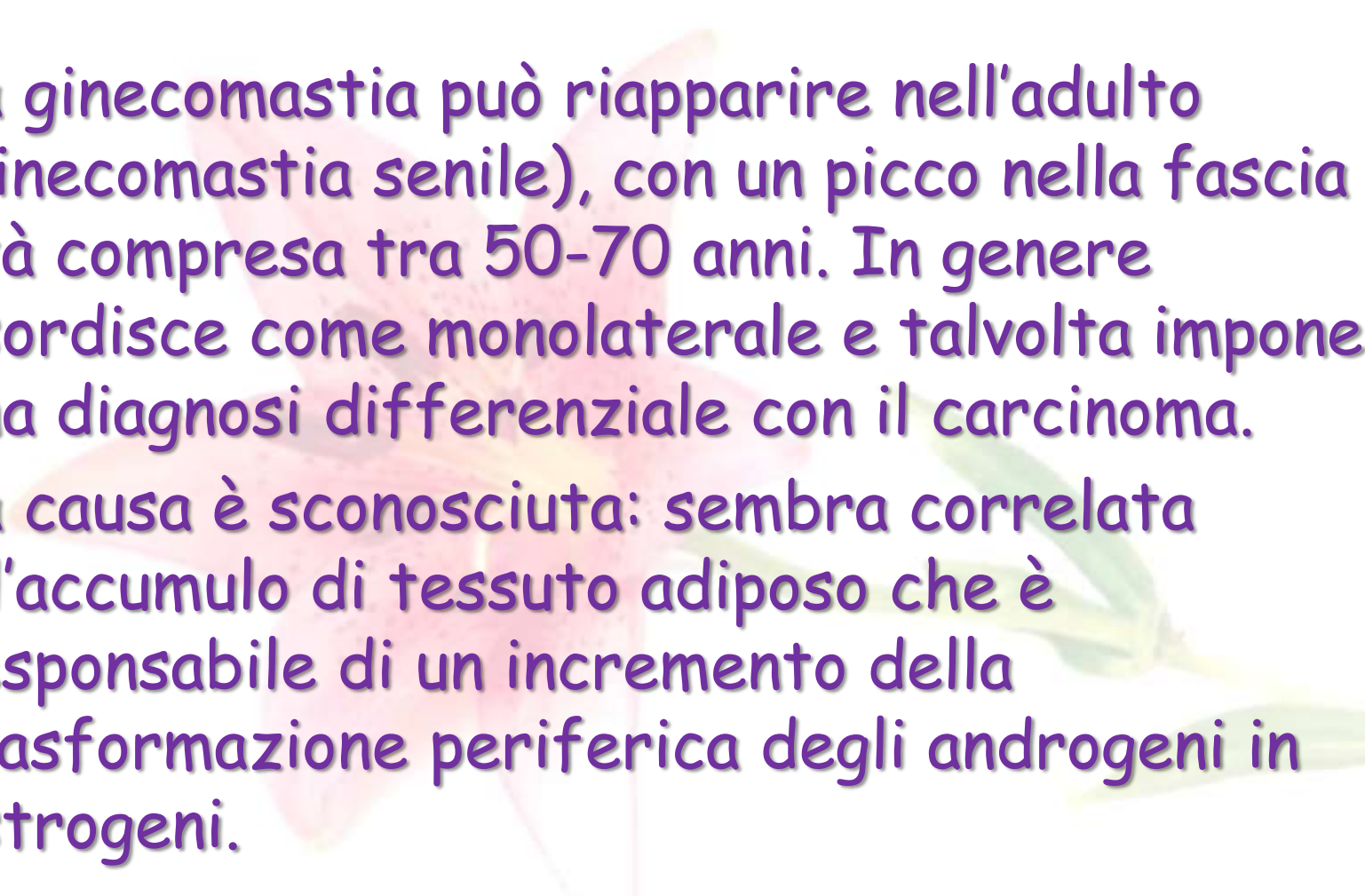
L'adolescente comincia ad avere molta paura e a provare vergogna ("sto diventando femmina?") abbandonando le attività ludiche, sportive e rinunciando alle vacanze.

E' sufficiente la rassicurazione perché il 65% dei ragazzi presentano una forma transitoria di ginecomastia, che regredisce entro 2-3 anni e solo il 7% circa rimane presente oltre i 3 anni



All'età di 20 anni solo un piccolo numero di maschi presenta una ginecomastia mono o bilaterale ed anche in questi casi, e spesso ciò non accade, è sufficiente rassicurare il paziente che si tratta di una affezione benigna destinata a regredire spontaneamente.

La causa più comune è un aumento degli estrogeni, una diminuzione degli androgeni o un deficit dei recettori degli androgeni.



La ginecomastia può riapparire nell'adulto (ginecomastia senile), con un picco nella fascia di età compresa tra 50-70 anni. In genere esordisce come monolaterale e talvolta impone una diagnosi differenziale con il carcinoma.

La causa è sconosciuta: sembra correlata all'accumulo di tessuto adiposo che è responsabile di un incremento della trasformazione periferica degli androgeni in estrogeni.



# GINECOMASTIA SECONDARIA

Sindrome di Klinefelter, cirrosi epatica, diabete mellito, tumori del testicolo, surrenalici e broncogeni, glomerulonefrite cronica, iper e ipotiroidismo, ipogonadismo primitivo e secondario, diabete mellito, e anche numerosi farmaci : androgeni, estrogeni, spironolattone, digitale, cimetidina, anabolizzanti, reserpina, clorpromazina, gonadotropine corioniche, eroina ed altri ancora.

Tra le patologie che colpiscono la mammella figurano patologie genetiche e patologie legate allo sviluppo.

Tra le patologie genetiche figurano la politelia (più capezzoli) o la polimastia (più ghiandole mammarie).

Tra le patologie legate allo sviluppo, si può verificare nei maschi uno sviluppo volumetrico mono o bilaterale, detto ginecomastia.



Normale



Ginecomastia

La mammella femminile, invece, nel corso dello sviluppo può andare incontro ad un numero maggiore di anomalie, tra cui:

il mancato sviluppo nel periodo della pubertà, solitamente legato a casi di agenesia delle ovaie o di deficienza ovarica;

l'ingrossamento prematuro dell'organo, spesso correlato ad una sindrome di pubertà precoce;

l'ipertrofia dell'organo (detta anche macromastia)

Possono anche verificarsi casi in cui una o entrambe le mammelle mancano.

# PUBERTA' E DIMORFISMO



Simbolo femminile. Rappresenta anche il pianeta Venere, ed è il simbolo chimico del Rame.

L'inizio dello sviluppo puberale nella femmina avviene con la comparsa del bottone mammario (telarca), da non confondere con l'apparente aumento della ghiandola dato dalla presenza di tessuto adiposo o adipomastia, presente nel soggetto obeso. Nel 15% dei casi il telarca può essere preceduto dalla comparsa di peluria pubica e/o ascellare (pubarca e/o ircarca), eventi che singolarmente non definiscono un vero avvio dello sviluppo puberale.

L'età media di comparsa del bottone mammario nella popolazione caucasica è intorno ai 10,5 anni, con un intervallo fisiologico che va dagli 8 ai 12 anni, anche in funzione dell'etnia della bambina. Il picco di velocità di crescita si raggiunge dopo 1-1,5 anni dalla comparsa del bottone presente bilateralmente, mentre il primo ciclo mestruale o menarca si manifesta mediamente 2-2,5 anni dopo la comparsa del bottone mammario. L'inizio dello sviluppo puberale può essere influenzato da molteplici fattori, quali la genetica (es. età di sviluppo nei genitori), il sovrappeso, lo stato di salute e ulteriori fattori ambientali

Il telarca è una condizione normale quando avviene intorno ai 10 anni (sempre più frequentemente però avviene anche intorno agli 8-9 anni), quando invece è antecedente a questo periodo si può parlare di Telarca prematuro



# PUBERTÀ PRECOCE

L'importanza delle scelte alimentari

Che le scelte alimentari siano importanti lo conferma uno studio pubblicato dalla Harvard Medical School, condotto su oltre 5500 ragazzine dai 9 ai 14 anni, secondo cui esagerare con le bevande zuccherate anticipa di qualche mese l'ingresso nella pubertà.

Mentre sempre più dati indicano che anche stress e conflitti familiari possono accelerare la maturazione sessuale: la mancanza di un padre in casa, ad esempio, sarebbe associata al raddoppio della probabilità di menarca prematuro.

## SOSTANZE CHIMICHE CHE POSSONO ESSERE IN RELAZIONE CON MENARCA PRECOCE

(DISTRUTTORI O INTERFERENTI ORMONALI)

**BPA (Bisfenolo A)** è un petrolchimico che agisce come estrogeno sintetico ed è presente in molti materiali plastici

**Ftalati** presenti nel PVC delle pellicole alimentari, nei detersivi, nei giocattoli, in prodotti di bellezza, smalti, spray, shampoo, deodoranti profumi, tende doccia.

**PCB e DDE** prodotti di degradazione del DDT.

**Acido Perfluorooctanico** contenuto nelle pentole antiaderenti

**Parabeni** contenuti nei prodotti per l'igiene e nei detersivi



# PRINCIPALI CONSEGUENZE DEI DISTRUTTORI ENDOCRINI

**neonato**

basso peso alla nascita  
ipospadia, criptorchidismo, disgenesia  
testicolare

**infanzia e  
pubertà**

telarca precoce, ginecomastia, pubertà precoce  
ritardo puberale  
disgenesia tiroidea, distiroidismo periferico  
disordini comportamentali, alterazioni cognitive

**adulto**

riduzione della carica spermatica  
incremento del tumore del testicolo, del cancro  
prostatico, del leiomioma uterino, del cancro  
mammario

## COME EVITARE GLI INTERFERENTI ENDOCRINI?

Acquistare e consumare prodotti biologici, comprese le carni o i prodotti caseari, per ridurre l'esposizione a ormoni aggiunti, ai pesticidi e ai fertilizzanti).

