



Senato
della Repubblica

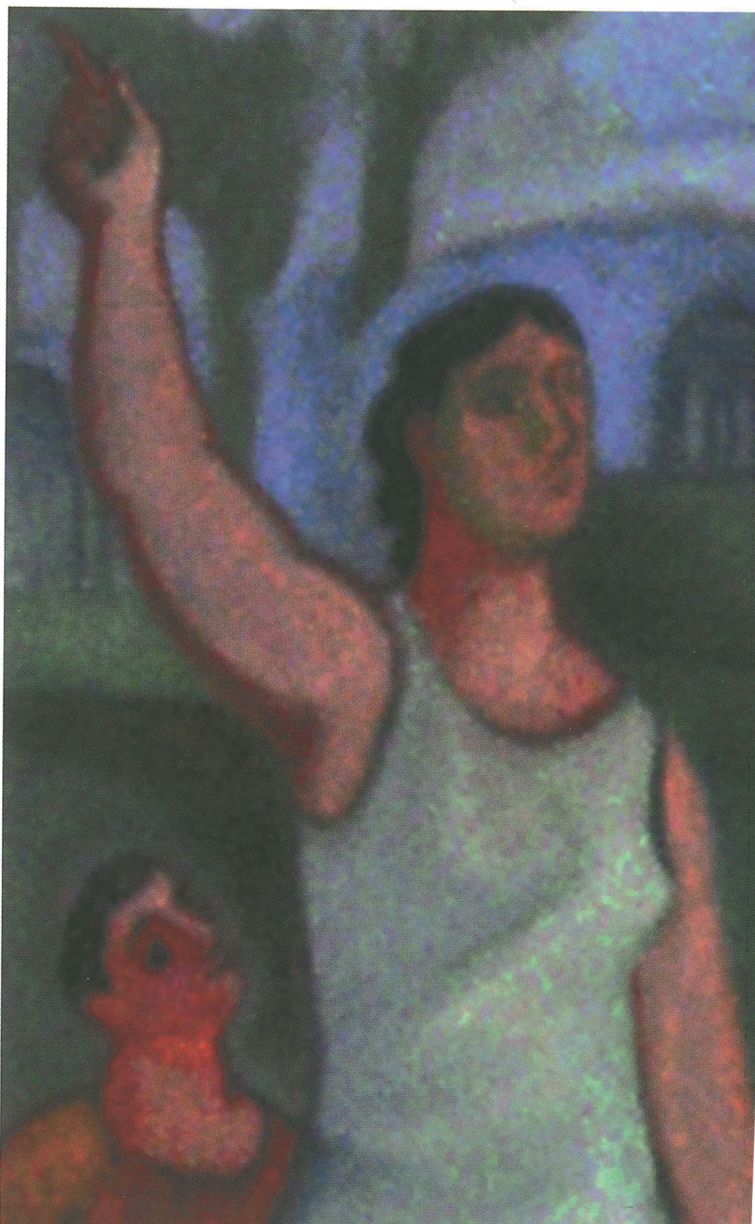
Iniziativa di prevenzione del tabagismo e del tumore al seno in Italia volume II

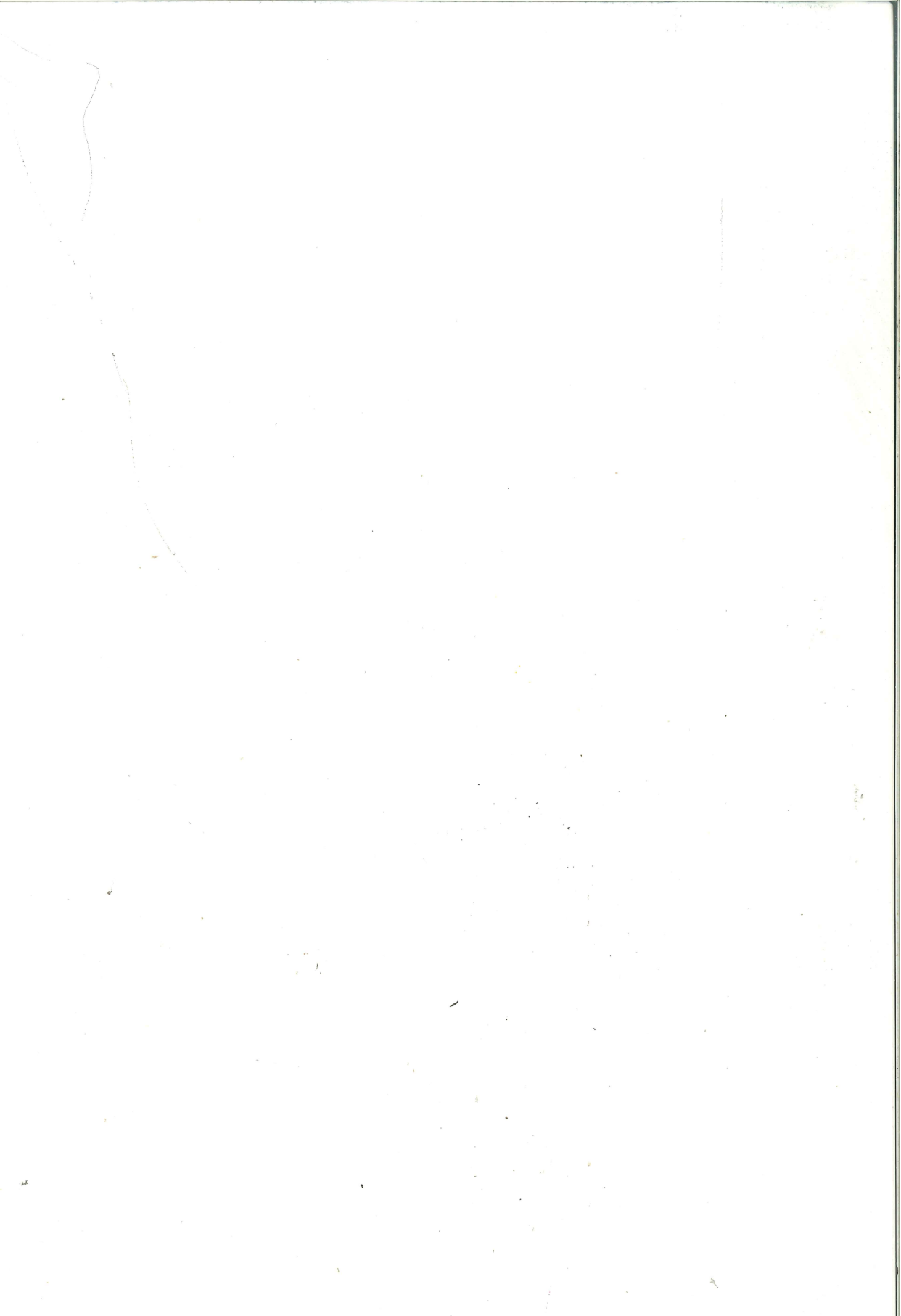
indagini conoscitive

Atti dell'indagine
conoscitiva
svolta dalla
12^a commissione
permanente
del Senato
(igiene e sanità)

n. 16
novembre 2005

XIV legislatura







Senato
della Repubblica

Iniziative di prevenzione
del **tabagismo** e del
tumore al seno in Italia
volume II

Atti dell'indagine conoscitiva svolta
dalla 12^a commissione permanente del Senato
(igiene e sanità)

Indagini conoscitive

n. 16
novembre 2005
XIV legislatura

La presente pubblicazione è stata curata dall'Ufficio di segreteria della 12ª commissione permanente del Senato (igiene e sanità).

Gli aspetti editoriali sono stati curati dall'Ufficio delle informazioni parlamentari, dell'archivio e delle pubblicazioni del Senato

Le pubblicazioni del Senato possono essere richieste alla Libreria del Senato

- per posta: via della Maddalena 27, 00186 Roma
- per posta elettronica: libreria@senato.it
- per telefono: n. 0667062505
- per fax: n. 0667063398

Foto di copertina:
particolare del "Trionfo della ragione" di Sandro Chia.

INDICE GENERALE

VOLUME I

1. DOCUMENTO CONCLUSIVO (Relatori Bianconi, Baio Dossi e Boldi).	Pag.	15
2. RESOCONTI SOMMARI (relativi alla procedura di indagine)	»	33
Sedute del 20 maggio 2004, 14 luglio 2004, 20 luglio 2004 e 22 settembre 2004	»	35
3. RESOCONTI STENOGRAFICI (Audizioni ed esame del documento conclusivo)	»	39
Seduta del 28 settembre 2004 (Audizione del sottosegretario di Stato per la salute Corsi)	»	41
Seduta del 6 ottobre 2004 (Audizione del dottor Sergio Bovenga, presidente dei medici chirurghi e odontoiatri della provincia di Grosseto, in rappresentanza della Federazione Nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri; del professor Piergiorgio Zuccaro, direttore dell'Osservatorio fumo, alcool e droghe dell'Istituto Superiore di Sanità, e della dottoressa Roberta Pacifici, responsabile del settore fumo dell'Osservatorio)	»	59
Seduta del 20 ottobre 2004 (Audizione del direttore generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della salute dottor Donato Greco, accompagnato dalla dottoressa Daniela Galeone, dirigente medico della Direzione generale; della dottoressa Teresa Maglione, responsabile dell'Unità di progetto per il coordinamento interregionale Area Sanità e Servizi sociali della Regione Veneto, accompagnata dal dottor Paolo Alessandrini, responsabile per i rapporti con il Parlamento; in rappresentanza della Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e Bolzano, della dottoressa Laura Pellegrini, direttore dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, accompagnata dal dottor Bruno Rusticali, responsabile delle linee guida dell'Agenzia)	»	77

Seduta del 27 ottobre 2004 (Audizione del presidente del Movimento Italiano Genitori, Maria Rita Munizzi; del presidente dell'Associazione Romagnola Ricerca Tumori, Pier Antonio Marongiu, accompagnato da Antonio Sosti, Athos Montesi, Giuseppe Rossi, Enzo Riceputi e Cinzia Bravaccini, consiglieri dell'Associazione; del segretario generale dell'Associazione Diritti degli Utenti e dei Consumatori, Primo Mastrantoni, accompagnato da Giuseppe Parisi, consulente in materia sanitaria; della signora Marina Bellia, delegata per i rapporti con le istituzioni dell'Associazione Italiana Genitori). Pag. 103

Seduta del 3 novembre 2004 (Audizione della dottoressa Francesca Merzagora, presidente dell'Associazione «Europa Donna»; della dottoressa Lalla Mellini, presidente del Comitato «Le donne scelgono»; della dottoressa Ludovica Teodori, presidente dell'Associazione Amici dello IOM (Istituto Oncologico Marchigiano); della dottoressa Maria Teresa Villanova, responsabile del coordinamento della Sezione Veneto per la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori; della signora Ersilia Sciandra, presidente dell'Associazione «Progetto luna» di Caltanissetta). » 123

Seduta del 10 novembre 2004 (Audizione del professor Vincenzo Lattanzio, direttore dell'Unità operativa di Radiodiagnostica II dell'Azienda ospedaliera Policlinico di Bari; del professor Alberto Luini, primario direttore della Divisione di Senologia dell'Istituto Europeo di Oncologia di Milano; del professor Roberto Orecchia, direttore del reparto di Radioterapia dell'Istituto Europeo di Oncologia di Milano; del professor Francesco Schittulli, primario senologo chirurgo, già direttore dell'Istituto oncologico di Bari e presidente nazionale della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori; del professor Silvio Arcidiacono, direttore generale della Lega italiana per la lotta contro i tumori; del dottor Giacomo Mangiaracina, coordinatore dell'area tabagismo e formazione della Lega italiana per la lotta contro i tumori). » 151

Seduta del 15 dicembre 2004 (Audizione del dottor Paolo Passanisi, amministratore della Società «Caleida», partecipata della Società «Movie Magic International»; del dottor Alberto Contri, presidente dell'Agenzia «Pubblicità Progresso», del professor Bruno Silvestrini, professore di farmacologia dell'Università degli Studi «La Sapienza» di Roma, nonché membro del Comitato Nazionale di Bioetica, del dottor Marco Zauli, direttore creativo dell'Agenzia «Unica», e del dottor Stefano Vezzali, direttore commerciale della stessa Agenzia). » 171

Seduta del 19 gennaio 2005 (Audizione del professor Dino Amadori, primario di oncologia dell'Ospedale Pierantoni di Forlì, del professor Enrico Ferrazzi, direttore della Clinica ostetrica e ginecologica – Dipartimento di Scienze cliniche dell'Istituto Sacco – Università degli studi di Milano; della dottoressa Paola Mosconi, delegata europea del <i>Forum</i> italiano di Europa Donna, nonché capo unità di <i>outcome research</i> dell'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri di Milano; del dottor Marco Rosselli, direttore sanitario e scientifico del Centro per lo studio e la prevenzione oncologica della Regione Toscana)	Pag. 187
Seduta del 2 febbraio 2005 (Audizione del professor Cosimo Di Maggio, professore ordinario di radiologia presso l'Università di Padova; del dottor Daniele Donato, direttore sanitario dell'Ospedale Busonera di Padova; del dottor Privato Fenaroli, presidente dell'Associazione nazionale italiana senologi chirurgici; del dottor Maurizio Nava, direttore dell'Unità operativa complessa di chirurgia plastica e ricostruttiva dell'Istituto nazionale per lo studio e la cura dei tumori di Milano).	» 203
Seduta del 16 febbraio 2005 (Audizione del professor Luigi Cataliotti, professore ordinario di chirurgia presso l'Università di Firenze, nonché presidente della Società europea di mastologia; del professor Nicola Colacurci, professore ordinario di ginecologia ed ostetricia alla II Università di Napoli, nonché segretario generale della Società italiana di ginecologia ed ostetricia; della professoressa Paola Muti, direttore del Dipartimento di epidemiologia dei tumori dell'Istituto nazionale tumori Regina Elena di Roma nonché professore ordinario all'Università di Bufalo).	» 221
Seduta del 23 febbraio 2005 (Audizione del dottor Sergio Baronci, segretario generale della Federazione italiana tabaccai)	» 235
Seduta del 26 luglio 2005 (Esame del Documento conclusivo)	» 243
Seduta del 27 luglio 2005 (Seguito dell'esame e approvazione del Documento conclusivo)	» 271
4. TABELLA RIEPILOGATIVA DELLE AUDIZIONI DEI SOPRALLUOGHI .	» 295

VOLUME II

5. DOCUMENTAZIONE ACQUISITA	Pag.	11
5.1 <i>Documentazione di carattere generale</i>	»	13
Documentazione fornita dagli auditi nella seduta del 28 settembre 2004	»	15
Documentazione fornita dagli auditi nella seduta del 6 ottobre 2004	»	23
Documentazione fornita dagli auditi nella seduta del 20 ottobre 2004	»	37
Documentazione fornita dagli auditi nella seduta del 19 gennaio 2005	»	63
5.2 <i>Documentazione riguardante specificamente il tabagismo</i>	»	73
Documentazione fornita dagli auditi nella seduta del 6 ottobre 2004	»	75
Documentazione fornita dagli auditi nella seduta del 20 ottobre 2004	»	125
Documentazione fornita dagli auditi nella seduta del 27 ottobre 2004	»	139
Documentazione fornita dagli auditi nella seduta del 3 novembre 2004	»	147
Documentazione fornita dagli auditi nella seduta del 10 novembre 2004	»	161
Documentazione fornita dagli auditi nella seduta del 15 dicembre 2004	»	215
Documentazione fornita dagli auditi nella seduta del 23 febbraio 2005	»	239
5.3 <i>Documentazione riguardante specificamente il tumore al seno</i>	»	245
Documentazione fornita dagli auditi nella seduta del 6 ottobre 2004	»	247

Documentazione fornita dagli auditi nella seduta del 20 ottobre 2004	<i>Pag.</i> 257
Documentazione fornita dagli auditi nella seduta del 27 ottobre 2004	» 295
Documentazione fornita dagli auditi nella seduta del 3 novembre 2004	» 313
Documentazione fornita dagli auditi nella seduta del 10 novembre 2004	» 433
Documentazione fornita dagli auditi nella seduta del 19 gennaio 2005	» 475
Documentazione fornita dagli auditi nella seduta del 16 febbraio 2005	» 487
Documentazione acquisita durante i sopralluoghi della Commissione	» 499

5. DOCUMENTAZIONE ACQUISITA

5.1 Documentazione di carattere generale

DOCUMENTAZIONE FORNITA DAGLI AUDITI
NELLA SEDUTA DEL 28 SETTEMBRE 2004



Ministero della Salute

Indagine conoscitiva sui problemi connessi alle iniziative di prevenzione del tabagismo e del tumore al seno in Italia

audizione sottosegretario Ministero della salute sen. Cesare CURSI

La nuova strategia di governo della salute si è incentrata, per la prima volta in Italia, sull'importanza della prevenzione anche in linea con quanto portato avanti negli altri Paesi occidentali.

Nell'ambito delle iniziative di prevenzione promosse dal Ministero della salute particolare rilievo è stato dato ai temi oggetto dell'indagine conoscitiva avviata dalla Commissione sui problemi connessi alle iniziative di prevenzione del tabagismo e del tumore al seno in Italia.

Innanzitutto il **Piano Sanitario Nazionale 2003-2005** nell'ambito dell'obiettivo "Promuovere stili di vita salutari, la prevenzione e la comunicazione pubblica sulla salute", sottolinea come il tabagismo, fenomeno assai complesso per i risvolti economici, psicologici e sociali e soprattutto per la grave compromissione della salute dei fumatori, sia attivi che passivi, necessita non solo di interventi di carattere legislativo, ma anche di efficaci e capillari attività di informazione ed educazione alla salute, da rivolgere in particolare ai giovani.

Per quanto riguarda gli interventi normativi approvati in questa legislatura si sottolinea che da una parte sono state notevolmente aumentate le multe per chi trasgredisce i divieti (L. 28 dicembre 2001, n. 488) e dall'altra è stato stabilito il divieto di fumo nei locali pubblici nonché nei ristoranti, bar e luoghi di lavoro (L. 16.

gennaio 2003, n. 3). Con quest'ultima norma, per la prima volta, è stabilito l'importante principio che non fumare è la regola e fumare è l'eccezione.

La legge n. 3 produrrà in pieno i suoi effetti a partire dal prossimo 28 dicembre, ossia decorso l'anno concesso per l'adeguamento dei locali nei quali vogliono essere create aree riservate ai fumatori, aventi le caratteristiche tecniche fissate dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 dicembre 2003, che ha recepito un Accordo tra il Ministero della salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano. Alcuni positivi effetti della norma, tuttavia, si sono manifestati sin dalla sua pubblicazione. Si pensi, ad esempio, alla scelta della società Trenitalia, promossa ed appoggiata dal Ministero della salute, di vietare il fumo su tutti i treni Intercity ed Eurostar dal 1° marzo 2004, rendendo di fatto tutto il trasporto nazionale su rotaie "smoke free".

