

Sassi e piume

Rivista di informazione senologica n. 2/2015



ASI - Associazione Senologica Internazionale





Sassi e piume

Rivista di informazione senologica

n. 2/2015

Direttore responsabile
Tomaso Strambi

Redazione
Liana Martinelli
Olimpia Ronga

Edizioni ETS s.r.l.
Piazza Carrara, 16-19
I-56126 Pisa
Tel. 050/29544 - 503868
Fax 050/20158
info@edizioniets.com
www.edizioniets.com

Distribuzione
PDE, Via Tevere 54
I-50019 Sesto Fiorentino
[Firenze]

Questo numero è stato
chiuso in redazione
il 15 gennaio 2015

Autorizzazione
del Tribunale di Pisa
n. 13/13 del 25.11.2013

Sommario

- 3** Editoriale (*Edna Maria Ghobert*)
- 4** Intervista alla dr.ssa Manuela Roncella
- 6** Diagnostica senologica personalizzata nelle donne giovani (*Carolina Marini, Monica Moretti*)
- 7** Il punto sulla chirurgia della mammella (*Matteo Ghilli*)
- 9** Ricostruzione mammaria personalizzata nelle giovani pazienti (*Livio Colizzi*)
- 12** L'importanza della biologia molecolare nel trattamento del carcinoma della mammella (*Andrea Michelotti*)
- 14** Effetti collaterali delle terapie adiuvanti (*Andrea Fontana*)
- 16** Riabilitazione... e non solo... (*Elena Fiaschi, Ivana Di Cocco*)
- 19** L'allattamento dopo il tumore al seno: una realtà (*Pietro Bottone*)
- 21** La mamma ha un cancro: come dirlo ai figli? (*Valeria Camilleri*)
- 23** "Mindfulness Based Stress Reduction". La pratica della consapevolezza per la gestione e la riduzione dello stress (*Alessandra Pollina, Luca Rossi*)
- 25** L'arteterapia (*Elisa Martinelli*)
- 27** Il coraggio di testimoniare la propria esperienza (*Sabrina*)
- 29** Collaborazione ASI-SUCOS in un progetto di cooperazione in Kenya (*Maria Rita Tarquini*)
- 31** I Sapori della tradizione. Trippa in dolce forte (*Tiziana Centonze*)
- 32** Indocina. Appunti di viaggio da Laos, Vietnam, Cambogia (*Olimpia Ronga*)
- 35** Letto per voi (*Olimpia Ronga*)
- 36** Andiamo al cinema (*Olimpia Ronga*)
- 37** ... comunque belle (*Gohar Sargsyan*)
- 38** La vostra posta

In copertina:
quadro di Milena Moriani
olio su legno, 59 x 64 cm
www.milenamoriani.com

Vuoi unirti a noi?

Ecco i nostri riferimenti:

Associazione Senologica Internazionale
Via Roma, 67 I-56126 Pisa
Ospedale S. Chiara, U.O. Senologia, Edificio 6

Per maggiori informazioni sull'Associazione, sui suoi progetti e sulle sue attività o su come associarsi è possibile:

- rivolgersi direttamente in sede
- telefonare ai numeri: **3406768005 - 3335468315**
- visitare il nostro sito: **www.asi-pisa.it**
- inviare un messaggio di posta elettronica a uno dei seguenti indirizzi:
as.senologicainternazionale@gmail.com
asi@ao-pisa.toscana.it

Ti contatteremo al più presto

Per sostenere l'attività dell'Associazione:

Puoi fare una donazione sul conto corrente bancario:

IBAN: IT82 Z010 0514 0040 0000 0000 822 - BNL
Indirizzo SWIFT BIC: BNLIITRR
Presso 3846 Pisa, Piazza dei Miracoli intestato a
Associazione Senologica Internazionale

Oppure sul conto corrente postale:

C/C postale n. 98691645 intestato a
Associazione Senologica Internazionale

Inoltre puoi destinare all'Associazione il 5%:

CF: 01886010501

I contributi versati all'Associazione sono fiscalmente detraibili o deducibili nei limiti e con le modalità stabilite dalla legge

Le immagini inserite negli articoli sono ricordi di un viaggio in Laos, Vietnam, Cambogia effettuato nel febbraio 2014 da Olimpia Ronga e descritto all'interno della rivista:

Vietnam, Fiore di loto (p. 3); Vietnam, Fiori di Loto (p. 5); Laos, Luang Prabang, Fiume Mekong (p. 7); Vietnam, Hue, Cittadella imperiale (p. 9); Laos, Vientiane, Chiostro del Monastero Vat SI Saket (p. 11); Laos Phu Si (Luang Prabang), Buddha sdraiato (p. 13); Vietnam, Baia di Halong (p. 15); Cambogia, Bimba con fiore di loto (p. 18); Vietnam, Risaia (p. 20); Vietnam, Regione di Cai Be, Fiume Mekong (p. 21); Cambogia, Angkor, Tempio di Ta Prohm (p. 22); Laos, Luang Prabang, Monastero (p. 24); Laos Luang Prabang, I due Buddha (p. 25); Laos, Fiori nella giungla (p. 26); Vietnam, Hoi An, Lampade (p. 28); Kenya, Maasai (p. 30); Laos, Vientiane, Interno grande Stupa (p. 32); Vietnam, Il traffico di Hanoi (p. 32); Vietnam, Baia di Halong (p. 33); Vietnam, Halong di terra, Un sanpang (p. 33); Cambogia, Villaggio di Kompong Khlean, Palafitte (p. 33); Bangkok, Volto di Buddha dormiente (p. 34); Un tempio di Angkor (p. 34); Vietnam, Halong di terra (p. 35); Cambogia, Un mercato (p. 36); Laos, Giovane sposa (p. 37); Laos, Donna che fila (p. 39)

Editoriale

Edna Maria Ghobert

Presidente ASI



Cari lettori e care lettrici,
eccoci al secondo numero della nostra rivista la cui diffusione e l'apprezzamento ricevuto ci ha riempito di orgoglio in quanto consapevoli di aver individuato parte delle tematiche che, chi è coinvolto personalmente o come familiare, vuol vedere trattate.

Anche questo numero deve essere inteso quale strumento che aiuti le donne ad orientarsi nella ricerca e nell'ottenimento di risposte corrette sulla prevenzione, sulla cura, sulle varie problematiche che possono insorgere con la malattia e su ciò che la nostra realtà associativa può offrire.

L'anno intercorso ha comportato una crescita della nostra associazione che, partecipando ad incontri, convegni regionali e nazionali ha avuto sempre più modo di relazionarsi e confrontarsi con le numerose realtà associative che operano nel settore di cui ci occupiamo.

In queste occasioni si è potuto toccare con mano il filo "rosa" che accomuna le donne, indipendentemente dalla regione di appartenenza e, dato ancora più evidente, la forte coesione, solidarietà e collaborazione che unisce al punto di divenire una vera forza trainante intenzionata a far sentire la propria voce coralmemente e sempre più forte.

Come tante altre associazioni femminili anche l'Associazione Senologica Internazionale intende promuovere un costante dialogo sia con le istituzioni che con la comunità scientifica, con l'obiettivo di potenziare programmi e soluzioni che garantiscano a tutte le donne l'accesso a cure di qualità certificata.

Ad un buon livello di qualità, tuttavia, va aggiunto un

altro aspetto estremamente importante che riguarda sia l'impatto con la struttura, che il trattamento che la paziente riceve; infatti chiunque di noi abbia avuto l'esperienza di un ricovero ospedaliero ha sicuramente posto attenzione, oltre che alla professionalità dimostrata, al rapporto umano ricevuto.

Ecco che sempre di più si parla di umanizzazione del percorso ospedaliero ed è con grande soddisfazione che possiamo dire quanto il reparto in cui operiamo ponga una particolare attenzione alla dimensione umana ed esistenziale della paziente che in questo centro viene accolta come protagonista e non come un soggetto passivo includendo in questo rapporto non soltanto la figura del medico, ma anche di tutto il personale preposto a garantire l'assistenza sanitaria.

La donna non viene mai considerata il numero di un letto, ma una persona che si presenta con tutto il suo bagaglio emotivo, fatto per lo più di paura, di sbigottimento e disorientamento nei confronti di quel gigante nero e minaccioso che si chiama cancro.

Paziente come soggetto in trattamento e non oggetto di trattamento, con la consapevolezza che, riducendo o neutralizzando lo stato di disagio e di stress il miglioramento della qualità della vita della persona è pressoché assicurato e la nostra associazione è lì, con un braccio sulle spalle, a proteggere e sostenere nel convincimento che la perdita del seno, nonostante i suoi intrinseci significati, non comporti né la perdita della femminilità, né della sessualità, semmai fornisca una ragione in più per essere apprezzate, stimate e amate.



Come si cura il carcinoma della mammella in Italia? Aspettando il 2016

Intervista alla dr.ssa Manuela Roncella



Direttore del Centro di Senologia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

Un importante traguardo per il diritto alla salute è stato raggiunto: per la prima volta in Italia verranno istituite ufficialmente le Breast Unit, centri di senologia multidisciplinari totalmente dedicati alla diagnosi e al trattamento del tumore al seno. A chiedere le Breast Unit è l'Europa. Dal primo gennaio 2016, nei paesi dell'Eu le donne dovranno potersi curare in queste strutture, che saranno sottoposte a valutazione e aderiranno a precisi standard di qualità.

Chiediamo alla dr.ssa Manuela Roncella, direttore del Centro di Senologia dell'azienda ospedaliera universitaria pisana, di definire meglio il concetto di Breast Unit.

Il Centro di Senologia (o Breast Unit) è definito come la struttura in cui il tumore della mammella è diagnosticato e sottoposto a trattamenti. Il Centro deve essere in grado di fornire tutti i servizi necessari, dalla genetica alla prevenzione, al trattamento della malattia sia in fase iniziale che avanzata, alla terapia di supporto.

È costituito da un gruppo di specialisti dedicati che lavorano insieme come un team multidisciplinare: al centro delle cure c'è la paziente e i professionisti le ruotano attorno per garantire l'utilizzo delle terapie più appropriate ed una migliore qualità della vita. La Breast Unit risponde a questa mission importante. Grazie a questo modello culturale la persona cui viene fatta diagnosi di patologia oncologica può essere presa in carico e seguita lungo l'intero iter diagnostico-terapeutico

Come nasce l'esigenza di una Breast Unit?

Non esiste altro tumore solido come quello della mammella che ha testimoniato un progresso così considerevole nella diagnosi e nella terapia negli ultimi 20 anni.

Il numero degli interventi chirurgici demolitivi si è progressivamente ridotto. La terapia chirurgica conservativa ha permesso di ottenere ottimi risultati estetici senza un aumento del tasso di recidive locali ed un peggioramento della sopravvivenza. Sono stati favoriti infatti approcci chirurgici conservativi sia a li-

vello mammario che linfonodale. Nei casi dove è necessario un trattamento radicale, questo viene eseguito con l'ausilio di tecniche di ricostruzione plastica e attenzione cosmetica.

Inoltre l'anticipazione diagnostica (screening) e i trattamenti adiuvanti hanno portato ad un miglioramento della sopravvivenza e della qualità della vita. Questi risultati sono stati raggiunti attraverso una costante integrazione tra le varie discipline.

Per mantenere e migliorare questo obiettivo bisogna essere preparati ed organizzati. Nella letteratura internazionale sono chiare le indicazioni che la guaribilità dei tumori della mammella (oltre che per altri tipi di tumore) è in correlazione con il volume dei casi trattati.

Questa differenza in termini di sopravvivenza sembra essere dell'ordine del 10%, una differenza enorme, difficilmente raggiungibile persino da farmaci che riteniamo "miracolosi". In definitiva, abbiamo evidenza concreta che non solo la diagnosi precoce, la biologia, i farmaci e le terapie, ma anche la bontà del centro, dei suoi medici, l'integrazione multidisciplinare che ne consegue, hanno un impatto fondamentale sulla prognosi delle donne con cancro della mammella.

Inoltre, siamo assolutamente sicuri che le pazienti trattate in centri specializzati hanno minori complicanze, maggiore possibilità di ricevere trattamenti conservativi, maggiore incidenza di utilizzo di tecniche oncoplastiche e ricostruttive immediate, maggiore possibilità di utilizzo di terapie adiuvanti appropriate.

Tutto ciò sta entrando nella coscienza comune, e sempre più frequentemente il desiderio delle donne con diagnosi positiva per neoplasia mammaria non è tanto quello di essere operate "velocemente", ma di essere operate in centri "specializzati". Le Breast Unit rappresentano questa esigenza.

Quindi anche la "gestione multidisciplinare" del tumore ha effetti benefici sulla sopravvivenza?

Certamente. Un dato molto importante deriva da uno studio condotto in Scozia e pubblicato nel 2012 sul British Journal of Medicine.

Lo studio, che ha preso in considerazione circa 14.000 pazienti cui era stato diagnosticato un tumore della mammella dal 1990 al 2000, ha valutato l'effetto dell'introduzione di un team di lavoro multidisciplinare nel 1995 in alcune aree del paese (aree di intervento). Prima dell'introduzione di questo intervento la mortalità per tumore della mammella era dell'11%.

Dopo l'introduzione del trattamento multidisciplinare si è verificato un'inversione dello scenario con una mortalità specifica per tumore della mammella del 18% più bassa nelle aree di intervento rispetto alle altre. La costituzione di Centri di Senologia, all'interno dei quali condurre una gestione specialistica e multidisciplinare, rappresenta quindi una tappa fondamentale per assicurare alle pazienti una gestione ottimale.

Quali sono i requisiti di un centro e chi li ha stabiliti?

EUSOMA (Società Europea di Mastologia) già dal 2000 ha identificato dei requisiti quantitativi che potessero delineare meglio le Unità di Senologia, stabilendo dei criteri minimi per poter certificare questi centri per un bacino di popolazione di 250.000 persone: trattare almeno 150 nuovi casi all'anno, avere chirurghi dedicati che eseguono minimo 50 interventi all'anno come primo operatore, radiologi all'interno che refertano almeno 1000 mammografie, e così via per ogni specialista che compone l'équipe multidisciplinare: radiologi, oncologi, radioterapisti e patologi con attività dedicata in quota percentuale significativa; tempi di attesa chirurgica non superiori ai 30 giorni.

Quindi il tumore della mammella dal 2016 non potrà più essere trattato in centri non certificati...

Questo è l'obiettivo. Le Breast Unit, pertanto, dovranno essere organizzate, accreditate dagli organismi regionali, certificate da enti riconosciuti. Inoltre, devono partecipare ai programmi di screening e a quelli di ricerca, devono avere protocolli clinici condivisi, ambulatori dedicati, e accettare di sottoporsi a un audit annuale per il controllo di qualità.

Questo sta gradualmente

avvenendo, e sicuramente nei prossimi anni donne con cancro della mammella non verranno più trattate in centri che operano solo 30, 40 o 50 casi all'anno (uno a settimana!), perché la probabilità di queste donne di ricevere trattamenti al di sotto degli standard desiderati sarebbe elevata. Ancora oggi, almeno il 20% delle donne con cancro della mammella trattate in Italia rientra ancora, purtroppo, in questa categoria.

E la Toscana?

L'attuale organizzazione della senologia in Regione toscana è il punto di arrivo di un percorso normativo che parte con la costituzione dell'Istituto Toscano Tumori (2003), i programmi di riqualificazione degli screening (2004), la Direttiva per l'attivazione delle unità multidisciplinari di senologia (2007) fino alla delibera del 31 Marzo 2014 che costituisce la rete dei centri di senologia. In questi anni sono state prodotte e aggiornate dall'Istituto Toscano Tumori proprie Raccomandazioni Cliniche per il tumore della mammella, si è proceduto ad una valutazione dei percorsi con specifici indicatori insieme ad una analisi, condotta con il Laboratorio MeS (Management e Sanità), sui bisogni del paziente e l'offerta sanitaria.

In questo centro cambierà qualcosa?

Il centro senologico dell'azienda ospedaliera Universitaria Pisana è ben funzionante da dieci anni: nel 2010, oltre alla sede attuale in un unico edificio, abbiamo ottenuto la formalizzazione, con delibera aziendale, del percorso multidisciplinare e di tutte le figure professionali, mediche, infermieristiche tecniche e amministrative che contribuiscono allo svolgimento del lavoro.

All'inizio di quest'anno, grazie al generoso contributo dell'Associazione Senologica Internazionale, abbiamo potuto iniziare un progetto di informatizzazione che ci permetterà di raccogliere dati non auto referenziati, davvero utili per la certificazione e anche per la ricerca. Pertanto raccogliamo la sfida, certi che il confronto non potrà che stimolarci a migliorare la qualità dei servizi che offriamo alle nostre pazienti.



Diagnostica senologica personalizzata nelle donne giovani

Carolina Marini, Monica Moretti

Sezione di Senologia Radiologica
Centro Senologico AOUP



Secondo l'Eusoma (Società Europea di Mastologia) per donna giovane si intende una donna di età inferiore a 40 anni cioè in età pre-mammografica.

Proprio in questa fascia di età il tumore della mammella è un evento raro anche se la sua incidenza appare negli ultimi anni in progressivo aumento.

Negli Usa il 5% della popolazione che ammalata di carcinoma della mammella esordisce al di sotto dei 40 anni e pertanto colpisce donne giovani.

Un tumore su 40 esordisce nelle donne con età minore di 35 anni quindi giovanissime e soprattutto in questo gruppo di pazienti si riscontra una maggiore associazione con componenti genetico-familiari.

Negli ultimi anni si è maggiormente focalizzato l'interesse e lo studio sulle donne giovani che ammalano di tumore alla mammella perchè molto spesso questa patologia si associa ad una maggiore mortalità, ad un maggior rischio di recidive e ad un maggiore rischio di sviluppare un tumore controlaterale in particolare nelle donne portatrici di mutazione genetica BRCA. Tutto questo inoltre va di pari passo con l'impossibilità di ottenere una diagnosi precoce per l'assenza di programmi di screening in questa fascia di età, per la diagnosi che spesso è tardiva (la paziente giunge all'osservazione radiologica con una lesione palpabile nella maggior parte dei casi autoriscontrata), per una differente biologia tumorale caratterizzata da un progredire tendenzialmente più elevato e spesso per l'assenza di espressività recettoriale ormonale.

L'autopalpazione è una pratica da promuovere e diffondere a livello mediatico proprio in quelle fasce di popolazione femminile che non tendono a sottoporsi a controlli strumentali periodici, data l'età.

È noto dalla letteratura che l'autopalpazione nelle donne che la praticano regolarmente consente di mettere in luce tumori più piccoli e con un interessamento delle stazioni linfonodali più favorevole.

D'altro canto, sottoporre le donne giovani a screening mammografico ha poco senso data la bassa sensibilità di questo esame strumentale proprio in pazienti con alta densità parenchimale tipica delle donne giovani.

L'esame ecografico ha un ruolo fondamentale in questa fascia di età; infatti nella diagnostica senologica ha sicuramente un ruolo prioritario e riesce nella

quasi totalità dei casi a fare diagnosi, senza sottoporre le giovani donne a problematiche di esposizione a radiazioni ionizzanti.

