

La voce dell'A.D.O.D.

A.D.O.D.



DONNA
oggi e domani

Redazione a cura di:

Angela Bonzanini
Carla Papolo
Mariangela Prelle
Grazia Rossi
Helena Verlucca

Grafica di Sergio Mazzolini

Stampato presso Tipografia Bardessono - Ivrea

Ivrea - settembre 2007

CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ASSOCIAZIONE

Presidente **Mariangela Prella**

Vicepresidente **Goretta Rosselli**

Segretaria **Grazia Rossi**

Tesoriera **Maria Madia**

Consiglieri **Irene Avignone**
Carla Papolo
Terzina Rota



Volontarie ADOD

Come contattare l'Associazione:

L'Associazione ha sede presso
UNITA' DI SENOLOGIA
DI SCREENING MAMMOGRAFICO
Via Cotonificio 57 - Strambino
tel. 0125-414639
WEB: www.localport.it/volontariato

Sede legale:
Via del Paione, 1
CP 256
10015 Ivrea (TO)



ADOD, un piccolo miracolo

Care Lettrici,

Quest'anno l'ADOD compie dieci anni, tutti dedicati a sostenere ed affiancare le donne ed i loro familiari nella lotta contro il tumore al seno.

In questi anni non sono mancate le difficoltà, ma la spinta interiore di molte donne e la cocciutaggine di alcune ci hanno permesso di superare gli ostacoli e di essere sempre più presenti e di sostegno a quelle pazienti che vivono questa difficile esperienza.

Era piccolo il numero delle persone che iniziò l'attività di sportello (ascolto) presso la sede di via del Paione nel lontano 1997; a loro va il mio grazie più sincero perché proprio loro furono il primo nucleo fondante dell'associazione.

Dal piccolo punto d'ascolto di allora siamo cresciute e ora siamo presenti in due sedi vitali dell'ASL9, quali lo Screening di Strambino e il reparto di Chirurgia dell'Ospedale di Ivrea.

Ci siamo sentite sostenute, in questo cammino di dieci anni, dai medici e dal personale della ASL9 che con la loro preziosa, grande professionalità e umanità ci hanno consigliate, guidate e aiutate nella costante costruzione del nostro patrimonio associativo.

Abbiamo avuto anche vicino tante persone che, in silenzio, senza clamore e con la loro amicizia disinteressata hanno permesso di organizzare attività per sensibilizzare sempre più donne a fare prevenzione.

Abbiamo avuto tante donne che ci hanno chiesto di continuare in questo nostro impegno, perché la parola della volontaria, il suo sorriso, il suo partecipare al loro momento di difficoltà, non le fa sentire sole e le incoraggia. Questo, per noi, è il più valido dei riconoscimenti.

Un grazie particolare vada a tutte le volontarie che con grande sacrificio, impegno e capacità ci hanno regalato e regalano parte del loro tempo e credono nel valore *semplicissimo ma impegnativo* che è quello della solidarietà.

Concludo con un augurio sincero a tutte le donne:

La gioia e la forza della vita siano in voi sempre così forti da sconfiggere i momenti difficili e tristi che si presenteranno nel corso dell'esistenza.

La Presidente



La psicologa - psicoterapeuta, racconta



Sono la psicologa dell'ADOD dal 2001 e in questi anni di attività ho scoperto giorno dopo giorno come può essere emotivamente difficile ed impegnativo ma rilevante ed arricchente il lavoro con le donne che, a diverso titolo, incontro quotidianamente grazie all'ADOD.

La parola cancro è stata, ed è tuttora, una parola che suscita nella maggior parte delle persone, "addetti ai lavori" compresi, un'ondata di emozioni negative legate ad immagini di dolore e sofferenza. La diagnosi di cancro è un evento di estrema significatività nella vita di una persona e della sua famiglia, soprattutto quando ad essa si aggiungono terapie chirurgiche e mediche cariche di sofferenza psico-fisica.

La mia breve esperienza conferma che tutto ciò è reale ma che, accanto al dolore e alla insofferenza, per queste pazienti esiste una quotidianità vissuta con estrema dignità e coraggio, con una energia vitale potente e concreta che attiva parti così forti della propria personalità che spesso risultano essere una "sorpresa" per le stesse donne. L'intervento psicologico, differente in base alla persona e alla fase di malattia, ha lo scopo di aiutare le pazienti a recuperare un equilibrio che consenta loro di guardarsi dentro per trovare quei frammenti di sé ottimistici e fiduciosi, per cercare le risorse interiori più efficaci e positive al fine di affrontare gradualmente ogni momento dell'iter terapeutico fronteggiando l'ansia, contenendo la paura e guardando al domani. Il sostegno psicologico accompagna le pazienti nello sforzo di integrare la malattia nella propria esperienza di vita trovando un senso a ciò che è successo, non cercando più troppe difficili risposte al "perché a me?", affrontando con meno fatica l'incertezza del futuro rendendo possibile la ripresa della "progettualità esistenziale" e ristabilendo una comunicazione più aperta con i propri familiari e con lo staff curante.

Che cosa emerge dai colloqui con le pazienti? Spesso gli incontri sono terminati con un "arrivederci" da donna a donna, pieno della speranza reciproca di non incontrarsi più di fronte ad una scrivania, una sorta di scommessa empatica, tra la paziente e la psicologa, che non ha alla base l'obiettivo di "non pensarci più e tornare come prima" (desiderio spesso espresso dalle pazienti nel corso del primo colloquio) ma quello di riprendere la gestione e il controllo della propria vita guardando oltre.

Un'altra tematica fondamentale, che molto spesso emerge nel corso degli incontri con le pazienti, è la difficoltà comunicativa e relazionale vissuta all'interno della propria cerchia di affetti. La diagnosi di cancro destabilizza l'equilibrio del sistema familiare e spesso la donna non riesce a trovare uno spazio, all'interno delle proprie relazioni quotidiane, nel quale affrontare la propria sofferenza fisica o psicologica in quanto è più forte il timore di far preoccupare o soffrire i propri cari; le pazienti tendono quindi a riprendere le proprie abitudini al più presto "come se niente fosse successo", spesso negando le difficoltà, a volte la stessa patologia. Questa forma di tutela e di protezione da parte delle donne nei confronti dei loro affetti fa sì che spesso proprio loro non trovino protezione, appoggio, contenimento adeguato al loro dolore e che tutto ciò porti ad un forte e negativo accumulo di tensioni e di ulteriore sofferenza.

Nel "nostro" spazio è importante quindi che la donna si possa sentire riconosciuta ed accettata con i suoi bisogni di rassicurazione e con le sue ansie, riconoscendosi la possibilità di esprimere nella maniera più spontanea le proprie emozioni. E per concludere non posso non accennare alla rilevante esperienza legata alle attività con le volontarie: un gruppo di donne che condividono attimi di vita con altre donne esprimendo con la loro presenza e con le loro parole quella particolare e coinvolgente attenzione possibile solo da parte di chi ha passato, direttamente o indirettamente, la stessa esperienza dolorosa e difficile ma guardando verso il passato ha la "voglia" e la forza di raccontarsi con il sorriso.

"Non occorre andare a cercare lo straordinario quando l'ordinario, se osservato davvero, ha in sé tanto di sorprendente." (L'ultimo giro di giostra di T. Terzani)

Daniela Bardelli

Come si manifesta il tumore alla mammella

Per una lunga fase che può durare anche parecchi anni, il tumore c'è ma non dà segni della sua presenza. Il tumore al seno, di solito non provoca dolore e il primo segno attraverso il quale si manifesta è la comparsa di un nodulo palpabile, che si percepisce cioè toccando la cute che lo sovrasta.