L'inasprimento delle sanzioni, precedentemente richiamato, è un provvedimento importante anche perché ha sottolineato l'aspetto della protezione di categorie particolarmente vulnerabili. Infatti la sanzione amministrativa del pagamento di una somma da 25 a 250 Euro prevista è raddoppiata qualora la violazione sia commessa in presenza di una donna in evidente stato di gravidanza o in presenza di lattanti o bambini fino a 12 anni. Inoltre la protezione dei minori è stata perseguita anche attraverso la sollecitazione da parte del Ministero della Salute all'Amministrazione competente (Monopoli di Stato) affinché fosse limitato l'orario di funzionamento dei distributori automatici di sigarette. Dal 1° gennaio 2004 è stata disposta la disattivazione dei distributori automatici nella fascia oraria compresa tra le sette e le ventuno ed è stata raccomandata, per il futuro, l'installazione di dispositivi dotati di lettore per la carta d'identità elettronica, in via di diffusione nel nostro paese.

Inoltre è stata data rapida applicazione ai provvedimenti della Comunità europea che negli ultimi anni hanno ritenuto centrale la lotta al tabagismo per la tutela della salute dei cittadini europei.

Tra questi si ricorda il Decreto Legislativo 24 giugno 2004, n. 184 (recepimento della Direttiva 2001/37/CE "Ravvicinamento delle disposizioni legislative, regolamentari e amministrative degli Stati membri relative alla lavorazione, alla presentazione e alla vendita dei prodotti del tabacco") che ha per obiettivo la protezione della salute e la corretta informazione dei consumatori sui rischi legati all'uso del tabacco. Ciò ha comportato, a decorrere dal 1° gennaio 2004, la riduzione del tenore massimo di catrame, nicotina e monossido di carbonio delle sigarette; l'introduzione di nuove norme per l'etichettatura dei prodotti del tabacco; il divieto, per una migliore e più corretta informazione dei consumatori, a decorrere dal 30 settembre 2003, di pubblicità che possano risultare ingannevoli dando la falsa impressione che alcuni prodotti siano meno nocivi di altri.

Durante il Semestre italiano di Presidenza dell'Unione Europea, il Ministero della Salute ha promosso azioni qualificanti focalizzate specificamente alla lotta al fabagismo, considerata prioritaria nell'ambito delle tematiche connesse alla promozione di corretti stili di vita.

Il risultato fondamentale conseguito è stato quello di una Risoluzione, approvata da tutti gli Stati Membri dell 'UE, che ha previsto una serie di azioni coordinate in ambito europeo finalizzate a pianificare politiche preventive migliori e ad individuare efficaci metodi di valutazione dei risultati ottenuti dalla loro attuazione. Con tale risoluzione si è inteso promuovere la realizzazione di un approccio strategico totale che, anche attraverso un'alleanza tra i diversi settori della società (istituzioni, associazioni, operatori dell'informazione, aziende...), possa ottenere un significativo miglioramento dello stato di salute della popolazione europea riducendo al minimo i danni *causati* da stili di vita non salutari, in particolare dal fumo.

Gli obiettivi di prevenzione ed educazione alla salute (quali i corretti stili di vita tra cui rientra la lotta al fumo) sono stati condivisi con le Regioni con l'Accordo di Cernobbio del 7 aprile 2004. Con tale accordo, che sarà richiamato anche successivamente, il Ministero della salute e le regioni si sono impegnati, tra l'altro,

a potenziare le misure di educazione sanitaria, di prevenzione e diagnosi precoce, attraverso la definizione di un Piano di prevenzione attiva nel cui ambito la prevenzione oncologica e cardiovascolare non può non esprimersi anche attraverso strategie di contrasto al fumo.

Al percorso normativo di tutela della salute dei non fumatori e di prevenzione del tabagismo si sono affiancati una serie di interventi sistematici che il Ministero della salute ha avviato a partire dal gennaio 2002 con un programma di Comunicazione istituzionale per la prevenzione e dissuasione dal fumo.

Tali programmi hanno previsto il ricorso a strumenti integrati di comunicazione (media televisivi e stampa) e sono stati diretti in particolare ai giovani. A seguito di tali campagne il Ministero, in collegamento con l'Istituto superiore di sanità ha effettuato un'analisi dell'attività di comunicazione per verificarne la qualità e l'impatto. I risultati del monitoraggio sono da considerarsi senz'altro positivi in quanto dall'elaborazione dei dati raccolti emerge una diffusa conoscenza del contenuto delle campagne; una valutazione positiva degli obiettivi, dei contenuti veicolati e della qualità degli interventi; un buon impatto sui comportamenti degli italiani: oltre il 30% degli intervistati che ricordano la campagna di dissuasione dal fumo ha segnalato cambiamenti di comportamento ascrivibili ad essa e di questi il 5,9% ha smesso di fumare, il 6,9% ha provato a smettere di fumare ed il 9,2% ha comunque ridotto il fumo. Inoltre il 7,8% di intervistati è diventato più intollerante nei confronti dei fumatori.

Infine Il Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM), istituito recentemente presso il Ministero della salute con la legge 26 maggio 2004, rappresenta il braccio operativo per il raggiungimento degli obiettivi di salute prioritari per il paese mediante gli strumenti della ricerca epidemiologica, la definizione di strategie di intervento, l'attivazione di programmi e la valutazione dei risultati. In tale ambito un ruolo primario sarà costituito dall'attivazione di programmi di prevenzione primaria volta a realizzare azioni concordate su territorio nazionale per la lotta a tabagismo.

Per quanto riguarda il secondo argomento dell'indagine conoscitiva, quindi la prevenzione dei tumori al seno, il Ministero della salute ha avviato importanti azioni finalizzate alla realizzazione di un programma intensivo per l'adozione uniforme dello screening su tutto il Paese.

Per capirne le dimensioni del fenomeno è opportuno prendere atto di alcuni dati . Nel 2002 in Italia il cancro della mammella ha causato la morte di 11.546 donne, ed ha rappresentato il 16,3% di tutti i decessi attribuibili al cancro, tra le donne. Il cancro della mammella è il principale tumore trattato nei diversi centri di oncologia in Italia con 31.960 casi e costituisce il 27,6% di tutti i casi di tumore diagnosticati nella popolazione femminile, rappresentando la neoplasia più frequente tra le donne.

Lo screening mammografico è, secondo i più autorevoli dati scientifici, in grado di ridurre la mortalità per cancro al seno nelle donne tra i 50 e i 70 anni di circa il 30% e ridurre l'invasività degli interventi. Nel nostro Paese quindi lo screening di massa potrebbe prevenire oltre 3.000 decessi all'anno.

Lo screening mammografico è già proposto dal Servizio Sanitario da oltre 20 anni, con programmi di offerta attiva. Al 2001, nell'ambito di tali programmi, circa il 47% delle donne candidabili avevano aderito allo screening: l'adesione variava dal 73% della Liguria al 24% della Sicilia. Già nel 2002 la partecipazione allo screening è aumentata al 57% ma ancora molto al di sotto dei parametri ottimali. Si rende pertanto necessaria una azione incisiva per assicurare che i programmi raggiungano tutta la popolazione a rischio, in quanto siamo ben lontani dalle percentuali di copertura raccomandate (almeno il 70% per lo screening mammografico e 85% per quello cervicale).

Questa presa d'atto è contenuta nel Piano sanitario nazionale 2003-2005 che dedica particolare attenzione alla prevenzione oncologica con particolare attenzione alla prevenzione secondaria dei tumori e tra questi il cancro del seno.

Inoltre durante il Semestre italiano di Presidenza dell'Unione Europea è stata approvata la Raccomandazione sullo screening oncologico che ha stabilito una serie di criteri di riferimento per migliorare i controlli preventivi nella lotta contro il cancro al seno, alla cervice uterina e al colon retto.

La Raccomandazione ha affrontato, tenendo conto della complessità della materia e delle differenze esistenti tra gli Stati Membri, le modalità generali e i requisiti essenziali che devono caratterizzare queste attività di prevenzione secondaria con specifico riferimento ai programmi di screening tradizionale, al controllo della metodologia e dei risultati, alla formazione del personale per garantire la qualità, alla partecipazione basata su un consenso pienamente informato e all'introduzione di nuovi metodi di screening che tengano conto della ricerca internazionale.

Nell'ottica di dare attuazione a tale importante risoluzione è stato previsto nell'ambito dell'accordo di Cernobio siglato con le regioni nell'aprile 2004, e già richiamato, l'attuazione di un Piano di prevenzione attiva che coinvolga in particolare gli screening oncologici tra cui lo screening per il tumore al seno. Il Piano di Prevenzione Attiva delinea gli obiettivi, gli interventi, i risultati attesi, il modello operativo della prevenzione attiva applicata agli screening oncologici.

Di recente approvazione (Legge 26/5/2004, n. 138), un apposito finanziamento finalizzato che consentirà di avviare programmi atti a superare la disomogeneità tra le varie realtà regionali nonché l'attivazione di programmi di screening che coinvolgano una quota di popolazione sempre maggiore. Allo scopo è stato istituito il Centro per il Controllo delle malattie (CCM) che ha l'impegno di promuovere la reale operatività dei programmi di prevenzione attiva. In particolare, con il Decreto Ministeriale che disciplina il Centro per il Controllo della Malattie, sono state individuate modalità operative che consentono, da un lato un indirizzo strategico forte, dall'altro sinergie con le Regioni, per perseguire obiettivi in vari ambiti, tra i quali quelli della promozione della salute che includono la prevenzione secondaria del cancro della mammella.

DOCUMENTAZIONE FORNITA DAGLI AUDITI
NELLA SEDUTA DEL 6 OTTOBRE 2004

Dott. Sergio Bovenga

Indagine conoscitiva su Tabagismo

Il tabacco costituisce il maggiore problema sanitario in Europa e nel Mondo; il suo consumo rappresenta la maggiore causa prevenibile di decessi prematuri nei paesi industrializzati.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce il fumo di tabacco il "principale fattore di rischio evitabile di morte precoce, malattia, handicap".

E' stato calcolato che negli anni '90 almeno 3.000.000 di decessi all'anno nel mondo siano da ricondurre al fumo di tabacco (per tumori, malattie dell'apparato respiratorio e cardio-vascolare) e questo dato è in aumento.

Negli anni 2010-2030 sono attesi in Italia, secondo stime prudenziali, circa 10.000 morti all'anno.

Attualmente si calcola che il numero dei fumatori in Italia si aggiri sui 13 milioni di cittadini.

Questo bollettino di guerra sta a significare che, se la diffusione dell'abitudine al fumo manterrà gli attuali livelli, circa mezzo miliardo della popolazione oggi vivente nel mondo verrà uccisa dal tabacco e di questi ben 250 milioni sono rappresentati da persone di mezza età!

Nei Paesi industrializzati, complessivamente, il tabacco è responsabile del 24% di tutti i decessi di uomini e del 7% di tutti i decessi di donne.

Nel fumatore rispetto al non fumatore risulta pertanto una perdita media di 21 anni di vita per la fascia di età media e di 8 anni per i decessi oltre i settant'anni.

Il fumo associato all'uso di contraccettivi orali, specie nelle donne oltre i 40 anni, incrementa di dieci volte il rischio di infarto, apoplezia o altre patologie cardiovascolari.

Solo per quanto riguarda il tumore del polmone, in Italia si registrano 35-40.000 nuovi casi/anno con una sopravvivenza media globale a cinque anni dalla diagnosi del 13%, rimasta invariata negli ultimi 20 anni. Ciò significa che l'unico provvedimento veramente efficace rispetto a questa patologia deve essere considerata la Prevenzione Primaria: non cominciare a fumare o smettere al più presto.

Il tabacco è un problema sanitario "unico" tra le cause prevenibili di malattie perché:

- È sempre pericoloso, piuttosto che essere pericoloso solo se usato in maniera eccessiva o errata, come avviene con altre cause di decesso prevenibili;
- Induce una fortissima dipendenza in molti consumatori;
- Viene attivamente ed energicamente pubblicizzato, spesso senza alcuno scrupolo o "sul filo della legge";
- Il suo uso non nuoce solo a coloro che lo consumano, ma anche alle altre persone che sono esposte al loro fumo.

Posto che gli obiettivi strategici di salute in Europa, in generale, sono diretti a:

1. -ridurre il divario tra le situazioni sanitarie dei vari paesi e gruppi al loro interno
2. -conseguire corretti stili di vita
3. -ridurre malattie ed invalidità
4. -ridurre le morti premature ed elevare le aspettative di durata media della vita.

tra gli aspetti correlati alla prevenzione dei tumori, viene evidenziato come "la singola esposizione che, se ridotta, darebbe il maggiore guadagno in termini di vite salvate è senza dubbio il fumo di sigaretta."

Importanti margini di prevenzione si hanno anche controllando l'inquinamento, soprattutto atmosferico e l'esposizione a cancerogeni nei luoghi di lavoro.

Fondamentale in termini di aiuto per combattere il fenomeno "fumo" sono i metodi di disassuefazione dall'abitudine.

Le recenti linee guida relative alla cessazione ne raccomandano l'utilizzo; in particolare:

- il counseling effettuato dal medico di medicina generale;
- i metodi con approccio psicologico di tipo cognitivo comportamentale individuali o di gruppo;
- la farmacoterapia ed il counseling del medico di medicina generale
- l'intervento di tipo psicologico combinato con NRT (terapia sostitutiva con nicotina).

Di grande efficacia sta risultando essere l'NRT; la valutazione medica da parte del pneumologo con il dosaggio del CO (monossido di carbonio) all'interno della visita ambulatoriale, favorisce l'esatta dose e tipo di somministrazione della nicotina di cui il paziente ha bisogno.

Tale terapia accoppiata al supporto psicologico è a livello internazionale il trattamento di disuasione dal fumo di tabacco più efficace; modesti risultati sono ottenuti mediante l'impiego di farmaci quali il bupropione e la nortriptilina e l'attuazione di tecniche come l'agopuntura.

E' importante far conoscere che entro un anno dalla rinuncia al fumo, il rischio si riduce della metà o più e continua a declinare, sebbene più lentamente raggiungendo, dopo un lungo periodo, i livelli di coloro che non hanno mai fumato.

Nell'ambito delle strategie necessarie per impostare un adeguato controllo del fumo di tabacco, gli interventi di comunità rappresentano uno dei primi approcci sia nel senso della prevenzione primaria (è fondamentale effettuare interventi di educazione sanitaria nelle scuole, tra i giovani onde evitare l'iniziazione al fumo!) sia come interventi di prevenzione secondaria (cessazione dal fumo).

Le campagne anti fumo, seppure faticosamente, apportano dei risultati positivi. Si calcola che il 30% della popolazione dei fumatori ne venga "influenzato" anche se meno del 6% smette di fumare, il 7% ci prova ed il 10% circa riduce il consumo di sigarette.

Tali punti sono stati ripresi ed ampliati dal **piano sanitario nazionale** che indica le seguenti azioni specifiche, che comprendano provvedimenti nazionali ed interventi regionali e locali:

- 1) promuovere il rispetto del divieto del fumo nei locali pubblici e nell'ambiente di lavoro
- 2) promuovere l'attuazione d'interventi di educazione sanitaria, con particolare riferimento alla popolazione in età scolare, selezionando rigorosamente gli interventi di cui è nota l'efficacia
- 3) realizzare campagne mirate a promuovere l'interruzione del fumo tra le donne in gravidanza
- 4) vigilare sulla corretta applicazione dei limiti alla pubblicità diretta ed indiretta
- 5) sostenere azione volte a favorire la disassuefazione dal fumo impegnando anche i medici di medicina generale con programmi strutturati di provata efficacia
- 6) promuovere iniziative volte alla limitazione del consumo di tabacco ai minori di 16 anni

Indagine conoscitiva su Prevenzione del tumore al seno

Le informazioni che seguono sono in gran parte frutto del recepimento delle raccomandazioni avanzate dalla FONCAM (Forza Operativa Nazionale sul Carcinoma Mammario) che ha lo scopo di

- stabilire linee guida condivise volte a favorire una uniforme diffusione degli interventi diagnostico-terapeutici per i tumori della mammella in tutto il territorio del Paese;
- favorire la creazione di una rete nazionale di centri per la diagnosi e/o cura dei tumori della mammella e migliorare i collegamenti fra i centri già esistenti;
- favorire l'aggiornamento professionale e svolgere opera di educazione sanitaria della popolazione femminile per consentire una più intensa partecipazione alle attività di diagnosi precoce;

Incidenza:

Si tratta di circa 30.000 nuovi casi ogni anno di Ca mammella di cui

- ⌘ 7.000 - 8.000 in età inferiore a 50 anni
- ⌘ 13.000 - 14.000 tra i 50 ed i 70 anni
- ⌘ 8.000 - 10.000 nelle età più avanzate

Nel 2002 sono decedute più di 11.000 donne ammalate di tumore al seno (pari al 16,3% di tutti i decessi femminili attribuibili a cancro).

I dati dei registri tumori indicano valori di incidenza più alti nel Nord, intermedi al Centro ed inferiori al Sud.

La tendenza è comunque di riduzione delle differenze geografiche che rimangono praticamente solo per l'età superiore a 50 anni.

I tassi di incidenza specifici per età del carcinoma della mammella aumentano esponenzialmente con l'età fin verso i 50 anni, quindi subiscono una pausa (o addirittura una lieve diminuzione), per poi riprendere a crescere, ma con un tasso inferiore, dopo l'età della menopausa.

La sopravvivenza relativa a 5 anni è passata dal 65% per i casi diagnosticati alla fine degli anni '70 al 75% dei casi diagnosticati alla fine degli anni '80.

Fattori di rischio:

- ↳ Età: raramente riscontrato prima dei 25 anni, successivamente la frequenza aumenta progressivamente con l'età;
- ↳ Storia personale: le donne che hanno avuto un tumore in una mammella, presentano un rischio 3 - 4 volte maggiore di sviluppare un tumore della mammella controlaterale;
- ↳ Familiarità: i familiari di primo grado delle donne che sono state colpite da carcinoma della mammella, presentano un rischio quasi doppio di sviluppare la neoplasia rispetto a chi non ha familiari colpiti;
- ↳ Mestruazioni: le donne con un menarca precoce (prima dei 12 anni) e con una menopausa tardiva (dopo i 50 anni), presentano un rischio maggiore di sviluppare un carcinoma della mammella;
- ↳ Gravidanza: se portata a termine prima dei 30 anni rappresenta un fattore di protezione;
- ↳ Alcool: gli studi sono controversi su un suo ruolo diretto;
- ↳ Fumo: rappresenta un fattore di rischio per la maggior parte dei tumori, incluso quello della mammella;
- ↳ Dieta ed Obesità: studi controversi

- ↳ **Precedente Radioterapia:** le donne che sono state sottoposte precedentemente ad irradiazione del torace per la terapia di un altro tumore, presentano un rischio maggiore di sviluppare un tumore della mammella;
- ↳ **Terapia Ormonale Sostitutiva:** possibile lieve incremento del rischio di carcinoma mammario nella terapia ormonale sostitutiva, con l'associazione di estrogeni e progestinici. Non esistono dati certi sulla sola terapia estrogenica.

Familiarità e Fattori Genetici:

Come abbiamo già visto, i familiari di primo grado di una donna affetta da carcinoma della mammella presentano un rischio di sviluppare questa neoplasia quasi doppio rispetto alla popolazione senza familiarità; il rischio aumenta ulteriormente se i familiari ad essere colpiti dal tumore sono due o più di due, soprattutto in giovane età e/o con tumori bilaterali.