Inoltre l'ecografia è un esame che valuta sia la mammella che l'eventuale interessamento dei linfonodi ascellari, non ultimo fornendo la guida pratica e rapida all'accertamento biotico.

L'ecografia pertanto è sicuramente l'esame diagnostico di prima scelta nella donna giovane e sintomatica.

Può avere un senso lo screening di donne giovani asintomatiche con ecografia? È una domanda aperta. Teoricamente sì perché l'ecografia consente di trovare tumori di piccole dimensioni ancora non evidenti alla palpazione (quindi con prognosi migliore) ma non ci sono in letteratura studi statisticamente significativi che documentino la diretta correlazione tra diagnosi precoce di lesione non-palpabile e prognosi.

Un capitolo a parte è rappresentato dalle donne definite "ad alto rischio" che presentano una percentuale di ammalare maggiore del 20-30% rispetto alla popolazione generale.

Le Linee Guida accreditate nazionali ed internazionali consigliano fortemente screening annuale a partire dai 30 anni con Risonanza Magnetica.

Se oltre alla percentuale di rischio si associa una mutazione genetica BRCA 1, BRCA 2 o del P53 l'età di inizio dello screening RM viene anticipata anche a partire dai 20 anni.

Rientrano nella categoria dell'alto rischio le parenti di primo grado delle pazienti mutate e le donne irradiate sul mediastino in età giovanile.

La RM viene utilizzata anche per la stadiazione dei tumori nelle donne giovani.

L'insorgenza del carcinoma mammario in gravidanza¹ e allattamento presenta aspetti clinici e psicologici spesso drammatici, perché spesso si tratta di tumori più aggressivi e con prognosi peggiore, fortunatamente con bassa percentuale di incidenza.

Inoltre colpiscono le donne proprio nel momento della vita più bello e la diagnosi precoce può essere molto difficile, a causa delle variazioni strutturali e volumetriche che subisce il seno in questo particolare periodo.

Spesso le donne arrivano alla nostra attenzione con quadri avanzati che rendono difficile il tratta-

¹ Il carcinoma mammario in gravidanza è stato trattato nel primo numero di questa rivista: "Il ginecologo e il carcinoma della mammella", Angiolo Gadducci e Nora Lanfredini.

mento. Le donne in gravidanza inoltre si trovano a dover affrontare una decisione difficilissima che consiste nell'affrontare drammaticamente la scelta tra perdere il bambino e curarsi oppure portare la gravidanza a termine e rimandare al dopo il trattamento chemioterapico. È una scelta etica e personale molto ardua che spesso comporta conseguenze drammatiche per la donna stessa.

Altro capitolo importante nelle donne giovani è rappresentato dall'approccio diagnostico nelle portatrici di mastoplastica additiva protesica molto spesso per motivi estetici più raramente conseguenza di trattamenti radicali per patologia.

Nelle quotidianità verifichiamo in questi casi una scarsa sensibilizzazione alla necessità di effettuare controlli strumentali.

L'ecografia è la metodica migliore nelle pazienti con protesi sia sintomatiche che asintomatiche perché studia molto bene la ghiandola e la protesi. Nel sospetto ecografico di rottura protesica l'esame di elezione è rappresentato dalla RM senza mezzo di contrasto.

Il carcinoma nelle donne giovani è una problematica emergente e con una ricaduta sociale drammatica.

La relativa bassa incidenza, l'elevata densità mammaria e l'alta velocità di replicazione cellulare unita alla radiosensibilità sconsigliano uno screening mammografico.

Per le stesse motivazioni anche metodiche diagnostiche più recenti come l'applicazione della Tomosintesi all'esame mammografico, trovano scarsa applicazione nelle donne giovani.

Infatti la recente Tomosintesi esegue una "stratigrafia" dello spessore mammario, consentendo una maggior definizione mammografica delle mammelle dense, ma attualmente con maggiore esposizione di dose, pertanto sconsigliabile in donne giovani.

Lo screening ecografico è efficace fino ad un certo punto per la tempistica con cui eseguire i controlli; inoltre non vi sono studi validati in letteratura che dimostrino un vantaggio di questa metodica ai fini della sopravvivenza.



Pertanto la valutazione diagnostica delle donne giovani parte da programmi di sensibilizzazione sull'importanza dell'autopalpazione e su come si debba effettuare. È fondamentale che ogni donna impari a conoscere il proprio seno. Si può approfittare di alcuni momenti, come la doccia o quando ci si spoglia, per prendere confidenza col proprio seno, osservandolo e palpendolo. Questo aiuterà a mettere in luce eventuali cambiamenti o anomalie palpabili. In questi casi è importante segnalare immediatamente al proprio medico ogni minima variazione ed eventualmente farsi sottoporre ad esame ecografico da uno specialista in diagnostica senologica.

Deve inoltre essere aumentata la disponibilità dell'ecografia mammaria sul territorio predisponendo programmi indispensabili di perfezionamento degli operatori. Molto spesso infatti l'ecografia mammaria viene eseguita da non radiologi e non senologi con scarse competenze specifiche sia nell'atto diagnostico che nell'impostazione e programmazione di un adeguato e tempestivo percorso multidisciplinare, che consente alle donne a rischio di accedere regolarmente e con efficacia al percorso di accertamento che può essere seguito da eventuale trattamento chirurgico adeguato al suo problema specifico senza doversi sobbarcare costi ulteriori.

Il punto sulla chirurgia della mammella

Matteo Ghilli

Chirurgo generale, Senologo

Dirigente medico Centro Senologico - Pisa



La chirurgia degli anni duemila poco ha a che vedere con quella del secolo scorso, anche solo degli anni '80. La tecnologia ha certamente avuto un impatto essenziale su questo cambiamento ma, specialmente

nell'ambito oncologico, più di tutto è cambiata la filosofia e la concezione stessa della malattia-cancro. Si è passati da una visione locale del tumore (malattia di organo), ad una visione loco-regionale (malattia del

distretto corporeo), ad una visione sistemica (malattia dell'organismo) fino agli ultimi sviluppi che vedono la malattia oncologica come malattia della persona, intesa come corpo, anima ed elemento che è parte della famiglia, della società e dell'umanità.

Nell'ambito senologico, la maggiore diffusione dei programmi di screening mammografico, il perfezionamento delle indagini diagnostiche e certamente una maggiore informazione e consapevolezza del problema (da parte delle donne, dei loro partner e della classe medica, anche grazie al ruolo fondamentale svolto in questo ambito dalle associazioni di volontariato costituite in gran parte da ex-pazienti) hanno portato, nell'ultimo decennio, ad un continuo incremento dei casi di tumori del seno diagnosticati in stadio precoce. Questo, unito alla maggiore efficacia delle cure nel loro complesso, ha determinato un netto miglioramento della mortalità per carcinoma, a fronte di un significativo aumento dell'incidenza, purtroppo in fasce di età sempre più precoci.

Una conoscenza nettamente più approfondita della malattia, della sua biologia, delle sue basi genetiche, ha portato allo sviluppo di cure mediche *taylored* (personalizzate, messe a punto specificamente per quella determinata malattia che ha colpito "Gaia", completamente diversa dalla malattia che ha colpito "Valentina", anche se sempre chiamata carcinoma mammario). Ha comportato inoltre l'elaborazione di un vero e proprio percorso multidisciplinare, in cui ogni attore (una parte di essi è ben rappresentata tra gli autori di questa rivista) è essenziale per la cura, intesa davvero come superamento – se possibile – della malattia e *restitutio ad integrum*, in senso fisico, psicologico e sociale.

La chirurgia non poteva non adeguarsi a questo mutato contesto, e la chirurgia senologica ha fatto da apripista ad un nuovo modo di intendere la cura del cancro, ad un approccio meno invasivo anche grazie all'utilizzo di tecnologia e materiali innovativi e di tecniche, mediate dalla chirurgia plastica, ad impatto più favorevole.

La chirurgia conservativa seguita da radioterapia è da oltre 30 anni considerata il gold standard terapeutico per il carcinoma della mammella in stadio precoce. I risultati a distanza di lunghi tempi di follow-up (osservazione) di numerosi studi (primi tra tutti quelli di Umberto Veronesi) hanno infatti confermato in modo definitivo l'equivalente efficacia terapeutica in termini di sopravvivenza globale e libera da malattia di questa opzione a confronto con la mastectomia.

Un buon trattamento conservativo deve garantire il conseguimento di due obiettivi fondamentali: l'asportazione completa della neoplasia nel rispetto dei criteri della radicalità oncologica e l'ottimizzazione dei risultati estetico-ricostruttivi.

Per quanto concerne la radicalità, le problematiche da affrontare riguardano: le cosiddette lesioni "non palpabili", non apprezzabili all'esame obiettivo ma

solo dagli esami strumentali, e che per essere trattate in modo opportuno devono prima essere localizzate con precisione (particolarmente importante a questo proposito il capitolo microcalcificazioni); ancora, riguardano le forme di malattia multipla, multifocale o multicentrica, sempre più spesso rilevate con l'impiego della risonanza magnetica (RM), esame di grande utilità ma solo nelle situazioni in cui è indicata (errato e dannoso pensare di fare la RM a tutte le pazienti, o addirittura impiegarla come esame di screening: infatti ha alta sensibilità nel trovare le lesioni ma una bassa specificità, cioè spesso segnala anche reperti che sono privi di significato chirurgico); altro elemento essenziale, su cui la letteratura scientifica rileva punti di vista diversi nel dettaglio ma sostanzialmente convergenti circa il fatto che si tratti di un aspetto essenziale, è la qualità dei margini della resezione chirurgica: semplificando, i margini devono essere indenni da malattia per poter minimizzare il rischio di recidiva locale.

Questa correlazione negativa tra volume del tessuto escisso e risultato estetico ha spinto in passato ad utilizzare resezioni più limitate ma gli studi hanno dimostrato che questo atteggiamento può esporre la paziente ad una maggiore recidiva locale. Nel tentativo di acquisire efficacia in termini di radicalità ed al tempo stesso ottimizzare il risultato estetico-ricostruttivo, sono state introdotte, negli ultimi anni, nuove procedure chirurgiche che combinano i principi della chirurgia oncologica con accorgimenti propri della chirurgia plastica (accurata pianificazione dell'incisione e delle escissioni, condotte secondo i criteri delle diverse mastoplastiche riduttive; rimodellamento ghiandolare; riposizionamento del complesso areola capezzolo; correzione della mammella controlaterale etc.). Queste nuove tecniche, chiamate "oncoplastiche", facilitano il compito del chirurgo anche nelle pazienti con lesioni localizzate in quadranti considerati a maggior rischio di inestetismi (quadranti mediali ed inferiori) o in caso di rapporto diametro tumorale/dimensioni della ghiandola mammaria non particolarmente favorevole.

Restano escluse dall'opzione conservativa, e quindi candidate alla mastectomia: le pazienti in cui il rapporto mammella/tumore è sfavorevole; le pazienti con lesioni multicentriche o con carcinomi infiammatori; le pazienti con controindicazioni alla radioterapia; coloro che espressamente rifiutino l'opzione conservativa o che presentino una mutazione genetica a carico dei geni BRCA 1 o 2, che le porta ad avere un rischio altissimo di ammalarsi di carcinoma mammario e/o ovarico.

La chirurgia è tuttavia cambiata anche per loro. Oggi infatti la mastectomia è anni luce lontana dall'intervento descritto un secolo fa da Halsted e di norma viene sempre associata ad una ricostruzione immediata, con alcune eccezioni limitate a forme di malattia localmente molto aggressive che richiedono

la radioterapia in tempi stretti oppure a pazienti molto anziane o con forti problemi di salute, che non sono in grado di sostenere un iter ricostruttivo o infine a pazienti che espressamente e liberamente rifiutano l'opzione ricostruttiva.

Le mastectomie oggi sono definite anch'esse conservative, in relazione al fatto che viene preservata la cute (gran parte), il solco inframammario e, dove possibile, il complesso areola-capezzolo. Il nuovo approccio "conservativo" anche nell'ambito della chirurgia demolitiva (scuserete l'apparente bisticcio di parole), ha contribuito a rendere la mastectomia un intervento spesso accettato e talvolta richiesto dalla paziente, anche in situazioni che ben si potrebbero affrontare con la quadrantectomia. In effetti, specialmente nei centri senologici di alta specializzazione, il tasso di mastectomie risulta piuttosto elevato e si attesta sul 30%. Le cause sono da ricercare certamente nel nuovo approccio più rispettoso dell'integrità della donna; nel maggior tasso di malattie multiple, anche in relazione all'impiego di RM mammaria; e nel fatto che la popolazione che giunge ai centri senologici di riferimento è "selezionata" essendo forte la presenza di donne con elevata familiarità o con mutazione genetica o con mammelle complesse dove è dimostrata la presenza di lesioni precancerose/fattori di rischio al cancro vero e proprio (che chiedono la mastectomia bilaterale) o ancora di donne giovani che spesso rientrano nelle categorie suddette (mammelle complesse con forme multiple di malattia o con lesioni precancerose, con mutazioni genetiche, o fortemente motivate a fare interventi demolitivi).



A queste donne, dopo averle attentamente ascoltate, correttamente studiate sotto il profilo della malattia ma anche delle loro aspettative e della loro psiche, bisogna dire con chiarezza che la mastectomia riduce nettamente ma non azzerava il rischio di recidiva sulla parete, non sempre esclude la necessità di radioterapia, non sempre porta a risultati ricostruttivi ottimali e, anche in presenza di ottimi risultati, non sempre porta ad una buona accettazione da parte della paziente stessa. Quindi, in estrema sintesi, l'opzione mastectomia non deve essere relegata a casi marginali ma deve comunque essere valutata se esistono le indicazioni e forti motivazioni che spingono la paziente e il medico a prenderla in esame, dopo colloqui esaurienti e chiari.

La cura chirurgica del carcinoma mammario è, concludendo, un insieme di opzioni tra le quali scegliere la migliore per la nostra paziente, quella donna che ci guarda con fiducia, con paura, con speranza, con forza e con tanta dignità.

Ricostruzione mammaria personalizzata nelle giovani pazienti

Livio Colizzi

*Specialista in Chirurgia Plastica, Ricostruttiva ed Estetica
Dirigente medico Centro Senologico - Pisa*



Come in ogni cosa la parte più difficile è iniziare, infatti anche nell'accingermi a scrivere questo articolo i dubbi sono stati molti ma sicuramente il principale è stato quello del pubblico a cui mi sarei rivolto: personale medico e non medico ma soprattutto pazienti o future pazienti, ognuna con i propri dubbi, le proprie paure e le proprie speranze di fronte ad un percorso di cura lungo ed impegnativo per loro ed i loro cari.

Anche rileggendo il titolo per organizzare le idee è subito sorto un dubbio a fermare la mia scaletta: chi sono le giovani donne in rapporto ad una ricostruzio-

ne mammaria? Credo che sia impossibile definire un'età al di sotto o al di sopra della quale si è giovani, perché molteplici sono i fattori da prendere in considerazione in una paziente che deve essere sottoposta ad una mastectomia, sia medici che di carattere generale (personale, familiare, lavorativo e sociale).

È opportuno dire che le donne mastectomizzate spesso presentano alterazioni psicologiche ed emozionali di notevole grado con effetti che persistono per anni. La donna colpita da cancro mammario subisce contemporaneamente tre tipi di stress emotivo: il primo legato al pericolo di morte, il secondo legato

alla necessità di subire un intervento chirurgico, il terzo legato alla mutilazione estetica. Essere a conoscenza del fatto che è possibile correggere l'amputazione d'organo con un intervento ricostruttivo migliora notevolmente le condizioni psicologiche delle pazienti che si mostrano più fiduciose nell'affrontare il problema.

È bene ricordare non solo gli aspetti psicologici ma anche fisici della mastectomia, ovvero le modificazioni subite dal rachide in termini di equilibrio, dovute da un lato alla mancanza delle parti asportate (mancanza del naturale contrappeso controlaterale), dall'altro forse ad atteggiamenti posturali di compenso (danno parziale al muscolo gran pettorale con relativa ipotrofia da minor uso), nonché a posture condizionate dallo stato psicologico della paziente al fine di nascondere meglio la mutilazione subita (frequente riscontro di pazienti con spalle incurvate in avanti, in atteggiamento di difesa, quasi rannicchiata).

La base da cui partire è sicuramente il dato epidemiologico: il cancro della mammella è il tumore più frequente nella donna in qualsiasi fascia di età (1 donna su 8 si ammala nel corso della vita), ma se è in lieve riduzione nelle donne sopra i 50 anni, l'incidenza risulta stabile fra i 40 ed i 50 anni, mentre è in lieve aumento fra i 30 ed i 39 anni (+0,8÷0,9 % all'anno) ed in netto aumento al di sotto dei 30 anni (+3% all'anno).

Quindi, poiché sempre più donne "giovani" si ammalano e sempre più donne sono da considerare "giovani" sia perché la vita si è allungata sia perché con la terapia (chirurgica e medica) si può guarire da questa malattia, la chirurgia plastica ricostruttiva assume un ruolo determinante nel percorso di cura e diventa parte integrante del trattamento al pari della diagnostica senologica, della chirurgia oncologica, dell'oncologia medica, del trattamento psicologico e fisioterapico. È per questo che all'interno delle Breast Unit o Centri Senologici è prevista la figura del chirurgo plastico dedicato, in modo da poter garantire standard di cura e risultati cosmetici adeguati.

Il ruolo del chirurgo plastico dal primo incontro con la paziente è quello di verificare le conoscenze della donna in merito alla ricostruzione mammaria e discutere delle sue aspettative e dei suoi desideri. Fondamentale è informare la paziente sulle possibilità ed i limiti terapeutici, i rischi, la localizzazione delle cicatrici, il numero di interventi ed il tipo di materiali utilizzati. Bisogna presentare quindi una gamma realistica dei risultati ed evitare aspettative che se non realizzate possono generare insoddisfazioni e recriminazioni.

La ricostruzione mammaria si prefigge di ottenere una mammella con forma, volume e proiezione naturali, proporzionata al corpo della paziente e simmetrica rispetto alla mammella controlaterale; ovviamente la paziente deve essere consapevole del fatto che la mammella ricostruita non potrà mai essere completamente "normale" e che in linea di massima

non è possibile restituire la mammella originale.

I fattori decisivi condizionanti l'intervento sono rappresentati dalle condizioni generali della paziente, dal rischio anestesilogico e per ultimo, ma non per questo meno importante, dalla motivazione della paziente, ovvero dal desiderio di essere sottoposta ad intervento ricostruttivo; in linea di massima quindi non esistono limitazioni alla ricostruzione e non esistono pazienti "giovani" o "anziane"!

La decisione riguardo a come ricostruire la mammella dopo mastectomia dipende da una serie di parametri quali:

- il tipo di malattia
- l'intervento oncologico programmato o già effettuato
- eventuali pregressi interventi chirurgici alla mammella
- le caratteristiche della mammella malata (forma, volume, trofismo cutaneo) e della controlaterale
- pregressi trattamenti quali radioterapia o chemioterapia
- presenza di mutazione genetica BRCA1-2
- comorbidità associate
- disponibilità di tessuti autologhi
- preferenze della paziente.

