



FONDATA A SOSTEGNO DELLE DONNE OPERATE AL SENO
ORGANIZZAZIONE DI VOLONTARIATO (ODV)
ENTE DEL TERZO SETTORE (ETS)

CHIETI - ORTONA

CONOSCERE
PER
VINCERE

www.gaia-onlus.org

Sommario

▶ CONOSCERE PER VINCERE	4
PRESENTAZIONE	
▶ IL VOLONTARIATO DI G.A.I.A.	5
▶ PROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ DI G.A.I.A.	6
▶ INTRODUZIONE	7
▶ IMPATTO PSICOLOGICO DEL TUMORE AL SENO	8
▶ PERCORSO CLINICO ORGANIZZATIVO PER LA DIAGNOSI ED IL TRATTAMENTO DEL CARCINOMA MAMMARIO - G.I.C.O.	10
DOTT.SSA MARIA BERNADETTE DI SCIASCIO	
▶ ISTITUTO DI RADIOLOGIA	11
PROF. ANTONIO RAFFAELE COTRONEO	
▶ UNITÀ OPERATIVA DI DIAGNOSTICA SENOLOGICA	15
DOTT.SSA MARZIA MUZI	
▶ UNITÀ OPERATIVA RADIODIAGNOSTICA	23
DR. ANTONIO MARULLI	
▶ UNITÀ OPERATIVA DI SENOLOGIA CHIRURGICA	25
PROF. ETTORE CIANCHETTI	
▶ GUIDA AL RECUPERO FUNZIONALE DELL'ARTO SUPERIORE DOPO L'INTERVENTO ALLA MAMMELLA	32
DR. PAOLO NOCCIOLI - DR.SSA SIMONA GROSSI	
▶ UNITÀ OPERATIVA DI ANATOMIA PATOLOGICA	45
PROF. DOMENICO ANGELUCCI	
▶ LA TERAPIA MEDICA SISTEMICA DEL CARCINOMA DELLA MAMMELLA OPERABILE	47
PROF.SSA CLARA NATOLI	
▶ CARE AMICHE, CARI AMICI...	53
DOTT.SSA MARIA TERESA SCOGNAMIGLIO	
▶ LA CHEMIO SÌ, LA NAUSEA NO...	54
DOTT.SSA JAMARA GIAMPIETRO	
▶ UNITÀ OPERATIVA DI GINECOLOGIA ONCOLOGICA	55
PROF. FRANCESCO FANFANI	
▶ UNITÀ OPERATIVA DI RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	59
PROF. DOMENICO GENOVESI	
▶ INFERMIERI CASE MANAGER	64
▶ QUANDO LA PREVENZIONE INIZIA A TAVOLA	66
DOTT. SSA LAURA MASINI	
▶ ALIMENTAZIONE E TUMORE DELLA MAMMELLA	76
DOTT. SSA GABRIELLA MINCIONE	
▶ DIRITTI DEL MALATO	79
▶ GLOSSARIO ONCOLOGICO	91



G.A.I.A.

**FONDATA A SOSTEGNO DELLE DONNE OPERATE AL SENO
ORGANIZZAZIONE DI VOLONTARIATO (ODV) – ENTE DEL TERZO SETTORE (ETS)**

Tel. 338 9263225 - 339 8393327

E-mail: info@gaia-onlus.org

www.gaia-onlus.org

Sede Legale ed operativa: Clinica Oncologica Ospedale "SS. Annunziata" Via dei Vestini - Chieti

Sede operativa: Unità Operativa Senologica ed Oncologica Ospedale "G. Bernabeo" - Ortona

C/C Postale: 59323592 - Iban: IT 57G0760115400000059323592

C/C Bancario: IT37D0542415500000000140088

Iscritta nel Registro Regionale delle Organizzazioni di Volontariato
al n° 84 del 20/04/2004

Codice Fiscale: 93031730695

CONOSCERE

PER VINCERE



L'Associazione G.A.I.A. è nata nel gennaio 2002 ed è stata fortemente voluta da un gruppo di donne che hanno subito interventi al seno.

Le finalità statutarie delineate da tutte le socie fondatrici vedono in prima piano l'opera di volontariato alla quale si affiancano, di volta in volta, altre iniziative che portano al miglioramento dell'informazione e della conoscenza in campo patologico, diagnostico e legislativo.

L'Associazione offre l'aiuto necessario per vincere la paura e recuperare lo stato di benessere; lotta per i diritti del malato e rappresenta un punto di partenza per perfezionare, attraverso il contatto con i pazienti, i servizi sanitari d'accoglienza; promuove una nuova cultura centrata sui bisogni, sulle persone e soprattutto sull'individualità.

L'Associazione G.A.I.A nel quadro delle sue iniziative, ha inteso realizzare un manuale utile ad affrontare le problematiche senologiche riabilitative ed oncologiche oltre a quelle relative ai diritti del malato riguardante in particolare il sostegno e l'assistenza sociale.





IL VOLONTARIATO DI G.A.I.A.

Motivo ispiratore dell'attività di volontariato è la consapevolezza che la condivisione empatica delle esperienze conferisce alle pazienti ed ai loro familiari forza per affrontare in modo propositivo situazioni di disagio e sofferenza.

La presenza delle volontarie nelle sedi operative ha lo scopo di incontrare le pazienti e creare, anche con le loro famiglie, un rapporto di amicizia, ascolto e dialogo, oltre a fornire tutte le necessarie informazioni riguardanti aspetti assistenziali sulla prevenzione, diritti civili e di previdenza; attività che costituiscono un prezioso contributo a persone in difficoltà. L'incontro si basa sulla fiducia che la paziente ha nella persona che ascolta, certa di trovare comprensione e solidarietà dal punto di vista umano. L'attività di volontariato oncologico, con particolare riferimento all'ascolto e al dialogo con i pazienti e le loro famiglie, viene svolto con la massima discrezione e professionalità nel rispetto del decalogo oncologico del volontariato. Significativo è l'impegno profuso dalle volontarie nel rispondere a tantissime richieste anche telefoniche di aiuto e sostegno in tante circostanze oltre l'ambito ospedaliero.

Il tumore al seno è una prova che diventa più terribile quanto più è vissuta in solitudine; ed è questo che l'Associazione si propone di evitare promuovendo la socializzazione. Il malato di tumore ha bisogno di amore particolare che non lo faccia sentire dipendente; ha bisogno soprattutto di comprensione e di stimoli per mantenere la propria dignità; ha bisogno di incoraggiamento perché di cancro si può guarire.

All'attività primaria di volontariato svolta nei reparti ospedalieri di Chieti ed Ortona, si aggiungono altre attività che caratterizzano la socializzazione: Culturali - Incontri di auto-aiuto - Organizzazione e partecipazione a convegni e conferenze - Ludico-sportivi (tai-chi, marciarosa, corsi di ballo, gite turistico-culturali).

Unisciti a noi... dona un po' del tuo tempo!

Le volontarie di Gaia

Programma delle attività di G.A.I.A.

► INCONTRI MENSILI:

- **“GRUPPO TERAPEUTICO SUPPORTIVO”** con la Dott.ssa Anna Di Profio, Psicologa, Psicoterapeuta, presso la Clinica Oncologica dell’Ospedale “SS. Annunziata” di Chieti.

- **“SPAZIO NUTRIZIONE & ALIMENTAZIONE – la Prima prevenzione... a tavola”**, con al Dott.ssa Francesca Di Meco, Biologa Nutrizionista.

► INCONTRI SETTIMANALI:

- **“TAI-CHI”**, con la maestra Anna Fragale.

- **“BALLI DI GRUPPO”**, con la nostra volontaria Antonella Rinaldi.

► DONO DELLE PARRUCCHE:

G.A.I.A. mette a disposizione delle amiche che iniziano il percorso di cura, le parrucche che sono in dotazione dell’Associazione.

► PROMOZIONALI:

- Corso propedeutico al volontariato Oncologico per una formazione di base indispensabile per inserirsi nell’Associazione.

- Contributi liberali ad Istituzioni che operano per la formazione e ricerca in campo Oncologico o aventi finalità sociali.

- Acquisti di apparecchiature sanitarie e beni strumentali da destinare ai Reparti di Senologia ed Oncologia di Chieti ed Ortona.

- Organizzazione e partecipazione a convegni, conferenze e manifestazioni che interessano l’attività dell’Associazione.

- Organizzazione e partecipazione a gite turistico-culturali.

- Partecipazione ad eventi e manifestazioni organizzati da altre Associazioni (*Race for the Cure*).

- Organizzazione attività culturali anche in collaborazione con Enti che operano sul territorio.

Introduzione

Quando una donna riceve diagnosi di cancro della mammella si trova a dover affrontare un percorso che immancabilmente tocca tanti aspetti: terapeutico, fisico ed emotivo e che coinvolge lei ma anche le persone che le sono accanto. Davanti ad una situazione così delicata ci sono alcune informazioni, consigli, strategie comportamentali che possono aiutare a gestire meglio alcune difficoltà che si possono incontrare durante il percorso. Questo libretto ha proprio l'obiettivo di supportare la donna attraverso un linguaggio semplice ma anche scientificamente corretto perché si avvale della collaborazione di tutti i professionisti coinvolti nel percorso di cura. Inoltre nasce dal lavoro e dalla caparbietà di un gruppo di donne che ha dato vita all'associazione G.A.I.A., che ha trasformato la disavventura della malattia in una opportunità di crescita e di aiuto rivolto agli altri.



Impatto psicologico del tumore al seno

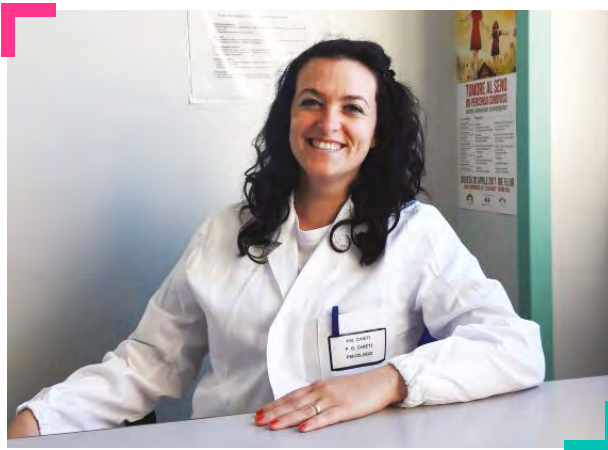
Non è facile per una donna affrontare una malattia come il tumore al seno, perché, sebbene oggi la prognosi e la qualità di vita delle pazienti migliorino di anno in anno, grazie alla diagnosi precoce e alle nuove terapie sempre più potenti e mirate, pur tuttavia questa malattia rappresenta ancora un cambiamento radicale nella vita di una donna. Di fronte alla diagnosi di tumore, la paziente può sperimentare vissuti di forte angoscia, attivata sia dalla paura della morte ma soprattutto dal timore di perdere la propria integrità fisica ed emotiva a causa degli interventi chirurgici e terapeutici. Infatti, questi ultimi possono lasciare segni visibili sul corpo e nel proprio io, toccando grandi temi della vita come la femminilità, la maternità, la sessualità. Inoltre la perdita dei capelli, che rende nota la malattia a tutti, può portare la paziente anche ad un isolamento sociale, proprio nel momento in cui più si avrebbe bisogno di sostegno e aiuto da parte degli altri. Quindi, accade che il mutamento dell'aspetto corporeo, della propria qualità di vita, della propria immagine esteriore, della propria intimità insieme alla paura della malattia e al peso delle cure possano essere motivo di innalzamento della quota d'ansia se non addirittura di depressione e perdita di progettualità per il futuro. È, allora, importantissimo riconoscere e se necessario trattare in maniera adeguata questi disturbi, affinché non ricadano troppo pesantemente sul già difficile percorso della malattia. L'ansia e la depressione possono manifestarsi in molti modi, anche con sintomi fisici, come palpitazioni, difficoltà di respiro, insonnia, sensazione di preoccupazione incontrollata, eccessiva irrequietezza, sen-

Sorridiamo alla vita... è comunque meravigliosa.

sazioni di tristezza o di perdita di speranza, ecc. Queste reazioni emotive, però, pur essendo molto frequenti nell'iter terapeutico, possono essere gestite in maniera più funzionale grazie ad interventi psicologici mirati che hanno l'obiettivo di attivare le risorse personali e sociali della paziente, permettendole di trovare strategie nuove e più efficaci per affrontare le nuove sfide di vita che la malattia ci mette di fronte. Allora se hai il sospetto di essere in difficoltà e di non riuscire da sola a gestire quanto emotivamente ti accade, parlane con il tuo medico, con le volontarie o cerca un aiuto psicologico, perché questo è il primo passo per poter affrontare meglio e insieme la durezza del percorso oncologico.

Dott.ssa Anna Di Profio

*Psicologa, psicoterapeuta e psiconcologa
in servizio presso la Clinica Oncologica Ospedale di Chieti
Presente agli incontri di "Gruppo Terapeutico Supportivo"
organizzati da GAIA ogni primo lunedì del mese alle ore 16.00
(segreteria tel. 0871 358006)*



Percorso clinico organizzativo per la diagnosi ed il trattamento del carcinoma mammario

Gruppo Interdisciplinare Cure Oncologiche - G.I.C.O.
ASL 02 Lanciano-Vasto-Chieti

I carcinoma della mammella è il più frequente tumore nella donna. La guarigione raggiunge percentuali altissime in caso di diagnosi precoce e trattamenti appropriati e tempestivi che associati ad un approccio multidisciplinare e multiprofessionale, mediante un modello organizzativo con percorsi dedicati, riesce a salvaguardare anche la qualità di vita delle pazienti. È in questa ottica che la ASL 02 ha costruito un Percorso Clinico Organizzativo che si pone come obiettivo la presa in carico globale delle pazienti con tumore della mammella, dalla diagnosi fino al follow up, in cui tutti gli specialisti e i professionisti sanitari collaborano per ottenere uno standard assistenziale uniforme ed elevato. Il Percorso Clinico Organizzativo si avvale del G.I.C.O. - Gruppo Interdisciplinare Cure Oncologiche – cioè un'équipe formata da specialisti della Asl 02: chirurghi, oncologi, radiologi, anatomo-patologi, radioterapisti e infermieri case manager, che hanno il compito di pianificare nel modo migliore il trattamento di ogni singola paziente. Il G.I.C.O si riunisce settimanalmente per valutare ciascuna paziente e decidere collegialmente le migliori e più efficaci scelte terapeutiche ed assistenziali in accordo con le linee guida di riferimento. Il G.I.C.O si avvale anche di ulteriori professionisti, che nel corso del trattamento, di volta in volta e se necessario, vengono coinvolti: psicologo, fisioterapista, genetista, nutrizionista, specialisti per le cure palliative e che contribuiscono a qualificare e perfezionare il percorso assistenziale. Il nostro proposito è che con questo modello organizzativo nessuna donna al momento di affrontare una diagnosi di tumore della mammella, debba sentirsi sola e smarrita ed è per questo che tutte le risorse della ASL02 messe in campo nel PCO sono volte ad accogliere, sostenere, accompagnare e orientare la paziente con patologia oncologica della mammella lungo tutto l'iter diagnostico/terapeutico.



Dott.ssa Maria Bernadette Di Sciasco

*Responsabile UOC Qualità, Accreditamento,
Risk Management e Governo Clinico*

Istituto di Radiologia

Ospedale Clinicizzato Colle dell'Ara - Chieti

Tel. 0871 358287

Prof. Antonio Raffaele Cotroneo

Struttura e Organizzazione

L'Istituto di Radiologia dell'Ospedale Clinicizzato di Colle dell'Ara è organizzato in modo da svolgere, nelle diagnostiche, sia un'attività ambulatoriale che interna, oltre che ai programmi di prevenzione relativi agli screening mammografici, attraverso una rete di strumenti ed un'equipe di 5 medici, 7 tecnici sanitari di radiologia medica, 5 infermieri professionali con i rispettivi coordinatori, e tre operatori di segreteria. Il reparto è dotato di un sistema RIS/PACS che garantisce l'archiviazione, la rapida disponibilità degli esami in rete e la consensuale refertazione. Il sistema è gestito da personale EDP. Nel reparto svolgono attività di formazione i medici iscritti alla scuola di specializzazione in Radiologia diretta dal Prof. A.R. Cotroneo. L'Istituto di Radiologia ha una segreteria (tel. 0871 358237) aperta dal lunedì al venerdì con il seguente orario 8,00 – 15,00. Nella stessa sede è presente con gli stessi orari la segretaria della Scuola di Specializzazione (0871 358979).

La dislocazione della struttura

La Radiologia dispone di un'accettazione che, attraverso un sistema informatizzato, prende le prenotazioni degli esami diagnostici. Le prenotazioni avvengono attraverso il CUP dell'azienda. L'accettazione inoltre effettua prenotazioni direttamente per esami mammografici di follow-up per le donne operate di tumore della mammel-

la (626). All'interno del servizio di Radiologia sono presenti due TAC multistrato di nuova generazione di cui una nella radiologia del pronto Soccorso, tre ecografi, 8 Diagnostiche per diversi tipi di esami:

- ▶ **Diagnostica 1: esami contrastografici, colangiografie sotto guida endoscopica e gli esami interventistici di radiologia.**
- ▶ **Diagnostica 2: esami scheletrici, stratigrafici tradizionali.**
- ▶ **Diagnostica 3: esami radiografici del torace.**
- ▶ **Diagnostica 4: esami ortopantografici e scheletrici.**
- ▶ **Diagnostica 5: esami di Pronto Soccorso.**
- ▶ **Diagnostica 6: esami dell'apparato digerente ed isterosalpingografie ed esami interventistici come dacriocistografie.**
- ▶ **Diagnostica 7: esami mammografici di clinica e di screening con mammografo digitale ed ecografo dedicato nella sala adiacente per il completamento degli esami di senologia clinica e l'effettuazione di procedure interventistiche (FNA-FNAB su guida ecografica).**
- ▶ **Diagnostica 8: esami di interventistica stereotassica con stereotassi up-right dove vengono effettuate procedure stereotassiche con sistema VABB (mammotome).**

La diagnostica senologica lavora su 11 turni di 6 ore la settimana di senologia clinica e di screening con personale TSRM dedicato.

Presso la Radiologia si possono effettuare i seguenti esami senologici:

- ▶ esame clinico
- ▶ mammografia
- ▶ ecografia mammaria
- ▶ galattografia
- ▶ agoaspirato-prelievo citologico
- ▶ agobiopsia-prelievo microistologico (tru-cut; mammotome)

Il reparto è dotato inoltre di una sezione di diagnostica dedicata al Pronto Soccorso, ubicata nei pressi del P.S. dell'Ospedale e dotata di una sezione di radiologia tradizionale per esami scheletrici, e del torace; di una TAC multistrato e di un ecografo per le urgenze. Nell'UDS viene garantito l'iter diagnostico-strumentale nel più breve tempo possibile, in modo tale che la donna possa avere nei casi sospetti la possibilità di praticare gli approfondimenti invasivi (ago-aspirazione e biopsia) nell'arco di una settimana. Nei casi negativi od in assenza di sintomi si raccomanderà alla paziente la periodicità dei controlli successivi e si consiglierà l'autoesame. La sezione di Tomografia Computerizzata dotata di apparecchi multistrato può effettuare oltre agli esami routinari, esami particolari come Cardio-TC; perfusione cerebrale ed esami Angio-TAC di tutti i distretti (Perfusione cerebrale, colonscopia virtuale, Angio-TAC arti inferiori, Vasi epiaortici, circolo intracranico; Angio-TAC dei vasi splanchnici e studi dell'embolia polmonare). Le attuali apparecchiature consentono inoltre di garantire la safety del paziente con programmi di risparmio della dose erogata. La Radiologia garantisce inoltre l'effettuazione di esami di radiologia interventistica, in elezione ed in urgenza mediante pronta disponibilità H24 come:

- ▶ **Procedure extravascolari**
(drenaggi biliari, renali, epatici e di raccolte fluide)
- ▶ **Procedure vascolari (embolizzazione, ricanalizzazione a livello di tutti i distretti vascolari, nonché posizionamento di Stent e endoprotesi aortiche)**
- ▶ **Interventistica muscolo-scheletrica**
- ▶ **Tecniche di termoablazione mediante radiofrequenza o microonde a livello epatico polmonare, renale e del sistema osteoarticolare.**

Presso la sezione di ecografia sono inoltre effettuati esami ecocolor-doppler e con mezzo di contrasto ecografico.

Prof. Antonio Cotroneo

Ama la vita! È l'unico regalo che non riceverai due volte.

Personale dell'Unità Operativa Diagnostica Senologica
e personale della Segreteria dello Screening Mammografico



Unità Operativa di Diagnostica Senologica

Asl2 Lanciano Vasto-Chieti
Ospedale "G. Bernabeo" - Ortona (CH)
Tel. 085 9172363 - 085 9172385
Direttore: Dott.ssa Marzia Muzi

È dimostrato che la diagnosi precoce permette di ridurre del 30-50% la mortalità per carcinoma mammario. Il Parlamento Europeo prevede che dal primo gennaio 2016 nei paesi della Comunità i tumori del seno siano trattati nel contesto di Breast Unit certificate dall'Eusoma (*European Society of Breast Cancer Specialist*) che devono rispondere a ben determinati criteri. L'obiettivo è quello di creare ed evidenziare i centri senologici di eccellenza nella diagnosi e cura del tumore al seno, in modo da far confluire il maggior numero di casi in pochi centri altamente specializzati. Questa risoluzione conferma la rilevanza sociale del problema ed impone l'istituzione di Unità di Diagnostica Senologica ove si possa praticare un approccio diagnostico multidisciplinare (clinico, mammografico, ecografico ed in casi selezionati cito-istologico) che ottimizzi la diagnosi. Negli ultimi anni, grazie ai progressi della ricerca scientifica, sono stati raggiunti risultati sorprendenti nel campo della lotta contro il tumore al seno. La malattia, pur continuando a essere la patologia oncologica più diffusa tra le donne, con quasi 40mila nuovi casi diagnosticati ogni anno, presenta ormai percentuali di guarigione sempre maggiori e i trattamenti a disposizione risultano meno invasivi rispetto a quelli offerti solo

alcuni decenni fa. Se la diagnosi è ultra-precoce e i trattamenti adeguati, infatti, fino al 98 per cento dei casi di cancro al seno può essere sconfitto. È in oltre auspicabile che il cancro al seno venga trattato in centri di senologia con una casistica di almeno 150 pazienti all'anno, dove le speranze di guarigione aumentano enormemente. Vedere molti casi ogni anno significa infatti aumentare esperienza e competenza che possono significare non soltanto salvare la vita delle malate, ma anche preservarne la qualità, evitando ad esempio interventi invasivi come la mastectomia tutte le volte che è possibile, o garantire a tutte le donne un trattamento personalizzato, anche plastico-ricostruttivo in accordo con le più moderne linee guida. Per questo bisogna affidarsi a centri specializzati capaci di fare diagnosi precoce, che dispongono di terapie mediche e tecniche radioterapiche potenti e sempre meno aggressive, ma soprattutto che sappiano offrire un approccio multidisciplinare alla malattia (disponendo di un team completo con oncologo, radiologo, chirurgo senologo e plastico, anatomopatologo, radioterapista, esperto di riabilitazione, psicologo), tale da garantire un'assistenza coordinata e tempestiva, per dare a ciascuna paziente le migliori possibilità di cura.

