



Sassi e piume

Rivista di informazione senologica
n. 8/2023

Direttore responsabile
Tommaso Strambi

Redazione
Olimpia Ronga

Edizioni ETS s.r.l.
Palazzo Roncioni
Lungarno Mediceo, 16
I-56127 Pisa
Tel. 050/29544
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 2023

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

Sommario

- 3 Editoriale (*Edna Maria Ghobert*)
- 4 Introduzione (*Luigi Cataliotti*)
- 5 Il PDTA senologico della Regione e il monitoraggio della qualità: l'impegno della Regione Toscana (*Silvia Sciamacca*)
- 7 Le mastectomie conservative. Loro ruolo nel trattamento chirurgico del tumore della mammella (*Francesco Caruso*)
- 9 Complicanze e loro gestione (*Lorenzo Orzalesi*)
- 10 La riabilitazione fisica dopo chirurgia ricostruttiva: un altro tassello fondamentale (*Carmelo Chisari, Chiara Notarstefano*)
- 12 Una buona ricostruzione inizia da una buona mastectomia (*Matteo Ghilli*)
- 14 Registro protesi (*S. Asaro, J. Monzillo*)
- 16 Consensus regionale trattamento ascella (*Matteo Ghilli, Icro Meattini*)
- 18 Esperienza e outcome nel percorso della chirurgia ricostruttiva: la voce delle pazienti toscane (*Francesca Ferrè, Riccardo Novaro*)
- 20 La solitudine della paziente in epoca Covid (*Olivia Stanzani, Francesca Grandi*)
- 23 L'impatto psicologico della mastectomia (*Valeria Camilleri, Teresa Vigilante*)
- 25 Il Dragon Boat a Pisa
- 26 Il coraggio di testimoniare la propria esperienza (*Francesca Falleni*)
- 26 Il fascino di Istanbul (*Giovanna Guarguaglini*)
- 30 Letto per voi (*Olimpia Ronga*)
- 30 Andiamo al cinema (*Giovanna Guarguaglini*)
- 31 Uno chef stellato cucina per noi. Vellutata di zucca (*Silvia Cardelli*)
- 31 ... comunque belle (*Gohar Sargsyan*)
- 32 [http://la vostra posta](#)

In copertina:
Pablo Picasso, *Ragazza davanti allo specchio* (1932).

Vuoi unirti a noi?

Ecco i nostri riferimenti:

Associazione Senologica Internazionale
Via Roma, 67 I-56126 Pisa
Ospedale S. Chiara, Centro Clinico Senologico, 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 dopo le 10 a.m. al numero 050 993545
- visitare il nostro sito: **www.asi-pisa.it** o la nostra pagina facebook
- 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



Editoriale

Edna Maria Ghobert

Presidente ASI



Questo numero di Sassi e Piume esce accompagnato da una grande emozione e tristezza da parte mia perché non avrà l'articolo della nostra Liana che ci ha lasciate in modo drammatico e devastante.

La sua forza, il suo carattere impavido, il suo coraggio l'hanno tutelata nell'affrontare i vari problemi di salute che, senza mai risparmiarla, le si sono presentati e che è sempre riuscita a vincere con la caparbietà delle donne forti.

La sua forza e la sua voglia di vivere però, non hanno potuto proteggerla dall'incidente che l'ha vista investita in una piovosa sera dello scorso novembre e che ha lasciato tutte noi incredule e devastate.

Mi manchi tanto Liana, mi mancano le nostre chiacchierate, i nostri confronti, le divergenze che si appianavano, mi mancano anche tutti i solleciti che non risparmiavi a nessuno, mi manca la nostra amicizia.

Chiunque inizi a leggere questa rivista, se non è una diretta interessata, sa comunque che, per una donna, affrontare la battaglia contro un cancro al seno sia un'esperienza estremamente dura e dolorosa.

Non basta essere terrorizzata per l'incertezza della propria vita e questo già sarebbe molto.

Si tratta di constatare quanto sia automatico impattarsi con una serie di emozioni molto forti e debilitanti come il senso di essere state tradite dal proprio corpo che ha deciso di immolare al cancro la sua parte più femminile.

Nessuno, infatti, può non convenire sul fatto che il seno sia perlopiù visto come una parte del corpo legata alla bellezza, alla seduzione, all'essere donna.

Tutto si mette da parte perché dobbiamo salvarci

«la pelle», dobbiamo assicurare noi stesse e i nostri cari che la nostra vita andrà avanti anche se pensieri ed emozioni contraddittorie si rincorrono di giorno e di notte senza tregua.

Mentre tutte le nostre energie, le nostre speranze convergono sull'intervento che divora buona parte, se non tutte le nostre risorse, sembra impossibile ed inutile pensare alla ricostruzione.

La nostra volontà immediata si esaurisce con la rimozione del cancro.

Sottoporsi all'intervento, tornare a casa ci basta perché pensiamo che aver eliminato il motivo delle nostre ansie ci restituisca la serenità e tutte le nostre sicurezze.

«Siamo vive... basta così!»

Quante volte l'ho sentito dire e ricordo bene di averlo detto anche io.

Tuttavia non è proprio così proprio perché c'è un «dopo» e diventa fondamentale pensare alla ricostruzione del seno ricorrendo ad un intervento che permetterà, alla donna che ha subito un'escissione, di mettere un punto fermo alla brutta esperienza del cancro.

Per questa ragione ricostruire il seno dopo aver superato un cancro è caldamente consigliato a tutte le donne, di qualsiasi età che hanno affrontato e vinto questa battaglia perché serve soprattutto a dimenticare le sofferenze fisiche e psicologiche e ad affrontare il futuro con più coraggio e sicurezza.

Ricominciare a vivere chiudendo definitivamente la parentesi dolorosa e traumatica per riuscire ad affrontare il resto della vita in piena normalità sentendosi nuovamente «a posto» come è giusto che sia.



Introduzione

Luigi Cataliotti

Presidente APS Senonetwork Italia

Innanzitutto consentitemi un sentito ringraziamento per l'invito a introdurre questo congresso insieme a Gianni Amunni, con il quale abbiamo condiviso, con amicizia e stima reciproca, un lungo percorso, dalla nascita dell'Istituto Toscano Tumori fino ad oggi, fatto di tante iniziative, fra le quali la cura del tumore al seno ha sempre avuto un posto di rilievo.

Un ringraziamento altrettanto sentito va a Manuela Roncella, Coordinatrice della Rete Toscana dei Centri di Senologia e referente per la Toscana di Senonetwork che, con la sua grande esperienza, rappresenta per tutti gli amici e colleghi di Senonetwork, e per tutti i senologi italiani, un punto di riferimento.

Oltre 800 mila donne che vivono nel nostro paese hanno avuto un tumore al seno e ogni anno vengono diagnosticati oltre 55.000 nuovi casi. Si calcola che circa 4.000 specialisti siano coinvolti nella diagnosi, cura e riabilitazione di questa patologia.

Senonetwork, il network dei centri italiani di senologia, è una associazione no profit che promuove il trattamento della patologia della mammella in Italia in centri dedicati che rispettino i requisiti europei per garantire a tutte le donne italiane la stessa opportunità di cura ovunque esse si trovino.

Ad oggi fanno parte del network 151 centri distribuiti sul tutto il territorio nazionale (nord 58%, centro 23%, sud 18%) che rispondono ai requisiti richiesti dal Ministero della Salute.

Da circa 9 anni l'Associazione lavora assiduamente:

- promuovendo la formazione specialistica di tutti gli operatori coinvolti nel trattamento della patologia della mammella: medici, infermieri di senologia e tecnici sanitari di radiologia medica;
- adoperandosi per mantenere un rapporto costante con le istituzioni, a livello nazionale e regionale, per la creazione della Rete dei Centri di Senologia e ponendosi come interlocutore scientifico e rappresentativo delle unità di senologia italiane per il Ministero della Salute e gli Enti Istituzionali;
- sviluppando documenti scientifici e raccomandazioni di buona pratica clinica che vengono pubblicati sul sito internet o su riviste scientifiche internazionali;
- favorendo l'aggregazione dei centri, attraverso incontri mirati, sia a livello regionale che nazionale, per uniformare i comportamenti e avere protocolli comuni;
- conducendo indagini e questionari conoscitivi tra i centri del network per far emergere le criticità, le



carenze organizzative o i punti di forza dei centri di senologia italiani;

- lavorando per far sì che ogni centro possa verificare la qualità del proprio operato attraverso una raccolta dati centralizzata e sviluppando il controllo di qualità allo scopo di garantire equità, integrazione, tempestività, appropriatezza delle cure;
- consentendo alle donne affette da patologia mammaria di conoscere, nella propria regione o nel proprio territorio dove rivolgersi per risolvere al meglio il proprio problema.

La Toscana è sicuramente fra le regioni più virtuose, in quanto è stata tra le prime regioni ad attivare le unità multidisciplinari di senologia (2007-2014), ricevendo, fin da subito, l'Intesa Stato Regioni sulle Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei centri di senologia del 18/12/2014. Nel 2018 e 2019 due ulteriori delibere hanno garantito la esenzione del ticket alle donne portatrici di mutazione dei geni BRCA1 e BRCA2 e stabilito i programmi di sorveglianza periodica e nel 2020 sono state fornite le indicazioni per l'effettuazione del test genomico gratuito alle pazienti con tumore al seno.

La rete toscana ha poi creato un coordinamento per le iniziative relative ai centri di senologia, favorendo l'aggregazione e condividendo il piano diagnostico-terapeutico assistenziale (PDTA).

Sono stati organizzati incontri, sia formativi, sia con lo scopo di uniformare i comportamenti e avere protocolli comuni, esattamente come previsto da Senonetwork.

Non solo ma, come auspicato, la referente di Senonetwork per la Toscana è stata incaricata del coordinamento dei centri di senologia, garantendo quella simbiosi fra la nostra associazione e la rete toscana, fondamentale per una crescita culturale e per uno scambio di esperienze con le altre regioni italiane.



Le iniziative della rete senologica toscana hanno visto sempre una costante partecipazione delle associazioni di volontariato, coordinate da Toscana Donna, che non hanno mai fatto mancare il loro supporto.

Il passo successivo, da noi auspicato, è che la rete senologica toscana possa verificare la qualità del proprio operato con una raccolta dati centralizzata fornendo ai centri gli strumenti adeguati per farlo (database) e garantisca la presenza dei data manager come previsto dal documento «Revisione delle linee guida organizzative e delle raccomandazioni per la rete oncologica che integra l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale» della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, Le Regioni e Le Province autonome di Trento e Bolzano (59 CSR del 17.04.19).

Dal canto suo Senonetwork è disponibile a mettere a disposizione della rete toscana il software «Senonet» che consente il monitoraggio della qualità della diagnosi, del trattamento, del follow up del carcinoma mammario. La finalità del *Progetto Controllo di Qualità nei centri di Senologia* è di assicurare la qualità della cura dei tumori al seno in Italia e di contribuire alla realizzazione di una Datawarehouse nazionale per fini valutativi, di auditing e di produzione scientifica.

Ciascun Centro di Senologia afferente a Senonet-

work, che intende aderire a questo progetto, dovrà avere in uso presso il proprio centro un sistema codificato di raccolta dati, procedere periodicamente alla valutazione della qualità della cura sulla base di indicatori predefiniti, come raccomandato in ambito europeo, attraverso procedure di audit interno, utili anche ai fini di una certificazione di qualità. Ai centri aderenti viene richiesto di caricare i dati direttamente nella datawarehouse di Senonetwork, in forma pseudonima e secondo un tracciato predefinito. Senonetwork procederà con l'analisi dei dati e l'invio al centro di un report annuale relativo agli indicatori obbligatori definiti a livello nazionale che saranno utili al centro per discutere la loro performance durante gli audit meeting annuali al fine di migliorare la qualità della diagnosi e cura tramite le necessarie modifiche delle procedure cliniche da adottare in ciascun centro. Oltre all'analisi individuale da parte di ogni centro sulla performance annuale relativa ai dati inviati, i centri parteciperanno anche alla attività di benchmarking dei dati a livello nazionale.

Considerato l'elevato numero di casi che la datawarehouse di Senonetwork sarà in grado di raccogliere, Senonetwork proporrà ai centri di utilizzare i dati per la preparazione di pubblicazioni scientifiche selezionando via via argomenti di particolare interesse ed attualità.

Il PDTA senologico della Regione e il monitoraggio della qualità: l'impegno della Regione Toscana

Silvia Sciamacca

Responsabile di posizione organizzativa - Sistema integrato di oncologia - Regione Toscana

La L.R. 40/2005 ed in particolare l'art. 2 comma 1 lettera o) definisce il Percorso Assistenziale come «il complesso degli adempimenti finalizzati ad assicurare all'assistito in forme coordinate, integrate e programmate l'accesso informato e la fruizione appropriata e condivisa dei servizi sanitari e socio-sanitari, in relazione agli accertati bisogni di educazione alla salute, di servizi preventivi, di assistenza sociale, di diagnosi, cura e riabilitazione».

Da questa definizione si ricavano alcuni elementi fondamentali di ciò che il servizio sanitario regionale deve offrire ai propri assistiti rispetto ai bisogni di educazione alla salute, prevenzione, cura e riabilitazione:

- informazione;
- servizi sanitari e socio sanitari adeguati;
- condivisione delle scelte.

Tutto questo, in maniera coordinata, integrata e programmata.

I PDTA (Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali) sono, o almeno dovrebbero essere, lo strumento attraverso il quale si «traccia la strada» da percorrere nelle varie fasi, tenendo conto della realtà nella quale ci si muove.

Il PDTA non è né una linea guida, né un protocollo terapeutico ma, partendo da questi, deve calarli nella realtà organizzativa e indicare in maniera chiara e sequenziale gli interventi e i servizi da attivare nelle varie situazioni.

Le caratteristiche che rendono efficace un PDTA sono: la multidisciplinarietà, la condivisione, la diffusione, il monitoraggio della qualità, l'aggiornamento periodico. Ognuno di questi elementi è importante

perché il percorso sia fluido e non subisca interruzioni. L'obiettivo infatti è garantire una presa in carico che aiuti la persona ad affrontare nel modo migliore possibile tutte le fasi del percorso.

Per costruire il percorso, è necessario quindi coinvolgere tutte le figure professionali e le strutture sanitarie interessate.

Importante anche diffondere i PDTA affinché tutti siano informati della propria parte; per quanto riguarda il percorso oncologico, i PDTA dovranno essere conosciuti, oltre che dai

professionisti medici e infermieri coinvolti nel percorso, anche dagli addetti ai CUP e agli AIUTO Point in maniera che possano indirizzare correttamente i pazienti e le famiglie, per quanto di loro competenza.

Un aspetto molto importante all'interno di un PDTA è la definizione di un sistema di verifica, attraverso l'individuazione di indicatori sia di processo, sia di esito che permettano di valutare periodicamente l'adesione alle indicazioni e i risultati raggiunti, e monitorare gli aspetti legati alla qualità.

Si tratta di un aspetto cruciale, per il quale occorre individuare anche i possibili strumenti di misurazione dei dati necessari per definire gli indicatori.

Nel caso si riscontrassero scostamenti fra le indicazioni del PDTA e la pratica clinica, si renderebbe necessario individuare adeguate strategie di implementazione, che possono comprendere la necessità di adeguare l'organizzazione da un punto di vista strutturale, organizzativo e/o tecnologico. In questi casi è utile l'adozione di un cronoprogramma che definisca le successive fasi di adeguamento.

In altri casi può essere necessario definire dei percorsi formativi e di aggiornamento professionale per il personale coinvolto, che sarà tanto più attivo e darà il proprio contributo alla fase di cambiamento, quanto più gli obiettivi saranno espliciti e condivisi.

Considerata la costante e rapida evoluzione degli aspetti sia sanitari, sia organizzativi, può essere necessario procedere periodicamente ad aggiornare i PDTA, per renderli aderenti alle mutate condizioni, ed è per questo che abbiamo già avuto fasi successive di redazione di documenti sulla prevenzione, trattamento e follow up del tumore della mammella.

