

## Capitolo 1

# L'arte di presentarsi

*L'* il primo incontro.

*Il sipario si solleva su inaspettati scenari,  
ma sullo sfondo restano le immagini sfocate  
dell'incertezza, dell'isolamento, della trepidazione.*

*Questo trovarsi insieme  
lascerà una traccia permanente.*

*Aprirà su un'alternativa: tornerò o abbandonerò?*

*E su un interrogativo: posso fidarmi?*

*Il Senologo svela qui la sua anima e scopre  
se potrà essere davvero d'aiuto e di conforto.*

*Se gestirà bene questo primo incontro  
costruirà un legame destinato a durare per sempre.*



*Non c'è cura, cura dell'anima e del corpo,  
se non sia accompagnata dalla gentilezza.*  
Eugenio Borgna (La dignità ferita)

Di solito la prima visita di un Senologo a una donna avviene in uno studio. Non importa molto se lo studio si trova in un Ospedale o in uno spazio privato. L'importante sono i contenuti, le immagini, i tempi, le regole.

### Maschile e femminile

- In questo libro il termine "Senologo" è usato – per semplicità lessicale – con un'accezione neutra, adattandosi dunque sia ai Senologi maschi che alle Senologhe femmine. Lo stesso vale per Psicologo, Oncologo, Radiologo...
- Per la stessa ragione, in questo libro ci si riferisce alla donna come persona malata, ma con l'implicita ammissione che talvolta il paziente può essere un maschio.

### Le insidie del computer

- Oggi il medico si avvale del mezzo informatico per stendere il referto della visita clinica. Si tratta di uno strumento straordinario: fa risparmiare tempo, orienta alla sintesi, obbliga a essere intelligenti e consente preziosi immagazzinamenti e richiami d'archivio. Ma costringe, quando lo si usa, a guardare schermo e tastiera.
- Durante la visita poche cose possono apparire così deludenti, per una donna, come uno sguardo negato. Il Senologo sensibile farà dunque di tutto per privilegiare il dialogo con la persona che ha davanti, anziché intrecciare una relazione virtuale con il proprio computer.
- Abbandonare la tastiera e riconnettersi con gli occhi dell'interlocutore significa mostrare chi si vuole privilegiare.
- Sistemare opportunamente il computer in modo che permetta di abbracciare con lo sguardo sia lo schermo che gli occhi della persona con cui parliamo è un mezzo tanto semplice quanto trascurato.

Quando una donna va da un Senologo, quasi sempre lo conosce per nome e cognome, talvolta sa già chi sia prima ancora di averlo cercato e sul suo conto può sapere parecchie cose. Spesso, invece, il Senologo la incontra per la prima volta. Quest'asimmetria – una delle tante che compongono la diade medico-paziente – può nuocere all'assemblaggio di una relazione efficace. Va pertanto controllata, limata, ridotta.

Il mezzo più immediato che abbiamo per farlo è *presentarci*. Accogliere la donna nel nostro studio è come farla entrare nella nostra casa. "Buongiorno io sono..." ecco il primo mattone su cui costruire un'alleanza. Presentarsi non è un semplice atto di buona educazione ed è molto di più che declinare le proprie generalità. Pronunciare il proprio nome significa svelarsi, esporsi, predisporre a far conoscere chi siamo, rompere una barriera, togliersi l'abito dell'estraneità, mandare un messaggio di avvicinamento, creare un clima confidenziale. È il primo passo per stabilire un contatto umano fra due "stranieri". Se presentarsi è abbastanza semplice, può risultare difficile farlo con disinvoltura: di solito l'impaccio non è del medico, ma della donna; spetta dunque al primo rompere qualsiasi imbarazzo. E questo lo si può fare cercando lo sguardo della donna, guardandola negli occhi, anche solo fuggacemente: il contatto visivo è un bisogno ancestrale che si fa più pressante in circostanze di tensione e incertezza.