La ricostruzione mammaria può essere realizzata utilizzando del materiale protesico o mediante trasposizione di tessuto autologo prelevato da altre sedi. Generalmente, in caso di ricostruzione simultanea, si preferisce ricostruire mediante l'ausilio di una protesi o di un espansore tissutale; in caso di ricostruzione differita è invece preferibile ricorrere ad un lembo miocutaneo autologo trasposto in regione mammaria, specie se occorre reintegrare la cute ed il muscolo pettorale.

È possibile quindi distinguere tre tipi di ricostruzione in base al materiale utilizzato: espansore/protesi, lembi miocutanei autologhi, interventi misti (lembo+protesi).

Dal punto di vista della tempistica invece la ricostruzione mammaria può essere simultanea o differita: si parla di ricostruzione simultanea quando il percorso ricostruttivo inizia al momento della mastectomia con il posizionamento di un espansore (ricostruzione in due tempi) oppure della protesi definitiva (ricostruzione in un tempo unico); si parla invece di ricostruzione differita quando è successiva al tempo oncologico demolitivo. Attualmente si procede sempre ad una ricostruzione simultanea ad eccezione di casi in cui ci sia già in fase pre-operatoria un'indicazione a radioterapia post-operatoria o per espressa richiesta della paziente di non essere sottoposta a ricostruzione.

La ricostruzione simultanea avviene nella maggioranza dei casi in due tempi chirurgici: nel primo tempo, al termine della mastectomia, viene posizionato al di sotto del muscolo grande pettorale un espansore tissutale che ha la funzione di creare nel tempo la ta-

sca muscolare all'interno della quale verrà posizionata la protesi definitiva col secondo tempo chirurgico; la cute ed il tessuto sottocutaneo al termine della mastectomia non hanno infatti uno spessore sufficiente a garantire una copertura della protesi definitiva nel tempo ed è per questo che il muscolo pettorale dovrà essere dilatato progressivamente per accoglierla in maniera sicura.

Il riempimento o “gonfiaggio” dell'espansore con soluzione fisiologica avviene in ambulatorio nei mesi successivi all'intervento attraverso una procedura indolore e di breve durata; generalmente sono necessarie 3-4 espansioni per raggiungere il volume desiderato che non sarà necessariamente quello della mammella superstite poiché nel secondo tempo chirurgico si procede abitualmente anche ad un rimodellamento di tale mammella con tecniche di chirurgia plastica quali la mastoplastica riduttiva, mastoplastica additiva (posizionamento di protesi), mastopessi (lifting della mammella) in modo da ottenere la miglior simmetria possibile.

È possibile procedere ad una ricostruzione simultanea in un unico tempo chirurgico, ossia posizionando al termine della mastectomia la protesi definitiva, in presenza di mammelle di dimensioni medio/piccole con ptosi assente/lieve oppure di mammelle grandi con ptosi elevata. Nel primo caso ci si avvale di matrici tissutali di origine animale sintetica o miste che insieme al muscolo pettorale creano la tasca dove alloggiare la protesi; nel secondo caso invece la tasca protesica viene creata utilizzando il muscolo pettorale ed un lembo dermo-adiposo dai quadranti inferiori della mammella (Skin Reducing Mastectomy).

Ovviamente per entrambe le tecniche ci sono anche indicazioni oncologiche ed è inoltre di fondamentale importanza che la regione mammaria della paziente abbia un buon trofismo cutaneo in modo da evitare spiacevoli complicanze legate a queste tecniche ricostruttive.

La ricostruzione in un unico tempo chirurgico è l'intervento di scelta nelle mastectomie profilattiche in pazienti con mutazione genetica (Angelina Jolie per intenderci...) sempre che le condizioni tecniche già descritte lo permettano.

Le protesi mammarie maggiormente utilizzate sono formate da una capsula (di silicone o poliuretano) contenente silicone in forma di gel coesivo che conferisce caratteristiche di consistenza, morbidezza e mobilità più simili a quelle tipiche della mammella.

Dal punto di vista della forma si differenziano in rotonde (maggiormente utilizzate in chirurgia estetica) ed anatomiche (“a goccia”), sempre utilizzate in chirurgia ricostruttiva proprio per la forma uguale a quella della mammella e per l'ampia scelta dipendente dalle combinazioni possibili fra dimensioni (base ed altezza) e proiezione.

La ricostruzione con tessuti autologhi si riserva ge-



neralmente a casi in cui sia necessario reintegrare sia la pelle che il muscolo pettorale (mastectomia con ampia asportazione di cute o di muscolo per neoplasie che infiltrano l'uno o l'altro) o a casi in cui sia controindicato l'utilizzo di espansori e protesi come ad esempio in pazienti che hanno subito radioterapia e i cui tessuti non sono quindi elastici ed espandibili (pazienti sottoposte a mastectomia + radioterapia o pazienti con una recidiva su una mammella già sottoposta a quadrantectomia + radioterapia).

I due principali interventi che utilizzano i tessuti autologhi sono la ricostruzione con lembo miocutaneo di muscolo gran dorsale ed il DIEP (Deep Inferior Epigastric Perforator): il primo consiste nella rotazione del muscolo gran dorsale con un isola cutanea dal dorso alla regione mammaria nella sede della mastectomia; il muscolo gran dorsale sostituirà il muscolo grande pettorale come tasca per la protesi e l'isola cutanea servirà a reintegrare la cute mancante.

Il DIEP consiste invece in un vero e proprio autotrapianto costituito dal prelievo al di sotto dell'ombelico, in regione addominale, di un lembo cutaneo-adiposo da impiantare in regione mammaria; si tratta di un intervento microchirurgico che necessita di un'anastomosi vascolare da eseguire con strumenti ed apparecchiature particolari per cui le indicazioni e soprattutto le controindicazioni devono essere valutate con attenzione caso per caso.

La ricostruzione mammaria mediante utilizzo di protesi è ad oggi la tecnica più utilizzata non solo in Italia ma nel mondo e questo grazie anche allo sviluppo da parte delle ditte produttrici da un lato di una gamma vastissima di protesi che permettono di ottenere ottimi risultati e dall'altro di un livello di qualità del prodotto che ne garantisce una longevità ed una resistenza che va ben oltre i famosi “dieci anni”; le protesi mammarie che vengono usate in chirurgia ricostruttiva sono le stesse che si usano in chirurgia estetica e quindi permettono alla paziente una vita assolutamente normale senza il rischio che si rompano... nemmeno in aereo!

Quello di cui le pazienti devono essere informate è che qualsiasi tipo di ricostruzione (soprattutto protesi-

ca) purtroppo non è come un diamante... non è per sempre! Soprattutto nelle pazienti anagraficamente più "giovani" e quindi con un'aspettativa di vita più lunga, sono sempre da mettere in conto interventi correttivi, generalmente meno invasivi della ricostruzione, che si rendono necessari per la comparsa di eventuali complicanze legate al posizionamento della protesi, per il

diverso comportamento della mammella ricostruita e quella superstite o semplicemente per il cambiamento del fisico nel tempo. Quindi non è tanto la necessità di sostituire la protesi dopo un certo numero di anni per un suo deterioramento quanto la volontà, sia del chirurgo che della paziente, di migliorare un risultato che può essersi modificato nel tempo.

L'importanza della biologia molecolare nel trattamento del carcinoma della mammella

Andrea Michelotti

U.O. Oncologia Medica I - Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana



12

Parlando di tumori femminili il carcinoma della mammella è sicuramente quello che ha il maggiore impatto sulla popolazione generale a causa della elevata incidenza. In Italia si stima che nel 2013 vi siano stati circa 48.000 nuovi casi di carcinoma mammario mentre la prevalenza è di poco superiore a 500.000 casi (dati relativi al 2006).

Il carcinoma della mammella ha sempre rappresentato tra le varie patologie oncologiche un campo fondamentale di ricerca e di sviluppo di nuovi concetti poi estesi anche ad altre patologie oncologiche.

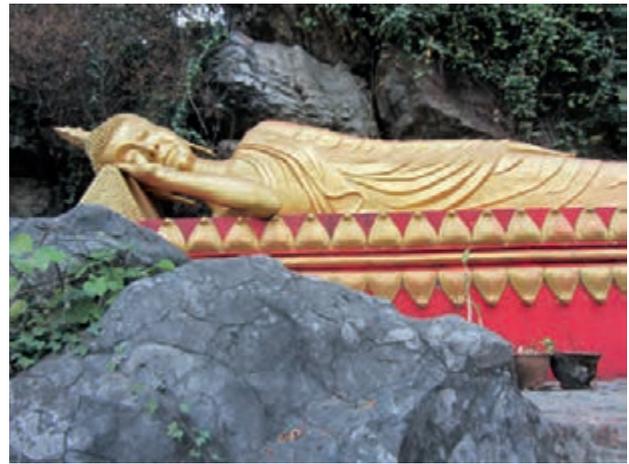
Pensiamo per esempio alla chirurgia: si è passati dal concetto di un trattamento ampiamente demolitivo (mastectomia radicale e linfadenectomia ascellare) ad una terapia che a parità di risultato terapeutico tenesse conto del mantenimento dell'integrità fisica e psichica della paziente. Mi riferisco alla chirurgia conservativa della mammella che ha permesso di passare dalla mastectomia radicale, con la sua sequela di alterazioni funzionali, estetiche e psicologiche (linfedema, impotenza funzionale dell'arto superiore, alterazione dello schema corporeo), alla quadrantectomia che permette l'asportazione di una sola parte della mammella, fino alle tecniche più recenti che hanno permesso di passare dalla linfadenectomia ascellare alla resezione del solo linfonodo sentinella. Tutto questo è stato possibile grazie all'intuizione di alcuni chirurghi, che avevano ipotizzato e poi ampiamente dimostrato in studi clinici controllati, che una chirurgia demolitiva non apportava alcun vantaggio in termini di cura. Oggi tutto ciò può apparire semplice ma in realtà è stato molto difficile introdurre questi concetti nella pratica clinica.

In campo radioterapico il trattamento si è reso più appropriato grazie alla disponibilità di strumenti in grado di risparmiare il più possibile i tessuti sani, sia definendo una popolazione di pazienti che dopo qua-

drantectomia può giovare di una terapia radiante solo su una parte della ghiandola mammaria da eseguire già direttamente in sala operatoria al momento dell'intervento.

Anche nel campo dell'oncologia medica, la più giovane delle discipline che trattano questa patologia, numerosi sono stati i progressi. Il progresso maggiore è stato sicuramente l'introduzione del concetto di "terapia adiuvante" che ha permesso di superare la barriera alla guarigione imposta alla chirurgia interpretando il carcinoma mammario come una malattia sistemica. Nel campo della chemioterapia si sono aggiunti nel tempo nuovi farmaci ed è stato razionalizzato il loro utilizzo. La tradizionale ormonoterapia che ai suoi albori, alla fine del XIX secolo, era rappresentata dalla semplice ovariectomia si è andata sviluppando attraverso l'introduzione di nuovi trattamenti antiestrogenici (tamoxifene, inibitori delle aromatasi, antiestrogeni puri) ma soprattutto selezionando le pazienti suscettibili di questo trattamento attraverso la definizione dello stato recettoriale estrogenico come elemento predittivo di ormonosensibilità. Lo studio dei recettori estrogenici e la correlazione con la terapia antiestrogenica ha sicuramente rappresentato il primo esempio di terapia bersaglio specifica. Questo concetto inizialmente applicato in maniera empirica si è andato sempre più approfondendo man mano che le conoscenze sulla biologia del tumore si sono andate sviluppando. Da alcuni anni quello che guida la scelta dell'oncologo è sempre più la biologia del tumore. Fino a tempi recenti la capacità selettiva del medico era limitata alla scelta del tipo di terapia medica in base all'età, alle condizioni generali della paziente, alla possibile presenza di comorbidità. Oggi sempre più la scelta si basa su dati che provengono dal laboratorio ed in particolare dal laboratorio di biologia molecolare. Il carcinoma della mammella ci

offre da questo punto di vista l'esempio più significativo in campo oncologico con alcuni avanzamenti maggiori che cercherò di tratteggiare. Il primo campo di avanzamento è proprio quello della terapia antiestrogenica. Sia che si tratti di una terapia precauzionale post-chirurgica o di una terapia per la malattia avanzata questa è legata alla presenza del bersaglio rappresentato dall'espressione dei recettori ormonali da parte della cellule tumorali. Per decenni le pazienti sono state sottoposte a ovariectomia bilaterale in caso di carcinoma mammario in maniera generalizzata. Oggi sappiamo che solamente quelle che esprimono recettori per gli estrogeni e/o per il progesterone possono giovare di una terapia antiestrogenica. In altre parole, se noi selezioniamo la popolazione in base allo stato recettoriale rendiamo più efficiente il nostro trattamento ed evitiamo una terapia inutile in un'ampia serie di pazienti. Attualmente lo sforzo maggiore che si fa in oncologia è infatti proprio quello di personalizzare il più possibile la terapia che andiamo a somministrare. Ancora nel campo della terapia ormonale le conoscenze biologiche permettono di utilizzare terapie specifiche anche quando la tradizionale terapia antiestrogenica ha perso la sua efficacia. È questo il caso di everolimus che utilizziamo in associazione alla terapia ormonale (in particolare insieme ad un inibitore dell'aromatasi steroideo) quando la malattia non è più sensibile al trattamento ormonale tradizionale. Tutto ciò permette di prolungare il tempo all'inizio di un trattamento chemioterapico in caso di malattia avanzata e prolunga la possibilità di controllare a lungo termine l'evoluzione della malattia. Ma l'esempio che maggiormente ha modificato il trattamento del carcinoma mammario è stato il riconoscimento del ruolo fondamentale svolto da HER2 nella biologia della cellula neoplastica e di conseguenza la disponibilità di farmaci anti HER2. Basti pensare che nella popolazione dei pazienti HER2 positivi l'introduzione di trastuzumab (anticorpo monoclonale anti HER2) ha ridotto di circa il 50% il rischio di ricaduta a distanza rispetto ai trattamenti precauzionali tradizionali includenti la sola chemioterapia. I successi ottenuti con trastuzumab nel carcinoma mammario HER2 positivo sono stati così eclatanti che altri farmaci si sono sviluppati in questo settore (lapatinib, pertuzumab, TDM1) con ulteriori avanzamenti sia nella malattia operabile che nei quadri più avanzati di malattia. Attualmente è tale l'importanza di conoscere la biologia del tumore che in caso di ripetizione a distanza non ci accontentiamo più di conoscere i dati sul tumore primitivo ma, quando possibile, si ripete un prelievo sulla lesione a distanza in modo da poter impostare il trattamento più personalizzato possibile per quella paziente e studi sono in corso per utilizzare la presenza di cellule tumorali circolanti per stabilire sulle loro caratteristiche la scelta della terapia medica. Il risultato è che oggi non è più possibile trattare il carcinoma mammario senza una stretta collaborazio-



ne tra l'oncologo clinico e il laboratorio di biologia molecolare. Anche da parte di chi sta in laboratorio sempre maggiore è la consapevolezza dell'importanza del lavoro svolto e c'è sempre più interesse a capire le ricadute positive del loro lavoro dal punto di vista clinico.

Che possiamo dire della chemioterapia? Questa ha rappresentato per lungo tempo la terapia principale che avevamo a disposizione. Oggi la chemioterapia continua a svolgere ancora un ruolo fondamentale pur con una minore selettività rispetto ai nuovi farmaci. Intanto perché vi sono ancora dei tipi di carcinoma mammario non ancora trattabili con terapie specifiche e dove la chemioterapia rappresenta ancora la terapia di scelta. È poi innegabile il ruolo che ha la chemioterapia in associazione alle terapie bersaglio specifiche di cui uno degli esempi più classici è proprio trastuzumab. Naturalmente il ruolo della chemioterapia si è modificato rispetto al passato ma ancora è insostituibile nella terapia del carcinoma mammario.

Abbiamo visto che la biologia molecolare permette una maggiore personalizzazione della terapia antitumorale ma può anche fornire degli strumenti in grado di stabilire nel caso di trattamenti precauzionali quale sia la terapia più appropriata ed in particolare ci può indirizzare più razionalmente se trattare o meno una paziente con chemioterapia o con sola terapia ormonale. È questo il caso di due test attualmente già disponibili come Oncotype-Dx e mammaprint. Questi due test e in particolare Oncotype-dx trovano indicazione nel caso di pazienti in cui vi sia un'incertezza relativamente all'uso della chemioterapia. Tali test pur disponibili da alcuni anni da tempo, hanno un costo economico elevato e non sono stati ancora acquisiti dal sistema sanitario-nazionale per cui trovano al momento un'applicazione ridotta in Italia.

La strategia attuale è quella di utilizzare al meglio tutto ciò di cui disponiamo sulla base delle evidenze scientifiche con la massima attenzione a preservare l'integrità della paziente e ad ascoltare quelle che sono le preferenze della paziente stessa quando si debbano prendere decisioni per le quali vi sia incertezza dal

punto di vista scientifico. Tutto questo ha modificato profondamente la pratica clinica. Le pazienti sono molto più consapevoli sulle caratteristiche di questa malattia e l'informazione alla paziente è oggi una parte fondamentale e molto impegnativa della nostra pratica clinica. La condivisione con una paziente consapevole

e ben informata rappresenta un momento fondamentale nella decisione terapeutica. Ritengo anche questo un importante avanzamento nella personalizzazione della terapia oltre alla valutazione delle caratteristiche biologiche della malattia neoplastica.

Effetti collaterali delle terapie adiuvanti

Andrea Fontana

Dirigente Medico di I livello presso la U.O. Oncologia Medica 2 Universitaria dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana (Direttore Prof. A. Falcone), Istituto Toscano Tumori



In seguito ad un intervento chirurgico per una neoplasia mammaria si pone spesso l'indicazione ad eseguire un trattamento adiuvante o preventivo. L'obiettivo di tale trattamento risulta essere la riduzione del rischio che la malattia tumorale si possa ripresentare in futuro e rappresenta quindi il trattamento più importante nel panorama delle cure oncologiche.

Numerosi sono i farmaci che si possono impiegare con modalità e tempistiche diverse. Tra questi abbiamo la chemioterapia, la terapia ormonale e la terapia con anticorpi monoclonali. In quest'ultimo caso l'unico anticorpo approvato ed utilizzabile nel contesto del trattamento adiuvante risulta essere l'herceptin® (trastuzumab).