Preliminarmente è indispensabile fare alcune precisazioni:

- ▶ a) la diagnosi precoce determina una significativa riduzione della mortalità.
- ▶ b) per diagnosi precoce si intende la diagnosi del tumore in una fase iniziale ed in assenza di sintomi.
- ▶ c) per screening mammografico si intende l'esecuzione della mammografia che il Servizio Sanitario offre attivamente e gratuitamente ad una popolazione bersaglio ben identificata ed asintomatica con fini di diagnosi precoce.

Recependo tali esigenze e nell'ottica di fornire alle donne un centro dedicato alla diagnosi della patologia mammaria la AS2 Lanciano Vasto Chieti ha creato presso il Presidio Ospedaliero di Ortona l'Unità Operativa di Diagnostica Senologica che gestisce lo Screening Mammografico di tutta la ASL e la Senologia Clinica. Tale sistema organizzativo mette a disposizione delle donne una rete di servizi di diagnosi precoce su base territoriale e non solo di screening che sia attenta alle loro esigenze. L'ubicazione dell'Unità Diagnostica di Senologia (UDS) nella sede di Ortona riduce i tempi di diagnosi concentrando gli accertamenti di II livello dello screening e nel contempo offre alla donna un percorso diagnostico-terapeutico organizzato riducendo il disagio della donna al momento della diagnosi, garantendole un percorso terapeutico organizzato in cui la figura di un'infermiera professionale, la Case manager, la accompagnerà da tale momento sino all'intervento chirurgico e durante tutto il follow-up.

L'ubicazione di tale struttura presso l'Ospedale di Ortona favorisce una stretta collaborazione con il reparto di Senologia Chirurgica ubicato nel medesimo ospedale e nel contempo facilita l'accesso per gli accertamenti di II livello dello screening mammografico da tutti i presidi ospedalieri dell'azienda. L'unità operativa di Diagnostica Senologica è dotata di personale sanitario dedicato e comprende medici radiologi, Tecnico Sanitario di Radiologia Medica (TSRM), infermiera professionale e personale di accettazione. Il servizio si avvale di due mammografi digitali con work-station dedicate ad altissima risoluzione per la refertazione, di una sviluppatrice dedicata, di un ecografo con sonda ad alta frequenza per lo studio delle parti molli e di strumentario per effettuare l'esame citologico e prelievi biotipici. In dotazione al reparto sono inoltre due dispositivi per biopsia stereotassica, di cui uno prono.

Esami senologici:

- ▶ esame clinico
- ▶ mammografia
- ▶ ecografia mammaria
- ▶ galattografia
- ▶ agoaspirato-prelievo citologico
- ▶ agobiopsia-prelievo microistologico (tru-cut; mammotome)

L'iter diagnostico clinico-strumentale dovrebbe essere esplicito nel minor tempo possibile in modo tale che la paziente possa avere nei casi sospetti la possibilità di praticare gli approfondimenti invasivi (agoaspirazione e biopsia) nell'arco di una settimana. Nei casi negativi od in assenza di sintomi si raccomanderà alla paziente la periodicità dei controlli successivi e si consiglierà l'autoesame.

I compiti della nostra Unità di Senologia sono:

- ▶ realizzare programmi di diagnosi precoce (Screening Mammografico);
- ▶ ottimizzare l'iter diagnostico per ridurre i costi e migliorare la qualità diagnostica;
- ▶ diagnosticare correttamente la patologia evitando ansie e biopsie inutili.

Lo Screening Mammografico

Lo screening è un programma di sanità pubblica rivolto ad una popolazione bersaglio al fine della diagnosi precoce di una precisa malattia. Il programma di screening ha come obiettivo non solo la qualità delle prestazioni offerte ma anche la copertura più estesa possibile della popolazione mediante l'invito personalizzato delle donne. Lo screening mammografico è rivolto alle donne sane con età compresa tra 50 e 69 anni alle quali viene offerta l'esecuzione

del test (la mammografia) per la diagnosi precoce del tumore della mammella. Le donne in questa fascia d'età ricevono ogni due anni un invito a casa per recarsi presso il Presidio Ospedaliero più vicino ad effettuare la mammografia con il Tecnico Sanitario di Radiologia Medica (TSRM). L'esame mammografico viene letto in un secondo momento da due radiologi dedicati in maniera indipendente in modo da garantire la più alta sensibilità del test e ridurre gli esami falsi positivi e falsi negativi. Alla donna viene chiesto di firmare un consenso informato prima di sottoporsi all'esame in cui sono spiegati i vantaggi ma anche i limiti del test. L'organizzazione del programma prevede che se il radiologo ha necessità di effettuare un approfondimento diagnostico (che può essere una proiezione mammografica aggiuntiva e/o un'ecografia) la donna venga richiamata presso il centro di Diagnostica Senologica di Ortona ad effettuare tutti gli approfondimenti del caso. Nella stessa struttura è possibile effettuare tutte le eventuali successive indagini necessarie alla diagnosi in modo da garantire un percorso semplificato ed organizzato alla donna sino alla diagnosi. L'approfondimento diagnostico proposto alla donna prevede l'integrazione della mammografia con proiezioni mammografiche aggiuntive, con la visita e l'ecografia al fine di una migliore interpretazione del quadro mammografico dubbio o sospetto. Tutti gli approfondimenti diagnostici vengono eseguiti nella stessa struttura dalla stessa equipe. In senologia il massimo di accuratezza diagnostica ed il minimo di errori si ottengono se l'esame clinico e tutti gli accertamenti strumentali (mammografia, ecografia e procedure ago-biottiche) vengono eseguiti dalla stessa equipe.

COS'È LO SCREENING MAMMOGRAFICO? Lo screening della mammella è un programma di prevenzione che offre a tutte le donne residenti nella ASL2 Lanciano Vasto Chieti, con età compre-

sa tra i 50 e i 69 anni, un esame mammografico completamente gratuito (senza impegnativa) a cadenza biennale.

COS'È LA MAMMOGRAFIA? La mammografia è un esame radiologico della mammella ed è il mezzo più efficace e sicuro per la diagnosi precoce dei tumori del seno. Attraverso la mammografia, infatti, è possibile individuare lesioni di piccole dimensioni anche asintomatiche, o non percepibili al tatto. L'esame si effettua comprimendo entrambi i seni (mammografia bilaterale) tra due piani di plexiglass. La quantità di raggi X impiegata durante la mammografia è molto bassa, grazie all'impiego di apparecchiature moderne controllate costantemente. L'esame potrebbe causare dei fastidi derivanti dalla compressione della mammella, peraltro indispensabile per ottenere un'immagine radiografica nitida.

QUALI LIMITI HA UN ESAME MAMMOGRAFICO? La mammografia, come tutte le tecniche diagnostiche, ha limiti legati alla metodica stessa, per difficoltà di interpretazione delle caratteristiche del tessuto ghiandolare o perché la lesione è talmente piccola da non essere riconoscibile. Tuttavia, grazie al costante monitoraggio della qualità tecnica e della lettura, quando è presente un tumore, anche molto piccolo, nel 75- 80% dei casi viene rilevato. È raro (circa 1 donna ogni 1.500 che fanno la mammografia), ma è possibile che, dopo una mammografia dall'esito negativo e prima del controllo successivo, si possa sviluppare un "tumore di intervallo".

È dunque molto importante, per ogni donna, prestare attenzione ad eventuali cambiamenti del seno nell'intervallo di tempo tra due esami mammografici e riferirli tempestivamente al proprio medico di fiducia. È anche possibile che con la mammografia si scoprano tumori molto piccoli ma a lenta crescita (circa il 10%) che, anche se non diagnosticati, non avrebbero causato problemi per la salute della donna; questo fenomeno, chiamato "sovradiagnosi", è pur-

troppo inevitabile poiché non abbiamo tecniche che permettano di distinguere fin dall'inizio quali tumori progrediscono e quali no.

COME FUNZIONA LO SCREENING? Le mammografie eseguite dal personale tecnico specializzato, vengono successivamente valutate da due radiologi esperti, che operano in maniera indipendente l'uno dall'altro. Qualora i radiologi lo ritenessero necessario, la donna verrà invitata telefonicamente ad eseguire ulteriori esami di approfondimento (visita senologica, ecografia, altra proiezione mammografica, esame biptico, ecc) che consentiranno di escludere o confermare la presenza di alterazioni. L'invito ad eseguire questi esami di approfondimento può comprensibilmente provocare ansia e timore; tuttavia va tenuto presente che, nella maggior parte dei casi, tali accertamenti escludono la presenza di un tumore. Solo in una piccola percentuale delle donne richiamate viene riscontrato un tumore che, tre volte su quattro, è in fase iniziale e quindi guaribile. L'esito dell'esame, in caso di negatività, viene comunicato a casa per posta, normalmente entro venti giorni.

Dott.ssa Marzia Muzi



Numero Verde Screening Mammografico:

800727057

(attivo dal lunedì al venerdì dalle 9:00 alle 12:00)

Può rivolgersi a questo numero per:

- informazioni dirette sul percorso dello screening mammografico
- modificare il giorno e l'ora dell'appuntamento concordato
- annullare l'appuntamento per l'esame mammografico
- se è stata operata di un tumore al seno la preghiamo di contattare il CUP (tel. 800827827 - 085 9171) o le Case Manager (tel. 085 9172308) per sottoporci ai controlli per lei più appropriati (mammografia clinica) con percorsi specifici organizzati dalla ASL2 e di volerlo segnalare al personale di segreteria.

► E-mail: screening.mammografico@asl2abruzzo.it - Tel. 085 9172385

Non sognare la tua vita. Vivi i tuoi sogni!

Personale dell'Unità Operativa Radiodiagnostica



Unità Operativa Radiodiagnostica

Ospedale "G. Bernabeo" - Ortona (CH)

Tel. e fax 085 9172213

radiodiagnostica.ortona@asl2abruzzo.it

Direttore: Dr. Antonio Marulli

In funzione del nuovo assetto aziendale l'ospedale "G. Bernabeo" di Ortona acquisisce, fra l'altro, una marcata connotazione oncologica ed i servizi diagnostici devono rispondere con adeguate competenze. Per quanto riguarda i servizi di radiologia, la mammella trova un sua esclusiva risposta nella nuova unità operativa (UO) di Diagnostica Senologica. Nel caso venga scoperta una neoplasia mammaria, la storica UO di Radiodiagnostica conserva il compito di cercare le metastasi negli altri organi. Compito che deve esprimersi sia in fase di prima diagnosi (stadiazione della neoplasia) che nei controlli successivi per la valutazione della risposta al trattamento (follow up). Peraltro l'attivissimo servizio di Oncologia dell'ospedale di Ortona segue molti pazienti affetti anche da altre neoplasie (polmone, colon, prostata, ecc) per le quali è richiesto lo stesso impegno diagnostico del cancro mammario. In questo contesto la UO di Radiodiagnostica acquisisce una precisa connotazione oncoradiologica, ferma restando la continuità assistenziale di base necessaria a soddisfare le esigenze degli altri reparti e del pronto soccorso. La onco-radiologia richiede alte competenze ed esperienza duratura per una diagnostica efficace. La UO di Radiodiagnostica di Ortona è dotata di tecnologie e competenze adeguate a rispondere alle necessità dell'oncologo: radiologia tradizionale, ecografia, tomografia computerizzata e mineralometria ossea.

Il Direttore

Dott. Antonio Marulli

È camminando che si traccia la vita...!

Équipe Senologica dell'U.O. di Ortona
Personale medico e infermieristico



Unità Operativa di Senologia Chirurgica

CERTIFICAZIONE EUSOMA BREAST CENTRE

Ospedale "G. Bernabeo" - Ortona (CH)
Tel. 085 9172228 - Fax 085 9172387
Prof. Ettore Cianchetti

Chirurgia della mammella

Lo scopo della chirurgia oncologica della mammella è eseguire interventi radicali dal punto di vista oncologico ma conservativi dal punto di vista anatomico, permettendo quindi un risultato cosmetico quanto migliore possibile e deve essere eseguita solo da chirurghi dedicati.

Per questo è fondamentale che il chirurgo valuti la paziente in fase pre-operatoria per decidere l'iter terapeutico migliore, alla luce degli esami radiologici, della situazione clinica generale, delle dimensioni della mammella e del tumore.

Fondamentale a questo proposito è l'aver una diagnosi citologica o istologica. La paziente, qualora fosse possibile la terapia conservativa, deve essere informata sulle varie possibilità chirurgiche: terapia conservativa, mastectomia con o senza ricostruzione.

Per le lesioni non palpabili deve essere eseguito un centraggio su guida ecografica o mammografica (micro calcificazioni). L'incisione deve tener conto del risultato cosmetico finale e della possibilità di un'eventuale mastectomia futura. Il chirurgo, asportato il tumore, lo orienta per l'anatomo patologo che dovrà valutare

assenza di tumore lungo i margini di resezione. La chiusura della breccia chirurgica tiene conto della sede dell'escissione e della quantità del tessuto asportato; ogni premura deve essere presa per un risultato cosmetico ottimale.

Ogni donna con un carcinoma della mammella con possibilità di essere sottoposta a un intervento conservativo deve essere accuratamente informata.

Chirurgia conservativa della mammella

La chirurgia conservativa della mammella è una combinazione tra l'intervento chirurgico che porta all'asportazione del tumore, con margini di resezione liberi da neoplasia all'esame istologico e la radioterapia. Questo permette un controllo loco-regionale della malattia preservando la mammella. Essa trova applicazione in caso di tumori unici, le cui dimensioni massime possono variare secondo la grandezza della mammella. I margini di resezione possono essere considerati soddisfacenti quando sono liberi per 2-5 millimetri. La presenza di LIN sui margini di resezione non rappresenta un'indicazione al reintervento.

I margini di resezione devono essere liberi

L'intervallo tra l'intervento chirurgico e l'inizio della radioterapia non dovrebbe essere superiore a otto settimane. La scelta di eseguire una terapia conservativa deve tener conto del rischio di recidiva locale e del risultato cosmetico finale. Il tasso di recidive in questo tipo di chirurgia al follow-up deve essere minore dell'1-2% anno (meno del 15% a 10 anni). Se sono presenti fattori predisponenti a un alto rischio di recidiva, quali giovane età, residuo di malattia, impossibilità di eseguire un'adeguata radioterapia, deve essere presa in considerazione la possibilità di un re-intervento, sia

esso conservativo se possibile o demolitivo. Secondo le pazienti c'è un buon risultato cosmetico a tre anni dall'intervento nell'80%.

Lo studio dello stato linfonodale si esegue durante la valutazione clinica. Ogni volta in cui all'esame clinico o strumentale non vi è un coinvolgimento patologico dei linfonodi (nel caso in cui deve essere eseguita la linfadenectomia), deve essere eseguita la **procedura del linfonodo sentinella**.

La localizzazione del linfonodo sentinella può essere possibile grazie all'inoculo (generalmente il giorno prima) in sede perilesionale, sottocute, di un tracciante radioattivo, albumina colloidale marcata con tecnezio radioattivo, che attraverso i vasi linfatici giunge nella prima stazione linfonodale interessata dove viene captata dai macrofagi rendendo il linfonodo radioattivo. Alcuni chirurghi preferiscono utilizzare del colorante (blue dye) iniettato in sede perilesionale durante l'intervento che drena anch'esso attraverso i vasi linfatici fino al linfonodo colorandolo in blu.

Durante l'intervento attraverso l'utilizzo di una gamma camera si localizza il linfonodo sentinella che asportato, è inviato all'esame istologico intraoperatorio per decidere se eseguire la linfadenectomia. L'anatomo patologo esamina il linfonodo per identificare eventuali metastasi linfonodali. Il reperto di una metastasi (<2mm) nel LS non sempre seguito dalla lindadenectomia ascellare.

La linfadenectomia ascellare deve essere evitata nel paziente con LS negativi o con Cellule Tumorali Isolate (ITC) e micrometastasi.

I LS con micrometastasi (o non più di 2 linfonodi interni) rappresentano una corte di pazienti in cui deve essere evitata la linfadenectomia ascellare. PERTALI CASI VA PREVISTO UNO SPECIFICO E DETTAGLIATO CONSENSO INFORMATO.

Nelle pazienti con linfonodi clinicamente sospetti e successivamente sottoposte a terapia neoadiuvante, non va effettuato il LS. Di contro, le pazienti con linfonodi clinicamente negativi prima della terapia neoadiuvante, possono essere sottoposte alla tecnica del LS, come previsto dal AJCC 2009.

Mastectomia

La mastectomia comprende l'asportazione di tutta la mammella comprendente parte della cute e del complesso areola-capuzzolo ed è eseguita quando non c'è possibilità di eseguire la terapia conservativa o quando è la paziente stessa a richiederlo. Le pazienti candidate a quest'intervento devono essere informate sulla possibilità di eseguire contestualmente la ricostruzione mammaria.

Spesso la stessa mastectomia, in pazienti con stato di malattia avanzato, può non essere sufficiente per un controllo completo della malattia stessa. L'alto rischio di ripresa di malattia dopo intervento demolitivo può essere determinato da un tumore invasivo di almeno 5 cm di diametro, l'invasione vascolare, l'infiltrazione del muscolo o della cute, margini di resezione interessati da tumore o liberi per meno di 1 mm, linfonodi metastatici (più di quattro).

Quando presenti queste condizioni, impongono una valutazione radioterapica per eventuale trattamento radiante adiuvante sulla parete e sulle stazioni linfonodali. Il tasso di recidiva di ripresa della malattia sulla parete toracica dovrebbe essere inferiore al 10% dopo 10 anni.

Anche per le pazienti candidate a intervento demolitivo, nel caso in cui non vi sia evidenza clinica o radiologica di coinvolgimento linfonodale, può essere eseguito lo studio del linfonodo

sentinella. Le tecniche di mastectomia possono essere varie. La classica mastectomia secondo Patey rimane un caposaldo chirurgico ma in pratica oggi si possono eseguire interventi di mastectomia radicale conservando la cute (skin sparing mastectomy) o il complesso areola-capezzolo (nipple sparing mastectomy), con ricostruzione immediata con protesi o con l'inserimento di espansore, ottenendo comunque un buon controllo delle recidive loco-regionali.

DIN (Ductal Intraepithelial Neoplasia)

Si definisce DIN un tumore le cui cellule neoplastiche non invadono la membrana basale, questo può essere lobulare o duttale. A oggi la diagnosi di questo tumore è notevolmente aumentata grazie ai programmi di screening (>15%).

Il DIN può presentare caratteristiche molecolari differenti, e vengono per questo differenziati in basso, medio o alto grado.

Il carcinoma LIN (Lobular Intraepithelial Neoplasia) è trattato con terapia conservativa e non di terapie adiuvanti ma di accurato follow-up.

Il DIN può presentarsi sotto forma di lesione nodulare o più frequentemente in forma di microcalcificazioni. Nella programmazione dell'intervento è importante prima di tutto una diagnosi pre-operatoria. Essendo spesso queste lesioni non palpabili devono essere localizzate in fase pre-operatoria (centraggio ecografico o mammografico). Il pezzo operatorio deve essere inviato al patologo per lo studio dei margini che devono essere liberi.

Per i DIN di basso grado si esegue generalmente la terapia conservativa e non richiedono terapia adiuvante; per quelli ad alto grado invece va valutata l'estensione della lesione per programmare l'intervento più adatto.

L'esame istologico ci permette di escludere aree di microinfiltrazione, soprattutto nelle lesioni più estese. Nonostante la natura non tendente all'infiltrazione questo tipo di carcinoma può essere talmente esteso da non permettere una terapia conservativa; va quindi in questi casi programmata una mastectomia con eventuale ricostruzione.

Nei DIN di piccole dimensioni dove l'esame istologico non dimostra aree d'infiltrazione, si deve soprassedere alla biopsia del linfonodo sentinella.

Nei casi in cui il sospetto di microinvasione sia elevato, ossia il grading alto, pattern mammografico ad alto rischio ed estensione superiore a 5 cm o pattern strumentale nodulare, la metodica è consigliata, mentre può essere considerata discrezionale e da discutere con la paziente negli altri casi.

È stato visto come la radioterapia riduca il tasso di recidiva dopo chirurgia conservativa per DIN del 40%. Tuttavia dalla letteratura si evince come alcune pazienti non traggano alcun beneficio dalla radioterapia o questo viene ad essere talmente basso da non renderla necessaria.

Fondamentale è identificare quelle pazienti che per le caratteristiche delle lesioni non avrebbero nessun vantaggio dalla radioterapia. È stato dimostrato come la radioterapia in questo caso non aumenti la sopravvivenza; la comparsa di carcinoma duttale invasivo dopo terapia conservativa per carcinoma in situ è stata dimostrata pari al 10% a dieci anni, mentre la recidiva su parete dopo mastectomia per carcinoma in situ è del 5% a dieci anni.

Terapie adiuvanti

Scopo della terapia medica adiuvante del carcinoma della mammella è di ridurre il rischio di ripresa di malattia e di morte.

La terapia adiuvante deve essere personalizzata in base alle caratteristiche della paziente (età, stato di menopausa, eventuali co-morbidità) e del tumore (dimensioni del tumore, stato linfonodale, caratteristiche biologiche della neoplasia quali: assetto recettoriale, Her-2, grading, attività proliferativa, invasione vascolare peritumorale).

Il trattamento chemioterapico deve essere iniziato entro 30-40 giorni dall'intervento. Vi è accordo che sono da privilegiare gli schemi di chemioterapia di 3^a generazione contenenti antracine e taxani. L'aggiunta della terapia biologica con trastuzumab nelle pazienti con tumore Her2 positivo determina un sicuro beneficio in termini di riduzione del rischio di recidiva ed incremento della sopravvivenza globale.

Il trastuzumab dovrebbe essere somministrato concomitante alla chemioterapia contenente taxani, per 1 anno. La ormonoterapia adiuvante è indicata in tutte le pazienti con recettori ormonali positivi. La durata deve essere di almeno 5 anni e, se associata a chemioterapia, va iniziata al termine di quest'ultima.