Nel momento in cui ci si presenta, poi, è indispensabile *alzarsi*: di solito è un'infermiera o una segretaria che apre la porta alla donna, mentre noi stiamo seduti al nostro posto; mantenere quella postazione per salutare è fuori luogo, comunque inammissibile, farebbe solo rimarcare un'asimmetria di ruoli, partire con il piede sbagliato. Il rapporto medico-paziente è sempre asimmetrico. Ma sarebbe scorretto abusare di questa asim-

### Il “paradosso gerarchico-paritario”

- Questo “nodo” emerge dal tramonto della fiducia riposta tradizionalmente nel medico, una fede automatica e incondizionata, oggi sostituita da una fiducia “condizionata”, cioè vincolata a criteri di contrattazione paritaria.
- La relazione tende dunque ad assumere l'aspetto della parità fra individui: lo dimostrano i pazienti che si presentano al medico con informazioni dettagliate, pretendono di inserirsi nelle scelte diagnostico-terapeutiche e minacciano ritorsioni legali o le mettono in atto al minimo sospetto di “malpractice”.
- Ecco dunque il paradosso gerarchico-paritario: una relazione asimmetrica (esperto/profano) sottoposta a regolazione simmetrica (persona/persona). In tale nuovo diritto all'uguaglianza il medico tende a percepire, talora con fastidio, la componente di prescrittività, una sorta di ingerenza esterna dentro la professione. Ciò ha portato come reazione a un distacco, con costruzione di relazioni impersonali, fino all'adozione della medicina difensiva.
- Intendiamoci, il requisito di una scala gerarchica è ineliminabile: ma oggi coesiste con il muro paritario.

metria. Al contrario, questo sbilanciamento andrebbe aggiustato, per quanto ancora oggi molti medici vi oppongano una certa resistenza. È il cosiddetto “paradosso gerarchico-paritario”.

Al saluto segue, con naturalezza, *una stretta di mano*, coordinata nel tempo dal Senologo che, per primo, manifesterà l'intenzione del gesto. Stringere una mano sigilla il primo contatto fisico. Della fisicità un medico ha sempre bisogno. Toccare, per lui, è naturale come camminare. È anche il preludio a quanto succederà di lì a poco, con la visita clinica, imperniata per un po' proprio sul sovrapporsi di una mano al corpo di un'estranea. La stretta di mano comunica sempre qualcosa: può essere aperta, discreta, forte, indisponente, amicale, leggera, sfuggente,

neutrale, umida, furtiva o appassionata. Chi avverte quel primo tocco, a sua volta, ne ricaverà l'ispirazione per un iniziale giudizio (“gradevole”, “grossolano”, “interessante”, “affidabile”, “non saprei...”). Al bravo Senologo spetta il compito di trovare il giusto equilibrio nel dosare la sua personalità, anche in funzione della persona che ha davanti. La presentazione diventa più efficace se si accompagna a *un sorriso*. Il sorriso è contagioso e diffonde buon umore, ma solo se sincero: il cervello umano è efficientissimo nel decifrare, attraverso un'istantanea e inconscia registrazione della mimica facciale, l'autenticità di un sentimento espresso con il volto. Nel caso della Senologia il sorriso sembra ancora più importante che in altre relazioni mediche: una visita senologica invariabilmente genera ansietà e timori, anche quando motivata da ragioni o disturbi che sembrano innocenti alla donna per prima. Esibire un sorriso mentre si porge la mano per stringerla reca sempre un indicibile conforto, la cui eco può durare anche molto più a lungo dell'effimero tempo del sorriso. Alla naturalezza del sorriso dovrebbe poi corrispondere quella degli altri movimenti. Muoversi in modo appropriato significa comunicare con il linguaggio del corpo, che è sì irrazionale, ma perfettamente riconosciuto nei suoi segni espressivi: è noto – ad esempio – che riprodurre il linguaggio del corpo della persona che abbiamo davanti, la cadenza dei suoi movimenti, il ritmo con cui parla, facilita lo stabilirsi di un'intesa o di una simpatia.

La *gentilezza* è l'altro decisivo ingrediente del primo approccio fra due persone che non si conoscono: insieme a un sorriso, può parlare anche al muto, generare fiducia, smorzare tensione, ridurre le distanze e allentare le resistenze. Ma la gentilezza non è la cortesia, che richiama le buone maniere apprese. Confina con la mitezza, che è tranquillità

dell'animo. E con la generosità, la capacità di dare qualcosa di sé senza percepirne la perdita. Ma è qualcosa di diverso: è uno stato d'animo, è la grammatica dell'interiorità. L'essere gentili si svela nel modo di pronunciare le parole, nell'uso che se ne fa, nei gesti che si compiono per accogliere, spiegare, ascoltare e discutere, nello sguardo con cui si osserva l'altro, nel come lo si tocca. E poi nel tempo che gli si mette a disposizione. In un mondo che va di fretta, sensibilizzare alla gentilezza parrebbe anacronistico. In effetti, è complicato essere gentili se non si ha abbastanza tempo: la gentilezza richiede pazienza.

