



Sassi e piume

Rivista di informazione senologica
n. 6/2019

Direttore responsabile
Tomaso Strambi

Redazione
Liana Martinelli
Olimpia Ronga

Edizioni ETS s.r.l.
Palazzo Roncioni
Lungarno Mediceo, 16
I-56127 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 31 gennaio 2019

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

Sommario

- 3 Editoriale (*Edna Maria Ghobert*)
- 4 Il mercato dei fiori: un'idea per le donne trattate per tumore al seno (*Manuela Roncella*)
- 6 La medicina della differenza (*Maria Polvani*)
- 7 Malattia cardiovascolare e universo femminile (*Maria Teresa Caputo*)
- 9 La Medicina del Lavoro e il suo coinvolgimento nelle tematiche relative al tumore al seno (*Alfonso Cristaudo, Irene Donato*)
- 11 La Consulenza Genetica Oncologica: uno strumento per individuare e contrastare i tumori ereditari della mammella (*Caterina Congregati*)
- 14 «Insieme per conoscere e condividere» (*Valeria Camilleri, Emanuela Pluchinotta*)
- 16 L'impegno dell'educazione alimentare nel «Mercato dei fiori» (*Patrizia Bertoncini*)
- 18 Diabete, obesità e neoplasia della mammella (*Federico Parolini, Edoardo Biancalana, Anna Solini*)
- 21 Il linfedema (*Francesca Falossi*)
- 23 Ruolo del ginecologo nella terapia e prevenzione in menopausa (*Marco Gambacciani*)
- 25 La medicina complementare/integrata nel percorso di cura oncologico (*Luigi De Simone*)
- 27 Antibiotici e tumore della mammella: possibili farmaci anticancro (*Cristian Scatena*)
- 29 Immunoterapia contro il cancro al seno (*Diletta Cavallero, Andrea Fontana*)
- 30 Il coraggio di testimoniare la propria esperienza (*Sonia Baccelli*)
- 31 Letto per voi (*Simona Palmiero*)
- 32 Una provinciale a New York (*Maria Giovanna Guarguaglini*)
- 37 Andiamo al cinema (*Liana Martinelli*)
- 38 I sapori della tradizione (*Tiziana Centonze*)
- 39 ... comunque belle (*Gohar Sargsyan*)
- 40 [http://la vostra posta](#)

Vuoi unirti a noi?

Ecco i nostri riferimenti:

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

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

- rivolgersi direttamente in sede
- telefonare dalle 10 alle 12,30 a.m. al numero 050 993545
- visitare il nostro sito: **www.asi-pisa.it**
- inviare un messaggio di posta elettronica a uno dei seguenti indirizzi:
asi@ao-pisa.toscana.it
as.senologicainternazionale@gmail.com

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 foto di Gabriella Marrucci.



Editoriale

Edna Maria Ghobert

Presidente ASI



Il mio più cordiale benvenuto a te, cara amica che leggi questo nuovo numero della nostra rivista!

E poi... il dopo.

La paura e l'angoscia di fronte alla notizia di avere il cancro sono reazioni naturali non facili da gestire e l'intervento chirurgico conseguente modificherà quella parte femminile in primo piano che, da sola, evoca i tre grandi temi della vita di una donna, parlo di femminilità, maternità, sessualità.

Gestire la menomazione risultante da un intervento al seno può essere molto duro anche perché è facile pensare che, insieme al tumore, ci sia stata asportata anche la stessa nostra immagine.

La cancellazione, o comunque la minaccia, a una parte del corpo, che culturalmente rappresenta la femminilità in tutte le sue accezioni, può generare un sentimento di crisi dell'identità, un senso di perdita irreparabile, unito spesso ad un senso di rabbia.

A tutto ciò spesso si aggiunge la paura delle conseguenze che le terapie possono avere sul fisico, ansie che vanno ad amplificare la sensazione di perdita di controllo che, di norma, abbiamo sul nostro corpo.

Se il senso di confusione dopo una diagnosi di tumore è stato paragonato «ai secondi successivi a una scossa di terremoto», il lungo periodo della cura può essere paragonato alla «ricostruzione».

Da un lato, il sollievo e la forza che derivano dall'aver superato una prova difficile ed importante, dall'altro la consapevolezza di avere ancora molti ostacoli da affrontare, in un momento in cui la stanchezza psicologica si somma anche a una oggettiva e comprensibile debolezza fisica.

In questa fase è necessario non soffocare le emozioni e dare il via alla ricostruzione di sé e della propria immagine interiore senza farsi sopraffare dallo sconforto, mettendo a tacere anche quell'inopportuno e ingiustificato colpevolizzarsi non così raro come ragione vorrebbe.

In questo spazio-tempo così particolare succedono molte cose.

Così come ci si può rendere conto di essere molto più forti di quello che si credeva, si possono rivedere le priorità della vita iniziando a scoprire il valore di cose spesso date per scontate.

Allo stesso modo si può venire a rapportarsi con una fragilità sconosciuta e insospettata che ci toglie il

terreno sotto i piedi, regalandoci momenti di indesiderata insicurezza e tristezza.

A conoscenza dei disagi e delle difficoltà a cui una donna dopo l'intervento può andare incontro e, quindi, con l'obiettivo di tutelarla e sorreggerla nasce, per volontà del Direttore del Centro Senologico, un nuovo ambulatorio polispecialistico che raggruppa, in un unico spazio, tutti i professionisti che curano gli effetti collaterali e psico-sociali legati direttamente o indirettamente alle terapie per il tumore al seno.

Un unico contenitore di tutti i professionisti variamente coinvolti nella cura di tutti quei «fastidi» o postumi che si presentano nelle donne operate di tumore al seno e che possono compromettere, a volte gravemente, la condizione psicologica e la qualità della vita delle pazienti guarite.

Ci saranno oncologi, radioterapisti, genetisti, diabetologi, psico-oncologi, medici del lavoro, ginecologi, chirurghi plastici, geriatri, esperti di menopausa e di osteoporosi, cardiologi, neurologi, reumatologi, esperti di medicine complementari e di salute mentale della donna, epatologi e dermatologi.

Ci sarà anche l'Associazione che, oltre ad essere un referente sempre presente per sostenere ed incorag-



giare nel nome delle proprie esperienze, proporrà tante attività concepite e studiate appositamente per donne che hanno avuto il tumore al seno e che desiderano riprendere in mano la propria vita iniziando da un contesto di amiche che siano in grado di capire e condividere sensazioni e pensieri.

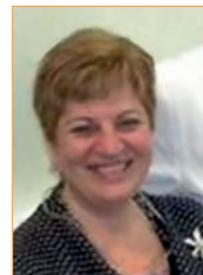
Personalmente trovo che chiamare questo spazio

«il mercato dei Fiori» sia un modo sicuramente originale, ma appropriato per indicare un luogo che non evochi né la malattia né la medicina, quanto, piuttosto, un luogo dove si ricevono cure ed attenzioni che siano da stimolo per tornare con consapevolezza, sicurezza e fiducia a guardare avanti, un luogo dove l'amore torni a far cantare le donne.

Il mercato dei fiori: un'idea per le donne trattate per tumore al seno

Manuela Roncella

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



I dati epidemiologici evidenziano che in Italia nel 2018 oltre 800.000 sono le donne che hanno avuto nel corso della loro vita una diagnosi di tumore del seno. La sopravvivenza è cambiata dal 40% degli anni '70, a quasi il 90% attualmente; questo grazie alla diagnosi precoce e alla disponibilità di trattamenti chirurgici e oncologici medici sempre più efficaci.

Infatti i programmi di screening permettono di rilevare tumori sempre più piccoli e di consentire interventi chirurgici meno demolitivi. Contemporaneamente l'utilizzo di terapie adiuvanti post e/o pre-chirurgia ha consentito una riduzione della mortalità significativa, grazie anche alla possibilità di somministrare farmaci innovativi sempre più mirati in base alle caratteristiche del tumore e offrendo una sempre maggiore personalizzazione delle cure.

Fortunatamente il numero di pazienti che hanno avuto il problema oncologico del seno e lo hanno superato è elevatissimo, e questo necessita di un ripensamento dei criteri e delle strategie del follow up, di come seguire negli anni le pazienti nel tempo e di come intervenire per soddisfare i bisogni che si evidenziano di conseguenza ai trattamenti «precauzionali» somministrati per ridurre la ripresa di malattia.

E se da una parte il numero di pazienti che superano la malattia oncologica diventa sempre più rilevante, dall'altra c'è una insoddisfazione crescente riguardo i bisogni relativi alle sequele della malattia e agli effetti collaterali a medio e lungo termine delle cure.

Dai dati presenti in letteratura e dall'osservazione dei casi clinici direttamente trattati, emerge infatti che la maggior parte delle pazienti operate di carcinoma mammario, a seconda della tipologia di tumore e della stadiazione, della terapia correlata, dell'età e di eventuali altre patologie concomitanti, presenta variamente disturbi della menopausa (problemi cardiologici, ginecologici, osteoporosi), linfedema del braccio, dolori articolari o problemi dovuti alla radioterapia, senso di

affaticamento, depressione, problemi estetici di invecchiamento della cute o problemi legati alla sfera sessuale, quando non risultino anche effetti delle terapie a carico del fegato o un aggravamento della patologia diabetica preesistente.

È necessario cioè un passo avanti nella creazione di valore aggiunto. Se infatti il follow-up diagnostico funziona per il suo scopo principale, ossia quello di intercettare precocemente un'eventuale ripresa della malattia intervenendo tempestivamente con i trattamenti con maggiore efficacia, è necessario tuttavia migliorarlo dal punto di vista della riduzione degli effetti collaterali e delle sequele che possono compromettere, anche gravemente, la condizione psicologica e la qualità della vita in generale delle pazienti guarite.





Da tempo mi ero posta l'obiettivo di alleviare alle donne operate di carcinoma mammario il fastidio di doversi spostare da un ambulatorio all'altro per effettuare gli accertamenti e le terapie necessarie dopo l'intervento. Ho dunque proposto a tutti gli specialisti con i quali già portiamo avanti il follow-up, di riunire i loro ambulatori in un unico spazio. Con mia grande soddisfazione, l'idea ha trovato immediato consenso tra i miei colleghi nonché l'appoggio da parte dell'AOUP, e grande disponibilità a collaborare per fornire un servizio integrato e sinergico fra le varie specialità, di grande vantaggio per la paziente ma anche di notevole interesse scientifico per i professionisti che si troveranno a discutere insieme i vari aspetti delle problematiche in questione.

A questo obiettivo punta dunque il Centro polispecialistico: a concentrare in un unico luogo tutti i professionisti variamente coinvolti nella cura di queste problematiche, in modo tale da permettere alle pazienti di risparmiare tempo e numero di accessi in ospedale.

Negli ambulatori, ricavati a piano terra dell'edificio 6, sede del centro senologico, si alterneranno quindi gli specialisti oncologi e radioterapisti per le prime visite post-chirurgiche; ci saranno poi i genetisti, i diabetologi, gli esperti del servizio dietetico/scienze dell'alimentazione; gli psico-oncologi, i medici del lavoro, i ginecologi per la preservazione della fertilità e di tutte le altre problematiche ginecologiche provocate dalle terapie tra cui sicuramente spicca la menopausa indotta dai farmaci. Verrà effettuata attività di counseling in materia di sessualità, fisioterapia/scienze motorie. Ci saranno i chirurghi plastici per il trattamento del linfedema (chirurgico) ed altre problematiche estetiche, gli esperti di menopausa e di osteoporosi, i cardiologi, i neurologi e i reumatologi per le patologie muscolari, le neuropatie, la fibromialgia, gli esperti di salute mentale della donna, gli epatologi, i dermatologi. Sarà interessante valutare gli aspetti particolari della paziente giovane o quella molto anziana anche in ottica «medicina di genere» con servizi che spazieranno dalla preservazione della fertilità alla presa in carico geriatrica delle persone più fragili.

Come già da tempo presente nelle Breast Unit toscane l'utilizzo di medicine complementari integrate completerà il pannello di servizi offerti alle pazienti.

Saranno presenti le associazioni di volontariato che da tempo supportano le pazienti nel loro recupero psico-fisico-sociale con numerose iniziative fra le quali l'ultima nata è l'estetica oncologica.

Saranno create anche delle App per effettuare prenotazioni e per gestire tutte le attività e informare/educare le pazienti ad autogestirsi.

Il progetto, che si chiamerà «Mercato dei Fiori», coinvolge tutte le Unità operative, le Sezioni dipartimentali, i servizi e le attività connesse alla salute della donna sotto l'egida della medicina di genere, con il patrocinio dell'Azienda Ospedaliera e dell'Università. I professionisti coinvolti hanno entusiasticamente

AMBITI DA TRATTARE	
Follow-up oncologico (Ambulatori prime visite oncologiche post chirurgiche)	Supporto psiconcologico
Genetica	Attività di counseling
Servizio dietetico/scienze dell'alimentazione	Medicina del lavoro
Chirurgia plastica	Preservazione della fertilità
Menopausa dopo trattamenti	Sessualità
Osteoporosi	diabete
Fibromialgia	Epatopatie farmacologiche
Neuropatie/disturbi cognitivi	Malattie cardiovascolari
Riabilitazione fisica	Dermatologia
Trattamenti fisioterapici	GERIATRIA
Trattamento del linfedema (chirurgico)	Medicine complementari
Altro....	

accettato di svolgere parte della loro attività nei locali suddetti in primis per facilitare il percorso della donna ma anche per avere un'occasione di condivisione multidisciplinare e sinergia nell'affrontare molti argomenti. Numerosi sono gli sponsor, fra cui citiamo la 46° aerobrigata e alcuni privati che hanno fatto gara di solidarietà con generose donazioni finalizzate a borse di studio, supporto di servizi dedicati, attività di ricerca.

La denominazione «Mercato dei fiori», da collegarsi in parte con la prassi in uso al centro senologico di chiamare le pazienti in attesa con nomi di fiori e non con asettici numeri, è stata fortemente voluta dal Direttore Generale dell'AOUP, dr Carlo Tomassini, che per primo ha creduto nel progetto in sintonia con la sua visione organizzativa di centri clinici e percorsi con al centro il paziente. «Il mercato dei fiori è un luogo ameno, per lo più riservato alle donne che si incontrano, parlano, contrattano, trovano primizie e scelgono le cose migliori»

«È l'amore che fa cantare le donne al *mercato dei fiori*

Non nascondere il cuore È l'amore che fa campare le donne al mercato dei fiori...»

Così cantavano De Gregori e Patty Pravo nel 1975 e quello che vogliamo oggi è che le nostre donne possano superare il tumore al seno ritrovando la serenità e la gioia di vivere,



La medicina della differenza

Maria Polvani

U.O. Farmaceutica - Gestione del Farmaco - AOUP



La medicina è una scienza in continua evoluzione: ogni nuova conoscenza è il punto di partenza per analizzare nuovamente i risultati ottenuti e per trovare soluzioni migliori rispetto a quelle già conosciute. Le nuove evidenze scientifiche, ma anche i cambiamenti della società a cui assistiamo, impongono dunque nuovi sviluppi anche nella ricerca, nella didattica e nella attività clinica.

In questo contesto si inserisce la medicina di genere che non è una nuova disciplina, ma una rivisitazione della medicina tradizionale: essa analizza infatti le differenze biologiche tra i sessi, gli stili di vita, i fattori di rischio ambientali, le differenze personali, culturali, socioeconomiche e mette questi aspetti in correlazione con lo stato di salute e di malattia.

Differenze che per centinaia di anni la medicina ha ignorato, o ha voluto ignorare, ma che oggi devono essere considerate, non solo nella ricerca di nuovi criteri di appropriatezza ed equità delle cure, ma anche nella costruzione di modelli di organizzazione sanitaria e di percorsi clinici.

Da anni ormai molti esperti di diverse discipline hanno studiato e dimostrato come l'analisi di queste varianti possa portare a nuove strategie preventive, diagnostiche, prognostiche e terapeutiche e come possa pertanto rappresentare un valore aggiunto per il nostro Servizio Sanitario Nazionale.

Se pensiamo per esempio per quanto tempo abbiamo assistito alla traslazione al femminile dei risultati di studi condotti prevalentemente sull'uomo, ma anche a quanti uomini affetti da patologie prevalentemente femminili sono stati trattati con farmaci studiati solo sulle donne, si capisce quanti errori di tipo metodologico siano stati fatti e anche quanto il genere sia un determinante essenziale per delineare nuove priorità.

Queste considerazioni sul sesso non sono che una piccola parte di ciò che dovremo cominciare ad osservare meglio: un bambino infatti non può essere considerato semplicemente un piccolo adulto, così come un anziano dovrà essere assistito diversamente da una persona giovane. Dovremmo inoltre cercare di provare a capire perché alcune malattie colpiscono più le donne o gli uomini, oppure perché l'incidenza di alcune patologie possa variare con l'ambiente che ci circonda o con lo stile di vita che teniamo.

Facile a dirsi, non semplice da realizzare, perché questo nuovo modo di osservare presuppone un cam-

biamento culturale di operatori sanitari e pazienti che si matura con il tempo.

E allora inserire la medicina di genere nei programmi dei corsi di laurea e delle scuole di specializzazione, ma anche formazione e informazione di operatori sanitari e pazienti, diventa un obiettivo prioritario per la nostra società.

Pazienti soggetti alle medesime patologie presentano significative differenze riguardo a insorgenza, incidenza, progressione, risposta ai trattamenti, prognosi ed è anche vero che differenze genotipiche e fenotipiche, il tipo di lavoro che si svolge, il luogo in cui si vive, il contesto sociale condizionano la malattia, l'accesso alle cure e la risposta ad esse.

Nel nostro Paese sono stati fatti molti passi in avanti negli ultimi anni sul tema della medicina di genere: si sono confrontate società scientifiche e istituzioni come indicato dall'Organizzazione Mondiale della Salute, sono stati istituiti Centri di Coordinamento regionali e aziendali, sono state promosse numerose iniziative e sono state stanziare risorse per realizzare progetti sperimentali e innovativi fino alla promulgazione della Legge 3/2018, una legge che per la prima volta





in Italia garantisce che la medicina venga orientata al genere in tutte le sue applicazioni a livello nazionale sia nella sperimentazione clinica dei farmaci (art. 1) sia in tutto il percorso clinico-diagnostico (art. 3).

Restiamo in attesa dei decreti applicativi: uno per la diffusione della medicina di genere avvalendosi del Centro nazionale di riferimento per la medicina di genere dell'Istituto Superiore di Sanità, che intende garantire la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate dal Sistema sanitario in modo omogeneo sul territorio nazionale, attraverso la divulgazione, formazione e indicazione di pratiche sanitarie inerenti alla ricerca, alla prevenzione, alla diagnosi e alla cura basate sulle differenze e l'altro che definirà insieme al MIUR (Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca) il Piano Formativo Nazionale volto diffondere la conoscenza delle differenze di genere.

La Costituzione della Repubblica Italiana tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività ed è per questo che chi lavora

nel campo della sanità deve preoccuparsi che le soluzioni siano sempre adeguate alle caratteristiche della persona, incluse quelle di genere. Questo genere di medicina va dunque verso una medicina personalizzata, dove il paziente ha un ruolo centrale anche nella ideazione di percorsi assistenziali diagnostico terapeutici, e dove anche la comunicazione medico-paziente diventa un fondamentale strumento per migliorare la qualità dell'assistenza. Ogni esperienza di malattia è infatti unica e soggettiva; le parole di chi racconta e di chi ascolta possono avere una grande forza sia per ridurre la sofferenza che per creare una relazione umana con il medico.

L'attenzione al genere è dunque attenzione all'equità, non solo come equità di trattamento, ma anche come adeguatezza e appropriatezza di cura secondo il proprio genere ed è dunque un obiettivo strategico della nostra Sanità, che va verso una medicina personalizzata, più aderente alle specifiche necessità di ciascuno, e quindi più efficace ed economica.

Malattia cardiovascolare e universo femminile

Maria Teresa Caputo

Dirigente Medico I Livello, Specialista in Cardiologia, Responsabile del Percorso Donna Cuore - U.O. Medicina 1 Universitaria AOUP



La malattia cardiovascolare rappresenta nel mondo la prima causa di mortalità generale. Tuttavia l'incidenza di questa patologia è maggiore nelle donne rispetto agli uomini.

