

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI BRESCIA
DIPARTIMENTO SPECIALITÀ MEDICO-CHIRURGICHE,
SCIENZE RADIOLOGICHE E SANITÀ PUBBLICA

CORSO DI LAUREA IN ASSISTENZA SANITARIA
ABILITANTE ALL'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE SANITARIA DI
ASSISTENTE SANITARIO



TESI DI LAUREA

LA BIODANZA COME PROPOSTA RIABILITATIVA IN DONNE OPERATE
PER CARCINOMA MAMMARIO:
INDAGINE QUALITATIVA SULLA PERCEZIONE

Relatore: Dott.ssa Elisabetta Orlandini

Correlatore: Dott.ssa Annalisa Gargarella

Studente: Chiara Gamba

Matricola: 89224

Anno Accademico 2014/2015

“Un giorno quello che ero non esisteva più: il mio corpo, i miei pensieri, i miei sogni, le mie emozioni. Quel giorno avevo, però, ritrovato la mia vita, una vita da imparare ad amare, da ricostruire in ogni suo aspetto con una nuova consapevolezza. La vita è un dono grande, e ogni istante va vissuto come se fosse l’ultimo per non sprekarne il senso.”

(Cappetta S., “Il prima e il dopo”, 2001, p. 13)

INDICE

INTRODUZIONE	1
1. IL TUMORE AL SENO	8
1.1 Descrizione della malattia	8
1.2 Epidemiologia	9
1.4 Prevenzione	15
1.5 Sintomi	20
1.6 Diagnosi	21
1.7 Tipologie ed evoluzione	22
1.8 Trattamenti	24
1.8.1 Chirurgia	24
1.8.2 Chemioterapia	25
1.8.3 Radioterapia	25
1.8.4 Terapia ormonale	26
1.8.5 Farmaci biologici	26
1.9 Tipologie di intervento	26
1.10 Complicanze post-chirurgiche	28
1.11 Percorso riabilitativo post-intervento	32
2. LA BIODANZA: “DANZA DELLA VITA”	34
2.1 Origini	34
2.2 Origine del termine	35
2.3 Modello teorico	36
2.4 Metodologia	40
3. INDAGINE QUALITATIVA SULLA PERCEZIONE DELLA BIODANZA COME PROPOSTA RIABILITATIVA	44
3.1 Obiettivi	44
3.2 Materiali e metodi	45
3.3 Risultati	47

3.3.1 Seconda seduta.....	48
3.3.2 Terza seduta	51
3.3.3 Quarta seduta.....	54
3.3.4 Quinta seduta	57
3.3.5 Età	61
3.3.6 Tipologia di asportazione	62
3.3.7 Anni di pratica della Biodanza	62
3.4 Discussione	63
CONCLUSIONI.....	69
BIBLIOGRAFIA	71
OPUSCOLI INFORMATIVI	71
SITOGRAFIA	72
ALLEGATO 1	74
ALLEGATO 2.....	75
RINGRAZIAMENTI.....	77

INTRODUZIONE

Una donna, a cui viene diagnosticato un tumore al seno, subisce una profonda crisi, che tocca i diversi piani dell'essere. Dal punto di vista fisico, la donna può andare incontro ad una possibile asportazione del seno, parziale o totale, ad una conseguente limitazione della mobilità del braccio coinvolto, all'affaticamento e al dolore, oltre alla perdita dei capelli e del ciclo mestruale, per effetto della chemioterapia e/o della radioterapia, all'aumento di peso per la terapia ormonale e alla presenza delle cicatrici post chirurgiche. Esistono, inoltre, "cicatrici" apparentemente meno visibili, ma più dolorose e più difficili da rimarginare. Per esempio, dal punto di vista psicologico, la donna perde stima di sé stessa e la sua immagine corporea peggiora. Sul piano emotivo, inoltre, si delineano contemporaneamente emozioni contrastanti, come depressione, ansia, paura della sofferenza e di recidive, angoscia della morte, rabbia, rifiuto del proprio corpo e percezione di una qualità negativa della propria vita, connotata dalla sensazione di aver perso il controllo su di essa, costantemente messa alla prova dalla malattia. Le donne, che riescono a superare questa malattia – ed oggi sono la maggior parte – tendono spontaneamente a rinunciare a fare progetti a lungo termine.

Il vissuto di questa esperienza viene aggravato ulteriormente dall'aggressione di un organo, il seno, carico di significati così intimamente legati all'identità femminile, simbolo di nutrimento e di piacere, e dalla terapia adiuvante, la quale si accanisce contro i principali aspetti della femminilità come i capelli, il ciclo mestruale e la fertilità.

Oltre ad incidere pesantemente sulla percezione del proprio corpo e della propria femminilità, questa esperienza genera cambiamenti anche nella vita relazionale. Possono nascere difficoltà sia nella sfera sessuale sia nei rapporti affettivi già presenti o affiorare incertezze sulla possibilità di costruire un progetto affettivo futuro.

La crisi di una donna, a cui viene diagnosticato un tumore al seno, può essere articolata in alcuni momenti fondamentali. Il primo avviene subito dopo la diagnosi. Si tratta del momento in cui la donna si trova in uno stato confusionale, dove predominano vissuti di vulnerabilità e d'impotenza, derivanti dalla incapacità di controllare quello che le sta succedendo e dalla perdita di fiducia nelle proprie potenzialità. Durante questa prima fase, la donna rifiuta di parlare di ciò che le sta accadendo, ponendo meno domande possibili agli specialisti e, spesso, mettendone in discussione le scelte sui trattamenti.

“Questa risposta alla situazione viene chiamata “siderazione” in quanto tutti gli sforzi sono finalizzati al controllo delle emozioni. Essa è necessaria perché protegge da una realtà percepita come troppo dolorosa”¹.

La donna acquisisce consapevolezza circa la sua malattia nel momento in cui inizia a sottoporsi ai trattamenti e, in questa seconda fase, inizia a riprendere contatto con la realtà, scatenando vissuti di ansia e di paura, evocati dalla perdita di controllo sulla situazione, dal senso di vulnerabilità, dalla minaccia relativa alla possibile privazione di una parte del corpo, spesso accompagnati da rabbia, amarezza, afflizione e senso di abbandono. Gestire la nascita di tutte queste emozioni risulta molto difficile e comporta la perdita di molte energie che spesso la donna cerca di nascondere ciò che sta provando in questi momenti.

Dopo aver terminato tutti i trattamenti, la donna si ritrova per lo più abbandonata a sé stessa e, in questa fase, è costretta a riflettere su quello che le è successo, alla ricerca di una soluzione per riuscire a convivere con la sua nuova situazione. Questa fase successiva può essere definita come:

“elaborazione dell’evento malattia come parte della storia personale, in cui è necessario avvertire e interiorizzare il cambiamento e quindi dare l’avvio a un processo di consolidamento della nuova identità”².

Da qui prende avvio l’ultima fase della crisi, caratterizzata dal bisogno di ri-orientare la propria vita a seguito del tumore, imparando in ogni caso a convivere l’incertezza rispetto all’auspicata guarigione totale o viceversa alla possibilità di eventuali recidive. Durante questa fase, le manifestazioni psicologiche più frequenti sono sentimenti di perdita, di vuoto, d’incertezza che possono sfociare in gravi quadri depressivi.

La compresenza di tante e tali problematiche rende conto della urgente necessità di attivare dei percorsi di cura, che non si limitino esclusivamente all’asportazione delle cellule cancerose, ma che sostengano la donna anche dal punto di vista cognitivo, emotivo, psicologico e relazionale.

¹ Casadio I. in *Ricerca di senso*, vol. 5, n. 2, giugno 2007, pp. 241-242

² *Ibidem*, p. 242

È in tale direzione che alcuni anni fa nacque la proposta di un intervento di riabilitativo che non riguardasse solo il recupero fisico, ma anche psicologico e relazionale per donne che erano state sottoposte a un intervento chirurgico di mastectomia³ o quadrantectomia⁴. Questo intervento consisteva nella pratica della Biodanza, che il suo ideatore Rolando Toro definisce come

“un sistema pedagogico finalizzato all’integrazione umana, alla rieducazione affettiva, al riapprendimento delle funzioni originarie della vita. Il processo di integrazione si attua mediante la stimolazione della funzione primordiale di connessione con la vita, che consente a ciascun individuo di integrarsi a sé, alla specie, all’universo; l’integrazione a sé consiste nel riscattare l’unità psicofisica, l’integrazione al simile consiste nel restaurare il vincolo originario con la specie come totalità biologica, l’integrazione all’universo consiste nel riscattare il legame primordiale che unisce l’uomo alla natura, e nel riconoscersi parte di una totalità maggiore, il cosmo”⁵.

La proposta prese avvio anche presso l’Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo, con una breve sperimentazione (quattro incontri), al termine della quale le partecipanti si espressero con la fondamentale considerazione che la ritenevano un’offerta da fare a tutte le donne operate di carcinoma mammario per la prima fase di recupero⁶: l’intervento riabilitativo attraverso la Biodanza era stato percepito come un valido supporto per

³ Per mastectomia (dal greco: *mastòs*, mammella ed *ek tome*, portare via da) si intende la asportazione chirurgica della mammella, momento essenziale della terapia di gran parte dei tumori maligni che colpiscono quest’organo. La exeresi (cioè l’asportazione) può essere limitata alle sole strutture mammarie quali la ghiandola, la cute che la riveste, l’areola ed il capezzolo o allargata anche ai sottostanti muscolo grande pettorale e muscolo piccolo pettorale. Momento conclusivo della mastectomia è l’asportazione delle stazioni linfatiche che drenano la linfa in direzione del cavo ascellare.

⁴ La quadrantectomia è un intervento conservativo impiegato nella terapia del carcinoma mammario non avanzato: consiste nella resezione del quadrante di mammella interessato dalla neoplasia (superiore interno o esterno, inferiore interno o esterno) attuata, in sostituzione della mastectomia radicale al fine di limitarne il conseguente danno estetico e psichico. Deve essere sempre associata alla valutazione dei linfonodi ascellari omolaterali per escludere la presenza di metastasi. In base al dato istologico definitivo o alla presenza di linfonodi metastatici, dovrebbe essere associata a radio, chemioterapia e/o trattamento ormonoterapico.

⁵ Rolando Toro, *“Biodanza. Integrazione esistenziale e sviluppo umano attraverso la musica, il movimento, l’espressione delle emozioni”*, a cura di Eliane Matuk, Edizioni Red!, Como, 2000

⁶ Micaela Bianco, *“Labor intus. Il movimento e la danza: vie di trasformazione”*, p. 49

ritornare alla condizione fisica ma soprattutto psicologica, cognitiva e relazione precedente l'avvento della malattia.

La caratteristica fondamentale della pratica proposta è, infatti,

“la possibilità di lavorare con la persona nella sua totalità, facendo emergere strategie utili per affrontare la malattia e adattarsi al cambiamento, favorendo e rinforzando le risorse personali e la crescita individuale in modo da risvegliare progressivamente nuove motivazioni per vivere”⁷.

In sintesi, gli scopi dell'intervento riabilitativo attraverso la pratica della Biodanza sono:

- ritrovare un dialogo con il corpo: ascoltarlo, proteggerlo, curarlo, coccolarlo, accettarlo;
- vivere e sentire il corpo come integro, vitale (aumentare la sensazione di energia) e come fonte di sensazioni positive in modo che da «traditore» ritorni «amico»;
- recuperare l'equilibrio omeostatico e l'equilibrio interno all'organismo;
- aumentare la stima di sé, rafforzare la fiducia e il senso di controllo sulla propria vita;
- esprimere le emozioni, in particolare la rabbia, in modo creativo e superando lo stato depressivo;
- recuperare la propria identità femminile;
- armonizzare l'affettività e uscire dall'isolamento;
- rilassarsi per governare e contrastare le condizioni di stress.⁸

“Per facilitare l'accesso all'emozione, al raccoglimento, alla percezione sensibile di sé stessi e del simile, all'espressione, si usa in Biodanza il linguaggio eterno e universale della musica, il movimento integrato all'emozione, il calore che scaturisce dall'incontro con altre umane presenze e l'induzione di vivencia integranti”⁹, concetto che Rolando Toro definisce come

⁷ Casadio I. in *Ricerca di senso*, vol. 5, n. 2, giugno 2007, p. 242

⁸ *Ibidem*, p. 242

⁹ *Ibidem*, p. 245

“esperienza vissuta con grande intensità da un individuo nel momento presente che coinvolge la cenestesia, le funzioni viscerali ed emozionali”¹⁰.

La riabilitazione attraverso la Biodanza si pone come obiettivo principale quello di far recuperare alla donna la condizione che aveva prima della diagnosi e dei trattamenti per il tumore al seno. Questa riabilitazione consente sia un recupero dal punto di vista fisico (edema del braccio, cicatrici, ecc...) che dal punto di vista psicologico e relazionale (accettazione della nuova condizione, recupero dell'identità femminile e delle relazioni intime). La grande difficoltà consiste nel provare a trasformare il periodo di crisi in occasione di rinascita:

“attraverso da una parte la creazione di condizioni in cui consentire a ciascuna partecipante di scoprirsi protagonista volontaria, attiva e cosciente della propria guarigione e dall'altra la promozione di risorse e capacità personali e il rinforzo della fiducia in sé stesse”¹¹.

Il processo di rinascita necessita di un approccio globale, dato che la malattia colpisce il corpo, ma ha effetti sulla persona nella sua totalità. Per questo l'intervento riabilitativo deve includere sia il corpo che gli altri aspetti di una persona.

Come ben delineato nel progetto “Riconciliarsi con la vita attraverso la Biodanza – Intervento educativo con donne operate di tumore al seno” di Isabella Casadio¹², l'intervento riabilitativo che coinvolge e si integra attraverso la pratica della Biodanza fa proprie le seguenti finalità:

1. Rieducare alla corporeità vissuta, vale a dire far nascere in ogni partecipante la necessità di ascoltarsi, di sentire con più attenzione i messaggi che il proprio corpo invia, di sensibilizzarsi alle necessità fondamentali (fame, sete, riposo, avvicinamento e contatto, ecc.) e, quindi, di recuperare e di mantenere la salute. Inoltre l'obiettivo di educare al corpo vissuto comporta una educazione ad ascoltare e a riconoscere le sensazioni e le emozioni che si risvegliano nel corpo

¹⁰ Rolando Toro, “Biodanza. Integrazione esistenziale e sviluppo umano attraverso la musica, il movimento, l'espressione delle emozioni”, a cura di Eliane Matuk, Edizioni Red!, Como 2000

¹¹ Casadio I. in *Ricerca di senso*, vol. 5, n. 2, giugno 2007, p. 243

¹² *Ibidem*, p. 243-244

nel qui e ora, secondo il principio fenomenologico del corpo come soggettività che esperisce il mondo attraverso i vissuti. In particolare si è cercato di recuperare il corpo come fonte di sensazioni piacevoli, in quanto un corpo fonte di piacere è un corpo che si accetta, a cui si può dare fiducia, che suscita voglia di averne cura, di rispettarlo, di coccolarlo, di amarlo. L'aver sperimentato vissuti positivi porta a ricercarli nel quotidiano e a facilitare la distinzione tra ciò che è bene e ciò che è male per se stessi. La percezione, infatti, di un corpo vivo che pulsa, intensifica la sensazione di essere viva e di avere energia per affrontare l'esistenza.

2. Riscattare l'integrità corporea e ricostruire l'identità femminile. L'asportazione del seno, parziale o totale, genera non solo la perdita del senso d'integrità corporea, ma anche modificazioni sul sentirsi donna e madre, cui ho accennato precedentemente. Per la donna, infatti, il seno è un

“elemento fondamentale, componente della propria immagine corporea, testimone tangibile della propria identità, risultante di molteplici esperienze di rapporto col proprio corpo che cambia nell'adolescenza e decade in età avanzata, e con corpi altrui, oggetto di carezze e veicolo di allattamento”¹³.

3. Ascoltare, nominare, esprimere le emozioni. Le emozioni e la loro espressione, adeguata al contesto e allo stimolo, sono dei principi regolatori per le funzioni neurovegetative e psico-immunitarie. Spesso durante il trattamento, la donna non riesce a esternare le emozioni che prova oppure preferisce nasconderele agli altri. Sono indispensabili, quindi, spazi e tempi in cui la donna possa entrare in contatto con sé stessa, con le proprie emozioni e possa lasciarle fluire, nel momento presente e in feedback con l'ambiente.
4. Equilibrare l'affettività e uscire dall'isolamento. In queste donne è stata riscontrata sia per cultura sia per educazione di genere e generazionale, una tendenza molto forte a donare agli altri amore, cure e protezione, mentre debole se non inesistente la capacità di prendersi cura di sé e di ricevere affetto. Risulta,

¹³ Crotti, *“Cancro: percorsi di cura”*, Roma, Meltemi

dunque, necessario un percorso che risvegli queste capacità ferite e riequilibri i due movimenti di dare e di ricevere. Inoltre incontrarsi una volta a settimana tra donne che hanno vissuto l'esperienza del tumore, può aiutare a uscire dall'isolamento esistenziale, affettivo e relazionale, in cui molte si trovano. A questo proposito è interessante e vicina al pensiero del creatore della Biodanza, la tesi di Franco Fornari secondo cui il cancro deriva da una profonda disorganizzazione degli affetti, i quali in forma di "anima depressiva" o di "anima ascensiva", influenzano salute e malattia. Secondo questa teoria la risposta risiede in una "terapia degli affetti" che si realizza mediante la loro armonizzazione.

5. Recupero dell'equilibrio interno. L'organismo, di fronte a situazioni di difficoltà, scatena reazioni di adattamento per conservare l'equilibrio funzionale, che viene definito come la capacità di autorganizzazione e consiste nel rinnovarsi e nello stabilire nuovi livelli di equilibrio a partire da certi stati di disordine. È possibile promuovere tale capacità stimolando l'omeostasi, o equilibrio interno, e riducendo i fattori di stress con esercizi che inducono stati di rilassamento profondo.

CAPITOLO I

IL TUMORE AL SENO

1.1 Descrizione della malattia

Il tumore al seno (o carcinoma mammario) è la neoplasia che colpisce maggiormente le donne e consiste in una massa anormale di tessuto all'interno di uno normale, dovuto alla crescita incontrollata e progressiva delle cellule trasformate. Questo, in generale, può essere:

- non invasivo: quando le cellule crescono solo nel seno. In tal caso il carcinoma è definito *in situ*.
- invasivo: le cellule si diffondono anche oltre il seno, invadendo tessuti e organi circostanti (metastasi). Il carcinoma duttale invasivo rappresenta la tipologia di carcinoma più diffuso (70/80% di tutti i tumori alla mammella¹⁴).

