



Sassi e piume

Rivista di informazione senologica

n. 3/2016

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 2016

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

Sommario

- 3 Editoriale (*Edna Maria Ghobert*)
- 4 Una data importante per il Centro Senologico: il nostro primo convegno (*Manuela Roncella*)
- 5 Novità sulla terapia preventiva del tumore alla mammella (*Andrea De Censi*)
- 8 Qualità della vita e benessere psico-sociale nelle pazienti con carcinoma mammario: la necessità di un supporto psicologico e psichiatrico dedicato (*Valeria Camilleri, Mauro Mauri*)
- 11 L'alimentazione e la sindrome metabolica come fattori di rischio del carcinoma mammario (*Alessandra Gennari*)
- 13 Le abitudini alimentari nell'incidenza e prognosi del carcinoma mammario (*Patrizia Pasanisi*)
- 15 Gli effetti della patologia e delle terapie adiuvanti sulla sfera sessuale (*Marco Gambacciani*)
- 17 *Il ruolo della Medicina Complementare*. Intervista al dottor Filippo Bosco
- 19 *Il dolore evitabile in oncologia*. Intervista al prof. Domenico Giofrè
- 21 Medicina narrativa (*Elisabetta Bucciarelli*)
- 23 Attività fisica: l'importanza nella prevenzione e nel recupero dopo la malattia (*Elena Fiaschi, Viviana Dionisio*)
- 25 «Vogando sul Dragone» riabilitiamo corpo e mente (*Maria Grazia Muraca, Giovanna Franchi*)
- 28 La sciabola per divertirsi e riprendere confidenza con il proprio corpo e le proprie emozioni (*Massimo Rosoni*)
- 29 Prima e dopo il tumore al seno: il ruolo del medico di Medicina Generale (*Paolo Stefani*)
- 30 Il coraggio di testimoniare la propria esperienza (*Silvia Conforti*)
- 31 I baffi del signor Ugo (*Silvia Conforti*)
- 33 Tirare con l'arco (*Simona Guerrieri*)
- 34 I sapori della tradizione. Baccalà mantecato (*Tiziana Centonze*)
- 35 Sguardi dall'America Latina (*Olimpia Ronga*)
- 37 L'arrivo del Servizio Civile Regionale in Senologia (*Francesca, Giovanna, Marina e Nicoletta*)
- 37 Letto per voi... (*Francesca Catelli*)
- 40 Andiamo al cinema (*Liana Martinelli*)
- 41 ... comunque belle (*Gohar Sargsyan*)
- 42 Make a change (*Simone Testai*)
- 42 La vostra posta

In copertina:

Milena Moriani, «Azzurro»
olio su tela, 170 x 120 cm, particolare
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
- 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 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 viaggio in America Latina descritto all'interno della rivista:

Patagonia, Cuevas de las manos (p. 3); Perù, Sito archeologico, esperimenti di colture Incas (p. 4); Perù, Saline di Maras (p. 6); Perù, Dintorni di Cuzco, sorelle (p. 10); Perù, Colori naturali per la tessitura (p. 12); Perù, Villaggio andino, Valle Sacra (p. 14); Perù, Macchu Picchu, area sacra (p. 16); Galapagos, maschio e femmina tartarughe adulte (p. 18); Galapagos, Vulcano isola di Santa Cruz (p. 20); Patagonia, Colonia di pinguini (p. 22); Perù, Cordigliera delle Ande (p. 25); Brasile, Cascate dell'Iguazù (p. 30); Perù, Giovane filatrice (p. 31); Patagonia, Paesaggio alla fine del mondo (p. 33); Argentina, Ghiacciaio Perito Moreno (p. 35); Cile, Relitti di navi (p. 35); Cile, Torri del Paine (p. 35); Perù, Macchu Picchu, Veduta (p. 36); Perù, Uros del lago Titicaca (p. 36); Perù, Valle del Colca, villaggio andino (p. 36); Perù, lago Titicaca (p. 37); Cile, Stretto di Magellano (p. 39); Galapagos, Cactus Opuntia (p. 40); Galapagos, Isola Isabela, paesaggio con manfrovie (p. 41); Galapagos, Leoni maribni (p. 41); Perù, Macchu Picchu, terrazzamenti (p. 43)

Editoriale

Edna Maria Ghobert

Presidente ASI



Lo stile di vita può essere definito come il modo di interpretare se stessi all'interno della realtà nella quale si è naturalmente inseriti, vivendo quindi giorno per giorno la nostra quotidianità con i nostri interessi, i nostri affetti, il nostro impegno. Singolarmente dediti a condurre la propria esistenza con l'attenzione a ciò che ognuno di noi, con il dovuto lavoro, può ottenere, spesso non si considera che esistono alcuni fattori di rischio in grado di influenzare concretamente e in modo negativo la durata della nostra vita.

Questa è la ragione per cui diventa fondamentale acquisire e mettere in pratica tutte le nozioni che fanno di uno stile di vita corretto la risorsa per contenere i grandi numeri di ammalate di cancro a cui si è arrivati.

In questo numero si affronteranno temi che sono di grandissimo interesse per le pazienti poiché si parlerà di alimentazione, di benessere psicosociale, degli effetti della patologia e delle terapie adiuvanti sulla sfera sessuale, del ruolo della medicina complementare, del dolore evitabile e di tanto altro, ma verranno affrontati anche quegli argomenti che assottigliano la differenza tra una donna sana e una che, passata sotto le forche caudine del cancro, vuole ritrovare se stessa. Tutti questi temi sono stati trattati nel convegno, sostenuto dalla nostra associazione, «Prima e dopo il tumore al seno: quanto possono incidere gli stili di vita?» (Pisa, 9 Marzo 2015).

Non si può non considerare che un tumore al seno cambia il modo di essere donna e dopo l'intervento chirurgico, anche in presenza di contestuale ricostruzione, la sensazione più comune è il senso di vuoto, accompagnato da disturbi del sonno, quel sonno che ogni sera guardando il soffitto si invoca e non arriva, quel sonno che non si fa scrupoli a lasciare il campo alla tristezza e all'angoscia per ciò che di noi è rimasto sul tavolo operatorio.

È di fondamentale importanza che la donna possa cominciare un cammino di accettazione e riappropriazione di sé poiché il proprio corpo «cambiato», dopo asportazioni e ricostruzioni, comporta un difficile processo di adattamento e tale cambiamento può influire,



oltre che sulla propria immagine corporea, anche sulla propria autostima e sull'accettazione di se stesse.

Fungendo da sportello di ascolto, e per nostra stessa esperienza, sappiamo che in seguito a questi interventi molte donne riportano difficoltà di tipo relazionale, e il non sentirsi padrone o a proprio agio con il corpo può comportare un disagio a vivere relazioni sia affettive che sessuali.

È qui che l'associazione deve intervenire, non solo come sostegno morale, psicologico, fraterno, ma anche come promotrice di incontri, di convegni, di iniziative che facciano sentire ad ogni donna che la malattia non l'ha messa fuori gara e che la condivisione del problema con altre donne diminuisce il peso di ogni fardello.

Con il confronto, attraverso il dialogo e la condivisione, quel gigante nero e minaccioso che è il cancro a poco a poco cede il passo alla forza, ad una determinazione in grado di affrontare con coraggio la malattia, si sente il coraggio di piangere, di parlare, di raccontare, di non nascondersi. Subentra il coraggio dell'imperfezione che è coraggio di vivere e non di lasciarsi vivere, di assaporare ogni giorno l'autenticità di un sorriso dato o ricevuto. Si presenta il bisogno di riconoscersi e di amarsi con la malattia e superata la malattia, perché anche dopo è necessario farci i conti.

In ogni donna preme il desiderio di rientrare in gioco, di sentir parlare di ciò che è in grado di fare, che non ricordi la malattia, il cambiamento avvenuto sul suo corpo, le sue limitazioni, ma la inseriscano in attività sportive impegnative dove, con l'opportuna indicazione e sorveglianza da parte dei medici fisiatristi, dopo il cancro si acquisiscano nuove sicurezze da quel corpo che una volta l'ha tradito, ma che, comunque, è il suo corpo ed ha la forte volontà di rimettersi in gioco, di misurarsi, magari pagaiando, tirando di

scherma, correndo o tirando con l'arco, attività che forse non ha mai svolto, ma per il semplice fatto di appartenere alla sfera sportiva e non soltanto riabilitativa, parlano di movimento, parlano di sudore, parlano di salute, parlano di traguardi da raggiungere, parlano... di vita.

Una data importante per il Centro Senologico: il nostro primo convegno

Manuela Roncella

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



Il 9 marzo 2015 è per noi medici e infermieri del Centro Senologico di Pisa una data importante, una di quelle date che segnano la storia del nostro gruppo. Esattamente come un lontano giorno di dicembre del 2001 quando abbiamo dato il via all'attività della Sezione di Chirurgia dei tumori femminili nella ex clinica Rook o come il 24 aprile del 2010 quando abbiamo trasferito il reparto nella ben più adatta e accogliente sede attuale, nella ex clinica oculistica.

Il 9 marzo 2015 abbiamo organizzato il nostro primo congresso. È stata una fatica non indifferente, dapprima mettere giù il programma, poi contattare tutti i moderatori e i discussant, venire incontro alle loro legittime richieste, tenere conto di loro eventuali impegni, apportare modifiche al programma stesso. Poi, con l'aiuto prezioso dell'Associazione Senologica Internazionale e della U.O. Formazione della AOUP (nella persona in particolare della responsabile, dott.ssa Raffaelli), si è passati agli aspetti più complessi: trovare una sede idonea, non troppo grande né troppo piccola, un catering adeguato, stampare i manifesti e così via, il tutto tenendo conto delle risorse finanziarie limitatissime (messe in campo proprio dalla Associazione Senologica Internazionale).

Alla fine, oggi posso dirlo, ne è valsa la pena: è stata una bella giornata, non solo perché tutti si sono detti soddisfatti, non solo perché la sala era strapiena (al di là delle previsioni, e mi scuso con chi non ha trovato da sedere), non solo per il generoso tributo di stima e di affetto ricevuto dalle autorità cittadine e della AOUP. Il vero successo sono stati i contenuti: abbiamo spalancato il nostro lavoro a tutto quello e a tutti quelli che ci stanno intorno, ci siamo, finalmente!, aperti al territorio ed in particolare ci siamo affacciati su quel mondo che può e deve incidere positivamente sul recupero dopo la malattia e sulla prevenzione delle ricadute e/o della malattia stessa agendo beneficamente sugli stili di vita.

Ha aperto i lavori una interessantissima lezione magistrale che ha fatto il punto sulla prevenzione del carcinoma mammario, specialmente sulla farmaco prevenzione, mostrando luci ed ombre sin qui raggiunte.

Abbiamo imparato molte cose, che anche noi medici spesso ignoriamo o sottovalutiamo, sull'importanza di una sana alimentazione, sulla prevenzione e cura della sindrome metabolica, sul ruolo dell'attività

fisica sia per chi deve recuperare dal tumore sia per chi deve cercare di non averlo mai quel tumore.

Abbiamo rotto il tabù dell'interferenza del tumore e soprattutto delle cure sull'attività sessuale, abbiamo presentato il lavoro che da tempo già svolgiamo a Pisa per garantire alle donne un valido supporto psico-oncologico e utili terapie complementari nel percorso di cura.

Abbiamo ascoltato gli esperti parlare di dolore evitabile in un percorso oncologico ai giorni nostri, abbiamo compreso l'importanza di strumenti non prettamente sanitari ma con grandi effetti sanitari ormai dimostrati in letteratura: la medicina narrativa, che anche al Centro Senologico di Pisa ha trovato la sua collocazione; l'attività sportiva più o meno organizzata, in particolare con le esperienze delle Dragon Ladies, delle schermitrici e di una campionessa di tiro con l'arco che è tornata a vincere dopo l'operazione al seno. Infine abbiamo voluto sottolineare l'importanza della stretta integrazione tra gli specialisti del percorso e il medico di medicina generale oltre al ruolo insostituibile del cosiddetto Terzo Settore, cioè di tutte quelle Associazioni di Volontariato in gran parte animate, volute e sorrette dalla passione di donne (e uomini) che hanno attraversato un percorso di malattia oncologica e che ci stimolano, con ogni mezzo, a dare sempre di più non solo per migliorare i risultati delle nostre cure, ma anche per poter avere la massima umanizzazione del percorso e la migliore qualità di vita dopo la malattia.

E visto che ci abbiamo preso gusto, vi invitiamo sin da ora al prossimo congresso!





Novità sulla terapia preventiva del tumore alla mammella

Andrea De Censi

*Divisione di Oncologia Medica, E.O. Ospedali Galliera, Genova, Italy;
Wolfson Institute of Preventive Medicine, Queen Mary University of London*



La farmaco-prevenzione consiste nell'impiego di medicinali, vitamine o altre sostanze in grado di ridurre il rischio di sviluppare una o più malattie.

Sebbene alcuni di questi approcci siano molto promettenti, nessuno di loro allo stato attuale può sostituire uno stile di vita sano. L'idea è di integrare tali sostanze con la dieta e l'attività fisica nelle persone a maggior rischio di ammalarsi di cancro per ottenere una riduzione di almeno il 30% dei tumori mammari. Il vantaggio dei farmaci rispetto alla dieta ed all'attività fisica risiede nella molto maggiore evidenza scientifica sulla sua efficacia e nella maggior garanzia di aderenza al trattamento nel tempo rispetto a dieta e sport in cui, data la fatica necessaria, si registra un notevole calo di aderenza dopo pochi mesi.

Il nome «farmaco-prevenzione» è impreciso dal momento che, oltre ai veri e propri farmaci, possono essere utilizzati anche oligoelementi, sali minerali, vitamine e derivati delle piante. Anche «chemio-prevenzione», un altro termine impiegato per definirla, può trarre in inganno, dal momento che potrebbe richiamare la chemioterapia. Per questo recentemente si è proposto di definirla semplicemente *terapia preventiva* (1).

L'idea della terapia preventiva attraverso farmaci o altre sostanze naturali attive non è nuova. In cardiologia il suo uso è ben consolidato nelle persone con fattori di rischio: l'aspirina a basse dosi nelle persone che hanno fattori di rischio cardiovascolari, o i farmaci che abbassano la pressione sanguigna o il colesterolo, vengono assunti da milioni di persone per ridurre la probabilità di un infarto o un ictus. Anche la terapia dell'osteoporosi non è altro che una prevenzione delle fratture ossee nei soggetti con un fattore di rischio (ridotta densità ossea, osteopenia o osteoporosi).

Ora si sta cercando di applicare questo approccio anche al cancro: la terapia preventiva è allo studio per evitare sia lo sviluppo di un cancro in persone ancora sane ma ad aumentato rischio (prevenzione primaria), sia una nuova malattia tumorale in chi ne ha già avuto una o ha avuto una pre-cancerosi. In questo caso si tratta di prevenzione secondaria.

Recenti studi epidemiologici e di laboratorio indicano che farmaci preventivi per altre malattie, come l'aspirina o l'antidiabetico metformina, potrebbero essere utili anche per prevenire lo sviluppo delle metastasi in persone con un tumore in remissione. In questo caso si tratta di prevenzione terziaria.

La terapia preventiva è un trattamento somministrato a persone sane che hanno un rischio aumentato di sviluppare il cancro. Per questo le caratteristiche della terapia devono essere ben precise: il farmaco deve aver dimostrato di ridurre il rischio di uno o più tipi di cancro abbastanza frequenti da giustificare il trattamento su grandi numeri di individui; deve essere sicuro e provocare effetti collaterali minimi, tali da poter essere facilmente controbilanciati dal beneficio che ci si attende e deve avere un costo accessibile.

L'assunzione di vitamine, minerali e oligoelementi non può ancora essere considerato una forma di farmaco-prevenzione, anche se il consumo regolare di frutta e verdura all'interno di uno stile alimentare sano sembra in grado di prevenire diverse forme tumorali, contrastando i processi ossidativi che avvengono nelle cellule e favoriscono il cancro. La dieta non può però essere considerata una forma di farmaco-prevenzione perché a oggi non siamo ancora in grado di identificare con precisione quali siano le sostanze preventive che la caratterizzano.

La domanda che si sono posti in questi anni i ricercatori è se sia possibile estrarre vitamine, minerali e oligoelementi da frutta, verdura e altre piante, allo scopo di riprodurre tali sostanze in laboratorio e farne dei prodotti analoghi ai farmaci. Si è tentato con le pillole di vitamine, che però si sono dimostrate poco efficaci per prevenire i tumori. Altre sostanze vegetali che possono essere assunte con l'alimentazione (quali ad esempio il tè verde, la curcuma, il mirtillo) sono attualmente in fase di studio all'interno di studi clinici come integratori assunti a dosi misurabili e riproducibili.

A oggi l'unico uso consolidato di terapia preventiva in oncologia è nel tumore al seno (2). Da anni il tamoxifen, un medicinale appartenente alla classe dei «modulatori selettivi del recettore degli estrogeni» (SERM), è impiegato come prevenzione secondaria e terziaria in donne che hanno già avuto un tumore al seno. Il trattamento riduce infatti la probabilità che la malattia possa ricomparire nella stessa mammella (se è stata effettuata una chirurgia conservativa) o in quella contro laterale o dare luogo a metastasi in altri organi.

L'efficacia di queste molecole deriva dal fatto che nell'80% dei tumori al seno la crescita è legata alla presenza dei recettori per gli ormoni estrogeni: il tamoxifene «inganna» i recettori sulla superficie delle cellule assumendo per così dire le sembianze degli estrogeni, senza però produrre gli stessi effetti.

Per il tamoxifen e gli altri recettori degli estrogeni negli ultimi anni si è affermato un nuovo utilizzo: la prevenzione primaria del cancro al seno nelle donne sane, ma a maggior rischio di sviluppare la malattia. Nel 2013 è stata pubblicata una metanalisi (3), cioè una valutazione combinata di più studi sullo stesso argomento, che ha preso in considerazione più di 80.000 donne che hanno partecipato a sperimentazioni cliniche, tra cui oltre 5.000 donne italiane. La ricerca ha permesso di concludere che il tamoxifen e gli altri modulatori selettivi del recettore degli estrogeni, assunti da donne sane ma a maggior rischio di sviluppare il cancro al seno, riducono il rischio di ammalarsi del 40%. Inoltre gli effetti del trattamento preventivo si mantengono negli anni successivi.

Per questa ragione, la Food and Drug Administration (FDA), l'agenzia statunitense responsabile del controllo su alimentazione e farmaci, ha approvato l'uso del tamoxifene e dell'analogo raloxifene per la prevenzione primaria nelle donne ad alto rischio di sviluppare tumore al seno. Il rischio è stato definito diversi anni fa con il modello di Gail, uno strumento interattivo progettato da scienziati del National Cancer Institute e dal National Surgical Adjuvant Breast e Bowel Project (NSABP) per stimare il rischio di una donna di sviluppare il cancro al seno invasivo. All'agenzia americana ha fatto seguito anche il National Institute for Health and Care Excellence (NICE), l'organismo che determina le scelte del servizio sanitario inglese. Il NICE ha consigliato che il trattamento sia offerto a tutte le donne con un rischio di almeno il 30% di ammalarsi secondo il modello di Tyrer-Cuzick.

Altri farmaci che bloccano l'effetto degli estrogeni, in particolare l'exemestane e l'anastrozolo, hanno dato risultati positivi e possono essere utilizzati come alternative agli attuali farmaci preventivi (4, 5).

Un capitolo a parte riguarda l'aspirina, acido acetilsalicilico, uno dei farmaci più usati al mondo, non solo per le proprietà antidolorifiche, antinfiammatorie e antifebbrili, ma anche per la capacità di prevenire la formazione di coaguli nei vasi sanguigni che possono dare origine a ictus o infarto.



Negli ultimi anni, in diversi studi, si è osservato che i pazienti che assumevano aspirina avevano minori probabilità di ammalarsi di cancro, in particolare dell'intestino e dell'apparato digerente, ma anche di tumori del polmone, del seno e della prostata (6, 7).

Un'analisi recente basata su tutte le evidenze finora disponibili suggerisce che l'uso di aspirina a dose cardiologica (75-100 mg al dì) presa per 10 anni in un uomo sano di 55 anni previene la morte in 2 persone su 100, soprattutto per l'effetto antitumorale (8). Da qui è nato l'interesse a comprendere gli effetti dell'aspirina per la prevenzione dei tumori. A questo scopo si stanno realizzando diverse sperimentazioni cliniche in tutto il mondo. Si comincia inoltre a comprendere meglio il meccanismo attraverso cui l'acido acetilsalicilico è in grado di ridurre la probabilità che chi lo assume sviluppi tumori. In particolare, sembra che a svolgere un ruolo decisivo sia la capacità dell'acido acetilsalicilico di impedire alle piastrine di «aggregarsi» all'interno della cellula tumorale circolante. Le cellule tumorali usano diverse tecniche per sfuggire al controllo del sistema immunitario e una di queste consiste nel «rivestirsi» di piastrine: ciò consente a tali cellule di circolare liberamente nel flusso sanguigno e allo stesso tempo di attecchire ai vasi sanguigni, sfuggendo alle cellule della sorveglianza immunologica. Riducendo le capacità delle piastrine di attecchire l'aspirina impedisce questo fenomeno (9). Probabilmente è proprio per questo che uno dei maggiori effetti dell'aspirina osservati finora è la prevenzione delle metastasi (10). Sono in fase di partenza numerosi studi clinici per confermare questa ipotesi così importante.

La metformina è uno dei farmaci in cui sono riposte maggiori speranze per la prevenzione dei tumori, specie quelli legati all'obesità. Si tratta di uno degli antidiabetici orali più conosciuti e sicuri, la cui assunzione regolare sembra essere in grado di ridurre il rischio di tumore in vari organi (10). Nel caso del tumore al seno, per esempio, la metformina sembra ridurre il rischio di sviluppare la malattia del 20-30% nelle donne diabetiche (11).

Le ragioni della sua efficacia sembrano essere connesse all'azione che esercita sul metabolismo energetico della cellula (12). Il legame tra quest'ultimo e il cancro è noto da tempo: per esempio è ormai apparso che la sindrome metabolica (una condizione frequente caratterizzata soprattutto da aumento del grasso addominale con sviluppo della «pancetta»), è un fattore di rischio per il cancro. Così come è sempre più chiaro il ruolo dell'insulina e di altri fattori metabolici che possono innescare i fenomeni cellulari all'origine del cancro.

Agendo su meccanismi energetici, la metformina «mette a dieta la cellula» ed esercita quindi un ruolo protettivo nei confronti dei tumori. Su questo ruolo si stanno concentrando oggi diversi studi che presto potranno fornire indicazioni sull'opportunità o meno di



usare questo farmaco per prevenire i tumori. Gli studi potranno anche chiarire in quali gruppi di persone l'impiego sarà eventualmente giustificato. È probabile che la metformina sia particolarmente utile per prevenire i tumori associati all'obesità come quello del colon, dell'utero, della mammella, del pancreas.