Negli *Stati Uniti*, per esempio, circa un milione e mezzo di donne muore ogni anno per eventi cardiovascolari come infarto, ictus, morte improvvisa.

In *Europa* la mortalità per malattia cardiovascolare è del 57% nel sesso femminile contro il 43% in quello maschile (European Heart Journal July 2014).

In *Italia* sono circa 130000 le donne che muoiono ogni anno per malattia cardiovascolare.

Nonostante siano ormai ben noti i fattori di rischio per lo sviluppo della malattia cardiovascolare ed esista un impegno profuso negli ultimi decenni della comunità scientifica internazionale con programmi specifici (*Società Europea di Cardiologia e Women at Heart, American Heart Association e Women Heart, O.N.D.A.* ed i suoi *Bollini Rosa*) con molteplici iniziative promosse dalle comunità femminili di tutto il mondo per l'attuazione di numerose strategie di prevenzione, persiste tuttora una insoddisfacente conoscenza, comprensione e consapevolezza dei fattori di rischio e della malattia cardiovascolare nel ses-

so femminile, in particolare tra le minoranze etniche (per esempio donne afro-americane ed ispaniche).

Nonostante che negli ultimi 20 anni la percentuale di donne consapevoli dell'importanza del rischio cardiovascolare sia passata dal 30 al 55%, siamo ancora lontani da efficaci programmi di prevenzione, sia primaria che secondaria, della malattia cardiovascolare ed ancora troppe donne continuano a pensare alla loro salute secondo il «*MODELLO BIKINI*», preoccupandosi soltanto della patologia mammaria e dell'apparato genitale (utero ed ovaie).

Sebbene esistano specifiche differenze tra i sessi, sia per quanto riguarda le manifestazioni cliniche che per la risposta al trattamento, *a tutt'oggi la malattia cardiovascolare continua ad essere considerata una patologia tipicamente «maschile»* e le donne sono ancora poco rappresentate nei grandi trials clinici, che sono alla base della medicina basata sulle evidenze. A questo proposito, solo da pochi anni è aumentato il numero di donne arruolate con un attuale 35% a fronte del 10-15% del passato.

E purtroppo sono proprio le scarse informazioni provenienti dai grandi trials riguardo al sesso femminile, per la mancanza di una sensibilizzazione sulle

caratteristiche «di genere» della malattia cardiovascolare, ad essere responsabili di un trattamento insoddisfacente della malattia cardiovascolare nella donna.

L'insorgenza tardiva, le atipiche e subdole manifestazioni cliniche, oltre che il rischio di una minore consapevolezza di malattia, espongono spesso le donne ad una *diagnosi tardiva*, ad un *decorso clinico insidioso* e ad una *prognosi peggiore* con conseguente maggior numero di eventi cardiovascolari.

Infatti le donne si ammalano circa 10 anni più tardi rispetto agli uomini grazie all'effetto cardioprotettivo degli estrogeni, con conseguente significativo incremento della prevalenza di malattia cardiovascolare solo in età post-menopausale. Tuttavia, poiché le donne vivono più a lungo, l'incidenza di questa patologia risulta numericamente superiore rispetto agli uomini in età avanzata.

Oltre ai fattori di rischio cardiovascolari tradizionali, tra cui ricordiamo l'ipertensione arteriosa, la dislipidemia, il sovrappeso e l'obesità, il diabete e lo stile di vita (fumo, dieta, sedentarietà), esistono anche fattori di rischio «genere specifici»: menopausa, terapia ormonale, ovaio policistico, pre-eclampsia, diabete gestazionale, che predispongono le donne affette, rispetto alla media della popolazione, ad una maggiore incidenza di ipertensione arteriosa e diabete tipo 2 e quindi di malattia cardiovascolare.

Anche fattori psico-sociali come ansia e depressione, stress cronico, livello socio-economico impattano in maniera diversa sulla salute cardiovascolare della donna.

Ancora oggi, negli USA, le donne appartenenti a minoranze etniche e/o a classi socio-economiche più disagiate accedono con maggiori difficoltà ai programmi di prevenzione, alla diagnostica strumentale invasiva ed alle terapie, rispetto agli uomini dello stesso gruppo, pur avendo le donne afroamericane ed ispaniche un'incidenza dei fattori di rischio cardiovascolare maggiore rispetto alle bianche americane.

Malattia coronarica: differenze di genere

Nella donna la cardiopatia ischemica interessa i piccoli vasi coronarici (*microcircolo*), nell'uomo le coronarie maggiori. Per questo motivo, la coronarografia, esame diagnostico invasivo che consente la diagnosi ed il trattamento della malattia coronarica, spesso nella donna può risultare negativa per lesioni coronariche.

I sintomi sono atipici (dolore toracico posteriore, collo, mandibola, arti superiori, epigastralgia, dispnea da sforzo, nausea, marcata astenia), più subdoli e a volte misconosciuti per la presenza di altre patologie che possono mascherare quelli cardiovascolari.

La diagnosi è spesso tardiva, anche perché, più frequentemente che nell'uomo, l'ischemia può essere silente e quindi ritardare o non consentire del tutto la diagnosi di infarto.

I test utilizzati per la diagnosi di malattia coronarica dimostrano una sensibilità ed una specificità differente se valutati in un'ottica di genere.

La prognosi *quoad vitam* è più sfavorevole. Infatti, dopo un infarto o un intervento chirurgico, le donne impiegano più tempo per recuperare rispetto agli uomini. Ciò può essere dovuto alla ripresa precoce delle attività casalinghe, della cura della famiglia e al mancato rispetto della riabilitazione cardiaca. È importante, quindi, che donne e uomini seguano entrambi un percorso di riabilitazione cardiaca.

L'efficacia della terapia può essere subottimale perché diverso è il profilo farmacocinetico (assorbimento, biodisponibilità, legame proteico, metabolismo, escrezione) e farmacodinamico, inferiore la compliance terapeutica e più frequenti gli effetti collaterali di alcuni farmaci.

Scompenso cardiaco: differenze di genere

Nel sesso femminile lo scompenso cardiaco presenta significative differenze riguardo ad eziologia, epidemiologia e presentazione clinica, prognosi, comorbidità e risposta al trattamento.

Le donne tendono a sviluppare la patologia in età avanzata, presentano più sintomi ed hanno una qualità di vita peggiore degli uomini.

A differenza dell'uomo, nel sesso femminile la cardiopatia ischemica non è la prima causa di scompenso cardiaco mentre l'ipertensione arteriosa e il diabete mellito sono i principali meccanismi patogenetici. Spesso si tratta di insufficienza cardiaca con capacità contrattile del ventricolo sinistro conservata.

Nella risposta al trattamento sono state rilevate molte differenze correlate al sesso.

Nelle donne, per esempio, sono state evidenziate una maggiore incidenza di complicazioni dopo terapia con defibrillatore ed una migliore risposta alla terapia di resincronizzazione cardiaca.

Anche nell'ambito del trattamento farmacologico sono state evidenziate differenze di genere. Infatti non tutti i farmaci utilizzati nell'uomo per la terapia dello scompenso hanno dimostrato la stessa efficacia terapeutica se applicati al sesso femminile.





Alla luce di quanto descritto si comprende l'importanza, sia per il personale sanitario che per le pazienti, di «ragionare» in termini di «genere».

La *Medicina di Genere*, branca della *Medicina dedicata allo studio delle differenze tra i due sessi*, ha lo scopo di *approfondire la conoscenza* dei fattori di rischio e della malattia cardiovascolare in un'ottica

di genere per aiutare la popolazione ad essere più consapevole.

Quando la donna non sarà più considerata soltanto «un piccolo uomo» sarà possibile realizzare, finalmente, un soddisfacente programma di prevenzione, di diagnosi e cura della malattia cardiovascolare nel sesso femminile.

La Medicina del Lavoro e il suo coinvolgimento nelle tematiche relative al tumore del seno

Alfonso Cristaudo, Irene Donato

U.O. Medicina Preventiva del Lavoro - AOUP



Ogni anno in Italia migliaia di donne hanno una diagnosi di tumore al seno. Grazie alle nuove tecniche diagnostiche, chirurgiche e terapeutiche sono sempre più le donne che, dopo l'intervento, ritornano alla vita normale, lavorativa e familiare.

In particolare, se la diagnosi è tempestiva, circa il 90 per cento può guarire. Sulle 151 mila donne che, si stima, convivono in Italia con la malattia, le statistiche ufficiali offrono dati incompleti sulla percentuale costretta a licenziarsi (o a subire un «allontanamento» forzato) in seguito alla diagnosi di cancro, ma le testimonianze evidenziano che una delle problematiche più sentite dalle donne operate di tumore al seno riguarda il lavoro.

Nella lotta alle forme tumorali, e in particolare ai tumori del seno, due sono i fattori fondamentali per sconfiggere la malattia: certamente una diagnosi precoce, che renda possibili cure immediate ed efficaci, ma anche uno stato psicologico che permetta di affrontare al meglio le terapie in atto, attenuandone l'impatto sulla vita di tutti i giorni a partire proprio dal corretto rientro nella normale vita sociale e lavorativa.

L'assenza dal lavoro e il successivo rientro possono porre tre ordini di problemi: insufficienza e quindi superamento dei giorni di compenso; difficoltà a svolgere alcune mansioni che implicano il sollevamento di pesi o posture particolari e quindi demansionamento o cambio di tipologia di lavoro; atteggiamento pregiudiziale del datore di lavoro nei confronti della donna operata (che, in alcuni casi, porta al suo licenziamento).

Il Medico Competente e la Sorveglianza Sanitaria

Il Medico Competente, nelle Aziende, è figura di riferimento centrale, capace di svolgere un ruolo di «consulente globale» nel contesto lavorativo, coprendo

tutti gli ambiti della prevenzione (primaria, secondaria, terziaria), secondo i principi della Medicina del Lavoro; svolge un ruolo, per professionalità e competenza culturale, oltretutto per obbligo normativo, di importanza primaria, e talora esclusivo, che va dalla sorveglianza sanitaria al processo di valutazione dei rischi, alla formazione e informazione, promozione della salute, partecipazione al sistema di gestione della salute e sicurezza aziendale.

La sorveglianza sanitaria trova fondamento giuridico in norme costituzionali (in particolare art. 1, 4, 32, 35), del codice civile (in particolare art. 2087), del codice penale (in particolare art. 582, 583, 590), dello Statuto dei Lavoratori (in particolare art. 1, 5, 8, 9), oltretutto nelle norme più specifiche promulgate a partire da direttive europee (ad es. D.Lgs. 277/91, 626/94, 81/08).

L'espressione del giudizio di idoneità alla mansione specifica costituisce l'atto finale, con valenza medico-legale, della sorveglianza sanitaria.

Il giudizio di idoneità alla mansione specifica ha come oggetto di tutela sia la salute che la sicurezza dei/lle lavoratori/ici.

L'espressione del giudizio di idoneità alla mansione specifica deriva da un'analisi della compatibilità tra profilo espositivo (in tutti i suoi aspetti di mansione, organizzazione e ambiente lavorativo) e condizione di salute del/la lavoratore/ice, considerando per questo in diversa misura, a seconda dei contesti la Validità (intesa come integrità psicofisica) e Capacità Funzionale (da intendere come possesso dei requisiti fisici e/o psichici necessari per poter svolgere attività, compiti, mansioni, ecc. in condizioni di assenza di rischio per la salute e sicurezza); ogni altro elemento connesso ad una valutazione in termini di redditività contrattuale (es. l'Abilità individuale) è esclusa dal razionale alla base della formulazione del giudizio di idoneità.

Il Medico Competente agisce secondo il codice etico ICOH che richiama ad una medicina del lavoro volta alla tutela e protezione della salute fisica e mentale dei lavoratori, oltre ad essere al servizio della loro salute e benessere sociale, sia individualmente che collettivamente... dando priorità all'adattamento del luogo di lavoro al lavoratore.

Il giudizio di idoneità del medico competente della donna operata al seno

Il momento del rientro al lavoro (molto spesso dopo assenze superiori ai 60 giorni) coincide con la visita straordinaria del medico competente, il quale deve favorire il reinserimento lavorativo, mantenendo la qualificazione e la professionalità della donna e al contempo tutelandola dai rischi lavorativi e da fattori che potrebbero essere in contrasto, almeno temporaneo, con una suo proficuo impegno occupazionale (es. sovraccarico biomeccanico degli arti superiori).

Per dare un supporto a queste donne e ai medici competenti che si trovano ad affrontare queste problematiche l'U.O. Medicina Preventiva del Lavoro dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana, nell'ambito del progetto dell'Ambulatorio Polispecialistico Interdipartimentale coordinato dalla Prof.ssa Manuela Roncella della U.O. Senologia dell'AOUP, ha proposto un'attività che sarà così articolata:

- visita specialistica di medicina del lavoro con la valutazione dei residui clinici funzionali in rapporto ai fattori di rischio dell'attività lavorativa svolta al fine di valutare la compatibilità;
- counselling sui diritti in ambito lavorativo e medico-legale dei pazienti oncologici, sull'adozione di corretti stili di vita, sui percorsi riabilitativi post-intervento;
- valutazione dei fattori predittivi di non rientro e di rientro problematico al lavoro e suggerimenti per le necessarie tutele;
- rapporti con il medico di medicina generale, gli altri specialisti e con il medico competente per facilitare il reinserimento lavorativo.



Altri aspetti di interesse della Medicina del Lavoro

La IARC (International Agency for Research on Cancer) ha classificato per la prima volta nel 2007 il lavoro a turni come appartenente alla categoria dei cancerogeni di gruppo 2A (probabile cancerogeno per l'uomo), possibile causa, fra l'altro, del tumore al seno. Su questo aspetto la Medicina del Lavoro si sta impegnando per verificare i possibili determinanti di questo nesso.

La U.O. Medicina Preventiva del Lavoro dell'AOUP sul tema sta svolgendo, insieme all'Università di Firenze e all'ISPRO Regione Toscana, una ricerca, finanziata dall'Inail, dal titolo «Studio sul rischio di tumore della mammella femminile legato al lavoro a turni e notturno nel settore sanitario, prevenzione e individuazione dei casi di origine professionale».

In conclusione possiamo affermare che per le problematiche relative al tumore al seno la Medicina del Lavoro ha diversi fronti di studio aperti. Una collaborazione multidisciplinare, come quella in corso all'AOUP, è in grado di migliorare le possibilità di diagnosi, cura, prevenzione e riabilitazione, con elevate possibilità di reinserimento nella vita civile e lavorativa.

Bibliografia

- (1) D.lgs. 9 aprile 2008 n. 81 e s.m.i.
- (2) *Linee Guida sulla Sorveglianza Sanitaria della Società Italiana di Medicina del Lavoro*, a cura di P. Apostoli, A. Cristaudo, S. Violante, Nuova Editrice Berti, 2017.
- (3) *ICOH: Il Codice Internazionale di etica per gli operatori di Medicina del Lavoro*, Tipolitografia INAIL, settembre 2016.
- (4) *IARC Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Painting, Firefighting, and Shiftwork*, vol. 98, Lyon 2010.



La Consulenza Genetica Oncologica: uno strumento per individuare e contrastare i tumori ereditari della mammella



Caterina Congregati

Medico Genetista Ambulatorio di Genetica Medica U.O. Medicina 1 - AOUP

«È necessario passare da una strategia preventiva di popolazione su larga scala a strategie preventive disegnate sul singolo individuo».

American Cancer Society

A partire dagli anni novanta sono stati scoperti una serie di geni che se alterati determinano un' aumentata suscettibilità allo sviluppo di neoplasie. Questo ha costituito il presupposto per la nascita dell'Oncogenetica Clinica che studia le basi scientifiche delle varie forme di predisposizione tumorale e si propone di offrire al paziente un percorso adeguato in cui, una volta effettuata la valutazione del rischio eredo-familiare, vengano attivati dei programmi personalizzati di sorveglianza clinica e strumentale, associati ad eventuali misure di riduzione del rischio chirurgiche e/o farmacologiche.

Nella maggior parte dei casi il carcinoma della mammella si presenta in maniera *sporadica*, ovvero in una sola persona di una data famiglia. Ad oggi si può assumere che possono essere considerati sporadici i tumori mammari diagnosticati in donne con più di 50 anni di età e prive di una storia familiare positiva, ovvero senza parenti di primo o secondo grado affetti. Il tumore della mammella è, infatti, una malattia frequente nella nostra popolazione femminile al di sopra dei 50 anni (8-10%).

Un tumore è *familiare* quando si ammalano due o più parenti in una famiglia con stretto legame di parentela fra di loro. L'aggregazione familiare di tumori può essere legata a fattori genetici, ma può anche essere l'espressione di fattori ambientali condivisi oppure può essere determinata dalla presenza di molteplici varianti genetiche che esercitano singolarmente effetti modesti sul rischio.

I tumori *ereditari* sono determinati dalla presenza di mutazioni costituzionali a carico di un unico gene, le quali aumentano considerevolmente il rischio di comparsa di specifiche neoplasie rispetto alla popolazione generale. Nella maggior parte dei casi i tumori ereditari si manifestano con una ricorrenza familiare, ma occasionalmente possono comparire in forma sporadica (si ammala una sola persona ma con caratteristiche cliniche peculiari, come la giovane età e il

tipo istologico). Pertanto un tumore familiare non è necessariamente ereditario, e viceversa. Si stima che circa il 5% dei tumori mammari sia ereditaria, a fronte di un 10-15% di casi familiari.

Un dato epidemiologico fondamentale, è un'associazione familiare tra cancro della mammella e tumore ovarico. Quest'ultimo è una patologia relativamente poco frequente (1-2%) e nella maggioranza dei casi si presenta anch'esso in maniera sporadica.

La presenza di tumori dell'ovaio e della mammella nella stessa famiglia, aumenta la probabilità che la trasformazione neoplastica in questi due organi possa essere attribuita alla presenza di una mutazione in un gene di predisposizione.

Principali forme ereditarie di tumori della mammella e dell'ovaio

Sono noti diversi geni implicati nella suscettibilità a queste neoplasie, ma quelli di gran lunga più frequentemente coinvolti sono *BRCA1* (BREast CANcer 1) e *BRCA2* (BREast CANcer 2).



La prima descrizione di una famiglia con alta incidenza di tumore mammario viene operata da Paul Broca nel 1866, che nota la presenza di 10 casi di tumore mammario distribuiti in 4 generazioni nella famiglia diella moglie.

Questi sono appena due tra le decine di migliaia di informazioni genetiche (geni) che costituiscono il nostro patrimonio ereditario. Il nostro dna può essere paragonato ad un libro, di cui ciascun gene rappresenta un capitolo. Ogni gene è costituito in media da migliaia o decine di migliaia di lettere disposte consecutivamente. Inoltre, ciascuno di noi possiede due copie di ogni gene, una derivata dal padre, l'altra dalla madre.

I geni *BRCA1* e *BRCA2* forniscono alla cellula l'informazione per produrre delle proteine che in condizioni normali fanno in modo che il patrimonio genetico delle cellule si mantenga integro e che la divisione cellulare avvenga in maniera ordinata. Le mutazioni («difetti») di questi geni, associate a predisposizione ereditaria, comportano una perdita delle loro normali funzioni, e si identificano soltanto in circa il 30% delle famiglie con elevata ricorrenza di tumore mammella-ovaio. La mutazione è molto variabile da famiglia a famiglia: possono cambiare il gene interessato, la posizione colpita (pagina e riga del capitolo, per intenderci) e il tipo di cambiamento rispetto alla sequenza normale (per esempio sostituzione di una singola lettera o assenza di una o più lettere).

Gli individui geneticamente predisposti allo sviluppo di neoplasie a causa di una mutazione di *BRCA1* o di *BRCA2* hanno generalmente una singola copia di uno solo dei due geni alterata e possono trasmettere con uguale probabilità la copia normale o quella mutata a ciascuno dei propri figli. Pertanto, la probabilità di trasmettere ad un figlio la predisposizione oncologica è pari al 50% (trasmissione *Autosomico Dominante*).