Il seno è costituito da ghiandole e tessuto adiposo ed è posto tra la pelle e la parete del torace.

In realtà, il seno è costituito da un insieme di strutture ghiandolari, chiamate lobuli, unite tra loro a formare un lobo. In un seno vi sono da 15 a 20 lobi. Il latte giunge al capezzolo dai lobuli attraverso piccoli tubi chiamati dotti galattofori (o lattiferi). Una parte del tessuto della mammella si estende fino al cavo ascellare.

Il tumore al seno è una malattia potenzialmente grave se non è individuata e curata per tempo. Tale patologia è causata dalla moltiplicazione incontrollata di alcune cellule della ghiandola mammaria che si trasformano in cellule maligne.

Queste cellule hanno la capacità di staccarsi dal tessuto che le ha generate per invadere i tessuti circostanti e, col tempo, anche altri organi del corpo. I tumori del seno più frequenti nascono dalle cellule ghiandolari (dai lobuli) o da quelle che formano la parete dei dotti.

¹⁴ Carmela Iacono e Marco Venturini, *“Il tumore del seno: una guida per prevenire, un aiuto per le pazienti e i loro familiari”*, Edizioni Giunti Demetra, 2011 p. 11

Le mammelle di una donna si modificano durante il passare degli anni e nelle diverse fasi del ciclo mestruale. È proprio per questo che in età fertile prevale la componente ghiandolare, mentre dopo la menopausa aumenta gradualmente il tessuto grasso.

Nell'80% dei casi vengono colpite donne ultracinquantenni o in menopausa, anche se bisogna sottolineare che negli ultimi anni è aumentata l'incidenza anche nelle donne con meno di 40 anni, probabilmente è dovuta a fattori ambientali, dietetici e/o genetici.¹⁵

Nelle donne giovani, inoltre, è molto più difficile riscontrare la neoplasia, perché i tessuti mammari sono più densi, a causa della presenza maggiore della componente ghiandolare. Per questa difficile diagnosi, il tumore alla mammella è la principale causa di morte per le donne tra 35 e 44 anni.¹⁶

1.2 Epidemiologia

Il tumore al seno è la neoplasia più diffusa nelle donne - ad eccezione dei paesi in cui anche tra le donne si è diffusa l'abitudine al fumo, dove, quindi, è maggiore l'incidenza del tumore al polmone -, rappresentando il 29%¹⁷ di tutti i tumori, ed è la prima causa di morte fra i 35 e i 44 anni.

L'incidenza di questo tumore è in continuo aumento, ma si assiste anche ad un calo della mortalità (-1.6% all'anno¹⁸) grazie alla prevenzione, all'ottimizzazione dell'approccio terapeutico integrato, alla disponibilità e all'uso di farmaci sempre più efficaci e mirati.

In Italia, si contano circa 35.000 nuovi casi di carcinoma della mammella all'anno, e circa 11.00 decessi all'anno, con un'incidenza crescente dal Sud al Nord¹⁹.

Si registra un aumento dell'incidenza del tumore al seno del 13,8 per cento negli ultimi sei anni; particolarmente allarmanti i dati relativi alle donne under 45 per le quali si calcola un incremento del 28,6 per cento, una popolazione, attualmente esclusa da qualsiasi campagna di screening, anche per le donne con elevato rischio familiare.²⁰

¹⁵ Ibidem, p. 12

¹⁶ "Analisi dei percorsi diagnostico-terapeutici in oncologia: tumore alla mammella", Regione Lombardia

¹⁷ Dato tratto dalla pubblicazione "I numeri del cancro 2013" sul sito www.registri-tumori.it

¹⁸ www.salute.gov.it

¹⁹ Dal registro dei tumori, 52 donne ogni 100000 a Latina vs 99 donne ogni 100000 a Varese. www.tumori.net

²⁰ www.tumoreal seno.info

Grazie alla Banca Dati della Struttura Complessa Epidemiologia Analitica e Impatto Sanitario dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano su dati provenienti dal reparto di Epidemiologia dei tumori possiamo delineare in modo dettagliato incidenza, prevalenza e mortalità di questa patologia.

Per quanto riguarda l'incidenza, ossia il numero di nuovi casi diagnosticati in un periodo specifico e in una determinata area geografica, dal 1970 ad oggi possiamo riassumerla nel seguente grafico:

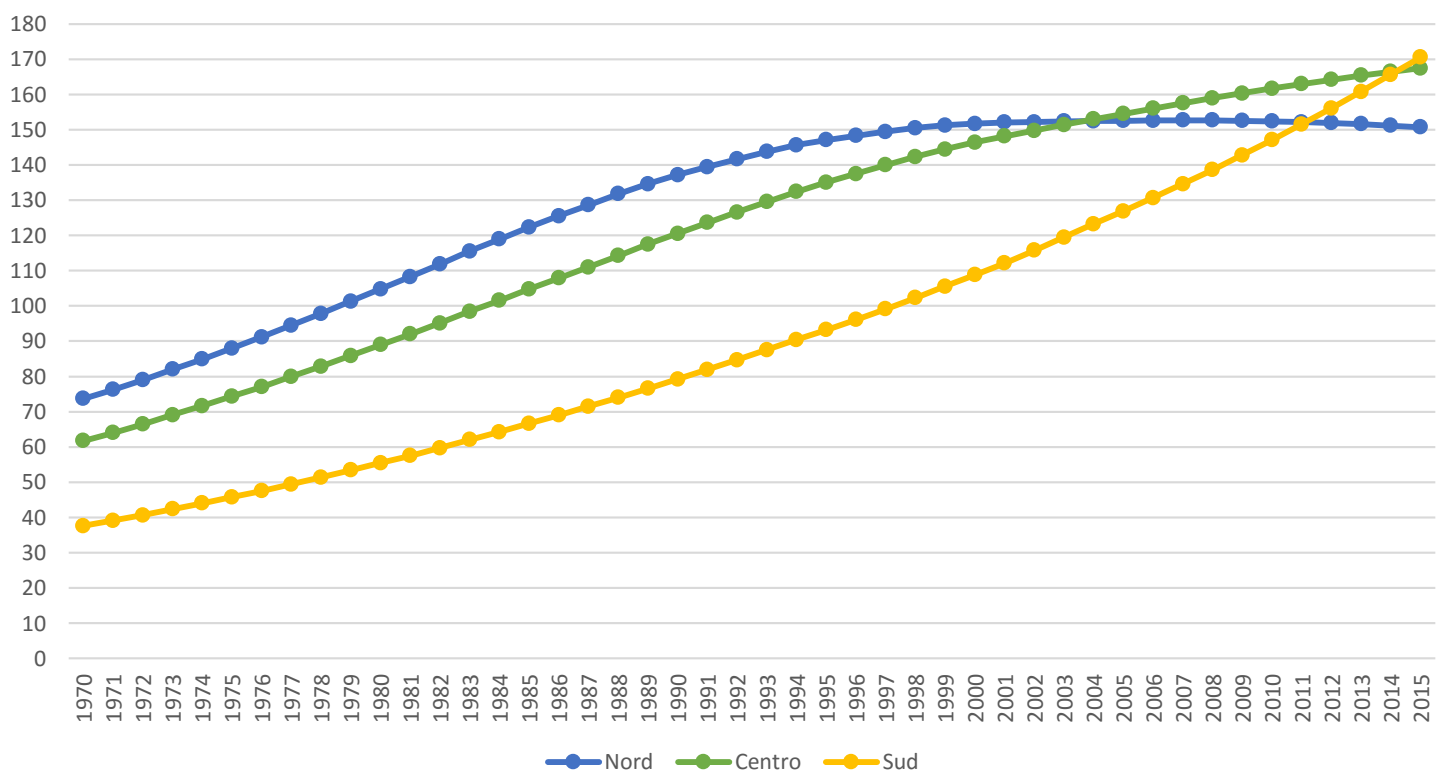


Grafico n.1: Incidenza del tumore al seno dal 1970 ad oggi

Dal grafico sovrastante possiamo notare che per quanto riguarda il Nord Italia dal 1970 al 2008 si assiste ad un aumento costante dell'incidenza, mentre nel 2009 si assiste ad un calo costante che ancora oggi si apprezza. Al contrario, nel Centro questo calo non si è presentato e ci si trova davanti ad un aumento costante, anche se negli ultimi anni l'aumento percentuale ha subito un rallentamento. La situazione più critica la troviamo nelle regioni del Sud Italia, dove a differenza degli negli anni '70 in cui l'incidenza era

minore rispetto al resto del nostro Paese, oggi si registra un'incidenza maggiore, quasi cinque volte (nel 1970: 37.60%, nel 2015: 170.51%).

La prevalenza, invece, indica il numero di persone che in una determinata area geografica si sono ammalate di cancro e sono sopravvissute. A tal proposito possiamo vedere nel grafico sottostante percentuali molto più elevate rispetto alle precedenti, in quanto la percentuale di sopravvivenza al tumore al seno è alta, ma, rimanendo quantitativamente significativa anche l'incidenza, il numero delle donne sopravvissute e ancora in vita è sempre maggiore. Nello specifico, possiamo notare come l'andamento della prevalenza nelle regioni del Sud Italia ancora una volta sia diverso da quello del resto del Paese. Infatti, al Centro e al Nord l'aumento è quasi costante negli anni, al Sud, invece, si nota un forte incremento dal 2004 ad oggi, anche se il valore rimane nettamente inferiore rispetto alle altre regioni. Inoltre, possiamo notare che, di nuovo, come per l'incidenza, il Nord nel 1970 abbia un valore maggiore rispetto al Centro, ma ad oggi si assiste ad un'inversione di tendenza, dove il Centro dal 2010 ha raggiunto e superato i valori percentuali del Nord.

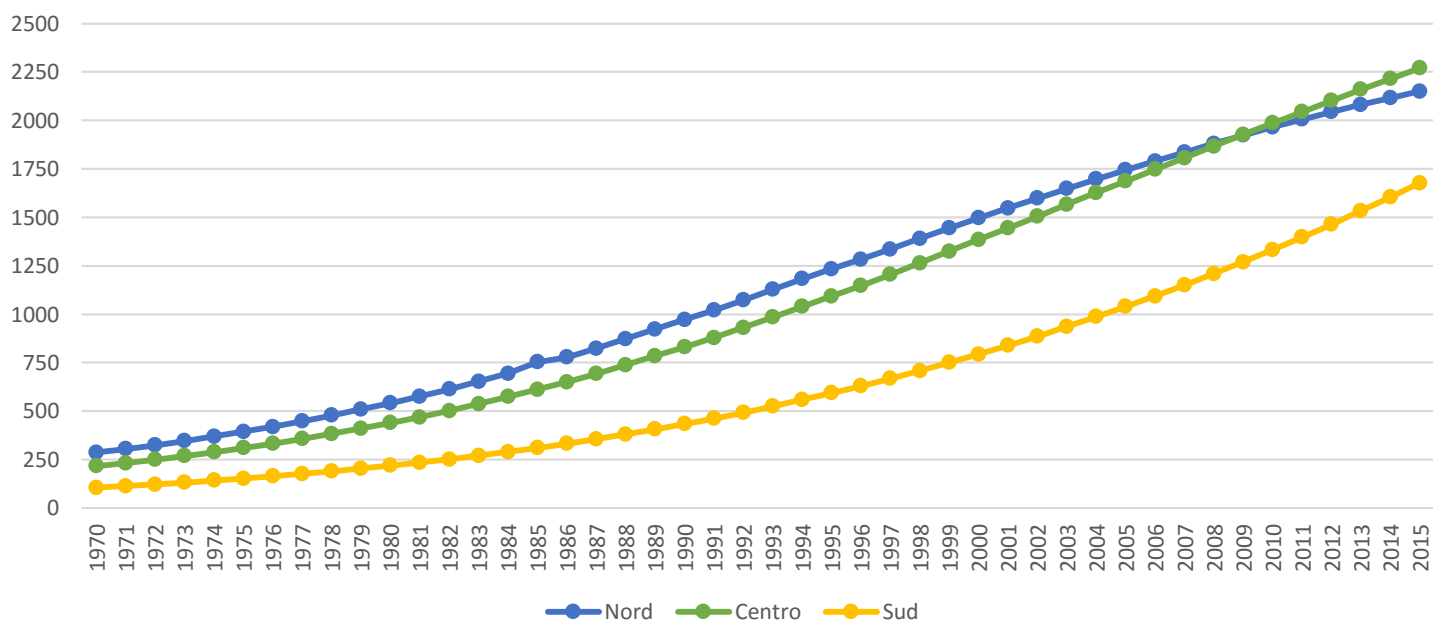


Grafico n.2: Prevalenza del tumore al seno dal 1970 ad oggi

Un altro dato rilevante per questa patologia è la mortalità, ossia il rapporto tra il numero di donne, le quali non hanno superato la malattia, e la quantità di donne a cui è stato diagnosticato. In tal caso, come si evince dal grafico sottostante si può affermare che la mortalità dal 1988 per il Nord e il Centro e dal 1995 per il Sud è in costante calo. Anche in tal caso, si nota che l'andamento percentuale del Sud sia nettamente diverso da quello del Nord e del Centro. Infatti, per quel che riguarda il Nord e il Centro dal grafico si capisce che l'andamento, a parte il fatto di avere diversi valori, rimane pressoché parallelo. Si può, inoltre, vedere anche che al Sud la mortalità negli anni '70 era nettamente inferiore rispetto al resto d'Italia, ma ad oggi è leggermente superiore.

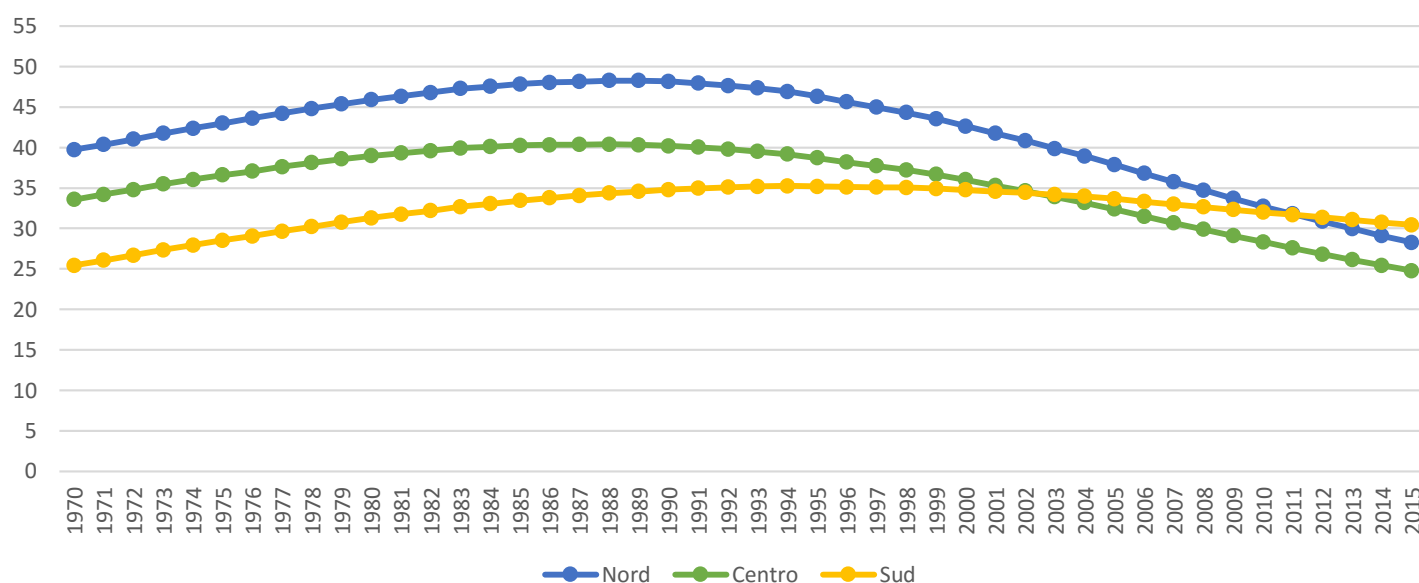


Grafico n.3: Mortalità del tumore al seno dal 1970 ad oggi

Dall'analisi di questi dati si osserva che il Nord e il Centro Italia possono essere equiparabili sia dal punto di vista del numero di nuovi casi di tumore al seno, che per la sopravvivenza, mentre ancora una volta si stimano le difficoltà del Sud, dove la mortalità rimane comunque elevata rispetto alle altre regioni e dove si sta verificando un aumento sempre più importante della prevalenza e dell'incidenza.

1.3 Fattori di rischio

I fattori di rischio del tumore alla mammella sono classificabili in due categorie: quelli non modificabili e quelli modificabili.

I fattori di rischio non modificabili sono:

- età: la probabilità di ammalarsi di un tumore al seno aumenta con l'aumentare dell'età della donna, sebbene la maggior parte dei tumori al seno (circa il 60%) colpisca le donne di età inferiore ai 55 anni.
- storia riproduttiva della donna: prolungata esposizione agli estrogeni e progesterone, quale si registra nel menarca precoce (prima degli 11 anni) o nella menopausa tardiva (oltre i 55 anni); nulliparità (nessuna gravidanza) o prima gravidanza oltre i 35 anni; non allattamento dei figli.
- familiarità: presenza nella famiglia di componenti (madre, sorella, zia, nonna etc.) con tumore al seno e/o ovaio.
- predisposizione genetica: negli ultimi anni, sono stati identificati almeno 5 geni responsabili della trasmissione ereditaria del carcinoma mammario: BRCA1, BRCA2, P53, PTEN, ATM. La mutazione di BRCA1 e BRCA2, conferisce un rischio di carcinoma mammario del 60-90%.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) considera le solo parentele di primo grado e stima che il fattore di rischio complessivo sia intorno all'8% per donne che non hanno avuto casi familiari di tumore al seno, del 13% per chi ha avuto un caso nei parenti di primo grado e del 21% per chi ha avuto due casi.

Le indicazioni della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (LILT) invece indicano come familiarità anche i parenti di secondo grado (nonne, zie). Viene consigliato, pertanto, alle donne con storia familiare di carcinoma mammario di sottoporsi a specifici esami del sangue per verificare se abbiano o meno ereditato una modificazione dei geni BRCA1 o BRCA2, potenzialmente pericolosi.