La Chemioterapia

È difficile sintetizzare quali possano essere gli effetti collaterali di un trattamento chemioterapico che dipendono naturalmente dal farmaco scelto, dalla dose di quest'ultimo, dalla durata e non per ultimo dalle caratteristiche della paziente (età, altre patologie non oncologiche associate, stato psicologico). Uno degli effetti collaterali più frequenti e di maggiore impatto emotivo è sicuramente l'alopecia ovvero la perdita transitoria dei capelli. Questa compare generalmente tra il primo ed il secondo ciclo di terapia, dopo in media 2-3 settimane dall'inizio del trattamento. I farmaci più comunemente utilizzati nel trattamento preventivo del tumore mammario, antracicline e taxani, sono gravati da questo evento avverso. Oltre a questo abbiamo effetti collaterali a carico del sistema ematico con la possibile riduzione dei valori dell'emoglobina, dei globuli bianchi e delle piastrine. La riduzione dei valori dei globuli bianchi rende conto di una maggiore suscettibilità verso stati infettivi che nella maggior parte dei casi sono lievi e clinicamente poco significativi, ma che in alcuni

casi possono richiedere l'utilizzo di terapie antibiotiche ed il ricovero in ambiente protetto. È fondamentale quindi che in corso di chemioterapia il paziente segnali al personale medico l'insorgenza di febbre (con valori superiori a 38°C) in modo tale da approntare rapidamente le cure necessarie. Ancora la chemioterapia può essere responsabile di nausea, diarrea, bruciore alla bocca (stomatite), stanchezza, disappetenza, congiuntivite, problematiche ungueali (fragilità delle unghie, alterazione della loro crescita o infezioni), formicolii alle mani ed ai piedi (la cosiddetta neurotossicità periferica tipica dei farmaci come il docetaxel o il paclitaxel), dolori e crampi muscolari. Più raramente alcuni prodotti possono determinare tossicità cutanea con arrossamenti e rush ed altri (le antracicline) disfunzioni cardiologiche. Tale evenienza risulta dose-dipendente ed oggi con i comuni schemi di terapia praticamente assente. Un discorso a parte merita il vomito chemioindotto che, per quanto riscontriamo oggi nella pratica clinica, mi sento di dire non costituisca più una problematica rilevante. Difficilmente i pazienti riferiscono episodi di vomito e questo grazie ai nuovi farmaci che vengono comunemente prescritti prima e nei giorni a seguire il trattamento chemioterapico. In ogni caso presso il nostro centro il paziente viene visitato ed ha un colloquio con il medico subito prima della somministrazioni della chemioterapia. Questo permette la valutazione degli esami ematici e degli effetti collaterali riferiti, in modo da poter da una parte intervenire sugli stessi con consigli o terapie mirate e dall'altra sulla chemioterapia apportando modifiche o riduzioni dei dosaggi.

La terapia Ormonale

Il trattamento ormonale esplica la sua azione preventiva mediante due meccanismi di azione: la ridu-

zione della quota di ormoni prodotti dal soggetto (sia in pre- che in post-menopausa) oppure il blocco dell'effetto degli stessi a livello delle cellule bersaglio. Semplicisticamente appartengono alla prima categoria di farmaci gli analoghi LHRH e gli inibitori dell'aromatasi (letrozolo, anastrozolo, exemestane) mentre fa parte della seconda il tamoxifen. L'impiego della terapia ormonale trova il suo razionale nei pazienti in cui le cellule tumorali asportate al momento dell'intervento chirurgico mostravano una certa ormonosensibilità (ovvero presentavano la cosiddetta positività dei recettori per l'estrogeno e/o per il progesterone). La terapia ormonale può essere l'unica prevenzione prescritta dall'oncologo o far parte integrante del trattamento chemioterapico. I principali effetti avversi del trattamento ormonale sono le cosiddette "vampate di calore", la difficoltà di concentrazione, la labilità emotiva e l'irritabilità, il sanguinamento vaginale ed i disturbi gastrointestinali. Sono da annoverarsi inoltre quali effetti collaterali, maggiormente legati agli inibitori dell'aromatasi, i dolori osteo-articolari diffusi, la rigidità muscolare specialmente mattutina, l'incremento dei valori ematici del colesterolo e delle transaminasi e la riduzione della densità ossea. L'osteopenia/osteoporosi che può essere indotta da questi farmaci spesso si somma ad un quadro di salute ossea non ottimale già presente prima dell'inizio del trattamento ormonale preventivo. Consapevoli di questa problematica presso il nostro centro di Pisa è ormai attiva da anni una valida collaborazione con i colleghi della Reumatologia che si occupano di osteoporosi. Alle pazienti candidate ad un trattamento con inibitori dell'aromatasi viene offerta la possibilità di accedere a questo ambulatorio specialistico e di eseguire periodici controlli densitometrici ossei (MOC). Per quanto riguarda tamoxifen è doveroso ricordare il rischio di sviluppare tumori dell'endometrio. L'incidenza di questi tumori dell'utero è piuttosto rara (si stima una incidenza del 3% circa ed una mortalità dello 0,5%) ed è prassi in tutti i centri verificare almeno annualmente le condizioni dell'endometrio mediante una semplice ecografia trans-vaginale.

Trastuzumab

Trastuzumab è un anticorpo monoclonale che trova indicazione in prevenzione nei casi in cui le cellule tumorali presentino una positività per una sostanza che prende il nome di HER2 o *cerbB2*-neu. Non essendo un chemioterapico non presenta particolari effetti collaterali. Da notare però è il rischio di cardiotoxicità del farmaco che impone un monitoraggio eco-cardiografico prima dell'inizio del trattamento e successivamente a cadenza tri/quadrimestrale sino al suo completamento. La maggior parte degli eventi cardiologici è del tutto asintomatica e si evidenzia solamente come una riduzione della forza contrattile del cuore (frazione di eiezione ventricolare o EF) che risulta assolutamente re-



versibile con l'interruzione del trattamento anticorpale. In alcuni casi (1-2%) tale tossicità può portare alla insorgenza di sintomatologia specifica tale da imporre l'avvio di una terapia cardiologica. Trastuzumab esplica la sua azione preventiva in combinazione con la chemioterapia ed al termine di questa in monoterapia per un anno complessivo di trattamento. Anche se la cardiotoxicità rappresenta una forte preoccupazione per il paziente non vi è dubbio che i vantaggi che il farmaco porta siano di gran lunga superiori ai rischi ad esso connessi. Presso il nostro centro da poco più di anno è iniziata una stretta collaborazione con la Cardiologia Universitaria (referente prof. Di Bello) grazie alla quale le pazienti, candidate ad un trattamento chemioterapico in associazione a trastuzumab, vengono valutate a cadenza periodica dallo stesso cardiologo con l'ausilio di strumentazione di ultima generazione. Questo ci permette di seguire in modo accurato le nostre pazienti e di riconoscere e trattare tempestivamente eventuali disfunzioni cardiache indotte dall'anticorpo.

La scelta del trattamento adiuvante, gravato da numerosi effetti collaterali, si basa naturalmente sulle condizioni e sulla volontà del paziente ma anche sul rischio di recidiva che risulta diverso in ogni singola circostanza. Esiste quindi un equilibrio molto fragile tra gli effetti collaterali a cui è giustificabile esporre un paziente ed il potenziale vantaggio del trattamento. Va riconosciuto, tuttavia, che in questo ambito il potenziale vantaggio potrebbe significare la guarigione o meno del soggetto. In questo contesto vanno posti i trattamenti adiuvanti ed i loro effetti collaterali.

Presso il Polo Oncologico dell'ospedale di Pisa esiste un opuscolo che riporta i principali effetti collaterali dei trattamenti e cosa è possibile fare per alleviarli. È possibile chiederne una copia direttamente al personale infermieristico. Inoltre è attivo ormai da anni un ambulatorio dedicato alla gestione degli eventi avversi legati al trattamento. È possibile accedere a tale ambulatorio (ambulatorio "G", II piano edificio 22) senza impegnativa e senza appuntamento ogni giorno dal lunedì al sabato, dalle 8.30 alle 13.00. In alternativa un contatto diretto con i medici dell'ambulatorio G può essere ottenuto telefonando al numero 335 1643113.

Riabilitazione... e non solo...

Elena Fiaschi

Direttore U.O. Riabilitazione USL 1 Massa Carrara

Ivana di Cocco

Fisioterapista



Siamo, credo, impauriti ogni momento della nostra vita finché non arriviamo a conoscerlo

Hafiz (poeta persiano e mistico sufi, del 1300)

La frase di Hafiz, poeta persiano del 300, ha accompagnato il nostro percorso di riabilitatori perché siamo convinti, come dice Hafiz, che la conoscenza sia il presupposto necessario per affrontare con serenità tutto il percorso terapeutico della malattia, dalla diagnosi al recupero e alla guarigione.

L'intervento di rimozione del carcinoma mammario, benché non coinvolga organi vitali, può lasciare per un certo periodo segni e sintomi sgradevoli che possono provocare disagio sia fisico che psicologico, e questo perché non sempre l'informazione preventiva aiuta e prepara ad affrontarli.

È importante sapere però che non si tratta di conseguenze oncologiche, ma prevalentemente funzionali provocate dalla dinamica dell'intervento.

A poco a poco i disagi descritti si attenueranno con la possibilità di tornare alle attività ed agli interessi abituali.

Il trattamento riabilitativo, di cui parte integrante è l'informazione alla paziente, deve essere adeguato alle esigenze e contenuto nel tempo.

L'**intervento riabilitativo** deve essere **precoce** perché la qualità di vita della donna operata al seno dipende da una diagnosi precoce anche dal punto di vista riabilitativo.

È importante non dimenticare che il braccio, a causa dell'asportazione di uno o più linfonodi e delle successive terapie, ha un sistema linfatico danneggiato in maniera irreversibile e sarà utile conoscere e seguire alcune norme comportamentali idonee per ridurre il rischio di danni più seri.

Anche se ridotte di entità ed incidenza le sequele sono spesso sottovalutate, pertanto è importante che la paziente venga inviata all'équipe riabilitativa.

La riabilitazione è un processo complesso, dinamico e multidisciplinare che prevede un precoce e completo reinserimento familiare, sociale e lavorativo.

A partire dagli anni 80 la riabilitazione oncologica ha acquisito sempre maggiore importanza entrando a tutto titolo nel ruolo di terapia "oncologica" come la

chirurgia, la chemioterapia, la radioterapia ed è diventata dunque parte integrante del piano di trattamento del paziente.

L'Unione Europea, con una risoluzione del Parlamento di Strasburgo nel giugno 2003, invita gli Stati membri a garantire, entro il 2016, un'assistenza capillare basata su unità che prendono il nome di Breast Unit o Centri Senologici, team multidisciplinari all'interno dei quali si trovano tutte le specialità mediche, tecniche e infermieristiche che agiscono in maniera coordinata per prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione.

Occorre sottolineare che la presa in carico riabilitativa richiede la collaborazione di diversi professionisti che devono lavorare in gruppo (TEAM interprofessionale, Together Everybody Assicure More...) e condividere insieme gli obiettivi da raggiungere (Chirurgo Senologo, Chirurgo Plastico, Psicologa, Infermiera, Medico Fisiatra, Fisioterapista).

È proprio da questa interazione multidisciplinare che nasce il percorso riabilitativo.

L'équipe rimane il fulcro dell'atto terapeutico multidisciplinare, al suo interno ogni operatore apporta il proprio contributo di conoscenze embricandosi con gli altri operatori senza uscire dal proprio ruolo.

Facile a dirsi, ma non sempre è facile ricordare di rispettare il ruolo e le competenze altrui; non sempre è richiesto il parere o l'intervento del collega e/o di altri operatori al momento giusto; non sempre si capisce quando è il momento giusto!

Più in generale, non sempre le informazioni sono di comune conoscenza. Solo se si conoscono le competenze altrui e se si conosce l'altro possiamo lavorare veramente in équipe.

Per questi bisogni, nel 2001, nasce il **Percorso Riabilitativo Integrato** con l'U.O. di Senologia all'interno dell'AOUP. Tale percorso ha costituito e costituisce tuttora un modello organizzativo di eccellenza della nostra Area Vasta e a livello regionale, ed è un riferimento per il raggiungimento degli obiettivi di governo clinico, di tempestività, globalità della presa in carico delle pazienti con patologia neoplastica.

Ha permesso a tutti noi operatori di studiare, osservare, verificare e soprattutto di lavorare in équipe, richiedendo costantemente capacità di confronto e coraggio di cambiare per trasformare l'istinto e il buon senso in una solida pratica curativa, per condi-



videre una metodologia, per studiarla, per selezionare e scegliere le modalità più efficaci.

La presa in carico riabilitativa è prendersi cura, ascoltare e rilevare i bisogni e inizia con una valutazione fisiatrica/fisioterapica, alla quale può seguire un trattamento consapevole e condiviso con la paziente, trattamento che accompagna alla demedicalizzazione e che consiglia un controllo al bisogno (follow up).

Il ruolo del medico fisiatra è di valutare il dolore (locale post chirurgico, articolare...), le alterazioni della sensibilità, la cicatrice chirurgica, il deficit di movimento della spalla, dell'arto, del rachide cervicale, le posture scorrette, il volume dell'arto omolaterale all'intervento e di prescrivere eventuali protesi ed ausili.

Il fisioterapista valuta qualitativamente e quantitativamente il deficit (vengono usate scale standardizzate), dà indicazioni per una corretta attività motoria da seguire dopo l'intervento, per ridurre l'incidenza e l'entità delle complicanze, stimolare il sistema circolatorio e linfatico, migliorare l'articolazione della spalla. Il fisioterapista inoltre educa a conoscere e gestire le possibili complicanze sia post chirurgiche che durante e dopo la chemio e/o la radioterapia. A questo proposito si propongono una serie di esercizi per consentire un adeguato recupero funzionale, manovre di auto massaggio, si informa sui fattori di rischio e sulle norme di prevenzione del linfedema da osservare, si distribuiscono opuscoli informativi.

Queste indicazioni spesso sono vissute come limitanti della propria libertà (...ma allora non posso fare più niente...!?) mentre è importante modificare alcuni aspetti del proprio stile di vita per prevenire la complicanza più temuta: il linfedema perché crea una disabilità cronica una volta comparso, ma può e deve essere trattato con un'ottima riduzione.

Le informazioni vengono date usando un linguaggio semplice da personale competente, disponibile, capace di ascoltare e rispondere in modo comprensibile e chiaro sciogliendo dubbi ed ansie.

Dalla valutazione al progetto riabilitativo

Il progetto riabilitativo deve rispettare le seguenti condizioni ed essere :

- individuale
- flessibile
- monitorato ed adattabile
- condiviso

La riabilitazione per la donna operata al seno, rappresenta nel percorso di malattia, un momento di pausa grazie alla manualità dell'intervento che procura benessere e rilassamento. Il rapporto con l'operatore è un rapporto esclusivo e fisico, la fisicità mediata dal tatto che diventa strumento di comunicazione. La mano prende contatto, stabile, ferma, leggera ma non indecisa. Non vuole fare, ma sentire. È necessario mo-

dificare l'uso cognitivo che facciamo delle mani.

Una mano che si posa con attenzione, rispettosa, sarà facilmente accettata...

Non dobbiamo aver paura di perdere tempo, creare una relazione terapeutica, ma poiché *sempre la relazione con l'altro costringe a guardarci*, il disagio psicologico a cui gli operatori possono andare incontro richiede una formazione costante e sempre più adeguata, e momenti di confronto e sostegno con gli altri operatori.

Come riabilitatori e quindi persone, donne, abbiamo bisogno di una dimensione che non escluda l'affettività, le emozioni vissute durante la malattia, che escono e sono comunque trasmesse in tanti modi diversi, perché è importante sentirsi riconosciuti, rispettati, compresi, sostenuti nell'impegnativo tentativo di gestire un dolore, una perdita.

Nel nostro Servizio sono state accolte tante pazienti che hanno lasciato una traccia che ci ha modificato e ci ha aiutato a conoscere meglio noi stessi.

"... conoscere l'altro e se stessi, cento battaglie senza rischi; non conoscere l'altro e conoscere se stessi, a volte vittoria a volte sconfitta; non conoscere l'altro né se stessi, ogni battaglia un rischio certo."

(da "L'arte della guerra" Sun Zu IV-V sec. a.C.)

La storia di Clara, una paziente, raccontata da Ivana, fisioterapista, ci descrive in maniera molto chiara e sincera la fatica ma anche le scoperte che si possono fare nel necessario percorso di recupero .

Clara

Quella di Clara è una storia come quelle che piacciono a me. A lieto fine.

Ho fatto fatica a capire chi fosse. Era strana, difficile entrare in contatto con lei. Espansiva, gentile, carina, ma con qualcosa di nascosto, non detto. Una barriera.

È arrivata dopo un intervento di tumore. Abbiamo cominciato il trattamento. Ogni dolore segno della fine imminente. Ogni giorno bisognava rimettere insieme i cocci di una notte insonne e di pensieri terribili. Una mattina è arriva agitatissima, senza respiro, balbettando, mi dice che è stata a comprarsi il vestito per il "dopo". Arrivava spesso agitata, parlando a raffica, con passo strano, rapido, corto, un po' furtivo, come a volersi nascondere, sparire. Mezza età, capelli chiari con molti fili bianchi, ordinata, senza concessioni frivole. Vive, ancora nubile, con una sorella anche lei nubile. Un rapporto esclusivo che con la malattia è diventato morboso.

Clara ha un compagno con cui però non vive. Non vuole imporlo alla sorella e non vuole imporre la sorella a lui. Non può e non vuole scegliere. Da anni si vedono fuori casa. La sorella la accompagna a terapia le prime mattine, poi Clara si impone, non vuole che venga più. Risentita

per l'esclusione la sorella rimane a casa ad aspettarla. A casa ogni sua mossa spiata, ogni sospiro una domanda: come stai? Cosa c'è?

Clara si sente ostaggio. La vita fin da bambina ha scelto per lei. Ha un tumore, la paura di morire, l'angoscia della sorella che ha paura per lei, una storia che non sa più se abbia un senso continuare.

Vorrebbe non avere nessuno vicino, rimanere da sola con se stessa, capire, disperarsi, piangere, urlare e invece deve fingere che tutto è a posto, che va bene, che non ha paura.

Si sente in colpa perché non sopporta più la paura della sorella, vorrebbe dirglielo, ma non lo fa. Sa che la ferirebbe. Le vorrebbe dire che non le importa se lei ha paura di rimanere sola. Lei ha già la sue di paure e della sua non sa che farsene. Vorrebbe che pensasse a sé, che guardasse la sua vita, che smettesse di aver paura di viverla. Odiarsi così attaccata addosso. Vorrebbe farle del male, offenderla, perché la lasci in pace. La sua solitudine intrappola Clara. La soffoca.

Vuole uscire da questa gabbia... vuole decidere per sé, da sola, vuole poter fare cosa vuole della sua vita. Clara esplose, la sua testa va in frantumi, pensieri impazziti, disperazione, senso di impotenza che schiaccia...

Cominciano liti, pianti, urla. Soffoca in casa. Soffoca e allora una notte corre in giardino piangente e disperata, si spoglia nuda, si strappa i vestiti di dosso, non vuole sentire lacci, non vuole sentirsi trattenuta da niente, vuole respirare... aria, aria... non le importa se la vedono i vicini... e piange. Piange fino a che ne ha voglia.

Si ricovera in psichiatria.

Esce e se esistono gli angeli lei lo ha incontrato. Incontra una conoscente che non vedeva da tempo, le dice che sta co-



minciando a fare un corso di ceramica Raku e le chiede di accompagnarla.

