


TUMORE AL SENO E PREVENZIONE: INFORMARSI E CONOSCERSI

*I noduli sono sempre pericolosi?
L'autopalpazione è veramente utile?
E l'ereditarietà, quanto influisce?
Una guida del senologo per affrontare la
prevenzione senza ansie*

In collaborazione con:



indice

03 *introduzione*
**Insieme al senologo per battere
il tumore al seno** 
di Francesco Valenti


07 *capitolo 1*
**Per la diagnosi precoce non
bastano gli screening** 
di Francesco Valenti

12 *capitolo 2*
Noduli al seno: prudenza, ma senza allarmismi 
di Francesco Valenti

18 *capitolo 3*
Mammografia, un esame da non temere 
di Francesco Valenti

23 *capitolo 4*
Quanto pesa l'ereditarietà nel tumore al seno? 
di Francesco Valenti

28 *capitolo 5*
Autopalpazione: pro e contro 
di Francesco Valenti

33 *capitolo 6*
**L'importanza di sentirsi donna
nel percorso di cura** 
di Elvira Simona Solimando

Insieme al senologo per battere il tumore al seno

Francesco Valenti
Senologo del Centro Medico Santagostino

La scienza sta facendo passi da gigante, eppure ancora troppe donne muoiono a causa del tumore al seno. Ecco perché è fondamentale rivolgersi fin da subito a un professionista che guidi il percorso di prevenzione, diagnosi e cura

Come farò senza di te, scriveva Elisa Girotto accanto a una foto che la ritrae con la sua bambina di 1 anno. Sapeva che non le sarebbe rimasto molto tempo da vivere a causa del male incurabile che le era stato diagnosticato, una forma aggressiva di tumore al seno. Questa mamma, 40enne originaria di Spresiano, in provincia di Treviso, ha trovato il modo di restare presente nella vita della figlia



vita della figlia dopo che, nel 2017, la malattia se l'è portata via. Ha deciso di lasciare 18 anni di regali alla sua bambina, uno per ogni compleanno, e uno per ogni Natale, fino alla maggiore età. E il racconto di tutto quello che avrebbe voluto fare con lei.

Questa storia commovente, pubblicata da varie testate giornalistiche, sottolinea come la **prevenzione secondaria**, ossia la ricerca precoce di segnali che consentono di diagnosticare tumori sempre più piccoli e dunque sempre più curabili, rappresenta la condizione essenziale per abbattere la mortalità legata al tumore della mammella, ma **non è sufficiente per raggiungere l'obiettivo della mortalità zero**. Ancora troppe donne decedono a causa di questa malattia nonostante gli indubbi progressi della scienza medica attuale.

La [mammografia](#), l'ecografia, la risonanza magnetica sono utilissimi strumenti diagnostici che ci hanno permesso di raggiungere diagnosi di neoplasie mammarie non ancora clinicamente rilevabili, consentendo interventi chirurgici esteticamente conservativi pur mantenendo la radicalità chirurgica necessaria per la guarigione. La chemio-



terapia, la radioterapia, le terapie immunologiche mirate sono strumenti terapeutici che affiancano la chirurgia per consolidare i risultati di quest'ultima.

Eppure, sebbene sempre meno, ancora si muore di tumore della mammella. E perché?

Una risposta sta nella **natura intrinseca della malattia**. Pochi casi presentano caratteristiche di aggressività che abbattono le sofisticate terapie a disposizione. Un'altra risposta sta, in alcuni casi, nell'**assenza di una guida** al fianco della donna ammalata e della donna sana. Perché il rischio di perdersi all'interno di un armamento così assortito di diagnostica e terapie esiste, e questo smarrimento finisce per essere causa di una gestione fallace della donna.

Ecco quindi che la figura emergente, seppur da anni sempre più consolidata, del **chirurgo senologo** trova la sua collocazione nel percorso di prevenzione, diagnosi precoce e cura del tumore della mammella. La guida che in alcuni casi manca è proprio questa figura. L'importanza della [visita senologica](#) annuale a cui tutte le donne di età a partire dai 25/30 anni fino ad età avanzata sono chiamate non è



rappresentata solo dalla capacità clinica di questo medico, ma anche dalla sua capacità di gestione ed organizzazione del percorso di prevenzione e diagnosi personalizzata.