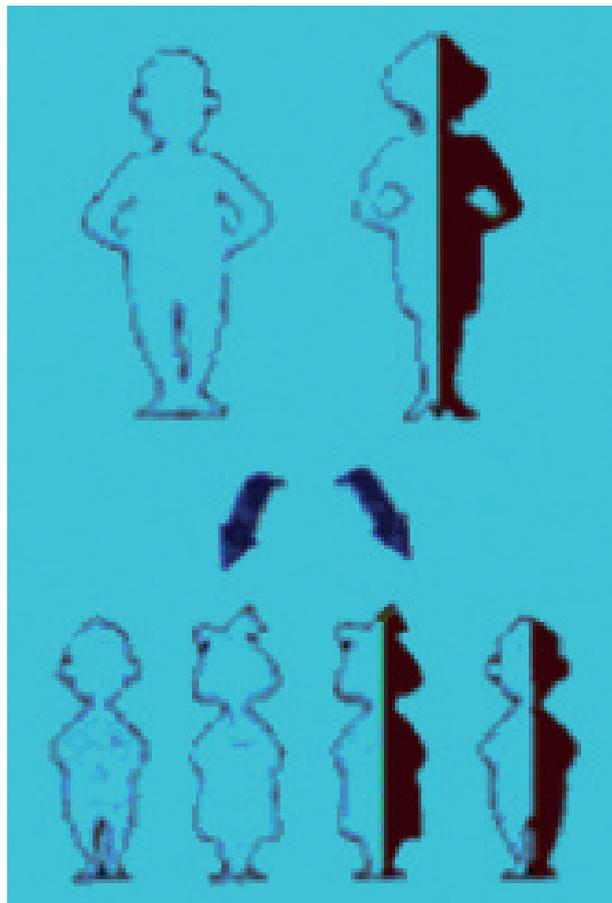
Quando una persona eredita una mutazione a carico dei geni *BRCA1* o *BRCA2*, possiede un aumentato rischio di sviluppare specifiche forme di tumore nell'arco della vita.

Non tutte le persone che hanno mutazioni di questi geni si ammalano: la *penetranza* (frazione di individui con mutazione che sviluppa neoplasie) è definita *incompleta*.

In generale, nella pratica clinica il rischio di carcinoma mammario femminile è valutato tra il 50% e l'80% entro i 70 anni di età per entrambi i geni ed è particolarmente alto in età precoce rispetto alla popolazione generale. Il rischio di tumore ovarico è stimato del 20-40% per donne con mutazioni di *BRCA1* e del 10-20% per *BRCA2*.

Le mutazioni a carico di questi due geni, inoltre, in caso di pregresso tumore della mammella, aumentano il rischio di sviluppare un secondo tumore mammario, stimato del 50% per *BRCA1* e del 35% per *BRCA2*.

Un uomo che eredita una mutazione a carico del gene *BRCA2* ha il 5-10% di probabilità di sviluppare un tumore della mammella nell'arco della propria vita, mentre per i maschi portatori di mutazioni nel gene *BRCA1*, il rischio è stimato del 1-2% all'età di 70 anni (0,1% il rischio per la popolazione generale). Inoltre, è riportato un rischio aumentato di neoplasie



Trasmissione Autosomica Dominante: probabilità del 50% ad ogni concepimento, indipendentemente dal sesso.

prostatiche nei soggetti maschi con mutazione del gene *BRCA2* (circa 20%) e inferiore per *BRCA1* (circa 8%), rispetto alla popolazione generale (6%). Mutazioni del gene *BRCA2* (e meno *BRCA1*) comportano anche un lieve aumento di rischio per carcinoma pancreatico in entrambi i sessi, anche se non quantificabile con precisione.

Consulenza Genetica Oncologica

La *consulenza genetica* indica un colloquio con il medico genetista allo scopo di identificare fattori di rischio per patologie a trasmissione ereditaria o su base genetica.

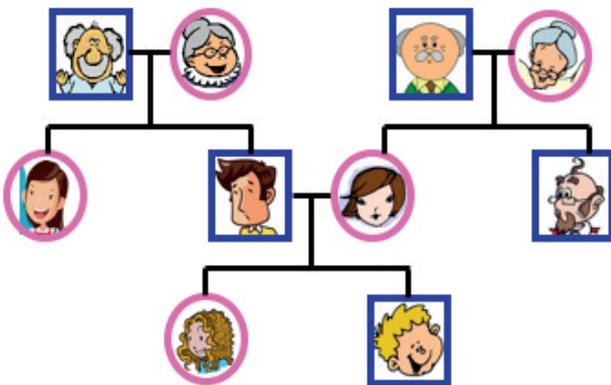
Può essere esclusivamente clinica oppure può richiedere l'impiego di *test genetici* specifici.

Il quesito, oggetto della *consulenza genetica oncologica*, è stabilire se in una data famiglia esistono forme ad alto rischio di tumore e racchiude concetti complessi come «predisposizione allo sviluppo di neoplasie» e «rischio di tumore», i quali necessitano di essere trattati da più punti di vista:

- *genetico*: modalità di trasmissione ed espressione del carattere patologico;
- *clinico*: diagnosi, prognosi, possibilità di scelte terapeutiche e preventive;



Albero genealogico.



Schematizzazione di un albero genealogico in genetica: i quadrati corrispondono agli individui di sesso maschile e i cerchi alle femmine.

– *psicologico*: ansie e paure legate non solo alla malattia, ma anche al rischio di trasmissione del fattore predisponente.

La consulenza genetica oncologica è un processo multidisciplinare che non si conclude in un unico incontro, ma si compone di più colloqui, con tempi differenti a seconda del singolo caso. Sommaria-mente, nel primo incontro si articola con le seguenti attività:

1. raccolta della storia familiare, mediante la ricostruzione dell'albero genealogico per almeno tre generazioni;
2. acquisizione di tutta la documentazione necessaria (referti istologici e cartelle cliniche) per la verifica dei dati del caso in esame e dei familiari affetti;
3. esame obiettivo per ricerca di manifestazioni tipiche di specifiche sindromi (cutanee o mucose) ed esami di laboratorio/strumentali, se utili ai fini della formulazione/conferma della diagnosi;

4. proposta del test genetico, se indicato, con identificazione del «probando» ideale, ovvero il soggetto più idoneo a cui proporre il primo test genetico nella famiglia in esame. Vengono discussi vantaggi potenziali e limiti dell'esame offerto con sottoscrizione di un consenso informato al test.

Nella pratica, il test genetico viene effettuato sul dna prelevato da tessuto normale (non tumorale), in genere da linfociti del sangue circolante, mediante un prelievo venoso.

Una volta completata l'indagine, viene organizzato un secondo incontro di consulenza genetica finalizzata non solo alla comunicazione ed interpretazione del risultato, ma anche alla presentazione e discussione delle opzioni preventive e di sorveglianza, se viene identificata una mutazione patogenetica, ovvero responsabile di un aumentato rischio oncologico (*test diagnostico*).

Quando l'esame non permette di rilevare mutazioni sicuramente associate ad un aumentato rischio oncologico, il test è definito «*non informativo*», perché non esclude la diagnosi di una forma ereditaria e il percorso clinico successivo non deve essere influenzato dal suo esito ma dalle caratteristiche della storia familiare.

Quando viene individuata una mutazione nella famiglia, è possibile estendere la sua ricerca nei familiari, sia affetti che sani. In questi ultimi l'analisi ha valore di *test predittivo*, perché consente di distinguere i portatori della mutazione, e quindi ad aumentare il rischio di neoplasie, dai non portatori, così da avviare in maniera mirata eventuali programmi di sorveglianza.

Il test genetico non è, quindi, da considerarsi un semplice esame del sangue, ma la sua indicazione e interpretazione devono essere effettuate da personale esperto, in grado di stabilire, alla luce delle attuali conoscenze, il valore dell'esame per la singola famiglia.



«Insieme per conoscere e condividere»

Intervento di Psicoeducazione di gruppo per promuovere il benessere psicologico di donne con diagnosi recente di tumore al seno afferenti al Centro Senologico di Pisa



Valeria Camilleri¹, Emanuela Pluchinotta²

¹ *Psichiatra e psicoterapeuta, psico-oncologa presso il Centro Senologico AOUP*

² *Psicologa perfezionata in psico-oncologia*

«È forse proprio quando non sappiamo più che fare che siamo giunti al nostro compito reale; e forse è quando non sappiamo più dove andare che incomincia davvero il nostro viaggio».

Wendell Berry

Nella letteratura scientifica gli interventi psicologici di gruppo in ambito oncologico hanno dimostrato una grande efficacia nel promuovere il benessere dei pazienti, con effetti paragonabili, se non superiori, rispetto ai soli interventi individuali.

Nel corso del 2018 abbiamo deciso di intraprendere questa esperienza anche nel nostro Centro Senologico, con un progetto pilota che si è svolto nella primavera/estate, come percorso integrativo rispetto alle attività dell'ambulatorio psico-oncologico.

Il nostro progetto è rivolto alle pazienti del Centro Senologico di Pisa, con diagnosi recente di tumore al seno, con l'obiettivo di fornire un intervento psicoeducativo di supporto per l'adattamento emotivo alla malattia, per la gestione dello stress e per promuovere le risorse personali di gestione emotiva e nel contempo fornire informazioni mediche, con lo scopo di contenere i dubbi e le incertezze inevitabilmente connessi al percorso diagnostico-terapeutico. Lo scopo è quello di aiutare le pazienti con un intervento in grado di abbinare la percezione esatta della malattia, tramite una corretta e soddisfacente informazione scientifica, all'apprendimento di tecniche di gestione emotiva in questo delicato passaggio di vita. Il modello scientifico di riferimento sono i gruppi psicoeducativi strutturati di Fawzy (I. Fawzy, *A structured psychoeducational intervention for cancer patients*, New York 1994), al quale sono state apportate nella organizzazione pratica delle sessioni alcune modifiche utili ad adattarlo alla nostra realtà e ad armonizzarlo con le esigenze e le caratteristiche dell'assistenza nel nostro Centro.



Campigli, Non è lecito piangere, litografia, 1938

Il percorso si avvale dell'uso della narrazione e di tecniche di focalizzazione sulla consapevolezza (come la mindfulness), per promuovere l'accettazione e la riscoperta di significati e valori della propria vita. Nel dettaglio prevede 6 incontri con cadenza quindicinale, più un laboratorio rivolto a pazienti e familiari, incentrato sulla promozione della comunicazione e del sostegno reciproco. La partecipazione a tutti gli incontri è consigliata, anche se è possibile partecipare come uditori anche solo ad uno o più dei singoli incontri.

Il gruppo è condotto dalla Dottoressa Camilleri e dalla Dottoressa Pluchinotta e prevede, per alcuni incontri, una co-conduzione da parte delle figure mediche dell'equipe multidisciplinare del Centro (chirurgo, oncologo, radioterapista) e della riabilitazione (fisioterapista, nutrizionista, medico di medicina complementare), che si rendono disponibili, in un clima rilassato ed informale a fornire le corrette informazioni tecniche e scientifiche sul percorso diagnostico-terapeutico e riabilitativo, in un contesto divulgativo ed interattivo. Oltre che ai pazienti e ai conduttori, il gruppo è aperto anche a tutti gli opera-

tori del centro senologico che siano interessati ad approfondire le loro conoscenze, i meccanismi di gestione della comunicazione e delle emozioni, il rapporto con il paziente e con gli altri operatori in un contesto di gruppo.

Dal nostro punto di vista, per quanto la malattia sia un fulmine a ciel sereno, per quanto il percorso di cura sia faticoso, in ciascuno di noi ci sono molte più cose giuste che sbagliate ed è il modo in cui affrontiamo le esperienze che può davvero fare la differenza. Virginia Satir scriveva: 'La vita non è quella che dovrebbe essere, la vita è quella che è. È come la affronti che fa la differenza.' I problemi si possono affrontare e la partecipazione al gruppo può dare l'opportunità di farlo in un contesto fortemente supportivo.

Il primo ciclo di incontri psico-educazionali nel quale si è costituito un gruppo aperto con la partecipazione di circa 8-10 donne ad ogni sessione, è stata una prima esperienza molto stimolante ed emozionante per tutti i partecipanti. Gli incontri si sono svolti in un clima rilassato e di curiosità reciproca, di apertura degli uni rispetto agli altri. Nei primi incontri sono state affrontate le emozioni e gli stati d'animo più comuni nelle persone che vivono il tumore al seno e anche nelle persone che se ne prendono cura (medici-infermieri, familiari, amici...), si sono indagate le aspettative delle persone partecipanti rispetto al programma, stimolandole a raccontare uno o più aspetti positivi della loro personalità e del loro modo di reagire rispetto alle difficoltà e mano a mano si è andata strutturando una dimensione di ascolto attivo e di condivisione reciproca. Sono state poi approfondite le informazioni mediche e ad ogni incontro sono stati sperimentati in gruppo esercizi volti alla gestione delle emozioni, al rilassamento e alla consapevolezza. Al termine di ogni incontro si sono stimolati i partecipanti a tenere un diario di bordo dell'esperienza vissuta in gruppo ed un monitoraggio dei loro stati d'animo e degli esercizi di consapevolezza che potevano essere loro di aiuto nell'intervallo fra gli incontri. Inoltre sono stati selezionati alcuni brani e letture significative per chi volesse integrare ed approfondire i



temi trattati insieme. I questionari di gradimento compilati dai partecipanti a fine corso hanno testimoniato un forte apprezzamento dell'esperienza ed un giudizio molto positivo sulla sua utilità.

Dal lavoro svolto sono emersi aspetti ed esperienze

fonte di riflessione e dibattito nel gruppo e risorse di adattamento condivisibili fra i partecipanti a vari livelli. L'incontro con gli specialisti in questo contesto ha favorito la corretta informazione e una comunicazione che può permettere una cura più personalizzata, tagliata su misura per ciascuna donna. Le pratiche di consapevolezza e gli esercizi sono state e saranno anche in futuro parte fondamentale di questo lavoro. Attraverso di essi ci possiamo prendere cura della nostra interiorità; il contatto con il momento presente è l'unica vera occasione che abbiamo di percepire, imparare, crescere o cambiare, anche e soprattutto mentre viviamo una esperienza emotivamente intensa e per certi versi traumatica. La dimensione del gruppo aggiunge un grande valore all'esperienza, perché solo in una prospettiva di gruppo è possibile condividere, ritrovare un senso, dare e darsi aiuto e sostegno, ritrovare la motivazione per sé e per gli altri. Nel gruppo si può condividere allo scopo che le proprie risorse possano essere scoperte ed allenate in un momento così difficile e divenire un aiuto anche per agli altri.

Possiamo concludere affermando che il gruppo, se inserito armonicamente nelle attività di supporto di una breast unit, può divenire un importante luogo di condivisione ed elaborazione del percorso di cura e degli ostacoli comuni, arrivando a migliorare per le persone che lo costituiscono il senso di universalità, di controllo degli stati d'animo negativi e la percezione di efficacia personale, come è ampiamente riportato nelle esperienze della letteratura (L. Grassi, M. Biondi, A. Costantini 2003) e come abbiamo l'impressione che sia stato anche nella nostra prima esperienza. Il gruppo è un «costruttore di solidarietà ed un luogo sicuro dove esprimere le proprie emozioni» (D. Spiegel 2002) ed in genere è «molto di più della somma delle singole parti» (L. Kurt 1972).

L'Impegno dell'educazione alimentare nel «Mercato dei fiori»

Patrizia Bertoncini

Dietista AOUP - Direzione Medica Di Presidio - Settore Dietetico



Il Fondo *Mondiale per la Ricerca sul Cancro* (WCRF), ha come missione la ricerca delle possibili cause del cancro e loro successiva divulgazione, per ciò già nel 2007 ha espresso l'evidenza della relazione tra una serie di alimenti, il grado di obesità e l'attività

fisica con i tumori più frequenti. Ciò ha condotto il Fondo Mondiale alla formulazione e alla divulgazione di 10 raccomandazioni per la *prevenzione primaria* dei tumori, cui ha fatto seguito, nel 2014, la stesura del codice europeo in dodici punti contro il cancro.

International Agency for Research on Cancer
World Health Organization

Codice Europeo Contro il Cancro

1. Non fumare. Non consumare nessuna forma di tabacco.
2. Rendi la tua casa libera dal fumo. Sostieni le politiche che promuovono un ambiente libero dal fumo sul tuo posto di lavoro.
3. Attivati per mantenere un peso sano.
4. Svolgi attività fisica ogni giorno. Limita il tempo che trascorri seduto.
5. Segui una dieta sana:
 - Consuma molti e vari cereali integrali, legumi, frutta e verdura.
 - Limita i cibi ad elevato contenuto calorico (alimenti ricchi di zuccheri o grassi) ed evita le bevande zuccherate.
 - Evita le carni conservate; limita il consumo di carni rosse e di alimenti ad elevato contenuto di sale.
6. Se bevi alcolici di qualsiasi tipo, limitane il consumo. Per prevenire il cancro è meglio evitare di bere alcolici.
7. Evita un'eccessiva esposizione al sole, soprattutto per i bambini. Usa protezioni solari. Non usare lettini abbronzanti.
8. Osserva scrupolosamente le istruzioni in materia di salute e sicurezza sul posto di lavoro per proteggerti dall'esposizione ad agenti cancerogeni noti.
9. Accerta di non essere esposto a concentrazioni naturalmente elevate di radon presenti in casa. Fai in modo di ridurre i livelli elevati di radon.
10. Per le donne:
 - L'allattamento al seno riduce il rischio di cancro per la madre. Se puoi, allatta il tuo bambino.
 - La terapia ormonale sostitutiva (TOS) aumenta il rischio di alcuni tipi di cancro. Limita l'uso della TOS.
11. Assicurati che i tuoi figli partecipino ai programmi di vaccinazione contro:
 - l'epatite B (per i neonati);
 - il papillomavirus umano (HPV) (per le ragazze).
12. Partecipa a programmi organizzati di screening per il cancro:
 - dell'intestino (uomini e donne);
 - del seno (donne);
 - del collo dell'utero (donne).

Da una prima analisi si può constatare che almeno quattro dei dodici punti prendono in considerazione la prevenzione alimentare e lo stile di vita attivo.

- 1) Attivati per mantenere un peso sano.
- 2) Svolgi attività fisica ogni giorno. Limita il tempo che trascorri seduto.
- 3) Segui una dieta sana:
 - consuma molti e vari cereali integrali, legumi, frutta e verdura;
 - limita i cibi ad elevato contenuto calorico (alimenti ricchi di zuccheri o grassi) ed evita le bevande zuccherate;
 - evita le carni conservate, limita il consumo di carni rosse e di alimenti ad elevato contenuto di sale.
- 4) Se bevi alcolici di qualsiasi tipo, limitane il consumo. Per prevenire il cancro è meglio evitare di bere alcolici.

Infatti sono numerosi gli studi che mettono in relazione lo stile di vita individuale, inteso come abitudini alimentari e attività fisica, con l'incidenza di malattie ad andamento cronico come: cancro, patologie cardiovascolari, diabete, patologie osteoarticolari, neurodegenerative e autoimmuni.

Secondo l'A.I.C.R. (American Institute for Cancer Research) le cattive abitudini alimentari risultano responsabili di circa tre tumori su dieci e sempre secondo A.I.C.R., il grado di obesità è da considerare, uno dei fattori predisponenti per il 20-30% dei casi di tumore, mentre la qualità del cibo può influire sullo stato d'infiammazione dell'organismo aumentando il rischio di sviluppare tumori.

Di conseguenza una «sana alimentazione» ha effetti positivi sulla prevenzione e riduzione delle recidive del tumore, ma può contribuire anche ad attenuare se non eliminare gli effetti collaterali di radio e chemioterapia.

Prendendo spunto da questi presupposti nel mese di ottobre 2015 è stato attivato, all'interno dell'U.O. di SENOLOGIA dell'A.O.U.P. diretta dalla professoressa Manuela Roncella, un ambulatorio di *consulenza dietistica* rivolto alle pazienti affette da tumore al seno e alle loro famiglie.

Lo scopo dell'iniziativa è stato quello di promuovere un cambiamento dello stile di vita attraverso un'educazione alimentare specifica per il momento terapeutico affrontato da ciascuna delle pazienti afferenti all'ambulatorio.