Nella maggior parte di queste famiglie esiste una mutazione genetica nei geni BRCA 1 (breast carcinoma 1) o BRCA 2 (breast carcinoma 2), che è alla base della maggior parte dei carcinomi mammari ereditari a trasmissione dominante. Il gene BRCA 1 è anche un fattore predisponente per il carcinoma dell'ovaio.

Il rischio di ammalarsi di tumore per il portatore dei geni predisponenti non è noto con assoluta certezza e sembra essere variabile anche all'interno della stessa famiglia. Tuttavia è stato stimato un rischio di ammalare di carcinoma mammario che può arrivare al 85% ai 70 anni di età per le portatrici di mutazioni del BRCA 1.

E' possibile sapere se si è portatori di questi geni?

Ai nuclei familiari fortemente suggestivi della presenza di una forma di predisposizione familiare è oggi tecnicamente possibile offrire una analisi

genetica per la ricerca di mutazioni nei geni BRCA 1 e 2. L'esame si effettua su un comune prelievo di sangue venoso. L'analisi genetica del nucleo familiare considerato "a rischio" dovrebbe essere effettuata a partire dal familiare affetto da malattia con più precoce età di insorgenza.

In che cosa consiste una consulenza genetica?

E' opportuno che l'indicazione ad effettuare il test genetico sia valutata in sede di consulenza genetica che è, innanzitutto, un colloquio informativo per il soggetto. Sarà infatti compito del genetista, eventualmente coadiuvato dal clinico oncologo e dallo psicologo, illustrare al soggetto in esame le informazioni sul rischio "a priori" di essere portatore di un gene deleterio e sul significato dell'esame che si va a praticare nonché sul valore predittivo dell'esito positivo o negativo del test. Dopo il test infatti i risultati verranno ancora discussi con il genetista, l'oncologo e lo psicologo per l'importante impatto di tipo psicologico, sociale e clinico che il test stesso può comportare.

E' infatti compito delle persone giunte in consulenza genetica di informare gli altri membri della famiglia circa i contenuti della consulenza stessa e della eventualità di verificare se anch'essi hanno ereditato o meno il difetto genetico.

L'analisi infatti consente, una volta identificato il difetto genetico presente in ciascuna famiglia, di distinguere fra le donne a rischio, quelle effettivamente predisposte, e quindi meritevoli di programmi mirati di screening o di profilassi.

A chi è consigliata la consulenza genetica?

- Indipendentemente dalla storia familiare di cancro:

- ↳ A soggetti affetti da carcinoma della mammella e dell'ovaio
- ↳ A soggetti affetti da carcinoma della mammella prima dei 36 anni
- ↳ A soggetti maschi con carcinoma della mammella

- In presenza di storia familiare di cancro:

- ↳ A soggetti affetti da carcinoma della mammella o dell'ovaio se hanno due o più parenti di primo grado affette da carcinoma della mammella o dell'ovaio, o un parente maschio affetto da carcinoma della mammella

- ↳ A soggetti affetti da carcinoma bilaterale della mammella con un parente di primo grado affetto da carcinoma della mammella o dell'ovaio
- ↳ A soggetti affetti da carcinoma della mammella diagnosticato prima dei 50 anni di età con un parente di primo grado affetto dallo stesso tumore prima dei 50 anni o da carcinoma della mammella bilaterale o da carcinoma dell'ovaio
- ↳ A soggetti affetti da carcinoma dell'ovaio con un parente di primo grado affetto da carcinoma della mammella prima dei 50 anni di età, carcinoma della mammella bilaterale o carcinoma dell'ovaio.

Procedimenti Diagnostici:

- Autoesame mensile: è dimostrato che lo stadio medio alla diagnosi è più favorevole nelle donne che praticano regolarmente l'autoesame
- Esame clinico
- Mammografia
- Agoaspirato mammario
- Ecografia (ha buona specificità per le lesioni cistiche ma non è indicato come test esclusivo per la diagnosi dei carcinomi)
- Duttogalattografia: nei casi di secrezione ematica o siero-ematica e/o nel sospetto di vegetazioni intraduttali

Screening:

I programmi di screening mammografico hanno evidenziato una consistente riduzione della mortalità per carcinoma mammario nelle donne in età superiore a 49 anni.

Tale riduzione di mortalità (attorno al 50% nelle donne che si sottopongono a screening) è stata ottenuta anche con l'uso della sola mammografia e con intervalli di 2 - 3 anni tra due screening consecutivi.

Purtroppo non tutte le donne aderiscono allo screening. I dati, riferiti al 2001, indicano un valore complessivo di adesione intorno al 48% con profonde differenze fra una regione e l'altra (si va dall'oltre il 70% della Liguria al modestissimo 24% della Sicilia).

Nel 2002 la partecipazione ai programmi di screening è salita al 57% (comunque ancora al di sotto della percentuale di adesione ritenuta soddisfacente che è del 70%).

E' pertanto senz'altro raccomandabile l'intensificazione della organizzazione di programmi di screening mammografico con periodicità biennale rivolto alle donne residenti in età compresa tra i 50 ed i 70 anni.

L'invito a screening delle donne in età tra i 40 ed i 49 anni è tuttora da ritenersi argomento di ricerca.

Le indicazioni operative per i programmi di screening mammografico possono essere sintetizzate nei seguenti punti:

1. Popolazione oggetto del programma: donne residenti in una definita area geografica, di età compresa tra 50 e 70 anni;
2. Test di screening: mammografia con periodicità biennale;
3. Modalità di invito: invito personalizzato con almeno un secondo invito per le non rispondenti;
4. Esami di approfondimento: esame clinico e quello citologico (manuale o stereotassico/ecoguidato);
5. Controllo periodico dei risultati: tasso di partecipazione, frequenza e stadio delle neoplasie diagnosticate, ecc.

Considerando i costi di un programma di screening e le difficoltà diagnostiche del carcinoma della mammella specie in fase pre-clinica, appare opportuno che tutto il percorso diagnostico venga ottenuto in una unica sede qualificata e controllata.

Pazienti sintomatiche:

A differenza dello screening che si rivolge a persone asintomatiche, per le donne con sintomi (generalmente un nodulo autopalpato) deve essere previsto, a maggior ragione, un percorso chiaro e facilmente fruibile.

Terapia:

In questa sede non appare particolarmente importante trattare l'argomento se non per segnalare che, per quanto riguarda l'approccio chirurgico (che comunque in queste come in moltissime altre forme di tumore rappresenta solo un aspetto di una terapia molto più composita), esso prevede la asportazione più o meno ampia di parte della mammella (fino alla mastectomia per i tumori di dimensioni maggiori di 3 cm) e della cosiddetta dissezione ascellare (cioè la completa asportazione dei linfonodi del cavo ascellare). Attualmente la dissezione è sostituita dalla metodica detta del "linfonodo sentinella". Si tratta del metodo più efficace, allo stato attuale, per evitare in molti casi (nei tumori di dimensioni fino a poco più di 2 cm) la dissezione ascellare.

La localizzazione del linfonodo sentinella deve essere eseguita in donne nelle quali un esame agobiottico o citologico con agoaspirato abbia rilevato la presenza di un carcinoma mammario. I linfonodi ascellari devono essere clinicamente negativi, le lesioni neoplastiche non devono essere multifocali o multicentriche e la donna non deve essere in

gravidanza o in allattamento. Inoltre è sconsigliabile sottoporre a questa metodica pazienti con neoplasie mammarie di dimensioni superiori a 3 cm infatti in questi casi oltre al rischio elevato di metastasi (60%) è altresì aumentato il rischio di salto del linfonodo sentinella perché totalmente metastatico.

Consiste nell'iniettare un tracciante radioattivo o un colorante vitale nella zona peritumorale; il primo linfonodo che riceve la linfa dalla zona del tumore è quello che più probabilmente viene invaso dalle cellule tumorali. Questo linfonodo, definito "sentinella" viene individuato e rimosso selettivamente dal chirurgo nel corso dell'intervento: se contiene cellule tumorali si procede alla dissezione ascellare, altrimenti la si può evitare. Questa procedura, sebbene ormai ampiamente validata dai dati della letteratura internazionale, è da ritenersi affidabile a condizione che venga eseguita in centri specialistici che abbiano dimostrato la loro esperienza nell'ambito di studi clinici controllati.

Chemioterapia (neoadiuvante, adiuvante o "di necessità")

Radioterapia

Ormonoterapia

DOCUMENTAZIONE FORNITA DAGLI AUDITI
NELLA SEDUTA DEL 20 OTTOBRE 2004



Ministero della Salute

Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria

Nota su "lotta al fumo e prevenzione del tumore del seno"

Audizione del Dott. Donato Greco, Direttore Generale della Prevenzione Sanitaria

alla Commissione Sanità del Senato del 20 ottobre 2004

LA LOTTA AL FUMO

1. La dimensione del problema

Il fumo di tabacco costituisce uno dei maggiori fattori di rischio nello sviluppo di patologie, croniche ed invalidanti, che influiscono negativamente sul benessere della popolazione e sull'economia del paese. Il fumo di tabacco è causa efficiente nella patogenesi di almeno otto tipi di neoplasie (in primo luogo il cancro del polmone) e di diverse altre malattie non neoplastiche, ma ad evoluzione potenzialmente letale, quali la broncopneumopatia cronica ostruttiva, le coronaropatie, gli ictus.

In Italia (ISTAT:Rapporto annuale 2003) la prevalenza di fumatori è del 23,7% della popolazione ultraquattordicenne (30,9% maschi e 17,1% femmine).

Tra gli uomini dal 1980 in poi si è avuta una forte diminuzione fino alla metà degli anni novanta (dal 54,3% del 1980 al 34,1% del 1994). Successivamente, dal 1997 (33,1%), la percentuale di fumatori maschi è andata diminuendo in misura minore.

La percentuale di fumatrici ha subito progressivo aumento negli ultimi venti anni, stabilizzandosi dalla fine degli anni novanta, intorno al 17%.

La mortalità per specifiche patologie attribuibili al fumo è in Italia di circa 80.000 decessi l'anno (tabella allegata)*Lotta al fumo in Italia*

2. Gli impegni

La lotta al fumo è un tema di assoluta centralità nell'ambito delle politiche sanitarie del Paese.

Le attività di prevenzione sono elementi fondamentale per il raggiungimento degli obiettivi di diminuzione dell'incidenza e della prevalenza dei fumatori e di una diminuzione delle patologie, gravi ed invalidanti, legate all'esposizione attiva e passiva al fumo di tabacco.

In questa ottica:

- Il **Piano Sanitario Nazionale 2003-2005** nell'ambito del progetto 9 "Promuovere gli stili di vita salutari, la prevenzione e la comunicazione pubblica sulla salute", sottolinea come il tabagismo, fenomeno assai complesso per i risvolti economici, psicologici e sociali e soprattutto per la grave compromissione della salute dei fumatori, sia attivi che passivi, necessita non solo di interventi di carattere legislativo, ma anche di efficaci e capillari attività di informazione ed educazione alla salute, da rivolgere in particolare ai giovani in età scolare ed alle donne in età fertile.
- Con l'**Accordo di Cernobbio del 7 aprile 2004** il Ministero della salute e le Regioni si sono impegnati tra l'altro a potenziare le misure di educazione sanitaria, di prevenzione e diagnosi precoce, attraverso la definizione di un Piano di prevenzione attiva nel cui ambito la prevenzione oncologica e cardiovascolare non può non esprimersi anche attraverso strategie di contrasto al fumo.
- Il **Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM)** istituito presso il Ministero della salute con la legge 26 maggio 2004 rappresenta il braccio operativo per il raggiungimento degli obiettivi di salute prioritari per il paese mediante gli strumenti della ricerca epidemiologica, la definizione di strategie di intervento, l'attivazione di programmi e la valutazione dei risultati.

3. Le attività di Prevenzione

3.1 Campagne di Comunicazione

- **Campagna Nazionale**

La prima "Campagna di comunicazione nazionale per la promozione di stili di vita salutari" del Ministero della Salute ha affrontato in primo luogo i temi della dissuasione dal fumo e della corretta alimentazione.

I principali obiettivi della **Campagna sulla dissuasione dal fumo** sono stati lo sviluppo della consapevolezza dei danni derivanti dal fumo attivo e passivo, la prevenzione del tabagismo - specie tra i giovani e le donne -, la riduzione del numero dei fumatori, la tutela dei non fumatori, in particolare dei bambini.

La Campagna nel 2003 è stata articolata sulle reti televisive nazionali pubbliche e private (RAI, Mediaset e La7) attraverso spot di diversa durata, alternati ad interventi redazionali e pillole informative inserite all'interno di numerose trasmissioni. Infatti, accanto agli spot che mirano a focalizzare l'attenzione sui temi di maggiore impatto, gli spazi comunicativi all'interno dei palinsesti televisivi, consentono di approfondire gli argomenti trattati, tarando gli interventi sullo specifico target di riferimento. Per meglio veicolare i messaggi e raggiungere i destinatari in maniera capillare sono stati utilizzati altri media come la radio (radiorai), i canali satellitari (Raisat e Rainews), il televideo e Internet.

Nel corso del 2004 la Campagna è stata replicata sulla stampa con la pubblicazione di pagine informative sui quotidiani nazionali e sulla stampa periodica.

- **Campagna Quit and Win**

Quale intervento di comunicazione partecipata il Ministero della salute ha stimolato la partecipazione delle Aziende -USL del territorio alla Campagna "Quit and Win (Q&W), "Smetti & Vinci" (S&V), promossa dall'OMS, che rappresenta il più esteso intervento di comunità per la disassuefazione dal fumo di tabacco, destinato ai fumatori di età superiore a 18 anni. Quit and Win si svolge in oltre cento paesi utilizzando il meccanismo del concorso a premi con un regolamento unico internazionale tra i fumatori che si impegnano a smettere di fumare per un periodo determinato.

La Campagna nazionale 2004 è stata coordinata dalla Regione Veneto, attraverso la ULSS n.14 di Chioggia e ha visto circa 8000 iscritti.

Alla terza edizione del concorso (maggio 2002) hanno partecipato 6.370 fumatori, con una percentuale totale di astinenti, ad un anno, del 36,7%.

3.2 Progetti finanziati

- In collaborazione con il Ministero dell'Istruzione nell'ambito di iniziative di educazione alla salute promosse dal Ministero è stato realizzato il **progetto "Missione Salute"**, destinato agli studenti dei primi tre anni delle scuole medie superiori. Il progetto si compone di sei opuscoli monografici illustrati di cui uno **"Droghe, alcool, tabacco, doping e anabolizzanti: La trappola chimica"** affronta i danni e i pericoli connessi all'abuso di sostanze, compreso il tabacco, trattando anche i temi collegati alle motivazioni interne che spingono al consumo delle stesse e alla necessità di imparare ad affrontare le crisi personali quali momenti di crescita utili alla formazione del carattere.
- Il Ministero della salute ha promosso il progetto di "Attivazione di esperienze pilota nel campo della promozione di stili di vita salutari e di scelte culturali e comportamentali contrarie alla abitudine al consumo". Il progetto, in via di conclusione, vede la partecipazione di cinque Aziende-USL (Trento, Bassa

Friulana, Grosseto, Matera e Ragusa). Le Aziende coinvolte stanno svolgendo attività di prevenzione dell'uso di farmaci, di alcool e di tabacco attraverso l'integrazione tra forze istituzionali (enti locali, famiglia, scuola, servizi sanitari, servizi sociali, ecc.) ed altre figure professionali non specificamente impegnate nell'educazione alla salute, ma in grado di stabilire relazioni positive con i giovani. Sono stati formati e coinvolti genitori, insegnanti, operatori sanitari, del volontariato, del divertimento, dello sport.

4. Attività normativa

4.1 Divieto di fumo

- La **Legge 16 gennaio 2003, n. 3 "Disposizioni ordinamentali in materia di pubblica amministrazione (art. 51: Tutela della salute dei non fumatori)** ha esteso il divieto di fumo ai tutti i luoghi di lavoro, pubblici e privati, e quindi anche ai bar ristoranti ed altri esercizi commerciali. La legge non ha intenti persecutori per i fumatori ed infatti è stata prevista la possibilità di creare locali riservati ai fumatori. Questi ultimi devono essere dotati di impianti per la ventilazione ed il ricambio di aria regolarmente funzionanti. L'articolo, quindi, stabilisce il principio che non fumare è la regola e fumare è l'eccezione, segnalata da apposite indicazioni. Viene modificato, quindi, quanto previsto dalla legge del 1975 che consentiva la deroga al divieto di fumo in presenza di impianti di ventilazione, permettendo la contemporanea presenza nei locali di fumatori e non fumatori. La legge farà vedere in pieno i suoi effetti a partire dal prossimo 28 dicembre, ossia decorso l'anno concesso per l'adeguamento dei locali nei quali vogliono essere create aree riservate ai fumatori, aventi le caratteristiche tecniche fissate dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 dicembre 2003, che ha recepito un Accordo tra il Ministero della salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sancito il 24 luglio 2003. Alcuni positivi effetti della norma, tuttavia, si sono manifestati sin dalla sua pubblicazione. Si pensi, ad esempio, alla scelta della società **Trenitalia**, promossa ed appoggiata dal Ministro della salute, di vietare il fumo su tutti i treni Intercity ed Eurostar dal 1° marzo 2004, rendendo di fatto tutto il trasporto nazionale su rotaie "smoke free". Infatti dal 14 aprile 2003 il fumo era stato vietato su tutti i treni regionali e interregionali. Anche altre società, come la TIM, hanno deciso di adottare una "no smoking policy", cercando comunque di venire incontro alle esigenze dei dipendenti fumatori.

4.2 Protezione dei minori

- L'inasprimento delle sanzioni (art. 52, comma 20, della Legge 28 dicembre 2001, n. 448 - finanziaria 2002: sanzione amministrativa del pagamento di una somma da 25 a 250 Euro, raddoppiata qualora la violazione sia commessa in presenza di una donna in evidente stato di gravidanza o in presenza di lattanti o bambini fino a 12 anni) è stato un provvedimento importante che ha sottolineato l'aspetto della protezione di categorie particolarmente vulnerabili.
- La protezione dei minori è stata perseguita anche attraverso la sollecitazione del Ministro della Salute all'Amministrazione competente (Monopoli di Stato) affinché fosse limitato l'orario di funzionamento dei distributori automatici di sigarette. Dal 1° gennaio 2004 è stata disposta la disattivazione dei distributori automatici nella fascia oraria compresa tra le sette e le ventuno ed è stata raccomandata, per

il futuro, l'installazione di dispositivi dotati di lettore per la carta d'identità elettronica, in via di diffusione nel nostro paese.