Per la diagnosi precoce non bastano gli screening

Francesco Valenti
Senologo del Centro Medico Santagostino

Autopalpazione, visita senologica, ecografia, mammografia: i comportamenti delle donne in un sondaggio del Santagostino. E i consigli per tenere sotto controllo la salute del proprio seno, senza ansie e sensi di colpa, ma con un approccio personalizzato

Solo il **15% delle donne** effettua l'autopalpazione al seno una volta ogni 1-2 mesi come prescrivono le linee guida, solo il **46%** effettua una visita senologica di controllo periodica, mentre ancora molte aspettano troppo – spesso la chiamata per gli screening regionali – per fare la prima mammografia. È il ritratto sulla diagnosi precoce emerso da un sondaggio del Centro Medico San-



tagostino su un campione composto da 150 donne, principalmente con più di 45 anni (42%), seguite da 40-45enni (27%), 30-35enni (17%). Il sondaggio è stato costruito per scoprire il loro rapporto con la figura del senologo, in ottica di prevenzione del tumore alla mammella; una neoplasia che, secondo gli ultimi dati pubblicati dall'AIOM, resta ancora quella più diffusa tra le donne, in quanto colpisce ben **una donna su 8 (52.800 nuovi casi in Italia nel 2018)**. Sull'altro lato della bilancia si contrappone però un dato positivo: oggi la **sopravvivenza media dopo 5 anni dalla diagnosi è di circa l'87%**. Per far sì che questo dato aumenti ulteriormente è indispensabile investire sulla diagnosi precoce, che comincia proprio con i controlli annuali dal senologo e con l'autopalpazione, e non soltanto con gli screening previsti dalla Regione.

Il 42% del campione ha dichiarato di autopalparsi il seno solo “quando si ricorda”, mentre il 39% non lo fa proprio. La percentuale di donne che si attiene alle linee guida (una volta ogni 1 o 2 mesi) è solo del 15%. Dietro a numeri così bassi spesso si celano i dubbi delle donne, che dichiarano di **non essere capaci o non essere sicure di eseguire l'autopalpazione nel modo corretto, ma su questo le**



donne possono stare tranquille: non esiste, infatti, un manuale per la corretta tecnica di autopalpazione.

Spesso il modo migliore per ciascuna donna per controllare il proprio seno è innanzitutto **conoscerlo!** Lavarsi semplicemente sotto la doccia e accorgersi che c'è qualcosa di "strano" è la migliore forma di autopalpazione. È necessario eliminare la paura di non eseguire l'autopalpazione per forza nei tempi e nei modi corretti, perché ne derivano solo il **senso di colpa** e l'ansia di non essersi accorti. La prima vera prevenzione è infatti quella culturale, di conoscenza del problema e di attenzione a sé e al proprio seno, e non di insegnamento di una corretta tecnica di autopalpazione. Proprio per questo è fondamentale la visita senologica.

A proposito della visita senologica, il 77% dichiara di aver comunque effettuato un controllo senologico, ma **solo il 46% lo fa periodicamente** (il 21% però si fa controllare il seno in concomitanza con altre visite, ad esempio quando va dal ginecologo). E se riscontrano un'anomalia, a chi si rivolgono? Secondo il sondaggio, la prima figura di riferimento continua ad essere il medico di base, solo dopo arrivano il senologo e il ginecologo. Ma su questo aspetto



bisogna fare una precisazione: anche nel caso in cui non ci siano anomalie evidenti, la **palpazione esperta del senologo** consente di percepire con anticipo quelle anomalie iniziali della mammella che possono indirizzare la donna verso specifici esami di approfondimento. Ci sono infatti delle quote esigue di neoplasie mammarie che non sono visibili tramite ecografia o mammografia, ma che sono ipotizzabili esclusivamente tramite la visita clinica.

Da non trascurare poi l'importanza di un **approccio personalizzato**: la visita con il senologo permette di indirizzare la paziente verso controlli radiologici con cadenza e tipologia appropriata sulla base dei suoi fattori di rischio e delle caratteristiche morfologiche delle sue mammelle, al di fuori degli schemi adottati dagli screening previsti dalle regioni.

La prevenzione è fondamentale già prima dei 40 anni

L'80% delle donne che hanno risposto al questionario ha fatto un'ecografia al seno: il 38% a completamento della mammografia, il 20% a causa di problemi al seno (noduli, secrezioni etc.), il 19% per familiarità per il tumore al seno.



Molte donne hanno poi specificato di aver fatto l'ecografia a scopo preventivo.