In conclusione l'uso di farmaci a basso costo e di comprovata sicurezza rappresenta una delle strategie più importanti per la prevenzione dei tumori. L'aiuto dell'opinione pubblica e in particolare delle donne

impegnate nella prevenzione dei tumori è fondamentale per sensibilizzare le autorità politiche e sanitarie sulla necessità di fondi per la ricerca no-profit in prevenzione che attualmente è molto poco sostenuta. Se da un lato è importante mantenere risorse adeguate per la terapia della malattia avanzata, l'attuale consumo dei fondi del SSN da parte di farmaci a costo troppo elevato impedisce di attuare programmi di prevenzione che possano ridurre significativamente la mortalità dei tumori.

Bibliografia

- (1) Cuzick J., DeCensi A., Arun B., Brown P.H., Castiglione M., Dunn B., Forbes J.F., Glaus A., Howell A., von Minckwitz G., Vogel V., Zwierzina H. (2011), *Preventive therapy for breast cancer: a consensus statement*, Lancet Oncol. May, 12 (5): 496-503.
- (2) Visvanathan K., Hurley P., Bantug E., Brown P., Col N.F., Cuzick J., Davidson N.E., Decensi A., Fabian C., Ford L., Garber J., Katapodi M., Kramer B., Morrow M., Parker B., Runowicz C., Vogel V.G. 3rd, Wade J.L., Lippman S.M. (2013), *Use of pharmacologic interventions for breast cancer risk reduction: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline*, J Clin Oncol., Aug 10; 31(23): 2942-2962.
- (3) Cuzick J., Sestak I., Bonanni B., Costantino J.P., Cummings S., DeCensi A., Dowsett M., Forbes J.F., Ford L., LaCroix A.Z., Mershon J., Mitlak B.H., Powles T., Veronesi U., Vogel V., Wickerham D.L. (2013), *SERM Chemoprevention of Breast Cancer Overview Group. Selective oestrogen receptor modulators in prevention of breast cancer: an updated meta-analysis of individual participant data*, Lancet, May 25; 381 (9880): 1827-1834.
- (4) Goss P.E., Ingle J.N., Alés-Martínez J.E., Cheung A.M., Chlebowski R.T., Wactawski-Wende J., McTiernan A., Robbins J., Johnson K.C., Martin L.W., Winqvist E., Sarto G.E., Garber J.E., Fabian C.J., Pujol P., Maunsell E., Farmer P., Gelmon K.A., Tu D., Richardson H. (2011), *NCIC CTG MAP.3 Study Investigators. Exemestane for breast-cancer prevention in postmenopausal women*, N Engl J Med, Jun 23; 364 (25): 2381-2391.
- (5) Cuzick J., Sestak I., Forbes J.F., Dowsett M., Knox J., Cawthorn S., Saunders C., Roche N., Mansel R.E., von Minckwitz G., Bonanni B., Palva T., Howell A. (2014), *IBIS-II investigators. Anastrozole for prevention of breast cancer in high-risk postmenopausal women (IBIS-II): an international, double-blind, randomized placebo-controlled trial*, Lancet, Mar 22; 383 (9922): 1041-1048.
- (6) Rothwell P.M., Wilson M., Elwin C.E., Norrving B., Algra A., Warlow C.P., Meade T.W. (2010), *Long-term effect of aspirin on colorectal cancer incidence and mortality: 20-year follow-up of five randomised trials*, Lancet, Nov 20; 376 (9754): 1741-1750.
- (7) Rothwell P.M., Fowkes F.G., Belch J.F., Ogawa H., Warlow C.P., Meade T.W. (2011), *Effect of daily aspirin on long-term risk of death due to cancer: analysis of individual patient data from randomised trials*, Lancet, Jan 1; 377 (9759): 31-41.
- (8) Cuzick J., Thorat M.A., Bosetti C., Brown P.H., Burn J., Cook N.R., Ford L.G., Jacobs E.J., Jankowski J.A., La Vecchia C., Law M., Meyskens F., Rothwell P.M., Senn H.J., Umar A. (2015), *Estimates of benefits and harms of prophylactic use of aspirin in the general population*, Ann Oncol, Jan; 26 (1): 47-57.
- (9) Labelle M., Hynes R.O. (2012), *The initial hours of metastasis: the importance of cooperative host-tumor cell interactions during hematogenous dissemination*, Cancer Discov, 2: 1091-.
- (10) Rothwell P.M., Price J.F., Fowkes F.G., Zanchetti A., Roncaglioni M.C., Tognoni G., Lee R., Belch J.F., Wilson M., Mehta Z., Meade T.W. (2012), *Short-term effects of daily aspirin on cancer incidence, mortality, and non-vascular death: analysis of the time course of risks and benefits in 51 randomised controlled trials*, Lancet, Apr 28; 379 (9826): 1602-1612.
- (11) Decensi A., Puntoni M., Goodwin P. et al. (2010), *Metformin and cancer risk in diabetic patients: a systematic review and meta-analysis*, Cancer Prev Res (Phila), 3: 1451-1461.
- (12) De Censi A., Puntoni M., Guerrieri-Gonzaga A., Cazaniga M., Serrano D., Lazzeroni M., Vingiani A., Gentilini O., Petrera M., Viale G., Cuzick J., Bonanni B., Pruneri G. (2015), *Effect of metformin on breast ductal carcinoma in situ proliferation in a randomized pre-surgical trial*, Cancer Prev Res (Phila), Aug 14, pii: canprevres.0048.2015.

Qualità della vita e benessere psico-sociale nelle pazienti con carcinoma mammario: la necessità di un supporto psicologico e psichiatrico dedicato



Valeria Camilleri¹, Mauro Mauri²

¹ Medico psichiatra e psicoterapeuta, contrattista AOUP, si occupa del supporto psicologico e psichiatrico alle pazienti affette da carcinoma mammario presso il Centro senologico di Pisa

² Medico psichiatra, direttore della II Unità Operativa di Psichiatria dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

Il carcinoma mammario è una malattia estremamente diffusa nel mondo occidentale e, grazie all'evoluzione e all'efficacia dei trattamenti e al conseguente miglioramento dell'aspettativa di vita, è oggi molto rilevante la popolazione di pazienti che sopravvivono alla malattia nel lungo termine. Si calcola che negli Stati Uniti ci siano circa 2.2 milioni di pazienti sopravvissute a lungo termine al carcinoma mammario e che circa il 25-30% delle pazienti che ricevono una nuova diagnosi di carcinoma mammario sia sotto ai 50 anni di età. Quindi un'ampia fascia di popolazione in una fase di vita attiva, che si trova a dover fronteggiare le problematiche relative ad un percorso diagnostico-terapeutico e riabilitativo spesso complesso ed articolato ed al recupero socio-lavorativo, emotivo e funzionale dopo la fase acuta della malattia.

Il miglioramento nella diagnosi precoce e nell'arsenale terapeutico ha dato negli ultimi decenni un notevole risalto a questi specifici temi, associandosi ad uno spostamento dell'attenzione della comunità medica e scientifica dagli eventi avversi del trattamento nel breve termine, alle sequele che possono persistere per un lungo periodo dopo il completamento del trattamento ed avere un impatto negativo sulla Qualità di Vita del paziente.

L'OMS definisce la Qualità della vita come «la percezione soggettiva che un individuo ha della propria posizione nella vita, nel contesto di una cultura e di un insieme di valori nei quali egli vive, anche in relazione ai propri obiettivi, aspettative e preoccupazioni». In modo più pragmatico ed operativo, la qualità di vita può essere descritta da una serie di aree o dimensioni dell'esperienza umana che riguardano non solo le condizioni fisiche ed i sintomi, ma anche la capacità di una persona di funzionare, dal punto di vista fisico, sociale, psicologico e di trarre soddisfazione da quanto fa, in rapporto sia alle proprie aspettative che alla propria capacità di realizzare ciò che desidera. Pertanto la qualità della vita contem-

pla il concetto di benessere generale che si declina come benessere fisico e funzionale, oltre che emozionale e sociale.

Ad oggi sono pochi gli studi che hanno preso in considerazione la Qualità della Vita come misura di esito primaria nell'ambito del carcinoma mammario.

Ci sono aspetti generali in grado di incidere sulla qualità della vita delle persone affette da cancro. Fra essi in primis la paura della morte, l'interruzione brusca dei progetti di vita, i cambiamenti nell'immagine corporea e nell'autostima, i cambiamenti nel ruolo sociale e nello stile di vita, oltre alle preoccupazioni lavorative, legali e finanziarie. La qualità della vita dei pazienti affetti da carcinoma mammario ha inoltre vari aspetti peculiari. Innanzitutto i problemi specifici legati alla salute della donna, quali i sintomi della menopausa precoce indotta dai trattamenti, le complicanze relative alla sfera sessuale, i temi relativi al cambiamento dell'immagine corporea e alla fertilità. Poi le complicanze a lungo termine legate ai trattamenti, quali il linfedema, la fatica cronica, l'insonnia ed il dolore. Di non minore importanza, gli aspetti psico-sociali quali la depressione, l'ansia, le problematiche sociali inclusi i cambiamenti di ruolo familiare e lavorativo. Infine, la necessità di sottoporsi al follow-up per identificare tempestivamente le eventuali recidive.

La depressione rappresenta un nodo centrale nella qualità della vita in oncologia. Le persone che fronteggiano una diagnosi di cancro ed i loro familiari possono sperimentare vari livelli di stress: la depressione non affligge solo il paziente stesso, ma ha anche un forte impatto sulle famiglie. Una recente indagine inglese ha dimostrato che, fra numerosi fattori, la depressione materna è il più forte predittore di problemi emotivi e comportamentali nei figli di donne affette da carcinoma mammario. Un recente studio italiano su oltre 300 pazienti a 5 anni dalla diagnosi di cancro ha valutato se la qualità di vita di queste persone fosse comparabile a quella della popolazione



generale ed è stato riscontrato che *i più bassi livelli di qualità della vita intesa come funzionamento fisico ed emotivo si associano più fortemente con condizioni psicologiche (es. ansia e depressione) che con le variabili socio-demografiche o quelle legate alle caratteristiche del carcinoma stesso.*

La depressione è una sindrome disabilitante che affligge circa il 15-25% dei pazienti con cancro. Una review sistematica sulla prevalenza di depressione negli adulti con cancro riporta le seguenti stime: dal 5% al 16% in pazienti ambulatoriali, dal 4% al 14% in pazienti ricoverati, dal 7% al 49% in pazienti sottoposti a cure palliative. Gli studi che hanno utilizzato intervistatori esperti (psichiatri o psicologi clinici) hanno riportato stime di prevalenza più basse. C'è da notare tuttavia che dei 66 studi rilevati, solo 15 (23%) hanno soddisfatto i criteri di qualità, quindi le stime di prevalenza sono imprecise. Un altro recente lavoro ha valutato i tassi di prevalenza dell'ansia e della depressione dopo una diagnosi di cancro, prendendo in considerazione il tipo di cancro e l'età ed il genere dei pazienti. I pazienti con carcinomi polmonari, ginecologici ed ematologici riportano i tassi più alti di psicopatologia. La prevalenza di ansia e depressione è più alta nel sesso femminile e, per qualsiasi tipo di cancro, i tassi di prevalenza sono doppi o tripli rispetto a quelli rilevati nel sesso maschile. I pazienti di età inferiore ai 50 anni e di sesso femminile riportano livelli clinici o subclinici di ansia in oltre il 50% dei casi.

Ci sono alcuni «falsi miti» sul cancro e su come le persone lo affrontano: «tutte le persone con il cancro sono depresse; la depressione in una persona con il cancro è normale; i trattamenti non sono efficaci; ogni persona con il cancro deve necessariamente soffrire ed avere una morte dolorosa...». In realtà è molto importante saper riconoscere una vera depressione. Infatti la tristezza ed il dolore sono reazioni normali e tutte le persone sperimentano queste reazioni periodicamente, a maggior ragione dopo una diagnosi di carcinoma. Ma, proprio perché la tristezza è comune, è importante distinguere una tristezza normale da un disturbo depressivo. Le caratteristiche della vera depressione dovrebbero essere ben presenti nella mente degli operatori del settore a vario livello. È importante considerare che la depressione è un disturbo spesso sotto-diagnosticato anche nella popolazione generale e che i sintomi depressivi che si manifestano al momento della diagnosi di carcinoma possono rappresentare una condizione pre-esistente e richiedere pertanto una valutazione ed un trattamento a parte.

Un aspetto critico nel trattamento del cancro è proprio il riconoscimento dei livelli di depressione presenti e la determinazione dell'appropriato livello di intervento, che va da un counseling breve a gruppi di sostegno, alla psicoterapia, al trattamento farmacologico. *Gli indicatori che suggeriscono la necessità di un intervento precoce sono: storia pregressa di depressione; uno scarso supporto sociale (ad es. con-*

dizione di single, scarsità di relazioni amicali, un ambiente di lavoro solitario o ostile), l'evidenza di persistenti credenze irrazionali, eccessive o irrealistiche sulla malattia; una più grave prognosi; maggiori disfunzioni legate al cancro.

Anche l'ansia è un disturbo assai frequente, sia nei pazienti che nei loro familiari. L'ansia e lo stress possono compromettere la qualità della vita dei pazienti con cancro e delle loro famiglie. I sentimenti di ansia e di angoscia possono manifestarsi in vari momenti del percorso di malattia: durante lo screening, in attesa dei risultati dei test, alla diagnosi, durante il trattamento oppure nella fase successiva a causa della preoccupazione per le recidive. L'ansia e l'angoscia possono influenzare la capacità del paziente di far fronte alla diagnosi o al trattamento, causando frequentemente una ridotta adesione alle visite e agli esami di follow-up, aumentando indirettamente il rischio di mancato accertamento di una recidiva, oppure un ritardo nei trattamenti; infine l'ansia può aumentare la percezione del dolore, influenzare il sonno, ed accentuare la nausea ed il vomito dovuti alle terapie adiuvanti.

La mancata identificazione e trattamento dell'ansia e della depressione nel contesto del cancro aumenta il rischio di scarsa qualità della vita e potenzialmente determina un aumento della morbidità correlata alla malattia e della mortalità.

Da tutto ciò si deduce la necessità e l'importanza di un supporto psicologico e psichiatrico dedicato per questi pazienti. La nostra Breast Unit, con la collaborazione della UO di Psichiatria II della AOUP, ha istituito un servizio ambulatoriale psichiatrico/psicoterapeutico dedicato a tutte le donne che hanno avuto una diagnosi recente di carcinoma mammario.

A cosa si trova davanti lo psico-oncologo durante una giornata tipo in ambulatorio? Ci si può trovare frequentemente di fronte a quadri depressivi o ansiosi di rilevanza clinica, sia pregressi alla diagnosi di carcinoma mammario (spesso non precedentemente diagnosticati e trattati), sia sviluppatasi successivamente. Infatti, come riportato in un recente studio di coorte osservazionale della durata di cinque anni su pazienti con carcinoma mammario in stadio iniziale, quasi il 50% manifesta depressione, ansia, o entrambe l'anno successivo alla diagnosi, il 25% nel secondo, terzo, e quarto anno successivi alla diagnosi, e il 15% nel quinto anno.

Nel nostro ambulatorio i tassi sono simili a quelli riportati in letteratura: i disturbi d'ansia si attestano fra il 20 ed il 25% e i disturbi depressivi intorno al 25-30%.

Assai più frequentemente, però, ci si trova di fronte a *quadri depressivo-ansiosi sub-clinici* (pre-esistenti o di recente insorgenza) che, in presenza di fattori di rischio (storia familiare positiva, giovane età, basso livello socio-economico, scarso sostegno da famiglia e partner) vengono slatentizzati dal momento stressante e traumatico che la diagnosi di carcinoma mammario può rappresentare.

Le priorità di accesso al nostro servizio sono: la giovane età (problematiche relative a sessualità/maternità/lavoro/counseling genetico); fase diagnostica/terapeutica in atto; la richiesta personale; la necessità rilevata dal chirurgo/altre figure dell'equipe multidisciplinare (preoccupazioni immagine corporea/ostacoli alle procedure chirurgiche o alle terapie adiuvanti, scarsa capacità di partecipazione al percorso); la presenza di comorbidità con disturbi psichiatrici.

Le caratteristiche principali del servizio sono: la presa in carico sin dalla diagnosi e il sostegno per l'intera durata del percorso terapeutico (chirurgia, chemioterapia, radioterapia, terapie ormonali) e riabilitativo (fisioterapia, chirurgia ricostruttiva); l'opportunità di identificare precocemente le forme di disagio e di intervenire prontamente prevenendo lo sviluppo di quadri di rilevanza clinica; la collaborazione multidisciplinare nell'orientamento dei percorsi.

Le pazienti sono seguite con un sostegno psicoterapeutico, con terapia farmacologica o con terapia combinata.

Una delle situazioni più complesse che ci si trova a gestire è la comunicazione con la paziente. Questa comunicazione è particolarmente complessa in due sottopopolazioni fragili che sono rappresentate dalle donne giovani e dalle donne con forme metastatiche o localmente avanzate.

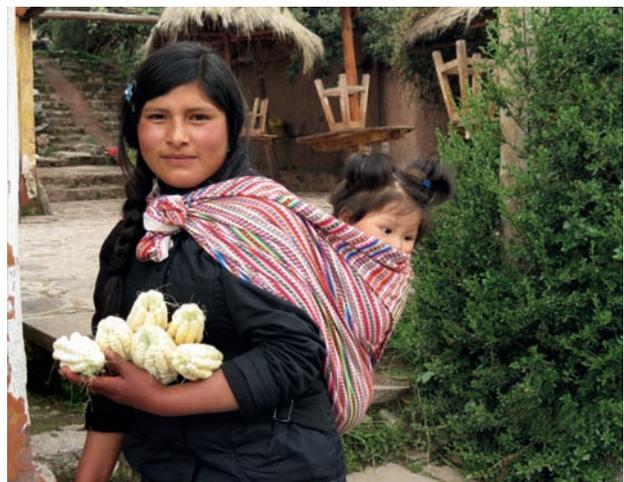
Le pazienti giovani sono più vulnerabili al disagio psico-sociale a causa del loro stadio di sviluppo della vita: possono essere single, coniugate, giovani madri di figli piccoli o adolescenti, variamente impegnate nel lavoro e nella carriera; le molteplici richieste della malattia si stratificano in cima alle molteplici esigenze tipiche di questa fase della vita. La donna giovane con carcinoma mammario può diventare più vulnerabile alla morbilità psicologica, nel tentativo di gestire più fattori di stress. Dovrà affrontare, ad esempio, i sintomi di una menopausa precoce indotta dalle terapie adiuvanti (chemio- ed ormono-terapia) e sarà fondamentale aiutarla nella gestione di questi problemi a vario livello attraverso l'informazione, la psico-educazione, la psicoterapia o la farmacoterapia, quando necessario. Le preoccupazioni relative all'immagine corporea, l'autostima, la ridotta soddisfazione sessuale; la gestione del desiderio di avere una gravidanza e la discussione delle possibilità di conservazione della fertilità sono altri temi da affrontare con queste donne e rispetto ai quali fornire informazione, sostegno e comprensione.

Nelle donne con carcinoma mammario metastatico o localmente avanzato sono di maggiore interesse le problematiche relative alla progressione del cancro: il dolore; la stanchezza, il dover fronteggiare la paura della morte. In una recente meta-analisi della Cochrane Collaboration effettuata su oltre 1300 donne si è esplorato l'impatto di vari interventi psicologici (di gruppo, cognitivo comportamentali, gruppi supportivi-espressivi) sulle misure di esito, sia psicologiche-

psicosociali, sia relative alla sopravvivenza. Si è visto che gli interventi psicologici sono in grado di migliorare non solo il benessere psicologico della donna, ma anche di incidere sul benessere fisico, ad esempio riducendo il dolore e determinando, secondo questi dati preliminari, anche un effetto indiretto di miglioramento della sopravvivenza.

Il ruolo dello psico-oncologo in ambito senologico è reso oggi più complesso, ma sicuramente anche più stimolante dal fatto che le implicazioni psicologiche del carcinoma mammario, un tempo legate quasi esclusivamente alla sopravvivenza, alle caratteristiche demolitive della chirurgia e tossiche dei trattamenti adiuvanti, sono attualmente maggiormente influenzate dalla complessità e durata delle terapie, dal loro grado di integrazione, dalla possibilità di scegliere il migliore trattamento fra le varie opzioni disponibili. Il percorso diagnostico e terapeutico di una donna con carcinoma mammario, molto meno traumatico che in passato, è tuttavia lungo e complesso per la necessità di approfondimenti numerosi prima di poter giungere al tanto atteso eradicamento della malattia; inoltre, proprio per le caratteristiche delle cure odierne, si rende necessaria la partecipazione attiva nelle decisioni da parte delle pazienti, che, se deve essere considerata (e di solito questo accade) positivamente, ha però un impatto ansiogeno su alcune di loro, dubbiose sulle alternative terapeutiche. Se la maggior parte delle donne sicuramente apprezza (a volte «pretende») questa compartecipazione ai processi decisionali, ve ne è tuttavia un'altra quota che entra in crisi perché preferirebbe non partecipare al processo decisionale ma trovarselo «calato dall'alto».

Concludendo, Il ruolo dello psico-oncologo nel setting senologico è molto complesso ed affascinante, data la complessità dell'ambito in cui questa figura si muove e dei temi che deve affrontare, comunicando e collaborando con l'equipe medica multidisciplinare a vario livello. Se adeguatamente gestita e valorizzata, questo tipo di attività può fungere da elemento di coesione per il team ed essere centrale nell'allineamento fra equipe medica e paziente.





L'alimentazione e la sindrome metabolica come fattori di rischio del carcinoma mammario



Alessandra Gennari

¹ SC Oncologia Medica, E.O. Ospedali Galliera, Genova

² IRCCS IRST, Istituto Scientifico Romagnolo per lo Studio e la Cura dei Tumori, Meldola (FC)

Introduzione

Il cancro, dopo le malattie cardiovascolari, è la patologia più diffusa nei paesi industrializzati. Da un'analisi dei dati del settore si evidenzia infatti che il rischio di ammalarsi di cancro è correlato con la progressiva trasformazione della società da prevalentemente basata su un'economia agricola ad una società più ricca e più globalizzata, con il cambiamento delle abitudini alimentari e dello stile di vita e di lavoro. L'incidenza dei tumori è progressivamente aumentata nel corso degli anni. Questo sembra essere avvenuto non per un aumento dei fattori di rischio specifici ma per un aumento dell'età media della popolazione favorita anche da una riduzione della mortalità cardiovascolare età-correlata, frutto dell'efficacia delle misure preventive e delle terapie in tale campo. Le neoplasie rappresentano la prima causa di morte nei soggetti adulti e la seconda nella popolazione anziana.

