



**A.N.D.O.S. onlus**  
Associazione Nazionale Donne Operate al Seno

La *Forza* al  
*Femminile*

**INFORMAZIONI UTILI**

*per te* !





## Introduzione:

## A.N.D.O.S. ONLUS: UN'ASSOCIAZIONE DI DONNE PER LE DONNE

# TUMORE AL SENO: DALLA DIAGNOSI ALLA TERAPIA

## Capitolo 1 - Anticipazione diagnostica e programma di screening

Premessa – Conosci il tuo seno

- 1.1 Fattori di rischio
- 1.2 I vaccini: arma di prevenzione
- 1.3 Genetica del tumore della mammella
- 1.4 L'importanza dello Screening mammografico
- 1.5 Gli strumenti della diagnosi precoce
- 1.6 Screening nelle donne ad alto rischio

## Capitolo 2 - Intervento e dopo l'intervento

Premessa

- 2.1 Chirurgia
- 2.2 Le conseguenze a breve e a lungo termine dell'operazione al seno
- 2.3 Linfedema: il braccio gonfio
- 2.4 Un seno bello come prima: protesi e chirurgia plastica ricostruttiva

## Capitolo 3 - Le terapie postoperatorie

Premessa- Si scrive cancro, si legge malattie neoplastiche

- 3.1 Le terapie postoperatorie
- 3.2 Malattia Metastatica e Oligometastatica
- 3.3 Quale scelta terapeutica
- 3.4 Effetti collaterali
- 3.5 Preservazione della Fertilità
- 3.6 Sempre sotto controllo: il follow up

## Capitolo 4 – Tumore mammario e gravidanza

- 4.1 Carcinoma in gravidanza (PABC - Pregnancy Associated Breast Cancer)
- 4.2 Gravidanza dopo il cancro

## Capitolo 5 – Tumore mammario nell'uomo

## Capitolo 6 – Salute oggi e domani: come tenersi in forma

Premessa – Mens sana in corpore sano

6.1 L'alimentazione sana aiuta a mantenersi in salute

E se fai la chemio?

6.2 Sport e ginnastica

6.3 Donne sempre. Bellezza e un po' di vanità

## Capitolo 7 - La forza della vita

### Premessa

7.1 Superare i momenti difficili. Conseguenze psicologiche immediate

7.2 Il rapporto di coppia

7.3 Al lavoro!

7.4 Tutela socio-sanitaria e facilitazioni di legge

7.5 Non siamo sole!

### I comitati A.N.D.O.S. in Italia

#### SI RINGRAZIA PER LA COLLABORAZIONE:

Bossi Daniela – Chirurgo Senologo Presidente Comitato A.N.D.O.S. di Milano

Botto Rossana – Psicologa Psicoterapeuta

Cortesi Laura – Oncologo Referente AIOM per la Genetica

Degrassi Flori – Chirurgo Presidente A.N.D.O.S. Nazionale

Ferrando Pietro – Chirurgo Plastico Consigliere A.N.D.O.S. di Torino

Frigerio Alfonso – Radiologo Responsabile Radiologia di Screening

Garruti Mattia – Oncologo Nutrizionista

Pasquariello Antonella – Consulente Previdenziale Presidente Comitato A.N.D.O.S. San Donà di Piave

Pedani Fulvia – Oncologo Coordinatore Nazionale A.N.D.O.S.

Savegnago Ferruccio – Fisiatra Consiglio Direttivo A.N.D.O.S.

Stanizzo Maria Rosa – Psicologa Psicoterapeuta Consigliere A.N.D.O.S. di Torino



## Presidente Nazionale Flori Degrassi

Il progetto **“La forza al femminile”**, nato dall’impegno dell’associazione A.N.D.O.S. onlus -Associazione Nazionale Donne Operate al Seno - in collaborazione con Novartis, vuole essere un supporto concreto alle donne che, come te, stanno affrontando o hanno affrontato il tumore al seno, offrendo informazioni e strumenti utili per ottimizzare lo stile di vita e le cure durante tutto il percorso terapeutico.

Il progetto esprime tutta la fiducia nella capacità delle donne di reagire con coraggio, determinazione e ottimismo a questa prova. Ed è per questo che **“La forza al femminile”** è dedicato a te e a tutte le donne che, come te, affrontano la malattia.

I capitoli della guida che hai in mano ti accompagneranno passo passo nel tuo percorso, sapendo che guarire non è solo una questione che riguarda il corpo, ma anche la mente, e ti aiuteranno a trovare la forza di affrontare le difficoltà con un atteggiamento fiducioso e positivo. Ottimizzare lo stile di vita e la cura del proprio corpo può migliorare non solo l'accettabilità ma anche l'efficacia del percorso terapeutico.

### **A.N.D.O.S. onlus un'Associazione di donne per le donne**

A.N.D.O.S. onlus è stata fondata nel 1976 a Trieste come “Centro di Riabilitazione delle Mastectomizzate”

Le fondatrici e le prime volontarie avevano intuito che il tumore al seno non era una “semplice malattia”, ma qualcosa di molto più complesso e profondo: una ferita non solo nel corpo, ma anche nell’identità femminile, che richiedeva un supporto ed un approccio specifici.

Tanta strada è stata fatta da allora sempre nella direzione di promuovere, avviare e supportare ogni iniziativa volta a favorire un completo recupero fisico, psicologico e sociale delle donne che hanno affrontato e affrontano il tumore al seno.

Nella nostra associazione volontari e volontarie collaborano indistintamente, siano essi operatori sanitari, medici, psicologi, terapisti della riabilitazione o donne operate. per un unico fine: migliorare la qualità di vita della persona cui è stata fatta diagnosi di cancro della mammella, avvalendosi quando necessario di consulenti specialistici legali, dietisti e esperti delle varie attività fisiche.

Il nostro **colore distintivo è l'arancione**, “il colore più felice” secondo Frank Sinatra perché il colore del sole. Il nostro **simbolo la rondine**, segno di rinascita. Entrambi evocano la primavera, la stagione in cui si rinnova la vita.

L'arancione ci contraddistingue garantendoci una identità visiva definita e una netta riconoscibilità, inoltre ha **grande valenza inclusiva** non essendo discriminante anche per gli uomini con tumore al seno.

#### **Le nostre parole chiave:**

- **rispetto**, per ogni persona ed ogni storia
- **contaminazione**, tra donne operate e professionisti sanitari che fungono da mediatori cultu-

rali mentre le donne consentono una prospettiva d'osservazione diversa

- **speranza**, nella ricerca e fiducia nella vita, purché di qualità
- **ascolto**, ogni donna deve essere ascoltata e deve avere risposta alle sue domande
- **comunicazione e condivisione** del percorso di cura
- **presa in carico**, siamo la mano a cui appoggiarsi per non cadere
- **equità**, ogni donna ha diritto ad essere trattata nel miglior modo possibile

Le volontarie e i volontari sono il patrimonio dell'A.N.D.O.S. e la nostra essenza. Formati e aggiornati periodicamente con corsi organizzati in convenzione con la Facoltà di Medicina e Psicologia della Sapienza uniscono all'empatia relazionale grande qualifica e competenza, garantendo alta professionalità nel loro operato presso le Breast Unit, Centri di Screening e Reparti Oncologici.

A.N.D.O.S. facendo proprie le indicazioni delle più recenti linee guida internazionali, si impegna, a sensibilizzare la donna sull'importanza dell'anticipazione diagnostica, favorendo l'adesione ai programmi di screening; promuove la costituzione e sviluppo delle Breast Unit, sostenendo l'accessibilità alle cure in tutte le fasi di malattia e partecipando alla stesura dei PSDTA favorisce l'integrazione ospedale-territorio e la territorializzazione dei trattamenti tramite.

A.N.D.O.S. oggi vanta 51 Comitati attivi su tutto il territorio nazionale.

A.N.D.O.S. Nazionale svolge la propria funzione attraverso il coordinamento dei 51 Comitati locali presenti su tutto il territorio isole comprese.

### **Servizi offerti:**

Grazie a una formazione sempre più professionale delle sue volontarie e alla collaborazione di specialisti affermati sia in campo medico sia nel counseling psicologico, A.N.D.O.S. offre:

- informazione e educazione sanitaria;
- sensibilizzazione e promozione della prevenzione, in particolare degli screening mammografici organizzati;
- supporto alle donne durante tutto il percorso diagnostico terapeutico;
- promozione e attività nelle Breast Unit;
- assistenza psicologica, per il recupero della percezione di sé, della propria femminilità e sessualità;
- assistenza sociale e previdenziale;
- attività culturali-ricreative;
- assistenza cosmetica;
- ginnastica e nuoto;
- tecniche di rilassamento;
- terapia occupazionale;
- convegni e corsi di formazione per volontari;
- advocacy
- collaborazione con le altre associazioni;

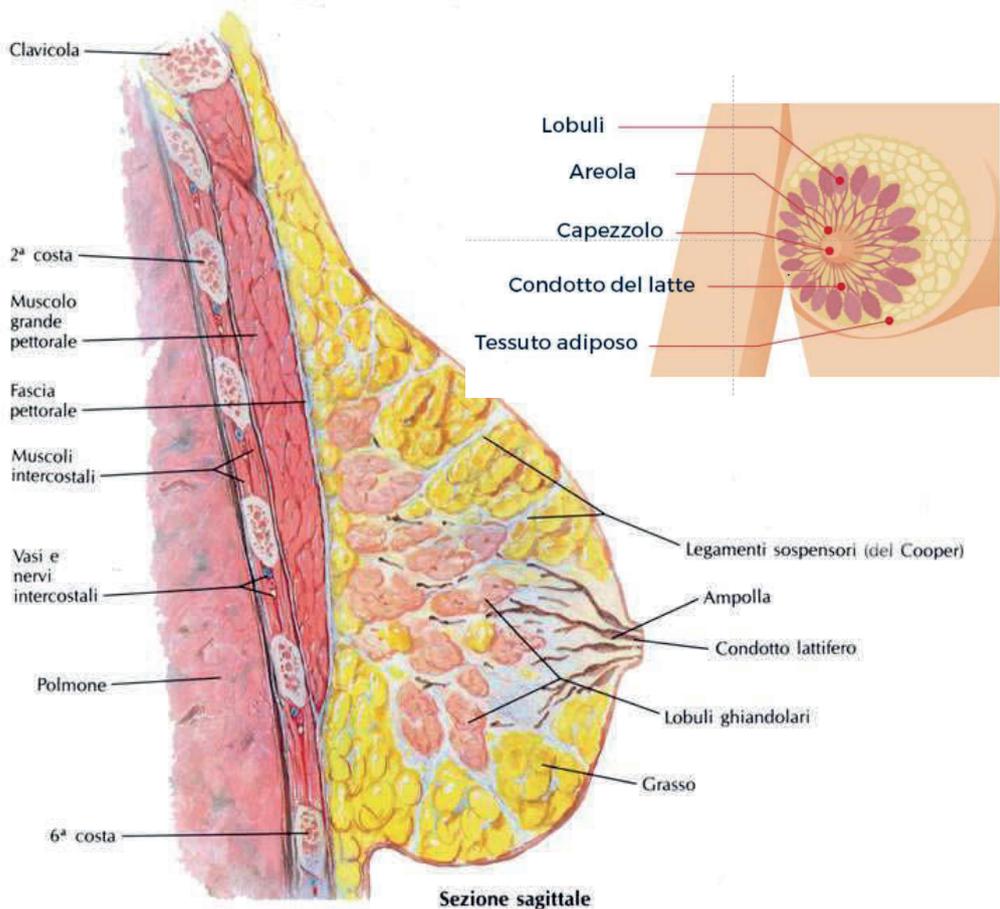
*Per vedere gli indirizzi di tutti i Comitati A.N.D.O.S. presenti in Italia vai sul nostro sito*

## TUMORE AL SENO: DALLA DIAGNOSI ALLA TERAPIA A CURA DI FULVIA PEDANI E MARIA ROSA STANIZZO

### ANTICIPAZIONE DIAGNOSTICA E PROGRAMMA DI SCREENING

#### Premessa – Conosci il tuo seno

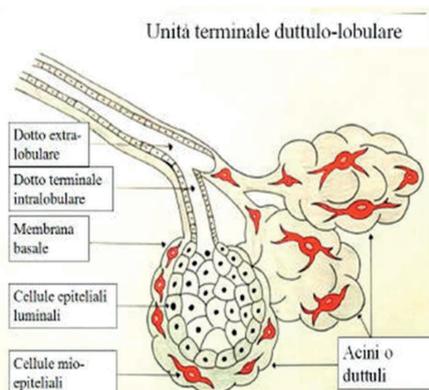
La mammella è una ghiandola pari e simmetrica **localizzata nel tessuto sottocutaneo del torace sopra al muscolo pettorale**, compresa tra la seconda e la sesta costa in senso longitudinale e lateralmente tra lo sterno e l'ascella. I limiti anatomici della ghiandola mammaria non sono netti a eccezione di quello profondo delimitato dalla fascia pettorale superficiale ed è possibile che vi siano alcune propaggini microscopiche oltre i limiti anatomici macroscopici della ghiandola.



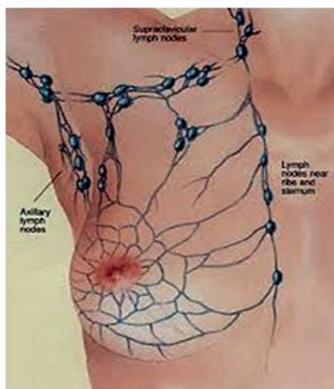
# Capitolo 1

La mammella è composta in prevalenza da tessuto adiposo in cui è immersa la ghiandola mammaria, che ha una forma ad “albero in fiore”, formato dai **dotti galattofori maggiori** che dal capezzolo si ramificano in strutture duttali progressivamente più piccole fino alle “**unità terminali duttulo-lobulari**” o acini. La ghiandola è formata da 15-20 unità **lobulari**, che producono il latte materno e che attraverso i **dotti galattofori** lo portano al **capezzolo**.

Il capezzolo è il punto di sbocco dei dotti galattofori maggiori e presenta circa 15 a 20 orifici duttali. È formato prevalentemente da tessuto fibroso denso e tessuto muscolare liscio, che permettono la contrazione dei dotti e facilitano la secrezione del latte.



L'areola mammaria, è la cute pigmentata che circonda il capezzolo, di diametro variabile tra 3-5 cm, in cui si trovano gli orifici delle ghiandole sebacee (tubercoli di Montgomery) che favoriscono la suzione e rendono morbido ed elastico il capezzolo durante l'allattamento.



I vasi sanguigni portano il nutrimento e i vasi linfatici drenano la linfa di ciascuna mammella portandola ai linfonodi:

**ascella e fascia interpettorale** (linfonodi di Rotter), la più importante via di drenaggio, pari 75% del flusso linfatico;

**catena mammaria interna** lungo il bordo del corpo dello sterno, che drenano il 25%;

**sovra-clavicolare, infra-clavicolari** e intramammari che drenano 10%.

I tubuli sono composti da uno strato interno di cellule epiteliali, dette “**cellule luminali**”, e da uno strato esterno composto da cellule mioepiteliali o “**cellule basali**”.

A partire dalla 5a settimana di gestazione lo sviluppo della mammella nella donna è dipendente dalla stimolazione degli ormoni steroidei prodotti dalla madre e dalla placenta. Alla nascita con la scomparsa degli ormoni materni la ghiandola mammaria si rimpicciolisce e diventa quiescente.

Con la pubertà si riattiva il normale sviluppo della ghiandola mammaria con la produzione ciclica degli ormoni prodotti dall'ovaio.

Le cellule luminali vanno incontro a modificazioni secretorie durante la gravidanza e l'allattamento.

**Gli estrogeni stimolano la proliferazione delle cellule epiteliali dei dotti galattofori** e la differenziazione dello stroma periduttale ormonoresponsivo.

**Il progesterone, l'insulina e l'ormone della crescita regolano la differenziazione dei lobuli ghiandolari.** La maturazione funzionale della ghiandola mammaria femminile si completa solo durante la gravidanza con la differenziazione lobulo-alveolare definitiva per la produzione del latte.

La **mammella maschile** non avendo stimolazione ormonale, è formata prevalentemente da strutture duttali con scarso o assente stroma periduttale specializzato e non completa la differenziazione lobulo-alveolare.



## CLASSIFICAZIONE ISTOLOGICA

### CARCINOMI INFILTRANTI DELLA MAMMELLA WHO 2019

Carcinoma infiltrante non di tipo speciale (NST)/Carcinoma duttale infiltrante NAS<sup>a</sup> (80%)

Carcinoma lobulare	(10%)
Carcinoma tubulare	(6%)
Carcinoma cribriforme	
Carcinoma mucinoso	(2%)
Cistoadenocarcinoma mucinoso	
Carcinoma infiltrante micropapillare	
Adenocarcinoma apocrino	
Carcinoma metastatico	

**Proliferazioni epiteliali benigne e precursori**  
 Iperplasia duttale usuale  
 Lesioni a cellule colonnari  
 Iperplasia duttale atipica

**Adenosi e lesioni sclerosanti benigne**  
 Adenosi sclerosante  
 Adenoma apocrino  
 Adenosi microghiandolare  
 Cicatrice radiale/ lesione sclerosante complessa

#### *Tumori rari del tipo ghiandole salivari*

Carcinoma a cellule aciniche
Carcinoma adenoideo cistico
Carcinoma secretorio
Carcinoma mucoepidermoide
Adenocarcinoma polimorfo
Carcinoma a cellule alte con polarità invertita

#### *Neoplasie neuroendocrine*

Tumore neuroendocrino
Carcinoma neuroendocrino

i carcinomi mammari originano dalla proliferazione maligna delle cellule epiteliali che rivestono i dotti e i lobuli della ghiandola mammaria, si distinguono in: **carcinomi in situ (20%)**, cioè che non hanno superato la membrana basale quindi non sono ancora invasivi;

### **Carcinomi infiltranti (80%)**

che hanno superato la membrana basale.

Più raramente originano dagli altri tessuti che formano il corpo mammario:

dal tessuto linfatico i linfomi,

dal tessuto connettivo i sarcomi.

**I linfomi primitivi** extralinfonodali non Hodgkin (LNH) della mammella sono particolarmente rari (2% di tutti i linfomi extralinfonodali), originano dal tessuto linfoide localizzato prevalentemente in sede perilobulare e periduttale.

**I tumori mesenchimali** mammari sono rari pari a < 1% delle neoplasie mammarie e < 5% dei sarcomi dei tessuti molli, circa 4,5 nuovi casi all'anno/milione persone.

Si possono sviluppare de novo (primitivi), oppure insorgere nell'area di tessuto precedentemente radiotrattato per altra neoplasia (RIS). Il rischio è direttamente proporzionale alle dosi somministrate, inversamente proporzionale all'età al momento della radioterapia e aumenta se concomitante alla chemioterapia. **L'angiosarcoma** è l'istotipo più comune.

**Il tumore fillode** < 1% dei tumori della

mammella, origina dallo stroma intralobulare. Il 20-35% recidiva localmente con andamento benigno nel 60-75%; borderline nel 15- 20% se comprende capezzolo e areola; maligno 10-20%.

**Malattia di Paget della mammella**, è una rara forma di carcinoma mammario (<1%) della cute del complesso areola-capezzolo, dovuto all'estensione epidermica lungo i dotti galattofori di un carcinoma duttale sottostante, più frequentemente in situ. Si manifesta come una placca simil psoriasica o eczematosa con secrezione sierosa o sieroematica dal capezzolo pruriginosa (talora dolente

**Carcinoma infiammatorio o mastite carcinomatosa**, 1-3% dei carcinomi della ghiandola mammaria, caratterizzato da cute arrossata, calda, a buccia d'arancia per ingorgo dei vasi linfatici compressi dalla massa tumorale che simula una mastite.

### TUMORI FIBROEPITELIALI E AMARTOMI DELLA MAMMELLA

Amartoma  
 Fibroadenoma  
 Tumore fillode

### TUMORI DEL CAPEZZOLO

Adenoma del capezzolo  
 Tumore siringomatoso  
 Malattia di Paget del capezzolo

### TUMORI MESENCHIMALI DELLA MAMMELLA

Tumori vascolari  
 Tumori fibroblastici e miofibroblastici  
 Tumori dei nervi periferici  
 Tumori del muscolo liscio  
 Tumori del tessuto adiposo  
 Altri tumori mesenchimali e condizioni simil-tumorali

### TUMORI EMOLINFOPOIETICI DELLA MAMMELLA

Linfomi

# Capitolo 1

Il tumore della mammella in fase iniziale **non presenta** nella maggior parte dei casi **sintomi evidenti** ed è riconoscibile unicamente con la diagnostica strumentale, solo nei casi più evoluti è evidente già all'autopalpazione o durante una normale visita ginecologica o senologica di controllo.

La **migliore arma di difesa** è un'accurata diagnosi precoce come quella offerta dai **programmi di prevenzione organizzati** predisposti dalle ASL, ovvero i programmi di screening mammografico.

**L'autopalpazione non è una metodica utile per l'anticipazione diagnostica** e può essere causa di falsi allarmismi o di falsa rassicurazione, non sostituisce le regolari mammografie né le visite senologiche specialistiche, può tuttavia servire per conoscere il proprio seno e permettere di rilevarne cambiamenti nella forma e nella consistenza



Molti cambiamenti sono causati dall'età, dal ciclo mestruale, dalla gravidanza, dalla menopausa.

## I sintomi cui bisogna prestare attenzione sono:

- aree d'indurimento o cambiamento di consistenza rispetto alle aree vicine della mammella
- variazioni di forma e volume della mammella
- modificazione della pelle o del capezzolo come arrossamento, corrugamento o retrazione
- secrezione di liquido dal capezzolo specie se con presenza di sangue

Qualora si notasse qualcosa di diverso nel proprio seno bisogna consultare il medico o i Centri di Senologia (Breast Unit) e, **se si è già inseriti nei programmi di screening, tornare a visita presso il centro**, al fine di eseguire tutti gli accertamenti necessari per giungere nel minor tempo possibile a una diagnosi di certezza. Non bisogna avere fretta ma raggiungere una diagnosi il più possibile corretta. (**Capitolo 1**)

Qualora venisse individuato un tumore, il medico indicherà le terapie più adatte per ciascuna donna: il tipo di chirurgia, l'eventuale chemioterapia neoadiuvante (cioè prima dell'intervento) e le successive terapie (**Capitolo 2**).

Terminato il percorso terapeutico è previsto un periodo di controlli medici e strumentali (follow up), che varia in base alla specifica condizione alla diagnosi, per monitorare gli effetti collaterali dei trattamenti e il rischio di ricaduta (**Capitolo 3**).

Prendersi cura di sé attraverso un'alimentazione equilibrata e l'esercizio fisico può essere determinante per riconquistare serenità ed equilibrio, oltre che eseguire un'efficace prevenzione (**Capitolo 4**).

Parlare con uno psicologo o con le volontarie dell'Associazione può aiutare a superare le difficoltà comunicative e relazionali e agevolare il pieno ritorno alla vita sociale, familiare e sessuale.

Anche la ripresa della propria attività professionale è una tappa importante del percorso di guarigione. Le donne operate al seno vengono tutelate dalla legge con alcune facilitazioni specifiche, come la possibilità di ottenere permessi e congedi nonché l'astensione dal lavoro notturno (**Capitolo 5**).



## I.1 FATTORI DI RISCHIO

### Dati Generali - Epidemiologia

Il tumore della mammella è la neoplasia più frequente non solo nelle donne, pari a circa 1/3 di tutte le neoplasie maligne femminili (30,3%), ma anche nella popolazione generale (14,6%)

In Italia nel 2022 sono stati diagnosticati circa 55.700 nuovi casi di carcinoma mammario (+0,5% rispetto al 2020), di cui **circa 500 nuovi casi nei maschi**, e sono stati registrati circa 12.500 decessi nelle donne e 150 decessi negli uomini (*Numeri del Cancro 2022 AIURTUM-AIOM*).



**INCIDENZA 2020**  
**376.611 nuove diagnosi di neoplasia maligna**  
**194.754 negli uomini**  
**181.857 nelle donne**

Rango	Maschi	Femmine	Tutta la popolazione
1	Prostata 36.074 (18,5%)	Mammella 54.976 (30,3%)	Mammella 54.976 (14,6%)
2	Polmone 27.554 (14,1%)	Colon-retto 20.282 (11,2%)	Colon-retto 43.702 (11,6%)
3	Colon-retto 23.420 (12%)	Polmone 13.328 (7,3%)	Polmone 40.882 (10,9%)
4	Vescica 20.477 (10,5%)	Tiroide 9.850 (5,4%)	Prostata 36.074 (9,6%)
5	Rene 9.049 (4,6%)	Endometrio 8.335 (4,6%)	Vescica 25.492 (6,8%)

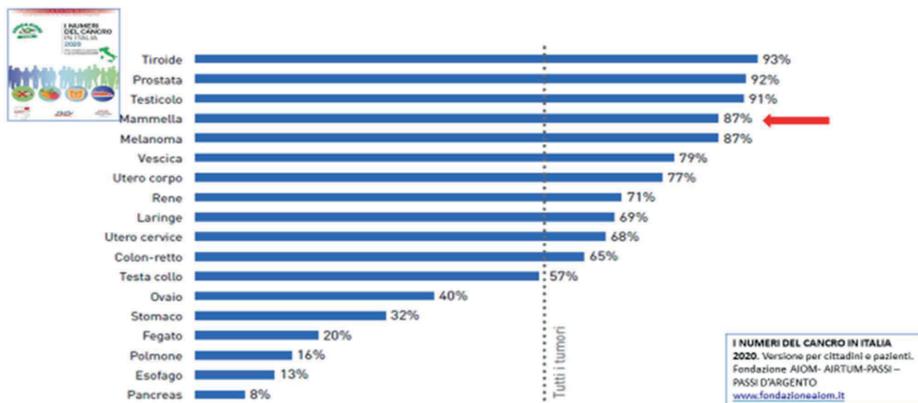
**TABELLA 7.** Primi cinque tumori più frequentemente diagnosticati e proporzione sul totale dei tumori (esclusi i carcinomi della cute non melanomi) per sesso. Stime per l'Italia 2020

Nelle donne la sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi è l'88% e supera il 96% nelle donne con diagnosi precoce asintomatiche, ovvero con lesioni riscontrabili solo radiologicamente.

**La frazione di guarigione è del 67% a 20 aa.**

**In Italia vivono oltre 834.200 donne cui è stata diagnosticata una neoplasia mammaria in differente fase di malattia di cui il 50% da più di 10 anni** (43% di tutte le donne vive con storia di tumore), di cui 35.000 con malattia metastatica.

# Capitolo 1



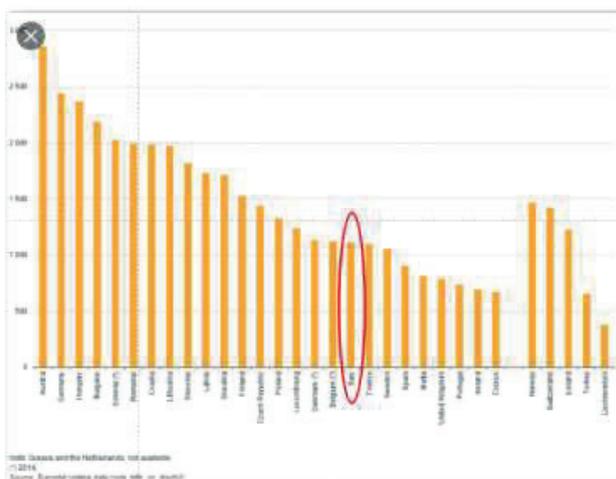
**FIGURA10.** Sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi (standardizzata per età) per il periodo di incidenza 2005-2009 (pool AIRTUM), maschi e femmine

Nell'ultimo decennio la mortalità si è significativamente ridotta (-0,8% per anno) in tutte le classi di età e soprattutto nelle donne con meno di 50 anni, rimanendo tuttavia la prima causa di morte per tumore nelle donne. La riduzione della mortalità è dovuta per lo più all'anticipazione diagnostica dei programmi di screening mammografico, oltre ai progressi terapeutici e ad un approccio multidisciplinare.

## In Italia i tumori provocano meno decessi rispetto alla media europea.

Migliorata sensibilmente la sopravvivenza a lungo termine in alcuni tumori in fase metastatica

- Mammella
- Polmone
- Colon-retto
- Rene
- Melanoma





- ❖ **INCIDENZA** numero di persone che ricevono una nuova diagnosi di tumore.
- ❖ **PREVALENZA** numero di persone che vivono dopo una diagnosi di un tumore.
- ❖ **SOPRAVVIVENZA** probabilità di sopravvivere dopo una diagnosi di tumore.
- ❖ **MORTALITÀ** numero di persone decedute in una popolazione di riferimento in un arco di tempo definito, per una particolare causa.
- ❖ **GUARIGIONE** assenza di segni o sintomi di malattia dopo 5 anni dal termine delle cure con una prospettiva di vita sovrapponibile a quella della popolazione generale a parità di età e sesso.

## I PRINCIPALI FATTORI DI RISCHIO

### ➤ Età

con l'avanzare dell'età aumentano le possibilità di ammalarsi di tumore della mammella. Il rischio di ammalarsi di carcinoma della mammella nell'arco della vita è di circa del 12%, ovvero più di 1 donna su 8, e aumenta con il progredire dell'età fino alla menopausa (50-55anni) per rallentare dopo la menopausa, dovuto al differente stimolo proliferativo che gli ormoni femminili (estrogeni) esercitano sull'epitelio mammario nei vari periodi della vita.

#### PROBABILITÀ DI SVILUPPARE UN CANCRO DELLA MAMMELLA IN BASE ALL'ETÀ

- 2,3% fino all'età 49 anni (1 su 43 donne - **5.000 nuove diagnosi anno prima dei 45aa**)
- 5,4% nella fascia di età 50-69 anni (1 su 18 donne)
- 4,5% nella fascia di età 70-84 (1 su 22 donne)

### ➤ Fattori riproduttivi/ormonali

- Sono più a rischio le donne che hanno avuto la prima mestruazione (menarca) in età precoce (prima dei 12 anni) e quelle che sono entrate in menopausa tardivamente (dopo i 55anni).
- Le donne che non hanno avuto gravidanze (nulliparità) o prima gravidanza dopo i 30anni, probabilmente per il potente stimolo differenziativo che ciascuna gravidanza, in particolare la prima, esercita sull'epitelio ghiandola mammario, riducendone la suscettibilità alla trasformazione.
- Le madri giovani che hanno avuto più figli corrono meno rischi di chi ha un solo figlio dopo i trent'anni
- **Terapia ormonale sostitutiva durante la menopausa**, specie se con estrogeni ed estroprogestinici ad attività androgenica

### ➤ Fattori dietetici e metabolici

- **Sindrome Metabolica: predisposizione genetica** a specifiche alterazioni metaboliche, il cui sviluppo è **facilitato da uno stile di vita** sedentario e da una dieta ipercalorica, che si manifesta qualora vi sia la contemporanea presenza di almeno 3 dei fattori sotto riportati.

## Sindrome metabolica

Parametro	Valore limite
Elevata circonferenza vita	102 cm (uomo)
	88 cm (donna)
Elevati trigliceridi	≥ 150 mg/dl
Ridotto colesterolo HDL	< 40 mg/dl (uomo)
	< 50 mg/dl (donna)
Pressione sanguigna elevata	sistolica ≥ 130 e/o diastolica ≥ 85 mm/Hg
Elevata glicemia a digiuno	≥ 100 mg/dl

- **Obesità:** il tessuto adiposo (il grasso) in menopausa rappresenta la principale fonte di produzione di estrogeni circolanti, con conseguente stimolo della ghiandola mammaria proporzionale al volume del grasso addominale. Dopo la menopausa il sovrappeso e l'obesità determinano **un aumento tra il 30-50% del rischio** di sviluppare un tumore alla mammella.

Il grado di sovrappeso o di obesità può essere calcolato con l'**indice di massa corporea (BMI - Body Mass Index)** associato alla misura del giro vita, poiché il BMI non distingue il peso della massa grassa da quello della massa magra (muscoli), né indica dove e come la massa grassa è distribuita, e **il rischio aumenta se la massa grassa è accumulata sui fianchi e addome**. Per questo l'associazione col giro vita è un indice migliore.