4.3 Informazione ai consumatori

- Con il Decreto Legislativo 24 giugno 2004, n. 184 è stata recepita la Direttiva 2001/37/CE "Ravvicinamento delle disposizioni legislative, regolamentari e amministrative degli Stati membri relative alla lavorazione, alla presentazione e alla vendita dei prodotti del tabacco". Che ha per obiettivo la protezione della salute e la corretta informazione dei consumatori sui rischi legati all'uso del tabacco.
- A decorrere dal 1° gennaio 2004 il tenore massimo di catrame, nicotina e monossido di carbonio delle sigarette pari è stato fissato rispettivamente, a 10 mg/sigaretta, 1mg/sigaretta e 10mg/sigaretta e sono stati definiti i relativi metodi di misurazione.
- Il Decreto ha introdotto, inoltre, nuove norme per l'etichettatura dei prodotti del tabacco, per quanto riguarda sia il testo delle avvertenze generali e supplementari stampate sulle confezioni sia le loro caratteristiche grafiche (posizione, dimensioni, carattere e corpo del testo).
- Per una migliore e più corretta informazione dei consumatori è stato vietato, a decorrere dal 30 settembre 2003, l'uso sulle confezioni di prodotti del tabacco di diciture, immagini o elementi figurativi che possono trarre in inganno dando la falsa impressione che alcuni prodotti siano meno nocivi di altri.
- Il Decreto, inoltre, obbliga i fabbricanti e gli importatori di prodotti del tabacco a presentare un elenco completo di tutti gli ingredienti utilizzati nella produzione alle Amministrazioni competenti (Ministero della Salute e Ministero dell'Economia) che ne cureranno la diffusione al pubblico.
- E' in corso di predisposizione un Decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze con il quale, sempre in attuazione della Direttiva Europea, sono definiti i requisiti strutturali, tecnologici e funzionali dei laboratori di analisi autorizzati all'espletamento e alla verifica delle analisi per la determinazione del tenore di nicotina, catrame e monossido di carbonio, le procedure per il rilascio delle autorizzazioni ai laboratori, nonché le ulteriori prove richieste ai fabbricanti o agli importatori ai fini della determinazione del tenore e degli effetti sulla salute di altre sostanze contenute o derivate dai loro prodotti del tabacco, tenendo conto tra l'altro del pericolo di dipendenza che comportano.

4.4 Pubblicità dei prodotti del tabacco

La normativa nazionale già vieta la pubblicità diretta ed indiretta dei prodotti del tabacco.

- Entro il 31 luglio 2005 sarà recepita la Direttiva 2003/33/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 26 giugno 2003 che regola la pubblicità e la sponsorizzazione a favore dei prodotti del tabacco aventi carattere transfrontaliero e la distribuzione gratuita dei prodotti del tabacco a scopo promozionale. Con il recepimento di tale Direttiva avrà fine la possibilità da parte dell'industria di sponsorizzare ad esempio manifestazioni sportive a carattere internazionale.

5. Collaborazioni internazionali

La Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria collabora con l'Organizzazione Mondiale della Sanità in qualità di *focal point nazionale per il tabacco*.

- E' stata assicurata, pertanto, la partecipazione dell'Italia ai negoziati che hanno portato all'approvazione della **Convenzione Quadro per il controllo del Tabacco (FCTC)** nel corso della Assemblea mondiale della sanità dell'OMS (Ginevra maggio 2003). L'adozione della Convenzione è stata l'atto finale di una procedura iniziata nel 1999, quando l'Organizzazione mondiale della sanità, di fronte alle gravi conseguenze per la salute a livello mondiale connesse al tabagismo, decise di elaborare e negoziare una convenzione internazionale al fine di limitare la diffusione globale del tabacco. L'obiettivo della FCTC è quello di proteggere le generazioni presenti e future dalle conseguenze del consumo di tabacco e dall'esposizione al fumo, fissando un quadro di misure per la lotta contro il tabagismo applicabili dalle parti interessate a livello regionale, nazionale e internazionale. L'Italia ha firmato la Convenzione nel giugno 2003 ed ha avviato le procedure per la ratifica nazionale.

6. Collaborazione con le Regioni e l'ISS

- E' stato realizzato - e pubblicato sul portale del Ministero e dell'ISS - il **censimento dei Centri regionali per la disassuefazione dal fumo**. Attualmente sono attivi sul territorio nazionale **345** centri di cui 265 presso Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliere e 80 presso le sedi provinciali della Lega Italiana per la lotta contro i tumori

7. Prossime tappe

- Attualmente il Ministero della Salute si sta preparando per sostenere il Paese nell'applicazione estesa della nuova norma sul divieto di fumo nei locali chiusi. E' necessario infatti, da un lato predisporre un sistema sanzionatorio di facile applicazione (vedi bozza allegata), dall'altro fornire materiali che illustrino ai responsabili degli uffici e ai conduttori di esercizi pubblici quali vantaggi otterranno dall'applicazione del divieto, come operare per far rispettare il divieto. Si tratta infatti di una grande opportunità per fare salute, ma sarà necessario mobilitare le migliori energie per una effettiva applicazione estesa a tutto il paese. Non bisogna sottovalutare infatti le difficoltà - che già altri Paesi hanno sperimentato - nell'applicazione del divieto di fumo.

Numero di Morti per specifiche patologie, attribuibili al fumo, in Italia nel 2000

Cause di Morte	Maschi	Femmine	Totale
Labbra, Bocca, Faringe	1.7140	237	1.951
Esofago	1.242	206	1.448
Pancreas	1.010	546	1.556
Laringe	1.492	82	1.574
Trachea, Bronchi, Polmone	23.120	3.213	26.333
Cervice Uterina	0	32	32
Vescica	1.965	157	2.122
Rene	822	31	853
Totale neoplasie maligne	31.365	4.504	35.869
Iperensione	1.403	732	2.135
Malattie Ischemiche Cardiache	8.504	2.336	10.840
Altre malattie cardiache	5.667	1.734	7.401
Malattie Cerebrovascolari	3.837	1.774	5.611
Aterosclerosi	648	171	819
Aneurisma Aortico	1.711	322	2.033
Altre Malattie delle Arterie	258	118	376
Totale patologie cardiovascolari	22.028	7.187	29.215
Polmonite, Influenza	1.159	433	1.592
Bronchite, Enfisema	9.424	3.511	12.935
Broncopneumopatia Cronico Ostruttiva	1.637	607	2.244
Totale patologie respiratorie	12.220	4.551	16.771
Totale generale	65.613	16.242	81.855

IL CANCRO AL SENO

Dimensioni del problema

Nel 2002 in Italia il carcinoma della mammella ha causato la morte di 11.546¹ donne (17 per 100.000 donne).

I carcinomi della mammella costituiscono il 27,6% di tutti i casi di tumore diagnosticati nella popolazione femminile e rappresentano la neoplasia più frequente tra le donne ed è anche il principale tumore trattato nei diversi centri di oncologia in Italia con 31.960² casi.

Le donne hanno un rischio stimato di morte per carcinoma della mammella del 3,6%.² Il cancro del seno rappresenta il 16,3% di tutti i decessi attribuibili al cancro, tra le donne.

Mentre l'incidenza del tumore al seno è in costante aumento negli ultimi 20 anni, dal 115 per centomila donne del 1986 a 135 nuovi casi per centomila della fine degli anni novanta, la mortalità per il carcinoma della mammella è rimasta relativamente costante dal 1930 a oggi e nel 1992, intorno ai 22 decessi ogni 100.000 donne.^{1,2}

La sopravvivenza a cinque anni stimata dai registri italiani al 2000 è circa l'80% con un costante miglioramento negli ultimi 20 anni.

Le azioni

Lo screening mammografico è, secondo i più autorevoli dati scientifici, in grado di ridurre la mortalità per cancro al seno nelle donne tra i 50 e i 70 anni di circa il 30% e ridurre l'invasività degli interventi.

Nel nostro Paese quindi lo screening di massa potrebbe prevenire oltre 3.000 decessi all'anno.

L'efficacia dello screening biennale è uguale a quella dello screening annuale: per questo consigliamo la mammografia ogni due anni.

Lo screening mammografico è proposto dal Servizio Sanitario da oltre 20 anni, ma al 2001, circa il 47% delle donne candidabili lo avevano fatto: l'adesione variava dal 73% della Liguria al 24% della Sicilia. Già nel 2002 la partecipazione allo screening è aumentata al 57%.

Un'indagine sullo stato di attuazione dello screening del 2003 ci dice che le Regioni hanno adottato provvedimenti normativi e linee guida per incrementare l'offerta dello screening (Tab. 1). Mancano informazioni su Sicilia e Sardegna.

Provvedimenti normativi

Alla luce di questi dati abbiamo deciso di varare un programma intensivo per l'adozione uniforme dello screening su tutto il Paese:

¹ ISTAT: "La mortalità per causa nelle regioni italiane – anni 2000 – 2002"

² AIOM: "Il libro bianco dell'oncologia italiana – seconda edizione"

- Il PSN 2003-2005 investe nella prevenzione con particolare enfasi nella prevenzione secondaria dei tumori e tra questi il cancro del seno
- Nel Novembre 2003 il Parlamento Europeo ha approvato una risoluzione proposta dalla Presidenza Italiana per l'adozione uniforme in tutti i Paesi dell'Unione dell'offerta attiva dello screening per i tumori del seno, della cervice uterina e del colon-retto
- E' stato siglato un accordo Stato-Regioni (Cernobbio, Aprile 2004) che contiene il Piano di Prevenzione Attiva con 4 elementi strategici, uno dei quali è lo screening dei 3 tumori già indicati nella risoluzione Europea
- Il Ministro della Salute ha proposto una Legge approvata dal Parlamento nel Maggio di quest'anno (Legge 138, GU del 26/5/2004) che all'Art. 2bis impegna il Paese a colmare il gap esistente tra la popolazione obiettivo e quella che realmente partecipa agli screenings oncologici destinando ulteriori 50 milioni di Euro a questo obiettivo
La stessa Legge istituisce il Centro per il Controllo delle malattie (CCM) che ha l'impegno di promuovere la reale operatività dei programmi di prevenzione attiva
- La Legge Finanziaria 2001, Art. 85, aveva già definito come esenti da ticket la mammografia ogni due anni per le donne tra 45 e 69 anni
- Lo screening per il tumore al seno è stato inserito tra i Livelli Essenziali di Assistenza con DPCM 29/11/2001

Le prossime tappe

- Nei prossimi giorni diventano attivi presso il Ministero della Salute tre Nuclei Operativi di esperti, istituiti con DM, definiti dal Ministro e dalle Regioni che hanno il compito di rivisitare le Linee Guida esistenti sugli screenings e di promuovere azioni per l'implementazione massiccia dello screening anche per il cancro al seno in tutto il Paese.
- Questi Nuclei avranno anche il compito di seguire il monitoraggio del Programma e di eseguirne adeguate valutazioni.
- Il Sistema Informativo Sanitario sta approntando di concerto con il Ministro dell'Innovazione sistemi Informativi dedicati agli screenings dei tumori che siano in grado di offrire in tempo reale sia lo stato di avanzamento del Programma di Screening che i suoi risultati di efficacia.
- Campagne informative per la promozione dello screening sono previste già per i primi mesi del prossimo anno.
- Il Programma Screening valorizza le esperienze già presenti sul territorio, in particolare quelle reti scientifiche che già includono numerosi centri di screening (GISMA) e l'esistente coordinamento regionale sullo stesso argomento.

Tabella 1 – Indagine 2003 sullo stato di attuazione dello screening per il cancro al seno tra le Regioni Italiane

Regioni	tipologia di screening	Iniziative legislative	Linee guida, controlli di qualità	Budget	Coordinamento regionale	Centro di riferimenti regionale	Monitoraggio attività	Formazione training	Diffusione risultati
Valle d'Aosta	m+u	si	si	si	si	si	si	si	Si
Piemonte	m+u	si	si	si	si	si	si	si	Si
Liguria	m+u	si	si	si	si	si	si	si	no, solo internet
Lombardia	m+u	si	si	si	si	No	si	si	Si
Trento	m+u	si	si	si (*)	si	Si	no	si	si + internet
Bolzano	ut	si	si	si	si	Si	Si	no	no, solo internet
Veneto	m+u	si	si	si	si	No	Si	si	si + internet
Friuli	m+u	si	si	no	si	Si	Si	si	si + internet
Emilia Romagna	m+u	si	si	si	si	Si	Si	si	si + internet
Toscana	m+u	si	si	no	si	Si	Si	si	Si
Marche	np	si	si	si	si	Si	Si	si	Np
Umbria	mu	si	si	si	si	No	Si	si	si + internet
Molise	mu		si	si	si	Si	Si	si	Si
Abruzzo	ut	si	si	si	si	Si	Si	si	si + internet
Lazio	m+u	si	si	si	si	Si	Si	si	si + internet
Puglia	m+u	si	si	si	si	Si (=)	Si	si	Si

Campania	m+u	si	si	si	si	Si	Si	si	si + internet
Calabria	m+u	si	si	si	si	Si	Si	si	Np
Basilicata	m+u	si	si	si	si	Si	Si	si	si + internet
Sicilia	Non pervenuto								
Sardegna	Non pervenuto								

(=) = solo per la mammella

Ut = risposto per il cervicocarcinoma

M+u = risposto per entrambi gli screening

Appendice 1

Quanto è frequente il ricorso alla mammografia tra le donne in Italia

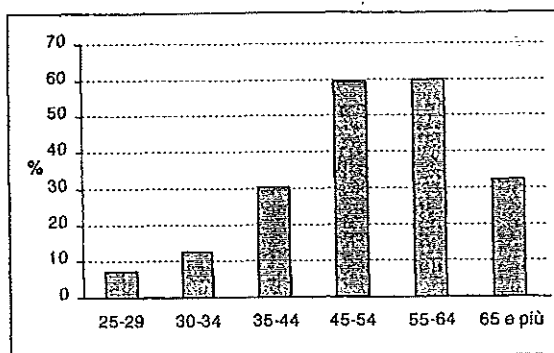
Accertamenti per la diagnosi precoce del tumore alla mammella all'interno e al di fuori di programmi di screening

Dati ISTAT - Indagine Multiscopo sulle Famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" Anni 1999-2000 -

Oltre 8 milioni di donne di 25 anni e più, ovvero il 37% delle donne della stessa età, si sono sottoposte ad un controllo mammografico in assenza di disturbi o sintomi. La percentuale sale a partire dalla classe 35-44 anni e raggiunge il 60% tra le donne di 55-64 anni, per poi diminuire nuovamente tra le donne più anziane. L'età media al primo controllo è pari a 45 anni.

Donne di 25 anni e più, distinte per classi di età, che in assenza di sintomi o disturbi si sono sottoposte a mammografia almeno una volta nella vita - Anni 1999-2000

Classi di età (anni)	Per 100 donne della stessa età
25-29	7,2
30-34	12,4
35-44	30,5
45-54	59,3
55-64	60,0
65 e più	32,4
Totale	36,6



Fra le donne che hanno effettuato una mammografia il 62% ha ripetuto l'esame, di queste oltre il 70% lo ha fatto almeno ogni due anni, con una frequenza maggiore nella classe 60-69 anni.

Donne di 25 anni e più secondo la frequenza con cui hanno eseguito i controlli successivi alla prima mammografia - Anni 1999-2000

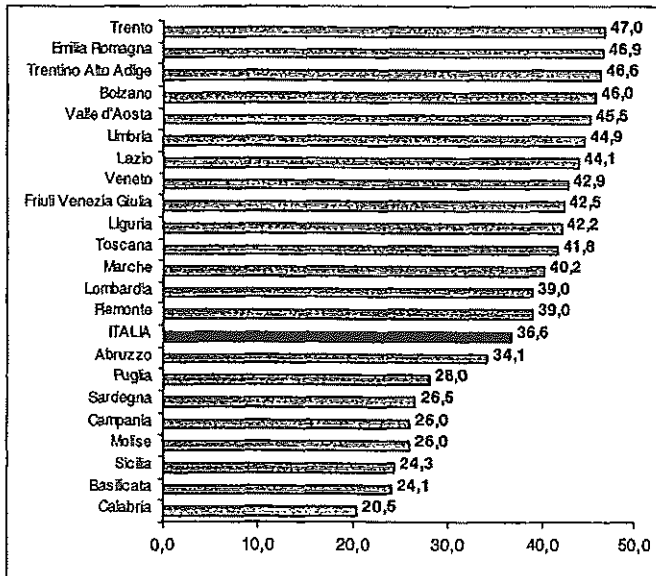
Classi di età	Almeno una volta all'anno		Ogni due anni		Ogni tre anni		Oltre i tre anni	
	N	Per 100 donne della stessa età	N	Per 100 donne della stessa età	N	Per 100 donne della stessa età	N	Per 100 donne della stessa età
fino a 40 anni	161	40,3	124	31,1	45	11,2	69	17,3
40-49	389	37,4	391	37,6	116	11,2	145	13,9
50-59	595	35,2	665	39,4	181	10,7	248	14,7
60-69	372	30,7	489	40,3	121	10,0	232	19,1
69 e più	160	26,2	212	34,7	87	14,2	153	24,9
Totale	1677	33,8	1883	38,0	550	11,1	847	17,1

Il ricorso alla mammografia presenta notevoli differenze territoriali ed è influenzato da fattori socio-demografici. La percentuale di donne con 25 anni e più che si sottopone a mammografia in assenza di sintomi o disturbi è più bassa tra le donne del Sud e delle Isole, con tassi di utilizzo che vanno dal 20,5% rilevato in Calabria al 46,9% in Emilia Romagna.

Donne di 25 anni e più che, in assenza di sintomi o disturbi, si sono sottoposte a mammografia almeno una volta nella vita, per ripartizione geografica - Anni 1999-2000

Ripartizione geografica	Per 100 donne della stessa età
Italia Nord Occidentale	39,4
Italia Nord Orientale	44,7
Italia Centrale	42,9
Italia Meridionale	26,5
Italia Insulare	24,9
ITALIA	36,6

Graduatoria regionale della proporzione di donne di 25 anni e più che, in assenza di sintomi o disturbi, si sono sottoposte a mammografia almeno una volta nella vita - Anni 1999-2000



In particolare, la quota di donne di 65 anni e più che hanno effettuato almeno una mammografia è più del doppio nell'Italia Nord orientale rispetto all'Italia meridionale.

Donne di 25 anni e più che in assenza di sintomi o disturbi si sono sottoposte a mammografia almeno una volta nella vita, per classi di età e ripartizione territoriale - Anni 1999-2000

Ripartizione territoriale		25-29	30-34	35-44	45-54	55-64	65 e più	totale
Italia Nord Occidentale	Nord	6,8	10,3	30,0	63,1	66,4	35,8	39,4
Italia Nord Orientale		6,1	12,1	36,4	72,3	72,8	42,0	44,7
Italia Centrale		8,5	14,4	34,4	67,1	69,5	39,1	42,9
Italia Meridionale		7,8	14,7	26,8	45,7	40,5	17,6	26,5
Italia Insulare		6,4	10,4	22,5	42,5	38,2	20,6	24,9
Italia		7,2	12,4	30,5	59,3	60,0	32,4	36,6

Le

donne con 35 anni e più con titolo di studio elevato presentano una percentuale di utilizzo della mammografia nettamente superiore rispetto alle donne meno istruite.

