

2025: NOVITÀ NEL TRATTAMENTO DELLE NEOPLASIE GINECOLOGICHE

VERONA
7 MARZO 2025

**HOTEL
CROWNE PLAZA**

Responsabile Scientifico
Dr.ssa Stefania Gori

Caso clinico: carcinoma della cervice uterina

Presentazione del caso clinico: Alessandra Modena

Gruppo Oncologico Multidisciplinare: discussione del caso clinico

Patologo molecolare - Anna Pesci

Radioterapista - Francesco Ricchetti

Radiologo - Luigi Romano

Chirurgo - Francesco Bruni

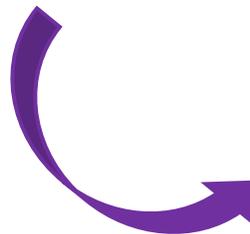
Oncologo - Claudia Marchetti

Medico nucleare - Laura Olivari

Psicologo - Giuseppe Deledda

In anamnesi:

- 31 anni alla diagnosi
- familiarità per carcinoma della cervice uterina (madre); neoplasia mammaria (madre e una cugina paterna); carcinoma del colon (zio materno) e carcinoma dello stomaco (nonno paterno)
- nulliparità
- fumatrice (circa 4 sigarette/die dall'età di 13 anni)
- assunzione occasionale di alcolici
- tiroidite di Hashimoto in solo follow-up endocrinologico
- nessuna terapia domiciliare in atto
- nessun pregresso intervento chirurgico
- non note allergie farmacologiche
- non eseguita vaccinazione anti-HPV



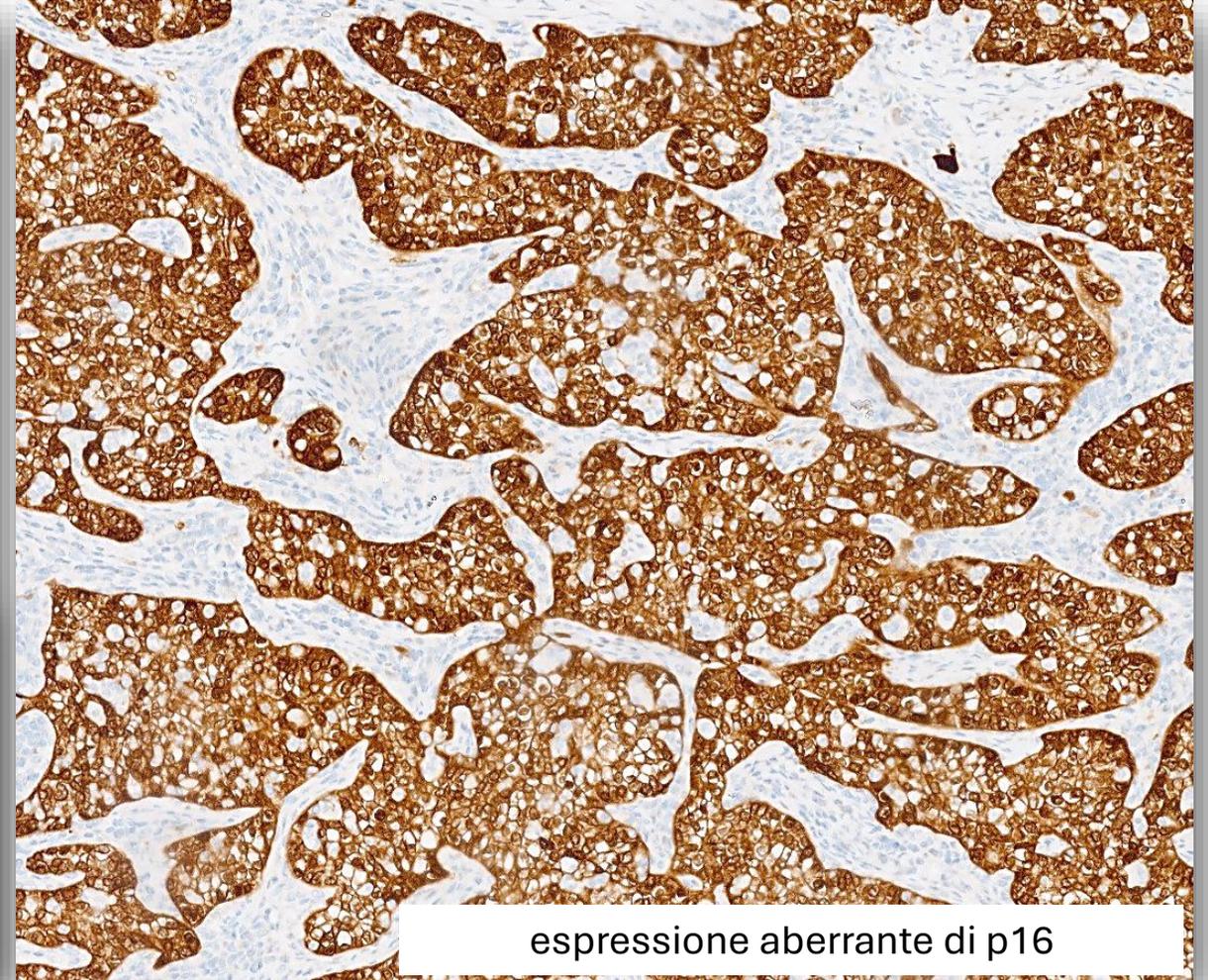
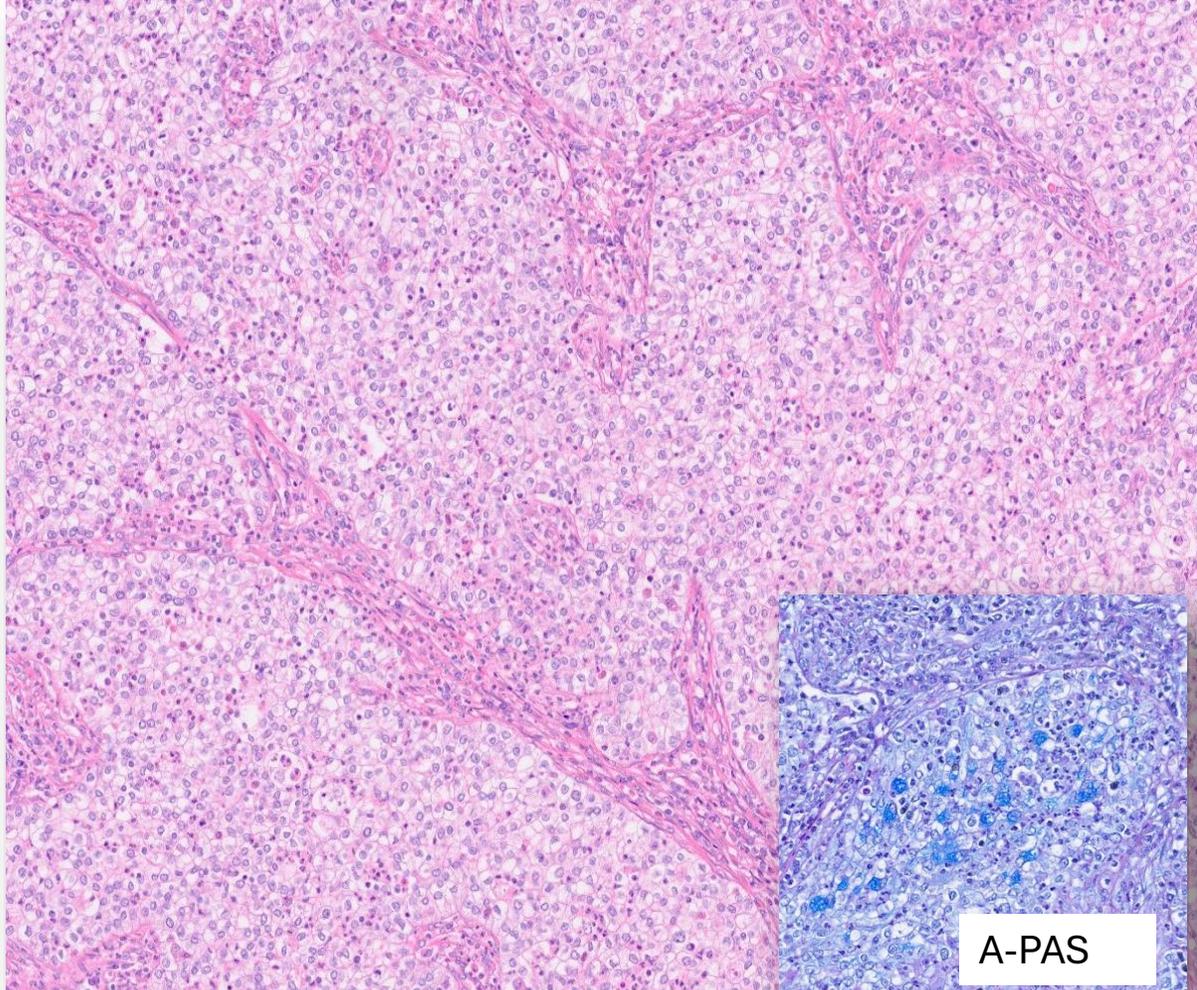
Da circa un anno metrorragia

Diagnosi istologica:

- 16/03/2024: pap test con quadro citologico positivo per "cellule epiteliali atipiche compatibili con adenocarcinoma".
- HPV test: con positività per genotipo ad alto rischio.
- 26/03/2024: colposcopia con biopsia cervicale con pinza con diagnosi di "frammento di cervice con adenocarcinoma HPV-correlato della cervice uterina.
p16: espressione aberrante."



DIAGNOSI: ***adenocarcinoma cervicale HPV-correlato con cospicua produzione di muco intracitoplasmatico***, possibile SMILE invasivo.



International Endocervical Adenocarcinoma Criteria and Classification (IECC)

A New Pathogenetic Classification for Invasive Adenocarcinomas of the Endocervix

Simona Stolnicu, MD, Iulia Barsan, MD,* Lien Hoang, MD,† Prusha Patel, MPH,‡
Cristina Terinte, MD,§ Anna Pesci, MD,|| Sarit Aviel-Ronen, MD,¶ Takako Kiyokawa, MD,#
Isabel Alvarado-Cabrero, MD,** Malcolm C. Pike, PhD,‡ Esther Oliva, MD,††
Kay J. Park, MD,‡ and Robert A. Soslow, MD,‡*

Finalità:

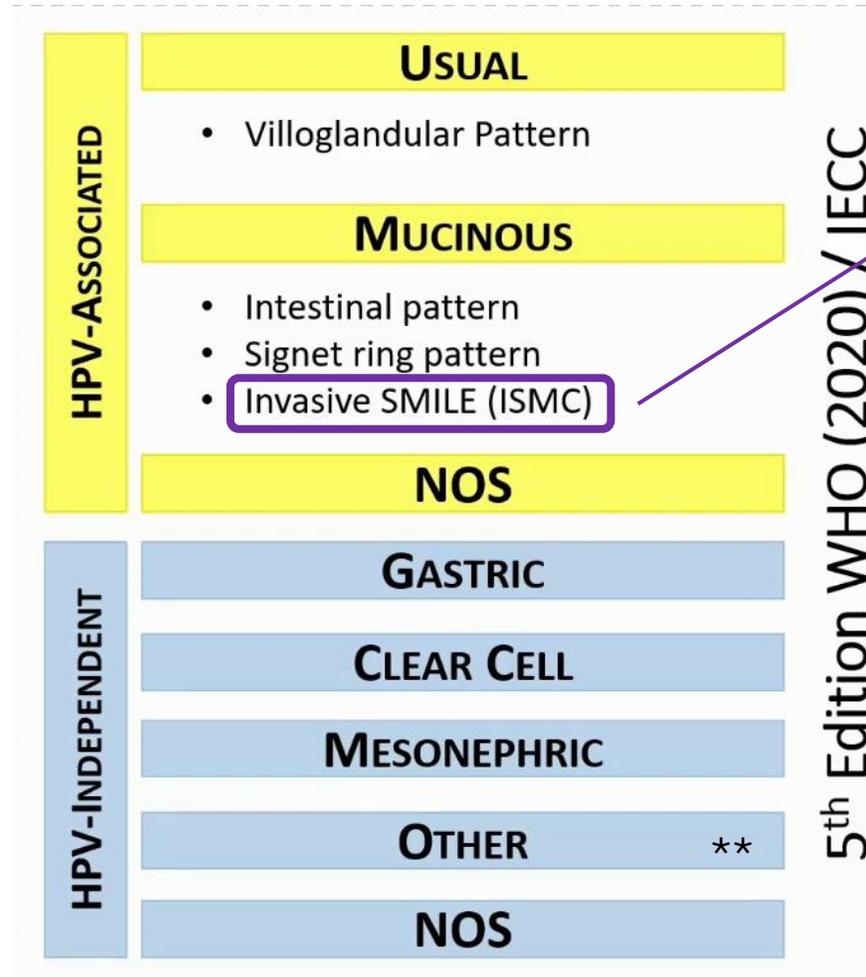
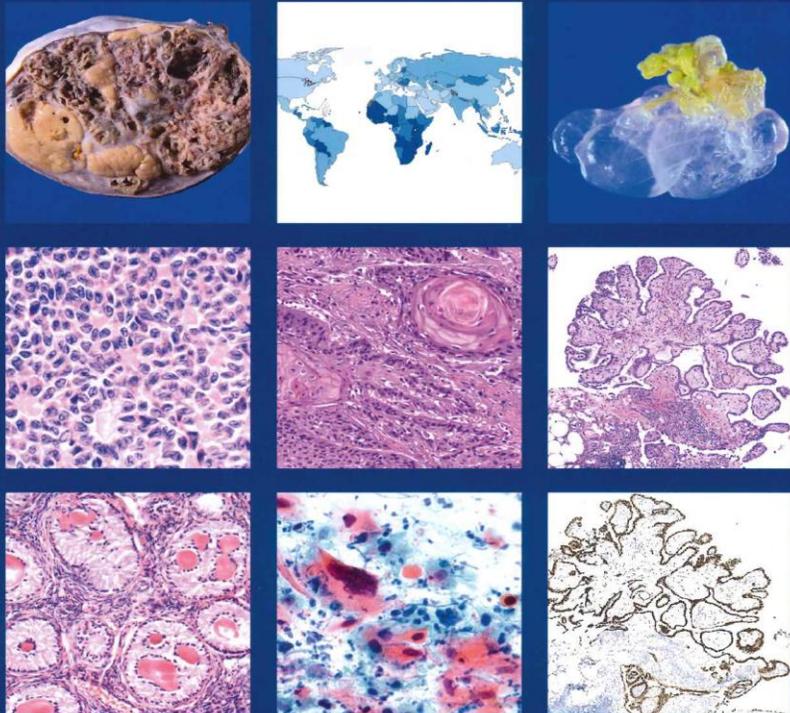
Criteri diagnostici più specifici e migliorare la riproducibilità diagnostica
Significato biologico e clinico