Prof. Ettore Cianchetti

► **La Dott.ssa Alessandra Cimini Psicologa Psicoterapeuta è presente tutte le mattine, nell'Ospedale "Bernabeo" di Ortona nei reparti di: Senologia 085 9172228 Day Hospital Oncologia 085 9173230 - 085 9173303**

Guida al recupero funzionale dell'arto superiore dopo l'intervento alla mammella

A cura di: Dr. Paolo Noccioli - Dr.ssa Simona Grossi
Senologia Ortona

In seguito ad intervento chirurgico alla mammella, il trattamento riabilitativo si prefigge di:

- ▶ **mantenere la mobilità della spalla che altrimenti potrebbe andare incontro a blocchi o limitazioni funzionali a causa del mantenimento di una postura antalgica e delle aderenze cicatriziali;**
- ▶ **mantenere una corretta posizione delle spalle, del capo e della schiena evitando atteggiamenti viziati;**
- ▶ **facilitare la circolazione sanguigna e linfatica prevenendo l'edema dell'arto.**

Per il buon recupero funzionale è utile iniziare precocemente in ospedale la mobilizzazione passiva ed attiva assistita dell'arto interessato ed è consigliabile, sin dai primi giorni, autogestirsi nelle piccole attività quotidiane e di igiene personale. Per favorire il reflusso del circolo ed eliminare il senso di pesantezza dell'arto è indicato, quando si è a letto, riposare con il braccio più in alto della spalla ponendovi un cuscino o tenendolo sollevato sulla testa. Nel momento in cui si è più autonomi si devono eseguire gli esercizi presenti nell'opuscolo, più volte durante la giornata (mi-

nimo 3 volte) sempre secondo le proprie capacità e possibilità, con un graduale aumento dell'impegno muscolare con coordinazione, armoniosità e ricerca della simmetria globale, evitando i compensi. Per questo è raccomandabile svolgere gli esercizi in posizione seduta davanti ad uno specchio, in modo da controllare costantemente l'altezza delle spalle e la posizione del capo e del busto. Dopo la dimissione non si deve aver paura di riprendere a fare ciò che si faceva prima. Per i primi due mesi circa è importante che tutto venga svolto con una certa moderazione; si potranno eseguire lavori domestici come stirare, spolverare ecc. concedendosi delle pause per ridurre il rischio di insorgenza di edema. Nei momenti di maggiore stanchezza e affaticamento dell'arto è opportuno sollevarlo e tenerlo al di sopra delle spalle. Nel caso sia particolarmente gonfio e pesante contattare il medico e/o il fisioterapista. Per evitare complicanze è consigliabile:

- ▶ **non portare pesi dal lato operato;**
- ▶ **non esporsi eccessivamente al sole o a fonti di calore;**
- ▶ **non aumentare di peso;**
- ▶ **far effettuare prelievi, iniezioni, rilevazione di pressione dall'altro lato;**
- ▶ **evitare di indossare vestiti con maniche e polsini stretti.**

Si può riprendere la guida appena possibile. Se dovesse capitare di avere momenti di sconforto, di insicurezza o di astenia bisogna tener presente che sono reazioni normali. Un valido supporto può essere la fisioterapia stessa e soprattutto il trattamento riabilitativo di gruppo in palestra avendo così la possibilità di scambiarsi consigli, idee, preoccupazioni, stati d'animo ecc. che permettano di superare più serenamente questo particolare momento, oltre a trarre un beneficio fisico.

Postura

Corretta



Si

Non corretta



No



Si



No

Esercizi senza bacchetta



1

Braccia lungo i fianchi: roteare la testa lentamente a destra e a sinistra, tenendo ferme le spalle



1

Flettere lateralmente e lentamente la testa a destra e a sinistra



1

Alzare le spalle in alto e lasciarle tornare alla posizione di partenza



2



2



2



1



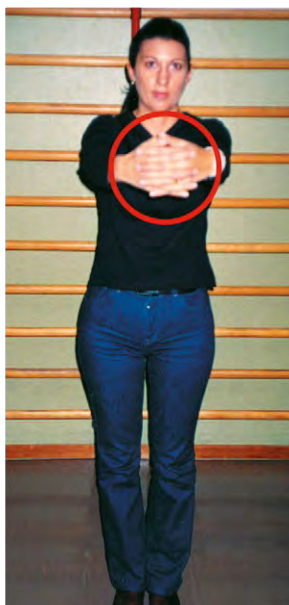
2



3



Gomiti piegati e sollevati all'altezza del petto e spingerli indietro





Alzare ed abbassare lentamente le braccia tenendole parallele, a gomiti estesi, aprendo e chiudendo alternativamente le mani



In piedi di fronte alla parete con il corpo poco distante: appoggiare le mani alla parete all'altezza delle spalle con i gomiti flessi, quindi far camminare le dita verso l'alto estendendo le braccia. Tornare lentamente con le mani all'altezza delle spalle.

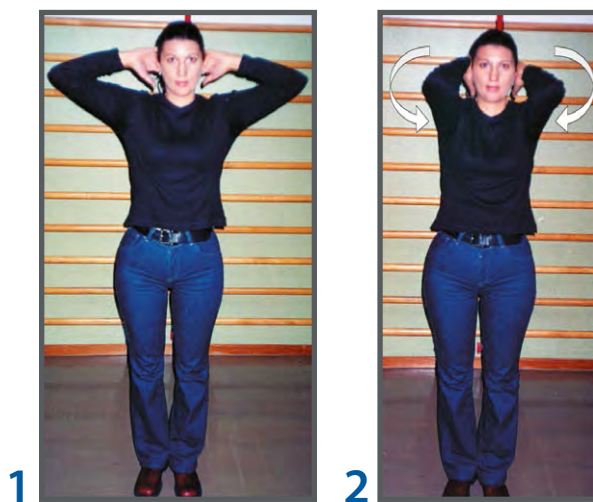
II GRUPPO



Mani appoggiate sempre sulle spalle: portare armoniosamente i gomiti in avanti, in alto, in dietro, in basso, (facendoli roteare), alternativamente in senso orario e antiorario.



Braccia estese in basso: portare il braccio destro lentamente in alto, quindi tornare alla posizione di partenza. Ripetere l'esercizio con il braccio sinistro e poi con entrambe le braccia contemporaneamente.



Mani incrociate dietro alla testa: spingere i gomiti avanti e indietro.

Esercizi con la bacchetta



Braccia leggermente flesse; impugnare la bacchetta ai limiti della lunghezza; estendere i gomiti, alzare le braccia fin sopra la testa; tornare alla posizione di partenza.



Braccia estese in alto, mani ai limiti della lunghezza della bacchetta: portare la bacchetta dietro la nuca, piegando i gomiti e tornare alla posizione di partenza.



1



2

Bacchetta dietro, all'altezza della vita; mantenerlo con il palmo delle mani rivolte in avanti e spostare le braccia avanti e indietro.

Si ringrazia per la cortese collaborazione:
le fisioterapiste dell'Ospedale di Ortona
L'I.P. C. Finizio

Consigli Pratici

È normale che, appena dimessi dall'ospedale, si avvertano astenia, abbassamento del tono dell'umore, difficoltà di concentrazione. Tale situazione può persistere per 7-10 giorni. Già in questo periodo, tuttavia, conviene proseguire gli esercizi consigliati in ospedale, considerando che più precoce è la riabilitazione, miglio-

re è il risultato. Se si preferisce, ci si può rivolgere anche ad un fisioterapista per concordare un ciclo riabilitativo sia individuale che in gruppo. Un corretto e precoce programma riabilitativo consente di tornare presto alle abituali occupazioni casalinghe, lavorative e inerenti allo sport e al tempo libero. Giova precisare che non esistono divieti assoluti; è importante rendersi conto che la limitazione prodotta dall'intervento richiede una iniziale attenzione rivolta ad evitare un sovraccarico dell'arto interessato dalla linfadenectomia per limitare la produzione di linfa. È pertanto preferibile • non impiegarlo nel sollevare oggetti pesanti o fare quest'azione con l'arto non operato; • moderare l'esposizione a fonti di calore (cucina, esposizione al sole); • evitare sforzi prolungati o ripetitivi per ridurre il rischio d'insorgenza di edema; per evitare infezioni e quindi possibile insorgenza di edema; • evitare di sottoporsi a iniezioni e prelievi dal lato operato o a • misurazione della pressione. È consigliabile, quando si è a letto, • riposare con il braccio più in alto della spalla, ponendovi un cuscino o, se la posizione non risulta scomoda, tenendo il braccio sopra la testa. Si può riprendere la guida appena possibile. Per quanto riguarda le protesi esterne per le donne sottoposte a mastectomia, si precisa che si suddividono in due categorie:

LE PROTESI TEMPORANEE

Le protesi provvisorie sono in tessuto imbottito e vengono indossate all'interno del reggiseno nelle prime settimane, quando la cicatrice è ancora fresca e potrebbe mal sopportare il peso di una protesi definitiva.

LE PROTESI DEFINITIVE

La conseguenza dell'intervento chirurgico determina una variazione di peso tra i due emitoraci. Laddove è presente l'organo mammario superstite la colonna è sottoposta ad un maggiore lavoro rispetto la parte priva. Questa condizione provoca nel tempo un vizio di posizione della colonna con relativi problemi legati alla respirazione, al movimento, alla comparsa di artrosi dorsali e algie; problematiche che peggiorano quando la donna presenta un seno di grosse dimensioni (quindi più pesante).

Se poi consideriamo che nella donna operata al seno possono subentrare, in tempi più o meno brevi, osteoporosi ed ipotono muscolare dovuti alla menopausa, è chiaro che il problema della mancanza dell'organo non si limita più ad un solo fatto estetico ma diviene una problematica clinico-assistenziale da affrontare al pari di altre situazioni. L'osteoporosi e l'ipotono muscolare, anche se ben diversi come fattori, provocano entrambi un indebolimento funzionante della cassa toracica, sia per indebolimento della struttura ossea, sia per diminuzione del sostegno della parete muscolare.

Per evitare questi atteggiamenti viziati, è opportuno indossare nel reggiseno una protesi definitiva, dopo un mese circa dall'intervento, a ferita completamente guarita. La protesi deve essere di peso, circonferenza e forma simile alla mammella residua, in modo che la donna possa riacquistare una equilibrata simmetria corporea. Nel corso degli anni, potrà o dovrà essere cambiata più volte sia per i possibili cambiamenti di forma e di peso del corpo della mammella residua, sia per l'usura della protesi stessa. In commercio esistono reggiseno, bodies e costumi da bagno appositamente studiati per le donne che portano una protesi.

Tutto può essere distante, ma niente è irraggiungibile.

Personale medico e infermieristico



Unità Operativa di Anatomia Patologica

Ospedale "G. Bernabeo" - Ortona (CH)

Tel. 085 9172242

Direttore: Prof. Domenico Angelucci

Il Servizio di Anatomia Patologica del P.O. di Ortona (Ch) è particolarmente dedicato alla patologia mammaria. È raccordato sia con il P.O. Clinicizzato "SS. Annunziata" di Chieti, sia con i laboratori di ricerca dell'Università "Gabriele d'Annunzio". Per quanto concerne la patologia mammaria vi sono le seguenti possibilità diagnostiche:

▶ Linfonodo sentinella intraoperatorio con ricerca delle micrometastasi e valutazione dell'attività maligna sulle eventuali Cellule Tumorali Isolate (ITC) con tecniche istochimiche ed immunoistochimiche.

▶ Caratterizzazione del profilo bio-molecolare delle neoplasie con tecniche di morfologia molecolare (immunoistochimica) per: recettori ormonali (estrogenici e progestinici); attività proliferativa (MIB1/Ki67, p53); fattori di crescita tumorale (HER2-neu, HER1/EGFR); fenotipi cellulari (CK5, CK14, CK18). La valutazione di HER2-neu può avvalersi di SISH.

▶ Nella diagnostica preoperatoria viene eseguita diagnosi istologica su prelievo tissutale con tru-cut o "Mammotome" o su prelievo citologico con ago (FNA); in quest'ultimo caso i vetrini vengono allestiti con metodiche tradizionali e con "strato sottile" (Thin-Prep) con possibilità di determinazioni bio-molecolari su campione citologico.

▶ L'Unità Operativa di Anatomia Patologica del P.O. di Ortona è inserita in studi multicentrici di varie istituzioni nazionali sulla patologia mammaria e partecipa annualmente a controlli di qualità esterni a carattere nazionale e internazionale.

▶ Definizione del profilo molecolare multigenico mediante Oncotype DX per le terapie personalizzate in accordo con i gruppi di stadiazione prognostici AJCC 2017.

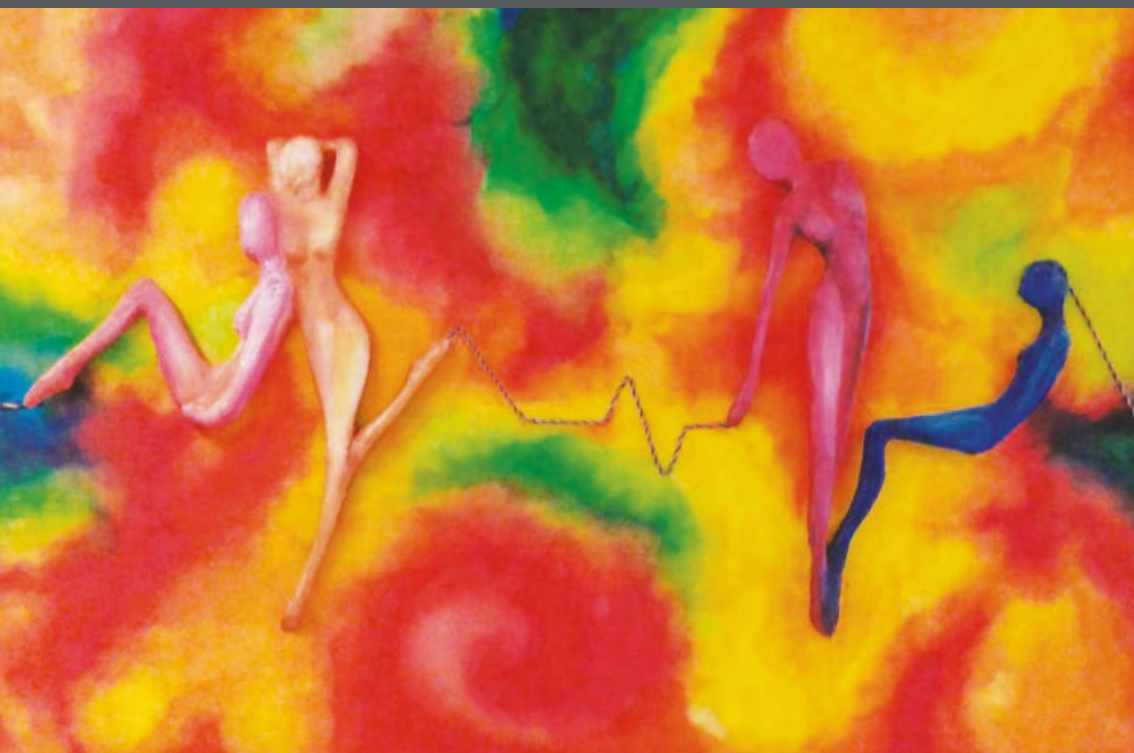
Prof. Domenico Angelucci

Direttore U.O. di Anatomia Patologica P.O. Ortona

Direttore U.O. di Morfologia Molecolare Immunoistochimica del P.O. Clinicizzato di Chieti

Meglio avere un cuore senza parole che dire parole senza cuore.

Dipinto del Reparto di Oncologia di Chieti



La terapia medica sistemica del carcinoma della mammella operabile

Dipartimento Oncologia e Medicina Sperimentale
Università G. D'Annunzio Chieti - Pescara

Clara Natoli Prof.ssa Associato Oncologia Medica

Direttore Clinica Oncologica Ospedale SS. Annunziata - Chieti-Ortona
Tel. CHIETI 0871 358006 - ORTONA 085 9173303

Il carcinoma della mammella è la patologia neoplastica più frequente nelle donne in tutto il mondo e ad ogni fascia di età, interessando circa 1 donna su 8 nell'arco della vita. Nel 2014, in Italia, il tumore della mammella è stato diagnosticato in 48.200 donne e in circa 1000 uomini. È importante d'altra parte considerare che, nell'ultimo decennio, a lato di un lieve incremento del numero dei casi diagnosticati, si osserva una moderata ma continua tendenza alla riduzione della mortalità (-1,3% per anno). Tale riduzione di mortalità è imputabile sia ad una maggiore diffusione dello screening per la neoplasia mammaria, che ci permette di fare diagnosi sempre più precoce, sia, e non meno rilevante, ai continui e notevoli progressi delle terapie mediche (chemioterapia, ormonoterapia, terapie biologiche, terapie target, terapie di supporto), della terapia chirurgica e della radioterapia.

Un grande contributo alle migliori possibilità di cura che abbiamo oggi per le donne che hanno avuto una diagnosi di carcinoma della mammella, è anche da attribuire alla istituzione delle *Breast Unit*, una strada vincente. Alla base della *Breast Unit* vi è la condivisione tra i diversi specialisti (radiologo, chirurgo senologo, anatomo-patologo, oncologo medico, case manager, chirurgo-ricostruttivo, genetista, psico-oncologo, ...) del percorso diagnostico e terapeutico ottimale, personalizzato per la singola paziente, valutato sulla base dello stadio, delle caratteristiche biologiche del tumore e delle condizioni di salute della paziente. Questo tipo di approccio multidisciplinare è di fondamentale importanza in quanto il termine "carcinoma della mammella" non rappresenta una singola malattia, ma un gruppo eterogeneo

di malattie per le quali è oggi a disposizione un ampio ventaglio di opzioni terapeutiche che possono essere tra loro alternative o complementari. L'organizzazione della *Breast Unit* permette di inoltre di passare dal passato modello organizzativo "to Cure" (Curare) all'attuale "to Care" (Prendersi Cura), che implica la presa in carico globale delle donne affette da carcinoma della mammella. Un ruolo attivo molto importante in questo nuovo approccio è svolto senz'altro dalle associazioni di volontariato, quali GAIA.

Nell'ambito della *Breast Unit*, l'oncologo medico collabora nella valutazione ed indicazione delle terapie mediche a scopo adiuvante, neo-adiuvante e per la malattia in fase avanzata.

Terapie adiuvanti

Dopo un intervento chirurgico di asportazione radicale di un tumore della mammella, anche se le possibilità di cura sono molto elevate, non è possibile offrire una garanzia assoluta di avere superato completamente la malattia. Pertanto molto spesso viene consigliato, dopo avere visionato l'esame istologico definitivo dell'intervento chirurgico, di effettuare una terapia medica definita "a scopo adiuvante", ovvero un trattamento preventivo che ha lo scopo di eliminare di eventuali cellule tumorali in circolo con l'obiettivo di fornire maggiori garanzie di una completa guarigione.

La scelta della terapia sistemica adiuvante è una scelta personalizzata in base alla valutazione dei fattori prognostici (le dimensione del tumore, il numero dei linfonodi interessati dal tumore, l'età alla diagnosi, lo stato menopausale, la familiarità, le comorbidità) e delle caratteristiche biologiche della neoplasia (positività/negatività dei recettori per estrogeni e progesterone, presenza dell'amplificazione dell'oncogene HER-2, attività proliferativa e grado di differenziazione delle cellule tumorali), informazioni che provengono dall'esame istologico, fornito dall'anatomo-patologo.

La terapia medica sistemica può avvalersi dell'utilizzo della chemioterapia, dell'ormonoterapia e della terapia biologica. Per ogni singola paziente, la scelta della strategia terapeutica deve tener conto dei potenziali benefici, dei possibili effetti indesiderati e delle preferenze personali.

La chemioterapia classicamente utilizzata per il carcinoma mammario è costituita da una o più combinazioni di farmaci contenenti antracicline e taxani, per un totale di circa quattro-sei mesi di terapia. La chemioterapia viene somministrata nel Day Hospital di Oncologia, sotto la supervisione dello specialista oncologo e delle infermiere de-

dicare. Le signore, sempre più informate, sono spesso molto preoccupate per gli effetti collaterali cui potranno andare incontro. Gli effetti collaterali provocati dalla chemioterapia sono in genere transitori e recuperabili e sempre meglio gestibili attraverso un'attenta informazione e grazie ad una serie di nuovi farmaci che hanno diminuito in maniera significativa l'insorgenza degli stessi. Le tossicità più frequentemente riportate sono quella ematologica, o meglio sui globuli bianchi e le piastrine, l'astenia, l'inappetenza, la nausea e talora il vomito, dolori addominali e muscolari, neuropatia periferica ed alopecia. L'alopecia è un effetto collaterale per cui non possediamo un "antidoto", ed il più difficile da accettare per le donne, anche se il più innocuo dal punto di vista medico. Consapevoli del disagio che può ingenerare nella donna in un momento della vita così complesso, dove viene intaccata la femminilità nel suo essere più intimo, possiamo solo dire a conforto, che il sacrificio è temporaneo e che i capelli ricresceranno al termine della terapia più folti e più forti.

L'ormonoterapia, è indicata nei casi in cui le cellule tumorali esprimano i recettori per estrogeni e progesterone, ed ha lo scopo di eliminare la produzione degli ormoni all'interno dell'organismo, che rappresentano il nutrimento per le cellule tumorali. È più corretto infatti definirla terapia anti-ormonale. Essa segue solitamente la chemioterapia ed ha una durata di 5 anni nella maggior parte dei casi.

I farmaci che possono essere utilizzati, in base allo stato menopausale, pre- o peri menopausale della signora, sono: il tamoxifene, gli inibitori dell'aromatasi e gli analoghi LH-RH. Gli effetti collaterali più comuni dell'ormonoterapia sono quelli associati alla menopausa ed alla carenza estrogenica, caldane, secchezza vaginale o perdite vaginali, riduzione del desiderio sessuale, assottigliamento delle unghie e dei capelli, disidratazione cutanea, ed altri più specifici a seconda del farmaco utilizzato quali dolore ai muscoli o alle articolazioni (soprattutto con gli inibitori dell'aromatasi).

La terapia biologica trova indicazione nei tumori HER-2 positivi, ovvero nei tumori in cui è documentata amplificazione del gene HER-2, che codifica per un recettore coinvolto nei meccanismi di crescita cellulare, presente in circa il 20% delle neoplasie mammarie. Il trastuzumab è il farmaco che ha HER-2 come target molecolare: il farmaco si lega in maniera specifica al recettore, bloccandolo ed impedendo così la crescita cellulare. Il trastuzumab viene somministrato ogni tre settimane, in associazione alla chemioterapia per i primi cicli e successivamente da solo o in associazione all'ormonoterapia, se indicata, per un totale di un anno di trattamento. Abbiamo a disposizione sia

la formulazione endovenosa che quella sottocutanea, entrambe equivalenti ed efficaci. Il trastuzumab non ha effetti collaterali visibili ma può causare cardiotoxicità reversibile, e per tale ragione la funzionalità cardiaca viene monitorata regolarmente. La terapia biologica ha permesso di modificare la storia naturale della malattia HER-2 positiva, rappresentando una svolta epocale nel trattamento di queste neoplasie. Il percorso della terapia adiuvante, seppur ben strutturato, è sicuramente molto impegnativo per le signore sia dal punto di vista fisico che psicologico-morale, ed è per questo che cerchiamo ogni giorno di affiancarle, aiutarle e comprenderle, condividendo con loro questo momento di vita particolarmente difficile.