L'attività di consulenza è svolta da personale del profilo DIETISTA appartenente al Settore Dietetico dell'A.O.U.P. con frequenza settimanale (ogni martedì con orario 8-14) e prevede una prima visita a cui seguono controlli periodici programmati.

La prima visita, identificata dal nomenclatore regionale con il termine «Terapia Dietetica», si svolge con un primo colloquio in cui si prende atto della patologia in corso, di un'eventuale patologia pregressa, delle eventuali comorbidità come diabete, ipertensione, alterata funzione tiroidea ecc. Inoltre si prende

conoscenza della terapia antitumorale seguita in quel momento dalla paziente: ormonale radioterapica chemioterapica, e di quella associata alle comorbidità.

La visita prosegue con la rilevazione dei dati anagrafici e delle misure antropometriche di base come il peso corporeo, l'altezza, la circonferenza vita;

si accerta inoltre il tipo di lavoro svolto e l'eventuale attività fisica praticata. Tutti questi dati sono necessari per stabilire, attraverso equazioni predittive, l'eventuale dispendio calorico della paziente.

Viene effettuata l'anamnesi alimentare delle pazienti dando rilievo alla storia del peso e alle abitudini alimentari in quanto queste informazioni risultano determinanti per stabilire l'introito calorico giornaliero e di quanto, eventualmente, esso ecceda l'apporto calorico *appropriato*. Infine, per stabilire la prescrizione del piano dietetico, oltre alle abitudini alimentari, viene presa in esame anche la composizione del nucleo familiare della paziente con lo scopo di non stravolgere la quotidianità della famiglia e rendere più agevole l'attuazione del piano stesso.

Dopo questa fase si procede alla «educazione alimentare» per la patologia senologica in atto; ciò porta alla definizione e alla condivisione degli obiettivi da raggiungere a breve e a lungo termine. La fase conclusiva consiste nella elaborazione e stesura del programma



nutrizionale personalizzato, o dieta scritta, che viene consegnato alla paziente nell'immediato.

Le pazienti che non necessitano di programma nutrizionale personalizzato, in quanto rientrano nei parametri previsti per questa patologia, ma che dovranno essere sottoposte a chemioterapia o a radioterapia, possono usufruire di consigli scritti sulle abitudini alimentari e sul consumo di cibi più indicati da assumere durante questi trattamenti.

A fine colloquio viene stabilita la data del primo controllo o «Valutazione Dietetica».

Le valutazioni dietetiche hanno cadenza mensile nei casi che richiedono un monitoraggio più stretto, negli altri casi la cadenza è bimestrale.

La Valutazione Dietetica si svolge con un colloquio nel quale viene presa in considerazione l'aderenza al piano nutrizionale consegnato, e soprattutto il cambiamento delle abitudini alimentari attuato dalla paziente.

La valutazione prevede la rilevazione del peso corporeo e il suo andamento nel tempo e il suo trend verso il raggiungimento di un Indice di Massa Corporea il più vicino possibile alla normalità, che è compresa tra i valori di 18 e 23,8, la misurazione della circonferenza della vita che deve tendere a raggiungere la misura compresa tra cm. 80 e cm. 88.

Si prende inoltre in considerazione il livello di attività fisica raggiunto che prevede come obiettivo una passeggiata a passo svelto di almeno 30' die.

In caso di scarsa *compliance* da parte della paziente viene messa in atto una correzione del piano nutrizionale consegnato nel corso del primo incontro.

Ad oggi l'ambulatorio di *consulenza dietistica* ha erogato 234 *consulenze di Terapia Dietetica* e 348 *consulenze di Valutazione Dietetica*.

La maggior parte delle pazienti incontrate, circa

55%, hanno usufruito esclusivamente di un intervento di «Educazione Alimentare», che non ha richiesto quindi la necessità di un programma nutrizionale personalizzato.

Nella maggioranza dei casi le pazienti hanno ottenuto una riduzione dei parametri antropometrici di riferimento per questa patologia.

Nel corso dei colloqui di consulenza dietistica spesso emerge l'evidenza della necessità di una corretta informazione e di una adeguata educazione alimentare. Infatti la diagnosi, le successive cure, lo stress conseguente all'intervento, e soprattutto le informazioni profuse in grande quantità dai media come internet, televisione ecc., a volte non filtrate dalla comunità scientifica, sono causa di uno stato di confusione e di dubbio per le pazienti, le quali si chiedono ciò che sia meglio fare nel campo dell'alimentazione. Sono molte le domande, spesso contraddittorie fra loro, alle quali si deve rispondere nell'immediato, nella quasi totalità dei casi l'intervento di educazione alimentare deve portare, necessariamente, a cambiare totalmente le abitudini alimentari di una intera famiglia, per di più costringe a riprendere in prima persona la preparazione del cibo, abitudine, oggi, poco praticata.

Altra difficoltà che affronta l'educazione alimentare risulta essere la richiesta di riduzione della porzione del cibo in un momento in cui al cibo stesso può essere attribuito il significato di rifugio, altro scoglio il cambiamento della qualità del cibo come ad esempio la forte diminuzione del consumo di carni a favore di legumi, ortaggi, frutta e cereali integrali.

Lo scopo dell'educazione alimentare è quello di convincere accompagnando la persona verso questo cambiamento, a volte radicale, delle proprie abitudini.

Diabete, obesità e neoplasia della mammella

Federico Parolini, Edoardo Biancalana, Anna Solini

UO Medicina Generale 1 Universitaria AUOP



La prevalenza del carcinoma mammario, la più comune neoplasia del sesso femminile, è in forte aumento, in particolar modo in aree geografiche in precedenza considerate a bassa incidenza come Cina e Giappone; marcato è anche l'incremento nelle donne in epoca post-menopausale, legato anche all'allungamento della durata della vita media e all'affinamento delle tecniche diagnostiche. Solo un 5-10% dei casi di carcinoma mammario è imputabile a mutazioni genetiche; il restante 90-95% è legato a fattori ambientali e ad un ina-

deguito stile di vita. In questo ambito giocano un ruolo fondamentale un eccessivo apporto di grassi con la dieta, il fumo, la scarsa attività fisica, e due malattie croniche assai comuni: l'obesità e il diabete.

Meccanismi patogenetici

L'associazione tra obesità, diabete e rischio di cancro è nota da tempo, e tali patologie riconoscono alcuni meccanismi patogenetici comuni; in particolare,



l'eccesso di tessuto adiposo, l'insulino-resistenza e l'infiammazione subclinica.

Nel corso della vita della donna è possibile identificare caratteristiche metaboliche che rendono ragione del suo diverso profilo di rischio cardiovascolare e neoplastico. Nelle prime fasi della vita, con picco durante la pubertà, il tessuto adiposo si distribuisce prevalentemente in sede sottocutanea e glutea, mentre nel maschio è maggiore l'accumulo in sede addominale e viscerale. La menopausa, come è noto, causa una redistribuzione del tessuto adiposo verso un pattern tipicamente androide, con conseguente riduzione della sensibilità insulinica, alterazioni del metabolismo glucidico e lipidico, ridotta spesa energetica, incremento ponderale e tendenza all'obesità. Sebbene si riduca la secrezione ovarica di estrogeni, questi fattori contribuiscono al rischio di sviluppare carcinoma mammario, giocando in modo sinergico con l'aumento del rilascio locale di citochine infiammatorie e fattori di crescita.

L'eccesso di tessuto adiposo causa, inoltre, attivazione della risposta infiammatoria, con aumentata liberazione di adipocitochine e di acidi grassi liberi circolanti, e ulteriore peggioramento della sensibilità insulinica e dello stress ossidativo. L'insulina stimola la sintesi ovarica degli androgeni e l'espressione dei recettori di IGF-1 e inibisce la produzione epatica delle proteine leganti gli ormoni sessuali, aumentandone di conseguenza la biodisponibilità. L'aumento quantitativo del tessuto adiposo comporta anche un incremento dell'aromatasi, enzima che favorisce la conversione periferica degli androgeni in estrogeni; questo processo è particolarmente attivo in donne fumatrici e con abitudine al consumo di alcool.

Il sovrappeso correla con pubertà precoce, telarca e menarca anticipato e menopausa tardiva, mentre un basso BMI ritarda la pubertà e anticipa la menopausa; al contrario, l'attività fisica e il calo di peso migliorano la sensibilità insulinica e riducono i livelli di testosterone e di IGF-1. Ciò suggerisce che ogni stadio della vita può costituire una potenziale finestra di rischio o, al contrario, rappresentare una occasione di intervento preventivo, in termini di nutrizione e stile di vita. Considerando l'enorme diffusione della dieta «obesogena» nel mondo occidentale, il controllo del peso e la correzione delle alterazioni metaboliche possono quindi contribuire a ridurre il rischio globale di carcinoma mammario, o a migliorarne la prognosi, indipendentemente dall'età della donna.

Diabete e neoplasia della mammella: una relazione binaria

Il diabete è una malattia ad elevata prevalenza; considerando anche la frequenza delle neoplasie mammarie, non è raro che una donna presenti entrambe le condizioni. Si calcola che l'8-18% dei pazienti oncologici sia affetto da diabete; tra quelli ospedalizzati la prevalenza di iperglicemia sfiora il 40%. Inoltre, la presen-

za di diabete condiziona sfavorevolmente la prognosi del paziente neoplastico, rendendo la gestione del diabete di importanza cruciale nei pazienti oncologici.

Sporadicamente, l'immunoterapia con inibitori dei checkpoint immunologici (nivolumab, pembrolizumab) può indurre una risposta auto-immune con distruzione β -cellulare e insorgenza di diabete tipo 1. Più spesso, diverse terapie antitumorali (analoghi dell'LHRH, antiandrogeni, inibitori di mTOR, di tirosin-chinasi e dell'angiogenesi) possono esercitare effetti sfavorevoli sul metabolismo glicolipidico e sulla pressione arteriosa, slatentizzando un diabete secondario in soggetti predisposti, peggiorando il compenso metabolico in soggetti con diabete già noto, e aumentando il rischio cardiovascolare. In queste pazienti è quindi indicato un monitoraggio più frequente della glicemia. Inoltre, alcuni agenti antitumorali (chemioterapici tradizionali, ormoni, farmaci antiangiogenetici) possono influenzare l'assetto coagulativo e aumentare il rischio tromboembolico, soprattutto se coesistono obesità e diabete.

Per quanto riguarda la gestione del diabete nella paziente oncologica in terapia antitumorale, oltre ai consueti elementi da considerare (tipo e durata di malattia diabetica, presenza di complicanze, terapia e grado di compenso precedenti, possibilità di autogestione e disponibilità di caregiver) è fondamentale valutare elementi legati alla patologia tumorale, quali lo stadio di malattia, i trattamenti oncologici pregressi, in atto o in programma, le terapie di supporto (es: schemi e dosi della terapia steroidea), le condizioni generali della paziente, lo stato nutrizionale. Nell'impostare gli obiettivi metabolici e la terapia è importante considerare anche la prognosi, riservandosi di ambire a target metabolici più ambiziosi in donne relativamente giovani con una prognosi favorevole e una buona aspettativa di vita, e mirando a valori glicemici non ideali, ma comunque accettabili in pazienti anziane con prognosi più sfavorevole; questo anche nell'ottica di non esporre soggetti particolarmente fragili al temibile rischio di ipoglicemie maggiori.

Attualmente non esistono evidenze per modificare *a priori* una terapia già in atto in una donna diabetica che sviluppa una neoplasia; tuttavia molti studi suggeriscono un outcome migliore se la terapia comprende anche la metformina. Una adeguata interazione tra diabetologo e oncologo faciliterà la scelta del trattamento più adeguato, valutando anche le possibili interazioni farmacologiche tra alcuni farmaci anti-diabetici e determinati agenti antitumorali, nonché farmaci largamente usati dalle pazienti oncologiche, quali FANS, antibiotici, antimicotici. Per la sua efficacia, flessibilità, assenza di controindicazioni e per l'effetto anti-catabolico, la scelta dell'insulina è vantaggiosa in molte pazienti; in questo caso, andrà rivolta particolare cura all'educazione della paziente al monitoraggio della glicemia, alle modalità di somministrazione del farmaco e alla gestione delle eventuali

ipoglicemie, coinvolgendo i familiari e spiegando con chiarezza gli obiettivi e le finalità dell'assistenza diabetologica in relazione alle fasi di malattia.

Occorre anche ricordare che le terapie antitumorali che possono accelerare il decorso e aggravare il quadro clinico di alcune complicanze microvascolari del diabete, quali la nefropatia e la neuropatia; inoltre la coesistenza di diabete e neoplasia espone le pazienti ad un rischio maggiore di infezioni locali e sistemiche, comunitarie e nosocomiali; una paziente oncologica diabetica andrebbe, quindi, sottoposta a vaccinazione influenzale annuale e pneumococcica indipendentemente dall'età. Ricordiamo infine come, alla luce del rischio aumentato di sviluppare candidosi del cavo orale, gengiviti e mucositi, particolare attenzione debba essere rivolta all'igiene orale.

Ruolo preventivo della dieta

Uno specifico intervento preventivo in termini metabolici e di stile di vita riduce il rischio di eteroplasia della mammella, nonché di molti altri tumori; in quest'ottica il World Cancer Research Fund e l'American Institute for Cancer Research hanno rilasciato, rispettivamente nel 2007 e nel 2010, un elenco di raccomandazioni specifiche: i) mantenere un adeguato peso corporeo; ii) svolgere regolare attività fisica; iii) limitare l'apporto di cibi ipercalorici; iv) aumentare l'apporto di verdure; v) limitare l'apporto di carne e derivati animali; vi) limitare l'apporto di alcool; vii) limitare l'apporto di sale e di cibi conservati sotto-sale; viii) soddisfare i fabbisogni nutrizionali con la dieta; ix) non prolungare l'allattamento al seno oltre i 6 mesi.

Nella donna in fase post-menopausale le tre raccomandazioni principali possono essere così riassunte: seguire una dieta ad alto contenuto di vegetali, limitare l'apporto di cibi ipercalorici e mantenere un peso corporeo adeguato.

Una dieta ricca di verdure e fibre, naturalmente ricca di micronutrienti, tra cui vitamine, minerali e antiossidanti è, sostanzialmente, la Dieta Mediterranea, la cui applicazione nella vita quotidiana risulta più facile del seguire specifiche raccomandazioni. Diversi studi hanno mostrato come tale dieta aiuti a fornire un senso precoce di sazietà, facilitando il controllo del peso corporeo, e migliori la distribuzione del grasso, la sensibilità insulinica e i fattori correlati alla sindrome metabolica.

Esiste una relazione diretta tra contenuto di acidi grassi saturi nella dieta e rischio di carcinoma mammario, relazione più evidente nei sottotipi che esprimono i recettori ormonali piuttosto che in quelli ER-A/ER-B negativi. Di contro, gli acidi grassi monoinsaturi (MUFA), contenuti ad esempio nell'olio d'oliva (componente cardine della Dieta Mediterranea), svolgono un effetto protettivo, sia in termini di rischio neoplastico che di prevenzione cardiovascolare generale, in gran parte dovuto alla loro stabilità ossidativa



e alla capacità di ridurre la insulino-resistenza. Un effetto protettivo si può ipotizzare anche per gli acidi grassi polinsaturi (PUFA) n-3, verosimilmente imputabile alla capacità di modulare il grado di flogosi, interferendo con il processo di carcinogenesi.

Anche la ricchezza di fibre nella dieta riduce il rischio di carcinoma mammario: ad es., i cereali, specialmente integrali, attraverso la fermentazione nel tratto gastrointestinale riducono la tossicità degli acidi grassi liberi e producono acidi grassi a catena corta come il butirrato, che svolge un effetto antineoplastico.

Un alto introito di verdure, specialmente se consumate crude, ha mostrato un effetto protettivo in particolare nei confronti delle forme HER2 positive; i broccoli, grazie al loro alto contenuto di sulforafano (molecola appartenente alla famiglia dei polifenoli che è un potente induttore degli enzimi di detossificazione che prevengono il danno al DNA mediato dagli estrogeni), esercitano una azione particolarmente benefica.

Per quanto riguarda la frutta, alcuni specifici tipi di frutta ricchi di carotenoidi (agrumi), soprattutto se consumati interi piuttosto che spremuti, possono ridurre lo stress ossidativo; tra i carotenoidi alfa e beta carotene, licopene, luteina riducono il rischio di carcinoma mammario in modo particolare in donne fumatrici, inibendo la crescita cellulare indotta da IGF-1 ed estrogeni.

Nel rapporto tra carboidrati e rischio neoplastico, più che l'apporto totale sembra pesare l'indice glicemico; fa eccezione il fruttosio che, pur avendo un basso indice glicemico, svolge un effetto lipogenico e pro-infiammatorio, ed è associato allo sviluppo di steatosi epatica. Uno studio recente ha evidenziato come una dieta ad alto contenuto di zuccheri raffinati correli con una maggior densità mammaria evidenziata alla mammografia, sottolineando l'importanza a limitarne il consumo.

Infine, vorremmo ricordare l'importanza della preparazione degli alimenti. Molti nutrienti possono essere più facilmente disponibili dopo una cottura in olio di oliva; di contro, molte sostanze antiossidanti possono diventare pro-ossidanti (e quindi poco salutari) se cotte ad alte temperature, o grigliate, o fritte.



Conclusioni

L'obesità e il diabete di tipo 2 rappresentano una condizione di riscontro frequente nella donna portatrice di neoplasia mammaria, e possono influenzarne negativamente la prognosi. Solo un attento approccio multidisciplinare alla gestione di questi complessi

quadri clinici assicurerà alle pazienti una buona qualità di vita.

La donna, dal canto suo, non deve dimenticare che una attenzione al controllo del peso corporeo e l'assunzione di una dieta sana rappresentano, ad ogni età, un cardine della prevenzione e del trattamento della sua malattia.

Bibliografia

Agresti R. *et al.*, *Association of adiposity, dysmetabolisms, and inflammation with aggressive breast cancer subtypes: a cross-sectional study*, *Breast Cancer Res Treat*, 2016, 157: 179-189.

Aune D. *et al.*, *Dietary fiber and breast cancer risk: a systematic review and metaanalysis of prospective studies*, *Ann Oncol*, 2012, 23: 1394-1402.

Chan D.S. *et al.*, *Body mass index and survival in women with breast cancer-systematic literature review and meta-analysis of 82 follow-up studies*, *Ann Oncol*, 2014, 25: 1901-1914.

Duchaine C.S. *et al.*, *Consumption of sweet foods and mammographic breast density: a cross-sectional study*, *BMC Public Health*, 2014, 14: 554.

Eliassen A.H. *et al.*, *Circulating carotenoids and risk of breast cancer: pooled analysis of eight prospective studies*, *J Natl Cancer Inst*, 2012, 104: 1905-1916.

Iyengar N.M. *et al.*, *Metabolic obesity, adipose inflammation and elevated breast aromatase in women with normal body mass index*, *Cancer Prev Res (Phila)*, 2017, 10: 235-243.

McDonnell D.P. *et al.*, *Obesity, cholesterol metabolism, and breast cancer pathogenesis*, *Cancer Res*, 2014, 74: 4976-4982.

Shapira N., *Women's higher health risks in the obesogenic environment: a gender nutrition approach to metabolic dimorphism with predictive, preventive, and personalised medicine*, *EPMA*, 2013, J 4: 1.

Il linfedema

Francesca Falossi

Medico specialista in Medicina Fisica e Riabilitativa a contratto libero professionale presso il Centro Senologico di Pisa AOUP



La presa in carico riabilitativa dopo intervento chirurgico al seno ha acquisito negli ultimi anni un ruolo sempre maggiore diventando parte integrante del trattamento della paziente.

Fra le complicanze riabilitative il linfedema rimane ad oggi la problematica più temuta e che più spaventa la paziente dopo l'intervento. Questo è dovuto sia alla disabilità che l'arto edematoso può comportare nello svolgimento della vita quotidiana, sia al cambiamento dell'immagine di sé, contribuendo a ricordare continuamente la patologia oncologica che lo ha provocato.

Parte integrante del trattamento riabilitativo è quindi l'informazione della paziente, perché una buona conoscenza della problematica consente di riconoscerla ed affrontarla nel miglior modo possibile.