Risultati:

HPV indipendenti hanno una prognosi peggiore
HPV indipendenti: pz anziane, T maggiore, LVI/LNM più frequenti, pattern C sec Silva di infiltrazione, meno responsivi alla chemioterapia
>90% dei casi: morfologia indicativa di HPV status

Female Genital Tumours

Edited by the WHO Classification of Tumours Editorial Board



Più aggressivi
Prognosi peggiore
Maggior rischio di M+
(++ polmone)

** adenocarcinoma endometriode
<1%
Associato ad endometriosi
Escludere segmento uterino inferiore

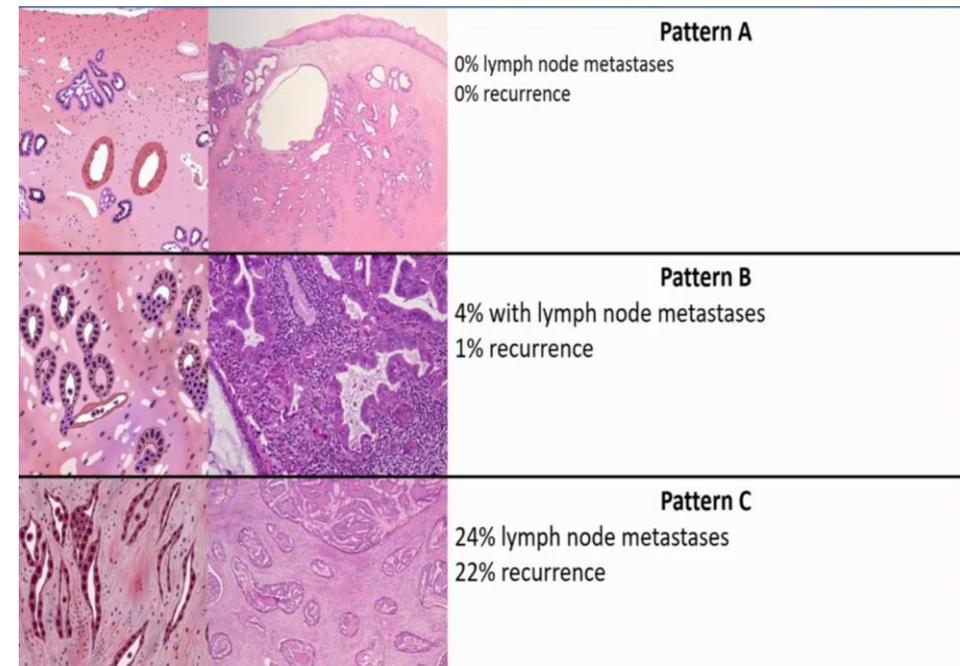
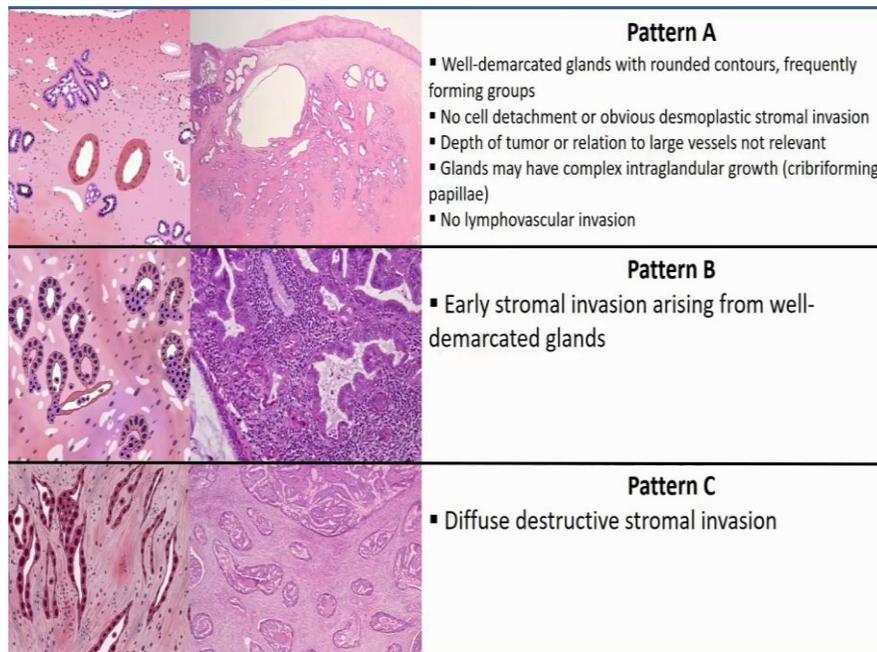
** carcinoma sieroso della cervice non esiste
(endometrio, annessi, peritoneo)

Fattori prognostici patologici

Grading: solo per HPV associati (G1-G2-G3)

*no micropapillary, signet e SMILE

Pattern di invasione sec. SILVA (solo HPV associati)



Invasioni linfovascolari

Stadiazione radiologica (1): estensione pelvica.

MAGNETIC RESONANCE IMAGING (MRI):

- ❖ MRI is widely accepted as optimal for assessment of *pelvic extension of cervical cancer* (tumour size, degree of stromal penetrations, parametrial involvement, vaginal and corpus uteri extension).
- ❖ MRI is pivotal for *evaluating cancer response to therapy* → residual tumors and recurrent lesions show increased signal intensity on T2-weighted images.
- ❖ In patients who have received radiation therapy, distinguishing radiation fibrosis from recurrent tumor is difficult → *dynamic contrast-enhanced MRI and diffusion-weighted MRI (DWI)* can be useful tools to monitor the response to therapy for cervical cancer.



The utility of diffusion-weighted MR imaging in cervical cancer

Chen Jianyu^{a,*}, Zhang Yun^{b,c}, Liang Biling^a, Yang Zehong^a

^a Department of Radiology, The Second Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University, 107 Yanjiangxi Road, Guangzhou 510120, PR China

^b State Key Laboratory of Oncology in Southern China, Guangzhou, 510060, PR China

^c Imaging Diagnosis and Interventional Center, Cancer Center, Sun Yat-sen University, Guangzhou, 510060, PR China

Abd elsalam et al. *Egyptian Journal of Radiology and Nuclear Medicine*
(2020) 51:23
<https://doi.org/10.1186/s43055-020-0144-2>

Egyptian Journal of Radiology
and Nuclear Medicine

RESEARCH

Open Access

Impact of diffusion weighted magnetic resonance imaging in diagnosis of cervical cancer



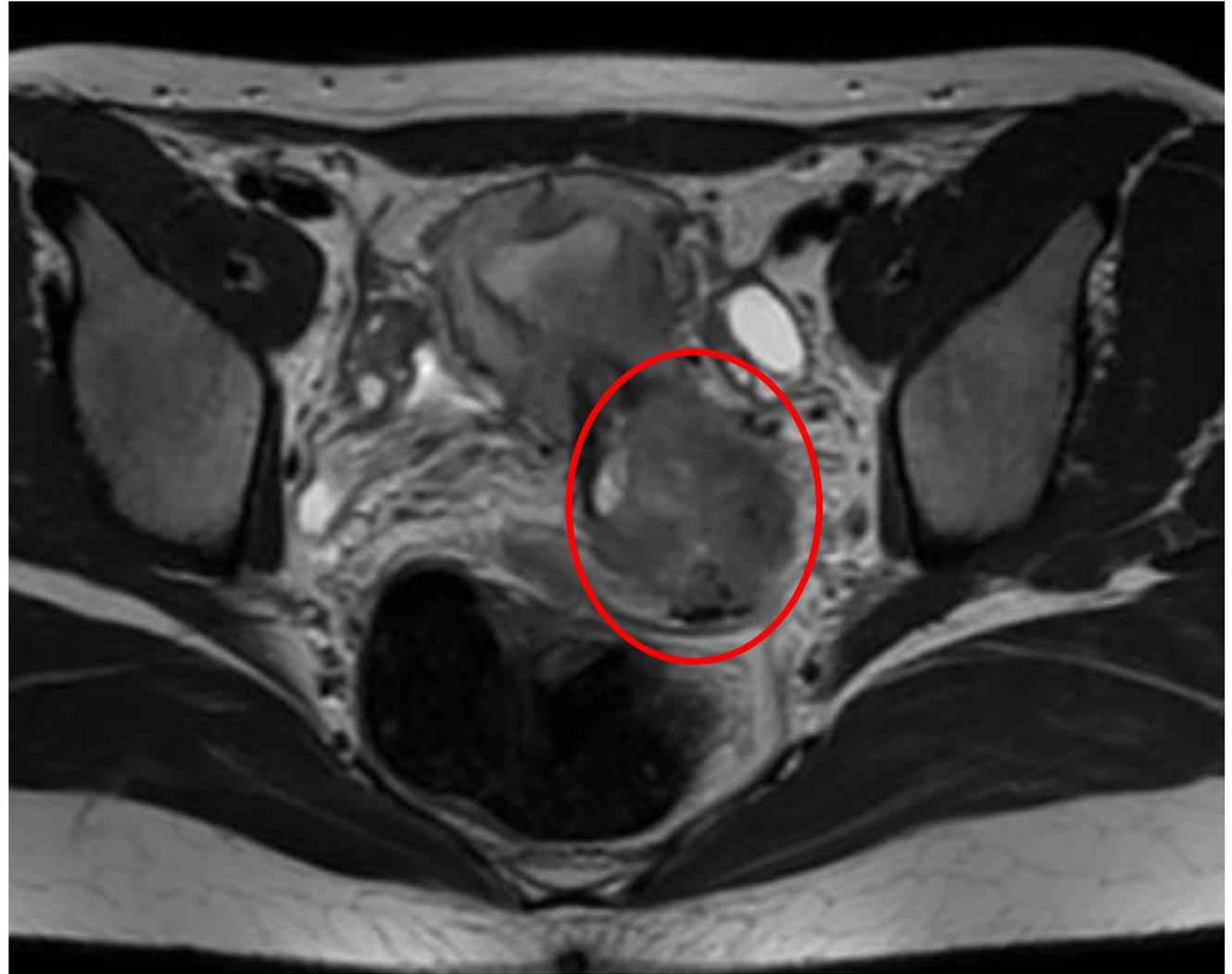
Sahar Mahmoud Abd elsalam^{1*}, Omnia Mokhtar², Lamia Adel³, Reda Hassan², Manal Ibraheim⁴ and Amro Kamal⁵