Donne di 25 anni e più che, in assenza di sintomi o disturbi, si sono sottoposte a mammografia almeno una volta nella vita per titolo di studio - Anni 1999-2000 (per 100 donne della stessa età e con lo stesso titolo di studio)

Titolo di studio	25-29	30-34	35-44	45-54	55-64	65 e più	totale
Laurea e diploma scuola media superiore	6,4	12,8	32,9	66,5	71,1	48,5	34,1
Licenza scuola media inferiore	8,4	11,7	29,1	60,5	66,2	46,2	36,3
Licenza scuola elementare e nessun titolo	7,8	16,1	26,5	52,4	55,3	29,0	38,5
Totale	7,2	12,4	30,5	59,3	60,0	32,4	36,6

Appendice 2

Il carcinoma alla mammella in Europa – Lo studio Eurocare

Dati di sopravvivenza

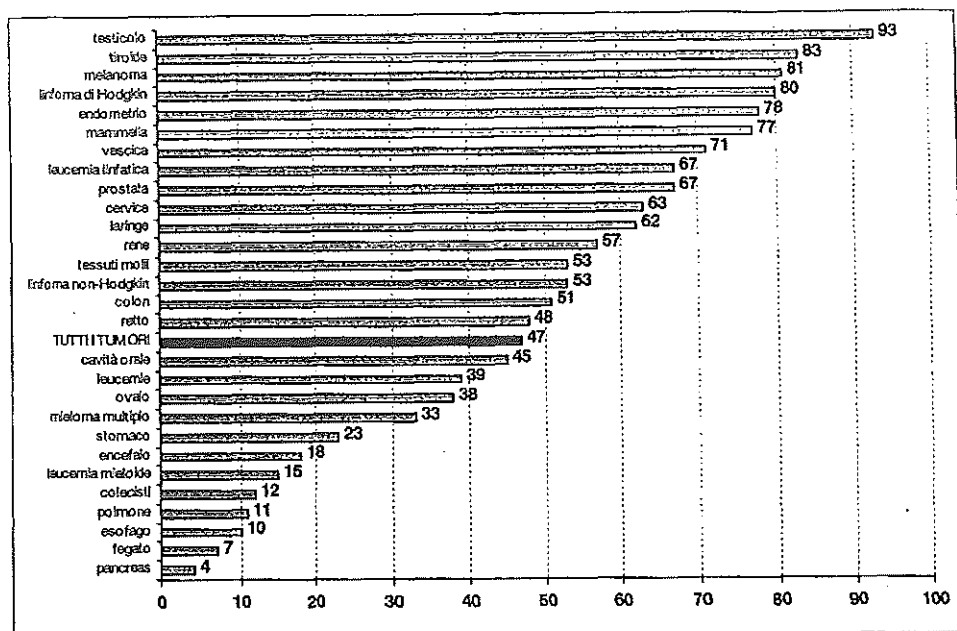
La fonte informativa principale sui tumori in Europa è rappresentata dai Registri Tumori. I primi Registri Tumori in Europa sorgono nei paesi Nordici negli anni '50 (Danimarca, Finlandia, Svezia) come registri nazionali con completa copertura della popolazione. In Italia, come nella quasi totalità dei paesi dell'Europa centrale e meridionale, i Registri Tumori nascono verso la fine degli anni '70 e sono a copertura locale (provinciale e di rado regionale).

I Registri Tumori italiani non sono stati istituiti da organismi nazionali sulla base di una pianificazione coordinata, ma nascono piuttosto per iniziative spontanee, successivamente incluse nei piani sanitari regionali.

Nel tempo (in particolare negli anni '90), le aree di osservazione dei registri si sono estese, ma al tempo stesso si è **ulteriormente aggravato il divario di copertura tra Nord e Sud**. Questo squilibrio è particolarmente stridente se si tiene conto che, da un lato il rischio di ammalarsi di tumore nelle regioni del Sud è significativamente più basso che nel resto d'Italia; dall'altro, non ci si aspettano livelli di eccellenza per la sopravvivenza al Sud, date le condizioni socio-economiche più svantaggiate e i bassi livelli osservati nei pochi dati esistenti.

A livello europeo, lo studio Eurocare evidenzia che per le neoplasie a più alta incidenza nella popolazione, **la sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi per il tumore della mammella è pari al 77%**, contro il 47% del complesso dei tumori nei pazienti adulti in Europa (uomini e donne di età compresa tra 15 e 99 anni), limitatamente alle sedi tumorali con più di 10.000 casi.

Sopravvivenza relativa a 5 anni in Europa (%)



Fonte: Eurocare-3

In generale, la sopravvivenza per tumore rimane estremamente variabile nei diversi paesi europei.

I paesi dell'Europa orientale mostrano i livelli di sopravvivenza sistematicamente più bassi rispetto al resto d'Europa. In Italia, la sopravvivenza a 5 anni per il complesso dei tumori è del 41% per gli uomini e del 56% nelle donne, leggermente superiore al valor medio europeo (rispettivamente, 40% e 55%).

La percentuale di sopravvivenza dei pazienti italiani è maggiore della media europea per i tumori della laringe (rispettivamente; 68% e 61%), della mammella (81% e 76%) della cervice uterina (67% e 62%) dello stomaco (26% e 22%), del rene (58% e 55%), del testicolo (94% e 91%).

Al contrario, livelli di sopravvivenza inferiori alla media europea si osservano per le leucemie (31% e 37%), per il melanoma (77% e 80%), per i tumori prostatici (62% e 64% e).

Per la maggior parte dei tumori, gli indicatori di sopravvivenza mostrano un generale miglioramento della prognosi, nel corso del periodo di diagnosi 1983-1994.

Per l'insieme dei paesi europei si registra un miglioramento rilevante per i tumori della mammella, del colon retto e della prostata, tre tumori la cui prognosi è particolarmente sensibile agli strumenti di diagnosi precoce oggi disponibili. Incrementi rilevanti sono stati anche osservati per i tumori dell'ovaio e per i melanomi.

Analizzando più in dettaglio i trend in Italia, in Europa ed in due paesi di riferimento (Finlandia ed Inghilterra) si osserva in Italia un andamento per la mammella più favorevole rispetto a quello medio europeo.

Uno sguardo al mondo

Nel 2003 l'OMS ha pubblicato il WORLD CANCER REPORT 2003 in cui vengono descritti, a livello mondiale:

- il carico globale, le cause ed i principali tipi di tumore;
- le tecniche di diagnosi precoce ed i trattamenti;
- i fattori di rischio e le misure di prevenzione, con particolare attenzione agli stili di vita.

Nel 2000, i tumori maligni sono stati responsabili del 12% dei circa 56 milioni di morti in tutto il mondo. In molti Paesi, più di un quarto delle morti sono attribuibili al cancro. Nel 2000, 5,3 milioni di uomini e 4,7 milioni di donne hanno sviluppato un tumore maligno e 6,2 milioni sono morti per la stessa malattia. Da questi dati emerge che il cancro è divenuto uno dei maggiori problemi per la sanità pubblica anche nei Paesi in via di sviluppo, eguagliando gli effetti dei Paesi industrializzati.

Tuttavia esiste anche una chiara evidenza che stili di vita sani e azioni di salute pubblica messe in campo dai governi e dagli operatori sanitari potrebbero tenere sotto controllo il trend in aumento della malattia e prevenire circa un terzo dei casi di tumore in tutto il mondo. In particolare, la prevenzione di stili di vita scorretti (in particolare fumo e dieta) e di alcune infezioni può aiutare a prevenire circa un terzo dei casi di tumore, mentre un altro 30% può essere curato.

Il consumo di tabacco rappresenta la principale causa evitabile di insorgenza di tumore. **Al momento ci sono evidenze che il fumo causa cancro non solo al polmone** (è noto che il rischio di cancro ai polmoni per fumatori regolari in confronto ai non fumatori è tra 20 e 30 volte di più) **ma anche al seno, alla prostata, all'endometrio, all'utero.** Inoltre, l'esposizione a fumo passivo

Anche la dieta rappresenta un fattore di rischio importante per il cancro alla mammella. Lo stile di vita occidentale è caratterizzato da una dieta altamente calorica, ricca di grassi, carboidrati raffinati e proteine animali, combinata con una bassa attività fisica, che si traduce in uno squilibrio energetico globale e si associa ad una moltitudine di condizioni di malattia, inclusa l'obesità, il diabete, malattie cardiovascolari, ipertensione arteriosa e cancro.

Tumori maligni tipici delle società ricche sono il cancro al seno, colon/retto, utero (carcinoma dell'endometrio), cistifellea, reni e adenocarcinoma dell'esofago.

Il tumore della mammella si colloca al secondo posto nella graduatoria mondiale del numero assoluto dei nuovi casi in un anno (oltre 1 milione); al primo posto si trova il tumore del polmone con 1,2 milioni di nuovi casi ogni anno.

I valori di incidenza e mortalità (numeri assoluti, tassi grezzi e tassi standardizzati) del cancro al seno nel mondo sono riportati nella tabella seguente.

Bibliografia

1. Kelsey JL, Gammon MD. The epidemiology of breast cancer. *CA Cancer J Clin* 1991;41:146-165.
2. Harris JR, Lippman ME, Veronesi U, et al. Breast cancer. *N Engl J Med* 1992;327:319-327.
3. Slattery ML, Kerber FA. A comprehensive evaluation of family history and breast cancer risk. *JAMA* 1993; 270:1563-1568.
4. Colditz GA, Willett WC, Hunter DJ, et al. Family history, age, and risk of breast cancer [published erratum appears in *JAMA* 1993;270:1548]. *JAMA* 1993;270:338-343.
5. London SJ, Connolly JL, Schnitt SJ, et al. A prospective study of benign breast disease and the risk of breast cancer. *JAMA* 1992;267:941-944.
6. Dupont WD, Page DL. Risk factors for breast cancer in women with proliferative breast disease. *N Engl J Med* 1985;312:146-151.
7. Bodlan CA. Benign breast diseases, carcinoma in situ, and breast cancer risk. *Epidemiol Rev* 1993;15:177-187.
8. Grady D, Rubin SM, Petitti DB, et al. Hormone therapy to prevent disease and prolong life in postmenopausal women. *Ann Intern Med* 1992;117:1016-1037.
9. Kelsey JL, Gammon MD. Epidemiology of breast cancer. *Epidemiol Rev* 1990;12:228-240.
10. Fletcher SW, Black W, Harris R, et al. Report of the International Workshop on Screening for Breast Cancer. *J Natl Cancer Inst* 1993;85:1644-1656.
11. O'Malley MS, Fletcher SW. Screening for breast cancer with breast self-examination. *JAMA* 1987;257: 2197-2203.
12. Fletcher SW, O'Malley MS, Earp JL, et al. How best to teach women breast self-examination. A randomized controlled trial. *Ann Intern Med* 1990;112:772-779.
13. Cady B, Michaelson JS. The life-sparing potential of mammographic screening. *Cancer* 2001; 91: 1699-703
14. Margolese RG, Fisher B, Hortobagyi GN, Bloomer WD. Neoplasms of the Breast. In: Bast OC Jr, Kufe DW, Pollock RE et al. (eds). *Cancer Medicine*. Hamilton, Ontario, Canada: BC Decker, 2000, Ch. 118, pp. 1735-822. Available
15. US Preventive Services Task Force. *Guide to Clinical Preventive Services. 1st Edn*. Washington, DC: US Department of Health and Human Services, Office of Public Health and Science, Office of Disease Prevention and Health Promotion, 1989.
16. Nass SJ, Henderson IC, Lashof J (eds). *Mammography and Beyond: Developing Technologies for the Early Detection of Breast Cancer*. Washington, DC: Institute of Medicine, National Research Council, 2001.
17. International Agency for Research on Cancer. *Breast Cancer Screening*. Volume 7 of the IARC Handbooks of Cancer Prevention. Lyon: IARC, 2002.
18. US Preventive Services Task Force. Screening for breast cancer: Recommendations and rationale. *Ann Intern Med* 2002;137:344-46.
19. US Preventive Services Task Force. Breast cancer screening: A summary of the evidence. *Ann Intern Med* 2002;137:347-67.
20. Kerlikowske K, Grady D, Rubin SM, Sandrock C, Ernster VL. Efficacy of screening mammography. A meta-analysis. *JAMA* 1995;273:149-54. Discussion, 1995;274:380-83.
21. Kerlikowske K. Efficacy of screening mammography among women aged 40 to 49 years and 50 to 69 years: Comparison of relative and absolute benefit. *J Natl Cancer Inst Monogr* 1997;22:79-86.

22. Gohagan JK (ed.). *National Institutes of Health Consensus Conference on Breast Cancer Screening for Women Ages 40–49. J Natl Cancer Inst Monogr* 1997;22.
23. Kattlove H, Liberati A, Keeler E, Brook RH. Benefits and costs of screening and treatment for early breast cancer. *JAMA* 1995;273:142–48. Discussion, 1995;274:380–83.
24. Wright CJ and Mueller CB. Screening mammography and public health policy—the need for perspective. *Lancet* 1995;346:29–32. Discussion, 1995;346:852.
25. Gøtzsche PC, Olsen O. Is screening for breast cancer with mammography justifiable? *Lancet* 2000;355:129–34.
26. Freedman DA, Petitti DB, Robins JM. On the efficacy of screening for breast cancer. *International Journal of Epidemiology* 2004;33:43–55

<http://www.emro.who.int/ncd/publications/breastcancerscreening.pdf>

Conferenza dei Presidenti delle Regioni e
delle Province Autonome di Trento e Bolzano
Audizione del 20 ottobre 2004

AUDIZIONE SU TABAGISMO E CANCRO DELLA MAMMELLA

Le Regioni in relazione alla tematica oggetto dell'audizione espongono lo stato dell'arte attuale, restando a disposizione per fornire ulteriori informazioni in futuro, qualora la Commissione lo ritenesse necessario, anche in considerazione del fatto che molte Regioni stanno per porre in essere iniziative specifiche, soprattutto per quanto riguarda la prevenzione del tabagismo, di cui si potrà dare notizia.

Nel merito delle problematiche oggetto dell'audizione consegniamo una memoria composta di tre parti :

1. **cancro del seno:** i dati sull'attuazione dello stato dell'arte dello screening attraverso mammografia del cancro della mammella si basano sui risultati della survey del GISMA relativo all'anno 2003. I dati però non sono completi perché mancano ancora le risposte di alcuni importanti programmi di screening e saranno pronti per la prima settimana di dicembre. Anche se incompleti, dalla lettura dei dati si evidenzia che, relativamente alla prevenzione del cancro del seno, la situazione nelle Regioni è a macchia di leopardo. Per quanto riguarda i programmi di screening va precisato che, di norma, ogni programma di screening copre una provincia e, in caso di regioni piccole, l'intera regione. Le tabelle a confronto i dati 2001, 2002, 2003, questi ultimi incompleti. I dati della survey, però, possono non essere rappresentativi di tutta la realtà del Paese, in quanto basati sulla partecipazione volontaria alla rilevazione, per cui è possibile che alcuni programmi non abbiano inviato i loro dati. Per ovviare a questa difficoltà ed avere un quadro esaustivo della situazione, le Regioni hanno avviato una collaborazione con l'Osservatorio nazionale per la prevenzione dei tumori femminili, costituito sotto l'egida della Lega Tumori ed in collaborazione con il Gruppo italiano per lo screening mammografico (GISMa) e il Gruppo Italiano per il cervicocarcinoma (GISCI), in modo da garantire la adesione di tutti i programmi regionali alla rilevazione dei dati che avverrà nell'anno 2005. Il gruppo misto Regioni Osservatorio ha lavorato, anche, per migliorare il questionario di rilevazione in modo da poter inserire alcuni item relativi a particolari notizie utili alle Regioni per la gestione del problema. Comunque, dai dati del 2003 si evince che circa il 50% della popolazione femminile bersaglio è stata coperta da programma di screening e di questa il 56% ha accettato l'invito, mentre per lo screening citologico per il collo dell'utero la popolazione coperta è circa il 52% e di questa il 42% ha accettato l'invito. Dall'analisi degli indicatori di processo e di risultato si evince una buona qualità dei programmi di screening. Molti problemi restano ancora aperti: superare le differenze tra centro nord e sud, garantendo però una qualità dei programmi per assicurare una reale equità nell'accesso. Le Regioni, attraverso il tavolo di lavoro congiunto con l'Osservatorio hanno inteso dare affrontate le problematiche aperte in tema di screening, anche per superare le differenze territoriali esistenti.
2. **Prevenzione del tabagismo:** le Regioni hanno costituito uno specifico gruppo tecnico che ha elaborato una proposta operativa di lavoro mirante a prevedere un approccio globale alla problematica e a realizzare un efficace rapporto collaborativo interistituzionale. La collaborazione positiva con le istituzioni centrali, Ministero e Istituto Superiore di Sanità, ha prodotto, come risultato concreto, un censimento dei centri nazionali antifumo operativi in ogni Regione. I dati raccolti con uno strumento standard di

rilevazione sono ora a disposizione dal maggio 2004 sul sito dell'ISS. Il prossimo obiettivo interistituzionale è il censimento delle attività poste in essere nelle Regioni per la prevenzione del fenomeno del tabagismo. Tutte le Regioni, infatti hanno avviato da tempo programmi di prevenzione e d'intervento precoce nelle scuole. È necessario, però, valutare quali di questi programmi hanno dimostrato di avere efficacia e diffondere questi ultimi a livello delle regioni.

Per quanto riguarda l'approccio ai problemi del tabagismo, l'orientamento assunto dalle Regioni attiene a tre livelli:

- interventi formativi ed educativi di prevenzione della salute e degli stili di vita sani;
- offerta di cura e sostegno ai fumatori per la disassuefazione
- norme restrittive per il controllo del fumo di tabacco negli ambienti pubblici e di lavoro e disposizioni per la regolamentazione della pubblicità e dell'accesso ai minori ai prodotti di tabacco.

Alcune Regioni stanno attivandosi per approvare leggi regionali specifiche e per l'individuazione di percorsi terapeutici specifici.

3. Per quanto attiene , invece, **l'associazione del tabagismo con una maggiore incidenza di tumore alla mammella**, le Regioni hanno attivato una ricerca basandosi su quanto presente in letteratura, dalla quale si evince che non esistono prove scientifiche su tale associazione.

Fumo e cancro della mammella

Al momento attuale non esistono prove scientifiche sul rapporto di causa-effetto tra fumo di tabacco e cancro della mammella anche se alcuni studi recenti forniscono indizi, che richiedono di essere confermati, in questa direzione.

L'associazione tra cancro della mammella e fumo sembra molto complessa; gli idrocarburi aromatici policiclici, presenti nel fumo di tabacco, sembrerebbero contribuire allo sviluppo della neoplasia anche se la questione è tuttora dibattuta. Alcuni studi hanno evidenziato una riduzione del rischio nelle donne fumatrici mentre altri studi non hanno evidenziato nessuna associazione ⁽¹⁻²⁾.

Inoltre, la forte correlazione tra fumo ed alcool ha spesso reso difficile esaminare l'effetto indipendente delle due abitudini sul rischio di sviluppare il tumore mammario. Nella meta-analisi effettuata dal *Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer*, l'analisi limitata alle 22255 donne con tumore ed i 40832 controlli che non avevano mai bevuto, non ha evidenziato un'associazione positiva tra cancro della mammella ed abitudine al fumo di tabacco. Il rischio per le donne che avevano fumato, paragonato a chi non aveva mai fumato, è infatti risultato essere di 1,03 (CL 0,98 - 1,07) per le ex-fumatrici e di 0,99 (CL 0,92-1,05) per le fumatrici abituali ³.

Alcuni studi molto recenti hanno evidenziato una relazione tra fumo e cancro della mammella in donne che hanno iniziato a fumare in giovane età prima della prima gravidanza ⁴ ed in sottogruppi particolari di donne quali le donne in post-menopausa con un alto livello di estrogeni ⁵.