“Perché non lo fai anche tu?”

Ma Clara non ha mai nemmeno pensato a cose del genere, non si sente capace di creare niente. Comunque va, rimane, prova. Mi racconta. Dalle sue mani, dalla massa informe di creta piano, piano prende forma qualcosa, quasi inconsapevolmente. Le si ferma il cuore, piange. È una tazza, irregolare, sbrecciata. Con cura le dà il colore, si rivelerà nella cottura. È il miracolo, la magia del Raku. È bellissima, nella cottura sbocciano colori la cui bellezza inattesa la emoziona. Da lei ha preso vita qualcosa di bello. Scopre un'altra Clara, rinasce.

A distanza di anni ormai dalla malattia sa di avercela fatta. Crea ceramiche e gioielli le cui forme e colori vengono da

territori profondi dentro di lei. Bellissimi, la prima volta che li vedo sento un nodo stringermi la gola. Di quanta sofferenza c'è bisogno perché si scoprano altri mondi. Mondi preziosi, inaspettati. Ora gira per fiere e mercati, con il suo uomo. Ha incontrato gente come lei, non si sente più così strana, gente che come lei ama quello che crea e che fatica a staccarsene.

“Sai – mi dice – faccio così fatica a vendere le mie cose, le espongo, mi piace parlare con chi si ferma a chiedere spiegazioni, ma se chiedono di comprare qualcosa il cuore per un attimo cessa di battere...”

Mi capita di incontrarla, spesso da sola, mi viene incontro sempre con una grande agitazione, fra abbracci e baci. Qualche volta ha un filo di rossetto sulle labbra, semplice, curata come al solito e con qualche concessione in più alla sua femminilità.

Clara non lo sa, ma è rara e preziosa.



L'allattamento dopo il tumore al seno: una realtà

Pietro Bottone

Dirigente Medico presso la U.O. Ginecologia e Ostetricia 2 dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria Pisana



Il tumore al seno è il tumore maligno più comune che interessa le donne nel periodo dell'età fertile. Viene diagnosticato in circa il 10% delle donne nel mondo sviluppato e nel 25% nel mondo in via di sviluppo in età inferiore ai 40 anni. Come conseguenza del continuo progresso nella gestione di questo tumore le donne sopravvissute a lungo termine sono in costante e crescente aumento. Questo ha stimolato la comunità scientifica ad affrontare le diverse questioni relative alla qualità della vita e della sopravvivenza, compresi i problemi che riguardano la fertilità. Come il tumore al seno tende ad essere più aggressivo nella popolazione più giovanile, così la chemioterapia adiuvante è spesso considerata in questo gruppo di pazienti come fondamentale in termini di sopravvivenza. In età fertile la chemioterapia può indurre amenorrea temporanea o permanente. Tuttavia una frazione considerevole di giovani pazienti con carcinoma mammario rimane fertile dopo la chemioterapia e le stesse sono candidate per una successiva gravidanza ed eventuale allattamento. Nonostante prove convincenti ci sono ancora dibattiti in corso sulla sicurezza della gravidanza in donne con una storia di sopravvivenza al tumore al seno trattato. In letteratura medica gli studi retrospettivi sull'incidenza dell'allattamento in donne trattate per tumore al seno sono scarsi. Uno studio recente ha dimostrato che le donne che sono rimaste gravide a seguito di una diagnosi di tumore al seno trattato hanno un 41% di riduzione del rischio di morte rispetto a donne di pari età che non hanno avuto gravidanze. L'allattamento al seno è noto per avere vantaggi immediati e di lunga durata sia per il bambino che per la madre. Nella popolazione generale l'allattamento al seno riduce il rischio di sviluppare tale malattia del 4-5% per ogni anno di allattamento, che aumenta fino al 45% nelle portatrici BRCA-1 (gene oncosoppressore che produce una proteina, denominata proteina di suscettibilità al tumore della mammella tipo 1). Non esistono invece dati epidemiologici per quanto riguarda l'allattamento al seno dopo questo tumore. Le limitate evidenze disponibili suggeriscono che l'allattamento al seno è fattibile, tuttavia viene affrontato come una sfida significativa. Diversi studi hanno dimostrato che circa l'80% delle pazienti trattate con chirurgia conservativa del seno (BCS) e radioterapia hanno una riduzione dell'ingrandimento e della congestione del seno du-

rante la gravidanza, con limitata produzione di latte post-natale dal seno omolaterale in circa il 50% dei casi. Un altro studio retrospettivo ha identificato 32 donne che avevano partorito i loro bambini nel periodo dal 1990 al 2005. Tutte le donne erano vive alla data del loro ultimo follow-up e venti hanno risposto ad un questionario che riguardava la loro esperienza sull'allattamento al seno. Una di queste donne aveva addirittura avuto due gravidanze a termine. L'età media alla diagnosi di tumore al seno era di 32 anni (range: 27-37 anni) e l'età media al parto era stata di 36 anni (range: 30-43 anni). Su 18 donne con stato dei recettori noti, 12 risultavano positive ai recettori per estrogeni e/o progesterone. Quindici donne erano state trattate con chirurgia conservativa del seno (BCS) e radioterapia, 14 con chemioterapia sistemica e 12 con chemioterapia ormonale. Sulla base dei risultati del questionario, 10 su 20 donne (50%) hanno provato ad allattare al seno. Una donna che aveva avuto due gravidanze a termine è stata in grado di allattare al seno per più di 6 mesi in entrambe le occasioni. Quattro donne hanno interrotto l'allattamento entro un mese, due per una riduzione nella produzione di latte e due per la mastite nel seno non trattato. Le altre sei donne hanno allattato i loro sette bambini per una durata media di 11 mesi (range: 7-17 mesi). Tutte e sei avevano avuto un precedente BCS. Un counseling qualificato all'allattamento era stato offerto a 5 su 20 donne. Tutte le cinque donne hanno allattato in media per 12 mesi (range: 9-17 mesi), compresa la paziente che ha avuto due gravidanze. Le ragioni per non tentare l'allattamento al seno sono state in un caso per scelta della paziente e nelle altre nove donne per il parere contrario del medico. I motivi principali sono stati l'incertezza per quanto riguarda la sicurezza materna e un'irrealizzabilità a priori espressa dal ginecologo o dall'oncologo. Altri motivi sono stati l'infezione da HCV, la sclerosi multipla materna, la gravidanza gemellare e l'emorragia postpartum. Su 15 donne che hanno subito l'intervento chirurgico e radioterapia complementare, 14 hanno riportato ipoplasia della mammella irradiata durante la gravidanza. Di queste, 8 su 15 non hanno tentato l'allattamento al seno, 5 hanno tentato l'allattamento dal seno non operato e solo 2 da entrambi i seni. Il motivo principale per non provare ad allattare dal seno colpito in precedenza sono state difficoltà di attac-



camento da parte del bambino in 2 su 5 donne, ridotta produzione di latte in altre due e dolore al seno in una donna. Le due donne che hanno cercato di allattare da entrambi i seni ci sono riuscite per due settimane. La produzione di latte è stata notevolmente ridotta in entrambe. Al follow-up a 48 mesi dal parto tutte le pazienti erano vive. Si erano verificate due recidive: la prima in una donna che non aveva provato ad allattare e la seconda in una donna che aveva allattato al seno il suo bambino per 11 mesi. La prima è stata sottoposta ad intervento chirurgico per tumore al seno controlaterale quasi nove anni dopo il parto. La seconda era stata operata e aveva sviluppato una recidiva locale 2 anni dopo il parto. Nonostante i dati della letteratura siano limitati, i risultati dimostrano che l'allattamento al seno è fattibile e sicuro dopo la diagnosi di tumore al seno ed eventuale trattamento. In queste donne è stata osservata ipoplasia e ipotrofia del seno operato e irradiato. Ciò è probabilmente dovuto alla fibrosi indotta dalla radioterapia. È stata inoltre osservata una riduzione nella produzione di latte dal seno ipotrofico di donne precedentemente operate e che avevano tentato l'allattamento al seno. Altre pazienti avevano riferito dolore al capezzolo o fastidio durante l'attacco del bambino. Pertanto l'allattamento al seno dal seno precedentemente colpito è stato problematico in tutte le pazienti. Tuttavia le donne possono cercare di attaccare i loro bambini al seno già colpito, ma devono essere consapevoli della produzione di latte ridotta e delle possi-

bili alterazioni del complesso areola-capezzolo che potrebbero portare ad un attacco difficile e a volte doloroso. Una donna sottoposta a mastectomia totale ha allattato al seno per circa 1 mese e tutte le donne così operate utilizzano un solo seno per l'allattamento.

In conclusione possiamo affermare che un adeguato counseling sull'allattamento è un fattore determinante per la promozione dell'allattamento nelle donne con storia di tumore al seno. Le informazioni fornite dai medici curanti sono spesso inadeguate, perché si sottovaluta l'importanza dell'allattamento al seno per la madre e il bambino. In realtà il 50% delle donne non hanno allattato su consiglio del loro medico curante, anche in assenza di una controindicazione medica. È giunto il momento per la comunità oncologica di rendersi conto che le esigenze delle donne dovrebbero essere riconosciute, rispettando le loro richieste. Poiché il tumore al seno è spesso ormono-dipendente ci sono preoccupazioni tra i medici che la gravidanza o l'allattamento al seno possano stimolare recidive dello stesso mediante la manipolazione. I dati della letteratura dimostrano invece che l'allattamento non sembra avere alcun effetto dannoso sul risultato delle recidive nelle donne che sono riuscite a completare le loro gravidanze. Negare a queste donne l'opportunità di una gravidanza e di una "poppata" rimane ingiustificato. Questo significa ripristinare per loro una "nuova normalità di vita".

La mamma ha un cancro...: come dirlo ai figli

Valeria Camilleri

Psichiatra, Psicoterapeuta a contratto libero professionale presso il Centro Senologico di Pisa AOUP



Poche cose sono esclusive come il rapporto fra una madre ed il proprio figlio, e in presenza di più figli si può osservare come il rapporto con ognuno di loro sia peculiare ed unico. La relazione madre-figlio è fatta di espressioni, gesti ed emozioni, che sono il primo linguaggio che il neonato impara e attraverso cui comincia a comunicare. Il tumore della mammella colpisce in quella parte del corpo attraverso la quale il bambino ha preso il nutrimento e, nell'atto del nutrirsi, per la prima volta ha imparato ad agganciare il proprio sguardo con quello della mamma. È noto quanto questo aggancio d'amore e accudimento sia importante per lo sviluppo emotivo del bambino e anche nelle successive fasi della vita. Ora proprio quella parte viene ad essere colpita e l'"istinto del nido" porta la mamma a proteggere il piccolo, ad allontanarsi, a nascondersi per non traumatizzare. Entrano in gioco emozioni come la vergogna e la paura, e si può tendere a chiudersi...

Non ci sono regole per comunicare ai figli la presenza della malattia e per affrontarla al meglio insieme a loro. Potremmo dire che valgono due principi che facilitano tutte le relazioni umane: il buon senso e l'autenticità.

Ogni donna deve sentirsi legittimata ad affrontare questa situazione in base alla propria personalità, senza pensare di dover stravolgere il proprio modo di essere.

Nonostante all'inizio possano prevalere la paura e l'istinto di protezione, i bambini hanno il diritto di conoscere tutto ciò che accade in famiglia, quindi anche di sapere che la madre ha un tumore. Tenerli all'oscuro può essere letta come una mancanza di fiducia in loro. È importante sapere che i bambini captano ogni minima tensione quando c'è qualcosa che non va, si sintonizzano su ogni brandello sconnesso di conversazione fra adulti e tendono poi a costruirsi delle fantasie, che molte volte sono assai peggiori della realtà. I bambini, inoltre, specie se molto piccoli, hanno una visione egocentrica della vita, il cosiddetto "pensiero magico", che li porta ad attribuire a loro stessi la causa di tutto ciò che avviene: credono che il solo pensare a cose brutte le possa fare accadere realmente.

Per tutti questi motivi è importante che siano i genitori a comunicare ai figli la malattia e a rassicurarli sul fatto che non c'è un perché alle malattie, che purtroppo possono far parte della vita, senza che nessuno lo voglia e soprattutto che nessuno, tantomeno loro, ne può avere avuto in alcun modo la responsabilità.

La ricerca mostra come i livelli d'ansia dei bambini a conoscenza della malattia di un proprio caro siano inferiori a quelli dei bambini lasciati all'oscuro. È auspicabile spiegare loro, con parole che possano comprendere, quello che sta accadendo. I bambini che conoscono la situazione sono più sereni e possono contribuire ad allentare la tensione familiare. Così si contribuisce a rompere la spirale di paura, delle cose "non dette" e a creare un circolo virtuoso in cui la mamma, meno preoccupata e rassicurata dalle reazioni positive dei figli, può affrontare al meglio il percorso di cura e la vita in famiglia.

Riguardo a questo, ricordo con ammirazione una mamma molto giovane, che ho seguito lo scorso anno, colpita da un tumore al seno durante la gravidanza del suo secondo figlio. La giovane mamma era preoccupatissima per l'esito della gravidanza, ma al contempo è stata sorprendentemente lucida nell'affrontare la comunicazione con il suo bambino. Alle sue insistenti domande (voleva sapere tutto dell'imminente intervento al seno, i particolari tecnici e l'anestesia, se il fratellino in pancia avrebbe dormito...), rispondeva con accoglienza e disponibilità, fornendo alcune informazioni generali, ma evitando di preoccuparlo con dettagli inutili, fuorvianti ed ansio-geni. Avendo capito ed accolto il figlio, riusciva a gestire la curiosità, che pure la allarmava e la metteva a disagio, ma che era in realtà una richiesta di rassicurazione rispetto al timore di poter perdere lei ed il tanto atteso fratellino...

Parlare delle emozioni che si provano è un buon modo per far capire ai figli che anche loro possono sentirsi liberi di esprimere le proprie. Piangere insieme, ridere insieme, quando possibile scherzarsi su... Ma se i genitori non se la sentono di essere loro a comunicare che la mamma si è ammalata o si sentono in difficoltà in qualsiasi fase del percorso, possono e



devono chiedere aiuto ai membri dell'equipe medica, allo psicoterapeuta, al medico curante, al pediatra. O ancora ad un parente o ad un caro amico, una persona che abbia una relazione stretta con il figlio, che sia "di casa" per lui.

Anche sui tempi è importante spendere qualche parola. Tante volte le mamme chiedono "quando glielo dico?" La ricerca e l'esperienza clinica suggeriscono che è importante comunicare in tutte le fasi della malattia, senza anticipare troppo, ma facendo sì che il bambino possa sentirsi sempre informato. Sarebbe bene cominciare a dire qualcosa fin dalla diagnosi. Tuttavia non ci sono regole generali, ci può volere qualche tempo per elaborare una personale strategia ed i tempi personali vanno rispettati. Quello che conta in ogni caso è cercare di non creare dei tabù e far passare il messaggio che di questa cosa se ne può parlare e si possono fare domande. Ogni mamma saprà trovare le parole ed i modi giusti per rispondere ai propri figli in base alla loro età, al loro carattere, alla loro maturità. E fino a che punto informare dipende dal punto fino al quale i bambini sono in grado di comprendere. È importante cercare di non mentire, se possibile, e di non fare promesse che non si è certi di poter mantenere. Non bisogna aver paura a dire "non lo so" e di avvalersi delle spiegazioni mediche o di qualche pubblicazione per aiutare ed aiutarsi a capire. La mamma fa un percorso di consapevolezza con la malattia imparando progressivamente "a starci dentro" e parallelamente anche il bambino. È importante quindi esprimersi, darsi tempo e dare tempo.

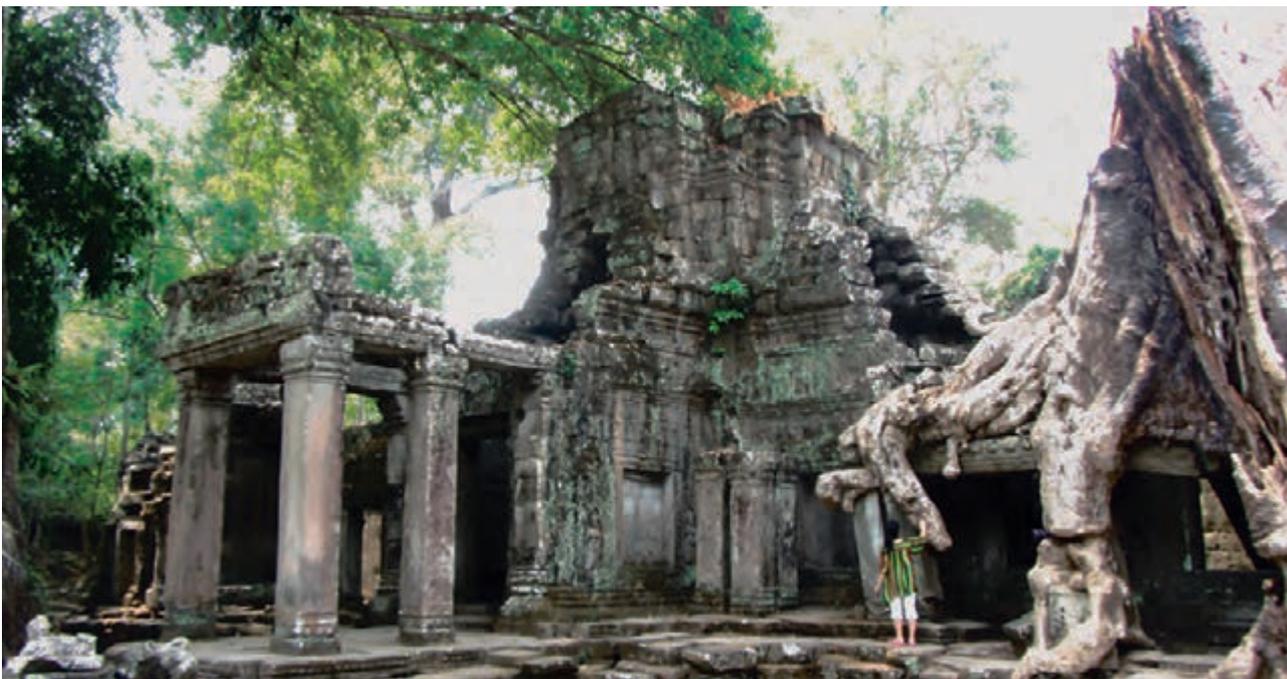
Riguardo ai cambiamenti fisici dovuti alla malattia, i bambini in genere sono più aperti e disponibili ad accettarli rispetto agli adulti. Anche in questo caso il grado di condivisione dipende dall'età e dalla sensibilità del bambino e dalla confidenza della madre con lui e

con il proprio corpo. Ricordo con tenerezza un'altra mia giovane paziente che, in un percorso di graduale accettazione del proprio corpo dopo l'intervento al seno, avendo l'abitudine di fare la doccia insieme alla propria bambina e non volendo rinunciare a questo loro rituale quotidiano, che era da sempre stato l'occasione per confidarsi e giocare insieme, aveva inizialmente trovato giusto coprirsi, indossando un costume e facendolo indossare anche alla bambina, come in un gioco. Poi progressivamente e gradualmente aveva trovato la forza di toglierlo e di mostrarsi serenamente come prima, con immensa gioia da parte della bimba...