Perché il linfedema

L'asportazione di uno o più linfonodi durante l'in-

tervento chirurgico e la successiva radioterapia determinano un danneggiamento del sistema linfatico dell'arto superiore con uno squilibrio fra la produzione della linfa e la capacità di drenaggio della rete linfatica e venosa con conseguente possibile sviluppo di linfedema, la cui insorgenza può essere precoce (2-3 mesi dall'intervento) o tardiva. In Italia si stima che l'incidenza dopo intervento chirurgico di quadrantectomia o mastectomia e linfoadenectomia ascellare sia del 20% circa, percentuale che tende ad aumentare (35%) quando l'intervento è associato a radioterapia. Esistono alcuni fattori che sono considerati predisponenti allo sviluppo di linfedema dopo intervento chirurgico al seno, come ad esempio il numero di linfonodi asportati, il tipo di chirurgia, le eventuali terapie successive come chemio e radioterapia, l'età, il BMI, il grado di attività fisica svolto. Esiste inoltre anche una certa predisposizione individuale legata all'anatomia preesistente del circolo linfatico.

L'approccio terapeutico

L'approccio riabilitativo al linfedema oncologico deve essere globale e multidisciplinare e soprattutto deve garantire una presa in carico il più precoce possibile.

Un cardine importante del trattamento resta ad oggi la prevenzione e la diagnosi precoce.

L'equipe riabilitativa del Centro senologico di Pisa offre un servizio personalizzato, multidisciplinare e completo per il trattamento del linfedema. Fin dal momento del ricovero viene svolta attività informativa ed educativa alla paziente, con lo scopo di spiegare quelle che sono le precauzioni da osservare ed imparare a riconoscere i sintomi precoci dell'instaurarsi del linfedema. Inoltre vengono svolti incontri mensili con le pazienti, con l'intento di chiarire i dubbi legati all'eventuale insorgenza di questa complicanza, guidati da una fisioterapista, una psicologa e una dietista. La multidisciplinarietà si rende infatti importante già in fase di prevenzione. Come abbiamo detto ci sono alcuni fattori o meglio ancora, alcuni stili di vita «modificabili» che possono predisporre all'instaurarsi del linfedema. Fra questi va ricordato e prestata particolare attenzione alla *cura della pelle*. Il sistema linfatico «danneggiato» può predisporre a infezioni che sono fra i fattori scatenanti del linfedema. Una buona cura della pelle con l'applicazione di creme idratanti, una pulizia accurata, l'attenzione ad eventuali piccole ferite resta ad oggi un aspetto fondamentale della prevenzione e del trattamento del linfedema. Ma un corretto stile di vita comprende anche una *corretta alimentazione* ed una costante attività fisica, la cui efficacia nella riduzione del rischio di sviluppo di linfedema sono ormai riconosciute all'unanimità nella letteratura internazionale.



Il trattamento

Le numerose evidenze oggi disponibili individuano nel trattamento riabilitativo la modalità più appropriata per raggiungere migliori risultati, mantenerli nel tempo e prevenire la naturale progressione della problematica. Il gold standard riabilitativo riconosciuto dalle più recenti linee guida rimane il *trattamento fisico conservativo complesso o combinato*, che comprende il drenaggio linfatico manuale, la cura e medicazione della cute e delle sue lesioni, il bendaggio multistrato a corta estensibilità, gli esercizi decongestionanti, l'educazione al self management e i tutori elastocontentivi. Il trattamento ad oggi rimane operatore dipendente, per questo deve essere eseguito solo presso centri specializzati per il trattamento del linfedema.

Il trattamento inizia dopo la prima valutazione che prevede l'ispezione della cute, la misurazione del braccio, nonché un'anamnesi puntuale che ricerca, oltre ai dati relativi alla patologia oncologica (tipo di intervento, radioterapia, terapie adiuvanti, etc...) anche eventuali patologie preesistenti che possono aver contribuito all'insorgere del linfedema o che possono controindicare alcune procedure. Inoltre deve essere valutato il grado di disabilità funzionale che il braccio «gonfio» determina nella paziente in modo da scegliere il trattamento riabilitativo più appropriato alla singola paziente. Possono inoltre essere richiesti esami strumentali volti a ricercare eventuali patologie del sistema arterioso e venoso che possono controindicare alcune procedure del trattamento come ad esempio la trombosi venosa profonda. Al termine della visita viene redatto quello che è definito il progetto riabilitativo individuale, cioè l'insieme degli obiettivi da raggiungere sotto il piano fisico, funzionale e psicologico e l'insieme degli interventi terapeutici che compongono il trattamento.

Il trattamento può essere suddiviso in due fasi, la prima fase decongestiva, detta *fase intensiva*, che ha l'obiettivo di ridurre il volume dell'arto, ridurre la fibrosi se presente e migliorare le condizioni trofiche della cute. Il programma generalmente prevede sedute giornaliere o almeno trisettimanali di trattamento. La durata di questa fase non può essere definita a priori ma sarà adattata a quella che è la capacità di risposta al trattamento. Va ricordato infatti che il linfedema è una patologia che si estrinseca in maniera assolutamente variabile e imprevedibile, così come variabile è la risposta al trattamento. In questa fase assumerà una grande valenza il trattamento con *bendaggio multistrato*, ovvero una particolare tecnica di bendaggio costruito con bende a corta estensibilità sovrapposte, che aumentando la pressione tissutale favoriscono il riassorbimento linfatico. È questa la fase forse più difficile per la paziente perché è invitata ad indossare il bendaggio quotidianamente con disagio nello svolgimento delle normali attività della vita quotidiana. È bene comunque ricordare che questa è

solo una fase transitoria del trattamento, che se ben eseguita e con buona compliance da parte della paziente, consente la riduzione di volume dell'arto e il passaggio alla fase successiva detta anche *fase di mantenimento* o di ottimizzazione. Questa fase prevede la prescrizione e l'utilizzo di tutori elasto-contenitivi con l'obiettivo di mantenere i risultati raggiunti nella prima fase.

I *tutori elastocontenitivi* più idonei sono quelli confezionati su misura dell'arto della paziente, il tessuto deve essere traspirante, di facile manutenzione e che garantisca il confort necessario per l'utilizzo che spesso è prolungato. Il tutore, che può avere diverse classi di compressioni, deve essere indossato durante il giorno e tolto per il riposo notturno. Durante questa fase inoltre la paziente viene sottoposta a controlli periodici che hanno il compito di verificare il mantenimento dei risultati, nonché la verifica della integrità della guaina che comunque dovrà essere sostituita in media dopo 8 mesi. Indossare il tutore quotidianamente e con regolarità è importante perché il linfedema è a tutti gli effetti considerato una patologia cronica e come tale necessita di un trattamento duraturo e costante nel tempo. Indossare la guaina, oltre a mantenere i risultati nel tempo, consente di prevenire l'insorgere delle complicanze infettive come erisipela e linfangiti. Anche l'attenzione alla cura della pelle dovrà diventare un atteggiamento che fa parte della propria vita quotidiana, così come il corretto stile di vita. Compito dell'equipe riabilitativa sarà quello di ricor-

dare in ogni momento del trattamento l'importanza del self management e l'importanza di una corretta attività fisica. La compliance è una condizione imprescindibile per la buona riuscita del trattamento.

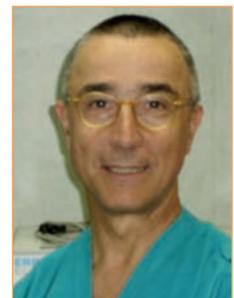
Per quanto riguarda l'attività fisica, che addirittura in passato veniva sconsigliata per la paura di aumentare il rischio di linfedema o di peggiorarlo se già insorto, oggi è ritenuta molto utile nella gestione o nella prevenzione del linfedema. Sono ormai noti gli effetti benefici di tale attività sulla salute fisica in generale e psicologica, nonché su specifiche condizioni (obesità, stress, diabete, etc.). Anche per quanto riguarda il linfedema l'attività fisica di tipo moderato e svolta in modo regolare ha un ruolo importante. Va comunque sottolineato che la scelta del tipo di attività deve essere legata, oltre che ovviamente all'inclinazione naturale e alle preferenze della paziente, anche al livello di preparazione fisica e alla tipologia di attività, perché ogni attività, come ogni sport, ha dei propri e specifici gesti tecnici e fondamentali che devono essere correttamente valutati prima di intraprendere un'attività. Compito dell'equipe riabilitativa sarà anche quello di consigliare o assicurare sull'idonea attività fisica da intraprendere.

Con una buona conoscenza ed un'accurata educazione si può convivere con il linfedema e la riabilitazione ha proprio questo compito: accompagnare la paziente dopo l'intervento chirurgico al seno, fornendole tutti gli strumenti necessari ed appropriati a garantirle il proprio ruolo nella vita affettiva e sociale.

Ruolo del ginecologo nella terapia e prevenzione in menopausa

Marco Gambacciani

U.O. Ostetricia e Ginecologia ad Indirizzo Oncologico - AOUP



Il Ginecologo oggi deve avere un ruolo attivo nella vita della donna in postmenopausa dopo la terapia per un tumore, offrendo una qualità di vita ottimale eliminando gli effetti della carenza ormonale. Infatti un numero sempre maggiore di donne oggi si trova a dover fronteggiare gli effetti della carenza ormonale conseguente a terapie ormonali, chemioterapie o radioterapie per malattie oncologiche, in particolare per tumore della mammella. Queste signore hanno certamente bisogno di una particolare attenzione da parte del Ginecologo. I classici sintomi della menopausa, le vampate di calore, con sudorazioni e tachicardia, possono essere correlati anche alla comparsa di disturbi del sonno, sbalzi d'umore, irritabilità. In questi casi la terapia or-

monale sostitutiva (TOS o HRT) è controindicata. Anche i dati scientifici sugli effetti dei fitoestrogeni sono molto scarsi, per cui la Società Italiana della Menopausa ne sconsiglia l'uso in questi casi. Il Ginecologo deve avere la dimestichezza con terapie non estrogeniche efficaci nel controllare i sintomi e consigliare attivamente la donna a provare con fiducia queste possibilità per il mantenimento e il recupero della qualità di vita. Infatti le vampate e tutti gli altri disturbi possono essere così imponenti da determinare un peggioramento del benessere e delle capacità della donna di attendere alle normali attività familiari e lavorative. È quindi essenziale rompere questo circolo vizioso e restituire alla donna una qualità di vita che le permetta

di affrontare gli anni a venire senza problemi. Le vampate di calore comunque, a parte casi non frequenti, tendono a ridursi anche spontaneamente negli anni. Al contrario, la carenza ormonale dopo la menopausa determina alterazioni atrofiche a carico dell'apparato genitourinario che sono ingravescenti, aggravandosi nel tempo. Dopo la menopausa infatti si riduce il trofismo delle strutture vulvo-vaginali, responsabile della comparsa della secchezza vaginale e dei dolori durante i rapporti (dispareunia). Queste modificazioni sono accompagnate anche da alterazioni del basso tratto urinario, con la comparsa di bruciori, minzione impellente, cistiti ed uretriti recidivanti. Questo insieme di sintomi è definito *Sindrome Genitourinaria della Menopausa*, è molto frequente, colpisce fino al 70-80% di tutte le donne e spesso i sintomi sono invalidanti. La sindrome genitourinaria compare ancora prima della fine delle mestruazioni in circa il 10 % delle donne, ma tipicamente si presenta negli anni seguenti la menopausa, anche molto tardivamente, 5-15 anni dopo la scomparsa delle mestruazioni. La sindrome è cronica e tende a peggiorare nel tempo. Per questo l'intervento del Ginecologo deve essere tempestivo per preservare la qualità di vita della donna e per scongiurare un circolo vizioso in cui la dispareunia porta a un calo della soddisfazione, della libido, con riflessi negativi nel rapporto di coppia.

Il Ginecologo deve essere proattivo nel chiedere e investigare, vincendo la ritrosia della donna a parlare di sintomi considerati inizialmente minori e che, solo quando sono diventati intollerabili, vengono percepiti come degni di attenzione. La terapia ideale è la somministrazione di estrogeni, ma la storia personale di tumore della mammella controindica in maniera assoluta l'uso di terapia estrogenica. Anche le formulazioni a basso dosaggio, per via locale, come anche tutti i preparati fitoestrogenici, non adeguatamente studiati nelle donne con tumore della mammella, devono essere considerati controindicati. Dopo carcinoma della mammella il deficit ormonale non può essere quindi trattato con la terapia estrogenica, ma con trattamenti accessori specifici.

Nella donna dopo carcinoma della mammella il ruolo del Ginecologo è veramente critico. Infatti, non potendo utilizzare la terapia estrogenica, l'intervento deve essere il più precoce possibile per scongiurare l'aggravamento delle condizioni vulvo-vaginali. Preparati Probiotici per via generale e/o locale possono essere molto utili per il mantenimento di una normale flora vaginale. Consigli sull'igiene personale evitando saponi, favorendo oli detergenti sono spesso sufficienti ad alleviare la sintomatologia vulvare e la dispareunia superficiale. L'uso di ovuli o gel di acido ialuronico consente il mantenimento dell'idratazione vaginale. Le formulazioni in gel offrono un'ottimale adesione alla mucosa vaginale, una prolungata azione idratante e favoriscono anche i naturali processi di guarigione delle microlesioni causate dall'attrito

durante i rapporti. I lubrificanti vaginali a base acquosa rappresentano invece una scelta aggiuntiva al momento del rapporto, efficaci ma con una breve durata d'azione. Oltre alla terapia farmacologica sono molto importanti gli esercizi di stretching dei muscoli vaginali per mantenerne l'elasticità, associati a esercizi di rilassamento e mantenimento della tonicità dei muscoli (quali gli esercizi di Kegel).

Il Ginecologo deve oggi essere a conoscenza dei nuovi trattamenti locali con energie fisiche, dal laser alla radiofrequenza. Non tutte le terapie hanno lo stesso profilo di efficacia e sicurezza. La conoscenza dei presupposti fisici e dei risultati clinici potrà permettere un counseling adeguato alle donne. Il trattamento con il Laser Erbium offre un'opportunità terapeutica unica per il ripristino funzionale della vagina, con una procedura ambulatoriale, non invasiva, intrinsecamente sicura per la sua stessa natura, indolore, che non richiede anestesia. Uno studio condotto dal Centro della Menopausa dell'AOU di Padova in donne trattate per tumore mammario ha dimostrato che il trattamento con Laser Erbium determina la riduzione o scomparsa della secchezza e del dolore, e miglioramento dei rapporti sessuali. Gli effetti del trattamento durano circa 12 mesi e ha un notevole vantaggio in termini di qualità di vita, con una riduzione sostanziale dell'uso di creme o gel idratanti. I risultati sono evidenti già dopo la prima seduta: abitualmente il trattamento completo richiede tre sedute a distanza di circa trenta giorni. Ogni trattamento dura circa 15-20 minuti. Naturalmente le forme più lievi rispondono più velocemente con un rapido e completo miglioramento e recupero delle funzioni vaginali. I possibili effetti collaterali sono minimi: solo il 10% delle donne riferisce di effetti collaterali transitori, perdite vaginali, lievi arrossamenti e gonfiore, che si risolvono spontaneamente. I risultati di tutti gli studi dimostrano un rilevante miglioramento globale delle condizioni vaginali, della qualità di vita e della soddisfazione sessuale in oltre l'80% delle pazienti trattate.

In conclusione, il Ginecologo deve avere familiarità con tutta una serie di terapie non ormonali per garantire alla donna in menopausa dopo terapie oncologiche una qualità di vita non dissimile da quella delle donne di pari età.



Bibliografia

Gambacciani M., Levancini M., *Vaginal Erbium Laser as Second Generation Thermotherapy for the Genitourinary Syndrome of Menopause: a pilot study in Breast Cancer Survivors*, *Menopause*, 2017 Mar, 24 (3): 316-319.

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

Gambacciani M. et al., *On behalf of the Italian Menopause Society (SIM). Menopause and Hormone Replacement Therapy: the 2017 recommendations of the Italian Menopause Society*, *Min Ginecol*, 2018, 70: 27-34.

La medicina complementare/integrata nel percorso di cura oncologico

Luigi De Simone

SD Anestesia e Rianimazione Maternoinfantile e Santa Chiara

Centro di Coordinamento Aziendale delle Medicine Complementari - AOUP



Il primo trattamento sicuramente valido per combattere il tumore è rappresentato dalle strategie e terapie convenzionali, quali la medicina preventiva, l'igiene di vita, la corretta alimentazione, l'eliminazione dei vari fattori di rischio, e, quando occorrono, la terapia chirurgica, la chemioterapia, la radioterapia, l'ipertermia.

La diagnosi di malattia oncologica, nel corso della vita di un individuo, si accompagna ad un sentimento d'angoscia e panico che spesso non è presente al momento della diagnosi d'altre patologie. La parola «cancro» nell'immaginario è spesso associata al termine «male incurabile» e a significati di morte. Gli effetti collaterali della chemioterapia, quali la perdita di capelli, la nausea, il vomito e la possibile perdita di autonomia personale, sono angoscianti e molto temuti.

Le medicine non convenzionali possono invece essere utili come terapie complementari, integrate e preventive, quindi non tanto direttamente «contro il tumore», quanto piuttosto a sostegno di tutto quello che sta «attorno al tumore», cioè del paziente affetto da tumore, nel ridurre alcuni effetti collaterali dei farmaci, nell'aumentare le sue difese immunitarie, nel ridurre gli stati ansiosi e nel migliorare le sue risposte biologiche.

La medicina complementare consiste nell'associazione di interventi sulla persona e ambientali per ripristinare e mantenere il benessere del paziente, garantire un buon livello di forma fisica e la qualità della vita attraverso un approccio multimodale. Tiene conto delle evidenze scientifiche ma anche di fattori peculiari caratteristici di ogni paziente. La connessione tra psiche e corpo è da sempre un'associazione pensata ed alcune ricerche ne hanno dimostrato l'esistenza. In questo contesto le componenti psicologiche, l'ambiente e le varie medicine complementari sono fattori

importanti, che rendono i pazienti più soddisfatti, consapevoli e proattivi, con una migliore predisposizione a adottare comportamenti salutari e una maggiore adesione ai trattamenti terapeutici. Le opportune terapie possono migliorare dolore e fatigue, aumentare le difese immunitarie e ridurre la tossicità o gli effetti collaterali di talune terapie.

Medicina Complementare sta ad indicare la ricerca, lo studio e l'utilizzo di tecniche, metodologie e approcci terapeutici in rapporto alla malattia oncologica che non solo possano concorrere a ridurre le reazioni avverse alla radioterapia e/o alla chemioterapia, ma possano anche favorire la relazione mente-corpo e migliorare l'impatto psico-fisico che i pazienti possono manifestare nei riguardi della stessa malattia.

La filosofia alla base della medicina integrata è che la medicina complementare ben si può integrare con i protocolli di cura ufficiali e dare il suo contributo ad alleviare stress ed ansia, a ridurre il dolore e a promuovere benessere, pertanto si parla appunto di medicina integrata poiché la medicina complementare non si pone come una diversa scelta alla medicina tradizionale ma con questa s'integra. L'associazione degli approcci occidentali e orientale consente un buon controllo di alcuni sintomi e migliora la compliance del paziente al trattamento. Le medicine non convenzionali non funzionano alla stessa maniera su tutti i pazienti e per tutti i problemi, come del resto qualsiasi altra forma di terapia, ma possono essere d'aiuto.

Continuamente sono pubblicizzate nuove e vecchie medicine, rimedi tradizionali appartenenti alla medicina orientale e non, così come nuovi approcci che si collocano di per sé al di fuori del classico rapporto medico-paziente e vengono spesso automatica-

mente inseriti in quello che può apparire come il gran calderone delle medicine alternative e complementari. Di fronte al panorama anche bizzarro di queste medicine e pratiche, talvolta fonte di confusione e disorientamento per il paziente e per il medico, non si deve mai dimenticare che in ambito oncologico esistono oggi terapie convenzionali di dimostrata efficacia che permettono di aggredire il cancro e di migliorare significativamente la sopravvivenza.

Abitualmente per definire questo gruppo di trattamenti sono usati molti termini, sostanzialmente simili, che tuttavia rischiano di confondere il malato e gli stessi medici.