### UGUALE BMI CON CORPORATURA DIVERSA

$$BMI = \frac{kg}{m^2}$$

**GIROVITA**

102 cm

88 cm

**VALORE DI BMI**

18.5-24.9	Normopeso
25-29.9	Sovrappeso
30-34.9	Obesità I grado
35-39.9	Obesità II grado
≥40	Obesità III grado



- **Dieta ad alto apporto calorico** ricca di grassi e di zuccheri raffinati con frequente consumo di carni rosse (OMS consiglia non oltre 500g di carne alla settimana) e eccesso di alcol (consigliato non superare 50ml vino rosso a pasto).



Solo la dieta mediterranea (**Patrimonio Culturale Immateriale dell'Umanità UNESCO**) con equilibrato consumo di frutta fresca, verdura e fibre vegetali, come il regolare esercizio fisico, ha dimostrato di ridurre il rischio di sviluppare patologie cardiovascolari, diabete, obesità, ipertensione arteriosa e tumori, tra cui il tumore al seno.

**Piramide Alimentare Mediterranea: uno stile di vita quotidiano**  
Linee Guida per la popolazione adulta

Porzioni frugali e secondo le abitudini locali  
Vino con moderazione e secondo le abitudini sociali



# Capitolo 1

- **Precedenti displasie o neoplasie mammarie.**
- **Radioterapia del torace** specialmente se prima dei 30 anni d'età, **con un'incidenza del 13–20 % tra i 40 e 45 anni**, simile a quella delle donne BRCA mutate
- **Fattori psicologici.** Vi sono prove evidenti come lo stress favorisca comportamenti non salutari come: l'abitudine al fumo, al consumo di alcol e droghe, come pure un'alimentazione smodata e ricca di alimenti poco salutari, che unitamente ad una vita sedentaria possono avere ripercussioni sull'incidenza dei tumori oltre che sulla prognosi e sulla qualità di vita del malato di cancro.
- **Familiarità ed ereditarietà.** (Cap 1.2)



**N.B. NON SI EREDITA IL TUMORE, MA LA PREDISPOSIZIONE**



L'intervento su questi fattori può ridurre il rischio in 20 anni dell'1,6% in menopausa, arrivando al 3,2% nelle donne con familiarità positiva e al 4,1% nelle donne ad alto rischio.



## 1.2 VACCINI: ARMA DI PREVENZIONE

### ❖ PREVENZIONE DEI CARCINOMI DA PAPPILLOMA VIRUS UMANO (HPV)

La vaccinazione anti HPV è **l'unica strategia veramente efficace contro i tumori maligni dovuti a HPV**, è una **prevenzione primaria** cioè rimuove la causa che dà origine al tumore evitando contatto con il virus.

Esistono oltre 120 varianti dell'HPV, ceppi responsabili dei tumori maligni sono:

**HPV6, HPV11** a basso rischio causano il 90% dei condilomi urogenitali e papillomi orali,

**HPV16 e HPV18** ad alto rischio, sono responsabili del **70% di tutti i tumori del collo dell'utero, vulva, vagina, ano, pene e rinofaringe**. Oltre il 75% delle donne sessualmente attive si infetta nel corso della vita con un virus HPV, soprattutto le giovani fino a 25 anni di età (circa 2.400 nuovi casi nel 2020 di carcinoma della cervice, pari all'1,3% di tutti i tumori incidenti nelle donne).

Gli uomini hanno una probabilità 5 volte superiore alla donna di infettarsi, spesso in modo inconsapevole poiché non vi sono al momento programmi di screening adeguati e il trattamento delle lesioni è tardivo. Il virus è presente nel liquido seminale ed è in grado di legarsi agli spermatozoi riducendone la motilità.

Nelle donne lo screening con il Pap-test, l'HPV DNA Test e la colposcopia permette una precoce individuazione delle lesioni pre-cancerose, potendole efficacemente trattare prima che la malattia si sviluppi.

La vaccinazione è **gratuita** per le ragazze e i ragazzi a partire dagli 11 anni di età, somministrata in due dosi a distanza di 6 mesi e in tre dosi se inizia dopo il compimento dei 15 anni, e nelle **donne con lesioni della cervice uterina** su prescrizione medica

È offerta in co-pagamento nelle donne tra i 18 e 45 anni

- Un vaccino bivalente, contro HPV 16 e 18, può essere eseguita soltanto in età adolescenziale fino a 14 anni
- Un vaccino quadrivalente, contro HPV 6, 11, 16 e 18, indicato in entrambi i sessi fino a 13
- Un vaccino nonavalente verso i ceppi di Papillomavirus 6, 11, 16, 18, 31,

La somministrazione avviene per via intramuscolare, nel braccio, a seconda dell'età, la vaccinazione completa consiste nella somministrazione di due o tre dosi di vaccino e, al momento, non sono necessari ulteriori richiami.

La vaccinazione gratuita non è uguale in tutte le Regioni, ti consigliamo di consultare le **pagine informative sulle disposizioni della tua Regione consultabili nel sito del ministero** al seguente link

[https://www.salute.gov.it/portale/vaccinazioni/dettaglioCampagneVaccinazioni.jsp?lingua=italiano&menu=campagne&p=dacampagne&id=1675, 52, 58,](https://www.salute.gov.it/portale/vaccinazioni/dettaglioCampagneVaccinazioni.jsp?lingua=italiano&menu=campagne&p=dacampagne&id=1675, 52, 58)

[http://media.aiom.it/userfiles/files/doc/iniziativa-campagne-eventi-pubblici/2016\\_Opuscolo\\_HPVPdf](http://media.aiom.it/userfiles/files/doc/iniziativa-campagne-eventi-pubblici/2016_Opuscolo_HPVPdf)

### ❖ PREVENZIONE DELLE INFEZIONI

I pazienti con tumore mammario sono più suscettibili alle infezioni batteriche e virali, il rischio varia in base all'età, allo stadio di malattia, al tipo e intensità del trattamento e talvolta possono rivelarsi estremamente severe fino a compromettere non solo la prosecuzione delle cure oncologiche ma l'esistenza stessa. È quindi importante, dove possibile, prevenire le infezioni immunizzandosi con vaccinazioni specifiche.

# Capitolo 1

## Vaccini possono essere:

Vaccini **inattivati**: preparati con componenti (parziali o globali) di batteri o virus o da loro prodotti.

Vaccini **vivi attenuati**: Sono vaccini che usano una forma viva mitigata del virus o del batterio.

Vaccini **ricombinanti**: geneticamente ingegnerizzati, sono costituiti da antigeni e inattivati.

I vaccini possono contenere sostanze “adiuvanti” che ne aumentano la risposta immunitaria.

Generalmente la neoplasia da sola non causa un’immunodeficienza (riduzione delle difese immunitarie) tale da non consentire la vaccinazione, è tuttavia consigliabile, se possibile, completare la vaccinazione prima dell’inizio della chemioterapia, dell’immunoterapia e della radioterapia: 4 settimane per i vaccini vivi e 2 settimane per i vaccini inattivati.

**Vaccini inattivati e ricombinanti possono essere somministrati durante la chemioterapia**, se il paziente è in buone condizioni cliniche, non ha infezioni o tossicità d’organo

**Non vanno somministrati vaccini vivi attenuati.**

In caso di **grave neutropenia** in chemioterapia **non va somministrato alcun vaccino.**

Il ciclo vaccinale interrotto con l’inizio della chemioterapia va ripreso e completato dopo tre mesi dalla fine della chemioterapia, poiché la risposta potrebbe non essere ottimale. La rivaccinazione non è necessaria quando le vaccinazioni sono state somministrate prima dell’inizio della terapia.

## È importante assicurare anche l’immunità dei familiari e caregiver

Nei pazienti oncologici **sono consigliate**:

- vaccinazione **antinfluenzale** con **vaccino antinfluenzale stagionale adiuvato** ripetuto ogni stagione, è indicata anche nel corso della terapia. La somministrazione di due dosi di vaccino contro l’influenza può essere utile se è la prima volta che si esegue la vaccinazione.

- vaccinazione **anti-pneumococcica non lascia memoria immunologia ed è indicato per ampliare la protezione da polmonite pneumococcica**. Può essere offerta simultaneamente alla vaccinazione antinfluenzale o separatamente e in qualsiasi stagione dell’anno

È indicata la somministrazione di PCV-13 seguito da PPV-23, con un intervallo di almeno 8 settimane tra l’ultima dose, una seconda dose di vaccino PPV-23 dopo un intervallo di 5 anni è indicata in pazienti con meno di 65 anni.

- vaccinazione **anti-SARS-CoV-2 (COVID) con vaccini a RNA messaggero** (PfizerBioNTech/Moderna). Il vaccino Vaxzevria di Astra Zeneca non è indicato, come da Circolare del Ministero della Salute dell’8 marzo 2021

- vaccinazione **anti-Herpes Zoster (fuoco di S. Antonio): il vaccino ricombinante adiuvato si è dimostrato più efficace** del vaccino vivo attenuato, può essere somministrato con il vaccino anti influenza e pneumococco.

Il 90% degli adulti ha contratto infezione da virus della Varicella Zoster e un individuo su tre rischia di sviluppare un Herpes Zoster nel corso della vita, spesso complicato da dolore intenso che persiste anche dopo la risoluzione del quadro cutaneo (nevralgia postherpetica).



## CODICE EUROPEO CONTRO IL CANCRO

### 12 modi per ridurre il tuo rischio di cancro

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

Il Codice Europeo contro il cancro interessa le azioni che i singoli cittadini possono adottare per contribuire alla prevenzione del cancro che per essere efficace richiede che queste azioni individuali siano sostenute dalle politiche e dagli interventi del governo.

Per saperne di più sul Codice Europeo contro il cancro consulta il sito: <http://cancer-code-europe.iarc.fr>



## I.3 GENETICA E TUMORE DELLA MAMMELLA

I tumori della mammella e dell'ovaio sono malattie causate dalla combinazione ed interazione di diversi e numerosi fattori, definiti come fattori di rischio. Il Cancro della Mammella rappresenta il tumore più frequente nella donna. Il Carcinoma dell'Ovaio colpisce circa il 2% delle donne nei paesi occidentali, dove rappresenta la principale causa di morte per neoplasia ginecologica.

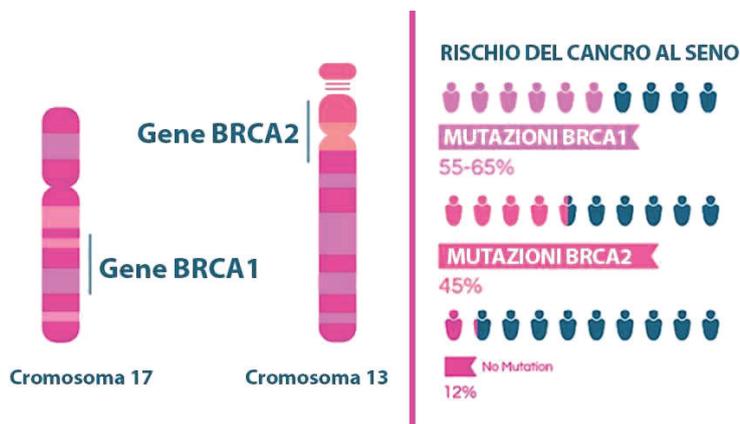
**La familiarità**, vale a dire la presenza all'interno della stessa famiglia (materna e/o paterna) di uno o più casi di tumore della mammella ed eventualmente anche di tumore dell'ovaio, rappresenta uno dei fattori di rischio noti, distinguendo tra "rischio familiare" e "rischio ereditario".

La maggior parte dei tumori della mammella è sporadica, cioè dovuto ad una **mutazione nelle cellule somatiche** (cioè del tessuto d'origine), **pertanto non viene ereditate poiché confinata al tessuto neoplastico**. Circa un **18% possono definirsi familiari** mentre il **13% è dovuto ad una predisposizione ereditaria** correlata a geni ad alta e moderata penetranza.

I due geni principalmente coinvolti nella predisposizione ereditaria di tali neoplasie sono il gene **BRCA1 ed il gene BRCA2**. Le mutazioni a carico di questi geni conferiscono un aumentato rischio di sviluppare un tumore della mammella rispetto alla popolazione generale pari a 10.5 volte in più per BRCA1 e 5.8 volte superiore per BRCA2.

Inoltre vi è un aumentato rischio di sviluppare un tumore mammario controlaterale dopo 20 anni dalla prima diagnosi pari al 53 e 65% rispettivamente per le BRCA1 e BRCA2 mutate.

Mentre ella popolazione generale 1/500-1.000 soggetti è affetto da una patologia legata a mutazioni nei geni BRCA1 e BRCA2, **1/40 individui di origine Ebraica Ashkenazita** è portatore di una mutazione BRCA1/BRCA2.



Altri geni ritenuti responsabili pari a 1.5-7.5 volte in più rispetto alla popolazione generale sono MSH6, BARD1, ATM, CHEK2, RAD51C, RAD51D, e PALB2.



Vi sono altre mutazioni genetiche piuttosto rare che correlano con varie manifestazioni patologie ereditarie, tra cui anche un significativo aumento rispetto alla popolazione normale del rischio di sviluppare un carcinoma mammario.

Tavolo 2

Malattie associate ai 12 geni di suscettibilità al cancro al seno.

BCSG	Spettro di malattia		
	Maligno	Benigno	Confine
<i>ATM</i>	Cancro al seno, cancro colorettaale, cancro gastrico, cancro al pancreas, cancro alla prostata		
<i>BARD1</i>	Tumore al seno		
<i>BRCA1</i>	Cancro al seno, cancro alle ovaie, cancro al pancreas, cancro alla prostata		
<i>BRCA2</i>	Cancro al seno, melanoma, cancro alle ovaie, cancro al pancreas, cancro alla prostata		
<i>CDH1</i>	Cancro al seno, cancro gastrico	Sindrome BCD*	
<i>CHEK2</i>	Cancro al seno, cancro del colon-retto, cancro gastrico, cancro del rene, cancro della prostata, osteosarcoma, cancro della tiroide		
<i>NF1</i>	Tumore al cervello, cancro al seno, leucemia, sarcoma	Displasia ossea, macchie caffè-latte, disabilità intellettiva, amartoma dell'iride, neurofibroma, stenosi polmonare, pelle	GIST, Paranglioma, Feocromocitoma
<i>PALB2</i>	Cancro al seno, cancro alle ovaie, cancro al pancreas, cancro alla prostata		
<i>PTEN</i>	Tumore al cervello, cancro al seno, cancro del colon-retto, cancro dell'endometrio, cancro del rene, melanoma, cancro della tiroide	Ceratosi acrale, autismo, malformazione cerebrovascolare, papule facciali, polipi amartomatosi gastrointestinali, lipoma, macrocefalia, pigmentazione maculare, papillomatosi della mucosa orale, cheratosi palmoplantare, tiroide, trichilemmoma, fibroma	

GI, gastrointestinale; BCD, blefarocelodonto; SCST, tumore stromale del cordone sessuale; GIST, tumore stromale gastrointestinale.

### ➤ **Sindrome carcinoma gastrico diffuso familiare**

Le donne con **mutazioni in CDH1** hanno un rischio del **60%** di sviluppare un carcinoma lobulare della mammella entro gli **80** anni

### ➤ **SINDROME DI COWDEN (PTEN Hamartoma Tumor Syndromes)**

Colpisce 1 persona ogni 200.000, caratterizzata da plurime lesioni benigne (**amartomi**) della cute (90-100%), mammella, tiroide, tubo digerente, endometrio; papillomi della mucosa orale; ed elevato rischio di sviluppare tumori in età giovanile (**30-40** anni) della **mammella (85%)**, tiroide, endometrio, rene e colon-retto.

**Nell'80% dovuta a mutazioni nel gene PTEN**, ma sono coinvolti anche altri geni: KLLN, SDHB, SDHD, AKT1, PIK3CA.

#### **Follow-up per pazienti con mutazioni PTEN:**

- Ecografia tiroide anche dall'età di 18 anni.
- Fra 35-40 anni colonscopia e ecografia renale biennale.
- Screening mammografico e ecografie transvaginali annuali dall'età di 30 anni.

- **SINDROME DI PEUTZ-JEGHERS (JPS)** rara < 1/25.000-300.000  
Mutazione del gene *STK11* (19p13.3) è responsabile della malattia nel 80-94% delle famiglie. Caratterizzato da polipi diffusi intestinali e lentiggini (melanosi) della mucosa buccale, della regione anale e delle dita. Si associa ad aumento del rischio per carcinoma dell'ovaio, del testicolo, del pancreas e **della mammella (carcinoma duttale)**
- **SINDROME DI LI-FRAUMENI (LFS) 50% mutazione di TP53.** Rara Il rischio di sviluppare un tumore è del 15% a 15 anni, dell'80% nelle donne a 50 anni e del 40% negli uomini della stessa età. Predispone a sarcomi dei tessuti molli e osso, carcinoma mammario giovanile utile **MRI per il carcinoma della mammella dopo i 20 anni.**

Esiste un **cospicuo numero di famiglie in cui, nonostante vi siano caratteristiche fortemente suggestive della presenza di una predisposizione ereditaria al cancro, non vengono evidenziate mutazioni in geni noti.** Tali famiglie necessitano comunque di essere prese in carico per un'adeguata strategia di sorveglianza specifica e diversificata rispetto a quella dei tumori sporadici.

Il test genetico deve essere effettuato prima di tutto su di un componente della famiglia che abbia già sviluppato la malattia (caso indice). Se non disponibile il caso indice, si può offrire l'analisi ad un parente sano che abbia una probabilità di mutazione maggiore del 10%.

Accedere al test genetico non sempre permette di avere risposte sicure, è possibile ottenere:

- **Un risultato informativo:** la mutazione predisponente è stata identificata,
- **Un risultato non informativo:**
  - la mutazione predisponente non è stata identificata ma non si può escluderne la presenza;
  - identificata una mutazione di significato incerto cui non è possibile attribuire un valore di rischio (VUS).

**Avere un risultato positivo in persone sane di famiglie ad alto rischio non significa che si svilupperà sicuramente un tumore** o che reciderà se ha già avuto un tumore al seno, ma permette di attuare tutte le strategie di sorveglianza con protocolli specifici e di prevenzione (per far sì che ciò non accada o che accada il più tardi possibile). Altrettanto avere un risultato negativo o incerto non esclude a priori l'insorgenza di un tumore e ogni tipo di risposta va interpretata da un genetista e rivista in base all'anamnesi personale e familiare del paziente.

**Solo se il risultato è informativo, il test genetico può essere esteso agli altri membri della famiglia** che desiderino effettuarlo, a partire dai 18 anni di età. Non è indicata l'esecuzione del test nei minorenni, poiché l'aumento del rischio di tumori inizia con l'età adulta.

**Il counseling genetico** deve favorire e promuovere una scelta informata autonoma e consapevole rispetto sia al test genetico (quando indicato) sia alle scelte di sorveglianza e/o prevenzione. La consulenza psicologica viene inclusa nel percorso oncogenetico trasversalmente nelle diverse fasi.



<b>Criteri per avvio consulenza genetica oncologica in paziente con carcinoma mammario</b>
--------------------------------------------------------------------------------------------

<b>Storia personale di:</b>
-----------------------------

Variante patogenetica nota in un gene predisponente in un familiare
---------------------------------------------------------------------

Uomo con carcinoma mammario
-----------------------------

Donna con carcinoma mammario e carcinoma ovarico
--------------------------------------------------

Donna con carcinoma mammario triplo negativo
----------------------------------------------

Donna con carcinoma mammario bilaterale < 50 anni
---------------------------------------------------

Donna con carcinoma mammario a recettori ormonali positivi ≤ 45 anni
----------------------------------------------------------------------

Donna con carcinoma mammario a recettori ormonali positivi e ≥ 4 linfonodi positivi
-------------------------------------------------------------------------------------

Donna con carcinoma mammario recettori ormonali positivi post CT neoadiuvante e CPS/EG score≥3
------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>Storia personale di carcinoma mammario 46-50 anni e familiarità di primo grado* per:</b>
---------------------------------------------------------------------------------------------

Carcinoma mammario <50 anni
-----------------------------

Carcinoma ovarico non mucinoso o borderline a qualsiasi età
-------------------------------------------------------------

Carcinoma mammario bilaterale
-------------------------------

Carcinoma mammario maschile
-----------------------------

Carcinoma del pancreas
------------------------

Carcinoma della prostata
--------------------------

<b>Storia personale di carcinoma mammario &gt;50 anni e familiarità per carcinoma mammario, ovarico, pancreatico o prostatico in 2 o più parenti in primo grado* tra loro</b>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

*\*Presenza di un familiare di primo grado (genitore, fratello/sorella, figlio/a) con le caratteristiche di malattia specificate. Per il lato paterno della famiglia, considerare anche familiari di secondo grado (nonna, zie).*

L'unico approccio che si è dimostrato efficace nel ridurre il rischio di sviluppare il tumore mammario del 90-100% è **la mastectomia bilaterale profilattica**, cioè l'asportazione di entrambe le ghiandole mammarie in assenza di tumore.

Anche l'intervento di **salpingo-ovariectomia bilaterale profilattica** in donne BRCA mutate si correla con una riduzione del rischio di carcinoma mammario del 50% circa.

Per quanto riguarda la chemoprevenzione (terapia medica che può prevenire e contrastare l'insorgenza e lo sviluppo di tumori) in donne BRCA mutate, i dati sono ancora molto limitati e basati esclusivamente sull'uso del Tamoxifene e dell'Anastrozolo, che riducono il rischio del 50% di sviluppare tumori a recettori positivi.

**Le strategie di sorveglianza** consigliate in donne portatrici di mutazione BRCA non sottoposte a chirurgia profilattica si basano soprattutto sull'utilizzo della RM mammaria annuale a partire dai 25 anni associata alla mammografia dai 35 anni. In alcune realtà l'aggiunta dell'ecografia mammaria viene proposta a distanza di 6 mesi dalla RM/mammografia.

Nelle donne con cancro unilaterale e documentata mutazione BRCA1 o BRCA2 la mastectomia profilattica controlaterale comporta una diminuzione della mortalità da cancro della mammella.

## La Genetica medica a supporto delle Breast units

- Identificazione della mutazione patogenetica
- Inquadramento della patologia
- Definizione del percorso terapeutico (approccio chirurgico e farmacologico)
- Individuazione dei familiari a rischio e test genetici a cascata
- Individuazione di nuove associazioni gene-malattia
- Programmazione del corretto follow-up e approcci preventivi
- Valutazione di possibili rischi riproduttivi
- Diagnosi prenatale
- Diagnosi preimpianto

Per la **terapia medica** delle donne affette da carcinoma mammario **BRCAMutato HER2negativo**, esistono oggi dei farmaci (PARP inibitori) che hanno dimostrato un vantaggio di sopravvivenza in casi ad alto rischio di recidiva se dati per un anno al termine delle chemioterapia/ormonoterapia (neo)adiuvante; nella malattia metastatica hanno dimostrato un vantaggio rispetto alla chemioterapia nell'aumentare la sopravvivenza libera da progressione anche se non un vantaggio significativo in sopravvivenza globale.

Nella malattia metastatica BRCA mutata, l'Olaparib è indicato dopo terapia con antraciclina e taxani e derivati del platino nel tumore triplo negativo, mentre il Talazoparib possiede la stessa indicazione anche per i tumori ormonoresponsivi.

In considerazione della disponibilità dei PARP inibitori nel quadro metastatico ed adjuvante è possibile una nuova forma di **counseling genetico finalizzato al trattamento** (Mainstreaming Cancer Genetics-MCG), con cui gli Oncologi Medici e altri specialisti del percorso diagnostico e terapeutico oncologico richiedono direttamente la valutazione genetica sia per le pazienti con tumore della mammella da sottoporre a chirurgia primaria, sia per le pazienti con tumore mammario metastatico che possono disporre di terapie target con i PARP inibitori. Il counselling genetico a scopo clinico viene definito **minicounseling**.

### RICORDA

In Italia le persone che hanno un tumore e rispondono ai criteri di rischio ereditario, accedono ai **test genetici di screening gratuitamente**.

Il percorso per i familiari a rischio, invece, varia da regione a regione.

**L'esenzione D99 o D97 per individui sani a rischio non è disponibile su tutto il territorio**, in alcune regioni gli individui "sani" a rischio pagano il ticket sia per il test genetico sia per gli esami successivi.

L'esenzione è attiva in Emilia-Romagna, Liguria, Lombardia, Toscana, Piemonte, Valle d'Aosta, Campania, Sicilia, Puglia, Veneto e Provincia autonoma di Trento.

Esistono tuttavia difformità tra le diverse delibere in merito al trattamento della diagnosi precoce tra i due sessi, le età di inizio dello screening e la tipologia di esami previsti. Si consiglia di **rivolgersi alle Breast Unit di riferimento territoriale per maggiori dettagli sui percorsi locali**.



## I.4 SCREENING MAMMOGRAFICO

### Importanza e i vantaggi dei programmi organizzati -Alfonso Frigerio

I nuovi casi stimati di tumore in Italia nel 2022 secondo i più recenti dati ministeriali, dei Registri Tumori e dell'ONS (Osservatorio Nazionale Screening) sono circa 390.000, di cui 185.000 nelle donne.

**Il tumore più frequente nella donna è quello della mammella, con un'incidenza in aumento e stimata in circa 55.000 nuovi casi nell'anno.**

Tra le donne che vivono dopo una diagnosi di tumore, **il tumore mammario rappresenta anche la patologia a maggior prevalenza** (numero di viventi dopo una diagnosi di tumore), **con oltre 800.000 donne in Italia.**

Una malattia antica, di cui si hanno notizie storiche che risalgono alle prime civiltà del bacino del Mediterraneo (dagli egizi in poi), eppure ancora terribilmente attuale, come ci dimostrano i dati riportati.

**Lo screening mammografico di popolazione**, cioè l'invito regolare di tutte le donne nelle fasce di età più a rischio, si è dimostrato l'intervento di sanità pubblica che negli ultimi cinquant'anni è stato capace di interrompere, grazie alla diagnosi anticipata, una storia di insuccessi durata millenni.

Dopo il primo grande studio prospettico randomizzato condotto a New York tra il 1963 e il 1970 (studio HIP), che per primo dimostrò una riduzione significativa nella mortalità nel gruppo di donne invitate a controlli mammografici ripetuti, altri grandi studi eseguiti in varie nazioni (specialmente in Svezia) negli anni '70-'80 del secolo scorso convalidarono tale risultato e diedero il via ai grandi programmi organizzati di screening mammografico "di servizio", spesso su base nazionale o regionale, che si diffusero gradualmente in molte parti del mondo, e sempre più estesamente negli anni 1990-2010 (a Torino dal 1991).

**Ora i programmi di screening mammografico di popolazione sono una realtà consolidata, all'interno dei quali si è potuto dimostrare che la riduzione di mortalità, nelle donne che aderiscono agli inviti, può toccare il 50-60%.**

Certo, il cancro mammario non è un problema completamente risolto (resta una quota di forme più subdole e aggressive, che talvolta rendono vani gli sforzi di diagnosi e terapia), tuttavia la sinergia tra la diagnosi precoce ottenibile con lo screening e gli straordinari progressi della terapia degli ultimi 20 anni ci ha portati a una situazione di enorme vantaggio rispetto a un passato anche recente.

**Ecco perché i programmi di screening mammografico meritano tutto il rispetto e il sostegno delle autorità sanitarie, con risorse e finanziamenti adeguati**, che ne consentano una gestione robusta e allo stesso tempo la possibilità di svolgere al loro interno progetti di studio controllati, finalizzati al miglioramento delle tecniche e dei protocolli.

**E naturalmente i programmi di screening meritano l'attenzione della popolazione femminile**, che dovrebbe poter usufruire di un patrimonio scientifico, organizzativo, assistenziale così rilevante per la propria salute ed **essere incoraggiata ad aderire agli inviti ricevuti.**

# Capitolo 1

Va sottolineata la superiorità dello screening organizzato regionale, rispetto all'effettuazione di controlli periodici presso centri pubblici o privati **non inseriti in un progetto controllato**, screening cosiddetto 'opportunistico'.

I centri dello screening organizzato sono sottoposti a processi di valutazione continua e garantiscono livelli elevati di formazione degli operatori, i quali lavorano nel contesto di centri dedicati, in stretta collaborazione con le strutture multidisciplinari dei Centri di Senologia.

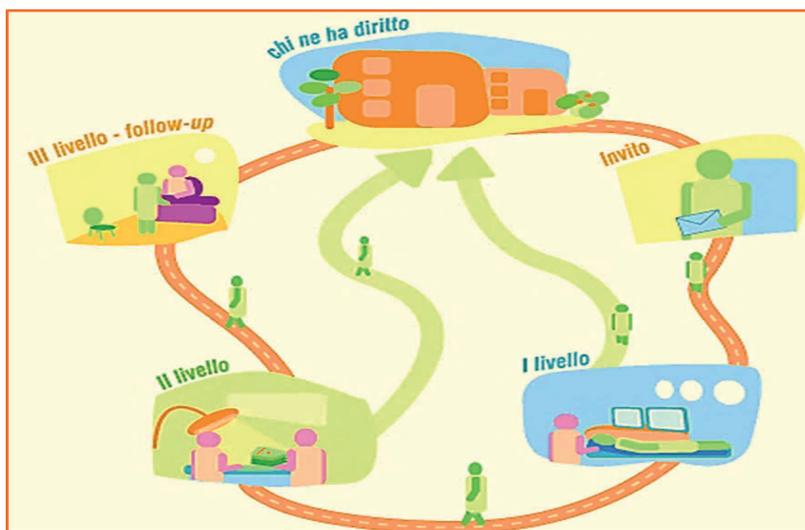
Anche nello studio francese recentemente pubblicato (9 dicembre 2022) su Cancer Epidemiology, **lo screening organizzato ha dimostrato la sua maggiore efficacia**, con livelli di sopravvivenza significativamente migliori **oltre ai noti benefici dal punto di vista dell'equità**, estendendo i potenziali vantaggi della diagnosi a tutta la popolazione, indipendentemente dalle condizioni socioeconomiche.

## Screening Mammografico in Italia

Lo screening mammografico è una attività di **prevenzione secondaria periodica** rivolta a **donne sane asintomatiche** al fine di individuare carcinomi mammari **in stadio precoce** e offrire trattamenti meno aggressivi e più efficaci, con l'obiettivo di ridurre la mortalità da carcinoma mammario e migliorare la qualità della vita delle donne.

I programmi di screening prevedono la **gratuità di tutti gli esami necessari alla diagnosi**

### PERCORSO DELLO SCREENING MAMMOGRAFICO



Nel 2021 in Italia sono stati **eseguiti 1.937.375 esami di screening mammografico**, sono stati diagnosticati:



- **9.845 tumori invasivi** (5,1 casi ogni 1.000 donne sottoposte a screening)
- 1.316 carcinomi duttali in situ
- 1.343 lesioni benigne.
- **2.786 tumori invasivi inferiori ai 10mm**

## CHI HA DIRITTO ALLO SCREENING

<b>Test di screening: mammografia</b>
<p><b>Donne 45-49 anni</b> Adesione spontanea al primo accesso e successivo re-invito da parte del programma di screening con cadenza annuale. Le donne 45enni ricevono una lettera informativa che descrive il programma di screening e le invita a contattare i centri di screening per prendere un appuntamento per effettuare una mammografia.</p>
<p><b>Donne 50-69 anni</b> Invito attivo da parte del programma di screening tramite lettera con appuntamento prefissato (modificabile contattando i <i>call centre</i> attivi) per effettuare una mammografia ogni due anni.</p>
<p><b>Donne 70-75 anni</b> Adesione spontanea con cadenza biennale.</p>

Considerato il costante incremento dell'aspettativa di vita, l'American Cancer Society suggerisce di continuare ad eseguire la mammografia periodica fino a quando la donna è in buone condizioni di salute e ha un'aspettativa di vita uguale o superiore a 10 anni.