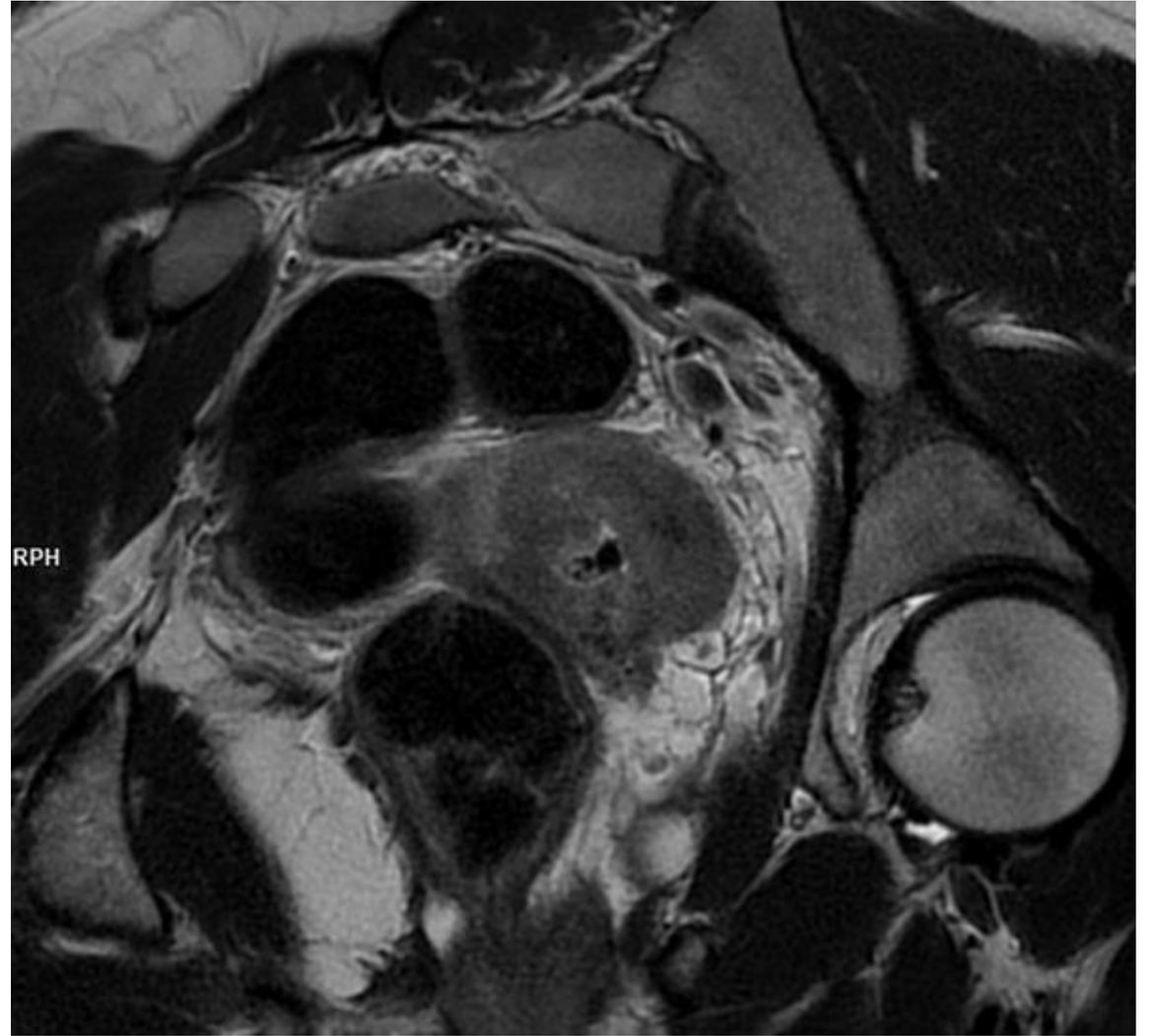
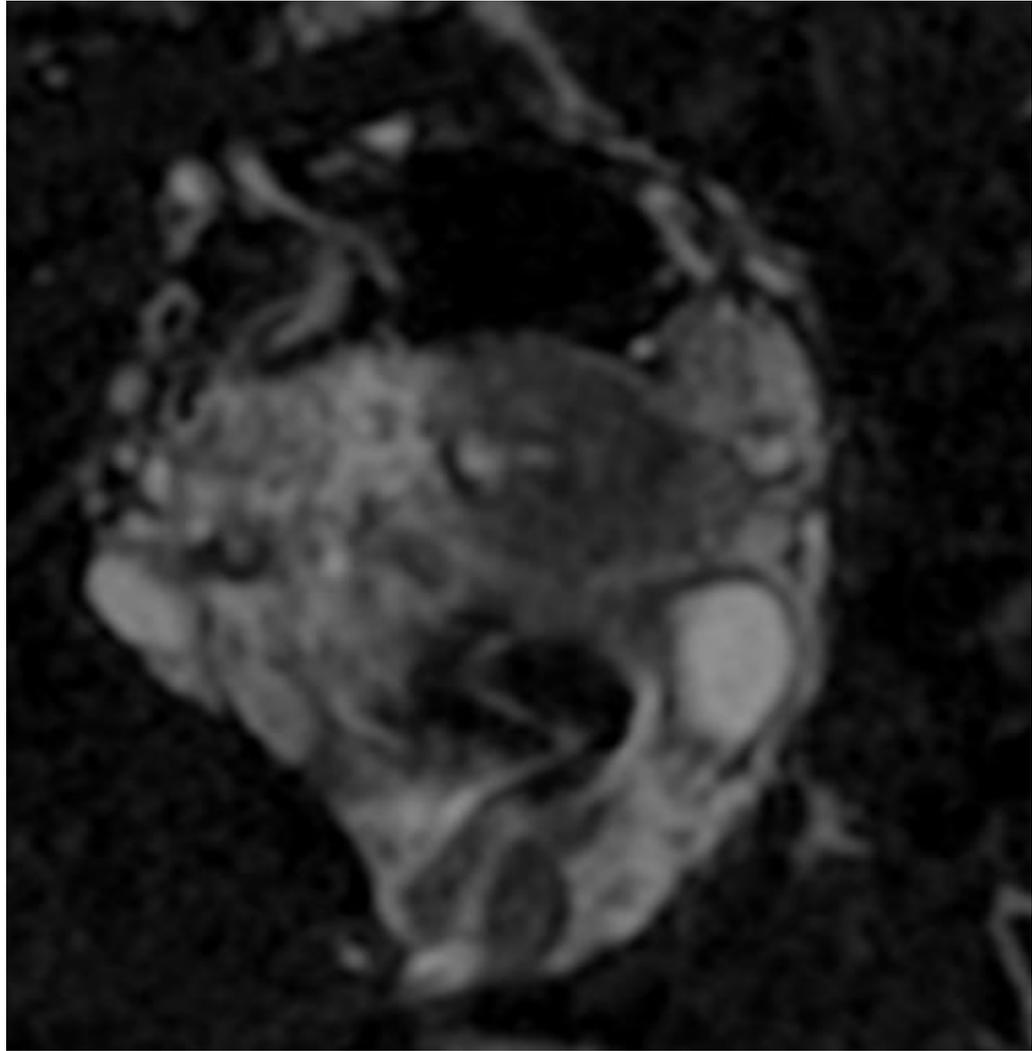
Dappa E et al., *Insights Imaging* 2017; 8(5): 471-481.
Wagenaar HC et al., *Gynecol Oncol* 2001; 82: 474-482.

- 04/04/2024: RMN addome inferiore mdc con evidenza di "tessuto neoplastico, con segnale di intensità intermedia nelle sequenze T2-dipendenti, coinvolgente pressochè l'intera circonferenza della cervice uterina, con diametro massimo longitudinale di circa 4,3 cm e che si estende ai parametri da ambo i lati, specie a sinistra. L'uretere sinistro decorre in adiacenza alla lesione nel tratto distale, senza prendervi contatto, con mantenuto piano di clivaggio. Non coinvolgimento del terzo inferiore della vagina. Nei limiti vescica e retto con mantenuto piano di clivaggio. Alcuni linfonodi a morfologia rotondeggiante di poco subcentimetrici ovalari lungo i vasi iliaci interni da ambo i lati".

TNM clinical classification		
TNM categories	FIGO stages	Definition
T – Primary Tumour		
TX		Primary tumour cannot be assessed
T0		No evidence of primary tumour
Tis		Carcinoma <i>in situ</i> (preinvasive carcinoma)
T1	I	Tumour confined to the cervix ^a
T1a ^{b,c}	IA	Invasive carcinoma diagnosed only by microscopy. Stromal invasion with a maximal depth of 5.0 mm measured from the base of the epithelium and a horizontal spread of 7.0 mm or less ^d
T1a1	IA1	Measured stromal invasion 3.0 mm or less in depth and 7.0 mm or less in horizontal spread
T1a2	IA2	Measured stromal invasion more than 3.0 mm and not more than 5.0 mm with a horizontal spread of 7.0 mm or less ^d
T1b	IB	Clinically visible lesion confined to the cervix or microscopic lesion greater than T1a/IA2
T1b1	IB1	Clinically visible lesion 4.0 cm or less in greatest dimension
T1b2	IB2	Clinically visible lesion more than 4.0 cm in greatest dimension
T2	II	Tumour invades beyond uterus but not to pelvic wall or to lower third of vagina
T2a	IIA	Tumour without parametrial invasion
T2a1	IIA1	Clinically visible lesion 4.0 cm or less in greatest dimension
T2a2	IIA2	Clinically visible lesion more than 4.0 cm in greatest dimension
→ T2b	IIB	Tumour with parametrial invasion
T3	III	Tumour involves lower third of vagina, or extends to pelvic wall, or causes hydronephrosis or non-functioning kidney
T3a	IIIA	Tumour involves lower third of vagina
T3b	IIIB	Tumour extends to pelvic wall, or causes hydronephrosis or non-functioning kidney
T4	IVA	Tumour invades mucosa of the bladder or rectum, or extends beyond true pelvis ^e
N – Regional Lymph Nodes^f		
NX		Regional lymph nodes cannot be assessed
N0		No regional lymph node metastasis
→ N1		Regional lymph node metastasis







Stadiazione radiologica (2): estensione linfonodale e a distanza.

POSITRON EMISSION TOMOGRAPHY (PET):

- ❖ is useful for pre-treatment detection of nodal metastasis → *more accurate than CT and MRI for detection of nodal metastasis than 10 mm, with false-negative results in 4-15% of cases.*
- ❖ is a useful toll for the detection of extrapelvic lesions during the follow-up period after RT.



Available online at www.sciencedirect.com

SCIENCE @ DIRECT®

Gynecologic Oncology 97 (2005) 183–191

Gynecologic
Oncology

www.elsevier.com/locate/ygyno



Available online at www.sciencedirect.com

SCIENCE @ DIRECT®

Gynecologic Oncology 100 (2006) 601–607

Gynecologic
Oncology

www.elsevier.com/locate/ygyno

FDG-PET for management of cervical and ovarian cancer

Laura J. Havrilesky^{a,*}, Shalini L. Kulasingam^{b,c}, David B. Matchar^{c,d,e}, Evan R. Myers^{b,c}

^aDivision of Gynecologic Oncology, Department of Obstetrics and Gynecology, Duke University Medical Center, Box 3079, Durham, NC 27710, USA

^bDivision of Clinical and Epidemiological Research, Department of Obstetrics and Gynecology, Duke University Medical Center, Durham, NC 27710, USA

^cDuke Center for Clinical Health Policy Research, Durham, NC 27705, USA

^dDepartment of Medicine, Duke University Medical Center, Durham, NC 27710, USA

^eDepartment of Veterans Affairs, Durham, NC 27701, USA

Received 25 October 2004

Available online 19 January 2005

FDG-PET in the detection of recurrence of uterine cervical carcinoma following radiation therapy—tumor volume and FDG uptake value

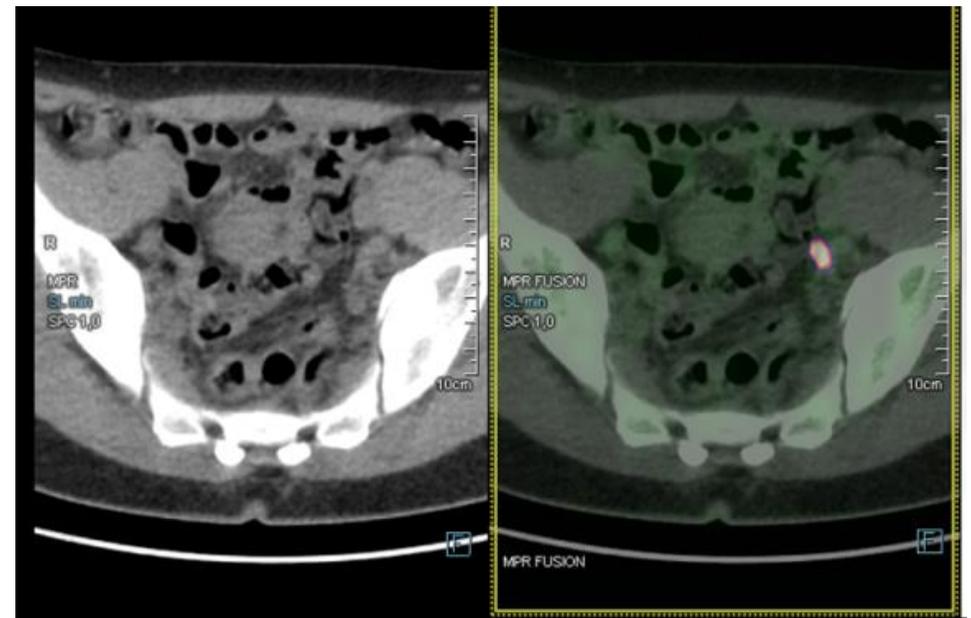
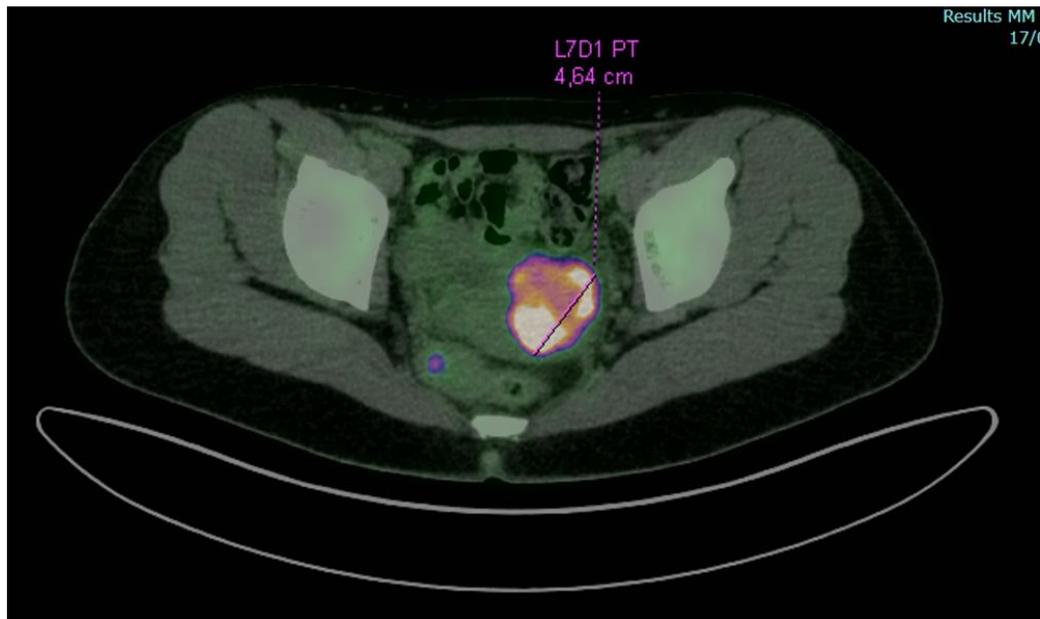
Hideyuki Sakurai^{*}, Yoshiyuki Suzuki, Tetsuo Nonaka, Hitoshi Ishikawa, Mariko Shioya, Hiroki Kiyohara, Hiroyuki Katoh, Yuko Nakayama, Masatoshi Hasegawa, Takashi Nakano

Department of Radiation Oncology, Gunma University Graduate School of Medicine, 3-39-22, Showa-machi, Maebashi, Gunma 371-8511, Japan