È fondamentale fare del proprio meglio perché tutto in famiglia continui nel modo il più possibile simile a come era prima e quindi può essere utile chiedere un aiuto pratico. Saper delegare, saper demandare le proprie responsabilità ad una persona di fiducia. Anche ai bambini stessi può essere richiesto un piccolo aiuto, alla loro portata, senza sovraccaricarli. Così potranno imparare che la famiglia è anche questo: aiutarsi e sostenersi nei momenti difficili, ognuno secondo le proprie possibilità ed inclinazioni. Se gli effetti collaterali dei trattamenti sono tali da comportare l'assenza periodica della mamma, sarebbe auspicabile farsi aiutare sempre dalla stessa persona, soprattutto se i bimbi sono piccoli ed hanno bisogno di cure assidue.

Le risposte emotive dei bambini di fronte alla malattia della mamma possono variare in base all'età.

In genere i bimbi più piccoli hanno paura della separazione, quindi in assenza della mamma, anche per brevi periodi, hanno bisogno di essere rassicurati che lei presto tornerà, di avere sue notizie e di poterla contattare per telefono o tramite una letterina. È bello per loro essere sicuri di essere "rappresentati" nella sua mente e nel suo cuore e di avere un "luogo speciale" nei suoi pensieri e sentimenti, anche in questo momento





difficile. Questo aiuta a smorzare l'angoscia della separazione e quindi è utile ricordare sempre loro che la mamma li pensa tutti i giorni, anche quando è lontana.

I bimbi in età scolare sono più calati nell'idea della malattia e la loro preoccupazione è più concreta. Questa è l'età in cui si comincia a razionalizzare l'idea della morte, si fanno domande sui nonni, sulle persone anziane e malate, su chi non c'è più. L'irrompere della malattia può essere più sconvolgente. Si potranno manifestare disturbi fisici (sonno, appetito) e anche il rendimento scolastico potrà calare, ma è importante non allarmarsi, perché queste reazioni in genere sono transitorie e sensibili alla rassicurazione. Anche gli insegnanti e gli amici, opportunamente informati, potranno essere d'aiuto.

Gli adolescenti possono presentare altre complessità, perché assai complesso è il periodo che attraversano. Proprio nel momento in cui si stanno rendendo più autonomi, conquistando "a strappi" la loro libertà, in famiglia c'è bisogno improvvisamente del loro aiuto e della loro collaborazione. Alcuni possono diventare più infantili, altri accelerare la maturazione, altri ancora ribellarsi. In ogni caso sarà importante sempre parlare con loro e condividere le emozioni, con accoglien-

za ed amorevole attenzione ai loro bisogni.

Di solito l'espressione dei sentimenti da parte dei bambini avviene in linea con quanto vedono fare alla mamma e al papà e la loro reazione alla malattia potrà dipendere dalla loro capacità di mostrare i propri sentimenti. Condividere attività quotidiane e valorizzare il poco tempo passato insieme possono fare la differenza. Giocare insieme, scrivere, guardare la tv, informarsi sulle loro attività extra-familiari, mostrarsi interessati alla loro vita, alla scuola, allo sport, alle amicizie. Far capire loro che si possono divertire, che non devono sentirsi in colpa.

Concludendo possiamo affermare che condividere le emozioni e l'impegno che deriva dalla malattia può essere un'esperienza fortificante per il bambino, che un domani sarà un adulto, magari un genitore, e che quindi saprà a sua volta farsi carico di situazioni complesse. Questa esperienza può essere un'occasione per imparare a conoscere la forza e le potenzialità dell'animo umano. Un momento di crisi, ma anche di "sfida", di crescita, dalla quale il bambino potrà uscire rafforzato nell'autostima, più responsabile, sensibile, sicuro ed in grado di aiutare, comprendere e amare gli altri, anche in momenti difficili.

"Mindfulness Based Stress Reduction" La pratica della consapevolezza per la gestione e la riduzione dello stress

Alessandra Pollina

Luca Rossi

*Formatori ed insegnanti di Mindfulness,
formati sotto la direzione del dott. Jon Kabat-Zinn
"Center for Mindfulness" dell'Università del Massachusetts*



Lo stress è una risposta fisiologica naturale del nostro organismo ma diventa dannoso quando si prolunga nel tempo o si genera in maniera automatica, anche quando non ce ne sarebbe affatto bisogno. Le condizioni della società in cui viviamo ci espongono sempre più spesso a situazioni di continua emergenza ed insicurezza e, in questo modo, lo stato di stress può diventare cronico, un vero e proprio veleno per la mente e per il corpo, all'origine di molte patologie fisiche e psichiche di varia natura. Quali abitudini e comportamenti si possono adottare per far fronte a questo disagio tipico della nostra epoca?

Negli ultimi anni un numero crescente di studi ha dimostrato l'efficacia, a questo riguardo, di esercizi e pratiche di tipo meditativo, sviluppate nei secoli da varie tradizioni. Sempre più spesso si sostiene, anche

da parte di eminenti scienziati e ricercatori, che la meditazione ha straordinari effetti sul benessere fisico e psichico, producendo cambiamenti evidenti nel funzionamento del cervello e dell'intero nostro organismo e contribuendo così a ridurre il livello dello stress. Ma come rendere fruibili, per il maggior numero di persone, insegnamenti che provengono da antiche tradizioni, in un modo assolutamente *laico* e calato nella nostra realtà di tutti i giorni?

Trentacinque anni fa il microbiologo americano Jon Kabat-Zinn cominciò ad applicare un tipo di meditazione – basata sulla *Mindfulness*, o pratica della consapevolezza – come vero e proprio trattamento di medicina integrativa e preventiva, fondando presso la Scuola Medica dell'Università del Massachusetts una pionieristica "Clinica per la riduzione dello Stress" ed



elaborando uno specifico protocollo denominato MBSR (“*Mindfulness Based Stress Reduction*” – “Metodo per la riduzione dello stress basato sulla pratica della consapevolezza”), da fare sperimentare ai propri pazienti. Da allora oltre 20.000 persone, affette dalle più svariate patologie, hanno completato con successo il programma MBSR e sono ormai diverse centinaia gli ospedali ed i centri medici, negli Stati Uniti e in tutto il mondo, dove viene applicato questo protocollo. Negli anni, per le sue dimostrate potenzialità preventive e riabilitative, il programma MBSR ha trovato applicazione, oltre che negli ospedali, anche nelle carceri, nelle scuole, nei luoghi di lavoro e nel mondo dello sport, come metodo per aiutare ad affrontare molte delle problematiche, sia fisiche che psicologiche, legate allo stress ed alle situazioni di disagio (anche patologiche) ad esso correlate.

La *Mindfulness* è prima di tutto un “modo di essere”, per imparare a prestare attenzione, ad entrare in contatto e a relazionarci direttamente ed autenticamente con tutto ciò che accade dentro e fuori di noi, in ogni momento delle nostre vite, senza dover più reagire in modo automatico e inconsapevole alle diverse situazioni. Tramite le pratiche di presenza mentale si impara a sviluppare la consapevolezza di se stessi – del proprio corpo, delle proprie sensazioni, emozioni e pensieri – ed una accettazione non giudicante, momento per momento, di tutto ciò che costituisce il nostro presente, che ci aiuta a disporci anche più efficacemente nella relazione e nella comunicazione con l’altro.

La pratica sistematica della *Mindfulness* – intesa come questa capacità di portare l’attenzione in modo intenzionale, aperto e non giudicante, al momento presente – si è dimostrata quindi, qualora allenata ed addestrata seguendo particolari metodologie, un valido metodo per gestire e ridurre i processi stressogeni, in particolare per le persone affette da patologie, anche croniche, di varia natura (comprese le patologie più gravi, come quelle oncologiche). Grazie a questa pratica i pazienti diventano consapevoli dei propri processi di pensiero, di azione e di reazione, rendendosi ben presto conto di quanto il proprio stato fisico dipenda strettamente anche dallo stato emotivo e

mentale. I pazienti imparano gradualmente a cambiare la relazione che hanno con la malattia e con i disagi che ne derivano, ponendosi in una condizione di maggiore agio e capacità di far fronte a ciò che accade loro, accrescendo la capacità di gestire i propri stati interni e di rapportarsi più efficacemente alla malattia stessa ed alla vita di tutti i giorni. L’ampia letteratura scientifica ormai esistente in materia, dimostra che questo percorso può validamente integrare e coadiuvare le cure mediche in atto e può costituire un valido supporto per la gestione delle situazioni difficili e di grave disagio che i pazienti si trovano ad affrontare.

Oltre che per i pazienti, l’approccio della *Mindfulness* ed il protocollo MBSR si sono dimostrati estremamente utili anche per le persone che esercitano professioni d’aiuto. Lo stress e la cosiddetta sindrome da *burnout* colpiscono infatti, in modo particolare, le persone che operano nel campo della relazione di aiuto, quando non possono o non ritengono di essere in grado di rispondere in maniera adeguata ai carichi eccessivi, anche e soprattutto emotivi, che la loro attività li porta ad assumere. Nell’attività di assistenza e di cura i professionisti sanitari sono naturalmente esposti al rischio dello stress e del *burnout*, in particolare coloro che si occupano di malati cronici e di pazienti oncologici, proprio per le caratteristiche specifiche di questo tipo di patologie. Da qui è nata l’idea di sperimentare il protocollo MBSR di Jon Kabat-Zinn in un originale percorso formativo proposto dalla Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana all’interno della UO di Senologia e per il personale afferente al Centro Senologico dell’Ospedale di Pisa. Il programma, strutturato in un corso della durata di otto settimane, è stato rivolto a medici, infermieri, fisioterapisti, tecnici di radiologia, operatori socio sanitari del Centro Senologico, che si sono mostrati interessati ad avvicinarsi a questo particolare approccio, come metodo di supporto alla riduzione dello stress nella propria attività professionale.

Al programma hanno partecipato anche alcune volontarie dell’Associazione Senologica Internazionale di Pisa e del Gruppo Donna dell’Associazione Oncologica Pisana. In tutto, circa 25 persone che hanno potuto sperimentare questo particolare metodo e questo percorso, che è stato fortemente voluto e promosso dalla dottoressa Manuela Roncella ed organizzato dalla dottoressa Marzia Raffaelli, Responsabile della Formazione del Personale della AOUP.

Si è trattato di una delle prime esperienze di questo tipo che sono state svolte in Italia nell’ambito di una Azienda Ospedaliera e la prima in assoluto per quanto riguarda il settore della Senologia.

Il protocollo MBSR prevede un addestramento graduale ed intensivo alla pratica della consapevolezza attraverso esercizi di stretching dolce consapevole, per imparare a sciogliere le tensioni e prendere contatto profondamente con il proprio corpo e con il proprio respiro; esercizi e pratiche guidate di svilup-

po percettivo, per aumentare la conoscenza dei propri processi mentali, imparare a disattivare intenzionalmente gli automatismi dei pensieri, lasciare andare la tendenza alla proliferazione mentale e al doloroso “rimuginare” sulle esperienze spiacevoli; esercizi di comunicazione e ascolto consapevole, con momenti di condivisione dedicati al come portare queste capacità e questo modo di essere ‘consapevole’ nella relazione di aiuto con i pazienti.

Il percorso si è svolto in maniera “esperienziale” e non meramente didattica, essendo basato sul principio dell’apprendere facendo, con continue sessioni di esercizi guidati, alternati a momenti di confronto in cui ogni partecipante ha potuto esprimere e condividere con il gruppo la propria esperienza. I professionisti sanitari ed i volontari che hanno partecipato al progetto hanno potuto così imparare alcune “tecniche” finalizzate a:

- migliorare la loro capacità di gestire i propri stati interni e di ridurre lo stress;
- rilassarsi e sentirsi più a proprio agio fisicamente e mentalmente;



- sviluppare e mantenere livelli di attenzione più stabili e costanti;
- migliorare l’efficacia della propria comunicazione, con se stessi e con gli altri;
- sviluppare e migliorare le proprie capacità di ascolto empatico;
- sperimentare un maggiore equilibrio emozionale, presenza e tranquillità mentale;
- rapportarsi nella relazione di aiuto con i pazienti in modo più presente, aperto, sano e creativo.

I primi riscontri sono stati positivi e l’augurio adesso è che questa metodologia, anche grazie alla collaborazione con le associazioni di volontariato, possa essere proficuamente sperimentata con le pazienti del Centro Senologico, affinché ne possano trarre beneficio.

Perché, anche laddove non è possibile modificare ciò che sta accadendo nelle nostre vite, possiamo sempre imparare a modificare la relazione e l’attitudine che abbiamo verso ciò che accade, diventando così più responsabili del miglioramento del nostro benessere e della nostra salute.

L’arteterapia per esprimere il dolore quando le parole mancano

Elisa Martinelli



Tutti noi, ad un certo punto della nostra vita, consciamente o no, abbiamo avuto modo di sperimentare e toccare con mano i benefici dell’arte a livello personale. Da bambini credo tutti ci siamo divertiti a fare scarabocchi con colori a cera o matite, a ritagliare cartoncini colorati, a giocare con la sabbia o a fare sculture di creta. E anche se non ci ricordiamo quanto ci piacevano quei momenti, basta guardare il comportamento di un bambino con colori in mano e a come istintivamente trova nel creare una forma di divertimento. E una volta cresciuti, anche

chi non è diventato artista di professione, forse decide di dedicarsi alla pittura, alla musica o alla fotografia come hobby, o di tenere un diario di schizzi durante i viaggi o magari semplicemente scarabocchia gli angoli del giornale durante una conversazione telefonica sovrappensiero. Il fare arte qui, anche se l’atto del “creare” porta indiscutibilmente un benessere personale, è ancora però molto lontano dal concetto di arte intesa come terapia.

L’utilizzo terapeutico dell’arte ha certamente radici molto antiche. Le società primitive, ad esempio, usa-

vano in modo intuitivo l'arte o elementi artistici per curare i loro malati, dando all'arte una sorta di potere magico. Nell'antica grecia si pensava che la musica fosse il mezzo per influire direttamente sull'anima umana e che fosse possibile influenzare lo stato d'animo attraverso la scelta dei ritmi e delle armonie. Ma è solo intorno agli anni quaranta che l'arteterapia viene ufficialmente riconosciuta come disciplina a sè stante grazie ai contributi di Margaret Naumburg e di Edith Kramer. È la Naumburg, riconoscente degli studi di Freud e Jung, una delle prime a considerare l'arteterapia come una vera e propria forma di psicoterapia, considerando le immagini prodotte durante le sessioni come una forma di linguaggio simbolico dell'inconscio. Edith Kramer, invece, dà risalto al processo creativo in sè per sè come parte fondamentale del percorso terapeutico, percorso nel quale si può trovare il modo di esprimere sentimenti ed emozioni trattenute e non decifrabili a parole.

La psicoterapia tende a dare importanza all'espressione di sentimenti ed emozioni trattenute o nascoste. A volte però quando ad una persona viene chiesto di parlare di particolari emozioni spesso legate a traumi, perdite, o crisi personali, trovare le parole adatte non è facile. Il non riuscire ad esprimere verbalmente certi stati d'animo può creare ansia, depressione, confusione o frustrazione. È qui che entra in gioco l'importanza dell'arte. Il processo creativo può aiutare le persone a confrontarsi con le proprie emozioni, a superare stati di depressione, ad accettare esperienze traumatiche o ad alleviare il dolore. L'enfasi in particolar modo si pone sul promuovere il processo del "creare" (può trattarsi di immagini, suoni o narrazioni di storie) come forma di confronto con i propri limiti, di rottura di schemi o barriere o preconcetti, col fine di recuperare e far crescere la persona. Non si tratta quindi di saper disegnare o di migliorare le capacità artistiche, ma il valore di quello che viene prodotto è dato dal modo e dal perchè quell'immagine è stata prodotta. All'interno di una stanza dove si fa arteterapia ci sono differenti materiali e si può utilizzare tutto quello che si vuole a proprio modo. Non ci sono modi giusti nè sbagliati per dipingere, disegnare o inventare. Ogni prodotto realizzato è personale e speciale.

L'arteterapia viene utilizzata in diversi ambiti, da quello educativo a quello sanitario e riabilitativo. Risultati soddisfacenti si ottengono con i bambini. Secondo recenti studi, il disegnare permette al bambino non solo di trovare piacere e divertimento nel creare, alleviando in tal modo in parte la sua sofferenza, ma stimola anche il dialogo. Per esempio, i bambini che disegnano tendono a parlare e a raccontare un parti-



colare evento accaduto in modo più dettagliato rispetto a quelli che parlano senza disegnare. L'arteterapia è strumento importante anche per bambini che hanno vissuto esperienze traumatiche come la malattia, la sofferenza e la perdita di un genitore o quelle legate ad eventi catastrofici, quali uragani, terremoti o incendi.

In questi casi il poter esprimere con immagini il proprio vissuto, il ricordo traumatico dell'avvenimento e la paura, porta gradualmente ad una riduzione dell'ansia e ad un recupero della sicurezza persa. Sul foglio si acquista nuovamente il controllo, si possono visualizzare nuove case, nuove situazioni, nuove famiglie.

Anche molti adulti, non solo bambini, hanno trovato beneficio nell'utilizzo dell'arte come forma di terapia per rafforzare l'immagine di sè e ristabilire l'autostima, esplorare sentimenti complessi come quelli legati alla sessualità o al dolore di un lutto.

L'arteterapia è sempre più utilizzata anche in ambito medico e le sue applicazioni sono molto vaste. Sono sempre più documentati i benefici dell'arte terapia utilizzata con persone affette da tumori, grazie alla quale sono stati registrati un generale miglioramento delle condizioni di salute e una diminuzione di affaticamento e depressione.

In campo senologico l'arteterapia può essere utile nel facilitare l'espressione di timori e preoccupazioni difficili da esternare e da condividere: in fase iniziale l'impatto emotivo della diagnosi con il timore di soffrire o di morire, successivamente, i cambiamenti dell'immagine corporea legati alle terapie (intervento chirurgico, chemioterapia, terapia ormonale). Anche le problematiche relative alla sfera sessuale possono creare stati emotivi che fanno fatica ad emergere e che possono trovare una "via d'uscita" attraverso l'arteterapia.

Molte donne che hanno dovuto affrontare un trattamento chemioterapico dopo aver partecipato ad attività di arteterapia hanno sperimentato un miglioramento nella salute del corpo e della mente. Il poter elaborare le emozioni in uno spazio protetto dove esprimere liberamente paura, ansia e stress, il mettere su un foglio tutto ciò che ci si porta dentro e che non si riesce ad esternare a parole, migliora indiscutibilmente la qualità della vita riducendo lo stress e contribuisce al ripristino della propria percezione corporea.

"L'arte è davvero un grande incantesimo per l'uomo. Il bisogno d'arte è per l'uomo un bisogno affatto primordiale, almeno quanto il bisogno di pane e forse di più."