Evitare cibi trasformati e preconfezionati (importante fonte di ftalati e BPA)

Conservare i cibi nel vetro e non nella plastica e utilizzate pellicole senza PVC.

Per neonati utilizzo biberon in vetro e bicchieri BPA-free, giocattoli, ciucci e tutto ciò che il bimbo porta alla bocca devono essere privi di PVC.

Usare solo prodotti naturali per l'igiene e per la pulizia della casa e usare tende doccia in tessuto.

Se si utilizzano padelle antiaderenti sceglierle di buona qualità e sostituirle quando presentano anche piccoli segni di usura.

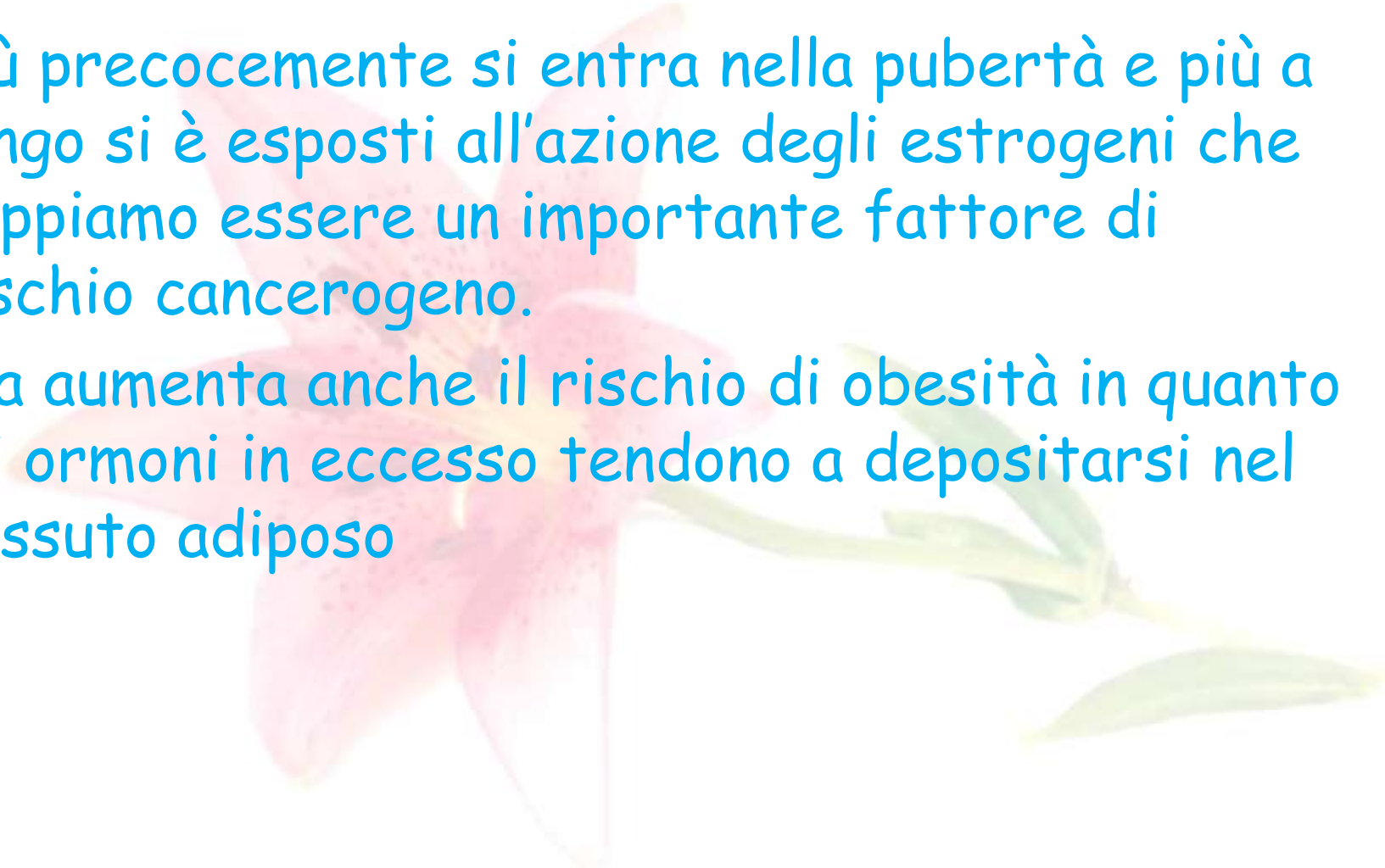
Le ragazze che vivono vicino all'equatore entrano in pubertà più tardi rispetto a quelle che vivono nelle regioni settentrionali.

Questo suggerisce un chiaro collegamento con i livelli di vitamina D.

Infatti gli studi indicano come le ragazze che presentano bassi livelli di questa sostanza si affacciano alla pubertà più precocemente.

Quindi è bene evitare di tenere i bambini totalmente lontani dal sole o completamente schermati con creme solari chimiche ad alta protezione





Più precocemente si entra nella pubertà e più a lungo si è esposti all'azione degli estrogeni che sappiamo essere un importante fattore di rischio cancerogeno.

Ma aumenta anche il rischio di obesità in quanto gli ormoni in eccesso tendono a depositarsi nel tessuto adiposo

## CHE COS'È LA MALFORMAZIONE DELLA MAMMELLA?

Le malformazioni della mammella sono deformità che si evidenziano nell'età della pubertà e individuano alterazioni del volume e della forma della mammella o di entrambe contestualmente.

Si passa dalle forme più gravi quale l'assenza di sviluppo della mammella con aplasia o grave ipoplasia della mammella e dei muscoli pettorali (S. di Poland) o deformità molto spiccate della forma come nel caso della mammella tuberosa.

Le forme minori includono asimmetrie dei corpi mammari, oppure alterazioni più o meno spiccate della forma fino alla semplice ipoplasia, più o meno spiccata delle mammelle conservando comunque una adeguata funzionalità e una complessiva morfologia normale. Esistono altresì alterazioni congenite del complesso areola-capezzolo che, al di là della variabilità morfologica esistente nella popolazione, può arrivare alla completa retrazione del capezzolo, individuando in tale caso anche una completa impossibilità all'allattamento, oltre a creare un importante inestetismo mammario.

La malformazione può interessare un solo corpo mammario o entrambi; in tal caso entrambe le mammelle presentano alterazioni morfologiche differenti con conseguente anomalia differente nei due lati del corpo.

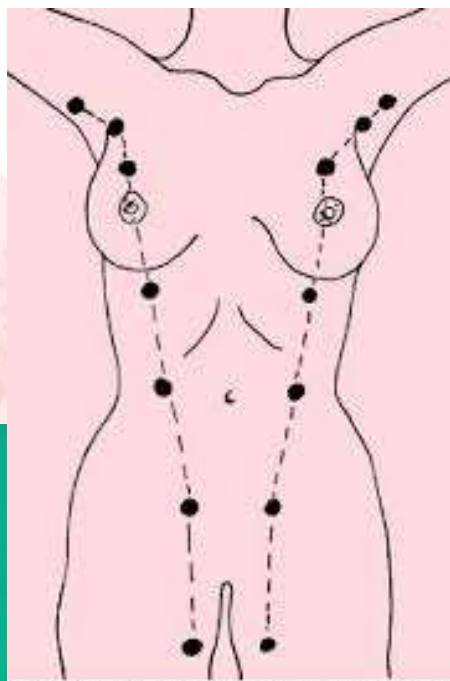
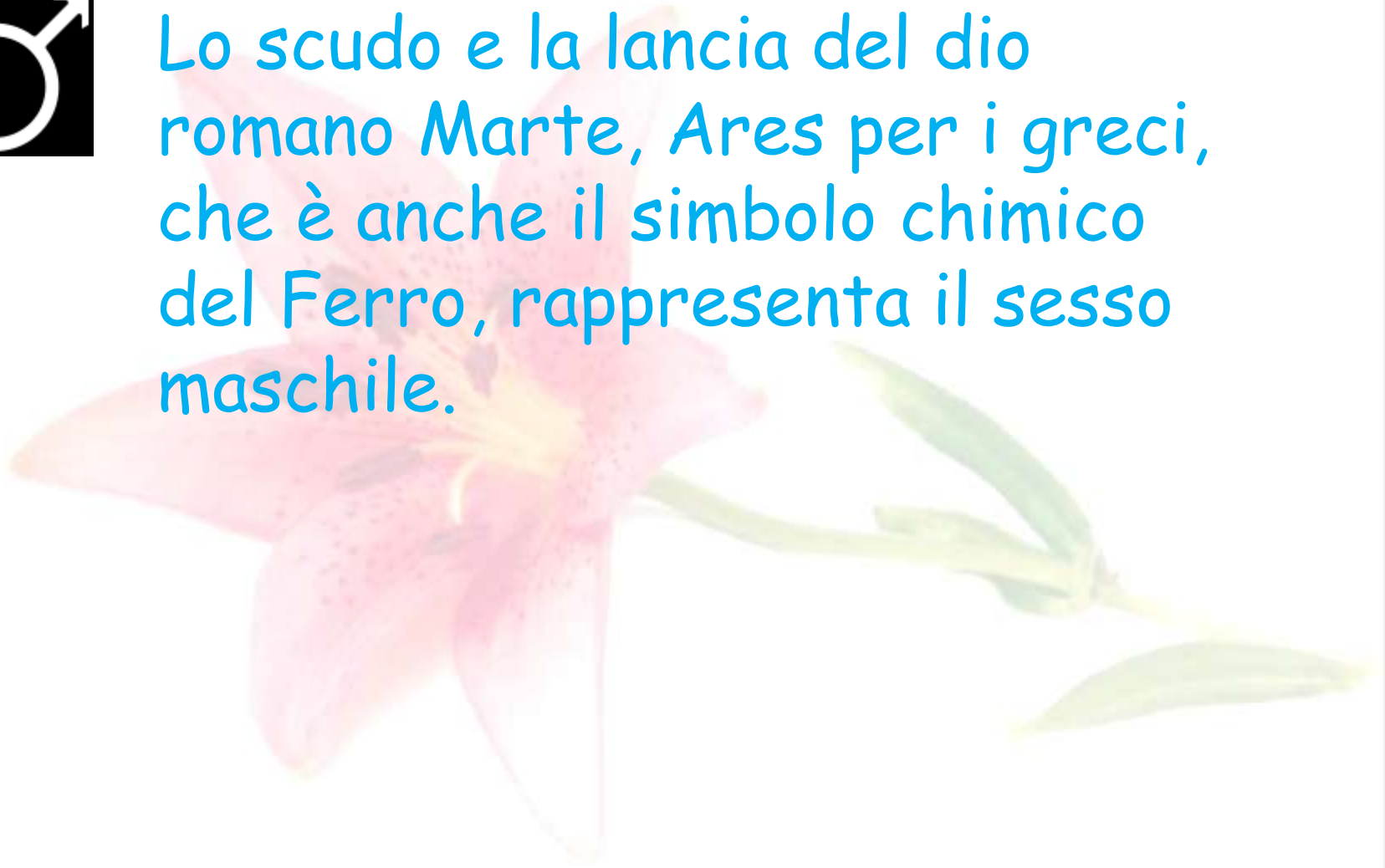