Tutte le donne residenti o domiciliate in una regione **in età per lo screening mammografico**, che non hanno ricevuto la lettera di convocazione, **possono accedere direttamente al programma** contattando il centro di screening della propria zona o rivolgendosi al Centro Prenotazioni e prenotare l'esame nei seguenti casi:

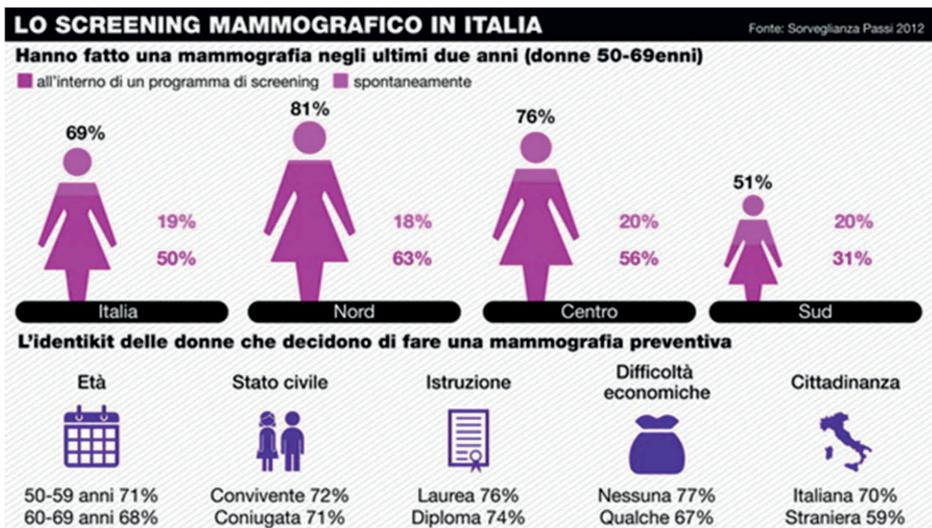
- se non hanno mai effettuato un test di screening
- se il precedente test era negativo e, in attesa di un nuovo invito, si sono presentati dei sintomi
- se, dopo l'ultimo test eseguito, è passato un intervallo di tempo uguale o superiore a quello previsto dal programma di screening.

### Codice di esenzione D03 - Prevenzione oncologica

Consente la mammografia gratuita alle donne dai 40-45 anni che non possono accedere ai centri di screening e alle donne dai 50-69 anni che non aderiscono allo screening ma eseguono spontaneamente l'esame presso centri senologici.

([http://www.ccmnetwork.it/screening/intro\\_legislazione](http://www.ccmnetwork.it/screening/intro_legislazione))

PURTROPPO L'ADESIONE È ANCORA SCARSA IN MOLTE AREE.



## Il programma prevede due livelli di approfondimento:

- mammografia senza rilascio delle immagini (**I Livello**). Se negativa, la risposta viene inviata a casa con l'invito per l'esame successivo.
- **se si evidenziano immagini dubbie e occorrono ulteriori indagini (II Livello)** la paziente viene richiamata tramite telefonata per sottoporsi ad esami di approfondimento (ecografia - biopsia), circa il 6.1% degli esami eseguiti nell'anno.

La maggior parte di questi casi dubbi non è dovuta alla presenza di un tumore, ma è necessario eseguire questi esami supplementari proprio per esserne sicuri. Tale livello prevede la consegna scritta del referto con l'esito degli esami eseguiti e la programmazione dei controlli e provvedimenti successivi a breve o lungo termine.

## 1.5 GLI STRUMENTI DI DIAGNOSI PRECOCE

### ❖ Mammografia

Attualmente, **per le donne tra i 45 e i 69 anni, la mammografia è il test più efficace** per individuare i tumori che non danno ancora sintomi e non sono palpabili.

La mammografia è una radiografia del seno. Per ottenere un risultato chiaro è necessario comprimere le mammelle. Questa compressione può risultare fastidiosa o leggermente dolorosa, specie dopo il 10° giorno del ciclo, ma dura pochi secondi, con **minima esposizione ai raggi x**.

La Mammografia digitale consente di aumentare la risoluzione dell'immagine memorizzata su computer, identificando microcalcificazioni sospette con diametro oltre 1 mm, che appaiono come aree puntiformi chiare sullo sfondo scuro, o come noduli chiari se più grandi.



Il personale che effettua la mammografia è altamente qualificato e le apparecchiature utilizzate sono tecnologicamente avanzate e controllate. Per una maggiore sicurezza sulla diagnosi, **ogni esame viene letto da due radiologi esperti**. Ogni radiologo deve leggere  $\geq 5.000$  mammografie all'anno.

**La mammografia come screening è indicata dopo i 45 anni, ma rimane l'esame iniziale d'elezione in caso di lesioni sospette a qualsiasi età.**

## ❖ **ESAMI DI APPROFONDIMENTO**

In genere, ogni 100 donne che effettuano una mammografia, circa 5 devono ripetere l'esame o sottoporsi ad approfondimenti. Per 4 su 5 si tratta in realtà di 'falsi allarmi', in quanto gli approfondimenti escludono la presenza di un tumore. Lo svantaggio è rappresentato principalmente dall'ansia che la donna può provare in tali situazioni

Le donne che sono richiamate per accertamenti possono effettuare a completamento uno o più esami di approfondimento.

### ➤ **Esame Clinico del Seno –Visita Senologica**

Permette di raccogliere un'accurata anamnesi familiare e personale, oltre a consentire un'accurata ispezione del seno e delle ascelle, utile per individuare eventuali nodi palpabili o anormali secrezioni del capezzolo e valutare il percorso diagnostico più idoneo. **Da sola non ha tuttavia alcun valore predittivo.**

**- Valutazione clinica della mammella: non evidenza di efficacia nello screening**



### ➤ **Ulteriori Mammografie**

Permettono di ottenere immagini ingrandite e più dettagliate, interpretare meglio eventuali anomalie rilevate e valutare più dettagliatamente lesioni di piccole dimensioni o alterazioni localizzate in sedi poco accessibili alla mammografia standard.

In alcuni centri viene utilizzata la **Tomosintesi mammaria** o mammografia digitale tridimensionale ad alta definizione, che consente di ricostruire la mammella nella sua completezza e un risparmio della dose radiante rispetto alle proiezioni mammografiche aggiuntive. Presenta maggiore accuratezza diagnostica con un 15% in meno di richiami per indagini diagnostiche aggiuntive e **29% in più di carcinomi mammari riscontrati**, specie in caso di seno denso. È raccomandata dalle linee guida della European Commission Initiative on Breast Cancer (ECIBC) come tecnica di approfondimento nei casi di sospetto clinico e di richiamo allo screening.

# Capitolo 1

## ➤ **Ecografia Mammaria**

È un esame indolore, che utilizza gli ultrasuoni rilevati attraverso una sonda fatta scorrere con una lieve pressione sulla mammella. Permette di controllare noduli palpabili oppure evidenziati dalla mammografia ed è in grado di distinguere se sono solidi o contengono del liquido (cisti). È un **esame complementare alla mammografia, non la sostituisce**, in caso di seno denso e lesioni dubbie alla mammografia.

È anche utilizzata per effettuare la biopsia con precisione e il **posizionamento di repere preoperatorio** della lesione (traccia di carbone vegetale, clips metallica, tracciante radioattivo) per facilitarne l'individuazione in corso dell'intervento chirurgico.

## ➤ **Biopsia**

È una metodica ambulatoriale, effettuata in caso di riscontro di un nodulo o una zona sospetti, le cellule prelevate vengono poi esaminate consentendo di stabilirne la natura e le caratteristiche biologiche, con un'attendibilità diagnostica di oltre il 95%. A seconda della lesione può essere eseguita tramite:

### ▪ **Agoaspirato**

È un esame di semplice esecuzione, effettuato utilizzando un ago sottile montato su una siringa o un apparecchio automatico sotto guida ecografica. La durata è di pochi secondi e in genere non determina dolore o altri sintomi significativi, a parte un possibile leggero sanguinamento. Questo esame permette di prelevare un campione di cellule da esaminare al microscopio (**esame citologico**)

### ▪ **Ago biopsia o biopsia percutanea**

Si esegue in ambulatorio, in anestesia locale viene prelevato un frammento della lesione attraverso la cute.

È necessario **sospendere i farmaci anticoagulanti** qualche giorno prima e concordare con il medico eventuale terapia sostitutiva. Può essere eseguita sotto guida ecografica oppure sotto guida stereotassica (Mammotone), quest'ultima è una procedura computerizzata che permette prelievi multipli di tessuto dall'area sospetta che viene poi analizzato al microscopio (**esame istologico**).

## ➤ **Istologico conferma la presenza del tumore e ne definisce le caratteristiche**

- tipo istologico (duttale-lobulare-intraduttale ecc... invasivo o in situ)
- il grado di differenziazione delle cellule, ovvero quanto conservano le caratteristiche delle cellule da cui derivano e quindi quanto più sono aggressivi man mano che le perdono
  - G1 ben differenziato (mantiene le caratteristiche)
  - G2 moderatamente differenziato (mantiene parte delle caratteristiche)
  - G3 scarsamente differenziato (ha perso completamente le caratteristiche)
- presenza o no dei recettori ormonali per estrogeni (ER) e progesterone (PgR) sulla membrana cellulare delle cellule tumorali, la quantità viene espressa in percentuale.
- la frazione di crescita delle cellule (Ki67), cioè la velocità di crescita espressa in percentuale.



- la presenza e la quantità sulla membrana cellulare del Recettore B2 per il fattore di crescita epidermico umano (HER2 - Human Epidermal growth factor Receptor2), proteine che normalmente regolano diverse funzioni di crescita e di riparazione della cellula ma se sono sovra espresse rendono più rapida e pericolosa la crescita cellulare. L'espressione di HER2 viene quantizzata con + preceduto da valori numerici crescenti:
  - HER2=0 negativo
  - HER2=1+ basso
  - HER2=2+ equivoco, in questo caso si esegue la valutazione dell'espressione del gene che produce il recettore HER2 (FISH), se sovra espresso è considerato positivo (HER 2+ FISH positiva) viceversa sarà considerato HER2 negativo 2+
  - HER2 1+ - HER2 2+ oggi sono classificati come **HER2 Low**
  - HER2=3+ positivo (presente nel 25% delle cellule dei carcinomi mammari)

Queste caratteristiche sono presenti in modo variabile in ciascun tumore mammario individuando **forme molto diverse tra loro sebbene simili**, le diverse caratteristiche di ciascun tumore sottoposto a biopsia indirizzano insieme all'estensione della malattia la scelta terapeutica iniziale più idonea per ciascuna persona, ovvero se chirurgica o medica.

In alcuni casi può essere necessario un approfondimento di livello superiore come la **Risonanza magnetica nucleare (RM)**, tecnica diagnostica che utilizza campi magnetici di elevata intensità applicati al distretto corporeo da esaminare senza esporre a radiazioni ionizzanti. Fornisce immagini dettagliate tridimensionali che permettono una migliore definizione della lesione specie ai fini chirurgici. Richiede l'utilizzo del mezzo di contrasto endovenoso per distinguere le aree sane dai tumori maligni e in situ.

È consigliabile eseguire l'esame nella seconda o terza settimana del ciclo mestruale per evitare che stimolazioni ormonali, fisiologiche o farmacologiche, della ghiandola mammaria possano interferire. È utilizzata per studiare lo stato delle protesi mammarie.

**N.B. Non possono** sottoporsi a questo tipo di esame **le donne portatrici di pacemaker o di dispositivi ad attivazione magnetica** (elettrodi e neurostimolatori). Esistono anche dispositivi compatibili certificati.

I nuovi espansori cutanei non sono più un problema, ma è consigliabile chiedere conferma al chirurgo se sia possibile fare la Risonanza

### **LIMITI DELLO SCREENING MAMMOGRAFICO**

- non sempre la mammografia è in grado di evidenziare il tumore quando è presente. In alcuni casi la mammella è molto densa (cioè contiene molte ghiandole) e ciò rende difficile l'identificazione del tumore

- ci sono casi in cui la malattia si sviluppa molto rapidamente nell'intervallo tra due test di screening. È quindi importante prestare sempre attenzione ai cambiamenti, nel caso, recarsi dal proprio medico o contattare il centro di screening.

## 1.6 SCREENING DELLE DONNE AD ALTO RISCHIO

**Sono considerate ad alto rischio le donne che presentano:**

- mutazione BRCA1 o BRCA2;
- rischio 20–25% secondo i comuni modelli di predizione del rischio;
- sindrome di Li-Fraumeni, di Cowden, del carcinoma gastrico diffuso familiare
- pregressa radioterapia toracica tra i 10 e i 30 anni;

Nelle donne ad alto rischio i controlli strumentali vengono iniziati all'età di 25 anni o 10 anni prima dell'età di insorgenza del tumore nel familiare più giovane.

Nelle donne ad alto rischio su base eredo-familiare è indicata la **Risonanza Magnetica Mammaria con mezzo di contrasto annuale**.

Numerosi studi hanno mostrato che **l'associazione di mammografia e ecografia, anche a cadenza semestrale, non apportano guadagno diagnostico**, pertanto nelle donne con età inferiore a 35 anni possono essere evitate. La combinazione di mammografia ed ecografia è invece opportuna nelle donne ad alto rischio che non possono eseguire la RM.

**Nelle donne con precedente radioterapia toracica la mammografia risulta più efficace** rispetto alla Risonanza con mezzo di contrasto per la maggiore incidenza di carcinoma duttale in situ con microcalcificazioni e minore neoangiogenesi.

A partire dai 25 anni, o almeno da 8 anni dopo la radioterapia toracica, dovrebbero essere inserite in un programma di sorveglianza dedicato con RM con mezzo di contrasto bilaterale annuale alternata con cadenza semestrale a mammografia bilaterale o tomosintesi, raggiunta l'età per lo screening organizzato sarà valutata la possibilità di aderire al protocollo di screening annuale o biennale con eventuale tomosintesi o se proseguire con screening intensivo in base all'entità di rischio.

In Italia, con la determina del 29.11.2017, AIFA ha inserito il Tamoxifene nell'elenco dei medicinali erogabili a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale per il trattamento preventivo del carcinoma mammario in donne sane ad alto rischio (**Chemioprevenzione**). In età premenopausale andrebbe proposto solo il tamoxifene a 20 mg/die per 5 anni a partire dai 35 anni dopo aver completato il proprio desiderio di gravidanza.

La riduzione del rischio è significativa per tumori con recettori ormonali positivi ma non con recettori ormonali negativi.



## INTERVENTO E DOPO L'INTERVENTO

### Premessa

Quasi tutte le donne con un tumore al seno, subiscono un intervento chirurgico per asportare i tessuti malati. Il percorso di cura differisce a seconda delle caratteristiche personali, sia in termini di modalità di resezione della massa tumorale, più o meno estesa, sia delle terapie farmacologiche e radianti.

La scelta del trattamento va affrontata insieme al chirurgo senologo e decisa collegialmente con tutti i professionisti del Gruppo Interdisciplinare di Cura (chirurgo plastico, oncologo, radioterapista, psicologo, radiologo, anatomopatologo).

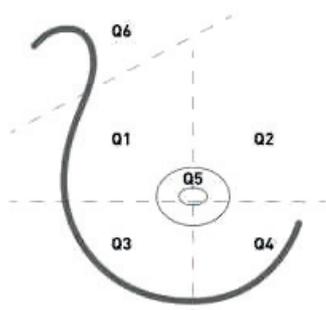
### 2.1 CHIRURGIA

Il tumore della mammella prevede l'approccio chirurgico per la sua rimozione, che può avvenire come primo atto terapeutico o successivamente a una chemioterapia primaria o neoadiuvante.

Nel corso degli anni si è passati dal massimo trattamento tollerabile al minimo trattamento efficace con interventi sempre meno demolitivi e meglio tollerati.

Qualora la neoplasia mammaria sia singola ed il rapporto del suo volume con quello della mammella permetta una conservazione esteticamente valida anche dopo la sua asportazione, si procede ad un intervento conservativo di dimensioni variabili proporzionalmente alle dimensioni del tumore: **tumorectomia, lampectomia o quadrantectomia**. Cioè asportazioni di tessuto mammario fino ad un intero quadrante, con un margine libero sufficiente a garantire la completa rimozione del tumore (radicalità oncologica).

### QUADRANTI MAMMARI - LOCALIZZAZIONI DELLE LESIONI

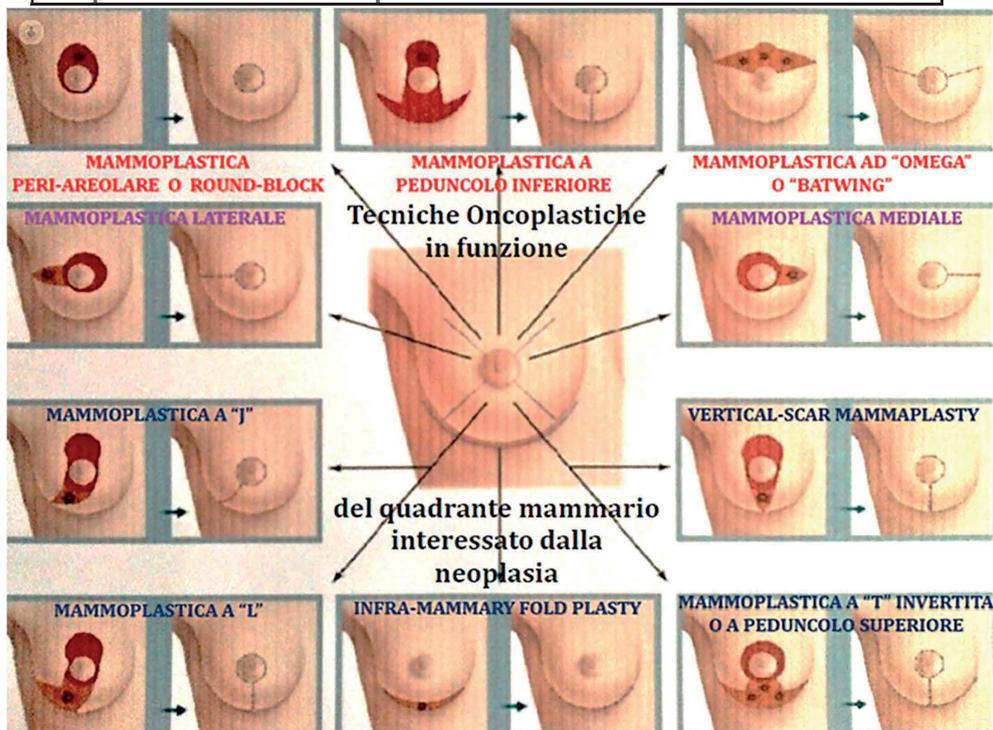


- Q1: quadrante superiore interno 15%
- Q2: quadrante superiore esterno 50%
- Q3: quadrante inferiore interno 5%
- Q4: quadrante inferiore esterno 10%
- Q5: regione centrale areola-capezzolo 20%
- Q6: prolungamento ascellare

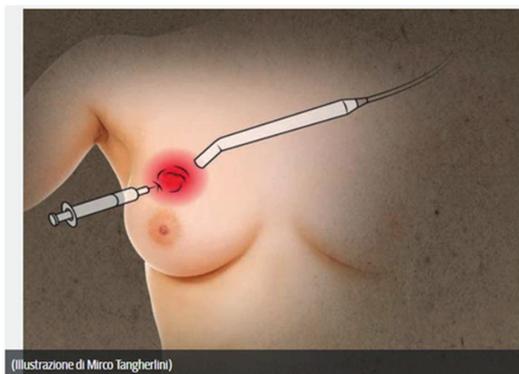
## Capitolo 2

Inoltre, l'introduzione dell'**oncoplastica** (combinazione di tecniche di Q1chirurgia plastica con quelle conservative) permette di ottenere risultati estetici ancora migliori in pazienti con conformazioni mammarie e localizzazioni del tumore selezionate.

### Oncoplastica di secondo livello per resezioni fino ad un 40% del volume mammario



Tecniche più precise di localizzazione dei tumori non palpabili, come la **roll (radioguided occult lesion localization)**, hanno poi reso sempre più precise le resezioni mammarie, permettendo interventi con minima invasività e medesima radicalità degli interventi più demolitivi del passato. Prevede l'iniezione di una sostanza radioattiva innocua all'interno della lesione. Il chirurgo può così localizzarla e asportarla con precisione, mediante una sonda per chirurgia radioguidata



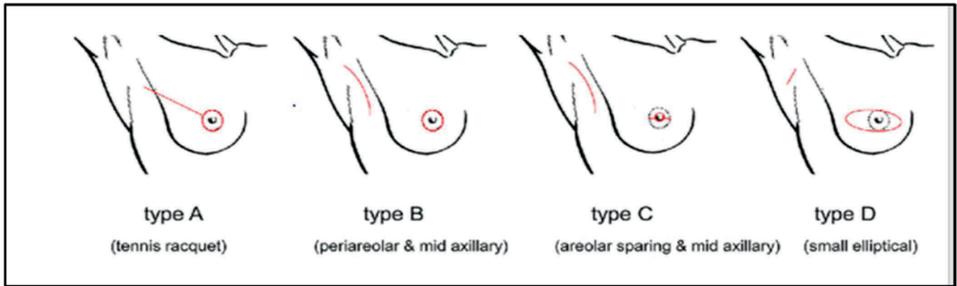
(Illustrazione di Mirco Tangherlini)



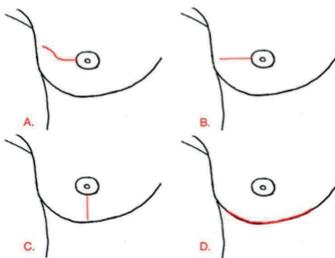
Se il rapporto tra volume del tumore e quello della mammella risulta sfavorevole alla conservazione della maggior parte della mammella o se la lesione è multicentrica (più di una lesione tumorale nella stessa mammella in quadranti diversi) oppure se profilattica (preventiva) in caso di mutazione genetica sarà necessario asportare tutta la ghiandola mammaria mediante un intervento "radicale" di **mastectomia**.

La mastectomia si divide in:

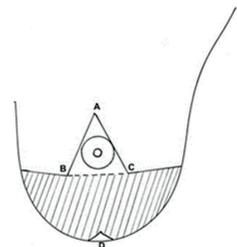
- **Semplice**: che prevede l'asportazione di tutta la ghiandola mammaria compreso il complesso areola-capezzolo e tutta la cute sovrastante la ghiandola;
- **Con risparmio della cute** (Skin Sparing Mastectomy - SSM): prevede l'asportazione di tutta la ghiandola mammaria e del complesso areola-capezzolo cercando di risparmiare la maggior parte di cute sovrastante la ghiandola;



- **Con risparmio del complesso areola-capezzolo** (Nipple Sparing Mastectomy - NSM): prevede l'asportazione della ghiandola mammaria in toto risparmiando il complesso areola-capezzolo e la maggior parte di cute sovrastante la ghiandola
- **Con riduzione della cute** (Skin Reducing Mastectomy - SRM): prevede l'asportazione di tutta la ghiandola mammaria risparmiando o meno il complesso areola-capezzolo, rimuovendo e riconformando anche la parte di cute sovrastante la ghiandola per correggere una dimensione e/o forma non ottimale per la ricostruzione.



Nipple Sparing Mastectomy



Skin Reducing Mastectomy

## Capitolo 2

Sia in caso di resezione parziale della mammella (quadrantectomia) sia in caso di mastectomia, viene verificato lo stato dei linfonodi del cavo ascellare al fine di definire l'estensione (stadio) della malattia e di programmare la terapia successiva alla chirurgia più efficace.

Come primo approccio, si esegue la **biopsia del linfonodo sentinella**, ovvero l'asportazione del primo linfonodo drenante la linfa dall'area tumorale. Il linfonodo sentinella viene poi inviato a un esame istologico intraoperatorio (estemporaneo) in caso di bubbio o definitivo, il cui risultato verrà dato con quello della lesione mammaria.

L'identificazione del linfonodo sentinella avviene mediante sostanze coloranti (Patent Blue Dye: PBD) o radiotraccianti (colloide di albumina marcata con tecnezio 99) iniettati preventivamente nella zona della mammella in cui si trova il tumore; talvolta l'area può rimanere colorata di blu.

In caso di positività del linfonodo sentinella, se l'intervento è conservativo e quindi con previsione di radioterapia, lo svuotamento del cavo ascellare può essere omesso in casi selezionati.

Lo **svuotamento del cavo ascellare (dissezione dei linfonodi ascellari)**, è invece indicato se:

- positività preoperatoria di uno o più linfonodi ascellari
- **positività del linfonodo sentinella per macrometastasi.**

Oggi la dissezione ascellare è sempre più limitata ai casi con maggiore interessamento linfonodale, ciò ha permesso di evitare in molte donne la complicanza più temibile, ovvero il linfedema del braccio. Tale problema può comunque presentarsi anche per la semplice asportazione del linfonodo sentinella, sebbene con minore frequenza ed entità.

Le tecniche di ricostruzione sono in continua evoluzione, le nuove **protesi permettono la ricostruzione della mammella già durante l'intervento di mastectomia in un unico tempo.**

Quando questa opportunità non sia possibile, si procede invece con il posizionamento di un espansore temporaneo che verrà sostituito con una protesi definitiva ad espansione completata.

La mammella controlaterale a quella demolita viene rimodellata per garantire alla paziente una simmetria esteticamente gradevole e funzionalmente corretta.

### 2.2 LE CONSEGUENZE A BREVE E A LUNGO TERMINE DELL'OPERAZIONE AL SENO

➤ **Conseguenze fisiche:** possono insorgere subito dopo l'operazione oppure a distanza di tempo (anche anni) dall'asportazione del tumore e possono comportare un po' di nausea, fastidio e dolore.

➤ **Gonfiore della ferita:** è dovuto al ristagno di sangue e/o di liquido linfatico prevalentemente a livello del cavo ascellare, che **può durare fino a qualche settimana dopo l'intervento, e può comparire anche in presenza di un drenaggio.**

È consigliabile massaggiare quotidianamente la cicatrice con un movimento circolare con i polpastrelli sulla cute sovrastante la cicatrice utilizzando apposite creme o olii elasticizzanti, delicatamente senza provocare arrossamenti della zona.

Il massaggio può proseguire anche per mesi o essere affidato, in casi particolari, ai fisioterapisti dedicati previa valutazione del medico fisiatra.

➤ **Problemi neurologici, ovvero "quelle strane sensazioni".** frequentemente localizzate intorno alla ferita e sotto il braccio, che si manifestano spesso come

- rigidità,
- pesantezza,



- formicolii,
- senso di “punture di spilli”
- “goccia d’acqua fredda che scende lungo il braccio”.

Nella maggior parte dei casi sono la conseguenza del rimaneggiamento dei tessuti durante il processo cicatriziale. Altri disturbi come iperestesia, ipoestesia o anestesia (rispettivamente maggiore, minore o nessuna sensibilità in una specifica parte del corpo) sono dovuti alla inevitabile lesione di terminazioni nervose periferiche minori durante la dissezione dei linfonodi ascellari e/o di superficie cutanee estese. Questi disturbi possono persistere a lungo fino a un anno, e, in alcuni rari casi, diventare permanenti.

Meno frequente è la **difficoltà nei movimenti di elevazione del braccio** e una sporgenza della scapola, detta scapola “alata” conseguenza della lesione del nervo toracico lungo in corso di dissezione ascelle e/o altra chirurgia che interessi la zona in cui decorre, anche se si cerca sempre di conservarlo. È utile ricorrere ad una fisioterapia precoce riabilitativa e praticare esercizi fisici domiciliari dedicati, non appena indicato dal chirurgo.

In alcuni casi, l’asportazione dei linfonodi ascellari, ed in minor misura del linfonodo sentinella, può rallentare la circolazione della linfa dell’arto, che si accumula nella cute, potendosi tradurre in un gonfiore visibile di tutto il braccio o di parti di esso, si parla pertanto di linfedema

### 2.3 LINFEDEMA DELL’ARTO SUPERIORE – (il “braccio gonfio”)

Possiamo distinguere:

- **Linfedema immediatamente post-operatorio:** per ridotta mobilizzazione dei liquidi da ipomobilità dell’arto o per flogosi cellulare ascellare
- **Linfedema precoce:** entro due anni dell’intervento
- **Linfedema tardivo:** a distanza di anni dall’intervento per patologia sovrapposta

#### Sintomatologia.

I più comuni sintomi del linfedema sono:

- gonfiore,
- senso di pienezza e pesantezza del braccio interessato,
- difficoltà ad alzare l’arto,
- pastosità della cute,
- riduzione della capacità motoria o della flessibilità della mano o del polso,
- difficoltà a infilare il braccio nella manica della giacca o della maglia,
- senso di compressione dato da anelli, orologio o braccialetti.

#### Trattamento del linfedema

Qualora il linfedema si presentasse, possono essere prescritte alcune soluzioni dal vostro medico

- **le terapie fisico-motorie**
  - linfodrenaggio manuale
  - bendaggio multistrato e multicomponente
  - elastocompressione con tutori elasticizzati
  - attività fisica di moderata intensità come ginnastica posturale

## Capitolo 2

- nuoto
  - Nordic Walking
  - tecniche di rilassamento
- **la dieta ipocalorica, ipolipidica e ipocalorica;**
  - **il trattamento farmacologico**
    - fibrinolitici
    - integratori a base di flavonoidi
    - cumarina
    - antibiotici in caso di linfangite
    - antimicotici in caso di micosi
  - **l'intervento chirurgico di anastomosi linfo-venosa.**
  - **le posizioni di drenaggio.**

In relazione alla gravità del linfedema, il medico valuterà la soluzione migliore o una combinazione tra le diverse terapie. In ogni caso, alcune accortezze possono essere utili per contribuire a risolvere la situazione. Per aiutare il drenaggio del liquido, infatti, è utile **assumere regolarmente** le cosiddette posizioni di drenaggio, in modo da sfruttare la forza di gravità per favorire lo scorrimento verso il collo.

- **A letto:** appoggia il braccio su un cuscino piegato, sistemato al lato del corpo, in modo che risulti in posizione declive rispetto al tronco.
- **Da seduta:** appoggia sempre il braccio o sul tavolo o sul bracciolo della poltrona, in modo che la mano sia più in alto della spalla.

### Linfangite

Il linfedema e la rallentata circolazione linfatica possono predisporre l'arto a processi infettivi che si manifestano con arrossamento della cute, dolore, calore, febbre ed aumento del volume dell'arto.

Gli episodi di linfangite possono essere causati da qualche evento traumatico della cute come punture di insetti, piccole ferite, scottature etc. È necessario rivolgersi tempestivamente al proprio medico.

La cura consiste in una terapia farmacologica a base di antibiotici.

### Prevenzione del linfedema

Alcuni semplici accorgimenti, che devono diventare vere e proprie abitudini quotidiane, possono allontanare quasi del tutto il rischio di comparsa del linfedema.

1. Applica regolarmente una crema idratante sulla cute
2. Indossa sempre dei guanti per le attività di giardinaggio o simili e non fare mai attività troppo pesanti
3. Evita ferite da graffio o morsi di animali, da aghi o spine e da taglienti. Pulisci con attenzione eventuali tagli o graffi e, se necessario, applica una crema antibiotica e copri la ferita.
4. Nelle zone infestate da zanzare o altri insetti usa opportuni repellenti e abiti con maniche lunghe.
5. **Evita cerette o rasoï per la depilazione, durante la manicure evita di tagliare le cuticole** specie in profondità, meglio spingerle dolcemente.
6. Non fare il bagno con acqua eccessivamente calda ed evita bruschi sbalzi di temperatura.
7. Evita l'esposizione diretta al sole nelle ore più calde e proteggiti da eventuali scottature utilizzando sempre la crema solare ad alta protezione.



8. Non indossare gioielli stretti e in generale elastici o indumenti che comprimono il braccio.
9. Evita movimenti che comportino uno **sforzo ripetuto e prolungato** da parte della muscolatura del braccio, come portare pesi (sacchi della spesa, sollevare cassette o scatoloni pesanti), cerca di non stirare, lavare i vetri o lavorare a maglia troppo a lungo. Le borse dovrebbero essere portate dal lato opposto.
10. Non sollevare carichi pesanti con il braccio a rischio.
11. Quando viaggi **in aereo indossa sempre una guaina compressiva** (disponibile in un negozio di prodotti sanitari) per equilibrare gli sbalzi di pressione.
12. Evita prelievi di sangue dal braccio a rischio e fatti misurare la pressione dall'altro lato.

### Ginnastica specifica per il linfedema

In alcuni casi, se lo svuotamento dei linfonodi ascellari ha provocato un linfedema, una serie di movimenti specifici può migliorare la circolazione linfatica e contribuire a migliorare la situazione.

Se invece temi che il linfedema possa sopravvenire, questi esercizi ti aiuteranno a prevenirlo.

