

**LA PREVENZIONE DEL TUMORE AL SENO:
UNO STUDIO PRELIMINARE SU UN CAMPIONE DI DONNE ITALIANE**

Antonella Manna¹, Edda Oliva Piacentini²

1. Dott. Antonella Manna, Infermiera presso Azienda Ospedaliera di Padova.
2. Dott. Edda Oliva Piacentini, Direttore Didattico Corso di Laurea in Infermieristica “W”
Formia-Gaeta, Sapienza Università di Roma

* *Corresponding author:* Dott. Antonella Manna, Infermiera di Terapia Intensiva Neonatale/Patologia neonatale presso l’Azienda Ospedaliera di Padova (Italia). E-mail: antonellamanna97@libero.it

DOI: [10.32549/OPI-NSC-41](https://doi.org/10.32549/OPI-NSC-41)

ABSTRACT

Introduzione: Il tumore al seno rappresenta in Italia e in molti Paesi Occidentali la forma neoplastica più frequente tra le donne, sia in termini di nuove diagnostiche che di numero di decessi oncologici. Nel 2019 sono stati diagnosticati in Italia circa 53000 nuovi casi di carcinoma della mammella femminile.

Obiettivo: Questo studio ha l'obiettivo di indagare sulla prevenzione del tumore al seno, in un campione di donne italiane.

Materiali e Metodi: Lo studio è stato eseguito a partire da Novembre 2018 fino ad Aprile 2019. Il campione considerato di tipo casuale è composto da 100 donne alle quali è stato consegnato il questionario, anonimo ed auto-compilato, previa spiegazione della finalità particolare delle domande e della finalità generale dello studio assicurando l'anonimato nell'utilizzo dei dati. Il questionario, "Champion's Health Belief Model Scale", è costituito da 31 item di cui: 3 per la suscettibilità, 6 per la gravità, 4 per i benefici percepiti, 8 per le barriere percepite e 10 per l'autoefficacia.

Risultati: Dal presente studio è emerso che meno della metà (46%) delle donne pratica l'autopalpazione saltuariamente o mensilmente. Sebbene il 70% di donne abbia riportato alti livelli di percezione della gravità del cancro, la maggior parte di loro ha riportato livelli incerti di suscettibilità. È inoltre emerso che le cause che portano la donna a non eseguire l'autopalpazione sono legate all'incapacità di esaminare il proprio seno, o al senso di inadeguatezza.

Conclusioni: Dai dati analizzati emerge la necessità di introdurre programmi educativi per aumentare la fiducia ed identificare gli ostacoli che impediscono alle donne italiane di eseguire l'autopalpazione, effettuando una preventiva valutazione sulla conoscenza delle donne a riguardo e modificando eventuali idee errate.

Parole Chiave: tumore al seno, autopalpazione, screening, Champion's Health Belief Model Scale.

BREAST CANCER PREVENTION:**A PRELIMINARY STUDY ON A SAMPLE OF ITALIAN WOMEN**

Introduction: Breast cancer represents the most frequent neoplastic form among women in Italy and in many Western Countries, both in terms of new diagnoses and the number of oncological deaths. It is estimated that in 2018, about 52,800 new cases of female breast cancer were diagnosed in Italy.

Objective: This study aims to investigate on breast cancer prevention, in a sample of Italian women.

Methods: The random sample is composed of 100 women to whom the questionnaire was delivered, anonymous and self-compiled, after explaining the particular purpose of the questions and the general purpose of the study ensuring anonymity in the use of the data. The questionnaire, "Champion's Health Belief Model Scale", consists of 31 items of which: 3 for susceptibility, 6 for severity, 4 for perceived benefits, 8 for perceived barriers, and 10 for self-efficacy.

Results: From the present study it emerged that less than half (46%) of women practice self-examination occasionally or monthly. Although a significant percentage of women reported high levels of perception of cancer severity, most of them reported uncertain levels of susceptibility. It also emerged that the causes that lead the woman not to perform self-examination are related to the inability to examine her own breasts, or the sense of inadequacy.