Le prove scientifiche su una eventuale relazione tra tabacco e tumore della mammella sono dunque ancora assai preliminari. Da questo punto di vista è significativo che il documento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (2001) sul tema "Donne e l'epidemia del Tabagismo"⁶, che riporta una dettagliata analisi dell'impatto del fumo sulla salute delle donne e possibili modalità di intervento, non citi affatto il tumore della mammella.

Tuttavia, è ugualmente di straordinaria importanza programmare interventi sia sull'abitudine al fumo delle donne sia sul tumore della mammella.

Al di là delle incertezze sul ruolo causale tra fumo di sigarette e cancro della mammella, è tuttavia indispensabile raccomandare alle donne comportamenti di non Iniziazione e di disassuefazione dal fumo di sigaretta che rimane il più importante fattore causale di molti tumori (polmone, laringe) e di numerose altre patologie (cardiovascolari, respiratorie).

Purtroppo l'abitudine al fumo si sta ampiamente e omogeneamente diffondendo tra le donne italiane dove viene segnalato un 17,5% di fumatrici (contro il 32,6% degli uomini)⁷. Nelle donne, inoltre, a differenza di quanto avviene negli uomini, non si evidenzia un trend temporale in diminuzione.

Proprio per contrastare questa abitudine, in Piemonte dal 2002 è in corso un **Progetto per la prevenzione e riduzione dell'abitudine al fumo**, gestito dal CPO Piemonte e finanziato dalla Compagnia di San Paolo di Torino che ha come obiettivo principale l'identificazione di interventi per i quali esistono, in base alle evidenze disponibili, valide prove di efficacia e che possano garantire sinergia e sincronia tra le diverse parti coinvolte. Il progetto oltre a promuovere azioni coordinate a livello regionale nell'ambito della lotta al tabagismo si propone di formare competenze professionali specifiche e complementari in grado di pianificare e valutare interventi integrati di contrasto al fumo rivolti alla popolazione o a sottogruppi di essa.

Inoltre il Piemonte è stato tra le prime Regioni italiane ad investire in modo importante sullo screening per il tumore della mammella e sul coordinamento e valutazione delle attività di cura. Infatti si è dotata di un programma di **screening mammografico**, coordinato dal CPO Piemonte, esteso a tutto il territorio regionale e, attraverso la Rete Oncologica, di un'attività di coordinamento e di verifica e assicurazione della **qualità delle cure per il tumore della mammella**.

Sarebbe importante che queste attività trovassero impulso e coordinamento a livello nazionale. Ciò già avviene per lo screening grazie all'Osservatorio Nazionale per i Tumori Femminili, finanziato dalla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori.

Livia Giordano

Responsabile Progetto per la prevenzione e riduzione dell'abitudine al fumo in Piemonte
CPO Piemonte, Torino

Antonio Ponti

Responsabile Programma di Screening Mammografico "Prevenzione Serena"
CPO Piemonte, Torino
Ottobre 2004

Riferimenti bibliografici

1. Lash TL, Aschengrau A. Active and passive cigarette smoking and the occurrence of breast cancer. *Am J Epidemiol* 1999; 149(1): 5-12.
2. Ghadirian P, Lacroix a, Perret C, Maisonneuve P, Boyle P. Sociodemographic characteristics, smoking, medical and family history and breast cancer. *Cancer Detect prev* 1998; 22(6): 485-94.
3. Hamajima N, Hirose K, Tajima K, Rohan T, Calle EE, Heath CW Jr, et al. Alcohol, tobacco and breast cancer - collaborative reanalysis of individual data from 53 epidemiological studies, including 58,515 women with breast cancer and 95,067 women without the disease. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. *Br J Cancer* 2002; 87(11): 1234-45.
4. Band PR, Fang R, Deschamps M. Carcinogenic and endocrine disrupting effects of cigarette smoke and risk of breast cancer. *The Lancet* 2002; 360: 1044-49.
5. Manjer J, Johannansson R, Lenner P. Smoking is associated with postmenopausal breast cancer in women with high levels of estrogens. *Int J Cancer* 2004; 112:324-328.
6. Samet J.M., Yoon S.-Y. (Eds). *Women and the Tobacco Epidemic*, Organizzazione Mondiale della Sanità, Ginevra 2001.
7. ISTAT giugno 2001. Rapporto annuale: la situazione del Paese nel 2000.

DOCUMENTAZIONE FORNITA DAGLI AUDITI
NELLA SEDUTA DEL 19 GENNAIO 2005

Fumo di sigaretta e rischio di cancro della mammella

Dino Amadori

Riassunto

Il fumo di sigaretta contiene numerosi agenti chimici di provata cancerogenicità, in particolare idrocarburi policiclici aromatici, N-nitrosamine, ed amine aromatiche. Il fumo è principale fattore di rischio per il cancro in generale, in particolare per i tumori delle vie aeree ed aero-digestive e di vari organi profondi (specialmente vescica e pancreas). I cancerogeni contenuti nel fumo giungono alla ghiandola mammaria con il sangue. Nelle cellule della ghiandola mammaria, essi si legano al filamento del DNA (formando macromolecole dette *addotti al DNA*) e causano mutazioni geniche (p53). Questi elementi indicano che un'associazione tra il fumo di sigaretta ed il rischio di cancro della mammella è biologicamente plausibile.

In realtà, gli studi epidemiologici (sia del tipo *caso-controllo* sia del tipo *di coorte*) non sono stati conclusivi, producendo risultati quasi egualmente divisi in negativi (nessuna variazione significativa del rischio di cancro della mammella) e positivi (aumento significativo). Negli studi *caso-controllo*, gli aumenti del rischio per le categorie più esposte (>30-40 anni di fumo o >20-30 sigarette al giorno) sono stati assai variabili: da +30% a +200%. Anche gli studi *di coorte* hanno prodotto risultati contraddittori, con una prevalenza di osservazioni negative. E' stato notato, tuttavia, che tra gli studi condotti negli ultimi 10 anni la frequenza dei risultati positivi è aumentata, e che gli eccessi di rischio sono stati moderati ma più omogenei (da +20% a +70%). Questo eccesso è stato osservato (1) nelle donne che hanno fumato per un lungo periodo, e (2) nelle donne che hanno fumato prima della prima gravidanza. Non vi sono prove di un aumento del rischio di ammalarsi di cancro della mammella per le donne esposte al *fumo passivo*.

Negli ultimi anni, sono stati identificati i sistemi enzimatici che metabolizzano o inattivano i cancerogeni contenuti nel fumo. La capacità degli individui di metabolizzare i cancerogeni è geneticamente determinata. Come per altre neoplasie maligne, si è ipotizzato che anche l'effetto cancerogeno del fumo di sigaretta sulla mammella sia più forte in quelle donne che hanno sistemi enzimatici inefficienti. In tempi recenti, sono stati pubblicati i primi studi. Alcuni (ma non tutti) hanno confermato l'ipotesi. Questa linea di ricerca è appena agli inizi e

appare promettente. E' stato anche suggerito che la grande variabilità di risultati ottenuti con le ricerche tradizionali dipenda, almeno in parte, dalla diversa suscettibilità genetica al cancro della mammella nelle diverse popolazioni studiate.

Si possono trarre le seguenti conclusioni: (1) l'associazione tra fumo di sigaretta e rischio di cancro del polmone resta incerta; (2) ciò dipende dall'estrema variabilità dei risultati pubblicati finora; (3) gli studi più recenti suggeriscono che il fumo di sigaretta può determinare un lieve aumento del rischio di cancro mammario nelle donne che hanno fumato per un lungo periodo, e nelle donne che hanno fumato prima della prima gravidanza; (4) questi studi, tuttavia, richiedono una conferma; (5) è possibile che la variabilità dei dati ottenuti finora dipenda, almeno in parte, dalla diversa suscettibilità genetica al cancro della mammella nelle diverse popolazioni; (6) gli studi in corso sui polimorfismi genetici e sul loro ruolo nel determinare il rischio di cancro mammario nelle donne fumatrici promettono di fornire importanti chiarimenti; (7) i risultati di questi studi saranno di grande interesse, perché potrebbero fornire una delle poche strategie di prevenzione primaria praticabili per il cancro della mammella, sia pure limitata ai sottogruppi di donne fumatrici geneticamente predisposti alla malattia.

Fonti

Queste note sono prevalentemente basate su due pubblicazioni:

- 1) Terry PD, et al. Cigarette smoking and the risk of breast cancer in women: a review of the literature. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2002; 11: 953-71.
- 2) Reynolds P, et al. Active smoking, household passive smoking, and breast cancer: evidence from the California Teachers Study. *J Natl Cancer Inst* 2004; 96: 29-37.

La prima è un'esauritiva revisione degli studi dedicati all'argomento e pubblicati nella letteratura medica fino al 2002. Essa è considerata un riferimento assoluto per definire lo stato dell'arte sulle conoscenze riguardo il rischio di cancro della mammella in relazione al fumo di sigaretta. Il secondo, uno studio statunitense finanziato dal National Cancer Institute, è stato identificato con una ricerca bibliografica *on line* (National Library of Medicine, National Institutes of Health, USA) come la più importante ricerca tra quelle apparse negli ultimi due anni. Le conclusioni di queste note riflettono quelle delle citate pubblicazioni, che sono totalmente condivisibili.

Incidenza e mortalità

In Italia, il cancro della mammella rappresenta il 24% di tutti i tumori femminili ed è la causa del 18% dei decessi per cancro tra le donne. L'incidenza della malattia è in aumento: + 1.7% all'anno. Probabilmente, questo aumento è dovuto alla diffusione dello screening mammografico (che determina sempre un apparente aumento dell'incidenza). La mortalità, infatti, diminuisce di circa il 2% l'anno da circa 10 anni.

Nello stesso periodo, tanto l'incidenza quanto la mortalità per cancro del polmone nelle donne italiane sono aumentate di circa l'1% l'anno.

Fattori di rischio

Le nostre conoscenze sui fattori che determinano il rischio di cancro della mammella sono insoddisfacenti. Si conoscono molti fattori di rischio relativamente certi ma piuttosto deboli. Nessuno di questi fattori, per esempio, spiega l'enorme differenza d'incidenza del cancro della mammella tra le donne che vivono nel mondo occidentale e quelle che vivono nei paesi del terzo mondo. Tra i fattori di rischio accettati, i più importanti sono i seguenti: familiarità di primo grado per il cancro della mammella, menarca precoce (<13 anni), menopausa tardiva (>52 anni), nulliparità, primiparità tardiva (>30 anni), contraccettivi orali (solo per quelli ad alto contenuto di estrogeni usati in passato), terapia ormonale sostitutiva protratta, obesità, elevato apporto calorico, sedentarietà, e alcool. Molti di questi fattori possono essere ricondotti ad un unico aspetto unificante: l'esposizione agli ormoni estrogeni.

Attualmente, una vera strategia per la prevenzione primaria del cancro della mammella (cioè per ridurre il rischio di ammalarsi attraverso la rimozione dei fattori di rischio) non è praticabile. Le ragioni sono sostanzialmente tre: (1) ciascuno di questi fattori comporta solo un moderato aumento del rischio e, pertanto, la sua rimozione avrebbe un beneficio limitato, (2) alcuni di questi fattori sono imm modificabili (per esempio: il menarca precoce), (3) altri sono modificabili solo virtualmente (per esempio: quante donne si convincerebbero ad avere molti figli per abbassare il proprio rischio di cancro della mammella?).

Il potenziale cancerogeno del fumo di sigaretta

Il fumo contiene numerosi agenti chimici di provata cancerogenicità, in particolare idrocarburi policiclici aromatici, N-nitrosamine, ed amine aromatiche. Esso è non solo il principale fattore di rischio per il cancro in generale ma anche quello più prevenibile. E' il maggiore determinante non solo dei tumori delle vie aeree e aero-digestive ma anche di vari organi profondi (specialmente vescica e pancreas).

Gli agenti cancerogeni del fumo giungono alla ghiandola mammaria con il sangue. Nelle cellule della ghiandola mammaria, essi si legano al filamento del DNA (formando macromolecole dette *addotti al DNA*) e causano mutazioni geniche (p53). Questi danni sono stati dimostrati.

E' importante notare che il fumo ha anche un effetto anti-estrogenico, in quanto promuove l'inattivazione di questi ormoni. E' per questa ragione che le donne fumatrici si ammalano più spesso di osteoporosi ed hanno una menopausa più precoce. Per la stessa ragione, il fumo potrebbe paradossalmente diminuire il rischio di cancro della mammella. Per molto tempo, infatti, questo teorico effetto "benefico" sul rischio di cancro è stato messo in conto negli studi epidemiologici. Tuttavia, esso non è mai stato dimostrato. Se esiste, l'effetto protettivo (di tipo anti-ormonale) è bilanciato o soverchiato dagli effetti nocivi (di tipo genotossico).

In breve, un'associazione tra il fumo di sigaretta ed il rischio di cancro mammario è plausibile. Perciò, gli studi che si sono proposti di dimostrare tale associazione sono stati numerosi. I loro risultati, purtroppo, non sono stati conclusivi.

Fumo e cancro della mammella: il problema dei metodi

Non è possibile valutare i risultati di questi studi senza alcune puntualizzazioni sui metodi dell'epidemiologia del cancro. In generale, gli studi epidemiologici si

propongono di dimostrare che l'esposizione ad un dato fattore aumenta il rischio di ammalarsi. A questo scopo, essi possono utilizzare metodi statistici (o, come si dice, "disegni") assai diversi. I principali "disegni" sono due: il disegno *caso-controllo* ed il *disegno di coorte*.

Ciascuna di queste due tipologie di studio presenta pregi ma anche difetti specifici. La qualità metodologica di uno studio dipende dal grado di attenuazione e di controllo dei suoi limiti "congeniti". Non sempre questo controllo è possibile in misura soddisfacente. Ciò può alterare i risultati dello studio in due direzioni: suggerire un'associazione che non esiste o impedire la dimostrazione di un'associazione che esiste realmente.

La conseguenza è semplice: non bastano uno o pochi studi positivi per identificare un fattore di rischio, come non bastano uno o pochi studi con esito negativo per escludere un'associazione plausibile. Un'associazione epidemiologica viene accettata solo in presenza di una cospicua mole di studi positivi che prevalgano su quelli negativi e che abbiano livelli di qualità adeguati.

Questa premessa chiarisce lo stato delle nostre conoscenze su fumo e cancro della mammella. I primi corposi studi risalgono agli anni '80. Essi non produssero evidenze convincenti. Gli studi più recenti hanno usato metodi più validi, oltre ad essere di dimensioni più ampie. I risultati positivi sono aumentati in termini relativi. Tuttavia, come hanno rilevato molti ricercatori, persiste un grado notevole di discordanza. Da un lato, l'ipotesi di un'associazione tra fumo di sigaretta e rischio di cancro mammario ha acquistato forza. Dall'altro, le prove raccolte restano insufficienti.

Studi caso-controllo

La maggioranza degli studi sull'associazione tra fumo e cancro della mammella ha usato un disegno *caso-controllo*. Tra le indagini condotte in ambito ospedaliero (meno valide da un punto di vista metodologico), una sola ha fornito un risultato positivo, sia pure al limite della significatività statistica.

Le indagini condotte a livello di popolazione sono più numerose e tendenzialmente più recenti. I loro risultati si dividono quasi egualmente in negativi (nessuna variazione significativa del rischio) e positivi (aumento significativo). Questi ultimi, tuttavia, non sono omogenei. Di volta in volta, un aumento del rischio è stato correlato o con la durata in anni dell'esposizione o con il numero medio giornaliero di sigarette fumate. Gli stessi aumenti del rischio per le categorie più esposte (>30-40 anni di fumo o >20-30 sigarette al giorno) sono stati estremamente variabili: da +30% a +200% (ovvero: rischio triplicato).

Occasionalmente, alcuni studi hanno riportato una riduzione del rischio tra le donne fumatrici. Il loro numero è estremamente limitato, e non costituisce una dimostrazione oggettiva dell'ipotetico effetto protettivo anti-estrogenico del fumo.

Studi di coorte

Anche gli studi di coorte hanno prodotto risultati contraddittori, con una prevalenza di osservazioni negative. È stato notato che, tra gli studi di coorte condotti negli ultimi 10 anni, la frequenza dei risultati positivi è aumentata. Un altro elemento d'interesse è che gli eccessi di rischio sono stati moderati ma più omogenei (da +20% a +70%). Questo eccesso è stato osservato (1) nelle donne che hanno fumato per un lungo periodo, e (2) nelle donne che hanno fumato prima della prima gravidanza. Tuttavia, si tratta di un piccolo numero d'indagini.

Studi su sottogruppi specifici di donne

In questi studi, è stato notato che il rischio di cancro della mammella sembra aumentare specialmente in certi sottogruppi di donne fumatrici. La spiegazione più prudente è che in quei sottogruppi si concentri qualche fattore di distorsione dei risultati. Un'altra ipotesi, tuttavia, è che questo rifletta i meccanismi biologici attraverso i quali il fumo favorisce la cancerogenesi nella ghiandola mammaria.

Età – Le radiazioni prodotte dalle esplosioni nucleari di Hiroshima e Nagasaki aumentarono il rischio di cancro della mammella nelle donne che avevano 10-19 anni al momento dell'esposizione. Si è ipotizzato che anche i cancerogeni contenuti nel fumo di sigaretta abbiano un effetto più potente nelle donne che hanno cominciato a fumare in giovanissima età. La maggior parte degli studi che hanno valutato questa ipotesi non ha ottenuto conferme. Altri hanno effettivamente indicato un aumento del rischio per le donne che hanno iniziato a fumare tra i 10 e i 15 anni. In realtà, non è stato possibile stabilire se ciò riflettesse semplicemente la durata complessiva dell'esposizione nella vita.

Primo parto – Alcuni studi hanno suggerito che vi è un aumento del rischio per le donne che hanno cominciato a fumare prima della prima gravidanza a termine e non per quelle che hanno iniziato in seguito. Altre indagini non hanno prodotto conferma. I risultati disponibili non sono chiari, ma l'ipotesi merita attenzione negli studi futuri.

Menopausa – Per il ruolo degli estrogeni nella cancerogenesi mammaria e per l'effetto anti-estrogenico del fumo, è ragionevole ipotizzare che il rischio di cancro della mammella nelle donne fumatrici sia modificato dalla menopausa. Benché molti studi abbiano considerato questa possibilità, non è stata ottenuta alcuna conferma. Risultati non conclusivi sono stati riportati anche sul rischio di cancro in relazione allo stato dei recettori per gli estrogeni. Tuttavia, vi sono dati sparsi che suggerirebbero un aumento del rischio anche per i tumori con bassa o assente attività recettoriale. Questo indicherebbe che il fumo favorisce la cancerogenesi secondo meccanismi diversi da quelli mediati dagli estrogeni.

Genotipi a rischio – I cancerogeni contenuti nel fumo sono metabolizzati e inattivati da sistemi enzimatici. La capacità degli individui di metabolizzare i cancerogeni è geneticamente determinata. Tra i geni coinvolti in questo processo, i più studiati sono la N-acetiltransferasi 2 (NAT2), la glutatione-transferasi (GST) e il citocromo P450 (CYP). Come per altre neoplasie maligne, si è ipotizzato che anche l'effetto cancerogeno del fumo di sigaretta sulla mammella sia più forte in quelle donne che hanno sistemi enzimatici inefficienti. In tempi recenti, sono stati pubblicati i primi studi. Alcuni (ma non tutti) hanno confermato l'ipotesi.