A livello regionale, le prime Raccomandazioni Cliniche per i principali tumori solidi (mammario, polmonare, colon retto, ginecologico, prostata e melanoma), sono state redatte nel 2012 da gruppi di lavoro costituiti *ad hoc* su iniziativa dell'Istituto Toscano Tumori (ITT), con la partecipazione dei maggiori professionisti dei vari ambiti, e condivisi all'interno di tutta la rete oncologica regionale.



Una prima revisione delle indicazioni fornite dalle Raccomandazioni cliniche è stata operata nel 2015, mentre nel 2019, anche a seguito della riorganizzazione del sistema sanitario regionale e dell'approvazione della LR 74/2017, che trasferisce a ISPRO (Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica) le funzioni di coordinamento della rete oncologica precedentemente svolte dall'ITT, sono stati approvati i primi PDTA in ambito oncologico.

A questo scopo, sono stati costituiti all'interno degli organismi previsti dalla LR 74/2017 dei gruppi di lavoro che includessero un'ampia rappresentanza di tutte le professionalità competenti per patologia di tutte le Aziende sanitarie toscane, e all'interno di tali gruppi sono stati elaborati i documenti tecnici che definiscono i PDTA per i principali tumori solidi.

Una ulteriore revisione di alcuni PDTA oncologici è stata attuata nel 2021, sempre con il coordinamento di ISPRO. In particolare, per quanto riguarda il PDTA senologico, è stato elaborato nell'ambito della rete senologica regionale, istituita con delibera della Giunta regionale n. 268 del 2019 come articolazione all'interno della rete oncologica regionale.

Per inciso, ricordo che la Rete senologica è costituita sia da articolazioni di livello regionale (Centro di riferimento regionale per lo Screening oncologico, Centro riabilitazione oncologica (CeRiOn), Centro di ascolto oncologico) sia da articolazioni di livello territoriale, rappresentate principalmente dalle Breast Unit (per ciascuna delle quali la delibera individua le strutture di riferimento per quanto riguarda chirurgia, screening, radioterapia, chemioterapia, riabilitazione, Aiuto Point). Ulteriore riferimento per la rete senologica è costituito dalle Associazioni delle pazienti presenti nel territorio.

Il PDTA del tumore della mammella traccia un percorso complesso, comprendente vari aspetti che vanno dalla prevenzione secondaria, operata principalmente attraverso la realizzazione degli screening oncologici, alla definizione di percorsi specifici per la valutazione dell'alto rischio eredo-familiare, alle procedure diagnostiche e istopatologiche, al trattamento medico, radioterapico e/o chirurgico, alla riabilitazione e al follow up.

Oltre al trattamento del tumore in senso stretto, all'interno del percorso si rende spesso necessario affrontare problematiche sia di tipo psicologico, sia di tipo sanitario, come ad esempio le complicanze osteo-articolari, e il trattamento di sintomi da deprivazione estrogenica. È inoltre opportuno che siano

prese in considerazione le possibilità relative alla preservazione della fertilità, nonché al trattamento degli effetti collaterali delle terapie con ricorso alla medicina integrata.

Tali problematiche e aspetti particolari, che possono in alcuni casi essere oggetto di specifici PDTA, devono comunque essere tenute in considerazione nel percorso complessivo, identificando tempi e modi di informazione alla paziente ed eventuali raccordi con le strutture specifiche di supporto per questi aspetti.

Un ruolo fondamentale nell'attuazione delle indicazioni previste dai PDTA è affidato ai Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM), attualmente disciplinati dalla delibera della Giunta regionale n. 32 del 14/01/2019, e operativi presso tutte le Aziende sanitarie.

Ai GOM, inoltre, è riconosciuta una funzione di aggiornamento rispetto alle Raccomandazioni e/o Linee Guida e loro contestualizzazione attraverso la costruzione del rispettivo PDTA.

Attualmente sono in fase di avvio i lavori per una ulteriore revisione del PDTA del tumore della mammella, con l'obiettivo di renderlo sempre più uno strumento di lavoro per tutti i professionisti coinvolti, che identifichi in maniera chiara i vari passaggi

necessari per una presa in carico complessiva del paziente. Anche in questo caso, il lavoro sarà multidisciplinare e prevede di individuare alcuni indicatori per ciascuna fase del percorso, attraverso il coinvolgimento dell'Agenzia regionale di sanità e il Laboratorio Mes della scuola superiore S. Anna di Pisa.

Si conferma quindi l'impegno della Regione Toscana affinché siano garantite in maniera omogenea su tutto il territorio regionale le migliori pratiche cliniche, coniugate ad una presa in carico complessiva, garantendo il più possibile l'integrazione fra i servizi ospedalieri e territoriali e consentendo, anche grazie alle risorse offerte dal volontariato e dalle associazioni delle pazienti, una migliore gestione delle fasi più critiche del percorso oncologico, nell'ottica di perseguire una migliore qualità della vita.

Un aspetto su cui certamente si può fare di più è l'informazione sui percorsi oncologici regionali.

Alcune informazioni di massima si trovano sulle pagine dedicate all'oncologia del sito web regionale all'indirizzo <https://www.regione.toscana.it/oncologia> e sul sito web di ISPRO, partendo dalla pagina

https://www.ispro.toscana.it/rete_oncologica_toscana

dove sono disponibili e scaricabili i PDTA adottati e le loro revisioni periodiche.

Le mastectomie conservative

Loro ruolo nel trattamento chirurgico del tumore della mammella

Francesco Caruso

Direttore Dipartimento Humanitas - Istituto Clinico Catanese

Nel settembre del 1981, sulla scena della Senologia mondiale, irrompeva, con tutta la sua forza, il lavoro del gruppo milanese del Prof. Umberto Veronesi che, pubblicato su una delle più importanti riviste scientifiche Internazionali, il *New England Journal of Medicine*, acclarava definitivamente il valore dell'approccio conservativo, la quadrantectomia, quale trattamento chirurgico del tumore mammario ai primi stadi.

La mastectomia, che fino ad allora aveva costituito l'unica possibilità di cura chirurgica per la neoplasia mammaria, veniva notevolmente ridimensionata. La quadrantectomia, così, si diffondeva rapidamente ed oggi rappresenta la fetta più grossa degli interventi attuati per la cura del carcinoma della mammella; pur tuttavia, sebbene essa costituisca, nella pratica clinica, ben più del 70% dell'approccio chirurgico delle neoplasie mammarie, è pur vero che per circa il 30% queste devono necessariamente esser trattate in maniera ablativa, ovvero con



l'impiego della mastectomia.

Svariate sono le motivazioni per cui risulta necessario far ricorso alla mastectomia:

- motivazioni di tipo oncologico quali la presenza di neoplasie pluricentriche, ovvero insorte in più quadranti della mammella, od ancora la presenza di recidive o secondi tumori insorgenti in mam-

melle in precedenza trattate con chirurgia conservativa;

- motivazioni di tipo oncologico e profilattico insieme, quali l'attuazione di tali interventi in pazienti portatrici di mutazioni patogenetiche, ovvero ad alto rischio d'andare incontro, nel corso della loro vita, ad insorgenza del tumore mammario;
- motivazioni che possono esser anche di tipo anatomico, ovvero la presenza di mammelle di piccole dimensioni che, trattate in maniera conservativa, inevitabilmente condurrebbero ad un cattivo risultato estetico;
- motivazioni, infine, che possono esser anche di tipo psicologico, quale il forte rifiuto, da parte della paziente all'intervento conservativo, per una immotivata paura di un ritorno «in loco» del tumore che l'ha colpita, oltre che la non-accettazione della radioterapia, prevista sempre dopo un intervento conservativo.

Cosicché all'inizio degli anni '90, sull'onda di questa «de-escalation» chirurgica, seguendo proprio la scia della chirurgia conservativa, cominciava a farsi strada una nuova filosofia nel trattamento ablativo del carcinoma della mammella: la «mastectomia conservativa».

Il termine in sé rappresenta un ossimoro linguistico, intendendo esso sottolineare proprio il concetto della conservazione nell'ambito della mastectomia, così da consentire il risparmio di tutto quanto non risulti necessario asportare, ovvero la conservazione del mantello cutaneo, dell'areola, del capezzolo, e semplificare la fase ricostruttiva dell'intervento.

Nell'ambito della chirurgia oncoplastica della mammella, ovvero quella tipologia di chirurgia, che insieme vede utilizzati il gesto oncologico e quello plastico, possiamo distinguere una attuata nell'ambito chirurgico conservativo e l'altra impiegata nell'ambito chirurgico ablativo: la «mastectomia conservativa» per l'appunto, che include in sé una fase ablativa, la mastectomia, ed una plastica, ovvero la ricostruzione.

Esse, a seconda della tecnica chirurgica attuata, possono essere inquadrare in tre distinte metodiche:

- Mastectomia «skin sparing»
- Mastectomia «skin reducing»
- Mastectomia «nipple sparing»

La prima, la «skin sparing», prevede la conservazione di tutto il mantello cutaneo con asportazione del complesso areola capezzolo e viene attuata specie nei casi in cui la neoplasia insorga nell'ambito del tessuto mammario retrostante quest'ultimo, e pertanto quando esso risulti coinvolto dal tumore e non risparmiabile.

La seconda, la «skin reducing», prevede abitualmente l'asportazione del complesso areola-capezzolo ed in qualche caso, con delle opportune modifiche di tecnica, la sua conservazione. Il sacrificio del complesso non è in ogni caso dettato dal suo coinvolgimento oncologico, bensì dalle dimensioni della

mammella, essendo essa attuata specie in mammelle di grosso volume.

La terza, la «nipple sparing», infine, è a buon diritto, da ritenere la regina delle mastectomie conservative; per gli ottimi risultati estetici garantiti, essa risulta, infatti, la preferita sia dalla paziente, che dal Chirurgo.

Nel corso dell'ultimo ventennio, le «mastectomie conservative» sono entrate prepotentemente nella quotidiana pratica clinica del trattamento chirurgico del tumore mammario.

Robusti studi, che hanno posto a confronto queste tecniche con le mastectomie classiche, hanno dimostrato, infatti, sotto il profilo oncologico, come, sia relativamente alle recidive locali, che alle metastasi, non esistano differenze alcune fra le prime e le seconde.

La «nipple sparing», in particolare, conservando per intero il rivestimento cutaneo della ghiandola, è stata oggetto di osservazione, rappresentando infatti, da sempre, il complesso areola-capezzolo, la sede anatomica a più alto rischio di ripresa locale della malattia neoplastica.

Una recente metanalisi che ha messo insieme i risultati di 20 importanti studi effettuati fra gli anni 2006-2014, ponendo a confronto, la predetta tecnica, la mastectomia «skin sparing» e la mastectomia radicale modificata, non ha dimostrato alcuna differenza, statisticamente significativa, in termini di sopravvivenza totale, sopravvivenza libera da malattia e di ripresa locale della stessa, nelle tre differenti tecniche chirurgiche adottate.

Oggi la mastectomia «nipple sparing», vera e propria ultima frontiera nella chirurgia del tumore mammario, viene applicata con indicazioni sempre più ampie, un esempio per tutti il suo impiego nei casi in cui la neoplasia venga trattata con terapia neoadiuvante; ancora, per i migliori risultati estetici ottenuti, essa rappresenta la prima scelta nelle donne in cui l'intervento, per la presenza di mutazione patogenetica o di alto rischio familiare, venga attuato a scopo profilattico.

Per quanto concerne l'aspetto ricostruttivo va sicuramente detto che, in generale, la ricostruzione più diffusamente attuata è quella con protesi, impiegata in un unico tempo, con l'inserimento diretto della protesi, od in «two stages», ovvero con inserzione dell'espansore prima e della protesi successivamente.

Il più recente approccio ricostruttivo pre-pettorale, che prevede il semplice posizionamento della protesi, più o meno accompagnata dall'impiego di Mesh od ADM, posta in sede pre-pettorale, ovvero sottocutanea, ha sicuramente facilitato la fase ricostruttiva; ha evitato, inoltre, importanti alterazioni sul piano anatomico, quali quelle prodotte dalla tecnica ricostruttiva retropettorale, ha ridotto le algie post-operatorie in tali pazienti, oltre che migliorare, nella più parte dei casi, la resa estetica finale.



Va comunque sottolineato come in casi ben selezionati, con precise indicazioni oncologiche, anatomiche e soprattutto tecnico-chirurgiche, la ricostruzione con lembi autologhi, effettuata con tecnica microchirurgica, esempio classico, l'impiego del lembo DIEP, possa costituire una valida alternativa ricostruttiva all'utilizzo della protesi.

Andando pertanto a concludere, ritengo si possa affermare oggi come le mastectomie conservative, e

fra queste la più diffusa la «nipple sparing», attuate con un'attenta selezione oncologica ed anatomica dei casi da trattare, possano e debbano costituire la prima scelta nel trattamento chirurgico ablativo del tumore mammario in tutte quelle pazienti in cui l'intervento conservativo, per le già ben specificate motivazioni, non possa esser attuato, risultando, per gli ottimi risultati estetici raggiunti, particolarmente ben accette dalla donna che ad esse si sottopone.

Complicanze e loro gestione

Lorenzo Orzalesi

Direttore medico di chirurgia generale - Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi

In occasione del II congresso della Rete Senologica Toscana tenutosi a Cortona il 13 e 14 di Maggio 2022 oltre alla consensus sul trattamento dell'ascella, si è parlato della mastectomia e della sua ricostruzione analizzando i punti più importanti del complesso processo che va dalle indicazioni ai risultati oncologici ed estetici passando attraverso le difficoltà legate all'utilizzo di nuove tecniche e di nuovi materiali. Negli ultimi anni, la chirurgia mammaria ha subito un costante cambiamento del tipo di interventi chirurgici diminuendo progressivamente l'aggressività del trattamento guidata dal pensiero del Prof. Veronesi sostenitore del «minimo efficace» piuttosto che del «massimo sostenibile». Questo cambiamento ha interessato tutte le aree e ha portato alla possibilità della conservazione della mammella, alla diminuzione del numero di linfadenectomie ascellari in caso di linfonodi negativi attraverso la biopsia del linfonodo sentinella e negli ultimi anni dopo lo studio Z11 anche in caso di linfonodi positivi in assenza o con chemioterapia neoadiuvante. Nel dettaglio, la relazione che ho presentato ha riguardato le complicanze e loro gestione. La complicanza è un evento inaspettato che allontana la paziente dal percorso desiderato, può richiedere un intervento correttivo e a volte può residuare in un risultato inferiore a quello iniziale. Dal punto di vista del tempo di comparsa si possono suddividere in precoci e tardive; in base alle cause si identificano quelle ischemiche, le infettive, le meccaniche e altre che non rientrano nelle categorie precedenti. Tra quelle definite locali in ordine di frequenza troviamo il sanguinamento, il sieroma e la necrosi cutanea. In caso di ricostruzione protesica possiamo osservare la contrattura capsulare, la rottura dell'impianto e il linfoma a grandi cellule.

Il sanguinamento ovviamente è un rischio presente in ogni intervento chirurgico e per ridurre la sua incidenza ci deve essere una stretta collaborazione tra il chirurgo e l'anestesista che attraverso un regime pressorio consono durante tutte le fasi dell'intervento per-

mette al chirurgo di coagulare tutte le possibili fonti di sanguinamento. A questo deve essere applicata una medicazione compressiva modellante che ha il duplice scopo di diminuire il sanguinamento e di avere un risultato estetico migliore. Normalmente le varie casistiche riportano la durata della permanenza del drenaggio in caso di mastectomia e ricostruzione in un periodo di tempo che varia dai 7 ai 15 gg. La presenza di linfa oltre alla rimozione del drenaggio si verifica in frequenza minore ma implica la necessità di aspirazione sotto guida ecografica ad intervalli di tempo e in alcuni casi necessita di un intervento chirurgico di sostituzione della protesi lavaggi e nuovo drenaggio. La causa del sieroma è sconosciuta, alcuni ritengono che sia composto da linfa, altri che sia un essudato infiammatorio scatenato dalla presenza di contaminazione batterica subclinica e per questo spesso dopo l'aspirazione si inserisce attraverso l'ago aspiratore antibiotico ad ampio spettro. La necrosi cutanea dovuta ad ischemia del lembo di mastectomia necessita di un supporto di terapia iperbarica nella prima settimana postoperatoria al fine di capire e delimitare l'area veramente necrotica da quella sofferente per poi intervenire chirurgicamente e asportare la zona. In caso di ricostruzione con protesi definitiva di solito è necessario sostituirla con espansore per permettere la sutura dei lembi recentati. La rottura dell'impianto che sia espansore o della protesi necessita di un intervento chirurgico correttivo. In caso di espansore questa sarà visibile attraverso la verifica della perdita del volume mentre per la rottura della protesi l'esame da eseguire è una RM diretta anche se non vi è un alto valore predittivo. Per tutte le pazienti sottoposte ad intervento chirurgico di mastectomia e ricostruzione il rischio di complicanze aumenta in modo importante in caso di diabete, obesità, ipertensione, abitudine al fumo e di pregressa radioterapia. Indipendentemente dalla correzione, la complicanza postoperatoria produce purtroppo nella paziente una peggiore qualità della vita e una diminuzione del senso di benessere.