Cerchiamo quindi di spiegarli:

Medicina alternativa: è un termine usato prevalentemente in passato, e nel mondo anglosassone, per indicare come certe pratiche siano fondate su principi diversi da quelli della medicina scientifica.

Medicina complementare: il termine significa sostanzialmente che si tratta di terapie associabili ad altri interventi ritenuti principali, come la chemioterapia o la terapia chirurgica. Ha senso utilizzarlo ad esempio in ambito oncologico, dove ad esempio la fitoterapia o l'agopuntura possono razionalmente affiancare la chemioterapia, radioterapia, ecc.

Medicina naturale: è un termine divulgativo utilizzato per indicare al grande pubblico ed in particolare ai pazienti le varie discipline della medicina non convenzionale.

Medicina integrata: con questo termine si indica quello che dovrebbe essere l'obiettivo di ogni medico, l'integrazione di diverse forme e strumenti di terapia al fine di migliorare la qualità di vita del paziente oltre alla prognosi. Questa definizione più ampia prevede maggiori spazi di intervento e include l'uso di diversi medicinali tra cui vitamine, minerali e altri prodotti naturali, la stessa alimentazione e anche pratiche e tecniche di meditazione e di ginnastica energetica. L'approccio olistico (unità di corpo, mente e spirito) prevede che accanto all'eccellenza delle più moderne terapie si possano attivare dei percorsi paralleli di supporto terapeutico utilizzando la medicina integrata. Tale integrazione può contribuire a migliorare la qualità di vita e il benessere del paziente.

Tra le medicine complementari quelle attualmente riconosciute dalla Regione Toscana sono:

L'agopuntura: è basata sulla stimolazione mediante infissione di aghi in punti specifici del corpo al fine di promuovere la salute o ridurre gli stati patologici. L'evidenza scientifica ne dimostra l'efficacia soprattutto per il trattamento della nausea, vomito, astenia e algie durante chemioterapia. È utile anche come rimedio per le vampate di calore in pazienti con menopausa farmacologica e la secchezza della bocca dopo chemioterapia, per il trattamento dell'ansia, della depressione o dell'insonnia.

L'auricoloterapia, o agopuntura auricolare: è basata sull'infissione di aghi nel padiglione auricolare,

utilizza punti specifici dell'orecchio che corrispondono somatotopicamente ad aree distanti del corpo (il corpo rappresentato nel padiglione auricolare), come ad esempio lo stomaco, i muscoli della colonna vertebrale, ecc. Mediante infissione di microaghi o con altre stimolazioni si possono provocare dei riflessi che inducono delle stimolazioni di tipo neurogeno in organi e tessuti del corpo umano.

La fitoterapia: è basata sull'uso di sostanze chimiche naturalmente presenti nelle piante, dotate di attività biologica. Pertanto è la disciplina naturale che più si avvicina alla medicina convenzionale, del resto basta pensare che il 30-40% dei farmaci di tipo convenzionale deriva da sostanze vegetali. La fitoterapia quindi è la disciplina medica che utilizza piante medicinali e derivati nella prevenzione e cura delle malattie, relativamente alle proprietà farmacologiche dei costituenti chimici presenti nella pianta, o meglio nel preparato utilizzato. Non segue metodologie diagnostiche o terapeutiche diverse da quelle della medicina scientifica. Le sostanze di origine vegetale tuttavia possono essere anche tossiche, causare gravi interazioni con i farmaci di sintesi assunti contemporaneamente, o essere responsabili di reazioni allergiche. Per tali motivi devono essere sempre utilizzati estratti idonei, qualitativamente controllati, standardizzati nei principi attivi utili, depurati da quelli inutili o pericolosi, ed utilizzati sempre su prescrizione medica.

L'omeopatia: è basata sull'assunzione di quantità infinitesimali di sostanze al fine di stimolare il corpo a promuovere l'autoguarigione. In questa disciplina la personalità del soggetto svolge una funzione rilevante e al fine della diagnosi e della terapia deve essere tenuta in debita considerazione. L'evidenza scientifica ha dimostrato che può essere utile nel trattamento delle vampate di calore in donne affette da carcinoma della mammella.

La medicina tradizionale cinese: è basata sul presupposto che la salute sia un bilanciamento nel corpo di due forze energetiche principali chiamate yin e yang.

Il ricorso alle medicine complementari è un fenomeno crescente. Si stima che negli Stati Uniti circa il 30-40% della popolazione ne faccia uso e, tra i fruitori, circa l'80% sia rappresentato da pazienti con patologie croniche. I dati europei, ricavati da uno studio condotto su 956 pazienti di 14 Paesi, confermano la tendenza in crescita nell'impiego di medicine complementari, riportando una prevalenza del 35,9% tra i pazienti oncologici. Questo dato, nettamente inferiore rispetto agli Stati Uniti, può essere spiegato da fattori culturali e dalla diversa composizione etnica presente nella popolazione statunitense, con effetti sulla concezione di benessere, medicina e cura. Nello stesso studio l'Italia, discostandosi dalla media europea, mostra una prevalenza del 73,1% nell'uso di medicine complementari, anche se il campione è composto di soli 52 pazienti sottoposti a cure palliative. D'altra parte, i dati relativi alla situazione italiana sono ancora sparsi e limitati.



Uno studio su 803 pazienti oncologici, circoscritto alla regione Toscana e focalizzato sulle sole terapie complementari, riporta una percentuale di impiego pari al 37,9%. Tra i fruitori, l'89,6% afferma di averne ricevuto beneficio e il 66,3% ne dichiara l'uso al proprio medico.

Il ricorso alle medicine complementari da parte di un soggetto con diagnosi di tumore può essere considerato un tentativo di migliorare la prognosi della malattia. Nelle intenzioni vi è spesso la ricerca di metodi ritenuti naturali e «olistici», con l'obiettivo di limitare o evitare gli effetti collaterali dei trattamenti. Dalle casistiche di pazienti intervistati in merito all'uso di medicine complementari le ragioni per le quali i pazienti ne fanno uso sono, infatti, il miglioramento del proprio stato psico-fisico nel 76% dei casi e, in ambito oncologico, rafforzare l'abilità del proprio corpo per combattere la patologia tumorale o per ridurre gli effetti collaterali indotti dalla chemioterapia. Molti dichiarano di ricevere benefici dall'uso delle medicine anche se spesso questi non coincidono con la ragione iniziale che ha spinto al loro utilizzo.

Le analisi multivariate eseguite sui dati raccolti da questionari sottoposti a pazienti statunitensi ed europei suggeriscono che il «fruitore tipo» delle medicine complementari sia di genere femminile (con prevalenza oscillante tra il 60% e l'80%), di giovane età (l'età media degli utilizzatori delle medicine complementari è sempre inferiore all'età media della popolazione stu-

diata, in tutte le casistiche analizzate), con livello di istruzione medio-alto. Probabilmente pazienti con livello di istruzione elevato sono più consapevoli dell'esistenza di medicine complementari e hanno maggiore accesso alle fonti di informazione per la ricerca di eventuali trattamenti. L'età, il sesso e il livello di istruzione, dunque, costituiscono i fattori predittivi di maggiore rilevanza nell'uso delle medicine complementari. Un'altra variabile che sembra predire il ricorso alle medicine complementari, sebbene l'associazione non sia significativa, è la professione, pazienti pensionati o disoccupati si avvalgono di medicine complementari in misura minore di quanto facciano i lavoratori in servizio attivo. Un dato importante che emerge da più studi è che spesso i pazienti non dichiarano al proprio medico l'uso di medicine complementari, salvo che non sia espressamente chiesto durante la raccolta anamnestica. Questo dato indubbiamente riflette una mancanza nella comunicazione medico-paziente e le ragioni di questa difficoltà potrebbero essere l'assenza di interessamento da parte del medico, il timore della disapprovazione e del disinteresse di quest'ultimo, fino alla convinzione che il medico non possa fornire alcun aiuto.

Pertanto, l'inserimento delle medicine complementari in un percorso ben definito come quello del Centro Senologico offre alla donna, in un momento particolare della loro vita, la possibilità di usufruire di un percorso a tutto tondo che prenda in carico la persona nella sua interezza supportandola nel ritrovare un equilibrio psicofisico che la aiuti a superare la malattia migliorando o mantenendo la qualità di vita.

La medicina tradizionale ha ottimi risultati nel trattamento del tumore della mammella (diagnosi precoce, chirurgia, chemioterapia, ormonoterapia e radioterapia) ed un conseguente importante miglioramento della prognosi rispetto a qualche decennio fa. Le medicine complementari si possono integrare efficacemente con la medicina occidentale ma è bene ricordare che non rappresentano MAI un'alternativa a tali trattamenti.

Antibiotici e tumore della mammella: possibili farmaci anticancro

Cristian Scatena

Medico Anatomopatologo, Anatomia Patologica Universitaria 1 - AOUP

Allievo della Scuola di Dottorato di Ricerca in Scienze Cliniche e Traslazionali -

Dipartimento di Ricerca Traslazionale e delle Nuove Tecnologie in Medicina e Chirurgia, Università di Pisa



L'effetto antitumorale *in vivo* della doxiciclina, un antibiotico appartenente alla classe delle tetraciclina e comunemente impiegato nel trattamento dell'acne volgare, è stato recentemente pubblicato

sulla rivista internazionale *Frontiers in Oncology*, aprendo la strada al possibile utilizzo degli antibiotici nel trattamento del tumore della mammella (1).

Lo studio è stato condotto dal gruppo di ricerca del

Professor Antonio Giuseppe Naccarato del Dipartimento di Ricerca Traslationale e delle Nuove Tecnologie in Medicina e Chirurgia, dell'Università di Pisa, unitamente a ricercatori dell'University of Salford di Manchester, in Gran Bretagna, e in collaborazione con il Centro Clinico di Senologia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana e la Fondazione Pisana per la Scienza Onlus.

Lo studio clinico condotto su 15 donne affette da carcinoma della mammella in stadio precoce ha evidenziato, dopo solo 14 giorni di trattamento antibiotico, la riduzione del numero delle «cellule staminali neoplastiche», ovvero la fucina da dove origina e si rigenera il tumore; tali cellule sono altresì considerate le responsabili delle recidive locali, della resistenza alle terapie e delle temute metastasi a distanza.

È noto che gli antibiotici hanno un effetto sui mitocondri (Figura 1), le «centrali elettriche» delle cellule, di cui sono molto ricche le cellule staminali neoplastiche.

I ricercatori dell'University of Salford, coordinati dal Professor Michael P. Lisanti, studiavano da tempo questo effetto in modelli tumorali *in vitro* riconoscendo come l'antibiotico doxiciclina fosse capace di eradicare le cellule staminali neoplastiche in otto diversi tipi di tumore, compreso il carcinoma della mammella (2).

Tali studi *in vitro* hanno posto le basi per la realizzazione del primo *trial* clinico sull'utilizzo della doxiciclina in pazienti affette da carcinoma della mammella in stadio precoce e candidate perciò a trattamento chirurgico. Il *trial* è stato condotto presso il Centro Clinico di Senologia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana diretto dalla Prof.ssa Manuela Roncella.

Nel dettaglio, la doxiciclina è stata somministrata in 9 pazienti (braccio sperimentale), mentre ulteriori 6 pazienti sono state inserite come braccio di controllo; le prime hanno assunto l'antibiotico per i 14 giorni antecedenti l'intervento chirurgico, ad una dose giornaliera standard di 200 mg; le altre, invece, sono state

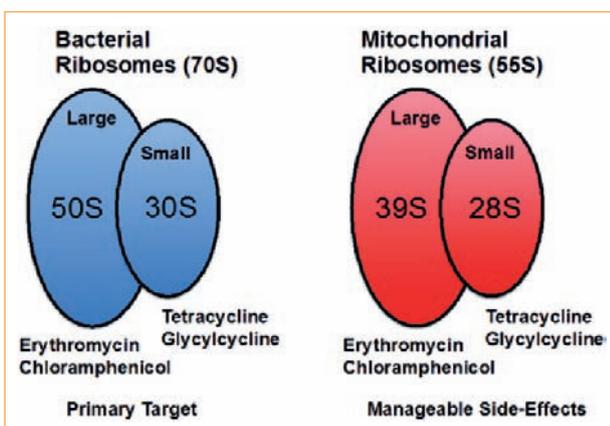


Figura 1. I batteri e i mitocondri hanno componenti molto simili, come i ribosomi. Tali particelle, responsabili della traduzione del DNA, sono bersaglio di numerosi antibiotici tra cui la doxiciclina. Il trattamento farmacologico dunque non solo blocca il metabolismo del batterio ma, al contempo, inibisce quello mitocondriale (da: R. Lamb *et al.*, *Oncotarget*, 2015, 6 (7): 4569-4584).



sottoposte direttamente a terapia chirurgica.

Numerosi marcatori biologici sono stati indagati in entrambi i bracci del *trial* clinico, confrontando i loro valori prima e dopo la terapia antibiotica, rispettivamente tra il tessuto tumorale della agobiopsia preoperatoria e quello del pezzo chirurgico.

Nello specifico, sono stati studiati:

1. i biomarcatori di staminalità (CD44, ALDH1) nonché
2. quelli di massa mitocondriale (TOMM20),
3. quelli della proliferazione cellulare (ki67, p27),
4. quelli dell'apoptosi (caspasi 3), e infine
5. quelli della neoangiogenesi (CD31).

I tumori delle pazienti del braccio sperimentale, dopo trattamento con doxiciclina dimostravano una diminuzione significativa nel marcatore di staminalità CD44 (Figura 2), compresa tra il 17.65 e il 66.67%. Dati simili sono stati osservati con ALDH1, un secondo biomcatore di staminalità.

I dati ottenuti da questo studio pilota suggeriscono che le cellule tumorali neoplastiche esprimono selettivamente grandi quantità di proteine correlate al metabolismo mitocondriale.

Ciò significa che se è possibile inibire il metabolismo mitocondriale è dunque possibile eradicare le cellule staminali neoplastiche.

L'arruolamento di nuovi pazienti potrà permettere di confermare nei prossimi mesi questi primi risultati molto promettenti.

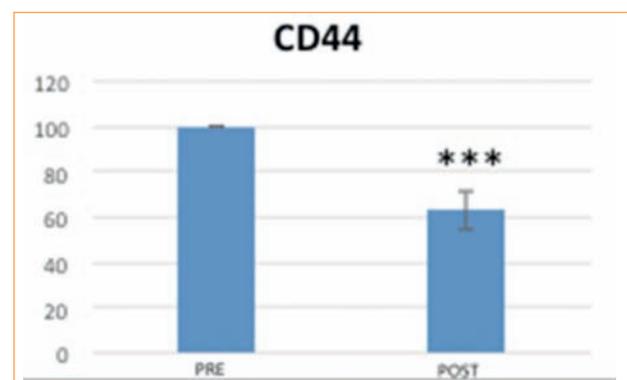


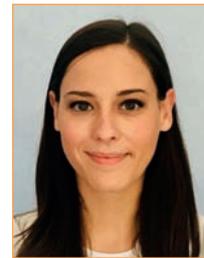
Figura 2. I livelli di espressione del biomcatore di staminalità CD44 risultano significativamente ridotti dopo trattamento antibiotico (riduzione media di circa il 40%). PRE: valori calcolati su agobiopsia preoperatoria; POST: valori calcolati su pezzo chirurgico (da: C. Scatena *et al.*, *Front Oncol.*, 2018, 12, 8: 452).

Bibliografia

- (1) Scatena C. *et al.*, *Doxycycline, an Inhibitor of Mitochondrial Biogenesis, Effectively Reduces Cancer Stem Cells (CSCs) in Early Breast Cancer Patients: A Clinical Pilot Study*, *Front Oncol*, 2018, 12, 8: 452.
- (2) Lamb R. *et al.*, *Antibiotics that target mitochondria effectively eradicate cancer stem cells, across multiple tumor types: Treating cancer like an infectious disease*, *Oncotarget*, 2015, 6 (7): 4569-4584.

Immunoterapia contro il cancro al seno

Una nuova speranza di cura per le donne colpite da tumore al seno triplo negativo metastatico



Diletta Cavallero¹, Andrea Fontana²

¹ Specializzanda, UO Oncologia Medica 2 Universitaria

² MD, PhD - UO Oncologia Medica 2 Universitaria - AOUP - Istituto Toscano Tumori

Chirurgia, chemioterapia e radioterapia sono state per anni le uniche armi valide e disponibili contro il cancro della mammella, ma in futuro potrebbe non essere più così.

Da anni ormai l'immunoterapia ha preso piede nella lotta a molti tipi di tumore metastatico, soprattutto polmone, melanoma e rene, adesso potrebbe diventare protagonista del trattamento del tumore al seno triplo negativo metastatico.

Possiamo parlare oggi di immunoterapia grazie agli studi di James Allison (capo del dipartimento di immunologia dell'Anderson Cancer Center di Houston) e Tasuku Honjo (responsabile del dipartimento di immunologia e medicina genomica all'Università di Kyoto), insigniti del Premio Nobel per la medicina 2018 proprio per la scoperta di una terapia del cancro che agisce attraverso l'inibizione della regolazione negativa della risposta immunitaria, disattivando quindi i «freni» che alcuni tipi di tumore riescono a imporre al sistema immunitario.

L'immunoterapia mira infatti a sbloccare quei meccanismi che normalmente impediscono al sistema immunitario di diventare troppo distruttivo aggredendo cellule sane dell'organismo (come nelle patologie autoimmuni), in modo da attivare le cellule immunitarie contro le cellule tumorali.

Queste vie inibitorie sono innescate dal legame di particolari molecole, dette ligandi, ai recettori CTLA-4 e PD-1, presenti sulla superficie dei linfociti T e di altre cellule del sistema immunitario.

Le nuove terapie immunologiche si basano quindi sulla somministrazione di anticorpi in grado di

ostruire il sito di legame dei recettori CTLA-4 e PD-1, così da impedirne la attivazione.

Per quanto riguarda il tumore della mammella ad oggi l'immunoterapia non aveva spazio, ma recenti studi innovativi e promettenti potrebbero cambiare la pratica clinica.

All'ultimo congresso della Società Europea di Oncologia Medica (ESMO) che si è tenuto a Monaco (19-23 Ottobre 2018) e che ospita gli studi più importanti dell'anno, è stato presentato lo studio ImPassion130 di fase 3, pubblicato in contemporanea sul *New England Journal of Medicine*, che mostra risultati molto incoraggianti nel trattamento immunoterapico nel tumore della mammella: per la prima volta un farmaco immunoterapico (Atezolizumab) ha dimostrato un beneficio importante sulla sopravvivenza nelle pazienti con tumore della mammella triplo negativo, localmente avanzato inoperabile o metastatico.

I tumori della mammella triplo negativi rappresentano il 15% circa di tutti i tumori della mammella, di questi solo il 5-7% presenta la mutazione BRCA e ogni anno in Italia si registrano 7-8000 nuovi casi.

Il tumore al seno triplo negativo metastatico (mTNBC) è la forma di cancro della mammella più difficile da curare,

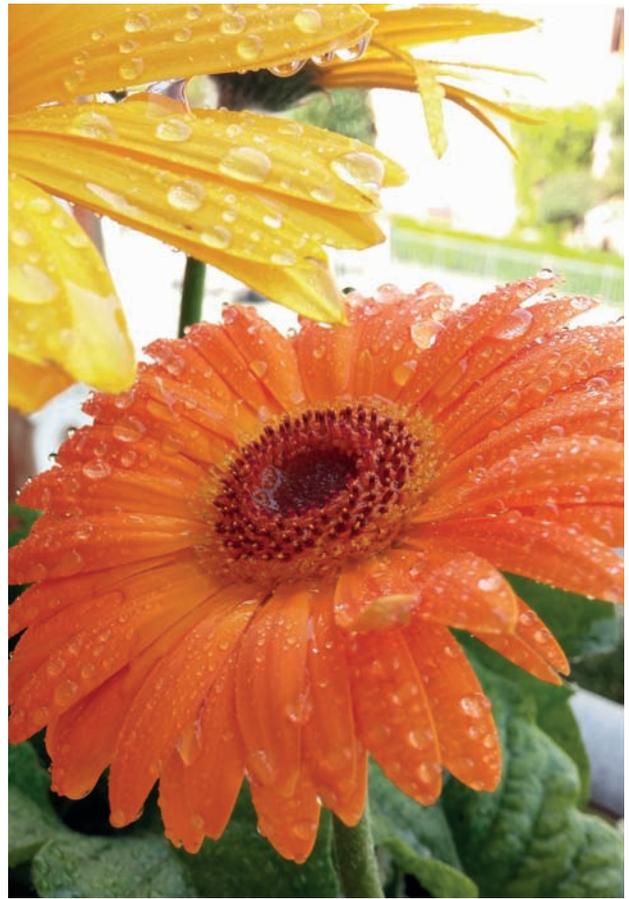
il nome «triplo negativo» deriva dal fatto che le cellule di questo tumore non presentano sulla loro superficie nessuno dei tre classici bersagli contro cui sono dirette attualmente le cure più efficaci (ER, PgR, HER2), per questo motivo le opzioni di trattamento sono poche e non esiste attualmente uno standard terapeutico comunemente accettato.