Alimentazione e rischio di cancro

Nella patogenesi del processo neoplastico oltre ai fattori genetici sono importanti i fattori ambientali ed alimentari. Circa il 34% delle neoplasie è determinato da fattori alimentari. Infatti studi epidemiologici e di intervento alimentare hanno chiaramente dimostrato quanto l'adesione alla dieta mediterranea sia importante non solo nella prevenzione delle malattie cardiovascolari e neurodegenerative ma anche nelle patologie neoplastiche. Considerando la distribuzione geografica delle neoplasie si può osservare dai dati di epidemiologia oncologica come l'incidenza dei tumori fino ad alcuni anni fa era più alta al nord rispetto al sud Italia che per tradizione è dedito prevalentemente ad una dieta mediterranea. Attualmente invece stiamo osservando un'inversione di tendenza con un netto incremento di neoplasie al sud, soprattutto nel sesso maschile, rispetto al nord. Tale fenomeno non è ancora chiaramente conosciuto ma un ruolo fondamentale può essere sostenuto dai cambiamenti degli stili di vita ed in particolare delle abitudini alimentari. Infatti, dalle osservazioni alimentari delle popolazioni delle regioni meridionali si nota la tendenza ad abbandonare i principi della dieta mediterranea per

adottare un'alimentazione tipica dei paesi nordici, viceversa al nord il concetto di prevenzione oncologica basato soprattutto su cambiamenti di stili di vita ha portato ad un rallentamento della crescita.

Numerosi studi epidemiologici hanno evidenziato una stretta correlazione tra dieta contenente grassi di origine animale e rischio di insorgenza dei tumori soprattutto per quanto riguarda le neoplasie della mammella, stomaco, colon e prostata, viceversa l'assunzione di grassi prevalentemente di origine vegetale, come l'olio extravergine di oliva, e basata sui principi della dieta mediterranea svolge un'azione protettiva sull'insorgenza di tali patologie. Per quanto riguarda l'azione anti-oncogena dell'olio extravergine di oliva le indagini si sono focalizzate soprattutto sui componenti minori quali il tirosolo, l'idrossitirosolo, oleuropeina, secoroidi e lignani.

L'olio extravergine di oliva è ricco di composti fenolici che esercitano anche un'azione preventiva contro lo sviluppo del cancro del colon, in particolare l'idrossitirosolo. Da studi condotti in vitro è emerso che l'idrossitirosolo determina un blocco della proliferazione cellulare attraverso l'inibizione della fosforilazione di una chinasi (ER) importante per la replicazione cellulare.

Metformina e cancro al seno

Il nostro gruppo di ricerca è da anni impegnato nella valutazione della metformina come agente anticancro e nella valutazione dei fattori metabolici dei pazienti come possibili condizionatori della prognosi del tumore della mammella. La metformina è un farmaco ampiamente utilizzato nel trattamento del diabete non insulinodipendente. Questo farmaco agisce, a differenza di altre terapie antidiabetiche, riducendo i livelli di insulinemia secondari all'insulinoreistenza, indotta da stili di vita errati come una dieta troppo ricca di carboidrati associata a scarsa attività fisica. Tale condizione di resistenza all'insulina con iperinsulinemia secondaria, nota come sindrome metabolica, comporta un accumulo di trigliceridi, prevalentemente nel tessuto adiposo viscerale, e l'attivazione secondaria di uno stato infiammatorio cronico con produzione di fattori come le citokine che insieme all'insulina attivano la

proliferazione delle cellule epiteliali. La metformina sembra agire bloccando gli effetti dell'insulina sulle cellule epiteliali «mettendole a riposo» attraverso 3 meccanismi principali: 1) la stimolazione di AMPK, regolatore centrale dell'energia cellulare; 2) il blocco di formazione di energia da parte dei mitocondri e 3) l'inibizione di mTOR, una molecola che innesca il segnale di proliferazione della cellula. In uno studio clinico condotto dal nostro gruppo, la metformina è stata somministrata per 4 settimane a 200 donne con carcinoma mammario in attesa dell'intervento chirurgico. Lo studio è stato effettuato in collaborazione tra IE0, IFOM e Ospedale Galliera di Genova ed è stato recentemente pubblicato sul *Journal of Clinical Oncology*. Rispetto al gruppo trattato con placebo, la metformina ha ridotto la proliferazione del cancro nelle donne con insulino-resistenza (alti livelli di insulina e glucosio nel sangue) o che erano in sovrappeso, mentre non ha avuto effetti antitumorali nelle donne magre o con livelli normali di insulina. In un altro studio clinico, che abbiamo recentemente concluso, l'associazione di chemioterapia e metformina è stata confrontata con quella della sola chemioterapia in donne con carcinoma mammario metastatico. I risultati di questo studio saranno disponibili nei prossimi mesi. Una analisi delle caratteristiche metaboliche delle pazienti inserite nello studio, effettuata grazie ad un finanziamento di AIRC, ha permesso di dimostrare per la prima volta che anche in pazienti con malattia avanzata la presenza di insulino-resistenza, conferisce una prognosi peggiore. Questi dati indicano l'importanza dei fattori metabolici (modificabili con opportuni interventi di modifica del lifestyle, tipo dieta e attività fisica di tipo moderato) anche in donne affette da carcinoma mammario metastatico.

Il cioccolato protegge dai tumori... se non ne mangi troppo

Di recente, l'American Institute for Cancer Research ha inserito il cioccolato fondente con almeno il 70% di cacao nell'elenco dei cibi protettivi contro i tumori. Il cacao è infatti ricchissimo di flavonoidi con proprietà antiossidanti, in grado dunque alla lunga di proteggere dall'insorgenza del cancro. In particolare, il cacao è ricco di uno specifico gruppo di flavonoidi, i polifenoli: un solo quadratino di cioccolato nero ne contiene



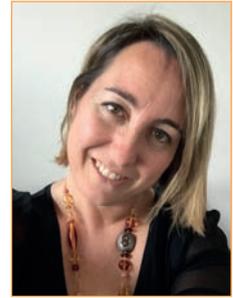
due volte più di un bicchiere di vino rosso e altrettanto di una tazza di tè verde. I polifenoli proteggono il sistema cardiovascolare e il metabolismo e migliorano la circolazione nel sangue. Recenti studi di laboratorio hanno dimostrato che una dieta contenente cioccolato fondente, proprio grazie ai polifenoli, è capace di ridurre il numero di lesioni precancerose del colon di animali da esperimento attraverso l'inibizione di sostanze infiammatorie, l'aumento degli enzimi antiossidanti e di riparazione del Dna e la riduzione della proliferazione cellulare.

Il cioccolato avrebbe anche la capacità di migliorare la salute delle arterie nei pazienti con aterosclerosi, cioè l'infiammazione cronica, dei vasi periferici. A dirlo uno degli ultimi studi pubblicati sul cacao, una ricerca italiana condotta dagli esperti della Simi (Società italiana di medicina interna) e pubblicata sul *Journal of the American Heart Association*. In questo studio 20 pazienti affetti da problematiche vascolari agli arti inferiori sono stati somministrati ogni giorno per circa un anno 40 grammi di cioccolato fondente o al latte prima di percorrere un tratto a piedi. I dati hanno mostrato che subito dopo aver mangiato cioccolato fondente l'autonomia di marcia dei pazienti migliorava. Infatti i pazienti dopo i quadretti di cioccolato fondente, riuscivano a camminare circa l'11% più a lungo rispetto al solito, impiegando anche il 20% di tempo in meno. Il beneficio non si è notato con il cioccolato al latte. L'ipotesi è che l'effetto positivo sia dato, ancora una volta, dai polifenoli, presenti in quantità maggiore nel cioccolato fondente rispetto a quello al latte.

Le abitudini alimentari nell'incidenza e prognosi del carcinoma mammario

Patrizia Pasanisi

Dip. di Medicina Predittiva per la prevenzione, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori Milano



Il carcinoma della mammella (CM) rappresenta il tumore più frequente nelle popolazioni occidentali con 464.000 nuovi casi l'anno in Europa (1) e circa 50.000 nuove diagnosi in Italia (2).

L'incidenza del CM è aumentata nel corso dell'ultimo secolo. Le ragioni di questo aumento sono probabilmente da ricercare nel cambiamento dello stile di vita e dell'ambiente sociale e culturale in cui vivono oggi le donne. Le donne vanno all'università, lavorano fuori casa, usano contraccettivi, ritardano sempre più l'età della prima gravidanza, scelgono di avere meno figli, fanno vita sedentaria, partecipano a programmi di diagnosi precoce dei tumori, il cibo è cambiato e l'obesità aumenta.

Sappiamo poco sui fattori capaci di alterare gli oncogeni e gli oncosoppressori che regolano la proliferazione delle cellule epiteliali mammarie. Il loro DNA può essere danneggiato da fattori esterni (radiazioni ionizzanti, virus, sostanze cancerogene) o anche da fattori interni (i radicali liberi o metaboliti mutageni degli ormoni sessuali). Molto invece sappiamo su come l'ambiente interno, ormonale e metabolico, possa favorire la crescita dei tumori mammari: le donne con alti livelli plasmatici di ormoni sessuali, sia maschili sia femminili, di insulina, di glucosio, di fattori di crescita (in particolare di IGF-I, fattore di crescita insulino-simile di tipo uno) e di molecole dell'infiammazione, si ammalano di più, sia prima che dopo la menopausa.

Dopo la menopausa le donne sovrappeso e obese si ammalano di più di CM, con un rischio dell'ordine del 50% in più rispetto alle donne normopeso (1). Gran parte del rischio è spiegato dalla associazione del sovrappeso con una maggiore produzione periferica di estrogeni (per l'attività aromatasica nel tessuto adiposo) e con una maggiore biodisponibilità degli estrogeni (nelle obese la concentrazione nel sangue della globulina che lega gli ormoni sessuali, la SHBG, è più bassa). L'obesità addominale, generalmente valutata misurando la circonferenza vita, contribuisce verosimilmente al rischio aumentando i livelli di insulina, che, riducendo la sintesi di SHBG, aumenta la concentrazione di estradiolo libero di agire. L'obesità e il sovrappeso sono anche associate a cattiva prognosi. Una meta-analisi di 19 studi ha mostrato un rischio di mortalità pari a 1,47 volte superiore nelle pazienti obese rispetto alle normopeso (3).

Oggi sappiamo che il dismetabolismo e l'insulino-resistenza con elevati livelli di insulina favoriscono la comparsa di molte patologie cronico-degenerative tra cui il CM. La sindrome metabolica è definita dalla presenza di almeno tre dei seguenti fattori: adiposità addominale (circonferenza vita maggiore di 80 cm), iperglicemia (maggiore di 100mg/100ml), ipertrigliceridemia (maggiore di 150mg/100ml), bassi livelli plasmatici di colesterolo HDL (inferiori a 50 mg/100ml), ipertensione arteriosa (maggiore di 85/130mmHg). La relazione causale ha a che fare con l'iperinsulinemia, l'iperglicemia e lo stato infiammatorio che accompagnano generalmente la sindrome. Per quanto concerne il CM prima della menopausa le cose sono poco chiare, ma dopo la menopausa la coorte ORDET ha mostrato che le donne con sindrome metabolica hanno un rischio del 50% superiore di ammalarsi di CM rispetto alle donne con meno di tre dei fattori che definiscono la sindrome (4). Una coorte statunitense ha poi riscontrato lo stesso rischio (5). Una coorte giapponese ha suggerito un rischio molto maggiore (RR = 6,7, con limiti di confidenza 1,7-14,9) (6).

Ciascuno dei fattori che definiscono la sindrome metabolica è stato riscontrato associato al CM in molti studi epidemiologici. La glicemia elevata, pur entro l'intervallo di normalità, aumenta sia il rischio di sviluppare il CM (7) sia, in chi si è ammalata, il rischio di sviluppare metastasi (8). Lo studio DIANA-5, su 2000 pazienti con precedente diagnosi di CM, ha mostrato che la presenza di sindrome metabolica è un significativo fattore prognostico negativo: le pazienti con sindrome metabolica hanno un rischio di sviluppare metastasi a distanza 2,4 volte superiore (limiti di confidenza al 95% 1,3-4,7) rispetto alle pazienti senza segni di sindrome metabolica (9).

L'iperinsulinemia caratterizza la sindrome metabolica ma anche in assenza di sindrome metabolica aumenta il rischio di ammalarsi (10) e in chi si è ammalata il rischio di recidiva (11). L'insulina stimola la sintesi di androgeni nell'ovaio e numerosi studi prospettici hanno coerentemente dimostrato che alti livelli plasmatici di androgeni, in particolare di testosterone, sono associati a un alto rischio di ammalarsi, sia prima sia dopo la menopausa (12). Le pazienti con testosterone alto, inoltre, hanno un rischio doppio di recidiva (13).

Tutti questi fattori metabolici, antropometrici ed ormonali che agiscono sul rischio e la prognosi del CM possono essere modificati agendo sullo stile di vita.

Studi prospettici hanno suggerito ad esempio che i principali alimenti che favoriscono l'obesità sono, in ordine di importanza, patatine, patate, carni lavorate, carni rosse fresche, bevande zuccherate, dolci e farine raffinate, succhi di frutta, mentre aiutano a non ingrassare frutta, verdura, cereali integrali e semi oleaginosi (14).

Numerosi studi hanno coerentemente mostrato che le donne che praticano regolarmente esercizio fisico si ammalano di meno (1). Sommando tutti gli studi mediamente le donne in menopausa riducono il loro rischio del 3% per un impegno settimanale pari a un'ora di camminata molto veloce (7 MET-ora alla settimana), quindi circa del 10% per mezz'ora al giorno. Almeno sette studi hanno riscontrato una prognosi migliore, con rischi relativi di mortalità del 30-50% inferiori per le pazienti che praticano attività fisica con intensità fra 9 e 21 Met/h per settimana. Il meccanismo protettivo è complesso, verosimilmente include l'effetto dell'attività fisica sulla sensibilità insulinica, ma non solo.

Importante è poi adottare uno stile alimentare atto a tenere bassa l'insulina ed a ridurre l'insulino-resistenza. Negli studi DIANA (Dieta e Androgeni) abbiamo dimostrato che nel volgere di pochi mesi è possibile ridurre significativamente il peso corporeo, la circonferenza vita, l'insulina, la glicemia, il colesterolo, i trigliceridi, gli ormoni sessuali e aumentare significativamente la SHBG con una dieta ispirata alla filosofia macrobiotica e alla tradizione mediterranea (15): cereali integrali, legumi, verdure, semi oleaginosi, dolci senza zucchero e senza latticini.

Le raccomandazioni nutrizionali AIRC/WCRF, oggi riprese dal Codice Europeo per la Prevenzione del Cancro, riguardano la prevenzione del cancro in generale, ma molte sono pertinenti al cancro mammario: Tuttavia gli studi prospettici che hanno classificato i questionari delle partecipanti in funzione della aderenza alle racco-



mandazioni del WCRF hanno coerentemente riscontrato una protezione tanto maggiore quanto maggiore è l'aderenza. Nello studio EPIC il rischio di sviluppare un cancro mammario diminuisce del 5% per ogni punto di aderenza alle raccomandazioni (16). Nella coorte americana VITAL (17) il rischio di ammalarsi decresce con il numero delle raccomandazioni rispettate: chi rispetta cinque o più delle raccomandazioni ha un rischio pari al 40% di quello di chi non ne rispetta alcuna. L'aderenza alle raccomandazioni WCRF, d'altro canto, è associata a una minore frequenza di sindrome metabolica (18), che è uno dei principali fattori di rischio di CM.

Nel 2014 il gruppo di lavoro AIRC/WCRF ha concluso una revisione sistematica degli studi che hanno valutato l'influenza di nutrizione e attività fisica sulla sopravvivenza delle pazienti operate di CM. Pur valutando che le conclusioni sono basate su prove modeste (*limited evidence*) sono state formulate le seguenti raccomandazioni:

- mantenersi snelle ed evitare l'aumento di peso durante le cure oncologiche, perché il sovrappeso, prima e dopo la diagnosi, è associato a minore sopravvivenza e a maggiore mortalità per cancro mammario;
- evitare la sedentarietà e trovare il modo di muoversi di più durante la giornata, perché l'attività fisica, prima e dopo la diagnosi, è associata a migliore sopravvivenza e a minore mortalità per cancro mammario;
- il consumo quotidiano di prodotti ricchi di fibre (cereali integrali, legumi, verdure non amidacee, frutta) è consigliato, perché il consumo di fibre, anche se valutato solo prima della diagnosi, è associato a migliore sopravvivenza;
- il consumo di carni grasse e di cibi industriali ricchi di grassi è sconsigliato perché l'assunzione di grassi, soprattutto di grassi saturi, valutato solo prima della diagnosi, è associato a minore sopravvivenza;
- un moderato consumo di soia è raccomandato, perché tale consumo dopo la diagnosi è associato a migliore sopravvivenza.

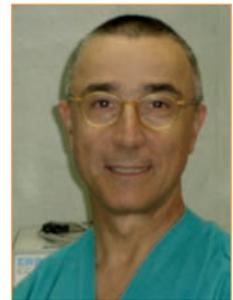
Bibliografia

- (1) WCRF, www.dietandcancerreport.org.
- (2) Rossi S. (2013), Tumori 99: 416. AIOM/AIRTUM, I numeri del cancro in Italia 2013 (www.registri-tumori.it).
- (3) Protani M. (2010), Breast Cancer Res Treat 123: 627.
- (4) Agnoli C. (2010), Nutr Metab Cardiovasc Dis 20: 41.
- (5) Kabat G.C. (2009), Int J Cancer 125: 2704.
- (6) Osaki Y. (2012), Cancer Epidemiol 36: 141.
- (7) Muti P. (2002), Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 11: 1361; Sieri S. (2012), Int J Cancer 130: 921.
- (8) Contiero P. (2013), Breast Cancer Res Treat 138: 951; Minicozzi (2013), Eur J Cancer 49: 3881.
- (9) Berrino F. (2014), Breast Cancer Res Treat 147: 159.
- (10) Gunter M.J. (2009), J Natl Cancer Inst 101: 48.
- (11) Goodwin P. (2002), J Clin Oncol 20: 42.
- (12) Kaaks R. (2005), J Natl Cancer Inst 97: 755; Hormones and cancer collaborative group (2002), J Natl Cancer Inst 94: 606; Sieri S. (2009), Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 18: 169.
- (13) Micheli A. (2007), J Clin Oncol 25: 2685; Berrino F. (2005), Int J Cancer 113: 499.
- (14) Mozaffarian D. (2011), N Engl J Med 364: 2392.
- (15) Berrino F. (2001), Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 10: 25.
- (16) Romaguera D. (2012), Am J Clin Nutr 96: 150.
- (17) Hastert T.A. (2013), Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 14: 98.
- (18) Bruno E. (2015), Int Journal Canc. In press.

Gli effetti della patologia e delle terapie adiuvanti sulla sfera sessuale

Marco Gambacciani

U.O. Ostetricia e Ginecologia ad Indirizzo Oncologico, Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana



La diagnosi di un tumore può determinare un'alterazione rilevante della vita di coppia e conseguentemente della sfera sessuale. In particolare, la diagnosi di un carcinoma della mammella può avere un notevole impatto psicologico, perché può minare profondamente l'identità femminile. Le terapie chirurgiche e mediche possono avere profonde conseguenze sulla sessualità e devono essere fronteggiati numerosi problemi medici e psicologici conseguenti a inevitabili mutamenti corporei estetici e funzionali. La malattia oncologica che colpisce la donna nella sua identità femminile può portare a difficoltà nelle relazioni interpersonali per sentimenti di vergogna e inadeguatezza e perdita dell'autostima. Gli aspetti psicofunzionali hanno quindi un'importanza fondamentale sulla sessualità, condizionata anche dalle possibili reazioni del partner alla malattia.

La terapia ormonale, spesso fondamentale nel percorso terapeutico del carcinoma della mammella, può condizionare la sessualità. Il trattamento con analoghi del GnRH o inibitori delle aromatasi induce uno stato ormonale del tutto simile a quello della menopausa. La carenza ormonale dopo la menopausa riduce il trofismo delle strutture vulvo-vaginali, la secchezza e dolori durante i rapporti (dispareunia), accompagnate da alterazioni del basso tratto urinario, con cistiti ed uretriti recidivanti. Questo insieme di sintomi è definito Sindrome Genitourinaria della Menopausa, è molto frequente e spesso invalidante. L'intervento

medico per la secchezza vaginale e la dispareunia deve essere tempestivo per scongiurare un circolo vizioso in cui la dispareunia porta a un calo della soddisfazione, della libido, con riflessi negativi nel rapporto di coppia e nella sua stabilità. La terapia ideale è la somministrazione di estrogeni, ma la storia personale di tumore della mammella controindica in maniera assoluta l'uso di terapia estrogenica. Anche le formulazioni a basso dosaggio, per via sistemica o locale, come anche tutti i preparati fitoestrogenici, non studiati nelle donne dopo un tumore della mammella, devono essere considerati assolutamente controindicati.

Strategie integrate per la salute uro-genitale in menopausa

Dopo carcinoma della mammella il deficit ormonale non può essere quindi trattato con la terapia estrogenica, ma con trattamenti accessori specifici. Preparati Probiotici per via generale e/o locale possono essere molto utili per il mantenimento di una normale flora vaginale. L'uso di ovuli o gel di acido ialuronico consente il mantenimento dell'idratazione dei tessuti. Le formulazioni in gel offrono un'ottimale adesione alla mucosa vaginale, una prolungata azione idratante e favorisce anche i naturali processi di guarigione delle microlesioni causate dall'attrito durante i rapporti. I lubrificanti vaginali a base acquosa rappresentano invece una scelta aggiuntiva al momento del rapporto, efficaci



ma con una breve durata d'azione. Oltre alla terapia farmacologica, sono molto importanti gli esercizi di stretching dei muscoli vaginali per mantenerne l'elasticità, associati a esercizi di rilassamento e mantenimento della tonicità dei muscoli (quali gli esercizi di Kegel).

Trattamenti Laser Erbium

Il trattamento con il Laser Erbium oggi offre un'opportunità terapeutica unica per il ripristino funzionale della vagina. Si tratta di una terapia ambulatoriale per l'atrofia vaginale, oltre al rilasciamento delle pareti vaginali, e le forme medio/lievi d'incontinenza urinaria da sforzo. Il Laser Erbium non lede i tessuti, ma viene interamente assorbito dall'acqua contenuta negli strati più esterni della vagina e non penetra profondamente. Questa caratteristica rende il Laser Erbium intrinsecamente sicuro per la sua stessa natura, e ideale per il trattamento delle pareti vaginali. Il Laser Erbium, ampiamente sperimentato e brevettato, è uno strumento ad alta tecnologia, specifico per quest'applicazione. Il laser determina uno stimolo termico che ristabilisce un'irrorazione ematica appropriata e stimola la produzione e il rimodellamento del collagene. Lo stimolo del laser migliora globalmente lo stato della vagina, aumentandone il turgore e l'elasticità con una maggiore idratazione e trasudazione. Per queste caratteristiche può quindi essere usata quale terapia non ormonale nelle

donne dopo un tumore della mammella. Recentemente, in uno studio condotto dal Centro della Menopausa dell'AOUP in donne trattate per tumore mammario, è stato dimostrato che il trattamento con Laser Erbium migliora lo stato delle strutture vaginali e ne ripristina la fisiologica funzione, con la riduzione o scomparsa della secchezza e del dolore, e miglioramento dei rapporti sessuali. Sempre in studi condotti dal Centro della Menopausa di Pisa, il Laser Erbium è stato studiato anche nel trattamento del rilassamento delle pareti vaginali e dell'incontinenza urinaria lieve e moderata, dimostrando una riduzione fino alla scomparsa delle perdite di urina con starnuti, copi di tosse, attività fisica. In questo caso si ha non solo un notevole vantaggio in termini di qualità di vita ma anche economici con una riduzione sostanziale dell'uso di creme o gel idratanti der la GSM, e salva slip o pannolini per l'incontinenza.