- patologie predisponenti: tumore all'altro seno, all'utero (endometrio) o all'ovaio, lesioni preneoplastiche della mammella, precedente radioterapia della parete toracica (es. linfomi in età giovanile).²¹

²¹ www.tumoreal seno.info e "Sconfiggiamo il tumore al seno. Insieme siamo più forti" Opuscolo informativo della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, p. 12

Invece, i fattori di rischio modificabili, strettamente legati alle abitudini di vita della donna, sono:

- terapia ormonale sostitutiva: i farmaci a base di estrogeni e progesterone, assunti dopo la menopausa per alleviarne i disturbi, possono lievemente aumentare il rischio di sviluppare un tumore al seno. Il rischio è proporzionale alla durata del trattamento.
- obesità: il rischio di tumore al seno è più alto nelle donne che dopo la menopausa vadano incontro ad un sovrappeso. Anche l'eccesso ponderale durante la pubertà si associa ad incremento del rischio di sviluppare un tumore al seno in età adulta. Nel tessuto adiposo in eccesso infatti vengono prodotte maggiori quantità di insulina e di estrogeni in grado di stimolare la proliferazione cellulare.
- scarsa attività fisica: il regolare esercizio fisico riduce il rischio di sviluppare un tumore al seno. Esso aiuta infatti a mantenere il peso corporeo, favorisce l'aumento delle difese immunitarie e stimola la produzione da parte dell'organismo di sostanze anti-ossidanti in grado di neutralizzare i radicali liberi.
- scarso consumo di frutta fresca e verdura: una dieta ad alto apporto calorico, ricca di grassi e di zuccheri raffinati o con frequente consumo di carni rosse aumenta il rischio di sviluppare un tumore al seno. Al contrario la dieta mediterranea e, più in generale, il consumo di frutta fresca e verdura, olio extra vergine di oliva riducono il rischio.
- alcol: il rischio di tumore al seno aumenta proporzionalmente al quantitativo di alcol assunto.
- fumo: anche il tumore al seno sembra aumentare nelle fumatrici.²²

Modificare gli stili di vita significa eliminare quei fattori di rischio da cui dipendono oltre il 20% dei tumori al seno. Per tale ragione, il mondo scientifico consiglia un controllo dello stile di vita, praticando una regolare attività fisica, controllando il peso corporeo, limitando il consumo di alcol, scegliendo con cura la propria alimentazione e regolando l'assunzione di terapia ormonale dopo la menopausa, in quanto ritenuto strumento valido per la prevenzione del carcinoma mammario.

²² Jennifer L. Kelsey and Geltrud S. Berkowitz, Breast Cancer Epidemiology, *Cancer research*; 48: 5615–5653 e “Sconfiggiamo il tumore al seno. Insieme siamo più forti” Opuscolo informativo della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, p. 14

1.4 Prevenzione

In generale, la prevenzione delle malattie, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità,

“non comprende solo misure finalizzate a prevenire l'insorgenza delle malattie, come ad esempio la riduzione dei fattori di rischio, ma riguarda anche misure volte ad arrestare l'evoluzione di una malattia già insorta e a ridurre le conseguenze”²³.

La prevenzione si suddivide in:

- primaria consiste nell'attuazione di misure, a livello individuale o di popolazione, atte a diminuire l'incidenza nella popolazione di una qualsiasi patologia mediante l'eliminazione o la riduzione dell'esposizione ad agenti eziologici e/o a fattori di rischio o comunque a qualsiasi fattore avente un ruolo nel favorire l'esposizione stessa.
- secondaria consiste nell'adozione di interventi atti ad impedire l'insorgere della malattia in soggetti già esposti ad agenti eziologici e/o a fattori di rischio. Gli interventi in questione sono gli screening, ossia l'esecuzione di esami specialistici per una determinata patologia su una popolazione considerata a rischio.
- terziaria ha l'obiettivo di ritardare le recidive e il passaggio ad uno stato di cronicità, per esempio attraverso un'efficace riabilitazione.

Nello specifico del tumore al seno, la prevenzione ha l'obiettivo di individuare e rimuovere le cause che contribuiscono allo sviluppo di un tumore (fattori di rischio). La prevenzione è una promettente modalità di prevenzione primaria, anche nel tumore mammario. Essa ha la finalità di prevenire la comparsa del tumore, grazie all'assunzione da parte della donna di sostanze che prevengono o interrompono il processo di cancerogenesi (es. derivati della vitamina A ed elementi ormonali)²⁴. Per questa specifica patologia, inoltre, la prevenzione primaria si basa su abitudini alimentari

²³ www.apps.who.int

²⁴ “Sconfiggiamo il tumore al seno. Insieme siamo più forti” Opuscolo informativo della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, p. 11

equilibrate tendenti ad evitare l'obesità, soprattutto nel periodo della menopausa, e sulla cura e conoscenza del proprio corpo da parte della donna²⁵.

Invece, la prevenzione secondaria (o screening del carcinoma mammario) è il punto di partenza della lotta a questa neoplasia. Essa si basa su un'educazione all'autopalpazione della mammella da parte della donna stessa associata all'esecuzione di una mammografia. Questa metodologia di indagine è il metodo attualmente più efficace per la diagnosi precoce. Le Linee Guida del Ministero della Salute suggeriscono di eseguire una mammografia ogni due anni, dai 50 ai 69 anni di età, ma la cadenza può variare a seconda delle considerazioni del medico sulla storia personale di ogni donna.

A livello nazionale, abbiamo, anche nel caso degli screening, una diversa adesione percentuale. Lo screening mammografico può essere su invito o spontaneo, dove la donna si reca di sua spontanea volontà a sottoporsi alla mammografia di controllo. Quest'ultima modalità è quella che viene attuata maggiormente da donne che hanno familiarità di tumore alla mammella, dato che, in genere, eseguono una mammografia all'anno anche prima dei 50 anni, età minima per accedere allo screening gratuito del Ministero della Salute, ma non rientreranno mai a far parte dello screening organizzato in quanto hanno un programma prestabilito dallo specialista.

Grazie alla Sorveglianza Passi 2011-2014,

“una sorveglianza in sanità pubblica che raccoglie, in continuo e attraverso indagini campionarie, informazioni dalla popolazione italiana adulta (18-69 anni) sugli stili di vita e fattori di rischio comportamentali connessi all'insorgenza delle malattie croniche non trasmissibili e sul grado di conoscenza e adesione ai programmi di intervento che il Paese sta realizzando per la loro prevenzione”²⁶

possiamo delineare per ogni regione l'adesione allo screening su invito e spontaneo.

Inoltre, grazie alla somma possiamo delineare anche l'adesione totale di ogni regione e confrontarla con il valore della media nazionale.

²⁵ Nicola Comodo e Gavino Maciocco, *“Igiene e sanità pubblica. Manuale per le professioni sanitarie”*, Carocci Faber, 2007, p. 326

²⁶ www.epicentro.iss.it

	Copertura screening mammografico TOTALE	Copertura screening mammografico ORGANIZZATO	Copertura screening mammografico SPONTANEO
Abruzzo	57.9	36.6	21.2
Basilicata	65.0	59.7	5.3
Calabria	47.7	28.3	18.0
Campania	47.5	20.7	25.4
Emilia Romagna	86.7	74.4	12.2
Friuli Venezia Giulia	85.6	68.3	17.1
Lazio	75.0	46.3	28.4
Liguria	78.9	48.3	30.5
Lombardia	84.7	67.0	17.4
Marche	79.6	51.0	28.3
Molise	70.6	53.9	16.6
Piemonte	72.3	61.1	10.9
Provincia di Bolzano	74.4	60.2	13.2
Provincia di Trento	84.7	76.3	8.3
Puglia	63.5	37.1	26.3
Sardegna	64.1	45.5	17.8
Sicilia	54.6	37.5	15.8
Toscana	78.9	69.2	9.5
Umbria	79.1	66.9	12.1
Valle d'Aosta	72.0	65.7	6.1
Veneto	83.0	63.0	19.9
ITALIA ²⁷	71.0	51.4	19.2

Tabella n. 4: Adesione allo screening mammografico totale, organizzato e spontaneo a livello regionale e nazionale

²⁷ La somma della copertura dello screening organizzato e spontaneo non coincide esattamente con la copertura totale a causa di alcuni valori mancanti sull'informazione relativa al pagamento dell'esame, usata per distinguere lo screening organizzato dallo spontaneo.

Le celle di colore verde sono quelle che hanno un'adesione maggiore rispetto alla media nazionale, quelle di colore giallo hanno un'adesione simile rispetto alla media nazionale e quelle di colore rosso sono le regioni con un'adesione inferiore rispetto alla media nazionale.

Dalla tabella sovrastante possiamo definire una mappa dell'Italia, in modo da avere a colpo d'occhio la situazione nazionale.



Immagine n. 5: Copertura screening mammografico totale per regione



Immagine n. 6: Copertura screening mammografico organizzato per regione



Immagine n. 7: Copertura screening mammografico spontaneo per regione

Dall'immagine n. 5 possiamo dedurre che il Nord e il Centro dell'Italia – ad eccezione dell'Abruzzo – hanno un livello di adesione totale allo screening mammografico simile o addirittura superiore alla media nazionale; nonostante ciò, l'immagine n. 6 ci consente un'ulteriore considerazione in merito al fatto che l'adesione allo screening mammografico organizzato è inferiore alla media nazionale anche nella regione Lazio, oltre che al Sud ed alle Isole, ad eccezione dalla Basilicata, la quale ha un'adesione maggiore rispetto alla media nazionale. Questa differenza rispetto alla copertura di screening totale potrebbe essere dovuta alle diverse forme di invito allo screening stesso. Nell'immagine n. 7 possiamo notare che – ad eccezione della Liguria – vi è un'inversione di tendenza, in cui le regioni, dove lo screening organizzato ha un'adesione maggiore rispetto alla media nazionale, per lo screening spontaneo vi è una percentuale inferiore rispetto alla media nazionale; probabilmente tutto ciò è dovuto a una conoscenza maggiore dei percorsi preventivi promossi dal Ministero della Salute e/o a migliori modalità di invito delle donne agli screening stessi, per cui probabilmente le donne che si sottopongono in modo autonomo sono per la maggior parte quelle che effettuano la mammografia di controllo per familiarità del tumore al seno.

Nelle donne con familiarità positiva elevata, in genere, si inizia ad effettuare le mammografie verso i 40-45 anni, con una scadenza anche annuale. In anni recenti la discussione sulla utilità della mammografia ha portato molti medici a considerare la possibilità di suggerire età di esordio e frequenza della mammografia sulla base delle caratteristiche della singola paziente piuttosto che sulla base di linee guida e screening uguali per tutte.

Vi sono altri esami utili a prevenire la neoplasia al seno, come:

- l'ecografia: un esame molto utile per esaminare il seno giovane.
- la risonanza magnetica viene riservata ai seni molto densi o ai dubbi diagnostici.

Inoltre, è buona abitudine effettuare una visita del seno presso un ginecologo o un medico esperto almeno una volta l'anno, indipendentemente dall'età.

1.5 Sintomi

Purtroppo ancora oggi, molte donne, inadeguatamente informate sui vantaggi derivanti dalla diagnosi precoce in assenza di sintomi, non si sottopongono a controlli di tipo preventivo e scoprono, spesso con le proprie mani, la presenza di un nodulo. Per questo motivo è necessario che le donne conoscano segni e sintomi con i quali un tumore della mammella può presentarsi. Nella maggior parte dei casi il tumore mammario si manifesta come un nodulo, variabilmente duro alla palpazione.

Nello specifico, nella mammella si potrebbe verificare:

- la variazione di dimensioni o forma;
- la presenza di rilievi o infossamenti sulla superficie;
- la presenza di protuberanza o ispessimento.

Il capezzolo, invece, potrebbe subire:

- una retrazione verso l'interno;
- una protuberanza o ispessimento nell'area intorno al capezzolo;
- eczema sul capezzolo o nell'area circostante (in rari casi);

- secrezione ematica (in rari casi).

Il braccio potrebbe gonfiarsi a livello dell'ascella²⁸.

1.6 Diagnosi

La diagnosi del tumore al seno avviene principalmente attraverso i medesimi due esami che vengono usati nella prevenzione secondaria (mammografia ed ecografia mammaria). A questi, però, si aggiungono gli esami di secondo livello, ossia quelli che vengono effettuati in caso di mammografia/ecografia dubbia. Questi esami diagnostici sono:

- la risonanza magnetica mammaria impiega un campo magnetico per creare l'immagine del tessuto con mammografia ed ecografia, oppure quando siano da visualizzare nel dettaglio protesi o immagini vicine a una cicatrice chirurgica. E' indicata in caso di necessità oppure si programma nell'ambito della diagnosi precoce nelle donne che abbiano un rischio familiare alto oppure quando la struttura mammaria appare complessa alle altre indagini di visualizzazione.
- l'agoaspirato è un esame durante il quale si preleva un campione di cellule da un nodulo mammario e si ottiene così un esame citologico.
- l'agobiopsia è una tecnica che preleva un campione di tessuto da una zona o da un nodulo ritenuto sospetto, potendo ottenere un esame istologico corredato da tutte le caratteristiche biologiche del tessuto maligno²⁹.

È importante scoprire il tumore il più precocemente possibile. Scoprendo un tumore quando misura meno di un centimetro, la probabilità di guarigione è di oltre il 90%, gli interventi sono conservativi e non procurano danni estetici alla donna³⁰.

Una volta effettuata la diagnosi di carcinoma della mammella, altri esami risultano utili per definire l'estensione della malattia (stadiazione). Essi includono un esame

²⁸ "Il cancro alla mammella", Associazione Italiana malati di cancro, parenti e amici, La collana del Girasole n°5, 2014, p. 12

²⁹ www.ieo.it

³⁰ "La donna e il seno" Opuscolo informativo della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, p. 11

radiografico standard del torace, un'ecografia addominale, una scintigrafia ossea ed il dosaggio dei markers tumorali nel sangue (CEA e CA 15-3). Questi ultimi non sono di utilità per la diagnosi precoce del tumore, perché il loro valore nel sangue non si modifica negli stadi iniziali ma solo, e non sempre, in caso di comparsa di metastasi in organi a distanza. In caso di malattia avanzata la tomografia assiale computerizzata (TAC), la tomografia ad emissioni di positroni (PET-TAC), la risonanza magnetica nucleare possono essere utilizzati come esami di approfondimento e per la valutazione dell'efficacia delle terapie.

1.7 Tipologie ed evoluzione

Le tipologie di cancro al seno possono essere classificate in tal modo: forme non invasive e forme invasive.

Le forme non invasive sono le seguenti:

- Neoplasia duttale intraepiteliale (carcinoma in situ o DIN)
 - Grado 1A (DIN 1A) = atipica epiteliale piatta (secondo alcuni studi recenti questa forma dovrebbe essere considerata precancerosa e non un vero e proprio tumore).
 - Grado 1B (DIN 1B) = iperplasia duttale atipica.
 - Grado 1C (DIN 1C) = neoplasia duttale intraepiteliale ben differenziato (Grado 1).
 - Grado 2 (DIN 2) = neoplasia duttale intraepiteliale moderatamente differenziato (Grado 2).
 - Grado 3 (DIN 3) = neoplasia duttale intraepiteliale scarsamente differenziato (Grado 3).
- Neoplasia lobulare intraepiteliale (LIN)
 - LIN 1 neoplasia lobulare intraepiteliale grado 1.
 - LIN 2 neoplasia lobulare intraepiteliale grado 2.
 - LIN 3 neoplasia lobulare intraepiteliale in situ³¹.

³¹ www.airc.it

Le forme invasive, invece, sono:

- il carcinoma duttale: si chiama così quando supera la parete del dotto. Rappresenta tra il 70 e l'80% di tutte le forme di cancro del seno.
- il carcinoma lobulare: si chiama così quando il tumore supera la parete del lobulo. Rappresenta il 10-15% di tutti i cancri del seno. Può colpire contemporaneamente ambedue i seni o comparire in più punti nello stesso seno.
- altre forme di carcinoma meno frequenti sono il carcinoma tubulare, papillare, mucinoso, cribriforme, che hanno prognosi favorevole³².

Inoltre, il tumore del seno viene classificato in cinque stadi:

- Stadio 0: è chiamato anche carcinoma in situ. Può essere di due tipi:
 - carcinoma lobulare in situ: non è un tumore aggressivo ma può rappresentare un fattore di rischio per la formazione successiva di una lesione maligna.
 - carcinoma duttale in situ (DCIS): colpisce le cellule dei dotti e aumenta il rischio di avere un cancro nello stesso seno. È considerato una forma precancerosa più che un vero e proprio tumore. Nella maggior parte dei casi, infatti, non si evolve verso un cancro vero e proprio ma regredisce spontaneamente per azione dei meccanismi di difesa dell'organismo (in primo luogo l'azione del sistema immunitario).
- Stadio I: è un cancro in fase iniziale, con meno di 2 cm di diametro e senza coinvolgimento dei linfonodi.
- Stadio II: è un cancro in fase iniziale di meno di 2 cm di diametro, ma localmente avanzato e ha già coinvolto i linfonodi sotto l'ascella; oppure è un tumore di più di 2 cm di diametro senza coinvolgimento dei linfonodi.
- Stadio III: è un tumore localmente avanzato, di dimensioni variabili, ma che ha coinvolto anche i linfonodi sotto l'ascella, oppure che coinvolge i tessuti vicini al seno (per esempio la pelle) o si espande ai tessuti sottostanti del torace.
- Stadio IV: è un cancro già metastatizzato che ha coinvolto altri organi al di fuori del seno³³.

³² Ibidem

³³ www.airc.it e Carmela Iacono e Marco Venturini, "Il tumore del seno: una guida per prevenire, un aiuto per le pazienti e i loro familiari", Edizioni Giunti Demetra, 2011

Se il tumore viene identificato allo stadio 0, la sopravvivenza a cinque anni nelle donne trattate è del 98%, anche se le ricadute variano tra il 9 e il 30% dei casi, a seconda della terapia effettuata. Se i linfonodi sono positivi, cioè contengono cellule tumorali, la sopravvivenza a cinque anni è del 75%³⁴.

Nel cancro metastatizzato, cioè quello che ha già colpito altri organi al di fuori del seno (in genere i polmoni, il fegato e le ossa), invece, la sopravvivenza media delle pazienti curate con chemioterapia è di due anni, ma ciò significa che vi sono casi in cui la sopravvivenza è molto più lunga, anche fino a dieci anni.