#### **Da seduta**

a) Con tronco e capo allineati:

- ▶ piega il collo verso il basso, avvicinando il mento al petto (10 volte);
- ▶ piega il collo all'indietro, gli occhi guardano il soffitto (10 volte);
- ▶ inclina la testa a destra, lentamente (10 volte);
- ▶ inclina la testa a sinistra, lentamente (10 volte);
- ▶ ruota il capo verso destra (10 volte);
- ▶ ruota il capo verso sinistra (10 volte).

b) Con spalle rilassate e braccia lungo i fianchi:

- ▶ alza le spalle, portandole vicino alle orecchie (10 volte);
- ▶ apri e chiudi con forza le mani (tieni il pugno 20 secondi, ripeti per 5 volte);
- ▶ gomiti piegati spingi con forza un palmo della mano contro l'altro (10 volte, tenendo la posizione per qualche secondo)

#### **In piedi**

- Di fronte al muro, appoggia le mani alla parete, falle strisciare lungo il muro, raddrizzando le braccia e avvicinando il corpo alla parete: tieni la posizione 20 secondi (3 volte).
- Porta le braccia avanti all'altezza del bacino e incrocia le dita, allungando bene gli arti e porta entrambe le braccia verso l'alto, allungandoti bene, senza inarcare la schiena.
- Mettiti di lato vicino al muro, con la mano appoggiata contro di esso, in modo che il braccio sia dritto: sposta in avanti il corpo, sentirai allungarsi i muscoli interni del braccio fino al seno, la mano rimane fissa
  - **prima all'altezza della spalla**, tieni la posizione per 20 secondi (ripeti 3 volte)
  - **poi con la mano più in alto della spalla**, tieni la posizione per 20 secondi (ripeti 3 volte).
- In piedi o seduta, porta le mani dietro la testa e apri e chiudi i gomiti: i movimenti vanno eseguiti fino alla massima apertura e alla massima chiusura (10 volte).

## Capitolo 2

- Seduta su uno sgabello o in piedi con le ginocchia leggermente piegate, porta le mani dietro la schiena e cerca di spingerle verso l'alto, come per allacciarti il reggiseno (10 volte).

Incrocia le mani a livello delle scapole, tieni la posizione 20 secondi (ripeti 3 volte).

Mani appoggiate alle spalle, esegui delle circonduzioni, come se dovessi disegnare dei cerchi con i Gomiti (10 volte ruotando in avanti, 10 volte ruotando all'indietro).

- In piedi, braccia in fuori all'altezza delle spalle, esegui delle circonduzioni, come se dovessi disegnare dei cerchi con la punta delle dita: **prima cerchi piccoli** e veloci (esegui il movimento per 10 secondi ripetendo 5 volte per ogni senso, avanti e indietro); **poi cerchi ampi** ed eseguiti lentamente (10 volte in avanti, 10 volte all'indietro).

### RICORDA

**La ginnastica è una prevenzione importante da svolgere quotidianamente.**

In caso di linfedema è consigliato eseguire una visita da un medico fisiatra esperto in linfedema, il quale provvederà a redigere il trattamento riabilitativo più adeguato alla situazione clinica.

## 2.4 LA CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA Dott. Pietro Maria Ferrando

Oggigiorno la maggior parte delle donne che hanno subito una mastectomia opta per una ricostruzione chirurgica della mammella.

Le uniche controindicazioni possono essere di ordine oncologico (tumore troppo esteso) o legate a condizioni scadenti di salute della paziente pre-esistenti (fattori di rischio), che renderebbero l'intervento ricostruttivo troppo rischioso, sia in termini di sopravvivenza sia in termini di possibili complicanze dell'intervento ricostruttivo, che andrebbero a pesare negativamente sulla qualità di vita più di quanto non faccia, positivamente, il ricostruire un seno asportato.

La decisione va presa solo insieme al chirurgo plastico, ponderando attentamente tutti i pro e i contro delle opzioni disponibili, in funzione delle caratteristiche ed i desideri **specifici di ogni paziente**.

La ricostruzione della mammella non solo non interferisce con i successivi esami clinici e radiologici di controllo periodici, ma è spesso un fortissimo incentivo alla ripresa rapida di una vita normale ed attiva, con indubbi effetti benefici sulla psiche e quindi sullo stato di salute in generale.

### Intervenire subito o aspettare?

L'avvento delle mastectomie con "risparmio dei tessuti" permette di iniziare il percorso ricostruttivo contemporaneamente all'asportazione della mammella nella maggioranza dei casi, ovviamente l'intervento è un po' più lungo e gravoso per il fisico. La ricostruzione comunque può essere effettuata anche molti anni dopo la mastectomia (differita), con ormai poche differenze sul risultato finale rispetto alla ricostruzione immediata.



## ❖ RICOSTRUZIONE ETEROLOGA (con mezzi sintetici o protesici)

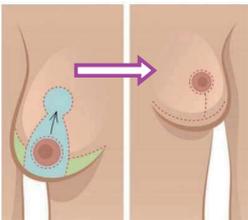
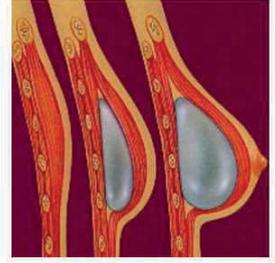
Nella maggior parte dei casi, la ricostruzione della mammella viene effettuata mediante materiale sintetico (protesi mammarie ed espansori tissutali mammari).

Se essa viene effettuata contestualmente alla mastectomia **“in un unico tempo”** potrà essere utilizzata la protesi mammaria +/- rivestita di matrici dermiche acellulari (supporti biologici) o reti sintetiche, che permettono la copertura e stabilizzazione più o meno complete della protesi.

**“In due tempi”** quando a causa del tipo di mastectomia e/o per caratteristiche dello stato di salute della paziente in generale (fattori di rischio), dovrà essere utilizzato un **espansore tissutale**.

In questo caso, nel primo tempo (contestuale alla mastectomia) si posizionerà l'espansore cutaneo mammario più o meno riempito di aria o di soluzione fisiologica, a seconda della superficie cutanea che sarà possibile distendere immediatamente.

Successivamente, il riempimento dell'espansore verrà completato gradualmente, durante le visite ambulatoriali, mediante delle punture indolori (la cute è ancora insensibile per l'intervento chirurgico) al di sopra della valvola di riempimento presente all'interno dell'espansore.



Raggiunto il volume desiderato, sarà necessario un nuovo intervento chirurgico per rimuovere l'espansore e sostituirlo con la protesi mammaria, durante il quale si potrà anche intervenire sulla mammella controlaterale con l'intervento di chirurgia plastica più idoneo per ottenere la migliore simmetria possibile con la mammella ricostruita con la protesi.

La permanenza dell'espansore è influenzata da diversi fattori:

- la necessità di doversi sottoporre ad altre terapie per la cura del tumore mammario
- le liste d'attesa ospedaliere

La permanenza dell'espansore non determina alcun rischio per la salute e attualmente, grazie all'avvento di un **nuovo tipo di espansore sarà possibile anche eseguire la risonanza magnetica**.

## Capitolo 2

Nei rari casi in cui si ricorre ad una ricostruzione successiva alla mastectomia (differita) si dovrà sempre passare attraverso l'iniziale posizionamento dell'espansore cutaneo mammario

In alcuni casi specifici è possibile evitare il doppio intervento e applicare direttamente una protesi espandibile (**protesi di Becker**) che consente l'espansione della cute esattamente come l'espansore tissutale, e può essere lasciata direttamente in sede, rimuovendo esclusivamente la valvola per l'espansione che, in questo caso, è distaccata dalla protesi.



L'evoluzione dei materiali di cui sono composte le protesi e gli espansori e delle tecniche chirurgiche hanno fatto sì che possano essere posizionati sia a livello **retro-pettorale** (dietro al muscolo grande pettorale), sia **pre-pettorale** (davanti ai muscoli della parete toracica ed a contatto diretto con la superficie interna del lembo di cute della mastectomia). Nel secondo caso, a fronte di un recupero più breve ed un dolore potenzialmente minore, è possibile che il margine protesico sia più visibile, soprattutto a livello del decolté, comunque correggibile con un intervento successivo di innesto di tessuto adiposo a quel livello (**lipofilling**).



Le protesi hanno una garanzia che varia dai 12 ai 15 anni. Lo scadere della garanzia non comporta necessariamente la necessità di sostituire la protesi, che può non essere sostituita finché non si presenti una rottura diagnosticata mediante esami radiologici (più frequentemente la risonanza magnetica mammaria), ma potrebbe anche essere necessario sostituirla prima della scadenza nel caso dovessero presentarsi altre complicanze

### ❖ RICOSTRUZIONE AUTOLOGA (con tessuti propri)

La chirurgia plastica utilizza da molti anni anche tipi di interventi ricostruttivi mammari che non utilizzano protesi esterne, ma combinazione di tessuti prelevati da altre parti del corpo del paziente. Essi si dividono in 3 famiglie di interventi che prevedono la mobilitazione di parti di tessuto cutaneo, sottocutaneo +/- fascia e/o muscolo, tessuto adiposo:

- **lembi pedunculati** come il lembo del muscolo grande dorsale che viene prelevato dal dorso il cui apporto vascolare resta in connessione con la zona da cui si preleva

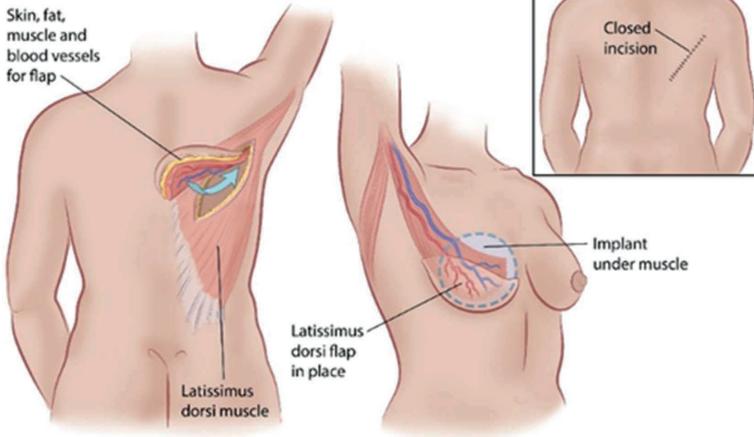


- **lembi perforanti** composti da cute e fascia prelevati dalla periferia della mammella, il cui apporto vascolare deve essere ricreato nella zona in cui vengono posizionati (lembi microchirurgici).

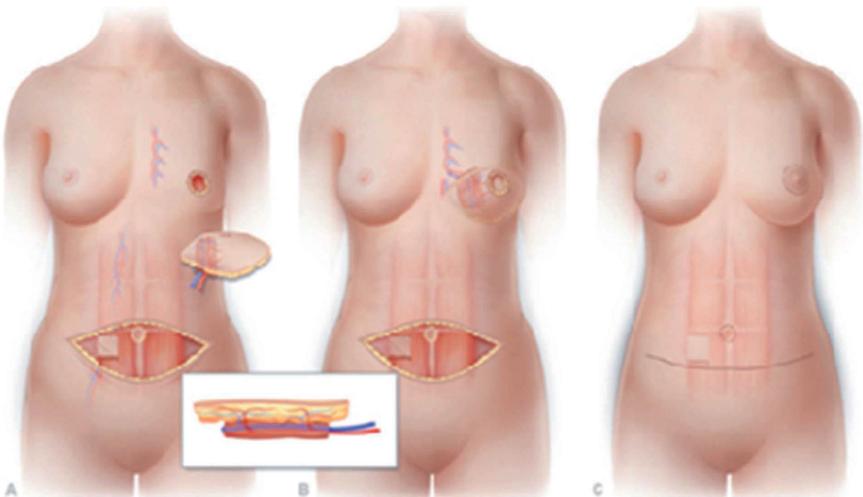
## LEMBI PEDUNCOLATI

### Latissimus Dorsi Flap

Skin, fat, muscle and blood vessels for flap



## LEMBI MICROCHIRURGICI PERFORANTI



## Capitolo 2

• **Lipofilling:** ricostruzione autologa mediante solo tessuto adiposo, prelevato mediante liposuzione da zone di accumulo nel corpo (addome, fianchi, superficie interna ed esterna delle cosce e l'interno delle ginocchia) a seconda della disponibilità. Il tessuto adiposo viene infiltrato a livello dello spazio sottocutaneo del lembo di mastectomia o all'interno del muscolo grande pettorale, dopo essere stato opportunamente processato (selezionate il più possibile le cellule staminali al suo interno che, una volta innestate nella zona ricevente, saranno in grado di differenziarsi in nuove cellule adipose, cellule che costituiscono nuovi vasi sanguigni e cellule che producono componenti essenziali al rinnovamento cutaneo). Maggiore sarà il volume della mammella da ricostruire più saranno i tempi successivi in cui il processo dovrà essere ripetuto, non è possibile infiltrare in un unico tempo tutto il volume di tessuto adiposo necessario in quanto non attecchirebbe e, comunque, spesso non disponibile. Spesso si ricorre al posizionamento di un espansore cutaneo mammario transitorio riempito subito del volume necessario a distendere i lembi cutanei che residuano dopo la mastectomia e viene successivamente svuotato del volume di tessuto adiposo che viene infiltrato di volta in volta (**tecnica di espansione inversa**). Durante l'ultimo innesto di tessuto adiposo l'espansore cutaneo mammario completamente svuotato viene rimosso, lasciando solo tessuto adiposo autologo a costituire la mammella ricostruita.

Utilizzando tessuti propri dei pazienti, questi tipi d'intervento hanno degli indubbi vantaggi:

- sono esenti da reazioni avverse rispetto ai mezzi sintetici
- meno soggetti ad infezioni
- offrono un risultato più naturale che si modifica nel corso degli anni in modo armonico con il resto del corpo

Per contro, rispetto a quelli che utilizzano mezzi sintetici, sono interventi più lunghi (fino ad anche più di 5 ore d'intervento), in alcuni casi necessitano di più interventi successivi per raggiungere il risultato finale (nel caso del lipofilling i tempi sono in media almeno 3-4), sono tecnicamente più impegnativi con una più alta probabilità d'insuccesso e lasciano cicatrici e/o irregolarità della superficie cutanea in più punti del corpo. Essi sono quindi indicati **esclusivamente in pazienti ben selezionate e molto motivate**.

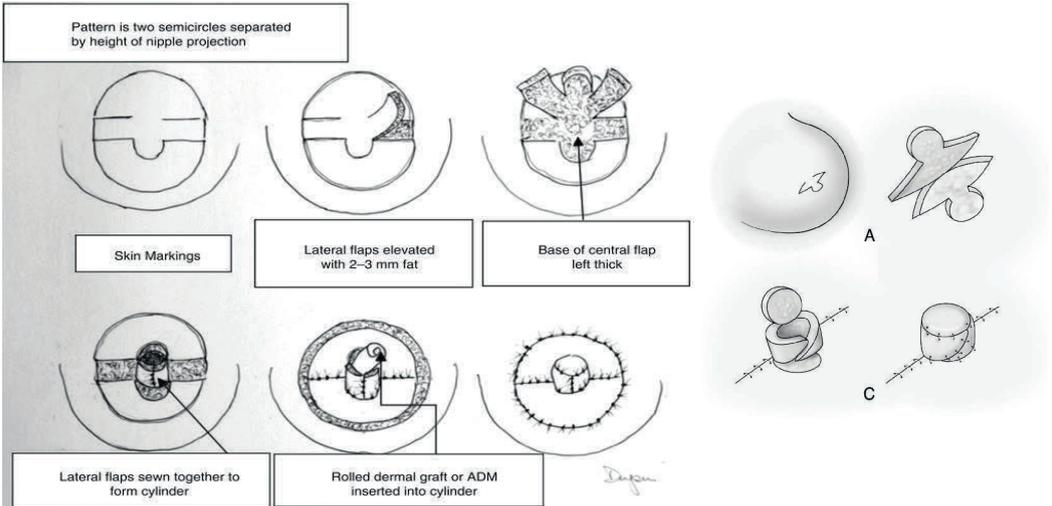
### RICOSTRUZIONE DELL'AREOLA E DEL CAPEZZOLO

Terminati la ricostruzione della salienza mammaria ed il tempo di assestamento della tecnica chirurgica utilizzata, un piccolo intervento ambulatoriale in anestesia locale permetterà la ricostruzione. Il capezzolo si ottiene generalmente da tessuti della mammella stessa, mediante l'allestimento di lembi cutanei locali, ma può anche essere prelevato dal capezzolo controlaterale se particolarmente prominente; mentre l'areola può essere ottenuta prelevando un piccolo innesto di



cute dalla piega dell'inguine che, oltre ad offrire caratteristiche simili in quanto a colore e consistenza, permette anche di occultare bene la cicatrice che residuerà.

L'areola può anche essere ricostruita insieme al capezzolo mediante una tecnica particolare che utilizza lembi cutanei locali o essere semplicemente tatuata.



In alcuni casi la ricostruzione del complesso areola-capezzolo non può essere effettuata (a causa di cicatrici e/o cute post-radioterapia non predisponenti), in questi casi si potrà ricorrere a protesi esterne mobili in silicone che possono anche riprodurre fedelmente quello ancora presente. **il SSN prevede la rimborsabilità totale.**





Rare volte, per necessità cliniche e/o volontà delle pazienti si dovrà ricorrere all'utilizzo di **protesi mammarie esterne definitive**, in alcuni casi solo transitoriamente fino a che non sia completato il percorso ricostruttivo articolato in più tempi successivi (protesi mammarie esterne provvisorie). In entrambi i casi il SSN prevede la rimborsabilità totale.

### DICE LA LEGGE

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) fornisce gratuitamente ausili, presidi e protesi alle persone con invalidità superiore al 33% e a coloro che sono in attesa del riconoscimento di invalidità.

La richiesta di prescrizione degli ausili deve essere **effettuata su apposito modulo dallo specialista dipendente da un presidio sanitario pubblico o convenzionato all'ASL**

In seguito alla modifica apportata dal D.Lgs. n. 321 G.U. n.183 del 08/08/2001 non è più necessaria la richiesta di invalidità, è sufficiente la prescrizione.

Il D.L. n. 332 del 1999 sancisce la possibilità di rinnovo della protesi ogni 3 anni (art. 5 comma 3). Inoltre, in caso di smarrimento, rottura accidentale o particolare usura del dispositivo, l'ASL può autorizzare, per una sola volta, **la fornitura di un nuovo dispositivo protesico prima che siano decorsi i tempi minimi di rinnovo**. Si consiglia di informarsi presso le proprie ASL di riferimento al fine di verificare la gratuità o meno delle protesi.

### RICORDA

- La chirurgia ricostruttiva oggi è in grado di riportare il seno alla forma e alla dimensione che aveva prima dell'intervento nella maggior parte dei casi.
- La ricostruzione del seno non compromette minimamente le cure, né rende più complicati o meno attendibili gli esami.
- Le protesi mammarie attuali hanno un livello di controllo e caratteristiche biomeccaniche per cui possono essere considerate dei dispositivi medici sicuri.
- Il rischio di sviluppare un linfoma associato alla presenza di protesi mammarie (BIA-ALCL) è oggi del 4.6 pazienti su 100.000 pazienti che ne hanno subito l'impianto e, comunque, il BIA-ALCL è una condizione clinica a prognosi favorevole, sia se diagnosticata precocemente, sia se trattata correttamente anche nelle fasi più avanzate di malattia. Il 92.2% dei pazienti italiani che hanno sviluppato la malattia è guarito.



- Sarà il chirurgo senologo insieme al chirurgo plastico a proporti la soluzione più giusta per te , tenuto conto delle condizioni fisiche. La ricostruzione comunque può essere effettuata anche molti anni dopo la mastectomia, senza che questo incida minimamente sul risultato finale.
- Se le condizioni di salute generale lo permettono, non c'è un'età in cui non ha più senso pensare alla ricostruzione del seno. La scelta è soggettiva e dipende soltanto da come ti senti con il tuo corpo, che tu abbia 40 o 70 anni.
- La scelta di ricostruire o meno è solo tua e non deve essere condizionata da quello che pensi possa essere il giudizio degli altri o da canoni estetici imposti.

## LA SALUTE OGGI E DOMANI

### Premessa - Si scrive cancro, si legge malattie neoplastiche

“La teoria prevalente negli ultimi decenni interpreta il cancro come un insieme di circa 200 malattie diverse (malattie neoplastiche) caratterizzate da un’abnorme crescita cellulare, svincolata dai normali meccanismi di controllo dell’organismo.

Il processo di trasformazione di una cellula normale in cellula neoplastica avviene attraverso varie tappe, con accumulo di anomalie genetiche, funzionali e morfologiche di numerosi bersagli molecolari.

La proliferazione (divisione cellulare) è un processo fisiologico che ha luogo in quasi tutti i tessuti e in innumerevoli circostanze frutto di un persistente equilibrio tra proliferazione e morte cellulare programmata (apoptosi). Le mutazioni nel DNA che conducono alle malattie neoplastiche portano alla distruzione di questi processi ordinati: questo dà luogo a una divisione cellulare incontrollata ed eventi a cascata in grado di evadere i meccanismi fisiologici di controllo replicativo, fino alla formazione del tumore.

Sono necessarie quindi sia l’attivazione abnorme dei geni che normalmente promuovono la crescita (oncogeni), sia l’inattivazione dei geni che inibiscono la crescita (geni oncosoppressori). La cancerogenesi, quindi, è un processo complesso che richiede mediamente molto tempo: raramente una singola alterazione genetica è sufficiente per lo sviluppo del tumore.

Tra i meccanismi essenziali per la crescita tumorale, il cosiddetto microambiente (cioè tutto ciò che si trova intorno alle cellule tumorali) svolge un ruolo particolarmente importante, attraverso l’azione di cellule favorevoli e fattori di crescita da un lato e cellule che mangiano o uccidono la cellula tumorale dall’altro.

I tumori, anche quando apparentemente hanno lo stesso “nome”, possono essere molto diversi tra loro. Oggi il trattamento di un caso può essere molto diverso da un altro, anche se clinicamente si presentano alla stessa maniera, proprio in funzione della presenza di una particolare caratteristica molecolare.

L’altro aspetto importante è che le cellule tumorali, proprio grazie alle mutazioni che si accumulano nel corso della loro proliferazione, sono in grado di sviluppare resistenza anche nei confronti dei trattamenti che inizialmente funzionano. Può capitare quindi che, dopo mesi o anni di controllo di malattia, ci sia bisogno di cambiare trattamento perché i farmaci utilizzati fino a quel momento non sono più efficaci nel contrastare la crescita del tumore.” Stralcio da Numeri del Cancro 2022.

### 3.1 LE TERAPIE POSTOPERATORIE

Negli ultimi anni l’oncologia ha subito un significativo cambiamento grazie all’evoluzione tecnologica (sequenziamento del genoma, approcci bioinformatici, intelligenza artificiale, biobanche, ecc.), che ha consentito di individuare meglio le diverse caratteristiche delle cellule di ciascun tumore, per cui oggi non si parla più del tumore della mammella ma dei tumori della mammella e sappiamo che **in ogni individuo il tumore si sviluppa e progredisce in modo diverso**.

Il carcinoma della mammella è una malattia eterogenea e pazienti con tumori apparentemente simili per caratteristiche clinico-patologiche possono presentare decorso ed evoluzione diversi.

In seguito alle analisi dell’espressione genica delle cellule tumorali mammarie sono stati individuati quattro sottotipi di carcinomi invasivi.

All’interno di questi sottotipi esiste un’elevata eterogeneità caratterizzata da una diversa biologia molecolare, da un diverso comportamento clinico e una diversa sensibilità agli agenti chemioterapici e alle



terapie target. Nella pratica clinica, la valutazione immunohistochimica dello stato dei recettori ormonali, del Ki67 e di HER2, eseguita sui tessuti istologici delle biopsie e del pezzo operatorio, permette di identificare in maniera surrogata i 4 sottogruppi fenotipici (aspetto fisico istologico) di carcinoma mammario che presentano una “relativa” corrispondenza con i 4 derivati dai profili di espressione genica.

- **Luminali A:** marcata espressione dei recettori ormonali per gli estrogeni e per il progesterone superiore al 20%, HER2 negativo e bassa attività proliferativa (Ki67 massimo 20%);
- **Luminali B:** esprimono i recettori ormonali, HER2 negativo, elevato indice proliferativo (Ki67 >20%);
- **HER2 positivi:** HER2 score 3+ oppure FISH positivo, qualsiasi valore di attività proliferativa (Ki67), recettori ormonali negativi oppure recettori ormonali positivi (Luminali B HER2 positivi).
- **Basal like:** neoplasie Triplo Negative caratterizzate dall'assenza dei recettori ormonali e di HER2, da aumentata espressione delle citocheratine basali (CK5/6 e CK14) La corrispondenza tra il fenotipo “triplo negativo” individuato su base immunohistochimica e il sottogruppo “basal like” individuato su base genica, esiste solo nell'80% circa dei casi. L'espressione genica dei carcinomi mammari triplo negativi, infatti, ha permesso di identificare sei differenti sottotipi cui può associarsi la presenza o assenza di infiltrato linfocitario (TILs) e di PDL1, dimostrazione dell'**estrema eterogeneità** presente in questi sottogruppi.

Tali sottogruppi si sono dimostrati anche prognosticamente importanti, essendo i Luminali A carcinomi a prognosi favorevole migliore rispetto ai Luminali B e ai carcinomi HER2 positivi, e i Basal-like quelli a prognosi peggiore, in termini di sopravvivenza libera da malattia e globale, e sedi di ripresa di malattia.

Finora è stato il **modello istologico** a orientare i trattamenti, secondo una sequenza che prevede:

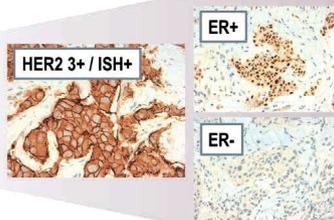
- la sede d'origine del tumore;
- la tipizzazione istologica;
- l'eventuale presenza di biomarker
- lo sviluppo clinico di farmaci target therapy.

Il recente sviluppo di nuove tecnologie quali il sequenziamento di seconda generazione, **next generation sequencing (NGS)**, consentono di studiare le molteplici alterazioni presenti nei geni delle cellule del tumore del singolo paziente ottenute con la biopsia del tessuto tumorale e di ottenerne la **profilazione genomica** (caratterizzazione), e in futuro anche per i tumori della mammella sarà possibile su biopsia liquida (ricerca nel sangue di frammenti di DNA o cellule tumorali circolanti). La biopsia liquida consente di studiare numerose componenti molecolari del tumore, e può rappresentare uno strumento importante per seguire nel tempo l'evoluzione dinamica della neoplasia

Si è passati da un modello basato sull'istologia a un **modello mutazionale**, dove le mutazioni genetiche delle cellule dei singoli tumori (BRCA- PIK3CA – PDL1 – ESRI) possono guidare la terapia indipendentemente dal tessuto di partenza, dalla sede del tumore, dall'età e dal sesso con **farmaci capaci di intervenire sulla specifica mutazione di specifici geni presenti nelle cellule tumorali (farmaci agnostici)**. La valutazione terapeutica diventa sempre più complessa e individualizzata.

## CLASSIFICAZIONE MOLECOLARE

### IMMUNOISTOCHEMICA



### Espressione Genica

DNA

Ambiente Immunitario

Intrinsic subtype

ERBB2 mRNA level

PIK3CA mut

ERBB2 mut

BRCA1/2 mut

TILs

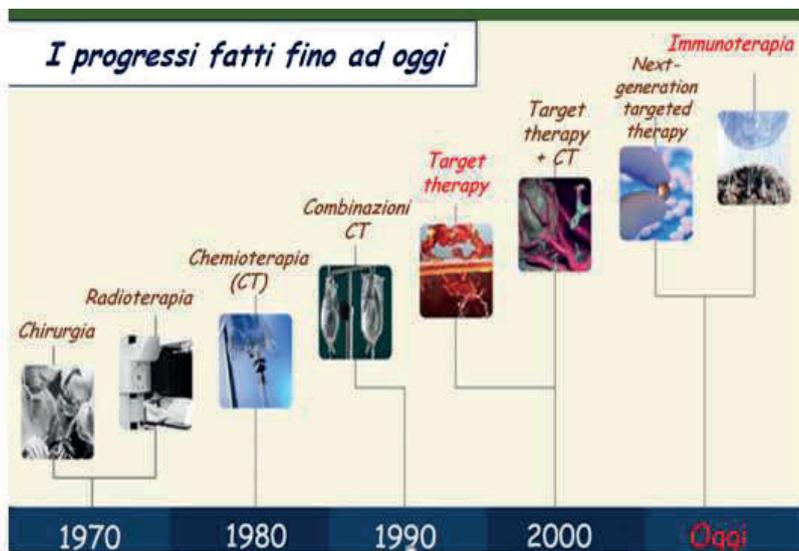
PD-L1

FcyR alleles (host)

Luminal A  
Luminal B  
HER2 arricchito  
Basal-like

IHC pictures courtesy of Dr M. Lo Mele

Il nuovo **modello mutazionale** si associa e si integra con il modello tradizionale di tipo istologico, e considerata l'estrema complessità della gestione richiede l'attivazione di gruppi inter-disciplinari specifici: i **Molecular Tumor Board (MTB)**, che associno le competenze oncologiche, ematologiche, della biologia molecolare, delle anatomie patologiche e delle farmacie ospedaliere, per garantire un accesso omogeneo, equo, governato e sostenibile al trattamento, con un potenziale beneficio clinico maggiore e per un tempo più lungo, rispetto al trattamento con la classica chemioterapia citotossica.





Ogni paziente presenta caratteristiche che lo differenziano e deve essere curato con una terapia il più possibile “personalizzata” e “su misura”, individuando con la massima precisione, grazie a dati non solo clinici ma anche biologici, le caratteristiche del cancro che ha colpito e costruire la strategia di trattamento migliore e su misura per ognuno.

La medicina e l'oncologia di precisione sono una vera e propria rivoluzione scientifica e culturale, il cui punto chiave è la profilazione genomica, cioè dall'individuazione delle mutazioni e delle alterazioni molecolari che sono causa sviluppo delle neoplasie (definite “driver”).

Gli studi molecolari, soprattutto sui tumori avanzati, oltre a consentire l'identificazione dei “bersagli” attesi in quanto presenti in una certa percentuale dei casi, consentono anche di identificare la presenza di alterazioni molecolari più rare, non necessariamente tipiche del tipo di tumore in esame o nel tumore iniziale ma sviluppatasi nel corso della malattia e se presenti farmaci per quella specifica mutazione consentire un trattamento mirato più efficace.

I **marcatori agnostici** rappresentano la nuova frontiera della medicina di precisione (*MSI-H-MMR* e *NTRK gene fusion*) e si stanno già profilando altri marcatori pan-tumorali.

Inoltre, oggi i trattamenti chemioterapici sono meno tossici di un tempo, grazie anche al miglioramento delle terapie di supporto, e la maggior parte degli effetti collaterali sono temporanei.

Data la complessità e variabilità individuale dei trattamenti medici nei vari stadi di malattia, di seguito analizzeremo solo alcuni aspetti generali delle terapie.

### ❖ TERAPIA NEOADIUVANTE

È il trattamento medico iniziale **prima della chirurgia**, indicato

- nelle forme localmente avanzate inoperabili,
- nel carcinoma infiammatorio,
- nel carcinoma mammario operabile ad alto rischio biologico di recidiva (triplo negativo/ HER2 Recettori negativi)
- nel carcinoma mammario operabile voluminoso e/o con linfonodi positivi

La terapia neoadiuvante consente di ridurre la massa tumorale ed effettuare interventi conservativi o comunque meno demolitivi; inoltre, permette di valutare, sulla base della risposta, la sensibilità o resistenza al trattamento e aumentare in caso di risposta patologica completa (scomparsa della neoplasia) il controllo nel tempo della malattia specie a distanza.

Gli schemi terapeutici variano significativamente in base alle caratteristiche intrinseche del tumore e necessitano di valutazione interdisciplinare GIC.

Anche il trattamento operatorio e sistemico post operatorio variano in base alla presenza o meno di malattia residua dopo trattamento neoadiuvante e alle caratteristiche biologiche.

Oggi nelle pazienti **HER2 positive** con malattia residua è disponibile e rimborsabile a completo carico del SSN, terapia adiuvante con TDMI e nelle **BRCA mutate** Olaparib nei triplo negativi e Talazoparib negli ormonoresponsivi HER2 negativi più o meno combinati con chemioterapia.