Received 12 August 2005

Available online 28 October 2005

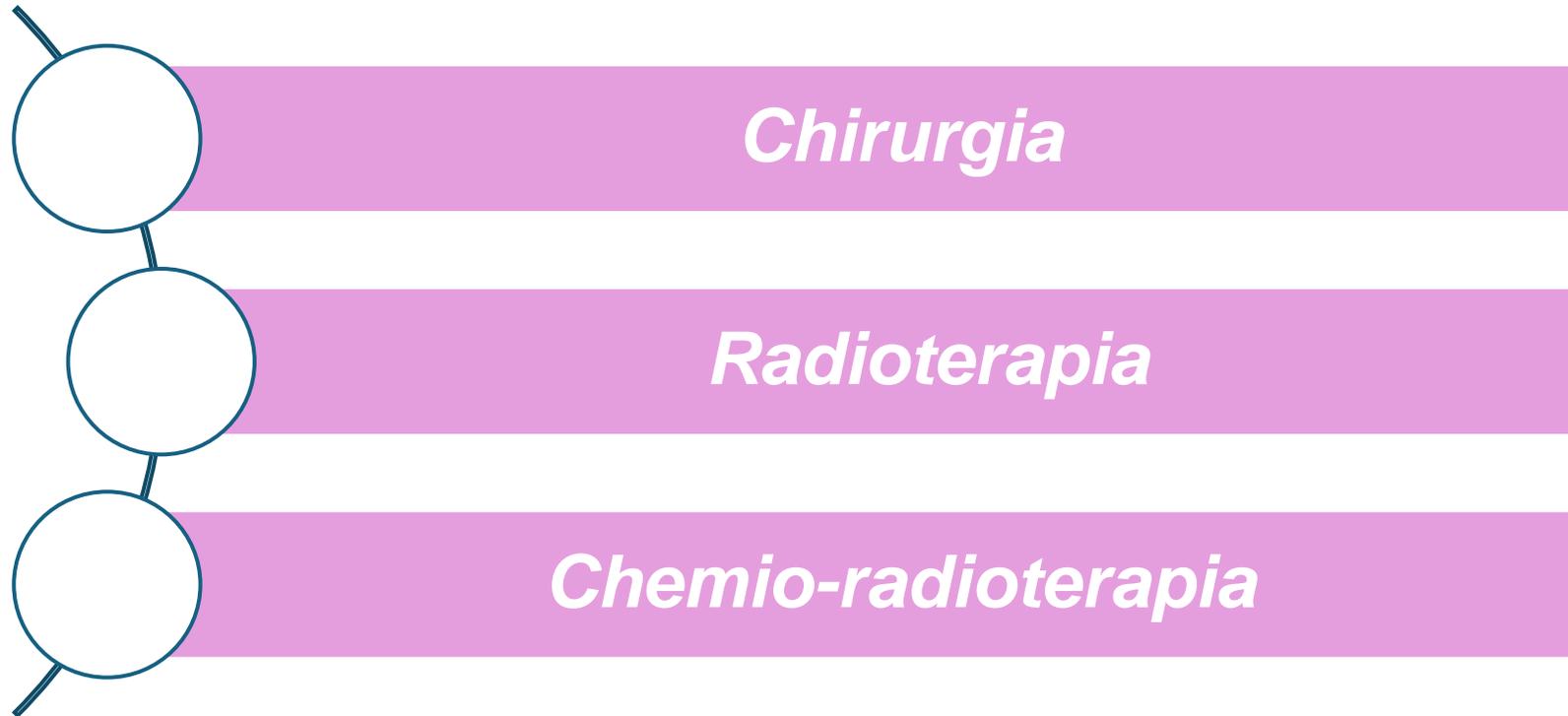
- 17/04/2024: PET-TC con 18FDG con evidenza di "area polilobata di patologico ipermetabolismo (5 cm; SUV max 15 con aree ipoattive al suo interno) in sede uterina (mediana/paramediana sx); focalità solide di modesto ipermetabolismo in sede iliaca bilateralmente posteriormente al decorso dei vasi iliaci esterni e a ridosso del margine posteriore del muscolo ileo-psoas, rispettivamente a destra (almeno due con asse max 0.9 cm e SUV max 6) e a sinistra (1.3 cm, SUV max 3 anteriormente al decorso ureterale), reperti confermati all'imaging tardivo e sospetti per localizzazioni linfonodali".



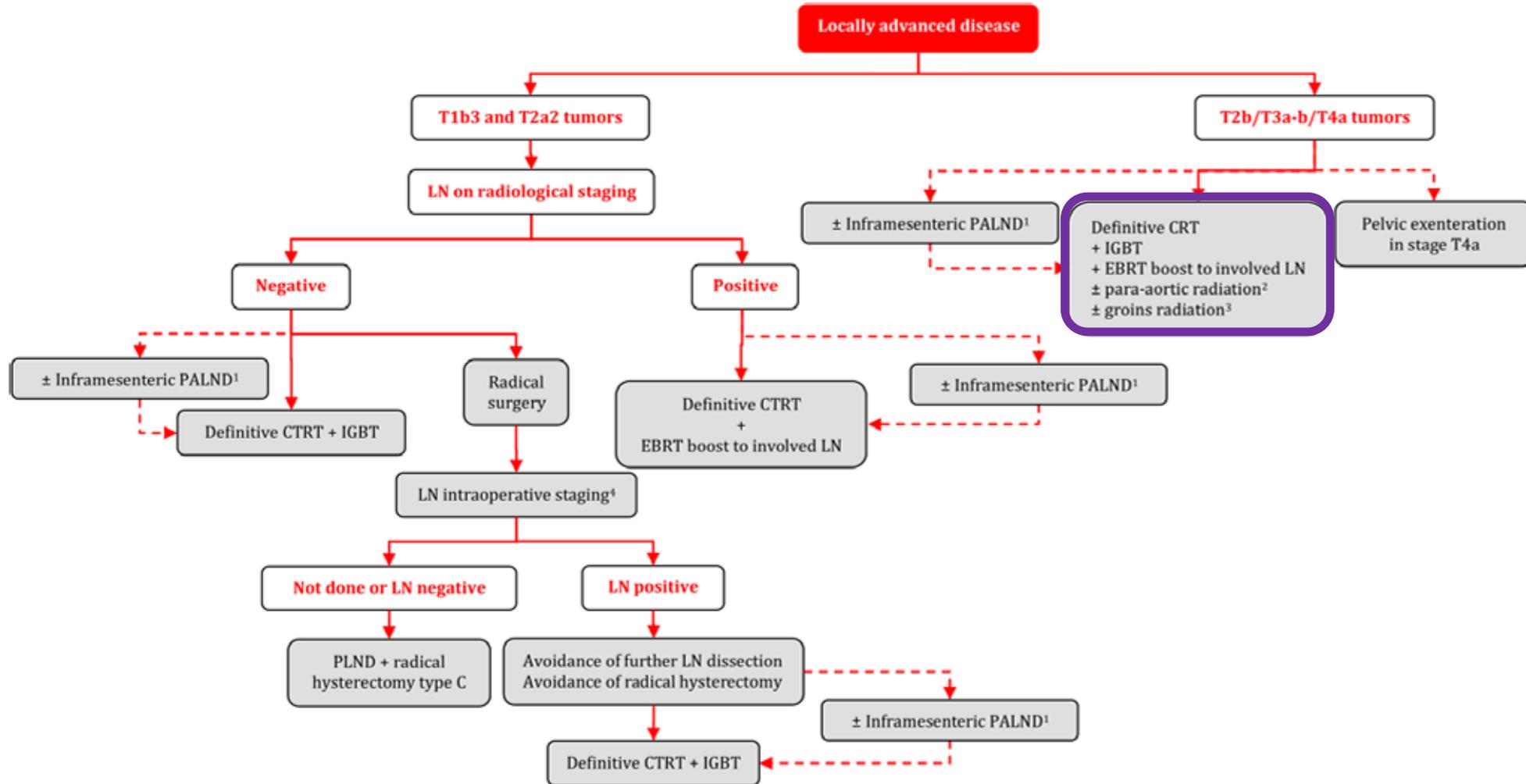
- CEA= 14,5 µg/L; CA 125 61,1 kU/L; CA 19.9 51 kU/L.

STADIO FIGO RADIOLOGICO 2018: IIIC1r (cT2 cN1 cM0)

Discussione multidisciplinare GOM:



Management of Locally Advanced Disease



The New England Journal of Medicine

© Copyright, 1999, by the Massachusetts Medical Society

VOLUME 340

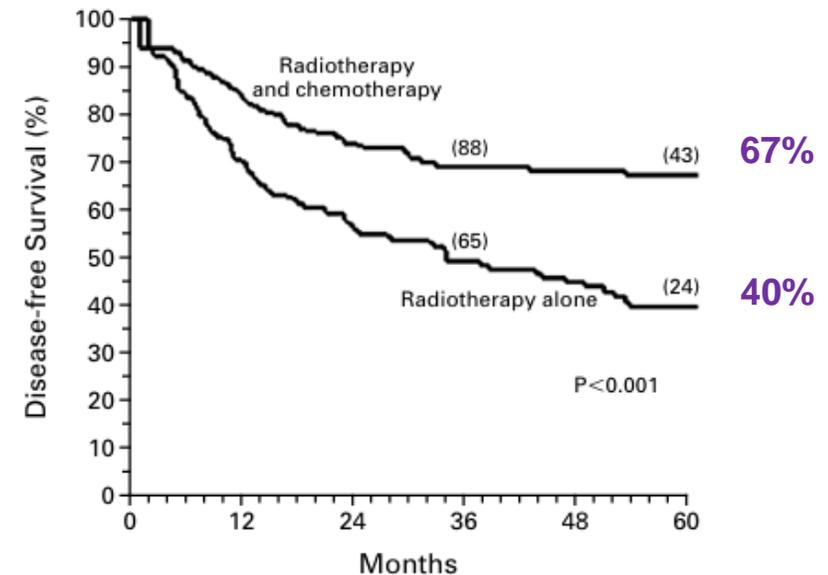
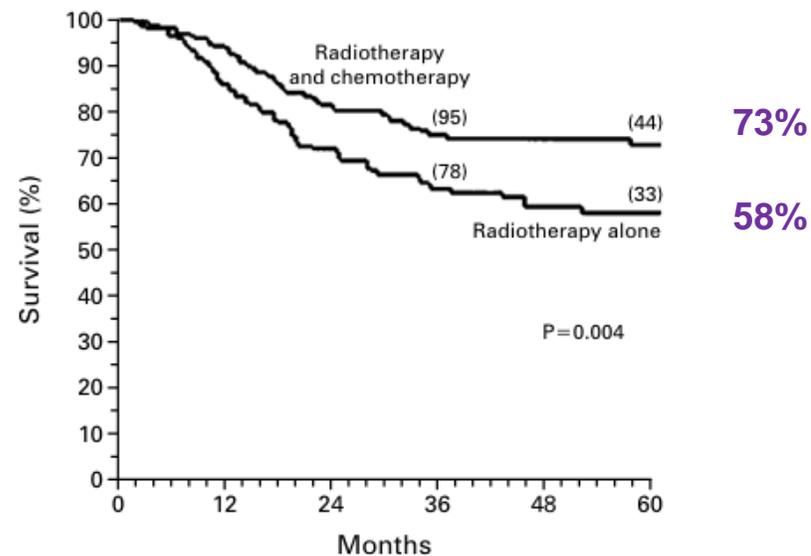
APRIL 15, 1999

NUMBER 15



PELVIC RADIATION WITH CONCURRENT CHEMOTHERAPY COMPARED WITH PELVIC AND PARA-AORTIC RADIATION FOR HIGH-RISK CERVICAL CANCER

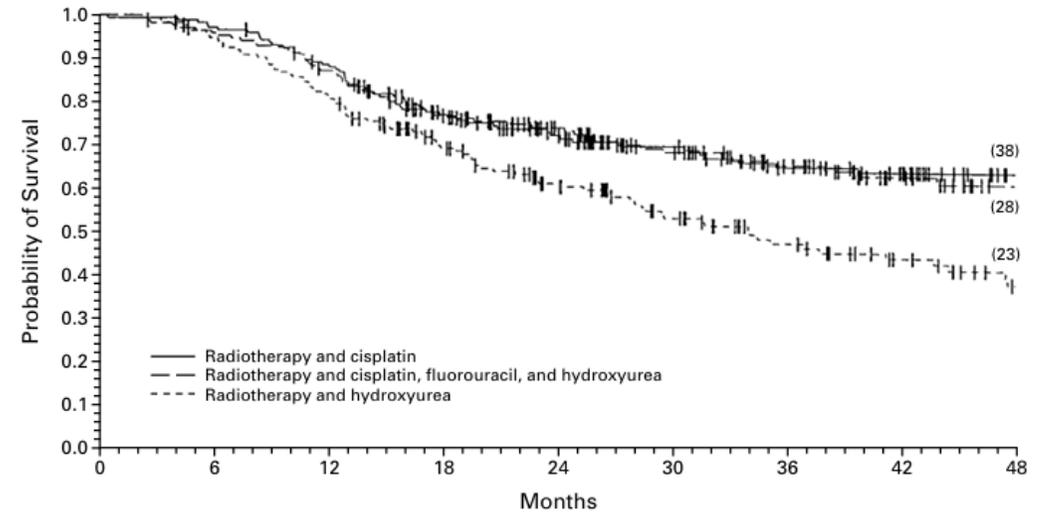
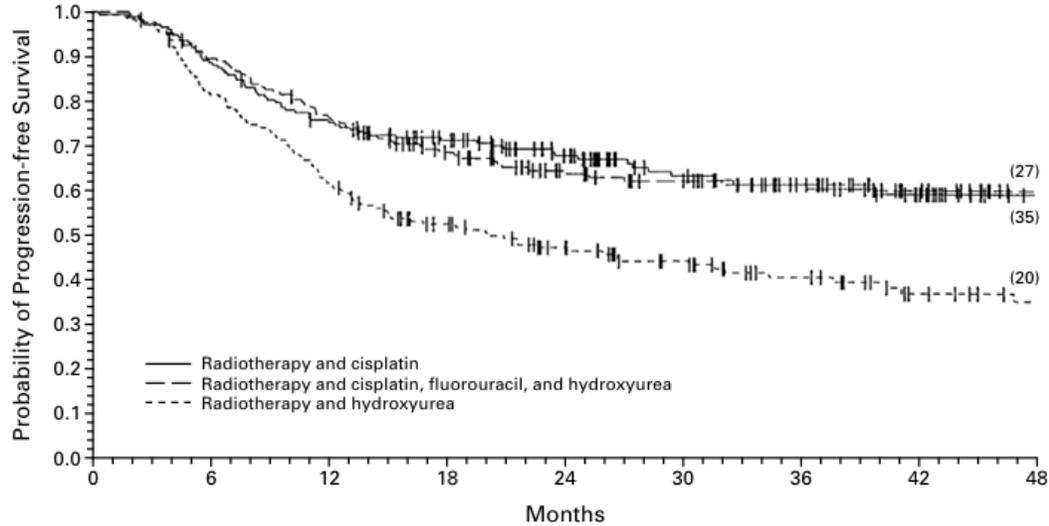
MITCHELL MORRIS, M.D., PATRICIA J. EIFEL, M.D., JIANDONG LU, PH.D., PERRY W. GRIGSBY, M.D., CHARLES LEVENBACK, M.D., RANDY E. STEVENS, M.D., MARVIN ROTMAN, M.D., DAVID M. GERSHENSON, M.D., AND DAVID G. MUTCH, M.D.