Più raramente si possono osservare una secrezione dal capezzolo, una modificazione dell'aspetto del capezzolo o un'alterazione della cute, per esempio una increspatura che la fa assomigliare alla buccia d'arancia. Tutti questi segni non sono specifici per il carcinoma alla mammella, cioè possono comparire anche in presenza di patologie benigne, per cui la cosa migliore da fare è rivolgersi immediatamente a uno specialista che predisporrà gli accertamenti necessari per arrivare a una diagnosi sicura.

Questi prevedono:

- **un esame clinico**, cioè la palpazione del seno, per definire i caratteri del nodulo e le caratteristiche degli altri segni eventualmente presenti;
- **la mammografia**, ovvero l'esame radiografico alla mammella, che permette di localizzare e misurare con precisione le dimensioni del nodulo. In alcuni centri è oggi possibile effettuare anche la mammografia digitale, un esame nel quale la pellicola radiografica è sostituita da un detector che assorbe i raggi x e li converte in segnali elettronici che vengono poi inviati a un computer per l'elaborazione. In questo modo si ottiene un'immagine ad altissima risoluzione che dovrebbe permettere di ridurre al minimo gli errori di lettura del referto;
- **ecografia**, che fornisce informazioni integrative rispetto alla mammografia, consentendo per esempio di distinguere un nodulo solido da una cisti, cioè una formazione benigna ripiena di liquido;
- **agoaspirato**, si esegue a completamento delle indagini sopracitate allo scopo di stabilire con certezza la natura benigna o maligna della sospetta lesione mammaria. Si effettua tramite una puntura della cute giungendo alla neoformazione aspirando materiale citologico (cellule);
- **la biopsia**, ovvero l'asportazione di una piccola quantità di tessuto "sospetto" che viene poi osservata al microscopio, al fine di stabilire con certezza la natura benigna o maligna del tumore. La biopsia si può eseguire pungendo con un ago la cute sovrastante il nodulo e aspirando un certo quantitativo di cellule (agoaspirato o agoaspirato) o praticando una piccola incisione (biopsia escissionale).

AUTOESAME DEL SENO

Realizzato da:
Istituto Nazionale per lo Studio dei Tumori
Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori
Farmitalia Carlo Erba



■ Porsi in piedi davanti allo specchio con le braccia tese in basso e poi in alto e osservare se esiste una sporgenza, un infossamento della pelle o di un capezzolo, oppure la screpolatura o l'ulcerazione di quest'ultimo; cioè qualsiasi differenza non preesistente tra una mammella e l'altra.



■ Eseguire, nella stessa posizione, con la mano destra una delicata spremitura del capezzolo sinistro e poi con la mano sinistra ripetere la stessa manovra sull'altro capezzolo. Ciò permette di verificare l'eventuale fuoriuscita di liquido giallorossastro.



■ Porsi poi in posizione distesa, tenere la mano sinistra dietro la testa ed esaminare la mammella sinistra con la mano destra. Usare la parte piatta delle dita distese ed accostate fra esse. Mantenendole premute su una zona della mammella, eseguire un movimento circolare in modo da fare scorrere la pelle ed il tessuto mammario sulle ossa sottostanti.



■ Spostare poi la mano in una zona vicina e mantenendo premuta la parte piatta delle dita ripetere il movimento circolare. Eseguire la stessa manovra in tutte le altre zone esaminando tutta la mammella sinistra fino alla ascella, compresa l'area dietro al capezzolo.



■ Esaminare quindi la mammella destra ponendo la mano destra dietro la testa ed usando la parte piatta delle dita della mano sinistra. È un grosso errore e può essere fonte di inutili allarmismi controllarsi usando la punta delle dita oppure afferrare la mammella tra il pollice e le altre dita.

INFORMAZIONI UTILI

per chiarire dubbi
sul tumore mammario

L'autoesame del seno:

■ permette di sentire se il tessuto mammario è tutto morbido ed uguale (o fatto di tanti granuli), oppure invece se esiste un indurimento circoscritto, simile ad un pisello o ad un fagiolo o ad una placchetta, che sporge sotto le dita ed è diverso da tutto il resto

■ dovrebbe essere praticato da tutte le donne, a partire dall'età delle prime mestruazioni

■ va effettuato tutti i mesi, una volta al mese, nella settimana successiva alla fine del flusso mestruale (quando il seno è meno gonfio, fa meno male ed è quindi più facile da esaminare). Per le donne in menopausa o in gravidanza può essere scelto un giorno qualsiasi, per esempio il primo giorno di ogni mese

■ permette di conoscere la conformazione del proprio seno, di seguirne le modificazioni in rapporto all'età, alle fasi del ciclo mestruale, alla gravidanza, all'allattamento, all'invecchiamento

■ è più importante di una saltuaria visita medica o dei soli esami strumentali. Non dovrebbe essere una ricerca ossessiva del tumore ma solo una sana abitudine (come il Pap-test o il controllo della pressione arteriosa), un modo per meglio conoscere e controllare una parte importante del proprio corpo

■ si esegue in modo più semplice e pratico, durante la doccia o il bagno, facendo scorrere la mano piatta ed insaponata sulla pelle del seno

Informazioni generali

■ I tumori maligni del seno si manifestano soprattutto nelle donne di età medio-avanzata.

■ Se di piccole dimensioni presentano un'altissima percentuale di guarigione e consentono anche degli interventi chirurgici limitati ed accettabili esteticamente.

■ Per questa ragione è indispensabile scoprirli precocemente con l'autoesame mensile.

■ Quando una donna scopre un nodulo o altre anomalie del seno è necessario che si faccia visitare da uno specialista. Di solito è sufficiente la visita per dire che si tratta di forme completamente benigne: fibroadenoma, infiammazione o altro.

■ In un certo numero di casi sono invece necessari particolari esami o anche la asportazione del nodulo.

■ Un nodulo del seno prima dei 30 anni è quasi sempre di natura benigna ma con l'aumentare dell'età aumentano le probabilità che si tratti di un tumore maligno.

■ Il dolore mammario è un sintomo molto frequente, è causa spesso di preoccupazioni, ma non è un sintomo tipico dei tumori maligni. Questi ultimi infatti si manifestano di solito con un nodulo che non provoca dolore.

■ La mastopatia fibrocistica, caratterizzata dalla presenza di piccoli noduli, non deve preoccupare. Invece in presenza di un nodulo unico o di un nodulo più grosso, più superficiale e più sporgente degli altri è bene non fermarsi a questa diagnosi, ma procedere ad ulteriori accertamenti diagnostici.

■ Gli esami, se eseguiti in modo indiscriminato, possono creare: inutili allarmismi, se risultano positivi in assenza di alterazioni importanti; pericolose tranquillizzazioni, se risultano negativi in presenza di un nodulo palpabile. Vanno invece eseguiti su consiglio e dopo visita del medico, soprattutto in presenza di un nodulo che necessita di ulteriori accertamenti, e valutati da un esperto.

■ La mammografia è un esame molto utile in presenza di un nodulo. Non è pericolosa. Può essere eseguita ogni 1-2 anni a partire dall'età di 45-50 anni in donne che praticino comunque l'autoesame periodico.