### ❖ LA TERAPIA ADIUVANTE

Dopo l'intervento, è solitamente necessario eseguire una terapia con farmaci specifici: **trattamento adiuvante ormonale o chemioterapico**, sempre più mirato e meglio tollerato.

## Capitolo 3

La terapia adiuvante ha lo scopo di **ridurre il rischio di ricaduta** di malattia a livello locale e generale. È importante guardare queste terapie non come un'ulteriore aggressione al proprio organismo, ma come un fondamentale alleato della nostra salute. È dimostrato che lo stato emotivo della paziente influisce sull'intensità della percezione di molti effetti collaterali.

**I tumori in situ non necessitano di terapia medica adiuvante.**

**Non tutte le donne con tumore invasivo necessitano di chemioterapia adiuvante**, la valutazione viene fatta in base alle caratteristiche biologiche ed istologiche del tumore, ed al rapporto rischio-beneficio individuale dal Gruppo Interdisciplinare Cure (GIC).

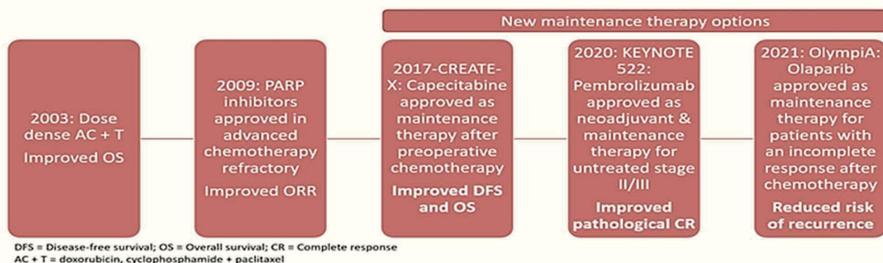
Nelle pazienti con carcinoma mammario **recettori ormonali positivi/HER2-negativo** sono oggi prescrivibili in regime di rimborsabilità da parte del SSN **test genomici** (Oncotype Dx, Mammaprint, Endopredict, Prosigma-PAM50), per meglio definire l'effettiva utilità dell'associazione della chemioterapia al trattamento endocrino o eseguire solo terapia endocrina.

Il punteggio RS  $\leq 25$  Oncotype DX nelle donne in postmenopausa con metastasi linfonodali massimo in 3 linfonodi possono evitare in modo sicuro il trattamento chemioterapico adiuvante. Nelle donne in premenopausa il punteggio deve essere RS  $\leq 15$ .

Nelle pazienti operate con carcinoma mammario recettori ormonali positivi/HER2-negativo ad alto rischio di recidiva ( $\geq 4$  linfonodi ascellari positivi oppure con 1-2 linfonodi ascellari positivi associati a lesione tumorale  $\geq 5$  cm e/o grado istologico Gco 3) è oggi possibile associare alla ormonoterapia adiuvante Abemaciclib, inibitore CDK 4/6, combinato a soppressione ovarica con LHRH analogo in caso di stato pre o peri-menopausale (riduzione del 25,3% il rischio di recidiva).

Nelle pazienti con carcinoma mammario in fase iniziale **HER2-positivo**, operato, ad alto rischio di recidiva (linfonodi ascellari positivi o recettori ormonali negativi) è oggi disponibile il doppio blocco HER2 associando alla chemioterapia adiuvante standard con trastuzumab - pertuzumab.

### Milestones in the Treatment of Early Stage Triple Negative Breast Cancer (TNBC)



Masuda N. N Engl J Med. 2017; 376:2347-2359  
Schmid P. N Engl J Med. 2020; 382:810-21.  
Toni AA, et al. N Engl J Med. 2021; 385:24.

Nel carcinoma mammario triplonegativo oggi è possibile in casi selezionati introdurre dopo la chemioterapia mantenimento con Olaparib nelle BRCA mutate oppure immunoterapia con Pembrolizumab se espressione di PDI.



## ❖ TERAPIA DELLA MALATTIA METASTATICA

Si definisce malattia metastatica il caso in cui la malattia non sia limitata alla mammella ma coinvolga anche altri organi (osso, polmone, fegato ecc..) sia perché recidivata dopo un primo trattamento sia perché già presente al momento della prima diagnosi. La terapia medica è il trattamento d'elezione nella maggioranza dei casi.

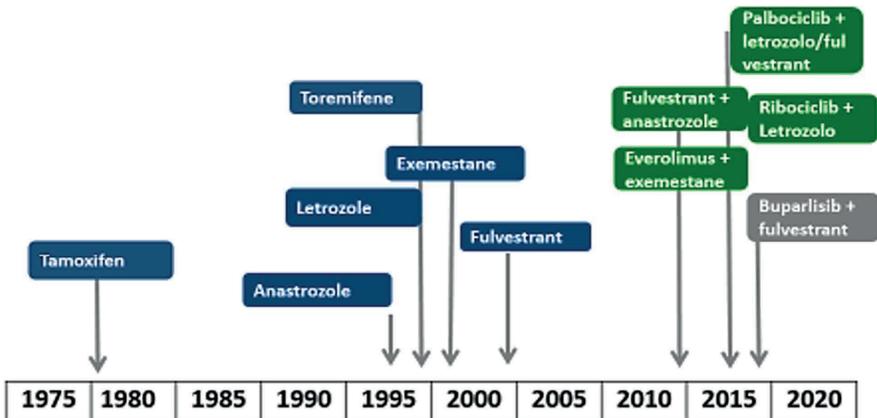
**Nel 6-7% dei casi, il tumore alla mammella si presenta metastatico già alla diagnosi**, tuttavia la maggior parte delle donne che oggi vive in Italia con carcinoma mammario metastatico (circa 37.000) ha presentato una ripresa di malattia dopo un intervallo più o meno lungo dal primo trattamento.

Grazie ai progressi diagnostico-terapeutici, alla disponibilità di nuovi farmaci antitumorali, alle migliori terapie di supporto e alla migliore integrazione delle terapie sistemiche con le terapie locali, la sopravvivenza globale di queste pazienti con malattia metastatica è notevolmente aumentata.

La scelta del trattamento sistemico si basa sulla valutazione dei parametri biologici e delle caratteristiche del tumore, oltre che della situazione psico-fisica della donna e dei precedenti trattamenti ricevuti nel setting neoadiuvante/adiuvante o nelle linee di terapia precedenti per la malattia metastatica, come pure dell'intervallo di tempo intercorso tra un trattamento e l'altro. Anche per la malattia metastatica la terapia può essere ormonale, chemioterapia o terapia biologica.

Nella **malattia con recettori ormonali positivi (HR+) e HER2-negativo**, l'aggiunta degli inibitori delle cicline CD4/6 all'ormonoterapia ha dimostrato un raddoppiamento della sopravvivenza rispetto alla sola ormonoterapia, che raggiunge i 60 mesi sia in prima linea che nelle successive linee

### Milestones in the treatment of HR+/HER2- ABC

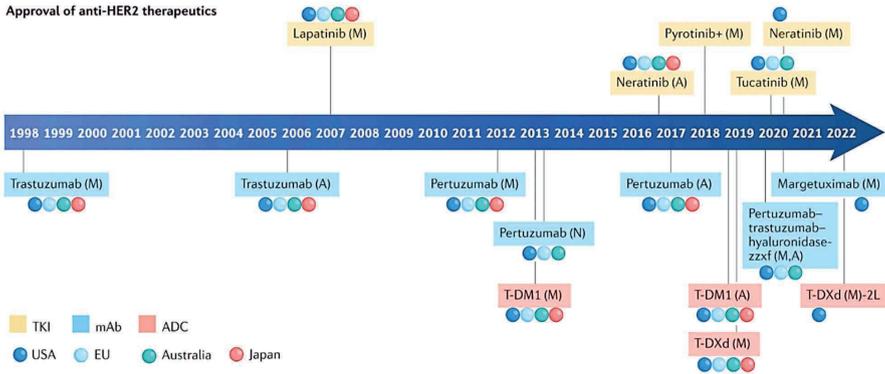


Nelle pazienti con mutazione BRCA1e/o BRCA2 pre-trattate è possibile una terapia successiva con Talazoparib, inibitore di PARP per via orale, con risposte migliori della chemioterapia.

Nei **tumori HER2-positivi**, il doppio blocco anti-HER2 (trastuzumab e pertuzumab) associato a docetaxel/taxolo in prima linea dà risposte superiori rispetto a trastuzumab taxolo.

# Capitolo 3

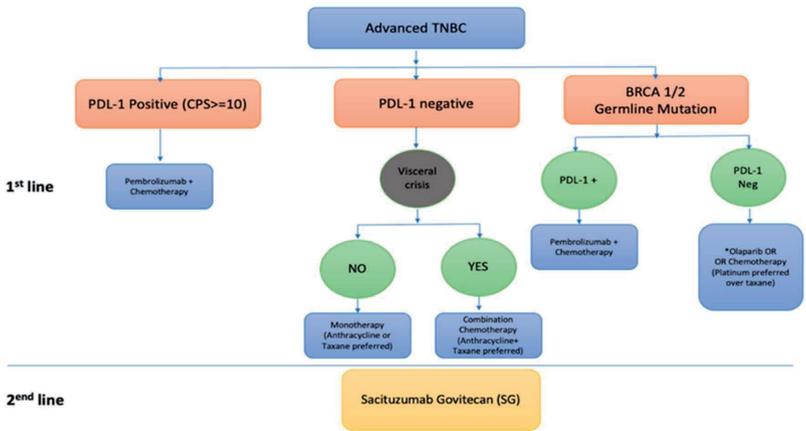
Ulteriori opzioni di terapia anti-HER2 nelle linee successive sono rappresentate dall'anticorpo farmaco-coniugato anti-HER2 trastuzumab deruxtecan e dall'inibitore tirosin-chinasico tucatinib in associazione a trastuzumab e capecitabina in chi ha ricevuto almeno 2 precedenti regimi di trattamento. anti-HER2.



Timeline of preclinical discovery milestones for HER2 biology and regulatory approval for anti-HER2 therapies. A, adjuvant setting; M, metastatic setting; N, neoadjuvant setting; +, approved in China only; \*, M. Bishop and H. Varmus awarded Nobel Prize in 1989 for this discovery; \*\*, S. Cohen and R. Levi-

Nel fenotipo “triplo-negativo” PD-L1-positivo l’immunoterapia con atezolizumab associata alla chemioterapia con nab-paclitaxel in prima linea si è dimostrata più efficace della sola chemioterapia. Un’ulteriore opzione terapeutica se già ricevuto in precedenza almeno due terapie sistemiche, è rappresentata da sacituzumab-govitecan, anticorpo farmaco-coniugato anti-TROP2,

Nelle pazienti BRCA mutate può essere fatta terapia con inibitori di PARP, olaparib e talazoparib, che hanno dimostrato un maggiore controllo della progressione di malattia (PFS) rispetto alla chemioterapia, con un migliore profilo di tolleranza.



La chemioterapia standard rimane un’opzione valida nelle linee successive in tutti i tipi biologici, la scelta del trattamento più idoneo per ogni singolo paziente e la sequenza migliore va definita dall’inizio del percorso terapeutico tenendo conto delle limitazioni di sequenza imposte dagli organi regolatori (AIFA).



## ❖ MALATTIA OLIGOMETASTATICA/OLIGORICORRENTE (20% dei casi metastatici).

- Viene definita **malattia oligometastatica**, la condizione in cui alla diagnosi sono presenti lesioni metastatiche con un basso carico tumorale limitate per numero e sede: un'unica metastasi o un numero limitato  $\leq 5$  metastasi oppure limitate ad un singolo organo (**1-10% dei casi metastatici all'esordio**);
- si definisce **oligoricorrente** se invece ricade in alcune sedi limitate dopo un periodo più o meno lungo dal trattamento precedente per carcinoma mammario, **con stabilità della malattia nella sua globalità**.

È uno stato intermedio tra malattia localizzata e metastasi sistemiche diffuse.

La diagnosi si basa esclusivamente sui risultati radiologici.

**La finalità del trattamento della malattia oligometastatica è curativa**, basata sull'eradicazione di tutti i siti di malattia metastatica.

Studi clinici dimostrano che l'integrazione dei trattamenti loco-regionali con la terapia sistemica consente un guadagno in termini di intervallo libero da malattia e sopravvivenza mediana, nonché il differimento dell'inizio della terapia sistemica e quindi dei suoi potenziali effetti collaterali.

I trattamenti locali ablativi sono un punto cardine della strategia terapeutica della malattia oligometastatica. I dati più solidi in termini di beneficio di sopravvivenza globale media provengono da studi randomizzati su

- metastasi cerebrali (1-3 metastasi  $\leq 3$  cm) sottoposti a chirurgia / radioterapia /radiochirurgia
- metastasi epatiche sottoposte a chirurgia / termoablazione / radioterapia (TrueBean)

Una corretta valutazione multidisciplinare potrà indicare la migliore strategia terapeutica associando i diversi trattamenti disponibili, quali: terapia sistemica, chirurgia, radioterapia, elettro-chemioterapia, perfusione loco-regionale, termoablazione ecc...

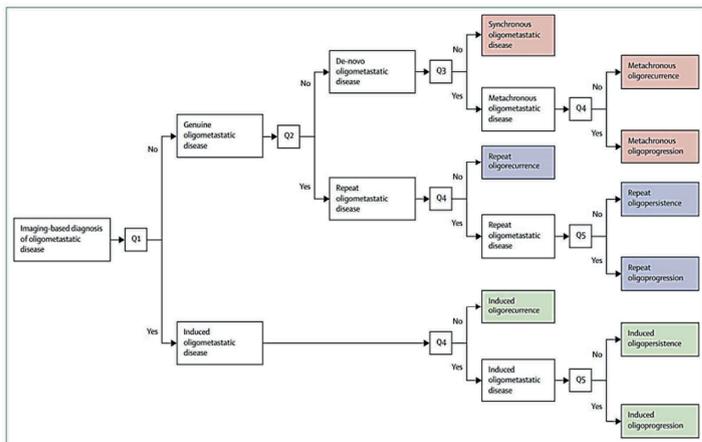
**Valutazione Multidisciplinare** nella selezione dei pazienti candidabili a terapia locoregionale, sulla base delle evidenze disponibili, deve tener conto:

- intervallo libero di malattia: i pazienti con recidiva oltre i 36 mesi dalla diagnosi hanno una sopravvivenza migliore rispetto a una ripresa di malattia più precoce;
- del numero di noduli metastatici
- della sede della recidiva
- del tempo di raddoppiamento del volume tumorale (quando misurabile): se una lesione raddoppia il proprio diametro in un tempo superiore ai 40 giorni, l'escissione permette una sopravvivenza migliore rispetto ai casi con un tempo di raddoppiamento inferiore
- della migliore strategia terapeutica da associare
  - chirurgia
  - radioterapia
  - elettro-chemioterapia con Platino e Bleomicina
  - perfusione loco-regionale
  - termoablazione

# Capitolo 3

Recentemente l'EORTC ha pubblicato delle raccomandazioni ben strutturate per la classificazione della malattia oligometastatica.

## ESTRO-EORTC consensus recommendation for the characterisation and classification of oligometastatic disease



- Q1 Il paziente ha avuto una precedente storia di malattia polimetastatica?
- Q2 Il paziente ha avuto una precedente storia di malattia oligometastatica?
- Q3 La diagnosi di malattia oligometastatica è avvenuta per la prima volta più di 6 mesi dalla diagnosi della malattia primitiva?
- Q4 Il paziente è in terapia sistemica attiva al momento della diagnosi?
- Q5 Le lesioni oligometastatiche sono in progressione radiologica?

Guckenberger M et al; Lancet Oncol 2020

L'elettrochemioterapia (ECT) è un trattamento combinato tra chemioterapia con bleomicina e cisplatino a basse dosi ed elettroporazione che ne consente un aumento dell'assorbimento cellulare, usato nel trattamento locale delle metastasi cutanee di qualsiasi istologia inferiore a 3cm ma anche nelle lesioni più grandi della parete toracica sintomatiche per sanguinamento, ulcerazione o dolore. I pazienti possono essere trattati più volte in caso di risposta incompleta alla prima sessione, o se la recidiva appare all'interno o all'esterno dell'area trattata.

## 3.2 EFFETTI COLLATERALI DELLE TERAPIE

### ➤ Chemioterapia

Molti sono i farmaci chemioterapici a disposizione: alcuni vengono utilizzati in combinazione, altri sono usati in modo sequenziale come singoli agenti chemioterapici. Alcuni farmaci o combinazioni di farmaci vengono somministrati per via endovenosa in ospedale ogni 21 giorni o a cadenza settimanale a seconda dello schema di terapia, altri farmaci vengono assunti per via orale con cadenza e durata variabile a seconda del tipo di farmaco. La chemioterapia adiuvante ha solitamente una durata limitata nel tempo variabile a seconda dello schema terapeutico adottato, mentre la terapia per la malattia metastatica è continuativa e viene modificata o cambiata in caso di inefficacia o intolleranza, meno frequentemente sospesa definitivamente, in quanto ha lo scopo di controllare la malattia cronicizzandola.

Gli effetti collaterali dipendono dai farmaci utilizzati, dal dosaggio, dalla tolleranza individuale, dalle condizioni generali del paziente per le eventuali malattie concomitanti, dall'interferenza con altri farmaci assunti, dal carico di malattia e l'intensità dei sintomi con esso correlati (performance status).



I più frequenti in grado variabile d'intensità sono:

- **vomito e nausea:** si presentano al momento della somministrazione o poche ore dopo, sono transitori e possono essere ben controllati con terapie adeguate;
- **alopecia** (perdita dei capelli): non tutti i farmaci danno alopecia, si manifesta solitamente dopo alcuni giorni dalla prima somministrazione in caso delle antracicline (la rossa), è meno frequente e più graduale con altri farmaci. È comunque transitoria con tempi variabili da soggetto a soggetto;
- **mielodepressione:** il midollo osseo produce in minore quantità i componenti del sangue (globuli bianchi, globuli rossi, piastrine) e a seconda del farmaco utilizzato possono ridursi singolarmente o variamente associati provocando:
  - anemia (riduzione del numero di globuli rossi),
  - piastrinopenia (riduzione del numero di piastrine)
  - leucopenia (riduzione del numero di globuli bianchi).
 Solitamente non richiedono trattamenti specifici e può essere sufficiente un momentaneo rinvio della terapia per alcuni giorni.
- In caso di terapie che possono ridurre in modo significativo i globuli bianchi con rischio di neutropenia severa o febbrile, bisogna impostare una terapia specifica di prevenzione con stimolanti della produzione dei globuli bianchi, che va somministrata sotto cute entro le 72 ore successive alla chemioterapia. **Non va somministrata nelle terapie settimanali.** È prescrivibile solo dallo specialista oncologo con apposito piano terapeutico.
- **mucosite:** infiammazione transitoria delle mucose della bocca ben controllata con accurata igiene orale e terapia locale appropriata.
- **diarrea, stitichezza;**
- **neurotossicità** (formicolii alle estremità, ronzio): si manifesta dopo alcuni giorni/ settimane dalla somministrazione del farmaco e può durare anche dopo la fine del trattamento. La terapia con gabapentin per os e il raffreddamento delle estremità durante la terapia (Hilotherm) possono aiutare a controllare i sintomi.
- **fatigue o sindrome da stanchezza cronica** caratterizzata da stanchezza continua associata a debolezza muscolare, difficoltà di attenzione e concentrazione, sonno non ristoratore.

#### ❖ **Terapia ormonale o endocrinoterapia**

La terapia ormonale consiste in trattamenti farmacologici per via orale o intramuscolare che bloccano l'azione degli ormoni femminili sulle cellule tumorali, impedendone la crescita. È necessario perché funzionino che le cellule tumorali esprimano sulla superficie cellulare i recettori per estrogeni e progettone.

Se la paziente è in fase fertile o in fase premenopausale è necessario inibire anche l'attività delle ovaie e indurre la menopausa farmacologica associando gli analoghi del GNRH, che vengono somministrati per via intramuscolare ogni 28gg o ogni tre mesi secondo le preferenze delle pazienti. Oltre a bloccare l'attività ovarica questi farmaci vengono utilizzati anche per preservare l'attività ovarica e con essa la fertilità durante la chemioterapia.

La terapia ormonale viene somministrata come adiuvante al termine della chemioterapia o subito dopo l'intervento chirurgico, per un periodo variabile da 5 a 7aa fino a un massimo di 10aa in base al rischio di ricaduta; oppure nella malattia metastatica in questo caso è continuativa fino a progressione o intolleranza.

## Capitolo 3

Gli effetti collaterali più comuni sono:

- vampate di calore
- aumento di peso e ritenzione idrica
- secchezza vaginale
- sbalzi d'umore

In particolare

- **Tamoxifene**, inoltre, può raramente causare l'insorgenza del tumore all'endometrio (la mucosa che riveste l'interno dell'utero), per cui è consigliata l'ecografia pelvica transvaginale ogni sei-otto mesi per tutto il periodo di terapia per misurare lo spessore dell'endometrio e prevenire interrompendo tempestivamente se incremento oltre i limiti di sicurezza. Aumenta anche il rischio di trombosi agli arti inferiori, di ictus e cataratta.
- **Inibitori dell'Aromatasi** (Anastrozolo, Letrozolo, Exemestane) agiscono impedendo la trasformazione del colesterolo in estrogeni da parte dell'enzima aromatasi non solo nell'ovaio ma anche in tutti i tessuti che li producono: muscoli, fegato, tessuto adiposo. Si riduce così la quantità di estrogeni circolanti.

L'effetto collaterale più rilevante sono le **artralgie** (dolori alle articolazioni) in misura variabile da soggetto a soggetto specie nelle frasi iniziali della terapia e **la riduzione della densità ossea**, per cui nei casi con aumentato rischio di osteoporosi (familiarità, terapia cortisonica continuativa, osteopenia già presente all'inizio della terapia, obesità) è consigliabile associare alla VitD la terapia antiassorbitiva semestrale: sottocute (Prolia) o endovenosa (Aclasta), con monitoraggio della salute dell'osso con densitometria ossea lombare e femorale ogni 18 mesi per tutto il periodo di terapia. Sono prescrivibili con piano terapeutico rinnovabile annualmente dall'oncologo o dai centri del Metabolismo dell'osso.

### ❖ Terapie biologiche

Sono farmaci specifici, in grado di agire in modo molto selettivo e mirato sui meccanismi di regolazione delle cellule neoplastiche senza danneggiare quelle sane.

#### ▪ **Anticorpi monoclonali umanizzati ricombinanti**

Sono somministrati per endovena ogni 21 giorni. Il capostipite è il **Trastuzumab** (Herceptin), che si lega alla proteina cHerbB2 sulla membrana cellulare al posto del fattore di crescita dell'epidermide (EGF), proteina prodotta naturalmente dal corpo umano, impedendo che questo agisca e, di conseguenza, impedisce la divisione e la crescita delle cellule neoplastiche. Altro anticorpo rivolto contro la famiglia cHerB2 è il **Pertuzumab** (Perjeta) che in sinergia col Trastuzumab ne potenzia il blocco e riduce l'azione.

#### ▪ **Anticorpi farmaco-coniugati** (ADC - antibody drug conjugate)

Anche questi sono somministrati per endovena ogni 21 giorni. Qui l'anticorpo monoclonale lega un chemioterapico, che viene così trasportato dentro la cellula e qui liberato. In questo modo aumentano l'efficacia e riducono la tossicità del chemioterapico, poiché agiscono solo sulle cellule neoplastiche bersaglio che presentano sulla superficie il recettore specifico contro cui l'anticorpo è diretto. Ovviamente se la cellula non espone il recettore bersaglio questa terapia molto selettiva non è attiva e tanto meno indicata.

Oggi sono prescrivibili a carico del SSN:

- anticorpi coniugati col Trastuzumab per la malattia HER2 positiva **Trastuzumab-Emtasine (TDM1)** e **Trastuzumab-Deruxtecama (TDXd)**.



Ben tollerati, non danno alopecia. Tossicità rara da monitorare è la cardiopatia ipocinetica, specie se precedente terapia con Antracicline; va valutata periodicamente la Frazione di Eiezione (FE) del ventricolo sinistro con l'Ecocardiogramma, in caso di riduzione significativa della FE < 50% è indicata la sospensione del trattamento fino a recupero della funzionalità e se necessario proseguire, come nella malattia metastatica, è possibile riprendere il trattamento associando farmaci cardioprotettivi (tipo isoprololo).

- anticorpo anti TROPO2 coniugato con metabolita attivo dell'irinotecan **Sacituzumab Govirtecan** anticorpo diretto contro l'antigene di superficie antitrofoblasto 2 (Trop-2) molto espresso nelle cellule carcinoma mammario, nei tumori triplo negative, cioè che non esprimono il recettore per HER2 né recettori per estrogeno e progesterone.

### ❖ Inibitori della Tirosinachinasi (TKI)

Sono farmaci orali, che bloccano la Tirosinachinasi, proteina intracellulare deputata alla trasmissione del messaggio di crescita al nucleo cellulare inviato dalla famiglia dei recettori HER (HER1-HER2-HER3-HER4-HER5) posti sulla membrana cellulare, cioè viene bloccato il trasferimento del messaggio di crescita dall'ambiente extra cellulare al nucleo tramite il blocco degli enzimi intracellulari. Anche questi farmaci richiedono recettori per HER2 di superficie anche se inibiscono la porzione intracellulare e non extracellulare del messaggio del recettore.

La tossicità è gastroenterica con prevalentemente diarrea e cutanea con rossore palmo-plantare. Bisogna fare molta attenzione alle interferenze con altri farmaci che interferiscono sul metabolismo e alcuni alimenti, che è consigliato non assumere (melograno-pompelmo – Iperico).

Il caopostipite è il **Lapatinib** inibisce HER2 e HER1, **Neratinib** è un potente inibitore di tutta la famiglia degli HER, **Tucatinib** inibisce HER2-HER3 con maggiore selettività.

#### RICORDA

L'efficacia di una terapia dipende strettamente anche da quanto si è **scrupolose nel rispettare le modalità e i tempi di assunzione.**

L'aderenza al trattamento è fondamentale perché la terapia funzioni al meglio.

**Rivolgiti sempre al tuo medico** nel caso di effetti collaterali particolarmente fastidiosi o per modificare la terapia.

### 3.3 LA PRESERVAZIONE DELLA FERTILITÀ

La tossicità ovarica della chemioterapia dipende dal tipo di farmaco, dalla dose somministrata e dall'età della paziente al momento del trattamento; allo stesso modo il rischio di insufficienza ovarica determinato dalla radioterapia dipende dall'età, dal campo di irradiazione e dalla dose totale di radiazioni impiegata.

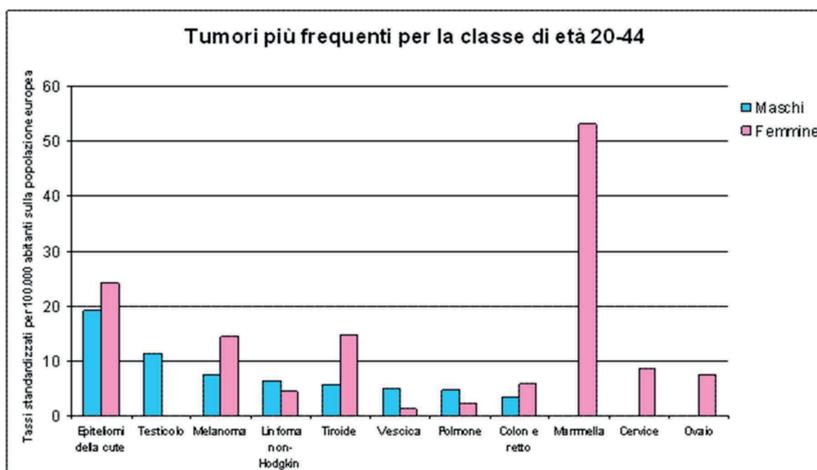
Nelle donne < 35 aa il rischio di amenorrea a lungo termine è simile alle donne che non ricevono chemioterapia, mentre nelle donne di 35- 40 anni il rischio sale al 50% fino ad arrivare all'85% in quelle oltre i 40anni, con una riduzione della probabilità di avere una gravidanza di circa il 40 % (R.A.Anderson et Al, Human Reproduction, Vol.33,n.7,1281- 1290,2018).

**Al momento della diagnosi circa il 50% delle pazienti in età fertile desidera una gravidanza.**

Il problema diventa particolarmente rilevante dato il progressivo incremento dell'età della prima gravidanza (nel 25% > 35 anni) e il miglioramento della prognosi che aumenta le aspettative di vita

## Capitolo 3

(834.200 prevalenti con carcinoma della mammella). Tanto più se consideriamo che il carcinoma della mammella è il tumore più frequente nelle donne giovani, rappresenta il **40% di tutti i tumori incidenti** (nuovi casi ogni anno) **nelle donne tra 0-49anni**, con un rischio di contrarre la malattia di 1/40donne contro 1/20donne nelle donne adulte e 1/25 nelle anziane. L'11% dei nuovi casi anno è diagnosticato in età **inferiore ai 45 anni (circa 6.000 nuovi casi anno)** e il 7% in donne con età **inferiore a 35 anni (circa 3800 nuovi casi anno)**.



Le linee guida internazionali (ASCO 2006/2013/2018 ASRM 2013 AIOM 2012-2018) raccomandano di informare tutte le giovani donne con cancro della mammella sul rischio di sviluppare infertilità e di avviare un counseling tempestivo per la preservazione della fertilità al momento della diagnosi, con un programma dedicato multidisciplinare che preveda oltre al chirurgo e all' oncologo, anche lo specialista della riproduzione, lo psicologo, il genetista (S. Paluch-Shimon et al. ESO –ESMO 3rd international consensus guidelines for breast cancer in young women (BCY3), The Breast, 35,2017, 203-2017).

Le tecniche per prevenire l'infertilità da chemioterapia sono ormai consolidate e hanno un tasso di successo relativamente elevato, con **possibilità di gravidanza dopo la guarigione tra il 30 e il 50%**. La valutazione del rischio di infertilità dovrebbe essere effettuata in modo individualizzato e la tecnica di preservazione della fertilità dovrebbe essere decisa in base all'età, alla finestra temporale di cui si dispone prima dell'inizio delle terapie e alle preferenze della paziente stessa.

Attualmente, le tecniche di preservazione della fertilità femminile includono:

- **analoghi del GnRH** per la soppressione della funzione ovarica a scopo protettivo durante le terapie gonadotossiche.
- **trasposizione ovarica** (ooforopessi) prima dell'irradiazione pelvica e l'utilizzo di una chirurgia conservativa nei tumori ginecologici.
- **crioconservazione ovocitaria** è una tecnica consolidata minimamente invasiva, necessita di una stimolazione ovarica e di un prelievo degli ovociti sotto guida ecografica. Non necessita della presenza di un partner maschile.

Questa strategia è efficace solo per donne con una buona riserva follicolare; è quindi importante fissare un limite di età intorno ai 37-38 anni, e qualora la paziente sia già stata sottoposta a



chemio/radioterapia prima di eseguire la crioconservazione è necessario valutare attentamente la riserva ovarica residua.

- **crioconservazione di tessuto ovarico** è una tecnica sperimentale che prevede il prelievo di frammenti di ovaio mediante un intervento chirurgico per via laparoscopica. Permette di preservare la fertilità sia nelle bambine prima della pubertà che nelle pazienti in età fertile.
- **crioconservazione di embrioni** non è comunque fattibile nel nostro Paese.

Il Decreto del Ministro della Salute del 24 settembre 2014 estende al **paziente oncologico** la Legge 40/2004 sulla procreazione medicalmente assistita e nel 2015 sono state pubblicate le **“Linee guida”** ed è stato istituito il **Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita (PMA)** dell'Istituto superiore di Sanità.