Questa linea di ricerca è appena agli inizi e appare promettente. Secondo l'opinione generale dei ricercatori, vi è la necessità di continuare a studiare il rischio di cancro della mammella nelle donne fumatrici tenendo conto dell'assetto dei geni che sono implicati nella inattivazione dei cancerogeni contenuti nel fumo. È stato anche suggerito che la grande variabilità di risultati ottenuti con le ricerche tradizionali dipenda, almeno in parte, dalla diversa suscettibilità genetica al cancro della mammella nelle diverse popolazioni studiate.

Fumo passivo e cancro della mammella

Recentemente, sono state pubblicate due revisioni critiche dei molti studi epidemiologici che hanno indagato – specificamente – il rischio di ammalarsi di cancro della mammella per le donne esposte al *fumo passivo*. È assolutamente provato che il fumo passivo aumenta il rischio di cancro del polmone. In generale, gli studi sul rischio di cancro della mammella hanno suggerito solo un

effetto debole e incerto. Perciò, quest'associazione è da considerare indimostrata. E' stato anche notato che l'assenza di prove convincenti sull'aumento del rischio tra le *fumatrici attive* rende poco plausibile l'ipotesi di un aumento correlato al fumo passivo.

Conclusioni

Nella comunità epidemiologica, sembra esservi un largo consenso attorno ai seguenti punti:

- l'associazione tra fumo di sigaretta e rischio di cancro ~~del polmone~~ ^{della mammella} resta incerta;
- ciò dipende dall'estrema variabilità dei risultati pubblicati finora;
- gli studi più recenti suggeriscono che il fumo di sigaretta può determinare un lieve aumento del rischio di cancro mammario nelle donne che hanno fumato per un lungo periodo, e nelle donne che hanno fumato prima della prima gravidanza;
- questi studi, tuttavia, richiedono una conferma;
- è possibile che la variabilità dei dati ottenuti finora dipenda, almeno in parte, dalla diversa suscettibilità genetica al cancro della mammella nelle diverse popolazioni;
- gli studi (in corso) sui polimorfismi genetici e sul loro ruolo nel determinare il rischio di cancro mammario nelle donne fumatrici promettono di fornire importanti chiarimenti;
- i risultati di questi studi saranno di grande interesse, perché potrebbero fornire una delle poche strategie di prevenzione primaria praticabili per il cancro della mammella, sia pure limitata ai sottogruppi di donne fumatrici geneticamente predisposti alla malattia.

Breve memoria scritta in merito all'indagine conoscitiva sulle iniziative di prevenzione del tabagismo e del tumore al seno in Italia

A cura di Marco Rosselli Del Turco
Direttore Scientifico
Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica – CSPO
Istituto Scientifico della Regione Toscana
www.cspo.it

1. Cenni epidemiologici. Nella popolazione femminile italiana si sta verificando un effettivo aumento dei tumori al seno e del tabagismo.

In particolare in Regione Toscana si osserva nelle donne una preoccupante aumento dal 1987 al 2002 del tasso standardizzato di mortalità ($\times 100.000$) per tumori del polmone dal 9,67 al 13,2. Per i tumori della mammella invece, grazie al significativo aumento della sopravvivenza dovuto alla precocità di diagnosi e nuovi trattamenti più efficaci, si osserva, a fronte di un aumento dell'incidenza, una significativa diminuzione sempre dal 1987 al 2002 del tasso standardizzato di mortalità ($\times 100.000$) dal 27,0 al 22,2.

E' quindi stimabile, che se questi trend non vengono modificati, tra circa 20 anni il tumore del polmone diventerà la prima causa di morte per tumore nelle donne.

2.L'Osservatorio Nazionale. Le grandi possibilità di intervento in tema di prevenzione secondaria per i tumori della mammella non sono ugualmente utilizzate in ambito nazionale.

Il 3° rapporto dell'Osservatorio Nazionale (ON) per la Prevenzione dei tumori femminili (realizzato dal nostro Istituto con il contributo della LILT e del GISMa e GISCI), che alleghiamo, conferma una forte disparità nell'offerta di programmi di screening mammografico, organizzati sul territorio nazionale. Si va infatti da una copertura del 75% della popolazione femminile, in età 50-70 anni, residente al Nord e Centro, a quella del 10% della popolazione femminile, in età 50-70 anni, residente in Italia Meridionale e Insulare. Peraltro i dati che derivano dalla indagine Multiscopo ISTAT sembrano confermare che, anche prendendo in considerazione l'affluenza spontanea delle donne a controlli senologici al di fuori di programmi organizzati di screening, il divario tra le diverse regioni di Italia resta invariato.

L'estensione e la omogeneità dell'offerta di servizi di prevenzione secondaria sul territorio nazionale rappresenta quindi una assoluta priorità per il nostro Paese. Inoltre risulta necessario sviluppare l'attività di monitoraggio dell'ON, estendere la raccolta di dati relativi all'attività svolta con fini preventivi al di fuori dei programmi di screening organizzato e alla qualità dei servizi stessi, conformemente da quanto previsto dalla recente Legge n.138 del 26 Maggio 2004.

3. Trattamento e riabilitazione tumori al seno. In accordo con quanto sostenuto dalla Mozione sui tumori al seno presentata dalla On. Marida Bolognesi alla Camera dei Deputati si rende necessario anche superare le disomogeneità di trattamento, responsabili, insieme alla carenza delle strutture diagnostiche, della diversa sopravvivenza osservata dai registri tumori nelle diverse regioni italiane. Inoltre, grazie alla elevata incidenza e alla migliorata sopravvivenza, oggi si registrano in Italia oltre 300.000 donne che hanno avuto un tumore al seno, ponendo con grande forza la necessità di sviluppare i servizi per la riabilitazione, la chirurgia oncoplastica, la psico-oncologia, al fine di assicurare un pieno benessere psico-fisico alle donne sopravvissute.

4. Lotta al Tabagismo. Per quanto riguarda le iniziative di lotta al tabagismo nella popolazione femminile ricordiamo 2 modalità di intervento che abbiamo recentemente esplorato:

a. GPs Empowerment Project. Coinvolgimento e responsabilizzazione dei medici di medicina generale. (Con il contributo della Unione Europea)

b. Progetto donne e fumo. Counseling alle donne che accedono a servizi di prevenzione secondaria. (Con il contributo della LILT)

a. 729 medici di famiglia sono stati intervistati per telefono nel 2000 riguardo alla propria abitudine al fumo e il loro approccio con gli assistiti in merito. La proporzione di fumatori correnti è risultata del 28.3% con valori più alti al Sud (33.3%). La grande maggioranza degli intervistati (oltre 95%) ritiene che sia loro responsabilità dare informazioni ai propri assistiti per dissuaderli dal fumo, ma solo il 49% ritiene che questo intervento sia efficace.

In conclusione si ritiene necessario ridurre l'abitudine al fumo tra i medici di Medicina Generale e migliorare gli interventi di formazione ai medici sulle modalità di counseling per la cessazione del fumo tra gli assistiti.

b. A tutte le donne fumatrici afferenti ai servizi di screening citologico e agli ambulatori di ginecologia preventiva del CSPO viene consegnato un opuscolo in cui sono indicati i servizi di supporto alla cessazione del fumo esistenti sul territorio fiorentino, mentre alle donne che vogliono aderire allo studio, viene effettuato anche un counseling di breve durata. A distanza di 6 e 12 mesi è previsto un contatto telefonico per raccogliere informazioni sulle abitudini al fumo e sulle sue motivazioni a smettere. Su 1594 donne contattate 458 (28,7%) sono risultate fumatrici e di queste 166 (36,2%) hanno aderito allo studio. Si prevede di concludere nel Gennaio 2006 lo studio per ricavare utili informazioni operative.

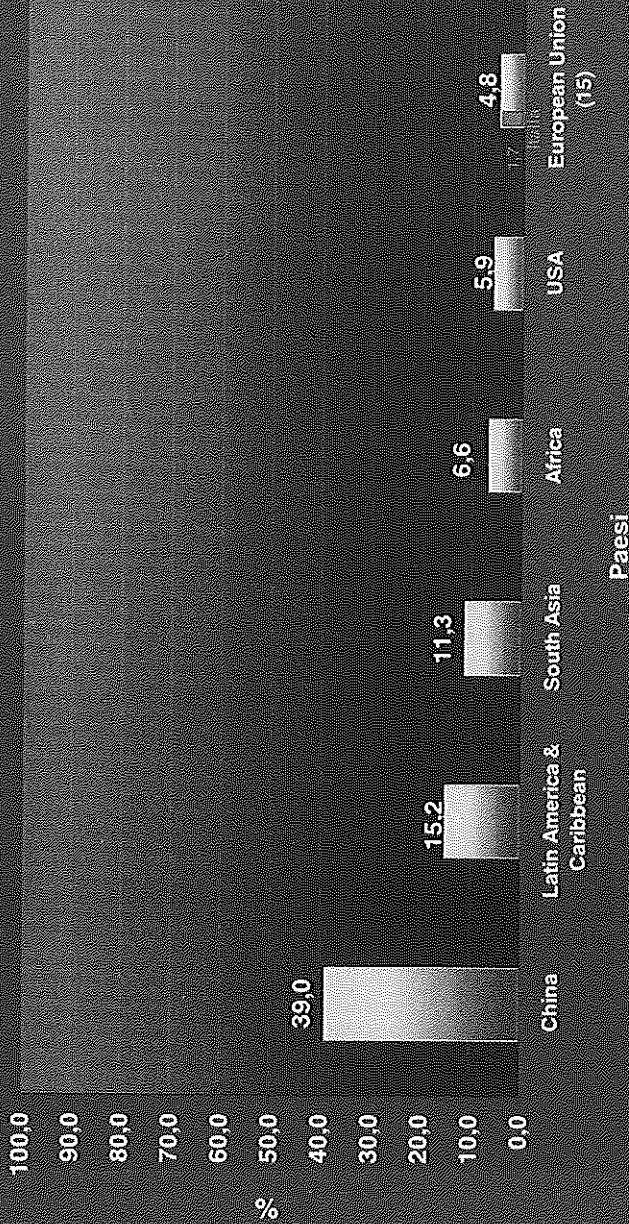
Si raccomanda comunque che i servizi ambulatoriali di prevenzione secondaria per i tumori femminili (screening mammografico e citologico, ambulatori di senologia e ginecologia etc.) siano utilizzati anche per promuovere interventi di counseling contro il tabagismo nelle donne e che questi servizi siano organizzati unitariamente sul territorio come Centri per la Prevenzione Oncologica con carattere multidisciplinare.

5.2. Documentazione riguardante specificamente il tabagismo

DOCUMENTAZIONE FORNITA DAGLI AUDITI
NELLA SEDUTA DEL 6 OTTOBRE 2004

Prof. Zuccaro e Dott.ssa Pacifici

Produzione di tabacco in alcuni Paesi rispetto alla produzione mondiale (anno 2003): valori percentuali



Elaborazione OSSFAD-ISS su dati FAO

Unione Europea: importazione ed esportazione di tabacco (anno 2002)

Importazione di tabacco

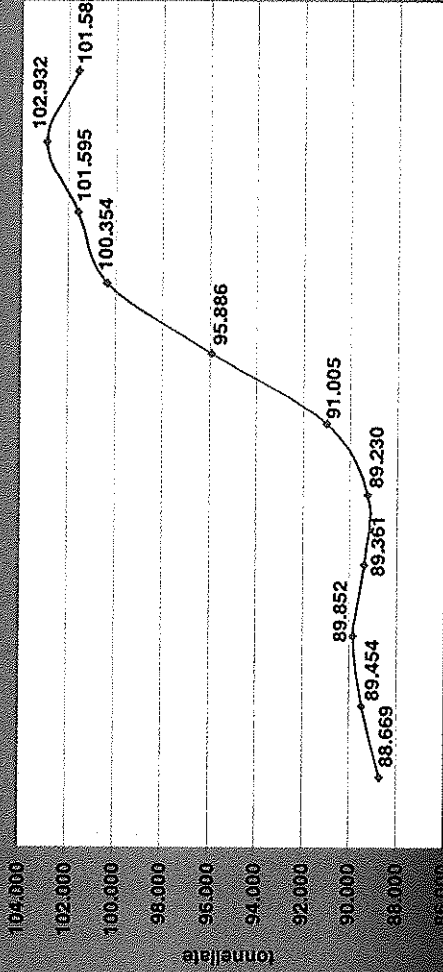
	tonnellate	%
1° GERMANIA	182.274	26,3
2° PAESI BASSI	101.570	14,6
3° FRANCIA	87.852	12,7
4° REGNO UNITO	67.431	9,7
5° BELGIO	65.460	9,4
6° ITALIA	43.040	6,2
7° SPAGNA	36.950	5,3
8° AUSTRIA	24.596	3,5
9° GRECIA	23.987	3,5
10° DANIMARCA	15.916	2,3
11° IRLANDA	12.253	1,8
12° SVEZIA	11.073	1,6
13° PORTOGALLO	11.012	1,6
14° LUSSEMBURGO	8.042	1,2
15° FINLANDIA	2.570	0,4
UE	640.030	100,0

Esportazione di tabacco

	tonnellate	%
1° ITALIA	119.165	29,6
2° GRECIA	84.124	20,9
3° GERMANIA	59.899	14,9
4° BELGIO	48.357	12,0
5° SPAGNA	30.221	7,5
6° FRANCIA	23.429	5,8
7° PAESI BASSI	15.179	3,8
8° REGNO UNITO	11.842	2,9
9° PORTOGALLO	6.343	1,6
10° SVEZIA	2.067	0,5
11° DANIMARCA	1.193	0,3
12° AUSTRIA	1.030	0,3
13° FINLANDIA	160	0,0
14° LUSSEMBURGO	127	0,0
15° IRLANDA	61	0,0
UE	403.197	100,0

Elaborazione OSSFAD-ISS su dati FAO

Vendite di sigarette nel decennio 1993-2003



Var. 2003/2002

-1,3%

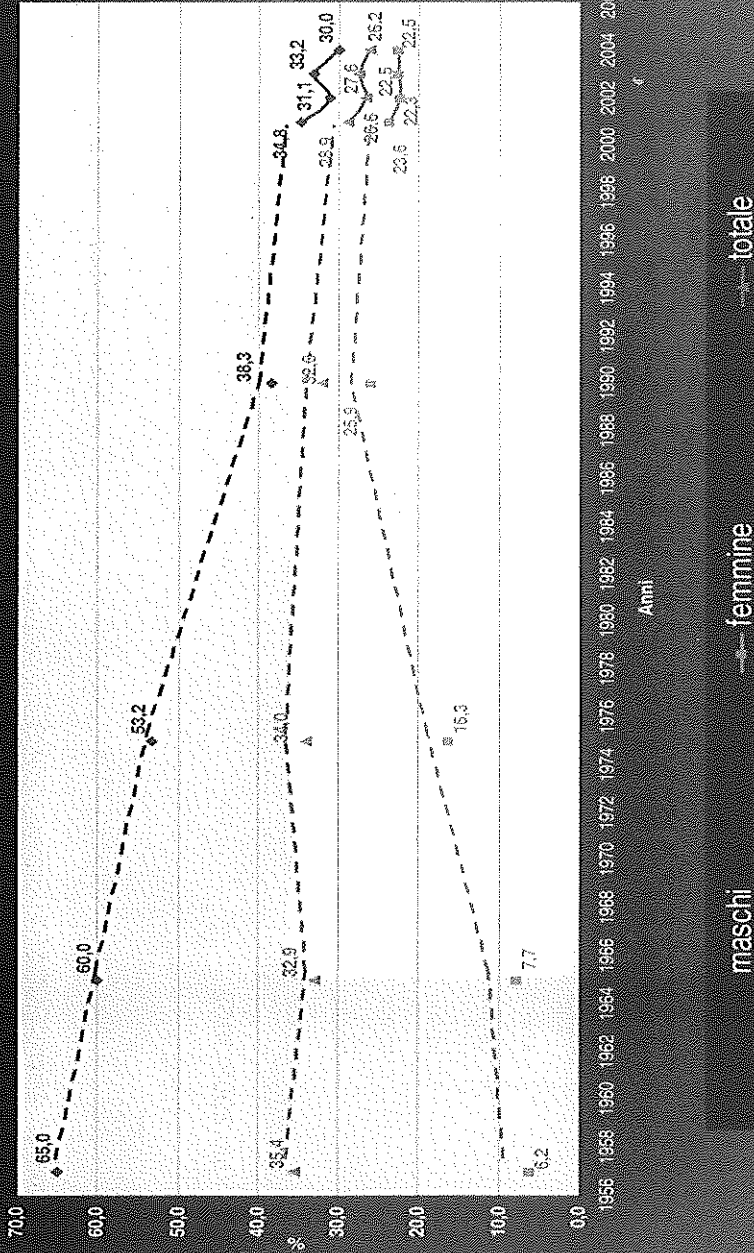
1.350 tonnellate in meno vendite

Var. 1° sem. 2004/ 1° sem. 2003

= - 2%

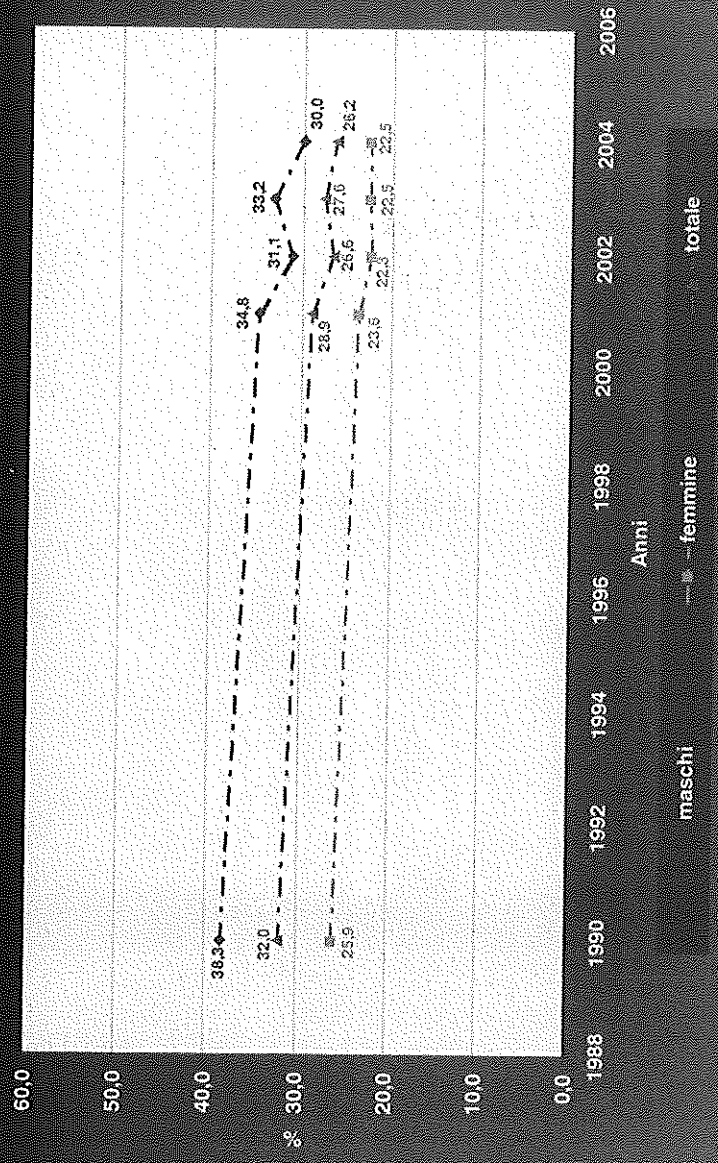
67.500.000 pacchetti da 20 sigarette
(1 kg convenzionale equivale a 1.000 sigarette)

Prevalenza dei fumatori secondo le indagini DOXA condotte tra il 1957 ed il 2004



DOXA, Istituto Sup. Studi Sociali - Firenze, ISTAT

Prevalenza dei fumatori secondo le indagini DOXA condotte tra il 1990 ed il 2004



OS-SVAO, Istituto Studi e Servizi - federazione doxa

Gli italiani secondo l'abitudine al fumo (stima su dati Doxa 2004)

	Totale	Maschi	Femmine
FUMATORI	12,8 milioni circa (26,2%)	7,1 milioni circa (30,0%)	5,7 milioni circa (22,5%)
EX-FUMATORI	8,6 milioni circa (17,9%)	5,8 milioni circa (24,8%)	2,8 milioni circa (11,2%)
NON FUMATORI	27,4 milioni circa (55,9%)	10,6 milioni circa (45,2%)	16,8 milioni circa (66,3%)

I tentativi di smettere

Tentativi di smettere
con successo

2004	2003
17,9%	16,6% del campione (ex fumatori)

circa 700.000 fumatori hanno smesso nell'ultimo anno

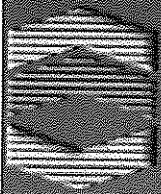
I medici di base

Al 23,1% dei fumatori è capitato nel corso degli ultimi 12 mesi che il proprio medico suggerisse spontaneamente di smettere di fumare

Lei sa se il suo medico fuma?