La reazione alla malattia

Il disturbo prevalente che si riscontra nelle donne affette da tumore alla mammella, come del resto nella popolazione generale dei pazienti affetti da tumore, è quello che in termini tecnici si chiama "disturbo dell'adattamento", presente in circa la metà dei pazienti. Questo disturbo si manifesta con i sintomi propri dell'ansia e della depressione, ma viene distinto dall'ansia e dalla depressione vere e proprie perché è la diretta reazione all'impatto con la malattia.

È la conseguenza di una situazione di stress elevatissimo che per di più, nella maggior parte dei casi, si protrae nel tempo. Infatti, spesso la donna affetta da tumore alla mammella è costretta ad affrontare un periodo di circa un anno completamente dedicato all'iter diagnostico prima e alle terapie poi, considerando l'intervento chirurgico e le successive terapie farmacologiche



(chemioterapia, ormonoterapia) e/o radianti.

Durante questo periodo si trova a fare i conti con un evento del tutto inatteso, che improvvisamente trasforma la sua vita. La reazione è appunto uno stato di stress, che può essere più o meno difficile da gestire, anche in base alle condizioni di partenza. A volte infatti la diagnosi di tumore fa da cassa di risonanza per una serie di problemi mai risolti ma che in qualche modo venivano tenuti sotto controllo: la realtà del tumore manda in frantumi lo pseudo equilibrio precedente.

Un aiuto mentre si attende la diagnosi definitiva

L'ansia dell'attesa e la reazione scatenata dalla comunicazione della diagnosi sono legate anche all'idea che ogni paziente ha nella propria testa di cosa sia il tumore, agli schemi mentali costruiti in base alla storia personale. A volte la percezione che una persona ha della gravità di una malattia può essere anche molto lontana dalla realtà. Per esempio, se una persona cara ha avuto un tumore che ha portato alla morte in tempi brevi, si è portati a pensare che questo sia il decorso abituale di tutti i tumori, mentre se si conoscono persone che godono di buona salute a distanza di molti anni da un intervento per l'asportazione di un tumore si sarà portati a pensare che al tumore si può sopravvivere.

Metodi di trattamento - Chirurgia

È il trattamento più comune per il tumore alla mammella, da solo o in associazione ad altre terapie. A seconda dello stadio di avanzamento della malattia si possono scegliere interventi diversi:

- la tumorectomia, che consiste nell'asportare solo il nodulo e una piccola parte di tessuto circostante,
- la quadrantectomia, cioè l'asportazione di una parte alla mammella (questi interventi vengono definiti conservativi, in quanto non distruggono completamente la mammella),
- la mastectomia semplice, con la quale si rimuove tutta la mammella senza toccare i linfonodi ascellari,
- la mastectomia radicale modificata che prevede l'asportazione anche di alcuni linfonodi. Quest'ultimo intervento ha praticamente sostituito la mastectomia radicale, una volta molto comune ma oggi non più eseguita in quanto molto distruttiva (comprendeva l'asportazione della mammella, dei linfonodi e dei muscoli pettorali sui quali appoggia la ghiandola mammaria) e non più efficace della mastectomia radicale modificata.



Per quanto riguarda l'asportazione dei linfonodi, recentemente è stata introdotta la tecnica dell'individuazione del linfonodo sentinella. In pratica, mentre in passato si cercava di asportare il maggior numero possibile di linfonodi ascellari nel tentativo di fermare la diffusione delle cellule tumorali, oggi è possibile iniettare una sostanza colorata nel tessuto tumorale e seguirne il percorso fino ai linfonodi: il primo linfonodo che si colora



viene definito linfonodo sentinella, appena identificato lo si asporta e si esamina al microscopio. Se risulta infiltrato da cellule tumorali si procede all'asportazione anche degli altri linfonodi, se invece risulta indenne, gli altri linfonodi vengono risparmiati perché si può ragionevolmente ritenere che siano anch'essi sani.

Si tratta di una tecnica non ancora praticata ovunque, che richiede una specifica preparazione da parte del chirurgo, ma che in mani esperte sembra essere molto affidabile. La terapia chirurgica è l'unica che consente, nei casi in cui il tumore sia ancora circoscritto, di eradicare completamente la malattia.

È comunque indicata in tutti i casi, tranne

che, di solito, in presenza di metastasi o in pazienti in condizioni generali tali da non sopportare lo stress dell'intervento (età avanzata, gravi malattie associate). Nella maggior parte dei casi l'intervento chirurgico viene seguito, e a volte anche preceduto, da cicli di radioterapia o da un trattamento sistemico.

Come starò dopo l'intervento chirurgico ?

Il chirurgo tende a concentrarsi sull'intervento e a lasciare in secondo piano tutto ciò che viene dopo, mentre per la paziente il periodo postoperatorio comporta una serie di difficoltà da affrontare. Anche in questo caso è preferibile conoscere a priori le caratteristiche del decorso postoperatorio per il tipo di intervento previsto chiedendo informazioni per esempio sulle caratteristiche della ferita, sulla eventuale presenza di un drenaggio e la durata della sua permanenza, sul dolore postoperatorio, che potrà essere tenuto sotto controllo con farmaci antidolorifici. I movimenti del braccio e della spalla saranno in un primo tempo difficoltosi e dolorosi anche a causa di un irrigidimento dei

muscoli pettorali, ma se necessario si può prevedere l'assistenza di un fisioterapista che aiuti con appositi esercizi a recuperare la funzionalità perduta. Inoltre durante l'intervento possono essere temporaneamente danneggiati alcuni fasci nervosi per cui in seguito può capitare di avvertire formicolii o intorpidimento al torace, alla spalla o al braccio, che possono durare anche per qualche mese. Infine è legittimo informarsi circa la durata della degenza.

Comunque è bene tenere presente che un intervento chirurgico, di qualunque tipo e per qualunque indicazione lo si effettui, è sempre un evento stressante per l'organismo, che quindi ha bisogno di un po' di tempo per ristabilirsi. Per questo è normale nel periodo postoperatorio avvertire debolezza, dolori, avere in alcuni casi problemi di insonnia o di inappetenza.



Inizierò tra poco la chemioterapia. Una mia amica è passata attraverso la stessa esperienza e mi ha detto che si tratta di un trattamento devastante, così ora sono terrorizzata



I trattamenti antitumorali comportano effettivamente l'insorgenza di alcuni effetti tossici più o meno difficili da accettare e da sopportare, ma è dimostrato che molte pazienti iniziano il trattamento avendo già una idea formatasi a priori di quelli che saranno gli effetti collaterali della terapia. Questa idea preconcepita non si basa su informazioni scientificamente valide, ricavate da dati statistici, ma sul sentito dire, sull'esperienza di un'amica o una conoscente. Tutto questo fa sì che ci si sottoponga alla chemioterapia con un carico di timori che può peggiorare significativamente il modo in cui vengono vissuti gli effetti collaterali della terapia. Tra l'altro esistono numerosissimi farmaci chemioterapici e non tutti hanno la stessa tossicità, per cui non è detto che un effetto collaterale presente in un caso lo sia anche in altri. È importante quindi avvicinarsi alla chemioterapia facendo riferimento soltanto a informazioni reperite da fonti affidabili.

L'atteggiamento nei confronti della terapia

La stessa cosa accade nei confronti dei trattamenti ai quali è necessario sottoporsi. Se infatti è innegabile che le terapie farmacologiche presentino una tossicità anche pesante in alcuni casi, affidarsi solo al passaparola, all'esperienza di altre persone, può accrescere a dismisura l'ansia che precede l'inizio del trattamento. Il supporto psicologico è centrato, in questo caso, nell'individuare l'atteggiamento che si ha a priori nei confronti del trattamento. Se una persona è convinta che i farmaci chemioterapici siano veleni, sarà destinata ad avvertire reazioni negative che in parte sono anche di natura psicogena e a sottovalutarne gli effetti terapeutici. A questo proposito è anche importante che il medico fornisca alla paziente le necessarie informazioni sui meccanismi di azione e gli effetti collaterali dei trattamenti.