Il trattamento con Laser Erbium è una procedura non invasiva, sicura, indolore e non richiede anestesia. I risultati sono evidenti già dopo la prima seduta: abitualmente il trattamento completo richiede tre sedute a distanza di circa trenta giorni. Ogni trattamento dura circa 15-20 minuti. Naturalmente, le forme più lievi rispondono più velocemente con un rapido e completo miglioramento e recupero delle funzioni vaginali. I possibili effetti collaterali sono veramente minimi: solo il 10% delle donne riferisce di effetti collaterali transitori, lievi arrossamenti e gonfiore, immediatamente successivi alla seduta, che si risolvono spontaneamente, evitando per qualche giorno i rapporti, il bagno caldo in vasca e l'esercizio fisico intenso. I risultati di tutti gli studi dimostrano un rilevante miglioramento globale delle condizioni vaginali, della qualità di vita e della soddisfazione sessuale in oltre l'80% delle pazienti trattate.

In conclusione, il trattamento con Laser Vaginale si pone oggi come una valida possibilità terapeutica per tutte le donne, ma in particolare per tutte coloro che non vogliono o assolutamente non possono ricorrere alle terapie estrogeniche.

Bibliografia

Portman D.J., Gass M.L.S. (2014), *On behalf of the Vulvovaginal Atrophy Conference Panel. Genitourinary syndrome of menopause: new terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the Study of Women's Sexual Health and The North American Menopause Society*, *Climacteric*, 17 (5): 557-563.

Santen R.J., Allred D.C., Ardoin S.P. et al. (2010), *Postmenopausal hormone therapy: an Endocrine Society scientific statement*, *J Clin Endocrinol Metab*, 95 (Suppl 1): s1-66.

De Villiers T.J., Pines A., Panay N., Gambacciani M., Archer D.F., Baber R.J. et al. (2013), *On behalf of the International Menopause Society. Updated 2013 Inter-*

national Menopause Society recommendations on menopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health, *Climacteric*, 16: 316-337.

Gambacciani M., Levancini M. (2015), *Vaginal Erbium Laser: the Second Generation Thermotherapy for the Genitourinary Syndrome of Menopause (GSM) in Breast Cancer Survivors. A preliminary report of a pilot study*, *It. J. Gynaecol. Obstet.*, 27: n. 1.

Gambacciani M., Levancini M. (2015), *Short-term effect of vaginal erbium laser on the genitourinary syndrome of menopause*, *Minerva Ginecol.*, Apr, 67 (2): 97-102.

Gambacciani M., Levancini M., Cervigni M. (2015), *Vaginal erbium laser: the second-generation thermotherapy for the genitourinary syndrome of menopause*, *Climacteric*, Jul 15: 1-7.

Il ruolo della Medicina Complementare

Intervista al dottor Filippo Bosco

UO Anestesia e Rianimazione III dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana



È questo il titolo della relazione che il dott. Filippo Bosco ha svolto nel corso del Convegno «Prima e dopo il tumore al seno: quanto possono incidere gli stili di vita?».

Abbiamo chiesto al dott. Bosco, in quanto responsabile dell'ambulatorio di Medicina Complementare e Terapie Integrate del Centro Senologico di Pisa e medico esperto in agopuntura e omeopatia, di rispondere ad alcune nostre domande.

Grazie prima di tutto per aver accettato. Cosa si intende per «Medicina Complementare»? Vorremmo saperne di più.

Per Medicina Complementare (MC) intendiamo una terapia che non si pone in alternativa o si sostituisce alle altre che magari la paziente sta già seguendo, cosa che specialmente in certi ambiti, come quello oncologico, potrebbe risultare estremamente dannoso quanto meno nel ritardare una cura più appropriata. La Medicina Complementare, chiamata anche Medicina Integrata è una terapia di supporto, di aiuto che si integra bene con la terapia tradizionale, nel nostro caso a quella oncologica anti-tumorale quale la chemioterapia, con il fine di alleviare se non di annullare gli effetti collaterali e i disturbi che sono conseguenze della terapia oncologica.

In Senologia la medicina «complementare» viene utilizzata in supporto alle terapie convenzionali al fine di controllarne gli effetti collaterali e produrre il benessere necessario ai fini del trattamento globale del paziente.

In quali ambiti si può applicare la MC oltre alla oncologia e Senologia?

Essa può essere integrata a tutte le terapie tradizionali o convenzionali quindi in tutte le specialità mediche, proprio a supporto per migliorare sia gli effetti collaterali legati alla terapia medica stessa sia, come per esempio in alcuni ambiti, quali la neurologia, l'ortopedia, nelle affezioni ginecologiche ed ostetriche, in quelle reumatologiche e altre ancora, per far sì che aumenti la sua efficacia.

Oltre a Pisa, dove viene applicata in Italia?

Sono vari i centri che si occupano di MC in Italia, diciamo che la regione Toscana è stata un po' la capo-

stipite in questo percorso. Ci sono centri in Trentino, in Lombardia, nel Lazio. Qui a Pisa esiste da circa 10 anni un primo ambulatorio di agopuntura nato come aiuto per le problematiche ostetrico-ginecologiche e dall'anno scorso presso il Centro Senologico è nato un altro ambulatorio di MC dedicato alle donne con problematiche legate alla senologia. Aggiungerei che quest'ultimo è stato richiesto e voluto dalle donne che già per qualche problema si recavano al primo. La caparbietà, la disponibilità unita alla capacità di vedere oltre le cose della dott.ssa M. Roncella e del dott. L. De Simone, hanno fatto sì che ciò nascesse. Devo dire grazie al prezioso lavoro delle infermiere del CORD e degli ambulatori per il validissimo aiuto che prestano.

Nello specifico quali sono le tecniche di MC che più frequentemente vengono proposte alle pazienti di Senologia?

Le tecniche di MC che al momento vengono maggiormente usate in senologia sono l'agopuntura, l'omeopatia, l'omotossicologia, la nutraceutica e consigli sull'alimentazione.

Quale è la situazione all'estero?

Vari sono i Centri e gli Ospedali Universitari che offrono un servizio di MC, uno dei più grandi, se non il più importante si trova a New York, presso il Memorial Sloan - Kettering Cancer Center; un altro alla University of Texas, MD Anderson Cancer Center, Houston; un altro presso il Dipartimento di Oncologia, presso McMaster University, Hamilton Ontario, Canada; al Dipartimento di Oncologia Clinica - College of Korean Medicine, Kyung Hee University, Seoul, Korea; in Europa presso il Penny Brohn Cancer Care, Bristol Cancer help Center, Bristol; a Vienna presso l'Unità Ambulatoriale di Omeopatia in Oncologia - Divisione di Oncologia Clinica - Medical University, questi sono solo alcuni, quelli più conosciuti per le ricerche cliniche e le terapie integrate applicate in campo oncologico.

Ci sono già dei risultati significativi?

Certo, nel panorama attuale ci sono molti centri internazionali, come detto prima, che si impegnano ogni giorno per migliorare e sviluppare nuove strategie di cura e di sostegno in ambito oncologico, nuove strategie che permettono, insieme alle terapie tradizionali, di limitare i danni e mantenere integre le parti

sane dell'organismo colpito dalla malattia. Tali strategie vengono utilizzate in ambito clinico attraverso diverse tecniche di medicine complementari, come l'agopuntura, l'omeopatia, la nutraceutica, la fitoterapia, le sostanze naturali, lo yoga, il tai chi, la ginnastica energetica che apportano innumerevoli vantaggi, sia nella fase di prevenzione che nella cura, come accompagnamento e supporto alle terapie tradizionali.

In ambito oncologico si parla di oncologia integrata quando questa viene affiancata dalla medicina complementare, tra queste, l'omeopatia e l'agopuntura stanno assumendo un ruolo sempre più importante. Si consideri che nel mondo, più del 60% delle persone ricorre alle terapie complementari (CAM - Complementary and Alternative Medicines). I più importanti centri di oncologia hanno inserito le CAM tra le prestazioni offerte ai pazienti. In Italia quasi 3 malati su 4 ricorrono alle CAM per alleviare gli effetti collaterali dei trattamenti tumorali e per avere un sostegno durante tutto il percorso terapeutico.

Dal 2014 presso il centro senologico (CS) di Pisa è iniziato un percorso di integrazione delle CAM tra i servizi alle pazienti.

Da Novembre 2014 a Giugno 2015 si sono rivolte all'ambulatorio CAM 54 pazienti, l'87% delle quali non aveva precedenti esperienze. In totale sono stati effettuati 327 trattamenti. Le indicazioni più frequenti sono state complicanze ed effetti collaterali delle terapie antitumorali: flashes (vampate di calore), dolori osteo-articolari, astenia e fatigue, secchezza delle mucose e linfedema.

Direi che il successo che sta riscuotendo sempre di più questo servizio presso le donne che ad esso si rivolgono, ci fa capire che l'efficacia dei trattamenti è considerevole e molto apprezzata.

Ultimamente, la nostra esperienza di CAM si è estesa anche alle procedure interventistiche con la prima Anestesia Generale Inalatoria Integrata con Agopuntura e Omeopatia. Attualmente sono stati trattati



due casi di pazienti che hanno espressamente richiesto di evitare l'uso di oppiacei: la prima paziente è stata sottoposta ad una quadrantectomia con mastoplastica riduttiva e rimozione bilaterale di protesi, biopsia linfonodo sentinella (carcinoma in progressa additiva per estetica) (2 ore e 40); la seconda ha eseguito intervento per patologia border-line (1 ora). In entrambe i casi, i parametri emodinamici durante l'intervento sono rimasti stabili. Non è mai stato necessario somministrare altri farmaci. Sia la fase di risveglio che il decorso post-operatorio sono stati ottimali. Le pazienti hanno ripreso rapidamente coscienza ed espresso soddisfazione per la procedura utilizzata e per il controllo del dolore nel peri e postoperatorio.

Cosa dice la letteratura?

PubMed, database della letteratura scientifica biomedica del National Center for Biotechnology Information, una delle più autorevoli banche dati bibliografiche, indica 22.895 studi sull'agopuntura, di cui 1.141 inerenti ad agopuntura e oncologia. Per quando riguarda l'omeopatia sono meno, 5094, di cui solo 270 che riguardano omeopatia e cancro. Per la medicina complementare ci sono 15289 studi, di cui 530 dedicati alla senologia oncologica. Direi che l'efficacia dei trattamenti parla da sola, sempre più pazienti si rivolgono alla MC direttamente come metodo di cura per diverse affezioni o per avere un sostegno alla terapia tradizionale, per prevenire o alleviare gli effetti collaterali ad essa legata. Sono gli stessi pazienti che, avendo provato e trovato benefici con queste metodiche, le consigliano ai loro conoscenti, amici e familiari. La conoscenza e diffusione della MC è molto cresciuta negli ultimi anni. Se qualche anno fa la percentuale di pazienti che non avevano fatto esperienza di CAM era alta, oggi si sta sempre di più abbassando.

Ci sono delle controindicazioni?

A mio parere, non ci sono controindicazioni particolari, quando la CAM viene eseguita non in alternativa ma viene utilizzata in supporto alle terapie convenzionali al fine di controllarne gli effetti collaterali. Per questo deve essere praticata da personale qualificato ed esperto e meglio ancora se questa viene praticata in una struttura pubblica ed inserita in un percorso multidisciplinare.

Quali sono le prospettive future?

In base alla nostra esperienza preliminare, è auspicabile in futuro integrare le CAM all'interno del percorso senologico multidisciplinare, nelle fasi della peri-operatoria, della riabilitazione post-operatoria, durante le terapie mediche, e – in casi selezionati – nel corso di procedure interventistiche.



Il dolore evitabile in oncologia

Intervista al prof. Domenico Giofrè

*Docente di «Bioetica del dolore e delle cure di fine vita», Università di Pisa
Direttore del Centro Regionale toscano «Contro il dolore inutile» del Tribunale
per i diritti del malato, Pisa*

È questo il titolo della relazione che il Prof. Domenico Giofrè ha svolto nel corso del Convegno «Prima e dopo il tumore al seno: quanto possono incidere gli stili di vita?».

Gli siamo grati per aver accettato di rispondere ad alcune domande.

Ci incuriosisce innanzitutto il titolo della sua relazione. Non è scontato che il dolore deve essere evitato?

Purtroppo non possiamo darlo per scontato. I luoghi comuni secondo cui il dolore è una conseguenza inevitabile della malattia sono ancora molto diffusi tra gli operatori sanitari. I malati stessi non sanno che essere liberati dal dolore è ormai un diritto di ogni cittadino. Lo ha sancito persino una legge. La n. 38 del 2010 sull'accesso alla Terapia antalgica e alle Cure palliative.

Lei dice «persino». Perché?

Perché è un diritto elementare quello di non soffrire un dolore che può essere evitato. È un dovere morale di ciascun operatore sanitario somministrare analgesici. Ma i ritardi nell'impiego di oppioidi per il trattamento del dolore severo sembravano incolmabili come pure l'istituzione di servizi per la cura del dolore complesso e le strutture ambulatoriali dedicate. Da molti anni il nostro paese è agli ultimi posti nell'impiego di analgesici oppioidi, rispetto agli altri paesi europei. Non è un primato di civiltà anche se negli ultimi anni l'attenzione al dolore è aumentata sia nei nostri ospedali che nelle cure domiciliari. Ma non siamo ancora a livelli soddisfacenti. La strada da fare è ancora lunga.

Per esempio?

Un'indagine recente ha rivelato che l'esistenza della legge sul dolore non è conosciuta da oltre un terzo degli operatori sanitari. Uno studio condotto nei maggiori ospedali italiani ha messo in luce che solo il 25% riporta il dolore in cartella clinica accanto ai parametri vitali. Si tratta di una prescrizione fissata dalla legge e tuttavia non viene rispettata.

Ma prescindendo dalle norme legislative, lenire il dolore non è un dovere deontologico della classe medica e infermieristica?

È esattamente così. Ma un conto è scrivere i princi-

pi etici, altro è attuarli, farli diventare pratica clinica quotidiana al letto del malato. In mezzo ci sono i timori infondati che la morfina, analgesico di elezione nel dolore oncologico severo, causa dipendenza fisica e psicologica anche se i dati della letteratura registrano rarissimi casi di dipendenza iatrogena. Tra gli effetti secondari della morfina spaventa anche la riduzione della peristalsi intestinale con conseguente stipsi severa, ma tuttavia correggibile. Quindi il piatto della bilancia pende solo da un lato. Quello di ridurre e controllare il dolore per restituire una dignitosa qualità della vita in modo particolare quando essa volge al termine nelle malattie oncologiche ad esito infausto.

Ma c'è anche una resistenza da parte delle persone malate ad assumere la morfina?

Moltissimi malati considerano la morfina una farmaco di fine vita. La sua prescrizione sino ad una ventina di anni fa veniva effettuata solo nelle fasi terminali della vita. La somministrazione scandiva gli ultimi giorni dell'esistenza umana. Da qui il rifiuto di assumerla.

A questo punto mi pare di capire che occorre un salto culturale che investa l'intera società.

Lei ha compreso in pieno la portata del problema, ma dobbiamo partire dalla formazione di base nel nostro sistema formativo.

A cosa si riferisce nello specifico?

Alla formazione universitaria di base. Il dolore non è solo un sintomo, prezioso rivelatore di una malattia in atto o in procinto di manifestarsi tale. Quindi è un messaggio importante quello del dolore. Direi essenziale e imprescindibile. Ne va di mezzo la nostra stessa vita. Rari casi di analgesia congenita hanno scarse possibilità di sopravvivenza. Ci ammaleremmo senza avvertire sintomi. Saremmo incapaci di evitare fonti di pericolo. Tutta la medicina della guarigione, quando essa è possibile, è fondata in gran parte sull'analisi dei sintomi. Ma i sintomi quando hanno esaurito il loro messaggio vanno rimossi, allontanati. Il dolore così prezioso per una diagnosi nelle forme acute di malattia diventa il peggior nemico della nostra vita. Il compagno fedele della nostra fragilità. Ecco perché deve essere ridotto, controllato e nelle patologie croniche «curato» alla stessa stregua di una malattia. Ac-

canto al «dolore sintomo» ai nostri studenti dovremmo insegnare il «dolore malattia» inculcando loro due cose: a) perché il dolore deve essere curato. La motivazione non è meno importante della stessa cura; b) in che modo deve essere curato.

Se per la sopravvivenza noi dobbiamo insegnare in che modo si può tentare di guarire dalle malattie, per garantire una dignitosa qualità della vita, dobbiamo insegnare a ridurre il dolore.

Questa è una visione integrale della persona malata.

Potrebbe non essere così? Abbiamo una persona davanti. Si affida a noi per essere curata. Ci possiamo occupare del suo organo malato prescindendo dalla persona nella sua integrità fisica e psichica?

Sono d'accordo con i suoi interrogativi ma andiamo avanti con la nostra intervista anche perché ho ascoltato con attenzione e interesse la sua relazione in particolare quando lei ha affrontato il tema della sofferenza scissa dal dolore. Vogliamo riprendere l'argomento?

Non si tratta di una scissione, quanto di due facce della stessa medaglia. Con una differenza. Il dolore nella sua accezione di danno fisico è sul corpo. La sofferenza è tutta nella nostra psiche. Pur sentendo dolore possiamo manifestarla, dissimularla o reprimerla. Si tratta in ogni caso di una emozione la cui espressione può avvenire in infiniti modi. La gamma delle sue manifestazioni è molto elevata nei bambini. È più ridotta nei soggetti anziani. Nel primo caso prevale la paura. Nel secondo caso l'esperienza del dolore si è già integrata nella più vasta esperienza della vita. Nel mezzo c'è un'intera umanità sofferente in misura diversa. Ma il dolore non risparmia nessuno. Ognuno di noi ha la sua personale esperienza del dolore. Dipende dall'età, dalla cultura, dalle nostre credenze confessionali, dalle precedenti prove della vita, dal contesto sociale in cui viviamo, dagli affetti a noi vicini o dalla loro lontananza o assenza, ecc. Non c'è esperienza più soggettiva del dolore.

La sofferenza invece è l'elaborazione mentale negativa del dolore. Ne è il suo linguaggio fatto di lamenti, di gesti, di stati agitati, di silenzi e altro ancora. Posso dire di avere un dolore ad una gamba oppure dire che «soffro» di dolore ad una gamba. Il messaggio non è lo stesso. Nel secondo caso aggiungo quello che io provo e che probabilmente ho necessità di trasmettere ad altri, non necessariamente perché sia finalizzato alla cura. Ho forse bisogno di comprensione, di una parola di aiuto, di una condivisione del mio patire. Non essere soli davanti al dolore è già una forma di condivisione anche se di fronte alla lacerazione del corpo e dell'anima si è tremendamente soli. Non possiamo prendercene una parte. Cosa faremmo pur di sottrarla e caricarla noi, quella di un figlio, di una mamma?



Non comprendo il perché del silenzio di fronte al dolore.

Il dolore e la sofferenza che ad esso si accompagna fanno parte della sfera del privato, dell'intimo di ciascuno di noi. L'intimo per definizione non è pubblico. Siamo noi a «dosare» quanto va rivelato e quanto no. C'è, in ogni dolore e in ognuno di noi, una quota di «non comunicato» o forse di «non comunicabile». Ci appartiene. È soltanto nostro, per varie ragioni conscie e inconscie. Tuttavia le forme del suo dichiararsi possono giungere sino al pianto e alla disperazione che normalmente, per pudore, non vengono esibite sul palcoscenico della vita. Eppure i luoghi della cura sono pubblici. Non è ammesso spazio al vissuto delle emozioni. La fine della vita in un luogo di cura è sempre un fatto pubblico. Nulla è concesso alla discrezione. In una stanza di ospedale non di rado un siparietto divide due letti. Uno, in cui le aspettative sono tante e l'altro in cui si sono ridotte al lumicino. Una vita continua e l'altra finisce. Ma forse non è il caso di continuare sull'argomento. Benché interessante, ci porterebbe molto lontano. Magari ce lo riserviamo per un altro incontro.

Nei suoi libri *Il dolore non necessario* della Borin-gieri con prefazione del compianto poeta Mario Luzi e *Il dolore superfluo* della Erickson con prefazione di Umberto Veronesi lei, ed altri autori presenti con propri contributi, scrive diffusamente del dolore declinandolo in vario modo includendo il «dolore inutile» e il «dolore evitabile». Ci può chiarire il significato delle varie declinazioni?

Le declinazioni da lei richiamate hanno in comune un solo imperativo: il dolore quando ha esaurito il suo messaggio deve essere eliminato. Questo, lo ribadisco, vale non solo per le patologie acute. Nelle patologie croniche, alla stessa stregua, il dolore va ridotto, controllato e curato. Che senso ha far soffrire inutilmente per anni e anni ossia per tutto il tempo in cui si convive con una malattia inguaribile ma non per questo incurabile? Va da sé a questo punto che il dolore perde la sua connotazione di «necessità». Diventa «superfluo» rispetto alla sua funzione e perciò «inutile». Pertanto deve essere «evitato». I progressi della farmacologia ci consentono di trattarlo.



Chiudiamo l'intervista pubblicando il Manifesto etico *Contro il dolore non necessario* pubblicato nel 2004 su «La Repubblica».

Il dolore è nei suoi aspetti morali e fisici intrinseco all'esperienza dell'uomo. Ma, concentrandoci sulla sofferenza del corpo, non possiamo non recriminare quanta parte di essa sia dovuta a incuria, inesperienza, poco amore per il malato. Il dolore può arrivare al punto di rendere desiderabile la morte. I suoi confini sono indifesi e aperti ad ogni estrema soluzione. Perché il dolore insostenibile logora insieme con il corpo l'equilibrio morale e psichico di chi ne è colpito, degrada il suo contegno, annienta la sua dignità. Questo dolore iniquo vogliamo combattere; esso è puramente distrut-

tivo. I suoi effetti sono spesso atroci, le premure solidali e affettuose non bastano ad alleviarli. Si rende pertanto necessario e doveroso adottare provvedimenti terapeutici per controllare e ridurre la sofferenza fisica in modo da evitare che la persona nella sua totalità sia miseramente avvilita e degradata. Occorre dunque una svolta culturale nel campo della nostra medicina, che trasformi l'opera del medico da «curare» in «prendersi cura» nel rispetto di due fondamentali diritti del malato: non soffrire dolori inutili e mantenere la propria dignità e un tenore decoroso di vita durante la malattia.

