

Una donna ogni otto si ammala di cancro alla mammella, in Italia sono 40mila i nuovi casi all'anno. La mortalità diminuisce grazie alla diagnosi precoce. Ma, una volta subito il trauma dell'operazione, farmacologia, aiuto psicologico e alimentazione diventano fondamentali

Tumore al seno

Dopo l'intervento come vivere bene oltre il protocollo

MARIAPAOLA SALMI

Il tumore della mammella è il più frequente nelle donne: ne colpisce una su otto. Rappresenta la prima causa di morte sotto i 55 anni. Nel mondo ogni anno vengono diagnosticati un milione e più di nuovi casi, mezzo milione i decessi. In Italia si contano 40mila nuovi casi l'anno. Una diagnosi di tumore al seno ogni quindici minuti. E l'aumento dell'incidenza registrato negli ultimi vent'anni sembra mostrare flessioni modeste. «La frenata, se reale, si vedrà tra dieci anni. Per ora c'è solo la sensazione che un po' più colpite siano le donne giovani, invece è diminuita la mortalità», afferma Giovanna Gatti, senologa all'Istituto europeo oncologico (Ieo) di Milano.

Si allungano i tempi di sopravvivenza libera dalla malattia. «Merito di diagnosi precoci, terapie meno tossiche e sempre più mirate a tenere sotto controllo il tumore», sottolinea Enrico Vizza, direttore della ginecologia oncologica all'Istituto Regina Elena di Roma.

Il tumore al seno ha una storia assai complessa. L'età è il maggior fattore di rischio: il picco massimo si riscontra tra i 50 e i 65 anni. Tuttavia una donna può ammalarsi a 30 come a 80 anni. Altri fattori di rischio sono il menarca precoce, la mancanza di figli o una gravidanza tardiva, non allattare, una dieta ipercalorica e ricca di grassi, terapie ormonali prolungate, e infine i geni. Il dieci per cento delle donne con tumore al seno ha una madre o una sorella col-

pita dalla stessa malattia. «Eppure il 70 per cento dei tumori mammari

viene a donne che non hanno fattori di rischio», precisa Giovanna Gatti,

che ricorda di non abbandonare mai mammografia ed ecografia.

È noto che le donne meglio protette sotto il profilo assistenziale vivono di più e meglio. Osserva Riccardo Masetti, direttore del Centro di senologia del Gemelli di Roma: «Dal momento che oggi possiamo programmare le terapie prima e dopo l'intervento, diventa strategico far partecipare la donna alle decisioni e non affidarsi solo al protocollo, orientato a perseguire più la riduzione di ricaduta che una sostenibile qualità di vita». Almeno 500 studi hanno valutato quanto e come un tumore al seno cambi la vita della donna. Le conclusioni? «L'impatto è devastante. Alla fine chi reagisce meglio vive di più», afferma Fausto Roila che dirige l'oncologia medica all'ospedale S. Maria di Terni.

L'aiuto psicologico è fondamentale. «Non esiste un piccolo o un grande tumore, nella mente della donna esiste "il tumore" che angoscia, che fa avvertire il senso della precarietà». A parlare è Florence Didier dell'Unità di psico-oncologia dello Ieo di Milano: «La donna va aiutata a integrare il trauma e a riappacificarsi con la vita e con se stessa».

Quanto agli effetti collaterali provocati dalle terapie, andrebbero prevenuti. «Quelli acuti (dolore, vomito, nausea, inappetenza, singhiozzo, stanchezza, pelle secca, stomatiti, braccio gonfio), eccetto la caduta dei capelli che ricrescono in fretta, si correggono con farmaci di supporto che non interferiscano farmacologicamente, e con qualche accorgimen-

to» spiega il dottor Roila, «e l'oncologo deve riservare grande attenzione agli effetti collaterali cronici (disturbi della sfera sessuale, menopausa precoce, depressione, insonnia, mancanza di concentrazione, disturbi cardiaci

legati a terapie tossiche per il cuore, rischio di trombotosi)». L'alimentazione aiuta: legumi, pesce azzurro, tè verde e spezie. L'attività fisica migliora l'umore e riduce le recidive. È dimostrato.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

“Non esiste un piccolo o grande tumore: nella mente della donna esiste il suo tumore”

L'ASSISTENZA

LA PAROLA D'ORDINE È “PERSONALIZZARE” E IN OSPEDALE RICOVERI SEMPRE PIÙ BREVI

L'oncologia italiana conferma le eccellenze e potenzia le zone d'ombra. Negli ultimi sei anni gli hospice sono più che raddoppiati, disponibili nel 45 per cento delle strutture oncologico-sanitarie. Presenti nel 42 per cento delle oncologie i servizi di riabilitazione, contro il 4,6 per cento del 2001.

La gran parte delle oncologie ha attivato l'assistenza domiciliare, il 33 per cento dispensa i farmaci direttamente a casa del malato. Ogni centro oncologico dispone in media di sei medici contro i quattro del 2001 e, di questi, cinque sono oncologi medici; aumentati gli infermieri professionali, circa tredici per centro.

I dati, presentati nei giorni scorsi al ministero della Salute, riguardano l'annuale censimento che Aiom, l'associazione degli oncologi medici, realizza per delineare la mappa aggiornata sulla qualità delle cure dei tumori nel nostro Paese. Quest'anno per la prima volta la quarta edizione del Libro Bianco, disponibile sul sito www.aiom.it, è arricchita da una Carta dei Servizi, vero e proprio annuario regione per regione dell'assistenza in 230 oncologie del Paese, inoltre un volume a parte illustra le Linee guida aggiornate di ventidue patologie neoplastiche.