Terapie neo-adiuvanti

In presenza di una biopsia positiva per carcinoma della mammella, la terapia medica neo-adiuvante (chemioterapia + terapie mirate, o ormonoterapia in casi selezionati) viene effettuata prima dell'intervento chirurgico al fine di ridurre le dimensioni del tumore primitivo e/o del linfonodi, per permettere al chirurgo di ottenere un miglior risultato sia dal punto di vista estetico che dal punto di vista della radicalità chirurgica. Dopo l'intervento chirurgico, verrà valutato in ambito multidisciplinare se vi è l'indicazione a proseguire con terapia adiuvante a base di ormonoterapia e/o terapia mirata, come sopra esposto.

Follow-up

Dopo l'intervento chirurgico la signora verrà sottoposta a regolari controlli periodici, con l'obiettivo di identificare il prima possibile una possibile ripresa di malattia o un eventuale tumore nell'altra mammella, di valutare e trattare gli eventi avversi del trattamento in corso o precedentemente ricevuto, e di fornire sostegno psicologico e informazioni per facilitare il ritorno alla vita normale. Dopo un intervento per carcinoma della mammella, il controllo dell'alimentazione unitamente ad una regolare attività fisica è associata a una prognosi più favorevole, e va pertanto fortemente incoraggiato.

Fertilità

Dopo una diagnosi di cancro della mammella, al completamento delle terapie, iniziare una gravidanza è possibile se le ovaie non sono state danneggiate dall'uso di alcuni farmaci chemioterapici che hanno effetti tossici sulla funzione riproduttiva. Questo aspetto deve

essere discusso anticipatamente con le donne giovani che vogliono preservare la loro fertilità. Per le donne che iniziano una gravidanza dopo il completamento della terapia per il cancro della mammella, né la gravidanza né un eventuale allattamento aumentano il rischio di sviluppare una recidiva.

Terapie per la malattia in fase avanzata

Il carcinoma della mammella in fase avanzata è un tumore che si è diffuso dalla sua sede di origine ad altre parti del corpo. Le sedi più frequenti di interessamento secondario da carcinoma mammario sono le ossa, il fegato, i polmoni, l'encefalo e la cute. Quando le cellule tumorali si sono diffuse ad altre sedi corporee, il pilastro del trattamento è rappresentato dalla terapia sistemica. Circa il 5% delle donne con cancro della mammella presenta metastasi al momento della diagnosi. Scopo della terapia del carcinoma della mammella in fase avanzata è di cronicizzare quanto più possibile la malattia e di preservare o di migliorare la qualità di vita. Le armi a disposizione dell'oncologo sono sempre rappresentate dalla chemioterapia, ormonoterapia, terapie biologiche, terapie anti-angiogeniche, terapie per proteggere il tessuto osseo, e, quando possibile, da farmaci innovativi sperimentali nell'ambito degli studi clinici controllati.

Prof.ssa Clara Natoli



... È gioia se sai fare dono senza nulla volere.

D.H. Oncologico - Ospedale Ortona. Personale medico e infermieristico



Care amiche, cari amici...

In un momento così particolare e personale per ciascuno di voi, noi oncologi entriamo nella vostra vita per accompagnarvi lungo un percorso difficile e impegnativo. Imparare a conoscerci in queste circostanze è tutt'altro che semplice, ci chiedete tante informazioni e altrettante ve ne forniamo, ci esprimete dubbi, preoccupazioni, paure e incertezze, e forse non sempre riusciamo a farvi ritrovare serenità e fiducia. Nonostante la difficoltà, al di là del nostro impegno professionale, ci sembra molto importante che voi siate i "protagonisti attivi" di questo momento e "padroni" della malattia.

Essere protagonisti attivi significa conoscere la propria malattia e comprendere le finalità di ogni atto diagnostico e terapeutico, essere padroni significa conoscere le armi che abbiamo per combattere ed utilizzarle nel modo migliore come preziose alleate. Questo non vuol dire lasciarvi soli ad affrontare il nemico, ma mettere al vostro servizio tutte le nostre risorse per vincere insieme. Il glossario che vi presentiamo ha lo scopo di rendere più semplice e chiaro il linguaggio medico, in particolare per quanto riguarda i termini tecnici legati alla diagnosi e alla terapia, non per sostituire ma per facilitare il nostro dialogo e la nostra collaborazione.

Dott.ssa Maria Teresa Scognamiglio

Il fai-da-te è sconsigliato in oncologia. Prima di prendere iniziative personali (assunzione di farmaci omeopatici, integratori alimentari, cibi specifici, cure alternative), consulta sempre lo staff specialistico che si prende cura di te, per evitare possibili interazioni ed effetti imprevisti.

**Il medico è tuo amico
fidati di lui...**



La chemio sì, la nausea no...

La chemioterapia è sicuramente una prova difficile, fonte di ansia e preoccupazione, anche per i possibili effetti collaterali. Lo scopo di questo scritto è quello di aiutare a combattere in modo semplice e concreto alcuni di essi. La nausea (sensazione di disgusto prodotta da particolari sapori e odori o da ingestione di cibo) e il vomito (espulsione forzata del contenuto gastrico) sono gli effetti collaterali più frequenti durante un trattamento chemioterapico. Tuttavia non tutti i farmaci causano nausea e vomito e il loro esordio varia di intensità e durata a seconda del trattamento.

Rispetto al tempo di somministrazione della chemioterapia abbiamo varie modalità di presentazione:

- ▶ acuta: entro le prime 24 ore.
- ▶ ritardata: oltre le prime 24 ore.
- ▶ anticipatoria: precedente alla somministrazione della chemioterapia, evocata molto spesso dall'associazione psicologica tra un odore, un sapore o una situazione con l'evento vomito. Il primo consiglio è quello di far riferimento al vostro medico oncologo per una adeguata terapia antiemetica.

Da parte vostra troverete un po' di sollievo seguendo questi brevi consigli:

- ▶ alimentarsi poco e spesso, prediligendo i cibi preferiti ed escludendo dalla dieta quelli per i quali provate disgusto.
- ▶ mangiare cibi freddi o tiepidi in modo da evitare il forte odore emanato dal vapore.
- ▶ evitare di cucinare da sole i cibi, soprattutto nei giorni di maggior malessere.
- ▶ mangiare cibi secchi e salati nel momento in cui è presente ipersalivazione.
- ▶ cercare di assumere liquidi in giusta quantità (almeno 1.5 litri al giorno), dilazionandoli durante l'intera giornata.
- ▶ stare in piedi almeno 1 ora dopo i pasti.
- ▶ sciacquare spesso la bocca per evitarne la secchezza, anche con acqua e bicarbonato o qualche goccia di limone.

Per la nausea e vomito anticipatori potete affidarvi a tecniche di rilassamento o distrazioni come la lettura e la musica.

Dott.ssa Jamara Giampietro
Clinica Oncologica Chieti

Unità Operativa di Ginecologia Oncologica

Ospedale "G. Bernabeo" - Ortona (CH)

Tel. 085 9172331 - E-mail: ginecologia.ortona@asl2abruzzo.it

Prof. Francesco Fanfani

L'Unità Operativa di Ginecologia Oncologica del P.O. "G. Bernabeo" di Ortona ha come obiettivo quello di prevenire, diagnosticare e trattare donne affette da patologia ginecologica oncologica. La nostra equipe si avvale di un approccio multidisciplinare nella gestione clinico-assistenziale, grazie alla collaborazione di differenti specialisti, quali il chirurgo generale, l'anatomo patologo, il radiologo, gli oncologi, i radioterapisti e psicologi. I tumori che colpiscono l'apparato genitale femminile rappresentano dal 10 al 15% del totale delle neoplasie che interessano le donne. Si tratta dei tumori dell'utero, precisamente del collo e del corpo dell'utero, e dei tumori dell'ovaio. In particolare il tumore della cervice uterina rappresenta la seconda neoplasia nelle donne. Nel mondo sono diagnosticati circa 529.800 nuovi casi all'anno, in Italia l'incidenza di atesta circa a 3.500 nuovi casi/annui. Questo tumore sviluppa due picchi di maggiore incidenza: uno tra 30-35 anni ed un altro (meno evidente) intorno ai 60 anni. Il carcinoma dell'endometrio o tumore del corpo dell'utero è la neoplasia ginecologica più frequente e risulta infatti il quarto cancro in assoluto più comune nelle donne occidentali dopo quello della mammella, polmone e del colon, con un tasso di mortalità del 3,3% fra i decessi per neoplasia. Ogni anno in Italia si registrano circa 7.700 casi. Si manifesta principalmente in post-menopausa, ma tra il 15-20% dei casi riguarda donne in premenopausa e nel 2% donne al di sotto dei quarant'anni. Infine il carcinoma dell'ovaio costituisce circa il 90% dei tumori maligni della gonade femminile, rappresentando la causa più comune di morte tra le neoplasie gineco-

logiche, sia per la sua aggressività biologica intrinseca sia perché viene diagnosticato in stadio avanzato in circa il 70% dei casi. In Italia la sua incidenza è di circa 13,5 casi su 100.000 donne/anno. L'approccio chirurgico preferito è la tecnica laparoscopica conosciuta anche come chirurgia mini invasiva.

La laparoscopia, anche definita video-laparo-chirurgia, è una tecnica diagnostica e chirurgica che permette l'esecuzione dell'intervento chirurgico con approccio mini-ivasivo, mediante piccole incisioni chirurgiche, che possono variare da pochi millimetri sino a un massimo di circa 1 cm. La sua introduzione in campo chirurgico risale ai primi anni '80 e nell'ultimo decennio ha subito un forte incremento. Nel campo ginecologico viene largamente utilizzata, sia per la patologia benigna che per le forme maligne. Le vie di accesso (incisioni cutanee) che vengono impiegate sono quattro: un accesso serve per introdurre lo strumento ottico, mentre gli altri tre per gli strumenti operativi (pinze, forbici, etc.).

L'accesso per l'ottica viene eseguito nella maggior parte dei casi a livello ombelicale (trans-ombelicale) o se le caratteristiche cliniche non lo permettono (ad esempio utero di grosse dimensioni) potrà essere eseguito in regione sovra ombelicale (solitamente 2-3 cm sopra l'ombelico). Gli altri tre accessi (ancillari) sono posti nel basso addome. L'operatore e i suoi assistenti operano visualizzando l'immagine su dei monitor ad alta definizione, nello specifico disponiamo di attrezzatura video 4K, che permettono di ottenere un'alta definizione dell'immagine. I vantaggi rappresentati dalla laparoscopia si possono distinguere in quelli per l'operatore e quelli per la paziente. Nel primo caso si ha il vantaggio di ottenere un'immagine ingrandita e meglio definita dell'anatomia chirurgica, ed inoltre si ha una maggior precisione nell'esecuzione delle procedure. Per quanto riguarda la paziente, i vantaggi sono molteplici rispetto alla chirurgia tradizionale:

- ▶ mini-invasività;
- ▶ riduzione del tempo di degenza (ricovero);
- ▶ tempo di recupero inferiore con veloce ripresa delle normali attività;
- ▶ dolore post-chirurgico ridotto, e quindi minor bisogno di ricorrere alla terapia antalgica;
- ▶ minor frequenza di laparocele (erniazione dei visceri in sede di ferita chirurgica);

- ▶ minor danno estetico;
- ▶ minor perdita di sangue durante l'intervento;
- ▶ minor rischio d'infezione delle ferite ripresa precoce di una normale dieta normale.

L'attività assistenziale è organizzata in tre ambiti complementari: regime di ricovero, regime di Day Surgery e regime ambulatoriale.

Regime di ricovero

Le prestazioni terapeutiche in regime di ricovero riguardano in larga prevalenza l'esecuzione di interventi chirurgici. Personale medico ed infermieristico altamente specializzato nell'assistenza alla paziente oncologica si occupa di inquadrare e seguire con attenzione le pazienti in precisi percorsi diagnostico-terapeutici a seconda del tipo di patologia e dello stadio della malattia.

Regime ambulatoriale

Le principali attività svolte sono:

- ▶ visite ambulatoriali (prime visite chirurgiche, visite di controllo in donne operate per patologia maligna, visite di controllo di follow up al termine della terapia medica, visite di controllo periodico per patologia maligna secondo i protocolli di follow up);
- ▶ medicazioni in donne operate per patologia ginecologica oncologica;
- ▶ ambulatorio di Colposcopia/Vulvoscopia;
- ▶ isteroscopia office;
- ▶ ecografia pelvica.

Regime di Day-Hospital

Al fine di evitare ricoveri superflui, gran parte dei piccoli interventi vengono eseguiti in regime di day Hospital. Quest'approccio consente al paziente di ritornare a casa, se le condizioni lo permettono, dopo un periodo di breve osservazione. Vengono eseguiti in questo regime le seguenti prestazioni:

- ▶ Isteroscopia diagnostica;
- ▶ Isteroscopia operativa/resettoscopia;
- ▶ LEEP;
- ▶ Conizzazioni;
- ▶ Exeresi vulvari;
- ▶ Visite in narcosi.

La vita è come uno specchio: ti sorride se la guardi sorridendo.

Personale medico ed infermieristico dell'Unità Operativa
di Radioterapia Oncologica di Chieti



Unità Operativa di Radioterapia Oncologica

Ospedale clinicizzato "SS. Annunziata" - Chieti

Tel. 0871 358244

Direttore: Prof. Domenico Genovesi

La Radioterapia nel carcinoma della mammella

La terapia del carcinoma della mammella ha subito negli ultimi anni una grande evoluzione che ne ha modificato radicalmente l'impostazione. Da una chirurgia ampiamente demolitiva come la mastectomia si è arrivati alla chirurgia meno demolitiva, ancorché radicale, sia sulla mammella che sulle stazioni linfonodali. Tutto ciò si è reso possibile grazie al miglioramento delle conoscenze sia da parte dei medici circa la storia naturale della malattia, sia delle donne che hanno preso coscienza e conoscenza del tumore. A questo vanno aggiunte le diverse campagne di informazione e di prevenzione sparse sul territorio ed il miglioramento dei mezzi diagnostici. I tumori diagnosticati oggi sono di piccolissime dimensioni e quindi più aggredibili in via conservativa e più guaribili. La mastectomia, eseguita per più di cento anni nella convinzione che la radicalità dell'intervento favorisse la guarigione, viene oggi praticata in un numero limitato di pazienti che presentano una malattia in fase avanzata. La radioterapia, da sempre associata alla chirurgia, gioca un ruolo fondamentale sul controllo locale consentendo la conservazione dell'organo che si traduce in un miglioramento sul piano cosmetico e psicologico e quindi sulla qualità della vita. La radioterapia, oggi diremo la moderna radioterapia, consiste nell'impiego di radiazioni ad alta energia in grado di distruggere le cellule tumorali risparmiando e rispettando

il più possibile i tessuti sani. Lo scopo della radioterapia è, come già detto in precedenza, quello di “sterilizzare” microfoci neoplastici, non visibili ad occhio nudo ma eventualmente presenti nella mammella dopo l'intervento conservativo: il tasso di recidive nelle paziente irradiate è dell'ordine del 7-10 % a dieci anni mentre quello delle pazienti trattate con la sola chirurgia si aggira intorno a valori del 20-40 %. Le indicazioni al trattamento radiante vanno di pari passo con il tipo di chirurgia eseguita:

▶ Se viene eseguita l'asportazione del nodulo e di parte del tessuto sano intorno al nodulo (c.d. QUAD), la radioterapia va somministrata su tutta la mammella operata più un'eventuale dose aggiuntiva sulla sede del tumore primitivo. L'acronimo di questo trattamento è QUART. L'irradiazione sulle stazioni linfonodali è rara e riservata solo a determinate presentazioni della neoplasia.

▶ Se l'intervento chirurgico è di tipo demolitivo (Mastectomia) con svuotamento del cavo ascellare, la radioterapia viene somministrata sulla parete toracica per impedire la possibilità che la malattia possa ripresentarsi. È rara l'irradiazione del cavo ascellare mentre, a giudizio del radioterapista, possono essere irradiati i linfonodi della regione sovraclaveare sempre allo scopo di ridurre la ricomparsa della malattia.

▶ Se sono presenti recidive sulla mammella operata e non irradiata, la radioterapia trova indicazione ma deve essere associata ad una terapia sistemica di tipo ormonale o chemioterapico.

▶ Se la neoplasia si presenta in forma metastatica, la radioterapia trova indicazione per eliminare la sintomatologia correlata alla metastasi e migliorare così la qualità della vita.

Oggi la ricerca clinica si è arricchita di nuove modalità di trattamento radiante che prevedono, in ben determinate presentazioni della malattia, la possibilità di irradiare solo una parte della mammella. Tali metodiche vanno sotto il nome di PBI (Partial Breast Irradiation). In pratica si tratta di irradiare una porzione della ghiandola sia con radio-

terapia esterna (Radioterapia conformazionale 3D) sia con radioterapia eseguita durante l'intervento chirurgico (IORT).

In questo ultimo caso la radioterapia viene praticata direttamente in camera operatoria, dopo che il chirurgo ha asportato la lesione, servendosi di un "mini" acceleratore lineare. Il vantaggio della IORT è rappresentato dal fatto che in questa maniera la dose di radioterapia è somministrata direttamente sul letto tumorale con un maggiore risparmio di irradiazione sulla ghiandola mammaria. Le pazienti che non hanno eseguito la IORT devono però essere tranquille sia perché la radioterapia convenzionale è altrettanto efficace e sia perché la radioterapia intraoperatoria, benché promettente, non può ancora essere considerata uno standard. Il trattamento convenzionale, ossia quello somministrato dopo chirurgia ablattiva della mammella o del solo nodulo, viene eseguito per via ambulatoriale nella stragrande maggioranza dei casi.

Il trattamento viene iniziato a circa 30-40 giorni dall'intervento. Tempi di attesa più lunga sono legati al fatto che spesso la paziente esegue la chemioterapia prima della radioterapia stessa. Talvolta una lunga lista di attesa può far scivolare di qualche tempo l'inizio del trattamento: ciò non deve destare eccessive preoccupazioni anche se è bene parlarne con il radioterapista. Il trattamento radiante necessita, prima di essere effettuato, di una preparazione. Dopo aver eseguito la visita da parte del radioterapista, durante la quale si decide la modalità del trattamento, si procede alla localizzazione del volume bersaglio. Ciò avviene mediante l'esecuzione di una TAC senza mezzo di contrasto (c.d. simul-TC) per ottenere informazioni sull'anatomia della ghiandola mammaria e sulla sede del tumore. Si elabora poi, con il supporto del fisico, il piano di trattamento che consiste nel verificare la distribuzione della radiazioni all'interno della mammella e delle zone, al di fuori di questa, che non devono essere irradiate. Quando il piano di radioterapia è pronto, si valuta sulla paziente l'esattezza di

quanto elaborato. A questo punto può iniziare il trattamento avendo avuto tutte le assicurazioni di qualità. Il trattamento è assolutamente indolore; ogni seduta dura qualche minuto durante il quale la paziente dovrà rimanere immobile sul lettino. Il trattamento si svolge con sedute quotidiane, per cinque giorni a settimana per un totale di 6 settimane.

I due giorni di riposo servono per consentire di raggiungere la dose prescritta senza avere eccessivi effetti collaterali. In determinate situazioni cliniche si può ridurre la durata complessiva del trattamento, eseguendo un frazionamento diverso da quello convenzionale mediante la somministrazioni di dosi singole più elevate, ma in un arco di tempo più breve. I moderni centri di radioterapia eseguono il trattamento con macchine chiamate Acceleratori Lineari in grado di erogare con la massima precisione le radiazioni di diverso tipo (fotoni ed elettroni) e di diversa intensità. Le applicazioni giornaliere vengono eseguite da tecnici di radioterapia specializzati sotto la guida del medico. Per valutare l'eventuale comparsa di effetti collaterali durante l'intero trattamento le pazienti vengono controllate clinicamente e con esami di laboratorio.

Tolleranza

Il trattamento è nella stragrande maggioranza dei casi ben tollerato e la presenza di effetti collaterali è rara e di lieve entità. Arrossamento della cute durante la parte finale del trattamento, e imbrunimento della stessa con secchezza della pelle, sono presenti in tutte le pazienti anche se con intensità diverse in relazione alla diversa sensibilità della paziente. Il medico, durante il trattamento, prescrive una terapia di supporto che aiuta la paziente a terminarlo nei tempi prescritti.

Consigli igienici, su come lavarsi o sul tipo di sapone utilizzare, vengono dati durante la terapia. È comunque importante sapere che durante e dopo il trattamento è bene evitare l'esposizione della regione irradiata al sole.

Tutto il resto del corpo può essere esposto senza correre alcun rischio. È bene infine ricordare che la paziente che esegue la radioterapia può venire a contatto con le persone adulte e con i bambini, in quanto non si emette alcun tipo di radioattività. Anche le sequele tardive possono essere ben controllate, ma le pazienti devono essere collaborative ed eseguire con scrupolo e continuità quanto viene a loro prescritto. Una volta terminato il trattamento radiante le pazienti saranno seguite con visite periodiche di controllo. Se le pazienti vengono seguite dall'oncologo di riferimento, sia esso medico o chirurgo, è bene recarsi anche dal radioterapista perché il controllo che questi esegue, non entra in conflitto con gli altri specialisti, ma ne è parte integrante. Il sapere come le pazienti hanno tollerato e risposto al trattamento, consentirà al radioterapista di migliorare le proprie prestazioni.

Per ultimo, ma non certo di importanza, vorrei con queste righe conclusive rassicurare tutte le donne che saranno sottoposte a radioterapia. Il trattamento radiante è, considerando i miglioramenti tecnologici delle attrezzature, assolutamente sicuro e privo di gravosi effetti collaterali. Qualsiasi problema si dovesse presentare va riferito al medico che segue le applicazioni, diffidando nel modo più assoluto di informazioni che a torto vengono espresse dai non addetti ai lavori.

La Radioterapia di Chieti è dotata di apparecchiature di ultima generazione che vengono gestite da professionisti preparati e scrupolosi. La tradizione di Chieti dal punto di vista radioterapico è ben conosciuto non solo a livello Regionale, ma anche a livello nazionale. Questo deve far riflettere le donne che una volta operate di tumore della mammella possono ricevere tutte le cure, ivi compresa la radioterapia, da parte di un team multidisciplinare estremamente affidabile sotto il profilo professionale.

Prof. Domenico Genovesi

Università G. D'Annunzio

Direttore UOC Radioterapia Oncologica

Ospedale Clinicizzato SS. Annunziata - Chieti

Infermieri Case Manager

ASL 02 di Lanciano-Vasto-Chieti

Tel. 085 9172308 - Fax 085 9172389

E-mail: mina.fedele@asl2abruzzo.it

Per il trattamento della patologia oncologica della mammella, presso la Asl 02, è utilizzato il modello organizzativo assistenziale che prevede la figura del Case Manager, un infermiere che si occupa della presa in carico globale di ogni singola paziente dal momento della diagnosi, facendo in modo che essa sia sempre al centro del processo di assistenza e cura.