*Domenico Giofrè, Mario Luzi, Franco Mandel-
li, Tullio De Mauro, Silvio Garattini, Rita Levi
Montalcini*

Medicina narrativa

Elisabetta Bucciarelli

Scrittrice



Sono un'artigiana della parola, scrivo per mestiere, e ogni giorno mi trovo a confronto con ipotesi di personaggi e di storie. La fantasia si misura continuamente con la realtà, con la vita e con le persone. M'interessa tutto di chi ho di fronte. Dove abita, che luoghi frequenta, che libri legge, gli sguardi, in che modo muove le mani. Annoto, prendo appunti, disegno ritratti con le parole. Poi cerco di formulare domande, discrete all'inizio, dirette man mano che la confidenza aumenta. Mi avvicino, mi metto in gioco, entro in relazione. Non tutte le persone diverranno personaggi di una storia, ma di ogni incontro conservo i dettagli, le sfumature, i tratti fondamentali.

Quando lavoro con i gruppi di scrittura, prima di affrontare la tecnica e la forma della narrazione, cerco di proporre un allenamento sensoriale. Imparare a guardare per vedere, mettersi in ascolto per sentire. Sembrano operazioni facili, istintive, ma non sempre è così. Molte barriere, dovute al vissuto personale di ciascuno di noi, al contesto e soprattutto al motivo per cui dobbiamo o vogliamo instaurare una relazione, possono condizionare i dati che ci interessa raccogliere. Altre volte il nostro desiderio di arrivare a un obiettivo prefissato secondo un percorso prestabilito, ci preclude l'evidenza degli elementi più interessanti, capaci di condurci su altre strade, più fertili. Oppure può succedere che le idee a priori, l'interpretazione o il rispecchiamento ci impediscano di leggere oggettivamente i fatti, offuscando la nostra capacità di vedere ciò che è davvero importante.

Mi capita spesso di condurre gruppi di scrittura in

cui sono presenti persone che stanno affrontando periodi di malattia, patologie croniche o convalescenze, e di raccogliere le loro storie di pazienti. Ricostruire per iscritto l'iter della malattia non è un'operazione semplice, il più delle volte le parole a disposizione non bastano per dar voce ai vissuti e alle emozioni collegate. In alcuni casi è difficile districarsi tra gli avvenimenti, stabilire una cronologia, ricordare tutti i protagonisti della propria vicenda. Il processo di scrittura aiuta a chiarire e a prendere le distanze ma al tempo stesso circoscrive e rende evidente ogni singolo istante di attesa, incertezza, sofferenza e dolore. Rielaborare non è un'operazione facile. La scrittura però, ha una caratteristica unica, concede un tempo differente, la possibilità di ritornare infinite volte sulle parole, la presa di distanza, l'allontanamento e in qualche modo, una forma di esorcismo che ci permette di delegare al foglio (o allo schermo del computer) i contenuti critici e faticosi. Chi scrive per professione conosce l'effetto liberatorio e il distacco che avviene tra sé e il proprio scritto, una volta messo il punto all'ultima frase di un libro.

Ma a chi può essere utile, oltre a noi stessi, leggere e partecipare delle nostre storie? A tutti. Ai nostri amici, ai familiari, ai fidanzati, ai mariti e alle mogli e, in una delle varie applicazioni, anche ai medici, ai paramedici, agli operatori sanitari e a tutti coloro che devono occuparsi e preoccuparsi di un soggetto umano. Di una donna, di un uomo, di una ragazza, di un ragazzo, di una bambina o di un bambino, malati.

Le parole, in questa applicazione specifica, possono

essere utilizzate in tre modi: raccolte, attraverso la scrittura, per conoscere e approfondire la storia del paziente; rese efficaci e attivate, attraverso la letteratura, per aiutare il paziente a entrare nella propria storia attraverso quella di un'altra persona o personaggio; scelte e sostituite ad altre abusate, con attenzione ed empatia, per comunicare, consolare, suggerire e curare, durante la relazione medico-paziente, medico-famiglia del paziente, personale paramedico-paziente e familiari tra loro e con il personale medico.

L'attenzione al linguaggio e alle storie che curano non è una scoperta nuova. Esistono da sempre medici capaci di ascoltare e districarsi nel magma emotivo dei loro pazienti. Al tempo stesso chi ama leggere conosce molto bene il potere terapeutico delle storie, l'influenza che hanno sull'umore, il potere di spostarci nello spazio e nel tempo permettendoci di vivere situazioni e stati d'animo altrui. Di novità, nella terapia narrativa, c'è il tentativo di dare una forma e un nome a queste buone prassi per fornire a chi opera nel settore medico (ma non solo) le indicazioni utili e gli strumenti atti a sviluppare e favorire un atteggiamento a misura di ogni essere umano, unico e irripetibile.

Se da un lato la medicina basata sull'evidenza è fondamentale per fornire diagnosi efficaci e rispondere alla malattia con una terapia adeguata, dall'altro la medicina basata sulla narrazione si allontana dai numeri per arrivare al punto di vista dell'altro, capace di fornire elementi preziosi per capire la malattia e le possibili strade di cura percorribili. Medicina narrativa o narrazione terapeutica poco importa come la si chiami, purché non si dimentichi che non potrà mai ricondursi a un solo modello unico e ripetibile, quantificabile e misurabile, proprio perché la propria intrinseca natura è in relazione alla sensibilità, l'empatia, le capacità umane, la resilienza di ciascun individuo. È l'essere umano al centro, siamo noi.

Sugli strumenti invece, si può ragionare. Possiamo imparare a leggere e a scrivere in modo differente, mettendoci nella prospettiva dell'altro e intervenendo sulle storie che ascoltiamo come, per esempio, ha fatto Akira Kurosawa nel suo famoso film *Rashomon*. Guardare ogni narrazione da più punti di vista, sommare le differenti posizioni o verità relative, per giungere a una visione completa e complessa di ciò che dobbiamo guardare, con l'obiettivo di arrivare a vedere ciò che davvero è importante. Esercizio continuo, capacità di confrontarci con gli altri e presa a prestito di un linguaggio complementare a quello medico, perché ogni paziente ha le sue parole per chiamare la malattia e le sue parole di spavento di fronte alla stessa. Perché l'empatia si può imparare e così vale per le tecniche volte a stabilire una relazione più efficace.

Non si tratta quindi di indagare, nemmeno di interrogare, ma di mettersi in ascolto attivo, in osservazione attenta nel tentativo di trattenere il lessico, percepire emozioni, sensazioni e sentimenti legati al racconto. Ricordandosi sempre, come sostiene James O.

Prochaska Professor of Psychology and director of the Cancer Prevention Research Center at the University of Rhode Island, che: «Ciò che è stato è stato (...) ma i terapeuti narrativi sono antirealisti. Credono che non ci sia una realtà oggettiva che possa esistere dietro le nostre storie. (...) La storia personale è la realtà di ciascun cliente, unica, personale, soggettiva, e fortunatamente, aperta al cambiamento».

In questa sede, che ringrazio per lo spazio che mi ha concesso, vorrei consigliare quattro libri, nei quali è possibile trovare una mappa letteraria entro cui muoversi e qualche filo da seguire per iniziare a conoscere e praticare la medicina narrativa.

Vincenzo Masini, «Medicina Narrativa, Comunicazione empatica ed interazione dinamica nella relazione medico-paziente», Franco Angeli ed.; un volume costruito intorno ai risultati di una ricerca sul vissuto di medici e malati, che offre anche un'importante bibliografia (in parte non ancora tradotta in italiano, come lo stesso Prochaska citato).

Antonio Virzi e Maria Salvina Signorelli, «Medicina e narrativa, Un viaggio nella letteratura per comprendere il malato (e il suo medico)», Franco Angeli ed.; dove è presente la rilettura di una serie di brani tratti da romanzi famosi, con in comune la presenza di medici e di pazienti, nei quali sono approfonditi gli aspetti relazionali ed emotivi.

Roberta e Simona Milanese, «Il tocco, il rimedio, la parola, La comunicazione tra medico e paziente come strumento terapeutico», Ponte alle Grazie ed.; agile strumento per comprendere attraverso esempi pratici, come potrebbe modificarsi in modo efficace la comunicazione medico-paziente.

Infine, Francesco Calvo, «L'esperienza della poesia», Il Mulino ed.; utile per capire come la poesia (la letteratura in generale) sia incontro con l'altro.

Perché, come affermò lo psicoanalista Aldo Carotenuto: «La scrittura è terapeutica, porta in superficie, esorcizza, ripristina le dimensioni più insidiose della nostra anima permettendo di conversare con essa e (...) può accompagnarci per una vita intera, divenendo complice dei nostri bisogni più autentici».

posta@elisabettabucciarelli.it



Attività fisica: l'importanza nella prevenzione e nel recupero dopo la malattia

Elena Fiaschi¹, Viviana Dionisio²

¹ Direttore UO Riabilitazione USL 1 Massa Carrara

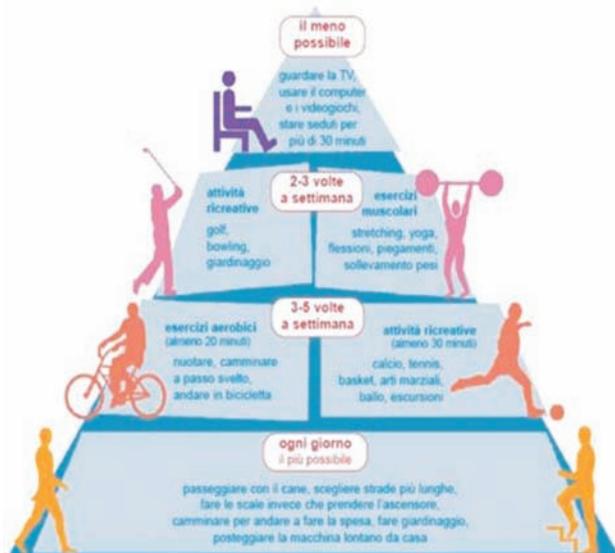
² Fisiatra USL1 Massa Carrara



Secondo la definizione dell'OMS, per Attività Fisica si intende ogni movimento corporeo prodotto dai muscoli scheletrici che comporti un dispendio energetico – incluse le attività effettuate lavorando, giocando, dedicandosi alle faccende domestiche, viaggiando e impegnandosi in attività ricreative. L'Attività Fisica può essere suddivisa in *strutturata* e *non strutturata*: non strutturata possiamo definirla come qualunque movimento del corpo prodotto da una contrazione muscolare tale da produrre solo un aumento della spesa energetica, mentre quella strutturata, pianificata e ripetitiva (allenante) è un'attività in grado di migliorare la «fitness fisica», l'efficienza fisica.

Ma qual è la prevalenza dell'Attività Fisico-Sportiva nella popolazione italiana adulta?

Esiste una gradualità consigliata sul tipo di attività da svolgere e sulla frequenza settimanale, come rappresentato nella piramide sottostante:



Naturalmente bisogna trovare sempre il giusto equilibrio, per cui NO alla sedentarietà, ma anche NO allo sforzo eccessivo che implica passaggi bruschi da una posizione all'altra, un aumento eccessivo di frequenza cardiaca e respiratoria oppure performance estemporanea.

Esiste un livello raccomandato di attività fisica? È stato evidenziato che non esiste una precisa soglia al



di sotto della quale l'attività fisica non produce effetti positivi per la salute. Risulta quindi molto importante il passaggio dalla sedentarietà ad un livello di attività anche inferiore ai livelli indicati dalle linee guida in base alle fasce di età.

I benefici dell'attività fisico-sportiva sono legati agli adattamenti funzionali e metabolici dei vari apparati all'esercizio fisico: diminuisce la Frequenza Cardiaca a riposo e sotto sforzo, diminuisce la Pressione Arteriosa a riposo e sotto sforzo, aumenta la massa eritrocitaria, aumenta il flusso ematico nei tessuti, aumenta la capacità respiratoria, aumenta la tolleranza (resistenza, capacità) all'esercizio fisico, aumenta la forza e massa muscolare, aumenta l'elasticità dei tendini, aumenta la densità ossea, aumenta la risposta immunitaria, aumenta la velocità di filtrazione, aumenta il benessere, migliora il ritmo sonno veglia.

Quindi un'attività fisica regolare migliora globalmente la salute fisica e psicologica, aiuta a conservare l'autosufficienza, riduce il rischio di sviluppare alcune malattie non trasmissibili (es. cardiopatia ischemica, ipertensione), aiuta a controllare specifiche condizioni di vita (es. stress, obesità) e patologie (es. diabete, ipercolesterolemia), può aiutare nella gestione della condizione di dolore cronico.

Se effettuiamo una ricerca bibliografica sul rapporto tra attività fisica e tumori troviamo oltre 9700 pubblicazioni che mettono in relazione queste due tematiche, ed oltre 3800 di questi lavori sono stati pubblicati negli ultimi 5 anni.

Nell'ambito della Prevenzione Primaria diversi studi hanno valutato la correlazione tra attività fisica

(AF) e incidenza per alcuni tumori, come si può vedere dalla tabella sotto riportata:

Tipo di Tumore	N.ro di studi	Trend di efficacia in base al livello di AF e grado di evidenza scientifica
Tumore al colon	+++	Buone evidenze di riduzione di incidenza di patologie
Tumore al retto	+++	Nessuna differenza tra categorie di "fitness" e livelli di AF
Tumore all'endometrio	+++	Buone evidenze di riduzione di incidenza di patologie
Tumore alla mammella	+++	Ottime evidenze di riduzione di incidenza di patologie
Tumore alla prostata	+++	Alcune evidenze di riduzione di incidenza di patologie
Tumore ai polmoni	+++	Nessuna differenza tra categorie di "fitness" e livelli di AF
Tumore al pancreas	++	Nessuna differenza tra categorie di "fitness" e livelli di AF

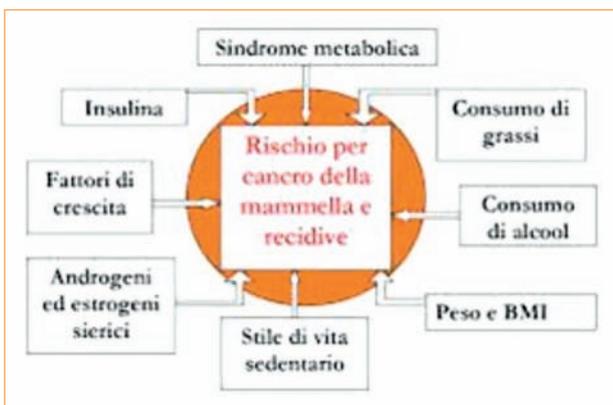
+ pochi studi scientifici; ++ tra 5 e 10 studi scientifici; +++ più di 10 studi scientifici.

Il tumore influenza negativamente la qualità di vita, provocando sintomi fisici (astenia, riduzione della funzionalità cardiaca e respiratoria) e psicologici (ansia, rabbia, depressione, compromissione dell'autostima, isolamento sociale).

L'attività fisica va a contrastare questi meccanismi aumentando la performance fisica (durata dell'esercizio, capacità funzionale, frequenza cardiaca, intensità del carico di lavoro e le distanze percorse nei test di valutazione), il senso di auto-efficacia, le interazioni sociali riducendo l'ansia e la depressione; ne consegue una migliore qualità della vita e dei rapporti interpersonali. In diversi studi sono stati inoltre osservati un aumento della forza muscolare, un miglioramento degli indici ematologici (trombocitopenia e anemia), la riduzione di alcuni sintomi particolarmente disturbanti (insonnia, nausea, astenia, dolore, diarrea).

Sembra ci siano tutta una serie di fattori che aumentano il rischio di ammalarsi di tumore alla mammella ed il rischio di recidive, come si può notare dalla figura sottostante:

Tra queste una percentuale delle diagnosi di tumore appare collegata ad un'insufficiente attività fisica, per cui potrebbe essere prevenuta.



Quindi esiste un ruolo dell'esercizio fisico nella prevenzione secondaria?

Numerosi studi hanno dimostrato una significativa riduzione del rischio di morte legata al carcinoma (< 50-53%). Nel carcinoma del colon un'attività fisica regolare (> 40' - 1h al giorno svolta ad intensità moderata) è associata ad una riduzione del rischio di morte (< 39-59%). Nel carcinoma mammario un'attività fisica regolare (almeno 3-5 ore a settimana di camminata ad intensità moderata 3-4,5 km/h) è associata ad una riduzione del rischio di recidiva, con un effetto che appare più marcato nelle donne con carcinomi che esprimono recettori per estrogeni e progesterone.

Esistono evidenze sufficienti di un effetto protettivo dell'attività fisica per il tumore della mammella:

- si stima che circa il 10-11% dei tumori in postmenopausa sia attribuibile alla ridotta attività fisica;
- l'effetto protettivo dell'attività fisica è evidente sia in pre- che in postmenopausa;
- l'effetto protettivo è stato stimato a partire da 30-60 minuti giornalieri di attività;
- l'inizio di una attività di questo tipo anche dopo la menopausa sembra avere un effetto protettivo.

Dopo la diagnosi di tumore, la prescrizione di esercizio fisico può avere effetti positivi nel migliorare gli esiti chirurgici, ridurre i sintomi legati agli effetti secondari della Radioterapia, della Chemioterapia (es. fatica che tende ad auto-perpetuarsi) e dell'Ormonoterapia, migliorare il benessere psicologico, mantenere le funzioni e il benessere fisico, ridurre l'aumento del tessuto adiposo e la perdita di massa muscolare e ossea.

Quindi sulla base di quelle che sono oggi le evidenze scientifiche, l'esercizio fisico è una somministrazione adiuvante nel corso del trattamento di molti tumori.

L'attività fisica viene dosata sulla base del MET (rapporto tra il Tasso Metabolico durante un'attività specifica e il Tasso metabolico a riposo). 1 MET corri-

sponde al metabolismo energetico in condizioni di riposo, equivale ad un consumo di ossigeno di 3,5 ml/kg/m ed è pari a circa 1 Kcal/kg/h. Ad esempio una persona di 70 kg in un'ora di riposo consumerà 70 Kcal- 1 MET, se la stessa persona consuma 2 MET significa che sta svolgendo un'attività fisica che gli fa bruciare il doppio dell'energia consumata a riposo (140 Kcal), se consuma 3 MET il triplo (210 Kcal), e così via. Sulla base del numero di MET si distinguono:

- attività fisiche leggere [1 MET-2,9 MET]: dormire, sedere al tavolo, rimanere sdraiati, leggere sdraiati;
- attività fisiche moderate [3 MET-4,9 MET]: camminare alla velocità di 5-6 km all'ora, golf, cavalcare, andare a vela, tennis da tavolo, giardinaggio;
- attività fisiche pesanti [5 MET-7 MET]: danza aerobica, danza sportiva, bicicletta in pianura, trekking, attività subacquea, pattinaggio a rotelle o su ghiaccio, sci d'acqua, nuoto lento;
- attività fisiche molto pesanti [> 7 MET]: basket, calcio, tennis, sci, corsa veloce, nuoto veloce, ciclismo.

Se si valuta l'attività fisica in base al MET e si mette in correlazione alla prevenzione dei tumori, è stato calcolato che per il tumore al seno bisognerebbe consumare 9 MET/settimana, per il tumore del colon retto 18 MET/settimana, per il tumore della prostata 30 MET/settimana.

Comunque, non esiste un trattamento o un'attività fisica standard per i pazienti, ma è fondamentale come primo step effettuare la valutazione funzionale per:

- quantificare gli esiti funzionali della malattia e della relativa terapia;



- identificare le condizioni di comorbidità che possono precludere l'esercizio;
- sviluppare una appropriata programmazione che si possa affiancare ai trattamenti nelle varie fasi della malattia progressivamente;
- determinare i benefici funzionali del programma di esercizi.

Nella realizzazione del programma di esercizio per il paziente oncologico sono necessarie:

- la conoscenza della terapia eseguita e dei possibili effetti collaterali sia da parte del medico che di chi svolge l'attività motoria;
- valutazione delle condizioni cliniche e del rischio / beneficio caso per caso;
- regolare rivalutazione delle sintomatologie del paziente (fatica, intolleranza all'esercizio, dispnea da sforzo, variazioni dello stato nutrizionale, ecc.);
- flessibilità del programma di esercizi, di attività in base alla fase terapeutica, alla sintomatologia... ma soprattutto agli interessi della persona.

CONCLUSIONE: *Camminando ogni giorno, raggiungo uno stato di benessere e mi lascio alle*

spalle ogni malanno; i pensieri migliori li ho avuti mentre camminavo, e non conosco pensiero così gravoso da non poter essere lasciato alle spalle con una camminata. Ma stando fermi si arriva sempre più vicini a sentirsi malati. Perciò basta continuare a camminare, e andrà tutto bene...

Søren Kierkegaard

«Vogando sul Dragone» riabilitiamo corpo e mente

Maria Grazia Muraca¹, Giovanna Franchi²

¹ Responsabile Centro di Riabilitazione Oncologica ISPO

² Responsabile Servizio Psico-Oncologia LILT

«Ed eccoci finalmente alla partenza, pagaie in acqua, muscoli tesi, ripassiamo mentalmente le consegne: 1) remare con la testa; 2) tenere lo sguardo incollato sulla pagaia della compagna che ci precede; 3) non tentare neanche con la coda dell'occhio di seguire la barca avversaria.

E poi via! Il tamburo che ritma i colpi di pagaia ed il bat-

tito dei nostri cuori; il sole, il vento, gli spruzzi d'acqua sollevati dai remi.

Mi accorgo di ridere; rido perché sto facendo quello che nella mia vita non mi sarei mai sognata di fare».

Emanuela



Le parole di Emanuela sintetizzano molto bene i sentimenti, le tensioni ed i sogni che si vivono sulle barche delle «Donne in rosa» prima della partenza di ogni gara.

Ma, partiamo dal principio. Che cosa è il dragon boat? Chi sono le «Donne in rosa»? Come mai un articolo su questa disciplina in una rivista di informazione senologica?

Che cosa è il dragon boat?

È una disciplina sportiva di antica origine cinese praticata in tutto il mondo con gare su imbarcazioni standard lunghe 12,66 metri che hanno la testa e la coda a forma di dragone. Ogni barca è spinta da 20 atleti, 10 sul lato destro e 10 sul lato sinistro, che pagaiano, con pagaie simili a quelle della canoa canadese, al ritmo di un tamburino mentre, un timoniere, a poppa, tiene la direzione con un remo lungo 3 metri.

Nel 1996 un gruppo di medici sportivi, coordinati dal dottor Don Mackenzie dell'Università British Columbia (Vancouver, Canada), decise di sfatare la teoria secondo la quale le donne operate di tumore al seno debbano evitare movimenti ripetitivi e sforzi eccessivi con la parte superiore del corpo ed in particolare con il braccio senza linfonodi. Presentarono perciò un progetto che prevedeva di usare la disciplina sportiva del dragon boat per integrare la riabilitazione dopo un intervento per tumore alla mammella. 24 donne pioniere si allenarono per 6 mesi e nel giugno 1996 parteciparono all'International Dragon Boat Festival che quell'anno si svolgeva proprio a Vancouver. Nessuna delle 24 donne segnalò disturbi all'arto superiore e nessuna sviluppò in seguito linfedema dell'arto stesso. I risultati del progetto furono pubblicati il 25 agosto 1998 sulla rivista Canadian Medical Association Journal. Dopo la fine del progetto le 24 donne pioniere continuarono ad allenarsi perché remare fianco a fianco nella stessa barca «Abreast In a Boat» aveva migliorato il loro benessere fisico e aveva aumentato lo spirito di solidarietà, divertimento e voglia di sensibilizzare le persone sane al problema del tumore al seno.