Lo studio ImPassion130 ha coinvolto 902 pazienti con tumore al seno triplo negativo metastatico che non avevano ricevuto trattamenti in precedenza; tutte le pazienti hanno ricevuto chemioterapia, ma la metà di esse ha ricevuto in aggiunta alla chemioterapia standard, l'immunoterapico Atezolizumab.

Complessivamente la sopravvivenza globale delle pazienti che avevano ricevuto Atezolizumab, in aggiunta alla chemioterapia, è risultata essere superiore rispetto a chi non aveva ricevuto l'anticorpo. In particolare, nel sottogruppo di pazienti con espressione di PDL-1 la differenza è risultata ancora più marcata: con una differenza assoluta netta di quasi 10 mesi e un aumento di sopravvivenza del 38%.

Alla luce di questi risultati nei mTNBC e in considerazione della propensione di questo tipo di tumore alla infiltrazione linfocitaria, associata a un blocco dell'attività e del controllo immunologico, che può essere liberato dall'aggiunta di farmaci che vanno a bersaglio PDL-1, il recettore PDL-1 (proteina di superficie che consente alla cellula cancerosa di «spegnere» la risposta immunitaria) potrebbe diventare il nuovo target terapeutico da colpire.

Questi dati possono essere considerati un «passo da gigante» nella corsa contro il cancro al seno e una speranza per tutte le donne affette da tumore triplo negativo metastatico.



Il coraggio di testimoniare la propria esperienza

Sonia Baccelli



Quando la Presidente dell'ASI di Pisa dott.ssa Edna Gobbert, mia carissima amica, mi ha chiesto di scrivere una testimonianza per questa rivista sull'esperienza vissuta come paziente con tumore al seno, confesso che mi sono sentita un po' in difficoltà. Sono una persona riservata e credo fermamente che uno degli aspetti più negativi della nostra società sia la mancanza di pudore, e non in senso moralistico, perciò ho pensato di prendere tempo per poi rifiutare. Invece ora mi ritrovo qui a scrivere perchè, dopo alcune vicende che mi hanno coinvolto anche negli ultimi giorni e che riguardavano amici che non hanno mai «digerito» questa malattia, ho deciso di parlare della necessità della resilienza, cioè di quella capacità di alcuni materiali di resistere agli urti senza spezzarsi, che è anche però delle persone, solo che certe volte queste non sanno trovare le risorse interiori per farlo o, purtroppo, non le hanno.

Ho resistito quando la Prof. Roncella mi chiese che cosa volevo fare dopo la diagnosi e io le risposi che volevo fuggire, lei in modo brusco ma ragionato, direi studiato, mi invitò ad accomodarmi e io allora rimasi.

Ho resistito quando il Dott. Ghilli, poi divenuto un amico molto caro, mi spiegò che avrei dovuto fare il percorso più duro, chemio e radio, ma mi rassicurò dicendomi che ce l'avrei fatta. Io, naturalmente piangendo, gli risposi che non ne avevo le forze, ma poi ho affrontato tutto quel cammino.

Ho resistito alle nausee terribili e a quel senso di stanchezza inenarrabile che mi assaliva i primi giorni dopo la chemio.

Ho resistito soprattutto alla caduta dei capelli, che mi sembrava insopportabile, attrezzandomi in ogni modo con parrucca e foulards e cappelli alla moda.

Ho resistito continuando a lavorare durante tutto il percorso di cura – sono un insegnante e con i ragazzi



dimenticavo tutto e tornavo ad essere «io», non la malata, e non ho mai preso neanche un raffreddore, chissà poi perché.

Resisto ora che a distanza di ormai otto anni continuo a tremare a ogni follow up.

Ma tutto questo non ho potuto farlo da sola: non sono e non ero un supereroe: la mia «resilienza» è stata possibile perché sul mio cammino ho avuto e ho vicino persone che non mi hanno mai lasciato sola e che io non ho mai rifiutato, anzi a cui mi sono in certo qual modo abbandonata, ognuna con il suo ruolo: i miei genitori che mi aspettavano a casa con la coperta termica accesa nel letto dopo la chemio; mia sorella e le mie amiche che per otto mesi facevano salotto a casa mia ogni pomeriggio, tutte poi si sono sottoposte allo screening e una di loro ha dovuto essere operata, persino le mie parrucchiere che mi hanno guidato nella scelta di una parrucca veramente «cool» a cui hanno adattato il taglio prima della caduta dei capelli, così nessuno se ne sarebbe accorto; mio marito, che all'epoca non sopportava il «peso», ma che poi ne è uscito alla grande, sorprendendomi e prendendo lui contatto con l'ASI di Pisa e diventandone poi il tesoriere.

Ora, insieme lui e io, incontriamo tante donne con il mio stesso problema, ma non per parlarne ad ogni



momento, sai che fatica sarebbe, ma per sentirci unite, per scoprire come farcela insieme, per informarsi ai convegni sulle nuove scoperte e cure, anche per gioire e fare festa, perché no, durante il Gala dell'Associazione, che viene organizzato ormai da quattro anni.

È stata dura, durissima, e lo è ancora un po', anche se ora solo a tratti, ma ho capito che non isolarsi, condividere, aprirsi anche se con discrezione è l'unica via per non spezzarsi quando gli «urti» della vita sono veramente forti, come è avvenuto nel mio caso e purtroppo avviene per molte altre donne.

Letto per voi

Simona Palmiero



Ciao oggi vorrei parlare di un libro che non racconta un romanzo o una vicenda vissuta, bensì di un metodo che tutti dovremmo applicare almeno una volta nella vita.

Il libro si intitola «il magico potere del riordino» di Marie Kondo, una scrittrice che fin da bambina si è occupata di riordino, vera e propria forma di cultura in Giappone, specializzandosi successivamente in questa disciplina.

Per me il riordino è sempre stato sinonimo di pulizie domestiche e noie casalinghe da sbrigare, penso che per la maggioranza delle persone che conosco sia la stessa cosa. Un giorno dopo svariati tentativi falliti di mettere ordine in una casa dove abito con tre figli, un marito ed un cane ho trovato il libro di cui vorrei parlarvi.

Il magico potere del riordino non è solo un manuale per riordinare la casa ma ti farà capire alcuni aspetti del tuo carattere a te sconosciuti o comunque negati.

Quando leggerai le pagine di questo «metodo» ti rispecchierai nelle piccole manie e ossessioni che ogni

giorno ci accompagnano, alcune ti sembreranno assurde e impossibili (bene, significa che ancora c'è speranza di migliorarsi) eppure piano, piano, nella mente prenderanno forma alcune ipotesi e idee di come potresti riorganizzare non solo la tua casa ma la tua vita. Infatti riordinare non significa semplicemente riporre gli oggetti, c'è molto di più, significa riorganizzare la propria mente, i propri sentimenti quindi mettersi in gioco e affrontare il presente con le sue sfide e lasciarsi alle spalle il passato.

Crede che per ognuno di noi arrivi nella vita il momento di riorganizzarsi, questo potrebbe accadere dopo un cambiamento di lavoro, un lutto improvviso o una malattia, un amore finito; vi consiglio sinceramente di leggerlo, io oltre a leggerlo l'ho anche regalato ad alcune care amiche (loro hanno messo in atto il metodo prima di me). Naturalmente anch'io con i miei tempi ho messo in atto il metodo e posso dire che funziona... e allora buona lettura e buon metodo, se poi non dovesse funzionare almeno avrete riordinato casa...

Una provinciale a New York

Maria Giovanna Guarguaglini



Che cosa si può dire, che cosa si può scrivere su New York City che non sia già stato detto o scritto? Essere banali è un rischio reale: tanti film, romanzi e serie TV la mostrano, ciascuno dal proprio punto di vista, e così chi visita la città per la prima volta ha l'impressione di esserci già stato. E poi è tutto vero: i taxi gialli si fermano alzando un braccio, almeno a Manhattan, i grattacieli sono fitti fitti e da vicino non li puoi vedere tutti e devi alzare gli occhi su su fino al cielo, il gioco di riflessi sulle superfici a specchio confonde, i mega schermi animati e colorati distraggono, mentre i passanti hanno sempre fretta e camminano veloci e il traffico è tentacolare. Anche Times Square e il Rockefeller Centre sono proprio quelli che abbiamo imparato a riconoscere nei telegiornali, con la pista di pattinaggio, le vetrine di lusso, le quotazioni di borsa (e molto altro) che scorrono incessantemente sui palazzi. Una passeggiata basta per accorgersi delle relazioni tra gli edifici e gli spazi, e questo, almeno, non si distingue bene nei film o in TV. Accanto ai grattacieli ci sono case più piccole e talvolta malmesse, le scale antincendio sono tutte diverse, qua e là ap-

paiono angoli verdi curatissimi e del tutto inaspettati e tra la gente frettolosa c'è qualcuno che si accorge che stai perdendo la sciarpa e ti avvisa (scarf è una delle parole di inglese che conosco).

Tutti sanno che girare a piedi a New York, a Manhattan almeno, è facile quando hai imparato le rigide regole della numerazione di Street e Avenue, ma le distrazioni sono tante e si può scegliere di perdersi piacevolmente se il tempo a disposizione è tanto. Io avevo a disposizione pochi giorni e volevo impiegarli bene così mi sono goduta i giri in pulmann per Manhattan e negli altri quartieri della città. Ho ammirato il Village con le sue strade divenute famose anche per *Sex and the City*, poi Little Italy che ormai è diventata una Chinatown, tanto che le banche americane lì presenti hanno insegne in cinese e i lampioni hanno cupole rosse fatte a pagoda. Mi hanno incuriosito a Soho gli edifici con decorazioni e colonne di ghisa, mi hanno ricordato Follonica! Ho visto le belle case di Harlem, con le caratteristiche scale che portano all'ingresso, già decorate, a metà ottobre, per la festa di Halloween. E poi il Bronx, ormai diventato un quartiere sicuro come gli altri, e Brooklyn con il suo ponte inconfondibile, grazie alla «gomma del ponte», almeno per quelli di una certa età. Come si può dimenticare, quando si ha una certa età, la famosa gomma del ponte? Nel Queens, nella zona di Astoria che è detta anche *Piccola Grecia* per i molti abitanti di origine greca, mi hanno colpito le piccole case in stile inglese circondate da prati. Sono molto costose e spesso chi le compra va ad abitare nel seminterrato e affitta i piani superiori per pagare il mutuo.

A Long Island, accanto ai vecchi moli, ho ammirato in tutto il suo splendore lo skyline di Manhattan.

La guida, una simpatica signora italiana che vive a New York da oltre sedici anni, ci ha mostrato diversi «luoghi di culto» come lo stadio degli Yankees, la scalinata del Palazzo di Giustizia dove sono intervistati gli avvocati delle serie poliziesche tipo *Law and Order* e, da lontano, il campanile di Hoboken, una cittadina del New Jersey, ma molto vicino a NY, famosa perché lì vive Buddy Valastro, il *Boss delle Torte*. A proposito di cibo è stata piacevole la sosta nella zona del mercato italiano nel quartiere di Bronx, piena di negozi che mi hanno riportato indietro nel tempo fino agli anni Sessanta: c'erano i fruttivendoli, i macellai, le pescherie, le mesticherie, negozi che ho visto solo lì e non ho mai incontrato a Manhattan. La guida ci





ha detto che soltanto in quel mercato trova, per Pasqua, le tradizionali uova di cioccolato.

Durante il giro dei quartieri, in gergo il Triboro, siamo passati da Williamsbourg, il luogo in cui vivono gli ebrei ortodossi di New York che sono più di un milione e commerciano in gioielli e pietre preziose. Appare come un mondo a sé con gli uomini che in ogni stagione indossano il soprabito nero, il cappello e hanno i riccioli alle tempie. Ho visto tanti bambini, le famiglie hanno anche dieci o dodici figli, e le mamme portano la parrucca. È tradizione infatti che le mogli si taglino i capelli cortissimi e li coprano con una parrucca quando vanno fuori casa. Conoscevo questa tradizione dai romanzi dei fratelli Singer ma pensavo che fosse stata abbandonata; mi ha stupito perciò vedere che è tuttora seguita in una città del futuro come è New York.

Affacciato sul Central Park, spicca, fra luoghi di culto, il Dakota Building, dove abitava John Lennon, che proprio lì, davanti al portone di casa, è stato ucciso da un fan nel 1980.

Di fronte a questo edificio un ingresso del parco conduce al giardino Strawberry Field, realizzato proprio in onore di Lennon grazie a donazioni provenienti da tutto il mondo. Il luogo più visitato di questo giardino è il mosaico *Imagine*, donato da un mosaicista di Pompei che ha voluto restare anonimo.

Il Central Park è una città nella città ed è gestito da un potente comitato che stabilisce le regole del parco, rispettate da tutti, cura la manutenzione, piuttosto onerosa, e amministra le risorse, per lo più donazioni. Nel Central Park non ci si perde: sui lampioni è dipinto un codice numerico che fa capire in quale zona ci si trova.

Tutti quei grattacieli slanciati verso il cielo mi hanno ricordato le riunioni di condominio, gigantesche, che ogni tanto si dovranno pur tenere. «Ma dove?» ho chiesto alla guida. Mi ha risposto che in ogni edificio c'è un board, un comitato, eletto tra i condomini, che

si riunisce ogni mese e decide come risolvere i problemi del palazzo. Nei condomini di alto livello si selezionano anche gli aspiranti proprietari: pare che Madonna sia stata rifiutata nel Dakota Building. Far parte del board è un ruolo ambito, anche se è impegnativo, e il lavoro svolto è del tutto gratuito.

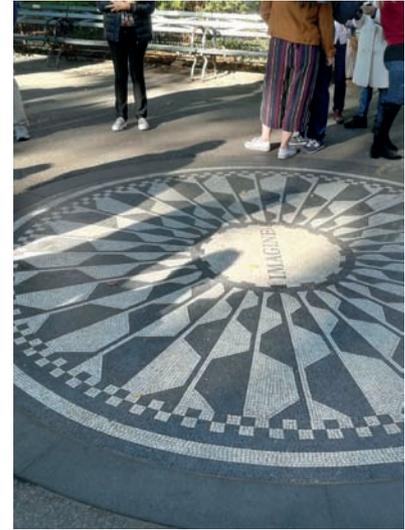
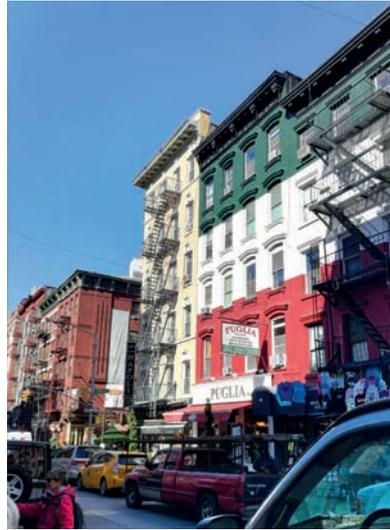
Mi sono chiesta anche, ingenuamente, se la presenza di tutte quelle scale antincendio non favorisse i ladri: mi è stato ricordato che in America si può sparare, e si spara, contro chiunque si introduca in casa propria mettendo in pericolo la famiglia e la proprietà: si dice infatti che a New York, come ovunque del resto negli Stati Uniti, è più facile comprare un'arma che una bottiglia di alcolici. Non so quanto sia vero, comunque anche se non tutti tengono in casa una pistola tutti hanno almeno una mazza da baseball!

I bambini americani imparano a giocare a baseball fin da piccolissimi, è uno sport popolarissimo anche perché i biglietti per le partite hanno prezzi contenuti, una decina di dollari a fronte dei centocinquanta dollari necessari per assistere a una partita di tennis di un certo rilievo. Proprio come si vede nei film lo stadio è anche un centro commerciale con ristoranti e intrattenimenti: le partite sono lunghissime con varie soste. Se piove la partita viene sospesa e ripresa più volte.

A bordo del campo dello Yankee Stadium campeggia una scritta: *A volte si vince, a volte si perde, a volte piove.*

Durante le partite i sostenitori delle squadre avversarie sono ben riconoscibili dall'abbigliamento ma non c'è nessuna separazione nei posti sulle gradinate. Vanno tutti d'accordo e non si scambiano insulti feroci ma battute spiritose e politicamente corrette. Il nostro calcio non è molto diffuso e lo giocano per lo più le bambine e le ragazze. La nazionale americana femminile di calcio è stata più volte campione del mondo.

Mi ha un po' deluso il distretto finanziario, Wall Street per intenderci, perché le strade sono strette e ai



piani più bassi dei grattacieli il sole non arriva mai. Che tristezza!

In questa zona c'è una statua famosa in bronzo, un toro scalpitante donata alla città nel 1989. L'autore, uno scultore italo-americano, l'ha installata senza chiedere nessuna autorizzazione come omaggio all'aggressivo ottimismo della borsa. La statua è sempre circondata da turisti che toccano il toro nelle zone «portafortuna».

Questa statua è così popolare in tutto il mondo che una web-cam trasmette il toro costantemente in diretta, basta cercare Charging Bull su Google e si trovano le immagini. Davanti al possente quadrupede è stata collocata, nel 2017, un'altra statua in bronzo, molto più piccola, che rappresenta una ragazzina. La ragazzina senza paura (Fearless Girl) sembra sfidare il toro. Tralasciando tutte le polemiche suscitate da questa coppia di statue mi è parso evidente che il luogo in cui sono collocate è pericoloso per i turisti che rischiano, per farsi una foto, di essere travolti dalle auto di passaggio.

In una delle passeggiate con la guida ci siamo fermati davanti al maestoso edificio del Metropolitan Theater, in breve MET, e nell'atrio, sullo schermo accanto alle biglietterie stavano trasmettendo L'Aida, andata in scena ai primi di ottobre proprio lì, con uno sfarzoso allestimento. L'ho riconosciuta subito perché l'avevo vista al cinema, trasmessa in diretta dal MET! Molto vicino al MET ha sede la Juilliard, prestigiosa scuola di arti, musica e spettacolo che conoscevo di nome da tanti romanzi (ultimo «Gli scoiattoli del Central Park sono tristi il lunedì»). Essere ammessi alla Juilliard è difficilissimo, la selezione è feroce e la scuola è estremamente impegnativa, ma chi si forma qui è destinato, di solito, a una luminosa carriera. Mi ha incuriosito una grande scalinata che fronteggia la parete vetrata della sala danza: è stata costruita appositamente per invitare i passanti ad assistere alle lezioni. Gli allievi saranno artisti, si esibiranno, e devono abituarsi da subito a ogni tipo di pubblico.

A New York non può mancare il momento shop-

ping: per me è stato il Macy's, il più antico «Department Store» della città, e il più grande degli Stati Uniti, aperto nella seconda metà dell'Ottocento. Ci sono ancora alcune delle scale mobili originali, in legno lucido, piccoli capolavori di ebanisteria. Dai tombini stradali escono spesso sbuffi di vapore, persistenti, talvolta incanalati in grossi tubi alti. Ho chiesto informazioni e ho saputo che sono gli sfiati delle condutture di acqua calda che servono tutti gli edifici della città. Non ci sono caldaie nei palazzi perché ai termosifoni e ai rubinetti arriva acqua calda, molto calda, prodotta altrove. In questo modo nell'aria di New York non c'è l'inquinamento dovuto agli impianti di riscaldamento, inquinamento che è solo spostato e non eliminato, perché rimane, appunto, altrove...