Nel suo ruolo, l'infermiere case manager accompagna, affianca e orienta la paziente nei diversi setting clinici e assistenziali garantendo in questo modo la continuità delle cure e rendendo accessibili, ad ogni paziente, le informazioni sul suo stato di salute in modo tale da assicurare un'assistenza il più possibile personalizzata e specialistica. Rappresenta il punto di contatto tra tutti i professionisti che compongono l'équipe multiprofessionale, favorendo la corretta applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale con il fine di ottimizzare tempi, modalità e risorse.

Il Case Manager diviene una figura di riferimento per l'assistita e la sua famiglia, lungo un continuum che va dall'ammissione al follow-up, in quanto facilita il percorso della cura, pianifica le modalità di trattamento, prenota le visite e gli esami di controllo, contribuendo, in stretta collaborazione con il team interdisciplinare, a migliorare la qualità di vita della persona che affronta l'esperienza della malattia.

Gli infermieri Case Manager accolgono le pazienti che afferiscono al Percorso Clinico Organizzativo per il Trattamento della Patologia Oncologica Mammaria presso l'ambulatorio G.I.C.O. ubicato al 1° piano (piano dell'ingresso principale) dell'Ospedale G. Bernabeo Ortona, nei seguenti orari:

- ▶ LUNEDÌ 8-14-15-17.30 ▶ MARTEDÌ 8-14 ▶ MERCOLEDÌ 8-14.15-17.30
- ▶ GIOVEDÌ 8-14 ▶ VENERDÌ 8-14



Dott.ssa Mina Fedele
Case Manager G.I.C.O.



PRODOTTI CON CERTIFICAZIONE CE

GLAMOUR E *confort* AL SERVIZIO DELLA *tua* BELLEZZA



MONDIAL
HAIR®

LE NOSTRE PARRUCHE NASCONO DALLA PASSIONE E DALL'ESPERIENZA MONDIAL HAIR E SONO IL RISULTATO DELLA COSTANTE ATTENZIONE AL FASHION IN FATTO DI TAGLIO E COLORE.

Le parrucche Mondial Hair sono pensate per assicurare un aspetto assolutamente naturale e per garantire il massimo confort e sicurezza.

I MATERIALI USATI SONO LEGGERI E TRASPIRANTI E TUTTE LE FIBRE SONO DI PRIMA QUALITÀ.

SEDI IN TUTTA ITALIA.

Numero Verde
800 250806

335 8068600

WWW.MONDIALHAIR.COM





QUANDO LA PREVENZIONE INIZIA A TAVOLA

Nutrirsi in maniera consapevole

Un numero crescente di studi sta dimostrando l'importanza di una sana alimentazione nella prevenzione del cancro. Non è facile fare calcoli precisi, ma l'American Institute for Cancer Research ha calcolato che le cattive abitudini alimentari sono responsabili di circa **tre tumori su dieci**.

In alcuni casi ciò dipende dalla presenza in alcuni cibi di sostanze che favoriscono lo sviluppo della malattia:

- ▶ i **nitriti** e i **nitriti** utilizzati per la conservazione dei **salumi**, per esempio, facilitano la comparsa del tumore dello **stomaco**;

- ▶ talvolta gli alimenti in sé non sarebbero dannosi, ma possono essere contaminati da sostanze come le **aflatossine**, liberate da determinate muffe nel mais o in altre **granaglie** e legumi mal conservati. In alcuni Paesi in via di sviluppo le aflatossine sono responsabili di una quota rilevante di tumori del **fegato**;

- ▶ più in generale gli studi epidemiologici hanno dimostrato che un'alimentazione ricca di **grassi** e **proteine animali** favorisce la comparsa della malattia, mentre la preferenza per gli alimenti ricchi di fibre, vitamine e oligoelementi, come cereali integrali, legumi e verdure, sembra avere un effetto protettivo.

Infatti, da qualche anno, si sta sempre più delineando la consapevolezza che il cancro altro non sarebbe che una patologia legata ad un processo reattivo/adattativo dell'organismo ad una serie di messaggi sbagliati (pesticidi, conservanti, radiazioni, ecc) cui le cellule sono quotidianamente esposte e da cui cercano di difendersi mettendo in atto soluzioni a volte estreme.

Tra tutte le informazioni che possono condizionare la risposta genetica, l'alimentazione gioca un ruolo chiave, non solo sulla base della qualità ma anche sulla tipologia delle scelte alimentari. Diventa quindi fondamentale imparare a nutrirsi in maniera consapevole.

Una sana alimentazione che ricerca prodotti salutari, a chilometro zero, trattati con metodi biologici nel rispetto della persona e dell'ambiente diventa quindi capace di proteggere le cellule da aggressioni chimiche e fisiche e nello stesso tempo permette alla cellula di mettere in atto tutta una serie di strategie difensive vincenti nei confronti della trasformazione infiammatoria prima e neoplastica poi.



La dieta antiinfiammatoria

Gran parte delle malattie e delle condizioni di malessere si associano ad uno stato infiammatorio.

L'infiammazione, così come la febbre e la reazione immunitaria, è una difesa dell'organismo, una risposta giusta a cause esterne e in genere è meglio non contrastarla con mezzi violenti, ma dobbiamo aiutare il corpo a ritrovare il giusto equilibrio.

La dieta dovrà nutrire senza sovraccaricare l'organismo di ulteriore stress, quindi ridurre i cibi che sono fonte di infiammazione.

Qui alcune indicazioni su come fare.

▶ **limitare** il più possibile l'assunzione di acidi grassi saturi animali e di acido arachidonico (precursori di prostaglandine infiammatorie): **latte, formaggi, burro, uova, carne, salumi** (eliminarli completamente nelle fasi di riacutizzazione)

▶ **ridurre** il consumo di acidi grassi della serie omega 6 (promuovono la sintesi di acido arachidonico): **olio di soia, olio di girasole, olio di semi vari, margarina, maionese, semi di girasole.**

▶ **incrementare** l'uso di cibi ricchi di acidi grassi polinsaturi della serie omega 3 (riducono la sintesi di molecole infiammatorie e svolgono una potente attività antinfiammatoria): **olio di lino, semi di lino, noci, rosmarino ed origano secco, semi di zucca, fagioli di soia, portulaca, mandorle, nocciole, pesce azzurro (lanzardo, acciuga, sgombro, pesce spada, aguglia, alaccia, sarda), salmone e merluzzo.**

Attenzione: l'olio di lino deve essere utilizzato solo a crudo e con metodo di spremitura a freddo (metodo Baglioni).

▶ assumere giornalmente alimenti ad alto contenuto di vitamine antiossidanti A, C, E (contrastano l'attività dei radicali liberi che stimolano la produzione di molecole infiammatorie).

Vitamina A: prezzemolo secco, carote, peperoncino rosso, basilico, zucca gialla, radicchio verde.

Vitamina C: peperoncini piccanti, ribes nero, ortica, prezzemolo, peperoni, arance.

Vitamina E: nocciole, mandorle, germe di grano, olio extra vergine d'oliva, pinoli, salvia e rosmarino

Attenzione: la cottura riduce drasticamente il contenuto di vitamina C.

▶ utilizzare: zenzero (fresco o secco in polvere) e peperoncino.

preferire il consumo di cereali integrali in chicco (riso, avena, orzo, miglio, amaranto, quinoa, grano saraceno, mais) per il loro contenuto in acidi grassi polinsaturi (omega 3).



- ▶ ridurre l'utilizzo di alimenti ricchi di glutine (grano, farro, kamut, seitan).
- ▶ eliminare il più possibile prodotti contenenti zuccheri semplici (biscotti, torte, bibite zuccherate, miele, gelati, prodotti di pasticceria in genere) e imparare a cucinare dolci alternativi sostituendo latte, uova, burro e zucchero con: lattini vegetali (di riso, soia, avena, mandorla), creme di nocciola, di mandorla, frutta secca, uva passa e succo di mela.
- ▶ raggiungere e mantenere un **peso corretto** (BMI compreso fra 18.5 e 24.9); eccessi alimentari stimolano la produzione di radicali liberi e promuovono l'infiammazione dei tessuti.
- ▶ se possibile, svolgere un'**attività fisica moderata e regolare** (passeggiate, nuoto, bicicletta) che consente di preservare il trofismo muscolare, mantenere la mobilità articolare e migliorare il tono dell'umore.

Molecole dotate di attività antinfiammatoria:

- ▶ polifenoli (catechine): **the verde**
- ▶ capsaicina: **peperoncino piccante**
- ▶ curcuma: **curry**
- ▶ resveratrolo (polifenoli): **buccia di uva rossa**
- ▶ germe di grano secco fermentato: **Avemar (integratore)**

Non abbondare con il consumo di sale ed eventualmente fare uso del **GO-MASIO** (sale dell'Atlantico + semi di sesamo tostati). Il sesamo rappresenta un'ottima fonte di calcio: ne contiene ben 950 mg per etto, quanto i formaggi più ricchi o quasi quanto un litro di latte, ma senza le loro controindicazioni.

Circa la metà del seme di sesamo è composta da grassi monoinsaturi e polinsaturi che aiutano il sistema circolatorio a funzionare meglio. Il 18% è invece costituito da proteine di eccellente qualità ricche di amminoacidi essenziali. Contiene inoltre zinco, selenio, fosforo, potassio, e magnesio, oltre che vitamine A,E, B6 e PP.

IL POTERE CURATIVO DEGLI ALIMENTI

L'AGLIO

▶ Tisana aglio e limone

Lavare accuratamente con uno spazzolino un limone intero, e senza tagliarlo, metterlo in un pentolino stretto e alto, coprendolo a pelo d'acqua. Aggiungere uno spicchio d'aglio intero e non sbucciato. Portare ad ebollizione e bollire per 7 minuti, il tempo necessa-





rio per estrarre a pressione, dall'interno del limone e dell'aglio, i presidi antibiotici e antivirali. Bere la tisana tiepida o fredda, senza zuccherare. Il limone e l'aglio non possono essere riutilizzati. Usato come prevenzione nei periodi invernali è sufficiente assumere 1 tisana al giorno per 2-3 giorni al mese. Negli stati influenzali è necessaria l'assunzione ogni 4-8 ore, secondo la gravità, fino a risoluzione del quadro febbrile.

L'**aglio** contiene l'**allicina** (ossido di diallil-disolfuro), un potente antibatterico, con azione sui germi Gram-positivi e Gram-negativi (Scheibe). L'aglio risolve il raffreddore al primo insorgere, è efficace nelle bronchiti riducendo le secrezioni bronchiali ed è utile prevenire l'influenza nei periodi invernali perché rafforza le difese immunitarie (Loeper e Leclerc).

L'**ajoene**, infatti, ha la capacità di potenziare e rafforzare le difese immunitarie, oltre che avere la proprietà di abbassare il tasso di colesterolo, di regolare la pressione sanguigna e di agevolare la produzione di serotonina. Altro importantissimo costituente è il **solforo d'allile**, anch'esso potente antibatterico.

Il **limone** contiene nella scorza oli essenziali (**limonene, canfene, fellandrene, pinene, terpene**) con spiccata attività antibiotica, antisettica e balsamica, assai utile nelle infezioni, specie a livello respiratorio (Carpi). È battericida, digestivo e tonico. L'azione battericida della scorza è notevolissima sul vibrione del colera, sul meningococco, sugli stafilococchi, sul gonococco, sui bacilli del tifo, di Kock, difterico, dissenterico, sui colibatteri. Gli oli essenziali contenuti negli alveoli delle scorze sono fungicidi, antibiotici, sedativi del sistema nervoso. I flavonoidi contenuti nella scorza (citrina) rafforzano la permeabilità dei vasi sanguigni. La potente azione congiunta, antibatterica e antivirale del limone e dell'aglio fanno di questo rimedio un toccasana in caso di **febbre, dolori mialgici da raffreddamento, mal di gola**, associando una concomitante **azione sedativa**. Non meno importante è la sua azione nelle patologie croniche come le **bronchiti croniche** e l'**asma**, dove l'azione sul ristagno bronchiale consente un netto miglioramento della sintomatologia. Importantissima l'azione in corso di infezione da **herpes virus (simplex e zoster)** e nella **varicella**, dove favorisce le eruzioni cutanee, velocizzando la risoluzione della patologia.

LA CURCUMA

Curcuma Longa è un rizoma della famiglia delle Zinziberaceae, chiamato anche zafferano delle Indie, usato soprattutto in alcuni paesi orientali come spezia, è l'ingrediente principale del curry. La medicina ayurvedica usa la curcuma come rimedio del fegato e della cistifellea e, in conseguenza della





sua azione di stimolo della funzione colecistica, come rimedio per le digestioni difficili. L'azione prevalente della pianta è coleretica, colagoga e antispastica, in epoca più recente è stata dimostrata anche una azione antinfiammatoria, antiossidante e immunostimolante della curcumina.

Nel suo uso tradizionale è stata provata l'efficacia della curcumina come antiossidante con proprietà antinfiammatorie, effetti anti-cancerogeni e azione ipoglicemizzante nell'uomo.

Proprietà: favorisce la produzione e il deflusso della bile, decongestionando il fegato e favorendo la digestione dei grassi. Ha una azione antinfiammatoria a livello generale dell'organismo e delle articolazioni. È un antiossidante. Protegge i tessuti del fegato nelle persone che assumono farmaci epatotossici o alcol. Utile nella prevenzione delle cardiopatie, perché, come lo zenzero, aiuta a ridurre il colesterolo nel sangue, e a fluidificare il sangue. Ha una azione di prevenzione nelle parassitosi intestinali e anche di prevenzione delle patologie oncologiche, come dimostrano molti studi che hanno evidenziato la sua efficacia nel cancro della cervice, del seno, della prostata, del fegato, ecc.

Uso: 1-2 cucchiaini al giorno. Si può aggiungere alla fine della cottura di qualunque pietanza cotta in olio, mettere nello yogurt o nel latte, aggiungere al curry dove è già presente. È utile assumerla sempre con un grasso (olio extravergine, burro) o con cibi nei quali è presente una componente lipidica, perché i suoi principi attivi sono liposolubili e quindi viene utilizzata al meglio.

Ancora una volta il grasso alimentare è importante! Anche un po' di pepe nero ne facilita l'assorbimento, ma va assunto solo da un fegato in perfette condizioni. Se si trova, dare preferenza alla curcumina biologica, da conservare in flaconi di vetro scuro a tenuta ermetica, lontano dalla luce e dalla umidità perché la curcumina è molto sensibile alla luce. Utilizzo molto pratico è mettere qualche cucchiaino di polvere di curcumina in un vasetto di vetro, ricoprirlo di olio extravergine di oliva e aggiungere qualche grano di pepe schiacciato, che ne facilita l'assorbimento. In questo modo è pronto all'uso, da aggiungere a carni, pesce o verdure cotte, secondo gradimento.

CURCUMA RICETTE

▶ **Salsa di pomodoro alla curcumina:** sciogliere 1 cucchiaino di curcumina con 1 cucchiaino di olio, aggiungere poco aglio, prezzemolo e peperoncino tritati. aggiungere al pomodoro di condimento della pasta. esalta il sapore. Aggiungere una puntina di curcumina al curry, che già la contiene, per aumentarne l'effetto.

▶ **Latte d'oro:** un'antica ricetta ayurvedica prevede l'aggiunta di una puntina di curcumina (fino a mezzo cucchiaino) nel latte e nello yogurt. L'azione della curcumina di stimolo della cistifellea favorisce la gestione epatica del latte.



► **Latte d'oro secondo Eurosalus:** 1 cucchiaino di curcuma, 1 cucchiaino di olio di mandorle in latte tiepido tutte le mattine. Nella tradizione yogica indiana si utilizza per "oliare" le giunture. La curcuma è galattogena come il finocchio.

CURCUMA: UN POSSIBILE AIUTO CONTRO IL TUMORE?

Scritto da Dr Francesco Perugini Billi, martedì 9 settembre 2008

In India, è utilizzata almeno da 6000 anni, come medicina, cosmetico, spezia e colorante (per 2000 anni le tuniche dei monaci buddisti sono state tinte con questa radice). Per gli indiani è un simbolo di prosperità e un mezzo di purificazione per tutto il corpo. La medicina ayurvedica le attribuisce numerose proprietà (antibatteriche, antinfiammatorie, antiallergiche, antispastiche, ecc.), molte delle quali confermate dalla scienza moderna.

Botanicamente, appartiene alla famiglia delle Zingiberacee, cui fanno parte anche lo zenzero e il cardamomo. La droga, che è di un bel colore dorato, si ricava dal rizoma. Contiene centinaia di componenti, cui sono state attribuite oltre 300 attività biologiche diverse. Per esempio, almeno 20 componenti possiedono una provata azione antibatterica. Tuttavia, i ricercatori si sono concentrati soprattutto su uno di questi, la curcumina. Il primo studio su questa sostanza risale agli anni '70, quando un gruppo di ricercatori indiani dimostrò il suo effetto ipocolesterolemizzante sui ratti. Il grosso delle ricerche però prese il via circa 20 anni dopo, ad opera soprattutto del Prof. Bharat Aggarwal. Questi, negli anni '80, fu il primo a purificare il TNF alfa e beta (Fattore di Necrosi Tumorale), un potente fattore antitumorale prodotta dal nostro organismo. Questa molecola, infatti, è in grado di distruggere i tumori, ma solo se rilasciata localmente. Se invece circola liberamente nel sangue, ha un effetto opposto, cioè può facilitarne la crescita: il TNF stimola una importante proteina la kappa B (NF kappa B) che a sua volta attiva una serie di geni coinvolti nell'infiammazione e nella proliferazione cellulare. Questa associazione tra infiammazione e proliferazione cellulare fece tornare Aggarwal indietro con la memoria alle sue radici indiane. Gli venne in mente che la medicina ayurvedica utilizza la curcuma come un valido rimedio antinfiammatorio. Allora, la mise a contatto con le colture cellulari e, con sua grande sorpresa, l'attività del TNF e del NF kappa B fu prontamente bloccata. In seguito, fu in grado di dimostrare che è soprattutto la curcumina a possedere la capacità di inibire questi fattori ed impedire la replicazione e la diffusione delle cellule tumorali.

Da allora sono stati condotti centinaia di studi. Secondo i ricercatori, la curcumina potrebbe essere utile almeno in 8 tumori: polmoni, bocca, colon, fegato, rene, pelle (melanoma), mammella e leucemia. La curcumina ha inoltre mostrato di possedere altre attività di estremo interesse, tra cui quelle anticoagulanti, antiipertensive, antinfiammatorie, antidiabetogene, antiossidanti, antivirali.



LO ZENZERO

È una spezia con notevoli proprietà protettive, soprattutto nei mesi invernali freddi e umidi per le sue proprietà riscaldanti. Fin dall'antichità veniva considerato un tonico anche sul piano spirituale.

La sua chimica è piuttosto complessa: contiene più di quattrocento composti, tra cui i gingeroli (proteggono il fegato dalle tossine) e shogaoli (azione antipiretica, antinfiammatoria, analgesica analoga a quella dell'aspirina) che gli conferiscono il caratteristico sapore piccante, diversi oli essenziali, enzimi, mucillagini, resine. Si può utilizzare fresco o secco. Lo zenzero fresco ha un aroma molto intenso e piccante, è più adatto quando si ha bisogno di sfruttare le sostanze volatili che contiene. Lo zenzero disidratato, a causa dell'essiccazione, concentra il suo contenuto di shagaoli dieci volte più di quello fresco.



Proprietà

▶ Lo zenzero stimola la produzione degli eicosanoidi¹ (prostaglandine, trombassani e leucotrieni), che partecipano all'attività del sistema immunitario.

▶ Migliora la circolazione favorendo la fluidificazione ematica.

▶ Ha un'attività "anti-ossidante e anti-infiammatoria, dovuta sia all'inibizione della ciclo-ossigenasi e della lipo-ossigenasi, con inibizione della formazione dei leucotrieni, dei trombassani e delle Prostaglandine; pertanto, lo zenzero è da impiegare in funzione della riduzione dei processi infiammatori conseguenti alla Cascata Immunitaria"².

▶ Potente è la sua azione anti-emetica (contro il vomito) e di sollievo per la nausea, ad opera dei gingeroli.

▶ Effetti sulla digestione: lo zenzero stimola le secrezioni salivari biliari e gastriche, favorendo la digestione e la peristalsi; stimola la produzione degli enzimi digestivi agevolando la digestione delle proteine; ha effetti tonici sulla digestione; rinforza il rivestimento mucoso del tratto gastrointestinale superiore impedendo la formazione di ulcere; agisce contro i parassiti intestinali, sia mediante l'inibizione dei patogeni intestinali che favorendo il riequilibrio della flora intestinale.

▶ Ottimo contro la diarrea.

¹ Gli squilibri della sintesi e nel rilascio degli eicosanoidi sono all'origine di molte patologie, a partire dall'artrite e dall'ulcera peptica fino ad arrivare all'aumento di aggregazione piastrinica causa di infarti e ictus.

² Giuseppe Nacci, Mille piante per il cancro senza chemioterapia. Un volume di 800 pagine circa, ampiamente corredato da studi scientifici, liberamente scaricabile da internet.



- ▶ Prezioso nell'influenza e nelle implicazioni respiratorie, sia come preventivo che curativo perché stimola e favorisce la sudorazione e l'espettorazione.
- ▶ Ha un'azione fortemente energizzante, per cui è utile in caso di astenia.
- ▶ Utile contro le vampate menopausali.
- ▶ Ha proprietà antitumorali: ricercatori dell' Hormel Institute di Austin (Minnesota) hanno messo in evidenza la sua azione anticancerogena nell'inibizione della crescita del tumore del colon-retto. È stata studiata anche la sua azione di apoptosi su tumori relativa all'attività proteolitica.

- ▶ Come antinfluenzale, delizioso è il tè allo zenzero. La dose per persona è la seguente: si mette un cucchiaino da tè di zenzero fresco grattugiato in una tazza di acqua bollente, si copre e si lascia in infusione per dieci quindici minuti. Poi si filtra e si aggiunge miele a piacere. Oppure d'estate si può aggiungere una parte di zenzero fresco grattugiato in tre parti di miele grezzo e tenere tutto in frigorifero per utilizzarlo mettendone un cucchiaino in acqua fredda o calda per una bibita rinfrescante o un tè tonificante. Se assunto a digiuno e in grande quantità può provocare bruciori di stomaco. È consigliabile usarlo a stomaco pieno, oppure con altri alimenti.

- ▶ Contro influenza e raffreddore: mettere in una tazza di acqua bollente una puntina di cannella, un quarto di limone tagliato a pezzetti con la buccia se non trattato e un cucchiaino di zenzero fresco grattugiato, lasciare in infusione 5 minuti prima di bere.