Fig. 1 - Linea mammaria e localizzazioni più frequenti di maxillare e mandibolari contemporanei.





Lo scudo e la lancia del dio romano Marte, Ares per i greci, che è anche il simbolo chimico del Ferro, rappresenta il sesso maschile.

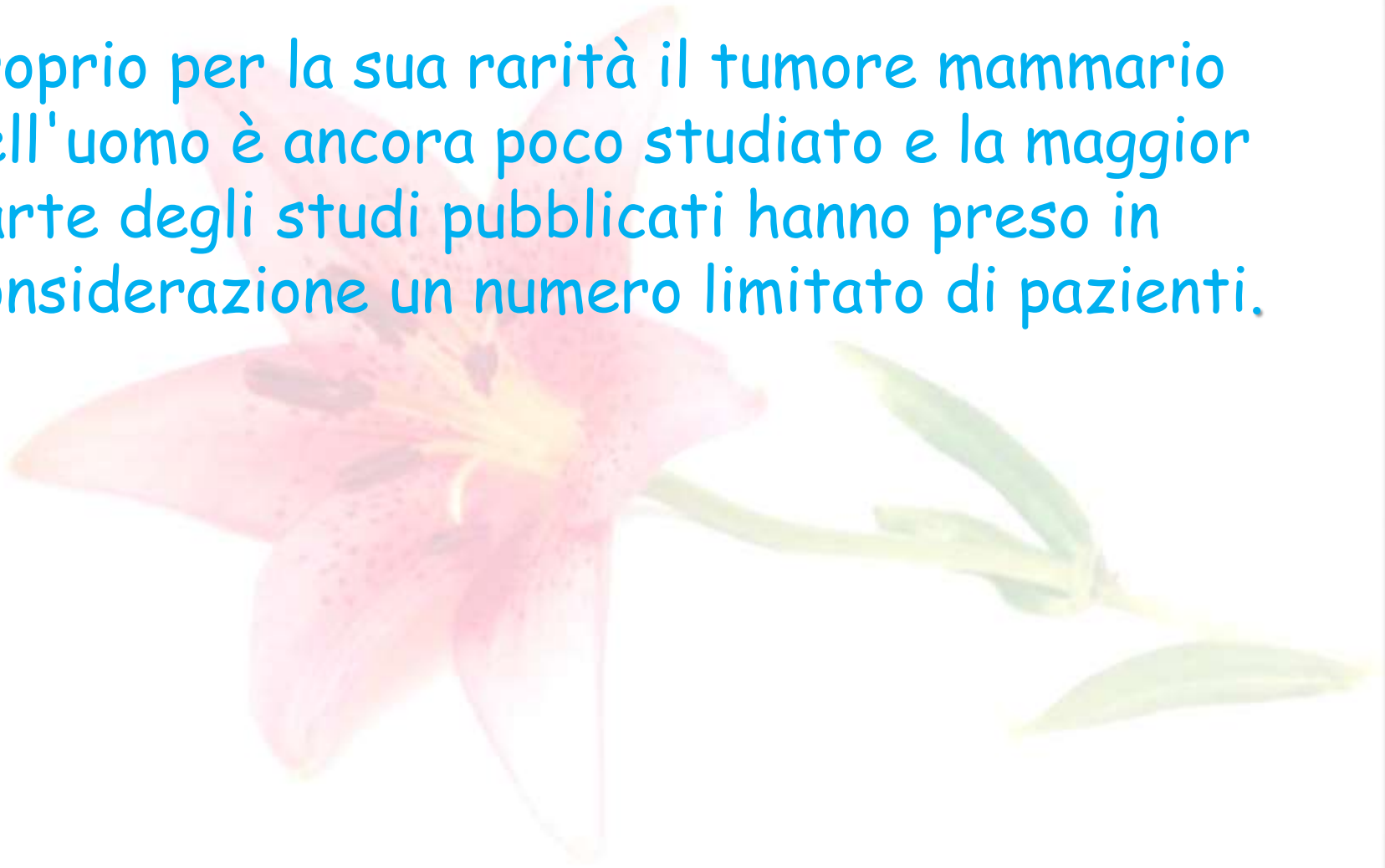


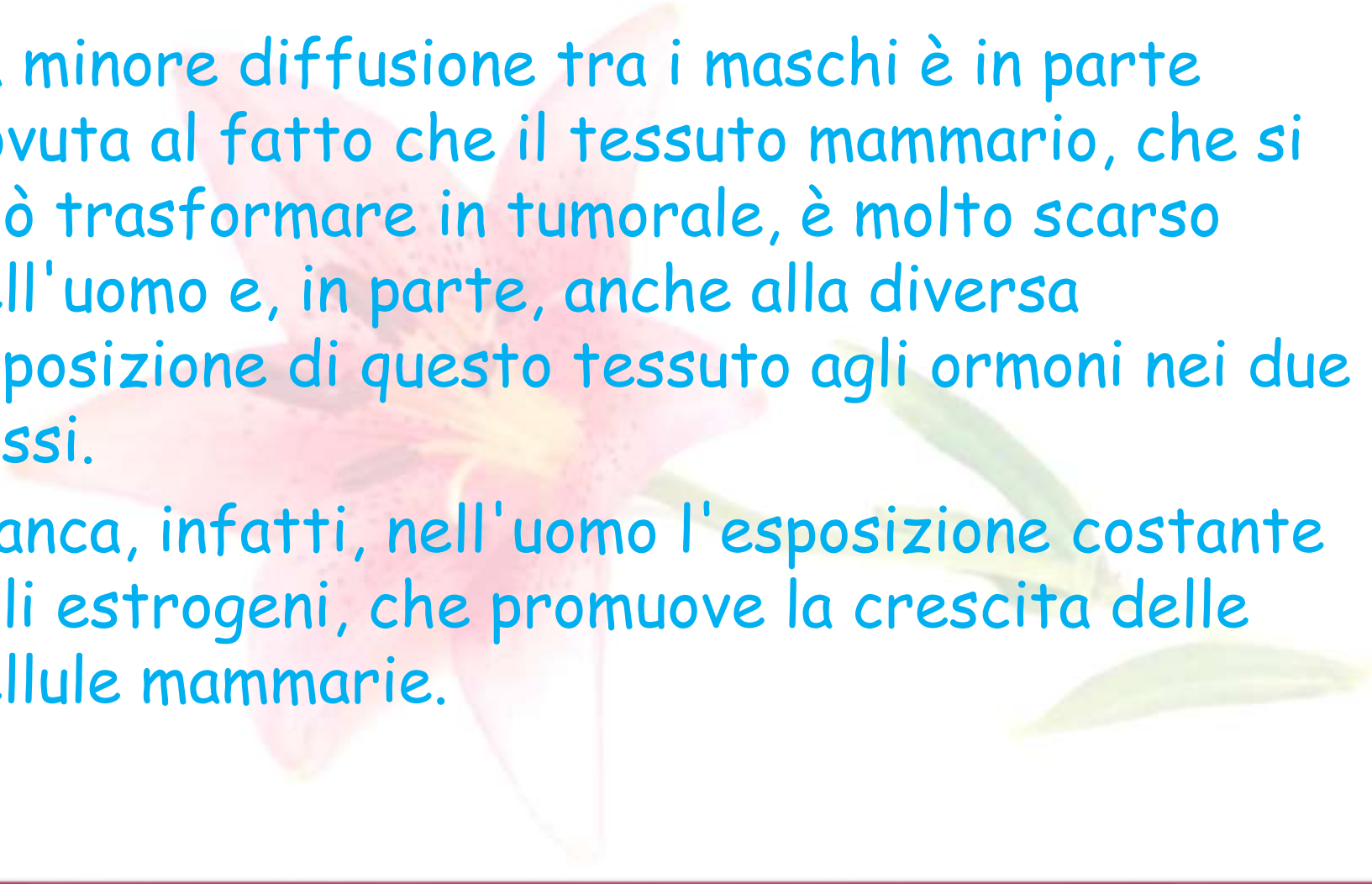
# TUMORE DELLA MAMMELLA NELL'UOMO

Il carcinoma della mammella maschile rappresenta lo 0.5-1 per cento di tutti i tumori della mammella. Si stima che in Italia interessi un uomo ogni 620 circa. L'incidenza sta tuttavia lievemente aumentando come per la donna e si estende alla fascia di età sotto i 45 anni, anche se l'età più a rischio resta quella tra i 60 e i 70 anni. Per l'Italia, nel 2017, il Registro nazionale tumori ha stimato circa 500 nuovi casi di tumore maschile della mammella (contro gli oltre 50.000 delle donne)