Jean Dubuffet

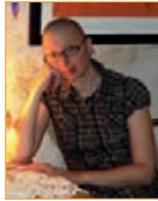


Il coraggio di testimoniare la propria esperienza



La testimonianza che vi proponiamo in questo numero è il racconto di una giovane donna “in carriera” per la quale la notizia di un carcinoma alla mammella è certamente giunta in un momento difficile, ma che è riuscita a trovare la forza di riappropriarsi della propria vita e ritrovare il proprio equilibrio.

Ciao, sono tornata!



Luglio 2013

“Ciao, sono tornata!” Sulla trentina, magra un vestito rosso elegante, occhi neri profondi e il sorriso di chi cerca di infondersi coraggio. Entra nella stanza, l’infermiera che si sta occupando della mia flebo le rivolge un sorriso caldo: “Che ci fai qui?”. “Nulla, la settimana prossima ricomincio... sono contenta di trovarti qui... a presto ciao!” risponde lei ed esce in fretta.

È l'11 luglio, sto facendo il quarto ciclo di chemioterapia, sarà il caldo ma oggi mi sento stanchissima; poi quella apparizione mi ha messo tristezza. Penso che il cancro è questo: una brutta bestia che combatti ma che anche quando pensi di averlo sconfitto può tornare. Allora sai che devi riprendere a lottare... è un pensiero banale... eppure... non pensi a guardare lontano, ti aggrappi al sorriso di un angelo in camice bianco e il fatto di sapere che lo hai già incontrato in passato in quello stesso reparto ti fa sembrare più sopportabile la realtà. Chiudo gli occhi, penso alla settimana prossima, qualche giorno a casa per recuperare le forze e poi venerdì sarò a suonare a piazza della Signoria con la mia banda. Non suonerò tutti i brani perché non ho abbastanza energie, ma sarà comunque una serata indimenticabile.

Tutto è cominciato a gennaio con un controllo di routine, incastrato a forza negli impegni di lavoro; la visita l'avevo rimandata più volte, troppe trasferte e troppi impegni di lavoro e poco tempo per pensare a me stessa. Alla fine mi impongo di farlo, fisso la visita a valle di una due giorni di riunioni fitte con un cliente; arrivo trafelata nello studio della mia senologa di fiducia. Mi sento un po' una donna in carriera (anche se di carriera nella mia azienda le donne ne fanno veramente poca), fatto sta che esordisco dalla dottoressa dicendo: “Mi sono presa un po' di tempo per me, sento una cisti che non mi convince”. La osservo mentre concentrata studia il nodulo incriminato. Stavolta

non è come le altre volte in cui uscivo da quello studio rassicurata; mi dice che quello che vede non le piace tanto e che è bene indagare. Mi fissa per l'indomani mattina gli esami di approfondimento in ospedale. Adesso vedo tutto da un'altra prospettiva. Telefono al mio ex-compagno, sento che deglutisce ma che cerca di darsi un contegno. Prova a recitare la parte di quello forte ma lo capirebbe anche un bambino che ha paura quanto me.

Entro nel tunnel: biopsia, risonanza, un'altra biopsia; i noduli sono 2 e vanno tolti. Incontro la chirurga che mi conferma la temuta diagnosi di carcinoma mammario; mi sento mancare il terreno sotto i piedi, ricaccio indietro le lacrime. Lei mi spiega con molto tatto che c'è un percorso da fare e che se ne può uscire. Mi lascio guidare.

Nonostante i mille impegni sanitari cerco di continuare la mia vita di sempre: le prove della banda, gli amici, il volontariato. Non smetto di lavorare. Dall'ospedale col cellulare aziendale partecipo alle riunioni in audio-conferenza. Mi fa sentire normale. Qualche collega azzarda qualche battuta sul fatto che sono diventata una lavativa perché sto facendo degli orari un po' selvaggi. Lo fulmino con lo sguardo, poi gli rispondo seccata che sto facendo degli accertamenti in ospedale. Fino ad ora non ho detto nulla a nessuno, ma non posso continuare a fingere che sia tutto come prima. Devo parlare ai miei superiori e ai colleghi, spiegare loro che nei mesi a venire mi dovrò assentare non so bene per quanto tempo. Mi è costato già tanto raccontare quello che mi sta succedendo ai miei cari e agli amici stretti, adesso affrontare anche i colleghi e superiori è una fatica improba. Scelgo la strategia di affrontare le persone a testa alta e col sorriso, non voglio farmi vedere debole. Spiego loro che voglio vivere giorno per giorno e non proiettata alla fine dell'avventura, ripeto a tutti e in primis a me stessa che voglio vivere con serenità il presente, perché altrimenti se tra 10 anni uscendo dall'ospedale col certificato di guarigione in mano mi schiacciasse un'auto, avrei buttato via 10 anni di vita, e comunque se ne dovessi vivere di meno, almeno li avrò vissuti pienamente.

Sono un metalmeccanico, la mia azienda sta passando un momento di crisi: tre fusioni in tre anni e ad ogni fusione un giro di cassa integrazione. Mi occupo di controllo qualità, mansione presa particolarmente di mira dalla dirigenza aziendale tanto da assegnarci il quadruplo delle ore di cassa integrazione rispetto agli altri reparti. Siamo considerate risorse improduttive perché il nostro costo orario incide sui costi di produ-

zione. Penso che la trasparenza sulla mia malattia non sia una scelta prudente, ma per rispetto ai miei colleghi e per non danneggiare i progetti che mi sono stato affidati, mi sento in dovere di chiedere alla mia azienda di trovare una risorsa che mi sostituisca temporaneamente, pur correndo il rischio al mio rientro di diventare una risorsa in esubero. In passato mi sarei fatta prendere dal panico, adesso non so come, riesco a mantenere un certo distacco. Decido di affrontare le cose una alla volta: aspetto da un momento all'altro la chiamata dal reparto di senologia.

Nel mese di convalescenza successivo all'intervento chirurgico dedico una parte del mio tempo a lavorare da casa, il resto del tempo lo impiego a leggere, ad ascoltare musica e a fare delle piccole passeggiate che hanno il pregio di farmi passare il dolore. Sembra andare tutto a gonfie vele, quando arriva il crollo: dal risultato degli esami istologici viene fuori che uno dei due noduli ha una velocità di crescita assai elevata, è necessario fare la chemioterapia. Per me così poco attaccata ai canoni estetici non avrei mai creduto che perdere i capelli potesse essere un problema, eppure questo carcinoma ha messo a dura prova la mia identità femminile e la perdita dei capelli è la ciliegina sul-



la torta. Mi sfogo con la mia amica e quasi sorella, piangiamo insieme, poi ci mettiamo a giocare coi trucchi e i foulard. Grazie a lei e alle persone a me più care trovo il coraggio per affrontare le cure.

Luglio 2014

Tre settimane dopo l'intervento chirurgico di ricostruzione mammaria entro nella sala prove della banda: "Ciao, sono tornata!" I musicanti mi accolgono con un sorriso. Il maestro: "Ciao! Allora pronta per il gran giorno?". "Certo!" Rispondo io e raggiungo il mio posto nella fila dei clarinetti. Inizia la prova generale.

La sera successiva siamo sul palco di Piazza della Signoria, il luogo è molto suggestivo, la piazza è piena di gente, nel pubblico il mio nuovo compagno mi sorride. Il maestro inizia a battere il tempo, quattro battute d'aspetto e poi tocca a noi clarinetti. In quel momento ripenso al concerto dell'anno scorso, mi rivedo su questo palco con la parrucca dai capelli rossi e gli occhi mi si riempiono di lacrime. Per fortuna è buio, nessuno si accorge di nulla, inizio a suonare, la musica culla le mie emozioni. Anche questa sarà una serata indimenticabile.

Sabrina, Pisa

Collaborazione ASI-SUCOS in un progetto di cooperazione in Kenya

Maria Rita Tarquini

Responsabile dei progetti SUCOS in Kenya



Uno degli obiettivi dell'Associazione Senologica è quello di sostenere programmi di cooperazione internazionale a medio e lungo termine offrendo la propria specifica competenza nel settore sanitario.

L'associazione ha collaborato in un progetto di sviluppo nel potenziamento dei servizi sanitari della struttura ospedaliera "Manuela Roncella Maternity and Surgery" nel distretto di Isinya-Kenya promosso dall'Organizzazione Internazionale SUCOS (Solidarietà Uomo Cooperazione e Sviluppo) di Pisa.

La Cooperazione allo Sviluppo, a differenza dell'aiuto assistenziale, si caratterizza per volersi porre come strumento di aiuto ad uno sviluppo autodeterminato dai paesi che vengono aiutati. Questo vuol dire che la cooperazione non si fa se non esiste una richiesta esplicita del Paese in via di sviluppo finalizzata all'intervento di cooperazione che si realizzerà. In questo senso la cooperazione si fonda su rapporti di reciprocità poiché il Paese che riceve la cooperazione è il Paese che l'ha richiesta e quindi essa è sempre rivolta ad attività che corrispondono agli interessi di quel Paese. Ciò la caratterizza rispetto ad altri tipi di rapporti internazionali, dove a chiedere il parere del Paese ricevente non si pensa neppure. La cooperazione allo sviluppo nasce dall'esigenza di garantire il rispetto della dignità umana e di assicurare la crescita economica di tutti i popoli. Essa è finalizzata al soddisfacimento dei bisogni primari e in primo luogo alla salvaguardia della vita umana, all'autosufficienza alimentare, alla valorizzazione delle risorse umane, alla conservazione del patrimonio ambientale, all'attuazione e al consolidamento dei processi di sviluppo endogeno, alla crescita economica, sociale e culturale dei paesi in via di sviluppo. La cooperazione allo sviluppo deve essere altresì finalizzata al miglioramento della condizione femminile e dell'infanzia e al sostegno della promozione della donna. Rientrano nella cooperazione allo sviluppo gli interventi destinati a fronteggiare casi di calamità, situazioni di denutrizioni e di carenze sanitarie che minacciano la sopravvivenza di popolazioni.

Il progetto di cooperazione SUCOS è localizzato in territorio Maasai a supporto delle necessità sanitarie della popolazione del Distretto di Isinya, una delle sacche di povertà dell'intera regione.

Sintesi del Progetto

La proposta progettuale SUCOS è frutto di un processo partecipativo tra le istituzioni locali ed i medici che hanno operato nel settore sanitario, i quali hanno individuato nella realizzazione di una unità chirurgica (comprendente sala parto e sala operatoria) in appoggio ad una struttura già esistente e funzionante (dispensario), ma carente del servizio chirurgico, una risposta alla necessità di migliorare le condizioni sanitarie della popolazione della zona. Scopo del progetto è assicurare servizi sanitari adeguati in termini di qualità e costo ai bisogni emergenti della popolazione.

Origine e aspetti istituzionali del Progetto

Questo progetto nasce dalla richiesta formale fatta al SUCOS dal Responsabile del Distretto, dal Ministero della Sanità e dalla comunità circostante, di continuare l'impegno intrapreso cercando nuove e migliori forme di cooperazione soprattutto nel settore maternità e chirurgia ostetrica e generica che mirano a conseguire standard di sicurezza sanitaria e di qualità di servizio. La volontà di elaborare una strategia di intervento si è concretizzata nel corso della missione condotta nell'Aprile 2007 e nell'Agosto 2008 dalla Dott.ssa Manuela Roncella dove è maturata la fase di elaborazione di questa proposta progettuale che rispetta le aspettative e le idee dei responsabili del distretto.

Nel Gennaio 2008 il SUCOS costruisce a fianco del dispensario l'ospedale "Manuela Roncella Maternity and Surgery". Nell'Agosto 2008 la Dott.ssa Roncella inaugura la struttura ospedaliera ed inizia un'attività di formazione dello staff locale rivolta non solamente alla maternità, ma anche a una attività di educazione, prevenzione e lotta contro i tumori femminili.

Nell'agosto 2009 la Dott.ssa Roncella, coadiuvata dal Dott. Matteo Ghilli, inaugura la sala operatoria dell'ospedale.

Durante la permanenza tiene un corso di formazione al team ospedaliero nell'ambito della prevenzione e cura del tumore alla mammella ponendo l'attenzione sull'importanza della raccolta ed elaborazione dei dati come strumento di monitoraggio e valutazione.



La valutazione periodica condotta sul programma nell'arco di questi 5 anni ha dimostrato la mancanza di tumori di qualunque genere nel territorio dove si svolge il programma: territorio Maasai.

I Maasai, tradizionalmente pastori, sono considerati seminomadi avendo acquisito una certa stabilità. L'agricoltura non è praticata. L'alimento principale tradizionale è il sangue ricavato dal salasso della vena giugulare dell'animale vivo, mescolato a latte e spesso anche all'urina dell'animale stesso. Pur essendo pastori, la carne viene consumata quasi esclusivamente in concomitanza di occasioni particolari e feste. I Maasai nella zona di nostro interesse hanno la possibilità di procurarsi del mais che è ora parte integrante della loro alimentazione abituale insieme a pomodori e ad un tipo di cavolo chiamato "sukuma wiki".

Basta spostarsi di 50 km per trovarsi nell'affollata capitale di Nairobi dove il quadro clinico è simile al nostro.

Nairobi è la città più popolata dell'Africa Orientale con una popolazione di oltre quattro milioni di abitanti. La città si è sviluppata velocemente: con l'avanzata dell'era industriale il problema dell'inquinamen-

to costituisce il vero problema con il quale la società si trova a combattere.

Dal punto di vista nutrizionale gli alimenti consumati nell'agglomerato urbano sono prevalentemente ottenuti con metodi moderni che fanno uso di concimi, antiparassitari e medicinali che comportano rischi sotto il profilo della salute dei consumatori.

Negli ultimi due anni, anche nella vicina cittadina di Kitengela che si sta allargando e dove si trova uno stile di vita urbano, si cominciano a verificare casi di tumore.

Evidentemente, dal punto di vista alimentare, la tradizionale dieta Maasai, basata su cibi poveri ma genuini, rappresenta una difesa dai rischi dei cibi ottenuti con tecniche industriali, unita anche ad una vita non certo sedentaria che ancora segue ritmi naturali, in un ambiente privo di elementi inquinanti. Si potrebbe dedurre quindi che lo stile di vita, una buona abitudine alimentare e un ambiente non inquinato giocano un ruolo importante nella prevenzione del tumore.



I sapori della tradizione

Trippa in Dolce-Forte

Tiziana Centonze



La trippa è stato un ingrediente importante nella cultura contadina, perché non potendo nutrirsi della costosa carne permetteva di preparare ugualmente pietanze gustose e nutrienti. Fa parte della tradizione culinaria toscana ma è molto usata anche nel Lazio e in Lombardia. Ne facevano già uso nell'antichità i Greci (cotta alla brace) e i Romani (preparato per salsicce).

La trippa è compresa nelle cosiddette frattaglie o quinto quarto alimentare e corrisponde allo stomaco del ruminante; precisamente al rumine: il primo dei quattro stomaci dell'animale.

Valore nutrizionale

Per 100 g di parte edibile: 90 kcal - proteine 13 g - carboidrati 0,6 g - grassi 3 g - sodio 107 mg - potassio 18 mg - ferro 4.0 mg - calcio 18 mg fosforo 50 mg - vitamina C - vitamine gruppo B (tiamina, riboflavina, niacina)

La trippa contiene le purine, molecole indesiderate per i soggetti affetti da iperuricemia e attacchi gottosi. Contiene anche colesterolo.

È un alimento ipocalorico ma le sue ricette non sono di semplice e rapida digestione a causa della struttura dei tessuti proteici oltre che agli ingredienti supplementari.

Ingredienti per 6 persone

1 kg di trippa
3 spicchi d'aglio
150 g di sedano

120 g di cipolla bianca
70 g di carota
100 g macinato di bovino
80 g di salsiccia
40 g di uva passa
30 g di pinoli
30 g di cioccolato fondente
1 bicchiere di vino bianco
½ bicchiere di aceto bianco
3-4 cucchiari di concentrato di pomodoro
olio extravergine d'oliva q.b.
sale, pepe, noce moscata, cannella

Esecuzione

Tagliare la trippa a listelli. Far soffriggere gli odori tritati per 15 minuti. Aggiungere sale, pepe, spezie e quindi il macinato con la salsiccia sgranando il tutto. Far rosolare per 15 minuti. Aggiungere la trippa, mescolare e sfumare con il vino aumentando la fiamma al massimo per alcuni minuti. Versare il concentrato di pomodoro diluito in poca acqua tiepida. Far cuocere per un'ora abbondante a fuoco lento.

Nel frattempo ammollare l'uva passa in acqua tiepida e strizzarla, tostare i pinoli, grattugiare il cioccolato. Versare l'aceto, aumentare la fiamma e amalgamare gli ultimi ingredienti prima di servire.

Vino

Suggerisco Bolgheri rosato, cantine Antinori, delicatamente profumato, asciutto e armonico, note fruttate. Gradazione 12,5%, meglio se servito a 10 gradi.



Indocina: appunti di viaggio da Laos, Vietnam, Cambogia

Olimpia Ronga



Da Roma 12 ore di volo per arrivare a Bangkok, poi 5 ore di attesa per Vientiane e finalmente arriviamo in Laos.

È febbraio e siamo vestiti da inverno ma qui fa caldo, è primavera, persino estate per come la percepiamo noi.

La vista di Vientiane è gradevole, è una cittadina ordinata, fiorita, con belle case coloniali, è il primo approccio all'Indocina francese.

Iniziamo subito la visita dei bellissimi templi buddisti della città e ci troviamo fortunatamente nel mezzo di una festa popolare, è il trentesimo anniversario della ricostruzione di un importante monastero. Ci sono moltissimi fedeli e moltissimi monaci, i fedeli fanno offerte per la comunità buddista dell'intero Laos, depositando cibo e denaro in grandi bustoni allineati su lunghi tavoli. L'atmosfera è allegra, dovunque ci sono bancarelle di cibo, tutti mangiano e si divertono. C'è anche un ragazzo con degli uccellini rinchiusi in minuscole gabbiette, la gente dà pochi spiccioli e libera gli uccellini, acquistando così dei meriti che potranno aiutarli a reincarnarsi in un modo migliore nella prossima vita.

Anche nella visita al grande Stupa ci accompagna un senso di religiosità diffusa, i luoghi di culto sono tenuti benissimo, le offerte di riso e di incenso sono dappertutto, l'oro delle statue disseminate ovunque risalta splendido sulla vegetazione verdissima.

È tempo di partire con l'aereo per Luang Prabang, la cittadina che sarà il nostro punto di riferimento in Laos. La città è piccola, colorata, piena di templi e di monasteri bellissimi, è attraversata da due fiumi, il Nam Khan e il Mekong. I dintorni sono incantevoli, la

vegetazione è lussureggiante, la giungla non sembra insidiosa ma è meglio non avventurarsi. La gente è accogliente, sorridente, si respira un'atmosfera di tranquillità, la modernizzazione sta arrivando anche qui ma per ora le tradizioni sono ancora forti e c'è molta pace.