1.8 Trattamenti

La terapia per il cancro al seno comprende diverse opzioni, che sono spesso combinate tra loro sulla base delle caratteristiche del paziente e del tumore: la chirurgia, la radioterapia, la chemioterapia, la terapia ormonale, la terapia biologica.

1.8.1 Chirurgia

La chirurgia rappresenta in genere il primo step nel processo terapeutico delle persone con cancro al seno. Ci sono due principali tipologie di chirurgia: quella conservativa, che rimuove soltanto la porzione di seno interessata dal tumore e la mastectomia, cioè la rimozione dell'intera mammella. Quest'ultima può essere seguita dalla chirurgia ricostruttiva per impiantare un nuovo seno dopo la rimozione.

Diversi studi hanno dimostrato che per i tumori allo stadio iniziale la terapia conservativa, seguita dalla radioterapia, è altrettanto efficace della mastectomia.

La chirurgia conservativa può avere diverse gradazioni che dipendono dal tipo di tumore, dalle dimensioni, dalla localizzazione, dalla quantità di tessuto circostante al tumore che deve essere rimosso, dalle dimensioni del seno. Sulla base di queste caratteristiche l'equipe medica può decidere se rimuovere soltanto il tumore e una piccola parte del tessuto circostante o una porzione più ampia della

³⁴ www.airc.it

mammella (circa un quarto, per questo l'intervento è definito quadrantectomia). Dopo un intervento di chirurgia conservativa può seguire la radioterapia o la chemioterapia, per "uccidere" le eventuali cellule tumorali residue.

La mastectomia consiste nella rimozione dell'intero tessuto della mammella, compreso il capezzolo. Nel caso in cui il tumore si sia diffuso ai linfonodi, potrebbe essere necessario un intervento più invasivo (svuotamento ascellare) che comporta la rimozione dei linfonodi posti sotto le ascelle. Per conoscere se sono coinvolti anche i linfonodi si usa la tecnica del cosiddetto "linfonodo sentinella". Il sistema linfatico è costituito da una rete di fasi intervallati da linfonodi posti in sequenza: il "linfonodo sentinella" è il primo a essere raggiunto da cellule tumorali che migrano dal tumore. L'analisi di questo linfonodo può dunque dare indicazioni preziose sulla natura del tumore: se circoscritto al seno o diffuso ad altri tessuti.

Nel sottocapitolo successivo verranno spiegati in modo più dettagliato gli interventi di chirurgia conservativa e di mastectomia.

1.8.2 Chemioterapia

La chemioterapia consiste nella somministrazione di potenti farmaci in grado di uccidere le cellule tumorali. È in genere usata dopo la chirurgia per distruggere le cellule tumorali residue. In tal caso è definita chemioterapia adiuvante.

In alcuni casi si preferisce somministrare la chemioterapia prima del trattamento chirurgico, per ridurre le dimensioni del tumore. In tal caso si parla di terapia neo-adiuvante.

1.8.3 Radioterapia

La radioterapia usa dosi controllate di radiazioni per uccidere le cellule tumorali. Viene in genere impiegata dopo la chirurgia e dopo la chemioterapia per distruggere eventuali cellule residue.

1.8.4 Terapia ormonale

Alcuni tumori del seno sono stimolati a crescere da ormoni fisiologicamente presenti nell'organismo (gli estrogeni): per questo vengono definite "positive per il recettore degli estrogeni".

La terapia ormonale consiste in un trattamento in grado di ridurre i livelli di questi ormoni. Esistono diversi farmaci che svolgono questa funzione: la scelta viene effettuata sulla base delle caratteristiche del tumore e della persona.

1.8.5 Farmaci biologici

Alcuni tumori possiedono sulla propria superficie un numero abnorme di una particolare proteina Her2 (Human Epidermal Growth Factor Receptor 2). Questa proteina, in condizioni normali, regola la crescita e la proliferazione della cellula, ma causa una crescita cellulare incontrollata se presente in numero eccessivo. Da alcuni anni è disponibile un farmaco ("trastuzumab"), in grado di attaccarsi a questa proteina impedendo alle cellule tumorali di crescere e moltiplicarsi. In genere, "trastuzumab" viene impiegato insieme alla chemioterapia³⁵.

1.9 Tipologie di intervento

Una volta che il tumore è stato diagnosticato e stadiato, i medici potrebbero decidere di sottoporre la donna ad un intervento chirurgico. I due principali interventi, come delineato nel sottocapitolo precedente, sono la chirurgia conservativa e la mastectomia. Per quanto riguarda la chirurgia conservativa, ritroviamo le seguenti tipologie di intervento:

- resezione mammaria limitata (tumorectomia o nodulectomia): asportazione di una piccola porzione di tessuto mammario comprendente il tumore. Viene in genere eseguita per finalità biotiche.

³⁵ www.salute.gov.it

- resezione mammaria ampia: asportazione di una porzione di tessuto mammario comprendente il tumore, con un margine di parenchima macroscopicamente sano non inferiore al centimetro. Non è richiesta l'escissione della cute, tranne nei casi in cui la neoplasia sia molto superficiale. La resezione mammaria ampia può trovare indicazione in caso di carcinomi intraduttali (cioè in situ, non infiltranti), o di carcinomi lobulari in situ, di piccole dimensioni.
- quadrantectomia: asportazione di un ampio settore (quadrante) di ghiandola mammaria, insieme con la cute soprastante e la fascia del muscolo grande pettorale. Il margine di tessuto sano circostante il nodulo non deve essere inferiore ai tre centimetri. L'incisione a losanga della cute si estende con asse maggiore radiale dalla base del capezzolo o dalla regione areolare fino alla periferia della mammella. Per lesioni retroareolari è necessario asportare un cilindro di tessuto comprendente l'areola. La quadrantectomia è indicata per tumori di diametro inferiore o uguale a tre centimetri.

Invece, l'intervento di mastectomia può essere delle seguenti tipologie:

- mastectomia sottocutanea: asportazione della sola ghiandola mammaria, rispettando la cute soprastante ed il complesso areola-capezzolo. Può trovare indicazione in caso di carcinomi duttali in situ (cioè non infiltranti) multifocali.
- mastectomia totale o semplice: asportazione di tutta la ghiandola mammaria con la porzione di cute sovrastante, comprendente areola e capezzolo. L'incisione cutanea, a losanga, può avere l'asse maggiore orientato nella direzione ritenuta più conveniente per la corretta exeresi del tumore; sono tuttavia da privilegiare, per i migliori risultati estetici, le incisioni orizzontali o oblique. E' indicata per carcinomi duttali non invasivi plurifocali o per carcinomi invasivi di dimensioni superiori ai tre centimetri.
- mastectomia radicale (secondo Halsted): mastectomia totale con asportazione di entrambi i muscoli pettorali. Può trovare indicazione nei tumori T4 (neoplasie di qualsiasi dimensione con estensione diretta alla parete toracica e/ o alla cute), compreso il carcinoma infiammatorio.

Oltre alle tipologie di intervento appena descritte, possiamo ritrovarne uno che, in genere, può essere associato sia alla quadrantectomia che alla mastectomia:

- dissezione ascellare totale: consiste nell'asportazione di tutti i linfonodi ascellari di I° (situati lateralmente al margine laterale del muscolo piccolo pettorale: sono una quindicina), II° (situati dietro al muscolo piccolo pettorale: sono tre o quattro) e III° livello (situati medialmente al muscolo piccolo pettorale: sono due o tre). Negli interventi conservativi la dissezione linfonodale viene praticata in continuità con l'exeresi mammaria solo quando il tumore è situato nel quadrante supero-esterno della mammella; in caso contrario si ricorre ad una incisione separata. Quando sia necessario ricorrere ad una incisione separata, questa può seguire il margine esterno del muscolo grande pettorale, oppure attraversare la cute dell'ascella lungo le linee cutanee: quest'ultima incisione sembra preferibile, in quanto migliore è il risultato a distanza sul piano funzionale ed estetico, residuando una cicatrice pressoché invisibile³⁶.

1.10 Complicanze post-chirurgiche

Le complicanze post-intervento possono essere suddivise in acute e croniche.

Le complicanze acute sono:

- dolore locale post-chirurgico: l'inevitabile comparsa di dolore in sede di intervento nell'immediato decorso post-operatorio può essere sufficientemente dominata dall'utilizzo dei comuni analgici o antiflogistici.
- disestesie all'ascella e all'arto superiore omolaterali: quasi tutte le donne lamentano dopo l'intervento la sensazione "di avere un cuscinetto, un libro sotto l'ascella". Questo fastidio scompare per lo più gradualmente in alcuni giorni o settimane. Al fine di evitare posture scorrette indotte da tali disestesie, si consiglia di invitare la paziente ad una precoce mobilizzazione, dapprima passiva, dopo pochi giorni attiva, dell'arto corrispondente alla dissezione ascellare. Ciò consente

³⁶ www.senology.it

una rapida ripresa funzionale e permette una rapida riattivazione del circolo linfovenoso.

- linfangite all'arto superiore omolaterale: un arrossamento all'arto superiore, uniforme o a chiazze, accompagnato da un aumento della temperatura locale al termotatto e da iperpiressia, è indicativo della presenza di una linfangite. La terapia prevede l'utilizzo di antibiotici (amoxicillina) e Fans.
- ematoma: all'intervento chirurgico può seguire la comparsa di un ematoma cutaneo in corrispondenza e intorno alla ferita chirurgica; tale ematoma si riassorbe spontaneamente in tempi rapidi e non deve allarmare la paziente.
- sieroma: al termine di un intervento chirurgico di quadrantectomia o di mastectomia con linfadenectomia viene in genere posizionato un drenaggio in sede ascellare, al fine di raccogliere le secrezioni (inizialmente ematiche o sierose), che tendono a raccogliersi in tale sede. Dopo la rimozione del drenaggio, che viene lasciato per non più di 2-5 giorni, per evitare infezioni, può rendersi necessario procedere nei giorni successivi alla evacuazione, attraverso agoaspirazione, del siero che si può accumulare nella cavità ascellare (sieroma).
- dermatosi purpurica della regione mammaria: la dermatosi purpurica post-operatoria è una rara (incidenza inferiore all'1% dei casi) e poco nota complicanza degli interventi sulla mammella che comportino una linfadenectomia ascellare completa. Essa è caratterizzata clinicamente dalla comparsa di una grossa macchia purpurica, di colore rosso scuro, non pruriginosa, non rilevata, non ipertermica, sulla parete toracica anteriore e in sede ascellare omolaterale. La dermatosi purpurica post-chirurgica si manifesta in modo piuttosto brusco (nell'arco di pochi giorni) da uno a tre mesi dopo l'intervento chirurgico e, dopo una fase di stabilizzazione, si risolve in maniera completa e spontanea in 2-5 settimane. Essa regredisce secondo le modalità degli stravasi emorragici, con chiazze che mutano di colore nel tempo fino alla scomparsa definitiva. L'eziopatogenesi della dermatosi purpurica mammaria non è ancora ben chiarita. Essa sembrerebbe comunque legata ad una condizione di linfostasi e di ipertensione venulare conseguenti alla linfadenectomia, con formazione di stravasi microemorragici che conferiscono alla affezione cutanea l'aspetto purpurico. In genere questa

complicanza post-chirurgica allarma notevolmente la paziente ed i familiari, per il timore di una progressione locale della malattia neoplastica; sarà compito del medico tranquillizzare sulla totale benignità della dermatosi purpurica.

Le complicanze croniche post-chirurgiche, invece, sono:

- sindrome della "mammella fantasma": analogamente ai soggetti affetti dalla sindrome dell'"arto fantasma" dopo amputazione di un arto, le pazienti mastectomizzate talora riferiscono, fin dai primi giorni dopo l'intervento, dolore alla mammella, accompagnato da formicolii, bruciori, tensione mammaria simil-premestruale. Questa sindrome è particolarmente frequente, per motivi non completamente chiariti, nelle donne giovani. I provvedimenti terapeutici devono contemplare terapie farmacologiche (Fans, antidepressivi), fisiche (TENS, magnetoterapia, massaggi) e psicologiche.
- deficit motorio della spalla e dell'arto superiore omolaterali: all'intervento chirurgico per carcinoma mammario possono residuare deficit motori della spalla e dell'arto superiore omolaterali, per lesioni dei nervi toracici anteriori, del nervo toracico lungo o del nervo toracodorsale, spesso associati ad ipoestesia, a causa dell'interessamento delle fibre sensitive. Di frequente riscontro sono deficit di abduzione e di flessione dell'arto e di flessione dell'avambraccio sul braccio; tipicamente nei casi di scapola alata risulta limitato il movimento di elevazione dell'arto sopra la testa. Deficit motori della spalla (con talora quadri di "frozen shoulder") possono talora conseguire a borsiti sottoacromiali o a periartriti scapolo-omerali dovute all'iperabduzione e alla extrarotazione dell'arto durante l'intervento chirurgico. Un precoce intervento riabilitativo, come successivamente sottolineato, riveste un ruolo fondamentale per una buona ripresa funzionale.
- scapola alata (deficit del nervo toracico lungo): la scapola alata, riscontrabile inizialmente in circa il 20% delle donne operate (anche con tecnica conservativa), consiste in una extrarotazione della scapola, con avvicinamento dell'angolo inferiore scapolare alla colonna; tale rotazione, dovuta all'azione incontrastata del muscolo romboide (che si inserisce medialmente sui processi spinosi delle prime

quattro vertebre toraciche e lateralmente sul margine mediale della scapola, al di sotto della spina scapolare: ha la funzione di trarre la scapola verso la colonna vertebrale e in alto) diviene particolarmente pronunciata quando l'arto superiore viene proteso in avanti.. La scapola alata può essere infatti solo lievemente percepita nelle pazienti in posizione ortostatica con arto abbassato e addotto, mentre si evidenzia gradualmente durante la flessione dell'arto fino a 90°. Il deficit risulta ancora più evidente durante i movimenti contro resistenza (pressione in avanti con la mano, contro una superficie piana). La donna con sofferenza del nervo toracico lungo, e quindi con scapola alata, in ortostatismo riesce con difficoltà ad elevare l'arto sopra la testa, soprattutto a gomito esteso; in posizione supina invece la scapola può fissarsi sul torace grazie al peso del corpo e ciò consente di eseguire con facilità tutti i movimenti. Un corretto trattamento riabilitativo, con attivazione dei muscoli funzionalmente invalidi, è in grado per lo più di risolvere nell'arco di sei mesi il deficit neuromuscolare, a meno di lesioni complete e irreversibili del tronco nervoso.

- linfedema, legato alla sconnessione e interruzione delle vie linfatiche per l'asportazione dei linfonodi, rappresenta ancora oggi, pur con l'avvento della chirurgia conservativa, una delle complicanze più frequenti e più temute dello svuotamento ascellare. Proprio al fine soprattutto di ridurre l'impatto di tale complicanza nelle donne sottoposte ad intervento per carcinoma della mammella, si è sviluppata recentemente una tecnica chirurgica (detta del "linfonodo sentinella"), che si propone di evitare, nelle donne a basso rischio di metastasi linfonodali (tumori con diametro inferiore ad un centimetro), la dissezione linfonodale ascellare completa. Attualmente l'incidenza del linfedema nelle pazienti sottoposte ai diversi tipi di chirurgia radicale e conservativa e che seguono correttamente le terapie motorie riabilitative è del 10% circa. L'entità media del linfedema è ridotta, rispetto al passato, di circa il 50%. Un linfedema non correttamente trattato può andare incontro da un processo di cronicizzazione. Le terapie fisiche e motorie successive all'intervento, se correttamente impostate ed eseguite, sono in grado di ridurre l'entità del linfedema. Utile, nei linfedemi clinicamente rilevanti, è il ricorso al linfodrenaggio manuale, (tecnica di massaggio molto dolce , che comprende manovre di svuotamento delle stazioni

linfonodali a valle dell'ascella e di drenaggio della linfa stagnante dai tessuti interstiziali dell'arto verso eventuali circoli collaterali) o al linfodrenaggio meccanico (con applicazione sugli arti edematosi di manicotti che vengono gonfiati a pressioni variabili e che alternano periodi di insufflazione a periodi di svuotamento). Talora può risultare utile anche ricorrere a bendaggi o supporti elastici contenitivi (in genere preconfezionati e acquistabili in negozi di articoli sanitari), da indossare durante l'attività fisica e durante il riposo. Di scarsa utilità nel trattamento del linfedema, si sono rivelate le terapie farmacologiche (vasodilatatori e vasoattivi, proteolitici, antiaggreganti piastrinici, diuretici). In caso di linfangiti vanno prescritti antibiotici a largo spettro (amoxicillina). Si raccomanda, in ogni caso, alle donne di non eseguire mai iniezioni o prelievi ematici nel braccio con linfedema, né di eseguire in tale sede misurazioni della pressione arteriosa³⁷.

1.11 Percorso riabilitativo post-intervento

Una corretta terapia motoria impostata dopo l'intervento chirurgico è in grado, come detto, di ridurre l'incidenza e l'entità dell'edema, di ridurre i blocchi articolari scapolo-omerale, di ridurre le flogosi locali, di stimolare il sistema circolatorio e linfatico a raggiungere un nuovo equilibrio.

Per ridurre il rischio di insorgenza di complicanze precoci (retrazioni della cicatrice, dolore, limitazione del movimento del braccio), ed evitare che queste si trasformino in danni cronici e permanenti, già nei primi giorni successivi all'intervento è bene effettuare semplici esercizi ed usare il braccio per le normali attività quotidiane, anche se i movimenti potrebbero risultare difficoltosi.

Il movimento aiuta anche a far riassorbire il siero che si forma nel cavo ascellare nelle prime settimane dopo l'intervento. La rieducazione motoria è mirata al completo recupero del movimento del braccio e alla riduzione delle sensazioni di fastidio, peso e dolore che non dipendono da altre cause.

³⁷ www.senology.it

Gli esercizi di mobilizzazione dell'arto vanno effettuati con gradualità, sin dal giorno successivo all'intervento chirurgico. Se non si verificano complicanze legate al post-operatorio, in poche settimane il movimento del braccio dovrebbe tornare libero, anche nei movimenti più ampi, come prima dell'intervento.

È, inoltre, consigliato l'utilizzo dell'arto per le normali attività quotidiane che non richiedano sforzi eccessivi.

Una volta recuperata la completa ampiezza del movimento è consigliabile proseguire con gli esercizi ancora per qualche mese. Progressivamente verranno aggiunti movimenti mirati al miglioramento del tono muscolare, per altro utili a prevenire il linfedema e altre disfunzioni dell'articolazione della spalla³⁸.