La riabilitazione fisica dopo chirurgia ricostruttiva: un altro tassello fondamentale

Carmelo Chisari¹, Chiara Notarstefano²

¹ *Professore Associato di Medicina Fisica e Riabilitativa - Università di Pisa*

Direttore Unità di Neuroriabilitazione - Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

² *Specializzanda presso la Scuola di Specializzazione in Medicina Fisica e Riabilitativa - Università di Pisa*

Negli ultimi decenni, il numero di interventi di chirurgia ricostruttiva dopo mastectomia è andato progressivamente aumentando. L'approccio ricostruttivo si classifica in due tipologie principali: eterologo se si avvale del posizionamento di protesi o autologo quando si utilizzano porzioni di tessuto muscolo-cutaneo prelevati dalla stessa paziente e riposizionati in regione mammaria. La ricostruzione eterologa può essere immediata con inserimento di protesi pre-pettorali contestualmente all'intervento demolitivo, oppure differito con posizionamento di espansori retro-pettorali che, dopo graduali incrementi volumetrici, vengono sostituiti con la protesi definitive nel secondo tempo chirurgico. In casi particolari, laddove la disponibilità di tessuto residuo non consenta l'inserimento di protesi, vengono offerti interventi più complessi che consistono nel prelievo di lembi di tessuto addominale o del muscolo gran dorsale (LGD). Indipendentemente dalla metodica adottata la ricostruzione ha molteplici vantaggi che vanno oltre il semplice, seppur fondamentale, miglioramento dell'aspetto estetico e dell'accettazione corporea. Infatti, numerosi studi indicano che, rispetto alla mastectomia senza ricostruzione e perfino alla chirurgia conservativa, le pazienti sottoposte a ricostruzione godono di un netto miglioramento della Qualità di Vita (QoL) legato a un più cospicuo recupero di capacità funzionali che includono i livelli di attività fisica, l'indipendenza nelle attività di vita quotidiana e la produttività lavorativa.

L'importanza della riabilitazione dopo chirurgia ricostruttiva

Gli interventi ricostruttivi si avvalgono di procedure chirurgiche invasive, che come ogni tipo di intervento chirurgico maggiore, possono essere gravate da complicanze che rischiano di compromettere il risultato chirurgico, la soddisfazione delle pazienti e il recupero funzionale nel lungo termine. Tra le complicanze più frequentemente riportate si riconoscono i deficit di forza, la rigidità e il dolore nei movimenti dell'arto superiore, le anomalie della cicatrizzazione e i vizi posturali. In questo contesto, il ruolo del team riabilitativo multidisciplinare costituito da medici fisiatra e fisioterapisti specializzati in riabilitazione onco-logica è un tassello fondamentale

nella gestione delle complicanze e nel massimizzare il risultato funzionale post-chirurgico. In campo oncologico e non, il fine ultimo di ogni intervento riabilitativo è quello di promuovere l'indipendenza e la partecipazione alla vita sociale e di relazione, consentendo alle pazienti di raggiungere il miglior livello di QoL possibile. Lo strumento indispensabile per progettare il recupero delle autonomie è il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) alla cui stesura partecipano la paziente con i suoi familiari e l'equipe multidisciplinare coordinata dal medico fisiatra responsabile. Il PRI è un vero e proprio piano personalizzato che contiene gli obiettivi e le strategie di trattamento, individuate tenendo conto dei bisogni globali della paziente, delle aspettative e soprattutto delle abilità residue e recuperabili.

Nell'ottica di ottenere i migliori risultati e per evitare l'insorgenza di alterazioni anatomiche potenzialmente irreversibili, come la perdita di forza muscolare o l'irrigidimento delle strutture articolari, i trattamenti riabilitativi devono essere iniziati precocemente. Inoltre, il dolore e la difficoltà di movimento della spalla del lato operato, se non tempestivamente trattati, possono favorire l'instaurarsi di strategie funzionali di compenso e posture anomale che nel lungo termine possono risultare dannose o controproducenti. La riabilitazione è dunque indispensabile ed efficace per trattare la disabilità post-intervento ma un obiettivo ancora più importante e ambizioso sarebbe quello di prevenire l'insorgenza delle complicanze e delle relative limitazioni funzionali. La preabilitazione è un concetto emergente in riabilitazione oncologica, definito come un processo di continuità assistenziale che si colloca tra il momento della diagnosi oncologica e l'inizio dei trattamenti oncologici attivi e che include valutazioni fisiche, psicologiche e funzionali finalizzate alla descrizione dello status funzionale di partenza e alla progettazione di interventi di prevenzione della disabilità nei pazienti oncologici.

Lo stato dell'arte della riabilitazione dopo chirurgia ricostruttiva

Nonostante il crescente riconoscimento dell'importanza degli interventi riabilitativi dopo chirurgia mammaria, sono ancora molte le domande aperte

che rendono arduo il compito della missione degli specialisti della riabilitazione. In primo luogo, ad oggi, mancano linee guida condivise a livello internazionale che indirizzino gli interventi riabilitativi nelle pazienti sottoposte a intervento ricostruttivo. In parte, questo dipende dal fatto che l'impatto delle diverse modalità ricostruttive sull'autonomia delle pazienti è tuttora insufficientemente caratterizzato. Infatti, non sono disponibili né studi che abbiano messo a confronto gli esiti funzionali delle diverse tecniche chirurgiche, né studi di valutazione delle strategie di trattamento più efficaci per massimizzare il recupero funzionale delle pazienti.

Un solo studio ha valutato, nello specifico, gli esiti funzionali della ricostruzione in due tempi con espansore retro-pettorale. È noto che il posizionamento dell'espansore al di sotto del piano del muscolo grande pettorale provoca una stiramento delle fibre muscolari con alterazione della capacità di generare forza. Pertanto, gli esiti più frequentemente riportati, specialmente a seguito delle sedute di espansione, sono il dolore in regione toracica anteriore e la riduzione di forza del muscolo pettorale. Restano, invece, ancora da chiarire da un punto di vista anatomico-funzionale i motivi della persistenza, in un numero cospicuo di pazienti, di deficit di forza anche in altri distretti del braccio, come per esempio a livello del gomito. Il recupero funzionale dopo ricostruzione immediata con protesi pre-pettorale è ancor meno caratterizzato. In linea teorica, il posizionamento della protesi nel sottocute non andrebbe a inficiare alcuna funzione muscolare. Eppure, il risultato dell'intervento può essere compromesso da sindromi dolorose croniche che hanno un forte impatto negativo sulla QoL. Un dato molto interessante emerso da una recente revisione della letteratura è che nelle pazienti protesizzate, sia retro che pre-pettorali, anche in assenza di evidenza obiettiva di deficit di forza e di capacità di movimento, esiste una proporzione significativa di pazienti che riferisce una persistente sensazione di impaccio nei movimenti che limita le attività quotidiane. Pertanto, ulteriori studi sono necessari per investigare i meccanismi alla base della disabilità, sia oggettiva che percepita, dopo ricostruzione con approccio eterologo.

Gli interventi di ricostruzione autologa con lembi di tessuto muscolo cutaneo sono, tra gli approcci ricostruttivi, quelli che spesso destano maggior preoccupazione nelle pazienti. Il recupero postoperatorio è inevitabilmente più lungo rispetto agli interventi con protesizzazione diretta in virtù del tempo di guarigione delle ferite mammarie e del sito di prelievo dell'innesto, che spesso si associano a un più lento recupero dei movimenti e a un difficile controllo del dolore post-operatorio. Fortunatamente, le evidenze scientifiche riguardo al recupero funzionale dopo ricostruzione con LGD sono piuttosto rassicuranti. In uno studio effettuato su un gruppo di oltre 100 pa-



zienti sottoposte a ricostruzione con LGD, gli autori riscontravano che solo il 30% delle pazienti presentava una limitazione dei movimenti di spalla nel primo mese post-intervento. A 12 mesi tutte le pazienti avevano recuperato completamente la funzionalità di spalla con risultati decisamente migliori rispetto a un gruppo di controllo di pazienti mastectomizzate e non ricostruite. Nel 2014, una revisione sistematica condotta su oltre 20 studi di pazienti sottoposte a ricostruzione con LGD, confermava che nella maggior parte delle pazienti, le alterazioni di forza o di articularità di spalla sono minime o assenti e questo reperto si associava ad un completo recupero dell'autonomia nelle attività di vita quotidiana. Nel lungo termine residuavano solo alcune limitazioni in attività ripetute che richiedono il mantenimento delle braccia al di sopra del capo e nelle attività sportive vigorose come ad esempio l'atletica o la pallavolo. Tali esiti possono comunque essere meritevoli di un intervento riabilitativo specifico in pazienti giovani che svolgono attività fisica a livello amatoriale o agonistico. Dunque, il messaggio da trasmettere alle pazienti in clinica è che nonostante l'invasività della procedura chirurgica, il LGD è una metodica sicura e con ottime possibilità di recupero funzionale. Una consulenza fisiatrica personalizzata preoperatoria e regolari visite postoperatorie di controllo sono indispensabili a identificare i percorsi di trattamento più utili a velocizzare il recupero e favorire il ripristino dei livelli di attività pre-intervento.

La nostra esperienza

Nella realtà operativa della riabilitazione senologica della Breast Unit di Pisa, i deficit funzionali in pazienti sottoposte a chirurgia ricostruttiva rappresentano la parte più cospicua della domanda di intervento riabilitativo. Nel corso del 2021 circa il 50% delle pazienti che afferivano al nostro centro per trattamento riabilitativo ambulatoriale, avevano eseguito un intervento ricostruttivo. In tutte e tre le modalità di ricostruzione (protesi pre-pettorale, ricostruzione in due tempi con espansore e LGD) l'indicazione più frequente per accedere ai servizi di riabilitazione era la difficoltà di movimento dell'arto

superiore, con una decisa preponderanza delle limitazioni funzionali dolorose nelle pazienti portatrici di espansore retro-pettorale. Indipendentemente dal tipo di ricostruzione, la seconda causa più comune per cui le pazienti si rivolgevano all'ambulatorio di riabilitazione erano i disturbi della postura. Le alterazioni posturali sono una tematica ancora relativamente poco esplorata in riabilitazione senologica anche se ne viene sempre più riconosciuto il forte impatto sul benessere generale delle pazienti. In conseguenza dei trattamenti oncologici e chirurgici, le donne con carcinoma della mammella possono assumere una postura di difesa con protrusione e disallineamento delle spalle, aumento della curvatura della colonna e dell'inclinazione anteriore del tronco. I disturbi posturali sono causa di contratture e dolore cronico ma anche di deterioramento delle capacità funzionali come ad esempio dell'equilibrio e del cammino. Nonostante un crescente interesse della comunità scientifica da almeno due decenni, ad oggi, molti centri riabilitativi non prevedono specifici percorsi riabilitativi posturali per le persone sottoposte a chirurgia senologica e globalmente mancano studi su protocolli valutativi e di trattamento efficaci. Nella nostra unità operativa sono stati recentemente introdotti percorsi per il riconoscimento e il trattamento precoce delle alterazioni posturali, con riscontri particolarmente favorevoli da parte delle pazienti tratta-

te. Inoltre, attualmente, il nostro impegno di ricerca scientifica si sta concentrando sull'individuazione di protocolli clinico-strumentali tecnologicamente avanzati per la valutazione delle alterazioni posturali e delle relative conseguenze funzionali.

Con l'obiettivo di implementare l'applicazione della preabilitazione nella pratica clinica, attualmente le pazienti candidate a ricostruzione con LGD presso il centro senologico di Pisa eseguono routinariamente una valutazione fisiatrica preoperatoria. Questo ci consente di fare una valutazione di eventuali limitazioni funzionali e alterazioni posturali pregresse e di intercettare precocemente le pazienti che necessitano di un trattamento riabilitativo intensivo nella fase postoperatoria. In futuro, ci proponiamo di includere nei percorsi di preabilitazione una popolazione di pazienti sempre più ampia e variegata anche dal punto di vista della procedura chirurgica.

Conclusioni

Le pazienti sottoposte a chirurgia ricostruttiva richiedono una presa in carico globale e precoce da parte di una équipe riabilitativa specializzata. Interventi riabilitativi intensivi e personalizzati sono fondamentali per contrastare un incompleto recupero funzionale e per raggiungere adeguati livelli di Qualità di Vita.

Bibliografia

- De Oliveira R.R. *et al.*, *Immediate breast reconstruction with a Latissimus dorsi flap has no detrimental effects on shoulder motion or postsurgical complications up to 1 year after surgery*, in «Plast Reconstr Surg», 2013 May, 131(5): 673e-680e. doi: 10.1097/PRS.0b013e31828659de.
- Lee K.T., *A systematic review of functional donor-site morbidity after latissimus dorsi muscle transfer*, in «Plast

Reconstr Surg», 2014 Aug, 134(2): 303-314. doi: 10.1097/PRS.0000000000000365.

Nelson *et al.*, *The functional impact of breast reconstruction: an overview and update*, in «Plast Reconstr Surg Glob Open» 2018 Mar, 6, 6(3): e1640. doi: 10.1097/GOX.0000000000001640.

Ortega C.C.F. *et al.*, *Breast Reconstruction May Improve Work Ability and Productivity After Breast Cancer Surgery*, in «Ann Plast Surg.», 2018 Oct, 81(4): 398-401. doi: 10.1097/SAP.0000000000001562.

Una buona ricostruzione inizia da una buona mastectomia

Matteo Ghilli

AOUP - Pisa

Prima di pensare ad una buona ricostruzione dobbiamo soffermarci sulle indicazioni alla mastectomia, cioè bisogna essere certi che la mastectomia sia l'opzione migliore. Ci sono delle situazioni in cui effettivamente la mastectomia è l'unica solu-

zione possibile: quando abbiamo malattie sparse in più quadranti specialmente in mammelle piccole o lesioni estese tipo microcalcificazioni o lesioni multicentriche che non consentono un approccio oncoplastico neppure cosiddetto estremo o ancora lesioni

centro-mammarie che risultino oltre i limiti per una chirurgia conservativa o situazioni che coinvolgano donne portatrici di mutazioni BRCA.

Oggi, nel 2022, è fondamentale ricordarsi anche che fare una mastectomia non necessaria porta con sé una serie di conseguenze:

- 1) Allo stato dei fatti è diverso il trattamento ascellare laddove si presenti un linfonodo sentinella metastatico. Mentre nel caso di una chirurgia conservativa sappiamo grazie a studi recenti che la linfadenectomia può essere omessa, in una mastectomia ancora sussiste l'indicazione a dissezione ascellare completa.
- 2) L'impianto protesico che si associa alla ricostruzione post-mastectomia può associarsi a problemi di gestione immediata (complicanze precoci) e problemi di gestione nel tempo. Le principali complicanze precoci sono dovute ai rischi infettivi e sappiamo che tali rischi su una chirurgia con protesi comportano iter di guarigione più lunghi, maggiore difficoltà di guarigione e in alcuni casi anche la necessità di rimuovere l'impianto. La protesi nel tempo va monitorata perché ci sono delle evidenze in base alle quali la presenza di una protesi in rarissimi casi può associarsi alla comparsa di una malattia linfoproliferativa chiamata linfoma anaplastico a grandi cellule (BIA-ALCL) che richiede, se precocemente riconosciuto, l'espanto della protesi e la rimozione della capsula e in situazioni ancor più rare può richiedere anche trattamenti medici sistemici.
- 3) Inoltre le indicazioni alla radioterapia post-operatoria (PMRT) si stanno allargando e quindi non possiamo far leva sulla opportunità di evitare la radioterapia facendo la mastectomia in quelle situazioni che sono un po' borderline perché una parte di esse potrà avere un'indicazione alla PMRT (per esempio se troviamo da uno a tre linfonodi metastatici in presenza di un secondo fattore di rischio e sempre laddove si trovino più di tre linfonodi metastatici).
- 4) Ulteriore aspetto, la perdita della sensibilità del capezzolo che soprattutto ad una giovane donna deve essere ben palesato.