Proprio per la sua rarità il tumore mammario nell'uomo è ancora poco studiato e la maggior parte degli studi pubblicati hanno preso in considerazione un numero limitato di pazienti.





La minore diffusione tra i maschi è in parte dovuta al fatto che il tessuto mammario, che si può trasformare in tumorale, è molto scarso nell'uomo e, in parte, anche alla diversa esposizione di questo tessuto agli ormoni nei due sessi.

Manca, infatti, nell'uomo l'esposizione costante agli estrogeni, che promuove la crescita delle cellule mammarie.

# DIAGNOSI TARDIVA

A differenza di quanto accade per le donne, l'assenza di un programma di screening e la scarsa consapevolezza del problema da parte del sesso maschile contribuiscono a far sì che la diagnosi del tumore mammario nell'uomo avvenga in una fase avanzata rispetto al carcinoma femminile. Tuttavia la prognosi e la sopravvivenza a parità di stadio sono sovrapponibili al tumore mammario nella donna



E' molto importante che anche l'uomo non sottovaluti alcuni sintomi.

Proprio per la scarsità di tessuto mammario, il tumore si presenta frequentemente come un nodulo indolore dietro l'areola.

Oppure può comparire una retrazione del capezzolo o un'ulcerazione dello stesso con la secrezione di sangue.

Ma bisogna essere attenti anche ad un eventuale ingrossamento dei linfonodi dell'ascella"

# FATTORI DI RISCHIO

Mutazioni dei geni BRCA1 e BRCA2.

Quelli genetici sono i maggiori fattori di rischio per il cancro mammario maschile.

Circa il 10% delle neoplasie mammarie nell'uomo è correlato alla presenza di mutazioni dei geni BRCA1 e BRCA2.

Pertanto per gli uomini sani con parenti femminili colpite da tumore mammario o ovarico, portatrici della mutazione dei geni BRCA1 e BRCA2 è indicato sottoporsi allo screening genetico per verificare la presenza della mutazione ed esami periodici



Maggiore produzione di ormoni femminili.

Altro fattore di rischio è l'alterazione del metabolismo ormonale, (rapporto tra estrogeni e testosterone) che si può verificare in alcune patologie.

La stessa obesità può favorire infatti un'alterazione ormonale in quanto nel tessuto adiposo possono essere prodotti i precursori degli ormoni estrogeni.

Età e cure radioterapiche.

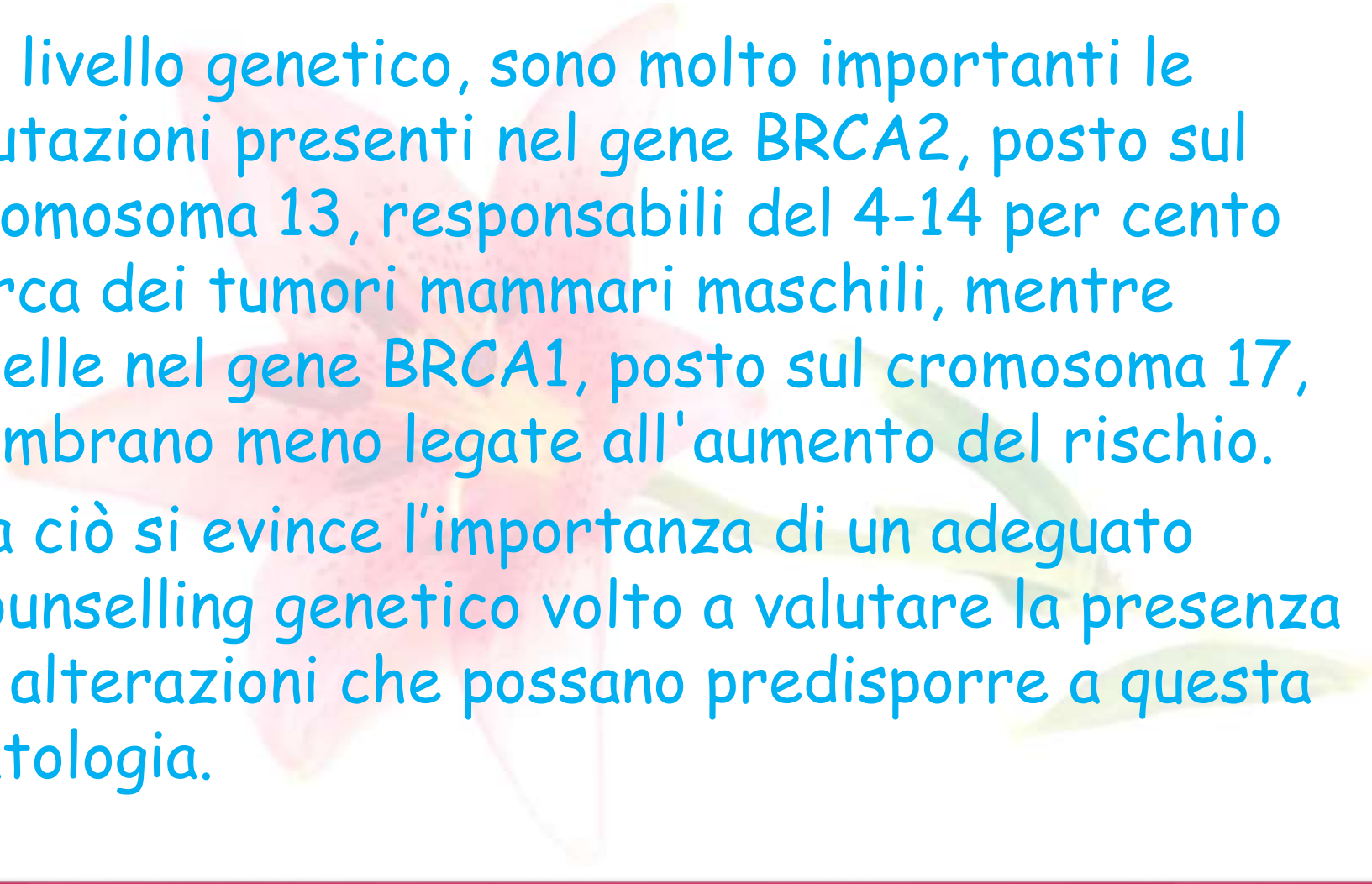
Altro fattore di rischio è l'età, la gran parte di queste neoplasie viene diagnosticata intorno ai 70 anni, e pregresse cure radioterapiche a livello toracico.



Sono molti i fattori che contribuiscono ad aumentare il rischio di tumore mammario nell'uomo, alcuni dei quali possono essere evitati modificando abitudini e stili di vita.







A livello genetico, sono molto importanti le mutazioni presenti nel gene BRCA2, posto sul cromosoma 13, responsabili del 4-14 per cento circa dei tumori mammari maschili, mentre quelle nel gene BRCA1, posto sul cromosoma 17, sembrano meno legate all'aumento del rischio. Da ciò si evince l'importanza di un adeguato Counselling genetico volto a valutare la presenza di alterazioni che possano predisporre a questa patologia.

Come nella donna, anche nell'uomo gli ormoni giocano un ruolo fondamentale nello sviluppo e nella crescita del tumore mammario.

Può far aumentare il rischio di malattia tutto ciò che sposta l'equilibrio ormonale: disturbi a carico dei testicoli (rimozione, discesa incompleta o assente eccetera), terapia ormonale per curare un tumore della prostata, obesità (che induce la produzione di livelli più elevati di estrogeni), ma anche abuso di alcol e malattie del fegato.

Nell'uomo il carcinoma duttale infiltrante è la forma più diffusa (8 casi su 10), mentre il tumore lobulare è piuttosto raro, dal momento che il tessuto lobulare è molto scarso.

La maggior parte delle informazioni relative al trattamento del tumore della mammella derivano dall'esperienza di medici e ricercatori nel trattamento della malattia nelle donne: negli uomini, infatti, questo tumore è molto raro e di conseguenza è difficile riuscire a organizzare uno studio clinico che coinvolga solo pazienti maschi.

La chirurgia rappresenta una delle prime scelte di trattamento per il tumore mammario maschile.