Il Dopo

Di solito il livello di stress si riduce quando si conclude quel periodo compreso tra la diagnosi e la conclusione delle terapie, che può durare mediamente un anno. Il ritorno alla normalità dipende comunque dal modo in cui la malattia è stata vissuta, oltre che dalla donna, da gli altri componenti della famiglia, o nell'ambiente lavorativo. Inoltre nel momento in cui terminano le terapie avviene il distacco dalla struttura sanitaria con la quale si è vissuto in una sorta di simbiosi per parecchi mesi. Questo distacco può essere un momento delicato, in quanto con la struttura sanitaria si instaura di solito un rapporto ambivalente: da una parte è un'entità utile, alla quale ci si appoggia, dall'altra è un oggetto persecutore. Alla fine delle terapie bisogna fare i conti con il fatto che si è di nuovo soli. In questa fase oltre alle strutture di sostegno psicologico, possono essere utili i gruppi di auto mutuo aiuto, nei quali ci si confronta con altre persone che vivono condizioni simili. Un'altra opportunità è fornita dalle associazioni di donne con tumore alla mammella, che oltre ad aiutare le persone che vi afferiscono, svolgono un utile ruolo di stimolo e controllo sulle attività delle strutture sanitarie.



AGENZIA D'AFFARI
in mediazione

"Il Cervino" s.n.c.
di ALLAZZETTA S. & C.

Via Bich 1

11021 BREUIL CERVINIA (AO)

Tel./Fax. 0166 - 949510

www.ilcervino.com - E-Mail info@ilcervino.com



L'interazione tra farmaci e rimedi 'naturali' può essere dannosa ai fini della cura. Tra quelli più comunemente utilizzati ci sono i seguenti

ALOE VERA



Gli antrachinoni dell'aloè possono irritare la mucosa del tubo digerente e provocare diarrea e crampi. Questo può sommarsi agli effetti negativi dei farmaci chemioterapici. Inoltre, una diarrea prolungata rischia di accelerare l'eliminazione del farmaco e diminuirne l'efficacia. Ciò non vale per il gel di aloè depurato dagli antrachinoni, che svolge invece un'azione protettiva sulle mucose e può essere utile per prevenire le mucositi da chemioterapia.

AGLIO



Si è ipotizzato che possa avere un'azione preventiva nei tumori di colon e stomaco, ma mancano prove sicure che confermino l'ipotesi. Può interagire con i farmaci anticoagulanti, come la warfarina, potenziandone l'effetto. Quindi si dovrebbe interrompere l'assunzione almeno sette giorni prima di un intervento chirurgico. Infine può interagire con il metabolismo di farmaci antirigetto come le ciclosporine e con alcuni antivirali.

ECHINACEA



Pare stimoli il sistema immunitario. In teoria potrebbe interagire con i farmaci immunosoppressori come la ciclosporina, diminuendo l'efficacia. In vitro si è visto che può interagire con il meccanismo di metabolizzazione di alcuni farmaci come il ciclofosfamide e i derivati del taxolo. Oltre ai calcio-antagonisti. Controindicata per i pazienti con malattie autoimmuni, per esempio sclerosi multipla e artrite reumatoide, e per i malati di AIDS.

IPERICO



Usato come blando antidepressivo, può modificare la farmacocinetica anche dei chemioterapici. E tra quelli più studiati per le sue interazioni con i farmaci, come i contraccettivi orali, alcuni antidepressivi, antiepilettici e la digitale. Recentemente, si è visto, per esempio, che interferisce anche con il metabolismo del Glivec (nuovo farmaco utilizzato per alcune leucemie, e per un raro tumore gastrointestinale, il Gist) diminuendone la concentrazione nel

sangue (fino al 30 per cento in meno) e dunque l'efficacia. Lo stesso vale per l'irinotecano, utilizzato nella terapia dei tumori del colon-retto, e per il metotrexate, somministrato ai pazienti con leucemia o con tumore del seno.

POMPELMO



È dimostrato che interagisce con numerosi farmaci, compresi i chemioterapici, i calcio-antagonisti, la ciclosporina, le statine e gli antidepressivi, riducendone la concentrazione nel sangue. Alcuni studi suggeriscono che il succo di pompelmo eserciti il suo effetto soprattutto a livello dell'intestino, legandosi a un'isoenzima che riduce il metabolismo. L'interferenza non viene evitata lasciando una pausa tra l'assunzione del farmaco e il consumo di succo o spremuta.

FITOESTROGENI

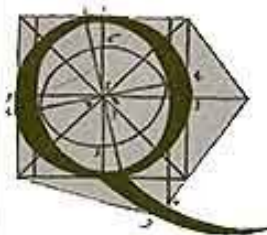


Sofa, cimicifuga, trifoglio rosso vengono prescritti per controllare i sintomi della menopausa per la loro attività estrogenica. In età fertile si ipotizza riducano il rischio di degenerazione neoplastica della mammella. Controindicati nelle donne che abbiano o abbiano avuto un cancro sensibile agli estrogeni. Possono interagire con il tamoxifene, usato nella terapia dei tumori al seno orme-dipendenti, riducendone l'efficacia.

CURCUMA



Recenti ricerche mettono in guardia perché sembra che possa inibire l'azione di un antitumorale, il ciclofosfamide usato per il tumore del seno. Alcuni studi hanno dimostrato che avrebbe un'azione antinfiammatoria ed epatoprotettiva, forse utile a proteggere le cellule del fegato anche dai danni della chemioterapia. Sconsigliata ai pazienti con disturbi gastrointestinali.



Edizioni Quasar di Severino Tognon Srl

Via Ajaccio 41-43 - I-00198 Roma

e-mail: qn@edizioniquasar.it

<http://www.edizioniquasar.it>

*Pubblicazioni pregiate d'arte, archeologia
e usi e costumi dell'antica Roma*

GINKGO



Ha fama di essere un antiossidante, utile per la memoria a breve termine. Aumenta il flusso di sangue al cervello. Può interagire con numerosi farmaci potenziandone l'effetto, tra cui anticoagulanti e antiplastrinici, o altri medicinali che fluidificano il sangue. Aumenta inoltre il rischio di emorragie, e per questo motivo va sospeso 36 ore prima di un intervento.

LIQUIRIZIA



Può essere usata per proteggere le mucose dai danni dei chemioterapici e della radioterapia, ha azione antinfiammatoria o antispastica, interagisce con corticosteroidi e alcuni diuretici provocando un abbassamento del potassio nel sangue. Controindicata negli ipertesi.

TE' VERDE



Ha dimostrato di possedere proprietà di protezione nei tumori di prostata, seno, vescica, stomaco. I polifenoli che contiene sembrano tutelare le cellule da eventuali danni. Secondo studi condotti in vitro e in vivo, inibirebbe l'angiogenesi, il processo che permette al tumore di accrescersi. Avendo un effetto antiplastrinico, in teoria una sua assunzione eccessiva potrebbe interagire con i farmaci anticoagulanti.