³⁸ *“Quale riabilitazione dopo il carcinoma mammario?”*, Opuscolo informativo della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori.

CAPITOLO II

LA BIODANZA: “DANZA DELLA VITA”

“Che cosa succederebbe se, invece di costruire solo la nostra vita, avessimo la follia e la saggezza di danzarla?”

Roger Garaudy

2.1 Origini

La Biodanza nasce dall'intuizione del Professor Rolando Toro Araneda (1924 – 2010), psicologo, antropologo, poeta e pittore cileno.

All'inizio degli anni Sessanta, Rolando Toro lavorava presso l'Ospedale psichiatrico di Santiago del Cile ed era costantemente alla ricerca di nuovi strumenti e metodi per curare i suoi pazienti. Tra le sue ipotesi, la considerazione che la sedazione fosse da considerare un impedimento alla manifestazione di dolore della persona piuttosto che una cura per la sua patologia. In un'indagine sperimentale, propose ai pazienti psichiatrici l'espressione motoria dietro sollecitazione musicale, al fine di sollecitare le persone sul piano dell'identità, consentendo tra l'altro anche l'espressione del dolore attraverso il movimento. Dopo questo primo esperimento, Rolando Toro specifica di aver creato:

“danze ed esercizi a partire da gesti naturali dell'essere umano con obiettivi precisi finalizzati a stimolare la vitalità, la creatività, l'erotismo, la comunicazione affettiva tra le persone e il senso di appartenenza all'universo”³⁹.

³⁹ Rolando Toro a cura di Eliane Matuk, *“Biodanza: musica, movimento, comunicazione espressiva per lo sviluppo armonico della personalità”*, Edizioni Red!, 2007, p. 16

2.2 Origine del termine

Questo approccio riabilitativo, disciplina dalle caratteristiche inedite, venne inizialmente chiamato “Psicodanza”, da leggere nel suo significato letterale di “danza dell’anima”, che implicitamente tentava il superamento del dualismo platonico anima e corpo.

“Occorreva ristabilire il concetto originale di danza nella sua più vasta accezione: come movimento della vita, che non poteva tuttavia essere assimilato né al balletto né a un’altra forma di danza strutturata, come pure non potrebbe essere assimilato a una forma particolare di psicoterapia”⁴⁰.

Nel 1976 Rolando Toro decise di sostituire il termine “Psicodanza”, utilizzato nel suo esordio, con quello di “Biodanza”: *la danza della vita* (dal greco =vita). Laddove il prefisso “*bios*” è da ricondurre alla sua origine greca con il significato di “vita” e il termine “*danza*” assume il significato originario di “movimento naturale”, connesso alle emozioni e pieno di significato.

“Danzare la vita” significa

“riscattare il valore intrinseco dell'esistenza, espresso nell'unicità di ogni momento vissuto”⁴¹,

ossia risvegliare quella vitalità che è intrinsecamente presente in ogni gesto naturale dell'uomo, fare esperienza in modo diretto di tutto ciò che è esistente, sensibilizzare alla vita che è presente in sé, nell'altro ed in ogni elemento della natura. Ciò può essere sperimentato con un sistema pedagogico, la Biodanza, che pone al centro il corpo ed il movimento come espressione di vita.

⁴⁰ Ibidem, p. 33

⁴¹ Ibidem, p. 10

2.3 Modello teorico

Il modello teorico della Biodanza, sottoposto a numerose revisioni dagli anni '60 ad oggi,

“è concepito come un sistema di relazioni omeostatiche chiuse, che tuttavia presenta delle sottili aperture a nuove possibilità di equilibrio, rappresentate dal contatto interumano, in un processo di co-creazione e di integrazione”⁴².

Il modello della Biodanza si fonda sul “*principio biocentrico*”, che

“ha come riferimento immediato la vita e si ispira alle leggi universali che conservano i sistemi vitali e che rendono possibile la loro evoluzione. Il principio biocentrico stabilisce un modo di sentire e di pensare che prende come riferimento esistenziale la vivencia. [...] Esso procededal fatto ineluttabile dell'esistenza della vita 'qui e ora' per interrogarsi sull'origine del cosmo”⁴³.

Il sistema della “danza della vita” è fondato sulla *vivencia*, che Rolando Toro definisce come

“un'esperienza vissuta con grande intensità da un individuo nel momento presente, che coinvolge la cinestesia, le funzioni viscerali ed emozionali. La vivencia conferisce all'esperienza soggettiva di ogni singolo individuo la palpitante qualità esistenziale del vissuto qui ed ora”⁴⁴.

Questo modello è composto da due assi, uno verticale, stabile, che rappresenta l'ontogenesi⁴⁵, e uno orizzontale, pulsante, che rappresenta il continuum identità-

⁴² Ibidem, p. 72

⁴³ Ibidem, p.48

⁴⁴ Ibidem, p. 25

⁴⁵ L'ontogenesi (dal greco: on, genit. óntos, 'ente' + genesi 'creazione', 'sviluppo') è l'insieme dei processi mediante i quali si compie lo sviluppo biologico di un organismo vivente dall'embrione allo stadio adulto: dipende sia dal genoma, che caratterizza l'organismo, sia dall'ambiente nel quale il processo si svolge. Tale processo di sviluppo, per mezzo dell'informazione codificata nel patrimonio genetico (che presenta

regressione; entrambi sono virtuali, non denotano una traiettoria rigida, poiché sono delle proiezioni direzionali. Alla base dell'asse verticale vi è il “potenziale genetico”⁴⁶, a fondamento delle “linee di *vivencia*”, che si sviluppano e articolano tra di loro attraverso l'espressione dei comportamenti che si manifesteranno nel corso dell'esistenza. Il “potenziale genetico” a sua volta si innesta sul percorso filogenetico, la storia dello sviluppo della specie umana. Dal “potenziale genetico” originano le *protovivencias*: le esperienze del neonato, che nei primi mesi di vita inizia a rispondere agli stimoli proposti dal proprio organismo o dall'ambiente in cui è immerso. Sull'asse orizzontale del modello intravediamo, invece, la pulsazione tra i poli della coscienza intensificata di sé e della regressione, pulsazione che esprime il movimento fondamentale tra i due opposti stati di coscienza, garantendoli come un “continuum”.

L'identità è rivisitata come fulcro di esperienza,

“il centro a partire dal quale io sento il mondo e mi differenzio da esso. È contemporaneamente coscienza e vivencia d'essere”⁴⁷.

La “regressione” è, invece, descritta come lo stato in cui è possibile entrare progressivamente, coerentemente con l'abbassamento della “impermeabilità dell'Io”, nella relazione con l'altro e con l'ambiente (portato al suo estremo, conduce al limite della “fusionalità”). La “regressione”, proposta in Biodanza, è favorita come salutare, non solo perché armonizza e integra l'organismo, ma perché rimette la persona in contatto con la sua essenza sana.

Infine, nel modello teorico della Biodanza, accanto all' “inconscio personale” (riferito alla concezione freudiana) e all' “inconscio collettivo” (riferito alla concezione junghiana) Rolando Toro introduce l' “inconscio vitale”, che si esprime attraverso l'umore endogeno, il benessere cenestesico e lo stato generale di salute.

caratteristiche peculiari che differenziano ciascun essere vivente dall'altro), porta alla formazione di un individuo.

⁴⁶ Il “potenziale genetico” raccoglie tutte le potenzialità ereditate geneticamente e contenute nei cromosomi umani.

⁴⁷ Rolando Toro a cura di Eliane Matuk, “*Biodanza: musica, movimento, comunicazione espressiva per lo sviluppo armonico della personalità*”, Edizioni Red!, 2007, p. 75

Il tutto è racchiuso in una spirale, che indica:

“l’apertura del modello ai processi universali di gestazione della vita”⁴⁸.

Alla base di questa spirale vi è la genesi della vita, la quale si produce nei limiti del caos, il quale è considerato:

“il luogo di maggiore capacità di interazione, dove è realmente possibile che si generino dei sistemi complessi”⁴⁹,

come questo della Biodanza.

⁴⁸ Ibidem p. 72

⁴⁹ Ibidem p. 76

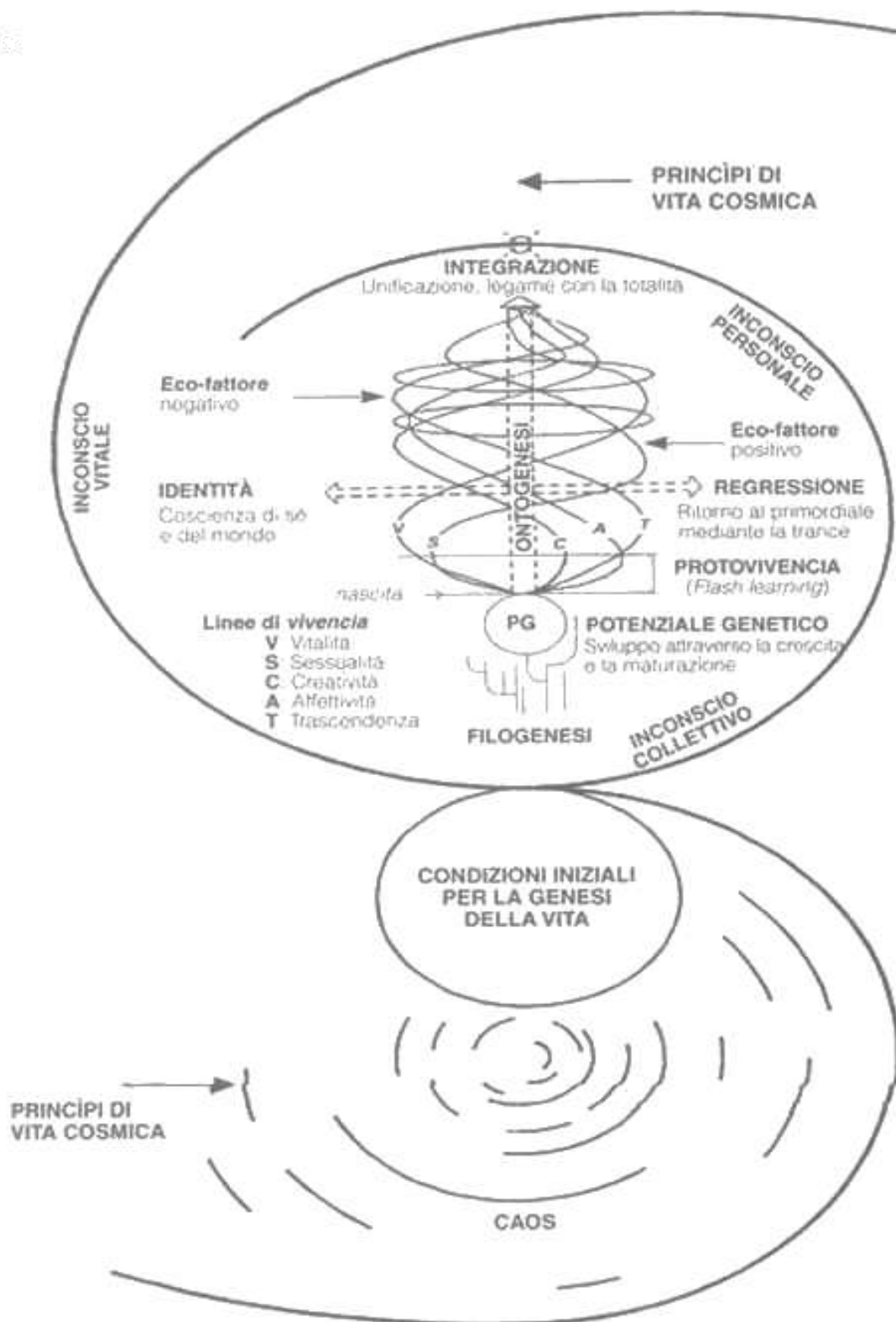


Immagine n. 8: Schema del modello teorico della Biodanza

2.4 Metodologia

La metodologia della Biodanza si basa su una Gestalt⁵⁰ in senso stretto tra musica, movimento e *vivencia*.

Ogni esercizio in Biodanza è eseguito con l'obiettivo di indurre una *vivencia* specifica.

Le caratteristiche essenziali della *vivencia* sono così descritte dal suo creatore:

- espressione originaria di noi stessi, della nostra identità, anteriore a qualsiasi elaborazione simbolica o razionale;
- anteriorità rispetto alla coscienza: la consapevolezza della *vivencia* potrebbe essere immediata o avvenire in un secondo momento;
- spontaneità: la *vivencia* può essere “evocata”, ma non diretta dalla volontà;
- soggettività: ogni persona sperimenta *vivencia* uniche, intime ed inesprimibili;
- intensità variabile: nel momento in cui diminuisce l'attività cosciente di controllo e vigilanza, aumento l'intensità della *vivencia*;
- temporalità: la *vivencia* si manifesta nel momento presente e costituisce un'esperienza passeggera;
- emozionalità: la *vivencia* dà origine a emozioni;
- dimensione cenestesica: la *vivencia* è sempre accompagnata da sensazioni cenestesiche e coinvolge tutto il corpo;
- dimensione ontologica: la *vivencia* offre una conoscenza intima assoluta, connessa all'essere e alla percezione di essere vivo;
- dimensione psicosomatica: la *vivencia* è il punto di congiunzione dell'unità psicosomatica, il quale è in relazione con il processo di tramutazione dello psichico in organico e dell'organico nello psichico.

⁵⁰ Per il termine “Gestalt” Rolando Toro nel libro “*Biodanza: musica, movimento, comunicazione espressiva per lo sviluppo armonico della personalità*”, Edizioni Red!, 2007 si riferisce alla definizione di Kurt Lewin: “un sistema in cui le parti sono dinamicamente connesse, in modo tale che il modificarsi di una parte produca un cambiamento in tutte le altre”, p. 119

Vi sono *vivencias* che producono disorganizzazione e, di conseguenza, disturbi a livello organico o psichico; vi sono, invece, *vivencias* di integrazione che favoriscono un'elevazione del grado di salute e vitalità.⁵¹

Le *vivencia* possono essere disturbate, stimolate o esasperate da situazioni di gruppo.

È importante sottolineare la differenziazione tra “*vivencia*”, “emozione” e “sentimento”, i cui confini sono labili e spesso si confondono all'interno dell'animo umano.

La *vivencia* è una sensazione da vivere nel momento presente e nel posto in cui si è, che coinvolge tutto l'organismo.

L'emozione è una risposta psicologica e fisica, che coinvolge in modo profondo tutto il corpo, rappresentata attraverso forti impulsi interni a reagire (per esempio, allegria, ira, paura, ecc...).

Il sentimento è una risposta più elaborata nei confronti delle singole persone e del mondo intero, duratura nel tempo, preferenziale e con un carattere simbolico (per esempio, amore, felicità, solidarietà, ecc...).

Vivencia, emozione e sentimento sono “*le espressioni psicologiche delle potenzialità genetiche*”⁵².

Dopo numerose ricerche sul sistema Biodanza, Rolando Toro ha raggruppato i risultati dell'indagine sulla corrispondenza tra espressione delle potenzialità genetiche e le principali aspirazioni umane in cinque insieme, in cui vengono riassunte le aspirazioni comuni a tutti i partecipanti. I cinque insieme definiti “*linee di vivencia*” sono:

- Vitalità: come impulso che ci muove, che ci attira a quello che è vitale, per esempio salute, impeto vitale, allegria;
- Sessualità: come strada del piacere, ad esempio piacere sessuale, riproduzione, legame sessuale;
- Creatività: come possibilità di trovare alternative, di creare cose ma soprattutto di creare la nostra vita scegliendo tra le possibilità che ci costruiamo, per esempio innovazione, costruzione, fantasia;

⁵¹ Ibidem, p. 26-27

⁵² Ibidem, p. 81

- Affettività: dare importanza a quello che sento e comportarmi in modo coerente con quello che sento, per esempio amore, amicizia, altruismo;
- Trascendenza: andare oltre me stesso, al fine di vedere l'altro, per vedere che intorno a me c'è molto ed io sono solo una parte di qualcosa che è molto più grande di me, io non sono il centro ma solo un particella all'interno di un universo, per esempio legame con la natura, sentimento di appartenenza all'universo, stati di espansione della coscienza.⁵³

La Biodanza si basa, inoltre, sulla musica, prima componente dell'unità metodologica *musica-movimento-vivencia*. La sua funzione principale è, quindi, quella di indurre movimenti e *vivencias* integrati.

I requisiti che la musica deve avere per assolvere a questa funzione sono:

- Coerenza tra prolessi e sviluppo musicale: le prime battute di una canzone devono raccogliere la sua totalità, ossia un elemento viene anticipato e poi riprese successivamente. Quindi, vengono escluse tutte le musiche dissociative che inducono immobilità e gesti schematici, meccanici e ripetitivi.
- Contenuto emozionale definito e inteso: il contenuto della canzone deve consentire di riconoscere le linee di *vivencia* a cui corrisponde la musica, la quale deve avere anche un testo adeguato.
- Tema musicale stabile: una musica riesce ad indurre una determinata *vivencia* solo se ha un tema che rimanere costante durante lo scorrere di tutta la canzone.
- Tema musicale che esprima uno stato d'animo elevato: dato che la Biodanza cerca di stimolare l'inconscio vitale (si veda il paragrafo "*Modello teorico dalla Biodanza*"), si devono preferire musiche che puntino ad uno stato d'animo elevato, senza, però, escludere a priori i temi tristi e/o malinconici, i quali rappresentano i chiaroscuri dell'anima.

Questi requisiti devono essere presenti contemporaneamente nella medesima musica, in quanto anche solo la mancanza di uno di essi ostacola l'induzione della *vivencia*.