Per tutte queste ragioni è fondamentale una buona, ricca, completa, pacata comunicazione tra il team medico e la paziente, che si chiede: «Che cosa mi verrà rimosso? Quali complicanze potrò avere? Quante sono le possibilità di recidiva locale? Potrei aver bisogno di ulteriori interventi in futuro? Quanto durerà il mio ricovero? E la convalescenza? Avrò bisogno della radioterapia? E della chemioterapia?». Il chirurgo dovrà chiedersi invece «Che paziente ho davanti? Quali sono le sue aspettative?»

Un altro messaggio importante riguarda il problema delle incisioni pregresse: laddove si vada a fare una mastectomia conservativa dopo una mastoplastica additiva o riduttiva le pregresse cicatrici impat-

tano in termini di complicanze in maniera affatto trascurabile e si possono avere fino a un 20% di complicanze in larga parte rappresentato da skin o nipple ischemia/necrosi.

Ancora, è necessario chiedersi se la mastectomia oncologicamente è sicura: ormai diamo per assodato, sebbene non ci sia un'evidenza scientifica derivante da studi di confronto cosiddetti randomizzati, che le mastectomie cosiddette conservative, ormai sono routinariamente utilizzate, sono sicure e le loro indicazioni si stanno allargando.

Ovviamente quando facciamo una buona mastectomia dobbiamo rispettare l'anatomia: non tutte le mammelle hanno gli stessi piani sia in termini di spessori sia in termini di demarcazione tra la ghiandola e il sottocute. Nel fare una mastectomia conservativa, di solito attraverso incisioni sempre più piccole e nascoste, deve essere monitorata la presenza di tessuto ghiandolare residuo specie in sede retroareolare e nei quadranti interni.

Ulteriore concetto: le mastectomie non finiscono in sala operatoria, ma necessitano di un accurato piano di medicazioni personalizzato atto a prevenire o eventualmente trattare ritardi di guarigione e complicanze.

A volte le pazienti spingono per la mastectomia, guidate dalla paura e dall'idea, sbagliata, che con la mastectomia non dovranno fare trattamenti medici maggiori e che non avranno più il rischio di trovarsi di fronte di nuovo il tumore mammario. Dobbiamo, pacatamente ma chiaramente, far capire loro che non è così. Le terapie mediche dipendono dalle caratteristiche specifiche della malattia ed anche i rischi di recidiva loco-regionale e sistemica sono strettamente correlati al tipo specifico di malattia.

Ancora una volta quindi, è opportuno ribadire che la comunicazione tra medico e paziente deve essere completa ed efficace.



Registro protesi

S. Asaro¹, J. Monzillo²

¹ Referente regionale Registro Nazionale Protesi Mammarie (RNPM)

² Borsista progetto RNPM

Oggetto della presentazione è stata l'esperienza condotta nell'ambito della Regione Toscana relativamente alla partecipazione al Registro Nazionale Protesi Mammarie nella versione pilota, con l'illustrazione del percorso giuridico di attuazione e dei contenuti del Regolamento del RNPM.

I riferimenti normativi¹ che dettano il contenuto, le finalità, e l'obbligatorietà del suddetto Registro, risalgono alla Legge 86/2012, che, all'art.1, prevede l'istituzione di un Registro (nazionale e regionale da parte, rispettivamente, del Ministero della Salute e delle Regioni) degli impianti protesici mammari, effettuati nell'ambito della chirurgia plastica, ricostruttiva ed estetica.

Con la Legge 145 del 2018, (artt. 11 e 11 bis) viene ribadita l'obbligatorietà della tenuta ed aggiornamento dei Registri dei dispositivi medici impiantabili, come attività istituzionale del SSN, isorisorse, per gli esercenti le professioni sanitarie, e in ragione delle rispettive competenze.

Più recentemente, nell'art. 108 del Regolamento (UE) 2017/745 MDR (data di applicazione: 26 maggio 2021, ndr), l'istituzione di registri e banche dati di dispositivi medici è incoraggiata dalla Commissione (Europea) e dagli Stati membri per l'effettuazione di valutazioni indipendenti sulla sicurezza, sulle prestazioni e sulla tracciabilità degli impianti.

La legge 86/2012 e il DPCM 3 marzo 2017 richiedono che il Registro nazionale degli impianti protesici mammari sia istituito insieme a un Regolamento² che disciplini:

- tempi e modalità di raccolta dei dati nel Registro nazionale;
- obblighi informativi delle regioni nei confronti del Registro Nazionale;
- soggetti autorizzati all'accesso al registro;

– garanzie e sicurezza dei dati personali.

Nelle more dell'adozione del Regolamento, nel marzo 2019 è iniziata la raccolta dei dati nel RNPM, istituito in versione «pilota» presso l'Istituto Superiore di Sanità sotto la direzione e coordinamento della DGDMF³, con un'adesione su base volontaria da parte dei chirurghi del settore pubblico e privato che impiantano o espuntano protesi.

I Distributori hanno alimentato la piattaforma con i riferimenti (codice, lotto, serie) delle protesi distribuite sul territorio italiano, e i medici hanno segnalato a quale paziente è stata impiantata quella specifica protesi, e fornito le informazioni cliniche che consentiranno il monitoraggio clinico ed epidemiologico quando la compilazione del Registro sarà completa per tutte le procedure effettuate nelle strutture sanitarie.

Al 30 aprile 2022, nella Regione Toscana erano 29 le strutture abilitate, 17 private, 12 pubbliche, e complessivamente 54 utenti, per un totale di 1833 procedure registrate.

Oggetto del Regolamento del RNPM, nella versione definitiva, sono: tempi e modalità di raccolta dei dati e obblighi informativi delle regioni e delle province autonome, la tipologia di dati sensibili ed operazioni eseguibili, le modalità di trasmissione tra le regioni dei dati raccolti fuori della regione di residenza, la definizione e le relative modalità di attribuzione di un codice identificativo univoco del soggetto, che non consenta l'identificazione diretta dell'interessato, tempi e modalità di trasmissione dei dati concernenti le protesi mammarie da parte dei relativi distributori sul territorio nazionale. I dati raccolti nel Registro sono anagrafici, clinici/sanitari, relativi alla protesi mammaria impiantata o rimossa, relativi al luogo/struttura sanitaria dove viene effet-

¹ Legge 5/6/2012, n. 86 «Istituzione del registro nazionale e dei registri regionali degli impianti protesici mammari, obblighi informativi alle pazienti, nonché divieto di intervento di plastica mammaria alle persone minori» (GU Serie Generale n. 148 del 27-06-2012).

DL 18 ottobre 2012, n. 179 (Suppl. Ord. n. 194/L alla Gazzetta Ufficiale 19 ottobre 2012, n. 245), coordinato con la legge di conversione 17 dicembre 2012, n. 221 recante «Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese» (GU Serie Generale n. 294 del 18-12-2012 - Suppl. Ord. n. 208).

DPCM 3 marzo 2017 «Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie» (GU Serie Generale n. 109 del 12-05-2017). Legge 30/12/2018, n. 145 Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021. Emendamento 558: modifica comma 11 DL 179 18/10/2012.

Regolamento (UE) 2017/745 del Parlamento europeo e del Consiglio del 5 aprile 2017 relativo ai dispositivi medici, che modifica la direttiva 2001/83/CE, il Regolamento (CE) n. 178/2002 e il Regolamento (CE) n. 1223/2009 e che abroga le direttive 90/385/CEE e 93/42/CEE del Consiglio. Articolo 108.

² Da adottare ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, con decreto del MdS, previa intesa in Conferenza Stato Regioni, acquisito il parere del Garante per la protezione dei dati personali.

³ Direzione Generale dei farmaci e dispositivi medici del Ministero della Salute.

tuato l'impianto o la rimozione, relativi ai medici e agli altri professionisti sanitari. Il Registro nazionale assicura ai medici anche l'accesso ai registri di altre regioni o province autonome, per consultare i dati relativi all'intervento di impianto o rimozione precedentemente eseguito presso altra regione o provincia autonoma sul medesimo soggetto preso in cura secondo le modalità previste nel disciplinare tecnico.

L'obbligo di raccolta e di conferimento dei dati costituisce adempimento per le regioni ai fini della verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza; i medici e gli altri professionisti sanitari sono obbligati ad una comunicazione tempestiva inserendo i dati nel registro della regione o della provincia autonoma nella quale è stato eseguito l'intervento di impianto o rimozione, entro e non oltre 3 giorni dalla data dell'intervento.

Al fine di consentire la tracciabilità delle protesi mammarie sul territorio nazionale, i distributori di protesi mammarie in Italia trasmettono al Registro nazionale degli impianti protesici mammari le seguenti informazioni: identificazione del distributore, e, per ogni singola protesi mammaria, il fabbricante, il codice, le caratteristiche, l'identificazione della struttura sanitaria pubblica o privata autorizzata destinataria, o in caso di vendita ad un utente diverso da una struttura sanitaria, la precisazione della categoria di appartenenza del soggetto a cui il dispositivo è stato venduto (medico o assistito), lo stato della protesi mammaria (disponibile, venduta, ritirata, richiamata), la data cui è riferito lo stato del dispositivo.

Le violazioni degli obblighi previsti è sanzionata ai sensi dell'art. 4, comma 3 della legge n. 86 del 2012.

In sintesi, le Regioni e province autonome potranno effettuare il monitoraggio clinico del soggetto sottoposto a impianto, allo scopo di prevenire le complicanze e migliorare la gestione clinico assistenziale degli eventuali effetti indesiderati e gli esiti a distanza, consentendo la rintracciabilità tempestiva dei pazienti in caso di necessità di specifico follow-up o di eventuale espianto. Il Ministero della Salute sarà in grado di attuare un monitoraggio epidemiologico, a scopo di studio e ricerca scientifica in campo clinico e biomedico anche nell'ottica della valutazione clinica di efficacia e sicurezza del dispositivo a breve ed a lungo termine e di programmazione, gestione, prevenzione delle complicanze, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria.

Alla data del 15 settembre 2022, il Regolamento, dopo aver superato il vaglio del Consiglio Superiore di Sanità, del Garante della Privacy, della Commissione Salute, e della Conferenza Stato regioni, sta completando il suo iter legislativo presso il Consiglio di Stato.

Il registro italiano, nazionale, obbligatorio, gestito e finanziato dalla Autorità competente, è unico per le

sue caratteristiche nel panorama internazionale.

Per quanto riguarda la Regione Toscana, il documento «Registro nazionale degli impianti protesici mammari – RNPM - Report «fase pilota» 2019-2021»⁴, riporta la tabella e la figura di seguito presentate, che mostrano il primato regionale nelle attività in questione, e quindi il grado di sensibilizzazione e coinvolgimento degli operatori che hanno fino ad oggi aderito su base volontaria.

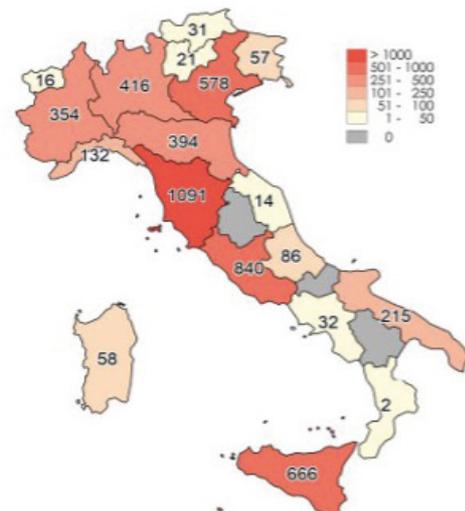
Tab. 1 - Numero di chirurghi e strutture per regione.

Regione	Numero di strutture	Numero di chirurghi
Piemonte	9	6
Valle d'Aosta	1	1
Lombardia	9	14
Provincia autonoma di Bolzano	4	3
Provincia autonoma di Trento	1	3
Veneto	12	10
Friuli-Venezia Giulia	1	4
Liguria	7	6
Emilia-Romagna	9	10
Toscana	19	26
Umbria	-	-
Marche	2	2
Lazio	19	18
Abruzzo	1	1
Molise	-	-
Campania	5	3
Puglia	4	8
Basilicata	-	-
Calabria	2	2
Sicilia	16	17
Sardegna	5	5
TOTALE	126	139*

Fonte: RNPM - Ministero della Salute - dati al 31 agosto 2021.

* Il totale in tabella è superiore al numero totale dei chirurghi che hanno effettuato almeno un caricamento (n. 134) poiché un chirurgo può operare in più regioni e in più strutture sanitarie anche all'interno della stessa regione.

Fig. 1 - Cartogramma della distribuzione sul territorio nazionale degli interventi registrati in piattaforma.



Fonte: RNPM - Ministero della Salute - dati al 31 agosto 2021.

⁴ Antonella Campanale, Marco Ventimiglia, Daniela Minella, Marina Torre, Eugenio Carrani, Achille Iachino, Lucia Lispi. Registro nazionale degli impianti protesici mammari - RNPM - Report «fase pilota» 2019-2021. Ministero della salute, 2022.

Consensus regionale trattamento ascella

Matteo Ghilli¹, Icro Meattini²

¹ AOUP - Pisa

² Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi

Negli ultimi decenni, la gestione dell'ascella nelle pazienti con tumore mammario precoce (eBC) si è rapidamente evoluta, da approcci più radicali a approcci sempre più conservativi. Tradizionalmente, alle pazienti con eBC e con un'ascella clinicamente positiva (cN+) veniva proposta la dissezione del linfonodo ascellare (ALND), mentre a quelle con un'ascella clinicamente negativa (cN0) veniva offerta una biopsia del linfonodo sentinella (SLN) e dissezione ascellare solo in presenza di un linfonodo sentinella positivo. Questa strategia è stata adottata al fine di minimizzare le complicanze legate all'ALND e di fornire una sufficiente stadiazione chirurgica (cioè le informazioni necessarie a stabilire le cure post-chirurgiche) con un simile controllo locoregionale e sopravvivenza.

Per quelle pazienti con linfadenopatia metastatica ad un agoaspirato ascellare, lo standard di cura è l'ALND o la chemioterapia neoadiuvante per ridurre/azzerare il carico di malattia dell'ascella. La strategia neoadiuvante è estremamente efficace nelle pazienti con tumori HER2 positivi o tripli negativi, con conseguente risposta patologica completa linfonodale (pCR).

Questo scenario in rapida evoluzione ha generato differenze di trattamento a livello territoriale. La survey promossa a gennaio 2021 dalla rete senologica Toscana, coordinata dalla prof.ssa Manuela Roncella, ha mostrato una significativa eterogeneità su diverse questioni riguardanti la gestione dell'ascella sia nel carcinoma mammario in fase iniziale che localmente avanzato. Questi dati sono stati presentati e discussi nel corso del primo congresso della Rete Senologica Toscana, tenutosi via webinar da remoto nel febbraio 2021.

In questa prospettiva, abbiamo deciso di eseguire una revisione critica delle pubblicazioni scientifiche sulla gestione ascellare nei pazienti con eBC e di giungere, attraverso un percorso scientificamente rigoroso, ad una Consensus Regionale.

Nel corso del 2021, attraverso la metodologia Delphi modificata, abbiamo istituito un processo di consensus che ha com-

portato diversi round di votazione anonima indipendente su bozze di raccomandazione e successive revisioni.

Un Core Group (CG) del Consensus Panel, nominato da ISPRO, è stato il principale responsabile dello sviluppo delle linee guida, dalla stesura del protocollo alla pubblicazione del manoscritto delle linee guida che è in fase di ultimazione. L'Extended Consensus Panel (ECP), che includeva i rappresentanti degli specialisti coinvolti nel percorso e i rappresentanti delle associazioni di pazienti, è stato identificato dal Consensus CG e approvato dall'ISPRO. Si è ritenuto che un numero minimo di 18 membri del CG fosse sufficientemente solido per riflettere uno spettro di opinioni ed esperienze, per sviluppare raccomandazioni di consenso. I componenti del CG sono stati selezionati per rappresentare ogni figura di un team multidisciplinare coinvolto nella cura del cancro al seno, con diversi anni di esperienza in questo ambito.