In genere nell'uomo è piuttosto rara la chirurgia conservativa, cioè l'intervento che asporta solo una parte del tessuto mammario, mentre è molto più diffusa la mastectomia (85 per cento dei casi) che rimuove tutto il tessuto mammario, non molto abbondante nell'uomo, e il complesso areola-capezzolo, in quanto è frequente la localizzazione sottoareolare.

La biopsia del linfonodo sentinella è invece indicata come per il trattamento del tumore mammario femminile

La strategia terapeutica del carcinoma mammario maschile si attiene alle linee terapeutiche consolidate e studiate nel sesso femminile.

Tuttavia, dati recenti suggeriscono che le caratteristiche biologiche del tumore maschile si discostano da quello della controparte femminile: l'espressione dei recettori ormonali, infatti, risulta presente nell' 80-90% contro il 60-70% dei tumori della mammella femminile e viceversa si calcola che l'iper-espressione di HER-2 è presente nell'11-15% dei tumori maschili mentre interessa il 25-30% di quelli femminili.

## Terapia sistemica adiuvante

La scelta delle varie opzioni di cura farmacologica dipende da una serie di caratteristiche del tumore e del paziente al momento della diagnosi, in particolare dalla valutazione del rischio di ripresa sistemica della malattia attraverso analisi dei fattori prognostici e delle caratteristiche biologiche della neoplasia, oltre che dalla dimensione del tumore, dallo stato linfonodale, dall'espressione dei recettori ormonali e di HER2-neu, del grading, dall'invasione vascolare e dall'indice proliferativo (Ki67). Chemioterapia adiuvante.

Gli schemi di polichemioterapia utilizzati sono quelli dimostratesi efficaci nelle vaste casistiche femminili.

## **Immunoterapia adiuvante**

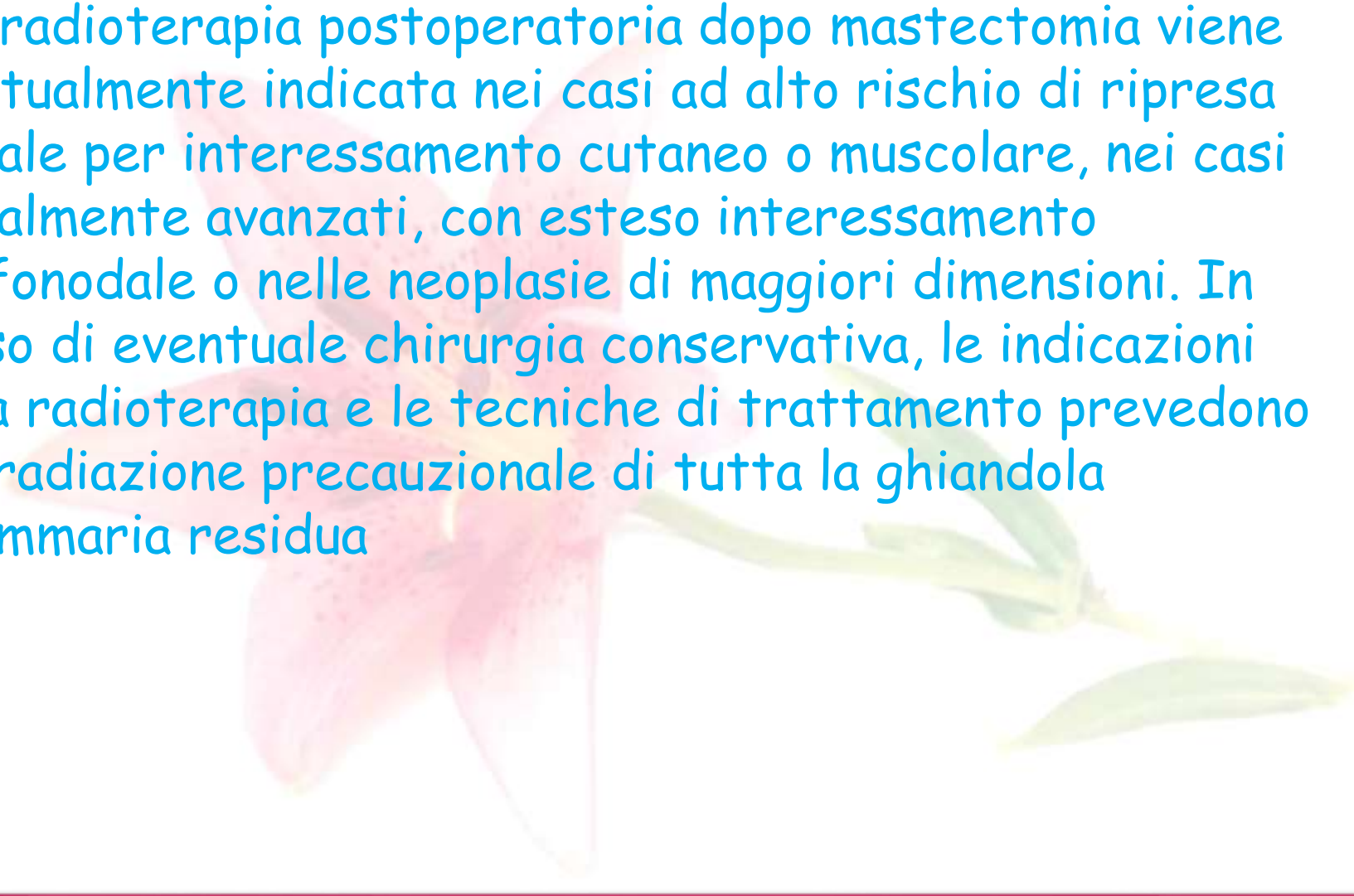
Nei pazienti che presentano elevati quantitativi di proteina HER-2 è generalmente indicata una immunoterapia con trastuzumab per un anno.

## **Terapia ormonale adiuvante**

Nei casi in cui il tumore risulti sensibile al trattamento ormonale, si ricorre alla terapia adiuvante con l'antiestrogeno tamoxifene. Dati recenti suggeriscono un'assenza di attività degli inibitori dell'aromatasi (letrozolo, anastrozolo ed exemestane) nel trattamento del carcinoma mammario maschile metastatico, pertanto questa categoria di farmaci non trova attualmente indicazione nella fase adiuvante

## Radioterapia

La radioterapia postoperatoria dopo mastectomia viene abitualmente indicata nei casi ad alto rischio di ripresa locale per interessamento cutaneo o muscolare, nei casi localmente avanzati, con esteso interessamento linfonodale o nelle neoplasie di maggiori dimensioni. In caso di eventuale chirurgia conservativa, le indicazioni alla radioterapia e le tecniche di trattamento prevedono l'irradiazione precauzionale di tutta la ghiandola mammaria residua





# MENOPAUSA E TERAPIA SOSTITUTIVA

La terapia ormonale sostitutiva per la menopausa (TOS) torna nell'occhio del ciclone dopo la pubblicazione, su The Lancet, nell'agosto 2019, di nuovi dati che confermano una correlazione fra gli ormoni e un aumento del rischio di sviluppare un tumore mammario.

Nessun nuovo allarme in realtà, semmai un'ulteriore prova che il trattamento deve essere tagliato su misura e protratto per il tempo minimo necessario; si aggiungono però nuove conoscenze sui diversi effetti di differenti tipi di trattamento e sulle conseguenze nel lungo periodo, una volta sospesi gli ormoni, oltre che una valutazione dell'impatto, molto più consistente, di obesità e sovrappeso

Gli autori hanno rianalizzato gli studi condotti fra il 1992 e il 2018 nei quali si è valutata la correlazione fra terapia ormonale sostitutiva (TOS) e tumore mammario, raccogliendo i dati di oltre centomila donne di cui circa la metà aveva fatto uso di ormoni. La durata media del trattamento si è rivelata abbastanza lunga, pari a circa dieci anni nelle donne ancora in trattamento e sette in chi aveva smesso; tutti i tipi di TOS, eccetto gli estrogeni per via vaginale, sono risultati associati a un incremento nel rischio di tumore mammario che cresce progressivamente all'aumentare degli anni di trattamento ed è maggiore per le terapie che includono anche progestinici rispetto a quelle a base di soli estrogeni. La probabilità di sviluppare un carcinoma mammario nell'arco di vent'anni, dai 50 ai 70 anni, porta a circa 63 casi ogni mille donne fra chi non ha mai preso ormoni; il rischio cresce del 7,2 per cento in chi usa o ha usato i soli estrogeni, del 9-10 per cento nelle donne che hanno seguito TOS continuative con estrogeni e progestinici. Metà del rischio si riferisce al periodo di utilizzo, i primi cinque anni, il resto si esplica nei quindici anni seguenti, ed è maggiore al protrarsi dell'uso della TOS.

# LA BREAST UNIT

rappresenta un modello assistenziale innovativo nel campo sanitario, un nuovo approccio basato sul coordinamento di differenti professionalità al fine di diagnosticare e trattare la patologia mammaria in maniera multidisciplinare, attraverso consulti multidisciplinari che si tengono prima e dopo le fasi di trattamento. Tali riunioni servono a valutare su base comune la strategia da tenere ed i risultati ottenuti, e coinvolgono tutte i differenti specialisti (chirurgo, chirurgo plastico, radiologo, radioterapista, oncologo, medico nucleare, fisiatra, anatomopatologo, genetista, infermiere) che fanno parte del team.