Conclusions: From the analyzed data emerges the need to introduce educational programs to increase confidence and identify the obstacles that prevent Italian women from performing self-examination, carrying out a prior assessment of women's knowledge about it and modifying any incorrect ideas.

Keywords: breast cancer, self-examination, screening, Champion's Health Belief Model Scale.

INTRODUZIONE

Il tumore al seno rappresenta in Italia e in molti Paesi Occidentali la forma neoplastica più frequente tra le donne, sia in termini di nuove diagnosi che di numero di decessi oncologici. [1]

Nel 2019 sono stati diagnosticati in Italia circa 53000 nuovi casi di carcinoma della mammella femminile.[2]

Il rischio di essere affette da tumore al seno aumenta con l'aumentare dell'età, con una probabilità del 2.4% fino a 49 anni, del 5.5% tra 50 e 69 anni e del 4.7% tra 70 e 84 anni. La curva d'incidenza cresce esponenzialmente sino agli anni della menopausa e rallenta con un plateau dopo la menopausa, per poi riprendere a salire dopo i 60 anni [3]. Il suddetto andamento è legato sia alla storia endocrinologica della donna, sia alla presenza e alla copertura dei programmi di screening mammografico. Tali programmi consentono di diagnosticare il cancro in una fase relativamente precoce, ottenendo trattamenti sempre più efficaci e un tasso di sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi pari all' 87%. [3]

La prevenzione del tumore del seno deve cominciare a partire dai 20 anni mediante l'autopalpazione eseguita con regolarità ogni mese, al fine di imparare a conoscere l'aspetto normale del proprio seno e identificare tempestivamente qualsiasi cambiamento.

Obiettivo dello studio

L'obiettivo di questo studio è di indagare sulla prevenzione del tumore al seno, mediante la somministrazione del questionario "Champion's Health Belief Model Scale", in un campione di 100 donne italiane.

MATERIALI E METODI

Caratteristiche del campione

- Il campione considerato è stato ottenuto mediante una selezione casuale di 100 donne italiane

di età compresa tra 18 e 82 anni. Il reclutamento è stato effettuato presso uno studio medico di medicina generale della provincia di Napoli. Il consenso informato è stato ottenuto da tutte le donne incluse in questo studio. Per tutte le partecipanti è stato garantito l'anonimato. La partecipazione è stata volontaria e nessun incentivo economico è stato offerto. Questo studio è stato eseguito in accordo con le considerazioni etiche della Dichiarazione di Helsinki.

Criteri di inclusione

- Sesso femminile
- Raggiungimento della maggiore età
- Nazionalità italiana
- Consenso volontario della donna

Criteri di esclusione

- Incapacità di intendere e di volere
- Mancato consenso alla trattazione dei dati personali
- Cittadinanza non italiana
- Sesso maschile

Strumento

Il questionario somministrato è costituito da una prima parte, utile alla raccolta di dati socio-demografici, necessari per comprendere le caratteristiche del campione e da una seconda parte che propone il modello HealthBelief Model di Champion a 31 item.

Il modello Health Belief di Rosenstock del 1966, supporta l'ipotesi secondo cui la percezione individuale di una presunta minaccia relativa alla salute, influenza il comportamento della persona

sulla salute stessa [4]. Victoria Champion, infermiera pluripremiata, nonché ricercatrice per il National Institutes of Health degli Stati Uniti, ha applicato il modello Health Belief, in relazione al cancro al seno e all'autopalpazione. In uno tra i molteplici studi sviluppati dalla dottoressa Champion, viene analizzata con quale frequenza le donne eseguivano l'autopalpazione, mediante il modello Health Belief, in un campione di 588 donne. Lo studio ha dimostrato che gli item riguardanti le barriere percepite, la conoscenza e la suscettibilità al tumore al seno, influenzavano la frequenza dell'autopalpazione. È inoltre emerso che le donne istruite da un medico o da un infermiere eseguivano più spesso l'autoesame del seno rispetto a quelle istruite con altri metodi. [5]