Erano nate le «Donne in rosa», donne operate di tumore al seno che dopo la fine delle terapie oncologiche iniziano un percorso speciale di riabilitazione. Provengono da esperienze diverse sia di vita che di malattia, non sono atlete, hanno forma fisica estremamente varia, qualsiasi età; obiettivo comune mettersi alla prova, allenandosi a terra ed in acqua, per vincere la sfida contro il tumore.

Le squadre di donne operate di tumore al seno «Donne in rosa» che si allenano regolarmente su un dragone sono oggi in tutto il mondo più di 150.

In Italia la prima squadra di «Donne in rosa» è nata al laghetto dell'EUR di Roma nel 2003; nel 2006 hanno iniziato gli allenamenti sul fiume Arno le «Donne in rosa» di Firenze e qualche anno più tardi le «Donne in rosa» di Torino hanno cominciato a vogare sul fiu-



me Po. Nuove squadre si sono aggiunte negli ultimi tempi, tanto che, tutti gli anni alla fine di maggio, si tiene il «campionato italiano di dragon boat in rosa».

La squadra delle «Donne in rosa» di Firenze si chiama «Florence Dragon Lady»; è nata il 14 febbraio del 2006 dalla collaborazione tra la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (LILT) sezione di Firenze, l'Associazione Canottieri Comunali di Firenze, il Servizio di Medicina dello Sport dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi (AOUC) ed il Centro di Riabilitazione Oncologica (Ce.Ri.On.) dell'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO) di Firenze.

Come mai un articolo su questa disciplina in una rivista di informazione senologica?

Numerosi studi evidenziano un *effetto protettivo* dell'attività fisica nel ridurre l'incidenza, le recidive e la mortalità del tumore della mammella:

- l'effetto protettivo inizia già dopo 30-60 minuti di attività fisica regolare giornaliera;
- è riportata una ridotta mortalità specifica nelle donne con tumore della mammella che svolgono una attività fisica moderata, quale camminare, in modo regolare;
- l'effetto maggiore è nelle donne che svolgono questa attività per 3-5 ore la settimana (Holmes *et al.*, JAMA, 2005; n. 2967, follow-up mediano 90 mesi);
- è riportata una ridotta mortalità sia generale che specifica per livelli crescenti di attività fisica di intensità moderata (Holick *et al.*, CEBP, 2008; n. 4492, follow up mediano 5.6 anni);
- l'effetto protettivo dell'attività fisica è evidente sia in *pre-* che in *postmenopausa*;
- l'inizio di una attività fisica anche dopo la menopausa sembra avere un effetto protettivo;
- si stima che circa il 10-11% dei tumori in postmenopausa sia attribuibile alla *inattività fisica*;

da *Weight Control and Physical Activity*, IARC Handbooks of Cancer Prevention Vol. 6, IARC Press 2002.

Non sono ancora completi gli studi sui meccanismi d'azione che spiegano l'effetto protettivo dell'attività fisica sulle cellule tumorali, si ipotizza che:

- l'aumento del consumo di energia con la conseguente riduzione del peso corporeo, dell'indice di massa corporea (BMI) e della circonferenza vita;
- la riduzione dei livelli circolanti di ormoni sessuali (ad es. estradiolo in pre-menopausa, Verkasalo *et al.*, CCC 2001) modificando i livelli di glucosio, insulina, fattori di crescita (IGF), fattori dell'infiammazione e ormoni sessuali, regolano, con meccanismi diversi, la proliferazione cellulare (carcinogenesi).

Aumentare l'attività fisica ha quindi un effetto protettivo ma, il movimento ripetitivo del vogare, quali conseguenze può avere su un arto che non ha più linfonodi (linfadenectomia)?

Il movimento ripetitivo, il notevole sforzo fisico ed il rischio di infezioni possono aumentare le probabilità di sviluppare un linfedema dell'arto o facilitare l'insorgenza di problemi osteoarticolari della spalla?

Tanti timori e tante perplessità ma, «remare fianco a fianco», fare squadra, superare il ruolo di malato invalido, conoscere donne di altri paesi, liberarsi dalle paure, coinvolgere amici e parenti «sani» in questa esperienza speciale, può avere un grande effetto terapeutico sul corpo e sulla mente?

Per rispondere a questi quesiti al Ce.Ri.On. (ISPOLILT) di Firenze, dal marzo 2006 ad oggi, sono state invitate a partecipare alla squadra delle «Donne in Rosa» 152 donne operate di tumore alla mammella, le quali dopo aver completato il percorso di riabilitazione oncologica hanno iniziato ad allenarsi due volte la settimana sul fiume Arno presso i Canottieri Comunali. Ogni anno effettuano una visita medico sportiva con prova da sforzo presso il Servizio di Medicina dello Sport dell'AOUC, una visita di riabilitazione oncologica con misurazione comparativa degli arti superiori e valutazione dell'articolazione scapolo omerale ed un colloquio psicologico con compilazione di un questionario sulla qualità di vita e scala del distress.

Nessuna delle donne controllate ha sviluppato ad oggi un nuovo linfedema dell'arto superiore; in più della metà delle donne è stata misurata una riduzione del peso corporeo; non sono stati riscontrati importanti dolori o limitazioni funzionali all'articolazione scapolo omerale o alla colonna vertebrale; sono state diagnosticate 3 flebiti agli arti superiori, 3 sindromi del tunnel carpale e 3 donne hanno sospeso gli allenamenti per sopraggiunti problemi cardiologici. Per quanto riguarda la valutazione della qualità della vita, quasi tutte le donne hanno ritrovato un nuovo modo di rapportarsi con il corpo, in quasi tutte è migliorata la capacità di comunicazione ed in tutte si è ridotto lo stress.

La squadra fiorentina delle «Florence Dragon Lady» si accinge a tagliare il traguardo del primo decennio, con risultati sicuramente positivi, avendo al momento all'attivo circa 60 atlete che si allenano costantemente due volte alla settimana. Nel corso degli anni hanno partecipato a raduni e gare nazionali e internazionali ed inoltre hanno stretto forti legami

con il territorio locale, poiché fra le attività prevalenti della squadra si inserisce quella della divulgazione della cultura della prevenzione e della riabilitazione oncologica.

Le Florence Dragon Lady aderiscono al progetto della International Breast Cancer Paddlers Commission IBCPC, la commissione internazionale che riunisce squadre di 'Donne in Rosa' che praticano il dragon boat in tutto il mondo. Fra gli eventi più significativi a cui le Florence Dragon Lady hanno partecipato, ricordiamo le trasferte in Canada nel 2010 ed in Florida nel 2014 per partecipare al Festival internazionale della IBCPC; il campionato del mondo della Federazione Internazionale Dragon Boat a Ravenna nel 2014 e tutte le edizioni del Campionato italiano, della Coppa Italia e l'imperdibile Vogalonga di Venezia.

Per il 2018 è in preparazione a Firenze presso il «lago di Bilancino» il Festival Internazionale della IBCPC; questo evento può stimolare la formazione di altre squadre toscane.

Ci piace concludere questo articolo con le parole di Lucia, giovane dragonessa, che descrivono bene come si può riabilitare corpo e mente vogando sul dragone

Sono le cinque e mezzo di un pomeriggio particolare, è piena estate, il sole è caldo e, per la prima volta, sono seduta in mezzo ad altre donne sconosciute, come me operate di tumore al seno, dentro un *dragon boat* che scivolerà sull'acqua dell'Arno spinto dalle loro pagaie.

Sono le Florence Dragon Lady, energia rosa sull'acqua... in mezzo a loro vedo la città sfilare lungo le rive del fiume, che prospettiva insolita! Quando scendo dalla barca sento che la corrente dell'acqua ha portato con sé la corrente dei ricordi.

Ho sempre pensato che, fin dove è possibile, ogni prova che la vita ci riserva va vissuta come un'occasione per evolvere, per progredire.

Un'opportunità per sviluppare una nuova, e talvolta anche sofferta, consapevolezza del proprio essere nel mondo, che ci porti a rialzare le spalle, crollate sotto il peso dei propri drammi personali.

La partecipazione alla squadra del *Dragon Boat* per le donne operate al seno mi sta veramente entusiasmando.

Nell'acqua i timori sembra che si sciolgano e il *dragon boat* silenzioso ci passa sopra.



La sciabola per divertirsi e riprendere confidenza con il proprio corpo e le proprie emozioni

Massimo Rosoni

Maestro di scherma, Club Scherma «Antonio Di Ciolo» Pisa



Il 9 marzo 2015, nel corso del Convegno «Prima e dopo il tumore al seno: quanto possono incidere gli stili di vita» è stata presentata un'iniziativa promossa dal Club Scherma Pisa «Antonio Di Ciolo» in collaborazione con la Società della Salute dell'area pisana.

Si tratta di un corso di avviamento alla scherma per donne che abbiano subito la mastectomia, un'addestramento leggero e divertente che integri le pratiche di riabilitazione già attive.

L'esperienza di questa integrazione ha già un modello applicato in Francia con successo.

Il punto di partenza deriva da alcune considerazioni che i medici francesi hanno sviluppato, partendo dalle linee guida delle istituzioni transalpine in tema di Attività Fisica Adattata (AFA).

Le normali pratiche riabilitative sarebbero state più efficaci, soprattutto sotto il profilo della motivazione e degli effetti psicologici, se integrate con attività sportive adeguate.

Quattro pratiche sono state implementate: passeggiata nordica, yoga, canoa e scherma.

I primi tre sport hanno riscontrato un certo interesse con percentuali di abbandono non alte ma significative. La scherma invece ha mantenuto sempre l'interesse e la partecipazione. Quali sono state le carte vincenti di questa disciplina? La scherma è uno sport di relazione che sviluppa autostima e riporta alla percezione del proprio corpo. Si svolge individualmente sotto la guida di un maestro, il che comporta una cura personale che dà la sensazione di accudimento diretto. Il maestro di scherma deve saper valorizzare le risorse personali dell'allievo così che l'allenamento è assimilabile ad una seduta di empowerment piuttosto profonda. Si svolge però anche in gruppo, in questo caso tra pari che condividono la stessa esperienza.

La lezione di scherma attiva i neuroni specchio e proprio il maestro Di Ciolo, fondatore del club e della scuola pisana ne ha compreso l'importanza. La visione del gesto attiva i neuroni che leggono, interpretano e codificano gli scopi dei gesti, non per imitazione, ma costruendo un codice diverso di relazione tra sé, lo strumento (l'arma) e l'altro da sé (l'avversario/il maestro/il nemico).

L'esperienza francese, incentrata sull'applicazione dell'AFA come indispensabile strumento di riabilitazione, grazie all'iniziativa di una dottoressa dello

sport della Federazione Schermistica Francese, Madame Hornus, è stata attivata già da due anni. Il successo dell'iniziativa è stato ripreso ed ampliato dal progetto RIPOSTE: *Reconstruction Image de soi Posture Oncologie Santé Thérapie Escrime*. Il progetto prevede la diffusione dell'esperienza attraverso una rete di società schermistiche in 7 regioni della Francia portando il servizio a domicilio.

La pratica prevede un lavoro di equipe tra tecnici della scherma e un team di medici che formano gli istruttori sportivi e forniscono loro il set di indicatori psicofisici da monitorare per valutare l'efficacia dell'intervento.

L'attività fisica è mirata al recupero della postura e della mobilità del braccio e della spalla. Inoltre viene controllato anche l'impatto diretto sul miglioramento delle aderenze. L'elemento ludico è giudicato fondamentale per motivare alla pratica fisica in un momento di forte disagio psicologico.

Per approfondire alcuni semplici elementi tecnici, l'attività schermistica vera e propria è organizzata secondo questo palinsesto:

- una sessione di gruppo di 20 minuti per acquisire basi fondamentali dei passi e dei movimenti con l'arma;
- lezioni individuali di 5 minuti con intervalli di 10 per relax e monitoraggio da parte del Maestro;
- azioni simulate basate su attacchi e parate su bersagli alti, con movimenti molto ampi per favorire la ripresa della postura.

Il braccio della allieva è quello della parte operata. Tra le armi schermistiche (ci sono anche fioretto e spada) la sciabola è stata scelta perché è un'arma leg-



Lezione di sciabola



Laura Flessel, spadista francese testimonial del progetto RIPOSTE

gera, colpisce di taglio, con movimento più naturale, i bersagli sono alti e permettono un orientamento del colpo e delle parate più consono agli scopi dell'attività.

L'iniziativa proposta durante il convegno è un corso svolto dallo staff del Club Scherma Pisa «Di Ciolo». Il club ha presentato richiesta formale alla Società del-

la Salute dell'area pisana per l'inserimento nella rete delle AFA di tipo B, ha carattere sperimentale e si basa sui presupposti descritti per l'esperienza francese.

Il Club scherma Pisa «Antonio Di Ciolo» è una società in cui si pratica scherma agonistica a livello internazionale, ma svolge anche attività di riabilitazione e inclusione nell'ambito della disabilità fisica e sensoriale all'interno di vari programmi e progetti locali ed europei, è in rete con società straniere per lo scambio di esperienze, competenze tecniche, buone prassi. Si avvale di tecnici laureati in scienze motorie e istruttori di scherma di III e IV livello secondo la classificazione formale europea.

L'augurio è quello di attivare questa iniziativa anche a Pisa perché, al di là degli elementi tecnici, tutte le donne francesi intervistate sulla loro esperienza hanno dichiarato di averla trovata STRAORDINARIAMENTE DIVERTENTE.

Prima e dopo il tumore al seno: il ruolo del medico di Medicina Generale

Paolo Stefani

Medico di Famiglia, ASL Pisa

L'argomento «tumore della mammella» non è certo uno dei più piacevoli da trattare, da qualunque punto di vista lo si consideri; è comunque di estrema attualità per la purtroppo vasta popolazione femminile che interessa, ma soprattutto per il sempre maggior successo che i medici e le donne colgono nel contrastarlo.

Ho detto «i medici e le donne» non a caso, è questa l'alleanza che ha permesso di raggiungere i lusinghieri risultati di salute che la medicina moderna può vantare, destinati a migliorare ancora grazie alle nuove molecole che si impiegano nella terapia, e all'opera di prevenzione che medici e donne svolgono insieme.

Soprattutto il medico di famiglia deve avere un ruolo centrale prima, durante e dopo un eventuale tumore, al fianco della donna.

Il prima è fatto di consigli, su alimentazione corretta, su programmi di screening, sull'uso o no di terapie per contrastare gli effetti della menopausa che possono avere effetti collaterali, sulla familiarità che può aumentare il rischio. È il sano rapporto tra medico di famiglia e paziente che, attraverso il «contratto terapeutico» guida alla scelta di corretti stili di vita, corretto approccio allo screening, corretta scelta condivisa di farmaci basata su un attento studio di costo-beneficio, che porta alla riduzione del rischio, e, se il rischio purtroppo si avvera, al suo riconoscimento precoce che è fondamentale. In questa fase tocca al medico di famiglia difendere le donne dagli eccessi della medicina commerciale che induce al consumo sconsiderato di esami

spesso inutili e talvolta dannosi, come al consumo di farmaci «miracolosi» per la cura della menopausa o alla moda di tante pratiche alimentari ritenute del tutto a torto valide nella prevenzione delle malattie e «disintossicanti». Oppure tocca viceversa spingere allo screening quelle che diffidano della medicina ufficiale, o consigliare sul da farsi le ultrasessantenni che lo screening mammografico abbandona a quest'età.

Se poi il tumore si presenta, il rapporto medico di famiglia-donna si fa più intenso, coinvolge tutta la famiglia che ha bisogno di supporto, è fatto inizialmente di spiegazioni, di consigli per la struttura cui rivolgersi (è finito il tempo in cui si ottenevano risultati migliori solo in alcuni centri specializzati, adesso si hanno trattamenti di eccellenza nelle strutture pubbliche quasi ovunque), di costante vicinanza per tutto il periodo della cura e del follow-up. In questa fase è anche opportuno che il medico di famiglia interagisca con gli specialisti tenendosi al corrente degli sviluppi della situazione e all'occorrenza partecipando alle scelte terapeutiche da prendere.

Parlare, capire, chiarire i dubbi su una scelta terapeutica piuttosto che un'altra sono le cose che più frequentemente capitano nelle prime fasi dopo la diagnosi, ed è meglio se riusciamo a farlo non con la sola paziente, perché è tutta la famiglia che riceve uno choc ed ha bisogno di essere sostenuta nella lunga battaglia che sta per cominciare.

Il medico di famiglia nella fase della cura, sia questa

chirurgica, radiante, medica con farmaci, apparentemente può sembrare escluso, avendo lo specialista un ruolo preminente. Tuttavia al giorno d'oggi questi trattamenti richiedono una permanenza minima in ospedale, e noi non possiamo fare a meno di tenerci aggiornati sugli effetti collaterali delle terapie e sul follow-up delle ferite chirurgiche, perché è comunque a casa che la paziente trascorre la maggior parte del suo tempo ed è lì che noi medici dobbiamo essere presenti. Anche talvolta con solo parole di incoraggiamento possiamo ottenere risultati, motivando alla lotta chi è sfiduciata, favorendo il reinserimento nell'ambiente sociale e lavorativo non appena possibile, chiarendo ai partner che Lei non è diventata improvvisamente un oggetto da toccare poco o maneggiare con eccessiva cura, cercando insomma di favorire per quanto possibile una sensazione di normalità fondamentale per il «Dopo».

Il «Dopo» appunto. Finita la fase dell'emergenza, con la chirurgia, la terapia, gli effetti collaterali (fortunatamente con i nuovi farmaci sempre meno c'è bisogno di parrucche, e la chirurgia estetica dopo quella demolitiva fornisce in genere risultati soddisfacenti), c'è il ritorno alla «normalità», una normalità però scandita da scadenze, i temuti controlli ravvicinati all'inizio, poi più scadenzati ma che sempre destano timore e ansia. C'è poi spesso da affrontare con l'aiuto dei fisiatri qualche deficit fisico secondario alla chirurgia, c'è da gestire la terapia medica a lunga scadenza (di solito 5 anni).

È qui che forse il medico deve mostrarsi



dotato di quell'empatia che lo mette in contatto vero con la donna e la sua famiglia. Va aiutato il ritorno alla normalità, a una vita piena e soddisfacente, non come se non fosse successo niente, ma con la convinzione che questo ostacolo lo stiamo superando.

La medicina moderna ha portato i pazienti affetti da tumore a un nuovo status: fino a qualche anno fa un paziente affetto da neoplasia aveva solo 2 uscite, o guarito o perso. Adesso in molti casi siamo di fronte a pazienti che possiamo considerare cronici, né più né meno dei diabetici o degli artrosici. Al presentarsi di una recidiva o di una ripetizione a distanza non si gettano le armi perché ne abbiamo di nuove, e le prospettive di esito positivo anche dopo una recidiva sono sempre più alte.

Quindi il dopo è il momento in cui il medico deve essere più vicino alla donna, deve capire quando è il caso di ricorrere a una consulenza specialistica, magari anche solo per tranquillizzare la paziente, quando è il caso di scomodare lo psicologo, deve comprendere le paure e le insicurezze che rimangono in una donna dopo questa esperienza e farsene carico.

In questo lavoro fortunatamente si distinguono varie associazioni di donne utilissime perché capaci,

con la condivisione delle varie esperienze personali, di dare supporto a chi ha avuto questa patologia.

Tutti insieme, medici di famiglia, specialisti, associazioni siamo impegnati ad aiutare le donne con tumore al seno a riprendere in mano la propria vita.

Il coraggio di testimoniare la propria esperienza

Mi sono messa a scrivere quando il mio istinto sarebbe stato quello di scappare. La realtà che mi si presentava davanti con un certificato istologico era molto pesante da affrontare. Il tumore fa paura, ti spaventa soprattutto quando sei ancora giovane, hai una famiglia con i figli da crescere. Un corso di scrittura creativa, frequentato con la parrucca o un foulard in testa, mi ha aiutato a trovare uno sfogo alle mie angosce, a indirizzare il mio cervello confuso, le mie paure, su una pagina bianca da riempire con pensieri di ogni tipo. In quel periodo scrivevo cose terribili, ma era

normale e utile per cacciare fuori almeno una parte della mia tristezza. Finita la chemio ho cominciato a stare meglio e i miei racconti si sono alleggeriti, l'ironia si è fatta strada anche quando toccavo temi tutt'altro che allegri, vedevo la vita sotto un'altra luce. Scrivere è diventata la mia terapia. Provate anche voi.



Silvia Conforti

È proprio vero, cara Silvia!

Scrivere può essere una terapia, perché l'elaborazione del racconto e la comunicazione della propria esperienza attraverso un testo strutturato ci permette in momenti di sofferenza, ma non solo, di riflettere sulla nostra condizione, sul nostro «stare al mondo» ed intravedere sfumature e significati che danno un senso, che ci permettono di accettare più facilmente alcuni eventi e di viverli in una prospettiva meno negativa. La narrazione in più, in un contesto come il nostro, è assai preziosa perché contribuisce a migliorare il rapporto medico-paziente, a costruire un canale comunicativo privilegiato che aiuta la relazione terapeutica e a restituire a chi soffre la propria dignità di persona che va «accolta» e ascoltata, non soltanto «esaminata» dal punto di vista clinico.

Proprio in quest'ottica, grazie alla collaborazione con L'Istituto Toscano Tumori è stato realizzato per la prima volta nel 2014 un progetto di Medicina Narrativa nel contesto del nostro Centro Senologico. Questa esperienza preliminare, che ha visto partecipare un piccolo gruppo di donne ad una serie di incontri periodici di condivisione e ad un breve corso di scrittura creativa, ha portato alla nascita di un piccolo libro intitolato «Le cose non dette» che sarà prossimamente diffuso all'interno della Senologia e delle varie cliniche del Santa Chiara e in altri reparti dell'area oncologica della rete sanitaria Toscana e nelle librerie locali. Il protagonista della narrazione



non è stata la malattia, ma la risposta alla malattia. La scrittura ha consentito il superamento delle barriere della vergogna, della paura e del giudizio ed è stato un ottimo esercizio di introspezione e di consapevolezza. In più la dimensione del gruppo ha consentito alle donne di condividere, di ritrovare un senso, di dare e darsi aiuto e sostegno, ritrovare la motivazione per sé e per le altre con una inaspettata forza. Questa esperienza avrà un seguito anche nei prossimi mesi. Chi fosse interessato potrà rivolgersi per informazioni all'ASI o a me direttamente.

Buona scrittura e buona lettura!

Valeria Camilleri

I baffi del signor Ugo

Silvia Conforti

«Ecco il mio segreto. È molto semplice: non si vede bene che col cuore. L'essenziale è invisibile agli occhi».