Centro	Pr	Liv.	Servizio	Scheda
Ambulatorio di Procreazione Medicalmente Assistita - Ospedale S. Spirito - ASL 21 - Casale Monferrato Via Cavour, 7 - 10033 - Casale Monferrato	AL	I	Publico	
MediCart - Centro Cardiologico e Proliferativo S.r.l. Via Romeo Sant'Alberto, 11 - 30027 - Treviso	AL	II	Privato	
Centro PMA - Istituto Operativo G. Salsi Via Cervadori, 11 - 60123 - Ancona	AN	II	Publico	
Future Medical Care Via Achille Baricchi, 7 - 60127 - Ancona	AN	II	Privato	
Villa Sorrento Via Arneselli, 29 - 60019 - Senigallia	AN	I	Privato	
Centro PMA Valle d'Aosta Via Massari, 3/c - Ospedale Beauregard - 11100 - Aosta	AO	III	Publico	
Fertility Center - Centro Analisi Viale Indipendenza, 42/A - 61029 - Ascoli Piceno	AP	I	Privato	
Fertility Center Largo degli Aranci, 9 - 61100 - Ascoli Piceno	AP	I	Privato	
U.O.C. Ostetricia e Ginecologia D.U. (con Centro Fivert) - del P.O. dell'Aquila Via Lorenzo Natali (ex. Copigno) - 67019 - L'Aquila	AQ	III	Publico	
Centro Procreazione Medicalmente Assistita - Ospedale Valchirona Santa Margherita	AR	III	Publico	

366 Centri attivi  
162 di I livello  
204 di II e III livello

L'accordo **“Tutela della fertilità nei pazienti oncologici”** è stato approvato dalla Conferenza Stato-Regioni con la definizione del PDTA che prevede:

- **consulenza specialistica al paziente entro 72 ore**
- **l'attivazione regionale di un numero telefonico dedicato e un indirizzo email specifico**

<https://w3.iss.it/site/registropma/PUB/Centri/CentriPma.aspx>

La PMA è stata **inserita nei LEA con l'aggiornamento del 2017**. Solo alcune Regioni, prevalentemente del Nord, hanno introdotto le prestazioni erogabili garantite col SSN, in attesa della deliberazione del Decreto Tariffe che renderà, attuativo su tutto il territorio nazionale a totale carico del SSN quanto previsto dai LEA.

### 3.4 LA RADIOTERAPIA

È una terapia localizzata, non invasiva, indolore, effettuata per lo più in regime ambulatoriale, che utilizza radiazioni ionizzanti ad alta energia con emissioni di elettroni o fotoni in grado di distruggere le cellule tumorali attraverso un danneggiamento selettivo del DNA cellulare, che ne impedisce la replicazione (moltiplicazione) e ne causa la morte.

La somministrazione è preceduta dalla individuazione dell'area bersaglio da irradiare, tramite centratura con una TAC senza mezzo di contrasto, e dalla delimitazione dell'area attraverso puntiformi tatuaggi cutanei. I sistemi attuali consentono una precisa e sempre più sicura delimitazione del volume bersaglio dai tessuti sani e organi vitali quali il cuore, in caso di tumore mammario sinistro.

## Capitolo 3

Gli effetti collaterali più comuni sono simili alle scottature solari e all'eritema solare, solitamente si risolvono nell'arco di qualche mese. Nelle cuti più sensibili l'area trattata può rimanere scura o con il reticolo capillare visibile (teleangectasie). I tatuaggi cutanei sono indelebili.

### La radioterapia adiuvante

#### Conformazionale

L'irradiazione dell'area dipende dal tipo intervento eseguito e dall'estensione della malattia. Ogni trattamento dura pochi minuti, normalmente viene praticata per 5 giorni alla settimana, per un periodo di circa 5-6 settimane

È in genere raccomandata:

- sul tessuto mammario residuo con un rinforzo (boost) sull'area chirurgica in caso di chirurgia conservativa
- sulla parete toracica e i linfonodi sovraclaveari in caso di mastectomia se il tumore ha un diametro maggiore di 5 centimetri, se il tumore infiltra la cute e/o il muscolo pettorale
- Sui linfonodi sovraclaveari se vi sono più di tre linfonodi metastatici allo svuotamento (dissezione) ascellare.

#### Intraoperatoria (IORT)

È una particolare tecnica di radioterapia con elettroni emessi da acceleratori lineari mobili e miniaturizzati applicabile a casi molto selezionati e di piccole dimensioni, che permette di erogare una dose unica di radiazioni nel corso dell'intervento chirurgico conservativo, a ferita aperta e paziente **addormentata**

**La radioterapia nella malattia metastatica** può avvalersi di metodiche standard come l'acceleratore lineare o di metodiche più selettive computerizzate come la stereotassi, la radiochirurgia con Cyberknife, Truebean o l'adroterapia a seconda della sede e del tipo di tumore da trattare.

### 3.5 QUALE SCELTA TERAPEUTICA.

Oggi la scelta della terapia è sempre più personalizzata e per la sua complessità è imprescindibile da una valutazione multidisciplinare.

Innanzitutto, per stabilire il percorso terapeutico più efficace all'esordio (chirurgia conservativa o radicale, chemioterapia neoadiuvante, chemioterapia di prima linea) va valutata:

1. **il rischio eredo-familiare**
2. **le caratteristiche istologiche e biologiche della lesione**
3. **l'estensione della malattia**
  - Operabile
  - Inoperabile Localmente avanzata ma non metastatica
  - Metastatica



- Oligometastatica

**Stadio 0:** il carcinoma è in situ (non infiltra e non dà metastasi)

**Stadio I:** il tumore è ancora in fase iniziale, non più grande di 2 cm e non c'è diffusione ai linfonodi ascellari.

**Stadio 2:** si tratta di un tumore maggiore di 2 cm ma non superiore ai 5 cm o che si è diffuso ai linfonodi ascellari

**Stadio 3:** il tumore è avanzato e si è diffuso maggiormente alle aree linfonodali.

**Stadio 4:** sono presenti metastasi a distanza.

Dopo la stadiazione definitiva post chirurgica si procede con la definizione della prosecuzione dell'iter terapeutico determinato da

- Tipo istologico
- Dimensioni definitive del tumore asportato
- Margini di resezione indenni da tumore con un bordo di sicurezza sufficiente
- Numero di linfonodi istologicamente compromessi e dimensione della metastasi
- Grado di differenziazione delle cellule tumorali (G1-G2-G3)
- Percentuale dei recettori ormonali
- Presenza di HER2 e intensità d'espressione (HER2=0 - 1+ - 2+ - 3+ oppure FISH +)
- Assenza dei recettori ormonali e di HER2
- Percentuale della frazione di crescita (Ki67)
- Presenza o assenza d'invasione vascolare tissutale

Nei Triplo Negativi, poi, può essere valutata anche la presenza o assenza di PD1 per eventuale immunoterapia adiuvante, e in alcuni casi i recettori per androgeni AR.

Inoltre in caso di triplo negativo o di espressione dei recettori ormonali la presenza della mutazione di BRCA può ulteriormente influire sulla scelta della terapia adiuvante in base al rischio di ricaduta.

È chiaro quanto numerose siano le variabili che possono caratterizzare la diversa struttura cellulare di ciascun tumore e quanto possano variabilmente combinarsi tra loro in forme diverse, molto personali, e quanto diversamente indirizzino la scelta terapeutica in ciascun caso specifico. Oggi non si parla più del tumore della mammella ma dei tumori mammari.

Nel caso poi della malattia metastatica il quadro si complica ulteriormente per le differenti mutazioni che nella cellula metastatica subentrano.

**Quindi a ognuno il suo tumore e la sua terapia e i suoi controlli.**

## 3.6 SEMPRE SOTTO CONTROLLO

Una volta superato l'intervento e le terapie adiuvanti successive, nella maggior parte dei casi possiamo considerarci guarite. Questo non significa però che possiamo "abbassare la guardia": l'esperienza che abbiamo vissuto ci ha reso più forti, ma ci ha anche insegnato quanto sia importante, anzi "vitale", dedicare sempre un'attenzione scrupolosa alla nostra salute.

Se è vero che è necessario vivere serene, senza l'ansia costante di un possibile ritorno del tumore, è vero anche che il modo migliore per scacciare la paura e ridurre il rischio è proprio quello di tenersi sotto controllo e agire tempestivamente in caso di un'eventuale ricaduta.

**L'importanza delle visite di controllo (il follow-up).** Il follow-up è un insieme di visite mediche ed esami a cui occorre sottoporsi periodicamente dopo un intervento di tumore al seno: le probabilità di sviluppare un nuovo tumore sono, infatti, più alte rispetto a quelle di chi non ne ha mai sofferto, anche se tendono comunque a decrescere con il tempo. In generale, più lungo è l'intervallo libero da malattia, meno probabile sarà la ricidiva.

**Le visite di controllo hanno in particolare l'obiettivo di:**

- escludere che il tumore si sia ripresentato o si sia diffuso in altre parti del corpo;
- eseguire controlli per altri tipi di tumore se predisposti per familiarità;
- educare il paziente all'assunzione di stili di vita protettivi;
- educare il paziente al riconoscimento di sintomi di rilevanza oncologica;
- counselling per la salute sessuale e per la protezione della fertilità;
- il individuare e contenere gli eventuali effetti collaterali del trattamento;
  - valutazione della salute dell'osso e gli interventi terapeutici anti-riassorbitivi (denosumab/bifosfonati) nei casi di menopausa prematura, uso di AI, età > 65 anni.
  - sorveglianza cardiologica è indicata in casi selezionati.

### RICORDA

**Dovrai sempre uscire dallo studio del medico con meno dubbi e anche con meno paure rispetto a quando sei entrata.**

## I CONTROLLI DI ROUTINE NECESSARI PER UN FOLLOW-UP EFFICACE

### Visita medica periodica

Necessaria per controllare lo stato generale di salute ed escludere che eventuali sintomi possano essere segno di ripresa della malattia. La frequenza dei controlli e degli esami richiesti variano in base al rischio di ricaduta della malattia iniziale, alle condizioni generali e alla tolleranza della terapia. È inoltre una preziosa occasione di dialogo con il proprio medico.

- i primi 2 anni dopo l'intervento è consigliabile una visita ogni 3-6 mesi,
- nei successivi 3 anni ogni 6-12 mesi
- dal 5° anno è sufficiente una volta all'anno.

### Mammografia

Da effettuarsi una volta all'anno per tutta la vita, permette di anticipare la diagnosi di un eventuale secondo tumore della mammella o di una ricidiva locale, e quindi, di intervenire in fase precoce.



## Le visite di follow-up. Un'occasione di dialogo

Il modo migliore per affrontare in maniera efficace le visite periodiche è quello di collaborare attivamente con il medico, attraverso un atteggiamento positivo e costruttivo, fin dalla prima visita. Durante la visita di follow-up, il medico può ritenere necessario prescrivere una serie di esami aggiuntivi, in funzione del quadro sintomatologico e clinico generale.

Di seguito alcuni suggerimenti del National Cancer Institute per un follow-up più efficace.

- ❖ Rivolgiti subito le domande più importanti e che ti stanno più a cuore. Potresti redigere un elenco di domande prima di andare in visita.
- ❖ Se non sei sicura di aver capito, chiedi spiegazioni e riformula con parole tue ciò che pensi intenda dire il medico.
- ❖ Fatti accompagnare da un amico o un familiare in modo da avere un confronto su quanto detto.
- ❖ Prendi appunti durante la visita.
- ❖ Richiedi opuscoli o altro materiale di approfondimento.
- ❖ Conserva una copia della documentazione delle cure di follow-up.
- ❖ Comunica tutte le informazioni che pensi possano essere utili, anche quelle più banali:
  - sintomi localizzati,
  - nuove informazioni di carattere medico che riguardano la tua famiglia,
  - eventuali problemi fisici o psicologici,
  - ma anche i farmaci o altri trattamenti che stai seguendo
  - le vitamine o i prodotti di erboristeria che assumi.
- ❖ Esprimi liberamente ogni tuo dubbio anche su argomenti che non sembrano strettamente legate alla malattia, quali la sessualità, il lavoro, le tue emozioni.

Alcuni tra gli esami che potrebbero esserti prescritti di approfondimento:

- ▶ densitometria ossea;
- ▶ radiografia del torace;
- ▶ ecografia addome completo;
- ▶ ecografia transvaginale

### RICORDA

Molto spesso, dopo un tumore al seno, si tende a essere particolarmente ansiose: **i controlli non sembrano mai abbastanza.**

Fidarsi del proprio medico è fondamentale, **solo lui può sapere con certezza se e quali esami siano davvero necessari e i tempi d'effettuazione.**

## TUMORE MAMMARIO E GRAVIDANZA

### 4.1 CARCINOMA IN GRAVIDANZA (PABC - Pregnancy Associated Breast Cancer)



Convenzionalmente si definisce carcinoma mammario associato alla gravidanza quello che insorge **durante la gravidanza o durante un anno dal parto**.

Il carcinoma della mammella è la **più frequente neoplasia maligna diagnosticata durante la gravidanza, pari al 39%** dei tumori in gravidanza.

L'incidenza annua è in aumento verosimilmente per l'aumento dell'età della prima gravidanza, nel 2017 l'età media delle donne italiane alla prima gravidanza è stata di 31,1 anni, la più alta dei Paesi europei.

Nel 2020 in Italia sono state riportate 404.000 nascite e **40 - 133 casi di PABC** :

- 30 BC/anno insorti durante la gravidanza
- 86 BC/anno insorti nel postpartum

Nonostante le donne vengano sottoposte a frequenti controlli per il monitoraggio della gravidanza la diagnosi di forme clinicamente asintomatiche è rara, nella maggioranza dei casi le lesioni sono già sintomatiche e più aggressive con un ritardo diagnostico di 1,5 - 6 mesi.

**La maggior parte sono ormonoresponsivi HER2 negativi**, il 30% sono HER2 positivi e una consistente percentuale sono **BRCA 1- BRCA 2mutate**.

A parità di stadio e biologia non vi è differenza di prognosi rispetto alle donne non in gravidanza.

Il percorso diagnostico non differisce sostanzialmente da quello indicato per donne giovani non gravide, il test di primo livello è l'ecografia mammaria seguita dall'agobiopsia.

**La mammografia è consentita con apposite schermatura dell'addome.**

**La risonanza magnetica senza contrasto** è consentita in caso di fondato sospetto di metastasi, specie se cerebrali.

Sono **da evitare, soprattutto nel primo trimestre**:

- scintigrafia ossea,
- TAC con mezzo contrasto
- PET.

Il trattamento segue le linee guida del carcinoma non in gravidanza.

- L'interruzione di gravidanza è indicata **solo se** diagnosi nel primo trimestre di gravidanza con un carico di malattia tale che richieda un non rinviabile inizio della chemioterapia neoadiuvante.
- La chirurgia non comporta danno per il feto in qualsiasi momento della gestazione e deve rispettare le linee guida generali.



- La chemioterapia è **controindicata prima della 14/16 settimana di gestazione** per elevato rischio di aborto spontaneo e malformazioni del feto. È praticabile dopo il primo trimestre, gli schemi standard prevedono taxani e antracicline **con stretto monitoraggio fetale mensile**.
- Per i casi HER-2 positivo la somministrazione di terapia con trastuzumab, lapatinib e pertuzumab è sconsigliata in quanto frequentemente associata a oligo-anidramnios con aumento del rischio di parto prematuro e di mortalità fetale, va rinviata a dopo l'espletamento del parto.
- La chemioterapia non deve essere somministrata dopo la 35-36 settimana per rischio di condurre il parto nella fase di immunodepressione con rischio d'infezioni del feto e della madre
- Durante tutto il periodo della gravidanza è **controindicata la terapia ormonale** sia adiuvante sia terapeutica. Sia il Tamoxifen che gli inibitori dell'Aromatasi possono causare aborti spontanei, ritardi di crescita e malformazioni fetali. Anche **la radioterapia è controindicata in gravidanza** è corretto **rimandare al termine della gravidanza** tali terapie.
- Non vi è indicazione all'induzione del parto prematuro iatrogeno per l'elevato rischio di mortalità fetale. È consigliato rinviare il parto a dopo la 35-37 settimana di gestazione.
- Se necessario seguire la mammografia durante l'allattamento, **occorre svuotare la mammella prima dell'esame**, senza tuttavia sospendere l'allattamento.

## 4.2 GRAVIDANZA DOPO IL CANCRO



Le terapie mediche per curare il tumore possono ritardare o impedire la maternità biologica. Puoi chiedere informazioni all'oncologo e ai centri di preservazione della fertilità sulla possibilità di preservare la fertilità e di diventare madre dopo il cancro.

Oggi la maternità dopo il cancro al seno è una realtà perseguibile e sicura, grazie anche alla

**possibilità della preservazione della fertilità.**

**Non c'è un aumentato rischio di malformazioni congenite nei nati** di donne con pregresso tumore della mammella confrontate con la popolazione generale.

Per quanto riguarda la sicurezza materna, rispetto alle pazienti senza una successiva gravidanza, quelle con una gravidanza hanno avuto una **migliore sopravvivenza libera da malattia e sopravvivenza globale**.

I risultati della revisione sistematica della letteratura sull'argomento (meta-analisi) rassicurano sulla sicurezza della gravidanza nelle pazienti con pregresso tumore mammario. Pertanto, se la paziente desidera tentare il concepimento, la gravidanza non dovrebbe essere ostacolata.

I recenti risultati pubblicati sul *Journal of Clinical Oncology* 2020 di uno studio internazionale sull'impatto della gravidanza in 1.252 donne di età inferiore a 40 anni con storia di carcinoma

## Capitolo 4

della mammella **BRCA1-BRCA2 mutato in stadio I-III**, ha evidenziato che le 150 donne che avevano avuto una gravidanza a termine dopo il cancro su 195 gravidanze (76,9% - 20% interruzioni volontarie), non avevano avuto negli 8,3 anni di follow up nessuna differenza in termini di *Sopravvivenza libera da malattia (DFS)* e *sopravvivenza globale (OS)*. Inoltre le complicanze riscontrate durante la gravidanza (13 casi-11,6%) e le anomalie congenite a carico del feto (2 casi-1,8%) **non sono superiori a quelli della popolazione generale**.

Oggi, sulla base di questo studio, le donne con carcinoma mammario BRCA mutato possono avere una gravidanza prima di sottoporsi a ovariectomia o isterosalpingectomia profilattica. (JCO. 2020 Sep 10;38(26):3012-3023. *Pregnancy After Breast Cancer in Patients With Germline BRCA Mutations Lambertini et All*)

Inoltre uno studio su oltre 500 donne di età pari o inferiore a 42 anni con carcinoma mammario ormonopositivo dimostra, che **se la cura anti-ormonale viene interrotta dopo i primi 18 mesi per consentire la gravidanza e poi si riprende dopo due anni la terapia, la gravidanza è sicura e non aumenta il rischio di recidiva della malattia**, oltre il 60% per cento delle donne ha completato felicemente la gravidanza.

In generale affrontare una gravidanza dopo il cancro non aumenta il rischio di recidiva, ma.

### CONCLUSIONI

- Le donne con progressivo carcinoma mammario hanno desiderio di prole nel 50% dei casi;
- La possibilità di una gravidanza dopo cure oncologiche che abbiano interferito sulla fecondità non supera il 60%, causa la ridotta fertilità;
- Vi è un incremento di parti cesarei, ma non vi è evidenza di aumento di malformazioni fetali;
- La gravidanza non determina effetti peggiorativi sulla prognosi del carcinoma
- Donne portatrici di sindrome ereditaria familiare non hanno un peggioramento del decorso della malattia dopo la gravidanza né aumenta il rischio per il feto rispetto alla popolazione normale
- È possibile interrompere la terapia adiuvante per affrontare una gravidanza e riprenderla successivamente senza rischi aggiuntivi sull'andamento della malattia
- **Ciascuna situazione va valutata individualmente** è indispensabile rivolgersi a Centri di Riferimento.



## CARCINOMA MAMMARIO MASCHILE



Il carcinoma della mammella maschile rappresenta circa 1% di tutti i tumori mammari, con un'incidenza di circa **500 nuovi casi all'anno**.

È più frequente tra 50-60 anni.

Anche per l'uomo i principali fattori di rischio sono

- Età
- squilibri ormonali da iperestrogenismo
  - ginecomastia
  - epatopatie
  - obesità
  - s. di Klinefelter: rara malattia genetica dovuta alla presenza di un cromosoma X in più negli individui di sesso maschile, che si manifesta con un anomalo o ritardato sviluppo dei caratteri sessuali tipicamente maschili
  - terapia ormonale nei transgender
- anabolizzanti per migliorare le prestazioni sportive
- lesioni benigne mammarie
- esposizione a radiazioni
- familiarità e predisposizione genetica.

Circa il 16% dei tumori maschili presenta mutazione BRCA2 e il 4% mutazione BRCA1, sono presenti anche mutazioni del gene CHEK2 PALB2 e PETEN. È quindi **consigliato il counselling genetico a tutti i maschi con tumore mammario**.

Gli uomini con mutazione BRCA2 hanno un rischio del 6,9% di sviluppare tumore mammario, circa 100 volte superiore a quello della popolazione maschile generale e un aumentato del rischio di tumore della prostata.

Come nella donna nei soggetti sani con mutazione BRCA1-BRCA2 è previsto:

- a partire dai 35aa controllo annuale con mammografia ed ecografia mammaria
- a partire dai 45 **visita urologica annuale**, dosaggio del **PSA** (Antigene Prostatico Specifico) e del **PHI** (Prostate Health Index) per individuare la **neoplasia** prostatica in stadio precoce.

In caso di sospetto, come nella donna, si procede con esami di secondo livello, tra cui la **risonanza magnetica multiparametrica** della prostata ed eventuale **biopsia**.

Solitamente il carcinoma maschile viene diagnosticato in stadi più avanzati, **non è previsto uno screening mammografico** per l'uomo per lo scarso numero di casi che ne inficia l'efficacia; tuttavia in caso di modificazione dell'aspetto della mammella il percorso diagnostico-terapeutico segue le raccomandazioni del cancro mammario femminile.

I fattori prognostici e predittivi di risposta alle terapie, sono sovrapponibili a quelli della donna, come pure la sopravvivenza a parità di stadio ed età.

**Sono prevalentemente carcinomi duttali ormonoresponsivi HER2 negativi**, solo 9% sono HER2 positivi e meno dell'1% triplo negativi.

La terapia adiuvante standard dei carcinomi maschili ormonoresponsivi è il Tamoxifene per 5anni, per quanto meno tollerato e con maggiori interruzioni rispetto al sesso femminile per vampate di calore, disfunzione sessuale e tromboembolismo venoso.

Per la prescrizione col SSN è richiesto piano terapeutico annuale da parte dell'Oncologo.

Qualora sia indicata terapia con **inibitori dell'aromatasi (Letrozolo)**, sono approvati **unicamente in associazione a LHRH-analoghi** (Enantone, Decapeptyl), per evitare che la riduzione degli estrogeni circolanti determinata dagli inibitori dell'aromatasi provochi un aumento di FSH e testosterone con conseguente aumento indiretto degli estrogeni.

Anche in questo caso è necessario piano terapeutico.

Il follow up, come nella donna, prevede mammografia–ecografia.

In caso di mutazioni BRCA non è prevista la RM mammaria di routine ma solo come esame d'approfondimento in caso di sospetto di ricaduta.

Anche nella malattia metastatica l'iter diagnostico terapeutico è assimilabile a quello della donna con caratteristiche simili per tipo istologico, fattori prognostici, fattori predittivi di risposta terapeutica e stadio di malattia.



## TENERSI IN FORMA

### Premessa - *Mens sana in corpore sano*

La malattia è una prova difficile per l'organismo: l'intervento e le cure postoperatorie, per quanto necessarie, possono indebolire il fisico, causando stanchezza, malessere ed effetti collaterali specifici. Proteggere il corpo, rinforzarlo e metterlo nelle condizioni di reagire con energia è fondamentale non solo per la salute, ma anche per il proprio benessere emotivo.

Prendersi cura di sé migliorerà il tuo umore, l'ottimismo e aiuterà a ricostruire un rapporto profondo con il proprio corpo.

I suggerimenti e le informazioni di questo capitolo, studiati da psicologi, fisioterapisti e oncologi nutrizionisti, potranno diventare vere e proprie abitudini quotidiane per tutta la vita. È provato, infatti, che il rischio di recidiva è nettamente inferiore per chi conduce uno stile di vita salutare.

### 6.1 L'ALIMENTAZIONE SANA AIUTA A MANTENERSI IN SALUTE

Gli studi scientifici hanno dimostrato che alti livelli sierici di ormoni sessuali, sia androgeni sia, dopo la menopausa, estrogeni, favoriscono lo sviluppo del tumore della mammella; anche alti livelli sierici di insulina e di fattore di crescita insulinosimile di tipo I (IGF-I) cooperano con gli estrogeni nello stimolare la proliferazione delle cellule epiteliali mammarie.

**L'attività fisica aiuta il controllo del peso corporeo, migliora la sensibilità dell'insulina e riduce gli ormoni sessuali**, svolgendo un importante fattore di protezione sul rischio di recidiva, anche quando si è già avuta la malattia. È stato dimostrato, infatti, che i livelli di ormoni sessuali sono influenzati dalla massa di tessuto adiposo soprattutto addominale (dove sono sintetizzati sia androgeni sia estrogeni), dall'attività fisica moderata (almeno 30 minuti al giorno di camminata di buon passo) e dalla dieta equilibrata

**Le sostanze nutritive o nutrienti**

- **Zuccheri o carboidrati o glicidi** 
- **Grassi o lipidi** 
- **Proteine o protidi** 
- **Vitamine** 
- **Sali minerali** 
- **Acqua**

# Capitolo 6

Un cambiamento complessivo della dieta, volto a ridurre il consumo di zuccheri raffinati e di grassi saturi, è in grado di ridurre la disponibilità di ormoni sessuali e di fattori di crescita. Al contrario, una dieta ricca di proteine e grassi saturi peggiora la resistenza all'insulina e si associa a elevati livelli sierici di IGF-I

## RICORDA

In questo particolare momento della tua vita **non puoi e non devi trascurare il tuo corpo.**

**Tutto il tuo organismo deve essere "fortificato" e protetto nel migliore dei modi.**

## I consigli per far funzionare bene l'insulina:

**1. Seguire la dieta mediterranea** con consumo di prodotti di stagione di buona qualità, evitando precotti e preparazioni alimentari, e **ridurre il consumo di:**

- prodotti confezionati con farine raffinate (tipo 00) come pasta fresca o torte. Va bene invece la pasta industriale italiana di grano duro, il pane integrale meglio se a lievitazione naturale;
- prodotti di pasticceria commerciale (biscotti, paste, brioches);
- patate, purea, patatine fritte. Vanno bene verdure di stagione;
- riso brillato. Bene il riso integrale, ma anche il farro, l'orzo, il miglio e il grano saraceno;
- fiocchi di cereali zuccherati e da farine ricostruite; zucchero (saccarosio);
- bevande gassate e zuccherate (tipo Coca cola o Pepsi, Sprite, acqua tonica, Fanta, aranciata amara...), i succhi di frutta zucchero, caffè e tè zuccherati;
- i grassi saturi (grassi animali) sono prevalentemente di origine bovina: si formano infatti nel rumine, dove i grassi insaturi vegetali vengono trasformati in grassi saturi animali. Si trovano quindi nelle carni bovine, nel latte, in tutti i prodotti del latte. Anche nelle carni suine (perché i maiali sono allevati con gli scarti della lavorazione del latte) e nelle uova.
- le proteine animali, che favoriscono la produzione di insulina e di IGF-I; quest'ultimo, in particolare, è favorito dalle proteine del latte.





**2. Consumare quotidianamente cereali, preferibilmente in chicco, poco o non raffinati.**

**3. Aumentare verdura e frutta di stagione.**

## SE SEI LA CHEMIO? QUALE ALIMENTAZIONE?

Molti degli effetti collaterali della chemioterapia riguardano l'apparato digerente: nausea, vomito, problemi intestinali, disturbi della mucosa della bocca.

Per contrastarne gli effetti è necessario curare particolarmente l'alimentazione, prima, durante e dopo il trattamento.

È buona norma evitare irritazioni meccaniche: fibre di cereali indurite dalla cottura al forno, e in generale alimenti molto grezzi, spazzolini con setole troppo dure, cibi irritanti o troppo acidi. Preferire alimenti cucinati in modo semplice di consistenza morbida. Masticare il cibo lentamente e con cura per facilitarne la digestione.

**Frazionare i pasti** (in 5/6 spuntini) per non lasciare mai lo stomaco completamente vuoto e comunque non sforzarsi di mangiare se non si ha appetito. Bere lontano dai pasti, acqua o tè. Se si soffre di **stitichezza** è necessario aumentare l'introduzione di acqua e di vegetali nella dieta, in particolare cereali poco raffinati, attenzione ai legumi per evitare crisi meteoriche particolarmente dolorose.

È comunque preferibile affrontare il problema con l'oncologo e il dietologo di riferimento per **evitare interferenze del cibo con la terapia**, specie se per via orale, e **valutare intolleranze**, coliti o altra patologia preesistente, tipo diverticoli, che potrebbero creare problemi aggiuntivi.

La **nausea** può essere **alleviata da cibi salati e asciutti**, come le gallette di riso integrale.

## 6.2 SPORT E GINNASTICA AL FEMMINILE

L'attività fisica è un ottimo alleato della salute, dopo l'intervento chirurgico lo è ancora di più. Recenti studi hanno dimostrato che fare esercizio fisico aiuta a prevenire le recidive, in particolare dopo la menopausa. Quindi, se sei una sportiva, dopo essere stata operata potrai **tornare, gradualmente, alle tue abitudini**.

Se invece non lo sei, niente paura. Non devi iniziare a fare le maratone e neanche ore e ore di allenamento in palestra. Bastano piccoli accorgimenti di vita quotidiana: scendere dall'autobus una fermata prima, farsi una bella passeggiata con le amiche, magari fare le scale a piedi. Ognuna di noi sa quello che può chiedere al suo fisico, senza esagerare.

Un po' di movimento sarà un vero toccasana non solo il fisico, ma anche per l'umore.

### Gli sport "in rosa"

Occorre premettere che nel periodo immediatamente successivo all'operazione potrai sentirti stanca, spossata e molto debole. È perfettamente normale: l'intervento, le cure, ma anche il "trauma" emotivo che hai subito possono aver richiesto un bel po' di energie. Cerca, quindi, di

## Capitolo 6

ricominciare a fare attività fisica poco a poco, in maniera graduale, senza pretendere troppo da te. Qui di seguito, una lista indicativa di sport e attività fisiche utili a rimetterti in forma.

**Camminata a passo sostenuto.** Puoi dedicarti alle passeggiate fin da subito, non appena te la senti. 20-30 minuti di camminata, tutti i giorni, hanno effetti benefici sulla circolazione, sul tono muscolare, sulla respirazione, sull'appetito e anche sull'umore.

**Nuoto e acqua gym:** Puoi ricominciare ad andare in piscina non appena la ferita dell'operazione sarà ben cicatrizzata. Gli sport acquatici sono particolarmente adatti per la riabilitazione. Inoltre, la ginnastica in acqua è indicata anche per la prevenzione del linfedema.

**Palestra:** iscriversi a un corso, magari con una tua amica, può essere molto divertente. Il tuo medico e anche il trainer sapranno indicarti i corsi più adatti e quelli, invece, da evitare.

**Yoga e tai chi.** Queste discipline orientali non solo aiutano a mantenersi in forma favorendo l'elasticità, ma hanno effetti benefici anche sull'equilibrio psicofisico con esercizi di respirazione e rilassamento

**Dragon boat.** Pagaiare è uno sport ciclico fatto di movimenti omogenei che si trasformano l'uno nell'altro in modo fluido, contribuendo a raggiungere un buon livello di potenziamento fisico delle braccia e del tronco che aiuta a prevenire il linfedema.

È un'ottima attività aerobica, cioè a bassa intensità e lunga durata, utilizzata in tutto il mondo da oltre venti anni come strumento riabilitativo per le donne operate di tumore al seno.

Puoi ricominciare a **praticare gradualmente quasi qualsiasi sport** ti appassioni: dalla corsa al trekking, dal ciclismo allo sci, la cyclette, senza chiedere troppo al tuo fisico. **Prima di intraprendere uno sport, chiedi comunque consiglio al tuo medico** per evitare tutte quelle attività che possono causare problemi.

*Puoi rivolgerti al Comitato A.N.D.O.S. più vicino che, oltre a consigliarti, ti potrà illustrare le attività sportive che effettua direttamente e darti informazioni sulla riabilitazione del linfedema più efficace fornita sul tuo territorio direttamente dalle strutture sanitarie o in convenzione con esse.*

### Ginnastica specifica per il linfedema - vedi Capitolo 2

## 6.3 DONNE SEMPRE. BELLEZZA E UN PO' DI VANITÀ

### Premessa

La diagnosi di tumore al seno spesso può mettere in crisi la femminilità e la percezione di sé, rendere più complesso il percorso di ritrovamento di un equilibrio. Il tempo, il supporto delle amiche, della famiglia e in particolare del compagno contribuiscono ad aiutare a ritrovare se stesse. Soprattutto nel periodo immediatamente successivo all'intervento piccole attenzioni quotidiane, piccoli trucchi e un generale atteggiamento di cura verso il proprio corpo e la propria bellezza possono essere di grandissimo supporto non solo al fisico, ma anche all'umore e alla guarigione.