Esser gentili aiuta a trovare le parole che fanno del bene e a evitare quelle che possono nuocere: in Senologia, più che altrove, il passo dalla serenità alla disperazione può essere molto breve. E poi costa un nulla. E ripaga con una rendita enorme.

Insomma, la gentilezza, in Senologia, non è una semplice opzione: ogni donna che incontriamo sta forse combattendo sue battaglie private, di cui non sappiamo alcunché – un'altra ragione per essere molto gentili. La gentilezza, tuttavia, non svela soltanto un tratto emotivo più o meno inconsapevole. Rivela anche lo sforzo generoso di un'intelligenza che si sta impegnando per grattare sotto la superficie epidermica, capire il contesto, inquadrare razionalmente la biografia dell'altro e volersene prendere cura sul serio. Da ultimo, essere gentili eleva, addolcisce e arricchisce anche chi si mostra tale: è un circolo virtuoso che segna la crescita del giovane Senologo da timido emulo in erba a esemplare maestro di cerimonia. Perciò dobbiamo essere gentili ogni qualvolta è possibile, cioè sempre.

Ma bisogna stare attenti: esser gentili non significa autopromuoversi, ipertrofizzare l'immagine di sé o *sedurre*, si potrebbe essere scambiati per abili dissimulatori. E una

volta smascherati, ricucire i fili di un rapporto lacerato diventerebbe molto difficile. La seduzione è intrusiva e poggia su carichi emotivi sbilanciati: essa punta sul fascino che il camice ancora oggi continua a esercitare. Abusarne è un doppio illecito morale, poiché gioca la sua forza – meglio, la sua arroganza – su conoscenze tecniche percepite come inaccessibili, si puntella su biasimevoli bisogni narcisistici e fa leva sulla fragilità di una donna disposta a tutto pur di scacciare i suoi fantasmi e guarire dai suoi incubi. Sedurre, in Senologia, è quasi sempre pericoloso. Umiltà, consapevolezza, equilibrio, empatia, animo compassionevole e pazien-

#### Attrazione sessuale

- Ippocrate, nel suo giuramento, prescriveva: *“In tutte le case che visiterò entrerà per il bene dei malati, astenendomi ... da atti sessuali sul corpo delle donne e degli uomini, sia liberi che schiavi”*, rimarcando il dovere di resistere all'attrazione sessuale come regola basilare dell'etica medica.
- È la natura stessa del rapporto medico-paziente a creare i presupposti per la seduzione erotica: la quale, nel contesto della Senologia, trova un ulteriore terreno nell'esposizione alla vista e al tatto dell'ineffabile oggetto di desiderio e donazione.
- Da un lato il medico percepisce il potere che esercita ed è tentato di sfruttarlo. Dall'altro la persona malata subisce il “fascino del camice” e può diventare disponibile a un'offerta sessuale vuoi per acquisirne i favori, vuoi per timore che un diniego potrebbe compromettere la qualità delle cure (quando invece è proprio la relazione erotica, con le inevitabili dinamiche di coinvolgimento, a minacciare la lucidità di giudizio e l'indipendenza del medico).
- Fra i diritti della persona malata rientra quello di non essere esposta a questo genere d'insidia, cui fa speculare riscontro il dovere del medico di prevenire l'instaurarsi di un'attrazione erotica.

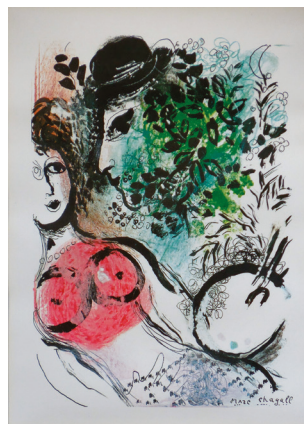
### La lista delle buone maniere del Senologo

- Al primo incontro, *presentati* e stringi la mano alla persona, *alzandoti*.
- Quindi *parlate*, evitando di interessarti subito ai suoi documenti clinici.
- Rivolgiti a lei *in modo formale*, non chiamarla per nome, non darle del tu.
- Impara ad *ascoltare*.
- Prova a intuire il significato dei *silenzi*.
- Cerca di trasmettere *calma*.
- Non discutere con la persona come se fosse *altrove*.
- Prima di visitarla, permettile di restare *vestita*.
- Mentre la visiti, mantieni un *tono professionale*.
- Ricordati sempre che della persona che hai davanti non conosci la vita, la sofferenza e le vicissitudini: dunque *sii sempre gentile*.
- Sforzati di essere *puntuale*.
- Non accommiatarti lasciando dei *sottintesi* o alimentando dei *dubbi*.
- Cerca di concludere sempre il dialogo con un *sorriso*.