Lecture Consigliate

Le donne vogliono sapere
Umberto Veronesi
Ed. Sperling&Kupfer - 2005

**Conoscere per guarire;
il tumore al seno**
Umberto Veronesi
Ed. Rizzoli - 2005

Una carezza per guarire
Umberto Veronesi
Ed. Paperback - 2005

Il cancro mi ha resa frivola
Miriam Engelberg
Ed. Tea - 2007

Dall'altra parte
*Bartoccioni, Sartori,
Bonadonna*
Ed. Rizzoli - 2006

Ho il cancro e non ho l'abito adatto
Cristina Piga
Ed. Mursia - 2007

Il seno ha vinto

Tassi di sopravvivenza fino al 100 per cento. Interventi sempre meno invasivi. Cronaca di un successo nel racconto del grande chirurgo - di *Umberto Veronesi*

Da 40 anni rubiamo tempo al cancro, ogni giorno; è lo slogan dell'Aire, l'Associazione italiana per la ricerca sul cancro, che celebra quest'anno i suoi quarant'anni e che nella sesta edizione della Giornata nazionale per la ricerca sul cancro, il prossimo 25 novembre, si presenterà nelle città italiane. E la scienza che si presenta ai suoi azionisti di riferimento, cioè i cittadini, e la gente affolla questo tipo d'incontri. Alla ricerca affluiscono mezzi finanziari e donazioni (anche se in misura ancora insufficiente) ed è giusto che in occasioni pubbliche si faccia un bilancio degli obiettivi raggiunti. E anche importante che si superi l'immagine del ricercatore rinchiuso in una specie di torre, senza contatti col mondo dei comuni mortali. Troppo a lungo i ricercatori, affascinati dalle nuove tecnologie che gli venivano offerte, vi si sono consacrati interamente, dimenticando che la loro identità di ricercatori medici era legata, tutta intera, ai contatti che essi avrebbero saputo conservare con i malati. E dimenticando un punto centrale: la ricerca medica deve aprirsi ai bilanci periodici, valutare, insieme con la gente che ha bisogno di cure, quali problemi sono stati risolti, quali stanno per esserlo, quali speranze ci sono, quali certezze si sono raggiunte. E facendo il confronto con situazioni che prima erano indicibilmente drammatiche. Nello slogan dell'Aire che da 40 anni "ruba tempo" al cancro io ritrovo anche la mia battaglia professionale. Prima le mie ricerche sul melanoma, poi quelle sul seno. Se ripercorro all'indietro questa mia storia professionale, vedo che in questi anni i progressi sono stati importantissimi, emozionanti. E hanno progredito nella direzione di salvare la vita rispettando nello stesso tempo l'integrità del malato. E' vero per il melanoma, per il tumore del colon retto, per il tumore del testicolo, per il tumore del seno, e per altri ancora. La ricerca ha imboccato strade nuove, arrivando a risultati eccellenti: si guarisce di più, e si guarisce mantenendo la qualità della vita e l'identità della propria immagine psico-fisica.

E quindi con particolare emozione che penso alla battaglia che con altri pochi colleghi (eravamo davvero pochi, agli inizi) è stata fatta in difesa del seno. Nei primi anni Cinquanta, quando cominciai a frequentare l'Istituto nazionale dei tumori, una delle cose che più mi colpirono fu il numero di donne ricoverate per tumore al seno, malattia non molto frequente sino a qualche anno prima. In casa, da ragazzo, non avevo mai sentito i miei familiari o i miei parenti parlarne, e quindi ne ero anche più colpito. Si praticava allora la mastectomia radicale, intervenendo in modo molto cruento sulle mammelle delle pazienti. Il taglio, che partiva quasi dall'ombelico, arrivava alla spalla. Veniva asportato tutto: seno, muscoli pettorali, linfonodi ascellari. Uno scempio. Giovane, scorgevo con pena in quelle operazioni un brutale atto di violenza su un organo che per me non rappresentava solo il simbolo più autentico della femminilità, ma racchiudeva ancora tutta la dolcezza dell'affetto materno.



10015 VIREA (PI) -
Via Tavino, 100
Telefono: 0123
424004

Sede di Via n° 4802 Fagnano Sesto - C.C.I.A.A. n° 717436
Codice Fiscale e Partita IVA n° 05563010015



S. AL. F. s.r.l.
Serramenti Alluminio Fey

www.serramenti.fey.it

S. AL. F. s.r.l. - Stradale Cislano, 3 - 10010 ALBIANO D'IVREA (TO)
Tel. 0125 59090 - Fax 0125 59088 - Cod. Fisc. e P.N.A. 0164570014

Il carcinoma mammario mi apparve come una malattia per così dire generazionale. Sconvolto da quel che vedevo nella sala operatoria, decisi di orientare i miei sforzi in quella direzione. Ben presto scoprii che si trattava di un universo poco esplorato e mentre portavo avanti le mie ricerche, iniziai con le pazienti quel dialogo che non si è mai più interrotto da allora e che mi ha portato a spingere la ricerca anche per strade che ai più sembravano folli.

Chi parlava di chirurgia conservativa, cinquant'anni fa? La chirurgia, tutta la chirurgia, era soprattutto demolitiva, nella convinzione (poi rivelatasi tante volte errata) che più l'intervento era demolitivo e radicale, più aumentavano le speranze di sconfiggere il tumore. Era proprio così? Mi applicai allo studio istologico sia della ghiandola mammaria normale, sia delle sue alterazioni, benigne o maligne che fossero. Poi cominciai a studiare i mezzi di cura disponibili. Speravo di contribuire a rendere più curabile la ma-

lattia ed evitare mutilazioni dagli effetti psicologici devastanti. Riuscirmi non fu né breve né facile. Ero influenzato a quel tempo dalla chirurgia anglosassone, all'avanguardia. Così mi interessai a una tecnica suggerita nel 1930 da un inglese, William Sampson Haldiey, applicata nel dopoguerra da suo figlio Richard, praticata dall'americano Jerry Urban negli Stati Uniti e da Jean Lacour all'Istituto del cancro di Parigi. Era una tecnica che oltre al seno colpito da tumore e ai linfonodi dell'ascella, comportava l'asportazione dei linfonodi

di situati dietro lo sterno, anch'essi capaci di accogliere cellule tumorali. L'intervento, battezzato "mastectomia allargata", comportava anche l'asportazione di parte di alcune coste e dello sterno. A quel tempo questo intervento sembrava il più avanzato, quello con la più alta garanzia di riuscita nella sconfitta del tumore.

Un giorno mi arrivò una giovane donna, piuttosto graziosa, decisamente contraria a sottoporsi alla mastectomia: temeva di perdere il fidanzato con cui doveva sposarsi di lì a poco e mi supplicò, tra le lacrime, di aiutarla. Riflettei su quello che si poteva fare. Alla fine pensai di asportare, sia pure ampiamente, solo la parte di mammella in cui si annidava il nodulo tumorale, eliminando i linfonodi ascellari, e poi di far irradiare con il cobalto la ghiandola mammaria. Era un programma non facile. Bisognava calcolare con precisione il tessuto da togliere perché la malattia non si ripresentasse, ed essere aiutati da uno staff di radioterapisti molto esperti. Diedi a questa tecnica il nome di Quart: "Qu" stava per quadrantectomia, l'asportazione del quadrante di mammella che conteneva il nodulo; "A" voleva dire ascella, perché l'intervento comprendeva l'eliminazione dei linfonodi che si trovano nel cavo ascellare; "Rt" significava, infine, radioterapia. Dopo quella paziente, ripetei ogni tanto questo intervento conservativo su altre donne, molto giovani e spaventate dalla prospettiva della mastectomia, o così anziane da non poterne sopportare le conseguenze. Se mi avventurai in queste resezioni parziali, non è perché fossi convinto fino in fondo della loro efficacia, ma perché non me la sentivo di buttar fuori dall'Istituto, com'era la regola, le donne che non accettavano la mastectomia. Allora si pensava che una cellula tumorale del seno si diffondesse immediatamente al resto della mammella attraverso le vie linfatiche, ed eravamo così fuorviati dalla convinzione che la mastectomia non avesse alternative, da considerare valide tutte le prove che la legittimavano, anche quando erano inconsistenti.