CTRT had a **significant survival advantage of 10-15% at 5 years** after treatment compared with RT alone and also reduced local and distant recurrence.

CONCURRENT CISPLATIN-BASED RADIOTHERAPY AND CHEMOTHERAPY FOR LOCALLY ADVANCED CERVICAL CANCER

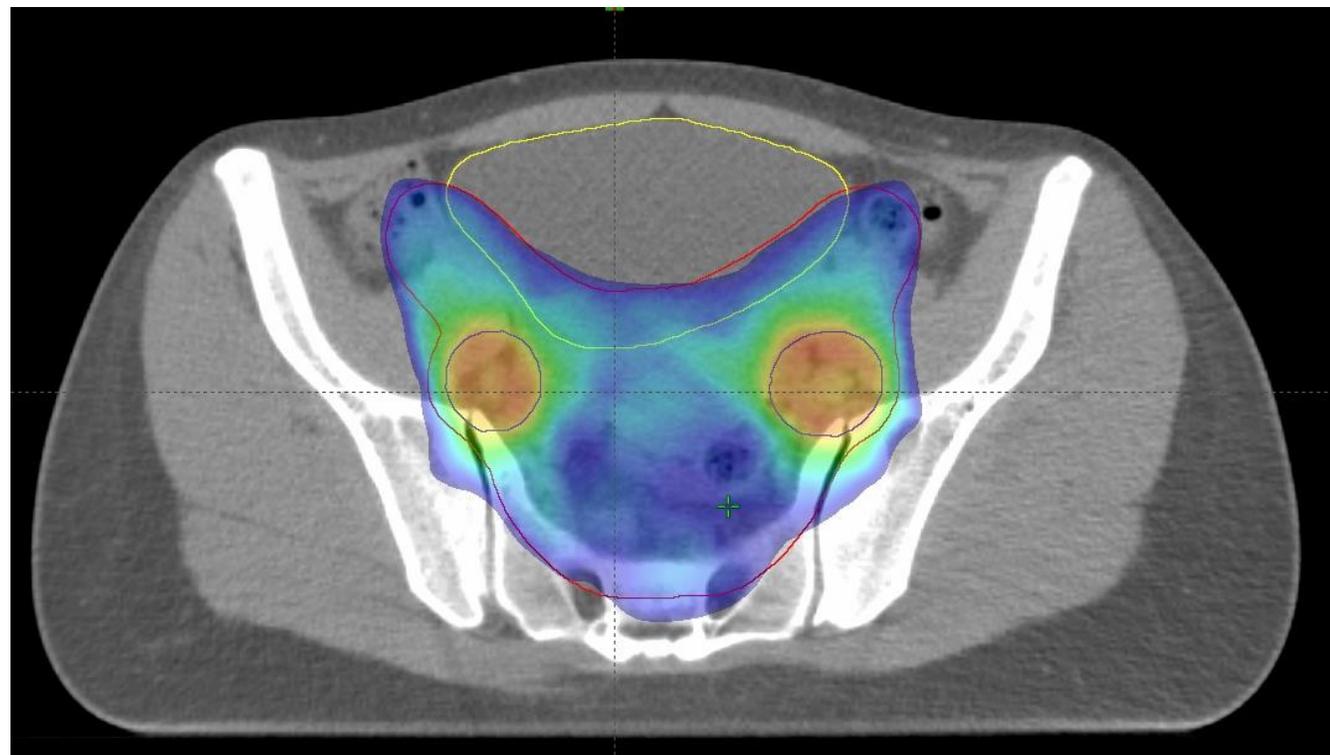
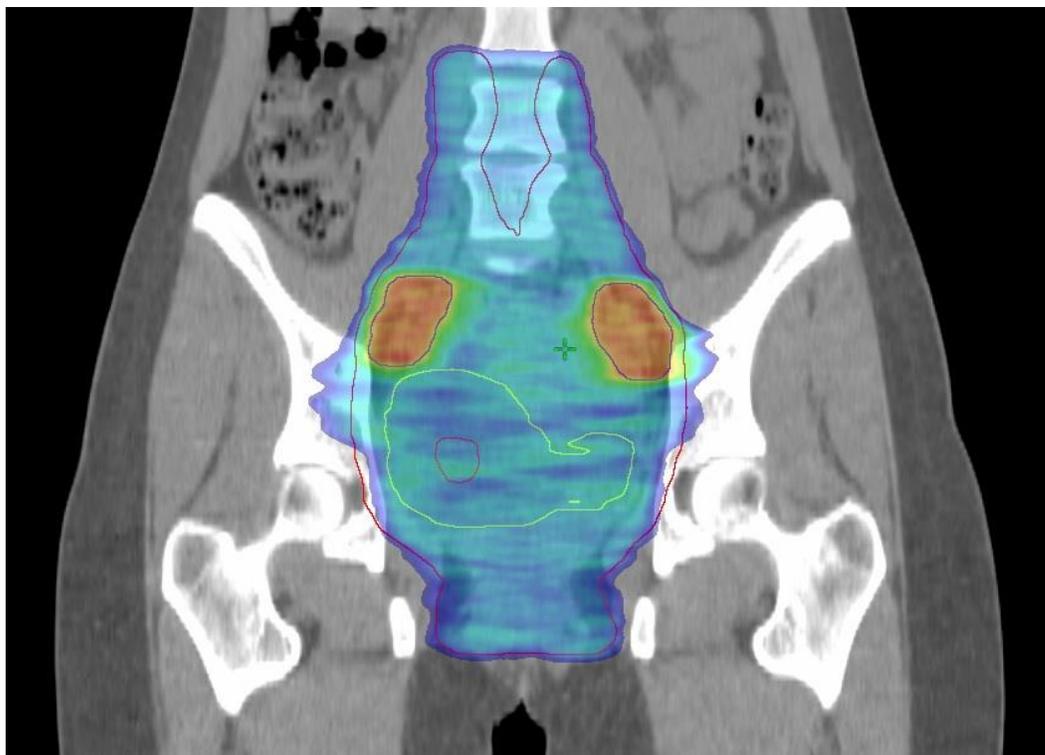
PETER G. ROSE, M.D., BRIAN N. BUNDY, PH.D., EDWIN B. WATKINS, M.D., J. TATE THIGPEN, M.D., GUNTHER DEPPE, M.D., MITCHELL A. MAIMAN, M.D., DANIEL L. CLARKE-PEARSON, M.D., AND SAM INSALACO, M.D.



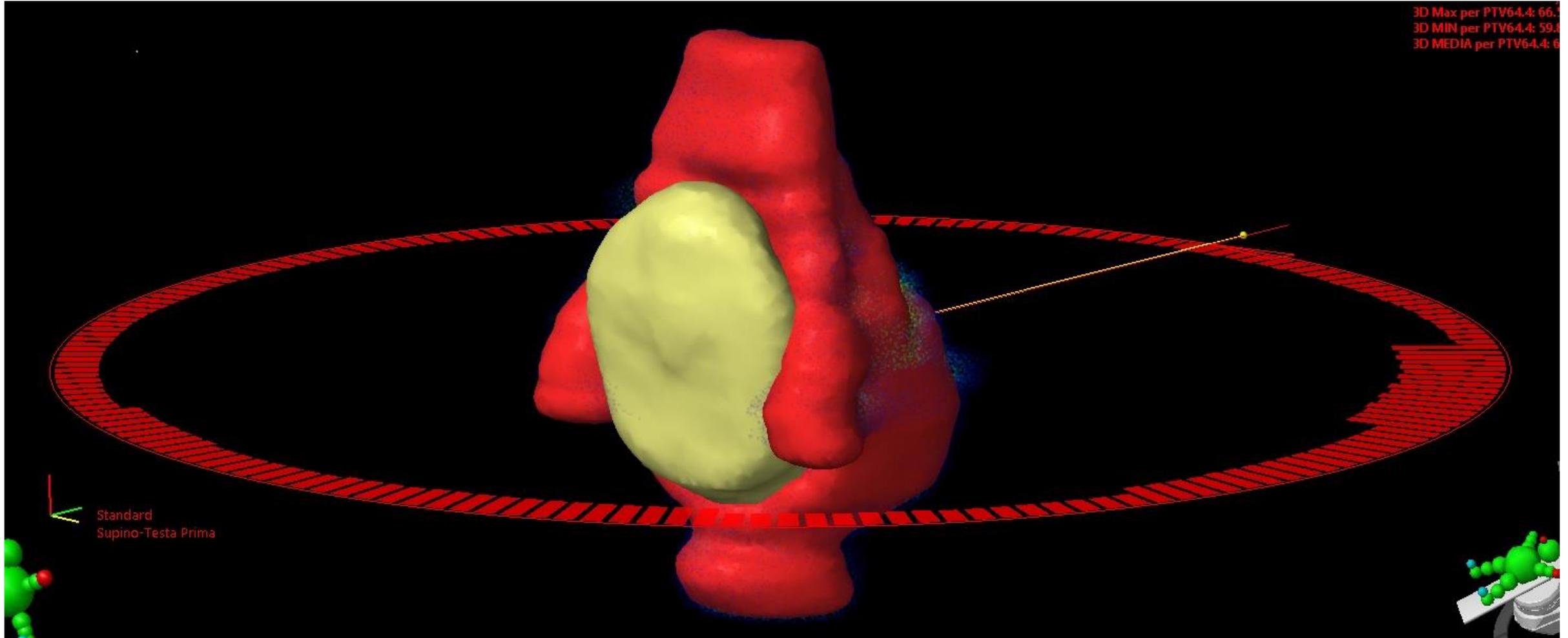
A **once-weekly infusion of CDDP** (40 mg/mq/ev) for 5-6 cycles during external-beam RT is a commonly used concurrent chemotherapy regimen.

Trattamento CT-RT concomitante definitivo:

- Dal 30/04/2024 al 07/06/2024: trattamento radioterapico ad intento curativo sulla pelvi, con dose totale di 50,4 Gy e sovradosaggio a 64,4 Gy sulle linfadenopatie pelviche in 28 sedute con tecnica di intensità modulata ad arco guidata dalle immagini (**VMAT-IGRT**) (Volumetric Modulated Arc Therapy – Image-guided Radiotherapy) e boost simultaneo integrato (SIB) in associazione a chemioterapia concomitante con cisplatino settimanale 40 mg/m² (eseguiti 6 cicli).
- Dal 21/06/2024 al 03/07/2024: **brachiterapia endocavitaria** HRD con 192 Ir, dose 600 cGy riferita al CTV a rischio intermedio (erogate complessivamente 4 frazioni da 6 Gy, 24 Gy complessivi) presso Spedali Civili di Brescia.



Distribuzioni di dose in assiale e coronale su TAC di centraggio.



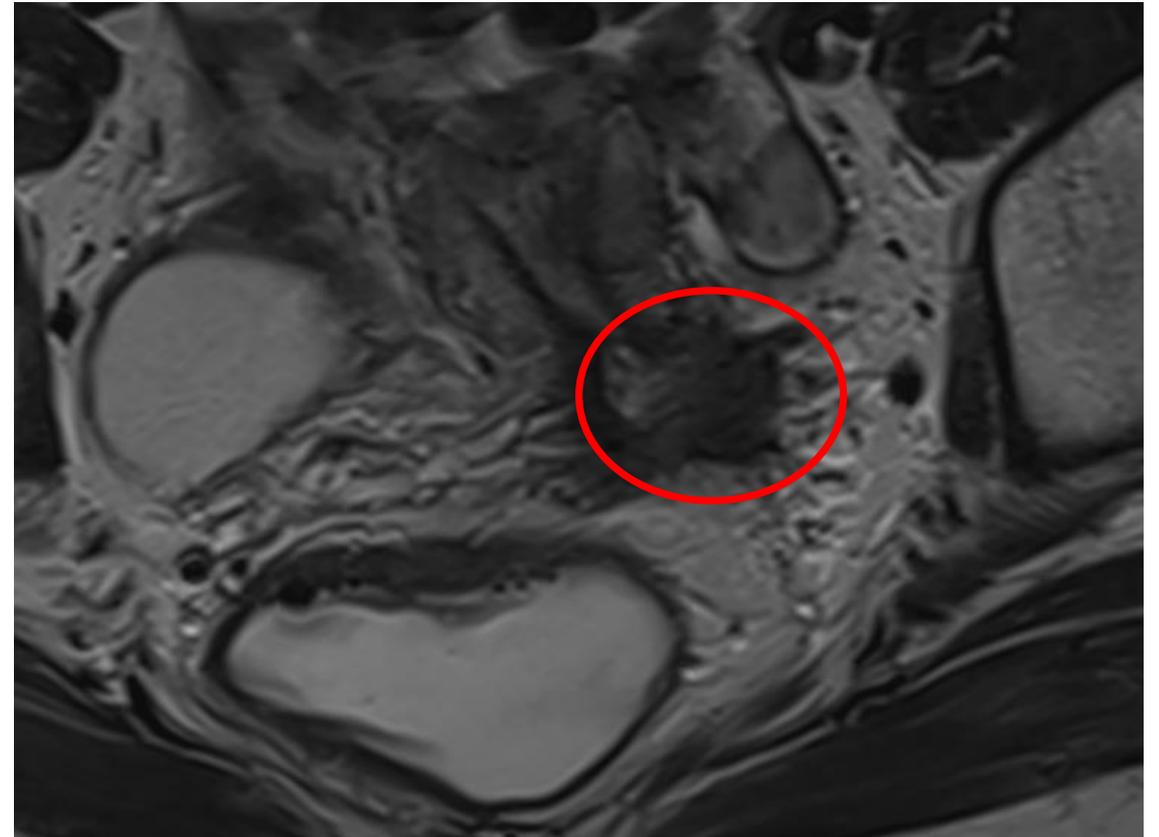
Visualizzazione in 3D del bersaglio radioterapico e della geometria del campo ad arco.