L'ultimo elemento dell'unità metodologica della Biodanza è il movimento, rivisitato nel "modello sistemico del movimento umano", che riprende in esame le diverse espressioni

⁵³ Ibidem, p. 83 - 90

motorie, tra cui il movimento controllato intenzionale, il movimento spontaneo, la carezza e gli automatismi organici. In sovrapposizione al modello teorico della Biodanza, il modello sistemico del movimento si articola su due assi, sui quali vengono distribuite le diverse tipologie e caratteristiche del movimento umano. Toro definisce come “categorie del movimento” alcune modalità di espressione della motricità tra cui:

- ritmo: successione regolare nel tempo dei movimenti e delle cadenze; costituisce la caratteristica fondamentale dei movimenti vitali.
- sinergia: azione simultanea di vari organi e meccanismi neurologici e fisiologici che partecipano alla realizzazione di un'unica funzione.
- potenza: forza muscolare che viene espressa nel movimento.
- flessibilità: possibilità del corpo umano di assumere diverse posizioni.
- elasticità: capacità posseduta da alcune strutture del corpo di deformarsi per azione di una forza e di recuperare la condizione iniziale alla cessazione dello stimolo.
- equilibrio: consente di conservare una posizione, senza oscillazioni.
- espressività: possibilità di esprimere con chiarezza gli stati d'animo del momento attraverso gesti, sguardi e/o atteggiamenti corporei.
- agilità: destrezza e scioltezza nei movimenti.
- fluidità: capacità di realizzare movimenti in continuità.
- leggerezza: dipende dall'assenza della sensazione del peso.
- controllo volontario intenzionale: capacità di condurre i propri movimenti ad un determinato obiettivo.
- resistenza: opposizione o contrapposizione alla forze esterne che tentano di modificare la posizione assunta dal corpo.
- coordinazione: modulazione, controllo e regolazione dei movimenti corporei.⁵⁴

Gli esercizi di Biodanza costituiscono dei modelli induttori di *vivencia* e possono essere proposti con opportuni accorgimenti anche a persone con disabilità motoria.

La Biodanza si propone di recuperare l'integrazione psicofisica mediante una metodologia che include tutti gli aspetti del movimento umano e le loro correlazioni.

⁵⁴ Rolando Toro a cura di Eliane Matuk, “*Biodanza: musica, movimento, comunicazione espressiva per lo sviluppo armonico della personalità*”, Edizioni Red!, 2007, p. 134-135

CAPITOLO III

INDAGINE QUALITATIVA SULLA PERCEZIONE DELLA BIODANZA COME PROPOSTA RIABILITATIVA

Nel capitolo precedente si è voluto porre l'accento sulle origini, sulla metodologia e sul modello teorico della Biodanza, per comprendere al meglio l'indagine qualitativa descritta in questo capitolo.

La Biodanza viene proposta come metodo riabilitativo da Luglio 2008 presso l'Unità Riabilitativa di Mozzo (BG) dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII di Bergamo, per aiutare le donne, sottoposte ad intervento chirurgico per carcinoma mammario, a riappropriarsi del proprio corpo ed a giungere alla guarigione attraverso un approccio globale.

3.1 Obiettivi

Questo progetto di tesi si basa su un'indagine qualitativa della percezione immediata e a medio termine della pratica della Biodanza come proposta riabilitativa in donne operate per carcinoma mammario, ponendosi, compatibilmente alla finalità della “danza della vita” precedentemente descritte, i seguenti obiettivi generali:

- Identificare la percezione che le donne hanno in merito al loro stato fisico, psicologico, emotivo, spirituale e intenzionale immediatamente dopo la seduta di Biodanza.
- Identificare la percezione che le donne hanno in merito al loro stato fisico, psicologico, emotivo, spirituale e intenzionale prima di iniziare una nuova seduta di Biodanza (generalmente a distanza di una settimana).

Gli obiettivi specifici del progetto di tesi sono:

- Identificare gli effetti positivi e/o negativi che le donne hanno riscontrato sul loro corpo sia dal punto di vista fisico che psicologico immediatamente dopo la seduta di Biodanza.
- Identificare gli effetti positivi e/o negativi che le donne hanno riscontrato nell'arco di tempo tra una seduta e quella successiva (generalmente a distanza di una settimana).
- Delineare le eventuali sfumature o variazioni degli effetti positivi e/o negativi prima della seduta successiva di Biodanza.
- Valutare i problemi fisici, se presenti, (in particolar modo, la movimentazione dell'articolazione scapolo-omerale) nelle donne operate di mastectomia o quadrantectomia.
- Valutare lo stato fisico, cognitivo, emotivo, spirituale e intenzionale delle donne operate di mastectomia o quadrantectomia.
- Valutare eventuali differenze tra le donne operate di mastectomia e quelle operate di quadrantectomia.
- Valutare eventuali problemi persistenti anche alla fine delle sedute di Biodanza.

3.2 Materiali e metodi

Per raggiungere i suddetti obiettivi, le donne, che partecipano alle sedute di Biodanza, sono state intervistate, in prima battuta, dopo le sedute di Biodanza per raccogliere le emozioni e gli effetti positivi e/o negativi “a freddo”, ed, in seconda battuta, prima delle sedute successive per delineare come si sono modificati i suddetti effetti e come si sono sentite nell'arco di tempo intercorso tra una seduta e l'altra.

Tutti i dati raccolti sono stati trattati con la massima riservatezza, in conformità alla legge n. 196/2003 sulla tutela della privacy e il trattamento dei dati personali, previo consenso verbale; gli unici dati personali, che sono stati richiesti, a fini statistici, sono l'età e la tipologia di asportazione del seno (mastectomia o quadrantectomia).

Le interviste, che sono state effettuate subito dopo le sedute di Biodanza, sono state strutturate sulle seguenti domande (Allegato 1):

1. Come si sente in questo momento dal punto di vista fisico?
2. Come si sente in questo momento dal punto di vista psicologico?
3. Quali effetti positivi e/o negativi porterà a casa da questa seduta?

Le interviste, invece, che hanno preceduto le sedute successive di Biodanza, sono state articolate sulle seguenti domande (Allegato 2):

1. Come sono variati gli effetti positivi e/o negativi che si è portata a casa dalla seduta della scorsa settimana?
2. Come è andata la settimana?
3. Come si è sentita fisicamente e psicologicamente in questa settimana?
4. Sono sorti nuovi problemi dalla scorsa seduta?
5. È contenta del percorso riabilitativo che sta effettuando?

Le domande delle interviste sono state stabilite dalla sottoscritta e, successivamente, autorizzate dalla Direzione delle Professioni Sanitarie dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo, dal primario dell'Unità Riabilitativa di Mozzo (BG), facente capo al suddetto Ospedale, Dott. Guido Molinero e dalla Dott.ssa Micaela Bianco, fisioterapista e insegnante di Biodanza, presso la suddetta Unità Riabilitativa.

Le interviste sono state strutturate in modo tale che le donne potessero rispondere in autonomia, intimità e senza limite di tempo, grazie alla consegna di un foglio con le domande riguardanti il post-seduta, valutanti l'immediato, e il pre-seduta successiva, determinanti l'andamento della settimana.

Le donne erano invitate a compilare le domande sulle sensazioni immediate nell'arco delle ventiquattro ore successive alla seduta di Biodanza e quelle sulle sensazioni a medio termine nell'arco delle ventiquattro ore precedenti la seduta della settimana successiva.

Le risposte alle domande, comprese quelle riguardanti i dati anagrafici, non sono sempre state compilate dalle rispondenti nella totalità, in quanto le donne erano libere di rispondere discrezionalmente alle domande contenute nell'intervista.

Le interviste sono state effettuate per quattro sedute di Biodanza, le quali si sono svolte presso l'Unità Riabilitativa di Mozzo (BG) dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII di Bergamo, il giovedì dalle 17.00 alle 19.00.

L'indagine è stata effettuata da fine Settembre a inizio Novembre, in base alla disponibilità dell'insegnante di Biodanza, somministrando le interviste, generalmente, una volta alla settimana, a partire dalla seconda seduta, in quanto durante la prima seduta vi è stata una breve presentazione del progetto di tesi.

Ogni ciclo di Biodanza proposto è strutturato in dieci sedute.

A questo ciclo, il terzo del 2015, stanno partecipando in media venti donne, di cui undici hanno acconsentito a sottoporci alle interviste, con una media di cinque interviste per seduta, per un totale di quarantadue interviste.

Il campione è stato scelto su partecipazione spontanea delle donne stesse, che hanno aderito alla proposta di riabilitazione attraverso la Biodanza, aventi un'età compresa tra i 49 e i 66 anni.

3.3 Risultati

In questo paragrafo vengono riportate testualmente le risposte delle donne nelle varie interviste e i dati statistici in merito all'età, al tipo di asportazione (se effettuata) e anni di pratica di Biodanza.

Le risposte sono state suddivise per seduta, ognuna delle quali è composta dalle risposte alle domande che precedono la seduta stessa e dalle risposte alle domande somministrate successivamente alla pratica della Biodanza.

3.3.1 Seconda seduta

Le risposte alle interviste precedenti la seconda seduta sono (Allegato 2):

1. Come sono variati gli effetti positivi e/o negativi che si è portata a casa dalla seduta della scorsa settimana?
 - *“Io posso parlare solo di effetti positivi. Aver saltato qualche mese e ritrovarsi mi ha procurato emozioni tante volte difficili per me da spiegare! Per me parlare delle emozioni è molto difficile, ma in questa situazione di “malattia” si sono concentrate nel mio cuore in bene. La seduta della settimana scorsa essendo stata la prima mi ha procurato gioia”.*
 - *“Maggiore energia e benefici sull’umore”.*
 - *“Un netto miglioramento dell’umore, anche perché era la prima sessione dopo le vacanze ed è stato bellissimo ritrovarci tutti”.*
 - *“La delusione del primo giorno è stata grande, avevo tante aspettative che durante l’estate sono andata ad accumulare e, quando ho incontrato le mie amiche, mi sono persa a cogliere i loro messaggi visivi e non mi sono concentrata, portando a casa nessuna emozione ma solo i sorrisi delle mie compagne”.*

2. Come è andata la settimana?
 - *“La settimana è andata abbastanza bene come sempre piena di impegni, ma sempre con una “carica giusta” = positiva”.*
 - *“I primi giorni dopo Biodanza sono stati positivi, poi c’è stato un calo soprattutto di energia fisica”.*
 - *“Abbastanza tranquilla”.*
 - *“La prima parte è stata un po’ un limbo rimproverandomi di non essere stata in grado di concentrarmi, poi piano piano si è normalizzata e la fine della settimana - per cause esterne - sono andata un po’ giù di morale”.*

3. Come si è sentita fisicamente e psicologicamente in questa settimana?
- *“A volte stanca, soprattutto la mattina e poi carica nei momenti famigliari e di dialogo con amici e parenti”.*
 - *“Sia fisicamente che psicologicamente è andata a fasi alterne”.*
 - *“Fisicamente un po’ più decisa e allegra, psicologicamente ho ancora dei blocchi”.*
 - *“Ho avuto sentimenti altalenanti, ma fisicamente bene”.*
4. Sono sorti nuovi problemi dalla scorsa seduta?
- *“Per ora nessuno”.*
 - *“No”.*
 - *“No nessun problema”.*
 - *“Sì ieri, perciò ancora da elaborare ma mi hanno lasciato un segno profondo e tanta tristezza dentro”.*
5. È contenta del percorso riabilitativo che sta effettuando?
- *“Posso dire contentissima e felicissima, spero - anzi voglio - credere, malgrado i miei problemi di salute, di poter continuare sempre!!”.*
 - *“Sì”.*
 - *“Sì molto, perché mi sento tra persone che come me hanno subito un’amputazione e mi godo due ore solo per me”.*
 - *“Sì e non solo per il problema del seno, ma mi aiuta ad affrontare la vita in modo pacato, riconoscendo me stessa come valore importante”.*

Le risposte relative alle sensazioni immediate dopo la seconda seduta sono (Allegato 1):

1. Come si sente in questo momento dal punto di vista fisico?
- *“Bene, tonica, ritmica”.*
 - *“Mi sento molto bene, ho tanta carica ed energia positiva”.*
 - *“Molto bene, a volte forse con troppo energia”.*
 - *“Molto rilassata, tonica. Sento che il mio organismo ha eliminato le tossine che generano disagio”.*

- *“Carica di energia”.*
2. Come si sente in questo momento dal punto di vista psicologico?
- *“Un po’ più sollevata e concentrata sui miei bisogni”.*
 - *“La mia vita in questo periodo sta scorrendo regolarmente, di conseguenza psicologicamente sto molto bene, sono serena”.*
 - *“Forte e positiva”.*
 - *“Mi sento in equilibrio. Molto serena e in pace con me stessa. Avverto la sensazione di maggiore sicurezza nelle mie capacità e aumento di autostima. Ho imparato, in una certa misura, ad accettare le differenze tra me e gli altri”.*
 - *“Rilassata ed allegra”.*
3. Quali effetti positivi e/o negativi porterà a casa da questa seduta?
- *“Mi porto a casa la gioia di appartenere ad un gruppo, che mi accoglie senza chiedere e aspettarsi niente da me e ho potuto liberarmi di un po’ di tensione, che mi ero portata dietro”.*
 - *“Mi porto a casa tanta positività per me e per chi mi sta vicino. È importante stare in un gruppo di alto livello di comunicazione e sensibilità, perché ci aiuta a stare bene tutti”.*
 - *“Effetti negativi nessuno. Di positivo, sento che ho fatto del bene alla mia persona, soprattutto da un punto di vista psicologico. Ho eliminato le scorie e il mio cervello è più leggero ed in grado di avere una visione della realtà più equilibrata”.*
 - *“Un’aria di leggerezza”.*

3.3.2 Terza seduta

Le risposte alle interviste precedenti la terza seduta sono:

1. Come sono variati gli effetti positivi e/o negativi che si è portata a casa dalla seduta della scorsa settimana?
 - *“Sono sempre sedute positive che aiutano il nostro stare bene e che mettono alla prova valori, sentimenti ed affetti”.*
 - *“I momenti di entusiasmo sono durati qualche giorno, poi sono svaniti”.*
 - *“Positivo: essere maggiormente leggera e carica. Negativo: qualche lacrima durante il ritorno a casa”.*
 - *“La sessione si è svolta sul “Ritmo come forma di comunicazione” mi ha dato molta vitalità”.*
 - *“Tranquillamente e serenamente stanca. Benessere totale”.*
 - *“Ci sono momenti alti e bassi. Stanno prevalendo, però, i momenti di buon umore”.*
 - *“La mia settimana è andata migliorando, sono riuscita a ripristinare i rapporti in casa, che la scorsa settimana si erano rotti senza attribuzioni di colpa”.*

2. Come è andata la settimana?
 - *“Un po’ presa da tante cose che alla fine si risolvono, poi ci si rende conto che a volte si prendono le cose troppo sul serio ed è abbastanza trovare delle persone positive per far tornare il bello della vita”.*
 - *“Abbastanza bene, compatibilmente con gli effetti collaterali delle cure”.*
 - *“Abbastanza bene, pensando alla volta prossima”.*
 - *“È stata una settimana abbastanza movimentata, piena di continui cambiamenti familiari, notizie positive e negative, ma la sessione mi ha aiutata ad autoregolarmi, dosando le mie energie”.*
 - *“Frenetica ma serena”.*
 - *“Abbastanza bene (tenuto in conto del fatto che sto facendo chemioterapia)”.*
 - *“Tranquilla”.*

3. Come si è sentita fisicamente e psicologicamente in questa settimana?
- *“Normale. In particolari giornate cariche di passaggi negativi, si incrociano anche stanchezza ed eccessiva preoccupazione. Non ci sono solo passaggi negativi, ma nella mia settimana ci sono anche passaggi molto positivi”.*
 - *“Positiva, nonostante tutto”.*
 - *“Solamente qualche dolore muscolare, ma anche nostalgia del mio gruppo di donne “Bio””.*
 - *“Molto bene, sono riuscita a regolare l’energia sia psichica che corporea”.*
 - *“Bene e carica di energia”.*
 - *“Qualche picco di stanchezza e di tristezza ma in maniera limitata. Per il resto sono stata bene”.*
 - *“In pace con me stessa e attiva”.*
4. Sono sorti nuovi problemi dalla scorsa seduta?
- *“No”.*
 - *“No”.*
 - *“Nessun problema”.*
 - *“No nessuno”.*
 - *“No”.*
 - *“No e si sono pacati quelli vecchi”.*
5. È contenta del percorso riabilitativo che sta effettuando?
- *“Contentissima, poi è un gruppo di donne “speciali””.*
 - *“Sì”.*
 - *“Sì, perché sto affrontando la mia vita con più positività, mettendo davanti a quasi tutto il mio “Io””.*
 - *“Sono “biodanzate” da 5 anni e la mia vita è decisamente cambiata. La Biodanza mi ha insegnato a non permettere agli altri di invadere la mia vita, ma soprattutto mi ha insegnato a vivere nel “momento””.*
 - *“Sì molto”.*
 - *“Sì”.*

- *“Sì, sempre di più”.*

Le risposte relative alle sensazioni immediate dopo la terza seduta sono:

1. Come si sente in questo momento dal punto di vista fisico?

- *“Stanca e affaticata”.*
- *“Mi sento bene e non avverto stanchezza”.*
- *“Abbastanza carica e piena di energia, malgrado qualche doloretto dovuto al mio problema alla schiena”.*
- *“Qualche dolore fisico non mi permette di essere in splendida forma”.*
- *“Bene”.*
- *“Bene, pronta e scattante”.*

2. Come si sente in questo momento dal punto di vista psicologico?

- *“Emozioni contrastanti: contenta, perché ho provato il piacere di ballare dopo tanto tempo, nel quale il mio corpo provava solo dolore; triste, perché ho vissuto il dolore di una donna che ha pianto e mi ha riportato alle mie angosce di morte”.*
- *“Serena”.*
- *“Dal punto di vista psicologico, mi sento piena di stimoli positivi, i quali coinvolgono tutto il mio stato fisico e cognitivo in bene!”*
- *“L’umore è alto, quindi sto bene psicologicamente”.*
- *“Rilassata”.*
- *“Ho appena finito un incontro di counselling psicologico e, per i problemi emersi, mi sento a pezzi”.*

3. Quali effetti positivi e/o negativi porterà a casa da questa seduta?

- *“Positivi: riscoprire un corpo che dà piacere. Negativi: alcuni gesti affettuosi da parte di una persona che non ho mai conosciuto mi sono sembrati eccessivi e li ho vissuti con un po’ di disagio”.*

- *“Maggiore consapevolezza rispetto a quello che voglio e che mi fa stare bene e la ricerca della migliore strategia per camminare nella direzione giusta per me”.*
- *“Di solito, porto sempre a casa effetti positivi da ogni seduta, attraverso soprattutto gli incontri con amiche, la musica e la danza. Tutto ciò mi permette un’immediata connessione con me stessa, portandomi a sviluppare sempre più le mie potenzialità”.*
- *“Tanta serenità ed energia”.*
- *“Spero che mi aiuti a riassetto il mio equilibrio e a trovare il modo per affrontare le nuove settimane”.*

3.3.3 Quarta seduta

Le risposte alle interviste precedenti la quarta seduta sono:

1. Come sono variati gli effetti positivi e/o negativi che si è portata a casa dalla seduta della scorsa settimana?
 - *“Nessuna variazione di rilievo. Energia in rialzo”.*
 - *“La settimana scorsa abbiamo ballato la pulsazione e lo Yang, che mi hanno permesso di manifestarmi in modo chiaro”.*
 - *“Mi sono sentita emotivamente più forte, fisicamente più leggera (senza aver perso peso) e con una lucidità mentale improvvisa”.*
 - *“Gli effetti positivi nel corso della settimana non sono costanti per tutti i giorni, variano a seconda delle situazioni. Rimane, però, la consapevolezza che ci sono momenti positivi e momenti negativi; quest’ultimi, però, poi passano”.*
 - *“Con il passare del tempo non ho più pensato agli effetti negativi”.*
 - *“Ero giù di morale, un po’ mi ha aiutato a tirarmi su, ma per tutta la settimana ho letto tutto negativo ciò che succedeva intorno a me, come se fosse tutto calcolato da parte degli altri (lavoro/casa), per non coinvolgermi e non farmi sentire sola”.*

2. Come è andata la settimana?

- *“Caoticamente bene”.*
- *“Molto bene ho avuto molta chiarezza del mio essere, sono stata determinata nell’affrontare le scelte”.*
- *“Nonostante un sacco di problemi, molto bene!”*
- *“Più che discretamente”.*
- *“Abbastanza bene anche se ho ripreso un po’ la vecchia abitudine di fare troppe cose in poco tempo”.*
- *“Solo ieri si è aperto uno spiraglio e ho desiderato l’accompagnamento dolce ma libero delle mie compagne nell’esercizio del segmentario del capo”.*

3. Come si è sentita fisicamente e psicologicamente in questa settimana?

- *“Agitata in vista dei controlli oncologici”.*
- *“Ho sempre mantenuto un buon equilibrio sia fisico che mentale”.*
- *“In generale, lo stimolo è quello di guardare oltre e in maniera sempre più positiva verso la vita, tenendo conto che comunque la morte esiste”.*
- *“Complessivamente bene”.*
- *“Bene sia fisicamente che psicologicamente”.*
- *“Stanca, molto stanca”.*

4. Sono sorti nuovi problemi dalla scorsa seduta?

- *“No”.*
- *“Nessun problema”.*
- *“Non direi”.*
- *“No”.*
- *“No”.*
- *“Per fortuna no”.*

5. È contenta del percorso riabilitativo che sta effettuando?