«L'essenziale è invisibile agli occhi», ripeté il Piccolo Principe per ricordarselo.

Antoine De Saint Exupéry

C'era una volta il signor Ugo, un uomo con un paio di baffi lunghi, ma così lunghi e folti che per mangiare doveva appuntarli con le forcine, come fanno le donne con i capelli.

Era molto orgoglioso dei suoi baffi e tutto quel pelo sulla faccia lo faceva sentire un vero *macho*.

Ovunque si trovasse tutti lo notavano, era sempre al centro dell'attenzione e a lui questa cosa piaceva un sacco.

Non passava mai inosservato e soprattutto i bambini, che non hanno ancora imparato a far finta di niente, lo additavano e lo guardavano a bocca aperta con un misto di stupore e paura. Non potevano credere che così tanto pelo potesse crescere sopra alle labbra! I più grandi ridevano, i più sfrontati lo prendeva-

no in giro, ma i piccoli spesso si spaventavano, si coprivano gli occhi e nascondevano il viso contro le gambe dei genitori; se per sfortuna di notte lo sognavano si svegliavano gridando. Le mamme più crudeli usavano la figura del signor Ugo per minacciare i loro figli: *mangia, altrimenti chiamo l'uomo baffuto*, e ancora: *se non stai buono e fermo ti faccio portare via dal signor Ugo, ti lega stretto nei suoi baffi e poi...*

Giornalisti famosi l'avevano intervistato, era stato invitato in TV in trasmissioni con un grande seguito di pubblico, le sue foto erano state pubblicate su riviste importanti. Tutta questa attenzione da parte della gente lo rendeva ancora più fiero della sua stravaganza, passava ore davanti allo specchio ad ammirarsi. Non pensava ad altro.

La moglie invece non era affatto contenta. Il signor Ugo, tutto preso com'era da se stesso, la trascurava, mai un cinema, mai una cenetta, mai un complimento. Si ricordava di lei solo quando ne aveva bisogno. Dal momento che considerava i suoi baffi un bene di famiglia, pretendeva venissero curati anche dalla moglie e con tutte le attenzioni del caso: un giorno sì e uno sì, la signora Uga aveva il compito di lavarli con lo shampoo, ammorbidirli con il balsamo, pettinarli

con cura e dargli la piega con i bigodini, così, una volta asciutti, si trasformavano in una cascata di riccioli vaporosi sul petto del marito. La povera donna era veramente stanca delle pretese del signor Ugo, ma gli voleva bene e quindi, anche se a malincuore, sottostava alle sue richieste.

C'era una cosa che la signora Uga non aveva il pudore di confessare e la rendeva particolarmente triste: erano anni che desiderava poter baciare per bene suo marito sulla bocca; la ricerca delle labbra risultava sempre molto difficile e le rare volte che riusciva nel suo intento, era costretta a sputacchiare per mezza giornata peli lunghi quanto una fune. Si rammaricava tra sé perché questo limite la faceva sentire una donna sfortunata e provava invidia verso le amiche che non avevano questo problema.

A maggio, quando l'aria si stava facendo tiepida ed era tempo di pensare alle ferie estive, il signor Ugo iniziò a non stare bene, non aveva appetito, dimagriva a vista d'occhio e non aveva più neanche la forza di salire le scale. Dapprima dette la colpa al cambio di stagione, poi alla suocera brontolona, poi a un esaurimento nervoso, poi a un'allergia al polline e quando non sapeva più a cosa o a chi dare la colpa la signora Uga finalmente lo convinse a fare degli accertamenti. Dopo averlo rovesciato come un calzino i medici scoprirono un *intruso* nel suo corpo. Era un cancro.

Aveva la forma di una bomba a mano ed era pericoloso alla stessa maniera.

Un bravo chirurgo lo sottopose a una lunga operazione per liberarlo dall'ospite sgradito e quando il signor Ugo si riprese gli oncologi gli prescissero una cura molto forte, una cura che gli avrebbe dato la possibilità di continuare a vivere. Gli spiegarono che la terapia avrebbe *ucciso* le cellule cattive che il cancro aveva seminato nel sangue, ma lo avrebbe portato a perdere i capelli e tutti i peli che aveva sul corpo.

La vita, a volte, riserva delle sorprese e non sempre sono belle.

Al signor Ugo venne somministrata la prima dose della cura e dopo una ventina di giorni arrivò il momento che tanto temeva: sul cuscino e nella doccia iniziò a trovare mucchietti di capelli e peli che cadevano come le foglie in autunno.

Anche se era stato avvisato, per lui fu un grande sconforto, non riusciva a sopportare l'idea di ritrovarsi calvo come una palla di biliardo e, soprattutto, non sopportava di perdere i suoi preziosi baffi. *Come farò adesso? Tutti mi prenderanno in giro e diventerò un uomo come tanti, i miei baffi mi rendevano unico, mi sembrerà di essere nudo.*

Molto presto fu tutto liscio, in testa, sulla faccia, sul corpo, liscio come il sederino di un neonato. Pianse e si disperò, non voleva più uscire di casa.

I lunghi baffi caduti li raccolse uno ad uno, li depose in una scatola di legno, costruita apposta per l'occasione e, dopo una sorta di funerale, li seppellì in giardino.

Andava davanti allo specchio e quello che vedeva

non era lui, non si riconosceva più, così malediceva la sua sorte e piagnucolava sempre affermando di essere uno sventurato. La signora Uga cercava con ogni mezzo di fargli superare la dura prova a cui la vita lo aveva sottoposto, ma lui non sentiva ragioni, provava vergogna perfino della moglie.

Si chiuse in se stesso, non aveva più voglia di vivere.

Nella data stabilita tornò in ospedale per sottoporsi a un nuovo ciclo di terapia. La notte precedente aveva fatto un sogno molto intenso, tutto a colori, come un film: lui era l'attore principale ma nessuno lo vedeva, oltre ad essere invisibile, poteva entrare nella testa della gente, leggere i pensieri, provare i sentimenti, le paure, la rabbia, la felicità degli altri. Non era più il centro dell'universo ma uno in mezzo a tanti.

Tutte le emozioni del sogno gli erano rimaste impigliate nell'anima. Nel reparto di oncologia, sedute sulle sedie bianche in attesa della cura, c'erano molte persone. Le donne sulla testa tenevano un foulard o una parrucca per coprire la calvizie. *Loro sono ancora più sfortunate di me, un tempo, magari, avevano avuto capelli lunghi e lucenti.* La cosa che gli fece ancora più male però fu vedere i bambini con la testina lucida o coperta dai cappellini colorati. Le loro mamme cercavano di farsi coraggio, per non farsi vedere preoccupate dai figli conversavano come fossero al parco, scherzavano con le infermiere, mentre i bambini si organizzavano tra loro inventandosi giochi.

Nessuno dava l'impressione di piangersi addosso.

Si vergognò tanto per la pena che aveva provato per sé e le cose che *prima* gli sembravano fondamentali adesso avevano perso la loro importanza. Fino a quel momento aveva vissuto nel mondo senza vederlo realmente, si guardò intorno con occhi nuovi: le nuvole diventarono draghi, navi immense, gelati carichi di panna montata; il mare sfumava in mille colori, le onde si muovevano al ritmo del vento, calme o arrabbiate e piene di schiuma; la luna sembrava guardarlo da lassù e perfino strizzargli l'occhio; i fiori coloravano i prati dove i cani si rincorrevano; il basilico profumava il sugo di pomodoro degli spaghetti al dente; le formiche in fila indiana, lavoravano senza sosta trasportando semi da mettere al sicuro in previsione dell'inverno.

Dove era stato fino a quel momento? Aveva consumato gli specchi a forza di rimirarsi, paraocchi di presunzione gli avevano impedito di allargare i suoi orizzonti, come un cieco non aveva notato tutta la bellezza che lo circondava.

Per il signor Ugo lo scopo primario diventò guarire per godere di ogni minuto della sua vita e poter assaporare tutto, anche la più piccola briciola di universo.

La volta successiva tornò in reparto trasformato: regalò alle infermiere una pianta di fiori rossi da mettere sul bancone della reception, fece coraggio alle persone un po' spaurite che arrivavano lì per la prima volta, infilò sulla punta del naso una pallina di plastica



rossa per strappare un sorriso ai piccoli pazienti. Si prese perfino una sgridata da un medico perché in sala d'aspetto faceva troppa confusione, la gente invece di bisbigliare rideva e parlava con lui a voce alta, come fossero nel salotto di casa propria.

La moglie, nonostante fosse preoccupata per la salute del marito, si sentiva stranamente felice. Non ricordava di quanto fosse buffo il suo uomo quando sbadigliava, con la bocca che sembrava rovesciarglisi sul viso o come stirava le labbra carnose quando rideva di gusto.

Adesso lo poteva baciare liberamente e facendolo, invece che lunghi peli, le rimaneva in bocca il suo buon sapore di liquirizia che altrimenti avrebbe rischiato di dimenticare. Quanto le piaceva!

I due si scoprirono di nuovo innamorati,



come tanti anni prima, quando Uga portava le gonne corte e una testa piena di riccioli da permanente e Ugo era un pivevillo imberbe ancora brufoloso.

Dopo alcuni mesi la cura finì, il signor Ugo cominciò a riprendere le forze, i capelli e la peluria pian piano ricomparvero e, senza alcun rimpianto, prese la decisione di non farsi più crescere i baffi.

Ogni mattina, di fronte a un nuovo giorno, il suo sorriso si accendeva, voleva a mostrarlo a tutti, ai musoni, agli scontenti, a chi si lamentava sempre come un disco rotto.

Questo è quello che raccontava in giro a chi glielo domandava.

Detto tra noi, il signor Ugo aveva preso gusto a baciare la sua dolcissima Uga e, in questa sua nuova vita, voleva continuare a farlo ancora e ancora, per il resto dei suoi giorni.

Tirare con l'arco

Simona Guerrieri



33

Mi chiamo Simona Guerrieri e sono un'arciere di tiro con l'arco di campagna della compagnia 09 FRED di Firenze.

Ho sempre pensato di aver condotto una vita divertente, piena di ritmo e colpi di scena, ma la mia vera avventura doveva ancora arrivare.

Tutto è iniziato quando nel 2009 mi hanno detto che avevo un tumore al seno, il mio primo pensiero, come sicuramente quello di molti altri è stato: «io? perché?». Sapevo che avevo due strade, subire o lottare.

Ho cercato il coraggio dentro di me perché sapevo che dovevo lottare, quel coraggio che abbiamo tutti e che dobbiamo usare ogni giorno... ma a volte succede che certi eventi lo spingono lontano e finisce sepolto profondamente dentro di noi, ed è allora che penso alla cosa che mi piaceva fare di più... al mio «PENSIERO FELICE» quello capace di far volare Peter Pan.

Un pensiero capace di guidarmi come una luce nell'oscurità: TIRARE CON L'ARCO.

È quello che ho pensato quando sono entrata in sala operatoria... io che tiravo con il mio arco. Il forte desiderio di tornare a farlo mi ha sempre sostenuto nella guarigione, come un'onda del mare ti spinge dolcemente ma con determinazione verso la riva.

Operata ad agosto, a settembre ho fatto la mia prima gara salendo sul podio, con un archino leggerissimo fatto apposta per me dal mio maestro arcaio, sì perché io tiro con l'arco storico un arco completamente in legno che viene fatto completamente a mano per il proprio arciere.

Con il forte sostegno di tutti i miei amici arcieri, della mia famiglia e con il coraggio che avevo attivato, ho desiderato un sogno che credevo impossibile! Perché un «PENSIERO FELICE» per sconfiggere l'oscurità deve essere coraggioso! E nel 2013 diventando CAMPIONESSA ITALIANA ho cambiato il veleno in medicina, ho vinto su tutti i pensieri negativi, sulla paura della morte e ho capito che meritavo una vita gioiosa senza limiti.

Ad oggi sono arrivata 3° al primo Campionato Europeo Medievale.

Tre volte Campionessa Toscana Fiarc.

Due volte Campionessa Italiana Fiarc.

Ultimamente ho ricevuto un importante premio per meriti sportivi in memoria di un arciere che ha combattuto contro il tumore con coraggio e il sorriso sulle labbra e ne sono doppiamente onorata.

Ringrazio il Servizio Sanitario che mi ha salvato la vita e che accoglie ogni giorno come un dono.

Ringrazio tutta la mia compagnia 09 FRED e la mia passione che hanno salvato la mia mente e ringrazio voi per la possibilità di raccontare la mia storia che vuole essere un messaggio per tutte le donne:

Qualsiasi età o malattia possiate avere **NON ABANDONATE MAI I VOSTRI SOGNI!** Saranno loro la vostra benzina speciale che vi condurrà sempre verso una vita di valore.

Un bacio grandissimo.

Simona



I sapori della tradizione

Baccalà mantecato

Tiziana Centonze



Il baccalà è il merluzzo salato e stagionato, si può quindi conservare per lungo tempo. I principali paesi di pesca e produzione sono: Danimarca, Norvegia, Islanda e Canada, ma lo troviamo anche nel mar Mediterraneo.

La conservazione mediante salagione si deve attribuire ai pescatori baschi che, seguendo i branchi di balene fino al Mare del Nord, si imbarcarono in enormi banchi di merluzzi e adottarono lo stesso procedimento usato per la carne di balena.

Lo stoccafisso è sempre merluzzo, ma conservato mediante essiccazione.

Per essere utilizzati, entrambi hanno bisogno di una lunga immersione in acqua fredda che provvede ad eliminare il sale per il baccalà, a restituire ai tessuti l'originale consistenza per lo stoccafisso.

Il baccalà è un alimento povero di grassi ma con ricchi contenuti proteici, vitaminici e sali minerali. I suoi pochi grassi sono omega 3. È il pesce magro per eccellenza. Ricco di Arginina che stimola la vasodilatazione aumentando l'apporto di sangue ai tessuti.

L'Italia è il secondo paese al mondo consumatore dopo il Portogallo.

Nel Triveneto, dove è molto diffuso, il termine baccalà identifica lo stoccafisso.



Ingredienti per 6 persone

500 g di baccalà
100 g di latte
100 g di olio d'oliva
1 spicchio d'aglio
Prezzemolo

Esecuzione

Immergere il baccalà in una pentola d'acqua fredda con l'aggiunta del latte in modo che i pezzi rimangano completamente immersi e cuocere per circa 30 minuti. Schiumare durante la cottura. Scolare e pulire. Frullare con l'olio a filo e l'aglio tritato. Servire su crostini di pane abbrustolito o polenta con una spolverata di prezzemolo tritato. Può così diventare un ottimo e sano piatto unico.

Vino

Si consiglia un Pinot Bianco DOC dei Colli Euganei, giallo paglierino, sapore morbido, profumo elegante con note di frutta esotica, gradazione 13%, servire a 10°C.

Sguardi dall'America Latina

Olimpia Ronga



Ci sono posti che rimangono nel cuore, l'America Latina è uno di questi.

Gli spazi infiniti della Patagonia argentina, la ruta 40 che corre dritta e inghiotte chilometri e chilometri di praterie sconfinite, qualche gaucho a cavallo interrompe la monotonia, i guanachi corrono in branco.

Le cime del Cerro Torre e del Fitz Roy si stagliano all'orizzonte e si avvicinano sempre di più fino a diventare la cornice del Chalten, il piccolo paese degli scalatori estremi.

Dal Perito Moreno enormi blocchi di ghiaccio si staccano silenziosamente e precipitano in acqua, ma nulla sembra cambiare nel ghiacciaio che avanza bianchissimo tra i monti e le foreste verdi.

Le torri del Paine in Cile si tingono di rosso al tramonto, come infuocate prima che scenda la notte e nel cielo tempestato da miliardi di stelle vivissime appaia la Croce del Sud e la lunga striscia della Via Lattea.

Ogni luogo visitato risuona di echi lontani, i naufragi nello stretto di Magellano hanno lasciato relitti arrugginiti e spettrali, scheletri di navi corrose dal mare.

La foresta pietrificata parla di animali e piante ormai fossilizzate che una volta erano vive, come è vivo il puma che ha lasciato le sue orme sul terreno.



Mani sulle pareti di roccia si rincorrono, centinaia di mani, impronte di uomini e donne vissuti migliaia di anni fa, le mani bianche, rosse oca di las Cuevas de Manos fermano il tempo.

Ushuaia. Il canale di Beagle con i suoi pinguini e leoni marini è ancora lì dalla notte dei tempi, il mondo alla fine del mondo è di una bellezza struggente.

Dall'estremo sud dell'America al centro.

La cordigliera imbiancata di neve appare e scompare, nei villaggi coloniali i pochi edifici bianchi sono circondati da basse case di fango rossiccio e nelle chiese le statue della vergine e dei santi sono vestite di abiti colorati e sembrano bambole a grandezza naturale.

Gli alpaca pascolano sui verdi altopiani, le donne, sempre con il cappello in testa, trasportano sulle spalle i loro carichi avvolti nelle grandi pezze colorate che sono i loro zaini, i condor si lasciano trasportare dalle correnti nel cielo sfilacciato di nuvole bianche.

I verdi terrazzamenti degli Incas salgono ripidi fino alla vetta delle montagne.

Machu Picchu. Le mura ciclopiche, le terrazze, i templi narrano la vita quotidiana, i riti, le feste del popolo inca. Frotte di turisti si aggirano nella città silenziosa e morta, qualche lama bruca l'erba. L'assenza è struggente. La città deserta racconta la sconfitta.



Le acque del lago Titicaca sono limpide, le nuvole si riflettono nel piccolo mare increspato dal vento. Gli Uros trasportano i turisti sulle barche di totora, le isole galleggianti, anch'esse costruite con la totora sono piccolissime, poche capanna, sempre di totora, ospitano le famiglie che ancora vivono qui. La totora, il giunco gigante che cresce sulle sponde del lago, è la fonte di vita degli Uros.

Magico Perù avvolto nel silenzio dove tutto sembra rimasto immobile nel tempo.

Al largo, molto al largo dall'Equador appaiono le Isole Incantate, le Galapagos.



Terre vulcaniche, ora desertiche, ora lussureggianti. Rocce e cactus, fiori tropicali e acque cristalline.

Le iguane nere scorrazzano sulle spiagge, indifferenti ai turisti, tartarughe di tutte le dimensioni, appena nate, giovani e vecchie affollano il centro Charles Darwin, i leoni marini si riposano in gruppo sdraiati sulla sabbia.

Il tempo si è fermato, le iguane, i leoni marini, le sule, le grandi tartarughe, gli squali, le mangrovie che entrano nell'acqua sono ancora qui, Darwin le ha osservate, noi le guardiamo ora, stupefatti dalla bellezza della vita che perpetua se stessa.



L'arrivo del Servizio Civile Regionale in Senologia



Da marzo 2015 è attivo un nuovo servizio fornito presso il reparto di Senologia da noi quattro volontarie del Servizio Civile: Francesca, Giovanna, Marina e Nicoletta. Il progetto che ha permesso di inserirci all'interno del Centro Senologico è stato supportato dall'Associazione Senologica Internazionale (ASI). Il nome «Tra i fiori mai da sola» si ispira al fatto che ai pazienti, prima di effettuare una prestazione sanitaria, viene consegnato un cartellino con il nome di un fiore. Offriamo il nostro aiuto ai malati ed ai familiari del reparto di Senologia occupandoci dell'accoglienza, fornendo informazioni riguardo al funzionamento e all'organizzazione del reparto, oppure accompagnando i pazienti ad effettuare la visita. Siamo di supporto al personale infermieristi-



co ed agli operatori sanitari nei momenti di maggiore richiesta, fornendo un ulteriore aiuto nella gestione del servizio telefonico del reparto, della sala d'attesa, nella somministrazione dei questionari per i nuovi pazienti ed offrendo il nostro supporto anche per la modulistica. Ci siamo inoltre impegnate ad allestire un angolo dedicato alla lettura nella sala d'attesa, con la collaborazione dell'ASI, la Biblioteca Comunale di Calci ed alcune infermiere della corsia del reparto di Senologia.

Abbiamo pensato di proporre alla redazione di «Sassi e Piume» la recensione di un libro scritto da Federico Guerri, un pisano d'adozione che quest'anno è stato candidato al Premio Strega.

**Francesca, Giovanna,
Marina e Nicoletta**

Letto per voi

24:00:00. Una commedia romantica sulla fine del mondo

Francesca Catelli



Avete presente il cambio di paradigma? Si ha quando una realtà come la conoscevamo finisce e si stravolge in seguito ad un evento. È un cambio del modello a cui prima si faceva riferimento. A tutti è successo, è infatti comune in più situazioni: quando si cambia città dove si vive, un amore grande che finisce, quando ci si innamora, quando da donna si diventa madre, quando si perde il lavoro, una malattia da affrontare... Esistono anche cambi di paradigma che riguardano la storia dell'uomo: la scoperta dell'America, l'invenzione della lampadina, la teoria della relatività ecc...

Non tutti lo affrontiamo allo stesso modo: a volte non ci aspettiamo questo cambiamento e ci troviamo immersi improvvisamente in una realtà del tutto nuova che inizialmente ci destabilizza completamente. In altre situazioni può capitare che qualcuno senta il bisogno di un cambio di paradigma, di mettersi alla prova e scoprire se stesso a prescindere dal contesto che sta vivendo e dalle regole che lo caratterizzano, come ad esempio decidere di partire per un lungo viaggio per un paese esotico. Sicuramente in ogni caso si ha un risveglio di energie nuove, il mondo cambia e cambiamo anche noi. A volte si arriva a fare cose che

non avremmo mai immaginato di fare, viene alla luce una nuova faccia della persona inaspettata e vitale.

Federico Guerri, un «teatrante» con una mente particolarmente viva, scattante, così estroso e geniale da apparire a tratti folle, ha scritto un libro che racconta di un gigantesco cambio di paradigma: la fine del mondo. Il titolo è «24:00:00 una commedia romantica sulla fine del mondo», proprio come il conto alla rovescia che spunta all'improvviso nel cielo. Federico Guerri è uno di quegli autori che non assomiglia a nessuno, ed ha deciso di pubblicare questo libro con «Il Foglio» di Piombino, la stessa piccola casa editrice indipendente con la quale ha pubblicato il suo altro ed unico libro «Questa sono io». Una delle copie di «24:00:00» al momento dell'uscita è stata letta da Wilson Saba (candidato allo Strega nel 2006) ed un'altra da Simonetta Bartolini (consigliera di amministrazione della Fondazione Bellonci, Giurato del Premio Strega). Entrambi hanno segnalato il romanzo di Guerri, conferendogli la candidatura al Premio Strega di quest'anno.

Federico è nato a Piombino nel 1976, ed è un pisano d'adozione. Autore di testi teatrali, attore, insegnante collabora col Teatro Verdi al progetto Fare Teatro. È uno dei fondatori di ADA (Arsenale Delle Apparizioni), associazione attiva a Pisa da otto anni con la quale si occupa soprattutto di improvvisazione teatrale. Scrive inoltre testi per compagnie teatrali o singoli attori che hanno bisogno di sviluppare la loro idea.