Abbiamo distribuito i sondaggi a tutti i singoli partecipanti utilizzando lo strumento online Google Forms. Nel primo round, ai partecipanti sono stati forniti i risultati della revisione critica. Due coordinatori, il Dott. Matteo Ghilli e il Prof. Icro Meattini, hanno consolidato tutte le risposte dei partecipanti in una seconda e terza bozza di dichiarazione che è stata distribuita a tutti i partecipanti in un ulteriore round del processo Delphi. Ai membri del gruppo di consenso è stato chiesto di valutare ciascuna raccomandazione utilizzando una scala a cinque punti, che vanno da fortemente in disaccordo a fortemente d'accordo.

Un consenso è stato definito a priori raggiunto con almeno il 75% di accordo. Abbiamo chiesto ai partecipanti di votare nuovamente su punti che non avevano raggiunto il 75% o più di accordo.

I risultati raggiunti in questo complesso processo oggi consentiranno alle donne con carcinoma mammario precoce di essere trattate in modo uniforme su tutto il territorio regionale e di essere trattate in modo sostanzialmente uguale a quello dei migliori centri senologici sul territorio nazionale, in Europa e nel mondo.

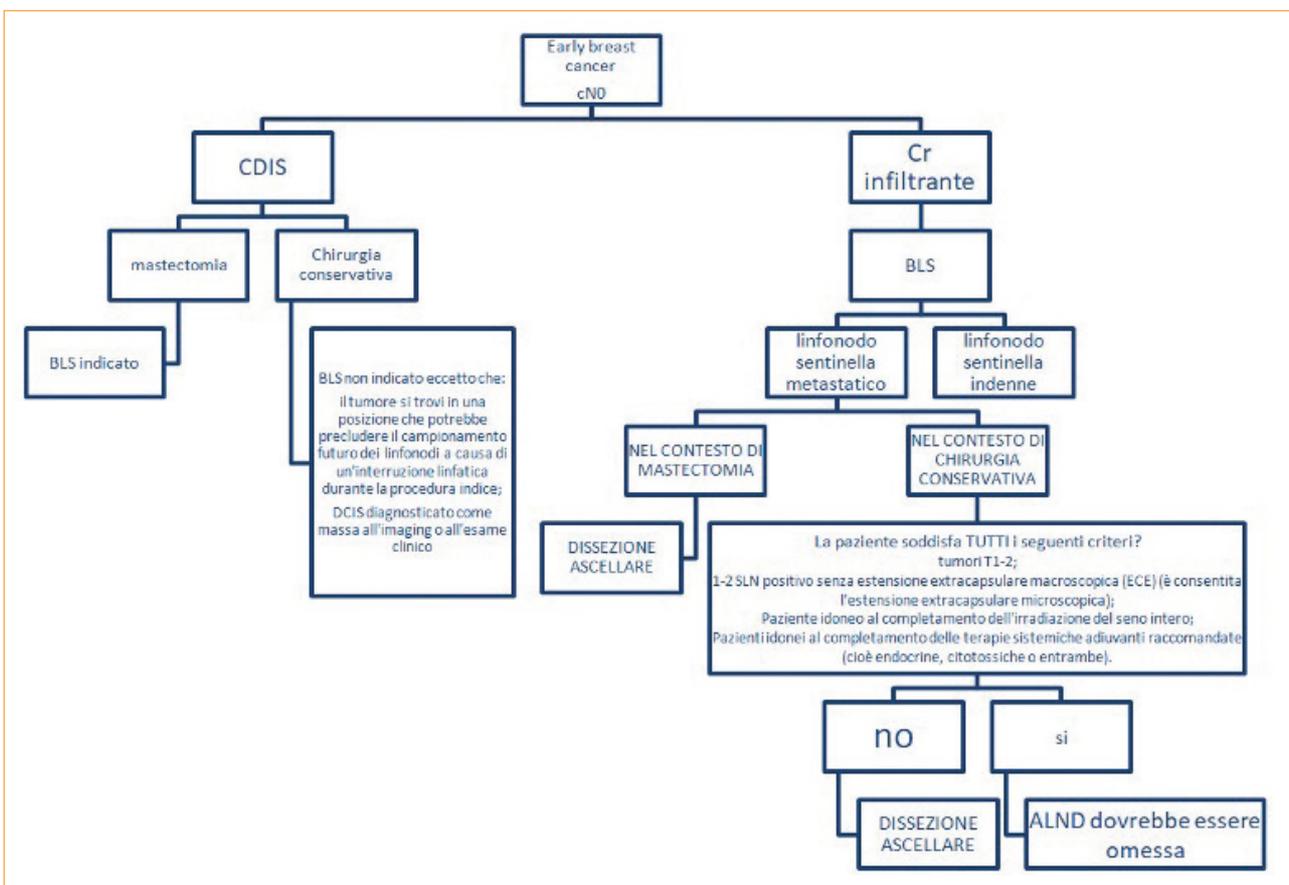




Conclusioni della consensus

- 1.1. Non dovrebbe essere raccomandata l'ALND per le donne con carcinoma mammario in stadio iniziale che non hanno metastasi linfonodali.
- 1.2. I pazienti sottoposti a intervento chirurgico per DCIS individuato mediante screening devono essere sottoposti a biopsia SLN solo se l'approccio chirurgico iniziale pianificato è una mastectomia.
- 1.3. Non dovrebbe essere raccomandata la biopsia SLN per DCIS sottoposto a chirurgia conservativa a meno che:
 - (1) il tumore si trovi in una posizione che potrebbe precludere il campionamento futuro dei linfonodi a causa di un'interruzione linfatica durante la procedura indice;
 - (2) DCIS diagnosticato come massa all'imaging o all'esame clinico.
- 2.1. Indicazioni per l'omissione di ALND in pazienti con SLN patologicamente positivo. Sulla base di studi clinici randomizzati, ALND può essere omesso per i pazienti con 1-2 SLN positivi sottoposti a BCS che soddisfano tutti i seguenti criteri di inclusione:
 - tumori T1-2;
 - 1-2 SLN positivo senza estensione extracapsulare macroscopica (ECE) (è consentita l'estensione extracapsulare microscopica);
 - paziente idoneo al completamento dell'irradiazione del seno intero;

- pazienti idonei al completamento delle terapie sistemiche adjuvanti raccomandate (cioè endocrine, citotossiche o entrambe).
- 2.3. È ragionevole considerare l'opzione di RNI in pazienti con 1-3 linfonodi positivi (senza NAC) e una o più delle seguenti caratteristiche ad alto rischio: età <40 anni, tumori di grado 3, ER negativo, presenza di ECE). Le decisioni dovrebbero essere prese caso per caso.
 - 2.4. I tassi di sopravvivenza globale (OS) a 10 anni nel solo SLN e nei gruppi ALND dello studio ACOSOG Z0011 erano comparabili con i pazienti nel gruppo con irradiazione nodale negli studi MA.20 e negli studi EORTC 22922/10925, suggerendo che i criteri di ammissibilità ACOSOG Z0011 identificato una popolazione che potrebbe non beneficiare di un'irradiazione linfonodale completa o di altri trattamenti ascellari (cioè, pT1, recettori degli estrogeni positivi, adatti a terapie sistemiche adjuvanti, età >40 anni).
 - 2.5. I pazienti con ascella clinicamente positivo, o sottoposti a terapia sistemica primaria (sia endocrina che NAC), o sottoposti a mastectomia, o pazienti con 3 o più linfonodi sentinella positivi (pazienti non conformi ai criteri ACOSOG Z11 e IBCSG), devono ricevere un ulteriore trattamento ascellare (s) (ALND e/o RT come da policy locale).



Esperienza e outcome nel percorso della chirurgia ricostruttiva: la voce delle pazienti toscane

Francesca Ferrè, Riccardo Novaro

Laboratorio Management e Sanità - Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa

Quando si parla di PREMs e PROMs si fa riferimento ad indagini rivolte a pazienti, il cui obiettivo principale è raccogliere e considerare la loro voce come fonte diretta per la valutazione dei servizi e delle cure ricevute. In particolare, i Patient Reported Experience Measures (PREMs) offrono un feedback diretto sull'esperienza del percorso di cura, mentre i Patient Reported Outcome Measures (PROMs) indagano gli esiti e la qualità della vita percepiti. Queste indagini sono attive in Toscana per diversi percorsi assistenziali (De Rosis et al. 2020), incluso il percorso chirurgico di ricostruzione post-mastectomia a cui sono sottoposte le pazienti con tumore maligno al seno. La disponibilità delle indagini alle pazienti in tutti i Centri di Senologia regionali – come parte integrante del percorso assistenziale – consente un periodico e trasparente confronto tra i centri della rete senologica regionale circa l'impatto sulla qualità di vita delle pazienti, i loro livelli di soddisfazione e benessere rispetto all'intervento nonché sull'esperienza dell'assistenza ricevuta durante il percorso assistenziale.

Al fine di ottenere una visione completa su tali percezioni, in grado di catturarne l'evoluzione nel tempo, le pazienti sono invitate a compilare più questionari, partendo da quello pre-operatorio (T0) per poi riceverne uno dopo un mese dall'intervento (T1), seguito da un questionario a tre e a dodici mesi (rispettivamente T2 e T3). L'indagine è costruita per permettere di seguire le pazienti nel tempo e quindi poter fare ragionamenti sull'andamento del benessere e qualità di vita delle pazienti, analizzando gli effetti dell'intervento chirurgico nel tempo anche rispetto ai valori pre-operatori. Il questionario specifico utilizzato per rilevare gli outcome riferiti dalle pazienti è il BREAST-Q, sviluppato dal Memorial Sloan Kettering Cancer Center, standard di riferimento a livello internazionale.

Sul percorso della chirurgia ricostruttiva, le indagini PREMs e PROMs hanno visto l'avvio nella

seconda metà del 2018, con l'invito a partecipare da parte di tutti i 14 centri senologici della Regione Toscana. Dall'avvio al 1° aprile 2022 sono state arruolate 1190 pazienti, con tassi di risposta ai vari questionari che evidenziano risultati molto buoni, un segnale di forte interesse nell'esprimere la propria voce. Il tasso di risposta per il questionario pre-operatorio T0 è del 62% e si mantiene elevato fino all'ultimo questionario di follow-up ad un anno dall'intervento (59%). Le principali tematiche affrontate dai questionari riguardano la soddisfazione con il proprio seno, il benessere psico-sociale, il benessere fisico al petto ed il benessere sessuale, sintetizzate da rispettivi indici (*scores*).

Riguardo al livello di soddisfazione con il proprio seno, i dati a disposizione permettono di fare un serie di considerazioni su più piani. Analizzando il trend complessivo, i valori toscani risultano in linea con quanto riscontrato a livello internazionale: dal report dell'OECD *Health at a Glance 2021* emerge come nel 2021 il valore medio di soddisfazione ad un anno dall'intervento raggiunga 57 punti su una scala da 0 a 100 (dove 100 indica un alto livello di benessere complessivo), valore allineato alla media degli altri 9 centri internazionali partecipanti all'indagine dell'OECD (58 su 100).

Focalizzandoci sui risultati per la Regione Toscana, l'indagine consente di analizzare i miglioramenti degli esiti come variazione tra gli *score* pre e post-operatori¹. Quello che emerge è un generale miglioramento riscontrato dalle pazienti²: solo una paziente su tre sostiene di aver assistito ad un peggioramento della propria condizione ad un anno dall'intervento (33%), a fronte di un 23% di pazienti che non ha notato cambiamenti di rilievo³ e di un 44% che ha assistito ad un miglioramento rispetto alla condizione originaria. Analizzando lo stesso campione, è inoltre possibile fare degli approfondimenti per alcuni sottogruppi, ad esempio calcolando lo *score* a seconda della tipologia di intervento (ricostruzione con

¹ Per questa rappresentazione si tiene conto delle coorti di pazienti che hanno risposto ad entrambi i questionari (T0 e T3), in modo da poter confrontare gli esiti a livello individuale nel tempo.

² Pazienti operate tra l'01/03/2018 ed il 31/12/2020.

³ Si considerano stabili quelle pazienti con una variazione tra gli *scores* T3-T0 all'interno del range ± 5 punti.



procedura immediata di inserzione della protesi o procedura in due tempi con posizionamento dell'espansore prima della protesi definitiva) e di alcune caratteristiche delle pazienti, come la classe d'età (inferiore e uguale o superiore ai 50 anni), le abitudini sul fumo (fumatrice o non fumatrice) e gli stili di vita (svolgimento o meno di attività fisica). Sebbene dal confronto di questi sottogruppi non emergano differenze particolarmente rilevanti, va altresì segnalato come tra le pazienti operate ci sia una maggiore soddisfazione con il seno ad un anno dall'intervento per le donne più giovani e non fumatrici.

Ulteriori spunti di riflessione vengono forniti dalle domande che indagano l'esperienza del percorso di cura (PREMs)⁴. Mentre le domande PROMs sono le stesse nei questionari pre- e post-operatori, quelle relative all'esperienza tendono ad essere specifiche di una determinata fase. Ad esempio, dal questionario T0 si possono ricavare informazioni sulle tempistiche intercorse in fase diagnostica tra la mammografia per il sospetto della malattia e l'esecuzione dell'ago aspirato, dalle quali emerge che nel 51% dei casi tale procedura ha avuto luogo in meno di una settimana. Un altro elemento d'interesse riguarda la richiesta di un secondo parere medico per rassicurazione o per assicurarsi di aver coperto tutte le opzioni di trattamento, non ritenuto necessario dal 71% delle pazienti rispondenti, sintomo di un generale rapporto di fiducia in fase di diagnosi. Sempre in merito alle decisioni prese dalla paziente prima dell'intervento, meritano attenzione i fattori che influiscono nella scelta dell'ospedale nel quale verrà eseguito l'intervento: nel 31% dei casi è stata scelta la struttura ritenuta migliore per il proprio problema di salute; il 23% delle rispondenti si è invece affidata

all'ospedale nel quale lavora il medico a cui si è rivolta per il tumore; nel 12% dei casi la scelta è stata guidata da consigli da parte di parenti o amici, mentre solo il 10% ha risposto di aver selezionato l'ospedale più vicino.

Tra i quesiti posti ad un mese dall'intervento (T1) va segnalato quello relativo alla chiarezza delle informazioni ricevute sui rischi e benefici dell'intervento in fase di raccolta del consenso informato: il 66% delle pazienti si è dichiarata completamente soddisfatta delle informazioni ricevute, mentre solo il 3% si è dichiarato apertamente non soddisfatto. Sempre sul tema dell'eshaustività delle informazioni ricevute, un elemento che emerge dal questionario a tre mesi dall'intervento fa riferimento alla carenza di informazioni presentate alle pazienti sull'esistenza di servizi di supporto, tra cui la psico-oncologia e la medicina complementare integrata, considerata l'importanza di questo elemento per una migliore qualità di vita. Il 30% delle rispondenti ha dichiarato di non essere stata informata sulla disponibilità del servizio di supporto psico-oncologico – di cui solo il 23% ha usufruito – mentre tale percentuale sale al 75% quando si fa riferimento alle informazioni fornite sull'esistenza del Centro oncologico di ascolto regionale. Tra gli aspetti catturati nel questionario finale a 12 mesi dall'intervento, va evidenziato come il 63% delle pazienti abbia dichiarato che non vi sono state fasi, dalla diagnosi al follow-up ad un anno dall'intervento, nelle quali non si sono sentite seguite come avrebbero voluto. Da ultimo, il 52% delle donne rispondenti sapeva sempre a chi rivolgersi in ciascuna fase del percorso di cura, mentre solo il 9% delle rispondenti ha evidenziato notevoli difficoltà in questo ambito.

Bibliografia

De Rosis S., Cerasuolo D., Nuti S., *Using patient-reported measures to drive change in healthcare: the experience*

of the digital, continuous and systematic PREMs observatory in Italy, in «BMC health services research», 2020, 20 (1): 1-17.