Con azione diversa si può anche utilizzare lo zenzero secco.

- ▶ Come energizzante e antiastenico: grattare un cucchiaino o più di zenzero, aggiungerlo a succo di limone e miele, da assumere puro o diluito in acqua. Utile anche come digestivo, contro la flatulenza, il meteorismo e il gonfiore intestinale, e sotto forma di cataplasmi nei reumatismi e nei dolori dentari o per far maturare il catarro.

- ▶ Per stimolare la secrezione gastrica nelle gastriti atrofiche: tritare o grattare 1 fettina di zenzero, aggiungere 1 pizzico di sale, una puntina di cucchiaino di miele e qualche goccia di limone, assumere prima dei pasti principali.

- ▶ Contro la nausea: assumere mezzo cucchiaino di polvere di zenzero ogni 4 ore, anche in capsule, oppure da 10 a 40 gocce di tintura di zenzero, oppure masticare un pezzetto di radice di zenzero.

- ▶ Contro la nausea in viaggio: cominciare ad assumere le gocce il giorno prima della partenza oppure masticare un pezzetto di zenzero fresco mezz'ora prima e durante il viaggio.

- ▶ Flatulenza e infiammazioni intestinali: tisana fatta con un cucchiaino di zenzero secco e un cucchiaino di zenzero fresco grattato.

- ▶ Artrite reumatoide: impacchi di zenzero e massaggi con olio di mandorle allo zenzero. Il trattamento deve essere costante e prolungato. L'olio si prepara



mettendo in infusione 30g di radice di zenzero fresco grattata o tagliata a pezzetti minutissimi in 300g di olio di mandorle dolci. La preparazione va fatta in una bottiglia di vetro scuro e poi filtrata. Se fatta in 500 cc di olio extravergine di oliva può essere usata per condire.

► Contro l'emicrania³: 500-600 mg di zenzero in polvere con un po' d'acqua, l'effetto bloccante sul mal di testa compare dopo 30 minuti. Ripetere la dose ogni 4 ore per 3/4 giorni. In totale 1,5-2 grammi al giorno. Come preventivo aggiungere zenzero fresco crudo alla propria dieta ogni giorno (si grattugia con una apposita grattugia di ceramica che si trova nei negozi di alimentazione naturale).

Punch antinfluenzale e contro il freddo: scaldare un bicchiere d'acqua in un pentolino con dentro un pezzetto di cannella, 1 di zenzero e 2 chiodi di garofano. Appena arriva a bollire spegnete e lasciare in infusione per 5 minuti. Mettete in un bicchiere un cucchiaino di miele e 1 cucchiaino di Cointreau o altro liquore all'arancio.

ZENZERO RICETTE

► Condimento allo zenzero per migliorare le prestazioni intellettuali: mettere in un barattolino una dose di curcuma, 2 di salvia tritata, 1 di zenzero secco. Aggiungere questa miscela ai cibi per migliorare le prestazioni intellettuali.

Olio allo zenzero per condimento: mettete in infusione 30g di radice di zenzero fresco grattato o tagliata a pezzetti minutissimi in 500 g di olio extravergine d'oliva. La preparazione va fatta in una bottiglia di vetro scuro, tenuta in infusione per almeno una settimana in luogo scuro.

Miele allo zenzero: 200 gr di miele non industriale, ma da apicoltura italiana, 50 g di zenzero fresco grattato. Utile per alleviare la tosse.

Spaghetti allo zenzero: far soffriggere leggermente uno spicchio di aglio in olio extravergine di oliva e aggiungere a fuoco spento una grattata abbondante di zenzero. A fine cottura degli spaghetti, riaccendere il fuoco sotto il condimento e saltare velocemente gli spaghetti in padella.

Pollo allo zenzero: marinare una notte il pollo a pezzetti con succo di limone e zenzero grattato. Metterlo in padella con aglio olio e la sua marinata, far cuocere rapidamente a fuoco vivace.

³ Dal sito www.dottorperuginibilli.it.



Patate e cipolle allo zenzero: affettare finemente una o due cipolle di media grandezza e insaporirle in olio. Aggiungere un po' d'acqua e far cuocere a fuoco moderato per 5 minuti. Unire due patate affettate o tagliate a tocchetti, coprire fino a metà con acqua fredda e lasciar cuocere per 20 minuti circa. Aggiungere a fine cottura un pizzico di zafferano e ½ cucchiaino di zenzero in polvere o fresco grattugiato preferibilmente in una grattugia di vetro o di ceramica, qualche oliva nera il succo di ½ limone e la scorza grattata del limone ed eventualmente peperoncino coriandolo e cumino se graditi.

Purè allo zenzero: per 4 persone 1 Kg di patate, 50 g di burro di ottima qualità, 1 cucchiaio di zenzero fresco grattato, latte quanto basta, parmigiano grattato, sale. Dopo aver lessato e schiacciato le patate, scaldare il latte sul fuoco, aggiungere il cucchiaio di zenzero e poi mescolare il latte aromatizzato allo zenzero con le patate, mescolando sul fuoco. A fine cottura aggiungere il burro dopo aver tolto dal fuoco.

Riso integrale condito con aglio olio allo zenzero e rosmarino: far soffriggere leggermente l'aglio e l'olio insieme al rosmarino, alla fine aggiungere un cucchiaio di zenzero fresco grattato subito prima di ripassare il riso integrale nell'intingolo, velocemente a fiamma vivace.

Riso limone zenzero e menta: insaporire il riso bollito in padella rapidamente in olio, succo di ½ limone e zenzero grattato, spegnere rapidamente e aggiungere la buccia del limone grattata solo se non trattato, qualche foglia di menta e una spolverata di parmigiano regiano.

Insalata di arance, finocchi e zenzero fresco grattato, semi di sesamo, limone.

Yogurt, curcuma, zenzero e frutta fresca o secca: unire a 250 g di yogurt bianco intero di prima qualità (assicurarsi della presenza di fermenti vivi) 250 g di frutta mista, dopo aver mescolato allo yogurt ½ cucchiaio di curcuma e 1 cucchiaio di zenzero fresco o in polvere. Unire un cucchiaio di semi di lino frullati al momento 4 per utilizzare al massimo gli acidi grassi essenziali. Eventualmente si può anche frullare. Questa preparazione sostituisce un pasto.

Dott.ssa Laura Masini

Biologa Nutrizionista

Tel. 339 8324323 - E-mail: masini_laura@virgilio.it

Alimentazione e tumore della mammella

Studi volti ad integrare molteplici risultati clinici hanno dimostrato come le abitudini alimentari incidano fortemente su alcuni tumori ed in particolare quelli a carico dell'apparato gastrointestinale (esofago, stomaco e colon-retto). Studi più recenti hanno messo in evidenza come il tipo di alimentazione influisca non solo sullo stato di infiammazione, che può predisporre a ogni forma di cancro, ma anche sull'equilibrio ormonale, contribuendo allo sviluppo dei tumori della prostata nell'uomo e del seno nella donna. In particolare, almeno quattro importanti fattori di rischio per il cancro al seno sono influenzati dall'alimentazione:

- 1) menarca in età precoce
- 2) menopausa in età avanzata
- 3) alti livelli di ormoni femminili nel sangue
- 4) elevati livelli di colesterolo endogeno.

L'esposizione ad un eccesso di ormoni femminili, in particolare gli estrogeni che stimolano la crescita delle cellule mammarie, porta ad un rischio maggiore di cancro al seno. Le donne che seguono una dieta ricca di cibi di origine animale con un ridotto apporto di cibi di origine vegetale, raggiungono la pubertà con anticipo e la menopausa con ritardo, prolungando la durata di esposizione agli estrogeni. I grassi, in particolare quelli saturi, sono associati ad un incremento della cancerogenesi rispetto ai grassi di origine vegetale. I grassi saturi si trovano nei latticini (latte intero, burro e formaggi), nella carne (in particolare nel grasso visibile), nei grassi animali (lardo, strutto) ma anche in alcuni vegetali, come l'olio di cocco, l'olio di palma ed il cioccolato. Questi ultimi sono largamente utilizzati nell'industria alimentare, soprattutto per la preparazione di dolci e prodotti da forno.

DIETA E TUMORE MAMMARIO: PREVENZIONE PRIMARIA

Evidenze epidemiologiche significative, che dimostrano come la dieta influenzi il rischio di insorgenza di questo tumore, invitano a:

- 1) ridurre l'assunzione di alcool (vino bianco e rosso, birra) e di grassi totali;
- 2) aumentare il consumo di fibre dopo la menopausa;
- 3) controllare il peso durante la vita adulta, in particolare dopo la menopausa;
- 4) aumentare il consumo di verdure.

Alcuni composti naturali sono in grado di bloccare o rallentare la proliferazione delle cellule tumorali, altri inducono le stesse a morire per apoptosi

(morte cellulare programmata), altri ancora hanno la proprietà di arrestare lo sviluppo di nuovi vasi (processo che prende il nome di angiogenesi). Tra questi composti, che prendono il nome di fitochimici, ricordiamo:

▶ il **licopene** nei pomodori, che viene liberato da essi attraverso il riscaldamento ed, in maggiori quantità, in presenza di olio di oliva;

▶ i **glucosinolati** contenuti nelle crucifere (cavoli, cavoli di Bruxelles e broccoli) che vengono liberati dalle foglie durante la masticazione e, in presenza dell'enzima mirosinasi, contenuto naturalmente in questi vegetali, danno origine agli isotiocianati tra cui il sulforafano, una molecola contenente zolfo che conferisce il caratteristico odore di cavolo. Inoltre, le crucifere contengono alte concentrazioni di indolo-3-carbinolo, una sostanza capace di modificare l'attività di specifici enzimi e di favorire la formazione di composti protettivi come il 2-OH estrone;

▶ gli **isoflavoni** contenuti nella soia (farina di soia, latte di soia, formaggio tofu, soia fermentata o miso). La caratteristica principale degli isoflavoni è la loro somiglianza con gli estrogeni (si chiamano anche fitoestrogeni) ma con una attività estrogenica minore. Molti studi dimostrano che le donne asiatiche che consumano soia già in giovane età ed in elevate quantità hanno un basso rischio di cancro al seno rispetto alle donne dei Paesi occidentali;

▶ gli **omega-3**, acidi grassi essenziali contenuti nei pesci grassi (sardine e salmone selvatici, non di allevamento, di cui tuttavia non si deve abusare perché contengono più calorie di altri pesci) e principalmente nei semi di lino. È importante sottolineare la necessità di non aumentare l'apporto di omega-6, un altro tipo di acidi grassi essenziali contenuti nella carne, nelle uova, nel pollame e negli oli di semi, a causa dei loro effetti negativi correlati alla formazione di sostanze pro-infiammatorie;

▶ i **polifenoli** contenuti nelle arance con potere anti-ossidante;

▶ le **catechine**, un particolare tipo di polifenoli e contenute nel tè verde (tè verde giapponese più di quello cinese);

▶ il **lentinano**, contenuto in alcuni funghi come il *Pleurotus ostreatus* detto "orecchione" e nei funghi champignon de Paris;

▶ l'**acido ellagico**, un tipo di polifenolo contenuto in lamponi, fragole e melograno, con attività inibitoria dell'angiogenesi;

▶ la **curcuma** (contiene la curcumina) e lo zenzero (contiene il gingerolo) che sono spezie con proprietà anti-infiammatorie;

▶ l'**apigenina**, contenuta nelle piante aromatiche tipiche della cucina mediterranea (prezzemolo, finocchio, cumino) con attività anti-infiammatoria e anti-angiogenetica.

Recentemente l'olio extravergine di oliva ha ricevuto una grande attenzione grazie ai numerosi dati che dimostrano come i Paesi del Mediterraneo hanno una più bassa incidenza e mortalità non solo di patologie cardiova-

scolari ma anche di alcuni tipi di tumore, tra cui il cancro mammario, rispetto ai Paesi del Nord America e del Nord Europa, grazie al consumo di fibre, pesce, frutta, verdure e olio di oliva. Gli effetti benefici dell'olio extravergine di oliva sono dovuti all'alto contenuto di acido oleico, ad una quantità moderata di acidi grassi polinsaturi, ad un basso rapporto Omega-6/Omega-3 ed alla ricchezza in composti bioattivi ad attività anti-ossidante. Molteplici studi hanno esaminato anche l'associazione tra cancro mammario, indice di massa corporea (BMI, Body Mass Index è un indicatore dello stato nutrizionale del corpo umano che correla l'altezza con il peso del soggetto), distribuzione del grasso corporeo e incremento di peso in età adulta dimostrando che, dopo la menopausa, condizioni di sovrappeso o di obesità aumentano il rischio. Le donne in menopausa in sovrappeso hanno livelli più alti di estrogeni in quanto, dopo il climaterio, la conversione degli androgeni in estrogeni avviene soprattutto nel tessuto adiposo.

DIETA, TUMORE MAMMARIO E PREVENZIONE TERZIARIA: RUOLO DELL'ALIMENTAZIONE DURANTE LA TERAPIA DEL CARCINOMA MAMMARIO

Diversi studi scientifici hanno dimostrato l'utilità di una dieta salutare nella prevenzione delle ricadute del cancro mammario in donne già colpite (prevenzione terziaria). Infatti, la dieta ha un ruolo rilevante anche nel rendere più tollerabili i regimi chemioterapici e radioterapici, nell'aumentare la sopravvivenza attraverso la prevenzione delle complicanze e recidive di malattia e nel miglioramento della qualità di vita. Nei pazienti sovrappeso o che aumentano di peso in corso di terapia è necessario ridurre l'apporto calorico consumando meno grassi, meno dolci e bevande che hanno un alto contenuto calorico (succhi di frutta, tè, bibite). È utile scegliere pane e pasta integrali e aumentare l'attività fisica per bruciare l'energia in eccesso, che si accumula sotto forma di grasso. L'obesità è associata ad alti livelli circolanti di insulina, più bassa sensibilità e resistenza all'insulina e più bassi livelli di adiponectina, un ormone anti-infiammatorio con effetti protettivi nei confronti del diabete di tipo 2 e del cancro della mammella.

CONCLUSIONI

È importante adottare misure che assicurino il mantenimento di una buona alimentazione in primis nella prevenzione delle malattie, ma anche attraverso il supplemento di nutrienti che le terapie anti-neoplastiche possono modificare quantitativamente al fine di evitare una compromissione nutrizionale e le possibilità di recidive.

Dott.ssa Gabriella Mincione, Ph.D.

Università "G. d'Annunzio" di Chieti-Pescara

Dipartimento di Scienze Mediche, Orali e Biotecnologiche

DIRITTI DEL MALATO

- 1| ESENZIONE
- 2| ASSISTENZA
- 3| LAVORO
- 4| PREVIDENZA

- 5| LEGISLAZIONE REGIONALE
- 6| GLOSSARIO ONCOLOGICO
- 7| U.R.P.
- 8| TRIBUNALE DEI DIRITTI DEL MALATO

IL DECRETO LEGISLATIVO 502/92 GARANTISCE:

- L'obbligo, per le strutture sanitarie pubbliche, di fornire un'adeguata assistenza nel rispetto dei diritti dei malati;
- La partecipazione all'azione della pubblica amministrazione e la tutela dei diritti dei cittadini

1 DIRITTO DI ESENZIONE DAL TICKET

Il malato ha diritto all'esenzione totale dal pagamento del ticket per farmaci, visite ed esami appropriati per la cura del tumore (D.M. sanità 329/1999). La domanda, con allegato certificato medico specialistico, deve essere presentata alla propria ASL di appartenenza la quale rilascerà il tesserino di esenzione.

2 ASSISTENZA

L'attuale quadro legislativo è caratterizzato da una differenziata varietà di prestazioni che si distinguono a seconda della natura e della gravità delle minorazioni. La legge definisce queste minorazioni e classifica gli invalidi civili in invalidi totali e invalidi parziali. A queste categorie la legge attribuisce il diritto ad una pensione o assegno, corrispondenti per tredici mensilità. Nei casi di maggiore gravità e precisamente in caso di impossibilità di deambulazione senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o in caso di necessità di assistenza continua, è previsto a favore degli invalidi civili totalmente inabili il diritto all'indennità di accompagnamento, la quale è corrisposta per dodici mensilità senza tener conto delle condizioni economiche. Una particolare indennità, chiamata indennità di frequenza, è stata istituita con la legge 11/10/90 n° 289, a favore degli invalidi minori di 18 anni che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni della propria età a condizioni che essi frequentino centri ambulatoriali pubblici o privati, o scuole pubbliche o private o centri di formazione o di addestramento professionale.

2.1 INVALIDITÀ CIVILE

Il grado di invalidità è determinato in base ad apposita tabella approvata con decreto del Ministero della Sanità 5/2/1992. La legge considera diverse soglie di invalidità, in corrispondenza delle quali prevede diversi benefici.

a) La soglia minima è quella di un terzo, che è richiesta per la qualifica di invalido civile. Con tale grado di invalidità si ha diritto alle prestazioni protesiche e ortopediche.

b) La soglia del 46% è prevista per l'iscrizione nelle liste speciali per l'assunzione obbligatoria al lavoro.

c) La soglia del 67% è prevista per l'esenzione parziale del ticket, quella del 100% per l'esenzione totale. Ai fini delle provvidenze economiche, invece si richiede un grado di invalidità maggiore e cioè:

- di almeno il 74% per il diritto all'assegno mensile in qualità di invalido civile parziale;
- del 100% per il diritto alla pensione di inabilità in qualità di invalido totale e, ove si tratti di soggetti non deambulanti o non autosufficienti, per il diritto all'indennità di accompagnamento.

2.2 ASSEGNO MENSILE

Se la percentuale d'invalidità civile è compresa tra il 74% e il 99%, con età compresa tra i 18 e i 65 anni, si ha diritto all'assegno mensile pari a Euro 279,47 per 13 mensilità (riferito all'anno 2016) purché non si abbia un reddito annuo non superiore a Euro 4.800,38 (riferito all'anno 2015). Al compimento del 65° anno di età (da gennaio 2013 necessita 65 anni e 3 mesi) l'importo dell'assegno viene adeguato a quello dell'assegno sociale.

2.3 PENSIONE INABILITÀ

Se la percentuale d'invalidità è totale cioè del 100%, con età compresa tra i 18 e i 65 anni, si ha diritto alla pensione di inabilità pari a Euro 279,47 per 13 mensilità (riferito all'anno 2016) purché non si abbia un reddito annuo non superiore a Euro 16.532,10 (riferito all'anno 2012).

Al compimento del 65° anno di età (da gennaio 2013 necessita 65 anni e 3 mesi) l'importo della pensione di inabilità viene adeguato a quello dell'assegno sociale.

2.4 INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO

Se l'invalido totale non è in grado di deambulare autonomamente o non è in grado di compiere autonomamente gli atti quotidiani della vita, ha diritto all'indennità di accompagnamento pari ad Euro 512,34 per 12 mensilità (riferito all'anno 2016).

2.5 INDENNITÀ DI FREQUENZA

Se l'invalido civile minore di 18 anni ha difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni della propria età e frequenta centri ambulatoriali pubblici o privati, o scuole pubbliche o private o centri di formazione o di addestramento professionale, ha diritto all'indennità di frequenza pari ad Euro 279,47 per i periodi di frequenza al centro di riabilitazione o scuola pubblica/privata (riferito all'anno 2016) purché non si abbia un reddito annuo non superiore a Euro 4.800,38 (riferito all'anno 2015).

2.6 PROCEDURA PER IL RICONOSCIMENTO DELL'INVALIDITÀ

Dal 1° gennaio 2010 le domande per il riconoscimento delle condizioni di invalidità civile, handicap, disabilità e leggi connesse, sono inviate, ai sensi della Legge 102/2009, alla sede provinciale INPS esclusivamente per via telematica dal cittadino ovvero anche tramite i Patronati e le Associazioni di categoria.

La nuova procedura, pertanto, prevede quanto segue:

- il cittadino si reca dal medico certificatore (che può anche non essere il medico di base) per la "certificazione medica" attestante l'infermità;
- la certificazione viene compilata dal medico solo on line collegandosi sul sito internet dell'INPS. Il medico, dopo l'invio telematico del certificato, consegna al cittadino la stampa del certificato da lui firmato (che dovrà essere esibita all'atto della visita) e la ricevuta di trasmissione con il relativo numero di codice alfanumerico assegnato. Il cittadino a questo punto ha due soluzioni possibili per l'inoltro della richiesta della specifica prestazione all'INPS ovvero a richiedere il PIN personale alla sede INPS e quindi compilare la "domanda" esclusivamente on line (collegandosi sul sito internet dell'INPS) abbinando alla stessa il numero di certificato indicato sulla ricevuta di trasmissione rilasciata dal medico certificatore oppure presentare la richiesta, come già detto in premessa, tramite i Patronati, le Associazioni di Categoria o gli altri soggetti abilitati. N. B. In caso di ricovero presso strutture pubbliche con retta a carico dello Stato, l'indennità di accompagnamento viene sospesa.

2.7 DECORRENZA

Tutti i benefici che vengono riconosciuti in seguito alla richiesta dell'invalidità civile decorrono dal mese successivo alla presentazione della domanda.

2.8 RICORSI

È entrato in vigore nell'anno 2012 il **nuovo iter procedurale relativo ai ricorsi in materia di invalidità, sia civile che pensionabile**: non più facoltà di ricorsi giudiziali, ma obbligo di accertamenti tecnici preventivi.

Ovvero, verifiche delle “condizioni sanitarie adottate a sostegno delle pretese che si intendono far valere in giudizio”. **Scopo del provvedimento:** arrivare a pronte **mediazioni tra ricorrenti senza passare per il Tribunale.**

Il nuovo articolo n. 445 bis del codice di procedura civile sancisce per le controversie in materia di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità e per quelle relative alle prestazioni di cui agli artt. 1 e2 della legge n. 222/84, **l’obbligatorietà dell’accertamento tecnico preventivo** ai fini della verifica delle condizioni sanitarie adottate a sostegno delle pretese che si pendono far valere in giudizio.

La riforma, introdotta dalla manovra correttiva dal 1° gennaio 2012, stabilisce che chi intende proporre in giudizio domanda per il riconoscimento dei propri diritti presenta istanza di accertamento tecnico preventivo. In altre parole, non si procede più alla presentazione del ricorso introduttivo per il giudizio, ma deve essere depositata, presso la Cancelleria del Tribunale di residenza, l’istanza di accertamento tecnico ha lo **scopo di verificare preventivamente le condizioni sanitarie che possono o meno legittimare la richiesta.** Il giudice procede secondo le disposizioni sulla consulenza tecnica preventiva ai fini della conciliazione della lite, in quanto compatibili, e secondo le previsioni inerenti la consulenza tecnica d’ufficio.

La consulenza tecnica preventiva avrebbe come **obiettivo la possibilità di accordo tra le parti senza dare inizio al contenzioso giudiziale.** L’accertamento tecnico preventivo è la condizione obbligatoria di procedibilità della domanda.