## Capitolo 2

# L'arte di interrogare

*Sul Senologo incombe l'obbligo  
di un'indagine anamnestic  
meticolosa, serrata e approfondita.  
Ma non inquisitoria.  
È infatti naturale che,  
considerata la peculiarità stessa delle domande,  
si varchino usci attraverso i quali  
l'interrogatorio tramuta in confessione.  
Come ogni confessione, anche quella anamnestic  
è un momento dotato di una sua sacralità:  
il luogo deve essere appropriato,  
il silenzio opportuno,  
l'atmosfera seria e rilassata insieme,  
l'ascolto premuroso,  
la disponibilità garantita.*



*Le donne pensano più al senso recondito delle domande che alle domande stesse.*

Gabriel García Márquez

(L'amore ai tempi del colera)

Fare domande, nel mestiere del medico, è inevitabile. L'importante – soprattutto nel territorio abitato dalla Senologia – è non risultare impertinenti e chiedere le cose che davvero servono. Questa fase della relazione con la donna non può mai essere breve: dobbiamo concederci il tempo che merita. Le informazioni da ricavare sono molteplici e hanno tre scopi principali.

Il primo è capire chi si ha di fronte, cioè *conoscere* quella persona, la sua biografia – e non soltanto la sua biologia.

Il secondo è eseguire un *calcolo probabilistico* che quella precisa persona che vi sta davanti ha di sviluppare un cancro al seno. Quando una donna si reca dal Senologo non è detto che abbia un cancro: il motivo può essere stato un segnale che non ha a che vedere con la materia oncologica; oppure la visita è stata richiesta semplicemente per la paura di avere un tumore sulla base di una familiarità; talvolta solo perché un'amica è stata da poco operata al seno e la vicenda ha creato un po' d'ansia o di allerta. In tutte queste circostanze il Senologo è tenuto a esprimere un indice di rischio relativo, cioè personalizzato, investigando tra i tanti fattori che, ove presenti, l'aumentano. Il calcolo del rischio non sarà una pura astrazione, ma servirà a suggerire a ciascuna donna un calendario di sorveglianza concreta con le modalità d'indagine per effettuarlo.

Il terzo scopo è trovare una risposta al problema che ha portato la donna dal Senologo, cioè, in pratica, formulare una *diagnosi*.

Bene, siamo pronti per la "confessione". Ogni domanda servirà per i tre scopi appena enunciati, lo si tenga a mente. Non c'è spazio per domande casuali. Grande invece

sarà quello dedicato al tempo. La donna lo percepirà rapidamente. E ne sarà grata.

E ora, prima di passare in rassegna le domande, ecco alcuni suggerimenti preliminari di carattere generale: rivolgetevi alla persona in modo cordiale, ma formale, evitando di darle del tu o di chiamarla per nome; evitate di aggredire subito il problema per il quale la donna si è rivolta a voi: meglio prenderlo alla larga e avvicinarsi con gradualità al nocciolo, la tensione si allenterà nel frattempo; non gettatevi subito come predatori sui documenti che la donna ha con sé, trascurando il valore del dialogo e la ricerca dello sguardo; trasmettete calma; ascoltate; sforzatevi di intuire il significato dei silenzi; non discutete con la persona come se fosse altrove; limitate quanto possibile l'intrusione del vostro cellulare.

**Quanti anni ha?** Domanda a prima vista impertinente. Ma è fondamentale: la donna, anche se non più giovane, capirà. Le malattie della mammella hanno le loro preferenze, in fatto di età, un po' come i capricci. A 20 anni un nodulo isolato quasi mai è un cancro, dopo i 50 spesso lo è. In effetti l'avanzare del tempo è impietoso: siamo purtroppo strutturati in un modo così sghembo che più scorre e maggiori sono le probabilità di sviluppare un cancro. La nostra carne porta un'etichetta con la data massima di consumazione, che però ci è sconosciuta. I tessuti della mammella non sfuggono a questa legge. Parafrasando il poeta "il cancro si sconta vivendo".