Questo approccio, basato su un modello diffuso a livello europeo, ha l'obiettivo di ottenere i migliori risultati in termini di prevenzione, diagnosi e cura, e permette un rapido trasferimento della ricerca scientifica alla pratica clinica di tutti i giorni. Attraverso il consulto multidisciplinare (MDM-> Multi Disciplinary Meeting), infatti, vengono discusse le peculiarità di ogni paziente al fine di personalizzare quanto più possibile il trattamento e di ottimizzare la strategia terapeutica e di follow-up anche alla luce delle più recenti indicazioni della letteratura scientifica

# CORE TEAM BREAST UNIT

CHIRURGO SENOLOGO

CHIRURGO PLASTICO

ANATOMO PATOLOGO

ONCOLOGO,

GENETISTA

RADIOTERAPISTA

RADIOLOGO

MEDICO NUCLEARE

PSICOLOGO

FISIATRA



**INFERMIERE CASE MANAGER**

VOLONTARIO

Le linee guida EONS, EUSOMA, Royal College of Nursing analizzando la figura professionale coinvolta nella presa in carico della paziente affetta da patologia mammaria parlano di

**BREAST CARE NURSE o  
Infermiere di senologia**

ovvero il professionista che si prende carico della persona con cancro mammario

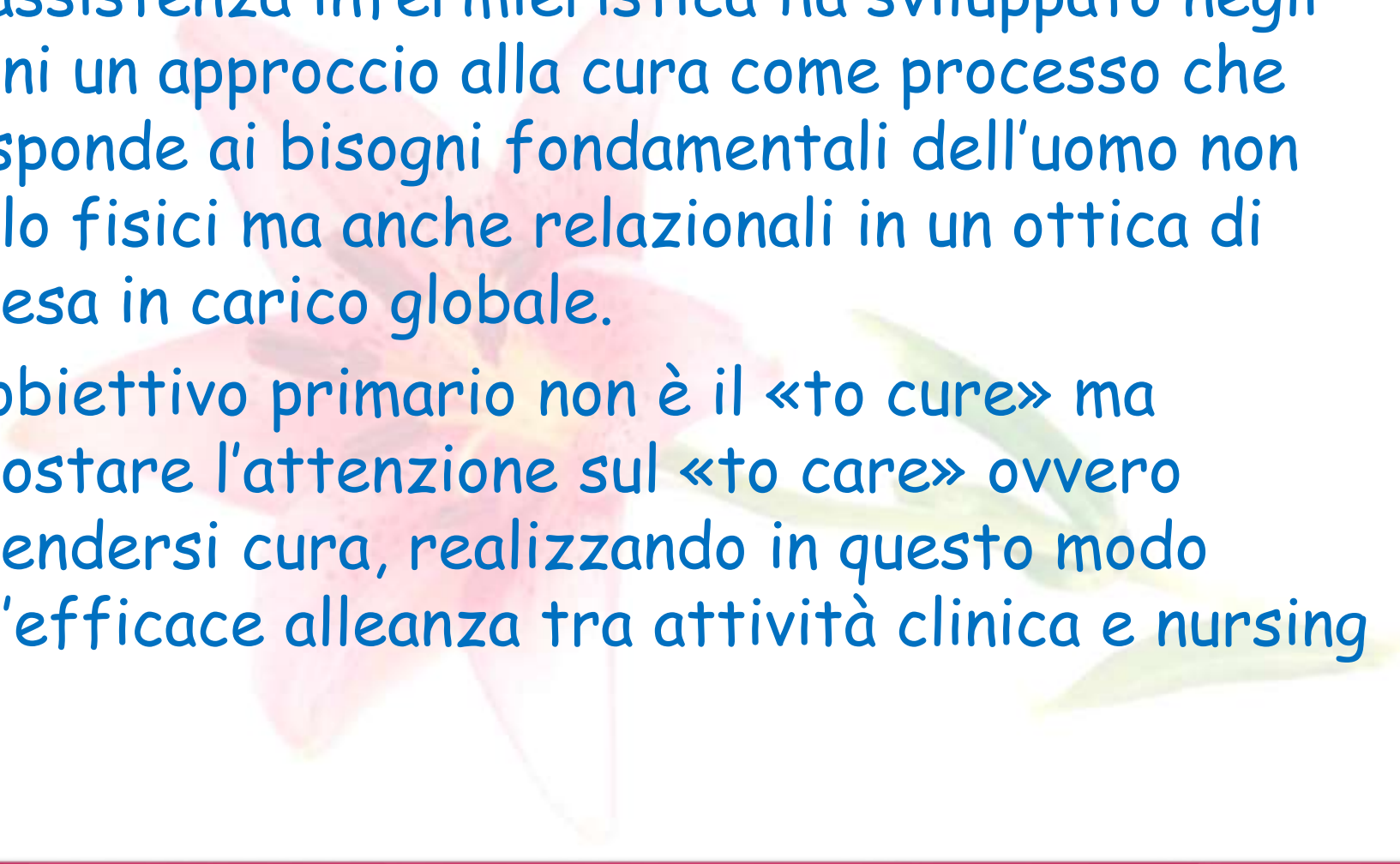


## FUNZIONI DEL BREAST CARE NURSE VERSUS INFERMIERE CASE MANAGER

L'attività del Case Manager pone maggiormente la propria enfasi sull'aspetto organizzativo rispetto a quello clinico, anche se nel nostro paese il CM è spesso uno specialista clinico.

Breast Care Nurse è il professionista:

- Presente dal momento della diagnosi sino al follow up e/o alla ripresa di malattia rappresenta un riferimento per la donna, i familiari e i caregiver
- E' parte integrante del gruppo multidisciplinare e partecipa agli incontri
- Facilita la comunicazione con la donna, i familiari e i caregiver fornendo informazioni sui trattamenti, la riabilitazione, counseling e supporto psicologico in ogni fase del percorso.
- Ha conoscenza sulle procedure diagnostiche, chirurgiche e ricostruttive e i trattamenti medici e radioterapici.
- Assicura continuità assistenziale e la centralità della persona.
- Gestisce il processo di presa in carico della paziente per tutto il PDTA.



L'assistenza infermieristica ha sviluppato negli anni un approccio alla cura come processo che risponde ai bisogni fondamentali dell'uomo non solo fisici ma anche relazionali in un ottica di presa in carico globale.

L'obiettivo primario non è il «to cure» ma spostare l'attenzione sul «to care» ovvero prendersi cura, realizzando in questo modo un'efficace alleanza tra attività clinica e nursing





**IL NUOVO CODICE DEONTOLOGICO**  
**Capo I - Principi e valori Professionali**

**Art. 4 – Relazione di cura**

Nell'agire professionale l'Infermiere stabilisce una relazione di cura, utilizzando anche l'ascolto e il dialogo. Si fa garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono coinvolgendo, con il consenso dell'interessato, le sue figure di riferimento, nonché le altre figure professionali e istituzionali. Il tempo di relazione è tempo di cura.

## CONCETTO DI EMPOWERMENT

Mettere il paziente al centro del processo di cura, renderlo partecipe e protagonista della propria salute

L'etimologia della parola suggerisce di suddividere la stessa in sezioni: em - power -ment.

**Il prefisso em** viene utilizzato con il significato di "mettere nella condizione di" o anche di "andare verso", riferendosi quindi ad un movimento propositivo verso qualcosa.

**Il sostantivo power** viene in genere tradotto letteralmente come "potere", "essere in grado di", "potere di".

**Infine, il suffisso ment** definisce al tempo stesso sia un processo, sia un risultato.

Nel tradizionale modello paternalistico di medicina, la relazione operatore sanitario-paziente è basata più che altro sul «potere su».

Con l'empowerment la relazione diviene incentrata sul «potere con».

# Conferenza Stato, Regioni e province autonome di Trento e Bolzano 18/12/2014

## **Personale Infermieristico**

In un Centro di Senologia, oltre al personale infermieristico necessario per la gestione dell'assistenza infermieristica nei vari servizi, devono esservi almeno 2 infermieri con competenze specifiche in comunicazione e counselling, dedicati a tempo pieno all'attività assistenziale del Centro.

L'infermiere dedicato al centro di senologia deve avere una formazione specifica rispetto alla patologia, alla diagnosi e cura del cancro della mammella per garantire un'attività assistenziale, educativa e di supporto alla donna durante tutto il percorso terapeutico. Egli dovrebbe essere presente sia al momento in cui alla paziente viene comunicata la diagnosi, sia quando viene discusso il programma di trattamento ed essere di riferimento per la paziente e per i caregiver anche al termine della terapia.

Supporto analogo deve essere fornito dall'ambulatorio di follow-up sia per la malattia in stadio iniziale sia in stadio avanzato.

È parte integrante dell'equipe e partecipa agli incontri multidisciplinari.