«La parola d'ordine è *appropriatezza*, che significa anzitutto garanzia ma anche diritto del cittadino alla migliore cura disponibile», sottolinea Carmelo Iacono, presidente Aiom. Certo i costi volano.

In media ogni centro oncologico spende in farmaci 2.270.000 euro l'anno (nel 2002 la spesa era di 919.000 euro). In calo i posti letto: 13 contro i 14 del 2005; in picchiata i ricoveri: 627 per centro contro i 931 del 2004; in crescita le visite ambulatoriali, 5mila nel 2008, e le prestazioni in day hospital, 5.700. L'oncologia italiana è pronta per l'emergenza tumori. Nel 2008 le nuove diagnosi di neoplasia sono state 254mila. Le persone che convivono con la malattia superano i 2 milioni. Aumentano il tumore al polmone tra le donne, per le quali si registra una seppur lieve tendenza alla stabilizzazione del tumore dello stomaco; in crescita le neoplasie del sangue e della tiroide. Il tumore del colon retto è il più frequente tra gli uomini insieme a quello della prostata, e il secondo nelle donne.

C'è di buono che i tumori si scoprono prima, con riduzione della mortalità e crescita esponenziale della sopravvivenza per tutti, esclusi quelli della pelle.

(mp. s.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LE INIZIATIVE

Tra libri e make-up piccoli stratagemmi per sentirsi meglio



La qualità della vita delle donne colpite da tumore passa anche per un corso di trucco in ospedale, un supporto psicologico o un massaggio shatsu, una sosta in una libreria dell'anima o un percorso spirituale. Può, in una parola, affiancare la terapia. Per questo motivo tre grandi istituti italiani, la Fondazione Pascale di Napoli, l'Istituto europeo di oncologia di Milano e il Gemelli di Roma, lavorano già da tempo per offrire alle pazienti oncologiche un approccio alla malattia che tocchi però anche altre corde. Alcuni tumori, come quello alla mammella o il carcinoma ovarico, possono avere ripercussioni psicologiche profonde perché toccano la donna nella sua femminilità. «E sono particolarmente "difficili" — ha precisato Nicoletta Colombo dello Ieo —

perché investono l'essenza della personalità femminile e minacciano la possibilità riproduttiva».

Così allo Ieo si organizzano percorsi di coppia e lezioni di trucco tenute da professionisti volontari, al Pascale di Napoli funziona una ludoteca per far giocare i bambini vicini alle mamme, alla libreria dell'anima del Policlinico Gemelli le donne possono ascoltare musica o leggere un libro in un ambiente sereno e rilassato. «Il nostro obiettivo — conclude Giovanni Scambia, direttore del dipartimento per la Tutela della salute della donna e della vita nascente del Gemelli e uno dei più appassionati sostenitori della libreria — è riuscire ad aiutare la donna come persona e non soltanto come malata».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

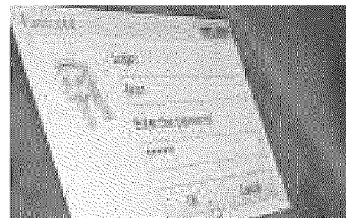
Invalidità

IL "GIOCO DEL PIN" SULLA MIA PELLE

Dal 1/1/2010 le regole per richiedere l'invalidità civile (compresi i malati oncologici) sono cambiate (art. 20, 3° legge n. 102 del 3 agosto 2009) e le procedure sono divenute telematiche. Il primo passo è avere un certificato di attestazione dal medico di base che, per inoltrarlo all'Inps, deve essere dotato di un "pin elettronico". Il mio medico non l'ha ancora richiesto; in questo caso la legge dice che ti può aiutare un patronato. Ho telefonato alla sede provinciale Acli. Ma non mi hanno voluto parlare per «motivi etici»: quasi che avessi chiesto qualcosa di illegale (il nome di un medico!) mentre è la legge a prescrivere che debbo rivolgermi a loro... In attesa di risolvere questo problema, come secondo passo dovevo anch'io dotarmi di pin elettronico per poter inoltrare la domanda online: ebbene, seguendo tutte le procedure non sono riuscita ad inserire dei dati

obbligatori, poi l'illuminazione: cambiato il browser eccomi dentro! Ma... l'Inps, per la privacy, ti dà la metà del pin tramite sito; il resto dei numeri arriverà via posta in un tempo non precisato. Senza pin intero, non posso accedere all'elenco dei medici di base dotati di pin che l'Inps pubblica sul sito, quindi la mia pratica non procede di un millimetro. Nel frattempo non ho la sicurezza che il mio diritto sia retroattivo: all'Inps un impiegato mi ha detto di no mentre la mia oncologa afferma il contrario. Lo scoprirò solo vivendo, ma quanti malati veri arrivano alla meta?

lettera firmata



Tiroide

LA PROF DELL'ISTITUTO TUMORI REGINA ELENA

Nell'articolo sulla tiroide apparso su *Salute-La Repubblica* della scorsa settimana, si riportava in modo incompleto responsabilità e appartenenza della intervistata, la professoressa Marialuisa Appetecchia. L'affiliazione completa è: Responsabile Unità operativa di endocrinologia, Istituto nazionale tumori Regina Elena, Roma