È stata davvero toccante la visita a Ground Zero. Nell'area occupata dalle Torri Gemelle abbattute nel 2001, sono state costruite, proprio nello spazio delle fondamenta, due fontane gemelle, con l'acqua che scorre. L'acqua simboleggia la vita che continua e sulla balaustra che circonda la fontana sono incisi i nomi delle vittime. Nessuno si appoggia alla balaustra. Se un turista distratto si avvicina troppo viene immediatamente e giustamente richiamato a gran voce dai poliziotti.

Per i musei, a New York, si deve scegliere. E non solo quali musei visitare ma anche che cosa vedere nel museo scelto. Ho iniziato dal Guggenheim e ho ammirato l'edificio così particolare che fece scandalo all'inaugurazione, negli anni '50 del secolo scorso: non a tutti piacquero quelle curve a spirale che guidano il visitatore attraverso le opere esposte. Si disse addirittura che le signore soffrivano il mal di mare salendo quella particolare «scalinata»! Non solo non è così, ma quelle ampie volute esaltano le opere proposte (sono tutte mostre temporanee) e io goduto dei colori e delle forme astratte create, anni prima di Kandisky, Malevich e Mondrian, da un'artista svedese, Hilma af Klint.

Ho trovato molto interessante anche lo shop del museo che offre oggetti e piccoli gioielli ispirati alle

opere che sono, o sono state, esposte al Guggenheim.

Subito dopo ho affrontato il Metropolitan Museum of Art e lì scegliere è stato difficile davvero. Prima uno sguardo all'arte antica proveniente da tutto il mondo, poi l'ala dell'arte americana e infine una fontana di Tiffany e altri mosaici di vetro, non dipinto ma colorato in pasta, davvero spettacolari.

Dopo uno spuntino in uno dei ristoranti del museo e una sosta al fornitissimo shop, è stato il turno del MoMa, Museum of Modern Art, forse il più celebre.

Sono stata rapita dagli impressionisti, poi ho ammirato «Les demoiselles d'Avignon» di Picasso, «Notte stellata» di Van Gogh e «La città che sale» di Boccioni.

Ho guardato anche i più moderni, anche Pollock che non mi piace molto, e il giardino delle sculture. Non sarei più uscita se non fosse stato per divertirmi allo shop, tra ottime riproduzioni di opere d'arte, oggetti di design e gadget interessanti.

Amo visitare i musei e anche i loro shop. Non penso che siano fuori luogo e che sminuiscano le opere d'arte esposte, anzi il contrario. Trovo positivo che diventi oggetto di uso quotidiano un gadget che riporta un particolare di un'opera d'arte. Il bello resta bello anche riprodotto. Tutte le volte che visito il nostro museo di San Matteo a Pisa ammiro le sue meraviglie ma soffro per la mancanza dello shop.

Ha un nome simile al MoMa, MoMath, il museo dedicato alla matematica che ho visitato con molta curiosità. Ho provato alcune attrazioni, veri e propri esperimenti scientifici, ma soprattutto mi sono cimentata con il triciclo a ruote quadrate (qualche anno fa un triciclo cosiffatto è stato proposto nella prova di maturità scientifica). Vedevo sfrecciare bambini e ragazze sulla pista circolare dal pavimento sagomato ad hoc ma io... niente. Non sono riuscita nemmeno a muovere i pedali. Un po' delusa mi sono consolata nell'immane shop: ho acquistato dei piccoli saponi colorati a forma di Pi greco.

Vicino al MoMath c'è un edificio curioso, ben noto ai fan dell'Uomo Ragno. Nel film «Spider Man», del

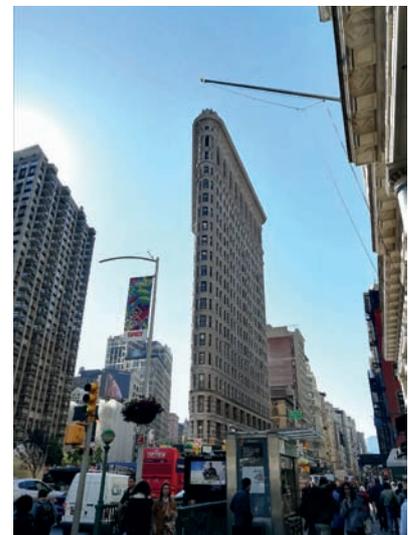


2002, la sede del giornale in cui lavora Peter Parker alias Uomo Ragno si trova proprio in questo palazzo che è conosciuto come Flatiron, ferro da stiro. Ha una forma triangolare puntuta, con l'angolo acuto che è di 25 gradi appena. È stato costruito così, agli inizi del Novecento, per adattarsi a un lotto di terreno difficile. Mi sarebbe piaciuto visitare le stanze della punta di questo palazzo, di ventidue piani, che resiste dal 1902 nonostante lo scetticismo che accompagnò la sua costruzione, davvero ardua.

I parcheggi a Manhattan hanno costi altissimi. Ho visto un'insegna che pubblicizzava come conveniente il prezzo di 45 dollari per un'ora di sosta, più naturalmente le tasse e forse anche la mancia, che è obbligatoria dappertutto.

Mi ha allegrato osservare i cartelli che avvertivano della presenza di lavori stradali perché, quasi sempre, c'era scritto «Men and Women at Work», mentre mi ha rattristato vedere per strada tanti homeless, anche giovani, che chiedevano l'elemosina tra l'indifferenza dei passanti.

Amo le biblioteche e ho visitato con piacere la New York Public Library, dalla inconfondibile facciata neoclassica con i due leoni ai lati (Patience and Fortitudo),





apparsa in tanti film, come *Colazione da Tiffany* e il primo *Ghostbuster*. Il maestoso edificio della biblioteca confina con un delizioso giardino, il Bryant Park, un'oasi verde e fiorita che ha un angolo dedicato a Nikola Tesla, l'ingegnere croato che dà il nome all'unità di misura del campo magnetico. Considerato da molti un genio (incompreso) dell'elettromagnetismo gli si attribuiscono molte invenzioni ed è circondato da un alone di mistero. Negli ultimi anni della sua vita visse in un hotel vicinissimo al Bryant Park ed era solito dar da mangiare ai piccioni sempre nello stesso posto indicato, oggi, da un cartello stradale «Nikola Tesla Corner».

Una sera abbiamo preso il traghetto per il quartiere Staten Island e la guida ci informava con soddisfazione che le corse di quel mezzo, integrate con il servizio della metropolitana, sono molto frequenti, di giorno e di notte, anche nei giorni festivi e non sono mai sospese. Così mentre ammiravo (ben coperta per ripararmi dal vento freddo) lo skyline notturno di Manhattan, la statua della Libertà e i celebri ponti tutti illuminati pensavo ai poveretti che per lavoro prendono in ogni stagione, ogni giorno e a ogni ora quel traghetto.

Durante il giro di Staten Island abbiamo visto la casetta, oggi museo, di Antonio Meucci (l'inventore del telefono) che ospitò anche Giuseppe Garibaldi intorno al 1852. Meucci all'epoca aveva una fabbrica di candele e Garibaldi era un suo collaboratore. L'ho chiamata casetta perché è proprio una piccola costruzione, circondata da un grande prato dove, ci ha assicurato la guida, in primavera si vedono tante lucciole. Di ritorno da Staten Island il pullman ha percorso il ponte di Verrazzano, che è aperto ai pedoni solo un giorno dell'anno: la prima domenica di novembre, per la famosa Maratona di New York. I cartelli stradali

indicano il nome sbagliato Verrazano con una sola zeta. Lo stato di New York ha deciso nel giugno 2018, dopo tante discussioni e l'intervento di personaggi famosi come Robert De Niro, di correggere il nome sui cartelli stradali ma non solo, anche nei siti web e a quant'altro sia collegato al ponte. Ci ha detto la guida che l'operazione sarà complicata e molto costosa, quasi due milioni di dollari.

Un'altro *must* di New York è la High Line, un parco inaugurato nel 2009, ottenuto dalla trasformazione di una linea ferroviaria per merci sopraelevata, dismessa. Ha funzionato dal 1934 al 1980 e una volta abbandonata doveva essere demolita, con grande spesa. È stato più conveniente realizzare sulla ferrovia, ci sono ancora le rotaie a tratti, una passeggiata verde che offre un punto di vista insolito sui grattacieli e sulle opere d'arte moderna sapientemente inserite qua e là. Ne ho percorso un tratto e sono arrivata al Chelsea Market, un piacevole centro commerciale che ri-usa lo spazio lasciato libero da una fabbrica di biscotti, la Nabisco (National Biscuit Company), proprio quella degli Oreo. In uno dei ristoranti del Chelsea Market ho potuto assaggiare il *pastrami*, un piatto di carne molto cotta e molto saporita che mi aveva incuriosito perché in tanti telefilm, soprattutto polizieschi, avevo spesso sentito al momento di ordinare il pranzo «per me un sandwich al pastrami» e da tempo volevo assaggiarlo! I locali dove si somministra cibo sono controllati spesso dall'equivalente delle nostre ASL e quelli che rispettano tutti gli standard di igiene possono, e devono, esibire un cartello, formato A4, con una grande A stampata sopra. Questo cartello è messo ben in evidenza sulla vetrina del locale. I locali che hanno qualche «pecca» sono classificati con una B ma questo cartello non è messo per niente in evidenza. Ho evitato



di entrare nei locali che dopo l'ispezione hanno meritato la lettera C. Dopo la C non ci sono altre lettere perché il locale viene chiuso!

Naturalmente sono salita sull'Empire State Building e ho condiviso il rumoroso entusiasmo di un bambino, avrà avuto tre anni appena, che gridava di gioia ad ognuna delle vedute inquadrare dai finestroni. Per caso ho indovinato il momento migliore, un tramonto infuocato! Non sapevo che nel 1945 alcuni piani dell'Empire furono danneggiati da una collisione aerea.

Non sono salita invece sulla statua della libertà, l'ho vista solo da lontano, ma non lo rimpiango. L'ultimo giorno del viaggio una della guide ci ha spiegato che dopo aver scalato 357 gradini (i numeri tre, cinque e sette hanno un significato preciso nel mondo massonico e Garibaldi ha avuto la sua parte in questo) ci si trova in un ambiente molto piccolo e guardando dalle finestrelle, i rettangoli sotto la corona della statua, la vista non è proprio panoramica: il paesaggio è dominato dall'edificio dell'Ikea di Brooklyn.

Andiamo al cinema

Liana Martinelli

Un affare di famiglia

Film di Hirozoku Kore-Eda

Palma d'oro al Festival di Cannes 2018



È un film bellissimo e coinvolgente, complesso nella sua apparente semplicità, un film che offre varie chiavi di lettura e per questo mi ha riportato alla mente Akira Kurosawa.

Viene presentato un Giappone diverso da quello ipermoderno e ricco che di solito immaginiamo. Questo è un Giappone dei poveri, dei diseredati, dei maltrattati.

Il film ruota attorno ad una famiglia composta da una nonna, due figlie adulte di cui la maggiore, Nabuyo, è sposata con Osamu, e da un bambino, Shoto, che è stato trovato piccolissimo chiuso in una macchina parcheggiata davanti ad una sala giochi. A questi si aggiunge quasi subito una bambina, Juri, trovata da Osamu all'angolo della via, tutta infreddolita ed affamata e accolta in casa con affetto come se questo fosse la cosa più naturale del mondo. Tutti, la nonna per prima, capiscono che la bimba è stata maltrattata perché sulle braccia le trovano segni di bruciate e di percosse.

Vivono della pensione della nonna, del lavoro precario degli adulti, di piccoli furti e abitano alla periferia di Tokyo in una vecchia e povera casa circondata da alti condomini, quasi a sottolineare la loro marginalità rispetto ad una società ricca e tecnologica. Questa casa tuttavia è un rifugio, un luogo dove trovarsi uniti e in armonia.

È un film poetico, delicato, tenero, positivo malgrado tutto, un inno alla famiglia intesa come spazio degli affetti, dove la mamma è quella che non ti picchia, ma ti coccola e ti accarezza indipendentemente dall'averti partorito, dove non si è mai soli, anche quando si muore. La «nonna non è morta sola» commenta Nabuyo quando scoprono che la nonna è mor-

ta nel sonno. Tuttavia è un film che non indulge a sentimentalismi, asciutto nel linguaggio, con piccoli dettagli che lo rendono profondamente umano e strappano un sorriso. Per esempio, quando la bimba bagna il letto la prima sera che viene accolta nella casa, non viene sgridata, nessuno si turba perché è un fatto normale, può accadere e c'è sempre il rimedio di leccare il sale sul palmo della mano prima di andare a dormire. E poi c'è il bimbo che compie con le dita gesti «rituali» prima di ogni furtarello, per esorcizzare la paura di essere scoperto o per assicurarsi un esito positivo? La giornata al mare è una parentesi di felicità dove si canta, si salta, si fa il bagno, si gioca insieme. Qui Shoto scopre le prime pulsioni erotiche guardando la «sorella» maggiore in bikini, ma non c'è motivo di sentirsi in colpa o sbagliati, è tutto normale, lo rassicura Osamu. E c'è tanta tenerezza nella figlia più giovane che, pur facendo la ragazza vetrina, alla sera poggia il capo sulle ginocchia della nonna in un gesto d'amore nel quale possiamo riconoscerci.

Poi questo mondo, questa famiglia, guardata con indulgenza perché in tutti i componenti c'è una profonda umanità, che è l'essenza della vita, si disgrega. La legalità irrompe ad accampare i propri diritti, a rimettere in ordine le cose. Shoto viene mandato in una comunità, Yuri viene riportata ai suoi genitori, alla famiglia legale, malgrado la famiglia che Yuri designa all'assistente sociale sia quella che la tiene per mano al mare. E così Nabuyo deve scontare alcuni anni di prigione per non avere denunciata la morte della nonna, averla sepolta nel giardino di casa e avere «rapito» Shoto e Yuri.

Questi bambini sono stati presi e accuditi con profondo amore per salvarli da famiglie che non li

amavano, non li volevano o anche per soddisfare in un qualche modo il desiderio di maternità altrimenti inappagato? Questo è il dubbio che il regista alla fine ci lascia, insieme al fatto che non sempre la legalità porta a scelte «giuste».

Il film pur nella sua conclusione amara mi pare che lasci uno spiraglio di speranza che quanto di positivo e di buono la famiglia degli affetti ha lasciato in Yuri e Shoto li aiuterà a sopportare e a trovare in sé le difese per continuare a vivere soli in una società ipocrita dove contano soprattutto le leggi dell'economia finanziaria e dell'apparire.



I sapori della tradizione

Mousse cioccolatosa all'aquafaba

Tiziana Centonze



38

Ingredienti

150 g cioccolato fondente
100 g liquido non salato di cottura ceci (aquafaba)
30 g zucchero di canna
½ cucchiaino di aceto di mele

Esecuzione: sciogliere il cioccolato a bagnomaria. Aggiungere all'aquafaba (meglio fredda) l'aceto e con l'aiuto di una frusta elettrica montare a neve ferma. Unire lo zucchero e continuare a mescolare. Unire delicatamente il tutto al cioccolato fuso. Adagiare la mousse in coppette e refrigerare almeno mezza giornata in frigo.

L'aquafaba è il sostituto dell'albume (proteine animali), utile anche per chi ha intolleranze o allergie alle uova. Il liquido di cottura dei ceci (o dei fagioli) è ricca di amminoacidi come Lisina, Saponina e di proteine; si consiglia di usare Aquafaba di legumi confezionati dove c'è un giusto equilibrio tra le varie componenti che garantiscono la montatura (proprietà emulsionanti e schiumogene). Meglio usare il liquido freddo, limone o aceto si usano per neutralizzare il sapore dei legumi. Valori nutrizionali dell'aquafaba: calorie 5; grassi tot 0; colesterolo 0; carboidrati 0 di cui zuccheri semplici 0.

Il cioccolato è un alimento unico per le sue caratteristiche, con un persistente gusto olfattivo e punte di amaro in base alla percentuale di cacao. Proprio in base a questo si sceglie un vino dolce, altrimenti

anche un meraviglioso vino rosso ci apparirà poco piacevole.

Ottimo accostamento:

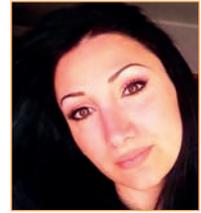
- Vin Santo Montepulciano Occhio di Pernice» prodotto DOC di Siena, color ambrato-topazio, intenso profumo di frutta matura, ampio retrogusto dolce. Sangiovese per oltre il 50 %.
- «Marsala Superiore Riserva» color ambrato, il palato si colma di frutta secca, spezie e salsedine. Persistente, vellutato, strutturato. Matura per oltre 10 anni in fusti di rovere. Vitigno Grillo e Inzolia.





... comunque belle

Gohar Sargsyan



Questa volta vi voglio parlare di un frutto un po' particolare... l'avocado! L'avocado oltre ad essere un ottimo cibo è anche un ingrediente perfetto per prendersi cura in maniera naturale della nostra bellezza, nello specifico della pelle e dei capelli.

L'avocado ha la capacità di rallentare il processo di invecchiamento delle cellule, di rendere il nostro viso più splendente e giovanile, luminoso e idratato.

Contiene moltissime vitamine, in particolare la vitamina A, C, D, E, K e tutte quelle appartenenti al gruppo B, contiene anche sali minerali, quali per esempio il calcio, il magnesio, il fosforo ed il potassio.

Ecco qualche ricetta di maschere per il viso, molto semplici ma efficaci.

1. Avocado e miele

Idratante e illuminante

Prendere 1/4 di polpa di avocado maturo, aggiungere 1 cucchiaino di miele e mezzo di succo di limone fresco. Applicare sul viso per 10-15 minuti e lavare poi con acqua calda.

2. Avocado e yogurt

Purificante e idratante

Prendere 1/4 di polpa di avocado maturo e aggiungere un cucchiaino di yogurt intero se la pelle è secca, magro se la pelle è grassa. Applicare sul viso per 10-15 minuti e lavare poi con acqua calda.

3. Avocado e farina di avena

Lenitivo ed emolliente

Mischiare 1 cucchiaino di farina di avena con 1/4 di polpa di avocado. Tenere sul viso 10-15 minuti e lavare con acqua tiepida.



4. Avocado uova e limone

Astringente, ma la pelle rimane morbida e idratata

Unire 1/4 di polpa di avocado ad un tuorlo dell'uovo e a mezzo cucchiaino di succo di limone fresco. Mescolare bene tutti ingredienti e spalmare sul viso per 10-15 minuti, lavare con acqua calda.

Se non avete il tempo per preparare la maschera va bene anche solo la polpa di avocado. Spalmarla sul viso e tenerla 10-15 minuti, lavarsi poi con acqua tiepida.

5. Maschera per i capelli secchi

Prendere la polpa di 1/2 avocado, aggiungere 3 cucchiaini di olio di cocco e spalmare sui capelli, massaggiare bene e tenere in posa almeno 30 minuti. Lavare con acqua calda e shampo.



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/>

Con il patrocinio
del Comune di Pisa



Con il patrocinio di



Un ringraziamento a tutti coloro che hanno partecipato e contribuito al successo di
MAKE A CHANGE 6 LUGLIO 2018:

GIUSEPPE GOLASSO
Calzaturificio
O&C

A.L.B.A. S.R.L.
matilda

la fenice
Patrizia Santoro
Riccardo de Michele

TRE ZETA
Poliworld

Terme di Montecatini
Sorgente Naturale di Sarnano

broma
CALZATURIFICO

LAMONTI CUOIO
TRATTAZIONE DEL CUOIO ARTISTO



Fussera

CARISMA

Sior
Fantasy

BOLETTIFICIO IL VELIERO

CALZATURIFICO FALCO
di Danilo Bonocelli & C. s.a.s.

C&P

L.P. trading

vamas

VIBERTITALIA

I fiori di Alice

LOTTI

danimarc

TACCHIFICIO PIENNE

RCE
treccificio

WIND Simone Fiaschi
PRODUCTION

BAGNI DI PISA
TUSCANT

CALZ. FARIDA



dianora allegri

PELLEMODA

REFRAIN
Organizzazione Servizi Tecnici, Pisci e Spazio