Il 65% delle donne ha fatto una mammografia e di queste il 36% ha seguito il programma di screening previsto dalla Regione, mentre il 15% l'ha fatta a seguito di un problema al seno.

Quasi la totalità delle donne che non ha mai fatto una mammografia **non rientra nei programmi di screening** perché troppo giovane o perché non lo ritiene necessario. C'è un "però": ogni caso è a sé, per cui, al di là dell'importanza indiscussa degli screening regionali, è importante che ogni donna effettui controlli periodici secondo le modalità e le tempistiche specificate dal senologo, quindi sulla base delle caratteristiche morfologiche della mammella delle singole paziente e in base ai fattori di rischio.



Noduli al seno: prudenza, ma senza allarmismi

Francesco Valenti
Senologo del Centro Medico Santagostino

Il nodulo alla mammella è sempre espressione di una malattia tumorale? No, per fortuna. Ma sempre meglio farsi controllare

Il [riscontro autopalpatorio](#) di un nodulo alla mammella scatena inevitabilmente nella donna la paura del tumore: scatta l'ansia della visita urgente e l'ombra delle terapie. Atteggiamento assolutamente comprensibile dal punto di vista psicologico, ma veramente la preoccupazione ha sempre un fondamento scientifico?

La risposta alla domanda prevede una doverosa premessa: il riscontro di un nodulo di nuova insorgenza al



seno impone una visita senologica ma, fortunatamente, non sempre corrisponde ad un tumore maligno. I noduli alla mammella possono anche essere espressione di **condizioni fisiologiche o patologie benigne**. Prima di passare ad una carrellata, che ha l'obiettivo di mantenere alta l'attenzione di ciascuna donna al proprio seno pur cercando di diminuire l'ansia che inevitabilmente si insinua, occorrono altre due precisazioni. Il tumore della mammella rappresenta oggi la **principale patologia oncologica che colpisce le donne**, con un'incidenza di 1 donna su 8 (circa 56000 nuovi casi in Italia all'anno) con una tendenza all'anticipazione diagnostica (ossia sempre più donne giovani che si ammalano). Quindi, come dicevamo, ansia giustificata e necessità di [visita senologica](#) sempre in caso di riscontro di un nodulo. Inoltre l'autopalpazione (cioè la visita spontanea da parte della donna del proprio seno) è una buona pratica di tipo conoscitivo, ossia **non ha la pretesa di sostituirsi alla visita senologica** a cui ciascuna donna dovrebbe ricorrere con cadenza annuale già prima dei 30 anni.



Detto questo cosa può essere un nodulo della mammella?

Sempre la solita cisti

Una **cisti semplice**, ossia un nodulo fatto da acqua. Tipica dell'età fertile può comunque manifestarsi anche dopo la menopausa. Insorgenza improvvisa (l'ho sentito ieri prima non avevo nulla), si manifesta come nodulo di **consistenza tesa** (non durissimo) **mobile a contorni regolari** e può essere dolente. È determinata dalla stimolazione che gli ormoni sessuali (estrogeni e progesterone) esercitano sulla ghiandola mammaria. Che fare se il senologo con l'ausilio dell'ecografia mammaria fa diagnosi di cisti? Nulla, a meno che non faccia male. In quel caso è possibile svuotare la cisti con una siringa (agocentesi), procedura semplice ed indolore che risolve prontamente la sintomatologia. La cisti probabilmente si riformerà alla prossima stimolazione ormonale (ciclo ovarico), ma essendo fatta d'acqua non può diventare tumore. Attenzione però alla classica espressione "sarà sempre la solita cisti...." fino a prova contraria, meglio un controllo in più dal senologo.



Fibroadenoma

Il classico nodulo benigno della mammella, tipico della donna giovane, è il **fibroadenoma**. Nodulo in questo caso solido di **consistenza dura a margini regolari**. La diagnosi è molto semplice: è sufficiente la visita senologica con l'**ecografia mammaria**. La tendenza all'insorgenza di un tumore maligno nell'ambito di un fibroadenoma è un'evenienza assai rara (meno del 2%). Quindi anche in questo caso non serve spaventarsi. Cosa può succedere ad un fibroadenoma? Può crescere! Nel caso di un nodulo con tendenza alla crescita dimensionale e di dimensioni superiori ai 2 cm c'è l'indicazione all'asportazione chirurgica con un intervento semplice in regime di Day Hospital. L'intento è quello di evitare che il nodulo diventi troppo grande e possa alterare il profilo del seno.