Rivalutazione strumentale (1):

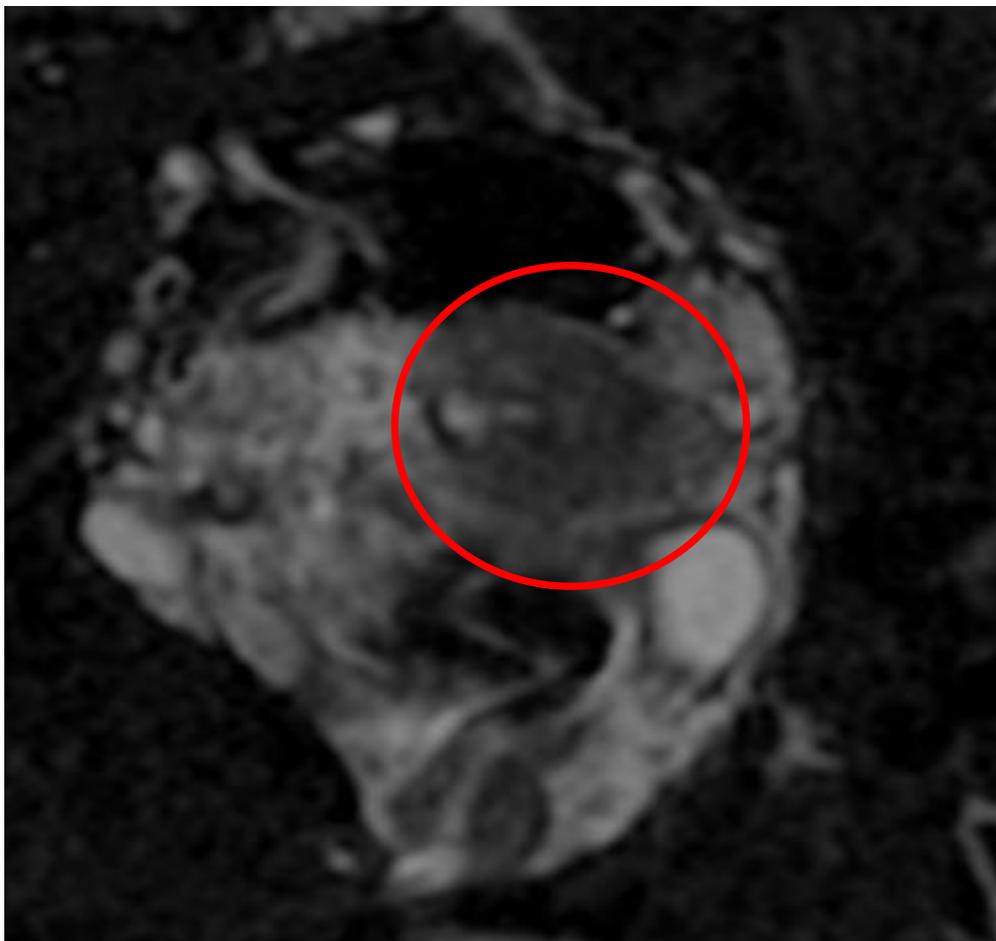
- 16/09/2024: RMN addome inferiore mdc con evidenza a carico della parete postero-laterale sinistra della cervice uterina di area di alterata intensità del segnale di circa 35x25 mm, priva di chiara restrizione del segnale nelle sequenze di diffusione con modesta accentuazione post-contrastografica, con caratteristiche di esito di pregresso trattamento. Non evidenti linfadenopatie loco-regionali.



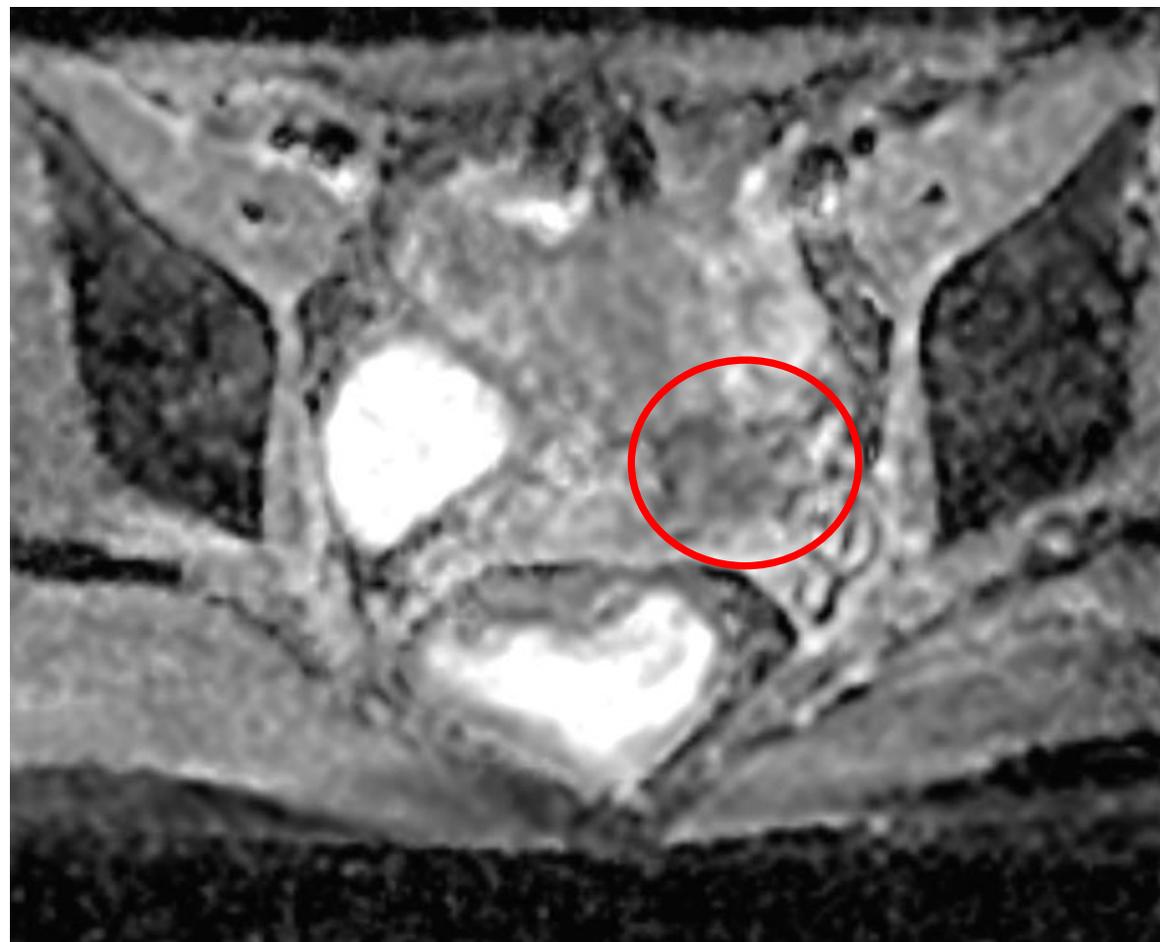
04/2024



09/2024



04/2024



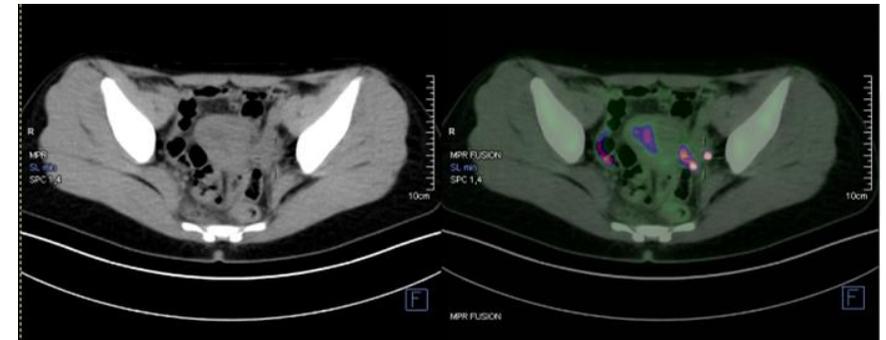
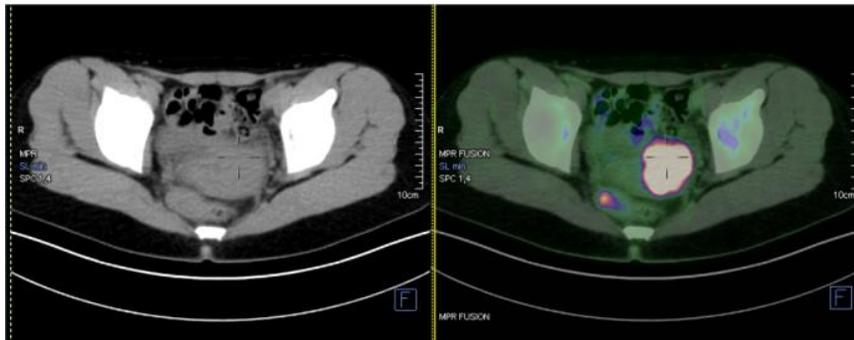
09/2024

Rivalutazione strumentale (2):

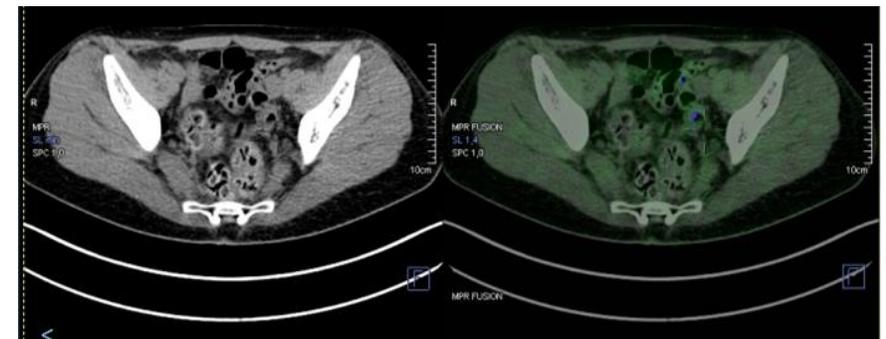
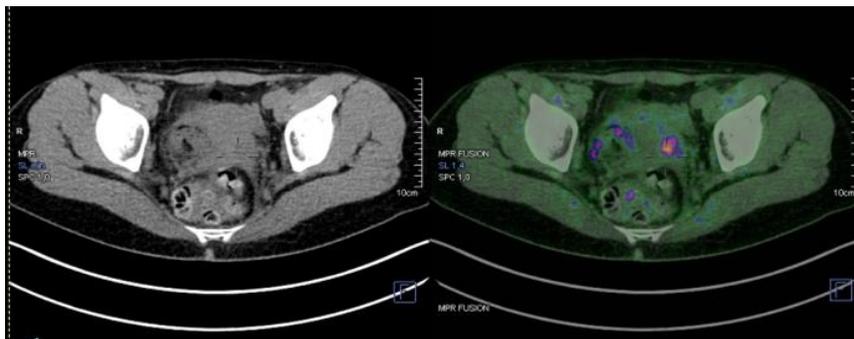
20/09/2024: PET-TC con 18FDG con evidenza di:

- marcata riduzione del gradiente metabolico e delle dimensioni della voluminosa lesione a livello della cervice uterina (1.7x0.9x2.3 vs 5 cm, SUV mx 5 vs 15);
- nettamente ridotte di uptake e pressochè scamparse anche anatomicamente le adenopatie in sede iliaca bilateralmente.

04/2024

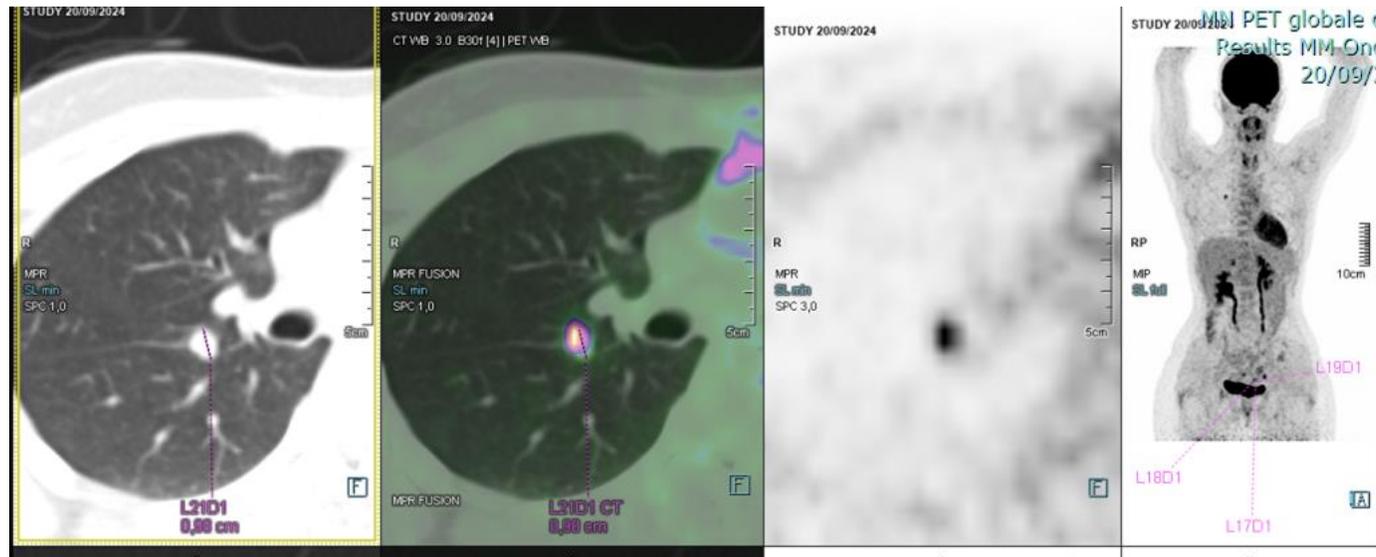


09/2024



Rivalutazione strumentale (2):

- COMPARSA di intenso ipermetabolismo a carico di centrimetrica nodulazione polmonare a carico della regione ilare superiore destra (10 mm, SUV max 6.8), compatibile in prima ipotesi con localizzazione secondaria di nota eteroplasia cervicale.