⁴ Dati aggiornati al 01/04/2022.

La solitudine della paziente in epoca Covid

Cortona, 14 maggio 2022

Olivia Stanzani, Francesca Grandi

Psicologhe Asl Toscana Centro presso Ispro - Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica

Il **Centro di Ascolto Regionale (CARE)** è stato attivato il 7 Novembre 2009 come Centro di Counseling Oncologico Regionale (CCOR) presso Regione Toscana, in sinergia con le attività dell'ITT (DGR 88 del 09/02/09) e risponde al numero verde **800880101**.

Nato come esperienza innovativa del SSN finalizzata all'incremento della *centralità del paziente* nell'organizzazione dei servizi oncologici e nel venire incontro ai bisogni inespressi con un servizio di counseling informativo e psicologico, è situato presso l'Assessorato al Diritto alla Salute ed è formato da un Team di Psicologi-Psicoterapeuti che lavora in stretto contatto con una Rete di Referenti. I Referenti per l'oncologia si individuano nelle figure del Focal Point, il RUA (Referente Unico Aziendale) e Referente Psiconcologo.

Il Centro ha il ruolo di fornire informazioni sui servizi di diagnosi e cura e sulle strutture della rete oncologica regionale e di sostenere pazienti e familiari facilitando l'accesso ai servizi di psico-oncologia presenti in Toscana.

Il CARE rappresenta uno strumento fondamentale ed efficace perché:

- Fornisce informazioni valide, aggiornate e personalizzate sui percorsi (informative counseling).
- Favorisce, attraverso il colloquio, l'individuazione del reale problema della persona prospettando possibili soluzioni (analisi della domanda e problem solving counseling).
- Offre uno spazio dove la persona si sente supportata e ascoltata nei momenti di crisi focalizzando obiettivi utili al superamento del disagio (crisis counseling).
- Aiuta la persona a prendere decisioni o mettere in atto cambiamenti comportamentali atti al superamento del disagio che sta vivendo.
- Rappresenta un punto di riferimento per medici e operatori sanitari per fornire informazioni, creare nuove connessioni interne alle Aziende, facilitare la comunicazione intra aziendale e con i pazienti.

Il CARE è nato con il focus sulla tematica oncologica, per poi ampliarsi su altre aree tematiche e dunque nell'attivazione di molteplici altri Servizi.

Nel 2012 nasce il nr verde **Malattie Rare 800880101** con l'obiettivo di orientare nel percorso di cura e aiutare a superare difficoltà di tipo assistenziale o anche psicologico o sociale. Fornisce informa-

zioni sui servizi di diagnosi e cura della rete regionale per le malattie rare. Sostiene il paziente e i familiari nel percorso di cura e offre sostegno psicologico.

Nel 2012 diventa anche nr verde regionale per la **Lotta al Dolore** (Legge 38/2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore") **800880101** per tutelare e garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.

Nel 2019 nasce il numero verde per il **Gioco D'Azzardo Patologico 800551515** che fornisce informazioni sul percorso di supporto e cura, sui servizi attivi nell'ambito del territorio regionale e sulle iniziative di sensibilizzazione e prevenzione.

Nel 2020 nasce il numero per il **Benessere in gravidanza e Depressione post-partum 0554383001** che offre ascolto e sostegno telefonico facilitando il collegamento con la rete dei percorsi nascita del Sistema Sanitario Regionale. Il centro sarà anche un punto di riferimento per medici e operatori sanitari per ricevere informazioni e facilitare la comunicazione intra aziendale e con chi sta vivendo l'avventura di una nuova nascita.

Con l'avvento della pandemia nel febbraio 2020 è stato attivato un numero per il **Supporto Psicologico Covid-19 0554382530** rivolto a tutta la cittadinanza trovatasi ad affrontare momenti di forte angoscia, dolore e ansia legate a problemi scaturiti dalla pandemia.

Infine nel 2021 è stato attivato il numero per il **Supporto Psicologico al Caregiver 0554383001** finalizzato a dare informazioni, orientamento e supporto ai caregiver familiari, cioè a coloro che si prendono cura di un proprio caro non autosufficiente o con disabilità.

In base ai dati rilevati da parte del CARE si è potuto evincere come sia variata, nel corso degli anni, la richiesta di supporto psicologico da parte sia di pazienti oncologici con diagnosi di tumore non seno che di pazienti con diagnosi di tumore al seno.

Dal Marzo 2020, ovvero con l'inizio della pandemia legata alla diffusione del Covid-19, al Centro è pervenuto un numero maggiore di richieste di supporto psicologico sia da parte di familiari che di pazienti oncologici, sia per tumore al seno che per tumore non seno.

Dal primo grafico (Tab. 1) relativo ai dati che fanno capo al Numero Verde del Centro di Ascolto Oncologico, si evidenzia un incremento del 5% di richiesta di supporto psicologico per pazienti con tu-



more al seno e un incremento dell'11% di richiesta di supporto psicologico pazienti con tumore non seno.

Nel secondo grafico (Tab. 2), rappresentante i dati che fanno capo al Numero per il Supporto Psicologico Covid-19, emerge come alcuni pazienti oncologici, invece che rivolgersi ai canali ufficiali per l'oncologia, si siano rivolti a canali diversi per richiedere assistenza ed aiuto come ad esempio al Numero per il Supporto Psicologico Covid-19. L'ipotesi di tale andamento si può pensare che sia legato al senso di solitudine e senso di abbandono che molti pazienti hanno vissuto nel periodo della pandemia nei confronti del sistema sanitario impegnato a concentrare le sue risorse su più fronti, e costretto, in via temporanea, anche a chiudere alcuni ambulatori e servizi.

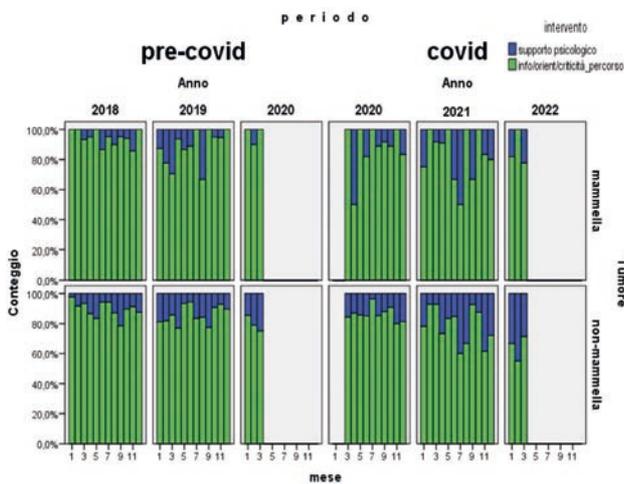
Il terzo grafico (Tab. 3) mostra in che livello di stato emergenziale le persone si siano rivolte al Centro per fare richiesta di supporto psicologico da inizio 2020 fino al 2021. In particolare si evidenzia come sia evidentemente variato tale stato in quanto le richieste di supporto psicologico sono state fatte da parte di pazienti e di familiari sia in stato di emergenza, in stato

di post emergenza, che in stato di non emergenza.

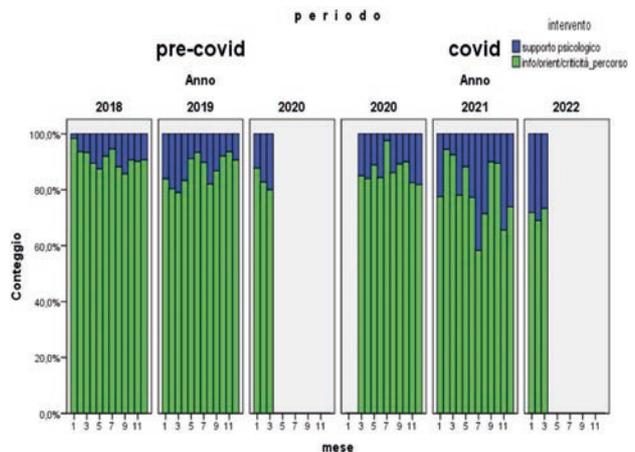
L'ultimo grafico (Tab. 4) mostra come durante il periodo della pandemia, da inizio 2020 fino a aprile 2022, alcuni pazienti si siano rivolti a canali diversi da quello oncologico (es. Numero Regionale supporto Psicologico Covid-19) per richiedere un supporto psicologico. Da quanto è emerso dal contenuto dei colloqui effettuati con i pazienti si è potuto riscontrare come spesso la motivazione a contattare servizi diversi da quelli specifici del percorso fosse legata alla solitudine e al senso di abbandono che avevano riscontrato in quel periodo all'interno dei loro percorsi sanitari, molto spesso colpiti da carenza di personale impegnato a far fronte alla pandemia in corso.

Dai contenuti dei colloqui sostenuti da parte degli psicologi-psicoterapeuti del CARE da febbraio 2020 con i pazienti con tumore al seno e non seno e familiari, si è potuto avere una ampia descrizione di quello che è stato l'impatto psicologico vissuto da essi. La maggior parte delle pazienti da inizio pandemia racconta di aver provato:

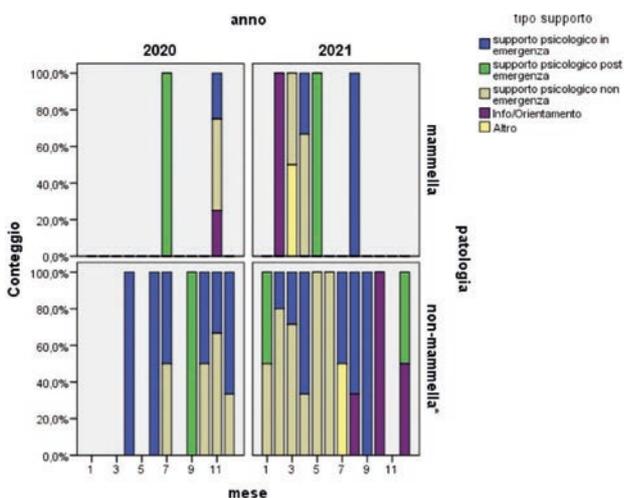
Tab. 1



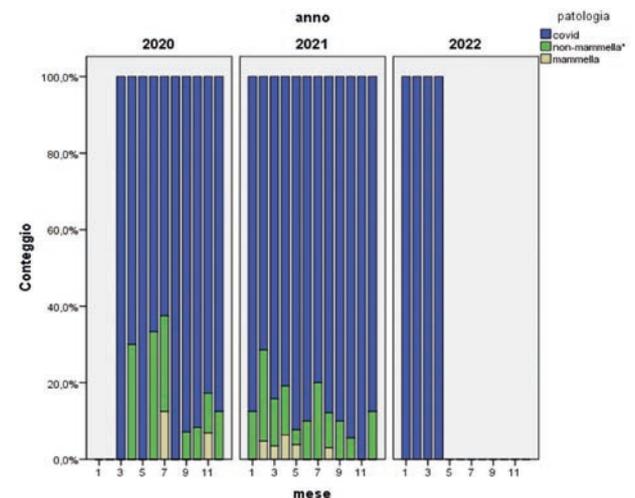
Tab. 2



Tab. 3



Tab. 4



- Senso di solitudine legato all'isolamento sociale.
- Rabbia verso criticità Covid correlate (di percorso, per la prenotazione di esami, l'interruzione o ritardi per terapie e esami/controlli di follow up).
- Paura di non essere considerati (es.: «non si muore solo di covid!»; «il tumore non va in pausa...»).
- Ansia, per i familiari, per la solitudine provata dai propri cari durante le visite, terapie e ricoveri.
- Incapacità di verbalizzare gli stati affettivi (hanno chiamato il servizio molte persone con sofferenza psicologica, sotto indicazione di medici dell'USCA o di altri servizi, ai quali risultava difficile parlare delle proprie emozioni e pensieri).
- Senso di insicurezza e senso di impotenza.
- Paura di contrarre il virus e del contagio di un familiare.
- Sindrome da indennizzo (es.: «È dovere da parte dell'azienda/delle istituzioni di risarcirmi per il danno subito»).
- Difficoltà socio-economiche e incertezza rispetto al futuro.
- Paura del vaccino per il Covid o richiesta di potersi accedere con priorità immediata.
- Sintomi più gravi di ansia, depressione, disturbi del sonno, disfunzioni cognitive e dolore.

Tutte queste possono essere considerate come le fonti di stress che più incidono sul disagio psicologico della popolazione generale, pertanto tali paure si presentano in modo amplificato nelle persone più fragili e più a rischio come nei pazienti oncologici.

Vissuti come la solitudine e il senso di abbandono sembrano essere legati soprattutto all'isolamento e al distanziamento sociale, aspetti che hanno stravolto profondamente il nostro quotidiano con l'avvento della pandemia. Molto spesso i pazienti e familiari hanno espresso come la difficoltà nel mettersi in comunicazione con le strutture di riferimento (chiusure periodiche causate dal Covid, mancanza di personale disponibile), il non potersi recare in ospedale per esigenze di vario tipo e la continua incertezza sulla prosecuzione del percorso oncologico in atto (terapie, interventi chirurgici, visite di controllo) siano stati gli elementi che hanno amplificato il senso di solitudine e sconforto.



Con l'avvento della pandemia sono stati potenziati i canali comunicativi come quello telefonico o di videocolloquio, in modo da poter sopperire alla possibilità di incontrarsi personalmente. Il CARE ha sempre utilizzato lo strumento telefonico come principale modalità di interloquire con pazienti, familiari e personale sanitario, comprendendo sempre di più negli anni quali siano gli aspetti positivi e negativi del suo utilizzo.

Tra gli aspetti positivi del colloquio telefonico possiamo indicare la possibilità di dare garanzia di anonimato, in quanto la persona può decidere se dare o meno il suo nominativo e i suoi dati personali, può fornire un intervento immediato dando da subito spazio alla necessità presentata, le persone possono chiamare quando e da dove preferiscono scegliendo un luogo di comfort per affrontare il colloquio, infine restituisce una forma di controllo che aiuta a superare il pudore, la vergogna e le paure iniziali ed è in grado di arrivare a tutti e ovunque.

Dall'altra parte si possono riscontrare dei limiti, tra cui un maggior rischio di "perdere il paziente" e il fatto che non sia adatto a tutte le situazioni (es. psicopatologie pregresse, particolari profili di personalità).

Gli obiettivi principali dell'attività svolta dagli operatori del Centro sono stati vari, come creare una relazione di fiducia che rompesse la catena della solitudine emersa in questo difficile periodo; offrire una preliminare "valvola di sfogo e contenimento" della rabbia che permettesse di far riaffiorare il dolore e la sofferenza psicologica; lavorare sulla consapevolezza di ciò che accade fuori e dentro la persona; chiarire, in maniera co-costruita, la natura del proprio bisogno, desideri ed aspettative, in integrazione ad un maturo esame di realtà, fare ordine ed aumentare il livello di consapevolezza sulle risorse personali, familiari, amicali e sociali a cui fare appello; offrire un punto di riferimento di cui usufruire nei momenti di crisi, nonché un tutoraggio nell'espletamento di alcuni passaggi del percorso di diagnosi e cura, in attesa che la persona possa imparare a farlo da sola. L'utilizzo di uno strumento come il counseling telefonico può dunque aiutare a creare il terreno fertile per un supporto psicologico più specifico che potrà essere attivato in un secondo momento.

La struttura operativa del Centro di Ascolto ha permesso più che mai, nel periodo di pandemia, di essere un punto di riferimento per i pazienti oncologici con tumore al seno e tumore non-seno.

In particolare, le persone hanno potuto trovare sempre una risposta immediata al momento della chiamata vista la fruibilità nell'utilizzo dell'apparecchio telefonico. Per il Centro è stato possibile offrire supporto psicologico alle pazienti, effettuare l'invio dei casi al Referente Psiconcologo aziendale, fornire informazioni tempestive e accurate sul percorso alla luce del particolare momento storico e infine la possibilità di confrontarsi in continuo con i Focal Point

aziendali e i RUA (Referente Unico Aziendale) in grado di poter dare informazioni aggiornate e puntuali alla luce dei repentini cambiamenti in ambito ospedaliero.