Gli elementi che compongono il modello di Victoria Champion sono i seguenti: percezione di suscettibilità, gravità percepita, benefici, barriere ed autoefficacia. Il significato della percezione di suscettibilità alla malattia coinvolge gli individui che si percepiscono come suscettibili ad una certa malattia, maggiore è la suscettibilità percepita, maggiore è la probabilità di attivare comportamenti finalizzati a ridurre il rischio. Il costrutto della gravità percepita della malattia è spesso basato su informazioni o conoscenze mediche, ma può anche derivare da convinzioni sulle difficoltà che una malattia potrebbe creare o sugli effetti che avrebbe sulla vita della persona. I benefici percepiti sono l'opinione di una persona sul valore o utilità di un nuovo comportamento nel ridurre il rischio di sviluppare una malattia, i benefici giocano un ruolo importante nell'adozione di comportamenti di prevenzione, come gli screening. Per barriere percepite si intende invece, la valutazione degli ostacoli da parte di una persona, nell'adozione di nuovi tipi di comportamento. Il concetto di fiducia o autoefficacia, riguarda la convinzione nella propria capacità di fare qualcosa, cioè nell'esecuzione di un comportamento individuale che aiuterà la donna a raggiungere il risultato desiderato e una donna crede che l'autopalpazione sia utile (beneficio percepito) e che sia capace di eseguirla nel modo corretto (fiducia), allora la barriera della paura di non essere in grado di eseguire l'autopalpazione correttamente, sarà superata. [6]

Il questionario è stato tradotto dal gruppo di studio composto da esperti di discipline

infermieristiche e da un docente di madrelingua inglese ed è costituito da 31 item di cui: 3 per la suscettibilità, 6 per la gravità, 4 per i benefici percepiti, 8 per le barriere percepite e 10 per l'autoefficacia. Ad eccezione della parte relativa ai dati sociodemografici, ciascuna domanda riporta un punteggio da 1 (fortemente in disaccordo) a 5 (fortemente d'accordo) assegnato utilizzando la scala Likert a 5 punti. Punteggi più alti indicano un atteggiamento positivo nei confronti dell'autopalpazione.

Metodo

Il questionario, anonimo ed autocompilato, è stato somministrato alle donne, preventivamente informate sulla tipologia delle domande le finalità e la garanzia dell'anonimato. La somministrazione è stata effettuata direttamente dal gruppo di studio, fornendo alle donne il tempo necessario per la compilazione.

Analisi Statistica

L'analisi statistica è stata eseguita su computer Mac book Air tramite il programma di archivio Numbers versione 10.2. I dati sono presentati come numeri e percentuali per variabili categoriali ed espressi come media \pm deviazione standard(SD) nel caso di dati continui a meno che non sia specificato diversamente. Infine, tutte le informazioni sono state sintetizzate attraverso tabelle o i grafici più opportuni.

RISULTATI

Il campione esaminato, è costituito da 100 donne, con età media di circa 43 anni, deviazione standard uguale a 13.4 e mediana pari a 45 anni. L'analisi dei dati sociodemografici viene di seguito riportata nella tabella 1.

Parametri	Percentuale (Nr.) /media±SD
Age	43±13.4
<i>Stato civile</i>	
Sposata	57%
Nubile	28%
Divorziata	8%
Vedova	7%
<i>Livello di educazione</i>	
Scuola elementare	8%
Scuola media	8%
Scuola superiore	54%
Laurea	30%
<i>Condizione lavorativa</i>	
Dipendente pubblico	31%
Casalinga	22%
Studentessa	20%
Libero professionista	10%
Operaia	2%
Pensionata	4%
Altro impiego	11%

Tabella 1. *Caratteristiche sociodemografiche del nostro campione di 100 donne italiane.*

Del campione, il 57% era con prole mentre il restante 43% ha dichiarato di non avere figli. È stato chiesto a che età avessero partorito il primo figlio e l'età media risulta di 26 anni. L'82% delle donne con figli ha allattato al seno. Il 95% dichiara di non aver avuto problemi al seno.