Facendo autocritica, com'è dovere di ogni ricercatore, dobbiamo dire oggi che non avevamo fatto abbastanza verifiche; bisognava mettere a confronto le due metodiche chirurgiche in uso, la mastectomia semplice e quella allargata. Come si vede, procedevamo per gradi, non azzardammo un confronto con il metodo Quart. Si trattava invece di confrontare una metodica più radicale con una che lo era di meno. Uno studio clinico controllato, della durata di dieci anni. Ne parlatimo a un congresso internazionale, e tutti sembrarono d'accordo. Ma a proseguire su questa strada fummo noi dell'Istituto dei Tumori di Milano, i colleghi del Regina Elena di Roma, i francesi, i polacchi, i peruviani. Ci riammettemmo al lavoro nel 1963, e ogni anno fornimmo la documentazione al centro di coordinamento, l'Istituto del cancro di Parigi. Nel 1968, la sorpresa emozionante:

« i primissimi risultati rivelarono che la mastectomia allargata non era più efficace di quella tradizionale. Eravamo autorizzati a pensare che se una mutilazione più estesa non migliorava la prognosi delle pazienti, evidentemente la mortalità non dipendeva tanto dal diffondersi del tumore nei linfonodi, ma dalla presenza di metastasi pregresse in altre parti del corpo. A vent'anni di distanza, quindi, la mastectomia allargata si rivelava sbagliata.

Era un risultato sconvolgente, e la prima cosa che pensai fu: se aumentando l'entità dell'intervento la prognosi delle pazienti non migliora, probabilmente riducendo l'estensione della mutilazione la prognosi non peggiorerà. Così il risultato del primo studio mi spingeva verso l'idea di provare l'efficacia della quadrantectomia. L'occasione si presentò quando fui chiamato a far parte di un Comitato internazionale istituito dall'Oms insieme a chirurghi, radioterapisti e chemioterapisti, con il compito di fornire pareri e raccomandazioni sui metodi più appropriati per la diagnosi e la cura del tumore del seno. Il Comitato tenne la prima seduta a Ginevra, nel dicembre 1968. Arrivai con un documento scritto insieme ad Alberto Banfi, bravissimo e acuto radioterapista del nostro Istituto, e a Rodolfo Saracci, statistico esperto di studi clinici controllati. Mi trovavo fra vecchi amici, tutti però esponenti della scuola tradizionale. Chiesi di mettere all'ordine del giorno il tema della chirurgia conservativa. Cominciai a leggere il documento che avevo preparato. All'inizio tutto il tavolo, poi anche tu cominciarono a dimenarsi sulle sedie. Nessuno di loro si aspettava che Umberto Veronesi, conosciuto soprattutto per i suoi interventi di mastectomia allargata, si pronunciasse a favore del trattamento conservativo. Dopo la riunione, nei caffè, qualcuno disse che ero diventato matto all'improvviso. L'unico ad obiettare che il progetto poteva avere delle possibilità fu l'americano Ed Lewison, chirurgo della Johns Hopkins University di Baltimora. Insieme riuscimmo a convincere gli incerti, e alla fine suggerimmo all'Oms di valutare, con uno studio clinico controllato, l'efficacia della terapia conservativa nei tumori mammari inferiori ai due centimetri di diametro. Seguirono anni difficilissimi, perché nessun centro importante voleva partecipare a questo studio. Alla fine decisi che l'esperimento lo faremmo fatto noi di Milano, sulle sale operatorie dell'Istituto dei Tumori. Anche qui ci furono resistenze, polemiche ingarbuglianti, ma alla fine, nel 1973, e non dimenticherò mai l'impressione che provai quando nel 1978 avemmo i primi risultati: la Quart praticata nei primi cento casi forniva una percentuale di sopravvivenza e di mortalità identica a quella fornita dalla mastectomia. Ne feci un rapporto che il "New England Journal of Medicine", la rivista più autorevole al mondo, accettò e pubblicò. La notizia fece sensazione. Il "New York Times" e il "Washington Post" la pubblicarono in prima pagina, e la BBC mandò una troupe all'Istituto dei Tumori.

La risonanza fu enorme, tanto che le donne americane formarono un movimento per diffondere la notizia e cominciarono a esigere dai loro medici la chirurgia conservativa. Fu un grande risultato, e a vent'anni da quel primo studio ci fu in tutto il mondo un'amplessissima conferma in termini di guaribilità e di sopravvivenza. Oggi è possibile guarire rispettando integralmente l'organo della mammella, sia con una chirurgia più ridotta sia anticipando la terapia grazie alla diagnosi precoce. E ci sostengono metodiche nuove come la tecnica del linfonodo sentinella e della radioterapia intraoperatoria. La ricerca va avanti, per rubare tempo al cancro.

Prima che sia tardi

Quanto rischia una donna che ha una malattia benigna del seno? A che esami si deve sottoporre per escludere ogni rischio? La questione è enorme, perché in nome della diagnosi precoce fino a non molto tempo fa venivano effettuati a tappeto esami invasivi quali biopsie e radiografie non necessari, con un carico di ansia, stress e conseguenze anche mediche non trascurabili per tutte coloro che intraprendevano il percorso. La situazione potrebbe presto cambiare, perché è sempre più chiaro che una prima, accurata caratterizzazione del tipo di cellule presenti nella lesione benigna ha un alto valore predittivo e può evitare il ricorso a esami invasivi successivi. Lo ha dimostrato, tra l'altro, uno studio effettuato su più di 9 mila donne che erano state sottoposte a una biopsia tra il 1967 e il 1991, e che sono state poi seguite per una quindicina di anni. Secondo quanto riportato su "Jama", il tipo di lesione più pericoloso è quello che tende a proliferare in modo atipico, seguito da quello con cellule che proliferano ma non hanno caratteristiche di atipicità e, da ultimo, da quelle che non tendono a proliferare più di quanto non abbiano già fatto. Lo studio suggerisce ai medici il comportamento da seguire nei diversi casi per evitare alla donna di sottoporsi a esami inutili: per esempio, se c'è perdita di latte (fatto comune nelle neoplasie dei dotti), non è detto che si sia in presenza di un cancro. Solo se la palpazione e la risonanza o la mammografia rivelano la presenza di una massa si deve procedere nel modo classico per la ricerca del tumore, altrimenti si deve andare avanti con altri accertamenti. In particolare, si devono dosare gli ormoni tiroidei (per verificare se all'origine c'è una malattia della tiroide) e la prolattina (per accertare la causa dell'eventuale aumento), si deve controllare se c'è anche perdita di sangue, perché in caso positivo si devono studiare i dotti (cioè le strutture che convogliano il latte e che possono essere infiammati per vari motivi). Solo alla fine del percorso, in caso di riscontro di una massa, è giustificabile una biopsia; in molte altre situazioni è più corretto attendere e controllare nel tempo cosa succede.