L’improcedibilità deve essere rilevata non oltre la prima udienza dal consulente tecnico d’ufficio (CTU). **È il giudice ha procedere poi secondo le disposizioni della consulenza tecnica, intimando o meno l’erogazione delle prestazioni dovute.**

In caso di contestazione delle decisioni del CTU, si ha tempo trenta giorni per un ricorso introduttivo del giudizio in merito, specificando però i motivi della contestazione: inappellabile tuttavia il giudizio. In assenza di contestazione, invece, il giudice omologa con decreto l’accertamento del requisito sanitario presentato nella relazione del consulente. A quel punto, gli organi competenti hanno fino a 120 giorni per il pagamento delle prestazioni dovute.

Il nuovo iter riguarda dunque tutti i futuri contenziosi giudiziari relativi a invalidità civile, cecità, sordità, ma anche pensione di inabilità e di invalidità “pensionabile”, ovvero quelle pensioni riconosciute a lavoratori divenuti disabili totali o parziali nel corso della loro vita lavorativa o aggravati, se già disabili, al momento dell’assunzione.

LEGGE - QUADRO SULL'HANDICAP: 104/92

La Legge 104/92 contiene le norme generali da seguire nei vari campi della prevenzione, cura e riabilitazione, in modo da prevenire e rimuovere le condizioni invalidanti che impediscono lo sviluppo della persona umana, il raggiungimento della massima autonomia possibile e la partecipazione della persona diversamente abile alla vita della collettività, nonché la realizzazione dei diritti civili, politici e patrimoniali. Esso costituisce la carta dei diritti dell'invalido. Per il riconoscimento della legge 104/92, l'invalido civile deve presentare domanda, con le stesse modalità indicate al punto 2.6. Per i disabili riconosciuti tali in base alla legge 104/92 - art. 3 -, sono previste le seguenti agevolazioni:

- **detraibilità ai fini IRPEF delle spese per mezzi di locomozione (acquisti e riparazioni);**
- **applicabilità dell'IVA al 4% per l'acquisto di auto;**
- **esenzione dal pagamento del bollo auto;**
- **esenzione delle imposte di trascrizione sui passaggi di proprietà;**
- **agevolazioni IRPEF per spese sanitarie e mezzi di ausilio;**
- **aliquota IVA agevolata per l'acquisto di sussidi tecnici ed informatici (computer, fax, modem e altro sussidio telematico).**

Per informazioni dettagliate sull'ammissione alle agevolazioni **che richiedono particolari condizioni** rivolgersi all'Agenzia delle Entrate competente per territorio.

TABELLA RIASSUNTIVA

PER TUTTI	34% O CON DIFFICOLTÀ PERSISTENTI A SVOLGERE LE FUNZIONI PROPRIE DELL'ETÀ	STATUS DI INVALIDO PROTESI E AUSILI
UOMINI 18 - 65	46%	COLLOCAMENTO
DONNE 18 - 60		OBBLIGATORIO
18 - 65	51%	CONGEDO PER CURE
PER TUTTI	67%	ESENZIONE TICKET
18 - 65	74%	ASSEGNO MENSILE
MINORI DI ANNI 18	SOGGETTI CON DIFFICOLTÀ PERSISTENTI A SVOLGERE I COMPITI E LE FUNZIONI DELLA PROPRIA ETÀ	INDENNITÀ MENSILE DI FREQUENZA
18 - 65	100%	PENSIONE INABILITÀ
PER TUTTI	SOGGETTI CON IMPOSSIBILITÀ A DEAMBULARE SENZA ACCOMPAGNATORE O CON IMPOSSIBILITÀ DI COMPIERE AUTONOMAMENTE GLI ATTI QUOTIDIANI DELLA VITA	INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO

3 LAVORO

“Il diritto al lavoro è iscritto tra i fondamentali principi della nostra costituzione. Il diritto costituzionale è per tutti, sani e malati”. L’innovazione più rilevante, in tema di politiche del lavoro rivolte al lavoratore disabile, è rappresentata dalla legge n° 68 12.3.99 che ha introdotto modalità di inserimento mirato, nel senso che tiene conto delle capacità lavorative della persona e del grado di funzionalità e operatività dell’ambiente di lavoro.

LA LEGGE SI APPLICA A MALATI ONCOLOGICI CHE:

- non hanno un lavoro
- hanno riconosciuta un’invalidità superiore al 46%
- sono iscritte a liste speciali di collocamento obbligatorio e prevede il “Collocamento Mirato” presso datori di lavoro pubblici e privati attraverso l’obbligo di assumere:

- a) 7% di lavoratori disabili nelle aziende se occupano più di 50 dipendenti
- b) 2 lavoratori disabili se occupano da 36 a 50 dipendenti
- c) 1 lavoratore se occupano da 15 a 35 dipendenti.

Quindi i datori di lavoro sono tenuti ad inviare agli uffici competenti un prospetto nel quale si enunci il numero complessivo di lavoratori dipendenti e i posti di lavoro per i lavoratori con invalidità.

Iscrizioni alle liste speciali: si tratta di una compilazione da parte di un comitato tecnico, istituito presso la commissione provinciale per il collocamento obbligatorio, nella quale sono indicate le residue capacità lavorative della persona (percentuale di invalidità). Sulla base di quanto è contenuto sulla scheda, del reddito dell’interessato, del numero di persone a carico e dell’anzianità dell’iscrizione, viene formata una graduatoria unica pubblica di precedenza nell’avviamento al lavoro della persona.

3.1 PERMESSI LAVORATIVI

L’art. 33 Legge.104/1992 prevede che i cittadini, a cui è stato riconosciuto lo stato di invalidità o di “handicap” in situazioni di gravità, hanno il diritto di poter usufruire di permessi lavorativi di 2 ore al giorno oppure di 3 giorni mensili (n.b. non è ammessa la cumulabilità tra i due tipi di benefici, ma è consentito variare, a seconda delle esigenze, di mese in mese la scelta tra le due tipologie). Per l’ottenimento di tali permessi è necessaria la seguente documentazione:

- annuale domanda su apposito modello (mod. hand 3/titolari all.3) in cui sia indicato il periodo dell’assenza dei 3 giorni previsti e/o l’orario dei permessi giornalieri da presentare all’INPS, e, in copia, al datore di lavoro
- dichiarazione della ASL competente attestante la situazione di necessità e/o gravità del lavoratore medesimo a seguito di accertamenti medici, come

previsto dalla stessa legge. I tre giorni mensili sono anche un diritto del familiare che assiste la persona. I familiari per l'ottenimento di tali permessi devono presentare la stessa documentazione sopra menzionata. Se, inoltre, è stata riconosciuta un'invalidità superiore al 50% si ha diritto a 30 giorni l'anno (anche non continuativi) di congedo retribuito per cure mediche connesse alla patologia (ART.26 l.118/1971 E ART. 10 d.LGS. 509/1988). Per i malati oncologici aumenta il tempo di comporta, il tempo durante il quale il datore di lavoro non può licenziare il lavoratore poiché i giorni di assenza occupati dalle terapie (chemioterapia e radioterapia) non sono conteggiabili nei giorni di assenza per malattia, dunque, sono retribuiti normalmente in modo che il cittadino possa mantenere lo stipendio (che altrimenti sarebbe ridotto o azzerato).

3.2 TRASFORMAZIONE DEL CONTRATTO DI LAVORO

Il lavoratore affetto da patologie oncologiche ha il diritto alla trasformazione del lavoro da full-time a part-time. Il contratto di lavoro a tempo parziale deve essere stipulato in forma scritta e deve contenere puntuale indicazione della durata della prestazione lavorativa e dell'orario di lavoro con riferimento al giorno, alla settimana, al mese e all'anno. Il rapporto a tempo parziale può essere: Orizzontale: riduzione dell'orario giornaliero normale; Verticale: quando la prestazione è svolta a tempo pieno ma per periodi determinati nella settimana, nel mese, nell'anno. Misto: quando si presentano entrambe le situazioni precedenti. Quindi, ottenute le certificazioni del proprio stato di salute da parte della commissione medico-legale della ASL, il lavoratore potrà richiedere, per le ridotte capacità suscitate dalle terapie oncologiche, la trasformazione del contratto di lavoro con riduzione proporzionale dello stipendio. Il lavoratore ha, inoltre, diritto di ritornare al vecchio contratto a tempo pieno.

4 PREVIDENZA

Il sistema previdenziale eroga servizi per i cittadini lavoratori che si trovano in difficoltà o in stato di bisogno. I malati oncologici, a seconda della percentuale di invalidità riconosciuta, avranno diritto a:

- assegno ordinario di invalidità
- pensione di inabilità
- assegno mensile per l'assistenza personale e continuativa ai pensionati per inabilità

4.1 ASSEGNO ORDINARIO DI INVALIDITÀ

Il lavoratore ha diritto all'assegno ordinario di invalidità per:

- **INFERMITÀ:** ha una patologia che provoca una riduzione permanente del-

le capacità di lavoro a meno di un terzo, in occupazioni confacenti alle attitudini del lavoratore;

- **CONTRIBUTI:** 260 contributi settimanali, pari a 5 anni, di cui almeno 156 (3 anni) versati nei 5 anni precedenti alla domanda in questione;

- **ASSICURAZIONE:** essere assicurato presso l'INPS da almeno 5 anni. L'assegno decorre dal mese successivo a quello della presentazione della domanda, ha validità triennale e può essere confermato a domanda per tre volte consecutive, dopodiché diviene definitivo. Trasformazione in pensione di vecchiaia: al compimento dell'età pensionabile l'assegno ordinario di invalidità si trasforma automaticamente in pensione di vecchiaia, purché l'interessato abbia cessato l'attività lavorativa e possenga i requisiti previsti: 20 anni di contribuzione, 65 anni di età per gli uomini e 60 per le donne. La Corte di Cassazione ha stabilito che il titolare dell'assegno di invalidità può essere ammesso a fruire anche della pensione di anzianità, in presenza di requisiti richiesti dalla legge. La domanda va presentata a qualunque ufficio INPS direttamente o per il tramite di uno degli enti di patronato riconosciuti dalla legge, che assistono gratuitamente i lavoratori, allegando:

- Modulo di domanda (IO1) da richiedere all'INPS o Enti di Patronato;
- Modello SS3, compilato dal medico del lavoratore, da richiedere all'INPS;
- Certificati anagrafici indicati nel modulo di domanda o dichiarazioni sostitutive. Nel caso in cui la domanda venga respinta, l'interessato può presentare ricorso, al comitato provinciale dell'INPS entro i 90 giorni dalla risposta negativa alla richiesta e successivamente, in caso di reiezione, alla competente magistratura.

4.2 PENSIONE DI INABILITÀ

Il lavoratore ha diritto all'assegno di inabilità quando:

- **INFERMITÀ:** patologia accertata dai medici INPS, da provocare un'assoluta o permanente impossibilità a svolgere qualsiasi lavoro.
- **CONTRIBUTI:** 260 contributi settimanali, pari a 5 anni, di cui almeno 156 (3 anni) versati nei 5 anni precedenti alla domanda.

LA PENSIONE DI INABILITÀ È INCOMPATIBILE CON:

- a) attività lavorativa dipendente
- b) iscrizione negli albi professionali
- c) iscrizione negli elenchi degli operai e agricoltori e dei lavoratori autonomi. La domanda va presentata a qualunque ufficio I.N.P.S., direttamente o per il tramite di uno degli utenti del patronato riconosciuti dalla legge che assistono gratuitamente i lavoratori, allegando:

- Modulo di domanda (Inab. 1) da richiedere a qualunque ufficio INPS o Enti di Patronato
- Modello SS3, compilato dal medico del lavoratore, da richiedere all'INPS
- Certificati anagrafici indicati nel modulo della domanda o dichiarazioni sostitutive.

Decorrenza:

- 1) dal mese successivo alla presentazione della domanda
- 2) dal mese successivo a quello di cessazione dell'attività
- 3) dalla cancellazione dagli elenchi dei lavoratori autonomi.

4.3 ASSEGNO MENSILE PER L'ASSISTENZA PERSONALE E CONTINUATIVA

I pensionati con inabilità riconosciuta, che si trovano nell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore oppure hanno bisogno di un'assistenza continua in quanto non sono in grado di condurre da soli la vita quotidiana, possono richiedere l'assegno per l'assistenza personale e continuativa. L'assegno di assistenza, concessa a domanda dell'interessato e chiesta contestualmente alla domanda di pensione di inabilità, non è reversibile e decorre dal primo giorno del mese successivo alla presentazione della domanda. La procedura per un eventuale ricorso è la medesima dell'assegno ordinario di invalidità (vedere pagine precedenti).

5 LEGISLAZIONE REGIONALE

1) "Regolamento di attuazione dell'art. 32 comma 3 della legge regionale 9 febbraio 2000 n. 6, concernente l'estensione dei provvedimenti di cui alla L.R. 21/4/98 n. 29 ai portatori di patologie oncologiche". L'art. 1 del regolamento 9.11.2000 afferma che i pazienti con patologie oncologiche, certificate dai responsabili dei comprensori e/o da strutture di valenza regionale o da un altro dirigente sanitario da essi delegato, che necessitano di trattamenti medici, clinico laboratoristici, chirurgici, chemioterapici e radioterapici presso le strutture sanitarie regionali possono usufruire dei seguenti rimborsi:

a) Euro 5,16 per i pazienti residenti o domiciliati nel comune ove è ubicata la struttura sanitaria;

b) Un quinto del costo di un litro di benzina super per ogni Km percorso con un mezzo di trasporto proprio o di terzi, dalla residenza o domicilio alla sede della struttura sanitaria, somma almeno pari alla quota forfettaria stabilita al precedente punto a); sono altresì rimborsabili i pedaggi autostradali;

c) Rimborso delle spese di viaggio, formalmente documentate, effettuato con mezzi pubblici (treni o autolinee); tale rimborso è esteso per un accompa-

gnatore qualora le condizioni cliniche del paziente lo richiedano e siano certificate da referti sanitari; Il rimborso delle spese di viaggio può essere richiesto anche nel caso in cui si è trattato di accertamenti effettuati in strutture fuori regione purchè siano stati prescritti ed autorizzati dallo specialista della A.S.L. (o dal proprio specialista oncologico).

d) La Giunta Regionale attraverso le Aziende USL corrisponde per ogni mese di cura un sussidio massimo di Euro 129,11, con l'integrazione di Euro 10,32 per ogni figlio minore di 18 anni, o maggiore disabile, a tutti i pazienti oncologici in possesso delle certificazioni e dei requisiti richiesti dalla legge, ossia dal reddito lordo complessivo non superiore a Euro 30987.414, così come risulta dalla dichiarazione annuale dei redditi: tale importo reddituale viene aumentato di Euro 1032.9 per ogni figlio a carico minore di 18 anni o maggiore disabile; i beneficiari devono altresì essere in possesso della certificazione rilasciata dai referti sanitari che attesti una percentuale invalidante non inferiore al 70% esclusivamente riferita alla azione della patologia neoplastica. La richiesta del rimborso delle spese di viaggio va effettuata alla Tutela Sociale dell'Azienda U.S.L. di riferimento che fornirà all'utente tutta la modulistica necessaria per la relativa istanza.

5.1 TESSERA DI LIBERA CIRCOLAZIONE

La legge regionale n. 40 del 23 luglio 1991 dichiara che il paziente con neoplasia ha diritto alla tessera di libera circolazione sui servizi di linea di concessione regionale se si verificano le seguenti condizioni:

- l'interessato ha una percentuale di invalidità superiore all'80%;
- l'interessato nell'anno precedente a quello della presentazione della domanda ha realizzato un reddito IRPEF non superiore a Euro 7230.39. Per l'ottenimento automatico della tessera di libera circolazione occorre inoltre l'apposita domanda, in carta semplice, al settore trasporti della giunta regionale allegando:

- a) certificato di invalidità
- b) documentazione del reddito IRPEF
- c) certificato di residenza
- d) due foto, una autenticata.

La domanda, inoltre, può essere presentata al comune di residenza.

5.2 CONTRASSEGNO DI LIBERA CIRCOLAZIONE E DI SOSTA

La legge 503 del 1996 dichiara che il paziente neoplastico in terapia ha diritto ad ottenere il contrassegno di libera circolazione e di sosta, che gli consente:

- libero transito nelle zone a traffico limitato e nelle zone pedonali.
- sosta nei parcheggi riservati ai disabili (delimitata dalle strisce gialle) o, in

mancanza di questi, la sosta gratuita nei parcheggi a pagamento. Il contrassegno di libera circolazione e di sosta può essere utilizzato solo quando l'auto è al servizio del malato intestatario poiché è nominativo; l'utilizzo improprio comporta il pagamento di una sanzione e anche l'immediato ritiro del contrassegno. La richiesta va presentata al comune di residenza, all'ufficio della polizia municipale, compilando l'apposito modulo e allegando la certificazione medico-legale che attesti la grave difficoltà motoria. Quando le difficoltà motorie sono temporanee la validità del permesso, stabilita dalla commissione medico-legale, tiene conto dei tempi di recupero della funzionalità motoria; negli altri casi (malattia permanente) il contrassegno è valido per 5 anni ed è rinnovabile.

5.3 PRESCRIZIONE GRATUITA DELLA PROTESI MAMMARIA ESTERNA

"Il servizio sanitario nazionale fornisce gratuitamente, a semplice richiesta corredata da idonea documentazione, la protesi mammaria Esterna alle donne che abbiano subito un intervento di mastectomia monolaterale o bilaterale" (finanziaria 1998). La domanda per la protesi mammaria esterna gratuita deve essere effettuata dal medico specialista, che sia un oncologo, chirurgo, medico del distretto, o comunque da un presidio sanitario pubblico, sull'apposito modulo che verrà rilasciato dalla ASL.

LA RICHIESTA DEVE CONTENERE CHIARAMENTE:

- tipologia di protesi mammaria adatta al tipo di intervento avuto
- il codice ISO del nomenclatore
- il programma terapeutico (per quanto tempo fare uso della protesi mammaria e quando sottoporsi a controlli medici).

N.B. NON È RICHIESTA L'INVALIDITÀ CIVILE.

La protesi sarà ritirata, sotto l'autorizzazione della ASL, gratuitamente presso le farmacie e sarà rinnovabile ogni 3 anni. Regolamento 9-11-2000 N°2 della Legge regionale 9-2-2000 N°6 Art.32 Comma3"Qualora risulti dalle certificazioni sanitarie delle strutture oncologiche che il paziente necessita di essere trasportato mediante autoambulanza, il servizio è assicurato dall'azienda U.S.L. di appartenenza anche mediante convenzioni con associazioni di volontariato che hanno questo servizio.

5.4 AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

L'amministratore di sostegno è una figura istituita con la Legge n. 6 del 9 gennaio 2004, a tutela di quelle persone che, per effetto di un'infermità o di una menomazione fisica o psichica, si trovano nell'impossibilità, anche parziale o temporanea di dover provvedere ai propri interessi. È un tutore delle persone

dichiarate non autonome, viene nominato dal giudice tutelare e scelto, dove è possibile, nello stesso ambito familiare dell'assistito. Possono diventare quindi amministratori di sostegno il coniuge, purchè non separato legalmente, la persona stabilmente convivente, il padre, la madre, il figlio o il fratello o la sorella, e comunque il parente entro il quarto grado. Anziani o disabili, ma anche alcolisti, tossicodipendenti, carcerati, malati oncologici, ciechi, potranno ottenere, anche in previsione della propria eventuale futura incapacità, che il giudice tutelare nomini una persona, che abbia cura della loro persona e del loro patrimonio. Elaborazioni e aggiornamenti a cura del Dott. Massimo D'Angelo (Assistente Sociale dell'Istituto Don Orione di Pescara). Per informazioni telefonare al n. 085.4310570 dalle ore 17,00 alle ore 19,00 dal lunedì al venerdì.

5.6 PROCEDURA PER USUFRUIRE DEL SERVIZIO DI RIABILITAZIONE AMBULATORIALE

Il SSN prevede ai sensi della legge 833/78 ex art. 26 la riabilitazione ambulatoriale per tutti coloro che presentano una limitazione funzionale all'arto superiore e/o edema post intervento chirurgico mammario. La Regione Abruzzo con decreto n. 107 del 20/12/2013 (*Linee guida regionali sulle attività e sulle procedure di competenza del Punto Unico di Accesso e delle Unità di Valutazione Multidimensionale*) ha regolamentato la procedura di accesso al servizio con la seguente modalità. Il cittadino/a deve:

- ▶ RECARSI PRESSO IL MMG E FAR COMPILARE IL MODULO "ALLEGATO N. 2"
- ▶ CONSEGNARE TALE MODULO AL PUA (PUNTO UNICO DI ACCESSO) DEL DISTRETTO SANITARIO DI BASE DI APPARTENENZA PER ESSERE SOTTOPOSTI A VISITA DALLA UVM (UNITÀ DI VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE)

Dopo essere stati sottoposti a visita e aver ottenuto la relativa autorizzazione da parte della UVM per il trattamento riabilitativo, occorre recarsi di nuovo dal proprio MMG e farsi redigere l'impegnativa con la seguente dicitura "*Si richiede trattamento riabilitativo ex art. 26 in regime ambulatoriale per paziente affetto/a da esiti di... (indicare la patologia)*".

Autorizzazione UVM e impegnativa MMG vanno consegnate al responsabile del servizio assistenza riabilitativa di un qualsiasi centro di riabilitazione accreditato per la relativa presa in carico.