L'asportazione della mammella è forse la conseguenza più traumatica da un punto di vista emotivo. Sebbene la chirurgia, negli ultimi anni, abbia sviluppato sistemi di intervento sempre più mirati e conservativi, a volte un intervento di asportazione totale o riduzione del seno è l'unica possibilità per salvaguardare al meglio la salute.



Sentirsi diversa, guardarsi allo specchio e vedere modificata la propria fisionomia in una delle parti più intime e importanti per la propria identità di donna, a volte, può essere più difficile da sopportare della malattia.

Prima di prendere qualsiasi decisione, che riguarda così da vicino il tuo modo di relazionarti con il tuo corpo, devi valutare, con la maggiore serenità possibile, il significato profondo che ha per te l'asportazione della mammella.

Per alcune donne non ci sono conseguenze psicologiche gravi. Anzi, alcune portano la loro cicatrice e la loro nuova "forma" con orgoglio, quasi come una "ferita di battaglia". Per altre, invece, la mancanza di un seno è una perdita simbolica che deve essere assolutamente colmata.

**Non sono solo motivi di ordine estetico che spesso rendono consigliabile una protesi** o un intervento ricostruttivo: la mastectomia, infatti, crea un'inevitabile asimmetria, che può influire negativamente sull'equilibrio della colonna vertebrale.

**Le protesi esterne sono la soluzione meno invasiva e più rapida** per riempire immediatamente il vuoto e permettono di riportare in modo semplice la fisionomia a quella che era prima dell'intervento. Le protesi, infatti, sono speciali imbottiture che si mettono all'interno della normale corsetteria o di speciali reggiseni.

I negozi specializzati in articoli sanitari dispongono di una varietà di modelli e di misure, che possono adattarsi con facilità a tutte le esigenze. Anche in questo campo la tecnologia è estremamente avanzata, ed è riuscita a coniugare la funzionalità e il comfort con l'estetica.

Le protesi esterne sono sempre "applicazioni", per quanto siano concepite per adattarsi al meglio al corpo, e possono dare qualche disagio in particolare al mare, nonostante vi siano costumi appropriati molto piacevoli, o nell'intimità.

Possono essere una buona soluzione per le donne che preferiscono non affrontare un nuovo intervento chirurgico o che non hanno particolari problemi ad accettare la loro nuova condizione dopo l'intervento al seno.



### **Curarsi, volersi bene, amare il proprio corpo**

La ferita ancora fresca, la cicatrice e le eventuali cure postoperatorie possono rendere la pelle particolarmente sensibile e irritabile. È importante, quindi, che gli abiti non siano troppo stretti e che la stoffa sia morbida, almeno fino a completa cicatrizzazione.

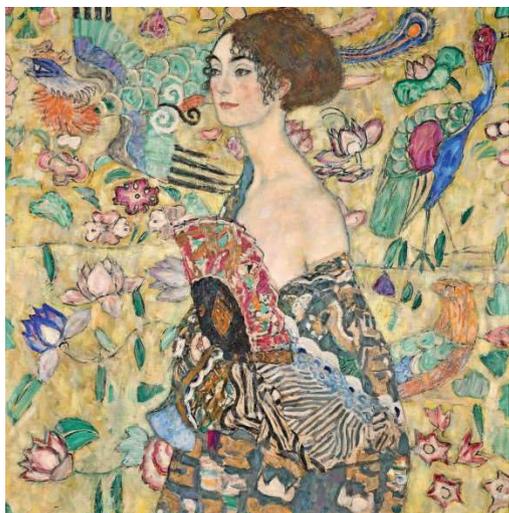
Comodità, comunque, non vuole dire mai sciattezza: seleziona con cura gli abiti che pensi ti stiano meglio e con cui ti senti più a tuo agio.

Durante la radioterapia, la pelle dell'area trattata tenderà ad arrossarsi e a diventare particolarmente secca., per limitare il più possibile i fastidi occorre seguire alcuni semplici accorgimenti:

## Capitolo 6

- cerca di esporla il più possibile all'aria;
- usa regolarmente una crema protettiva che terrai in borsa e metterai appena terminata l'applicazione. Il seno prima della terapia deve essere ben deterso senza residui di crema;
- indossa abiti morbidi e di cotone, per evitare sfregamenti che potrebbero causare irritazioni;
- usa biancheria intima e reggiseni di cotone, senza cuciture.

### BELLE ANCHE DURANTE LA CHEMIO



Rossetto, ombretto, mascara e fondotinta sono gli alleati per eccellenza della bellezza femminile. Piccoli “trucchi” per farci sentire più sicure di noi e più attraenti.

**Non dobbiamo rinunciare proprio mai, neanche durante la chemioterapia al “piacere di piacerci”**

Con qualche attenzione e una forte dose di determinazione possiamo “nascondere” gli effetti indesiderati della chemioterapia sulla pelle ed evidenziare un nuovo tipo di bellezza, più consapevole e forte. Ecco qualche suggerimento e consiglio per.

#### Pelle

La chemioterapia può irritare la pelle del viso, renderla opaca e fragile. In questo caso il trucco è un valido supporto per superare il disagio e aumentare l'autostima.

I **prodotti per camouflage**, reperibili in farmacia, sono cosmetici a tutti gli effetti, ma dotati di caratteristiche specifiche che li rendono tollerati anche dalle pelli più sensibili o irritate. Sono ipoallergenici, waterproof, contengono un filtro solare UVA e vanno usati esattamente come gli altri.

Per ovviare all'eventuale temporanea perdita di ciglia e sopracciglia e per donare maggior intensità all'occhio, può essere utile delineare la rima palpebrale superiore e inferiore con un eyeliner idroresistente, e ricostruire con apposito pennellino l'arcata sopraccigliare. Un'altra soluzione, per chi non volesse truccarsi ogni giorno, può essere il trucco semipermanente, cioè un tatuaggio correttivo che potrà essere mantenuto anche dopo la naturale ricrescita dei peli. La durata del trattamento varia da persona a persona e può essere periodicamente ritoccato.

**Molti ospedali e strutture pubbliche organizzano con grande successo dei corsi di “trucco in corsia” presso i reparti di oncologia e chemioterapia. Si consiglia di informarsi presso la struttura di riferimento.**

#### Capelli

Benché non tutti i farmaci usati per la chemioterapia causino alopecia e gli effetti varino da persona a persona, la caduta temporanea dei capelli è uno degli effetti collaterali più spiacevoli. Di seguito qualche consiglio per ridurre al minimo i disagi.



- ❖ **Prima di sottoporsi al trattamento** accorcia i capelli. Ridurrai lo stress al cuoio capelluto, minimizzerai il disagio per la caduta dei capelli che sarà meno apparente. Non farti cogliere impreparata: decidi in anticipo se vorrai indossare una parrucca e di che tipo. Solitamente la maggior parte delle donne preferisce indossare una parrucca simile alla propria capigliatura originale per non “vedersi diversa” e per evitare le domande di chi magari non è al corrente della malattia.
- ❖ **Durante il trattamento** usa shampoo non aggressivo. Spazzola i capelli con delicatezza, soprattutto se il cuoio capelluto è sensibile, e usa il phon a basse temperature, perché il calore eccessivo potrebbe renderli ancora più fragili.

**Non legare i capelli:** la tensione dell'elastico potrebbe danneggiarli o spezzarli.

Evita trattamenti aggressivi (permanente) e usa tinte e shampoo coloranti a base di prodotti naturali. Se il cuoio capelluto è secco, squamoso o dà prurito, usa un idratante delicato non profumato oppure un olio naturale. Massaggia delicatamente il cuoio capelluto per migliorare l'afflusso di sangue ai follicoli.

Usa solo federe di fibre naturali (cotone o lino), le fibre sintetiche possono irritare il cuoio capelluto.

Se te la senti, però, puoi anche decidere di giocare un po' con la tua immagine, approfittando di questo periodo per **sperimentare nuove pettinature o diversi colori**. La scelta più forte, adatta alle più anticonvenzionali, è quella di rinunciare alla parrucca e di proporre una nuova immagine di sé e una bellezza completamente inedita.

Se non fai uso di copricapo o parrucche, **proteggi sempre il cuoio capelluto con una crema ad alto fattore protettivo** (fattore di protezione 30) ogni volta che esci, **anche se non c'è il sole**.

Sposta l'attenzione dai capelli mettendo in risalto altre caratteristiche: ombretto, fard e rossetto attirano l'attenzione sul volto, aiutandoti a sentirti più bella. Anche i gioielli possono servire allo stesso scopo, come i vestiti dai colori brillanti e solari.

In caso di caduta dei peli ascellari, sostituisci i deodoranti profumati con borotalco o prodotti a base di cristalli minerali naturali.

Segui una dieta bilanciata, riduci il consumo di bevande alcoliche e, nei limiti del possibile, evita situazioni di stress e soprattutto **NON FUMARE!**

- ❖ **Dopo il trattamento** Non usare shampoo curativi perché possono irritare il cuoio capelluto. Sottoponiti a tinte o permanenti solo quando il cuoio capelluto è tornato normale. In ogni caso privilegia prodotti naturali.

Evita tinte e permanenti se il cuoio capelluto è squamoso, infiammato o sensibile, se i capelli sono più secchi del solito, ruvidi, più chiari rispetto al colore originale, oppure tendono a spezzarsi o non crescono normalmente.

### RICORDA

**Le spese sostenute per l'acquisto della parrucca sono detraibili dall'Irpef** (articolo 15, comma 1, lettera c del Tuir), purché sia stata prescritta da uno specialista.

**In alcune regioni sono in parte o totalmente rimborsate** (Marche, Toscana, Emilia-Romagna, Piemonte, Lombardia).

**Alcune assicurazione complementari rimborsano la spesa**, conviene informarsi sulla possibilità di ottenere il rimborso attraverso di essa.

**Alcuni dei comitati A.N.D.O.S. onlus forniscono gratuitamente parrucche e protesi**, aiutano a ottenere il rimborso per l'acquisto della parrucca o della protesi e hanno specifiche convenzioni con parrucchieri/ estetisti ecc.

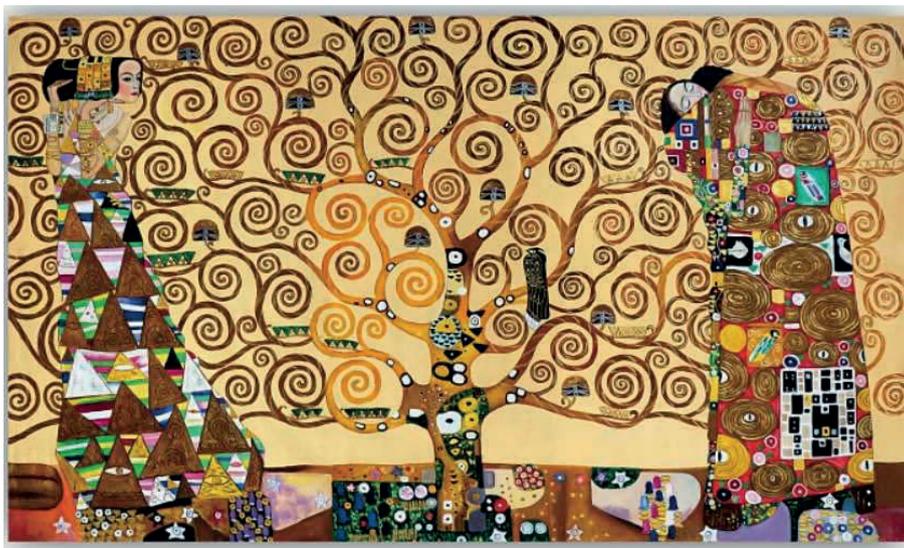
### LA CURA DI SÉ

Centri benessere, terme, Spa, ma basta anche solo la tua estetista di fiducia: questo è il momento di prenderti cura di te, senza sensi di colpa e senza lo sguardo costante all'orologio.

- prenota un ciclo di massaggi, magari drenanti, in modo da prevenire anche il linfedema;
- fai impacchi nutritivi, per ammorbidire la pelle e lenire gli arrossamenti e la secchezza;
- fai una seduta di idromassaggio: ti rilasserai e riattiverai la circolazione.

Anche a casa, adotta piccoli rituali di benessere: un bagno (non troppo caldo) con oli essenziali, maschere di bellezza e oli nutrienti per il corpo.

## LA FORZA DELLA VITA



### Premessa

Non è facile affrontare la malattia oncologica, l'intervento e le terapie che ne conseguono. La paura e l'angoscia di fronte alla notizia di avere il cancro sono reazioni naturali ma non certo facili da gestire. L'intervento chirurgico modifica una parte del corpo visibile della donna, parte che per lei rappresenta tre grandi temi della vita: la femminilità, la maternità, la sessualità. Molte donne, inoltre, si preoccupano dell'immagine sociale, ossia del fatto che l'intervento, più o meno mutilante, possa influire negativamente su ciò che gli altri pensano di loro. Quindi, accade che il mutamento dell'assetto corporeo, della propria qualità di vita, della propria immagine esterna, della propria intimità e non ultima la paura del cancro possano creare uno stato di depressione e sfiducia nel futuro.

Il repentino cambiamento di vita modifica i ruoli all'interno della famiglia, in ambito lavorativo e sociale, divenendo "la malattia sociale e della famiglia"

Nella nostra esperienza, però, abbiamo potuto verificare che se la donna riesce a elaborare il vissuto della malattia affrontando il dolore e la paura, la voglia di vivere e di proiettarsi verso il proprio benessere, riuscirà anche a elevare paradossalmente la sua qualità di vita. Molte donne operate al seno raccontano di aver deciso di riprendere in mano la loro vita, di vivere in maniera consapevole ogni momento e di rivalutare tutto quello che hanno fatto fino a quel momento, dedicandosi a se stesse con rispetto e gioia, con un atteggiamento più autentico e positivo verso la propria esistenza.

Nell'**uomo con tumore mammario** la reazione emotiva è caratterizzata da sentimenti di **vergogna, inadeguatezza e labilità emotionale**, può manifestare atteggiamenti di chiusura e può essere indicata una presa in carico psiconcologica.

## 7.1 SUPERARE I MOMENTI DIFFICILI



### Conseguenze Psicologiche Immediate

Ansia, depressione, paura del futuro: la malattia è uno dei modi in cui la vita ci “toglie il tappeto da sotto i piedi”. Arriva sempre nel momento sbagliato, interrompendo bruscamente progetti e speranze. Per un periodo, che può essere anche piuttosto lungo, sembra che il ritmo della vita normale sia sospeso e che non ci sia spazio per altro che per la malattia. Eppure, in questo spazio-tempo così particolare, vissuto da ogni donna in modo diverso, ma condiviso da tutte, succedono molte cose. Ci si può rendere conto di essere molto più forti di quello che si credeva, si possono rivedere le priorità della propria vita e si inizia a scoprire il valore di cose spesso date per scontate.

Di seguito troverai qualche suggerimento che potrà essere utile a superare questo momento, consapevole che il percorso verso la “guarigione emotiva” ti arricchirà e ti renderà una donna più piena e più forte di prima.

### Un terremoto emotivo

Se il senso di confusione dopo una diagnosi di tumore è stato paragonato “ai secondi successivi a una scossa di terremoto”, il lungo periodo della cura può essere paragonato alla “ricostruzione”. Da un lato, il sollievo e la forza che derivano dall’aver superato una prova importante, dall’altro la consapevolezza di avere ancora molti ostacoli da affrontare, in un momento in cui la stanchezza psicologica si somma anche a una oggettiva debolezza fisica.

L’intervento è vissuto intimamente come un’invasione, anche se razionalmente se ne comprende l’importanza per noi stesse e per la nostra salute, emotivamente ci possiamo sentire aggredite. Dal tumore prima e dalle cure per debellarlo poi. Questo è uno dei momenti più duri di tutto il percorso verso la guarigione, particolarmente tempestoso da un punto di vista emotivo



## Ricostruire l'immagine di sé

È molto complesso per una donna gestire la menomazione risultante da un intervento al seno: insieme al tumore, infatti, sembra che sia stata asportata anche l'immagine di sé. La cancellazione, o comunque la minaccia, a una parte del corpo che culturalmente rappresenta la femminilità in tutte le sue accezioni (materna, erotica, simbolica) può generare un sentimento di crisi dell'identità, un senso di perdita irreparabile e di rabbia. Inoltre, la paura delle conseguenze fisiche delle terapie amplificano questa sensazione di perdita di controllo sul proprio corpo. Sono sentimenti condivisi più o meno da tutte le donne, normali reazioni a un evento forte e traumatico.

## Reagire per guarire

Per questo è necessario **non soffocare le proprie emozioni**, non colpevolizzarsi e percorrere fino in fondo una strada complicata, ma generativa, di ricostruzione di sé e della propria immagine interiore. In qualche modo occorre venire a patti con queste emozioni, senza farsi, però, sopraffare dallo sconforto: è importante, infatti, che l'umore sostenga il delicato percorso di guarigione

In questo tempo diverso da prima, compatibilmente con la tua condizione fisica, puoi dedicarti ad attività che ti piacciono, imparare qualcosa di nuovo, trascorrere del tempo con altre persone e all'aperto.

## L'aiuto degli altri

Le persone care, la famiglia, le amiche, ma anche altre donne che hanno superato il tumore sono un vero e proprio "cuscinetto di protezione" in questo delicatissimo momento. Chiedi aiuto ogni volta che ne senti il bisogno, senza alcun timore. Chi ti ama sa la difficoltà di quello che stai vivendo ed è pronto a sostenerti e a darti forza.

### RICORDA

**Prenderti cura di te stessa deve diventare la tua priorità:** concediti il lusso di essere un po' egoista. Metti il tuo nome più spesso nell'agenda degli impegni e non lesinare sul tempo concessoti.

Prendi l'abitudine di dedicarti dei giorni!

## Consigli per il benessere

- Se hai bisogno di sfogarti, fallo tranquillamente, non temere di sembrare "debole", è normale avere paura, sentirsi stanche e scoraggiarsi.
- Se senti il bisogno di parlare con qualcuno, rivolgiti a qualcuno che ti ispiri fiducia.
- Esistono, inoltre, delle associazioni di donne operate al seno a cui puoi rivolgerti per sentirti meno sola.
- Se pensi che i tuoi problemi siano "insormontabili", puoi chiedere aiuto a uno psicologo, che saprà aiutarti. È utile anche che il supporto psicologico sia esteso all'intero contesto familiare. La famiglia può necessitare di una totale riorganizzazione dei ruoli e degli equilibri. Non avere timore: chiedere aiuto non significa rinunciare a una parte della propria indipendenza. Chiedi al centro in cui sei in cura a chi puoi rivolgerti.

## Capitolo 7

- A volte la presa in carico psicologica durante, oppure dopo la malattia, rappresenta una opportunità di crescita individuale e relazionale.
- Non vivere con l'angoscia che la malattia ritorni, segui i consigli del tuo medico ed esegui le visite e gli esami di controllo che egli ti prescriverà. Anche questo ti aiuterà a stare più tranquilla.
- Qualunque sia il tuo stato d'animo, un bacio o un gesto di amore sono le migliori medicine che esistano in natura
- Assicurati di avere in cima alla lista delle priorità il "prenderti cura di te stessa". Nessuno può sostituirti in questa funzione.
- Sentimenti negativi che appartengono al passato creano stress. Potrai sentirti meglio se risolverai gli antichi dissapori e le ferite emozionali. Questo può essere un buon momento per lasciarsi il passato alle spalle e sanare le relazioni.
- I medici spesso preferiscono che sia il paziente a guidare il colloquio esprimendo i propri sentimenti ed emozioni. Poiché i medici sono interessati sia alla salute fisica sia a quella psicologica, parla con loro se senti uno stato di disagio interiore. Di' loro quello che provi.
- Sentirsi in grado di avere il controllo della cura ridurrà il livello di stress. Alcune persone si sentono meglio se condividono le informazioni mediche e le decisioni da prendere con i loro specialisti di riferimento o altre figure significative. In ogni caso, parlare con medici, infermieri e terapeuti
- Distrarsi può essere un'ottima tecnica per affrontare la situazione. Prova a cercare qualcosa per distogliere la mente dai problemi di salute, anche se solo per un istante.
- Fai in modo che l'ambiente domestico sia piacevole e salutare. Lascia entrare aria fresca e sole. L'igiene è importante, ma spesso non avrai l'energia necessaria per fare tutti i lavori di casa, quindi dedica tempo alla cura della casa e alla preparazione dei cibi quando stai meglio, oppure chiedi a qualcuno di aiutarti. Piccoli accorgimenti come fotografie, quadri o candele profumate possono rendere la stanza più rilassante. Ascoltare musica è molto rasserenante.
- Prenditi il tempo necessario per le piccole cose che rendono piacevole la vita. Parla con gli amici, siediti in un parco, guarda il tramonto o, se sei vicina al mare, le onde; insomma, fai qualunque cosa che ti aiuti a sorridere.
- Se è difficile parlare dei tuoi sentimenti con gli altri, perché non inizi a tenere un diario nel quale scrivere giorno per giorno quello che provi? Potresti anche condividere il diario con un amico o con un gruppo di supporto, se questo può aiutarti.



## 7.2 IL RAPPORTO DI COPPIA



Ognuna di noi è al centro di una rete di affetti e il nostro stato psicofisico influenza continuamente l'equilibrio di questo piccolo mondo: un evento dirompente come la malattia non coinvolge quindi solo la persona, ma “contagia” emotivamente anche chi le sta accanto. Questo è vero, a maggior ragione, per il rapporto più intimo: quello di coppia.

### L'affettività

Sia che vi conosciate da una vita, sia che abbiate iniziato da poco una storia d'amore, è probabile che tu e il tuo compagno abbiate già superato molte difficoltà insieme. Probabilmente, come spesso accade, in tante circostanze tu sei stata la più forte: ti sei presa cura di lui, l'hai aiutato e supportato, magari in maniera discreta, senza troppo clamore. Nel periodo che stai vivendo, tutto si è ribaltato. **Sei tu la più fragile e sei tu che hai bisogno di aiuto.** Questo possibile sconvolgimento di ruoli e abitudini, insieme alla preoccupazione e all'ansia, può influire, almeno all'inizio, sull'equilibrio della coppia. Ci sono moltissime donne che, pur di non “caricare” il proprio compagno di preoccupazioni che temono non sia in grado di sostenere, si chiudono, tenendolo al riparo il più possibile dalla difficile esperienza che stanno vivendo. Eppure, questo può anche essere uno dei momenti più forti e intensi in cui si cementa un rapporto, si rafforzano le basi di condivisione e di amore reciproco. L'importante è non chiedere troppo a te stessa e cercare di essere indulgente con lui. **Spesso, atteggiamenti che apparentemente sembrano distaccati o insensibili, nascondono soltanto disagio, preoccupazione, paura e la difficoltà ad accettare questo momento.**

### RICORDA

Cerca, secondo i tuoi tempi e i tuoi modi, di **rendere partecipe il tuo compagno delle tue emozioni, senza paura e senza imbarazzo.**

Sai bene che gli uomini hanno un “alfabeto” diverso dal nostro: per cui non aspettarti che capisca tutte le tue sfumature emotive e i tuoi bisogni.

Chiedi, parlagli e soprattutto appoggiate a lui. Dopo un primo **momento di assestamento**, vedrai che ritroverete **un nuovo personalissimo equilibrio**, magari anche più profondo e vero di quello di prima.

# Capitolo 7

## L'intimità e la sessualità

La malattia e tutto quello che ne consegue possono mettere in crisi il rapporto con il proprio corpo. Debitato, tagliato e aggredito, il corpo sembra tradirci: da alleato diventa improvvisamente ostacolo e contenitore di dolore. È raro, quindi, subito dopo l'intervento e nel periodo delle cure postoperatorie, riuscire a percepirlo anche come strumento di piacere. Capita a quasi tutte le donne di perdere momentaneamente interesse per il sesso e per l'intimità. Ogni molecola del proprio organismo è infatti tesa all'obiettivo di superare la malattia, e restano ben poche energie disponibili.

Non appena il periodo critico è passato e il corpo, **con gradualità, comincia a "risvegliarsi"**, è la mente, a quel punto, a divenire spesso il principale ostacolo a una ripresa dell'intimità. La paura di non essere più desiderabile o attraente, la difficoltà ad accettare le modifiche del proprio aspetto esteriore, gli sbalzi d'umore causati talvolta dalle terapie ormonali e, ovviamente, l'eventuale mastectomia, sono elementi che possono influire negativamente sul desiderio.

In particolare, sono molte le variabili che influiscono sul desiderio sessuale dopo un tumore al seno.

L'intervento. La mutilazione del seno è vissuta da molte donne come mutilazione della propria sessualità, indipendentemente dal fatto che l'intervento sia stato demolitivo o conservativo. Questa percezione distorta di sé può causare difficoltà persino a spogliarsi davanti al proprio uomo.

Il linfedema. **Sentirsi gonfia spesso equivale a sentirsi "brutta"**. Inoltre, le donne tendono a **percepire il gonfiore in maniera esagerata rispetto alla realtà**.

L'esacerbazione dei sintomi postmenopausali. I sintomi che possono accompagnare la menopausa naturale (come vampate di calore, sudorazione, disturbi del sonno, affaticabilità, irritabilità e sbalzi d'umore, secchezza vaginale e diminuzione della libido) possono andare incontro a un peggioramento, soprattutto nelle pazienti sottoposte a terapie ormonali, che complica una vita sessuale piena e soddisfacente.

La chemioterapia. La perdita di capelli, in primo luogo, ma anche le altre conseguenze della chemio (pallore, ipersensibilità cutanea, nausea...) possono far sentire la donna meno attraente e sicura di sé.

## Dal disagio a una sessualità più consapevole

È importante comunque sottolineare che questi disagi nella vita intima sono per lo più temporanei, non riguardano tutte le donne e sono vissuti in modo diverso da persona a persona. Variabili importanti, infatti, sono la fase di vita in cui ci si trova nel momento della malattia, la relazione con il partner, la qualità e l'importanza della relazione di coppia. **Spesso, la malattia porta a galla problemi e incomprensioni** che erano già presenti nella coppia, ma nascosti dall'abitudine e dalla quotidianità. Questo periodo, quindi, può aiutare a guardare in faccia le difficoltà e a rimettersi in gioco come coppia, scoprendo magari una nuova intimità e anche una nuova coesione, più profonda di quella di prima.

Anche dal punto di vista dei ruoli all'interno della coppia, **la malattia rimescola le carte**: in tempi in cui le donne sono sempre più forti, autonome, indipendenti, la condizione temporanea di debolezza e bisogno spesso suscita nel compagno un istinto di protezione e una rivalutazione del suo ruolo di "maschio", a vantaggio dell'intimità e anche dell'intesa sessuale.



## RICORDA

**Il primo elemento alla base di una buona ripresa dell'attività sessuale consiste nell'informazione.** La difficoltà, non solo per la paziente ma anche per l'Oncologo, di affrontare questi temi, fa sì che troppo spesso si arrivi impreparate ai possibili problemi sessuali successivi ai trattamenti. Un confronto chiaro rende l'insorgenza del problema meno angosciante e molto più gestibile. Pretendi quindi dal tuo Oncologo e dagli altri operatori sanitari con cui hai a che fare informazioni e spiegazioni anche in questo ambito così intimo

### Qualche consiglio utile per riaccendere la fiamma...

- Chiedi al medico se esistono rimedi e terapie di supporto per migliorare le alterazioni del comportamento sessuale indotte dai trattamenti in atto. Infatti, purtroppo, nella maggioranza dei casi è sconsigliato modificare il dosaggio o cambiare i farmaci antitumorali in corso di trattamento. Ricorda che sono stati scelti dal tuo medico perché ritenuti i più efficaci per curare nello specifico la tua malattia.
- **Non escludere il partner da quello che stai vivendo**, e comunicagli dolcemente che hai bisogno della sua forza e del suo amore.
- Se te la senti, leggi con lui il materiale informativo sulla sessualità e sul tumore, oppure usa le informazioni acquisite come punto di partenza per un confronto.
- **Riprendi gradualmente la sessualità rispettando i tuoi tempi e i tuoi bisogni.** Riprendi confidenza con il tuo corpo: da sola, spogliati completamente e, davanti a uno specchio a figura intera, impara di nuovo a guardare e a conoscere il tuo corpo, senza alcuna pressione emotiva.
- Prolungate i preliminari. **Scopri insieme al tuo partner nuove zone erogene**, sperimenta il piacere dell'indugio, del gioco e della scoperta.
- Condividi le fantasie erotiche con il partner: spesso un dialogo piccante e malizioso può dare nuovo slancio alla vita sessuale.
- Chiedi al partner, senza imbarazzi e timori, di essere stimolata nel modo che ti dà più piacere.
- Cercate modi alternativi per raggiungere l'orgasmo e luoghi diversi dal letto coniugale: non importa da quanto tempo siete insieme, c'è sempre qualcosa di nuovo da scoprire.
- I primi tempi, **se ti senti a disagio, prova a spegnere la luce** durante il rapporto. Potrebbe essere ancora più eccitante e ti aiuterà a lasciarti andare.
- Considera l'attività sessuale come un momento per provare piacere e non per dimostrare qualcosa all'altro.
- **Dedicati all'intimità solo quando non ti senti stanca, demotivata, angosciata o carica di impegni:** il sesso non è mai un obbligo o un dovere, né verso te stessa, né tanto meno verso il tuo compagno.
- **Non trascurare la malizia!** Nei negozi specializzati troverai una scelta di biancheria intima realizzata per donne operate al seno che unisce praticità a estetica.
- Riscopri il romanticismo: fatti corteggiare, chiedigli di portarti fuori a cena, o aggiungi delle candele sulla tavola e metti una bella musica di sottofondo.
- Non dimenticare mai che **l'erotismo è molto più ampio e sfaccettato del solo atto sessuale** e passa anche attraverso uno sguardo, una carezza, una risata complice.
- Parla con le altre donne: con amiche e parenti per prime, ma anche con quelle che hanno passato o stanno vivendo la tua stessa esperienza.

## RICORDA

I rapporti con il proprio compagno sono fondamentali per ritornare a vivere pienamente, guadagnando benessere psicofisico.

Se non riesci/riuscite a “sbloccare” la situazione, non escludere la possibilità di **rivolgerti, insieme al tuo partner, a un Sessuologo o a un terapeuta della coppia**. Spesso bastano poche sedute per avere un beneficio concreto.

## COSA DIRE A MIO FIGLIO?

Molte donne si chiedono come parlare ai bambini del tumore al seno. Cosa dire dipende dalla loro età, ma è importante **dire sempre la verità**.

Se dovessero scoprire che hai mentito, questo potrebbe incrinare la loro fiducia in te. Come gli adulti, i bambini hanno bisogno solo delle informazioni che possono gestire. Bisognerebbe dar loro l'opportunità di chiedere, ma **capire quanto vogliono davvero sapere**.



I bambini traggono beneficio quando le abitudini di casa e la routine quotidiana vengono mantenute il più normalmente possibile, anche se sono in grado di adattarsi molto bene ai cambiamenti.

Parlare con i figli della propria malattia è uno dei momenti più difficili sia per paura di creare loro dolore sia per i sensi di colpa che la malattia possa interrompere precocemente la loro infanzia e sottrarre loro delle cure.

**Tacere non protegge i figli**, sono grandi osservatori e noteranno i minimi cambiamenti che si verificheranno in famiglia, percepiscono i molteplici non detti e gli stati d'animo degli adulti, inoltre se non avranno risposte saranno loro a darselo, immaginando spesso scenari peggiori del reale. Dire loro la verità trovando le giuste parole è la scelta migliore qualunque sia la loro età, anche se non sarà facile.

Occorrerà pesare come e quali informazioni dare in base alla loro età.