Alla domanda sull'esecuzione dell'autopalpazione, il 46% ha riferito di eseguirla (mensilmente o saltuariamente) ed il 54% ha riferito di non aver mai eseguito l'autopalpazione. (Figura 1)

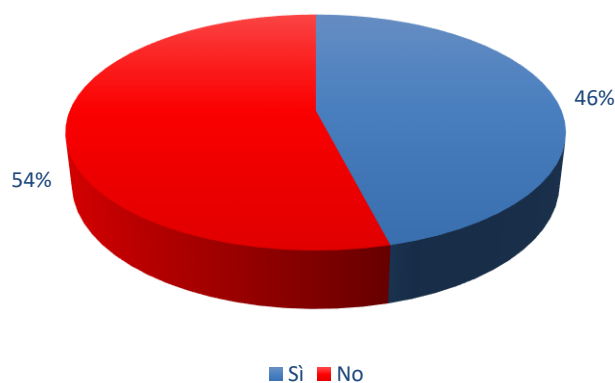


Figura 1. Percentuale di donne che ha dichiarato di eseguire l'autopalpazione.

Conclusa l'analisi dei dati sociodemografici, nella seguente tabella vengono riportati alcuni dei dati raccolti mediante la scala Health Belief Model di Champion.

Item	Scala di Likert a 5 punti				
	Fortemente in disaccordo	In disaccordo	Incerto	D'accordo	Fortemente d'accordo
È probabile che sarò affetta da tumore al seno?	13%	11%	66%	10%	0%
Il pensiero del tumore al seno mi spaventa?	3%	14%	13%	34%	36%
Il tumore al seno metterebbe a rischio la relazione con il mio partner	27%	35%	21%	14%	3%
L'autopalpazione è imbarazzante per me	38%	45%	7%	7%	3%
È difficile ricordare di fare controlli al seno	18%	37%	15%	23%	7%
Conosco le tecniche per eseguire l'autopalpazione	19%	17%	30%	29%	5%
Potrei trovare un nodulo al seno praticando l'autopalpazione	6%	4%	22%	53%	15%

Tabella 2. Percentuali di risposta secondo la scala di Likert a 5 punti ad alcuni item del questionario Health Belief Model.

DISCUSSIONE

Secondo i dati riportati nel rapporto *Globocan*, circa due milioni di donne ogni anno soffrono di cancro al seno, una delle cause più comuni di morte femminile in tutto il mondo. Circa 627mila donne sono morte di tumore al seno nel 2018 e questo numero è aumentato sia nei paesi sviluppati che nei paesi in via di sviluppo. [7]

Le morti da cancro al seno possono essere controllate grazie ad una diagnosi precoce e ad un intervento appropriato. L'autopalpazione dovrebbe essere parte integrante delle cure mensili delle donne, soprattutto per quelle ad alto rischio. [8]

Seppure il 5% del campione preso in esame ha affermato di aver avuto in passato problemi al seno, solo il 60% di essi ha dichiarato di eseguire l'autopalpazione.

Dal presente studio emerge che meno della metà (46%) delle donne pratica l'autopalpazione saltuariamente o mensilmente. Dall'analisi del livello di istruzione, è stato riscontrato che quasi il 90% di donne che esegue l'autopalpazione ha come titolo di studio il diploma di scuola superiore o la laurea, il 10% la licenza media e nessuno ha come titolo di studio la licenza elementare. È probabile quindi, come sostenuto da Karayurt et al. che esista una relazione tra il livello di istruzione e la pratica dell'autopalpazione. [9]

Mediante l'ausilio della scala Health Belief Model di Champion sono stati valutati i fattori che influenzano l'autopalpazione.

I primi due sottogruppi riguardano la suscettibilità e la gravità. Per suscettibilità si intendono gli individui che si percepiscono come suscettibili ad una certa malattia. Maggiore è la suscettibilità percepita, maggiore è la probabilità di impegnarsi in comportamenti per ridurre il rischio. La gravità invece deriva da convinzioni sulle difficoltà che una malattia potrebbe creare o sugli effetti che avrebbe sulla vita della persona.