- *“Sì molto”.*
- *“Biodanza mi sta aiutando a mettere ordine nella mia vita, ma soprattutto a rispettare le scelte altrui”.*
- *“Molto contenta. È un modo insolito per conoscermi meglio e, quindi, aver più opportunità di migliorare la mia vita da vari punti di vista”.*
- *“Sì”.*
- *“Sì molto, anche se mi accorgo che fisicamente non recupero la libertà di prima e dovrò continuamente fare riabilitazione di mantenimento”.*
- *“Sì decisamente e ho delle aspettative da queste nuove sessioni, ho bisogno di riprendermi in mano, di riprendere la mia sicurezza, che quest'estate è andata sotto le scarpe”.*

Le risposte relative alle sensazioni immediate dopo la quarta seduta sono:

1. Come si sente in questo momento dal punto di vista fisico?

- *“Abbastanza bene, un po' stanca, ma mi riprendo subito; dopo la lezione ho sempre addosso quel senso di “carica”, che ogni tanto mi manca”.*
- *“Bene. Gli spazi fisici e mentali, per tornare in forma pre-chemio, stanno dando i loro frutti. Sono molto concentrata su me stessa e sul mio fisico, per riuscire a tornare quella che ero, anche con la menomazione importante”.*
- *“Molto bene e carica di energia”.*
- *“Stanca e spossata”.*
- *“Molto rilassata e “morbida”. I movimenti sono fluidi e tranquilli”.*

2. Come si sente in questo momento dal punto di vista psicologico?

- *“Voglio dire e ripetere di nuovo che le emozioni di serenità e felicità che mi accompagnano durante e dopo la lezione mi fanno sentire benissimo, non solo psicologicamente ma anche fisicamente”.*
- *“Carica ed energica verso la mia meta”.*
- *“Molto bene e carica di buon umore”.*
- *“Sono riuscita a scaricare la tensione”.*

- *“Felice, appagata e molto serena. Mi sento in pace con tutto ciò che mi circonda”.*
3. Quali effetti positivi e/o negativi porterà a casa da questa seduta?
- *“Gli effetti positivi sono quel senso di libertà che ogni tanto mi manca, mentre l’effetto negativo in questa seduta non l’ho trovato”.*
 - *“Spero energia e gioia di proseguire il mio cammino di “rinascita””.*
 - *“Un senso di leggerezza”.*
 - *“Ho capito la differenza tra la fluidità, l’essere fluida e l’adattamento alle situazioni senza perdere il mio essere e il mio modo di stare con gli altri. Spero di riuscire a metterlo in pratica anche fuori da questo ambiente, dove tutto sembra più facile”.*
 - *“Solo positivi: un senso di rilassatezza. Mi porterò a casa questa tranquillità e la voglia di godermi ogni momento, senza correre, senza frenature”.*

3.3.4 Quinta seduta

Le risposte alle interviste precedenti la seconda seduta sono:

1. Come sono variati gli effetti positivi e/o negativi che si è portata a casa dalla seduta della scorsa settimana?
- *“In questa seduta devo dire che sono riuscita a concentrarmi più delle altre volte, sono sincera alcune volte il “chiacchierio” vicino non mi aiuta a trovare quella concentrazione di cui sento di aver bisogno, ma va bene così, io cerco sempre di giustificare tutti e tutte. In ogni caso, ci sono momenti “magici” che vorrei non fossero interrotti. In questa lezione la mia concentrazione è stata ottima”.*
 - *“Effetti positivi di serenità e tranquillità”.*
 - *“La sensazione di totale benessere che avverto dopo la seduta di Biodanza, nel corso della settimana si stempera. Rimane, però, un prevalente stato di serenità”.*

- *“Sono passati quindici giorni, è un periodo troppo lungo e tante cose sono successe senza poter far nulla per cambiarle. La fluidità credo di averla applicata alla perfezione in due momenti di questo periodo: quando entrando in casa, ho trovato tutto sottosopra, per aver avuto la visita dei ladri, non mi sono lasciata coinvolgere e ho preso la situazione così com’era, quasi adattandomi e un po’ estraniandomi da quella emozione di invasione”.*
- *“Gli effetti positivi della seduta si sono protratti per tutta la settimana”.*

2. Come è andata la settimana?

- *“È stata una settimana piena di impegni familiari, ma assolti tutti con grande calma e determinazione. Per me tutto ciò è positivo in quanto, in quasi tutte le circostanze familiari, l’agitazione è la prima emozione negativa che mi pervade”.*
- *“Bene, sempre in aumento la consapevolezza di cosa fa bene a me stessa”.*
- *“Con qualche momento di tensione, ma complessivamente bene, anche se con momenti di forte stanchezza”.*
- *“Sulla scia dell’accaduto sono sempre rimasta staccata dall’evento e ho continuato ad essere quella di sempre, anzi, a differenza delle altre settimane, quasi un po’ più su di morale”.*
- *“Bene, è stata una settimana piuttosto serena”.*

3. Come si è sentita fisicamente e psicologicamente in questa settimana?

- *“Direi abbastanza bene, anche se ho passato alcuni giorni in ospedale per l’intervento di un familiare e ho avuto una sensazione “strana”. Lo stare in ospedale “non è per me”, dato che per le mie terapie sono lì tutti i mesi, mi ha dato una sensazione comunque “serena”. Il dovermi occupare io di un familiare, per la prima volta dopo 3 anni, è stato per me motivo di orgoglio”.*
- *“Bene, niente di significativo né in positivo né in negativo”.*
- *“Prevalentemente bene ma con qualche momento di nervosismo”.*
- *“Contando i quindici giorni: la prima settimana ero stanca ma tranquilla nonostante i ladri; la seconda settimana ho subito un piccolo incidente e mi sono fatta male al V dito del piede, perciò un po’ avvilita, ma fluida”.*

adattandomi alla nuova situazione. Mi sento bene nonostante due esperienze forti”.

- *“A parte un ginocchio dolorante, fisicamente mi sono sentita bene, sciolta e attiva. Dal punto di vista psicologico mi sento positiva”.*

4. Sono sorti nuovi problemi dalla scorsa seduta?

- *“Nessun problema, anzi sensazione di libertà e fluidità nel fare e immaginare ogni cosa”.*
- *“No nessuno”.*
- *“No”.*
- *“Credo di aver migliorato il mio stato d’animo della scorsa settimana, aver lavorato sulla fluidità mi ha aiutato a non fossilizzarmi sul punto, ma, aggirandolo, lo vedi in modo diverso e con maggiori possibilità di soluzioni”.*
- *“No”.*

5. È contenta del percorso riabilitativo che sta effettuando?

- *“Sono stra-contenta e felice di questo percorso riabilitativo che finalmente dopo quasi un anno di pausa ho potuto riprendere. Micaela è un’insegnante meravigliosa, sa cogliere sempre con semplicità le mie emozioni positive e negative, amplificandole sempre con serenità, insomma mi sento felice (dico solo che esprimere per iscritto le mie vere emozioni, mi riesce un pochino difficile). La parola, che mi viene subito in mente e nel cuore, è felicità”.*
- *“Sì, anche se penso di aver raggiunto una buona dose e, con il passare degli anni, di riuscire a sensibilizzarmi verso le cose belle e brutte della vita”.*
- *“Sì”.*
- *“Sì tantissimo, credo che non avrei potuto affrontare le due situazioni vissute in questi quindici giorni, se dietro non ci fosse questa educazione a far emergere certe possibilità che si hanno dentro, ma che restano soffocate per abitudine o costrizioni esterne alla propria persona”.*
- *“Sì, ne sono molto soddisfatta”.*

Le risposte relative alle sensazioni immediate dopo la quinta seduta sono:

1. Come si sente in questo momento dal punto di vista fisico?

- *“Bene, sto ritrovando il mio corpo vero e non quello imbruttito dalle chemio”.*
- *“Oggi sono molto emozionata e come sempre carica e piena di energia”.*
- *“Molto rilassata”.*
- *“Viva fisicamente”.*
- *“In questo momento non benissimo, a causa della rottura della protesi, che mi causa dolori ascellari e difficoltà nel movimento del braccio”.*

2. Come si sente in questo momento dal punto di vista psicologico?

- *“Tranquilla, sto cercando di mettere in pratica la “fluidità”, che stiamo riscoprendo durante le sedute. Sto vedendo nella vita reale i feedback che gli altri riescono a trasmettermi”.*
- *“Psicologicamente ho ancora molto da lavorare, ma mi sento sempre meglio”.*
- *“Libera dai pensieri negativi e con un senso di contentezza e fiducia nel futuro”.*
- *“Viva psicologicamente”.*
- *“Voglio essere positiva e pensare di non avere nessuna complicazione a seguito della sostituzione della protesi, essendo una parte priva di tessuto e radiata, potrebbe esserci il problema di cicatrizzazione”.*

3. Quali effetti positivi e/o negativi porterà a casa da questa seduta?

- *“La curiosità di scoprire i feedback che la gente, volontariamente o involontariamente, mi dà”.*
- *“Porto sempre a casa effetti positivi, che mi rimangono nel cuore per tutta la settimana. La Biodanza mi consente di mantenere, anche nei momenti più complicati, felicità e serenità”.*
- *“Maggiore sicurezza in me stessa e positività verso la vita”.*
- *“Porto a casa una sensazione di pienezza, dove mente e corpo viaggiano insieme”.*

- *“Ogni volta che pratico biodanza mi carico di positività. Se durante la settimana mi capita di attraversare momenti di stanchezza, negatività o difficoltà, cerco sempre di fluire, cercando leggerezza e gioia nell'affrontare la vita”.*

3.3.5 Età

Le donne che hanno partecipato hanno un'età compresa tra i 49 e i 66 anni; con il grafico sottostante vediamo nello specifico gli anni delle partecipanti.

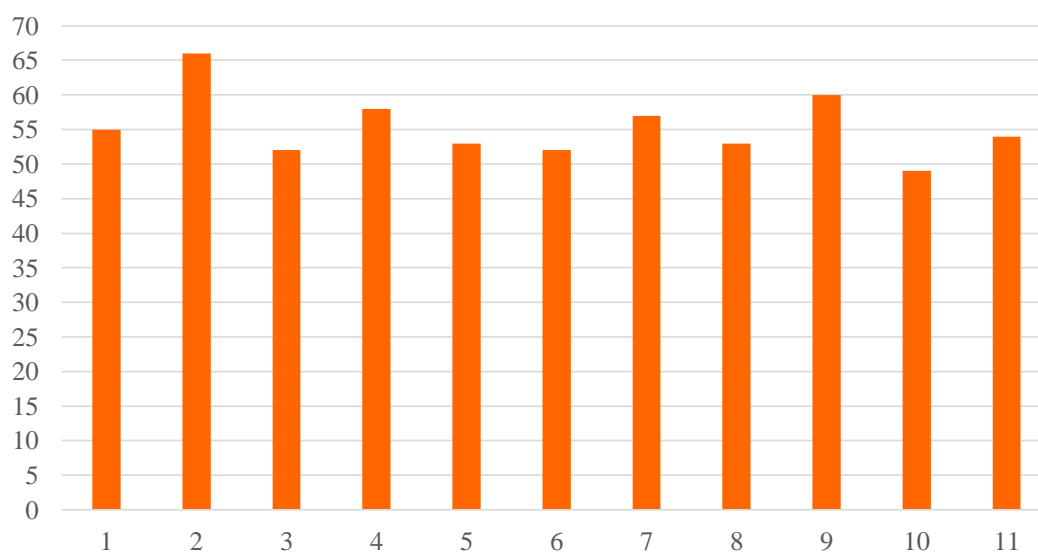


Grafico n. 9: Età delle donne che partecipano a Biodanza

3.3.6 Tipologia di asportazione

In questo ciclo di sedute di Biodanza, le donne hanno subito diverse tipologie di asportazione, che nello specifico vediamo nel grafico sottostante.

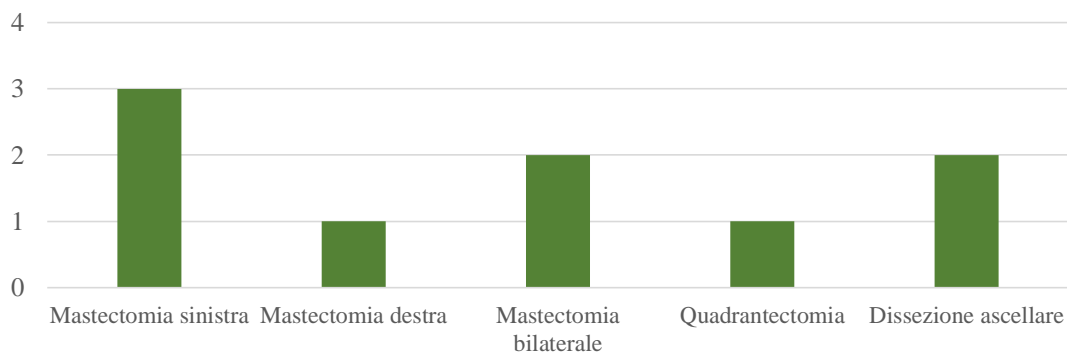


Grafico n. 10: Tipologia di intervento

3.3.7 Anni di pratica della Biodanza

Nelle interviste è stato richiesto anche se era la prima volta che partecipavano alle sedute di Biodanza e, in caso di risposta negativa, le donne potevano dire da quanti anni effettuano Biodanza; nello specifico delle intervistate risultano i seguenti anni:



Grafico n. 11: Anni di pratica della Biodanza

3.4 Discussione

Le risposte alle interviste e i grafici sopra riportati sono il punto di partenza per effettuare un'analisi e una discussione, al fine di meglio comprendere la ricaduta della Biodanza sulla percezione dell'empowerment della qualità della vita nelle donne target.

Il ciclo di sedute di Biodanza, che è stato oggetto di questo progetto di tesi, è il primo dopo la pausa estiva di tre mesi, quindi, le donne appaiono molte felici e gioiose di riprendere nuovamente questo percorso riabilitativo. Durante l'estate si accumulano molte emozioni e tensioni, che nella prima seduta di Biodanza si sono sciolte in abbracci e lacrime tra le donne stesse e con l'insegnate, figura di riferimento molto importante per queste donne. Ricominciare le sedute di "danza della vita" ha portato le donne ad avere a fine seduta una forte energia interna, per affrontare la nuova settimana, e grandi benefici sull'umore, in generale.

Una donna descrive chiaramente come l'emozione di ricominciare fosse talmente forte da non essere riuscita nemmeno a rispettare le sue aspettative, accumulate durante l'estate, ma si è semplicemente "portata a casa i sorrisi delle mie compagne".

I primi giorni dopo la seduta di Biodanza, secondo le donne, sono carichi di energia positiva, che va decrescendo nell'arco della settimana, arrivando al giovedì ad aver bisogno nuovamente di "danzare la vita", per "ricaricarsi". In ogni caso, possono interferire anche delle cause esterne, che modificano la carica iniziale, portando la donna giù di morale già pochi giorni dopo la seduta e, a questo punto, tutto appare negativo ed è difficile affrontare le sfide quotidiane, trovandosi in questo stato psicologico. Durante la settimana, le donne cercano la carica nella famiglia, nei parenti e negli amici, al fine di ritrovare la serenità e di vivere vedendo tutto in modo positivo.

Subito dopo la seconda seduta, le donne si appropriano del "ritmo" della Biodanza, che consente loro di migliorare l'umore. Questo gli permette di affrontare tutti i problemi della settimana imminente con maggiore serenità.

Il "ritmo come forma di comunicazione" offre alle donne maggiore vitalità, insegnando loro come è possibile risollevarsi anche, nei momenti peggiori, attraverso una canzone dal ritmo cadenzato e veloce.

Alla fine di una seduta, le donne si sentono "rilassate, toniche, ritmiche", una di loro afferma di sentire che il proprio organismo "ha eliminato le tossine che generano disagio",

lasciando solamente la sensazione di “stare bene” di nuovo. Questo ci fa capire che le donne nell’immediato sono piene di energia, cariche per affrontare il futuro, felici e serene, nonostante la passata diagnosi di tumore al seno. Con il passare delle settimane gli effetti positivi della Biodanza aumentano gradualmente, consentendo alle donne di migliorare la qualità della loro vita quotidiana.