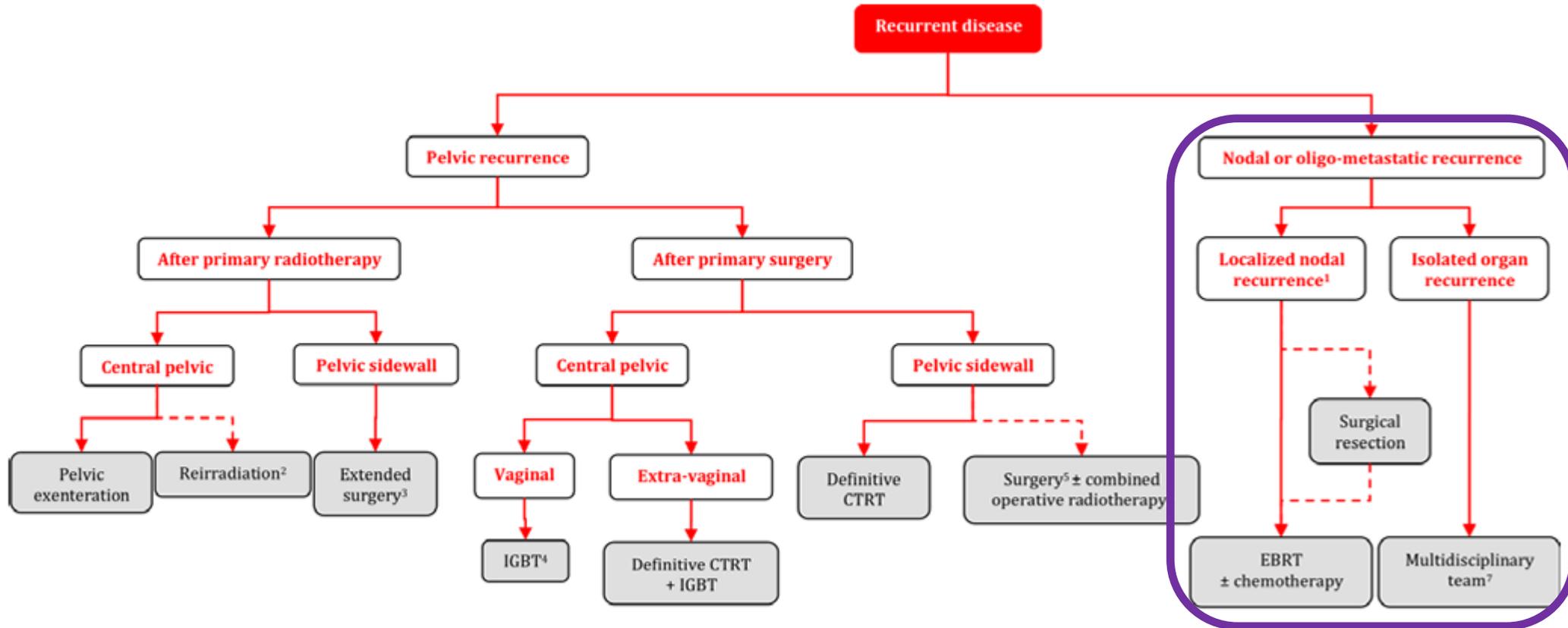


- CEA, CA 15.3, CA 19.9 e CA 125 nella norma.

Discussione multidisciplinare GOM:



Gestione della recidiva oligometastatica:



- The management of "oligo" organ metastases (lung, liver etc..) should be discussed in a **multidisciplinary setting**.
- Patients with oligometastatic or oligorecurrent disease should be considered for **radical local resection or stereotactic ablative radiotherapy**.

- 15/10/2024: intervento di *resezione polmonare atipica destra in RATS* (Robotic-Assisted Thoracic Surgery), complicato da infarcimento emorragico del segmento posteriore residuo sottoposto a successiva segmentectomia posteriore atipica in VATS (Video-Assisted Thoracoscopic Surgery).

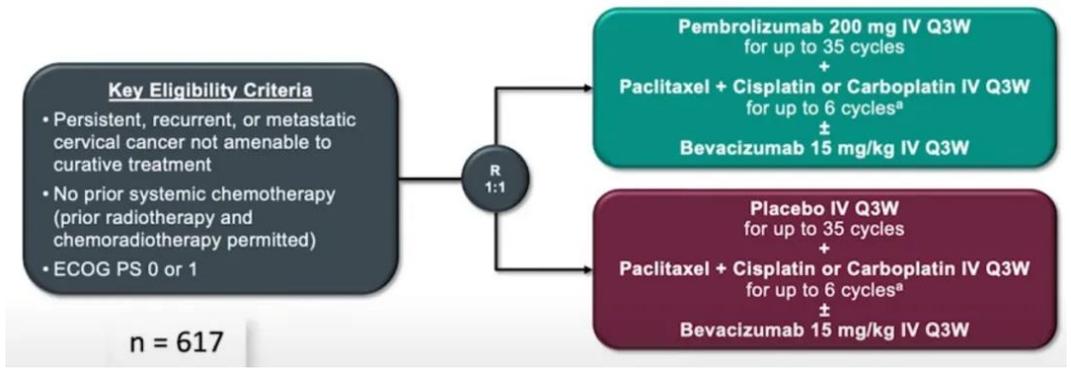


- All'esame istologico: localizzazione di adenocarcinoma. **Il quadro morfologico (diffusa e intensa positività per p16) e quello molecolare (ricerca HPV-DNA positivo per genotipo HPV ad alto rischio) sono compatibili con l'origine da neoplasia cervicale HPV-associata nota in anamnesi.**

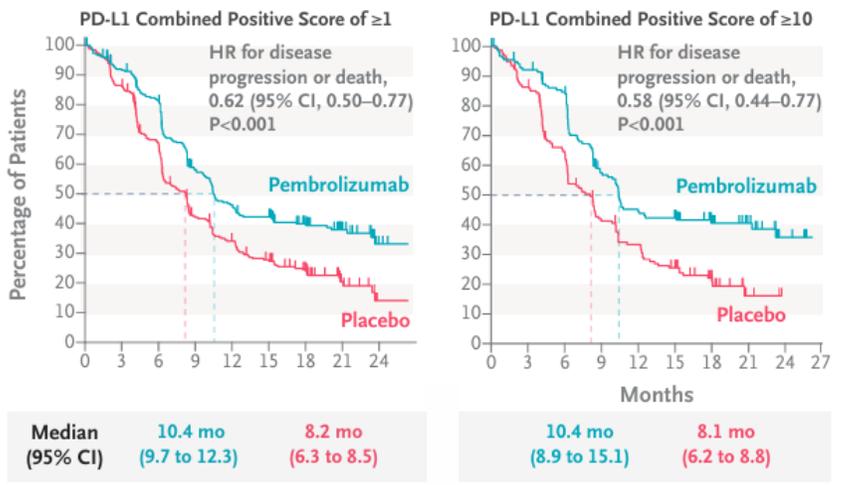
ANALISI IMMUNOISTOCHEMICA: **PD-L1 positivo**, CPS 5-10 (anticorpo monoclonale IVD ANTI PD-L1 clone SP263)

- 23/11/2024: per la comparsa di idroureteronefrosi sinistra con IRA → posizionamento di doppio J annuale.

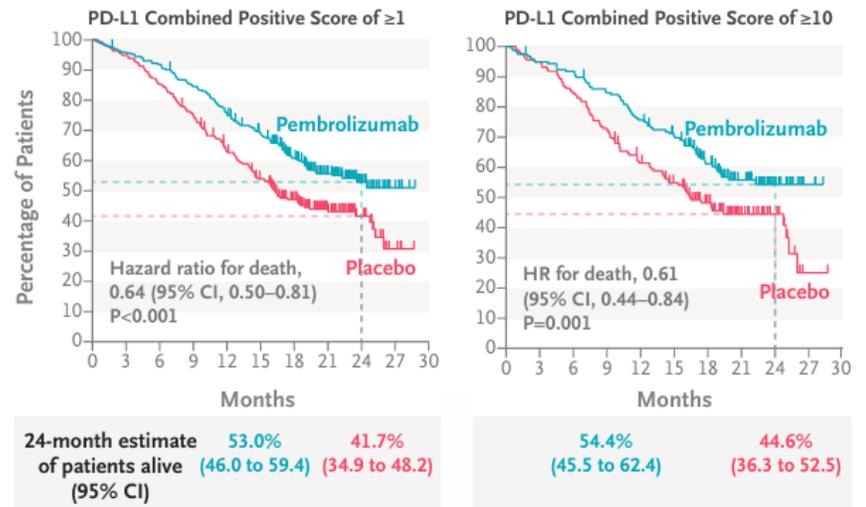
Keynote-826 Trial:



Progression-free Survival



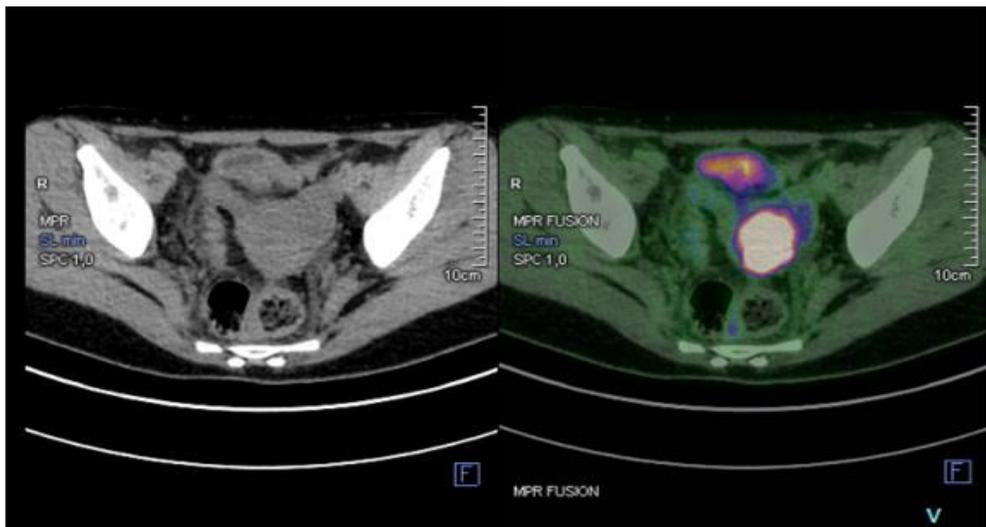
Overall Survival



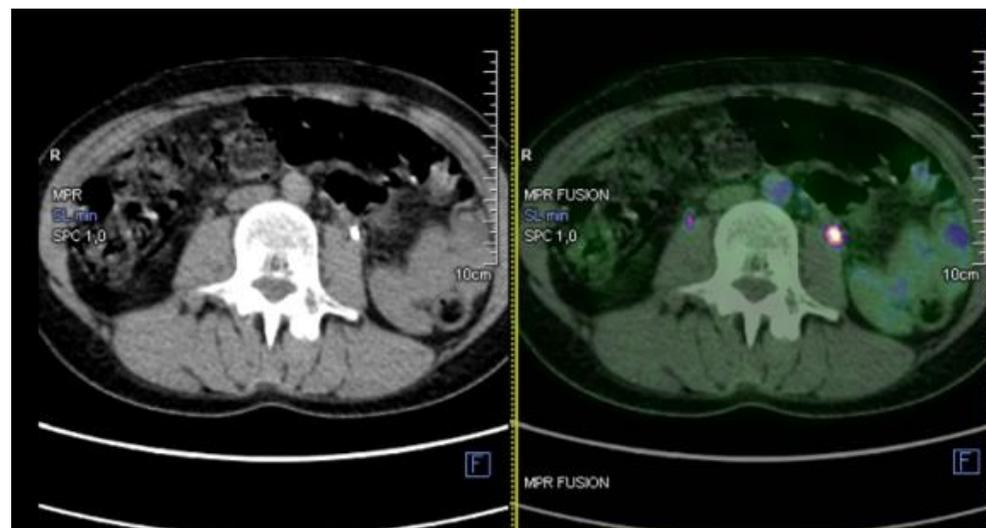
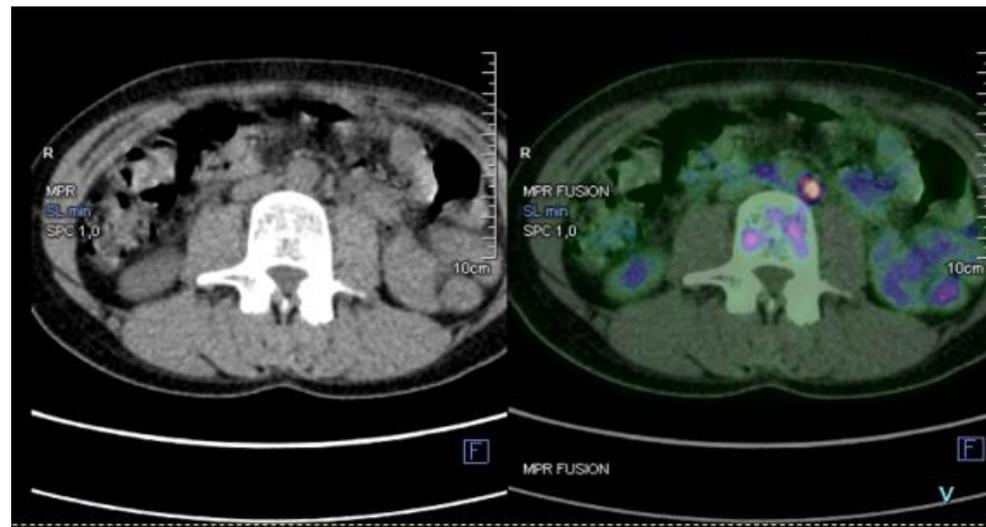
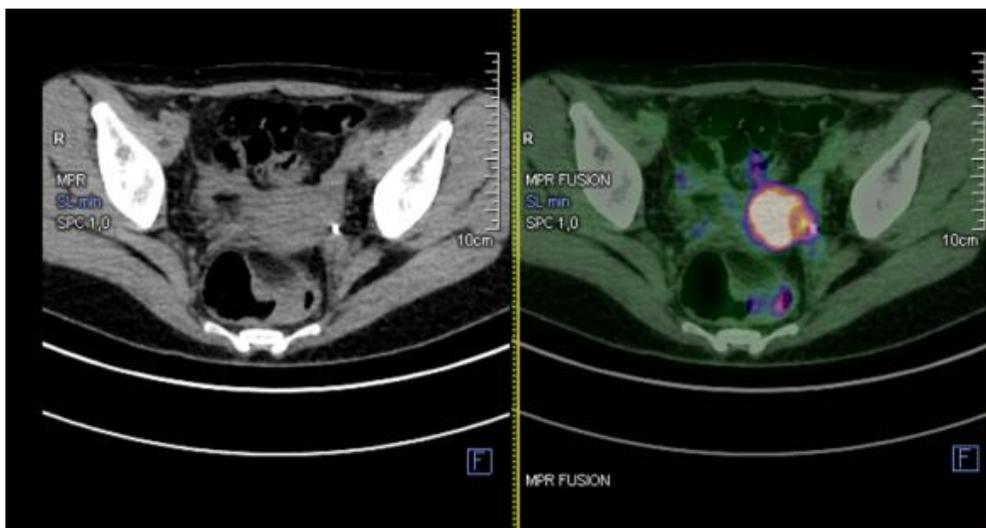
Trattamento sistemico di I linea:

- Dal 23/12/2024 al 03/02/2025: trattamento sistemico di I linea con **CBDCA AUC5 + PACLITAXEL 175 mg/mq + Bevacizumab 15 mg/kg + Pembrolizumab 200 mg totali/ev q21 per 3 cicli**, gravato da tossicità ematologica (neutropenia G2 asintomatica) e reazione allergica al TXL dopo il primo ciclo (rash cutaneo diffuso e broncospasmo) per cui dal secondo ciclo è stato eseguito protocollo di desensibilizzazione.
- 21/02/2025: PET-TC con 18FDG con evidenza di:
 - iniziale riduzione in estensione e di gradiente metabolico della nota lesione cervicale (estensione cranio-caudale di circa 4 cm vs 5.5 cm; SUV max 10.6 vs 16.5);
 - nettamente ridotta l'attività metabolica a carico dell'adenopatia in para-aortica sinistra all'altezza del piano passante per L3;
 - invariata di dimensioni e uptake il subcentimetrico nodulo polmonare subpleurico al segmento superiore del LIS.
- CA 125 38,5 vs 231,5 kU/L; CA 15.3 38 vs 59 kU/L.

12/2024



02/2025



Prosegue terapia di I linea





I.P.

→ ESAME OBIETTIVO

	Assente	Scarsa	Buona	Note:
Orientamento spazio/temporale	0	1	2 ■	
Fluidità eloquio	0	1	2 ■	
Compliance al colloquio	0	1	2 ■	

→ INVIANTE (chi ha richiesto l'intervento):

- Paziente
- Medico di reparto
- Psichiatra
- Altro (.....)

→ QUESITO CLINICO (domanda dell'inviante):

valutazione psicologica in vista di eventuale presa in carico nel percorso di cura

- **Tono dell'umore:** (dalla condivisione emerge problematica tiroidea che potrebbe influire sul tono dell'umore)
 - in asse
 - lievemente depresso
 - moderatamente depresso
 - molto depresso
- **Ansia generale:**
 - assente
 - lieve
 - moderata
 - grave

SCHEDA ASSESSMENT PSICONCOLOGICO

→ ANAMNESI PERSONALE E STILE DI VITA

▪ Stato Civile:

- Nubile/celibe
- Coniugata/o convivente
- Vedova/o
- Separata/o divorziata/o

▪ Professione/Occupazione: operaia

▪ Famiglia d'origine: famiglia composta da madre e padre, una sorella, ma non è stato approfondito come aspetto.

▪ Attuale famiglia: ha convissuto per circa 10 anni in modo non continuativo con un uomo a casa della famiglia di lui. La diagnosi ha portato a rientrare a casa dei genitori

▪ Rete Sociale: Diverse conoscenze ma rete reale??

▪ Supporto Sociale: Non evidente

▪ Caregiver di riferimento: genitori

Pratico Emozionale

SCHEDA ASSESSMENT PSICONCOLOGICO

1. **Come si presenta:** ordinata ma dimessa
2. **Disponibilità al colloquio:** In un primo momento, la paziente appare poco coinvolta e motivata, mostrando una partecipazione prevalentemente estrinseca, orientata al rispetto di un iter ospedaliero. Tuttavia, con il proseguire del colloquio, manifesta una crescente disponibilità all'espressione, arrivando a un fluire discorsivo ampio e articolato.

3. Distress percepito dalla paziente:

0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

4. Tema principale e Problema presentato

- Tema affettivo-relazionale (fidanzato-genitori-amicizie)
- Evitamento delle terapie/malattia

ANAMNESI PSICHIATRICA STORICA:

La paziente non riferisce e non presente in cartella clinica

- **Locus of control:** Tendenzialmente Esterno

▪ **Stile Coping**

- spirito combattivo
- disperazione
- X evitamento
- preoccupazione ansiosa
- Fatalismo

Evitamento predominante con tentativi di mantenere spirito combattivo

- **Consapevolezza (idea) di malattia:** Non sempre chiara – evitamento??
- **Consapevolezza e grado di coinvolgimento nelle terapie antitumorali proposte/in corso:** In alcuni momenti dubbio circa la consapevolezza e riferito anche dubbio sulla prosecuzione
- **Consapevolezza di terminalità:** -----
- **Analisi della domanda:** La paziente non porta una domanda esplicita di aiuto/supporto, accoglie la disponibilità e la presenza e l'ascolto.
- **Contratto stabilito con il paziente al termine del primo colloquio:** non ancora presente consapevolezza della richiesta e del bisogno. Non ancora definito un contratto. Ad oggi la paziente mantiene il contatto informando rispetto ai giorni di infusione e concordando un colloquio nel mentre.

Obiettivo implicito: Facilitare un legame terapeutico basato sull'accoglienza e sulla validazione e offrire un contenimento emotivo per favorire l'apertura e il coinvolgimento nel percorso di cura.

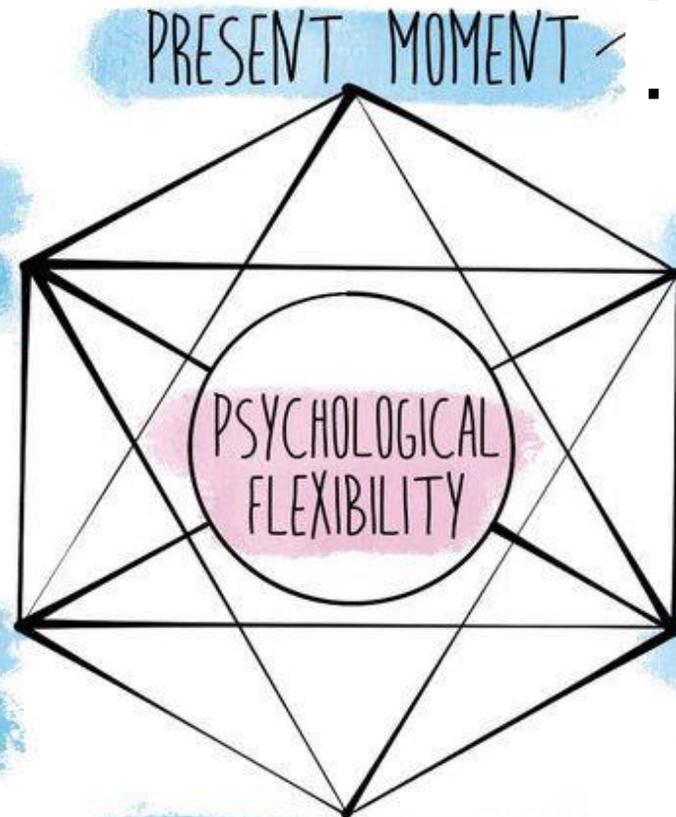
Come si presenta la paziente al colloquio (autocaratterizzazione)

La paziente tende a mostrarsi come una persona forte e autonoma, sebbene emerga una sottostante vulnerabilità emotiva. Il suo racconto è caratterizzato dalla rievocazione di numerosi eventi traumatici vissuti nel tempo. Durante il colloquio, riferisce incertezze e difficoltà nelle relazioni interpersonali, esprimendo dubbi sulla gestione dei legami affettivi e sulle dinamiche relazionali (coppia, amicizie, famiglia).

Anamnesi psicologica storica ed attuale

- **Fattori di vulnerabilità psicologica storica e attuale:** povertà cognitiva, solitudine, isolamento, credenze personali non sempre funzionali
- **Eventi traumatici:** Bullismo, violenze/molestie subite
- **Eventi di vita stressanti:** Rientro a casa, separazione dal fidanzato, nuova compagna del fidanzato.
- **Fattori protettivi:** Evitamento come strategia “funzionale” protettiva per evitare scompenso emotivo (Endler e Parker, 1990)
- **Risorse psico-sociali:** genitori, sorella, infermieri e personale medico dove può essere accolta e accettata
- **Compliance al supporto psicologico:** non eccessivo

Hexaflex Acceptance and Commitment Therapy (ACT)



PRESENT MOMENT

EXPERIENTIAL
ACCEPTANCE

VALUES

COMMITTED
ACTION

SELF AS CONTEXT

PSYCHOLOGICAL
FLEXIBILITY

- Difficoltà a rimanere ancorata al presente.
- Tendenza a essere assorbita da ruminazioni su eventi traumatici passati e preoccupazioni per il futuro.
- Scarsa consapevolezza delle esperienze e delle emozioni nel momento attuale.

- Confusione sui propri valori e sulla direzione personale.
- Alternanza tra il bisogno di autonomia e il desiderio di approvazione e riconoscimento esterno.
- Difficoltà a individuare obiettivi significativi e un senso di realizzazione personale.

- Difficoltà a mantenere azioni costanti e orientate agli obiettivi.
- Evitamento delle situazioni che potrebbero attivare il senso di inadeguatezza.
- Incertezza e instabilità nel portare avanti scelte e impegni nel tempo

- Identità frammentata tra un Sé ipermaturo (adultizzazione precoce, sessualizzazione delle relazioni) e un Sé infantile (attaccamento a oggetti dell'infanzia, bisogno di protezione).
- Identificazione rigida con concettualizzazioni di sé: "Devo essere forte", "Mostrare vulnerabilità significa essere rifiutata".

- Tendenza a evitare il contatto con emozioni dolorose, specialmente legate a traumi passati e alla paura del giudizio.
- Difficoltà a tollerare il disagio emotivo, con strategie di controllo e distacco emotivo.

COGNITIVE
DEFUSION

- Forte adesione a schemi cognitivi disfunzionali che influenzano il comportamento e le relazioni, con convinzioni che rafforzano l'autoisolamento e la chiusura emotiva.

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006).
Acceptance and
Commitment Therapy:
Model, processes and
outcomes

Intervento

Obiettivo generale: Sviluppare un contesto relazionale che promuova il processo di Riconoscimento/Legittimazione e di Integrazione/Accettazione degli aspetti emotivi e promuovendo strategie di coping più adattive e resilienti.

Il percorso mira a **favorire un senso di sé più coeso e integrato**, rendendola più libera di vivere ed esprimere le proprie emozioni avverse (paura, senso di fragilità, impotenza) senza dover oscillare tra ipercontrollo e regressione.

Azioni specifiche:

1. **«Stare»** con la sofferenza dell'altro, senza fuggire o cercare soluzioni immediate. Questo atteggiamento implica una disponibilità ad accogliere le emozioni del paziente, offrendo uno spazio sicuro in cui queste possano essere esplorate e comprese. Tale presenza empatica facilita il processo di elaborazione del dolore e favorisce la crescita personale del paziente
2. aiutare a sperimentare **un contenimento emotivo sicuro** («Handling» e «holding»), in cui le esperienze possono essere elaborate senza la paura di essere abbandonata o attaccata.
3. Valutare e monitorare attentamente quando **l'evitamento è utile** e quando può diventare disadattivo
4. **Lavoro corporeo e sensoriale:** Integrare esperienze di grounding e di connessione corporea per aiutarla a riconoscere le proprie emozioni senza esserne sopraffatta.
5. **Aiutare a tollerare l'ambivalenza:** Sostenere la gestione del conflitto tra desiderio di indipendenza e bisogno di protezione, senza spingerla a scegliere un unico polo.
6. **Favorire la capacità di stare con il proprio vissuto:** Guidarla in esperienze emotive gestibili, aiutandola a tollerare il dolore senza ricorrere all'evitamento o alla ricerca di conferme esterne.

Conclusioni:



- **Il valore della gestione multidisciplinare della paziente:**
 - *linguaggio comune*: la consultazione individuale e separata dei vari specialisti da parte della paziente può determinare disorientamento e misunderstanding;
 - *condivisione della decisione terapeutica*: non semplice prescrizione ma proposta di *strategia* terapeutica;
 - *maggior aderenza* alle linee guida;
 - valutazione della paziente nella sua *complessità bio-psico-sociale*.
- Una miglior classificazione bio-molecolare dei tumori permetterà di implementare le informazioni prognostiche sui diversi sottotipi istologici soprattutto quelli con comportamento più aggressivo e a prognosi peggiore (ie ISMC) → **patient tailored approach**.



[*alessandra.modena@sacrocuore.it*](mailto:alessandra.modena@sacrocuore.it)