Secondo l'Health Belief Model una donna che percepisce maggiori benefici (utilità di un nuovo comportamento nel ridurre il rischio di sviluppare una malattia) e meno barriere (valutazione degli ostacoli nell'adozione di un nuovo comportamento), sarebbe più propensa a praticare l'autopalpazione. Nel presente studio gran parte del campione ha riportato risposte positive ai benefici percepiti (91%) e bassi livelli di barriere (10%).

In letteratura, i motivi principali per cui l'autopalpazione non viene eseguita sono da attribuire a paura o ansia di scoprire la presenza di una malattia grave o non sentirsi pienamente convinte dell'importanza dell'autopalpazione. [10]

In questo studio, le ragioni che portano la donna a non eseguire l'autopalpazione possono essere correlate all'incapacità di esaminare il proprio seno, o al senso di inadeguatezza. Infatti, i livelli di autoefficacia, ossia la fiducia nelle proprie capacità di eseguire un comportamento individuale, erano significativamente più bassi tra le donne che non eseguivano l'autopalpazione. Nello

specifico, esaminando i dati tra le donne che non eseguono l'autopalpazione, il 24% ha riferito livelli incerti di autoefficacia ed il 63% ha riferito bassi livelli di autoefficacia. Questo risultato giustifica il motivo per cui il livello di autoefficacia nella scala HBM è un importante fattore predittivo della pratica dell'autoesame al seno.

I risultati su esposti sono in linea con lo studio di Mostafa A. Abolfotouh et al. [11], secondo cui alti livelli di benefici percepiti, associati a bassi livelli di barriere, sono a favore della pratica dell'autopalpazione. Ciò nonostante, bassi livelli di autoefficacia riscontrati sono associati alla mancata esecuzione dell'autoesame.

Questo evidenzia l'importanza di introdurre programmi educativi per aumentare la fiducia ed identificare gli ostacoli dell'autopalpazione tra le donne.

IMPLICAZIONI INFERMIERISTICHE

L'infermiere riveste un ruolo importante nell'educare la donna sulle corrette modalità di esecuzione dell'autoesame del seno, utile strumento di screening per una diagnosi precoce di cancro mammario. Le istruzioni per l'autopalpazione possono essere impartite durante l'esame fisico, oppure nel corso di incontri individuali o di gruppo. Conoscendo le implicazioni di tale esame, gli infermieri dovrebbero incoraggiare le donne ad eseguire l'autopalpazione regolarmente ed insegnare loro a riconoscere precocemente eventuali anomalie. L'istruzione dovrebbe includere: definizione del periodo più opportuno, dare una dimostrazione pratica delle tecniche di palpazione, descrivere le caratteristiche di tessuto mammario normale apprezzabili con la palpazione, discutere sull'identificazione di cambiamenti rilevanti del tessuto mammario e dare una dimostrazione pratica sull'assistita stessa e su un modello (mammella artificiale). Alcune associazioni organizzano corsi che permettono al personale infermieristico di prepararsi per istruire la donna nella pratica dell'autopalpazione, mettendo a disposizione il relativo materiale didattico. Durante la fase educativa, l'infermiere potrebbe inoltre fornire alla donna video, opuscoli ed altro materiale

documentario per favorire la comprensione e l'importanza dell'autopalpazione. [12]

CONCLUSIONE

Il tumore della mammella rappresenta in Italia e in molti Paesi Occidentali la forma neoplastica più frequente tra le donne, sia in termini di nuove diagnosi che di numero di decessi oncologici. A molte donne viene diagnosticato il cancro in una fase relativamente precoce, anche grazie alla disponibilità di programmi di screening che, nella fascia 50-69 anni, rientrano nei livelli essenziali di assistenza. L'anticipazione della diagnosi associata a trattamenti sempre più efficaci spiega la complessiva buona prognosi di questa neoplasia. Nonostante ciò, bisogna considerare che una quota delle pazienti arriva alla diagnosi in una fase nella quale la malattia è già metastatica. Complessivamente in Italia vivono 800mila donne che hanno avuto una diagnosi di carcinoma mammario, pari al 43% di tutte le donne che convivono con una pregressa diagnosi di tumore e pari al 24% di tutti i casi prevalenti (uomini e donne). Numerosi studi hanno dimostrato come tali programmi siano in grado di ridurre la mortalità da carcinoma mammario e aumentare le opzioni terapeutiche. I più recenti dati riportano un tasso di sopravvivenza a 5 anni pari all'87% ed a 10 anni pari all'80%. [13]