La seduta di Biodanza può essere anche un momento di riflessione personale sui propri problemi familiari, consentendo al ritorno a casa, di “ripristinare i rapporti in casa, che la settimana scorsa si erano rotti, senza attribuzioni di colpa”.

La settimana delle donne “biodanzanti” procede freneticamente, tra i vari impegni familiari, ma, nella loro vita, a differenza di altre donne, si “rendono conto che a volte si prendono le cose troppo sul serio e che è abbastanza trovare delle persone positive per far tornare il bello della vita”. Quest’ultima citazione è alla base della visione della vita delle donne e delle persone, in generale, che hanno vissuto la diagnosi di un tumore e sono sopravvissute.

Sopravvivere a un tumore consente di rivedere le proprie priorità, “di affrontare la vita in modo pacato”, riconoscendo se stessi “come valore importante”. A tal proposito una donna afferma: “nella sfortuna di aver lottato contro il cancro, ho la fortuna di aver conosciuto questo meraviglioso mondo della Biodanza, che mi ha cambiato la vita. Sia la malattia che Biodanza, mi hanno insegnato a vivere “ il qui e ora ”: non mi arrabbio più, prima di giudicare, mi giudico, non permetto più agli altri di invadere la mia vita e nello stesso tempo non invado. Ho imparato ad ascoltare, ma, soprattutto, ho imparato a guardare negli occhi le persone senza dover necessariamente parlare, arricchendomi di emozioni immense”. Ancora una volta capiamo che la “danza della vita” ha radicalmente cambiato la vita di una donna.

Appena dopo la terza seduta di Biodanza, le donne affermano di portarsi a casa “tanta positività per me e per chi mi sta vicino”, di sentire di aver “eliminato le scorie e il cervello più leggero, in grado di avere una visione della realtà equilibrata”, di aver “un’aria di leggerezza”. Possiamo dire, senza dubbio, che la Biodanza aiuta le donne ad “eliminare” le sensazioni, le emozioni e i pensieri negativi accumulati durante la settimana precedente, consentendo di aver di nuovo il “serbatoio” vuoto e pronto ad accogliere tutto ciò che di negativo le aspetta, senza raggiungere il limite e, quindi, una crisi.

Inoltre, le donne, subito dopo una seduta di Biodanza, sono cariche e pronte ma, allo stesso momento, già nostalgiche del “loro gruppo”. Il fatto di sentirsi parte di un “gruppo” è molto importante per la buona riuscita della proposta riabilitativa, consentendo, nello stesso momento, di far emergere le *vivencia* in modo più evidente. Queste donne sono molto legate tra loro, ma sono anche aperte e amichevoli nei confronti delle nuove arrivate, le quali sono generalmente molto fragili, a causa della recente diagnosi. Nel gruppo intervistato contiamo solo due nuove arrivate, solo una di loro ha risposto alle interviste, ma mi sembra importante sottolineare la differenza che intercorre tra coloro che hanno appena iniziato a fare Biodanza e chi vi partecipa da anni. Le sessioni di Biodanza prevedono esercizi che vanno svolti in coppia spesso con contatto fisico. Coloro che praticano Biodanza per la prima volta non riescono ad avere la stessa intimità con il gruppo, rispetto a quella che le altre partecipanti hanno tra loro, percependo “alcuni gesti come eccessivi”, che, di conseguenza, vengono “vissuti con un po’ di disagio”, impedendo la massima concentrazione in quello specifico esercizio e il raggiungimento della *vivencia*.

Un’ulteriore caratteristica tipica delle donne che fanno Biodanza è la solidarietà nel dolore, ossia, di fronte al pianto di una donna, sul finire della seduta, la maggior parte delle partecipanti rivive “le angosce di morte”.

Nelle interviste si è, inoltre, notato che non vi sono differenze fisiche e/o psicologiche tra le donne che hanno subito la mastectomia e quelle che si sono sottoposte a una quadrantectomia.

L’unica differenza, dal punto di vista psicologico, si nota nelle parole delle donne che sono ancora in trattamento chemioterapico, le quali si sentono ancora fragili sotto questo aspetto.

Fisicamente le donne, in generale, nonostante tutto, si sentono bene, pur mantenendo ancora dei blocchi dal punto di vista psicologico o avendo sentimenti altalenanti durante la settimana.

Le donne, che partecipano, a Biodanza, hanno imparato ad affrontare i problemi mano a mano che si pongono e senza pensare alle conseguenze lontane nel tempo. Infatti, nel momento in cui si presenta un problema, loro lo interiorizzano e si prendono tutto il tempo necessario per rielaborarlo e affrontarlo con il massimo della serenità, rimanendo, a questo punto, pronte a tutte le conseguenze possibili.

Dai grafici riportati nel paragrafo precedente, possiamo delineare che la maggior parte delle donne che partecipa a Biodanza ha meno di 60 anni, considerando anche quelle che non hanno partecipato alle interviste. Inoltre, si notano delle diversità nelle tipologie di intervento e negli anni di pratica della “danza della vita”, che variano tra uno e cinque anni, ad eccezione di una donna (due se si considera il gruppo nella sua totalità), per cui è la prima volta.

Considerando età, tipologia di intervento, anni di pratica della Biodanza e risposte alle interviste non si notano differenze sostanziali nella percezione degli effetti positivi che la “danza della vita” produce nelle donne.

La Biodanza, infatti, viene avvertita da tutte le donne come una “riabilitazione completa”, ossia che coinvolge tutti gli aspetti di una persona, da quello fisico a quello psicologico, conferendo a fine sessione una forte carica per affrontare la settimana seguente.

Nonostante la dimostrazione degli effetti positivi, va specificato che tale indagine qualitativa presenta dei punti di criticità. Innanzitutto, lo studio non può essere generalizzato a tutte le patologie e/o a tutti i gruppi che possono praticare Biodanza, in quanto il campione è limitato e lo studio è stato effettuato per un tempo ristretto, impedendo così di valutare, per esempio, gli effetti della pratica della Biodanza a lungo termine. Inoltre, lo strumento di valutazione non consente una vera e propria valutazione psicologica dello stato d’animo delle donne, in quanto non è stato costruito da un team di psicologi.

I risultati appena discussi sono compatibili con studi sull’efficacia della Biodanza che sono stati effettuati in passato, uno effettuato in Italia presso l’Università La Sapienza di Roma da Giannelli⁵⁵ e l’altro presso l’Università di Lipsia da Villegas⁵⁶.

Nello specifico, il primo di questi due studi aveva l’obiettivo di valutare l’efficacia della Biodanza nella promozione del benessere. Questo studio è stato effettuato attraverso il confronto tra un gruppo, che non presenta patologie cliniche e pratica la “danza della vita” da circa un anno, con un gruppo che partecipa ad altre attività fisiche (corsi di tango o balli latino-americani, con le medesime caratteristiche aspecifiche della Biodanza) e con un ulteriore gruppo di persona sedentarie, che non svolgono attività fisica con cadenza settimanale. Il gruppo, che effettuava per la prima volta Biodanza, era composto da 96,

⁵⁵ Giannelli MT., Efficacia sulla salute di un corso annuale di Biodanza: studio empirico con 235 persone, *Psicologia della salute*, Milano 2015, p. 84-107

⁵⁶ www.Biodanza.org

quello dei partecipanti ad altre tipologie di danza da 71 persone e quello dei sedentari da 68 persone, per un totale di 235 persone tra i casi e i controlli.

All'inizio del trattamento, grazie alla somministrazione di un questionario pre-trattamento, è emerso che le persone, partecipanti alla Biodanza, inizialmente avevano un livello di Benessere Psicologico minore e un livello di Stress e Alessitimia⁵⁷ maggiore rispetto a quello degli altri gruppi. Alla fine dello studio, somministrando il medesimo questionario, è emerso che la partecipazione ad un corso di Biodanza sembrerebbe motivata da una domanda di salute, mentre la scelta di fare un'altra attività fisica è influenzata da un desiderio di svago. Inoltre, la Biodanza sembra intercettare le persone più stressate e con un grado di benessere insoddisfacente. La valutazione dell'efficacia della Biodanza, dopo nove mesi di pratica, ha evidenziato nei partecipanti un incremento del Benessere Psicologico (in particolare autoaccettazione, relazioni positive, autonomia e controllo ambientale), una tendenza al miglioramento nella crescita personale, una diminuzione nei livelli di Stress e minori livelli di Alessitimia (soprattutto nella difficoltà di identificare e comunicare i sentimenti).

Lo studio, realizzato da Villegas presso l'Università di Lipsia, ha coinvolto due gruppi di soggetti: uno partecipante alle sessioni di Biodanza della durata di dieci settimane, l'altro composto da persone che prendevano parte ad altre attività motorie. Da tale ricerca è emersa l'efficacia della Biodanza per quanto riguarda il controllo comportamentale, le abilità sociali, la regolazione delle emozioni, il controllo dello stress, l'ottimismo, la serenità e l'autonomia.

L'indagine qualitativa, studio del progetto di tesi, presenta risultati conformi a quelli di altre ricerche effettuate negli ultimi anni.

I presenti studi hanno senz'altro il vantaggio di presentare una fotografia della situazione attuale in merito alla pratica della Biodanza, ma allo stesso tempo suggeriscono la necessità di confrontare, in ricerche future, gruppi di grandi dimensioni con specifiche patologie, ad esempio le donne con fibromialgia, persone affette da problematiche

⁵⁷ Il termine Alessitimia è stato introdotto agli inizi degli anni settanta da John Nemian e Peter Sifneos per definire un insieme di caratteristiche di personalità riscontrabili nei pazienti psicosomatici e deriva dal greco "Alexis thymos", che letteralmente significa "non avere parole per le emozioni".

Nello specifico Peter Sifneos coniò questo termine per indicare un disturbo delle funzioni affettive e simboliche che spesso rende sterile e incolore lo stile comunicativo dei pazienti psicosomatici.

cardiocircolatorie, morbo di Parkinson o, addirittura, di studiare gli effetti di tale pratica su bambini, adolescenti e anziani.

La pratica della “danza della vita”, quindi, nell’ambito di questo progetto di tesi, è considerata dalle donne stesse un’ottima proposta riabilitativa, che aiuta non solo a recuperare dalla malattia, ma anche nella vita quotidiana, per affrontare le sfide di ogni giorno con la massima energia e con la giusta calma e determinazione.

Tutto questo indica come la pratica della Biodanza possa costituire una valida risorsa per la qualità della vita delle persone.

In conclusione, la Biodanza mostra di essere una valida attività per sviluppare l’integrazione psicofisica e promuovere la salute in linea con una visione di salutogenesi che mira allo sviluppo delle competenze personali per migliorare la vita.

CONCLUSIONI

Il progetto di tesi è stato sviluppato a partire dalla curiosità di capire quale fosse il percorso riabilitativo delle donne operate per carcinoma mammario. Dopo aver trovato diverse proposte di riabilitazione, è stato deciso di porre come oggetto di tesi la pratica della Biodanza. Quindi, si è cercato di capire in che modo la Biodanza aiutasse le donne a recuperare la loro condizione pre-diagnosi o e quale fosse la percezione delle donne stesse in merito alla “danza della vita”.

Per raggiungere questo obiettivo le donne che partecipano a Biodanza presso l’Unità Riabilitativa di Mozzo (BG) dell’Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII di Bergamo sono state intervistate per quattro sedute. Dalle risposte sono emersi aspetti positivi che conferiscono alla “danza della vita” la qualità di essere una buona proposta di riabilitazione post-intervento, la quale prende in considerazione non solo l’aspetto fisico, ma anche quello psicologico ed emotivo.

Le donne stesse affermano di essere “contente” del percorso riabilitativo che stanno effettuando attraverso la Biodanza, in quanto “aiuta non solo per il problema del seno, ma anche ad affrontare la vita in modo pacato, riconoscendo me stessa come valore importante”.

“La biodanza mi ha insegnato a non permettere agli altri di invadere la mia vita, ma soprattutto mi ha insegnato a vivere nel “momento”, quest’ultimo insegnamento segna la base di questa tipologia di riabilitazione, grazie a cui le donne riescono a ripartire anche dopo la malattia.

Durante le sessioni di Biodanza si percepiva nettamente la gioia, la serenità, la felicità, la soddisfazione e il piacere che le donne provavano a trovarsi in un contesto così accogliente e intimo.

È difficile capire cosa si prova durante una sessione di Biodanza, se non attraverso la pratica.

La ricerca condotta, come già accennato nel capitolo precedente, dovrebbe essere maggiormente approfondita, magari anche con l’utilizzo di questionari di valutazione psicologica, per poter confermare gli esiti positivi e, soprattutto, al fine della generalizzazione anche ad altre patologie. In ogni caso, si può sicuramente affermare che

la percezione della Biodanza nelle donne è ottima e questo è sostenuto anche dal fatto che ad ogni corso si assiste ad un aumento del numero di partecipanti.

La “danza della vita”, partendo dal fatto che coinvolge diversi aspetti di una persona, sostiene l’idea che la riabilitazione non debba concernere solo un aspetto specifico ma interessare la persona nella sua totalità.

Concludendo, potrebbe essere utile promuovere e far conoscere maggiormente questa tipologia di riabilitazione alle donne che hanno subito un intervento per carcinoma mammario, ma anche, in un campo di applicazione a più ampio spettro, a tutte le categorie che - secondo l’ideatore Rolando Toro - rientrano in quelle eleggibili per praticare la Biodanza.

BIBLIOGRAFIA

Iacono C. e Venturini M., *“Il tumore del seno: una guida per prevenire, un aiuto per le pazienti e i loro familiari”*, Edizioni Giunti Demetra, 2011

Casadio I. in *Ricerca di senso*, vol. 5, n. 2, giugno 2007, pp. 239-256

Crotti, *“Cancro: percorsi di cura”*, Roma, Meltemi, 1988

Kelsey J. L. and Berkowitz G. S., Breast Cancer Epidemiology, *Cancer research*; 48: 5615 – 5653

Bianco M., *“Labor intus. Il movimento e la danza: vie di trasformazione”*

Comodo N. e Maciocco G., *“Igiene e sanità pubblica. Manuale per le professioni sanitarie”*, Carocci Faber, 2007

Giannelli MT., Efficacia sulla salute di un corso annuale di Biodanza: studio empirico con 235 persone, *Psicologia della salute*, Milano 2015

Toro R., *“Biodanza. Integrazione esistenziale e sviluppo umano attraverso la musica, il movimento, l’espressione delle emozioni”*, a cura di Eliane Matuk, Edizioni Red!, Como 2000

Toro R., *“Biodanza: musica, movimento, comunicazione espressiva per lo sviluppo armonico della personalità”*, a cura di Eliane Matuk, Edizioni Red!, 2007

OPUSCOLI INFORMATIVI

“Analisi dei percorsi diagnostico-terapeutici in oncologia: tumore alla mammella”, Regione Lombardia, 2014

“Il cancro alla mammella”, Associazione Italiana malati di cancro, parenti e amici, La collana del Girasole n° 5, 2014

“La donna e il seno”, Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori

“Quale riabilitazione dopo il carcinoma mammario?”, Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori.

“Sconfiggiamo il tumore al seno. Insieme siamo più forti”, Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori

SITOGRAFIA

“I numeri del cancro 2013” sul sito www.registri-tumori.it
Consultato a Settembre 2015

www.salute.gov.it
Consultato a Ottobre 2015

www.Biodanza.org
Consultato a Settembre 2015

www.biodanzaitalia.it
Consultato a Settembre 2015

www.tumorealseno.info
Consultato a Settembre 2015

www.apps.who.int
Consultato a Settembre 2015

www.ieo.it

Consultato a Ottobre 2015

www.airc.it

Consultato a Ottobre 2015

www.senology.it

Consultato a Ottobre 2015

www.tumori.net

Consultato a Ottobre 2015

www.epicentro.iss.it

Consultato a Ottobre 2015

ALLEGATO 1

1. Come si sente in questo momento dal punto di vista fisico?

2. Come si sente in questo momento dal punto di vista psicologico?

3. Quali effetti positivi e/o negativi porterà a casa da questa seduta?

ALLEGATO 2

Età _____

Tipologia di asportazione (se effettuata) _____

È la prima volta che partecipa alle sessioni di Biodanza? Sì No, da quanto?

1. Come sono variati gli effetti positivi e/o negativi che si è portata a casa dalla seduta della scorsa settimana?

2. Come è andata la settimana?

3. Come si è sentita fisicamente e psicologicamente in questa settimana?

4. Sono sorti nuovi problemi dalla scorsa seduta?

5. È contenta del percorso riabilitativo che sta effettuando?

RINGRAZIAMENTI

Questo progetto di tesi, visto anche l'argomento toccante dal punto di vista emotivo, mi ha permesso di coinvolgere varie persone, che, in diversa entità, mi hanno aiutato durante tutto il periodo della stesura.

Innanzitutto, vorrei ringraziare le donne che hanno partecipato alle sedute di Biodanza al mio fianco, le quali mi hanno dato la carica e la forza, per raggiungere il traguardo della laurea.

Inoltre, sono grata alla Dott.ssa Monica Casati, direttore della Direzione delle Professioni Sanitarie dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo, che, avendo creduto nella mia idea di tesi, ha trovato una soluzione, affinché il mio progetto fosse accettato dal Comitato Etico dell'Ospedale sopra citato. Vorrei ringraziare il primario dell'Unità Riabilitativa di Mozzo (BG), facente capo al suddetto Ospedale, Dott. Guido Molinero, per avermi dato l'autorizzazione ad effettuare le interviste e, soprattutto, la Dott.ssa Micaela Bianco, fisioterapista e insegnante di Biodanza, presso la suddetta Unità Riabilitativa, che mi ha permesso di partecipare attivamente alle sedute di Biodanza e di intervistare le donne che vi partecipano.

Sono grata anche alla Dott. Elisabetta Orlandini, e all'Assistente Sanitario Dott.ssa Annalisa Gargarella, rispettivamente relatore e correlatore del mio progetto di tesi, che mi hanno seguito passo passo in tutto il percorso di stesura della tesi.

Un profondo ringraziamento va anche ai miei genitori Benvenuto e Loredana, per avermi dato la possibilità di continuare gli studi dopo il Liceo, a mio fratello Francesco e ai miei amici, per il loro supporto nel corso della stesura.

Infine, grazie di cuore a Lucrezia, inseparabile compagna di università e di viaggio, che mi è sempre stata accanto durante tutto il percorso di questa laurea triennale e con la quale ho condiviso i migliori momenti universitari.