Elaborazioni e aggiornamenti a cura del
Dott. D'ANGELO MASSIMO
Assistente Sociale Istituto Don Orione - Pescara

**Per informazioni tel. 333 7452775 dalle ore 17.00 alle ore 19.00
dal lunedì al venerdì**

GLOSSARIO ONCOLOGICO

- A** **ADENOCARCINOMA:** tumore maligno che riproduce la struttura ghiandolare.
ADIUVANTE: vedi chemioterapia.
AGOBIOPSIA: tecnica chirurgica che consiste nel prelevare una piccola parte di tessuto per analizzarla al microscopio.
AGO-ASPIRATO: prelievo, mediante ago sottile, di cellule componenti da un dato tessuto al fine di esaminarle al microscopio.
ALOPECIA: caduta di capelli. Alcuni tipi di chemioterapici (per es. platino derivati, antracicline e taxani) possono determinare la caduta dei capelli e in alcuni casi anche le ciglia, sopracciglia e peli pubici. L'entità della caduta (dall'assottigliamento alla caduta totale) è legata a molte variabili correlate sia alla terapia che a fattori individuali. In ogni caso la caduta dei capelli è temporanea, e la ricrescita avviene anche se c'è stata una caduta completa e se sono stati fatti più trattamenti terapeutici.
ANAMNESI: raccolta di dati fisiologici e patologici, riguardanti i pazienti e i suoi familiari, utili per la diagnosi.
ANGIOGENESI: sviluppo di vasi sanguigni.
- B** **BASALIOMA:** vedi epiteloma.
BIOPSIA: prelievo di una piccola parte di tessuto al fine di esaminarlo al microscopio.
BRACHITERAPIA: posizionamento di sorgenti radioattive direttamente nel tumore o in cavità corporee.
BRENNER (TUMORE DI): tumore prevalentemente benigno dell'ovaio.
- C** **CANCRO:** (tumore maligno, neoplasia maligna, carcinoma) È un termine generico che indica un anormale accrescimento cellulare, infatti le cellule cancerose crescono senza ordine né controllo. Il cancro può formarsi in uno qualsiasi dei nostri organi e tessuti; è possibile che un piccolo numero di cellule si stacchi dal tumore principale e, attraverso il sangue e la linfa, raggiunga altri organi (per es. fegato, polmone, ossa) e dia quindi origine alla metastasi.
- ANGIOSARCOMA:** tumore maligno costituito da vasi sanguigni irregolari rivestiti internamente da cellule tumorali.
ANTIGENE: qualsiasi sostanza che in un ospite può indurre la formazione di anticorpi o una popolazione specifica di linfociti reattivi alla sostanza stessa. Antigene tumore-specifico è un antigene presente sulle cellule tumorali ma non sulle cellule normali dello stesso tessuto.
ANTINEOPLASTICO: vedi chemioterapia
ANTIPROLIFERATIVO: vedi chemioterapia.
ANTITUMORALE: vedi chemioterapia.
APOPTOSI: morte programmata (suicidio) di una cellula che riconosce di avere delle alterazioni non compatibili con la sopravvivenza.
ASTROCITOMA: tumore del sistema nervoso centrale costituito da particolari cellule dette astrociti.
AUTOPALPAZIONE MAMMARIA: tecnica che consente alla donna di palpare le proprie mammelle al fine di identificare cambiamenti della consistenza della ghiandola o variazioni dell'aspetto della cute e/o del capezzolo.
- BRONCHIOLO-ALVEOLARE (CARCINOMA):** particolare istotipo di tumore maligno del polmone.
BRONCOSCOPIA: esame endoscopico dell'albero bronchiale mediante un broncoscopio a fibre ottiche che trasmette luce ed immagini per scopi diagnostici come l'effettuazione di biopsie.
- CARCINOMA:** vedi cancro.
CARCINOSI: disseminazione diffusa di cellule maligne su ampie superfici corporee (es. carcinosi peritoneale).
CHEMIOTERAPIA: consiste nella somministrazione di uno o più farmaci antitumorali (antineoplastici o antiproliferativi) che uccidono o fermano la crescita delle cellule tumorali. Può essere adiuvante: terapia applicata dopo l'intervento chirurgico con lo scopo di distruggere le cellule

neoplastiche non visibili con esame clinico, strumentale o di laboratorio; neoadiuvante: terapia somministrata prima dell'intervento chirurgico, quando la massa tumorale all'esordio è estesa, per indurre una riduzione delle dimensioni del tumore e permettere interventi chirurgici meno demolitivi; palliativa: può essere efficace per attenuare i sintomi negli stati più avanzati di ma-

lattia al fine di migliorare la qualità della vita. **CISTOSCOPIA:** tecnica endoscopica che permette di osservare la cavità vescicale nel suo interno e di eseguire in vescica, mediante adatti strumenti, particolari interventi.

COLPOSCOPIA: metodo di indagine ginecologico per lo studio della portio uterina (parte dell'utero che sporge nella vagina).

D **DISPLASIA:** alterazione della composizione cellulare, quantitativa e qualitativa, di organi e tessuti

E **EMOCROMO:** esame completo delle componenti del sangue, globuli rossi (si esamina forma, grandezza e contenuto di emoglobina), globuli bianchi (neutrofili, eosinofili, basofili e linfociti) e piastrine.

ENDOCRINO: relativo alle ghiandole che immettono il loro prodotto di secrezione nel sangue.

ENDOSCOPIA: tecnica strumentale che permette di osservare, mediante speciali apparecchiature ottiche, la cavità di alcuni organi (per es. stomaco, intestino, bronchi, vescica, utero).

EPATOCARCINOMA: tumore maligno del fegato.

EPITELIOMA: tumore maligno dell'epitelio cutaneo. Può essere baso cellulare (basalioma) o spinocellulare.

ESAME ISTOLOGICO: consiste nell'osservazione al microscopio ottico di una piccola parte di tessuto. L'esame consente di valutare se c'è una malattia in atto, se si tratta di una malattia non tu-

morale (per es. infiammazione) o di un tumore maligno o benigno. L'esame istologico può essere eseguito in tempi brevissimi anche durante l'intervento chirurgico (esame estemporaneo) per guidare l'atto operatorio. L'esame istologico completa la diagnosi e fornisce, in caso di tumore maligno, altre importanti informazioni: **Grandezza:** dimensioni del tumore in filtrante. **Istotipo:** tipo di organizzazione delle cellule tumorali. **Grado di differenziazione:** grado di somiglianza del tumore al tessuto da cui si origina. **Stato recettoriale:** presenza sulle cellule tumorali dei recettori per ormoni. **ErbB2:** recettore per il fattore di crescita HER-2. Fornisce informazioni sulla velocità di crescita del tumore **Ki67:** proteina presente nelle cellule che si stanno moltiplicando. **p53:** proteina presente nelle cellule con DNA alterato.

ESCISSIONE: asportazione chirurgica.

EZIOLOGIA: studio delle cause della malattia.

F **FATTORI DI CRESCITA:** i fattori di crescita stimolano l'organismo a produrre cellule specifiche. Dal punto di vista terapeutico sono molto importanti i fattori di crescita che stimolano la produzione dei globuli bianchi e dei globuli rossi.

FOLLOW-UP: definizione in lingua inglese per indicare l'insieme degli esami clinici, radiologici e di laboratorio utili a seguire l'andamento della malattia.

G **GASTERCTOMIA:** asportazione chirurgica di tutto o parte dello stomaco.

GASTROSCOPIA: esame endoscopico dello stomaco.

GENE: frammento di DNA che contiene le informazioni che consentono alla cellula di produrre una determinata proteina.

GENOMA: insieme di tutti i geni presenti nel DNA.

GLIOBASTOMA MULTIFORME: tumore maligno del Sistema Nervoso Centrale.

GRAY(GY): unità di misura delle radiazioni utilizzate in radioterapia.

- I** **INCIDENZA:** indica il numero di nuovi casi di una specifica malattia che si verifica in un anno.
- IMMUNOTERAPIA (TERAPIA BIOLOGICA):** terapia che utilizza sostanze in grado di modificare le relazioni tra il tumore e l'ospite rafforzando le risposte biologico-immunologiche contro le cellule tumorali. Le sostanze utilizzate a tale scopo possono essere: gli interferoni, l'interleukina 2, anticorpi monoclonali.
- INTRAARTERIOSA (TERAPIA):** infusione di farmaci all'interno delle arterie, in particolare nell'arteria epatica, allo scopo di raggiungere localmente una concentrazione più elevata del farmaco stesso.
- INTRACAVITARIA (TERAPIA):** somministrazione di farmaci all'interno di "uno spazio" (cavità peritoneale, cavità pleurica, sistema nervoso centrale).
- INTRAVENOSA:** somministrazione di farmaci all'interno di una vena.
- IPERCALCEMIA:** aumento della concentrazione di calcio nel sangue.
- IPERPLASIA:** aumento del volume di un organo per aumento del numero delle cellule che lo costituiscono.
- IPERTROFIA:** aumento del volume di un organo per aumento del volume delle cellule che lo costituiscono.
- ISTERECTOMIA:** asportazione chirurgica dell'utero.
- K** **KRUKENBERG (TUMORE DI):** tumore metastatico dell'ovaio che origina da un carcinoma dello stomaco.
- L** **LAPAROSCOPIA:** esplorazione diretta a cielo coperto della cavità peritoneale con un particolare endoscopio che si introduce attraverso una piccola incisione della parete addominale.
- LEUCEMIA:** proliferazione maligna di leucociti del sangue, di cui si distinguono molteplici forme.
- LINFOADENECTOMIA:** asportazione chirurgica della catena linfonodale che drena un determinato distretto corporeo.
- LINFOEDEMA:** accumulo di liquido nei tessuti che ne causa il gonfiore. Può interessare braccia o gambe dopo l'asportazione chirurgica dei vasi linfatici o dei linfonodi ascellari o inguinali.
- LINFOCITOSI:** aumento del numero dei linfociti nel sangue. I linfociti sono un sottogruppo di globuli bianchi che rivestono un importante ruolo nella difesa immunitaria dell'organismo.
- LINFOMA:** tumore maligno che colpisce primitivamente i linfonodi, di cui si distinguono molteplici forme.
- LINFONODO:** nodulo di tessuto linfatico interposto lungo il decorso dei vasi linfatici.
- LINFONODO SENTINELLA:** linfonodo più vicino al tumore. In alcuni tumori (mammella e melanoma) può essere individuato, asportato ed esaminato al microscopio per valutare se è stato raggiunto dalle cellule tumorali. In tal caso viene asportato insieme alla catena linfonodale di cui fa parte.
- LINFOPENIA:** diminuzione del numero dei linfociti nel sangue.
- M** **MAMMOGRAFIA:** esame radiologico per lo studio della ghiandola mammaria.
- MAMMOTONE (TRU-CUT):** tecnica bioptica (v. voce biopsia).
- MARCATORE TUMORALE O MARKER:** si definiscono marcatori tumorali circolanti tutte quelle sostanze che, dosabili nei fluidi biologici, costituiscono un segnale della presenza e del-

- M** lo sviluppo di un tumore. Nella pratica clinica i marcatori vengono valutati nel sangue e il loro dosaggio non è sufficiente per diagnosticare o meno la presenza della malattia, ma è utile, insieme ad altri esami, per seguirne l'andamento nel tempo. Esistono marker valutabili in vari tipi di tumore come il CEA (che è valutabile in neoplasie del tratto gastrointestinale, pancreas, polmone, mammella), e marker valutabili in particolari tipi di tumore come il Ca 15.3 per la mammella, il Ca 125 per l'ovaio, il PSA per la prostata. Tra i marcatori di uso più frequente nella pratica clinica possiamo citare anche: il Ca 19.9 per le neoplasie del tratto gastrointestinale e del pancreas, l'AFP per l'epatocarcinoma ed i tumori del testicolo, l'NSE per i tumori polmonari a piccole cellule.
- MASTECTOMIA:** intervento chirurgico che consiste nell'asportare l'intera mammella ed eventualmente i linfonodi del cavo ascellare dello stesso lato.
- MASTOPATIA FIBROCISTICA:** malattia non tumorale della mammella.
- MEDIASTINO:** spazio compreso tra i due polmoni.
- MELANOMA:** tumore maligno della cute.
- MESOTELIOMA PLEURICO:** tumore maligno della pleura.
- METASTASI:** localizzazioni di un tumore in organi distanti da quello in cui si è originato.
- MICROCITOMA POLMONARE:** tumore maligno del polmone.
- MIELOMA MULTIPLO:** tumore maligno del midollo osseo che origina dalle plasmacellule.
- MONOCLONALI (ANTICORPI):** vedi immunoterapia.
- MUCOSITE:** infiammazione delle mucose (per es. del cavo orale).
- N** **NAUSEA/VOMITO:** la nausea consiste nel disturbo per il cibo, cui può far seguito il vomito, meccanismo i cui viene emesso dalla bocca il contenuto dello stomaco. Nel corso di un trattamento chemioterapico il vomito può essere: acuto se si manifesta entro breve tempo dalla terapia; anticipatorio se precede la somministrazione della terapia; ritardato se si manifesta associato a nausea e rifiuto del cibo (anorexia) anche per più giorni dopo la terapia.
- NEOADIUVANTE:** vedi chemioterapia.
- NEVO:** alterazione non neoplastica del numero e della disposizione dei melanociti della cute.
- NSCLC:** tumore maligno del polmone (carcinoma polmonare non a piccole cellule).
- NUTRIZIONE PARENTERALE TOTALE (NPT):** nutrizione per via venosa che consente di modulare con precisione l'apporto energetico.
- La possibilità di utilizzare o meno l'ormonoterapia è indicata dalla presenza sulle cellule tumorali di particolari strutture, dette recettori, in grado di interagire con i farmaci stessi.
- O** **ORMONOTERAPIA:** si avvale di farmaci che interferiscono con la produzione e con l'azione degli ormoni presenti nel nostro organismo al fine di bloccare la crescita delle cellule tumorali.
- P** **PALLIATIVA (TERAPIA):** terapia somministrata allo scopo di alleviare i sintomi di una malattia in fase avanzata.
- PAGET (TUMORE DI):** lesione del capezzolo che si associa ad un sottostante carcinoma.
- PANCOAST (TUMORE DI):** tumore dell'apice polmonare che invade il plesso nervoso brachiale.
- PATOGENESI:** insieme di meccanismi coinvolti nello sviluppo della malattia.
- PET:** tomografia ad emissione di positroni: indagine diagnostica che consente una misura quantitativa dei fenomeni biologici.
- POLICHEMIOTERAPIA:** chemioterapia che utilizza contemporaneamente due o più farmaci.
- Q** **QUADRANTECTOMIA/ SEGMENTECTOMIA:** intervento chirurgico che consiste nell'asportare un tumore della mammella ed una parte di tessuto sano circostante.

R **RADIOTERAPIA:** la radioterapia utilizza radiazioni ad alta energia indirizzate sull'area della mammella per uccidere ogni eventuale cellula tumorale residua.

RAD: unità di dose in radioterapia corrispondente a 0,01 C Gray.

RECETTORE: vedi ormonoterapia.

S **SARCOMA:** tumore maligno che colpisce tessuti: tessuto adiposo, tessuto muscolare, ossa, cartilagine, vasi sanguigni o linfatici.

SCLC: tumore maligno del polmone detto anche tumore polmonare a piccole cellule o microcitoma.

SCREENING: è un mezzo per riconoscere precocemente la malattia in persone senza sintomi. Il test di screening (ad es. il PAPtest e la mammografia) fornisce indicazioni per identificare le persone sospette, ma la diagnosi deve essere comunque effettuata con un esame istologico o citologico.

SEMINOMA: tumore maligno del testicolo.

T **TAC:** tomografia assiale computerizzata.

TERAPIA GENICA: correzione di disordini genici mediante l'introduzione nella cellula di geni funzionali con vari obiettivi: indurre il suicidio della cellula oppure bloccare l'attivazione dei geni in grado di promuovere lo sviluppo di un tumore. Le applicazioni cliniche della terapia genica richiedono ancora ulteriori approfondimenti.

TERATOMA: tumore formato da vari tessuti diversi da quello in cui si sviluppa, che nella maggior parte dei casi colpisce testicoli e ovaio.

TNM: vedi stadiazione.

TORACENTESI: drenaggio (aspirazione) di liquido dallo spazio pleurico mediante apposito ago.

TOSSICITÀ MIDOLLARE: consiste nel danno provocato dalla chemioterapia al midollo osseo, responsabile della produzione delle cellule del sangue quali: globuli rossi, globuli bian-

RETTOCOLONSCOPIA: esame endoscopico del colon e del retto.

RMN: Risonanza Magnetica Nucleare: indagine diagnostica principale per lo studio dei tumori dell'encefalo e del midollo; completa altri esami per lo studio dell'addome e dei tessuti molli.

SPERIMENTAZIONE CLINICA: detta anche studio clinico controllato o trial clinico, ha lo scopo di valutare gli effetti di nuovi metodi di trattamento o di diagnosi dei tumori in una determinata popolazione.

STADIAZIONE: consiste nel classificare il tumore secondo parametri definiti con criteri internazionali. Il sistema di classificazione più utilizzato è il T N M, dove T indica le dimensioni del tumore principale, N indica il coinvolgimento dei linfonodi (nel caso del tumore della mammella vengono considerati i linfonodi del cavo ascellare), M indica la presenza di metastasi a distanza.

chi e piastrine. I globuli bianchi vivono solo uno o due giorni, per cui la loro carenza, definita leucopenia, si manifesta poco tempo dopo la somministrazione della terapia, soprattutto come carenza di neutrofili (neutropenia). La carenza dei globuli rossi e soprattutto dell'emoglobina in essi contenuta viene definita anemia; un globulo rosso vive circa 4 mesi

nel sangue, per cui l'anemia si manifesta più tardivamente. Le piastrine vivono circa 10 giorni, e la loro carenza si definisce piastrinopenia.

TUMORE: lesione espansiva dovuta a progressiva proliferazione cellulare. Si dice anche neoplasia. I tumori benigni restano localizzati mentre quelli maligni infiltrano i tessuti circostanti e attraverso i vasi linfatici o ematici raggiungono organi e tessuti distanti dove formano lesioni secondarie dette metastasi.

TUMORECTOMIA: asportazione chirurgica di una formazione tumorale.

6 AZIENDA U.S.L. DI CHIETI UFFICIO PER LE RELAZIONI CON IL PUBBLICO U.R.P.

Via dei Vestini - Ospedale Colle dell'Ara - Chieti - Tel. e Fax 0871358539

Numero verde 800171718 - Sito web: urp@asl2abruzzo.it

CHIETI - Ospedale Clinicizzato dal lunedì al venerdì ore 8.00-13.50

Martedì e giovedì dalle 14.40 alle 17.20

ORTONA - Ospedale G. Bernabeo dal lunedì al sabato ore 8.00-14.00 - Tel. 0859172292

Dirigente responsabile: Dott.ssa Giustantonio Chieffo

AZIENDA U.S.L. DI PESCARA UFFICIO PER LE RELAZIONI CON IL PUBBLICO

Via Paolini, 47 65124 Pescara - Tel. 0854253201/2/3/4/5 - Fax 0854253200

E-Mail: info.urp@ausl.pe.it

Sportello informativo: PESCARA - Ospedale Civile - Via Paolini, 47

dal lunedì al venerdì ore 8.30-13.30 - martedì e giovedì dalle 15.00 alle 17.30

Dirigente responsabile D.ssa Tiziana Fulvia Petrella - Tel. 085 4253203



7 TRIBUNALE PER I DIRITTI DEL MALATO

Sezione autonoma di Chieti

SPORTELLO INFORMATIVO:

Osp. Clin. CHIETI Atrio Ingresso Principale

Lunedì, Mercoledì e Venerdì ore 9.30 - 12.30 - Tel. 0871 358583

Osp. G. Bernabeo - ORTONA

Lunedì, Mercoledì e Venerdì ore 9.00 - 12.00 - Tel. 085 9172273

Osp. Civile - GUARDIAGRELE

Martedì e giovedì dalle ore 9.00 alle 12.00 - Tel. 0871 899246

TRIBUNALE PER I DIRITTI DEL MALATO

Sezione autonoma di Pescara

SPORTELLO INFORMATIVO:

Osp. Civile Via Paolini, 47 - Tel. 085 4252697

Lunedì e Mercoledì ore 10.30 - 12.00 - Venerdì ore 17.00 - 18.30



COME SOSTENERE G.A.I.A.

Con una donazione sul C/C Postale: 59323592
IBAN IT57G076011540000059323592

Con una donazione a mezzo bonifico bancario
intestato all'Associazione GAIA;
IT37 D0542 4155 00000000 140088

Con il 5xmille

in sede di dichiarazione dei redditi (CUD-730-UNICO)
apponendo la propria firma nel riquadro corrispondente all'Associazione
di Volontariato e riportando nell'apposito spazio il
Codice Fiscale di GAIA: 93031730695

Sostituendo le bomboniere in occasione dei tuoi giorni più belli con una donazione; riceverai come ricordo una pergamena che attesta la tua offerta. L'importo delle erogazioni liberali effettuate con mezzi di pagamento, **diversi dal contante**, in favore delle associazioni aventi i requisiti previsti dall'art. 10 del Decreto Legislativo 460/97 può essere portato in detrazione ai fini fiscali ai sensi dell'art. 13 del suddetto decreto con le modalità stabilite per legge.

G.A.I.A. Ringrazia
le socie e tutti coloro
che hanno contribuito
alla realizzazione dell'opuscolo

DAYCO[®]

CANTINA TOLLO



MONDIAL
HAIR[®]

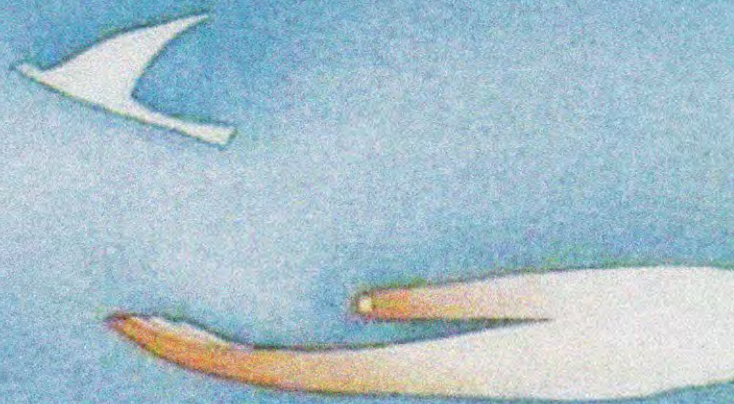
KINGA[®]
TERAPIA DEL SALE



Ti Auguro Tempo

*Non ti auguro un dono qualsiasi,
ti auguro soltanto quello che i più non hanno.
Ti auguro tempo, per divertirti e per ridere;
se lo impiegherai bene potrai ricavarne qualcosa.
Ti auguro tempo, per il tuo fare e il tuo pensare,
non solo per te stesso, ma anche per donarlo agli altri.
Ti auguro tempo, non per affrettarti a correre,
ma tempo per essere contento.
Ti auguro tempo, non soltanto per trascorrerlo,
ti auguro tempo perché te ne resti:
tempo per stupirti e tempo per fidarti
e non soltanto per guardarlo sull'orologio.
Ti auguro tempo per guardare le stelle
e tempo per crescere, per maturare.
Ti auguro tempo per sperare nuovamente e per amare.
Non ha più senso rimandare.
Ti auguro tempo per trovare te stesso,
per vivere ogni tuo giorno, ogni tua ora come un dono.
Ti auguro tempo anche per perdonare.
Ti auguro di avere tempo, tempo per la vita.*

Elli Michler





**CENTRO SENOLOGICO SPECIALISTICO
ASL 2 LANCIANO - VASTO - CHIETI**



Associazione di Volontariato fondata a sostegno delle donne operate al seno
ORGANIZZAZIONE DI VOLONTARIATO (ODV) - ENTE DEL TERZO SETTORE (ETS)
CHIETI - ORTONA

Clinica Oncologica Ospedale "SS. Annunziata" - Via dei Vestini - Chieti
Unità Operativa Senologica ed Oncologica Ospedale "G. Bernabeo" - Ortona (CH)
Tel. 338 9263225 - 339 8393327 | info@gaia-onlus.org
www.gaia-onlus.org