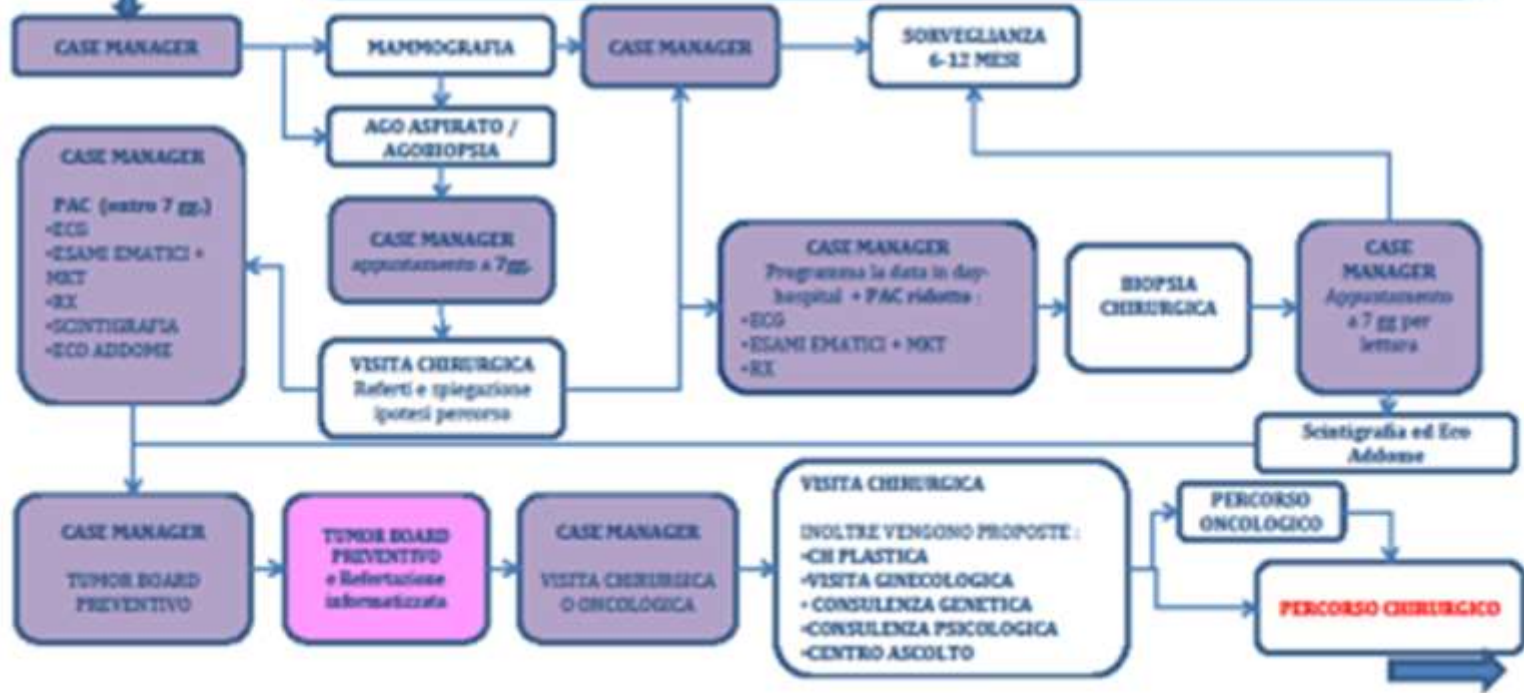
**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE SENOLOGICO**

La Pz. accede attraverso screening diagnostico e visita chirurgica o altra diagnostica. Viene presa in carico dal Case Manager che organizza le agende appuntamenti secondo progressiva disponibilità.

La Pz. svolge il percorso diagnostico. Nei casi negativi previsti, viene iscritta dal Case Manager (ruolo riservato dalla Coordinatrice Infermieristica) nelle agende di Follow Up, negli altri casi viene messa in lista per la visita Chirurgica secondo la progressiva disponibilità delle agende.

Durante la visita Chirurgica alla Pz. viene consegnato il referto, se negativo, viene iscritta nelle agende di Follow Up, se necessita di approfondimento diagnostico viene messa in lista per Biopsia Chirurgica e percorso PAC personalizzato.

Se risulta positiva, viene messa in lista per il percorso PAC, eseguiti gli accertamenti, viene giustificato il Tumor Board preventivo in cui si delinea la soluzione da proporre alla Pz. (Chirurgica e Oncologica) e la Pz. viene messa in lista per la visita Chirurgica durante la quale le verrà illustrato il percorso, proposta l'eventuale consulenza psicologica, la visita con il Chirurgo Plastico, la consulenza genetica, la visita ginecologica, il rapporto dell'associazione. La Pz. procede verso il Percorso Chirurgico o Oncologico personalizzato.



**PERCORSO  
CHIRURGICO**

**CASE MANAGER**  
Mette in nota per  
l'intervento secondo  
progressiva  
disponibilità (su  
agenda dedicata)  
  
Programma con la  
Medicina Nucleare, 24  
ore prima  
dell'intervento

MARCATURA  
RADIO FARMACO E  
LINFONODO  
SENTINELLA

VISITA  
ANESTESIOLOGICA

MARCATURA SITO  
CHIRURGICO

INTERVENTO  
CHIRURGICO

Dimissione  
CASE  
MANAGER

-AMBULATORIO MEDICAZIONI  
(2-3 GG DALLE DIMISSIONI)

-VISITA FISIATRA

-CONSULENZA NUTRIZIONALE

-In nota per  
**TUMOR BOARD SUCCESSIVO**  
(venerdì ore 8.00)

**CASE MANAGER**

Per assere Tumor  
Board  
e programmazione  
Follow Up

ONCOLOGO

RADIOTERAPI  
STA

**CASE MANAGER**

Mette in nota per  
appuntamento a  
seconda del percorso  
da iniziare

**TUMOR BOARD SUCCESSIVO**

DISCUSSIONE COLLEGALE E  
PROPOSTA DEL PERCORSO ALLA  
PZ con referenziazioni ed  
informativa al Medico Medicaa  
Generale (non autorizzazio)

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE SENOLOGICO**

24 ore prima dell'intervento chirurgico la Pa. viene messa in nota dal Case Manager per eseguire le marcature e la visita anestesiologica.

La paziente viene operata secondo l'agenda operatoria. Alle dimissioni la paziente viene inserita nelle agende degli ambulatori per le medicazioni, per la visita fisiatrica e conseguente piano riabilitativo e per la consulenza nutrizionale se necessaria.

Il caso viene messo in agenda per il Tumor Board Successivo per definire il Percorso successivo della Pa.

La Pa. viene visitata collegialmente e messa in nota presso le strutture coinvolte nel percorso successivo, oncologico o radioterapico.

Al termine di tali percorsi la Pa. viene messa in nota per la discussione del caso al Tumor Board Successivo e per l'eventuale Percorso successivo o per il Follow Up.

Figure 1: The Breast Care Nurse Supportive Care Model



# RUOLO DEL BREAST CARE NURSE IN TEMA DI PREVENZIONE

- Stili di vita e cancro della mammella
- Genetic nursing
- Stili di vita e mutazione BRCA

**CHI CONTATTARE:**  
Per informazioni e appuntamenti, dai lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 17.00 o mail: [info@cos2.it](mailto:info@cos2.it) o via appon: 02.83.60.41.01

**Dottoressa Paola Pavanè**  
Coordinatrice COS 2  
Membro Organizzazione Nazionale  
02.83.60.41.01 [paola.pavan@cos2.it](mailto:paola.pavan@cos2.it)

**Dottoressa Marianna Rossi**  
Membro Organizzazione Nazionale  
02.83.60.41.01 [marianna.rossi@cos2.it](mailto:marianna.rossi@cos2.it)

**Dottoressa Sabina Oliverio**  
Membro Organizzazione Nazionale  
02.83.60.41.01 [sabina.oliverio@cos2.it](mailto:sabina.oliverio@cos2.it)

**Dottoressa Paola Pavanè**  
Coordinatrice per la Regione Veneto  
041.48.10.01 [paola.pavan@cos2.it](mailto:paola.pavan@cos2.it)  
Membro Organizzazione Nazionale

**COMITATO DI SICUREZZA:**  
Dr. Spadolighi e Prof.ssa Dr. Spadolighi - Dipartimento di Medicina Preventiva e per la Popolazione, Università Ca' Foscari Venezia, Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori, Milano.

**ONCE alla COS 2**  
L'Oncofarmaco Onco - Fondazione Cà Foscari

**SE RICEVI UN APPUNTAMENTO:**  
Fondazione BRCA  
Educazione, Prevenzione  
e Cura



**COS 2**  
*Alimentazione, Stile di vita  
e Prevenzione  
nelle portatrici di mutazione BRCA*

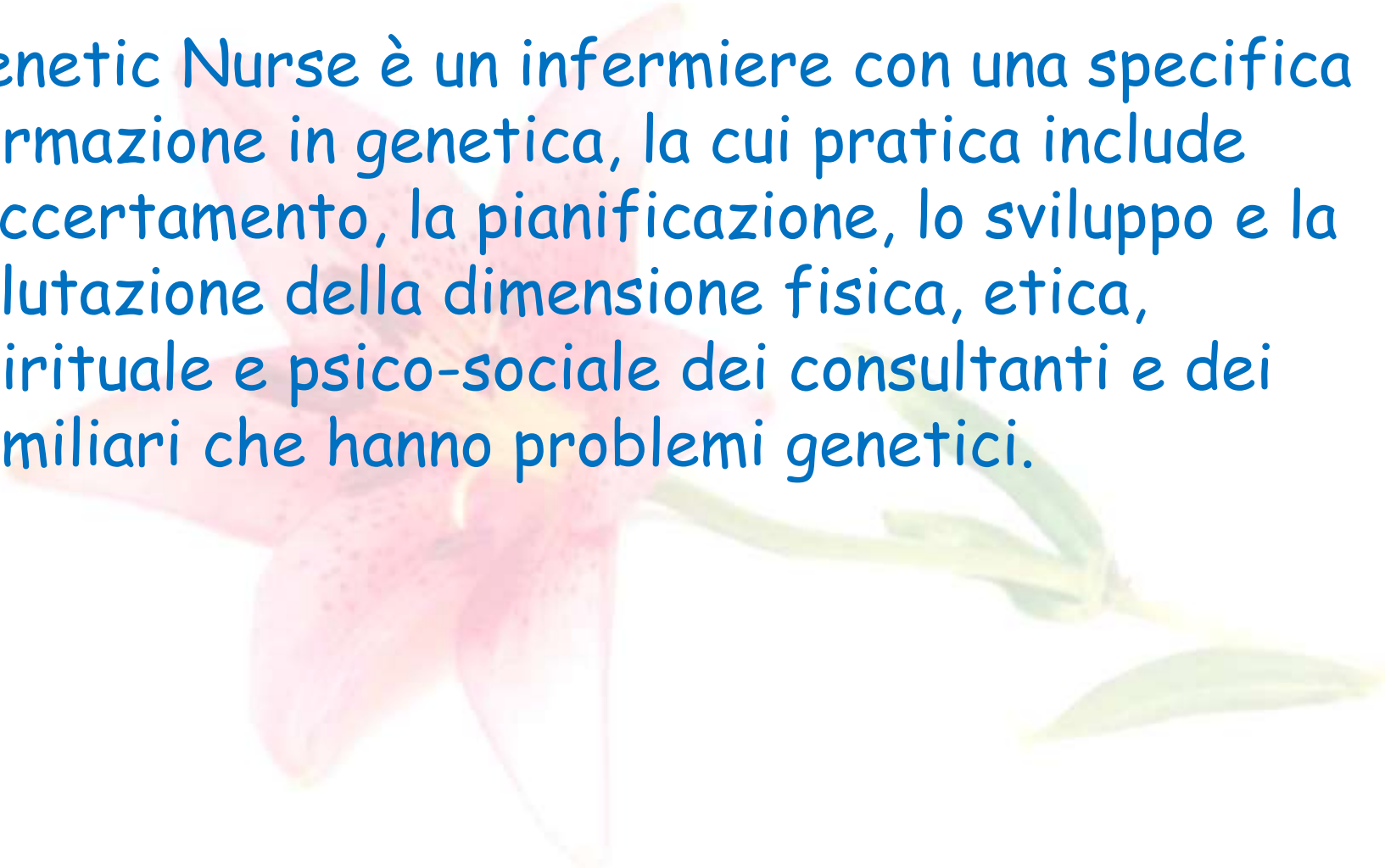
A comprehensive dietary intervention to lower serum levels of IGF-I in BRCA mutation carriers

P. Pasanisi, E. Bruno, E. Venturelli, D. Morelli, A. Oliverio, ML. Cravana, G. Iula, M. Taborrelli, B. Peissel and S. Manoukian

# GENETIC NURSING







Genetic Nurse è un infermiere con una specifica formazione in genetica, la cui pratica include l'accertamento, la pianificazione, lo sviluppo e la valutazione della dimensione fisica, etica, spirituale e psico-sociale dei consultanti e dei familiari che hanno problemi genetici.

## Competenze del Genetic Nurse

Il Genetic Nurse deve essere in grado di:

- identificare le persone che potrebbero trarre beneficio da informazioni genetiche e servizi attinenti;
- personalizzare la modalità d'assistenza;
- sostenere il probando a prendere decisioni informate e consapevoli;
- dimostrare le conoscenze del ruolo della genetica e altri aspetti correlati nella specifica condizione del cliente;
- fornire le informazioni necessarie dei test genetici, compresi i limiti;
- riconoscere le limitazioni dettate dalla propria esperienza e dalle proprie conoscenze

In Italia non esiste ancora un percorso di studi definito né un riconoscimento del ruolo, sebbene la SIGU nei "Disciplinari per l'Accreditamento delle Strutture di Genetica Clinica" abbia previsto che la struttura deve disporre di un numero minimo sufficiente di professionisti dedicati: "almeno 2 medici specialisti in genetica medica [...] più 2 figure sanitarie del comparto [...]" (Certificato SIGUCERT, 2009).

Le persone accedono alla Breast Unit con richiesta del medico di base o di uno specialista (oncologo, senologo, ginecologo, radiologo etc) o ci contattano telefonicamente.

L'infermiera compila il modulo d'accesso alla consulenza fornito dalle genetiste.

Vengono richiesti i dati anagrafici, i recapiti telefonici o di posta elettronica per poter ricontattare la persona.

Si chiede alla persona se ha avuto patologie oncologiche e, in caso affermativo, quali patologie e a che età si sono manifestate.

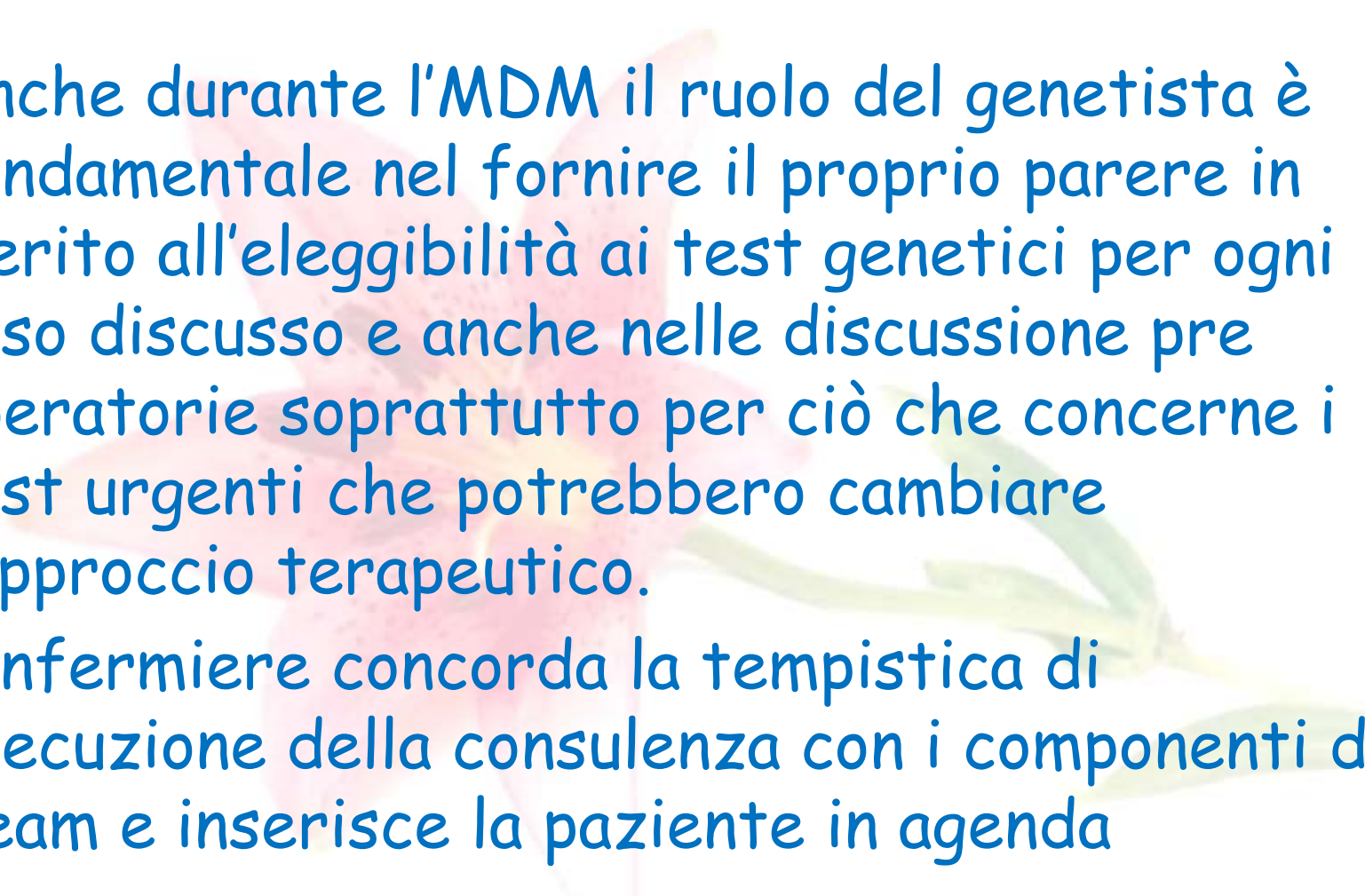
Quindi si procede con la richiesta di informazioni di tipo oncologico riguardanti la famiglia dal primo grado, al secondo e così via.

Vengono quindi richiesti gli esami istologici che le persone dovranno inviare via mail o via fax.

Quando la documentazione sarà disponibile il caso verrà presentato all'attenzione delle genetiste che prenderanno la decisione più opportuna.

Successivamente l'infermiera ricontatta la persona per comunicare l'appuntamento o per informare sulla non eleggibilità al test.

Quindi archivia la documentazione



Anche durante l'MDM il ruolo del genetista è fondamentale nel fornire il proprio parere in merito all'eleggibilità ai test genetici per ogni caso discusso e anche nelle discussioni pre operatorie soprattutto per ciò che concerne i test urgenti che potrebbero cambiare l'approccio terapeutico.

L'infermiere concorda la tempistica di esecuzione della consulenza con i componenti del Team e inserisce la paziente in agenda



Dopo la consulenza genetica si occupa del prelievo per i test.

Quando sarà pronto l'esito degli esami contatta le persone per comunicare l'appuntamento per il ritiro dei test.

Se la persona risulta positiva ai test BRCA si occupa della pratica per l'esenzione ticket e fornisce appuntamenti per l'ambulatorio alti rischi e per la visita ginecologica

Grazie per l'attenzione