Dal lavoro svolto dal Centro nel periodo della pandemia è emerso cosa effettivamente risultasse fondamentale al fine di poter fronteggiare il disagio psicologico: riuscire a mettersi in contatto con il reparto di riferimento (infermiere, oncologi, senologi

e altri specialisti), poter accedere ai Servizi di psicologia (via telefono o videochiamata), e ricevere un adeguato supporto informativo continuo. Tutti questi sono aspetti che in particolare sembrano essere stati riscontrati all'interno dei percorsi della rete senologica toscana dandoci la possibilità di ipotizzare che l'offerta del servizio di cura della Rete Senologica in pandemia abbia risposto ai bisogni emersi in modo davvero efficace.

L'impatto psicologico della mastectomia

Valeria Camilleri¹, Teresa Vigilante²

¹ Medico Psichiatra, Psicoterapeuta e Psico-oncologa

² Psicologa, Psicoterapeuta e Psico-oncologa

«Questo nuovo corpo simboleggia una trasformazione, la mia metamorfosi (...) Come una crisalide che diventa farfalla sono cambiata all'esterno ma sono rimasta la stessa all'interno».

Kelly Davidson, 34 anni

L'interesse per l'**immagine corporea** ha origini antiche e appartiene a diverse discipline, dalla filosofia, alla psicologia, alla neurologia. Platone sottolineava come l'**esperienza soggettiva** fosse intimamente legata al **corpo**, che rappresenta per ogni individuo lo **strumento attraverso cui il mondo assume un significato**. L'immagine corporea rappresenta l'immagine «pensata» del proprio corpo, in relazione alla forma, alla dimensione e ai sentimenti che proviamo rispetto alle singole parti di esso. È modulata da fattori cognitivi, affettivi, sessuali, estetici e sociali che interagiscono con i fattori biologici, ricoprendo un peculiare ruolo sull'autostima.

Per spiegare il senso di quanto espresso, facciamo riferimento al famoso quadro «Ragazza davanti allo specchio», di Pablo Picasso (1932): nel rappresentare in un vivace gioco di colori la donna amata, l'artista ritrae una prima immagine complessa della donna, un aspetto più lunare ed etereo del suo profilo, e un'immagine maggiormente vivida, il riflesso della donna come si percepisce, come vede sè stessa. Se da un lato l'artista vede la donna amata come complessa nel suo essere integra e felice, dall'altro lato vi è il riflesso di un'immagine disgregata in numerosi sentimenti di angoscia, che potrebbe comprendere molteplici fattori quali l'invecchiamento, la perdita di qualcosa di importante. Tale dipinto esprime il concetto importante dell'immagine corporea, ovvero l'esperienza soggettiva che abbiamo del nostro corpo e che non sempre corrisponde all'esperienza oggettiva.

Nella malattia oncologica, tra i tanti aspetti coinvolti, il corpo ricopre un **ruolo protagonista**: si ammala, si indebolisce, lo percepiamo **traditore e tradito**, di-

venta la dimensione in primo piano di un'esperienza di vita traumatica, in cui e su cui gli operatori sanitari riversano le loro pratiche di cura e di amorevole gentilezza, e su cui si ripercuotono gli effetti negativi dei trattamenti. Tali conseguenze portano alla ribalta l'immagine di un **corpo cambiato**, che spesso non viene più riconosciuto e sentito come proprio (Rosemberg, et al. 2013) e spesso non viene integrato **nell'identità personale**. La diagnosi di tumore al seno irrompe inaspettatamente nella vita di una donna determinando una **frattura nella trama dell'esistenza**; si fa fatica, nelle prime fasi della diagnosi ed in seguito ad inter-



Pablo Picasso, *Ragazza davanti allo specchio* (1932).

venti quali la **mastectomia**, ad attribuire un nuovo significato alla propria quotidianità, alla propria vita. Si sviluppa spesso un rifiuto del corpo modificato, anche se appare ancora femminile e anche nonostante un intervento tecnicamente eccellente, che apporta migliorie corporee rispetto al corpo precedente. Il rifiuto si traduce nell'incapacità di guardarsi allo specchio o anche di toccarsi nella zona operata, e si affianca al trauma relativo alla separazione da una parte di sé (il seno) densa di investimenti affettivi ed estetici. Nonostante i notevoli miglioramenti volti a contenere quanto più possibile l'invasività dell'intervento chirurgico, le conseguenze rimangono inevitabilmente visibili, e spesso rappresentano per la paziente la prova più concreta della sua malattia, oltre che un elemento di stigma a livello sociale.

«La mia cicatrice è un doloroso promemoria», ciò significa che a volte anche se da un punto di vista chirurgico tutto è stato svolto perfettamente, prevale il ruolo simbolico a cui è fondamentale dare importanza e significato, prendendo in considerazione elementi quali: le risorse individuali affettive, sociali, le strategie di coping utilizzate, i tratti personologici, la vulnerabilità emotiva, il contesto di provenienza, il ciclo di vita e gli obiettivi raggiunti e prefissati. In un importante studio è stato evidenziato che le pazienti sottoposte a **mastectomia**, rispetto a quelle sottoposte a chirurgia conservativa, risultano avere (Engel, 2004):

- Un'immagine corporea più compromessa.
- Più bassi punteggi di funzionalità sessuale e di identità di ruolo.
- Una vita complessivamente più turbata.

Tali fattori non tendono a migliorare con il tempo.

Le donne trattate **conservativamente** hanno una migliore immagine corporea, ma una peggiore funzionalità fisica e sessuale, tanto maggiore quanto più la paziente è giovane (Kenny et al, 2000):

La **mastectomia bilaterale profilattica** riduce l'ansia di sviluppare il tumore del seno, ma ha un impatto negativo sulla vita sessuale delle pazienti (Van Geel, 2003).

In generale, la **ricostruzione della mammella** se non accompagnata da una reale integrazione del seno ricostruito nell'identità corporea, può comunque produrre disagio e sofferenza, collegabili all'idea di una sorta di «**Falso Sé**», percepito come illusorio ed ingannevole. Cosa possiamo fare per arginare quanto condiviso e migliorare il benessere psicofisico delle donne sottoposte ad interventi conservativi e, in generale, delle donne con tumore al seno? Potremmo concretizzare un tipo di Medicina definita «**patient centred**», ovvero la costruzione di una relazione caratterizzata da un vivo ascolto attivo ed empatico, comprendere il disagio emotivo che la paziente sta vivendo. I trattamenti medici dovrebbero sempre basarsi sulla **relazione medico-paziente**, sull'**empatia**, sull'**ascolto** che annulla la reciproca distanza e favorisce un comune terreno d'intesa.

L'**identità psico-corporea**, dunque, richiede una graduale e complessa «**risignificazione**», che può essere implementata attraverso vari e altamente efficaci interventi psicoterapici individuali e di gruppo.

Apriamo una parentesi sull'importanza del gruppo: il gruppo funziona come costruttore di solidarietà. È molto più della somma dei singoli componenti, perché ognuno di noi può dare il proprio contributo e il proprio supporto emotivo; gruppi di persone che affrontano la stessa tematica, la medesima problematica, può diventare un luogo sicuro di solidarietà per poter esprimere le proprie emozioni, ridurre l'ansia, e ricevere aiuto da chi in prima linea vive i disagi emotivi che implica la malattia, ovvero le pazienti.

La **pazienza, l'attenzione non giudicante, la capacità di accettazione, di curiosità, di chiarezza, di decentramento, di compassione verso sé stessi**, compassione che non deve essere confusa con il termine «pena», bensì come capacità di accogliere il proprio dolore, capirsi e impegnarsi a risollevarsi, può portare ad una visione più gioiosa e più armonica di sé stessi.

Queste qualità e abilità possono essere innate nelle pazienti ma possono anche essere incentivate da noi operatori, non soltanto dagli addetti ai lavori (Psicoterapeuti), ma anche dai vari medici che interagiscono con le pazienti, aiutando noi stessi a liberarci dall'avversione, dalla paura, dall'autoreferenza, dall'attaccamento ad un'identità cristallizzata che porta, a volte, all'impossibilità di rispondere efficacemente al cambiamento.

Affrontare i cambiamenti della percezione di sé ed aiutare la persona a «risignificare» la propria immagine corporea e ad **abitare nuovamente il proprio corpo** è molto di più che un intervento cosmetico. Significa ricongiungere la donna con sé stessa, creare una continuità nel modo di sentirsi e di percepirsi a partire dal corpo, perché la rielaborazione dell'immagine corporea consente la ripresa degli **obiettivi di vita**.

Per fare questo, ricordiamo di attenzionare tali parametri:

- Qualità della comunicazione: chiara, omogenea, empatica, in grado di esplorare le aspettative della paziente.
- Approccio multidisciplinare.
- Tempistiche della comunicazione.
- Esplorazione dei reali desideri, bisogni, del mondo dei significati individuali.
- Risignificazione e accettazione del cambiamento.

L'attenzione per l'immagine corporea in oncologia nasce dall'esigenza di una umanizzazione delle cure dedicate ai nostri pazienti al fine di dare centralità e valore alla persona sofferente, e non alla malattia, anche se a partire dallo stato di malattia.

Vogliamo favorire la centralità e la cura delle persone e non la centralità della malattia.

DRAGON BOAT

Un'opportunità per avvicinare allo sport una donna che ha affrontato il cancro al seno



Edna Maria Ghobert
Presidente dell'Associazione
Senologica Internazionale



Fino a qualche tempo fa esisteva la teoria secondo cui le donne operate di tumore al seno dovessero evitare tutte le attività sportive ripetitive che coinvolgesse la parte superiore del corpo.

DRAGON BOAT

Sono sempre stata convinta dell'importanza di quest'attività ed ho partecipato (da spettatrice) a diverse competizioni per verificare da vicino le caratteristiche e le modalità di svolgimento dell'attività di cui stiamo parlando e la sorpresa maggiore l'ho avuta a Firenze nel corso di un campionato internazionale.



Mi sono trovata nel mezzo di una moltitudine di atlete e voglio sottolineare atlete perché io, che di gare ne ho vissute tante, ho respirato l'elettricità, gli stessi brividi, la stessa tensione e determinazione che attengono a qualsiasi competizione sportiva. Atlete senza capelli, o con una bandana, oppure a cure finite tutte con il medesimo entusiasmo.

DRAGON BOAT



Dott. Don McKenzie

Il convincimento era che, a seguito dell'intervento subito, questo tipo di attività potesse favorire il linfedema, ovvero un doloroso e inabilitante rigonfiamento delle braccia.

Tuttavia, il canadese dott. Don McKenzie era di diverso parere così, per provare la sua teoria, nel 1996 per cinque mesi allenò al Dragon Boat 24 donne che avevano subito un intervento chirurgico per tumore al seno verificando quanto ciò non corrispondesse alla realtà.

Non solo nessuna partecipante sviluppò il tanto temuto linfedema alle braccia, ma ognuna delle partecipanti ne guadagnò in salute sia fisica che psicologica.

La valenza del Dragone va, infatti, ricercata non solo dal punto di vista del recupero fisico, ma anche dal punto sociopsicologico, perché alla donna di offre la possibilità di riconoscersi in una squadra, condividendo emozioni, ansie, disagi e speranze con chi sta vivendo la sua stessa situazione.

Basarsi una sull'altra, cementare un lavoro collettivo nel perseguire un obiettivo comune sicuramente fornisce una ragione in più per riappropriarsi delle proprie sicurezze sepolte già nel momento della diagnosi di cancro al seno.



DRAGON BOAT

Tuttavia, nell'aria c'era altro, tanto altro perché, seppure in lingue diverse, si capiva che tutte quelle donne in riva all'Arno dividevano uguali argomenti, stesse paure ed insicurezze che convogliavano nell'obiettivo della vittoria concepita, quindi, non solo come trofeo, ma come rivale nei confronti di una malattia che, affrontata in gruppo, sembra meno terribile.



C'è da dire che lo sport, da sempre, ha la forza di creare solidarietà e amicizia.

Nel caso del dragone quello che appare evidente è la volontà di condividere un percorso di vita, di farlo con lo sport, di farlo in modo che attraverso questo esempio in tante possano trovare nell'attività fisica la voglia di ricominciare a vivere.

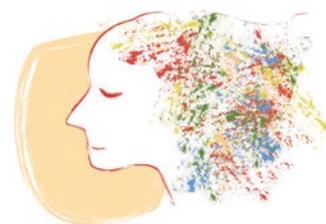


Questo è l'obiettivo che l'Associazione Senologica Internazionale si è posta e desidera raggiungere.

Ecco perché anche a Pisa un gruppo di circa 20 donne avrà la possibilità di allenarsi in acque sicure, di fare squadra, di confrontarsi e di condividere in un gradevolissimo contesto la voglia di risentirsi vive attraverso l'impegno, la fatica, il sudore, la volontà, la caparbità, la costanza che sanno di sport, ma, soprattutto, sanno di vita.

Il coraggio di testimoniare la propria esperienza

Francesca Falleni



Mi chiamo francesca, ho 52 anni.
Agosto 2022: screening mammografia, biopsia, diagnosi carcinoma in situ.

Mi è stato detto, nella sfortuna sei stata fortunata...

Be' avrei voluto essere solo fortunata e non aver avuto nessun problema.

Superato lo sconforto iniziale comincio a muovermi, cosa devo fare, cosa è meglio fare, dove andare.

Scelgo il centro senologico di Pisa e da lì inizia la mia nuova speciale avventura.

Speciale?? Sì, perché tutto il reparto dal primo giorno mi ha accolto non come una paziente ma come un'amica da dover aiutare.

Il giorno dell'intervento con la paura che la faceva da padrona, l'equipe medica e tutto il personale intorno a me mi ha trattato con dolcezza, trasmettendomi una tranquillità tale che neanche l'anestesia regala.

Consapevole e pervasa da un immenso benesse-

re non ho avuto domande, né dubbi, né pensieri.

Sono stati degli angeli custodi a cui mi sono affidata lasciandomi andare, tornando anche un po' bambina.

Non credo di parlare solo per me, sono sicura che tutte le pazienti di quel reparto hanno e avranno sempre il mio stesso identico trattamento.

Devo sempre ricevere la risposta dell'istologico, hanno accennato alla radioterapia.

Non vado a cercare informazioni, mi affido ai medici di cui ho fiducia.

Non è possibile conoscere in anticipo tutti i dettagli, anche le risposte ad alcune domande che arrovellano la mente.

Non sono ancora guarita ma il mio tumore era da subito «il mio ex-tumore».



Il fascino di Istanbul

Maria Giovanna Guarguaglini



Ho amato Istanbul fin da quando frequentavo la scuola media. Mi aveva incuriosito la sua storia e il nome della città, passato da Bisanzio a Costantinopoli a Istanbul, ma anche la sua posizione geografica strategica, collegamento, per secoli, tra Oriente e Occidente.

La storia ufficiale di Istanbul inizia nel VII secolo avanti Cristo, quando fu fondata da alcuni coloni greci che la chiamarono Bisanzio. Fu anche capitale dell'Impero Romano d'Oriente, poi durante tutto il Medio Evo fu al centro dell'immenso Impero Bizantino ed infine capitale dell'Impero Ottomano, tanto esteso che nel suo momento di massima espansione arrivò fino alle porte di Vienna.