Le immagini del Buddha sono dovunque, ci sono Buddha giovani e vecchi, magri e grassi, Buddha vivi, dormienti o morti, Buddha con le mani in tante posizioni, ognuna riconducibile ai suoi insegnamenti.

Anche i monaci sono dappertutto, alle cinque della mattina attraversano in processione il centro per raccogliere le offerte di cibo per la giornata e si ritirano poi nei loro monasteri che sono anche scuole per i ragazzi.

Lasciamo il Laos con rimpianto, è un posto davvero speciale che ci ha innamorato.

In volo per Hanoi ci prepariamo a lasciare l'estate e quando arriviamo troviamo una pioggerellina uggiosa, una temperatura fresca e un traffico caotico.

Hanoi è una metropoli in continua espansione, tutti vanno di fretta, il controllo militare è discreto ma onnipresente, ovunque ci sono mercati, negozi e merce sui marciapiedi, ovunque si mangia, anche per terra. La città è un formicaio in continuo movimento, i motorini impazzano nelle strade, è una fiumana che scorre senza sosta, trasportando di tutto.

I templi buddisti sono numerosi, in alcuni è assai forte l'influenza cinese, ma ci sono anche templi taoisti o confuciani e ci colpisce molto il Tempio della Letteratura, la più antica università dell'Asia, un grande spazio destinato allo studio, alla meditazione, alla preghiera.

È tempo di lasciare Hanoi e di raggiungere la baia di Halong.





Ci imbarchiamo su una giunca a due piani nuovissima con un equipaggio di giovani vietnamiti sorridenti.

La navigazione sull'acqua color smeraldo ci inoltra in una miriade di isolotti e faraglioni che si susseguono svelando un paesaggio di indescrivibile bellezza, non per nulla Halong viene indicata come "l'ottava meraviglia" del mondo.

Purtroppo nel pomeriggio viene diramata l'allerta maltempo e siamo costretti a rientrare nel porto rinunciando al pernottamento nella giunca e alla ulteriore visita della baia il mattino seguente.

La delusione è grande ma non tutto il male viene per nuocere perché la nostra guida decide di portarci a visitare l'Halong di terra, che non era inserito nel nostro programma di viaggio. Ci vogliono quattro ore di pullman per raggiungere la località e ci rifugiamo nell'albergo stanchi e demoralizzati.

La mattina ci imbarchiamo sui sampang, piccole barche guidate da donne che remano per lo più con i piedi con nostra grande sorpresa e attraversiamo l'Halong di terra.

Il fiume scorre tra le montagne e i faraglioni, l'acqua è limpida e riflette il tenero verde dei campi di riso, il tempo sembra essersi fermato nella pace di questi luoghi.

Il posto è bellissimo e molto suggestivo, siamo contenti di aver avuto l'occasione di visitarlo.

La visita del Vietnam continua, attraversiamo le risaie che si susseguono a perdita d'occhio, i campi di fiori di loto, i piccoli villaggi e ci fermiamo a Hoi An, un delizioso paese ricco di storia che si presenta con un tripudio di lampade di seta di tutti i colori che sono appese ovunque.

È poi la volta di Huè, sede della città imperiale edificata dagli imperatori Nguyen. È qui che ancora vivono le vestigia della potenza, della ricchezza, della gloria del passato, è qui che si respira ancora l'antico splendore.

Riprendiamo l'aereo e atterriamo a Saigon. La città è enorme, piena di edifici moderni, palazzi di vetro e acciaio spuntano qua e là ma c'è ancora traccia della vecchia Saigon del periodo coloniale.

Visitiamo Cu Chi, la cittadella sotterranea dei vietcong che si estende per 250 km di cunicoli e gallerie e al rientro in città il museo della guerra che raccoglie le testimonianze e i ricordi della sanguinosa guerra che è ancora molto presente nella memoria dei vietnamiti, come pure è motivo di grande orgoglio la vittoria.

Per passare in Cambogia navighiamo sul Mekong. Centinaia di barche, grandi, piccole, colorate e non trasportano di tutto sul fiume, le rive sono affollate di



case su palafitte, anche sulle barche ormeggiate si vive. È un mondo variopinto, indaffarato ma non nevrotico, si legge tranquillità sui volti spesso sorridenti, il ritmo della vita lo dà il fiume.

Il paesaggio verso il confine cambogiano è bucolico, si intravedono piccoli paesi, capanne di legno, le persone fanno il bagno nel fiume, lavano le vacche nel fiume, pescano.

Phnom Penh è una città ricca di storia, visitiamo il museo nazionale e l'area del palazzo reale dove i numerosi edifici di grande bellezza suggeriscono il lusso e il potere che per lungo tempo il regno Khmer ha esercitato. È anche la prima volta che incontriamo mendicanti insistenti, il paese è povero e molto più arretrato del Vietnam e dello stesso Laos.

Ci spostiamo a Siam Reap per visitare il grandioso complesso di Angkor, ma prima ci fermiamo sulle rive del Tonle Sap, dove si ergono altissime palafitte. Il paese vive sul fiume da cui trae il nutrimento e il commercio. Anche qui le barche si incrociano trasportando di tutto, anche qui la gente pesca, nuota, si lava, cucina, lava le stoviglie nel fiume.

Ci attendono ora i templi di Angkor, il sito archeologico più visitato e di grande impatto visivo. L'area è



grandissima, sono centinaia i templi, le torri, le sculture che compongono Angkor. È una successione di monumenti grandiosi, alcuni in ottimo stato, altri in rovina. Ci sono a volte altari all'interno dei templi, con le statue del Buddha drappeggiate con sete colorate, e monaci che benedicono i fedeli che offrono incenso.

Alcuni templi sono stati invasi dalla giungla ed enormi alberi, enormi radici hanno inglobato gli edifici, creando uno spettacolo unico di grande suggestione.

Angkor Vat, il capolavoro indiscusso dell'architettura e dell'arte khmer è l'ultimo santuario che visitiamo e restiamo incantati dalla grandiosità del monumento e dai bassorilievi di raffinata fattura che vi sono inseriti.

Il viaggio è finito, resta un giorno da passare a Bangkok prima di riprendere il volo per l'Italia.

Un solo giorno ma sufficiente per ammirare i templi e le statue d'oro del Buddha così diverse dalle immagini dei Buddha viste nel Vietnam e nel Laos. Il Buddha sdraiato ci lascia a bocca aperta, la bellezza e la serenità del volto, la grandiosità dell'opera, lo splendore dell'oro sono l'ultimo ricordo che ci resterà nella memoria del nostro viaggio in Indocina.





Letto per voi

Olimpia Ronga



Il libro di cui vi voglio parlare è “La ragazza con l’orecchino di perla”, di Tracy Chevalier (Ed. Neri Pozza).

Ho comprato il libro attratta dall’immagine della ragazza con l’orecchino di perla sul risvolto di copertina, il quadro di Vermeer per me più bello, un concentrato di grazia e di equilibrio.

Griet è la figlia sedicenne di un decoratore di piastrelle di Delft, la sua è una famiglia modesta ma non povera. A seguito di un infortunio sul lavoro il padre perde la vista e con essa il lavoro. Per sostenere i genitori Griet deve andare a servizio, diventa così una domestica dai Vermeer.

La storia è narrata da Griet, che sarà la protagonista del quadro, ed è ambientata nell’Olanda del ’600, è una storia minima, quotidiana che tuttavia contiene i grandi temi del romanzo: la situazione sociale del

tempo, l’innamoramento, l’accettazione dolorosa del proprio ruolo.

La figura del pittore è appena delineata, eppure è immanente e aleggia in ogni pagina. Il fascino dell’uomo è intimamente connesso alla sua capacità di guardare e trasfigurare la realtà che rappresenta, è questa capacità l’essenza dell’artista e la giovane domestica ne diviene lentamente consapevole fino a rimanerne soggiogata.

Come un quadro il racconto tratteggia i personaggi con pennellate sufficienti a caratterizzarli, a renderli ben visibili sullo sfondo della vicenda che riguarda lei, la ragazza con l’orecchino di perla.

Un bel libro, un’ incursione nell’atelier del pittore che mi ha lasciato il desiderio di vedere dal vivo le altre opere del maestro, poche sappiamo, ma di grande bellezza.



Andiamo al cinema

Il sale della terra

In viaggio con Sebastião Salgado

Film di Wim Wenders e Juliano Ribeiro Salgado

Documentario durata 100 min.

Il film ritrae le opere del fotografo Sebastião Salgado scattate in quarant'anni di carriera. L'autore "scrive con la luce", è ciò che fanno i fotografi, e la sua scrittura è testimonianza, trasmette i fatti, ma anche il dolore, la pietà, l'orrore, la disperazione, la speranza, la bellezza.

La perfezione del bianco e nero, la sua plasticità, rende epica la vicenda umana narrata. Il film scorre seguendo un percorso cronologicamente ordinato e

inframmezzato da note autobiografiche che lo stesso Salgado racconta, mentre Wim Wenders fuori campo lo introduce e ne presenta le immagini.

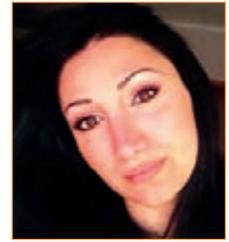
Lo stesso Wenders, straordinario regista, usa il colore, la sua "fotografia" magistralmente donandoci due ore di informazioni preziose, di immagini, di pensieri che ci accompagneranno ancora a lungo, impresse nella nostra memoria.





... comunque belle

Gohar Sargsyan



Anche nei momenti più difficili, quando lo specchio diventa un nemico e la nostra femminilità ci appare schiacciata da un'immagine che non vorremmo avere, ci dobbiamo ricordare della nostra personalità, di tutti gli ingredienti che la formano, evidenziando il fatto che la nostra immagine è, comunque, un'immagine perché la sostanza è altrove ed abbiamo il dovere verso noi stesse di assegnarle il ruolo in primo piano che merita.

Lasciamo pure scendere qualche lacrima, ma non rinunciamo alla nostra femminilità, non rinunciamo ad essere donne che curano la propria persona per piacersi e per piacere.

Poiché la malattia non ci deve impedire di curare il nostro corpo ci siamo rivolte ancora una volta alla nostra amica Gohar che ci propone alcune semplici ricette per continuare ad avere cura del nostro aspetto.

In questo numero Gohar suggerisce maschere di bellezza per l'autunno, maschere che ogni donna può fare da sé per donare di nuovo al viso provato dal sole, sabbia, vento e acqua di mare, la sua naturale freschezza e il suo aspetto sano.

Maschera per il viso per rendere la pelle più morbida e luminosa

Prendete una papaya e del miele d'acacia. Sbucciate la papaya, tagliatela e passatela al mixer fino ad ottenere una crema morbida. Aggiungete in questa crema un cucchiaino di miele di acacia ed applicate sul viso per 15-20 minuti.

Risciacquate con acqua tiepida.

Maschera nutriente e antiscrepolature

Serve una carota e un po' d'olio di oliva.

Grattugiate la carota finissima e mettetela in una ciotola. Aggiungete 1 o 2 cucchiaini di olio extravergine d'oliva.

Schiacciate il tutto con una forchetta e applicate la crema sul viso e sul collo, massaggiando leggermente.

Lasciate per 15-20 min.

Risciacquate con acqua tiepida.

Maschera per il contorno occhi

La pelle della zona attorno agli occhi è la più delicata, perché è praticamente priva di base lipidica.

Molto utile risulta l'applicazione di maschere. Ne propongo una particolarmente efficace e una ricetta per ridurre le borse sotto gli occhi.

- Maschera alla vitamina E

Mescolate un cucchiaino di una soluzione oleosa di vitamina E con un cucchiaino di burro di cacao e uno di olio di jojoba. Stendetene uno spesso strato sul contorno occhi per 15-20 min, dopodiché fate un tampono caldo con un piccolo asciugamano per un minuto.

Questa maschera va applicata 1-2 ore prima del riposo notturno, 2-3 volte settimana.

- Ghiaccio alla camomilla per le borse sotto gli occhi

Preparate un infuso molto concentrato di fiori di camomilla, poi filtrate e versate nelle formine del ghiaccio e riponetevi in freezer. Al mattino massaggiate il contorno occhi con un cubetto di ghiaccio per 1-2 minuti.



La vostra posta

Care Lettrici e cari Lettori,

la rivista dedica uno spazio alle vostre lettere. Potrete, se volete, raccontarci le vostre esperienze, segnalare e raccontarci un libro che vi è particolarmente piaciuto o che vi ha aiutato a superare momenti difficili, segnalarci situazioni problematiche che eventualmente avete incontrato, fare domande e chiedere informazioni.

L'indirizzo e-mail a cui potete inviare la vostra posta è:

rivista.asi@gmail.com

Saremo lieti di ospitare le vostre richieste e le vostre impressioni e di rispondere alle vostre lettere. Qualsiasi suggerimento che possa aiutarci a migliorare la rivista e renderla così meglio fruibile sarà per noi prezioso.

Riceviamo e volentieri pubblichiamo l'appello di **Daniela Fregosi** alle donne lavoratrici autonome : una battaglia sacrosanta per i diritti negati.

CARE LAVORATRICI AUTONOME, NON SIETE PIÙ SOLE!



AFRODITE K, nata dal personaggio di Afrodite A, il robot femminile con le tette razzo che combatteva contro il Dottor Inferno accanto a Mazinga Z, è scesa in campo sostenuta anche da EUROPA DONNA ITALIA.

Tutto è nato da una **STORIA PERSONALE**, quella di Daniela Fregosi, da 22 anni lavoratrice autonoma, che nell'estate del 2013 si ammala di cancro al seno scoprendo le innumerevoli, scandalose ed anticostituzionali discriminazioni a cui le donne con partita IVA sono sottoposte in caso di malattia grave. Da subito però questa storia personale è diventata una battaglia collettiva, non tanto "contro" il cancro, quanto "a favore" di quella giustizia sociale che tutte le tette meritano a prescindere dal tipo di lavoro svolto.

In cosa consiste nei fatti **IL PROBLEMA**?

In sintesi, anche in presenza di decenni di contributi Inps pagati nel corso della propria attività professionale, la maggior parte delle lavoratrici autonome non ha un'indennità di malattia o di degenza ospedaliera oppure, nei pochissimi casi in cui esiste, prevede diarie irrisorie e di durata limitata rispetto al lungo percorso che un cancro al seno necessita. L'alternativa di un'assicurazione privata è impraticabile in quanto le aliquote Inps molto alte, che per le autonome sono completamente a carico della lavoratrice, non consentono di poter pagare in più anche una previdenza privata (per la gestione separata per esempio una lavoratrice autonoma paga solo di Inps obbligatoria il 27,82% che per la Legge Fornero diventerà presto il 33%). Sul lato welfare rimane l'assegno legato all'invalidità civile ma purtroppo, ammesso che si riesca ad ottenere una % superiore al 74, le soglie massime di reddito sono molto basse e calcolate per l'anno precedente (prima della malattia). Per l'assegno ordinario di invalidità, non c'è il limite del reddito, ma ormai sappiamo bene come lavorano le commissioni mediche dell'Inps e lo sbarramento viene creato semplicemente negando che ci sia una riduzione della capacità lavorativa.

Oltre tutto questo c'è anche la beffa che molte lavoratrici autonome, soprattutto le consulenti e le professioniste, sono anche costrette a nascondere il loro stato in quanto, per continuare a lavorare e vivere, devono apparire sane, performanti e splendide di fronte ai clienti che acquistano i loro servizi.

A novembre 2013 Afrodite K ha aperto un **BLOG** per denunciare questa situazione e da subito gli accessi sono fioccati a dimostrazione di quanto questa situazione sommersa sia sentita non solo dalle lavoratrici autonome stesse ma anche dalle persone che stanno loro vicino e da tutti coloro, anche non autonomi, che hanno a cuore la giustizia sociale.

Il 10 febbraio 2014, con l'appoggio di ACTA (Associazione Consulenti del Terziario Avanzato) Afrodite K ha lanciato una **PETIZIONE** intitolata "Diritti ed assistenza per i lavoratori autonomi che si ammalano" indirizzata al Ministro del Lavoro ed al Presidente del Consiglio. Questa iniziativa è perfettamente in linea con la risoluzione del Parlamento Europeo "Protezione sociale per tutti, anche per i lavoratori autonomi" emanata il 14 gennaio 2014. La Petizione sta raggiungendo le 50.000 firme ed è arrivata ai media nazionali e ad alcuni politici.



E TU COSA PUOI FARE concretamente per la difesa dei tuoi diritti di lavoratrice autonoma colpita dal cancro al seno?

- Evita di innescare una sorta di “guerra tra povere”, una gara tra le donne (dipendenti, autonome, disoccupate) per il premio di chi sta peggio o ha meno diritti. I diritti devono esserci per tutte e l’obiettivo di questa battaglia non è quello di togliere diritti ad alcune donne per darne ad altre. La campagna video di Afrodite K “Lo Stato fa differenza tra lavoratori, il cancro no” presente sul suo canale YouTube è stata realizzata proprio per veicolare questo messaggio di “sorellanza”.
 - Informati, informati, informati. Ogni diritto ignorato è un diritto negato. Purtroppo per noi lavoratrici autonome ce ne sono pochissimi ad oggi e quei pochi non vengono divulgati adeguatamente (siamo estromesse da tutte le guide sui diritti dei pazienti oncologici in genere e delle donne operate al seno). Utilizza il Blog di Afrodite K dove troverai molte informazioni utili.
 - Firma la Petizione on line (trovi il link all’interno del Blog).
- Informa le organizzazioni che rappresentano la tua categoria lavorativa (commercianti, artigiani, consulenti, ecc...), il sindacato, l’ordine professionale dell’esistenza di questa battaglia ed invitali ad appoggiarla.
 - Racconta la tua storia di lavoratrice autonoma con il cancro al seno, le difficoltà, le ingiustizie che ritieni di aver subito. Afrodite K la può divulgare utilizzando lo spazio “Le altre storie” del suo Blog e può facilitare i contatti con giornalisti e media con cui è in stretto contatto.
 - Invia ad Afrodite K ogni informazione, suggerimento, idea o proposta che ritieni utile per proseguire questa battaglia insieme.

Daniela Fregosi in arte Afrodite K

La voce delle lavoratrici autonome con il tumore al seno... ma non solo

BLOG: <http://tumoreseno.blogspot.it/>

PAGINA FACEBOOK: www.facebook.com/tumoreseno

info@danielifregosi.it 0564.329578 - 333.5837472



Anche il web può darci una mano. Alcune socie, navigando in rete, hanno trovato utili i seguenti siti che volentieri segnaliamo:
www.favo.it (Federazione Italiana Associazioni di Volontariato in Oncologia)
www.aimac.it (Associazione Italiana Malati di Cancro)
www.europadonna.it
www.kousmine.net

*Ringraziamo la Banca Popolare di Lajatico
per il sostegno erogato per la pubblicazione del presente numero della rivista*



B.P.Laj

Banca Popolare
di Lajatico

Con il patrocinio del Comune di Pisa



Comune di Pisa



www.asi-pisa.it