Un tipo particolare e meno frequente di fibroadenoma si chiama tumore **filloide**. Nella maggioranza dei casi anche questa varietà di fibroadenoma è un tumore benigno che però ha la tendenza ad una rapida crescita e necessita di una più rapida indicazione all'asportazio-



ne chirurgica. Nell'ambito dei tumori filloidi esistono anche varietà con caratteristiche maligne ad alta aggressività, quindi in caso di sospetto di filloide occorre, per prudenza, sempre accertarne la natura benigna mediante esame istologico (biopsia mammaria).

Mastopatia fibrocistica

Sinonimo elegante di **malattia fibrocistica**. Elegante e corretto scientificamente in quanto **non si tratta di nessuna malattia**. Si tratta di una condizione fisiologica tipica del seno giovane che si presenta come un'area della mammella di maggiore consistenza alla palpazione a volte dolente, con incremento della sintomatologia dolorosa in prossimità del ciclo mestruale. Non essendo una malattia, non necessita di alcuna terapia.

Galattocele

Il **galattocele** è un nodulo benigno della mammella che insorge in corso di allattamento e che ha caratteristiche cliniche simili al fibroadenoma. Spesso non necessita di alcun trattamento medico e tende a regredire al termine dell'al-



lattamento. In caso di non regressione o rapida crescita, è possibile asportarlo chirurgicamente anche per accertarne la natura benigna.

Da ricordare che esiste, seppur raro, il tumore maligno della mammella con insorgenza in gravidanze e nel primo anno successivo al parto, quindi in caso di riscontro di nodulo in corso di allattamento occorre sempre rivolgersi al proprio senologo di riferimento.

Attenzione alle secrezioni (spontanee o provocate) dal capezzolo e alle retrazioni cutanee o del capezzolo: sono sempre meritevoli di approfondimento senologico.

Per concludere quindi prudenza sempre, attenzione alta ai cambiamenti del proprio seno e **visita senologica annuale per tutte le donne**, mantenendo però la consapevolezza che non sempre un nodulo rappresenta un tumore.



Mammografia, un esame da non temere

Francesco Valenti
Senologo del Centro Medico Santagostino

Un esame strumentale fondamentale, definito “gold standard” nella diagnosi precoce del tumore della mammella. Tutto quello che c’è da sapere

La mammografia è un **esame non invasivo**, che può essere facilmente eseguito in qualsiasi ambulatorio dotato di un mammografo. In prossimità del mammografo, la mammella viene sottoposta a una compressione, una manovra fondamentale per l’acquisizione di immagini di buona risoluzione. L’esame sfrutta i **raggi X** che, attraversando la mammella, improntano su una lastra posizionata al di là della ghiandola mammaria e possono



mostrare immagini sospette o comunque evocative di patologia tumorale.

L'esame può essere fastidioso per la donna e, soprattutto quando la ghiandola è particolarmente fibrocistica, può risultare doloroso. Il consiglio, in tal caso, è di assumere una **terapia antidolorifica** due ore prima di sottoporsi all'esame.

Chi deve sottoporsi alla mammografia?

Convenzionalmente **tutte le donne dai 40 anni**, ma in realtà questa è un'età ipotetica.

Non tutte le donne a 40 anni presentano delle mammelle identiche. Ecco perché è fondamentale in realtà che il senologo che prescrive la mammografia prenda in esame quelle che sono le caratteristiche della ghiandola mammaria e analizzi i fattori di rischio legati al singolo caso specifico.



Quali sono i fattori di rischio per il tumore al seno?

I fattori di rischio sono molti, non tutti noti.

- **Familiarità:** è il fattore di rischio principale. La presenza di più casi in famiglia di tumore della mammella e/o di tumore dell'ovaio è un elemento che fa pensare che ci possa essere un fattore di rischio di tipo ereditario.
- **Età:** nella maggior parte dei casi sono diagnosticati dopo i 50 anni.
- **Terapie ormonali prolungate:** per esempio alcune formulazioni di terapia ormonale sostitutiva proseguita per diversi anni.
- **Stili di vita e patologie associate:** spesso sottovalutati, ma che rappresentano oggi tra i determinanti più importanti del rischio patologico neoplastico generale, sono l'obesità, la sedentarietà, la scorretta alimentazione (dieta ricca di grassi saturi, povera di frutta e verdura).



- **Densità della ghiandola mammaria:** altro elemento da prendere in considerazione quando si fa una valutazione del rischio di patologia tumorale è la densità della ghiandola mammaria (che non è la dimensione). Non esiste differenza di rischio in seni voluminosi e in seni piccoli. Quello che però si è visto è che le mammelle che presentano una densità ghiandolare maggiore hanno un rischio più elevato di tumore alla mammella.

Molte ragazze rinunciano ad assumere la **pillola anticoncezionale** perché spaventate dal rischio di un tumore della mammella. In realtà i dosaggi delle pillole anticoncezionali di nuova generazione sono così bassi da non impattare verosimilmente in modo significativo sul rischio di tumore alla mammella. **Il rischio delle terapie ormonali, in ogni caso, è sempre legato al tipo di terapia e ai tempi di assunzione, per questo è importante parlarne con il proprio ginecologo.** Il classico concetto dell'allattamento di una gravidanza in età precoce come fattori protettivi sono sicuramente validi ma di fatto impattano sulla riduzione del rischio di tumore della mammella in modo irrilevante.



I risultati dell'esame

Cosa fare quando la mammografia evidenzia un'immagine sospetta per patologia tumorale? La sola mammografia di per sé non fa diagnosi definitiva: occorre avviare un processo di **diagnostica di secondo livello** che accerta accerti questo dubbio mammografico.

Gli esami di secondo livello principali sono la visita senologica, l'ecografia mammaria bilaterale e la biopsia. Quest'ultima, tramite il prelievo di un frammento del tessuto che dava l'immagine in mammografia, permette una diagnosi istologica di benignità o di malignità.

È fondamentale prendersi cura del proprio seno, è fondamentale farsi visitare dal senologo, è fondamentale eseguire gli esami che vengono proposti perché realmente una presa di coscienza della possibilità di prevenire, di fare una diagnosi precoce del tumore, oggi salva la vita.



Quanto pesa l'ereditarietà nel tumore al seno?

Francesco Valenti
Senologo del Centro Medico Santagostino

Dopo l'uscita pubblica di Angelina Jolie che ha raccontato della sua mastectomia preventiva, negli ultimi anni sono arrivate migliaia di richieste di interventi chirurgici. Spesso, però, non giustificati. Perché, in realtà, solo una piccola percentuale dei tumori al seno ha una componente familiare

Tutto il mondo (scientifico e mediatico) ne ha parlato, nel maggio 2013: l'«Angelina's choice». In un bellissimo articolo pubblicato dal *New York Times*, l'attrice Angelina Jolie ha raccontato la sua scelta: farsi asportare entrambe le mammelle dopo aver scoperto di essere portatrice di una mutazione genetica che aumenta il



rischio di avere un **tumore al seno**. A distanza di un anno Angelina ha poi confessato un ulteriore intervento: l'asportazione delle ovaie (tumore di cui è morta la mamma).

L'**effetto Jolie** ha portato in primo piano la **mastectomia "profilattica"**. Quando a portare alla ribalta argomenti tanto sensibili è un modello femminile come una star di Hollywood, con una forza comunicativa ben superiore a qualsiasi testata scientifica, tutti si chiedono: «E se avesse ragione?».

Ed ecco che dopo quella dichiarazione sono arrivate **migliaia di richieste di interventi chirurgici preventivi non giustificati**, spesso, ma non sempre, richieste disattese ma che evidenziano da una parte la portata dell'effetto Jolie e dall'altra la mancanza di chiarezza sull'argomento.

Il tumore al seno **su base ereditaria è una percentuale estremamente bassa (8-10%) rispetto a tutte le neoplasie di questo genere** (definite su base sporadica). Per questo l'identificazione preventiva di questo gruppo di donne a rischio aumentato deve essere estremamente rigorosa e basata su criteri specifici. Le linee guida [Nice \(National](#)



[Institute for Health and Care Excellence](#)), se ben interpretate da parte del medico specialista (senologo), permettono di identificare le donne che presentano un rischio ipotetico di mutazione a carico dei geni noti predisponenti per tumore al seno e dell'ovaio e indirizzarle a percorsi specifici di valutazione e determinazione del rischio ereditario. Quindi, nella pratica clinica, non basta aver avuto la mamma che a 50 anni ha sviluppato un tumore al seno, per definirsi “donne a rischio” e richiedere test genetici ingiustificati o richieste di mastectomie profilattiche per la riduzione della paura del cancro (cancerofobia). **Il tumore al seno colpisce, mediamente, 1 donna su 8 ed avere in famiglia un parente che si è ammalato è evento assai frequente e non dipendente dall'ereditarietà genetica.**

Occorrono dunque più casi di tumore al seno e dell'ovaio nella famiglia, che interessino la linea materna o paterna, e che permettano, al medico competente, di ipotizzare un'aggregazione genetica e quindi un'ipotesi di mutazione predisponente.

Ecco allora la necessità di **istituire percorsi di valutazione del rischio eredo-familiare con maglie strette e**



criteri rigorosi, percorsi non rapidi, ma che oltre ad essere estremamente selettivi, permettano anche di prendere in considerazione, in ogni momento, la volontà e il desiderio della donna che li intraprende. Perché, occorre sempre sottolineare, che anche in quelle donne in cui la dimostrazione di rischio ereditario è evidente, non solo statisticamente ma anche attraverso l'esecuzione del test genetico, sono donne sane, a rischio aumentato, ma pur sempre sane.

Il test genetico per la ricerca di mutazioni a carico di BRCA 1 e BRCA 2 (geni noti predisponenti) in fondo è solo un prelievo di sangue (a cui segue una lunga processazione in laboratorio) i cui costi stanno vertiginosamente calando per la concorrenza di vari laboratori, ma che non ha affatto la portata della determinazione della glicemia e che non deve averla. **Dietro alla comunicazione del risultato di un test genetico c'è un impatto emotivo drammatico per la donna e per la sua famiglia (non è una comunicazione solo alla persona ma a tutto il suo nucleo familiare) e questo impatto psicologico deve essere valutato preventivamente.** Ci sono donne che vogliono sapere, la cui drammatica storia di malattia dei propri cari porta a pensare che la vera e unica prevenzione è la chi-



rurgia, altre donne per le quali la notizia di un rischio aumentato accertato porta a vivere con la “spada di Damocle” sulla testa, peggiorando inevitabilmente la loro qualità di vita e la propria percezione di salute.

In conclusione, nel ringraziare la signora Jolie per l'attenzione mediatica e scientifica che ha portato ad un argomento tanto importante, ritengo fondamentale che **le donne con una reale familiarità per tumore della mammella e dell'ovaio seguano percorsi specifici di valutazione e determinazione del rischio eredo-familiare in centri specialistici ove sia garantito un adeguato supporto psicologico**, affinché possano essere guidate e supportate nelle loro scelte.



Pro e contro dell'autopalpazione

Francesco Valenti
Senologo del Centro Medico Santagostino

Fino a qualche anno fa l'autopalpazione era caldeggiata dai senologi come fondamentale strategia di diagnosi precoce del tumore al seno. Oggi la comunità scientifica è divisa: i risultati sono controversi e le ricadute psicologiche sulle donne elevate

L'**autopalpazione** al seno è una tecnica che permette alla donna di acquisire **consapevolezza del proprio corpo** e di verificare eventuali cambiamenti nel seno, in modo da poterli riferire prontamente al medico e procedere con ulteriori esami diagnostici. Secondo le indi-



cazioni degli specialisti l'autopalpazione dovrebbe essere eseguita **mensilmente**, qualche giorno dopo il termine del ciclo mestruale o, nel caso non sia presente, in un giorno prestabilito; va effettuata quando il seno non risulta gonfio o dolente e prevede dei passaggi specifici e ben codificati.

Per molti anni è stato considerato un atto fondamentale per la **prevenzione secondaria (diagnosi precoce)** del **tumore della mammella**. Ma oggi è ancora così importante? Nell'epoca dello **screening mammografico** di popolazione e dei programmi di controllo personalizzati sulla scorta dei fattori di rischio individuali di ciascuna donna è **possibile pensare all'autopalpazione come fondamentale per la diagnosi precoce?**

Negli ultimi anni si è aperto un **accesso dibattito** tra specialisti a favore e contro tale tecnica che ha investito anche la **letteratura scientifica mondiale**.

A sfavore di questa tecnica si pongono alcuni studi tra cui una pubblicazione della [Cochrane](#) che afferma l'incapacità di poter raccomandare l'autopalpazione come metodo di screening in considerazione dei risultati di due trials



condotti in Cina e Russia.

Tali dati affermano che **la mortalità per cancro al seno non viene ridotta** con l'impiego di programmi educativi sull'autopalpazione e il gruppo di donne iniziato a tale pratica presenterebbe un **aumento delle indagini per patologie benigne** e delle biopsie con conseguente incremento della spesa sanitaria, dell'ansia e della depressione delle pazienti. Anche The Canadian Taskforce on Preventive Health Care non si pone a favore dell'autopalpazione per **mancanza di prove sulla sua efficacia**. L'US Preventive Services Task Force mantiene una posizione neutrale sull'argomento per mancanza di evidenze a favore o contro l'autopalpazione.

A favore dell'autopalpazione si schiera invece l'American Cancer Society, considerandola una tecnica efficace per l'acquisizione della **consapevolezza del proprio corpo** da parte della donna e quindi individuare prontamente eventuali cambiamenti. Anche The National Comprehensive Cancer Network e il National Cancer Institute sostiene l'importanza della Breast Awareness, cioè dell'**approccio confidenziale con il proprio seno**, facilitato dall'auto-



palpazione, per individuare prontamente i cambiamenti o i segnali di allarme. Altre fonti che raccomandano la pratica dell'autopalpazione sono: American College of Obstetrics and Gynecology, American Medical Association, Susan G. Komen Foundation.

Davanti a questo acceso dibattito scientifico indubbiamente **la verità**, come sempre, **sta nel mezzo**, ossia nel conferire il corretto significato all'autopalpazione e stabilire il suo corretto ruolo nel panorama delle proposte di prevenzione secondaria per tumore della mammella.

Indubbiamente l'autopalpazione ossessiva mensile porta con sé i **limiti e svantaggi** teorizzati nei lavori scientifici prima citati, incrementando la spesa sanitaria per richiesta di **esami di approfondimento diagnostico inutili** e determinando un notevole incremento dello stato d'ansia nella donna interessata. Inoltre, quando viene diagnosticata la neoplasia con metodiche di screening specifiche (quali la visita senologica, l'ecografia mammaria e la mammografia) nella donna che esegue mensilmente l'autopalpazione si insinua un **senso di colpa** per il ritardo diagnostico ("è colpa mia perché non me lo sono sentito") che costituisce



il vero freno del processo di guarigione psichica e non solo fisica dopo il trattamento della malattia neoplastica.

D'altra parte, la conoscenza e l'**attenzione al proprio seno** da parte della donna indubbiamente permettono alla stessa di riconoscere precocemente eventuali cambiamenti che possono essere portati all'attenzione dello specialista e quindi consentire la diagnosi precoce di malattia. Ecco quindi, sulla scorta della revisione della **letteratura**, dell'attuale **medicina basata sulle evidenze**, quello che oggi può essere definita la corretta autopalpazione: una **sana attenzione al proprio corpo** e non solo del proprio seno (non ossessiva, mensile... ma casuale, calata della quotidianità) e la consapevolezza che la nostra capacità di **prenderci cura di noi stessi** rappresenta il primo vero step verso la diagnosi precoce, evitando di nascondere la testa sotto la sabbia in casi di riscontro di qualcosa che non va e rivolgendosi con fiducia al medico specialista dedicato.



L'importanza di sentirsi donna durante il percorso di cura

Elvira Simona Solimando

Psicologa e psicoterapeuta del Centro Medico Santagostino

Un tumore al seno cambia il modo di essere donna, soprattutto quando è necessario un intervento chirurgico invasivo e carico di significati simbolici. L'importante è non lasciarsi sopraffare dalla malattia e trovare nuovi stimoli per combattere

Quando una donna scopre di avere un tumore, uno degli aspetti più difficili da accettare è rappresentato dalle **conseguenze sull'immagine di sé**. La donna è chiamata a fare i conti con i cambiamenti del proprio corpo: *“Mi sento diversa, non mi riconosco più. Mi manca qualcosa”*; un tumore al seno cambia il modo di essere don-



na, soprattutto quando è necessario un intervento chirurgico invasivo, carico di significati simbolici. Pone la donna a contatto con sentimenti di perdita, vuoto e mancanza.

La **perdita del seno** è uno dei momenti più difficili da affrontare nel percorso di cura, per alcune donne può rappresentare il momento più drammatico in assoluto. Questa perdita infatti segnala in modo inequivocabile a sé stesse e agli altri, la condizione di “malata” che fino a quel momento poteva non essere avvertita. Il seno è simbolo della femminilità, della maternità e della sessualità, e un tumore che colpisce questa parte del corpo significa perdere tutte queste immagini di identificazione.

I **capelli** invece rappresentano il simbolo visibile della propria identità, forza e il vigore dell'intero organismo; la loro perdita viene vissuta come un depotenziamento della propria energia fisica, prima ancora di quella psicologica.

Bisogna sottolineare che in certi casi la perdita dei capelli funge da catalizzatore visibile di tutta l'ansia legata alla malattia e ai vissuti correlati. In questi casi può essere utile un supporto psicologico che aiuti a riportare l'ansia ai



motivi originali che l'hanno scatenata senza rimanere “fissi” sugli aspetti della perdita concreta e reversibile.

Lo sconvolgimento emotivo provato spesso incide sulla vita sessuale e di coppia perché la donna si percepirà in imbarazzo nel mostrarsi al proprio partner, il timore di non piacere potrebbe influire sul proprio desiderio sessuale. **Condividere** le proprie difficoltà e i propri vissuti anche con il partner può quindi essere un modo per affrontare questo momento critico e riscoprire gradualmente la propria intimità.

Se pensiamo che lo stato emotivo è fondamentale per andare incontro alle cure e guarire, tuttavia è molto importante specificare in che modo vada inteso questo messaggio. La fiducia in sé stesse e l'autostima possono andare “sotto le scarpe” quando le energie psico-fisiche sono ridotte e la donna viene colta da un terremoto emotivo che inaspettatamente spazza via un'agenda di appuntamenti, impegni quotidiani, cene con gli amici. Per un periodo, che può essere anche piuttosto lungo, sembra che il ritmo della vita normale sia sospeso e che non ci sia spazio per altro che per la malattia.



È importante che la donna riesca ad elaborare tutto ciò che ha subito e che accetti di inserirlo nella trama della sua storia personale, trovando la forza per migliorare ciò che è ancora irrisolto e migliorabile nella sua vita.

Quanto è importante riuscire a prendersi cura della propria bellezza e femminilità durante il periodo di cura?

Prendersi cura di sé aiuta a **non sentirsi “troppo malate”**. Valorizzare ciò che c'è e non ciò che manca: truccarsi, usare delle parrucche o cappellini/fasce colorate, abiti femminili.

Perché sentirsi donna è uno stato mentale che andrebbe conservato e che va oltre la malattia.

Per tutte le donne che invece fanno più fatica e che non ci riescono, bisogna ricordare che la cura della propria bellezza può prendere forme diverse, può significare semplicemente saper godere di qualcosa di bello che ci circonda che non si è mai notato e che per la prima volta assume un significato diverso.



Quanto è importante esternare le proprie emozioni?

Molte donne quando scoprono questa malattia cercano di negare a se stesse in primis e agli altri quanto scoperto, ma tutto questo può essere dannoso, perché bisognerebbe imparare a parlare e ad esternare i propri vissuti di disorientamento, dolore e rabbia.

Il sostegno da parte della famiglia, del partner e degli amici è fondamentale, ma anche il confronto con le altre donne che hanno affrontato la stessa malattia può rappresentare uno stimolo positivo e un aiuto a non sentirsi “sole”.

Imparare a **non soffocare le proprie emozioni**, non colpevolizzarsi e percorrere fino in fondo una strada complicata ma generativa di ricostruzione di sé e della propria immagine interiore. Occorre venire a patti con queste emozioni, senza farsi sopraffare dallo sconforto: l'umore deve sostenere il delicato percorso di guarigione.

Accettare di aver avuto un tumore può richiedere molto tempo, talvolta anche diversi anni.

Il lungo periodo di cura può essere paragonato a “una



ricostruzione”, da un lato la consapevolezza di avere molti ostacoli da superare, dall’altro il sollievo e la forza che ne derivano dall’aver superato una prova importante.



#08 — Tumore al seno e prevenzione: informarsi e conoscersi

chiuso in redazione nell'ottobre 2019

Responsabile editoriale

Valentina Magistrelli

Progetto grafico

Marco Bertoncini

Impaginazione

Marco Fogaccia

In collaborazione con



CentroMedico
Santagostino

Per informazioni:
press@cmsantagostino.it
www.cmsantagostino.it



Questo digital book è distribuito con licenza Creative Commons **BY-NC-ND**.

È possibile distribuire questo digital book solamente se:

- viene sempre citata la fonte originale;
- non viene distribuito a scopi commerciali e
- non viene modificato in alcun modo.