Strategia al computer (Computer-aided mammography)

Se il risultato di una mammografia è elaborato da un computer, quest'ultima risulta molto più potente nello scoprire tumori in fase precoce, di dimensioni più piccole e in donne mediamente più giovani. Per questo la computer-aided detection (Cad) potrebbe presto sostituire la mammografia tradizionale.

In uno studio appena pubblicato sull'*American Journal of Radiology*, per esempio, il numero di tumori scoperti nell'ambito di uno screening di massa è aumentato in media, rispetto all'era pre-Cad, del 16 per cento, l'età è scesa di cinque anni (attestandosi attorno ai 59 anni), e il numero di lesioni di dimensioni inferiori al centimetro è cresciuto del 164 per cento. Inoltre la Cad si è dimostrata particolarmente efficace per i tumori più pericolosi, perché ha scoperto il 116 per cento in più di neoplasie duttali invasive e il 72 per cento in più di tumori già in fase.

Risonanza magnetica nucleare

La tecnica, oltre a essere più sicura rispetto alla mammografia (non usa radiazioni), si sta rivelando di grande aiuto nelle situazioni più complesse come quelle di donne giovani con seno particolarmente denso o per risolvere dubbi generati dal responso dell'ecografia o della stessa mammografia. In generale c'è la tendenza a considerare i tre principali esami di imaging (ecografia, mammografia e risonanza) come tecniche in parte complementari e in parte specifiche a seconda del tipo di donna e di malattia.

Tomografia ottica

Nuova tecnica di imaging basata sulle caratteristiche della luce vicina alla zona degli infrarossi, che si è rivelata molto efficace nel distinguere le piccole lesioni maligne da quelle benigne. Questa tomografia rileva le diverse quantità di emoglobina - e quindi di sangue - presenti e, in questo modo, dà informazioni sulla presenza di nuovi vasi (tipica delle masse tumorali in crescita). Inoltre è sensibile alla carenza di ossigeno, altra caratteristica delle cellule neoplastiche. Le due cose fanno sì che la sensibilità e la specificità della tecnica, secondo uno studio appena pubblicato su "*Radiology*", siano prossime al 100 per cento, soprattutto se le masse sospette sono piccole e nelle fasi iniziali di crescita.

Esame dei linfonodi

Proposta dagli oncologi della Stanford University, la tecnica è basata sull'esame delle differenze rilevabili nel sistema immunitario e, in particolare, nelle cellule dei linfonodi dell'ascella, delle donne che hanno un tumore in confronto a quello delle donne sane. Nelle malate è stato possibile dimostrare una riduzione drastica dei tre tipi principali di linfociti rispetto a quelli rilevabili nelle donne sane, anche quando nella zona sono assenti cellule propriamente tumorali (perché la malattia non ha ancora raggiunto i linfonodi), o ve ne sono pochissime. Basta quindi un dosaggio per capire se c'è, nascosto, un tumore anche piccolo e anche se non si è esteso ai linfonodi.



Lavaggio dei dotti

La tecnica è stata perfezionata presso l'Istituto oncologico europeo di Milano da Bernardo Bonanni. Che spiega: «Il liquido presente nel capezzolo può contenere alcune cellule morte, tra le quali si annidano anche quelle alterate o già neoplastiche. Di solito però è così scarso che è possibile che le cellule non si vedano. Per questo si è pensato a un lavaggio dei canali (i dotti), in modo da aumentare il numero di cellule catturate». Questo serve a confermare un sospetto emerso magari con la mammografia o l'ecografia, e per delineare un profilo di rischio personale e impostare il giusto percorso di diagnosi precoce personalizzata. Entro pochi mesi il lavaggio potrebbe essere affiancato dal dattoscopio, una fibra ottica inserita tramite la stessa via che consente di vedere la zona e, al tempo stesso, di effettuare microbiopsie meno traumatiche di quelle tradizionali.

ha collaborato Stefano Gulmanell

Un anno di volontariato

Durante un mio richiamo per un ulteriore controllo al Centro di screening a Strambino, fui avvicinata da una volontaria dell' A.D.O.D. e, siccome una parola tira l'altra, mi ritrovai arruolata per un nuovo corso di formazione che sarebbe partito a breve.



Io ritengo che, dopo i 40 anni, sarebbe salutare che tutte le donne venissero informate, anche solo durante un incontro di poche ore, sulla prevenzione del tumore al seno; non fosse altro che per digerire al meglio termini come *nodulo*, *radioterapia*, *linfonodo sentinella*, etc.

Così, probabilmente, con un minimo di informazione in più, non si sarebbe prese dal panico totale quando ti richiamano per dirti che devi fare un ulteriore esame di controllo.

Tutte le donne che in questo anno di volontariato io ho incontrato a Strambino mi hanno raccontato del panico che prende loro quando ricevono la telefonata a casa, anche se chi chiama cerca di essere il più rassicurante possibile.

Se poi, come nella gran parte dei casi, fortunatamente si scopre che è stata una paura infondata, allora finalmente si lasciano andare e non vorrebbero più finire di parlarci.

Quando purtroppo invece si scopre che devi essere operata, ti guardano come se tu potessi, con una bacchetta magica, fare il miracolo di annullare la realtà.

Certo, questo la volontaria non lo può fare, può solo dare un piccolissimo e momentaneo aiuto perché la paziente possa meglio assorbire quella che immediatamente recepisce come una catastrofe.

Durante questo anno mi è capitato di incontrare donne che reagiscono in modo diverso le une dalle altre, chi in modo più battagliero, chi con più rassegnazione, chi ti confida che non lo aveva ancora detto a nessuno, chi invece ne aveva già parlato con tutti quelli che stavano loro intorno.

Ma, in ogni caso, io personalmente ho visto che ogni donna si preoccupa di più per i figli, i nipoti, il marito, i genitori, che non per se stessa.

Allora, alla fine di questo primo anno di volontariato, ho scoperto che sono le persone che ho incontrato che mi hanno arricchito; ancora una volta sono "le pazienti" (mai termine è stato più azzeccato) che, andandosene, mi sorridono e ti ringraziano, anche se non sanno che dovrebbe essere la volontaria a dire loro "grazie".

Carla

CAVI, CABLAGGI E SOTTOGRUPPI

SETTORI DI MERCATO:
MACCHINE UTENSILI & AUTOMAZIONE
ELETTO-MEDICALE
AUTOMAZIONE BANCARIA
ELETTRONICA PROFESSIONALE

www.bncelettronica.com

VIA SAN MARTINO 21 - 10010 SETTIMO ROTTARO - TO
TEL +39 0125 729211 - FAX +39 0125 729227 - E-mail: info@bncelettronica.com

Pensiero di una Volontaria

Pensavo al brusio delle api in un campo di fiori, una sorta di ritrovarsi, raccontarsi, di convogliare il pensiero in altri pensieri più leggeri, per non doversi soffermare troppo su quel trovarsi lì presenti allo screening.

Per alcune donne un dovere da compiere a tutti i costi per salvaguardare la propria salute, per tutelare un bene prezioso con una prevenzione mirata e utile, per altre una semplice routine, un compito da espletare, da aggiungere a tanti altri compiti quotidiani, per altre ancora un po' una noia, una perdita di quel loro "prezioso" tempo dedicato al badare alla famiglia, ai figli, all'acquisto, tutto per il momento rimandato, per aver dovuto rispondere all'appello di quella lettera di convocazione, con una data precisa, un'ora....

Oggetto: Mammografia.

E così come succede in questi casi, quando diverse donne aspettano il loro turno, il dialogo aiuta, si ha modo di confrontare le idee, capire le motivazioni, toccare un po' le paure nascoste, le diffidenze.