Ogni anno in Italia vengono diagnosticati circa 50.000 nuovi casi di cancro al seno, l'equivalente di oltre un caso ogni 1000 donne/anno. E la curva che disegna l'incidenza su un'asse cartesiano rivela una sua geometria: quasi prossima alla linea delle ascisse prima dei vent'anni, prende a salire dolcemente fino verso i 35 anni, ha un'impennata fino ai

### Il rischio

- Dire che una donna ha il rischio di ammalare – ad esempio – del 12,5% significa esprimere un valore **cumulativo** distribuito sull'intera vita.
- Tra tutti i fattori di rischio noti, l'**età** rappresenta sicuramente il maggiore.
- Poiché i molteplici fattori causali del cancro **interagiscono tra loro**, la valutazione individuale del rischio di una donna di ammalarsi è complicata e sempre approssimativa.
- Oltre la metà delle donne con un cancro al seno **non** presenta fattori di rischio dimostrabili.

50, subisce un lieve arresto di accelerazione andando verso i 70 per poi leggermente declinare. Da un'altra visuale questo significa che, mediamente, una donna italiana ha il rischio di ammalarsi nel corso della vita del 12-13%; circa una donna su 45 lo fa entro i 45 anni; una su 19 fra i 50 e i 60 anni; una su 23 fra i 70 e gli 84 anni. Quanto alle giovani, su 100 donne con un cancro al seno, da 6 a 7 hanno meno di 40 anni, però con un carico di dolore e un apporto di tribolazioni molto diverso da quello della fascia post-menopausale. Nel complesso, la curva dell'incidenza sembrerebbe mostrare l'esistenza di due tipi distinti di malattia: una pre-menopausale, influenzata soprattutto da sinergismi di tipo genetico-endocrino-immunitari e una post-menopausale, alla cui genesi si associano *anche* fattori ambientali. C'è un'altra ragione, comunque, per chiedere l'età della donna. Se la strada che l'ha portata alla visita passa dal cancro e lei non è ancora mamma, il crinale dei 40 anni segna due destini molto diversi in merito alla preservazione della fertilità (v. cap. 5).

**Ha precedenti in famiglia di carcinoma ovarico o mammario?** Raccogliere l'anamnesi familiare è, in Senologia, un momento d'importanza vitale: serve a inquadrare un

rischio molto preciso, quello di tipo *eredo-familiare* e quello di tipo *genetico*, scremando le più comuni forme cosiddette *sporadiche* (quelle che si verificano occasionalmente in una famiglia, saltando una o più generazioni). Si tratta dunque di una tematica molto complessa, alla cui analisi va riservato un tempo speciale (v. cap. 4). Per l'istante ci limitiamo a ricordare che:

- i parenti di 1° grado (madre, sorella, figlia) di persone con un cancro al seno hanno un rischio *leggermente* più alto, maggiore se i parenti di 1° grado affetti sono due e ancora più elevato se il tumore è comparso in premenopausa o era bilaterale;
- il carcinoma geneticamente correlato al malfunzionamento dei geni oncosoppressori BRCA1 e BRCA2 si sviluppa con *frequenze decisamente superiori alla media* e delinea un albero familiare con caratteristiche che debbono allertare (in questo scenario si colloca anche la presenza del padre come parente affetto di 1° grado).

**Che mi dice dei suoi cicli mestruali?** Non è una curiosità scolastica, ma un altro delicato tassello predittivo: *ogni anno di anticipo del menarca* – fissata come norma l'età degli 11 anni – incrementa il rischio del 5%. Ma anche l'età dell'*ultimo ciclo* ha la sua importanza: il rischio di cancro aumenta del 3% per ogni anno di ritardo della menopausa. E anche se, rispetto al menarca, è meno facile indicare una data precisa per la menopausa "normale", tuttavia si pongono ragionevolmente i 52 anni come termine fisiologico dei cicli mestruali. Che una menopausa precoce riduca il rischio di cancro al seno non è un fatto strano: la cessazione delle mestruazioni comporta la scomparsa delle impennate ormonali mensili, cioè dei picchi di sollecitazione proliferativa sull'epitelio dei