La storia di «24:00:00» dura solo 24 ore, è una sola ma in realtà sono anche undici storie ambientate in sette angoli diversi del pianeta, il cui punto più lontano è a 22 ore di aereo o alla distanza di un clic se si ha la connessione internet. Una ad esempio è quella di Morgan, scrittore deluso sull'orlo del suicidio, e di Martina la sua nuova amica. Molly invece ha sedici anni ed una particolare passione per i santi, infatti porta sempre con sé un quaderno pieno di loro foto. Ming passa dodici ore al giorno senza luce a giocare insieme ad altri venti ragazzini ai videogiochi, un personaggio definito nel libro «proletario del fantasy e operaio dell'immaginario». Madhu invece ha vent'anni ma ne dimostra dieci, è molto malato a causa di un disastro ecologico avvenuto in una fabbrica nel luogo in cui è nato. Melissa invece cerca in internet un padre al proprio figlio...

Ho trovato molto affascinante la storia di Magnus Dahl, un uomo che aveva passato l'intera vita a leggere libri, ed era giunto alla consapevolezza che ogni evento raccontato in ciascun libro era legato a quello di un altro, così come i luoghi e i personaggi.

«...La ragazza ansiosa, con il biglietto del treno in mano, che non arriverà mai a destinazione perché Anna Karenina ci si butterà prima sotto.

I dannati con cui Dante non si ferma a parlare...

Il mito gli aveva insegnato che tutte le storie sono collegate. I greci lo sapevano. Un personaggio poteva apparire in un mito e spuntare, come personaggio minore, in mille altri...»

Magnus è un personaggio con due aspetti molto importanti in comune con l'autore stesso: la passione per la coerenza della narrazione e per i personaggi minori. Sono due caratteristiche che emergeranno sempre di più nel corso dell'intero libro di «24:00:00», ma allo stesso tempo caratterizzeranno in modo particolare la storia ed il personaggio di Magnus. Sia lo scrittore, come confessa in un'intervista rilasciata ad un quotidiano locale, che il personaggio da lui creato hanno sviluppato questa particolare passione a causa della forte analogia che hanno riscontrato tra la mitologia greca e il mondo dei fumetti: le vicende raccontate nei vari episodi sono sempre coerenti fra loro e si influenzano a vicenda ed i personaggi che sono secondari in un racconto potrebbero essere i protagonisti in un altro. Nonostante che il personaggio introverso di Magnus sia molto diverso dall'eccentrico e vitale Guerri, entrambi presentano questo aspetto comune, un po' come se l'autore per scrivere questa storia in particolare avesse ampliato e portato all'estremo un aspetto di se stesso.

Federico Guerri riesce a descrivere l'intimo di tutti i personaggi riuscendo a coinvolgere pienamente il lettore. Di fronte ad un forte cambio di paradigma molti di noi farebbero qualcosa di inaspettato, ed è proprio per tale motivo che questo romanzo non solo risulta avvincente ma riesce a coinvolgere fino nel profondo il lettore, che cerca di scoprire e seguire come quel dato personaggio cambierà attraverso un meccanismo di intrecci che si snoda e si attorciglia non lasciando alcun elemento, ma riprendendolo in un secondo momento e sviluppandolo di nuovo. Gioca sul fascino del cambio di paradigma che tutti noi a volte nella vita abbiamo un po' cercato oppure ci è capitato. Il lettore non può che seguire Guerri in questa storia con l'ansia di ritrovare un po' del suo «nudo» in uno di questi personaggi. Quella stessa «nudità» che solo un cambio di paradigma ti può far trovare.

Così leggiamo nel libro:

«E ognuno aveva un conto alla rovescia sopra alla testa.
È arrivata la fine del mondo e non ho mai detto ti amo.
Non sono mai stato sveglio tutta la notte.
Non ho mai volato in deltaplano.
Non ho mai dato un bacio senza pensarci prima.
Non ho mai avuto un cane, un gatto, un ermellino».

Humor e dramma vanno a braccetto e fanno sentire il lettore piacevolmente «ballottato».

Un caldo pomeriggio di luglio Federico Guerri ha accettato di farci visita presso la sede dell'ASI al Santa Chiara. Abbiamo fatto una bella chiaccherata che ci ha permesso di sapere più cose riguardo al suo lavoro, alla sua vita in generale ed al libro.

Quello che mi ha colpita molto è l'idea di sfruttare come tema centrale del racconto il cambiamento di paradigma. Come hai deciso di affrontare proprio questo tema?»

F.G. - Sì, è il momento in cui crollano le certezze precedenti e si è costretti a cambiare il proprio punto di vista; nuove regole ti costringono ad impostare il gioco in modo diverso. Proprio come accade con le scacchiere in cui puoi giocare sia a scacchi che a filetto: è possibile trovarsi ad un certo punto in cui esattamente con le stesse pedine e lo stesso campo da gioco (quindi con gli stessi elementi che avevi in precedenza), devi reinventarti per poterti attenere a regole nuove.

L'idea di scrivere un libro che avesse come tema principale questo argomento è nata dal confronto con una ragazza di un laboratorio teatrale che conduco. Non sapevo bene di che cosa si trattasse, ed allora mi sono informato a riguardo ed mi sono entusiasmato tantissimo.

Possono esserci mutamenti di paradigma a tutti i livelli: Colombo fa la sua scoperta e allora tutti dobbiamo attenerci alla nuova idea che la terra è tonda; Einstein scopre la relatività e si capisce che il cambiamento di una singola informazione può cambiare il senso di tutto un'intero argomento. Possono esserci cambiamenti di paradigma anche a livello professionale o personale, come la diagnosi di una malattia, un innamoramento, una nascita...

Nel libro c'è questo cambiamento di paradigma, infatti nel cielo ad un certo punto spunta un conto alla rovescia, con scritto «24.00.00», uguale in ogni parte del mondo. Questo evento spinge prima di tutto a chiedersi che cosa stia succedendo, chi ce l'ha messo e poi in che direzione stia andando. Inoltre fa riflettere sul fatto di avere a disposizione solo 24 ore, senza sapere che cosa accadrà dopo.

I personaggi si trovano tutti in un momento «cambia-vita»: un esempio tra i tanti è quello di uno scrittore in crisi d'ispirazione e perciò depresso, che si sta per suicidare e che proprio nel momento in cui sta per compiere questo atto estremo, legge la scritta nel cielo. Questa visione lo fa fermare improvvisamente, ed iniziare a riflettere.

Ho trovato particolarmente gustoso scrivere una storia che dura solo 24 ore, nella quale tutti i personaggi devono scendere a patti con una serie di questioni: ciascuno di loro ha infatti un arco temporale a disposizione e questo fa sì che sia caratterizzato in un modo all'inizio del libro e cambi completamente alla fine. Dar loro solo 24 ore era proprio come «mettere un pectardo nel sedere» ai personaggi, per fare in modo che tutto questo cambiamento avvenisse più velocemente.

Anche dopo una diagnosi di

malattia le persone si trovano a dover affrontare i cambiamenti che questa comporta, alcuni non li accettano sin da subito e rifiutano la malattia, qualcun altro invece può ritrovarsi a scoprire cose nuove su di sé e sul suo modo di affrontare le situazioni più difficili.

La prima cosa che accade nel libro, la comparsa del timer, sembra segnare l'annuncio della fine del mondo, ma non è detto che lo sia. Una importante novità spesso ci sembra apparire come la fine del mondo, ma non sempre è così. Noi «viviamo di fini del mondo», o almeno io personalmente ne ho vissute un sacco. Ho più volte vissuto momenti e situazioni in cui, per un dato momento, mi è capitato di pensare che dopo non ci sarebbe stato più niente.

Invece è possibile che dopo la crisi momentanea accadano cose che sorprendono, anche in modo estremamente positivo. È fondamentale riuscire sempre a prendere la giusta distanza dall'evento, in modo da poter rivedere il concetto di fine del mondo e ridimensionare l'accaduto; di fronte ad un evento che ti chiude delle porte a volte basta voltarsi per vederne delle altre.

Leggendo il libro ho trovato molto curioso il personaggio di Magnus che, tra l'altro, mi è parso per alcuni aspetti molto simile a te, è come se tu avessi portato all'esasperazione una parte di te stesso o un aspetto del tuo carattere. Tutti e due avete la passione per la coerenza della narrazione e per i personaggi minori ed è un aspetto che è applicabile sia alla storia di questo personaggio che all'intero libro.

Infatti è il personaggio che fa da cornice. Magnus inizia con una specie di hobby, inizia a chiedersi, ad esempio, come fa il principe azzurro a sposare tutte le principesse e se si tratta sempre dello stesso, o cosa accade al cacciatore che in «Cappuccetto rosso» uccide il lupo. È come se sentisse il bisogno di una completezza nelle storie. Poi inizia a costruire una sua narrazione e cerca dei collegamenti tra tutti i romanzi. Ad esempio in Sherlock Holmes un uomo attraversa la strada, e paradossalmente è lo stesso che appare in Orgoglio e Pregiudizio...

Così Magnus inizia a fare una macromappa di tutte le storie umane ed a narrare le vicende dei personaggi minori, che in un certo senso finiscono per non esistere più come tali divenendo ognuno protagonista. Infatti, cambiando il punto di vista, quel personaggio che appare come secondario in una storia potrebbe

apparire come protagonista in un'altra, ed è così che tutti sono egualmente importanti. Ogni «uscita» da una storia è un'«entrata» da un'altra parte.

L'intero libro infatti ha undici personaggi, ognuno dei quali nel proprio capitolo è protagonista, ma appare come personaggio secondario anche in un'altro.



Andiamo al cinema

Liana Martinelli

Taxi Teheran

Film di Jafar Panahi, Orso d'oro al Festival di Berlino 2015

Durata 82 minuti



Il regista del film è iraniano, oppositore del regime, arrestato, poi rilasciato, ma col divieto di girare liberamente film, dare interviste, uscire dal suo paese. Il film è stato girato di nascosto attraverso l'uso di telecamere piazzate sul cruscotto. Jafar Panahi è anche interprete della pellicola, è il guidatore del taxi che percorre strade di Teheran in tutto simili a strade di città europee se non fosse per le donne velate, le scritte sull'asfalto e sulle insegne dei negozi.

Passaggeri diversi anche per estrazione sociale salgono e scendono dal taxi e a poco a poco veniamo a conoscere dalle loro conversazioni aspetti della realtà iraniana, pensieri e preoccupazioni della gente comune. Sale il borsaiolo che considera giusta la pena della sharia, anzi, vorrebbe inasprirla, contraddetto dalla giovane maestra che esprime ed argomenta la sua opposizione all'eccesso delle pene, in particolare alla pena di morte.

Un uomo ferito viene raccolto e portato all'ospedale insieme alla giovane moglie. Ascoltiamo il testamento che l'uomo vuole a tutti i costi registrare sul cellulare del tassista. Impariamo così che il testamento a favore della moglie è l'unico modo perché la donna possa conservare la casa. Salgono due anziane signore un po' bizzarre che portano un pesce rosso in una vaschetta, convinte di morire se non lo butteranno in una fontana sacra entro mezzogiorno. Un intermezzo comico. Panahi rimane imperturbabile, paziente, sereno, non c'è alcuna derisione nel suo sguardo, anche la superstizione è un aspetto dell'umanità.

Vediamo che Panahi va a prendere la nipote Hana che lo aspettava all'uscita della scuola. Hana è una bimba simpatica, intelligente ed assistiamo ad un vivace dialogo, a tratti divertente, tra lei e lo zio. La bimba deve fare per la scuola un filmino che rappresenti la realtà seguendo le ben precise regole che permettono ai filmati di essere distribuibili e che la maestra ha

dettate: le cose brutte non vanno filmate, i nomi dei personaggi devono essere quelli dei santi imam, gli uomini non devono indossare la cravatta e le donne devono portare sempre il velo. Ma scoprirà subito che la realtà non è proprio così.

C'è l'incontro con un vecchio amico, preso dal dubbio se denunciare un conoscente di un furto commesso per necessità, perché la punizione finirebbe per rovinare la vita all'uomo e alla sua famiglia. C'è il contrabbandiere di film stranieri, un piccolo trafficante che riconosce il regista e approfitta della situazione per incrementare il suo commercio clandestino. Sale infine l'avvocata per i diritti umani e impariamo che una ragazza può essere imprigionata soltanto per aver voluto vedere una partita di pallavolo.

Questo è un film diverso da quelli che siamo abituati a vedere, si sviluppa con lentezza, ma non annoia, non ha una storia da raccontare, ma è una denuncia non gridata dei diritti e delle libertà negate. Quello che mi è piaciuto è stato soprattutto lo sguardo pacato, a volte ironico, sulla vita quotidiana di un paese che pare così lontano da noi per usi e costumi, sulla gente comune, che scopriamo alla fine così vicina a noi, così simile a noi nei sentimenti, nei difetti, nelle debolezze. Cosa impedisce di intendersi?

Voglio concludere col commento di Darren Aro-nofsky, Presidente della giuria del Festival di Berlino 2015: «Le restrizioni sono spesso fonte d'ispirazione per un autore poiché gli permettono di superare se stesso. Ma a volte le restrizioni possono essere talmente soffocanti da distruggere un progetto e spesso

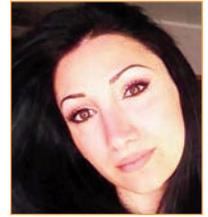
annientano l'anima dell'artista. Invece di lasciarsi distruggere la mente e lo spirito e di lasciarsi andare, invece di lasciarsi pervadere dalla collera e dalla frustrazione, Jafar Panahi ha scritto una lettera d'amore al cinema. Il suo film è colmo d'amore per la sua arte, la sua comunità, il suo paese e il suo pubblico...».





... 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.

Attraverso la consapevolezza di ciò che siamo comprenderemo anche ciò che valiamo per noi, per i nostri compagni e per le nostre famiglie.

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

In questo numero Gohar dà suggerimenti per le unghie deboli, per le mani e per il viso in modo che possa riacquistare la sua naturale freschezza e il suo aspetto sano.

Una soluzione per le unghie deboli

Prendete un cucchiaino di sale marino, aggiungete una goccia di mirra, limone e pepe, infine un po' d'acqua. Con questa soluzione strofinate e massaggiare le dita. Il procedimento può essere ripetuto 2-3 volte a settimana.

Una ricetta per avere mani morbide

Prendete 2-3 cucchiaini di olio d'oliva, 2-3 cucchiaini di zucchero e aggiungete una goccia di olio essenziale.

Strofinare o massaggiare le mani per qualche minuto. Quindi lavatele bene con acqua. Questo veloce procedimento può essere fatto ogni giorno per mantenere le mani morbide.

L'olio d'oliva ha proprietà anti-ossidanti naturali. Protegge la pelle dai danni e la idrata. Con l'aggiunta di zucchero diventa un esfoliante naturale che aiuta ad eliminare le cellule morte. Questa miscela può essere utilizzata in qualsiasi parte del corpo.



Maschera per il viso

Questa maschera si prepara facilmente e può contribuire a migliorare la pelle secca e con problemi di acne. Utilizzando regolarmente questa maschera la pelle sarà morbida, le rughe e le irritazioni scompariranno.

Servono 2 cucchiaini di farina d'avena, 1 cucchiaino di fiori di camomilla, 100-150 ml di acqua o latte bollenti.

Mescolate la farina d'avena coi fiori di camomilla, aggiungete acqua o latte bollenti. Lasciate riposare per qualche minuto il composto viscoso così ottenuto. Quando è ancora caldo, applicatene uno spesso strato sul viso ben pulito. Dopo 15 minuti risciacquate con acqua tiepida. Un eventuale arrossamento iniziale passerà dopo pochi minuti e la pelle diventerà sana, liscia, morbida ed elastica.

Make a change

Simone Testai



Balletto della scuola «Arabesque» di Pisa



Il dono di Paola Valori

42

L'associazione ha sempre ritenuto necessario prevedere, tra le altre attività, la realizzazione di eventi che coinvolgano l'opinione pubblica su una patologia tanto diffusa e tanto pesante come il cancro al seno, nella convinzione che il percorso che una donna affetta da questa patologia deve compiere si possa e si debba rendere meno pesante e più sicuro.

È cosa nota che la sensibilità, la beneficenza, la capacità professionale, la buona volontà, unite in un unico intento riescono a creare una sinergia in grado di introdurre nei reparti interessati sempre nuovi mezzi, sussidi, corsi specialistici e quant'altro la scienza e l'esperienza ritengano utile.

Sensibilizzare l'opinione pubblica a finanziare i progetti delle associazioni di volontariato non è un compito facile, ma quando l'ASI si è rivolta alle

aziende toscane queste hanno risposto subito con grande entusiasmo.

È nata così nell'antica fornace di Montelupo la bellissima serata evento del 12 settembre 2015, che ha permesso all'Associazione senologica internazionale di raccogliere i fondi per dotare il reparto di senologia di Pisa di un nuovo utile presidio diagnostico.

È quindi con grande piacere che l'associazione ringrazia tutte le aziende che sono intervenute, dimostrando con la loro presenza che coloro che producono moda sanno vedere la donna non solo come fruitrice ma come persona, come essere umano a cui, in un momento di difficoltà, offrire un aiuto per rendere meno duro il cammino verso una guarigione che deve divenire certezza per un numero sempre maggiore di pazienti.



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 questa lettera di Mirella. Pensiamo possa essere uno stimolo a lottare per riprendersi la propria vita.

Raccontare la propria esperienza in poche righe non è cosa semplice. E quindi no, non lo farò. Non in modo classico perlomeno. Se mi legge una professoressa di italiano, dirà che uso la punteggiatura in maniera scorretta, e non solo, ma dovrà rassegnarsi a queste mie «licenze» perché questa è la mia lettera speciale e la voglio scrivere in «specialese»!

Difficile trovare le parole giuste per cominciare! Allora provo a casaccio e rompo gli indugi. Comincio da uno di quei tanti momenti che sembrano insignificanti, come quando sali al fatidico 1° piano, dov'è il Reparto, perché hai un appuntamento col tuo specialista. Hai tra le mani il cartoncino con su scritto il nome di un fiore, che ti identifica, devi restare anonima. Tu in quel momento sei quel Fiore. E vedi tanti fiori intorno a te, fiori che si ritrovano e chiacchierano, che si girano attorno in cerca di informazioni, fiori seduti che si soffermano sulle punte delle proprie scarpe. Cerchi di carpire i pensieri dai loro occhi, il loro «stadio» di salute. E trovi di tutto: occhi sorridenti, occhi pensierosi, occhi calmi, che sviano lo sguardo, occhi in attesa... Ed eccoci qua, ognuna con la propria storia assolutamente unica e speciale. Storie brevi che a volte si confrontano un momento prima di entrare in ambulatorio, sotto occhi che si scrutano, orecchie in cerca di risposte per sé. Incontri donne spaurite, incredule, come me, quando pensavo che questa cosa non mi appartenesse, all'inizio; ma anche donne grintose che si sono raccontate senza remore, al contrario di altre, come me, vittime di un certo «pudore». Donne così ti infondono forza: sai che non sei l'Unica e questo, vuoi o non vuoi, consola sempre.

Scrivo allora queste poche righe per te, Amica incredula, per te, Amica piena di paure, per te, Amica piena di speranze, mi rivolgo a te che sei, come me, una Combattente!!! Per dirti, se non te ne sei ancora accorta, che la tua storia è speciale, veramente speciale! E non solo perché senti che la tua vita è in pericolo, ma perché è la storia di un «male» che già da subito ti porta del «bene». Ma non lo puoi capire immediatamente. Lo comprendi strada facendo.

L'inizio di tutto è già speciale. E non è poco. La tua accoglienza in questo reparto è fatta della stessa delicatezza dei fiori che ti danno. I medici qui hanno sorrisi che ti avvolgono e ti fanno sentire protetta. Hanno gesti che ti scaldano il cuore come nessun altro riesce a fare. Ti conducono per mano, come la mamma col suo bimbo, e ti coccolano in questo grande prato speciale della vita. La prima volta che ho preso il «fiore» non ho avuto dubbi che fosse perché mi sentissi tale.

E poi lo sai perché è così speciale? Perché questo «male» piomba nella tua vita come un Uragano che sconfigge tutto. Sì, è speciale anche per questo!!! Si rivoluzionano tutti, ma proprio tutti, gli Equilibri! Piangi, protesti, litighi, ti agiti, persino te la prendi con Dio o con chi per Lui. E mentre continua a tremare la terra sotto i tuoi piedi, ti rendi conto che la realtà intorno a te nel frattempo si è scarnificata: non ci sei rimasta che TE e il Valore che dai alla tua Vita. Nasce un nuovo dialogo. Tra te e lui. La Combattente e il suo Valore. È un dialogo, a volte un duello. Ed è qui la cosa bella, la cosa meravigliosa, il vero miracolo di tutto!! Questo è il tuo momento, il più intimo che ti possa capitare, perché ti fai mille domande. Stai mettendo in atto ricerche importantissime per le tue risposte. Stai creando un mondo nuovo. Il tuo.

Anche gli altri intorno a te sono come satelliti di questo «mondo»: chi si astiene e si dilegua, chi non c'avresti scommesso un centesimo e invece è lì presente e non ti molla un attimo, chi addirittura tira fuori risorse personali di cui mai avresti sospettato e fa cose incredibili per te. Se non è questa una cosa meravigliosa?! E poi il tempo che ha rallentato la sua corsa. C'è finalmente anche il tempo di una tisana e due chiacchiere, di quelle saporose, con i tuoi cari. La Combattente, il suo Valore e i loro Familiari. Questo è veramente speciale.

Un abbraccio a te che cominci, a te che continui, a te che ricordi!

Un'altra Combattente

Mirella

*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



Un ringraziamento a tutti coloro
che hanno partecipato e contribuito
al successo di questo evento:

Con il patrocinio di



CALZATURIFICIO FALCO
di Benito Bonocelli & C. s.a.s.



PELLEMODA



LA PERLA

Calzaturificio
O&C



Sorgente Naturale di Benessere



TACCHIFICIO PIENE



35039 ZAMBALÀ - Comune Quarrata (PT) Italy
Z.I. - Via delle Repubblica, snc - Tel. e Fax 0571 366649
R&A s.r.l. - 051416 - Web Site: 112511000000000
C.F. e Part. IVA: 02174800489 - Cap. Soc. L. 1 € 100.000.000
e-mail: inform@mbromaitalia.it



35039 ZAMBALÀ - Comune Quarrata (PT) Italy
Z.I. - Via delle Repubblica, snc - Tel. e Fax 0571 366649
R&A s.r.l. - 051416 - Web Site: 112511000000000
C.F. e Part. IVA: 02174800489 - Cap. Soc. L. 1 € 100.000.000
e-mail: inform@mbromaitalia.it



Poliworld



Paola
Valori

Organizzazione:



< LUCA BRUSCHI >
AVERE IL CONTROLLO DELLA LUCE NON HA PREZZO



BUGGIANI
DOMENICO & C. snc

ADEMARO FRUTTA
Empoli

MAKE a
CHANGE
SABATO 12 SETTEMBRE 2015

Partners tecnici: