



Sassi e piume

Rivista di informazione senologica

n. 4/2017

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 2017

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

Sommario

- 3 Editoriale (*Edna Maria Ghobert*)
- 4 Il carcinoma della mammella nella paziente anziana (*Manuela Roncella*)
- 6 Focus on: in che direzione sta andando la chirurgia dell'ascella? (*Matteo Ghilli*)
- 10 Quando e come viene scoperto il tumore mammario: screening e nuove tecnologie (*Maria Cristina Cossu*)

La donna anziana è trattata come quella giovane?
- 12 Risponde il Chirurgo (*Marzia Lo Russo*)
- 14 Risponde il radioterapista (*Stefano Spagnesi*)
- 17 Rispondono gli oncologi: la chemioterapia (*Claudia De Angelis, Ilaria Ferrarini, Ilaria Bertolini, Lucrezia Diodati, Andrea Fontana*)
- 19 L'aspettativa di vita influenza le terapie ormonali del carcinoma della mammella? (*Andrea Michelotti*)
- 20 Terapia ormonale sostitutiva in menopausa e neoplasie: tra miti e realtà (*Barbara Del Bravo*)
- 24 Prevenzione e trattamento dell'osteoporosi indotta dagli inibitori dell'aromatasi (*Ombretta Di Munno*)
- 27 Alimentazione legata all'età e alle cure (*Patrizia Bertoncini*)
- 30 Speranza e qualità della vita nell'Italia che invecchia (*Giacomo Bini, Fabio Monzani*)
- 32 Nordic Walking nel recupero dal trattamento del carcinoma mammario: why not? (*Andrea Di Blasio, Teresa Morano*)
- 36 Osteoporosi e Bones for life* (*Debora De Nuccio*)
- 38 L'età rende meno dolorosa la diagnosi di cancro? (*Valeria Camilleri*)
- 40 Consulenza legale in reparto: ora l'assistenza alle pazienti è completa (*Ilaria Fiori*)
- 42 Il coraggio di testimoniare la propria esperienza. Comunque vada, andrà bene (*Daria Faucci*)
- 43 Letto per voi. Tantestorie. Recensione di Gipi, *Unastoria* (Coconino Press) (a cura di *Federico Guerri*)
- 44 Nostalgia di San Pietroburgo (*Maria Giovanna Guarguaglini*)
- 47 I racconti dei fiori. Cronache da un laboratorio di scrittura creativa e teatro a Senologia
- 48 Primo incontro di Arte terapia (*Maria Grazia Guiso*)
- 49 Andiamo al cinema (*Olimpia Ronga*)
- 50 I sapori della tradizione. Sgombro e cecina (*Tiziana Centonze*)
- 51 ... comunque belle (*Gohar Sargsyan*)
- 52 <http://la vostra posta>

In copertina:

Milena Moriani, olio su tela, 145 x 170 cm
www.milenamoriani.com

Vuoi unirti a noi?

Ecco i nostri riferimenti:

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

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

- rivolgersi direttamente in sede
- 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 Norvegia e alle isole Lofoten di Gabriella Marrucci e Olimpia Ronga:

Norvegia, arcobaleno sulla costa (p. 3); Lofoten, Svolvaer-Magic Ice Bar (p. 5); Norvegia, Hjelledalen, lago ghiacciato (p. 9); Lofoten, case di pescatori (p. 11); Norvegia, Alesund (p. 16); Norvegia, negozio a Stryn (p. 20); Norvegia, Bergen (p. 22); Lofoten, villaggio di pescatori (p. 26); Lofoten, essiccatoio di merluzzi (p. 29); Norvegia, Ramberg Reine, spiaggia bianca (p. 31); Lofoten, riflessi sull'acqua (p. 31); Norvegia, Capo Nord (p. 37); Norvegia, fiordo (p. 39); Norvegia, fiordo di Geirangen (p. 41); Norvegia, sole a mezzanotte (p. 43); Norvegia, tornanti verso Trollstigen (p. 44); Norvegia, lago verde (p. 48).



Editoriale

Edna Maria Ghobert

Presidente ASI



Cara lettrice, caro lettore, eccoci al quarto numero della nostra rivista che continua a rappresentare un valido supporto di informazione in grado di raggiungere anche chi, annientata dalla diagnosi, chiude le porte al mondo per vivere in solitudine il proprio dramma personale.

La nostra Associazione, ritenendo che l'isolamento della persona malata di cancro rappresenti una sconfitta sia sul piano umano che sociale, propone le proprie iniziative nel convincimento che una corretta informazione sulle possibilità di guarigione, la condivisione del problema e la proposta di esperienze coinvolgenti siano fonti indispensabili per stimolare la volontà di vivere.

Riprendersi la propria vita dovrebbe essere il motto di chiunque ritenga di aver perduto, a causa del tumore, il proprio ruolo di donna, la propria femminilità e buona parte della propria personalità.

Per arrivare all'obiettivo è quanto mai utile uscire dal proprio guscio, magari abbattendo caratteristiche di riservatezza o di pudore, iniziare a confrontarsi, condividere proposte, partecipare ad iniziative, fare... squadra, e le donne in questo sono bravissime.

Instancabili sostenitrici l'una dell'altra mettono in atto una solidarietà fatta di coraggio, di confidenze

schiette ed autentiche, ricorrendo a meccanismi sconosciuti che scattano e rendono persino possibile, perché insieme, sentirsi «come prima» magari attraverso una bella risata in compagnia.

Chi può aver voglia di ridere quando i nostri capelli sono caduti e gli occhi si ingrandiscono in un colorito verde pallido e smunto?

Eppure accade.

Davanti ad una tazzina di caffè, partecipando ad una lezione di arte terapia, di improvvisazione teatrale, di meditazione, ascoltando altre esperienze o camminando nel bosco impegnate nell'attività di Nordic Walking.

L'approccio ad attività collettive irrobustisce quella parte di noi che, di fronte al cancro, ha fatto un passo indietro, stoppata dalla violenza di un evento che sembra annientare le nostre risorse, minando il nostro ruolo in famiglia, nel lavoro, nella società.

Il condividere con altre donne il proprio vissuto apportando ognuna il proprio pensiero, le singole peculiarità ed esperienze crea un movimento di opinioni tutto al femminile nel quale ruoli ed obiettivi sono ben chiari poiché unanimemente volti al migliorare le aspettative di ciascuna.

La consapevolezza di altre donne che stanno passan-



do o hanno passato la nostra stessa esperienza alleggerisce il nostro spirito, ne schiarisce i colori e, attraverso questi passaggi, queste scoperte si risale la china con una postura sempre più eretta, fiere di ciò che non ci ha vinte e che, con tutta probabilità, ci riporterà alla nostra quotidianità con una marcia in più.

Non è la forza della disperazione che unisce, ma il desiderio di dare e prendere sicurezze, di vedere oltre l'odore della chemioterapia, oltre la parrucca che portiamo.

Una forza che ci fa scoprire risorse che non pensavamo di avere, soltanto ora consapevoli che il nostro vero e più importante valore di donna non se ne è andato né con la mastectomia, né con i capelli, ma immutato è rimasto dentro di noi perché... nessuno può mutilare l'anima.

Consapevolmente spiriti integri, quindi, dimesse dal Centro Clinico di Senologia non come cartelle cliniche, ma in qualità di donne che sono giunte con un problema e tornano al loro quotidiano rimesse in careggiata da un'eccellente sinergia di competenze mediche.

Mentre riportavo i miei pensieri ho appreso della morte del Professor Veronesi ed è una notizia che una rivista come la nostra non può ignorare.

Di fatto questo quarto numero esce appena dopo la sua morte e a lui vanno i pensieri riconoscenti di tante

donne a cui Sassi e Piume è dedicata poiché è venuto a mancare non solo un grande luminare dell'oncologia, ma un medico che ha amato le donne.

È grazie a lui se il peso e l'influenza delle donne, come movimento di pressione, hanno permesso il raggruppamento di tanti fondamentali traguardi.

È infatti da una sua intuizione che nasce Europa Donna, cui la nostra Associazione è affiliata e con la quale collabora costantemente, concepita con l'obiettivo di sensibilizzare le Istituzioni per l'applicazione di leggi a tutela della prevenzione e della cura del tumore al seno.

Addio Professore, continueremo per la sua strada, mirando sia all'umanizzazione delle cure a cui Lei teneva tanto sia a quell'obiettivo possibile che si chiama «mortalità zero».

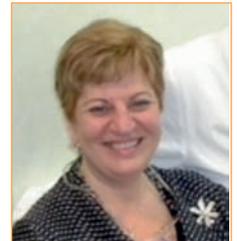
Addio Professore, a Lei i ringraziamenti per aver trascorso la vita con le donne conosciute nei momenti più difficili, quando il dolore chiude ed apre gli animi, quando, ciascuna con il proprio modo, dimostra il suo amore per la vita.

Addio all'unico uomo che, nonostante le 14 lauree honoris causa, era fiero di vantare quale massima onorificenza, il titolo di «Donna ad honorem» il riconoscimento più raro, insolito e pieno di contenuti che un'associazione tutta al femminile poteva conferire.

Il carcinoma della mammella nella paziente anziana

Manuela Roncella

Direttore del Centro Clinico Senologico dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana



Perché dedicare una monografia al carcinoma della mammella nella paziente anziana? Le motivazioni sono molteplici. In primo luogo bisogna considerare che uno dei maggiori fattori di rischio per lo sviluppo del tumore al seno è l'età. L'età media per la diagnosi di neoplasia mammaria è di circa 60 anni, e oltre il 40% di tutti i tumori al seno diagnosticati riguardano donne di età compresa tra 65 anni o più. Inoltre si prevede che, entro il 2030, circa il 20% della popolazione sarà di età superiore ai 65 anni; di conseguenza, la percentuale di donne anziane con carcinoma mammario precoce crescerà notevolmente nel prossimo futuro.

Una ulteriore riflessione, piuttosto rilevante, è stimolata dall'osservazione che i dati relativi al trattamento della patologia mammaria nelle donne anziane sono molto limitati, e la necessità di sviluppare adeguate raccomandazioni per il trattamento diventa ancora più importante quando si considera il previsto aumento di casi con cancro della mammella in stadio

precoce. Intanto non esiste un unanime accordo sulla definizione di *paziente anziana*.

Nel 1900, l'aspettativa di vita per gli americani era di 47 anni, negli anni 40 di 62. Ora è 78 anni. Di pari passo la soglia di «anziana» si è elevata dai 65 anni ai 70, poi per alcuni a 75 e oltre. In realtà il concetto di età si è spostato da «età cronologica» a «biologica», che è comprensiva della presenza di comorbidità e soprattutto tiene conto dello stato di salute generale (paziente «fit» o «fragile»).

Nonostante un crescente livello di interesse da parte dei ricercatori nei confronti delle fasce di età più elevate, non esistono attualmente raccomandazioni internazionali per la gestione del carcinoma della mammella in pazienti anziane. In larga misura ciò è dovuto ad una scarsità di dati degli studi clinici basati sull'evidenza. Infatti molti studi sperimentali tendono ad escludere individui anziani, principalmente sulla base della sola età, comorbidità o entrambi.

Quello che sappiamo è che l'età avanzata al momento della diagnosi di cancro al seno è associata più frequentemente a biologia tumorale più favorevole, per aumento della sensibilità ormonale, minore espressione di c-erbB2, grading inferiore e indici proliferativi più bassi. Tuttavia, i pazienti anziani hanno maggiori probabilità di presentare tumori più grandi e più avanzati; studi recenti suggeriscono che il coinvolgimento dei linfonodi aumenta con l'età. Purtroppo molte di queste pazienti hanno meno probabilità di essere trattate secondo linee guida: i clinici spesso sono costretti a prendere decisioni terapeutiche non suffragate da evidenze scientifiche. Tutto ciò può portare a *undertreatment* (cioè ad una cura meno invasiva ma poco appropriata per la paura dell'intervento o degli effetti collaterali della chemioterapia), o, meno comunemente, a *overtreatment* (per esempio la scelta di una mastectomia perché più «comoda» ma magari non necessaria per lo stadio clinico della paziente). Le donne anziane infatti sono meno propense a sottoporsi a terapia conservativa o dissezione dei linfonodi ascellari; è più probabile che la radioterapia dopo l'intervento sia omessa e che una terapia sistemica, in particolare la chemioterapia venga meno frequentemente prescritta. Le ragioni di queste differenze di approccio alla cura dei pazienti più anziani sono probabilmente multifattoriali e possono includere sia un tasso più alto di comorbidità dei pazienti, basso performance status, ma anche sostegno sociale limitato, difficoltà con i mezzi di trasporto o preferenze da parte delle famiglie, preoccupazioni circa la qualità della vita, ecc.

Di conseguenza i risultati sono spesso meno buoni di quello che avviene per le pazienti più giovani. Da segnalare infatti che se dal 1990 i tassi di mortalità di cancro al seno sono stati in costante calo, (circa il 13% per tutte le età), questo miglioramento si è principalmente evidenziato nelle donne di età inferiore ai 75 anni. (15,3 vs 7,5% per i più giovani vs pazienti più anziani rispettivamente).

Noi sappiamo che uno dei principali fattori determinanti per miglioramento nella sopravvivenza del cancro al seno è la una terapia adiuvante. Nella paziente anziana il trattamento chemioterapico può non essere spesso somministrato o in numerosi casi tende ad essere meno aggressivo.

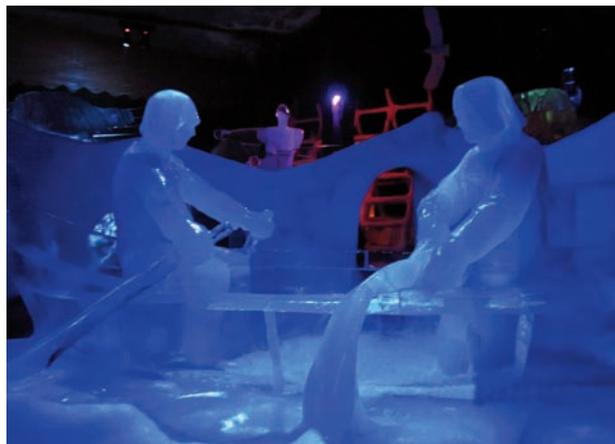
Una delle principali ragioni della scelta di sottotrattare può essere la preoccupazione per il potenziale aumento della tossicità da chemioterapia adiuvante, che può differire in modo significativo tra giovani ed anziane. Queste ultime sono

a maggior rischio di effetti collaterali legati alla chemioterapia, a causa della fisiologia alterata dall'invecchiamento che insieme alla presenza di comorbidità, terapie farmacologiche varie e deficit funzionali, può avere un impatto sulla tollerabilità della cura. Le comorbidità peraltro aumentano con l'età e un malato di cancro over 70 può presentare più patologie concomitanti, che sono correlate con una significativa diminuzione della speranza di vita, indipendentemente da una specifica diagnosi di cancro.

Un concetto centrale nel processo decisionale nel paziente anziano con il cancro al seno è proprio quello della aspettativa di vita, che è intrinsecamente importante in varie decisioni quali l'estensione dello screening mammografico nelle anziane, il trattamento della lesione primaria e l'uso della terapia adiuvante sistemica. Le opzioni di trattamento ora disponibili spesso portano rischi e tossicità a breve termine in alternativa a benefici in sopravvivenza a lungo termine. L'età cronologica, quindi, non è un criterio adeguato su cui decidere l'appropriatezza della terapia adiuvante, mentre deve essere utilizzata l'età biologica, che si riferisce alla presenza di comorbidità e fitness generale. Poco beneficio è previsto dal trattamento in una donna con più comorbidità che rischia di morire per cause non oncologiche, mentre al contrario, in una donna di 75 anni in buona salute, il cancro al seno costituisce il rischio di vita più grande e come tale dovrebbe essere trattato.

La collaborazione fra oncologi e geriatri è importante per caratterizzare meglio questa aspettativa di vita, e la valutazione geriatrica globale permette di individuare i problemi misconosciuti e migliorare lo stato funzionale e la sopravvivenza nei pazienti anziani con malattie oncologiche. Perché comorbidità e stato funzionale influenzano significativamente la prognosi e la scelta del trattamento, una attenta considerazione deve essere data alla salute globale della paziente anziana. Una percentuale significativa di pazienti di età superiore a 70 anni con tumore della mammella operabile avrà esito infausto per cause non correlate al cancro. L'età, da sola, non dovrebbe essere pertanto un ostacolo al trattamento.

Infine, è opportuno avere la partecipazione delle pazienti nel processo decisionale, dal momento che le preferenze degli anziani spesso favoriscono la qualità della vita e la possibilità di restare indipendenti al prezzo di trattamenti meno invasivi; la comunicazione da parte degli operatori dovrebbe contenere l'informazione che un trattamento meno adeguato diminuisce la prognosi.



In conclusione: il trattamento del carcinoma mammario nelle donne anziane è stato poco studiato fino ad oggi, ma con una maggiore consapevolezza dell'importanza di questo problema, insieme a studi clinici ben pianificati e allo sviluppo di semplici misure accurate riguardanti l'invecchiamento biologico, il

benessere della paziente e il mantenimento della sua funzionalità, possiamo sperare di vedere, nel prossimo futuro, i trattamenti integrati utilizzati con la massima efficacia e la necessaria sicurezza all'interno di questo gruppo di pazienti.

Focus on: in che direzione sta andando la chirurgia dell'ascella?

Matteo Ghilli

Chirurgo generale, Senologo, Dirigente medico Centro Clinico Senologico, AOUP, Pisa



«Se prima di tutto potessimo sapere dove siamo e dove stiamo andando, potremmo meglio decidere cosa fare e come farlo».

Abraham Lincoln

Aveva ragione Abraham Lincoln. Nella cura del tumore mammario ancora non sappiamo a che punto siamo nel viaggio che ci porterà, pazienti e medici, a sconfiggerlo. Sappiamo però un'infinità di cose in più rispetto anche solo a 15 anni fa.

Se c'è un ambito in cui le cose stanno cambiando rapidamente ed nel quale esiste una grande variabilità è proprio il trattamento chirurgico dell'ascella. Non tanto nelle modalità di esecuzione sia della dissezione ascellare che della biopsia del linfonodo sentinella, ma nelle indicazioni: vale a dire quando è indicato fare una cosa o l'altra o, eventualmente, nessuna delle due.

In questa sede cercherò di fissare i punti sicuri, riservando alle discussioni congressuali il confronto sugli aspetti tuttora più incerti. Lo scopo di questo «focus on» infatti è quello di aiutare voi, le nostre pazienti, a fare chiarezza su questo tema importante.

In prima battuta è fondamentale sottolineare quale è lo scopo del trattamento chirurgico dell'ascella: numerosi studi, in particolare uno americano dei primi anni 2000 (NSABP B04), hanno dimostrato *che la principale funzione è stadiare in modo corretto e completo la malattia, per fornire informazioni preziose all'oncologo e al radioterapista e consentire loro di stabilire correttamente i trattamenti post-operatori*. A questo proposito corre l'obbligo di sottolineare come nell'era attuale, grazie agli impressionanti passi avanti nella conoscenza biologica e genomica del tumore, l'aspetto principale su cui si basano le cure oncologiche è proprio la tipologia particolare a cui quel dato tumore appartiene: come sono i recettori ormonali, quanto veloce è la crescita di quella malattia, c'è l'espressione di particolari oncogeni che lo fanno appartenere a sottogruppi più aggressivi? Di con-

sequenza, come capirete, lo stato ascellare, pur mantenendo un significato importante, ha perso parte del suo ruolo. È questo il motivo per cui può capitare che una donna con un tumore piccolo (1 cm) ma aggressivo, senza linfonodi patologici, venga trattata con chemioterapia mentre un'altra con un tumore più grande (2-3 cm) e un linfonodo non indenne ma con biologia molto favorevole (alta espressione recettoriale e bassa proliferazione, i cosiddetti tumori luminali) richieda soltanto un trattamento endocrino con la famosa «pasticca».

Tornando al significato della chirurgia ascellare, un concetto difficile da far digerire alle nostre donne (difficile anche per noi medici, sia chiaro) è che *la presenza di un iniziale interessamento linfonodale non necessariamente comporta una «pulizia ascellare» completa*. Infatti, mentre da una parte le situazioni di impegno linfonodale avanzato (tanti linfonodi malati), normalmente già evidenti all'esame clinico ed ecografico preoperatori, con conferma citologica dopo ago aspirato, continuano a rappresentare un'indicazione alla chirurgia radicale ascellare, eventualmente fatta precedere da un trattamento chemioterapico, anche per ottenere il miglior controllo locale di malattia, dall'altra un interessamento ascellare iniziale non è di per sé motivo per procedere di necessità allo svuotamento. La presenza di uno o due linfonodi malati, è dimostrato, non costituisce un punto di partenza di malattia a distanza ma un indicatore di una malattia più aggressiva rispetto a quella con linfonodi tutti sani. Gli studi clinici dell'ultimo decennio hanno infatti chiarito senza ormai grandi dubbi che l'eventuale presenza di un ulteriore linfonodo metastatico non rimosso, laddove il linfonodo sentinella sia risultato interessato, non costituisce di per sé il punto di partenza di altra malattia: esso ha quindi un significato diverso rispetto alla malattia primaria insita nella mammella. Quest'ultima deve essere rimossa correttamente con adeguata radicalità oncologica per evitare



o ridurre al minimo il rischio di recidiva locale o a distanza. La malattia in sede ascellare va certamente conosciuta, per impostare correttamente le terapie oncologiche e radioterapiche, ma non necessariamente va rimossa radicalmente.

Un ulteriore elemento che rafforza questo concetto «rivoluzionario» sta in un'evidenza: quando alla fine degli anni '90 è stata introdotta nella pratica clinica la biopsia del linfonodo sentinella, cioè la rimozione del primo o dei primi 2-3 linfonodi capaci di drenare la sede del tumore e quindi eventualmente anche le cellule tumorali, ci si aspettava un tasso di errore di questa procedura di circa il 5%: vale a dire che poteva e può succedere 3-5 volte su 100 che il linfonodo sentinella risulti sano e quindi che l'ascella risulti sana, mentre uno o qualche linfonodo malato è presente e viene lasciato in sede ascellare. Ormai dopo 15-20 anni, possiamo dire che se il linfonodo malato non asportato fosse un punto di innesco di altro tumore ci troveremmo a trattare nei nostri centri senologici molti più casi di ripresa ascellare di malattia di quanto in realtà osservato: il tasso di recidive dell'ascella non è il 5% ma circa l'1%. Quindi questa differenza non da poco sta a dimostrare ancora una volta che l'eventuale presenza di un linfonodo malato lasciato in sede ascellare quasi sempre è destinato a non dare segno di sé, probabilmente scompare grazie alle terapie post-operatorie (chemio, ormonoterapie e radioterapia) e solo occasionalmente viene diagnosticato nel follow-up richiedendo ovviamente a quel punto un intervento di dissezione dei linfonodi.

Con queste premesse, cerchiamo di capire come ci comportiamo presso il nostro centro senologico, a Pisa, rispondendo alle più frequenti domande delle nostre pazienti.

Quanti linfonodi contiene l'ascella?

L'ascella contiene da 20 a 30 linfonodi, anche se il numero esatto varia da persona a persona: incontriamo donne in cui, dopo un intervento di svuotamento ascellare, rileviamo oltre 40 linfonodi cosiccome altri casi con meno di 15 linfonodi. Nelle situazioni in cui la chirurgia è stata preceduta da chemioterapia preoperatoria non è infrequente asportare anche meno di 10 linfonodi, poiché il trattamento medico può averne ridotto il numero.

Quanti linfonodi mi verranno asportati durante l'intervento?

Tra poco affronteremo le attuali indicazioni alla chirurgia ascellare: svuotamento ascellare, meglio detto dissezione ascellare, oppure biopsia del linfonodo sentinella. Qui limitiamoci a dire che in caso di dissezione ascellare, non è possibile per il chirurgo dire a priori, o a fine intervento, quanti linfonodi sono stati asportati. Si tratta infatti di una procedura molto standardizzata nella quale il medico asporta tutto il tessuto compreso nella regione ascellare che ha precisi

limiti anatomici: superiormente c'è la vena ascellare, grosso vaso che riporta il sangue dal braccio verso il cuore, medialmente c'è la parete della gabbia toracica, lateralmente i piani fasciali e la cute. Si asporta appunto il tessuto adiposo che contiene i linfonodi di questa regione. In particolare se facciamo, come di norma, una dissezione fino al 2° livello, risparmiamo i linfonodi che si trovano medialmente rispetto al muscolo piccolo pettorale, quindi quelli più in alto. Se ci troviamo di fronte ad ascelle molto malate, ricorriamo viceversa a dissezioni fino al terzo livello, che si trova sotto alla clavicola.

Quali strutture importanti attraversano l'ascella e come vengono preservate?

Oltre alla vena ascellare, il chirurgo risparmia ciò che sta al di sopra di essa, quindi l'arteria ascellare e i nervi del plesso brachiale, ma anche il fascio vascolare e nervoso diretto verso il muscolo gran dorsale. Si risparmia inoltre il nervo toracico lungo che decorre a ridosso della parete toracica. I rami venosi secondari della vena ascellare vengono sezionati e legati. Esistono infine alcuni nervi responsabili della sensibilità della regione cutanea ascellare e della superficie interna del braccio: si chiamano nervi intercosto-brachiali, ed attraversano l'ascella dalla parete toracica al pino cutaneo. Non sempre, per il loro decorso, possono essere risparmiati e quando anche lo siano, possono subire un danno transitorio o permanente dovuto al fatto che i piccoli vasi sanguigni che li nutrivano vengono di necessità asportati con il tessuto ascellare.

Quali complicanze ed effetti collaterali si associano alla dissezione ascellare?

La complicanza più temuta è certamente il *linfedema*, caratterizzato dall'aumento delle dimensioni dell'arto superiore, e quindi dalla sensazione di peso dovuta al cattivo deflusso del liquido linfatico. È un'evenienza abbastanza rara (circa 10% delle dissezioni), può presentarsi sia a poche settimane dall'intervento che anni dopo. Può essere reversibile, specie se rapidamente riconosciuto ed efficacemente trattato dal fisiatra e dai fisioterapisti del centro senologico. Talvolta tende però a cronicizzarsi, determinando un impatto negativo nella qualità di vita della paziente.

L'interruzione dei nervi intercosto-brachiali raramente determina una sindrome caratterizzata da sensibilità alterata nella regione cutanea ascellare e interna del braccio. Sono quelle che si chiamano *parestesie*, e racchiudono il formicolio, un senso di fastidio, lievi «scosse», l'assenza completa di sensibilità, quello che le nostre pazienti pisane chiamano efficacemente un senso di «insugherimento». Di norma queste sensazioni sono lievi e passeggere ma raramente possono perdurare nel tempo creando un disagio alla nostra paziente.

Altri problemi legati allo svuotamento dell'ascella, ma in generale a tutta la chirurgia, possono essere il sanguinamento (che richiede un re-intervento ed

eventualmente la trasfusione di sangue), problematiche infettive, la formazione di raccolte di siero (un liquido ricco di proteine, di colore simile all'urina) che necessitano di drenaggio mediante puntura ed aspirazione, per evitare la sovrapposizione di germi e quindi l'ascesso. Di norma si mantiene per circa 15 giorni un drenaggio ascellare proprio per limitare al minimo la formazione di raccolte.

Avrò un drenaggio e quanto lo dovrò tenere?

Come detto, in caso di dissezione ascellare si mantiene un drenaggio per 15 giorni. Tuttavia in alcuni soggetti si rende necessario mantenerlo per tempi più lunghi, fino a 4-5 settimane. La decisione di rimuoverlo viene presa in relazione alla portata quotidiana del drenaggio intesa come quantità (superiore ai 50 ml al giorno) e qualità (se il materiale che fuoriesce è torbido o corpuscolato, è necessario attendere).

Ho una diagnosi di carcinoma, sarò operata anche sotto l'ascella?

Sì, con una diagnosi di carcinoma invasivo o infiltrante è necessario effettuare anche una valutazione dello stato ascellare per la corretta impostazione delle terapie successive. Sarà quindi sottoposta alla biopsia del linfonodo sentinella, una tecnica ormai standard e sicura che prevede la rimozione del primo o dei primi linfonodi sentinella capaci di drenare l'area mammaria che contiene il tumore, dimostrando se le sue cellule sono giunte all'ascella e sono quindi più aggressive.

Come funziona la biopsia del linfonodo sentinella, operativamente?

La biopsia del linfonodo sentinella è preceduta dalla inoculazione di una piccola quantità di un radioisotopo nell'area vicina al capezzolo (linfoscintigrafia), che di norma deve avvenire il pomeriggio precedente l'intervento (ma che può essere eseguita anche 3-4 ore prima della chirurgia); in questo modo è possibile durante l'intervento individuare con precisione, per mezzo di una sonda dedicata, il linfonodo ascellare o i linfonodi ascellari che per primi drenano l'area che contiene il tumore mammario. Questo/i linfonodo/i viene appunto definito «Linfonodo/i Sentinella» e viene rimosso e analizzato. La negatività istologica di questo/i linfonodo/i risulta altamente predittiva della negatività di tutti gli altri linfonodi ascellari; infatti la probabilità di un errore (falso negativo), è limitata al 5% dei casi comportando la possibilità di subire un ulteriore intervento chirurgico qualora nel follow up emergesse recidiva ascellare.

Ho una diagnosi di carcinoma IN SITU, sarò operata anche sotto l'ascella?

In linea di massima la risposta è no. Il carcinoma duttale in situ non è in grado di superare la barriera dei dotti (la membrana basale) e quindi non riesce a entrare nel circolo linfatico né in quello sanguigno.

Esistono tuttavia delle occasioni in cui, pur in presenza di una diagnosi preoperatoria di carcinoma in situ, riteniamo prudente procedere alla biopsia del linfonodo sentinella: sono tutte quelle situazioni in cui è lecito pensare che la diagnosi preoperatoria possa aver sottostimato la presenza di una quota di tumore invasivo, e nel dettaglio sono i casi in cui alla palpazione o all'ecografia c'è un'area sospetta di sovvertimento della mammella, le aree di micro calcificazioni molto estese, i carcinomi duttali in situ più aggressivi (di alto grado, comedonici) o nelle situazioni di carcinoma in situ in cui è indicata una mastectomia.

Come viene analizzato e in che tempi il mio linfonodo/i miei linfonodi sentinella?

Con la procedura chiamata OSNA (one-step-nucleid-acid-analysis) che è disponibile in pochi centri senologici in Italia e in Toscana, tra i quali il Centro Senologico di Pisa: questa metodica, validata in campo internazionale, prevede l'uso di uno strumento automatizzato che permette, in fase intra-operatoria, di rilevare e quantificare la presenza di una molecola (mRNA) che codifica per una proteina (CK19) espressa nella quasi totalità dei carcinomi mammari e mai rilevabile in linfonodi non metastatici. In sostanza l'OSNA cerca la spia della presenza di cellule del tumore nel linfonodo e le quantifica. La metodica OSNA permette di formulare una risposta accurata e definitiva in circa 30-40 minuti consentendo quindi, in caso di esito positivo per metastasi, di completare il trattamento chirurgico con linfoadenectomia ascellare evitando un secondo intervento nelle settimane successive (raramente accade che non tutti i linfonodi sentinella possano essere analizzati intra-operatoriamente, o per problemi tecnici all'apparecchio o per un peso eccessivamente alto o eccessivamente basso del linfonodo, o perché è stata necessaria l'asportazione di più di 2-3 linfonodi: in questo caso l'analisi viene completata nel post-operatorio, rinviando al referto definitivo la conoscenza dell'effettivo quadro ascellare). L'intero linfonodo verrà utilizzato per la diagnosi con lo strumento automatizzato e questo non consentirà successivamente la possibilità di procedere ad eventuali rivalutazioni istologiche del caso.

Ma allora, quando è indicata la dissezione ascellare e non la biopsia del linfonodo sentinella?

Nel caso di accertamenti preoperatori (con un ago aspirato linfonodale) che abbiano dimostrato la presenza di carcinoma in sede ascellare è indicato lo svuotamento ascellare. Inoltre è indicato nei casi di mancata migrazione del tracciante durante la procedura di linfoscintigrafia (di solito questi casi, rari, si verificano con ascelle effettivamente positive oppure se il circolo linfatico è alterato a causa di una precedente (recente) chirurgia mammaria o in soggetti particolarmente sovrappeso o con circoli linfatici particolarmente poco efficienti.



Se il tumore ricade in un gruppo definito mastite carcinomatosa o è presente una forte componente ulcerativa sulla cute, si procede direttamente con lo svuotamento ascellare per l'alto tasso di inattendibilità del linfonodo sentinella.

Di norma è indicata la dissezione ascellare anche nel caso che l'esame intraoperatorio o post-operatorio del linfonodo sentinella risulti positivo per metastasi. Ne riparlamo tra qualche riga.

Se ho un linfonodo micro metastatico, sarò sottoposta a svuotamento ascellare?

Sulla base degli studi scientifici più recenti, in caso di micrometastasi non si procederà alla linfoadenectomia ascellare. Questa conclusione è accettata più o meno ubiquitariamente, in particolare nelle persone sottoposte a quadrantectomia. Nel caso di mastectomia l'omissione della linfoadenectomia con la micro-metastasi è accettata, non da tutti, e va detto che ulteriori studi in corso o futuri potrebbero portare a conclusioni diverse. Certamente la presenza della micro-metastasi configura un quadro di aggressività minore rispetto alla metastasi ma maggiore rispetto all'ascella indenne: in sede multidisciplinare, la discussione tra i vari specialisti del centro deve tenerne conto.

Se ho fatto la chemioterapia preoperatoria, sarò sottoposta a dissezione ascellare?

Prima di iniziare la chemioterapia, si va ad accertare se l'ascella è indenne oppure no con l'ecografia ed eventualmente con l'agoaspirato. Se era interessata da malattia, per il momento esiste un generale consenso a procedere a dissezione ascellare al momento della chirurgia. Se l'ascella era viceversa risultata indenne, la paziente al termine della chemioterapia sarà sottoposta a biopsia del linfonodo sentinella con la precauzione di usare un doppio tracciante e di asportare più di un solo linfonodo (ideale 3-4 linfonodi): nel setting della chemioterapia preoperatoria, anche la presenza di poche cellule tumorali in ascella (cellule tumorali isolate o micro metastasi) pone indicazione alla dissezione.



Ho saputo che il centro senologico di Pisa aderisce ad uno studio sperimentale, SINODAR-ONE, che potrebbe evitare lo svuotamento ascellare anche in caso di linfonodo sentinella metastatico e quindi potrebbe evitare gli effetti collaterali della dissezione: posso saperne di più?

Premessa: da sempre a Pisa adottiamo una politica prudente e attendiamo di avere forti evidenze scientifiche prima di trasporre modalità innovative nella pratica clinica. Da circa 5-6 anni diverse evidenze scientifiche sono emerse, con grandi studi sperimentali eseguiti sia in USA che in Europa. Essi hanno dimostrato che anche in caso di linfonodo sentinella micro-metastatico o metastatico la dissezione ascellare, gravata da effetti collaterali non trascurabili, può essere omessa senza nessun peggioramento della sopravvivenza libera da malattia e della sopravvivenza globale della paziente. Questi studi possono essere applicati a buona parte delle nostre pazienti, ma hanno lasciato alcune aree grigie che devono essere ulteriormente indagate. A questo scopo è in corso in Italia (ma anche in altri stati europei ci sono esperienze analoghe) uno studio, SINODAR-ONE, che coinvolge i maggiori centri senologici, promosso dall'Istituto di ricerca e cura Humanitas di Milano-Rozzano in collaborazione con L'istituto Tumori di Genova. Anche il centro Senologico di Pisa aderisce, dopo aver richiesto e ottenuto il nulla-osta del comitato etico della nostra Azienda. *Trattandosi di uno studio sperimentale, la partecipazione è assolutamente facoltativa. Non si tratta di uno studio sponsorizzato, è uno studio no-profit e non viene erogato alcun compenso in nessuna forma né alla paziente che aderisce né al team medico che lo promuove. Lo studio non è applicabile a tutte le donne ma ha precisi criteri di inclusione e di esclusione: sono incluse le donne di età 40-75 anni, con carcinoma mammario infiltrante, entro i 5 cm di diametro (T1-T2) con linfonodi ascellari negativi (N0) dopo valutazione clinica e ecografica ma con 1 o 2 linfonodi risultati metastatici in sede intraoperatoria.*

Se la paziente, adeguatamente informata e con raccolta del consenso scritto, aderisce a SINODAR-ONE cosa succede?

Se l'esame intraoperatorio del linfonodo o dei linfonodi sentinella asportati risulta indenne o micro metastatico non ci sono i criteri per rientrare nello studio: la paziente non esegue linfoadenectomia. Se 1 o 2 linfonodi risultano metastatici (ma senza che nessun altro sia metastatico o anche solo micro metastatico) la paziente viene «randomizzata» vale a dire che il suo caso viene inserito in forma anonima nel programma-web che gestisce lo studio, e immediatamente esso ci restituisce l'informazione che attendiamo: in quale dei due gruppi dello studio è inserita la nostra paziente? *Esiste infatti la possibilità di entrare nel gruppo sperimentale che non esegue la dissezione*

ascellare oppure nel gruppo standard che la esegue. Ovviamente la scelta è casuale e non condizionabile da parte del medico o del volere della paziente. In tutti i casi la nostra signora verrà seguita con controlli periodici ed eseguirà le normali terapie previste per il suo caso, esattamente come se non fosse stata inserita nel protocollo. Una ulteriore precauzione sta nel fatto che se intra-operatoriamente emerge l'evenienza che l'ascellare contiene più di due linfonodi patologici o anche solo sospetti, non inseriamo il caso nella sperimentazione e procediamo prudentemente con la dissezione ascellare.

La materia come ho detto in premessa è molto complessa e in forte cambiamento, probabilmente tra dieci anni quel che ho scritto non sarà più valido. Forse andremo verso una generale omissione della disse-

zione ascellare o anche del solo campionamento del linfonodo sentinella, ma potrebbe anche succedere che si torni indietro almeno in parte sui nostri passi. Quello che posso qui ribadire è che i trattamenti che vengono proposti alle nostre donne sono dettati dalla prudenza, devono essere condivisi con la paziente, che ha il diritto/dovere di essere adeguatamente informata. La paziente deve essere valutata e trattata in modo personalizzato e presa in carico da tutto il gruppo multidisciplinare fatto di medici, infermieri, tecnici e volontari delle associazioni. Cercare di far sentire ciascuna supportata e valutata nel suo insieme, non solo come una malata, ma come una persona che in questo momento della sua vita si trova a fare i conti con un problema è la nostra missione. Questo dobbiamo fare, e cerchiamo di farlo al meglio, con la consapevolezza però che si può sempre fare di più.

Quando e come viene scoperto il tumore mammario: screening e nuove tecnologie

10

Maria Cristina Cossu

Dirigente medico di I livello Centro Clinico Senologico, Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, Responsabile Clinico dello screening mammografico USL 5



Lo screening mammografico è rivolto alle pazienti nella fascia di età compresa tra i 50 e i 69 anni, con cadenza biennale. In molte regioni è già avvenuta l'estensione anche nelle donne più giovani (dai 45 anni con cadenza annuale) e nella fascia più avanzata fino ai 75 anni.

Anche la regione Toscana, con delibera del settembre 2016, invita le varie Aree Vaste all'estensione alle fasce di età; si sta ancora valutando quali sono le risorse necessarie.

Tutti sanno che lo screening è un intervento di «sanità pubblica» rivolto a donne «asintomatiche» che vengono chiamate per eseguire un «test» (la mammografia), il cui risultato può essere negativo, dubbio o sospetto (richiamo a secondo livello diagnostico in questi due ultimi casi).

Si differenzia dalla mammografia «clinica» dove è la donna che richiede di fare l'esame (con richiesta del medico curante) in presenza di sintomi o a scopo preventivo.

Pochi sono a conoscenza che lo screening è una vera *rivoluzione culturale* nell'ambito delle attività sanitarie. Da un'attività «autoreferenziale» (non sappiamo le capacità clinico/diagnostiche del medico che esegue un esame) ad un'attività controllata secondo indicatori.

Nello screening vengono infatti valutati tutti gli autori del processo: i tecnici sanitari di radiologia, che eseguono gli esami mammografici (formati con corsi specifici e con attività dedicata almeno per l'80% alla mammografia); i medici radiologi che per partecipare allo screening devono «leggere» almeno 5000 mammografie l'anno e devono saper fare il secondo livello diagnostico (visita senologica, proiezioni mammografiche di dettaglio, ecografie e procedure biottiche, sia in guida ecografica che stereotassica).

L'alto volume di attività del medico radiologo nello screening è fondamentale per acquisire una sensibilità e specificità che consentono di rilevare «segni minimi» di malattia.

In sintesi partecipare allo screening mammografico costituisce una grande opportunità per le donne in quanto vengono valutate da medici radiologi con elevate competenze, questo è fondamentale per il raggiungimento *dell'obiettivo primario: ridurre la mortalità per tumore alla mammella.*

Come viene scoperto?

La paziente esegue una mammografia. Da un «segno mammografico» si passa al richiamo per approfondimento diagnostico, che avviene a Pisa nel Centro Senologico, per le pazienti residenti nel territorio pisano, e a Pontedera per le pazienti delle altre aree.

Durante il richiamo viene eseguita una visita clinica ed esami mammografici di dettaglio (ingrandimenti), ecografie ed eventualmente biopsie che ci permettono di arrivare alla diagnosi.

Se l'approfondimento del secondo livello è negativo la donna viene invitata allo screening con cadenza biennale.

Se l'esito diagnostico e biptico è positivo per neoplasia la paziente viene prenotata per l'intervento chirurgico che, secondo indicatori, deve avvenire entro 30 giorni dalla diagnosi istologica.

Dalle evidenze scientifiche, partecipare allo screening organizzato su invito attivo, secondo quanto indicato dalle linee guida internazionali (50-69 anni con mammografia biennale), *riduce del 35%* la probabilità di morire per cancro della mammella.

Circa il 45% della riduzione della mortalità osservata negli ultimi 10-20 anni nei principali paesi occidentali, Italia compresa, è associata allo screening mammografico. Il restante 55% sembrerebbe invece dipendere dagli effetti delle terapie adiuvanti (chemioterapia e ormonoterapia).

Pur essendo la mammografia di screening la tecnologia di diagnosi precoce che ha avuto lo sviluppo più virtuoso, in accordo ai canoni della Evidence Based Medicine, a partire dagli anni 2000 è stata oggetto di duri attacchi, che hanno prima messo in dubbio l'efficacia nel ridurre la mortalità (Gotzsche et al. 2000) e poi hanno messo l'accento su tutti i potenziali effetti negativi, e in particolar modo sulla sovradiagnosi, sostenendo che dal bilancio dei benefici e degli effetti negativi emerge un quadro piuttosto sfavorevole allo screening (Gotzsche et al. 2009; Jorgensen and Gotzsche 2009; Domenighetti 2009).

Il piano Nazionale della Prevenzione 2010-2013 ha iniziato a parlare di *medicina predittiva* che per definizione si rivolge ad individui sani nei quali cerca la fragilità o il difetto che conferiscono loro una certa predisposizione «a sviluppare» una malattia.

Conseguentemente, *la medicina predittiva è probabilistica ed individuale e come tale consente la massima personalizzazione degli interventi*. Per concludere il concetto, la medicina predittiva permet-

te di determinare il profilo di rischio di ciascuna persona, di monitorare l'evoluzione e di realizzare appropriati interventi oltre che di selezionare la terapia, la dose ed il tempo di trattamento migliore.

La medicina predittiva quindi, come *medicina dell'individualità*, per essere tale richiede un processo di crescita della conoscenza e di profonda innovazione dei modelli culturali di noi medici.

Si deve quindi rinnovare lo screening mammografico e parlare di «screening tailored» (su misura).

Bisogna ripartire dai fattori di rischio:

- ereditarietà,
- storia riproduttiva/ormonale,
- stili di vita (fumo, alimentazione, sedentarietà, alcool),
- età,
- densità mammografica.

Proprio quest'ultimo fattore (che significa che alla mammografia la componente ghiandolare è prevalente sulle strutture adipose) si correla direttamente con il rischio più elevato di sviluppare un tumore della mammella per una ridotta sensibilità della mammografia.

Le nuove tecnologie che si stanno sviluppando per superare i limiti della mammografia nei seni densi sono essenzialmente la mammografia con tomosintesi (ancora in fase di validazione per lo screening in quanto aumenta considerevolmente la dose di radiazioni) e la *RM mammaria*, metodica già ampiamente utilizzata nella pratica clinica che troverebbe in casi di elevata densità una precisa indicazione (American Cancer Society 2007).

In conclusione: sicuramente priorità dello screening è estendere la mammografia anche alle fasce di età più giovani (45 anni) e oltre i 69 anni (fino ai 75 anni), ma è fondamentale governare la domanda spontanea di prevenzione: *nel 2016 non è più accettabile che le donne eseguano esami da un «tutologo», tutte meritano di essere valutate, come nello screening, da uno specialista radiologo senologo* perché solo così si possono ridurre gli esami inutili ed avviare a mancate diagnosi di tumore in fase precoce.



La donna anziana è trattata come quella giovane?

Risponde il Chirurgo

Marzia Lo Russo

Chirurgo generale, Senologa, Dirigente medico Centro Clinico Senologico - AOUP - Pisa



In Italia ogni anno vengono diagnosticati circa 48000 nuovi casi di tumore al seno e di questi più o meno la metà riguarda donne con più di 65 anni di età.

Il rischio di ammalarsi di carcinoma della mammella aumenta con l'età, con una probabilità di sviluppo di cancro al seno del 2,3% fino a 49 anni (1 donna/45), del 5,2% tra 50 e 69 anni (1 donna/19) e del 4,4% tra 70 e 84 anni (1 donna/23).

La curva di incidenza cresce in maniera esponenziale fino a 50-55 anni e poi rallenta con un plateau per poi riprendere a risalire dopo i 60 anni. In Italia l'incidenza di tumore della mammella nelle donne sopra i 65 anni è 262/100.000/anno e la mortalità è 117,6/100.000/anno. Sia l'incidenza che la mortalità sono sensibilmente superiori nell'anziana rispetto alla giovane.

Tabella 1. Numero di soggetti che è necessario seguire da 0 a 49 anni, da 50 a 69 anni e da 70 a 84 anni per trovarne uno che sviluppi un tumore, per sesso e tipo tumorale. Pool Airtum 2007-2011.

	♂		♀		♂		♀		♂		♀	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
	0-49 anni		50-69 anni		70-84 anni							
Vie aerodigestive superiori*	607	1.627	86	422	84	421						
Esofago	5.883	16.667	484	2.021	313	1.105						
Stomaco	1.016	1.170	118	250	45	96						
Colon-retto	394	379	32	52	17	29						
Colon	648	596	48	74	24	40						
Retto	1.006	1.037	97	167	55	110						
Fegato	914	4.167	102	394	52	120						
Colecisti e vie biliari	6.452	7.143	544	530	191	215						
Pancreas	1.786	2.410	164	248	79	94						
Polmone	601	764	31	102	14	66						
Osso	2.128	3.126	4.082	4.445	2.598	4.445						
Cute (melanomi)	336	246	192	256	165	294						
Mesotelioma	12.501	33.334	663	2.470	359	1.198						
Sarcoma di Kaposi	4.082	50.001	1.887	10.527	788	2.041						
Tessuti molli	1.493	1.870	1.048	1.471	545	944						
Mammella		45		19		23						
Utero cervice		501		461		580						
Utero corpo		733		94		119						
Ovaio		498		180		177						
Prostata	1.627		20		12							
Testicolo	232		2.223		5.129							
Rene, vie urinarie**	558	1.076	107	273	72	163						
Parenchima	590	1.143	123	301	94	196						
Pelvi e vie urinarie	11.112	18.182	820	2.899	313	953						
Vescica***	515	1.710	45	250	20	127						
Sistema nervoso centrale	580	782	269	401	207	295						
Tiroide	409	118	361	131	646	341						
Linfoma di Hodgkin	521	532	1.370	2.084	1.601	2.223						
Linfoma non-Hodgkin	329	507	133	184	83	117						
Mieloma	2.858	3.847	339	478	162	233						
Leucemie	427	544	224	380	106	190						
Tutti i tumori, esclusi carcinomi della cute	29	18	5	7	3	5						



Il riscontro di neoplasie di una certa dimensione è molto frequente e questo dipende da diversi fattori tra cui l'esclusione delle donne con più di 70 anni dai programmi di screening e dalla mancanza di informazioni. Secondo una valutazione del National Health Interview Survey canadese, solo il 16% delle donne con più di 75 anni è a conoscenza di essere a rischio per un carcinoma mammario.

Per un corretto approccio terapeutico della donna anziana non bisogna fermarsi all'età anagrafica. È necessaria infatti una distinzione della categoria definita generalmente «senile».

C'è infatti una fascia di donne anziane cosiddette giovani (70-80 anni) in buone condizioni generali, con interessi sociali e sportivi e attente alla propria immagine. Questa categoria di pazienti ha esigenze sovrapponibili alle più giovani che si ripercuotono anche nel trattamento chirurgico. Quando invece ci si trova davanti alle donne anziane «più anziane» (condizioni generali critiche, età > 80 anni) è necessaria una valutazione con l'anestesista per decidere il trattamento più idoneo, tenendo conto delle comorbidità e delle terapie in corso.

L'età avanzata non è controindicazione e nemmeno fattore di rischio alla riuscita di un intervento. Però è importante fare delle considerazioni: le comorbidità che si associano all'età riducono la riserva funzionale dei vari apparati, l'assunzione di farmaci può determinare interazioni pericolose con l'anestesia.

Fondamentale è la collaborazione con il medico di medicina generale per curare al meglio le patologie concomitanti e riportare il rischio a livello accettabile: meglio ritardare di qualche settimana la chirurgia pur di ottimizzare le condizioni generali.

Il 40% delle donne anziane con carcinoma mammario presenta al momento della diagnosi una patologia concomitante. Tuttavia l'analisi dei dati riguardanti il rapporto età/comorbidità/trattamento prescelto evidenzia come la stragrande maggioranza delle donne è in grado di tollerare un trattamento definitivo adeguato; la presenza di comorbidità sembra influenzare prevalentemente la prognosi e non i risultati e la tolleranza alla terapia.

La stima dell'attesa di sopravvivenza e della tollerabilità di un trattamento può essere migliorata sottoponendo la paziente a una valutazione geriatrica multidimensionale, che oltre alle comorbidità, prende in considerazione la valutazione dello stato funzionale, stato cognitivo, supporto sociale, stato psicologico, stato nutrizionale e la terapia farmacologica.

L'approccio terapeutico è in prima istanza di tipo chirurgico, per le forme tecnicamente operabili come nelle altre fasce di età. Tutti gli studi che hanno confrontato trattamenti primari non chirurgici con la chirurgia hanno dimostrato una netta superiorità di quest'ultima nel controllo locale della malattia. Quando non esistono controindicazioni l'anestesia generale è preferibile in quanto consente sia il trattamento

del tumore primitivo che la dissezione ascellare.

Nei casi in cui il rischio operatorio risulti elevato il trattamento chirurgico può essere limitato alla sola tumorectomia in anestesia locale. In oltre il 70% dei casi l'utilizzo di anestesia locale +/- sedazione è attuabile e consigliabile.

Le indicazioni al trattamento conservativo e demolitivo sono sovrapponibili a quelle delle pazienti più giovani ma devono tener conto della possibilità per la paziente, in caso di terapia conservativa, di poter accedere al trattamento radioterapico adiuvante (pazienti disabili o portatrici di importante comorbidità). In pazienti di età molto avanzata le indicazioni al trattamento radioterapico devono essere valutate caso per caso in funzione del rischio di recidiva locale e dell'aspettativa di vita. Nella scelta dell'intervento bisogna considerare la qualità della vita, le condizioni socio-familiari, e il profilo emotivo e psicologico. Nella donna anziana, alla base del desiderio di poter conservare il seno e quindi di mantenere al massimo la propria integrità fisica, ci sono forti motivazioni psicologiche.

Nell'approccio al carcinoma mammario in stadio iniziale l'intervento conservativo di quadrantectomia (BCS) seguito da radioterapia (RT) sulla ghiandola mammaria residua è considerato attualmente il trattamento standard.

Nello schema più convenzionale la radioterapia postoperatoria viene somministrata all'intera mammella in 5-6 settimane (WBI), fino alla dose totale di 45-50 Gy, cui segue, nella maggior parte delle pazienti, un sovradosaggio sul letto operatorio di 10-16 Gy, che prolunga ulteriormente il tempo globale di terapia di 1 o 2 settimane.

In casi selezionati nelle pazienti anziane può essere proposto il trattamento radioterapico intraoperatorio (IORT).

La procedura consiste nell'erogazione di una singola frazione direttamente durante l'atto chirurgico.

Dopo aver esciso il nodulo neoplastico si provvede allo scollamento di un ampio tratto di parenchima mammario circostante dalla parete toracica, e successivamente, al posizionamento al di sotto di dischi di piombo e alluminio, di diametro adeguato a quello dell'applicatore utilizzato, per schermare gli organi critici sottostanti. La breccia chirurgica viene quindi chiusa per ricostituire temporaneamente l'integrità della ghiandola mammaria e per misurarne lo spessore al fine di selezionare l'energia degli elettroni più appropriata. La IORT permette di erogare una singola frazione ad alto dosaggio.

I requisiti che devono essere soddisfatti sono i seguenti: età (48-75 anni), menopausa, diagnosi clinica e strumentale di lesione unica di diametro minore uguale a 2.5 cm, diagnosi istologica di carcinoma infiltrante con buone caratteristiche biologiche, assenza di estesa componente intraduttale (EIC), nessun trattamento precedente del tumore, né medico né chirurgico. La IORT permette di ridurre i campi di irradiazione al

solo quadrante mammario inizialmente coinvolto e riduce in modo significativo la durata della radioterapia.

Ciò permette di superare alcune difficoltà, quali l'accessibilità ai centri di radioterapia, l'impatto socio-economico sulla vita lavorativa e sulle abitudini di vita delle pazienti.

In altre parole, la IORT sembra avere un impatto positivo sulla qualità di vita.

Nei casi in cui invece è necessario ricorrere alla mastectomia, la maggior parte delle donne anziane preferisce ricorrere alla protesi esterna, piuttosto che alla ricostruzione del seno. Le ragioni di questa scelta sono dovute principalmente alla preoccupazione legata alla maggiore durata dell'anestesia e al timore di un aumento del rischio di complicanze. In realtà, però, l'età avanzata non rappresenterebbe un fattore in grado di escludere la possibilità della ricostruzione. Un gruppo di ricercatori della Pritzker School of Medicine di Chicago ha identificato quasi 41 100 donne sottoposte a mastectomia tra il 2005 e il 2012. Di queste circa 11 800 pazienti erano poi state sottoposte all'intervento di ricostruzione. Confrontando le percentuali di complicanze rilevate tra le donne più giovani (il 39.5% delle quali s'è sottoposta alla ricostruzione del seno operato) e quelle più anziane (appena il 10.8% operate), è emerso un rischio operatorio comparabile: pari al 5.2% (under 65) e al 6.8% (over 65).

Per quanto riguarda il trattamento chirurgico dell'ascella valgono le stesse regole stabilite per le pazienti più giovani; nelle pazienti con carcinoma invasivo e linfonodi clinicamente negativi o con linfonodi clinicamente sospetti ma con successivo agoaspirato negativo, indipendentemente dall'età, dovrebbe essere considerata la dissezione selettiva del linfonodo sentinella. Pertanto nelle donne anziane con ascella clinicamente N0 è consigliata la dissezione selettiva del linfonodo sentinella. La dissezione completa del cavo

ascellare deve essere eseguita solo nelle pazienti con linfonodo sentinella positivo per macrometastasi. Due studi clinici randomizzati hanno confrontato lo svuotamento del cavo ascellare con la non esplorazione del cavo ascellare in donne anziane con carcinoma mammario e cavo ascellare clinicamente negativo. La maggioranza delle pazienti aveva tumori ER-positivi e tutte ricevevano ormonoterapia (tamoxifene) per 5 anni. Il mancato svuotamento del cavo ascellare non ha avuto un effetto negativo sulla sopravvivenza ed è stata segnalata una bassa incidenza di recidive ascellari.

Il trattamento chirurgico rimane lo standard terapeutico e terapie alternative dovrebbero essere riservate a quelle pazienti con comorbidità severa o che rifiutano l'atto chirurgico. L'età avanzata di per sé non è infatti un fattore di rischio per il trattamento chirurgico, ed il principale fattore che influenza la morbilità e la mortalità chirurgica è la presenza di patologie concomitanti.

I dati derivanti da diversi studi hanno evidenziato che la chirurgia seguita da tamoxifene è superiore, in termini di sopravvivenza libera da malattia e di tempo alla progressione, al solo tamoxifene, sebbene tale approccio non modifichi la sopravvivenza globale. La sola chirurgia rispetto al solo tamoxifene determina un significativo vantaggio in termini di sopravvivenza libera da progressione di malattia, per il maggior controllo locale, senza differenze in termini di sopravvivenza globale, la stessa cosa è stata riportata con la chirurgia associata a tamoxifene rispetto al solo tamoxifene. Poiché la sopravvivenza libera da malattia e la qualità di vita sono i principali end points del trattamento del tumore della mammella nella paziente anziana, un trattamento esclusivamente ormonale può comunque trovare indicazione nelle donne anziane con tumori ormonoresponsive con scadenti condizioni generali o che rifiutano la chirurgia.

Risponde il radioterapista

Stefano Spagnesi

Unità Operativa di Radioterapia, Azienda Ospedaliera Università Pisana



Gli studi randomizzati controllati rappresentano il goal standard nella pratica della medicina basata sulla evidenza. Purtroppo in questi studi i pazienti anziani sono una popolazione scarsamente rappresentata. Recentemente sono stati condotti un crescente numero di studi randomizzati con l'obiettivo di definire le strategie terapeutiche proprio nelle pazienti anziane.

Dopo intervento di chirurgia conservativa per

neoplasia della mammella in stadio precoce, la radioterapia postoperatoria, associata ad appropriata terapia sistemica, è in grado di ridurre in maniera significativa sia il rischio assoluto di recidiva locale di malattia a 5 anni che il rischio assoluto di mortalità cancro-specifica a 15 anni. Questa riduzione si riscontra proporzionalmente in tutte le pazienti, indipendentemente dall'età, sebbene il rischio di ricaduta

locale sia risultato minore nelle pazienti anziane (1).

Inoltre, nelle pazienti anziane non è stato evidenziato alcun incremento significativo della tossicità legata al trattamento radiante (2) per cui, nei soggetti in buone condizioni generali, la radioterapia a frazionamento convenzionale con sovradosaggio nel letto operatorio rappresenta tutt'oggi il trattamento standard dopo chirurgia conservativa. Nella prescrizione di un ciclo di radioterapia, oltre alle condizioni generali della paziente, devono essere tenuti comunque in considerazione diversi fattori tra cui aspettativa di vita, rischio di mortalità legato alle comorbidità (specie cardio-vascolari) ed effettivo rischio di recidiva locale (3).

Sebbene di solito ben tollerato e senza complicanze tardive, grazie anche alle moderne tecniche di irradiazione, il vero e principale inconveniente del trattamento radiante post-operatorio rimane il tempo necessario al suo completamento.

Sarebbe pertanto estremamente utile poter identificare un sottogruppo di pazienti trattati con chirurgia conservativa nei quali possa esser omessa la radioterapia adiuvante.

Nell'ultimo ventennio sono stati condotti diversi studi randomizzati per rispondere a questa esigenza, ma sfortunatamente la maggior parte di questi trials non è riuscita ad identificare un sottoinsieme di pazienti «a rischio favorevole» che possono esser esentati dal trattamento radiante (4).

In questo contesto e per rispondere al quesito «può esser omesso un trattamento di radioterapia postoperatoria dopo intervento conservativo in un ben definito gruppo di pazienti anziane?», nasce lo studio *PRIME 2* (Post-operative Radiotherapy In Minimum-risk Elderly), condotto tra il 2003 ed il 2009 e pubblicato nel 2013 (5). Questo trial ha arruolato 1326 pazienti di età maggiore od uguale a 65 anni, con malattia ormonoresponsiva a basso grading, margini ed ascella negativi, tutte sottoposte a terapia ormonale. Endpoint primario dello studio è stato valutare la percentuale di ricadute locali di malattia ipsilaterale. Ad un follow-up di 5 anni, sono ricadute l'1,3% delle 658 pazienti randomizzate a ricevere un trattamento radioterapico contro 4,1% delle 668 pazienti che invece sono rientrate nel braccio «no radioterapia». Gli autori hanno inoltre constatato che non sono state riscontrate differenze statisticamente significative a 5 anni tra chi ha ricevuto radioterapia e chi non, per quanto riguarda la sopravvivenza complessiva (97% vs 96.4%), la ricaduta in sede linfonodale omolaterale (1.5% vs 0.8%), o nella mammella controlaterale (0.5% vs 0.7%). Alla luce dei risultati dello studio in questione il commento dell'autore (Ian Kunkler) è stato «... per ogni 100 pazienti sottoposte a radioterapia, una di esse svilupperà comunque una recidiva locale, quattro avranno ricevuto un trattamento veramente preventivo, mentre 95 pazienti avranno ricevuto un trattamento non necessario...».

Secondo l'autore questa considerazione si basa sul fatto che una volta erogato un trattamento radiante, nel caso in cui si sviluppi successivamente una recidiva locale di malattia, un reirradiazione della mammella già trattata non può più esser effettuata. Pertanto in questa evenienza risulterebbe più vantaggioso, in termini di impegno per le pazienti e di costi sociali, affrontare un nuovo intervento chirurgico di asportazione della recidiva di malattia per solo quelle «cinque» pazienti ricadute, che poi sarebbero ovviamente sottoposte a radioterapia, piuttosto che estendere l'indicazione al trattamento adiuvante di principio a tutta l'intera popolazione delle pazienti arruolate nello studio.

Nelle donne anziane affette da neoplasia della mammella, sottoposte a chirurgia conservativa e con malattia a prognosi favorevole, il solo Tamoxifene costituisce pertanto una valida opzione terapeutica.

Nonostante gli studi controllati abbiano confermato un beneficio seppur minimo in termini di controllo locale, questo non ha comportato di fatto un cambiamento nella comune pratica clinica quotidiana. Da una analisi statistica tratta dai database americani (SEER database) condotto recentemente su 40000 donne di età maggiore di 70 anni, affette da neoplasia della mammella in stadio precoce, risulta che circa il 61% di esse riceve ancora un trattamento radioterapico rispetto al 68% di quelle trattate precedentemente alla pubblicazione di questi studi (6).

Opzioni particolarmente vantaggiose per le pazienti anziane sono rappresentate dal trattamento radiante della mammella in toto con frazionamenti non convenzionali (ipofrazionamento) o dall'irradiazione parziale della mammella. Entrambe queste metodiche non costituiscono lo standard attuale di trattamento per il tumore alla mammella, ma nella paziente anziana e in casi selezionati trovano un valido razionale di utilizzo.

L'*ipofrazionamento* è una tecnica che riduce i tempi complessivi di trattamento di circa la metà (3 settimane invece di 5-6 settimane) garantendo le stesse percentuali di controllo locale e di risultati cosmetici rispetto ai trattamenti standard. Trova il suo fondamento sull'ipotesi che, dal punto di vista radiobiologico, le cellule del tumore mammario sono sensibili alle alte dosi per frazione. Questa metodica costituisce un vantaggio sia per gli operatori (pianificazione delle terapie oncologiche) che per le pazienti (maggiore probabilità di controllo locale di malattia, minori costi sociali, minor impegno soprattutto nelle donne con limitazioni della mobilità o residenze lontano dai centri di Radioterapia). Diversi studi randomizzati hanno valutato l'efficacia del frazionamento della dose di radioterapia con l'erogazione di frazioni da 2.6-3.3 Gy ciascuna ad intervalli di 3-5 sedute settimanali per complessive 13-16 sedute (7,8,9). Non è stata evidenziata né un incremento della tossicità tardiva né una riduzione in termini di controllo locale di malattia.



Non possono esser ancora tratte conclusioni definitive in merito ai rischi e benefici di un trattamento ipofrazionato rispetto allo standard, comunque ad oggi nel Regno Unito, in Canada e nelle nuove linee guida Nord Americane per la paziente anziana l'ipofrazionamento è stato già accettato come trattamento alternativo a quello standard.

L'irradiazione parziale della mammella (PBI) trova il suo rationale principalmente nel fatto che la maggior parte delle recidive locali (85%) si verificano nel quadrante mammario dove era localizzata la neoplasia primitiva, indipendentemente dal fatto che la paziente sia stata sottoposta o meno a RT. Pertanto se vogliamo considerare la ricomparsa omolaterale della neoplasia al di fuori del quadrante interessato come un secondo tumore piuttosto che una recidiva locale, è probabile che la irradiazione del solo quadrante sede del tumore non comprometta la possibilità di controllo locale.

Diverse sono le tecniche di trattamento, che vanno dall'utilizzo di radiazioni a fasci esterni (fotoni o protoni), alle tecniche di Brachiterapia Interstiziale e di Radioterapia Intraoperatoria (IORT). La IORT è particolarmente interessante come proposta terapeutica da offrire alle pazienti anziane in quanto esplica la sua efficacia in un'unica seduta erogata durante l'intervento chirurgico, mediante utilizzo di Acceleratore dedicato, ottimizzando pertanto al massimo l'impegno temporale delle pazienti. La tolleranza è generalmente ottima, così come la cosmesi. Visti i risultati favorevoli in termini di controllo locale di malattia raggiunti con questa metodica e pubblicati in 2 grossi studi, uno americano (TARGIT-A) (10) ed uno italiano (ELIOT) (11), che hanno arruolato donne sia in pre- che in post-menopausa, attualmente è in corso uno studio tedesco che vuol testare l'efficacia di un trattamento intraoperatorio proprio su una popolazione di pazienti con malattia in stadio limitato e con

età maggiore od uguale a 70 anni (TARGIT-E) (12).

Dal mio punto di vista, l'evidenza per una irradiazione parziale della mammella nelle pazienti anziane non è sufficientemente robusta da poter esser considerata una terapia standard. Questa metodica potrebbe comunque esser utilizzata al di fuori di studi clinici controllati per quelle pazienti per le quali un trattamento di radioterapia a frazionamento standard (durata 4-5 settimane) comporti particolari difficoltà. Le pazienti dovrebbero comunque essere correttamente informate sulla comprovata efficacia di un trattamento di radioterapia convenzionale.

Per quanto riguarda invece le *pazienti anziane affette da malattia in forma localmente avanzata* ad alto rischio dopo intervento di mastectomia radicale, come per le giovani, si pone di necessità l'indicazione al trattamento radioterapico. L'età avanzata, la maggiore presenza di co-morbidità di grado spesso anche severo e le difficoltà logistiche ne riducono di fatto l'esecuzione a circa la metà delle pazienti candidate.

In ultima analisi, la revisione dei dati emersi dalla letteratura ci consente di ottenere alcune indicazioni sulla corretta modalità di trattamento, in ambito radioterapico, delle neoplasie delle pazienti anziane, che fondamentalmente non si discosta da quella delle pazienti di qualsiasi età. Vi è senza dubbio, alla base dell'elaborazione di ogni singola strategia terapeutica, la necessità di una adeguata valutazione geriatrica delle pazienti che rende imprescindibile una concertazione interdisciplinare tra la figura del radioterapista oncologo e quella del geriatra. Conseguenza di ciò è che la paziente anziana «fit» (fragile), ove in condizione di poter accedere a trattamenti radioterapici improntati allo standard delle dotazioni tecnologiche e professionali, possa giovare dell'efficacia dei trattamenti radioterapici, non solo a dosaggi e scopi palliativi, in maniera non difforme dalla paziente giovane.

Bibliografia

- (1) Clarke M., Collins R., Darby S. *et al.* (2005), *Effects of radiotherapy and of differences in the extent of surgery for early breast cancer on local recurrence and 15-year survival: an overview of the randomized trials*, *Lancet*, 366 (2087): 106.
- (2) Williams L.I., Kunkler I.H. *et al.* (2015), *A randomised controlled trial of post-operative radiotherapy following breast-conserving surgery in a minimum-risk population. Quality of life at 5 years in the PRIME trial*, *Health Technol Assess*, 12: i-xi, 1-57.
- (3) Cutuli B. (2009), *Breast cancer irradiation in elderly*, *Cancer Radiother*, 6-7: 615-622.
- (4) Hughes K.S., Schnaper L.A., Berry D. *et al.* (2004), *Lumpectomy plus Tamoxifene with or without irradiation in women 70 years of age or older with early breast cancer*, *N. Engl. J. Med*, 351: 971-977.
- (5) Kunkler I.H., Williams L.W., Jack W. *et al.* (2013), *The Prime II Trial: wide local excision and adjuvant hormonal therapy +/- post-operative whole breast irradiation in women ≥ 65 years with early breast cancer managed by breast conservation*. Abs S2-01 presented at the San Antonio Breast Cancer Symposium, San Antonio, TX USA. December 10-14, 2013.
- (6) Smith B.D., Haffty B.G., Smith G.L. *et al.* (2008), *Use of post-mastectomy radiotherapy in older women*, *Int J Radiat Oncol Biol Phys*, 71: 98-106.
- (7) Agrawal R.K. *et al.* (2011), *First results of the randomised FAST trial of radiotherapy hypofractionation for treatment of early breast cancer*, *Radiother. Oncol.*, Jul, 100 (1).
- (8) Bentzen S.M. *et al.* (2008), *The UK Standardisation of Breast Radiotherapy (START) Trial B of radiotherapy hypofractionation for treatment of early breast cancer: a randomised trial*, *Lancet*, 371: 1098-1107.
- (9) Whelan T.J. *et al.* (2010), *Long term results of hypofractionation radiation therapy for breast cancer*, *N Engl J Med*, 362: 313-320.
- (10) Vaidya J.S., Joseph D.J., Tobias J.S. *et al.* (2010), *Targeted intraoperative radiotherapy versus whole breast radiotherapy for breast cancer (TARGIT-A trial): an international, prospective, randomised, non-inferiority phase 3 trial*, *Lancet*, 376: 91-102.
- (11) Veronesi U., Orecchia R., Luini A. *et al.* (2010), *Intraoperative radiotherapy during breast conserving surgery: a study on 1,822 cases treated with electrons*, *Breast Cancer Res Treat*, 124: 141-151.
- (12) Wenz F. *et al.* (2014), *Prospective Phase II Study of Intraoperative Radiotherapy (IORT) in Elderly Patients With Small Breast Cancer (TARGIT-E)*, *ClinicalTrials.gov*, November.

Rispondono gli oncologi: la chemioterapia

Claudia De Angelis¹, Ilaria Ferrarini², Ilaria Bertolini¹,
Lucrezia Diodati¹, Andrea Fontana³

¹ Specializzanda nella U.O. Oncologia Medica 2 Universitaria dell'AOUP

² Specialista nella U.O. Oncologia Medica 2 Universitaria dell'AOUP

³ Dirigente Medico di I livello presso la U.O. Oncologia Medica 2 Universitaria dell'AOUP



La definizione di «paziente anziano» è sempre molto difficile in medicina ed in oncologia in particolare. Negli studi clinici che portano alla valutazione ed all'utilizzo dei vari farmaci chemioterapici spesso il limite di età per considerare un individuo anziano è stimato essere oltre i 65 anni di età. Questa definizione tuttavia non tiene conto delle varie comorbidità che possono rendere una persona più fragile indipendentemente dall'età anagrafica. D'altra parte una persona ultra settantacinquenne in ottime condizioni generali potrebbe essere in grado di sostenere lo stesso trattamento di una persona molto più giovane. L'età biologica è sicuramente un parametro che le linee guida nazionali ed internazionali considerano marginalmente ma che nella pratica clinica quotidiana risulta essere essenziale.

Studi clinici dimostrano che il 40% dei tumori

mammari sia diagnosticato in un'età pari o superiore a 65 anni. L'età rappresenta il principale fattore di rischio d'insorgenza di tumore mammario. Considerando che nel 2030 circa il 20% della popolazione mondiale avrà un'età pari o superiore a 65 anni, si prevede, un incremento di incidenza di tutte le patologie età-correlate, quindi anche dei tumori mammari.

Dati disponibili in letteratura dimostrano che le pazienti anziane con diagnosi di tumore mammario siano «sottotrattate»; ciò è legato alla presenza di comorbidità, a un peggior Performance Status, alla ridotta aspettativa di vita, alla paura di un peggioramento della qualità di vita con le terapie farmacologiche. La scelta di non iniziare trattamento in una piccola percentuale dei casi rappresenta la volontà del paziente o dei suoi familiari. Mancano, ad oggi, evi-

denze in letteratura circa l'efficacia dei trattamenti in questo gruppo di pazienti perché sono poco rappresentati all'interno degli studi clinici.

Quando il medico oncologo si trova dinanzi ad una paziente anziana con diagnosi di tumore mammario la domanda fondamentale è quale sia l'aspettativa di vita e quali le comorbidità che potrebbero essere tendenzialmente più rilevanti rispetto al tumore mammario.

Nel tumore mammario in stadio avanzato l'aspettativa di vita della paziente è strettamente correlata al tumore. Nel tumore mammario in stadio iniziale la sopravvivenza è tumore-correlata in base al rischio della malattia.

Se una paziente anziana è stata operata radicalmente per una neoplasia di piccolo diametro, con un'elevata espressione dei recettori ormonali, HER2 negativo e senza coinvolgimento linfonodale (tutti indice di buona prognosi) è molto probabile che il «peso» clinico della diagnosi oncologica sia inferiore alle probabili comorbidità. In questo sottogruppo di pazienti è discutibile il beneficio della terapia e spesso può essere presa in considerazione anche solo una sorveglianza clinico-strumentale. In questi casi è fondamentale il colloquio con la paziente ed i familiari circa i rischi e benefici di una eventuale terapia ormonale. In questa peculiare situazione il trattamento chemioterapico viene escluso indipendentemente dall'età anagrafica della paziente.

Se, invece, ci troviamo di fronte una paziente con tumore mammario operato a rischio più elevato, con bassa espressione dei recettori ormonali magari con iperespressione di HER2 e con coinvolgimento linfonodale il rischio di recidiva e la sopravvivenza della paziente è strettamente correlata alla patologia neoplastica. Questo è il sottogruppo di pazienti da candidare a terapia sistemica e quindi a chemioterapia in associazione ad ormonoterapia e nel caso di positività do HER2 anche a trastuzumab (anticorpo monoclonale anti HER2).

Tra le terapie adiuvanti oggi disponibili la chemioterapia mette, particolarmente, in crisi la capacità decisionale del medico oncologo.

La decisione terapeutica va valutata caso per caso e va implementata, soprattutto nei pazienti «fragili», con la scala di Valutazione Multidimensionale Geriatrica che prende in considerazione il numero e il tipo di comorbidità della paziente, la terapia farmacologia domiciliare, lo stato cognitivo, lo stato psicologico, lo stato nutrizionale, lo stato funzionale cioè la valutazione del grado di autonomia della paziente nelle attività della vita quotidiana (lavarsi, vestirsi, alimentarsi) e nelle attività strumentali (uscire, fare la spesa, pulire casa). La scala di Valutazione Multidimensionale Geriatrica analizzando la paziente in tutti i suoi aspetti, permette di migliorare la compliance e la tollerabilità ai trattamenti, la qualità di vita e la sopravvivenza.

La società Internazionale di Oncologia Geriatrica e la Società Europea dei medici oncologi specialisti nel tumore mammario raccomandano, pertanto, di utiliz-

zare nella decisione terapeutica non solo l'età ma anche la Scala di Valutazione Multidimensionale Geriatrica.

Sappiamo quanto la chemioterapia adiuvante, oltre che lo screening, abbia contribuito alla riduzione della mortalità del tumore mammario.

La chemioterapia adiuvante è efficace in tutte le fasce d'età, anche nella popolazione anziana. Studi dimostrano che l'uso della chemioterapia adiuvante si sia più che raddoppiato dagli anni '90 in poi facendo cadere il tabù «età avanzata = no chemioterapia». Tali studi dimostrano che la chemioterapia adiuvante migliora la sopravvivenza nella paziente in età avanzata soprattutto nella patologia a più alto rischio.

Il trattamento chemioterapico oggi più efficace si basa sull'uso di antracicline e taxani, farmaci che però non sono privi di tossicità. Le antracicline aumentano il rischio di insorgenza di insufficienza cardiaca congestizia e l'età e il numero di comorbidità rappresentano fattori di rischio indipendenti. La dose limite delle antracicline oltre la quale il rischio di eventi cardiaci aumenta in maniera esponenziale si riduce con l'aumentare dell'età. L'uso delle antracicline in età avanzata, inoltre, si correla con un'aumentata incidenza di sindromi mielodisplastiche.

Il medico oncologo può avvalersi anche di regimi «liberi da antracicline», utilizzando esclusivamente taxani che sembrerebbero essere sicuri e efficaci in questo gruppo di pazienti anche se analisi retrospettive dimostrano che questa classe di chemioterapici è associata ad un'aumentata incidenza di rinvii e/o riduzione della dose, ospedalizzazioni e interruzioni di trattamento per l'insorgenza di tossicità ematologiche (neutropenia e neutropenia febbrile) e non ematologiche (mucosite, fatigue e perdita di appetito).

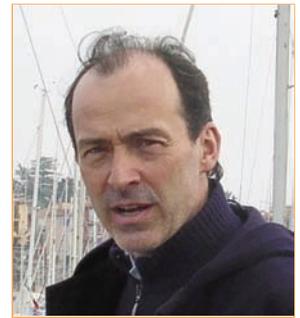
Nel tumore mammario HER2 positivo la paziente anziana potrebbe essere candidata a un farmaco «a bersaglio molecolare» Trastuzumab, anticorpo monoclonale che si lega al recettore HER2 impedendone la proliferazione della cellula neoplastica che in molti studi ha dimostrato di ridurre il rischio di recidiva in modo considerevole. Questo farmaco, però, è gravato da una tossicità cardiaca che consiste in una riduzione della funzione ventricolare reversibile in meno del 5% dei casi. Studi dimostrano che la probabilità che si verifichi tale evento incrementa con l'aumentare dell'età, dei fattori di rischio cardiovascolari (ipertensione, ipercolesterolemia, diabete, fumo) e se il paziente è stato, precedentemente, sottoposto a terapia a base di antracicline.

In conclusione la paziente anziana con diagnosi di tumore mammario operato ad alto rischio può essere candidata a chemioterapia. La chemioterapia adiuvante seppure efficace, è gravata da diversi effetti collaterali e la decisione terapeutica non deve basarsi solo sull'età ma deve essere integrata con la valutazione multidimensionale geriatrica, cercando di collaborare laddove possibile con il medico geriatra. Tale decisione deve essere, in ogni caso, condivisa con il paziente e i suoi familiari.

L'aspettativa di vita influenza le terapie ormonali del carcinoma della mammella?

Andrea Michelotti

U.O. Oncologia medica I - Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana



Come cambiano i trattamenti che utilizziamo nelle nostre pazienti affette da carcinoma della mammella in base all'età? La terapia medica antiblastica prevede oggi una serie di trattamenti che comprendono la classica chemioterapia, le terapie antiestrogeniche (classicamente definite come endocrinoterapia o ormonoterapia) e i trattamenti cosiddetti biologici o «target therapy» di ultima generazione. In questo mio breve contributo mi limiterò a considerare le terapie endocrine e cercherò per quanto possibile di chiarire alcuni aspetti di questi trattamenti, soprattutto per le nostre pazienti e per i loro familiari che spesso vedo leggere con interesse «Sassi e Piume».

I trattamenti antiestrogenici hanno rappresentato la prima forma di terapia del carcinoma della mammella. Già alla fine dell'ottocento un medico inglese di nome George Beatson per primo intuì, in maniera del tutto empirica, la possibilità di trattare delle pazienti con carcinoma della mammella mediante l'asportazione delle ovaie. Ottenne in tal modo regressioni di metastasi in pazienti affette da carcinoma mammario. L'asportazione delle ovaie rappresentò la prima forma di manipolazione endocrina della storia, benché ottenuta attraverso una procedura chirurgica. L'ablazione ovarica può oggi essere ottenuta con la chirurgia o mediante radioterapia. È anche possibile sopprimere la funzione ovarica attraverso una manipolazione farmacologica reversibile. L'ablazione e la soppressione ovarica mantengono la loro validità e rappresentano ancora un cardine dell'endocrinoterapia del carcinoma mammario. All'ovariectomia si sono poi aggiunti altri trattamenti antiestrogenici che agiscono secondo due meccanismi principali: inibendo l'effetto degli estrogeni a livello del tumore (Tamoxifen, Fulvestrant), inibendo la sintesi degli estrogeni (inibitori dell'aromatasi quali anastrozolo, letrozolo ed exemestane).

Una prima domanda che una paziente si potrebbe porre è la seguente: visto che parliamo di pazienti in menopausa, che senso ha utilizzare delle terapie antiestrogeniche? In realtà la menopausa rappresenta una fase non fertile della vita di una donna nella quale non vi è una cessazione dell'attività ovarica come ghiandola endocrina. Durante la menopausa la donna assume un diverso assetto ormonale ma persiste la produzione di estrogeni sia pure in misura ridotta e senza quella ciclicità che caratterizza invece il periodo fertile. Inoltre gli estrogeni continuano ad essere prodotti a

livello tissutale, in particolare a livello del tessuto adiposo e da parte delle ghiandole surrenaliche. Utilizzare trattamenti endocrini ha quindi un senso anche durante la menopausa. In pazienti postmenopausali si utilizzano sia il tamoxifen che gli inibitori dell'aromatasi. Quando parliamo di endocrinoterapia per il carcinoma mammario non intendiamo quindi la somministrazione di estrogeni ma bensì proprio l'opposto. L'effetto antitumorale di queste terapie risiede proprio nella sua capacità di opporsi all'azione degli estrogeni. Niente a che vedere con le terapie sostitutive con estrogeni nella donna in menopausa.

Un'altra domanda che spesso le pazienti ci fanno è il perché in alcuni casi la terapia endocrina non viene prescritta dall'oncologo. Ovvero: la terapia endocrina va bene per tutte le pazienti? Un aspetto di grande importanza, compreso dopo molti anni dall'introduzione delle terapie endocrine, è stato capire che tali trattamenti sono utile solamente in certi tipi di tumore della mammella. Si tratta di quei tumori che esprimono recettori per gli estrogeni e/o per il progesterone. Un tempo la endocrinoterapia era per tutte le pazienti. Ad un certo momento si è visto invece che questa funziona solo in quelle pazienti che hanno una neoplasia le cui cellule esprimono recettori per gli estrogeni e/o per il progesterone. Intendiamoci bene: non necessariamente una neoplasia che esprime recettori ormonali è sensibile alla deprivazione estrogenica, è però vero che solo le pazienti con neoplasie con recettori ormonali positivi possono trarre vantaggio da tali trattamenti. Si è trattato di un passaggio molto importante perché abbiamo potuto riservare questi trattamenti solo alle pazienti potenzialmente sensibili. Si è scorporato dalla totalità delle pazienti circa un 30%. Questo vuol dire evitare una terapia sicuramente inutile al 30% circa delle nostre pazienti con carcinoma mammario in post menopausa. La terapia endocrina ha costituito pertanto la prima terapia bersaglio specifica già a partire dalla fine degli anni '80 del secolo scorso, ben prima dell'introduzione delle attuali terapie bersaglio specifiche.

Noi utilizziamo l'endocrinoterapia in due distinte situazioni. La prima è rappresentata dalle pazienti con malattia in atto: in questi casi la terapia è obbligata dalla presenza della malattia e difficilmente questa può essere esclusa, indipendentemente dall'età della paziente. Nell'altra categoria sono invece incluse le pazienti in cui il trattamento è usato a scopo precauzionale. Si

tratta cioè di quelle pazienti operate e potenzialmente guarite dalla sola chirurgia dove l'endocrinoterapia si usa allo scopo di ridurre il rischio di una potenziale recidiva. In questo caso, trattandosi di una paziente potenzialmente guarita, l'uso del trattamento endocrino precauzionale è sottoposto ad alcune limitazioni. La terapia endocrina non è gravata da eventi avversi paragonabili come importanza a quelli provocati dalla chemioterapia, ma la lunga durata del trattamento può comunque limitarne l'uso. Attualmente per noi oncologi piuttosto che l'età anagrafica è importante l'età biologica o la presenza di patologie associate che possano rendere la paziente più vulnerabile a possibili eventi avversi legati al trattamento ormonale. I farmaci che utilizziamo nelle terapie precauzionali sono di due tipi: il tamoxifen e gli inibitori dell'aromatasi (letrozolo, anastrozolo, exemestane). Gli studi di confronto tra tamoxifen e inibitori dell'aromatasi (AI) hanno mostrato un modesto vantaggio a favore degli AI. Per questo motivo la tendenza oggi è quella di iniziare la terapia precauzionale con uno dei 3 AI disponibili. In realtà è possibile utilizzare anche delle sequenze di AI seguito da tamoxifen o viceversa, oppure anche il solo tamoxifen. Infatti il trattamento viene scelto e modificato oltre che sulla base dell'efficacia, anche in base agli eventi avversi potenziali o effettivamente osservati in una paziente. È noto che il tamoxifen tra gli innumerevoli e possibili eventi avversi è in grado di aumentare, sia pur lievemente, il rischio di carcinoma dell'endometrio e quindi obbliga a controlli ginecologici frequenti. Saremo quindi più portati ad utilizzare il tamoxifen in pazienti già isterectomizzate per altri motivi. Lo stesso tamoxifen aumenta il rischio di trombo-embolie in misura superiore a quella degli AI, per cui cercheremo di evitare questa terapia specialmente in pazienti molto anziane, con pregressi eventi trombotici nella storia clinica o con quadro di insufficienza venosa agli arti inferiori. Diversamente gli AI hanno tra i vari eventi avversi la possibilità di incrementare i dolori osteo-articolari e la rigidità mu-



scolare. Quando questo effetto dovesse condizionare la qualità del vita della paziente dovremmo considerare la possibilità di passare a tamoxifen.

In conclusione: come incide l'età nella scelta di trattare una paziente? Considerando che l'effetto delle terapie precauzionali richiede un periodo di trattamento di alcuni anni, è evidente che in una paziente molto anziana, in considerazione del rischio di morte dovuto ad altre cause, anche una modesta tossicità andrà tenuta di conto. Diversamente in una paziente più giovane senza comorbidità e con una maggiore aspettativa di vita è pensabile che alcune tossicità legate al trattamento possano ancora essere accettate al fine di ottenere un vantaggio in efficacia. In ogni caso la decisione finale è sempre quella che scaturisce da una franca discussione tra l'oncologo e la paziente. Ad eccezione delle pazienti veramente molto anziane la terapia endocrina viene sempre o quasi sempre proposta. Il problema è semmai quello della scelta del farmaco, e di ridurre al massimo l'impatto sulla qualità di vita della paziente. Molto importante resta una corretta informazione e un atteggiamento proattivo dell'oncologo al fine di personalizzare il più possibile i trattamenti disponibili, riducendo gli eventi avversi e sfruttando al massimo i benefici in modo che il paziente si senta sempre supportato anche quando debba affrontare tossicità prolungate.

Terapia ormonale sostitutiva in menopausa e neoplasie: tra miti e realtà

Barbara Del Bravo

Specialista ambulatoriale USL Nord Ovest Pisa, U.O. Ostetricia e Ginecologia - Ospedale Lotti Pontedera



La menopausa, definita come la cessazione della ciclicità mestruale a seguito della perdita della funzione ovarica, non è una malattia, ma una tappa fisiologica importante nella vita di ogni donna ed è indiscutibil-

mente un evento naturale. Ma un evento naturale è sempre una cosa necessariamente positiva anche quando genera disagi o sintomi che vanno a peggiorare la salute e/o la qualità della vita delle donne?



Fino a meno di un secolo fa l'aspettativa di vita per le donne nel mondo occidentale coincideva pressappoco con l'età della menopausa, mentre oggi le donne passano oltre un terzo della loro vita in carenza di estrogeni con tutti i danni ed i problemi che tale condizione può generare a livello del sistema cardiovascolare, metabolico, neuropsichico, muscoloscheletrico e urogenitale.

Da questo deriva la necessità di avere a disposizione terapie efficaci e sicure per curare da una parte i sintomi correlati alla carenza di estrogeni che possono di volta in volta presentarsi (vampate di calore, disturbi del sonno e/o dell'umore, disturbi cardiovascolari, riduzione della memoria e dell'attenzione etc.), e dall'altra per prevenire i danni a lungo termine che questa carenza determina (osteoporosi, atrofia genitourinaria, decadimento delle funzioni cognitive...).

Ormai da molti anni sappiamo che la terapia più efficace a tale scopo è la terapia ormonale sostitutiva (TOS) come confermato dalle «Raccomandazioni della International Menopause Society (ISM) su salute delle donne e TOS» pubblicata su *Climateric* nel 2016.

È negli anni 80 che si comincia a parlare di TOS per la menopausa come dell'elisir di lunga vita: tutte le donne una volta arrivata la menopausa, a prescindere dall'età di insorgenza e dalla sintomatologia, sembrava dovessero iniziare la TOS e prostrarla all'infinito nel tempo.

Poi all'inizio del nuovo millennio ecco invece arrivare la doccia fredda con gli studi americani, primo fra tutti il Women Health Initiative (WHI), sugli effetti della TOS in donne tra i 50 e i 79 anni trattate con estrogeni coniugati equini ed un progestinico quale il medrossi progesterone acetato (MAP) per via orale. Lo studio, programmato per 8 anni è stato interrotto dopo 6 anni per risultati che denunciavano aumento di rischio cardiovascolare e di carcinoma mammario. A seguire, nel 2003 è stato pubblicato il Million Women Study in cui si ribadiva l'incremento di rischio di carcinoma mammario nelle utilizzatrici di TOS.

Dopo 14 anni dalla pubblicazione di questi risultati siamo ancora qui a discutere sulla «pericolosità» della terapia ormonale sostitutiva in post menopausa.

Ma è proprio vero che «fa così male» assumere estrogeni almeno per quelle donne con sintomi legati alla menopausa o che, ancor peggio, vanno in menopausa troppo precocemente?

E se sì, tutte le terapie sono ugualmente pericolose nell'aumentare il rischio di carcinoma? (estrogeni da soli o associati a progestinici, differenti dosaggi, diverse vie di somministrazione, uso di molecole alternative...).

Vediamo in primo luogo perché le donne vengono dal ginecologo dicendo che preferiscono star male ma che «assolutamente no ormoni»!!!

Di cosa hanno paura?

Nell'immaginario collettivo, sostenuto da un'in-

formazione troppo spesso approssimativa, superficiale e «scoopistica», gli ormoni e tra questi ovviamente gli estrogeni in prima linea (chi ha paura degli ormoni tiroidei?...) sono invariabilmente associati al cancro e soprattutto al cancro mammario.

Siamo tutti consapevoli della forza con cui i media condizionano i nostri comportamenti anche nelle scelte di salute (diete, integratori e chi più ne ha più ne metta!). Nel nostro caso il messaggio di una relazione diretta tra estrogeni e cancro ha creato una situazione di allarme per la quale molte donne hanno rinunciato ad utilizzare terapie che avrebbero migliorato la loro salute e di conseguenza la loro qualità di vita. A mio avviso occorre pertanto fare chiarezza sulla reale portata dei risultati delle pubblicazioni scientifiche e soprattutto sulla necessità di rendere i dati della scienza chiari e comprensibili non solo ai professionisti ma anche agli utilizzatori finali. Lo stesso numero, lo stesso concetto possono avere traduzioni profondamente diverse che condizionano poi le scelte individuali. Uno dei problemi cardinali, dopo la pubblicazione del WHI, è stata proprio la inadeguata lettura del «rischio relativo» da parte dei media. Per esempio, l'aumento del 26% del rischio relativo di cancro alla mammella nelle pazienti trattate con estrogeni e progestinico in questo studio, va tradotto nel rischio reale di meno di un caso in più per 1000 donne che per un anno effettuano la TOS. Questa, secondo le Società scientifiche è l'unica modalità con cui citare i dati: corretta nella sostanza ma insieme facile da capire per chi non sia ferrato in statistica, senza creare inutili allarmismi. Tuttavia, molti si chiedono: questo quasi 1 su mille è tanto o poco? Come intendere la «gravità» di questo numero? Su questo fronte è venuta in soccorso la task force del Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS). Nel 1998, questa associazione ha pubblicato una classificazione dei rischi, così da aiutare sia i professionisti della salute, sia i media, a interpretare correttamente i dati emersi dagli studi clinici. In questo contesto, i rischi vanno così «pesati»:

<1/1.000 = evento raro,

<1/10.000 = evento molto raro.

È quindi evidente che questa lettura consente di ridimensionare il problema e di classificare la maggioranza degli eventi avversi indotti dalla TOS come rari o molto rari. Intanto ciò che si è verificato è stato che, a fronte di una alta percentuale di donne in menopausa sintomatiche sia per sintomi vasomotori, disturbi psichici o del sonno, sintomi da distrofia genitourinaria, osteoporosi, alterazioni metaboliche, ipertensione, ipercolesterolemia, aumento di peso con distribuzione del grasso da ginoide (fianchi e glutei) ad androide (pancia), la percentuale di donne che accettano di fare TOS non supera il 3%. La motivazione è la paura del cancro al seno nella stragrande maggioranza dei casi.

Ma anche qui... è proprio di cancro che muoiono prevalentemente le donne? Se da una parte è vero che la menopausa è un momento della vita in cui l'incidenza di patologie tumorali è particolarmente elevata, con il tumore al seno che nelle donne fa la parte del leone seguito da colon retto e utero, è pur altrettanto incontestabile che la prima causa di morbilità e mortalità nel sesso femminile tra i 50 ed i 75 anni è la malattia cardiovascolare.

Se analizziamo i dati ISTAT sulla mortalità nel nostro paese al 2014 appare evidente come il 46% delle donne, di fatto una su due, muore per malattie cardiovascolari (infarti, trombosi, ictus) mentre il 4% muore per un tumore al seno. Durante tutto il periodo della vita fertile la donna è protetta dal rischio di soffrire di malattie cardiache ed arteriose grazie alla produzione di estrogeni. In questo periodo la possibilità di andare incontro ad un evento cardiaco è mediamente 6-10 volte inferiore a quella del maschio della stessa età. Con la cessazione della funzione ovarica, il ruolo protettivo esercitato dagli estrogeni scompare e, contemporaneamente, il rischio di ammalarsi di patologie cardiovascolari aumenta portandosi, per incidenza, allo stesso livello di quello che si ha negli uomini e per gravità spesso a livelli superiori. La prevenzione delle patologie cardiovascolari non è però al momento inclusa tra le indicazioni alla TOS, nonostante l'analisi dei dati più recenti della letteratura dimostri l'esistenza di un effetto sicuramente protettivo se l'uso degli estrogeni è iniziato precocemente (tra i 45 ed i 58 anni) con una riduzione del 52% del rischio cardiova-

scolare come dimostrato dai dati di uno studio danese su oltre 1000 donne trattate con TOS e pubblicato sul British Medical Journal.

In più, la scarsa percezione dell'importanza e gravità della patologia cardiovascolare nell'immaginario femminile porta a sottovalutare il peso che errati stili di vita hanno nel determinare la nostra salute (obesità, sedentarietà, fumo di sigaretta, dieta ricca di grassi saturi, abuso di alcool e carboidrati etc.).

Ma torniamo ai nostri ormoni. Sembra ormai esserci accordo unanime in letteratura sul fatto che l'uso di estrogeni da soli, anche per periodi di tempo prolungati dopo la menopausa, non determina alcun effetto sul rischio di tumore mammario. Persino il famigerato studio WHI ha evidenziato un rischio minore di carcinoma mammario con l'uso giornaliero di 0.625-mg di estrogeno equino coniugato rispetto al placebo; dato confermato da rigorosi studi prospettici controllati condotti sia in donne americane che danesi, che hanno utilizzato la terapia sostitutiva con soli estrogeni perché precedentemente isterectomizzate per varie patologie benigne.

Nel 2007 i dati pubblicati sul Breast Cancer Research su 3175 donne francesi in TOS transdermica con soli estrogeni non evidenziavano nessun aumento di rischio di carcinoma mammario nelle utilizzatrici dopo 9 anni.

Questa terapia può essere però utilizzata solo nelle donne precedentemente isterectomizzate perché altrimenti avremmo un aumentato rischio di carcinoma dell'endometrio, rischio completamente azzerato





dall'associazione con qualunque tipo di progestinico dal progesterone naturale per via vaginale ai vari progestinici orali.

La TOS combinata (estrogeni + progestinico) aumenta invece il rischio di carcinoma della mammella in maniera significativa solo dopo 5 anni di utilizzo; tale rischio aggiuntivo persiste per i 5 anni successivi alla sospensione e si azzerava dopo tale periodo. Il ruolo dei progestinici nel carcinoma della mammella è quindi oggi di grande attualità, anche se i dati appaiono ancora contrastanti, in particolare sul tipo di progestinico utilizzato (MAP, diidrogesterone, nomegestrolo, progesterone naturale micronizzato ecc.), sullo schema di trattamento, (sequenziale o combinato continuo), e sul tipo di terapia estrogenica associata (orale o transdermica). Nel 2008 sempre il Breast Cancer Research pubblica il dato sul MAP come progestinico di sintesi a maggior rischio per carcinoma mammario. Al contrario, studi francesi in cui vengono utilizzati trattamenti con estrogeni transdermici in associazione a progesterone naturale micronizzato sembrano evidenziare un aumento di rischio meno significativo. Una nuova strategia terapeutica è data dall'associazione di estrogeni col basedoxifene molecola che, come il tamoxifene che viene utilizzato nel trattamento del carcinoma mammario estrogeno sensibile, è un inibitore selettivo dei recettori estrogenici (SERM). Tale associazione consente di trattare efficacemente i sintomi menopausali e prevenire l'osteoporosi evitando l'uso dei progestinici anche nelle donne con utero, perché il basedoxifene contrasta gli effetti stimolatori che gli estrogeni hanno su questo tessuto.

Un ultimo dato importante è che non c'è differenza di mortalità per carcinoma mammario tra donne trattate e non trattate, il che indica sia la minore aggressività dei tumori diagnosticati in corso di TOS, sia il vantaggio della diagnosi precoce, trattandosi di donne in genere ben monitorate dal punto di vista clinico e mammografico. Un dato certo è invece la riduzione d'incidenza del carcinoma del colon retto nelle donne sottoposte a TOS come dimostrato in numerosi studi osservazionali e nel gruppo trattato dello studio WHI. Per quanto concerne il carcinoma dell'endometrio la TOS bilanciata non ne aumenta assolutamente il rischio. Infatti proprio la protezione dell'endometrio è al momento l'unica indicazione all'uso dei progestinici. I dati della letteratura scientifica riportati dimostrano come il tema del rapporto tra TOS e rischio di carcinoma della mammella sia estremamente controverso e a rischio di comportamenti non sufficientemente razionali.

Ecco perché mi sembra importante, a questo punto, riportare le ultimissime raccomandazioni della

ISM pubblicate nel 2016 per quanto concerne la salute delle donne in menopausa che devono rappresentare il riferimento più aggiornato per le nostre scelte:

- Disturbi legati ad un evento per quanto fisiologico come la menopausa, devono essere trattati se vanno a interferire negativamente sulla salute e sulla qualità della vita.
- La TOS rimane il trattamento di elezione per la cura dei sintomi vasomotori, dei disturbi dell'umore e del sonno, dei dolori muscoloscheletrici della distrofia genitourinaria e per la prevenzione e cura dell'osteoporosi postmenopausale, con effetto sul miglioramento della qualità della vita e della funzione sessuale delle donne.
- Non si può negare che la TOS aumenti il rischio di carcinoma della mammella anche se questo incremento è ormai definito come evento raro. Le considerazioni sulla TOS anche in relazione al rischio di carcinoma della mammella, devono far parte di una strategia globale che veda al primo posto un'attenzione agli stili di vita quale momento chiave nella prevenzione primaria di tale patologia: corretta alimentazione, attività fisica, riduzione del fumo, e dell'alcool. La messa in atto di adeguati stili di vita può di gran lunga compensare il piccolo incremento di rischio legato alla TOS
- In ogni caso la TOS deve essere «ritagliata su misura» in base alla storia personale e familiare della donna, alle sue esigenze e monitorata secondo precisi protocolli. Cio' che viene definita oggi la «personalizzazione del trattamento» è la chiave di volta per offrire ad ogni donna la possibilità di una cura efficace e sicura anche nel lungo periodo.
- Una donna che esegue controlli adeguati ha comunque maggiori possibilità di anticipazione diagnostica di un tumore: il tumore della mammella se diagnosticato in fase iniziale è guaribile nella quasi totalità dei casi.
- Le nuove terapie a base di estrogeni e basedoxifene sembrano rappresentare una prospettiva in grado di superare i rischi e le paure ad essi correlate.
- Un'attenzione particolare meritano le donne che, in maniera spontanea o iatrogena (tranne ovviamente le donne operate per carcinoma della mammella o dell'endometrio) vanno incontro a menopausa precoce prima dei 45 ed in particolar modo quelle prima dei 40 anni. In queste donne infatti mettere in atto una TOS è mandatorio a causa dell'altissimo rischio che hanno di andare incontro ad un evento cardiovascolare, a depressione e ad osteoporosi. La TOS ne riduce i rischi e deve essere protratta almeno fino all'età media della menopausa (50-51 anni).

Prevenzione e trattamento dell'osteoporosi indotta dagli inibitori dell'aromatasi

Ombretta Di Munno

Professore Associato di Reumatologia, Unità Operativa di Reumatologia, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale dell'Università di Pisa



Il carcinoma mammario è il tipo di tumore più frequente nella popolazione femminile (13%) ed il 70% dei casi sono diagnosticati nelle donne in postmenopausa. Si stima che una donna su otto svilupperà questo tipo di carcinoma nell'arco della sua vita e sebbene la sopravvivenza nel lungo termine sia sensibilmente aumentata, rimane purtroppo la seconda più importante causa di morte per carcinoma (1). Circa due terzi di tutti i carcinomi mammari sono ormono-dipendenti, il che significa che le cellule tumorali presentano recettori per gli estrogeni, per il progesterone o per entrambi gli ormoni. La terapia endocrina rappresenta pertanto una opzione importante nel trattamento adiuvante e può essere impostata su due differenti meccanismi: 1) impedire che le cellule tumorali interagiscano con i recettori degli estrogeni utilizzando i modulatori selettivi per tali recettori (SERMs) come il Tamoxifene e 2) inibire la conversione degli androgeni in estrogeni nei tessuti periferici attraverso gli inibitori dell'aromatasi (AIs), l'enzima responsabile di tale conversione (2).

Gli AIs di terza generazione (anastrozolo, letrozolo, exemestano), che riescono a bloccare per oltre il 98% la produzione di estrogeni, dal 2005 sono divenuti la terapia adiuvante standard nel trattamento del carcinoma mammario positivo per i recettori degli estrogeni nelle donne in postmenopausa, avendo dimostrato significativi effetti positivi sulla recidiva del carcinoma stesso e più in generale sulla sopravvivenza (2-4). Purtroppo accanto agli effetti positivi, anche per questi farmaci sono presenti effetti negativi come quelli muscolo scheletrici, rappresentati da dolori articolari e muscolari e da una maggiore incidenza della sindrome del tunnel carpale: talvolta tali effetti sono di entità tale da indurre l'interruzione della terapia fino nel 50% delle pazienti (3). L'effetto peraltro più temibile è tuttavia quello sulla massa ossea con una maggiore incidenza di osteoporosi e di fratture che può arrivare rispettivamente fino al 30% e 50% delle donne trattate con tali farmaci (2-5) contro il 22% e 11% rispettivamente delle donne non trattate. I dati derivati da un percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) organizzato fra l'unità operativa di Reumatologia e le due unità operative di Oncologia dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana (AOUP) hanno evidenziato la presenza di osteoporosi

si e di fratture rispettivamente nel 42% e nel 10% delle 400 donne con carcinoma mammario valutate. Tali effetti ossei sono largamente riconducibili al pressoché completo blocco della produzione di estrogeni, responsabile di un accelerato rimodellamento in tutto lo scheletro con un aumentato riassorbimento che prevale sulla neoformazione del tessuto osseo; di conseguenza si ha un deterioramento della microarchitettura con perdita di massa ossea e aumentata fragilità scheletrica (2, 4, 5).

L'effetto osteopenizzante è un effetto di classe degli AIs, anche se alcuni studi hanno dimostrato che tale effetto sarebbe minore per l'exemestano che ha una struttura steroidea con una debole attività androgenica protettiva per l'osso (1, 2): l'effetto osteopenizzante appare tuttavia almeno in parte reversibile, con l'interruzione del trattamento (3, 5).

In aggiunta agli effetti osteopenizzanti degli AIs, nelle donne con carcinoma mammario, soprattutto in quelle in età postmenopausale (ma anche in quelle più giovani) è stata riscontrata una larga prevalenza di ipovitaminosi D (1, 6, 7). La vitamina D ha un ruolo fondamentale per la salute dello scheletro in quanto favorisce l'assorbimento di calcio intestinale e regola il riassorbimento osseo (8, 9); a tali effetti sono da aggiungere effetti extrascheletrici importanti recentemente documentati, anche se spesso solo in studi effettuati su cellule isolate e sugli animali, come quello sul sistema immunitario, sulla mortalità in generale e sul rischio di alcuni tipi di carcinoma, incluso quello mammario (1, 8, 10).

Secondo le linee guida internazionali sono da considerare sufficienti valori sierici di vitamina D, misurati attraverso il metabolita 25OHD, uguali o maggiori di 30 ng/ml (11), mentre nelle donne con carcinoma mammario sono stati rilevati valori inferiori, in percentuali che arrivavano fino all'88% (6). Nelle donne afferenti al PDTA dell'AOUP valori di 25OHD inferiori a 30 ng/ml sono stati riscontrati in oltre il 50%, con un valore medio di 25OHD di 17 ng/ml, quindi largamente al di sotto della sufficienza.

Tutte queste evidenze hanno indotto varie società scientifiche e gruppi di esperti a formulare linee guida e raccomandazioni per la prevenzione ed il trattamento dell'osteoporosi e dell'ipovitaminosi D nelle donne in terapia con AIs (1, 2, 4-6).



È fondamentale innanzitutto identificare le donne che sono a maggior rischio di osteoporosi (e quindi di fratture) e nella tabella I sono elencati i principali fattori di rischio: una bassa massa ossea (BMD) identificata attraverso l'esame DEXA (o MOC), un'età superiore a 65 anni, la terapia concomitante con cortisonici, un basso peso corporeo (BMI), una familiarità soprattutto materna per frattura femorale, una storia personale di precedenti fratture, l'abitudine al fumo. Si raccomanda pertanto in tutte le donne, ma soprattutto in quelle più anziane o comunque in postmenopausa (tabella II), di misurare la BMD, di modificare quei fattori che aumentano l'effetto osteopenizzante degli AI incoraggiando l'interruzione del fumo, la riduzione di una eccessiva assunzione di alcolici, una sufficiente attività fisica che privilegi gli esercizi sottocarico. È inoltre molto importante garantire in tutte le donne che assumono AI un adeguato apporto giornaliero di calcio (almeno 1000 mg) e di vitamina D (1000-2000 unità).

L'apporto alimentare di calcio è infatti spesso largamente insufficiente, come anche da noi riscontrato nelle donne afferenti all'AOUP, nelle quali tale apporto era inferiore a 600 mg al giorno nel 52% di esse; tale apporto può essere garantito, oltre che una supplementazione farmacologica (purtroppo spesso non ben tollerata), attraverso l'uso di acque minerali ad elevato contenuto di calcio (fino a 300-400 mg al litro), yogurt addizionato con calcio e vitamina D, latte parzialmente scremato ed altri derivati caseari, semi ricchi di calcio come quelli di sesamo, chia e lino, frutta secca, pesce azzurro (12).

Per quanto riguarda la vitamina D, che per l'80% è prodotta dalla nostra cute sotto l'effetto dei raggi solari (8, 9), si deve ricorrere, in mancanza di una sufficiente esposizione alla luce solare e comunque in presenza di ipovitaminosi, alla supplementazione farmacologica, che può essere giornaliera, settimanale, quindicinale, mensile, in quantità rapportate a quelli che sono i valori sierici della 25OHD. È importante sottolineare che in recenti studi, valori sierici di vitamina D uguali o maggiori a 40 ng/ml si sono accompagnati ad una riduzione significativa dei dolori muscoloscheletrici causati dagli AI (6, 7).

Nelle donne poi che presentano particolari fattori di aumentato rischio di osteoporosi e fratture (tabella I), come quelle con BMD molto ridotta o con una rapida perdita di massa ossea, oppure quelle che hanno già avuto una o più fratture, si raccomanda di iniziare anche il trattamento farmacologico con i farmaci inibitori del riassorbimento osseo come i bisfosfonati ed il denosumab (tabella II) (1, 2, 4-6). I bisfosfonati aumentano la BMD e riducono il rischio di fratture vertebrali fino al 70% e di fratture femorali fino al 40% (11). Nelle donne da noi valutate nel PDTA dell'AOUP, l'impiego di tali farmaci ha incrementato significativamente i valori della BMD già dopo sei mesi dall'inizio della terapia con AI, mentre un de-

Tabella I

Fattori che aumentano il rischio di fratture in donne in postmenopausa con carcinoma della mammella

Densità minerale ossea (BMD) misurata con metodica densitometrica (DEXA) con valore di T-score <-2,5
Età adulta (> 65 anni)
Uso orale di corticosteroidi per più di sei mesi
Basso BMI ^a (< 20 kg/m ²)
Storia familiare di fratture all'anca
Storia personale di fratture da fragilità dopo i 50 anni d'età
Fumo

^aIndice di massa corporea (rapporto fra il peso e l'altezza al quadrato).

Tabella II

Prevenzione della perdita di massa ossea in donne che iniziano la terapia con inibitori dell'aromatasi

In tutte:

Valutazione basale dei fattori di rischio per frattura
Misurazione della BMD con metodica DEXA
Modificazione dello stile di vita:
Attività fisica preferibilmente con esercizi sottocarico
Abolizione del fumo
Ridotto consumo di alcool
Misure dietetiche e supplementazioni farmacologiche:
Assunzione adeguata di calcio (almeno 1000mg/giorno) attraverso l'alimentazione e/o la supplementazione farmacologica
Supplementazione farmacologica di vitamina D (1000-2000 unità internazionali al giorno di colecalciferolo)

Quando necessario (BMD ridotta e/o rapida perdita di massa ossea):

Iniziare terapia con farmaci antiriassorbitivi (bisfosfonati, denosumab)
--

cremento altrettanto significativo è emerso nelle donne non trattate.

I bisfosfonati possono essere assunti per via orale, intramuscolare, endovenosa, mentre il denosumab (un anticorpo monoclonale con attività antiriassorbitiva) viene somministrato ogni sei mesi per via sottocutanea. Come tutti i farmaci anche i bisfosfonati ed il denosumab si possono accompagnare ad effetti avversi (13) come quelli gastroesofagei (esofagite, gastrite), quando assunti per via orale. Seppur molto raramente, sono stati documentati anche effetti osteonecrotizzanti a carico dell'osso mascellare e/o mandibolare, soprattutto a seguito di interventi odontoiatrici e in condizioni di scarsa igiene orale, grave immunodepressione per malattie o terapie concomitanti; l'incidenza di tale complicanza è comunque molto bassa e soprattutto prevenibile (con opportuni accorgimenti di igiene orale) e completamente curabile (4, 13). Riguardo alla prevenzione e terapia con antiriassorbitivi,

c'è dunque un consenso universale sul fatto che il rapporto rischio/beneficio è da considerarsi del tutto favorevole.

Tenendo conto dell'importanza di una prevenzione nei confronti degli effetti osteopenizzanti nelle donne che vengono trattate con AIs, l'ultimo aggiornamento della Nota 79 del maggio 2015, nota che regola la prescrivibilità dei farmaci non a carico del paziente, ma del sistema sanitario nazionale, ha inserito i bisfosfonati e il denosumab come farmaci di prima scelta nelle donne che iniziano il trattamento con AIs, indipendentemente dalla presenza di fratture, di valori ridotti della BMD o di altri fattori di rischio per osteoporosi.

In conclusione la terapia con AIs ha rappresentato un importante passo avanti nelle donne con carcinoma mammario, in termini di riduzione di recidive del carcinoma stesso e più in generale di aumentata sopravvivenza; la comparsa di osteoporosi e di fratture è



tuttavia un importante effetto avverso di tali farmaci che possiamo e dobbiamo prevenire attraverso un'attenta valutazione all'inizio della terapia e con adeguate misure farmacologiche e non.

Bibliografia

- (1) Cepa M., Vaz C. (2015), *Management of bone loss in postmenopausal breast cancer patients treated with aromatase inhibitors*, Act Reumatol Port, 40: 323-330.
- (2) Di Munno O., Delle Sedie A. (2009), *Bisfosfonati ed effetti scheletrici degli inibitori dell'aromatasi*, Bisfosfonati, X (2): 19-24.
- (3) Lønning P.E., Eiksdal H.P. (2013), *Aromatase inhibition 2013: clinical state of the art and questions that remain to be solved*, Endocrine-Related Cancer, 20: R183-R201.
- (4) Coleman R., Body J.J., Aapro M., Hadji P., Herrstedt J. on behalf of the ESMO Guidelines Working Group (2014), *Bone health in cancer patients: ESMO Clinical Practice Guidelines*, Annals of Oncology, 00: 1-14.
- (5) Rizzoli R., Body J.J., De Censi A., Reginster J.Y., Piscitelli P., Brandi M.L. on behalf of the European Society for Clinical and Economical aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO) (2012), *Guidance for the prevention of bone loss and fractures in postmenopausal women treated with aromatase inhibitors for breast cancer: an ESCEO position paper*, Osteoporos Int, 23: 2567-2576.
- (6) Servitja S., Martos T., Rodriguez Sans M., Garcia-Giralt N., Prieto-Alhambra D., Garrigos L., Nogues X., Tusquets I. (2015), *Skeletal adverse effects with aromatase inhibitors in early breast cancer: evidence to date and clinical guidance*, Ther Adv Med Oncol, 7 (5): 291-296.
- (7) Prieto-Alhambra D., Javaid M.K., Servitja S., Arden N.K., Martinez-García M., Diez-Perez A., Albanell A., Tusquets I., Nogues X. (2011), *Vitamin D threshold to prevent aromatase inhibitor-induced arthralgia: a prospective cohort study*, Breast Cancer Res Treat, 125: 869-879.
- (8) Di Munno O., Delle Sedie A. (2007), *La vitamina D attraverso un secolo*, Clin Case Mener Bone Metab, IV (suppl. I): 7-12.
- (9) Di Munno O., Delle Sedie A. (2009), *Effetti scheletrici della vitamina D*, Reumatismo, 61 (1): 159-163.
- (10) Di Munno O., Delle Sedie A. (2007), *Effetti scheletrici ed extrascheletrici della vitamina D*, Reumatismo, 59 (2): 180-182.
- (11) Rossini M., Adami S., Bertoldo F., Diacinti D., Gatti D., Giannini S., Giusti A., Malavolta N., Minisola S., Osella G., Pedrazzoni M., Sinigaglia L., Viapiana O., Isaia G.C. on behalf of the Italian Society for Osteoporosis, Mineral Metabolism and Bone Diseases (SIOMMMS) (2016), *Guidelines for the diagnosis, prevention and management of osteoporosis*, Reumatismo, 68 (1): 1-39.
- (12) Rossi A., Bazzichi L., Di Munno O. (2015), *Alimentazione salva ossa*, Elisir di salute, 5/6: 14-16.
- (13) Di Munno O., Delle Sedie A., Mazzantini M. (2012), *Eventi avversi dei bisfosfonati*, Bisfosfonati, 13 (1): 3-30.



Alimentazione legata all'età e alle cure

Patrizia Bertoncini

Dietista AOUP - Direzione Medica Di Presidio - Settore Dietetico



Quante volte abbiamo sentito queste frasi: «non mangio tanto eppure ingrasso...», anche un bicchiere di acqua mi fa ingrassare...», ho sempre fame e non so come fare...», e così via. A partire dagli anni '80 dello scorso secolo il sovrappeso e l'obesità franca sono aumentati a dismisura nel nostro paese e nel resto del mondo. Le cause sono da ricercarsi nella notevole disponibilità di cibo, nella diminuzione del movimento, nell'eccessivo riscaldamento invernale delle abitazioni. I rimedi da adottare sono molto facili a dirsi, ma difficili da attuare e sono i seguenti: riconsiderare la quantità delle «porzioni» quotidiane di cibo da assumere, muoversi il più possibile a piedi o con mezzi pubblici e abbassare il termostato del riscaldamento d'inverno! Perché adottare queste soluzioni? Perché il nostro peso è strettamente legato al «dispendio energetico» che deve essere pari all'«introduzione energetica» prodotta dagli alimenti che assumiamo giornalmente. L'età e la condizione fisica sono altri fattori che si ripercuotono sul dispendio energetico, infatti con il progredire dell'età il fabbisogno energetico diminuisce, diminuisce la voglia di muoversi, ma spesso, l'appetito aumenta e tutto ciò porta ad un inevitabile aumento di peso. La menopausa, naturale o indotta da farmaci, temporanea o definitiva, le terapie farmacologiche come la chemio terapia o la terapia ormonale, sono fattori che spesso inducono o aggravano uno stato di sovrappeso o di obesità. Questi stati si associano anche ad un aggravarsi di problemi osteoarticolari già preesistenti, che portano a scarso movimento inducendo una sedentarietà che, momentaneamente allevia i dolori muscolari ad essi correlati. Tuttavia la sedentarietà non rimedia, anzi aggrava la situazione soprattutto per chi presenta problemi di osteoporosi, patologia che necessita, per essere contrastata, soprattutto di movimento sostenuto e quotidiano. La quantità di cibo da consumare nell'arco della giornata è quindi legata all'età e al movimento giornaliero praticato. Tuttavia i regimi dietetici fortemente ipocalorici sono stati abbandonati da tempo in favore di un'alimentazione quotidiana basata su modiche quantità di cereali, su buone quantità di legumi, ortaggi e frutta, mentre si consiglia un uso più ridotto per carne e formaggi, il tutto condito con olio extra vergine di oliva. Questa alimentazione, meglio conosciuta come «dieta mediterranea», ha la caratteristica di poter essere applicata nell'ambito familiare a tutti i suoi componenti, non portando a carenze nutriziona-

li di alcun tipo. L'obesità, molto spesso, non è limitata ad un solo membro del nucleo familiare, anzi molti dei componenti soffrono del medesimo problema per cattive abitudini alimentari comuni. L'attuazione della «dieta mediterranea», infatti, impone un cambiamento di stile di vita alla famiglia nel suo insieme e non un regime dietetico fortemente ipocalorico che porterebbe una limitazione a carico di nutrienti fondamentali, per il benessere della persona in generale e per l'accrescimento dei bambini e degli adolescenti in particolare. Il consumo giornaliero, ai pasti principali, di *piatti unici* composti da cereali integrali e non, come pasta di grano duro, farro, orzo, riso, pane, mais, e legumi freschi d'estate o secchi nelle altre stagioni, come fagioli, lenticchie, piselli, fave, cicerchie, può rivelarsi un'ottima soluzione per attuare il cambiamento auspicato. Altri *piatti unici* possono essere composti dai cereali già elencati e verdura oppure in associazione con piccole quantità di formaggio o di pesce fresco o di carne. Il senso di fame, che molto spesso affligge, può essere combattuto spezzando la giornata con almeno due o tre spuntini a base di frutta fresca di stagione o, nel periodo freddo, con frutta secca e oleosa come mandorle, noci, nocciole, questa in quantità non superiore a gr 15/20 per porzione. Questi alimenti, oltre a contenere fibra naturale, sali minerali e vitamine, hanno un potere saziante maggiore e nel lungo periodo ciò permette un migliore controllo del peso corporeo. Il consumo di prodotti cosiddetti «light» è fortemente sconsigliato perché, a fronte di una minima riduzione calorica, questi cibi possono contenere sostanze con composizione chimica diversa da quella del corrispettivo naturale, soprattutto per quanto riguarda grassi e zuccheri. La cucina mediterranea nella sua semplicità è ricca di sapori e molto varia e, se attuata in modo corretto, porta non solo alla riduzione e al mantenimento del peso, ma anche alla prevenzione dell'insorgere di malattie come l'ipertensione arteriosa, il diabete, le malattie cardiovascolari, alcune patologie tumorali e le loro recidive, e l'osteoporosi. L'osteoporosi è una malattia cronico degenerativa che può insorgere più facilmente in chi ha uno stile di vita sedentaria, fuma, eccede con l'alcool e con l'uso di cibi salati e conservati in genere. È provocata da una progressiva riduzione del calcio presente nelle nostre ossa che di conseguenza diventano sempre più fragili fino a presentare fratture spontanee o provocare cadute invalidanti.

L'attività fisica giornaliera può essere rappresentata da una passeggiata a passo svelto protratta per circa un'ora al giorno, oppure, in chi se la sente o ha maggiori possibilità fisiche, da un'attività più intensa o aerobica. L'attività aerobica consente di utilizzare una maggiore quantità di ossigeno e quindi maggior dispendio calorico, inoltre, se eseguita all'aria aperta come correre o andare in bicicletta, favorisce l'attivazione della vitamina D, importante alleata nella lotta all'osteoporosi. Tuttavia anche frequentare una palestra, una piscina oppure pedalare sulla cyclette o camminare sul tappeto ruotante e, perché no, ballare sono attività ugualmente utili. L'osteoporosi a tavola si combatte con l'assunzione di acque ricche in calcio e alimenti come il latte e i suoi derivati, la frutta secca e oleosa come mandorle, nocciole, noci, semi di sesamo, di chia, di zucca, di girasole e lino, i legumi in genere, ma anche le arance e i broccoli risultano esserne un'ottima fonte. Il pesce, soprattutto quello azzurro, ha un ottimo contenuto in calcio e contiene omega-3 importanti grassi cardio protettori e antiossidanti in genere.

A questo punto cerchiamo di capire insieme come attuare una giornata alimentare secondo quanto descritto in precedenza.

La colazione rimane uno dei pasti fondamentali che, se ben condotta, ci aiuta nella prima parte del giorno a svolgere le nostre attività ed al contempo a salvarci da temibili «vuoti di stomaco» che ci portano a cercare cibo in continuazione fino all'espletamento del pranzo.

Colazione:

- latte intero fresco o yogurt o kefir con semi oleosi e frutta secca oleosa e non, da sostituire in estate con frutti di bosco freschi, o comunque con frutta di stagione;
- latte intero fresco o yogurt o kefir con muesli, cereali in fiocchi, biscotti secchi integrali e non, pane a lievitazione naturale con composta di frutta;
- tè, caffè infuso di orzo o bevande a base di cereali possono essere assunti tranquillamente.

Il latte può essere assunto senza aggiunta di zucchero e ancor meno di dolcificante artificiale, perché contiene già il lattosio che è uno zucchero a tutti gli effetti; se proprio non se ne può fare a meno è preferibile far uso di modiche quantità di zucchero di canna grezzo.

Spuntini:

- a base di frutta fresca di stagione;
- a base di frutta secca oleosa e non;
- piccole porzioni di dolci casalinghi a base di farine integrali, di segale con frutta.

Pranzo:

- cereali integrali e non con legumi, ortaggi o piccole quantità di pesce, formaggi stagionati.

Cena:

- un secondo piatto cucinato in modo semplice senza aggiunta di grassi animali come panna, anche quella vegetale, dado e conditi a crudo con olio extra vergine di oliva.

Un'attenzione particolare va posta al consumo di sodio, componente del sale da cucina ma non solo, infatti è presente in tutti gli alimenti conservati come salumi, scatolame in genere, nel pesce conservato, ed in altri alimenti di uso comune in quanto oltre alla funzione di condimento ha quella di esaltare il sapore dei cibi conservati.

Durante la Chemioterapia si può presentare una sintomatologia fastidiosa sia a carico del cavo orale che di tutto l'apparato digerente, compromettendo, spesso, la funzionalità digestiva, con aumento della stitichezza o della diarrea. Un'appropriata alimentazione può aiutare a contrastare o ad attenuare i sintomi di queste terapie.

Prima dell'inizio della chemioterapia sarebbe opportuno passare al consumo di alimenti poco raffinati, aumentando la quantità di cibi di origine vegetale (frutta e ortaggi di stagione, legumi) a sfavore di quelli di origine animale (carne, frattaglie, salumi, formaggi). L'esempio di una giornata potrebbe essere il seguente:

Colazione: pasto importantissimo, a base di infusi di tè dolcificati con zucchero di canna grezzo con aggiunta di succo di limone e/o radice di zenzero; oppure Bevanda a base di cereali come il riso, l'avena, kamut oppure il «latte di mandorla»; Yogurt biologico oppure Kefir.

Ad una delle bevande sopra-elencate potrebbe essere aggiunto:

- muesli o fiocchi di cereali possibilmente nella variante non zuccherata
- frutta secca come uvetta, o frutta oleosa come noci, mandorle, pinoli,
- semi oleosi come quelli di lino, zucca, girasole, sesamo.

In estate è consigliabile aggiungere frutta fresca di stagione, dando preferenza ai frutti rossi o di bosco come: amarene, ciliege, fragole di bosco, lamponi, more, mirtilli, mirto o mortella, ribes, uva spina.

Nel periodo invernale è opportuno sostituirla con il consumo di agrumi freschi.

Un'ulteriore alternativa può essere rappresentata da una fetta di pane a lievitazione naturale con l'aggiunta di composta di frutta o marmellata con poco zucchero, tuttavia sono da evitare marmellate prive di zucchero perché molto spesso vengono edulcorate con l'aggiunta di prodotti chimici.

Pranzo: può essere composto da Insalate di verdure crude miste e di stagione a cui possono essere aggiunti frutta secca e oleosa e semi oleosi e melograno.

Le verdure autunno-invernali da prediligere sono: cavolo, cavolfiore, broccoli, finocchi, radicchi rossi, carote, zucca ecc.; quelle primaverili-estive sono: pomodori, lattughe, cipollotti freschi, peperoni, melanzane, zucchine ecc. Piatti unici e completi a base di: cereali (pasta, riso, orzo, farro, avena, miglio, mais, pane) sia integrali che non, con legumi (fagioli, lenticchie, ceci, piselli, fave) sia secchi che freschi cotti bene e passati come creme, conditi a crudo con olio abbondante e parmigiano grattugiato.

Spuntino pomeridiano: come la colazione oppure frutta fresca di stagione.

Cena: i piatti unici alternativi a quelli del pranzo possono essere preparati con verdure fresche di stagione cotte o crude con l'aggiunta di una porzione di pesce azzurro o altro tipo di pesce *con una frequenza di almeno 2 volte la settimana*, oppure una porzione di formaggio fresco come mozzarella, ricotta, crescenza, robiola, scamorza o una porzione di carne di pollo, coniglio, tacchino, saltuariamente uova. Il tutto sempre accompagnato da *pane a lievitazione naturale* integrale e non, anche quello con aggiunta di semi oleosi come girasole, lino, sesamo, zucca.

Chi soffre di *stitichezza* dovrebbe sempre sostituire i cereali raffinati con cereali integrali, passare al consumo di pane integrale a «lievitazione naturale» aumentando contemporaneamente la quantità di acqua giornaliera (lt 1,5-2) per solubilizzare meglio le fibre contenute in questi alimenti.

In caso di *colite*, invece, è meglio non fare uso di alimenti ricchi in fibre, soprattutto durante i cicli di chemioterapia, tuttavia rimane sempre valido il consiglio di passare al consumo di pane confezionato con farine meno raffinate come quelle di tipo I e a «*lievitazione naturale*» che risultano di più facile digestione.

I disturbi che possono insorgere variano di intensità da persona a persona, dal tipo di terapia e dal suo dosaggio, tuttavia sono, nella maggior parte dei casi, passeggeri e dopo alcuni giorni dalla fine del trattamento scompaiono. Questi sono nausea e vomito, calo dell'appetito o alterazioni del gusto, infiammazione delle mucose, e possono essere in parte contrastati con alcuni accorgimenti di natura dietetica.

La *nausea* e il *vomito* sono sintomi che si accentuano quando lo stomaco rimane vuoto per periodi lunghi, il frazionamento dei pasti in 5-6 spuntini, la prolungata e lenta masticazione del cibo, e anche la scelta di cibi salati e asciutti, evitando quelli dolci o con forte odore e fritti, aiuta ad attenuarli.

La mattina appena sveglie e a stomaco vuoto è opportuno cercare di assumere cibi solidi evitando i liquidi.

Tuttavia, per contrastare nausea o malessere gastrico, può essere utile consumare un *infuso di radice di zenzero*.



Masticare bene e lentamente il cibo aiuta senz'altro la digestione, mentre l'utilizzo di posate di plastica, anziché di metallo e di contenitori di vetro per conservare i cibi, può aiutare a ridurre il gusto metallico che si può percepire. Ridurre la quantità delle portate, aumentando così il numero dei pasti, può rivelarsi una strategia vincente. Sempre durante il pasto è meglio bere poco, a piccoli sorsi e, se di gradimento, si può sostituire l'acqua con tisane ai semi di finocchio, di anice stellato o tè; quest'ultimo meglio se verde e aromatizzato alla cannella. Il cavo orale e tutto l'apparato gastrico e intestinale possono andare incontro ad uno stato infiammatorio, quindi gli alimenti da preferire sono:

- cereali integrali e non;
- legumi ben cotti e passati rendendoli il più possibile cremosi;
- ortaggi a foglia verde passati e confezionati come sformato di verdura da utilizzare come «*piatto unico*»;
- il pesce, meglio se quello «azzurro» come lo sgombrò, oppure il salmone fresco, bolliti e conditi con olio e succo di limone;
- la carne di pollo, coniglio, tacchino; meglio se macinata e cucinata in modo leggero;
- la frutta di stagione può essere consumata cotta, senza zucchero e aromatizzata con chiodi di garofano, cannella e scorzetta di limone;
- molto utili sono i semi oleosi come quelli di zucca nella versione non salata, o quelli di lino, girasole, sesamo, che possono essere aggiunti a yogurt intero e privo di zuccheri o al Kefir.

Va comunque evitato il consumo di:

- carni rosse e conservate come i salumi, le uova, i cibi fritti;
- ed evitare anche*
- snack salati confezionati industrialmente, i pomodori e i succhi derivati, grassi cotti in genere;
- formaggi grassi o erborinati;
- dolci in genere, cioccolato;
- pizza e tutti quei prodotti confezionati con farine raffinate;
- cibi speziati,
- bevande zuccherate e frizzanti e tutte le bevande *confezionate* contenenti caffeina, teina, succo di agrumi, *gli alcolici*.

I cereali integrali possono essere consumati liberamente durante la chemioterapia, anche in presenza di forti infiammazioni del cavo orale; in caso di secchezza e infiammazione del cavo orale potrebbe essere utile far uso della mucillagine di semi di lino che si ottiene mettendo un cucchiaino di semi di lino in infusione in un bicchiere d'acqua naturale tiepida per una notte, coprendo il bicchiere con un piattino.

Questa mucillagine può essere usata per sciacquare il cavo orale o, se bevuta, aiuta a diminuire l'infiammazione dell'apparato digerente e a scongiurare la stipsi in chi ne è affetto.

In caso di diarrea è bene frazionare il cibo dei tre pasti giornalieri in 5-6 piccoli spuntini.

È molto importante bere (lentamente), da 8 a 12 bicchieri di liquidi al giorno suddivisi fra acqua e bevande, sempre a temperatura ambiente, contenenti integratori salini.

Il classico infuso di tè zuccherato e con l'aggiunta del succo di un intero limone può essere un ottimo integratore idro-salino.

La frutta da preferire è quella più ricca di potassio come le banane, le arance, le albicocche secche, e in estate il succo naturale di pesca e di albicocca fresche.

Come contorno preferire le patate bollite, il purè di carote, e comunque i cibi poveri di fibre come il riso, il pane, meglio se tostato, lo yogurt intero bianco o il Kefir con aggiunta di agrumi o di banana.

Sono *sconsigliati* carne e formaggi, bevande molto calde o molto fredde, zuccherate e frizzanti, la birra, il vino, bevande alcoliche e contenenti caffeina, latte o alimenti che lo contengono (gelati, frappè, panna, creme), alimenti molto speziati, fritti e dolci.

La stipsi può essere un'altra conseguenza dei farmaci chemioterapici e antidolorifici e della insufficiente attività fisica. In questa condizione è sempre bene bere molta acqua, ma anche bevande a base di infusi come camomilla, zenzero o orzo perlato, e camminare per almeno un'ora al giorno.

La frutta da preferirsi è quella cotta con l'aggiunta di prugne e uvetta secche.

Prediligere i cereali ricchi di fibre, il *pane a lievitazione naturale* confezionato con farine tipo 1 e con eventuale aggiunta di semi di lino, sesamo, il riso integrale o altri cereali (sempre integrali) accompagnati da verdure e molta acqua.

I cibi andrebbero sempre masticati a lungo per favorirne la digestione.

Durante la chemioterapia ci si sente spesso stanchi e spossati ed è pratica diffusa combattere tutto ciò con il riposo assoluto e un'alimentazione ipercalorica, molto spesso ricca in grassi come panna, gelati, snack salati e bevande fortemente zuccherate.

Tutto ciò non aiuta, ma al contrario può risultare dannoso per chi, come nel tumore al seno, si sottopone a chemioterapie precauzionali.

L'aumento di peso conseguente rende più difficile la guarigione, ma anche la scarsa attività fisica e il consumo di cibi fortemente salati possono peggiorare l'osteoporosi, spesso indotta dalle terapie farmacologiche.

L'alimentazione sopradescritta e una passeggiata al giorno di un'ora in ambiente moderatamente soleggiato possono stimolare una maggiore deposizione di calcio nelle ossa e quindi contrastare l'evoluzione dell'osteoporosi.

Speranza e qualità della vita nell'Italia che invecchia

Giacomo Bini¹, Fabio Monzani²

¹ *Contrattista nella U.O. di Geriatria - AOUP*

² *Direttore della Scuola di Specializzazione di Geriatria, Università di Pisa*



La speranza di vita o aspettativa di vita (equivalente al concetto di vita media, o numero ulteriore potenziale di anni di vita) viene designata in statistica come un indicatore della durata media della vita a partire da una data età. Da un punto vista etimologico l'aspettativa [lat. *expectare* «aspettare», incrociato con *aspectare* «guardare attentamente»] è per definizione l'atto di aspettare qualcosa e per vita si può intendere spazio temporale compreso tra la nascita e la morte di un individuo. Risulterebbe che l'aspettativa di vita sia effettivamente l'attesa del passaggio

inesorabile degli anni. È solo un concetto statistico o forse dobbiamo aspettarci qualcos'altro dalla vita? Alla nascita, in Italia, la speranza di vita degli uomini e delle donne è rispettivamente di 80.2 e 84.9 anni (dati Istat 2014). Il nostro presente ed il futuro sono caratterizzati da un allungamento della vita media, basti pensare che nel nostro Paese, secondo quanto riportato nella «Relazione sullo stato sanitario del Paese 2009-2010», al 1 gennaio 2009 erano circa 12 milioni i residenti sopra i 65 anni, di cui circa 3,4 milioni quelli superiori a 80 anni. Questi nu-



meri sono destinati a crescere nei prossimi anni ed aumenterà soprattutto il numero dei grandi anziani (ultraottantenni). Quello che probabilmente dovremmo aspettarci è una vita attiva o senza disabilità. Da questo nasce il concetto di aspettativa di vita attiva, che è il numero medio di anni nei quali è probabile che una persona rimanga attiva cioè non disabile. Questo non vuol dire anni privi di malattia ma anni in cui una persona non è fragile. La fragilità è un concetto complesso ma, certamente, sarebbe riduttivo e non corretto considerarla sinonimo di complessità o comorbidità, in quanto si possono avere più patologie concomitanti senza essere fragili e viceversa si può essere fragili con una o nessuna patologia cronica specifica. Cos'è quindi la fragilità? È una sindrome multifattoriale età-correlata, caratterizzata da una condizione di vulnerabilità, che deriva dalla compromissione della riserva funzionale e dalla ridotta capacità di reagire ad eventi stressanti, che comporta un'accelerazione dei processi di invecchiamento e decadimento funzionale e cognitivo, con conseguente rischio di eventi avversi e significativo deterioramento della qualità della vita. I fattori scatenanti la fragilità possono essere molteplici, tra questi possiamo trovare patologie specifiche, come le malattie cardiovascolari, broncopolmonari, neurologiche ecc., ma anche condizioni fisiopatologiche come le alterazioni neuro endocrine età correlate. Tutti questi fattori concorrono all'instaurarsi di un circolo vizioso che è caratterizzato da sarcopenia (ridotta massa e forza muscolare), instabilità posturale che si autoalimentano e portano alla disabilità quindi alla dipendenza ed infine alla ridotta qualità della vita. Possiamo affermare che l'aspettativa di vita non è il raggiungimento o il superamento di una determinata età ma è arrivare ad una determinata età avendo preservato il più possibile la propria autonomia anche in presenza di malattia.

Tornando al nostro Paese, sappiamo che si presenta come uno dei più longevi, forse il più longevo

in Europa. Ma possiamo dire lo stesso per quanto riguarda l'aspettativa di vita libera da malattia a partire dal 65° anno di vita? Purtroppo no! Non solo, ma negli ultimi anni, complice anche la crisi non solo economica che ci attanaglia, l'aspettativa di vita libera da malattia al compimento dei 65 anni si è ulteriormente ridotta scendendo a circa 7 anni (con una perdita di circa 3 anni), con poche differenze tra uomini e donne (pur in presenza di una aspettativa di vita globale decisamente maggiore nel sesso femminile) (Eurostat, database 2006 e 2015). Dobbiamo, per chiarezza, sottolineare che lo stesso fenomeno non si è verificato in tutti i Paesi colpiti dalla recente crisi, come ad esempio la Spagna. Da queste considerazioni emerge quindi che è necessario ripensare alcuni aspetti del nostro sistema assistenziale (peraltro tuttora uno dei migliori in assoluto), incrementare l'opera di prevenzione e diffusione di un corretto stile di vita. Solo, infatti, una alimentazione sana, non eccessiva, associata ad una regolare attività fisica (basta camminare almeno 40-50 minuti al giorno), ed all'astensione dal fumo e da altre sostanze tossiche ci permettono di poter aspirare ad una «vecchiaia» degna di essere vissuta, o come diciamo noi Geriatri un invecchiamento «attivo». Ovviamente il patrimonio genetico e la familiarità influenzano il tipo di invecchiamento ma, come confermato anche in un recente congresso nazionale della Società Italiana di Geriatria e Gerontologia, la genetica non rappresenta l'aspetto più importante per un invecchiamento attivo, quale invece è il corretto stile di vita. Non dobbiamo poi dimenticare come, nel concetto di invecchiamento attivo, ci si riferisca all'essere umano nel suo complesso, incluso quindi l'aspetto cognitivo-comportamentale. È ormai ben noto infatti come un corretto stile di vita, incluso una regolare attività fisica, sia la premessa essenziale per il nostro equilibrio psico-fisico e la più efficace profilassi della demenza che, come sappiamo, rappresenta uno dei più gravi problemi correlati con l'invecchiamento accelerato e la fragilità. Oggi come non mai risulta quindi valido l'antico adagio «Mens sana in corpore sano».



Nordic Walking nel recupero dal trattamento del carcinoma mammario: why not?



Andrea Di Blasio^{1,2}, Teresa Morano²

¹ Sezione di Endocrinologia, Dipartimento di Medicina e Scienze dell'Invecchiamento, Università degli Studi «G. d'Annunzio» di Chieti-Pescara

² Progetto di ricerca «Allenarsi per la salute»

Esclusi i carcinomi della cute, i cinque tumori più frequentemente diagnosticati tra le donne in Italia sono quello della mammella (29%), del colon-retto (13%), del polmone (6%), della tiroide (5%) e del corpo dell'utero (5%). Nonostante sempre crescente sia la letteratura inerente all'importanza della pratica dell'esercizio fisico ai fini della prevenzione primaria del carcinoma mammario (i.e. dal 20 al 40%), ma anche ai fini dell'incremento della probabilità di sopravvivenza dopo la sua diagnosi (i.e. fino al 67% di possibilità in più), circa l'85% delle donne non segue le raccomandazioni internazionali inerenti alla pratica motoria, e dal 24% al 50% delle donne trattate per carcinoma mammario riduce drasticamente la propria attività fisica giornaliera nella fase di recupero (1-4). Tale situazione non è di certo ottimale, dato che la sedentarietà rappresenta a livello mondiale il 4° fattore di rischio per l'insorgenza delle patologie croniche

non trasmissibili, tra cui è annoverabile anche il carcinoma mammario (5). Pertanto l'incremento della sedentarietà, nella fase di recupero, unitamente agli effetti collaterali del trattamento farmacologico e non farmacologico del carcinoma mammario (Tabella 1) e ad un comportamento alimentare errato, può determinare l'insorgenza di nuove patologie, nonché incrementare la possibilità di reinsorgenza del cancro. La corretta pratica motoria, pertanto, rappresenta un punto cardine per la promozione ed il mantenimento della salute della donna, ricordando che essa parte dalla valutazione polispecialistica che conferisce l'idoneità alla pratica motoria. Recente letteratura scientifica, a cui si aggiungono i risultati delle nostre ricerche, evidenzia l'importanza della pratica del Nordic Walking per il recupero della donna trattata per carcinoma mammario. Il Nordic Walking, o camminata nordica, è una disciplina in cui gli arti inferiori e gli

Tabella 1. Effetti delle comuni terapie impiegate nel trattamento del cancro alla mammella.

Modificazioni	Chirurgia	Chemioterapia	Radioterapia	Terapia ormonale	Terapia biologica
Fatigue		×	×	×	×
Dolore	×	×	×	×	×
Modificazioni cardiovascolari		×	×	×	×
Modificazioni polmonari	×	×	×		
Modificazioni neurologiche		×	×		
Modificazioni cognitive	×	×	×	×	×
Modificazioni metaboliche	×	×	×	×	×
Variazioni della composizione corporea	×	×		×	
Incremento della massa grassa	×	×		×	
Riduzione della massa magra	×	×	×	×	
Osteoporosi		×	×	×	
Modificazioni muscolo-scheletriche	×	×	×	×	
Modificazioni del sistema immunitario		×	×	×	×
Linfedema	×		×		
Modificazioni gastrointestinali	×	×	×	×	×
Modificazioni organo specifiche	×	×	×		×
Modificazioni della cute	×	×	×	×	×

arti superiori, con l'ausilio di bastoncini appositamente creati, lavorano attivamente, in maniera contemporanea, ai fini della propulsione, mantenendo inalterata la corretta e fisiologica tecnica di cammino.

Senza entrare troppo nel merito delle note tecniche del Nordic Walking, cercheremo di presentare in maniera semplice perché la sua pratica è importante nell'ambito del recupero dal trattamento del carcinoma mammario.

Facendo riferimento ad una corretta tecnica di cammino, il Nordic Walking permette di far lavorare in maniera attiva oltre agli arti inferiori ed al tronco anche il cingolo scapolo-omerale e gli arti superiori, al contrario di quanto accade con la semplice camminata. Tale tecnica, che prevede il mantenimento della colonna vertebrale in posizione neutra, la giusta ampiezza del passo, la coordinazione bimanuale e l'esecuzione della rullata del piede, determina:

- *Il riequilibrio posturale.* Ciascuno dei tipi di intervento chirurgico esistenti per il trattamento del carcinoma mammario può determinare l'insorgenza di alterazioni posturali, che possono avere una base organica e/o psicologica, nonché l'insorgenza di alterazioni funzionali dell'articolazione della spalla e della mobilità della gabbia toracica. Sebbene l'intervento chirurgico sia locale, le sue conseguenze si riverberano anche in zone lontane dalla regione mammaria dato che, spiegando la cosa in maniera molto semplice, la tensione e disfunzione di un muscolo si trasmette anche a quelli ad esso adiacenti, seguendo uno schema simile ad un treno. Pertanto camminare con l'appoggio ciclico di arto inferiore ed arto superiore controlaterale, mantenendo in maniera costante l'ampiezza del passo (Figura 1), permette di agire in maniera graduale e costante su muscoli, tendini, legamenti e fasce favorendo il dolce e progressivo ripristino dei corretti rapporti muscolari antero-posteriori, latero-laterali e crociati/elicoidali dell'intero corpo (6).
- *Il miglioramento dell'efficienza respiratoria.* Diretta conseguenza del riequilibrio muscolare è il ripristino dei fisiologici movimenti della gabbia toracica e di quello del muscolo diaframma, che garantiscono il miglioramento dell'efficienza respiratoria.
- *La prevenzione dell'insorgenza del linfedema e sua riduzione in caso di presenza.* Il lavoro attivo dell'arto superiore prevede, come si può osservare nella Figura 1, la ciclica apertura e chiusura della mano intorno all'impugnatura del bastoncino. Tale caratteristica tecnica determina la creazione di un costante *effetto pompa* da parte dei muscoli dell'avambraccio e della mano, che supporta la circolazione sanguigna e linfatica determinando il drenaggio dei fluidi extravasali. In aggiunta, il riequilibrio funzionale e strutturale del muscolo diaframma permette di potenziare il suo effetto pompa, importante per la circolazione linfatica di tutto il corpo (7-10).

- *Condizionamento cardiocircolatorio e respiratorio.* A parità di velocità di camminata, il lavoro congiunto di arti inferiori, tronco ed arti superiori del Nordic Walking determina un maggior impegno cardiaco e quindi anche respiratorio rispetto alla camminata veloce. Ciò vuol dire che il Nordic Walking ha un maggior effetto condizionante, dato che si abitua l'organismo a supportare contemporaneamente le richieste di ossigeno di molti gruppi muscolari, mentre l'appoggio combinato di piede e mano (mediante l'utilizzo del bastoncino) consente di alleggerire colonna vertebrale ed arti inferiori di parte del peso corporeo (11).
- *Positivi effetti metabolici.* Il lavoro total body del Nordic Walking determina un maggior consumo energetico rispetto alla camminata veloce, a parità di tempo e di velocità di cammino. Ciò vuol dire che esso è più efficace nella prevenzione e nel trattamento dell'incremento ponderale, che è uno degli effetti collaterali del trattamento non chirurgico del carcinoma mammario (12).
- *Positivi effetti ormonali.* Il volume delle masse muscolari utilizzate contemporaneamente durante una seduta di allenamento, oltre che l'intensità e la durata della stessa, è stato trovato correlato in maniera positiva alla produzione di ormoni che hanno effetti positivi su metabolismo e sistema immunitario, nonché alla produzione di quegli ormoni che esercitano effetti positivi sull'umore, come rilevato da nostri studi non ancora pubblicati.
- *Incremento della forza muscolare.* In base alle caratteristiche del terreno su cui ci si allena, ovvero se esso è pianeggiante oppure misto, il Nordic Walking può determinare l'incremento della sola forza resistente della muscolatura di tronco, cingolo scapolo-omerale ed arti superiori, oppure anche della forza generale total body.



Figura 1. Tecnica esecutiva del Nordic Walking.

- *Incremento della coordinazione intra ed intermuscolare* (13).
- *Miglioramento dell'equilibrio*. Di certo l'incremento dell'equilibrio non rappresenta una conseguenza diretta del lavoro congiunto di arti superiori ed arti inferiori, ma rappresenta una conseguenza mediata dal riequilibrio posturale, dall'incremento della forza, nonché dal miglioramento della coordinazione intra ed intermuscolare (13).

In termini generali quindi, il Nordic Walking è in grado di contrastare contemporaneamente l'insorgenza di molti degli effetti collaterali dei diversi trattamenti del carcinoma mammario, nonché di trattarli. Tale effetto fisico si riverbera in maniera positiva anche sulla sfera psichica, dato che il mantenimento ed il miglioramento delle proprie capacità, nonché della composizione corporea, allontanano il rischio di insorgenza di depressione, senza dimenticare l'effetto indipendente che l'esercizio fisico ha sull'umore, grazie alla sua capacità di stimolare la produzione delle endorfine e grazie al suo effetto socializzante. Tuttavia non bisogna mai dimenticare che se da un lato è vero che la letteratura scientifica conferma sempre di più le proprietà benefiche del Nordic Walking, dall'altro è anche vero che bisogna sempre partire dalle caratteristiche fisiopatologiche di un individuo per l'introduzione e per la pratica di qualsiasi disciplina, al fine di ottimizzarne gli effetti positivi ed esser sicuri della «non nocività» della disciplina stessa per quell'individuo. Ciò vuol dire che sarebbe necessario affidarsi a personale laureato, ancor meglio a personale laureato in Scienze e Tecniche delle Attività Motorie Preventive ed Adattate, oppure a personale laureato in Fisioterapia e specialista della disciplina che si intende praticare, dopo che l'equipe multidisciplinare che segue la donna conferisce parere favorevole alla pratica motoria.

La nostra esperienza in questo ambito è legata alla realizzazione di un progetto di ricerca, denominato *Allenarsi per la salute* e riservato a donne trattate per carcinoma mammario, dopo la fine dei trattamenti fisioterapici. Il progetto è realizzato grazie alla collaborazione intercorsa tra l'unità operativa complessa di chirurgia ad indirizzo senologico dell'Ospedale «G. Bernabeo» di Ortona, diretta dal prof. Ettore Cianchetti, ed il Dipartimento di Medicina e Scienze dell'Invecchiamento dell'Università degli Studi «G. d'Annunzio» di Chieti-Pescara. Esso include, oltre a counseling psicologico, fornito dalla dott.ssa Alessandra Cimini e sullo stile di vita, includente anche counseling nutrizionale, fornito dalla dott.ssa Roberta Faraone, anche l'avviamento alla pratica dell'esercizio fisico: ogni 4 mesi, 50 donne, dopo aver effettuato uno screening polispecialistico, vengono avviate a diversi tipi di esercizio fisico, tra cui anche il Nordic Walking, da laureati in Scienze e Tecniche delle Attività Motorie Preventive ed Adattate. Al fine di amplificare gli effetti positivi del Nordic Walking nell'ambito posturale e di evitare anche la fastidiosa insorgenza

di gonfiore alle mani, in caso di pratica di Walking, abbiamo perfezionato il Metodo Isa che, oltre ad includere una serie di esercizi di ginnastica respiratoria e la pratica del Nordic Walking, include anche una serie di esercizi che prevedono l'utilizzo combinato dei bastoncini da Nordic Walking, o di comuni bastoni, con palline di spugna appositamente create, le ISA balls^o (Figura 2), la cui efficacia nel contrastare il linfedema di grado lieve e nel migliorare i range di movimento di capo, collo e spalla, anche in caso di pratica di sola camminata veloce, è stata provata dagli studi sperimentali fino ad ora da noi condotti (9, 10).

Il messaggio finale che ci piace trasmettere alle lettrici è semplice. *Combattere la sedentarietà è importante per la propria salute. Altrettanto importante è sapere se è possibile farlo mediante la pratica di esercizio fisico e ciò si può ottenere sottoponendosi ad uno screening polispecialistico includente anche la prova da sforzo. La scelta dell'esercizio fisico più appropriato infine permette di poter ottenere risultati positivi di entità diversa, ovvero di entità dipendente da quanto la disciplina scelta sia in grado di contrastare la propria condizione clinica o subclinica. Nel caso del cancro alla mammella il Nordic Walking si sta rivelando un valido alleato, i cui effetti positivi possono essere ulteriormente amplificati accoppiandone la pratica con discipline a base meditativa... ma questa è un'altra storia. Buon movimento a tutte.*

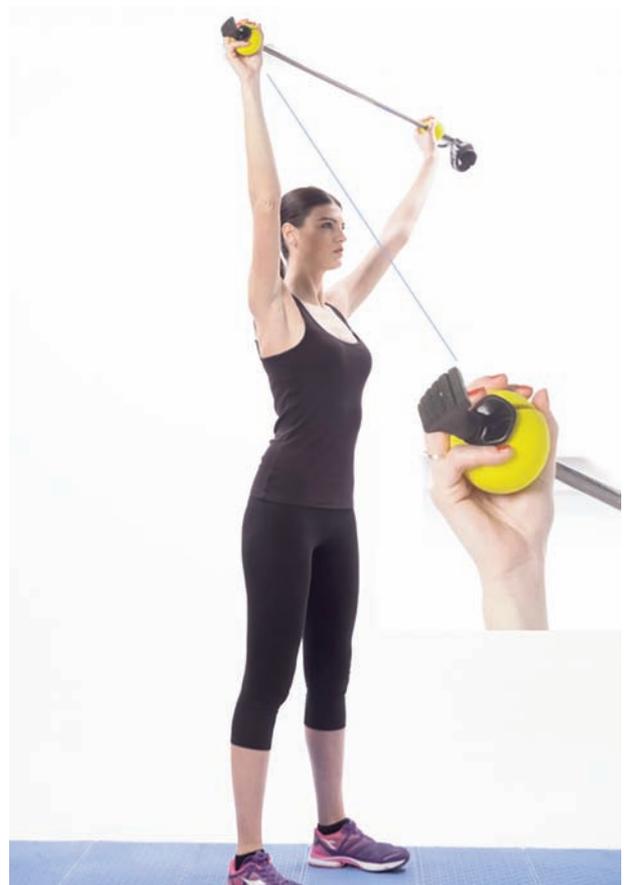


Figura 2. Metodo Isa, esercizio di esempio.

Bibliografia

- (1) Betof A.S., Dewhirst M.W., Jones L.W., *Effects and potential mechanisms of exercise training on cancer progression: A translational perspective*, Brain Behav Immun., 30 (0): S75-S87.
- (2) Chelbowski R. (2007), *Lifestyle change including dietary fat reduction and breast cancer outcome*, J Nutr., 137 (1): 2335-2350.
- (3) Hayes S.C., Johansson K., Alfano C.M., Schmitz K. (2011), *Exercise for breast cancer survivors: bridging the gap between evidence and practice*, TBM, 1: 539-544.
- (4) Ibrahim E.M., Al-Homaidh A. (2011), *Physical activity and survival after breast cancer diagnosis: meta-analysis of published studies*, Med Oncol., 28 (3): 753-765.
- (5) Hancock C. (2012), *The benefits of physical activity for health and well-being*, 2nd edition, C3 collaborating for health, London, UK.
- (6) Fischer M.J., Krol-Warmerdam E.M., Ranke G.M., Vermeulen H.M., Van der Heijden J., Norther J.V. et al. (2015), *Stick together: a Nordic Walking group intervention for breast cancer survivors*, J Psychosoc Oncol, 33 (3): 278-296.
- (7) Gonzalez Castro C. (2013), *El Nordic Walking como ejercicio físico a prescribir en pacientes afectados de linfedema secundario al cancer de mama*, Apunts Med Esport, 48 (179): 97-101.
- (8) Gonzalez Castro C. (2013), *Brief overview of the benefits of Nordic Walking in the treatment of primary and secondary lymphoedema*, Eur J Lymphol Relat Prob, 24 (69): 28-30.
- (9) Di Blasio A., Morano T., Napolitano G., Bucci I., Di Santo S., Gallina S. et al. (2016), *Nordic walking and the Isa method for breast cancer survivors: effects on upper limb circumferences and total body extracellular water. A pilot study*, Breast Care.
- (10) Di Blasio A., Morano T., Napolitano G., Bucci I., Di Santo S., Gonzalez Castro C. et al. (2016), *Physical exercises for breast cancer survivors: effects of 10 weeks of training on upper limb circumferences*, J Phys Ther Sci.
- (11) Keast M.L., Slovinc D'Angelo M.E., Nelson C.R., Turcotte S.E., McDonnell L.A., Nadler R.E. et al. (2013), *Randomized trial of Nordic Walking in patient with moderate to severe heart failure*, Can J Cardiol, 29 (11), 1470-1476.
- (12) Hagner-Derengowska M., Kaluzny K., Kochanski B., Hagner W., Borkowska A., Czamara A. et al. (2015), *Effects of Nordic Walking and Pilates exercise programs on blood glucose and lipid profile in overweight and obese postmenopausal women in an experimental, nonrandomized, open-label, prospective controlled trial*, Menopause, 23, epub.
- (13) Cugusi L., Solla P., Serpe R., Carzedda T., Piras L., Oggianu M., et al. (2015), *Effects of a Nordic Walking program on motor and non-motor symptoms, functional performance and body composition in patients with Parkinson's disease*, NeuroRehabilitation, 37 (2): 245-254.

Anche a Pisa da Maggio si è formato un gruppo di Nordic Walking per pazienti operate al seno. L'attività, voluta e coordinata dall'Associazione Senologica Internazionale, si svolge una volta alla settimana nel Parco di San Rossore sotto la guida di due esperti e validissimi istruttori, Alessandra Buscemi e Vincenzo Menchise, appartenenti a Nordic Walking Italia, che hanno dato la loro disponibilità gratuitamente per insegnare le tecniche e accompagnare il gruppo nelle camminate.

Ecco quello che dicono alcune donne del gruppo:

«Cari ragazzi, ... io aspetto in gloria il giovedì!!! Le vostre lezioni in mezzo alla natura mi stanno aiutando a ridurre i danni di un periodo veramente nero per me. Un caro abbraccio».

Donatella

«Un grandissimo grazie per la vostra pazienza e professionalità».

Nadia

«Davvero uno spazio meraviglioso di relax per lo spirito e la mente e poi... incontro di donne (e non solo...) fantastiche».

Barbara



«Col vostro lavoro avete contribuito a migliorarci la qualità della vita. Un ringraziamento di cuore va anche all'ASI per aver realizzato tutto questo. Grazie davvero».

Rosanna

«Mi ritengo più che soddisfatta di questa bella esperienza...».

Emilia

Osteoporosi e Bones for life®

Debora De Nuccio

Trainer formatore del metodo Bones for life®



Parliamo di «osteoporosi», un problema che affligge il 23% delle donne oltre il 40° anno di età e il 14% degli uomini con più di 60 anni di età.

Secondo uno studio Esopo nel 2000 quasi 4.000.000 di donne in Italia avevano osteoporosi, con una proiezione per il 2025 di 4.960.000.

Bones for life® Ossa per la vita® nasce dall'esperienza e da un'intuizione di Ruthy Alon, uno dei trainer del Metodo Feldenkrais più apprezzati nel mondo intero.

La sua intuizione deriva dall'osservazione dei comportamenti motori delle nostre «nonne» e delle donne africane che usano portare pesi sulla testa, senza soffrire poi di osteoporosi. Ruthy Alon ha condotto anche studi su astronauti della Nasa, dimostrando un effettivo miglioramento della densità ossea al loro ritorno dallo spazio.

Il programma Ossa per la vita® si propone di ricostruire la funzionalità delle condizioni che sono capaci di stimolare la crescita della massa ossea (BMD), riducendo quindi il rischio di fratture. Si tratta di un programma completo di movimenti globali che interessano tutto il corpo che si muove in modo «funzionale», cioè sempre legato ad un'idea specifica di movimento. Per esempio in una lezione di ginnastica classica, si possono invitare le persone a sollevare un braccio in alto e ripetere questo esercizio per 10 volte. Nel programma Bones for life®, il movimento di sollevare il braccio è guidato dall'insegnante in modo che gli allievi lo pensino riferito ad un gesto della vita quotidiana: «... pensate di sollevare il braccio per prendere un piatto dalla mensola...». La caratteristica fondamentale del programma è che i movimenti sono sempre eseguiti all'interno di un contesto di «allineamento» e rafforzati dall'elemento della «pressione». Da una posizione, solitamente sdraiati sulla schiena, si esercitano pressioni con i piedi o con le mani contro una parete o, con altre parti del corpo contro il muro o contro il pavimento. Sono previste anche divertenti lezioni da praticare a coppie.

Per lavorare è sufficiente una stanza con pareti libere dai mobili, un tappetino, qualche cuscinetto e un telo di stoffa lungo 7m e largo 70cm, con il quale si eseguono le «imbracature». Sono molto divertenti, aiutano a mantenere una postura corretta e offrono uno stimolo molto significativo a tutta la colonna vertebrale che ha l'opportunità di rafforzarsi in tutta sicurezza. Ci sono signore che alla conclusione di un periodo di lavoro con questo metodo riescono persino a saltare protette dall'imbracatura. Il programma è molto articolato, prevede 90 lezioni differenti e un in-

segnante attento e preparato è in grado di studiare la più efficace programmazione delle lezioni, in base al gruppo in cui si trova ad insegnare, distinguendo le varie caratteristiche di ogni partecipante. Per ottenere dei risultati è necessario frequentare le lezioni, generalmente della durata di un'ora ciascuna, almeno due volte alla settimana e possibilmente ripetere qualche movimento per conto proprio.

Osteoporosi e Bones for life®, il perché di un'alternativa (D. De Nuccio e D. Melchiorre, edizioni Zona Franca), è un libro in cui si possono trovare alternative per affrontare in modo nuovo tale malattia.

Nel retro copertina si può leggere:

«Come nasce l'idea di scrivere un libro? Soprattutto come viene l'idea di scriverlo a otto mani... Pensiamo che semplicemente sia sufficiente ascoltare la realtà in cui ognuno di noi è immerso, avere il coraggio di seguire le proprie passioni e trovare interessanti stimoli nel condividerle con altri. Quello che ci ha spinto a scrivere è, inoltre, il desiderio di far conoscere e rendere partecipi diverse persone, sulle straordinarie capacità di miglioramento che si possono ottenere seguendo il metodo «Bones for life®». Le autrici, Daniela Melchiorre e Debora De Nuccio con la collaborazione di Ruty Alon e di Ombretta Di Munno, hanno voluto creare questo gruppo di ricerca sull'osteoporosi, perché fortemente consapevoli dell'impatto sociale e psicologico di questa condizione patologica che affligge quasi cinque milioni di persone, tra uomini e donne, solo in Italia e che pare, sia destinato ad aumentare. Attraverso un'analisi attenta e rigorosa è emerso come il metodo «Bones for life®» sia uno strumento utile nella gestione del soggetto osteoporotico. Infatti, l'osservazione che persone curve e depresse si siano trasformate in individui felici ed in movimento, insieme alla rilevazione della modificazione dei parametri di incremento della massa ossea in senso migliorativo, ha indotto a pensare che tutti... abbiano in sostanza una scelta, un'alternativa. Non quella dunque, di sottostare ad una diagnosi come se fosse una condanna, ma una possibilità concreta e disponi-





«Pensandoci sembrerebbe di andare nel peggio con l'avanzare dell'età, invece mi ritrovo a fare cose più progredite grazie al programma Bones for Life®; quest'anno ho fatto anche una piccola corsa sollecitata da un mio nipote!»
G.F.

«Ho acquisito una grande consapevolezza del mio corpo. Dalle articolazione delle anche fino alla cervicale mi sentivo rigida e tenevo tutto bloccato. L'idea di muovere il torace, che era stato dentro un busto per 4 anni, è stata una scoperta e una consapevolezza molto piacevole e forte. Scoprire che il mio corpo può ondeggiare mi dà più energia e meno dolori. Il metodo Bones for life® mi aiuta a superare il dolore».

P.A.

bile per tutti e cioè quella di prenderci cura di noi stessi, andando ad utilizzare quello che più di prezioso abbiamo, la capacità del corpo di auto sostenersi».

Chi segue il programma Ossa per la vita® afferma di sentirsi più leggero, allineato, più alto, più in equilibrio, più forte, più sicuro, più ottimista, più resistente e quindi si ammala meno spesso, le sue ossa si rafforzano, la sua postura migliora visibilmente e aumenta la sua capacità respiratoria.

Nel libro si presentano i risultati densitometrici della ricerca scientifica condotta dalle autrici su un gruppo di persone afflitte dall'osteoporosi e che hanno praticato il metodo di movimento Bones for Life®. Si parla della esperienza dei pazienti/allievi e di come si sviluppa il metodo e si possono leggere degli emozionanti feedback, rilasciati da alcuni allievi. Eccone alcuni:

«Non ho fatto terapie per l'osteoporosi, assumo solo la vitamina D e faccio delle passeggiate. Grazie a «Bones for life® - Ossa per la vita®», dal 2006 ad ora (2009) ho riscontrato, con la BMD, che i valori del femore sono nella normalità, per la mia età, ed ho ottenuto un miglioramento dello 0.4 sulla colonna».

Z.P.

Per iscriversi ai corsi, si possono contattare gli insegnanti, nelle varie città italiane e europee, trovando i loro indirizzi sul sito www.bonesforlife.com

Fate attenzione a rivolgervi solo ad insegnanti qualificati e diplomati! Per diplomarsi un insegnante deve frequentare corsi specifici e ricevere un diploma rilasciato esclusivamente da insegnanti formatori certificati.



L'età rende meno dolorosa la diagnosi di cancro?

Valeria Camilleri

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



In Italia ogni giorno 500 anziani (over 70) si ammalano di tumore. Il cancro in un caso su due colpisce uomini e donne durante la terza età: le statistiche indicano che degli oltre 365mila nuovi casi diagnosticati ogni anno in Italia più o meno la metà riguarda una persona che ha più di 60 anni. L'invecchiamento è infatti un fattore determinante nello sviluppo del cancro: con l'avanzare del tempo si accumulano gli effetti dei fattori cancerogeni e viene meno la capacità di riparazione cellulare dell'organismo. Lo studio European Registration of Cancer Care (EURECCA) ha valutato i dati relativi a quasi 120mila pazienti ultra 70enni curate tra il 2000 e il 2014 per un carcinoma mammario non metastatico (allo stadio uno, due o tre) in Belgio, Irlanda, Olanda, Portogallo, Polonia e Gran Bretagna. I ricercatori hanno anche paragonato i tassi di sopravvivenza a cinque anni dalla diagnosi, con l'intento di stabilire quali siano le terapie migliori in questa fascia d'età ed elaborare delle linee guida comuni per tutti i paesi europei. I risultati della ricerca mettono in luce una tendenza generale a non intervenire chirurgicamente nelle donne anziane, mentre la scelta relativa a chemio od ormonoterapia varia notevolmente in base allo stadio della malattia e al Paese di residenza. Esistono ampie differenze nelle scelte terapeutiche dei medici dei diversi Paesi. Servono linee guida chiare e condivise, che stabiliscano quali sono le cure più efficaci e adatte in questa categoria di pazienti. Solo così si possono evitare discriminazioni e disuguaglianze. La scelta della cura va calibrata sulla singola persona. In Italia il numero di anziani è in aumento e dunque anche le diagnosi di carcinoma mammario sopra i 70 anni sono destinate a crescere. Bisogna però considerare che, fortunatamente, non di rado si tratta di 70enni in buona forma. Quindi la scelta della cura più appropriata deve coincidere con quella più utile per la persona che si ha di fronte. L'età di per sé non dovrebbe limitare i trattamenti aggressivi se servono, così come non si deve sottovalutare l'importanza dell'estetica e dell'integrità fisica in una donna avanti con gli anni. L'impatto psicologico della malattia oncologica è sempre forte, in tutte le persone, di tutte le età, di ogni genere, di ogni appartenenza sociale e religiosa. Ci sono alcuni aspetti psicologici peculiari nella donna anziana affetta da tumore al seno. I progressi nella diagnosi e nella terapia del car-

cinoma della mammella assicurano la guarigione o la lunga sopravvivenza di un numero sempre maggiore di pazienti. Questo aspetto è fondamentale nell'approccio alla donna anziana che generalmente presenta una lenta progressione di malattia. Circa il 40% delle pazienti può manifestare un disagio emotivo clinicamente rilevante nel corso della malattia. Si possono manifestare disturbi dell'adattamento, in relazione con lo stress soggettivo connesso alla malattia e con il fallimento transitorio dei processi di adattamento psicologico. Il quadro clinico è di breve durata e benigno e si esprime di volta in volta nella componente depressiva e/o ansiosa. I disturbi dell'Umore hanno tassi di prevalenza dal 5 al 25%. Nella popolazione anziana spesso è difficile diagnosticare la depressione perché è ancora più accentuata che nel paziente oncologico in generale la sovrapposizione fra i sintomi somatici della depressione e sintomi somatici della malattia. L'ansia in queste pazienti può rappresentare una congrua risposta emotiva al susseguirsi degli eventi connessi con la malattia, oppure può essere conseguente ai trattamenti oncologici in corso (es. disturbo da nausea e vomito anticipatori caratterizzato da fenomeni di condizionamento agli effetti collaterali della chemioterapia). Il 5-10% dei casi merita una diagnosi ed un trattamento specifico in base alla gravità, alla durata dei sintomi e all'interferenza con la qualità di vita e l'adesione ai trattamenti. Anche i Disturbi somatoformi hanno una certa rilevanza in queste pazienti. Si sviluppano prevalentemente quadri ipocondriaci e disturbi algici; è importante la diagnosi differenziale perché l'espressività somatica di questi disturbi potrebbe confondersi con i quadri clinici propriamente neoplastici. Il Delirium si riscontra con frequenza nei cancri avanzati e nelle pazienti ospedalizzate e/o anziane. Il rischio aumenta nelle fasi terminali della malattia, nelle fasi post-operatorie, nelle infezioni intercorrenti e nei trattamenti poli-farmacologici. I quadri di Demenza possono essere primitivi o secondari (localizzazioni cerebrali del tumore primario, trattamenti radianti o chemioterapici, sindromi paraneoplastiche).

La chirurgia è apparentemente uno dei settori in cui è minore lo spazio per un approfondimento psicologico. Senza dubbio la relazione psicologica nel momento dell'intervento è orientata sulla dipendenza

(che trova un corrispettivo intrapsichico nel meccanismo della regressione). Espressione verbale di questa situazione è la frase (spesso l'implorazione): «non voglio sapere nulla, mi affido completamente nelle sue mani», che è particolarmente frequente nelle persone più vulnerabili e che spesso caratterizza la paziente anziana. Il chirurgo e tutta l'équipe vivono con tensione ed ansia la violazione cruenta dell'intervento e le aspettative della paziente, ed in genere mettono in atto meccanismi di difesa complementari, quali la razionalizzazione e l'isolamento, facilitando il superamento delle paure e facendosi carico del peso della responsabilità propria e della paziente: «non si preoccupi, l'addormentiamo e si sveglierà che tutto è finito». In realtà gli interventi odierni sono molto meno invasivi e deturpanti, prevedono la conservazione ed il recupero dell'estetica e della funzionalità e soprattutto richiedono una adeguata comprensione della procedura da parte della paziente al fine di ottimizzare la compliance ed il risultato. Le pazienti, seppur anziane, chiedono frequentemente di essere informate anche per gli aspetti di ripresa sia funzionale che estetica.

Oltre alla descrizione dei quadri clinici rilevanti da un punto di vista medico, è importante sottolineare come, indipendentemente dalla loro presenza e dalla necessità di riconoscerli e trattarli come condizioni concomitanti alla patologia neoplastica, c'è sempre una risposta psicologica al trauma della diagnosi, che anche nella donna anziana è fondamentale esplorare e supportare. Elizabeth Kübler Ross (E. Kübler Ross, 1967) ha studiato la reazione emotiva alla diagnosi di cancro nel suo libro *La morte ed il morire*, descrivendo in un modello a cinque fasi le dinamiche mentali più frequenti della persona a cui è stata diagnosticata una malattia terminale. Da sottolineare che si tratta di un modello a fasi, e non a stadi, per cui le fasi possono anche alternarsi, presentarsi più volte nel corso del tempo, con diversa intensità e senza un preciso ordine, dato che le emozioni non seguono regole particolari, ma anzi come si manifestano, così svaniscono, magari miste e sovrapposte.

1. Fase della negazione o del rifiuto: «Ma è sicuro, dottore, che le analisi siano fatte bene?», «Non è possibile, si sbaglia!», «Non ci posso credere» sono le parole più frequenti di fronte alla diagnosi di una patologia organica grave; questa fase è caratterizzata dal

fatto che il paziente, usando come meccanismo il rifiuto dell'esame di realtà, ritiene impossibile di avere proprio quella malattia. Molto probabilmente il processo di rifiuto «psicotico» della verità circa il proprio stato di salute può essere funzionale al malato per proteggerlo da un'eccessiva ansia di morte e per prendersi il tempo necessario per organizzarsi. Con il progredire della malattia tale difesa diventa sempre più debole, a meno che non s'irrigidisca raggiungendo livelli ancor più psicopatologici.

2. Fase della rabbia: dopo la negazione iniziano a manifestarsi emozioni forti quali rabbia e paura, che esplodono in tutte le direzioni, investendo i familiari, il personale ospedaliero, Dio. Una tipica domanda è «perché proprio a me?». È una fase molto delicata dell'iter psicologico e relazionale del paziente. Rappresenta un momento critico che può essere sia il momento di massima richiesta di aiuto, ma anche il momento del rifiuto, della chiusura e del ritiro in sé.

3. Fase della contrattazione o del patteggiamento: in questa fase la persona inizia a verificare cosa è in grado di fare ed in quali progetti può investire la speranza, iniziando una specie di negoziato, che a seconda dei valori personali, può essere instaurato sia con le persone che costituiscono la sfera relazione del paziente, sia con le figure religiose. «Se prendo le medicine, crede che potrò...», «se guarisco, poi farò...». In questa fase, la persona riprende il controllo della propria vita, e cerca di riparare il riparabile.

4. Fase della depressione: rappresenta un momento nel quale il paziente inizia a prendere consapevolezza delle perdite che sta subendo o che sta per subire e di solito si manifesta quando la malattia progredisce ed il livello di sofferenza aumenta. Questa fase viene distinta in due tipi di depressione: una reattiva ed una preparatoria. La depressione reattiva è conseguente alla presa di coscienza di quanti aspetti della propria identità, della propria immagine corporea, del proprio potere decisionale e delle proprie relazioni sociali, sono andati persi. La depressione preparatoria ha un aspetto anticipatorio rispetto alle perdite che si stanno per subire. In questa fase della malattia la persona non può più negare la sua condizione di salute, e inizia a prendere coscienza che la ribellione non è possibile, per cui la negazione e la rabbia vengono sostituite da un forte senso di sconfitta. Quanto maggiore è la sensazione dell'imminenza della morte, tanto più probabile è che la persona viva fasi di depressione.

5. Fase dell'accettazione: quando il paziente ha avuto modo di elaborare quanto sta succedendo intorno a lui, arriva ad un'accettazione della propria condizione ed a una consapevolezza di quanto sta per accadere; durante questa fase possono sempre e comunque essere presenti livelli di rabbia e depressione, che però sono di intensità moderata. In questa fase il paziente tende ad essere silenzioso ed a raccogliersi, inoltre sono frequenti momenti di profonda comunicazione con i familiari e con le persone che gli sono



accanto. È il momento dei saluti e della restituzione a chi è stato vicino al paziente. È il momento del «testamento» e della sistemazione di quanto può essere sistemato, in cui si prende cura dei propri «oggetti» (sia in senso pratico, che in senso psicoanalitico). La fase dell'accettazione non coincide necessariamente con lo stadio terminale della malattia o con la fase pre-morte, momenti in cui i pazienti possono comunque sperimentare diniego, ribellione o depressione.

Queste reazioni sicuramente caratterizzano la persona ammalata, ma coinvolgono ed investono anche chi le sta vicino e gli operatori sanitari. Ogni donna, indipendentemente dalla sua età e dalle sue caratteristiche di personalità, ha bisogno di tempo e di esperienze emotivamente terapeutiche per adattarsi alla malattia, ma anche il medico che la cura ha bisogno dello stesso tempo, per accettare di dover

combattere per la sua paziente, ma soprattutto insieme a lei e per superare la paura di non farcela a salvarla e talvolta il senso di colpa di doverle sopravvivere. Se è vero che esistono malattie inguaribili (e la malattia oncologica può ancora esserlo, anche se, soprattutto in ambito senologico questo è sempre meno frequente ad oggi, ed a maggior ragione nella donna anziana, in cui la malattia progredisce lentamente), non esistono d'altro lato malattie incurabili. Curare, al di là della possibilità di condurre alla guarigione, significa soprattutto prendersi cura della persona nella sua totalità, a 360 gradi, e nella «sacralità del prendersi cura» è fondamentale saper ascoltare la storia di quella donna, dell'irruzione di quella particolare malattia in quel particolare momento di vita di quell'unica persona, senza sottovalutare le peculiarità di una donna anziana.

Consulenza legale in reparto: ora l'assistenza alle pazienti è completa

Ilaria Fiori

Avvocato del Foro di Pisa



40

Quando la presidente dell'Associazione Senologica Italiana mi ha chiesto di collaborare, fornendo un servizio di consulenza legale all'interno del reparto di senologia dell'Ospedale Santa Chiara, non avevo davvero idea di quello che avrebbe potuto essere il mio contributo per aiutare persone che si trovano a dover combattere una battaglia così dura.

Temevo che lo sportello legale potesse essere interpretato dalle pazienti come un inutile orpello di fronte ad esigenze ben più impellenti ed urgenti.

Mai valutazione fu più errata!

A distanza di sette mesi dall'inaugurazione del servizio, facendo un primissimo bilancio di questa straordinaria esperienza, mi sono resa conto di quanto lo sportello sia fondamentale: è pacifico che la tutela della salute sia un diritto costituzionale, ma perché questo principio trovi concreta attuazione, è necessario che ogni persona sia messa nelle condizioni di poterlo esercitare appieno.

Così come la prevenzione è lo strumento primo per tutelare la salute dei cittadini, l'informazione è la premessa necessaria per la tutela del medesimo diritto.

Questa convinzione è stata il faro che mi ha guidato in questo percorso, durante il quale ho avuto modo di incontrare un numero di persone di gran lunga superiore a quello che mi ero immaginata.

Il mio piccolo intervento in questa rivista non vuole essere un articolo di carattere giuridico (per tutte le

informazioni che sono in grado di fornire c'è lo sportello), ma solo la condivisione con chi ogni giorno combatte per sconfiggere la malattia, come paziente, come medico, come infermiere, come volontario, nella convinzione che in questa battaglia anche il supporto legale gioca un ruolo importante.

L'introduzione di misure di sostegno economico, attraverso il riconoscimento dell'invalidità, anche solo temporanea, che il cancro comporta sia per la gravità della malattia che per l'invasività delle terapie e degli interventi chirurgici, misurano il livello di civiltà di un paese perché sono espressione proprio della volontà di dare concreta attuazione ai principi fondamentali della Costituzione, primo fra tutti quello di uguaglianza, e di rendere concreto l'esercizio del diritto alla salute.

Da qui passano le pensioni di invalidità, le indennità di accompagnamento, il riconoscimento di esenzioni fiscali o di agevolazioni nelle procedure e nelle pratiche amministrative e non ultime le misure di tutela della posizione lavorativa.

Tuttavia la politica di sostegno ai malati oncologici trova un limite enorme nell'incapacità dello stesso Stato, che dovrebbe essere il principale sponsor di se stesso, di informare i cittadini delle misure a loro sostegno.

L'apertura dello sportello ha messo in evidenza prima di tutto questo aspetto: la stragrande maggioranza delle pazienti non ha la minima idea di quali diritti so-

no loro riconosciuti in quanto malati oncologici.

Del resto l'esistenza di patronati che forniscono servizi di assistenza molto efficiente, così come la campagna di informazione fatta dall'INPS (a dire il vero assai meno attento, e spesso meno competente dei patronati), non può essere sufficiente, perché non tiene conto di un aspetto fondamentale ed imprescindibile: le persone che scoprono, spesso in modo improvviso e certamente inaspettato, di essere affette da un tumore, precipitano inevitabilmente in uno stato di prostrazione psico-fisica, per affrontare il quale necessitano di raccogliere ogni goccia di energia propria e delle persone che stanno loro vicine.

Non si può pretendere che un paziente a cui viene diagnosticato un cancro si attivi da solo, senza il necessario supporto e la dovuta assistenza, per chiedere il riconoscimento dei diritti che derivano dal suo status di persona malata perché, come è giusto che sia, l'unico pensiero del paziente è quello di curarsi e di guarire, e l'aiuto che cerca è quello del personale medico all'interno delle strutture ospedaliere.

Non a caso molte delle donne che si sono presentate allo sportello avevano già affrontato l'intervento chirurgico e spesso anche i successivi cicli di chemioterapia; pazienti quindi che, avendo già superato la fase più dura della malattia e che, forti magari di buone prospettive di guarigione, hanno trovato il tempo e le energie per dedicarsi ad un aspetto della loro condizioni che fino a quel momento avevano ritenuto marginale e residuale.

Altre pazienti si sono rivolte allo sportello in modo del tutto casuale, solo perché la loro attenzione, magari in una delle interminabili mattine trascorse dentro l'ospedale, era stata attirata dal volantino che lo pubblicizzava.

Ma la tutela dei propri diritti fondamentali non può essere tardiva, né legata al caso. Deve invece essere un percorso che corre parallelo a quello terapeutico, che inizia con la diagnosi e finisce con l'auspicata guarigione.

In primo luogo perché poter tempestivamente usufruire dei servizi e delle agevolazioni che lo Stato mette a disposizione dei pazienti oncologici rende meno gravoso il percorso di cura della malattia, ma anche perché – ne ho avuto esperienza diretta con lo sportello – apprendere solo tardivamente di tutele e misure delle quali non si può più usufruire, genera ulteriore frustrazione in chi di prove ne ha già affrontate a sufficienza.

Da qui l'importanza dello sportello legale, un supporto che le pazienti incontrano appena entrate nel reparto di senologia e che quindi sono spinte ad interpretare come parte del percorso che dovranno affrontare.

Questo obiettivo è senz'altro agevolato dal fatto che all'interno del reparto di senologia ogni persona che ho avuto la fortuna di incontrare, medici, infermieri, volontari delle associazioni che si prestano in molte



plici attività (dal supporto psicologico, ai laboratori di recitazione o meditazione), ragazzi impegnati nel servizio civile, si sentono parte di un unico gruppo, tappe di un percorso che ha come obiettivo quello di accompagnare i pazienti lungo una strada difficile, consapevoli che il cancro si forma in una parte del corpo, ma colpisce la persona nella sua interezza, non solo in tutto il suo fisico, ma anche in tutta la sua vita.

Aprire lo sportello di consulenza legale all'interno dell'ospedale non ha solo un valore simbolico, in quanto è espressione proprio della consapevolezza che ogni aiuto al paziente malato di tumore è parte della cura.

Il mio auspicio è dunque quello che lo sportello diventi ogni giorno di più una realtà integrata all'interno del reparto di senologia, fino a diventare una «fermata obbligata» per le pazienti in cura.

Per raggiungere questo obiettivo mi permetto però di rilevare un limite del quale mi sono resa conto con questa, sino ad oggi breve, ma intensa esperienza: non vi è ancora abbastanza sensibilità da parte del personale medico sull'importanza del ricorso tempestivo alle prestazioni dell'INPS e delle amministrazioni locali.

Le prime gravi carenze le ho riscontrate nei medici di base: spesso non informano i loro pazienti della possibilità di fare domanda di riconoscimento dell'invalidità civile o dell'indennità di accompagnamento, alcune volte perché non ne sono a conoscenza, altre più semplicemente perché non la ritengono una priorità per i pazienti o un loro compito, nonostante spetti al medico di base avviare la relativa procedura con l'invio del certificato telematico all'INPS. Altre volte, nonostante l'esplicita richiesta dei propri pazienti, tardano ad inviare il certificato all'INPS, come inconsapevoli dell'importanza di un intervento tempestivo.

Ma anche il personale specializzato dei reparti ospedalieri dovrebbe essere più sensibile rispetto a questa tematica. Non si pretende certo che i medici facciano consulenza legale, né che debbano essere informati sulle misure di sostegno sociale e fiscale ai malati oncologici o sulle relative procedure; sarebbe per esempio sufficiente che, insieme alla certificazione medica rilasciata ai pazienti, contenente la diagnosi o la terapia, fosse consegnato loro anche un piccolo

opuscolo informativo sui diritti del malato che consenta ad ognuno di poter essere messo sin da subito in condizioni di attivarsi per vedersi riconosciute quelle minime misure di sostegno che rendono meno gravoso affrontare la malattia e contribuiscono, a mio parere, a far sentire i pazienti meno soli.

Queste mie riflessioni sono solo piccoli spunti che spero possano in qualche modo contribuire a migliorare ulteriormente il servizio già straordinario reso da tutto il personale medico, paramedico e volontario che opera all'interno del reparto di senologia con una

dedizione ed un «gioco di squadra» che ho davvero trovato rivoluzionario.

Per questo non posso non concludere il mio intervento esprimendo tutta la mia gratitudine per l'opportunità che l'ASI ed in particolare la sua presidente, alla quale invero mi lega un profondo sentimento di amicizia ed affetto, mi ha regalato.

Occuparmi dello sportello legale è stato, e sarà ancora di più nei mesi futuri, occasione di grande crescita professionale ma soprattutto umana.

Buon lavoro a tutti.

Il coraggio di testimoniare la propria esperienza

Comunque vada, andrà bene

Daria Faucci

«Saresti l'unica ad avere un tumore al seno per soli nove mesi di progesterone!». Questa fu la risposta della mia (ex) ginecologa ai miei dubbi, all'inizio della mia difficile gravidanza, sul dover assumere progesterone, dubbi motivati dal fatto che mia madre aveva avuto un carcinoma al seno a quarant'anni, la mia stessa età. «Certo che riuscirai ad allattare, sei un osso duro te!». Questa fu la sua risposta quando le dissi della mia preoccupazione, poco prima del parto, nel sentirmi «qualcosa di strano» da una parte, che al tatto non mi pareva assomigliare alle solite cisti a cui ero abituata.

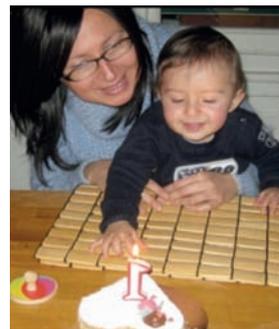
Ha avuto molte occasioni per suggerirmi un controllo senologico, visto che andavo da lei ogni mese per la visita di routine in gravidanza. Ma non l'ha fatto, e quelle risposte, nella mia testa, risuonavano come un «non ti porre questo problema, non si può sviluppare un tumore in gravidanza». Per questo ho smesso di pensarci, ho attribuito la «stranezza» ad una normale modificazione di quel periodo e, dopo il parto, ad una mastite.

Morale della storia, non solo non sono riuscita ad allattare (e questo sarebbe il minimo) ma al controllo senologico al quale sono andata, con calma, sette mesi dopo il parto, la «cosa strana» è risultata essere una grossolana placca di quasi dieci centimetri di diametro. Un carcinoma infiltrante. Nessun recettore ormonale. HER2+. Marker positivi. Linfonodi positivi. Metastasi ossea. Non volevo crederci. Io che avevo fatto sempre controlli fino alla soglia dei quarant'anni (l'ultima ecografia un mese prima di rimanere incinta). Non dovevo essere arrivata a quel punto. Io che avevo sospettato qualcosa già un anno prima. Ho sbagliato. Avendo dubbi dovevo agire comunque, ma

non l'ho fatto perché non sono riuscita a concentrarmi su due emergenze assieme (la gravidanza a rischio e la mia salute).

Sia ben chiaro, non penso affatto che il cancro me l'abbia fatto venire il progesterone che mi è stato prescritto. Probabilmente era già lì «in agguato», in attesa di essere attivato dai fattori di crescita della gravidanza, e poi è «esploso». Però, se la ginecologa avesse avuto un'attenzione maggiore verso questi problemi, anche se non di sua diretta competenza, mi avrebbe aiutato a scoprire prima questa malattia, senza che progredisce così tanto.

A questo punto inizia il mio lungo iter. Da ospite «attempata» di ostetricia divento, l'anno dopo, paziente «giovane» di senologia (che soddisfazione, sono migliorata!). Inizio la chemioterapia neoaudivante, che durerà sei mesi. Ho pazienza, e mi sembra di abituarci abbastanza presto, per necessità e per carattere, a questa mia «altra vita». Quando me la sento mi sforzo di lavorare, perché mi piace e mi avvicina alla «normalità» (sono informatica, posso lavorare da casa in quel periodo). Vorrei però passare più tempo con mio figlio, ma non ho energie, e ho bisogno di aiuto. Mia madre mi è di grande sostegno, ma dopo poco tempo si ammala incredibilmente anche lei (dopo 26 anni dal suo primo carcinoma, si riammala in coincidenza con me... ma sarà proprio una coincidenza?). Meno lungo il suo percorso rispetto al mio, questo mi tranquillizza e in effetti ci diamo manforte a vicenda.



Dopo la chemioterapia e i controlli, l'intervento di mastectomia. Poi ancora la terapia a bersaglio molecolare per un anno. Un iter lungo, il mio. Ottobre 2013 il primo ciclo di chemio, giugno 2016 l'ultimo intervento di ricostruzione. Ma le terapie hanno funzionato, nessuna evidenza della malattia, anche la metastasi ossea è scomparsa!

Fin dall'inizio, nel percorso di cura che ho intrapreso, mi sono sempre ritenuta fortunata. Sicura di essere capitata nell'organizzazione giusta (a senologia viene fissata la prima visita oncologica, con la persona che sarà poi di riferimento, la visita radiologica, la visita genetica e anche la psicologa fa parte del «pacchetto»). Sicura di essere stata seguita da medici competenti, rassicuranti ed appassionati del loro lavoro e coscienti che chi sta male è una persona, ognuna diversa dall'altra, ma con l'obiettivo condiviso di affrontare questa malattia. Perché questa malattia va affrontata, e ci dobbiamo impegnare anche noi ad accettarla nel migliore dei modi e con il migliore stato d'animo possibile, e questo è fondamentale anche per aumentare le possibilità di guarigione. Io ho avuto la forza di affrontarla grazie a mio figlio, al mio compagno, ai miei genitori, a mia sorella e ai miei carissimi amici. Sono stati tutti dei riferimenti fondamentali. E ritengo di essere fortunata.

Quattro mesi fa purtroppo, tre anni dall'inizio di questa vicenda, un fulmine a ciel sereno, viene scoperta in una PET un'alterazione al cervelletto (grazie, anche questa volta, all'attenzione di chi a medicina nucleare ha analizzato il mio esame, dato che la PET non è l'esame più adatto ad evidenziare problemi in quella sede). Vengo «consegnata» quindi da senologia a neurochirurgia (dove divento addirittura «bimba», sem-



pre meglio!), anche lì sono in ottime mani e vengo operata in tempi record. L'intervento è andato bene, la massa, che si rivela essere una metastasi del seno, è stata completamente rimossa (sulla base della mia esperienza l'ospedale di Pisa è veramente un'eccellenza), io ora sto bene e non ho avuto neanche bisogno di fare altre terapie. Mi devo però sottoporre ad esami di controllo molto ravvicinati e vivo nel pensiero di trovarmi una volta o l'altra di fronte ad una nuova «sorpresa». Ma voglio essere ottimista, e penso che comunque vada, andrà bene!

Scrivo questa testimonianza perché vorrei gridare a tutte le donne che, come me, hanno familiarità e si avvicinano ad una gravidanza un po' «tardiva» (e anche a tutte le altre) che possono e devono controllarsi durante quel periodo e che ci sono anche analisi che non fanno male al bambino. Perché avere un figlio è una cosa bellissima, e se tornassi indietro lo rifarei, ma un figlio si merita una madre che abbia, sempre e più a lungo possibile, tutte le energie di cui c'è bisogno per fare questo mestiere.

Letto per voi

Tantestorie

Recensione di Gipi, *Unastoria* (Coconino Press)

A cura di Federico Guerri

Credo che ci sia una considerevole grandiosità nella presenza del nostro maestoso Universo che se ne sta là, del tutto senza uno scopo.

(Peter Atkins, *A proposito dell'esistenza*)

Questo cielo così bianco.

(Andrea Pazienza,
Le straordinarie avventure di Pentothal)

In ogni opera d'arte che si rispetti come minimo c'è tutto.
(Bluvertigo, *Le arti dei miscugli*)



«Ce lo recensisci un libro?» mi hanno chiesto. «Più che volentieri» ho risposto. «Che sia un libro bello. Uno di quelli che lasciano qualcosa. Pensa al volume che più ti ha colpito, negli ultimi tempi» mi hanno detto. A questo punto, come mio solito, mi sono incartato. Perché recensire un libro è una cosa, scegliere una storia è un'altra, completamente differente.

Ho passato le dita sugli scaffali meno polverosi, tirato fuori volumi divorati recentemente, rimesso a posto molti di essi. Mi sono stancato. Mi sono disteso sul letto e, naturalmente, il libro di cui mi andava di

parlare era là, sul comodo, ed era un fumetto o una *graphic novel*, come chiamano i fumetti quelli che si vergognano ancora un po' a leggerne uno.

L'autore è un pisano: Gianni Pacinotti, in arte Gipi. È uno che, se glielo chiedi, dice semplicemente di *fare fumetti* e che ha già vinto per tre volte il premio Micheluzzi, s'è preso il Gran Guinigi a Lucca ed è stato tra i dodici finalisti del Premio Strega e candidato al Leone d'Oro.

Unastoria, il suo ultimo lavoro, è la storia di Silvano Landi, cinquant'anni, ricoverato in casa di cura dopo un esaurimento nervoso.

Unastoria, però, è anche la storia di Mauro Landi, il bisnonno di Silvano, intrappolato in una delle ferite della terra scavate dalla Prima Guerra Mondiale.

Detto questo, *Unastoria* pare già un titolo bugiardo perché le storie sono almeno due.

E poi c'è la storia dell'inventore della prima mitragliatrice, quella della figlia e dei medici di Landi, c'è uno dei più bei miti di fondazione dell'umanità che abbia mai letto, c'è la storia di un distributore di benzina e di un albero perso nel nulla i cui rami, quando ci passa il vento in mezzo, sembrano sussurrare: «Ascolta».

C'è un collo di donna di spalle che aspetta il ritorno di un soldato e c'è la neve.

C'è una scrittura precisa (per parole e per immagini) in apparenza disordinata ma di perfezione musicale, un mescolarsi di tecniche per raccontare passato e presente, mescolare memoria e visione. C'è il *fumetto fatto bene*, come direbbe lo stesso Gipi. Il potere di



essere pittura, cinema e grande letteratura assieme. E teatro, aggiungo, per la capacità di far parlare i vivi e i morti e lasciare, dopo l'ultima pagina, con delle domande in testa («*Dammi risposte complesse, please*» è l'incipit di *Unastoria*).

C'è bellezza, dolcezza e orrore sotto un cielo enorme e indifferente, in cui le figure umane si fanno piccolissime o precipitano nel vuoto di una pagina priva di confini.

Ci sono tutte queste cose qui e altre, e altre ancora. Così tante che quando ti chiedono «Com'è l'ultimo libro di Gipi?» tu non ce la fai a rispondere subito in modo giusto. Provi a cominciare da una parte ma ti accorgi che non è importante e allora inizi di nuovo. Dici: «Aspetta che ci penso. Lo rileggo e ti dico. Te lo passo, magari». Alla fine ti viene in mente che, come in buona parte dei capolavori, la risposta è già tutta nel titolo. «È *unastoria*», dici.

Nostalgia di San Pietroburgo

Maria Giovanna Guarguaglini

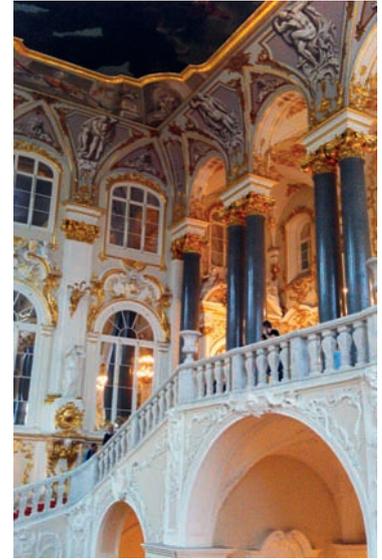


La prima volta che ho visitato San Pietroburgo, nell'agosto del 2014, era passato poco più di un mese dall'intervento. Era un viaggio progettato da tempo e avevo temuto di non poterlo realizzare. Invece non ho avuto problemi e ho potuto ammirare tutte le bellezze della città con il dovuto stupore. La città mi ha tanto piacevolmente impressionato che sono tornata a visitarla nel luglio del 2016.

San Pietroburgo è stata creata, dal nulla, nei primi anni del Settecento con lo scopo di stupire: la magnificenza dei palazzi, la ricchezza delle decorazioni in tutti gli edifici e, in particolare, delle chiese sembrano decisamente intenzionali e sono improntate a un lusso sfacciato. La zona su cui è sorta la città era paludosa e prima di gettare le fondamenta degli edifici maggiori sono stati infissi nel terreno pali di legno, come a Venezia, e gettate lastre di granito finché il terreno non fu abbastanza solido.

La rete di fiumi e canali che attraversa la città è stata regolata con scrupolo, interrando e scavando ad arte; un giro in battello permette di ammirare al meglio tutto, a cominciare dalla spettacolare facciata del museo Ermitage, colorata di un insolito verde e impreziosita da colonne bianche e fregi in oro. Molti edifici sono stati progettati da architetti italiani: Quarenghi, Rossi e Rastrelli i nomi più noti.

Visitando la Chiesa di Sant'Isacco, con le cupole dorate, i mosaici dorati, le altissime colonne, gli interni impreziositi da lapislazzuli e malachite, le decorazioni sfarzose e tanto luccicanti che fanno male agli occhi si capisce subito perché ci sia stata la Rivoluzione d'Ottobre del 1917. Può sembrare difficile immaginare quanto sia costata in termini monetari, ma è facile capire il contrasto tra questa magnificenza e le condizioni di vita del popolo russo che doveva fornire mano d'opera gratuita, in condizioni assai precarie.



Ad esempio, per la doratura delle cupole della chiesa veniva usato un amalgama naturale di mercurio e oro poi riscaldato a fiamma viva: il mercurio evaporava e la cupola splendeva. I vapori di mercurio sono molto tossici e respirarli è costato la vita a circa sessanta operai. La doratura non è stata più ripetuta.

Appena arrivata, ho visto il famoso incrociatore Aurora, da dove è partito l'assalto al Palazzo d'Inverno; ne sono rimasta un po' delusa: è piccolo, solo 126,8 metri di lunghezza, e tutto nero (almeno nel 2014 perché nel 2016 era in restauro). Mi aspettavo una nave possente, invece è solo la Storia che lo ha reso grande nella mia immaginazione! L'incrociatore è noto anche perché nel 1908 fu una delle prime navi a portare i soccorsi alle popolazioni di Messina e Reggio Calabria colpite dal terremoto.

Niente altro mi ha deluso, i ponti sulla Neva, i palazzi, le piazze, i giardini, i viali e la Prospettiva Nevsky (che compare anche in una canzone di Battiato) hanno superato tutte le mie aspettative. Gli imponenti palazzi della prospettiva sono ancora più suggestivi di notte, con le facciate fastosamente illuminate (pare a spese dei proprietari).

Scrivendo Nikolai Gogol nel 1835: «... Non c'è niente di più bello della Prospettiva Nevskij, non in San Pietroburgo in ogni caso, qui, a San Pietroburgo è tutto. E in effetti, c'è qualcosa di più brioso, più brillante, più splendente di questa bella strada della nostra capitale?» Come dargli torto?

Da brava turista mi ero documentata consultando guide e siti internet e avevo anche guardato due puntate di Passpartout, con Philippe Daverio, dedicate alla città e al suo museo più famoso, l'Ermitage, ma niente può preparare al colpo d'occhio generale, alla luce del mar Baltico, a tutto l'insieme dei particolari che rendono San Pietroburgo così affascinante.

L'Ermitage non è solo il museo più grande della Russia, ma è una collezione di collezioni, formate nell'arco di tre secoli, esposte in una cornice davvero sfarzosa. Anche se è affollatissimo di turisti, si riesce a

godere la visita e a respirare la storia che lo permea: lo Scalone monumentale, la Sala del Trono di Pietro il Grande, il Teatro, la Chiesa (dove furono celebrate nel 1894, le nozze dell'ultimo zar, Nicola II con la principessa Aleksandra, le «logge di Raffaello», il Salotto d'Oro, i Rembrandt, la Sala della malachite e molto, molto altro. Per visitarlo tutto occorrerebbero anni, tante sono le opere d'arte e di artigianato che contiene: più di tre milioni di oggetti. C'è anche un bronzo, raffigurante Nessus e Dianira di Pietro Tacca, lo scultore dei Quattro Mori a Livorno!

Durante l'assedio nazista, durato novecento giorni dal settembre 1941 al gennaio 1944, le opere del museo erano state messe in salvo, lasciando sui muri solo le cornici. Le persone rimaste a custodire il museo, sotto la guida del mitico direttore Obeli, facevano turni di guardia sul tetto per spegnere subito gli incendi causati dai bombardamenti, ed erano ridotte a raschiare la colla dietro la carta da parati per cibarsi: era a base di gelatina animale e non avevano altro. In quel periodo gli eroici abitanti della città hanno vissuto in condizioni terribili, soffrendo il freddo e la fame, ma conducevano una vita il più possibile normale. Anche gli artisti facevano la loro parte: ad esempio Shostakovich compose la famosa Sinfonia di Leningrado nel 1941 e organizzò la «prima» nell'estate del 1942.

Emoziona anche il pensiero dei tanti personaggi storici che a San Pietroburgo hanno vissuto; il mio pensiero, per ovvia deformazione professionale, corre a Leonhard Euler, il grande matematico e fisico svizzero, chiamato a corte da Caterina la Grande. Eulero ha lavorato a San Pietroburgo a più riprese, anche come medico nella marina russa, poi come cartografo e scienziato fino alla morte, avvenuta nel 1783. La sua tomba è in uno dei cimiteri del monastero di Aleksandr Nevskij, dove riposano anche molti artisti famosi: Dostoevskij, Chajkovskij, Stravinskij, Borodin e lo stesso Shostakovich.

Diverse opere di Dostoevskij sono ambientate a San Pietroburgo, per non parlare di quelle di Puskin;



Gogol ha scritto *I Racconti di Pietroburgo*: cercando i luoghi immortalati dalla letteratura ci si può imbattere nel «Naso di Gogol», gigantesco e rosa, incastonato nel pilastro di un palazzo!

Fuori città, la residenza estiva di Caterina riserva altre sorprese. La più famosa è la Camera d'Ambra: un grande salone con le pareti completamente rivestite di pannelli d'ambra, sei tonnellate, finemente lavorati, oltre a fogli d'oro e specchi. La camera fu donata dal re di Prussia Federico Guglielmo al suo alleato Pietro il Grande, che l'aveva ammirata in una visita a Berlino. La camera è meravigliosa ma non è l'originale perché i pannelli autentici, durante la seconda guerra mondiale, furono smontati dai nazisti e trasportati nel castello di Koenigsburg. Poi se ne persero le tracce, e nessuno sa dove siano finiti, ammesso che esistano ancora.

I pannelli sono stati ricostruiti sulla base della documentazione storica e delle foto, di cui solo una a colori, da straordinari artigiani a partire dal 1979 con un lavoro durato molti anni e finanziato anche da donazioni tedesche. La Camera ricostruita è stata aperta al pubblico nel 2003. Anche l'edificio, molto danneggiato dalla guerra, è stato fedelmente ricostruito. Sorge all'interno di uno splendido parco, visitabile, con laghetti, padiglioni e corsi d'acqua.

Un'altra meraviglia di San Pietroburgo è la Chiesa del Salvatore del Sangue Versato, eretta in memoria dello zar Alessandro II nelle vicinanze della Prospettiva Nevskij, proprio nel luogo dell'attentato in cui lo zar perse la vita nel 1881. La chiesa è uno dei monumenti più visitati dai turisti mentre gli abitanti di San Pietroburgo la ritengono meno interessante, visto che non è antica. Nel corso degli anni ci sono stati molti progetti per smantellarla, per fortuna mai realizzati. Questa cattedrale, mai consacrata per il culto, è molto diversa da tutte le altre della città: si può vedere una forte influenza dell'architettura russa medievale e una somiglianza, in particolare nelle cupole, con la famosissima Chiesa di San Basilio nella Piazza Rossa di Mosca. All'interno la chiesa è ricoperta da oltre settemila metri quadrati di mosaico, splendidi, che raffigurano scene bibliche: secondo i restauratori è la superficie a mosaico più grande del mondo, più di quella della basilica di San Marco a Venezia. Mi ha spiacevolmente colpito che durante l'assedio la chiesa sia stata utilizzata dalla Wehrmacht come magazzino per le verdure e come obitorio.

A poca distanza dalla chiesa del Salvatore spicca,



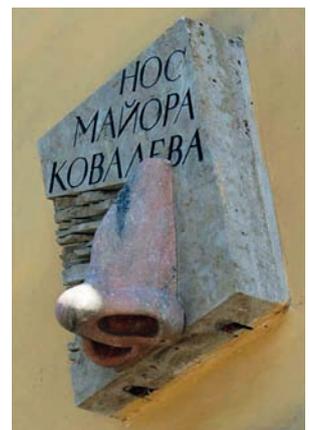
sulla Prospettiva Nevskij, un edificio eccentrico in stile moderno, o meglio spicca la sua torretta conica che culmina con una sfera raffigurante il globo terrestre simbolo della Singer, l'azienda famosa per le sue macchine da cucire.

Costruito nei primi anni del Novecento, ha ospitato per decenni gli uffici amministrativi della ditta, poi, per un paio d'anni, il Consolato americano. Adesso è sede di una bellissima carto-libreria, la Dom Knigi (letteralmente casa del libro): c'è da perdersi. Per fortuna ci si può ristorare nello spettacolare bar-pasticceria del secondo piano: la vetrata si affaccia sulla Cattedrale della Madonna di Kazan, proprio di fronte, con un ingresso che ricorda il colonnato della basilica di San Pietro a Roma, cui è dichiaratamente ispirata; forse proprio per questo ha ospitato per più di sessanta anni il museo dell'ateismo.

A proposito di cibo e bevande, è notevole l'Eliseyes, non lontano dall'edificio Singer di cui è contemporaneo. È un ambiente liberty riccamente decorato ed è stracolmo di ghiottonerie di ogni tipo, dolci, salate e alcoliche provenienti da ogni parte del mondo.

Di San Pietroburgo non ho potuto vedere tutto quello che mi sarebbe piaciuto. In particolare non sono riuscita a visitare il Museo Fabergé, realizzato dal miliardario russo Viktor Vekselberg e inaugurato nel 2013, che ospita icone e gioielli degli Zar tra cui nove Uova Imperiali ovvero raffinate uova-gioiello, talune con sorpresa-gioiello, realizzate in occasione della Pasqua dal maestro di oreficeria Peter Carl Fabergé tra la fine dell'Ottocento e la rivoluzione di Ottobre.

Si deve sempre tralasciare per poter ritornare, non è forse vero?



I racconti dei fiori

Cronache da un laboratorio di scrittura creativa e teatro a Senologia

Scrivere, da sole e in collaborazione, raccontare, leggere ad alta voce, immaginare come le proprie parole e le proprie storie potrebbero arrivare sulla scena.

Condividere un percorso di creazione e i pasticcini messi in mezzo alla tavola, prestarsi idee, personaggi e penne quando le proprie finiscono l'inchiostro e poi inventarsi sul palco una sala d'attesa di Senologia in cui personaggi dai nomi di fiori dicono, con semplicità, il loro vissuto: triste o divertente, passato o futuro, nostalgico o colmo di speranza.

Dal novembre del 2015 al maggio del 2016, a lunedì alterni e grazie alla collaborazione tra l'Associazione Senologica Internazionale e la compagnia teatrale ADA - Arsenale delle Apparizioni, una sala al primo piano di Senologia di Pisa ha ospitato «Dalla narrazione alla scena, tra scrittura e teatro». È stato un laboratorio di narrazione diretto a pazienti, ex-pazienti, personale medico e interessati in genere che ha coinvolto in giochi di scrittura creativa e teatro, proposti dall'operatore teatrale Federico Guerri, una quindicina di donne all'elaborazione di testi poi messi in scena il 14 Maggio scorso, presso il Centro Culturale Mixart, dalle partecipanti al corso in collaborazione con alcuni attori di ADA.

Abbiamo riso, ci siamo commosse, abbiamo provato a trasformarci in scrittrici e lettrici, ci siamo conosciute e confrontate, ci siamo mangiate una pizza soddisfatte del nostro lavoro. Non ci è passata la voglia di raccontare e perciò, qua sotto, ci sono un po' di storie dal «nostro» laboratorio filtrate dal nostro punto di vista.

«Ciò che più mi ha colpito è come sia possibile, in breve tempo e con semplici istruzioni, creare dei personaggi così interessanti e fantasiosi e che non sono proprio la stessa persona dell'autore (paziente o medico), ma allo stesso tempo hanno molto di lui.

Quando ciascuna persona narra la sua malattia rimaniamo stupiti di scoprire in quanti modi diversi può essere raccontata ed elaborata, a seconda del contesto e del momento in cui l'autore si trova. Questa diversità di narrazioni non è qualcosa di superfluo ma fa parte del processo di cura. Il laboratorio è stata una grossa sorpresa».

Emanuela

«Per questa lettura ho creato la mia donna innamorata della vita, tra un pensiero e l'altro, tra i sorrisi ed anche le tensioni delle compagne di viaggio. Sì, un viaggio, questa esperienza è stata un treno carico di gesti, di suoni, di vite diverse, con esperienze leggere o pesanti. Un viaggio con un treno carico di donne che ballano, cantano, si innamorano, si rivedono piccole, osservano le nuvole piene di pioggia. C'è stato un angelo meraviglioso che ci ha protetto ed un



padre con l'ingegneria delle favole ma, tornando all'esperienza personale, mi sono divertita a far corpo con tutti, uomini e donne, aiutanti e non, mi sono emozionata nella lettura della mia ragazza giornalista innamorata della vita, l'ho sentita scorrere fuori dalle braccia e da tutto il corpo».

Nadia

«Scrivere mi è sempre piaciuto, ma scrivere sotto la guida di un maestro (e che maestro) non mi capitava dai tempi delle elementari. Eppure con pazienza (più che altro sua) e divertimento (più che altro nostro, Federico ci ha insegnato un po' di trucchi del mestiere e ha fatto emergere da ognuna di noi una storia, che era già lì, almeno questa è l'impressione che ho avuto io, e ci ha aiutato a darle la forma giusta, a mettere in risalto gli aspetti più importanti, a scegliere le parole adatte.

Incontro dopo incontro hanno preso forma i nostri racconti, veri o inventati, ma legati tutti in qualche modo alla nostra esperienza del tumore, ed è cresciuto il desiderio di dividerli perché autentici, gioiosi e pieni di speranza. Quando li abbiamo letti in pubblico abbiamo avuto successo proprio per questo!»

«Se ripenso all'esperienza che abbiamo fatto con Federico e con tutte le altre partecipanti, credo di poter tranquillamente affermare alcune cose. Ho imparato molto sulle sfumature delle parole e sulla loro duttilità nel raccontare storie ed emozioni. Ho amato tantissimo il lavoro di gruppo e scoprire come l'abilità del nostro insegnante sia stata capace di mettere insieme tante cose e persone diverse, riuscendo a trovare i fili giusti per collegare tutte noi, e ottenere così un lavoro di armonia, allegria e tenerezza. Il giorno dello spettacolo poi abbiamo lanciato il messaggio legato ad ogni lettura come non avrei mai pensato di riuscire a fare. La conferma che lavorare insieme fa davvero miracoli».

Monica

«In principio era stata la curiosità. Come sempre il «nuovo», quello che non conoscevo, mi affascinava ed attirava. Mai avevo affrontato un laboratorio teatrale, non avevo idea di come si sarebbe svolto, anche se il progetto «Dalla narrazione alla scena, tra scrittura e teatro», che la nostra associazione aveva proposto ed approvato, aveva un suo programma ben definito. Poi mi sono trovata incredibil-

mente bene, mi sono divertita e sono ritornata fanciullina, come sui banchi di scuola, tra queste donne che portavano ognuna in modo diverso il proprio vissuto, guidate da Federico (il nostro istruttore/maestro e regista) che ha incoraggiato e fatto sentire unica ognuna di noi. Finché è arrivato il momento della stesura del copione che a conclusione del percorso avrebbe portato ad una esibizione in teatro, col pubblico! Nei nostri racconti l'esperienza della malattia si è soltanto affacciata, con discrezione, leggerezza ed una certa dose di umorismo. Ma ad ascoltare attentamente si poteva percepire quello che accompagna chi si trovi ad affrontare la malattia. Per quanto mi riguarda ho imparato a tirare fuori cose fino a quel momento non dette della mia esperienza di paziente sopravvissuta, a scriverle e, fatto impensabile solo pochi mesi prima, a raccontarle in pubblico. Grazie a tutte le mie compagne d'avventura e a Federico!»

Liana

«Il corso di scrittura creativa è stato per me un momento di evasione dai miei problemi, comuni a me e alle altre donne che vi hanno partecipato. Quando sono venuta a conoscenza di questo corso ero dubbiosa perché mai avrei pensato che mi sarei divertita: il mio umore era a terra, per via della chemio e dei cattivi pensieri, ed il teatro e la scrittura sono at-



tività nelle quali non avrei mai pensato di cimentarmi. Durante le nostre «riunioni» i cattivi pensieri spariscono e le mie giornate si arricchiscono di momenti piacevoli, e per questo, preziosi. La malattia che stavo combattendo, il mostro che nella mia mente e nel mio cuore era diventato enorme e opprimente, diventava sempre più piccolo e sempre più debole, grazie alle parole delle care amiche che ho conosciuto, alle risate provocate da tutte le storie e le situazioni che ci siamo divertite a immaginare. Senza quest'esperienza sarebbe stato tutto più difficile. Voglio ringraziare tutte le persone che hanno partecipato per avermi regalato questi bei momenti, e in particolare Federico, per aver messo a nostra disposizione il suo tempo, la sua energia e la sua simpatia».

Maria Paola

Primo incontro di Arte terapia

48

Maria Grazia Guiso

Psicopedagogista specializzata nei disturbi del DCA, Conduttrice di gruppi terapeutici



3 Febbraio, primo incontro di Arte terapia: come potevo far capire e far accettare che il gruppo serve a mettere in scena l'irrazionalità, a esplorare le parti nascoste dell'anima e che piano piano le emozioni salgono e prendono consistenza.

Ho visto volti incerti pieni di diffidenza, di paura, di sfida, di sofferenza (quella che toglie la capacità di fidarsi).

Ho visto volti pieni di curiosità e aspettative nei quali ho letto molte domande: «chi e cosa mi aiuterà a togliere l'angoscia che ho dentro il cuore?»

Occhi che mi scrutano, e tanta voglia di lasciarsi andare e abbandonarsi.

Domande silenziose volano nell'aria:

«Mi sta chiedendo di lasciarmi andare, di mettermi in contatto con il bambino che è dentro di me... facile dirlo... ma vorrei che vedesse il mio cuore di pietra disilluso e pieno di rabbia...».

Non mi sono scoraggiata ma ho aperto il cuore ho lasciato uscire l'amore sotto braccio alla comprensione e insieme via ad esplorare le parti più belle dell'anima.

Poco per volta è nato un bel rapporto di serenità e fiducia, affetto e comprensione, aumentando l'auto-stima individuale e la coesione del gruppo.

Mi piace trascrivere alcune riflessioni delle donne che hanno seguito il corso di arte terapia.



«Quando mi è stata proposta dall'Associazione Senologica la partecipazione ad un corso di arteterapia, la mia prima reazione è stata di puro scetticismo perché quando ti comunicano che hai un tumore automaticamente ti senti sottratta ai tuoi affetti, alle tue relazioni sociali, alla tua quotidianità e ti ritrovi sola su una zattera, tra i flutti di un oceano tempestoso, con la paura di soccombere, in completa balia degli eventi, in cerca disperatamente di un punto fermo che ti possa ridare un minimo di stabilità emotiva.

Comunque ho iniziato a frequentare il corso sollecitata affettuosamente da una mia cara amica e, giorno dopo giorno le attività di arte terapia mi hanno coinvolta non solo a livello fisico ma soprattutto a livello mentale e psicologico.



Pur avendo un carattere piuttosto riservato sono riuscita ad esprimere sempre più liberamente le mie sensazioni e le mie emozioni, mi sono sentita sempre più aperta e pronta al dialogo, alla comunicazione e alla condivisione di esperienze con altre amiche del gruppo.

In questo percorso terapeutico sono stati determinanti l'approccio affettivo e l'empatia di Maria Grazia che ci ha trattate con amore, guidandoci verso una meta dove non pensavamo di arrivare e aiutandoci a liberarci lentamente dalla sofferenza interiore. Ci ha così riportate a navigare in un mare più tranquillo.

Con Maria Grazia ho trovato il mio approdo dopo la tempesta, la mia oasi dopo un lungo viaggio nel deserto, per questo la ringrazio di cuore».

Margherita

«Abbiamo deciso di partecipare al corso di Arte-Terapia con un po' di scetticismo, non sapevamo praticamente niente delle attività che avremmo svolto e soprattutto ci spaventava l'idea di poterci trovare a raccontare noi stesse, a condividere con altri le nostre esperienze, a manifestare i nostri sentimenti.

Fin dal primo incontro abbiamo invece capito che Maria Grazia è una persona veramente speciale, una brava professionista, accogliente, capace di coinvolgere noi e le altre donne in attività che sono riuscite, in modo semplice, a farci sentire in un ambiente familiare, dove è stato possibile esprimerci con spontaneità.

Il legame che si è creato nel gruppo ha permesso di condividere sensazioni, pensieri, emozioni attraverso attività che prevedono l'uso del movimento, della musica, dei colori, dei disegni.

Mai avremmo pensato di raccontarci tramite queste forme espressive e riuscire a ricordare, anche nei minimi particolari, episodi significativi della nostra vita ormai quasi dimenticati o comunque accantonati nelle nostre menti.

È stata veramente una bella esperienza che speriamo si possa ripetere anche nel nuovo anno.

Grazie innanzitutto a Maria Grazia che è riuscita ad aprire la nostra corazza e a farci capire che la condivisione è sicuramente fonte di aiuto per noi tutti.

Grazie anche agli organizzatori dell'Associazione Senologica Internazionale e a tutte le compagne del corso».

Angela e Nadia

«Ho fatto un viaggio speciale, dedicato a me stessa. Mi sono nutrita alimentando la fiducia nelle mie capacità personali. Mi ha prodotto benessere, aiutato a fronteggiare situazioni di difficoltà e mi ha dato la possibilità di elaborare il mio vissuto e di trasmetterlo agli altri. Un grande bacio».

Lucia

«Dentro di te ci sono qualità che non sai di avere, possono aiutarti a rapportarti meglio con gli altri e a credere di più in te stessa, ma non è facile tirarle fuori. Lo sai?»

Io adesso lo so.

Come ha sempre detto mio padre «every disappointment is a blessing of God», ogni situazione difficile è una benedizione o meglio può diventare tale se lo vogliamo, e adesso più che mai lo sto sperimentando sulla mia pelle. Certo non posso ringraziare di aver vissuto un'esperienza così traumatica, ma è proprio dal dolore e dalla sofferenza che è nata la forza unita all'armonia, la grinta unita all'equilibrio, la dolcezza unita alla determinazione, quella completezza che era dentro di me ma che stentavo a raggiungere. Sono stati i momenti difficili che hanno forgiato la mia personalità come nessun'altra esperienza mai, che hanno portato all'armonica convivenza di caratteristiche antitetiche insite in me e che prima non riuscivo a dosare nella giusta misura. Sicuramente la vita deve ancora insegnarmi molto ma, un po' come a scuola, ritengo adesso di avere buone basi, delle fondamenta molto solide su cui costruire, le cicatrici ci sono fuori e dentro ma è da quelle che voglio ripartire.

Ognuno ha il suo percorso, le sue esperienze da vivere per divenire la persona che è destinato ad essere, a noi spetta saperle sfruttare tutte, quelle gioiose e quelle amare per non lasciarle lì finì a se stesse, ma per viverle come occasioni di crescita personale, di maturazione, e se per fare questo abbiamo bisogno di aiuto nei momenti più difficili non dobbiamo vergognarci.

Questa volta la vita ci è andata giù pesante ma sono fiera di aver ricostruito qualcosa partendo da quelle che sembravano solo macerie ma, devo sottolineare, non da sola.

Ovviamente devo essere riconoscente a molte persone, dalla famiglia agli amici, ma è con piacevole stupore che esprimo un sincero grazie alle mie nuove amiche di Arteterapia e a Maria Grazia la "guida spirituale" di questo percorso che mi ha aiutato a far venire fuori una «nuova me» che devo dire... mi piace assai!»

Dele

Andiamo al cinema

Olimpia Ronga

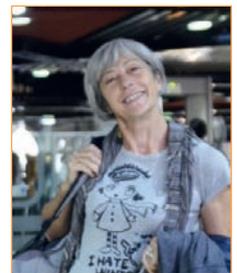
Io, Daniel Blake

Film di Ken Loach palma d'oro al festival di Cannes 2016

Durata 1h 40min

Girato a Newcastle nei quartieri operai il film stigmatizza l'inefficienza del sistema assistenziale inglese e ne denuncia la disumanizzazione, è un atto di accusa contro la stupidità e la crudeltà del sistema.

Il mio nome è Daniel Blake. Sono un essere umano, un cittadino. Tutto quello che chiedo è di essere trattato con dignità. Ho pagato fino all'ultimo penny delle mie tasse e sono stato fiero di farlo. Ho i miei do-



veri e i miei diritti e, riguardo a questi, pretendo quel che mi spetta, niente di più e niente di meno.»

Sono queste le parole di Daniel Blake, parole che leggerà per lui Katie, perché lui non potrà più farlo, parole che rivendicano la dignità della persona.

Un infarto, la riabilitazione, la domanda per l'indennità di malattia. Comincia l'inferno per Daniel Blake.

In attesa al telefono per ore «per non perdere la priorità acquisita», intervistato dall'addetta per i problemi sanitari, ottusa e incompetente, rimbalzato da un ufficio all'altro, alla fine non otterrà l'indennità.

Può chiedere il sussidio di disoccupazione. Anche qui niente si presenta facile, friendly, bisogna scaricare il modulo on line, bisogna avere competenze informatiche.

È carpentiere Daniel Blake, sa fare tutto con le mani, ha sempre lavorato ma ora non può più, i medici sono stati categorici. Non ce la fa, non ne è capace, il computer è al di fuori della sua portata.

Non si arrende Daniel Blake, ha fiducia, è un uomo equilibrato, che non si è chiuso in sé stesso, è un uomo capace di aiutare chi ha bisogno, capace di capire Katie, donna single con due bambini piccoli, anche lei stritolata dalla burocrazia che la riduce alla fame e sulla strada.

Il tempo passa, i risparmi finiscono, la volontà vacilla, la fiducia viene meno, Daniel Blake si arrende. Tocca a Katie soccorrerlo, aiutarlo a ritrovare se stesso, aiutarlo a riprendere la lotta per ottenere giustizia.

La denuncia di Ken Loach ha toni drammatici perché è drammatica la condizione delle persone che si confrontano e che si scontrano con il sistema assistenziale inglese.

Il Welfare, una volta orgoglio della Nazione, è ormai una macchina inceppata che miete vittime sul suo cammino, come se avesse perso il controllo della strada.

I sapori della tradizione

Sgombro e cecina

Tiziana Centonze

50

Lo sgombro è un pesce in cui si trova la sapidità propria del prodotto.

La sua carne contiene 10% di lipidi, 17% di proteine, la restante percentuale è acqua. Ha valore gastronomico solo se fresco.

Il pesce azzurro ha un notevole apporto nutrizionale con proteine nobili, cioè di alto valore biologico con numerosi minerali: calcio (185 mg in 100 gr), potassio, ferro, fosforo e iodio. Inoltre, sono presenti: Vitamina A, E, complesso B e acidi grassi polinsaturi omega 3 che riducono il colesterolo cattivo (LDL), aumentano il colesterolo buono (HDL) e regolano i fenomeni di aggregazione piastrinica riducendo il rischio della formazione di placche, preven-

nendo quindi malattie a carico dell'apparato cardiovascolare.

I ceci sono i legumi più diffusi dopo soia e fagioli, fanno parte della cucina tradizionale di molti paesi e in Italia la Toscana è ai primi posti soprattutto con la *farinata* che si ottiene dalla macinazione dei ceci essiccati, liberati dalla crusca.

Hanno un alto contenuto proteico, contengono molte sostanze fondamentali per il benessere dell'organismo: proteine vegetali, fibre, vitamina C e alcune del gruppo B, minerali e acidi grassi polinsaturi. La presenza di *saponine* conferiscono proprietà terapeutiche relative al controllo dei livelli di colesterolo e trigliceridi.



Ingredienti

250 g di filetto di sgombro
20 g di patè di olive taggiasche
4 capperi sotto sale
olio extravergine di oliva (evo)
1 mazzetto di basilico
1 spicchio d'aglio
2 ravanelli
2 limoni

1 acciuga
origano
insalata indivia riccia
fiori edibili
pepe nero

Per la cecina

180 g di acqua frizzante
65 g di farina di ceci
40 g di olio evo
3 g di sale fino



Preparazione

In un bricco unire acqua, farina di ceci, olio evo, sale. Mescolare energicamente il tutto e far riposare in frigorifero 5-6 ore. Preparare una citronette aromatizzata mettendo in infusione nell'olio basilico, acciuga, origano e succo di limone.

Tagliare il filetto di sgombro e marinarlo con la citronette per un paio d'ore.

Cuocere la cecina 7 minuti per lato in padella antiaderente con poco olio caldo (la cecina non deve risultare più alta di mezzo centimetro). Prima di tagliarla a piccoli spicchi cospargerla di pepe nero.

Friggere i capperi in olio caldo ed affettare i ravanelli molto sottili.

Pelare il limone a vivo e ricavarne dei cubetti.

Salare il pesce e cuocerlo a fuoco vivo in padella, con poco olio caldo, adagiando per primo il lato con la pelle fino a farla diventare croccante. Girare il filetto dalla parte della polpa e terminare la cottura (la

cottura sul lato pelle dovrà durare il triplo del tempo della cottura lato polpa).

Impiattamento

Spennellare il piatto con il patè di olive in due punti e coprire con i triangolini di cecina. Adagiare lo sgombro e decorare con capperi fritti, fettine di ravanello, poche foglie di insalata, limone a cubetti, foglioline di basilico e fiori edibili.

Vino

Si preferisce abbinare un bianco di buon corpo, fermo. *Pinot grigio* dell'Alto Adige o *Vernaccia* di San Gimignano riserva. Gradazione circa 10 gradi da servire freddo.

Ulteriore alternativa, un rosso di medio corpo data l'intensità del pesce; il tannino dei rossi contrasta con la sapidità marinara.

... comunque belle



Gohar Sargsyan

Questa volta voglio parlarvi dell'avena, che oltre a far bene alla nostra salute, è un ottimo modo per prenderci cura della nostra pelle. È molto idratante, aiuta a rimuovere le cellule morte della pelle, contribuisce a trattare infiammazioni cutanee, acne, rosacea ed eruzioni ed è un ottimo aiuto per contrastare l'invecchiamento della pelle. È perfetto per tutti i tipi di pelli anche le più sensibili.

Maschere per il viso

Maschere all'avena

- 1) Mescolate 1 o 2 cucchiaini di farina di avena con 2 cucchiaini di acqua calda; lasciate riposare per 2 minuti e applicate su viso e collo. Tenete in posa per 15-30 m e risciacquate con acqua tiepida. Se la pelle è molto secca mescolate la farina d'avena con 2 cucchiaini di latte caldo al posto dell'acqua.
- 2) Mescolate 3 cucchiaini di farina d'avena con 2 cucchiaini di acqua tiepida, 2 cucchiaini di farina di riso, 1 cucchiaino di glicerina vegetale, applicate su viso e collo e tenete in posa 15-20 m.

Maschera anti acne e anti-age

Frullate bene 50 g di polpa di zucca, 50 g di polpa di papaya, un tuorlo d'uovo fino a ridurre il tutto a purea. Applicare su viso e collo e tenete in posa per 20 minuti. Rimuovete la maschera con un panno umido e tiepido.

Capelli

La natura ci viene incontro anche per migliorare la bellezza dei nostri capelli. Arricchite lo shampoo con 3 o 4 gocce di oli essenziali e massaggiate la cute.

Oli essenziali:

- limone, anti grasso,
- rosmarino, antiforfora, stimolante della circolazione e della ricrescita dei capelli,
- menta piperita, antisettica, utile per curare il prurito,
- melissa, lenitiva,
- Ylang-Ylang, anti caduta,
- lavanda, rinfrescante, rilassante, allevia mal di testa e disturbi causati dallo stress,
- arancio, dolce calmante.

Ci sono anche 6 oli «miracolosi» per i nostri capelli:

- olio di cocco,
- olio d'oliva,
- olio di argan,
- olio di semi di lino (dopo l'apertura l'olio deve essere tenuto in frigorifero),
- olio di ricino,
- olio di semi di zucca non raffinato.

Tutti gli oli si applicano quasi stesso modo: prima di lavare i capelli applicate l'olio sul cuoio capelluto e massaggiate con le dita lungo le ciocche dalla radice alle punte, lasciate in posa per minimo 30 m, poi lavate con lo shampoo. Possiamo aggiungere gli oli essenziali anche ai 6 oli di cui sopra. Ad esempio all'olio di oliva possiamo aggiungere l'olio essenziale di lavanda o rosmarino e possiamo tenerlo anche tutta la notte. Nutre e ricostruisce i capelli sfibrati e secchi. Per una crescita molto veloce invece possiamo aggiungere all'olio di semi di zucca non raffinato 4-5 gocce di olio essenziale di menta piperita. Tenere 2-3 ore e poi lavare con lo shampoo.

[http://la vostra posta](http://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, comprese quelle di natura giuridica, 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.

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

Vi segnaliamo anche il seguente blog:

<http://lottare-vivere-sorridere-d.blogautore.repubblica.it/>

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



Con il patrocinio
del Comune di Pisa



Con il patrocinio di