Oggi Istanbul con i suoi oltre quindici milioni di abitanti (area metropolitana) è **la più grande città della Turchia** e la più popolata d'Europa. Ho visitato Istanbul, con un viaggio organizzato, alla fine del 2019. In pochi giorni ho visto tante meraviglie. Abbiamo iniziato con la visita del grande ippodromo romano, o meglio con i suoi resti, e abbiamo dovuto immaginare le corse con i carri (gli equipaggi più acclamati erano i Verdi e gli Azzurri), gli spettatori urlanti (poteva contenere fino a centomila persone), le vittorie e le sconfitte. All'interno dell'ippodromo ho ammirato in particolare la Colonna Serpentina, una colonna attorcigliata che proviene dal santuario di Delfi in Grecia, e l'obelisco del faraone egiziano



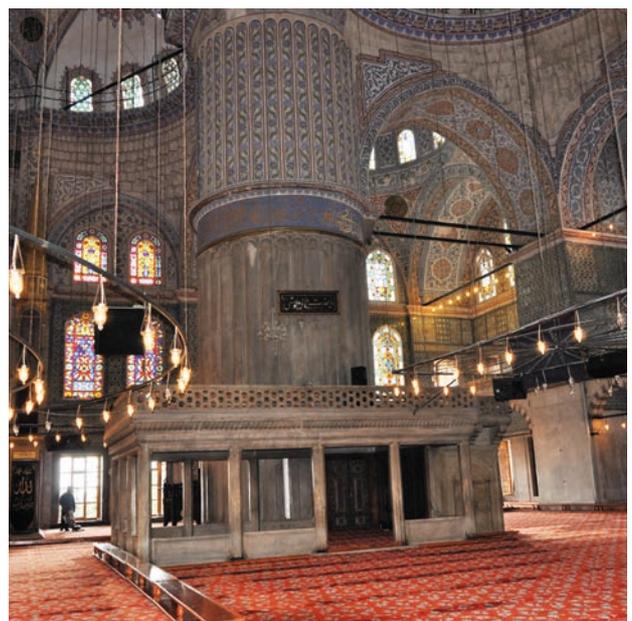
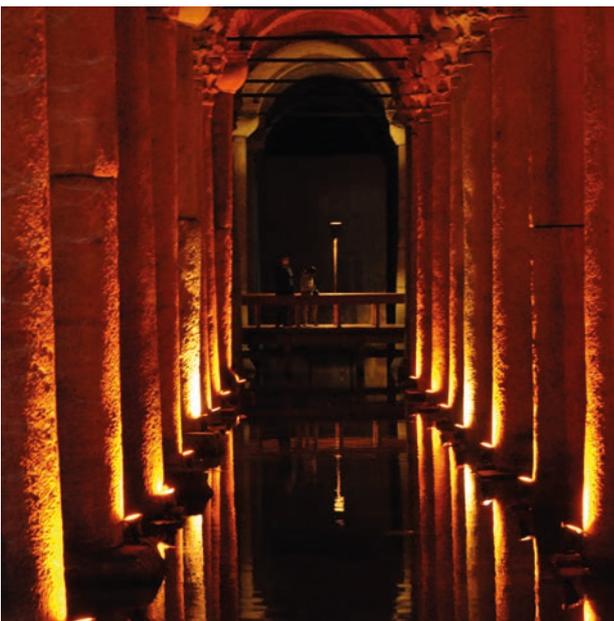
Tutmosi III, proveniente da Eliopoli dove era stato eretto intorno al 1450 avanti Cristo.

Molto vicino all'ippodromo si trova la moschea-museo di Santa Sofia, ricchissima di storia e di opere d'arte. Appena entrata non sapevo proprio dove guardare, avrei voluto girare dappertutto ma ho saggiamente seguito la guida e le sue spiegazioni. L'edificio è dedicato alla sapienza (*sophia* in greco) di Dio e fu cattedrale cristiana bizantina (sede del Patriarcato di Costantinopoli) ma per un breve periodo fu convertita dai Crociati a cattedrale di rito romano. Nel 1453 divenne poi moschea ottomana e rimase tale fino al 1931. In quell'anno fu sconsecrata, da Mustafa Kemal Atatürk, e divenne museo. Ma i cambiamenti non sono finiti perché il 10 luglio 2020 il Consiglio di Stato turco ha annullato il decreto di Atatürk, cancellando la trasformazione della moschea in museo. Lo stesso giorno, il Presidente Erdoğan ha riaperto al culto islamico la Basilica con un decreto presidenziale. I mosaici cristiani sono stati coperti da grandi teli che vengono tolti negli orari delle visite turistiche.

La moschea più imponente di Istanbul è la Moschea Blu, costruita a partire dal 1609, che spicca nel panorama della città con i suoi altissimi minareti (ben sessantaquattro metri di altezza) che sono sei: solo la moschea di Ka'ba alla Mecca ne ha sette. Gli interni della moschea sono decorati con splendide piastrelle di ceramica turchese, verdi e blu. Non ho potuto ammirarne che una piccola parte perché la moschea era in restauro.

Le molte finestre della moschea sono state realizzate con vetri di origine veneziana, frutto dei buoni rapporti commerciali tra Venezia e l'impero Ottomano.

Il monumento più suggestivo è stato la Cisterna Basilica. Mi ha conquistato sia per la spettacolarità che per l'atmosfera fiabesca e incantata, da *Mille e una notte*. La cisterna fu costruita dall'imperatore Giustiniano I nel 532, durante il periodo più prospero dell'Impero romano di Oriente. L'imperatore decise di ampliare un edificio preesistente e, come era d'uso, buona parte dei materiali e delle colonne della basilica provengono da altre costruzioni. Il risultato





è impressionante ed è messo in risalto da una sapiente illuminazione. La cisterna infatti si presenta come un vastissimo spazio sotterraneo, circa centoquaranta metri per settanta e vi trovano posto trecentotrentasei colonne disposte in dodici file. Le colonne sono alte nove metri e distano l'una dall'altra quasi 5 metri. Questo affascinante monumento appare nel famoso videogioco *Assassin's Creed* (l'episodio si trova su YouTube, volendo) e anche verso la fine del romanzo *Inferno* di Dan Brown così come nell'adattamento cinematografico.

Meno affascinante della Basilica Cisterna ma molto interessante, e un po' fuori dai circuiti turistici standard, è il museo di San Salvatore in Chora, in origine una chiesa: un vero capolavoro, conservato nel suo ambiente ori-

ginario, in un piccolo quartiere, il Fener, quartiere greco della vecchia Costantinopoli. La chiesa fu edificata, nel V secolo, fuori dalla prima cinta di mura di Costantinopoli (*en tē Chōra* significa letteralmente *in campagna*). San Salvatore in Chora, per la Chiesa ortodossa, è importante come San Pietro a Roma

lo è per i cattolici. Dopo la conquista ottomana, la chiesa fu trasformata in moschea nel 1511. La comunità islamica, contraria alla rappresentazione di figure umane volle nascondere i mosaici e gli affreschi ricoprendoli di calce. Questo metodo, applicato anche in altri casi analoghi, per fortuna non rovina gli affreschi che infatti, intorno al 1950, sono stati recuperati con accurati restauri.

La chiesa è piuttosto piccola rispetto ad altri luoghi di culto di



Istanbul ma le sue piccole dimensioni sono compensate dall'imponenza degli interni, come spesso capita nell'architettura bizantina. Ricordo di aver visto splendidi mosaici che rappresentano la nascita di Cristo e un bellissimo pulpito in madreperla. C'è anche un chiodo venerato come chiodo proveniente dalla croce di Cristo. Il 21 agosto 2020 un decreto del presidente turco Erdoğan ha annullato la decisione con cui fu istituito il museo, come aveva in precedenza fatto per Santa Sofia. Così la chiesa sarà nuovamente riaperta al culto islamico, con la conseguente copertura (non è noto con quale metodo, visto che sono davvero tanti) dei mosaici cristiani.

Il nostro breve viaggio includeva una suggestiva mini-crociera in battello sul Bosforo lungo la costa europea e quella asiatica. Durante la navigazione ho ammirato il panorama e le pittoresche case di legno costruite in riva al mare. Ho ricordato le atmosfere così ben descritte da Orhan Pamuk nei suoi romanzi. In particolare mi è venuta in mente una sua frase sull'essere «ponte fra due rive». Tornata a casa ho cercato la citazione completa:

«Ho trascorso la mia vita ad Istanbul, sulla riva europea, nelle case che si affacciavano sull'altra riva, l'Asia. Stare vicino all'acqua, guardando la riva di fronte, l'altro continente, mi ricordava sempre il mio posto nel mondo, ed era un bene. E poi, un giorno, è stato costruito un ponte che collegava le due rive del Bosforo. Quando sono salito sul ponte e ho guardato il panorama, ho capito che era ancora meglio, ancora più bello di vedere le due rive assieme. Ho capito che il meglio era essere un ponte fra due rive. Rivolgersi alle due rive senza appartenere».

O. Pamuk, Istanbul, 2003



L'ultimo giorno abbiamo visitato il Topkapi Palace la nuova residenza imperiale ottomana fatta costruire dal sultano Maometto II nel 1459 e completata dopo circa dieci anni. Il Topkapi si trova sul promontorio che separa il Corno d'Oro dal mare di Marmora. Posizione spettacolare per un palazzo spettacolare. Ma non è un palazzo, è un complesso di costruzioni, cortili, harem, padiglioni che sono stati ingranditi, rimaneggiati e ricostruiti molte volte, anche dopo i terremoti. È impossibile visitare tutto, i gruppi di turisti seguono le guide e cercano di non smarrirsi tra le meraviglie che colmano le sale, dalle decorazioni sfarzose alle collezioni di oggetti preziosi, miniature, armi, porcellane cinesi e tanto tanto altro. Più che altro ricordo le cucine (colpa della mia anima casalinga!) che erano le più grandi dell'impero: ospitavano ottocento lavoratori e sfamavano quattromila persone ogni giorno. Cucine, magazzini, caseificio, dormitori e bagni occupavano dieci edifici, non tutti giunti fino ai nostri tempi.

Una grande attrazione turistica di Istanbul è il *Gran Bazaar* i cui inizi risalgono al 1455: anche Edmondo De Amicis e Théophile Gautier lo hanno visitato, e descritto, a metà del XIX secolo. Adesso sono 45.000 metri quadrati coperti dove trovare ogni cosa, dal souvenir al prodotto artigianale, dai dolci ai gioielli, alle spezie. Il mio acquisto migliore è stato il pepe nero in grani. Un'amica, grande viaggiatrice, mi aveva suggerito di comprarne almeno un sacchetto «nessun pepe è buono come quello di Istanbul» mi aveva detto. Al ritorno l'ho provato e ho constatato che aveva proprio ragione perché il gusto di quel pepe è davvero intenso e speciale!

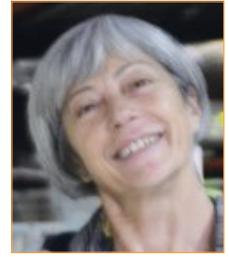


Letto per voi

Olimpia Ronga

Uomini nudi

di Alicia Gimenez Bartlett, Ed. Sellerio, Palermo



Ho letto questo libro per sbaglio, ero convinta di aver comprato uno dei libri della fortunata serie su Petra Delicado, l'investigatrice spagnola che Alicia Gimenez Bartlett ha inventato. Ho cominciato a leggere il romanzo aspettandomi di incontrare la protagonista quanto prima, si presentavano invece personaggi nuovi, vicende torbide, introspezioni inquietanti, incontri fatali.

Quando ho finalmente capito che Petra Delicado non sarebbe mai apparsa avevo letto la prima parte del libro e mi ero immersa nelle vicende dei personaggi che intersecano la propria vita, i propri pensieri e la propria solitudine. Ogni personaggio ha la sua voce, il monologo interiore rivela smarrimento e confusione, rabbia e impotenza.

La Spagna è attraversata da una crisi economica

che mostra impietosamente la disperazione dei protagonisti, la perdita di identità, la perdita dei punti di riferimento necessari per vivere.

Irene e Javier, i protagonisti, sono due naufraghi alla deriva, tormentati e sopraffatti dalle circostanze della vita che li hanno travolti. Genoveva e Ivan, i coprotagonisti sono personaggi minori ma potenti, capaci di indicare loro una strada insidiosa e di accompagnarli alla rovina.

È un libro duro dove la condizione maschile e la condizione femminile si mostrano nelle debolezze e nelle disillusioni dell'età adulta.

È stata una sorpresa, un regalo che mi ha lasciato qualcosa che Petra Delicado non mi avrebbe lasciato, la mia scelta non consapevole è stata per una volta una scelta vincente.

30

Andiamo al cinema

Giovanna Guarguaglini

La stranezza

Un film pirandelliano che incanta



Luigi Pirandello interpretato da Toni Servillo basterebbe a rendere pregevolissimo questo film che mischia elegantemente teatro, storia, sentimenti e comicità. La parte comica è sostenuta dai notissimi Ficarra e Picone, nel duplice ruolo di becchini e attori amatoriali che incontrano Luigi Pirandello senza riconoscerlo, all'inizio.

Difficile raccontare la trama del film che si sviluppa in un sapiente intreccio di numerose vicende dei protagonisti. Vicende ambientate per lo più in

un piccolo paese siciliano tra i suoi normali ma assolutamente non ordinari abitanti. Tutti gli attori sono perfetti nei loro ruoli e le vicende narrate, piccole e grandi, sono tutte intense e godibili. Arrivano a descrivere la nascita di «Sei personaggi in cerca d'autore» in un modo davvero poetico.

Non so dire se ci sia un lieto fine perché nel film, proprio come nella vita, qualcosa si conclude bene, qualcosa si conclude male e tanto altro non si conclude: si immagina o si inventa.



Uno chef stellato cucina per noi

Vellutata di zucca

Silvia Cardelli



OSTERIA
DELLA
CORTE
storie in cucina



Ingredienti

1 kg di zucca delicata
 1 piccolo scalogno
 mezzo spicchio d'aglio
 50 gr di olio extravergine
 30 gr di burro
 200 gr di panna fresca
 qualche foglia di rosmarino tritato
 sale
 6 calamari
 1 uovo sbattuto

una miscela di:
 30 gr di mandorle a fette
 30 gr di amaretti
 100 gr di pane grattugiato
 olio di girasole per friggere

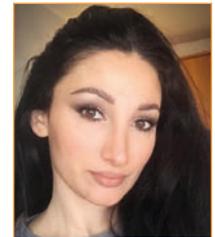
Preparazione

Cuocere la zucca a vapore con la buccia spaccandola in quattro pezzi. Pulirla, levando la buccia e i semi. In una pentola metter l'olio, il burro, lo scalogno e l'aglio, aggiungere la zucca e far insaporire. Aggiungere la panna e appena bolle aggiungere il rosmarino, il sale e quindi frullare il tutto. Aprire i calamari, immergerli nell'uovo sbattuto e quindi impanarli nella miscela di mandorle e amaretti, friggerli in olio di girasole a 160 gradi. Disporre la crema di zucca in un piatto, condire con un filo d'olio e il pepe e finire con i calamari fritti tagliati a pezzetti, se piacciono aggiungere i semi di zucca.



... comunque belle

Gohar Sargsyan



Come mantenere giovane la nostra pelle

In questa occasione vorrei parlare della cura della pelle vista nell'ottica di una routine quotidiana.

Per avere una pelle liscia, bella e luminosa bisogna pulirla a fondo, soprattutto la sera. È necessario togliere il trucco in modo adeguato utilizzando uno struccante oleoso da massaggiare sul viso, detergere poi la pelle con un sapone schiumoso e infine tonificare con un prodotto privo di alcol. Si può effettuare due volte alla settimana anche un peeling enzimatico, ottimo per ogni tipo di pelle.

Solo dopo la detersione applicare la crema o la maschera idratante.

È molto utile massaggiare il viso ogni giorno almeno per 5 minuti, dall'alto verso il basso e dall'interno verso l'esterno. Anche lo yoga facciale praticato per almeno 5 minuti al giorno giova.

Ecco ora tre ricette facili da fare in casa.

Maschera illuminante e nutriente al cacao

- Un cucchiaino di yogurt bianco
 - Un cucchiaino di miele
 - Un cucchiaino di cacao amaro in polvere
- Mescolare tutti gli ingredienti e spalmare su viso e collo. Tenere per 10/15 minuti e risciacquare.

Impacco per gli occhi riposante all'avocado e aloe vera

- Un cucchiaino di gel di aloe vera
 - 1/2 avocado
- Creare un composto privo di grumi e applicarlo sotto gli occhi, tenere per 10 minuti e poi risciacquare.

Maschera antiossidante alla vitamina C

- Un cucchiaino di mango schiacciato
 - Qualche goccia di glicerina
 - Un po' di farina d'avena
- Applicare sul viso per 10 minuti, poi risciacquare accuratamente.

Comunicato della redazione

Ci ha lasciato Liana Martinelli, vicepresidente dell'Associazione Senologica Internazionale e fondatrice della rivista Sassi e Piume. Poche parole per ricordarla da parte della redazione.

*Addio. Non parleremo più né scherzeremo insieme correggendo le bozze.
È finito il tempo. Atropo ha tagliato il filo.
Cosa resta? Il ricordo e il rimpianto, il vuoto e l'attesa. Addio.*

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*