Alla luce di quanto emerso dai risultati il 30% del campione ha riferito di avere difficoltà nel ricordare di eseguire controlli al seno. Sarebbe quindi auspicabile incrementare le conoscenze spiegando alle donne l'importanza di eseguire gli esami periodici di screening.

Dai dati analizzati emerge quindi la necessità di introdurre programmi educativi per aumentare la fiducia ed identificare gli ostacoli che impediscono alle donne italiane di eseguire l'autopalpazione, effettuando una preventiva valutazione sulla conoscenza delle donne a riguardo e modificando eventuali idee errate.

Eventuali Finanziamenti

Questa ricerca non ha ricevuto nessuna forma di finanziamento

Conflitti di interesse

Gli autori dichiarano che non hanno conflitti di interesse associati a questo studio

Limiti dello studio

I risultati del presente studio devono essere osservati con particolare circospezione data la presenza di limiti che potrebbero dirottare i risultati reali. Un campione di sole cento unità, reclutate solo nella provincia di Napoli, non basta per costituire uno studio generalizzabile. Uno studio multicentrico considerando anche differenti aree geografiche consentirebbe una riduzione di possibili bias statistici. Inoltre, essendo uno studio preliminare, è stato eseguito per avere una prima indicazione su questo tipo di problematica. Infine, stata eseguita un'analisi statistica puramente descrittiva, quindi i nostri risultati sono da considerarsi validi per il nostro campione considerato, ma che andrebbero confermati attraverso un'analisi inferenziale, per poterli estendere all'intera popolazione donne italiane.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Gori S. Neoplasie per single sedi: Mammella. Roma: Il pensiero scientifico Editore, 2018: 139-146.
- [2] http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?id=152&area=Tumori
- [3] Gori S. Neoplasie per single sedi: Mammella. Roma: Il pensiero scientifico Editore, 2018: 139-146.
- [4] Cummings K M, Jette A M, Rosenstock I M. Construct validation of the health belief model. *Health Educ Monogr* 1978;6(4):394-405.
- [5] Champion V L. The relationship of breast self-examination to health belief model variables. *Res Nurs Health* 1987; 10(6):375-82.
- [6] Petro-Nustas W, Tsangari H, Phellas C, Constantinou C. Health Beliefs and Practice of Breast Self-Examination Among Young Cypriot Women. *Journal of Transcultural Nursing* 2013; 24: 180-188.
- [7] Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel R L, Torre L A, Jemal A. *CA CANCER J CLIN* 2018;68:394–424.
- [8] Asiri H, Rashad WA. Prediction of The Awareness and Practice of Breast Self – Examination among Females Using Health Believe Model. A literature review. *Journal of Nursing and Health Science* 2019; 8: 66-69.
- [9] Karayurt O, Dramali A. Adaptation of Champion's Health Belief Model Scale for Turkish women and evaluation of the selected variables associated with breast self-examination. *Cancer Nurs.* 2007; **30**: 69-77.
- [10] Sharaa HM. Beliefs and reported practices related to breast self-examination among sample of Egyptian women. *Academic J Cancer Res.* 2013; 6: 99–110.
- [11] Abolfotouh MA, BaniMustafa1 AA, Mahfouz1 AA, Al-Assiri1 MH, Al-Juhani AF, Alaskar AS. Using the health belief model to predict breast self-examination among Saudi women. *BMC Public*

Health 2015; 15:1163.

[12] Hinkle LH, Cheever KH. Brunner-Suddarth: Infermieristica medico-chirurgica. Milano: Casa Editrice Ambrosiana, 2017.

[13] Gori S. Neoplasie per single sedi: Mammella. Roma: Il pensiero scientifico Editore, 2018: 139-146.