- **dovresti essere tu a parlarne**: delegare ad altri favorirebbe i loro timori e sospetti è bene chiedere loro cosa sanno del tumore e se ne hanno sentito parlare da amici, a scuola, dai media ecc.
- Spiegare che la gran parte delle donne che si ammalano di tumore al seno guarisce li aiuterà nell'elaborazione della notizia. Frequentemente lo associano alla morte.
- bisogna **anticipare quali cambiamenti potresti subire e cosa dovrai fare**.
- la cura farà cadere tutti i capelli, ma non c'è da preoccuparsi, i capelli ricresceranno e la mamma starà bene, così quando succederà non ci sarà spavento.



- quali cambiamenti ci saranno nella gestione familiare e in specifico della loro: anticipare che potresti essere meno presente e che la tua assenza **non significa che ti importa meno di loro** ma semplicemente che ti devi curare, comunque non saranno mai soli
- far capire che **la malattia non è colpa loro né conseguenza di qualcosa che hanno fatto**. I bambini, specie quelli più piccoli, sono soliti attribuire un rapporto causa-effetto agli eventi che si verificano contestualmente (“pensiero magico”).

In commercio e nel web puoi trovare molti libretti illustrati, specie per i più piccoli, appositamente redatti per le diverse fasi della malattia, che potresti leggere insieme e che possono aiutarti a rendere più chiara e semplice la comunicazione. Qualche esempio:

“Il vaso di fiori” di Michela Rimondini – illustrazioni di Monia Dardi

“La pazienza dei sassi” di Ierma Segà – illustrazioni di Michela Molinari.

“Il viaggio della regina” di Beatrice Masini - illustrazioni di Gianni De Conno.

“La mia mamma è un pirata” di Karine Surugue – illustrazioni di Karine Surugue

“Che cosa dico ai miei figli” Roberto Miniero

## LA PSICOTERAPIA IN PSICONCOLOGIA

L'obiettivo della psicoterapia è quello di ridurre i fattori di stress che possono incidere negativamente sulla salute della persona e sul percorso di cura.

La psicoterapia offre alla persona uno spazio dedicato per un lavoro personale volto ad accrescere la consapevolezza di sé, ovvero delle proprie modalità di reazione e risposta agli eventi e dei propri modi di funzionare. Questo processo conoscitivo avviene tramite l'osservazione dei propri contenuti interni: i pensieri, le emozioni, e le sensazioni corporee. **Ognuno di noi è il massimo esperto al mondo di sé**, cioè la persona che si conosce meglio di chiunque altro.

Lo psicoterapeuta, quindi, ha il ruolo di guida, di accompagnatore, in questo percorso di esplorazione personale, e offre alla persona strumenti, mappe, chiavi di lettura che possono facilitarle il lavoro.

Grazie alla psicoterapia, la persona può fare luce sui propri modi soggettivi tramite cui vive l'esperienza di malattia ed acquisire strumenti per adattarsi alla nuova situazione. Comprendere e dare senso alle proprie reazioni e ai propri modi di leggere il mondo e di vivere le relazioni con gli altri, frutto anche della propria storia di vita, consentono un maggiore padroneggiamento di sé, una migliore gestione delle proprie reazioni, l'acquisizione di nuove strategie di adattamento che possano essere più funzionali e benefiche, e la modifica di modalità presenti per renderle più utili.

Il presupposto della psicoterapia è che non ci sia nulla di giusto o di sbagliato a priori, ma che l'obiettivo sia fare stare bene la persona, consentendole di mantenere ciò che è utile e funziona meglio per lei. Lo spazio della psicoterapia è, infatti, uno **spazio accogliente e non giudicante**. E durante la psicoterapia la persona può coltivare questo atteggiamento di gentilezza e compassione verso di sé, comprendendosi e desiderando il proprio bene.

La psicoterapia è in generale un'occasione di vita, ed è un intervento che, se svolto guidati da un professionista adeguatamente formato, non ha rischi né effetti collaterali.

In presenza di sintomi legati alla sfera emotiva di moderata oppure severa intensità è consigliabile eseguire anche una visita psichiatrica al fine di migliorare il quadro clinico della persona e facilitare l'accesso alle risorse individuali per svolgere al meglio il lavoro di psicoterapia.

# Capitolo 7

## 7.3 AL LAVORO!



Illustrazione di "Città delle dame" (1404-5), opera nella quale Christine de Pizan, considerata la prima scrittrice europea della storia -Foto: Akg / Album

### Gli aspetti psicologici del ritorno al lavoro

**"Mobbing** – l'aggressione sistematica e continuativa che viene attuata contro un lavoratore con diverse modalità e gradualità e con chiari intenti discriminatori dal datore di lavoro o da un suo preposto o da un superiore gerarchico oppure da suoi colleghi e/o sottoposti con la tolleranza dell'azienda dove opera il soggetto aggredito".

Non esiste una normativa specifica, in caso di mobbing l'attuale tutela giudiziaria è fondata, da un punto di vista civilistico, sull'art. 2087 del codice civile, nonché sulle norme esistenti in tema di trasferimenti del lavoratore, discriminazioni, parità di trattamento ecc.

In sostanza, il lavoratore che subisce atti di mobbing può ricorrere alla Magistratura, ma, affinché venga riconosciuto il proprio diritto, deve rigorosamente dimostrare la ricorrenza di comportamenti vessatori reiterati nel tempo, la consistenza del **danno riportato (biologico, morale ed esistenziale)**, nonché il nesso causale tra le condotte del datore di lavoro e i danni riportati.

Il decreto legislativo n. 5/10 attuativo della Direttiva CE/54/2006 rafforza il principio del trattamento paritario delle lavoratrici e, quindi, delle pari opportunità tra uomini e donne in materia di occupazione e di impiego. Tale decreto, modificando in più parti il D.Lgs. 198/06, prevede un ampliamento del principio di parità che deve essere assicurato in tutti i campi, nonché un aggravamento delle sanzioni penali in caso di inottemperanza, oltre che un aumento delle sanzioni amministrative per la violazione ai divieti di discriminazione in materia di formazione, accesso al lavoro, trattamento retributivo.

Nel caso di condanna per comportamenti discriminatori, l'inottemperanza al decreto del giudice del lavoro sarà punito con l'ammenda fino a 50 mila euro o con l'arresto fino a 6 mesi.



Peraltro è stato aggiunto l'articolo 41-bis alla Legge 198/06 che assicura la **tutela giurisdizionale alla «vittimizzazione»**, ossia ai comportamenti messi in atto contro una persona che si è attivata per ottenere il rispetto del principio di parità di trattamento fra uomini e donne.

Fra le novità, vi è anche l'inserimento fra le fattispecie discriminatorie delle molestie sessuali, di ogni trattamento meno favorevole in ragione dello stato di gravidanza e dello stato di maternità o paternità, del calcolo o del campo di applicazione dei trattamenti pensionistici complementari.

## **Tornare al lavoro**

*Come gestire il ritorno al lavoro?*

*Come fare per conciliarlo con i periodi delle cure, con le limitazioni momentanee o permanenti e soprattutto con il rispetto della propria salute e dei propri tempi di recupero delle forze?*

Queste sono domande e preoccupazioni che coinvolgono tutte, a cui la legge dà risposte chiare e volte alla tutela delle lavoratrici.

Qui di seguito troverai una serie di informazioni utili che ti permetteranno di affrontare con più serenità tutte le questioni relative al lavoro, dai permessi quando non ti senti bene, alle assenze per le terapie, fino alla necessità di variare o ridurre l'orario. La legge, tra l'altro, prevede anche particolari agevolazioni non solo per te, ma anche per i tuoi familiari, nel caso avessero bisogno di assentarsi dal lavoro per prestarti assistenza.

### **❖ I permessi e i congedi lavorativi: che cosa dice la legge**

La **Legge 104/92** sancisce il diritto della dipendente malata di godere di permessi lavorativi per seguire le cure necessarie, concedendo la stessa facoltà anche a un familiare che la assiste.

In particolare, i benefici per donne affette da carcinoma mammario sono:

- una riduzione dell'orario di lavoro (2 ore) o, a scelta, un permesso di 3 giorni al mese;
- il diritto di scegliere, laddove possibile, la sede di lavoro più vicina al proprio domicilio, nonché il divieto per il datore di lavoro di trasferimento in altra sede senza il suo consenso;
- il diritto per la lavoratrice, nel caso in cui sia riconosciuta un'invalidità superiore al 50%, di usufruire di 30 giorni all'anno, anche non continuativi, di congedo retribuito per cure mediche connesse allo stato di invalidità;
- il diritto a trasformare il proprio contratto di lavoro da tempo pieno a parziale, almeno fino a quando le condizioni di salute non consentono una normale ripresa dell'attività lavorativa;
- il diritto a svolgere mansioni compatibili con il proprio stato di salute; in alcuni casi (invalidità riconosciuta superiore al 74%) di poter richiedere un pensionamento anticipato;
- il prolungamento del periodo di comporto, cioè il periodo di tempo durante il quale il lavoratore ha diritto alla conservazione del posto di lavoro (in caso di sospensione per malattia o infortunio). In questo lasso di tempo, la lavoratrice affetta da tumore potrà

## Capitolo 7

godere dei trattamenti retributivi, secondo quanto disposto dalla legge e dai contratti collettivi, nonché dei diritti garantiti al lavoratore in malattia.

### ❖ Fasce di reperibilità

Il lavoratore ammalato ha l'obbligo di rendersi reperibile al domicilio comunicato nel caso in cui il datore di lavoro o l'INPS richiedano eventuali visite fiscali.

Queste le fasce di reperibilità:

- ▶ **dipendenti pubblici:** dalle 9 alle 13 e dalle 15 alle 18 tutti i giorni, inclusi domenica e festivi
- ▶ **dipendenti privati:** dalle 10 alle 12 e dalle 17 alle 19 tutti i giorni, inclusi domenica e festivi.

L'Art.4 del D.L. 17 ottobre 2017, n. 206 (Legge Carlotta) prevede l'**esclusione dall'obbligo di reperibilità** per i dipendenti pubblici e privati che rientrano in quanto previsto dal comma la) **patologie gravi che richiedono terapie salvavita** e lc) stati patologici con **invalidità riconosciuta pari o superiore al 67%**. Con certificazione specifica rilasciata dall'oncologo che attesti quanto previsto dal comma la o esibizione del certificato d'invalidità Il medico curante può utilizzare il "codice di esclusione E" sul certificato medico per esonerare il lavoratore in malattia dalle visite fiscali

### RICORDA

Per ottenere i diversi tipi di permesso è sufficiente farne richiesta al datore di lavoro, se lavoratori pubblici, e all'INPS se lavoratori privati. I permessi non utilizzati nel mese di competenza non possono essere fruiti nei mesi successivi.

E per i familiari?

- Vengono riconosciuti 3 giorni mensili retribuiti per familiari e affini entro il 3° grado a condizione che la persona da assistere non sia ricoverata a tempo pieno.
- Il diritto a trasformare il proprio contratto di lavoro da tempo pieno a **tempo parziale** (part time), almeno fino a quando le condizioni di salute della propria familiare non consentono una normale ripresa dell'attività lavorativa.
- **Congedo straordinario biennale retribuito** (continuativo o frazionato): viene riconosciuto al lavoratore-genitore, anche adottivo, di un portatore di handicap in situazione di gravità. In caso di decesso o di impossibilità di entrambi i genitori, analogo diritto è riconosciuto al fratello o alla sorella conviventi con il malato riconosciuto portatore di handicap grave. Questo diritto spetta anche al coniuge convivente prioritariamente rispetto agli altri famigliari. Il periodo può essere frazionato e l'indennità spettante è pari all'ultima retribuzione percepita.



- **Congedo biennale non retribuito** (continuativo o frazionato): per gravi e documentati motivi familiari, garantisce il diritto alla conservazione del posto di lavoro, **ma vieta lo svolgimento di qualunque attività lavorativa**.
- **Divieto di lavoro notturno** per il lavoratore che abbia a proprio carico la persona disabile in stato di handicap grave.

#### ❖ Pensionamento anticipato

Lavoratore con un'invalidità civile, di guerra, per lavoro o per servizio, superiore al **74%** ha diritto al beneficio di **2 mesi di contribuzione figurativa per ogni anno di servizio** prestato come invalido. (dal giorno in cui al lavoratore viene riconosciuta l'invalidità superiore al 74%). Questo beneficio viene riconosciuto ad un **massimo di 5 anni** di contribuzione figurativa utile ai fini della maturazione degli anni di servizio per il diritto alla pensione.

#### ❖ Aspettativa non retribuita

I CCNL prevedono spesso la possibilità di conservare il posto di lavoro anche nei casi in cui l'assenza per malattia determini il superamento del periodo di comporto. In questo modo il lavoratore può usufruire di un periodo di aspettativa non retribuita per motivi di salute e di cura. La domanda va **fatta prima del superamento del periodo di comporto** e le modalità e durata variano in funzione del CCNL.

#### ❖ Particolari Facilitazioni Per Malattia Oncologica

I giorni di ricovero ospedaliero o di trattamento in *day hospital* e i giorni di assenza per sottoporsi alle cure sono esclusi dal computo dei giorni di assenza per malattia normalmente previsti e sono retribuiti interamente. Ricordarsi di far specificare **sempre** sui certificati **“per terapia salvavita”** Questo prolunga indirettamente il periodo di comporto. In particolare:

- **Cicli di cura ricorrenti.** Si applicano i criteri della “ricaduta della malattia” se sul certificato viene barrata l'apposita casella e il trattamento viene **eseguito entro 30 giorni dalla precedente assenza**. È sufficiente un'unica certificazione medica in cui venga attestata la necessità dei trattamenti che determinano incapacità lavorativa e che siano qualificati l'uno ricaduta dell'altro.
- **Dimissioni protette.** Il soggetto si rapporti alla struttura ospedaliera solo nei giorni in cui è stato programmato il ricovero per un'eventuale indagine clinica.
- **Periodi intermedi.** È possibile richiedere l'indennizzo con una certificazione del medico curante o dell'ospedale.
- **Day hospital.** I giorni della prestazione in regime di *day hospital* sono equiparati alle giornate di ricovero.

#### RICORDA

**Per fruire dei giorni di assenza per terapie salvavita è necessario specificare il motivo dell'assenza, che il datore di lavoro potrà chiedere di documentare con idonea certificazione medica.**

## ▪ Collocamento obbligatorio

Il collocamento lavorativo dei cittadini con disabilità è regolamentato dalla Legge 68/99. Solo il cittadino in età lavorativa che vuole iscriversi alle liste speciali, per essere avviato al lavoro come categoria protetta, **deve fare richiesta di essere sottoposto all'accertamento della condizione di disabilità** ai sensi della Legge 68/99. L'attuale normativa (Legge 247, art. 1 comma 35 e 36 del 24/12/2007), non prevede più, per soggetti non interessati al collocamento al lavoro e aventi diritto all'assegno di invalidità, l'obbligo di iscrizione alle liste del collocamento per poter richiedere l'erogazione del beneficio.

### **RICORDA**

**Queste sono soltanto informazioni di base.**

**Puoi trovare un aiuto più dettagliato sul sito dell'A.N.D.O.S. - [www.andosonlusnazionale.it](http://www.andosonlusnazionale.it)**

[www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)

[www.aimac.it](http://www.aimac.it)

[www.inps.it](http://www.inps.it)

[www.handylex.org](http://www.handylex.org)

[www.agenziaentrare.it](http://www.agenziaentrare.it)

[www.lavoro.gov.it](http://www.lavoro.gov.it)

[www.informahandicap.it](http://www.informahandicap.it)

Inoltre, nelle sedi di alcuni Comitati A.N.D.O.S. onlus troverai esperti che possono consigliarti e chiarirti tutti i dubbi.

## 7.4 TUTELA SOCIO-SANITARIA E FACILITAZIONI DI LEGGE

Per usufruire dei benefici di legge, che riguardano il lavoro, ma anche del rimborso di terapie, protesi e soggiorni ospedalieri, è necessario produrre una serie di certificati che accertino l'effettivo stato di salute. In questa appendice, troverai un riassunto delle normative di legge in merito a malattia e disabilità.

### **RICORDA**

La domanda per l'ottenimento di qualunque beneficio assistenziale/previdenziale dal 1 gennaio 2010 **va presentata all'INPS esclusivamente per via telematica.**



## Invalità civile e attestazione di handicap



- Per prima cosa bisogna rivolgersi al medico curante abilitato per il rilascio del certificato medico digitale che ha la validità di 90 giorni. Il medico invia la certificazione per via telematica e rilascia la stampa originale firmata da esibire all'atto della visita, unitamente alla ricevuta di trasmissione con il numero del certificato.
- Una volta in possesso del certificato medico digitale può essere inoltrata la domanda di accertamento dello stato di invalidità e di handicap direttamente all'INPS (tramite il sito [www.inps.it](http://www.inps.it)) o autonomamente (necessario SPID), oppure attraverso gli enti abilitati: associazioni di categoria, patronati.
- L'INPS mette a disposizione delle ASL un sistema di gestione di un'agenda appuntamenti per la calendarizzazione delle visite e di invito a visita. Vengono fissati indicativamente dei nuovi limiti temporali: in caso di patologia oncologica, il limite temporale scende a 15 giorni.
- A conclusione dell'iter sanitario l'INPS territorialmente competente provvede all'inoltro del verbale all'interessato, dal quale risulta il grado di invalidità riconosciuto. Se è stato riconosciuto il diritto a una prestazione economica, INPS chiederà all'interessato di inviare, sempre per via telematica, dati relativi alla condizione reddituale e personale. Spesso già richiesti all'invio della domanda

**Aggravamento** - se la malattia progredisce, l'interessato può richiedere l'accertamento dell'aggravamento dello stato di salute, seguendo medesimo iter.

**Se lo stato di invalidità o di handicap è riconosciuto per un periodo temporaneo l'interessato verrà ricontattato per la visita di revisione.**

I benefici sociali e/o economici dipendono dal grado di invalidità riconosciuto e dal reddito.

# Capitolo 7

**Invalità civile del 100%** (persona in età lavorativa 18-67) ha diritto:

- pensione di inabilità
- esenzione dal ticket totale

Per un'invalità civile pari o superiore al 74% (persona in età lavorativa 18-67):

- assegno di invalidità.

**L'indennità di accompagnamento** - se a causa della malattia alla donna viene riconosciuta un'invalità totale e permanente del 100% e la paziente ha problemi di deambulazione e non è più autonoma nelle normali attività della vita quotidiana e possibile richiedere il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento. Recenti sentenze della Corte di Cassazione (n. 102/2004) hanno stabilito, per le persone malate di cancro che seguono un trattamento chemioterapico o radioterapico, la possibilità di ottenere l'indennità di accompagnamento anche per un breve periodo. La domanda va presentata all'INPS esclusivamente in via telematica. L'assegno di accompagnamento decorre dal mese successivo a quello di presentazione della domanda ed è erogato per 12 mensilità. L'importo, aggiornato annualmente dal Ministero dell'Economia, non è né vincolato a limiti di reddito né è reversibile.

**Pensione di inabilità.** È una pensione che spetta ai lavoratori dipendenti e autonomi affetti da un'infermità fisica o mentale che possono far valere determinati requisiti contributivi. La domanda di pensione di inabilità va presentata all'INPS esclusivamente per via telematica. Requisiti (Legge 222/84):

- l'infermità fisica o mentale deve essere accertata dai medici dell'INPS e deve essere tale da provocare una assoluta e permanente impossibilità a svolgere qualsiasi lavoro;
- l'anzianità assicurativa e contributiva deve essere pari a 5 anni di assicurazione (260 contributi settimanali), dei quali almeno 3 anni (156 settimane) versati nei 5 anni precedenti la data di domanda di pensione di inabilità.

## LA PENSIONE DI INABILITÀ È EROGATA PER 13 MENSILITÀ

### Assegno ordinario di invalidità

Il lavoratore ha diritto all'assegno di invalidità se:

- presenta minorazioni fisiche o mentali che pregiudicano in maniera permanente la sua capacità di lavoro, a meno di un terzo
- è iscritto all'INPS da almeno 5 anni
- abbia un'anzianità contributiva di almeno 5 anni (260 contributi settimanali) ed aver versato complessivamente almeno 3 anni di contributi (156 settimane) nel quinquennio precedente la domanda.

La domanda deve essere presentata all'INPS esclusivamente in via telematica. L'assegno ordinario di invalidità ha carattere temporaneo: dura 3 anni e può essere rinnovato su richiesta del lavoratore disabile. **Dopo il terzo rinnovo consecutivo l'assegno diventa definitivo.** L'assegno viene erogato per 13 mensilità. L'assegno **non è reversibile.**



## Assegno mensile per assistenza personale e continuativa ai pensionati per inabilità

Il pensionato per inabilità assicurato INPS può chiedere l'assegno per l'assistenza personale e continuativa (Legge 222/84 art. 5), purché sia in possesso dei seguenti requisiti:

- non sia in grado di camminare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore;
- abbia bisogno di assistenza continua per compiere le normali attività quotidiane (alimentazione, igiene personale, vestizione).

La domanda può essere presentata anche insieme alla domanda di pensione di inabilità.

### Ticket

Il riconoscimento di un'inabilità civile del 100% dà diritto all'esenzione totale dal pagamento del ticket per le prestazioni sanitarie per qualsiasi patologia. Le donne che presentano tumore al seno hanno diritto all'esenzione totale dal ticket per le prestazioni sanitarie appropriate per il monitoraggio delle patologie di cui sono affette e delle loro complicanze, per la riabilitazione e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti, ovvero per visite specialistiche, per esami di laboratorio, per esami strumentali diagnostici, per i farmaci. L'esenzione deve essere richiesta all'Azienda ASL di residenza (Ufficio Esenzione Ticket) che rilascerà un tesserino con il codice di esenzione 048 (patologie neoplastiche). Tale tesserino deve essere esibito al Medico di Medicina Generale per riportare il medesimo codice nelle prescrizioni mediche inerenti agli accertamenti successivi all'intervento o a ordinari controlli.

### Cure all'estero

L'assistenza sanitaria all'estero, preventivamente autorizzata, è consentita solo per le prestazioni di altissima specializzazione che non siano ottenibili nel nostro Paese tempestivamente o in forma adeguata alla particolarità del caso clinico. L'autorizzazione va chiesta alla ASL di residenza presentando:

- la domanda
- la proposta di un medico specialista (sia pubblico che privato) che deve contenere l'indicazione della struttura estera prescelta
- l'ulteriore documentazione eventualmente prescritta da disposizioni regionali. Domanda e la documentazione verrà trasmessa al Centro di Riferimento Regionale (CRR) territorialmente competente che dopo la valutazione comunicherà il proprio parere motivato all'ASL che provvede o meno al rilascio dell'autorizzazione.

In caso di accoglimento della domanda:

- 1 se la struttura estera è privata, la ASL rilascia autorizzazione scritta all'interessato che dovrà anticipare le spese autorizzate, per le quali potrà chiedere il rimborso alla propria ASL, al rientro in Italia (su presentazione della documentazione necessaria)
- 2 se la struttura è pubblica o privata convenzionata, la ASL provvede a rilasciare un formulario S2 (se è per uno Stato comunitario) o un formulario analogo (se si tratta di uno Stato convenzionato) e l'assistenza viene erogata in forma gratuita.

### ATTENZIONE

**Le cure di mantenimento o di controllo, anche se riferite ad una precedente autorizzazione, devono essere preventivamente autorizzate** dalla ASL, sentito il Centro di Riferimento Regionale per cui, ogni qualvolta si presenta questa necessità, deve essere presentata domanda di autorizzazione secondo la stessa procedura sopra indicata.

In caso di rigetto della domanda di autorizzazione l'interessato può presentare ricorso: al Direttore Generale della ASL al tribunale amministrativo regionale (TAR) ed al Consiglio Di Stato in sede di appello al Presidente della Repubblica con ricorso straordinario

# Capitolo 7

## Assistenza domiciliare

Il Servizio Sanitario Nazionale garantisce alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali nel proprio domicilio denominati “cure domiciliari” consistenti in un insieme organizzato di trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi, necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita. Le cure domiciliari si integrano con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia, generalmente erogate dal Comune di residenza della persona.

## Esonero dall'obbligo delle cinture di sicurezza

Per chiedere l'esonero è necessario recarsi presso gli ambulatori di Igiene, presenti in ogni presidio ASL, prendere l'appuntamento per la visita medica, e portare la documentazione medica inerente la propria patologia. I benefici della cintura sono ben noti, pertanto, l'esonero si configura come un fatto eccezionale.

## Contrassegno di libera circolazione e di sosta

Il Comune di residenza riconosce ai malati oncologici in terapia il diritto ad ottenere il contrassegno di libera circolazione e sosta che dà diritto a:

- libero transito nelle zone a traffico limitato e nelle zone pedonali
- la sosta nei parcheggi riservati ai disabili (strisce gialli) o, in mancanza di questi, la sosta gratuita nei parcheggi a pagamento (strisce blu). Si segnala che alcuni comuni non riconoscono questa agevolazione alle auto che espongono il contrassegno per l'handicap. Il contrassegno è valido su tutto il territorio nazionale e dell'Unione Europea.

La domanda va inoltrata all'Ufficio di Polizia Municipale del Comune di residenza. Il contrassegno è **nominativo** e può essere usato solo quanto l'auto è al servizio del malato intestatario del permesso. Domanda per il rilascio va presentata al comune di residenza compilando l'apposito modulo e allegando un certificato medico -legale che attesti grave difficoltà motoria o, in alternativa il verbale di accertamento dello stato di invalidità e/o di handicap in cui sia espressamente indicata l'esistenza dei requisiti sanitari necessari per il rilascio del contrassegno invalidi. (Art.4, L.35/12). Validità dipende dalle condizioni di salute del richiedente. Può essere rinnovato.

## Rimborsi regionali

Alcune Regioni prevedono rimborsi delle spese di viaggio e, in alcuni casi, anche di soggiorno per i residenti che migrano in altre Regioni per le cure. Prima della partenza si consiglia di rivolgersi all'ASL di appartenenza per ricevere tutte le informazioni necessarie.

## Diritti di carattere fiscale

La lavoratrice o il lavoratore con grave disabilità (Legge 104/92, art 3 comma 3) ha diritto alle seguenti agevolazioni:

- per acquisto di mezzi di locomozione (auto e motoveicoli): detraibilità delle spesa pari al 19% (massimo di 18.075,99 euro) ai fini Irpef, Iva agevolata al 4%, esenzione permanente del bollo auto, esenzione imposta di trascrizione;
- per acquisto di altri mezzi di ausilio e sussidi tecnici e informatici: detraibilità delle spese ai fini Irpef (19%), Iva agevolata al 4%;
- detrazione totale (senza franchigia) delle spese sanitarie dalla dichiarazione dei redditi in misura del 19%
- deduzione dei contributi previdenziali versati per colf/badanti (un tetto massimo annuale)



- in alcune regioni deducibilità totale spese farmaceutiche  
(Per tutto ciò è utile visitare il sito Agenzia delle Entrate: [www.agenziaentrate.gov.it](http://www.agenziaentrate.gov.it) )

### Diritto di conoscere, diritto di decidere

L'art. 32 della Costituzione Italiana dice che nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge e come dice l'art. 13 “La libertà personale è inviolabile”. Il paziente deve avere la possibilità di scegliere, in modo informato, se sottoporsi a una determinata terapia o esame diagnostico. La decisione si esprimerà firmando un modulo di «consenso informato» che costituisce il fondamento della liceità dell'attività sanitaria, in assenza del quale l'attività stessa costituisce reato. Il consenso può essere revocato in ogni momento dal paziente e, quindi, gli operatori sanitari devono assicurarsi che rimanga presente per tutta la durata del trattamento.

#### RICORDA

Le normative possono cambiare.  
Per essere aggiornato sulle ultime modifiche rivolgiti al Comitato A.N.D.O.S.  
Onlus più vicino oppure visita il sito [www.andosonlusnazionale.it](http://www.andosonlusnazionale.it)

## 7.5 NON SIAMO SOLE!



### Premessa

Nipoti, figli, marito, amiche, colleghe: in questo periodo tutta la tua rete di affetti si stringe intorno a te. Ognuno con i propri modi e i propri tempi esprime la sua partecipazione a quello che stai vivendo: ammettiamolo senza timore.

## Capitolo 7

Anche se è la nostra salvezza e la nostra forza, non è sempre facile gestire emotivamente la valanga di sentimenti che ci viene riversata addosso. E può capitare che, nonostante tutto l'affetto, tu ti possa sentire comunque sola. È perfettamente normale. La malattia è una condizione emotiva molto particolare che, per sua stessa natura, stabilisce una differenza tra chi è malato e gli altri. "Nessuno può davvero capire quello che provo", quante volte ti sei trovata a pensarlo?

Un aiuto importante in questo senso può venire da chi può capire davvero quello che provi: le donne che come te affrontano o hanno superato un tumore al seno. Magari sono quelle che incontri durante le visite, magari un'amica cara, magari anche soltanto conoscenti, che non sapevi avessero avuto quest'esperienza, e che improvvisamente si confidano, costruendo un rapporto di solidarietà e fiducia.

### Da donna a donna: l'importanza delle associazioni

Uno dei modi più efficaci per trovare supporto e per condividere la tua esperienza è rivolgerti a un'associazione specifica per le donne operate al seno, come A.N.D.O.S. onlus. Qui puoi incontrare persone che hanno vissuto e che stanno vivendo un periodo simile al tuo, ma puoi trovare anche consigli, informazioni ed esperti disposti ad ascoltarti e a darti un aiuto specifico e mirato.

Dal counseling psicologico, alla semplice chiacchierata informale, dalle informazioni pratiche sulle terapie, sugli effetti collaterali, sulla legislazione specifica sulle cure e sul lavoro, fino a consigli sul trucco, sull'abbigliamento, su come sentirsi più belle e attraenti. Nelle associazioni troviamo molte risposte, proprio perché ci sono molte donne, molte storie e molte esperienze.

Scoprirai che i tuoi problemi, le tue insicurezze e paure sono condivise da tutte e che forse non sono così gravi o insormontabili come ti sembravano all'inizio.

### La forza della vita

Potrai conoscere persone nuove, confrontarti, sfogarti e parlare di tutto: di quegli argomenti che più ti possono mettere a disagio o imbarazzarti, ma anche di cose belle, intense, che nulla hanno a che fare con la malattia. Perché, ricordalo, un'associazione di donne operate al seno è prima di tutto un'associazione delle donne per le donne. I contatti e gli scambi, molto spesso, durano ben oltre il periodo della malattia e moltissime amicizie per la vita sono nate al suo interno.

Un gran numero di donne, inoltre, decide di continuare a frequentare l'associazione come volontaria, mettendo al servizio delle nuove arrivate la propria sensibilità, esperienza e coraggio.

#### RICORDA

La ricerca afferma che il contatto e la frequentazione di associazioni di aiuto ai pazienti, oltre a fornire un aiuto concreto in vari ambiti, può determinare in modo significativo una reazione psicologica positiva alla malattia, favorendo una maggiore efficacia delle cure.



# I comitati A.N.D.O.S. in Italia

Per vedere l'indirizzi di tutti i Comitati A.N.D.O.S. onlus vai sul nostro sito [www.andosonlusnazionale.it](http://www.andosonlusnazionale.it)



## RICORDA

Se non dovessi avere una sede dell'associazione proprio dietro l'angolo, chiama comunque quella più vicina. Le volontarie ti sapranno dare informazioni sulla tua zona e indicare strutture o persone a cui poterti appoggiare.

## Per approfondire

I NUMERI DEL CANCRO IN ITALIA . Versione per cittadini e pazienti. Fondazione AIOM- AIRTUM- PASSI-PASSI D'ARGENTO [www.fondazioneaiom.it](http://www.fondazioneaiom.it)

<https://www.aiom.it/linee-guida-aiom-2021-neoplasie-della-mammella/>

<https://www.gisma.it/>

<https://www.senonetwork.it/it/raccomandazioni/1-3798-1->

<https://www.senonetwork.it/#>

<https://www.salute.gov.it/portale/tumori>

[https://www.salute.gov.it/portale/tumori/dettaglioContenutiTumori.jsp?lingua=italiano&id=5542  
&area=tumori&menu=screening](https://www.salute.gov.it/portale/tumori/dettaglioContenutiTumori.jsp?lingua=italiano&id=5542&area=tumori&menu=screening)

“Raccomandazioni AIOM 2020 per l'esecuzione di Test Molecolari su Biopsia Liquida in Oncologia”

“Raccomandazioni 2020 sui Farmaci Agnostici”

“Raccomandazioni 2020 Tumor Board Molecolare



*note*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



*Il mio comitato di riferimento è:*

*Si ringrazia:*