E qui, ho iniziato a capire che non mi bastava essere un soggetto passivo, una delle tante, pur sentendomi però ancora titubante su come comportarmi, su cosa fare per esprimere al meglio questa mia sensazione di coinvolgimento.

L'ho compreso più chiaramente alcuni giorni dopo quando ritornando insieme ad altre donne per un'ulteriore convocazione, per un esame risultato dubbio, o un'ombra che si era insinuata sulla lastra, o un disturbo nell'immagine, ho visto un quadro completamente cambiato, il brusio si era spento, tutto appariva silenzioso, ovattato, pieno d'ombra. Si sentiva solamente il silenzio carico di domande senza ancora risposte.

La mia presenza quel giorno era timorosa, tesa a non disturbare quei pensieri d'angoscia, quei perché irrisolti, che in quel silenzio erano palpabili, urlanti... e poi ho avuto come un lampo, e così anche per esorcizzare le mie paure, ho pensato di tendere una mano, di cercare con lo sguardo un altro sguardo, tentando di infondere un po' di calore umano. Mi sono detta, Angela, puoi contare sulla tua forza personale, per attingere quell'energia che sempre al momento giusto esce spontaneamente, per aiutare, sorreggere e che spesso sa giungere alla mente e al cuore e così è avvenuto, la mia mano tesa è stata stretta, altri sguardi hanno cercato il mio e ho sentito come per incanto sciogliersi quel gelo, le parole ancora caute ma meno tese e impaurite. Mi sono sentita pronta ad un cammino di solidarietà che avrebbe fatto del bene e mi avrebbe fatto bene.

Così ho desiderato diventare una volontaria ADOD. Dopo un opportuno e utilissimo corso di formazione e preparazione, con una dottoressa Psicologa e Medici ho potuto fare un passo avanti, avvicinandomi oltre che allo Screening di Strambino, al reparto di Chirurgia dell'Ospedale Civile di Ivrea, il giorno prima dell'intervento previsto e il giorno della dimissione.

L'intento, in tutti i casi, è per me quello di riuscire ad affiancarmi discretamente alle donne durante tutte le fasi del loro percorso, dalla prima convocazione di prevenzione, al possibile anche se mai auspicabile richiamo, all'intervento, in un modo avvolgente e sicuro, per trasmettere tranquillità, calma e perché no anche allegria e all'inizio di un percorso difficile un minimo della mia serenità, energia positiva e forza di farcela sempre.



Angela

Lo Screening mammografico

L'importanza della senologia, nella nostra A.S.L. acquisì valore negli anni '90, quando alcuni Tecnici di Radiologia, incominciarono ad occuparsi in modo dedicato a questo settore.

Essere testimoni di un evento così importante, ci ha portato all'interno di un iter diagnostico senologico che fa svolgere con coscienza questo lavoro ed aumentare sempre di più la nostra professionalità nel settore.

Come spesso accade, all'origine di una professionalità c'è sempre una passione e come altrettanto spesso accade, alle radici di una passione c'è un incontro.

Tutto questo fa istituire nel 2000, a Strambino, un centro di screening mammografico, dove Tecnici di Radiologia, Amministrative, Infermiere ed Ausiliarie (tutte donne), avvolte dalla stessa passione, hanno voluto dedicarsi ad un grande progetto di Sanità Pubblica, ritenendo una corretta esecuzione dell'esame mammografico un dovere verso la paziente.

Ci uniscono passione, professionalità, qualità e competenza, che contraddistinguono anche i nostri medici del reparto.

Le stesse caratteristiche e la stessa passione uniscono anche i nostri medici radiologi impegnati nella diagnosi senologica.

Ma che cos'è lo screening mammografico?

È un esame che ha lo scopo di prevenire il tumore della mammella, offrendo l'opportunità a tutte le donne dai 50 ai 69 anni di effettuare una mammografia gratuita ogni 2 anni.

Perché dai 50 ai 69 anni?

Perché questa è la fascia di età più a rischio, essendo la donna nel periodo menopausale e quindi più soggetta a "sbalzi" ormonali.

Perché ogni 2 anni?

Perché studi scientifici hanno dimostrato che, eseguendo una mammografia ogni 2 anni, si può effettuare una diagnosi precoce. È ovvio che, se una persona nell'arco dei 2 anni avvertisse un sintomo reale, può rivolgersi al nostro Centro per un controllo anticipato.

Che cosa è la mammografia?

La mammografia è un esame diagnostico che usa i raggi X per studiare la struttura della mammella. Per effettuare questo esame, nel nostro Centro, si utilizzano apparecchiature e materiali di alto livello e di ultima generazione, in modo da garantire un alto risultato con dosi di raggi X alla mammella molto basse.

Come si effettua la mammografia?

La mammografia viene eseguita in 2 radiografie (proiezioni) per le due mammelle, effettuando una compressione su di esse necessaria a ridurre la dose di radiazione, già di per sé molto bassa, e per diminuire lo spessore della mammella, in modo da avere la migliore immagine possibile. La compressione, in certi casi, può provocare dolore, ma dura pochi secondi ed aiuta ad avere un risultato sicuro.

Chi effettua l'esame?

L'esame viene eseguito da un Tecnico di Radiologia. Nel nostro Centro siamo 4 donne, adeguatamente preparate e costantemente aggiornate. Viene poi letto da 2 Medici Radiologi, sottoposti, anch'essi, ad una adeguata preparazione senologica e con diversi anni di esperienza in questo settore.

E...la risposta?

La risposta verrà inviata a casa di ogni singola persona, tramite lettera, entro un mese dall'esecuzione dell'esame. In caso di dubbio, si provvederà a chiamare anticipatamente la persona, per eseguire ulteriori indagini. Questo non deve destare preoccupazione, in quanto la mammografia da sola, in alcuni casi, può non essere sufficiente a dare un esito certo.

Invitiamo, pertanto, tutte le donne in età di screening, ad aderire ad un programma così importante, senza dubbi e senza paure, perché noi tutte crediamo in un progetto così grande, come lo è quello della diagnosi precoce del tumore al seno. Inoltre, il sapere come affrontare una malattia, oggi guaribile, dà una grande sicurezza a noi, a tutte le persone che si ammalano e a quelle che non si ammalano

Lo Staff dello Screening Mammografico di Strambino

EMOZIONI



*Non irritarti
Se colui che ti cerca
Se chi viene a parlarti
Non riesce ad esprimere
Il tumulto che porta con sé
Più importante
Che ascoltare le parole
E' intuire le angosce
Sondare il mistero
Ascoltare il silenzio.*

Dom Helder Camara

*Tieni sempre presente che la pelle fa le rughe,
i capelli diventano bianchi
e i giorni si trasformano in anni.
Però ciò che è importante non cambia mai,
La tua forza e la tua convinzione non hanno età.
Il tuo spirito è la colla di qualsiasi tela di ragno.
Dietro ad ogni linea di arrivo c'è una linea di partenza
Dietro ad ogni successo c'è un'altra delusione.
Fino a quando sei viva sentiti viva,
se ti manca ciò che facevi torna a farlo.
Non vivere di foto ingiallite, insisti,
anche se tutti si aspettano che tu abbandoni.
Non lasciare che si arrugginisca il ferro che è in te,
fai in modo che invece che compassione ti portino rispetto.
Quando, a causa degli anni, non potrai correre cammina veloce,
quando non potrai camminare veloce, cammina,
quando non potrai camminare, usa il bastone,
Però, non fermarti mai !*

Madre Teresa di Calcutta