- sicuramente sì 11.4%
- credo di sì 6.9%
- credo di no 17.0%
- sicuramente no 35.4%
- non so 29.2%

almeno il 18,3% crede che il proprio medico fumi



ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

SOMMARIO

RAZIONALE PER L'INTERVENTO
SUL FUMO DI TABACCO
DA PARTE DEI MEDICI

ASPETTI METODOLOGICI

INTERVENTO
CLINICO MINIMO

POPOLAZIONI OGGETTO
DI INTERVENTO

CARTA DEL RISCHIO
CARDIOVASCOLARE

Osservatorio Fumo, Alcol e Droga

Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo



World Health Organization Regional Office for Europe

World No Tobacco Day 2005

World No Tobacco Day 2005- theme is now established to be "Health Professionals and Tobacco Control"

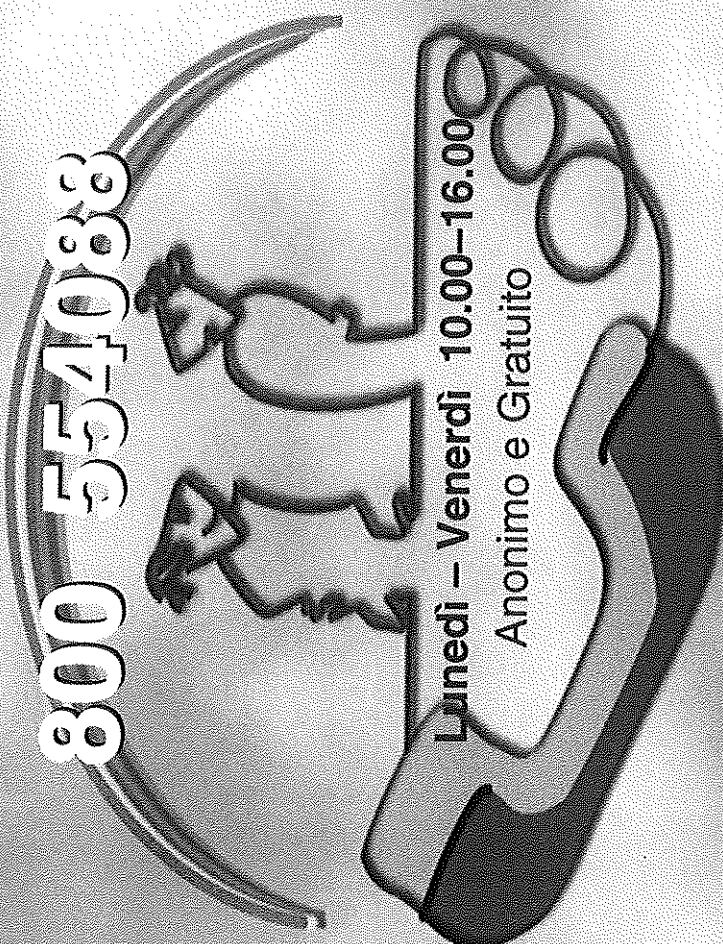
The theme of the World No Tobacco Day 2005 "Health Professionals and Tobacco Control" has now been confirmed by the World Health Organization. Health professionals have a fundamental role to play in tobacco control. They reach a high percentage of the target population and they have the opportunity to help smokers change their behaviour. Health professionals can also give advice, guidance and answers to questions related to the consequences of tobacco use and can serve as role models for non-smoking.

WNTD 2005 provides a good framework for mobilizing and strengthening the capacity of health professional organizations in tobacco control. We will highly appreciate receiving information about good practices and upcoming events in countries in this area, as well as ideas and comments on how to best organize the World No Tobacco Day 2005 campaign in the European Region.

The World No Tobacco Day is an annual campaign celebrated on 31 May. Click here for more information on WNTD previous themes and history. This page will also contain the materials of 2005 campaign, which are now in the process of development. For more information on World No Tobacco Day 2005 in the WHO European Region, please contact Dr Kerstin Schotte (Email: ksc@euro.who.int).

Telefono Verde contro il Fumo

800 554088



Lunedì – Venerdì 10.00–16.00
Anonimo e Gratuito

Osservatorio Fumo, Alcol e Droga - Istituto Superiore di Sanità

TELEFONO VERDE CONTRO IL FUMO

Si basa sui principi e sulle tecniche del counselling vis a vis

Hanno scopo di:

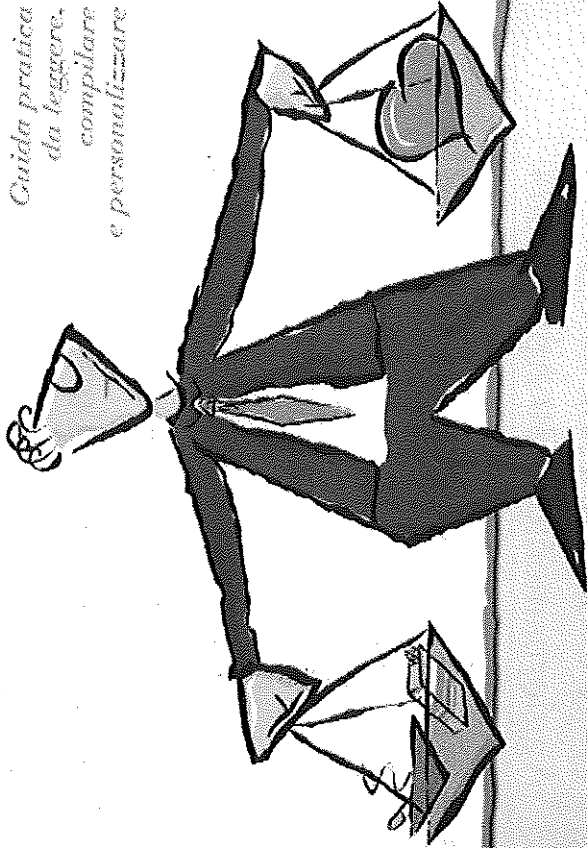
- dare informazioni scientifiche corrette, aggiornate e personalizzate
- favorire attraverso il colloquio l'individuazione del reale problema dell'utente
- valutare insieme all'utente una gamma di soluzioni del problema evidenziato
- facilitare la persona in difficoltà ad attuare modifiche comportamentali e decisionali necessarie per la diminuzione del disagio e dell'ansia



Istituto Superiore di Sanità
Osservatorio Fumo, Alcol e Droga

Smettere di fumare ...

*Guida pratica
da leggere,
compilare
e personalizzare*



una questione che mi sta a cuore.

SERVIZI TERRITORIALI PER LA CESSAZIONE DAL FUMO DI TABACCO

Aggiornamento al 30 Aprile 2004

Centri antifumo censiti nel 2004 = 345

- Ospedali, ASL = 265
- Centri Lega Tumori = 80

Centri antifumo censiti nel 2003 = 330

- Ospedali, ASL = 251
- Centri Lega Tumori = 79

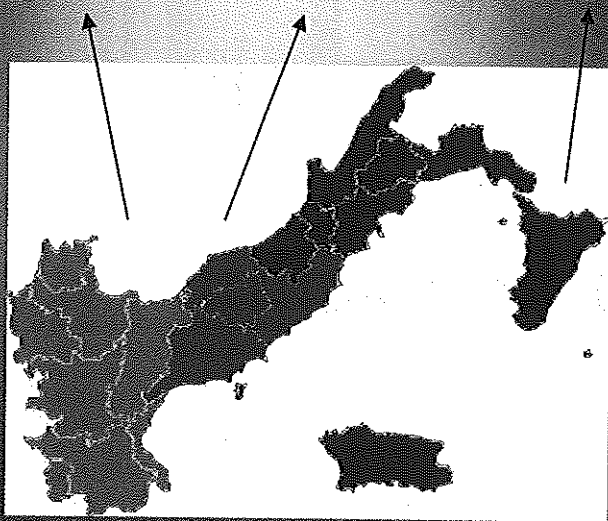
Centri antifumo censiti nel 2002 = 274

- Ospedali, ASL = 195
- Centri Lega Tumori = 79

Bacino di utenza: 1 centro per 43.000 fumatori
OSSFAD - Istituto Superiore di Sanità

collaborazione con il Ministero della Salute e il Coordinamento tecnico della Regione sul tabagismo

Distribuzione Regionale dei Servizi per la Cessazione 2004



REGIONI	CENTRI SSN*	CENTRI LILT**	TOTALE CENTRI 2004	%
EMILIA ROMAGNA	33	6	39	11,3
ERULIAVENIZIA	6	2	8	2,4
GRUPA	29	7	36	10,4
VENETO	10	1	11	3,2
TRENTINO ALTO	8	4	12	3,6
ADIGE	37	7	44	12,8
PIEMONTE	17	5	22	6,4
SARDEGNA	1	1	2	0,6
TOTALENORD	141	33	174	50,4
LAZIO	16	5	21	6,1
TOSCANA	27	8	35	10,1
MARCHE	10	4	14	4,1
UMBRIA	9	2	11	3,2
TOTALCENTRO	62	19	81	23,5
ABRUZZO	6	1	7	2,0
BASILICATA	1	1	2	0,6
CALABRIA	2	4	6	1,7
CAMPANIA	11	5	16	4,6
MOLISE	2	2	4	1,2
PUGLIA	17	5	22	6,4
SARDEGNA	4	4	8	2,3
SICILIA	3	6	9	2,6
TOTALSUD e ISOLE	51	26	77	22,1
TOT. CENTRI	254	80	345	100,0

* Centri di Ospedali, ASL

** Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori



Dipartimento del
Farmaco



Consiglio Nazionale degli
Farmacisti, Istituto di Farmacologia
Cronica - Pisa



Dipartimento di
Farmacologia ASL PNF

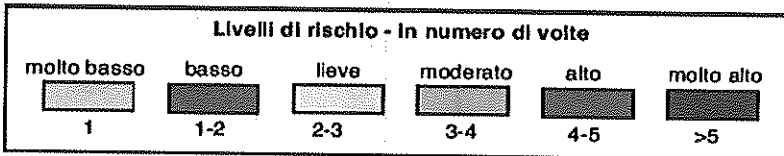
Fumo e patologie respiratorie
Le carte del rischio
per Broncopneumopatia Cronica
Ostruttiva e Tumore al polmone

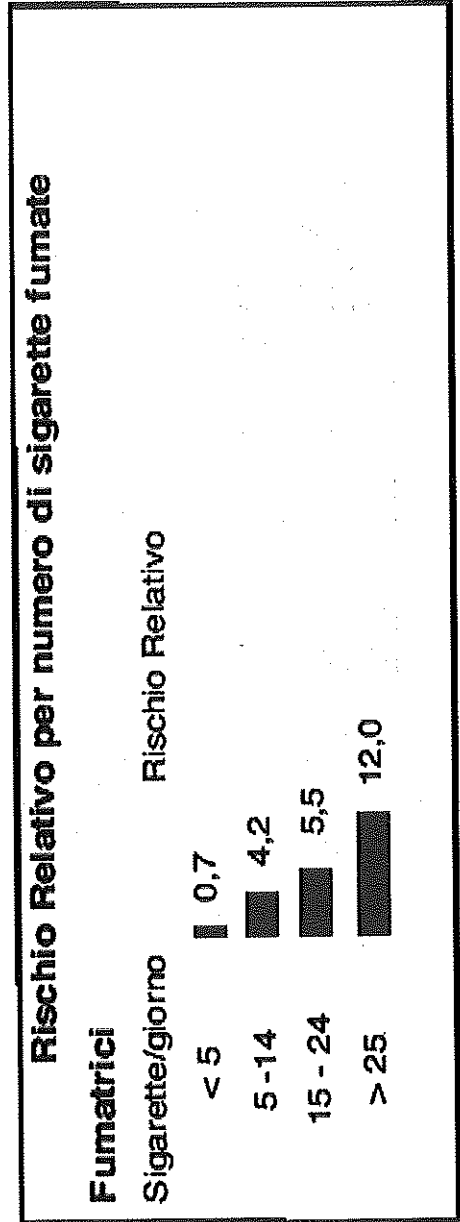
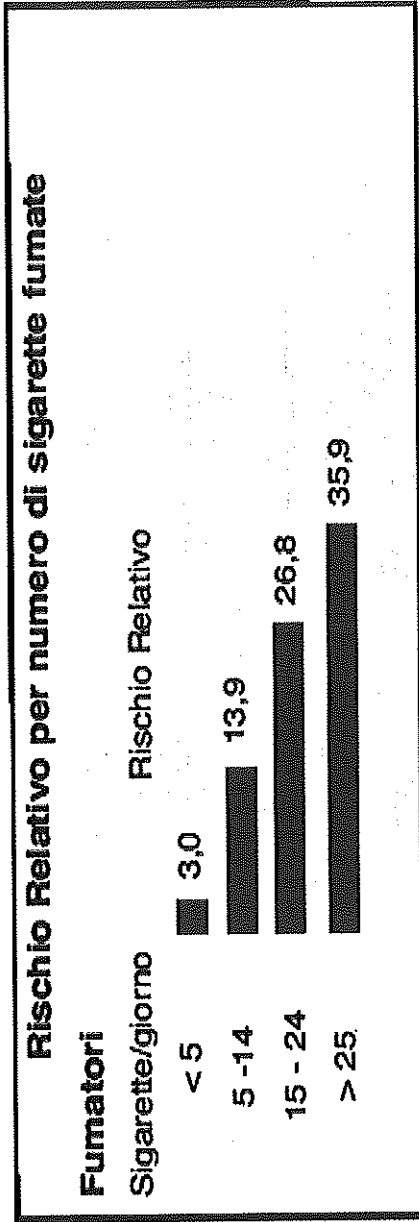
Istituto Superiore di Sanità

Rischio Relativo di BPCO nella Popolazione Maschile

Numero di volte in più che il soggetto rischia di ammalarsi nei 10 anni successivi all'età attuale, rispetto ai non fumatori non esposti

Età del soggetto	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
Non-fumatori					
Nessuna esposizione	1	1	1	1	1
Esposizione ambientale	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2
Esposizione lavorativa	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2
Entrambe le esposizioni	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2
Ex-fumatori					
Nessuna esposizione	1	1	1	1	1
Esposizione ambientale	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2
Esposizione lavorativa	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2
Entrambe le esposizioni	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2
Fumatori					
Nessuna esposizione	1	1	1	1	1
Esposizione ambientale	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2
Esposizione lavorativa	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2
Entrambe le esposizioni	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2





*Ci si ammala e si muore anche di
FUMO PASSIVO*



OSSFAD - Istituto Superiore di Sanità

Quali sono gli ultimi riferimenti normativi?

Legge 16 gennaio 2003, n.3. Disposizioni ordinamentali in materia di pubblica amministrazione, Art.51 (Tutela della salute dei non fumatori) (*GU n. 15 del 20-1-2003 - Supplemento Ordinario n.5*)

Legge 31 ottobre 2003, n.306. Disposizioni per l'adempimento di obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia alle Comunità europee. Legge comunitaria 2003. Art. 7 Modifiche all'articolo 51 della legge 16 gennaio 2003, n.3, in materia di tutela della salute dei non fumatori anche in conformità alla direttiva 2001/37/CE in materia di tabacco.
(*G.U. n.266 del 15-11-2003 - Supplemento Ordinario n. 173*)

D.P.C.M. 23 dicembre 2003, Attuazione dell'art. 51, comma 2 della legge 16 gennaio 2003, n. 3, come modificato dall'art. 7 della legge 21 ottobre 2003, n. 306, in materia di «tutela della salute dei non fumatori». -*G. U. n.300 del 29/12/2003*).

Cosa prevedono le ultime disposizioni in tema di tutela della salute dei non fumatori ?

La legge prevede che: è vietato fumare nei locali chiusi, ad eccezione di quelli privati non aperti ad utenti o al pubblico; di quelli riservati ai fumatori e come tali contrassegnati.

www.ossfad.iss.it

Internet Explorer

http://www.ossfad.it/

Indietro Interrompi Apri una Pagina in... Stampato Porta

Live-Home Page http Appli Supporto Apple Apple Store Microsoft Media Center Office per Macintosh

Preferenze Cronologia Cerca Raccoltore Contenitori e pagine

OSSFAD

Istituto Superiore di Sanità

OSSFAD

FUMO ALCOOL E DRUGA

Chi siamo

Fumo

Alcol

Drughe

Publicazioni

Documentazione

progetti

In evidenza

I centri anti-fumo in Italia

Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo

WHO Alcohol Control Database

Cochrane Area

Notizie

Aprile, mese di prevenzione alcolologica. Alcol: sai cosa bevi? Più sai meno rischi!

Il nuovo Manifesto

Appuntamenti

Conferenza mondiale senza tabacco

V Convegno nazionale Tabacchismo e Servizio Sanitario Nazionale

Roma, 30 maggio 2003

Workshop Alcol e Prevenzione Accettando i giovani

Roma, 5 giugno 2003

Consulenza telefonica

Telefono Verde contro il Fumo 800 55 4088 lun. - ven. 10 - 16

Servizio nazionale anonimo e gratuito

Telefono Verde Alcol 800 63 2000 lun. - ven. 10 - 16

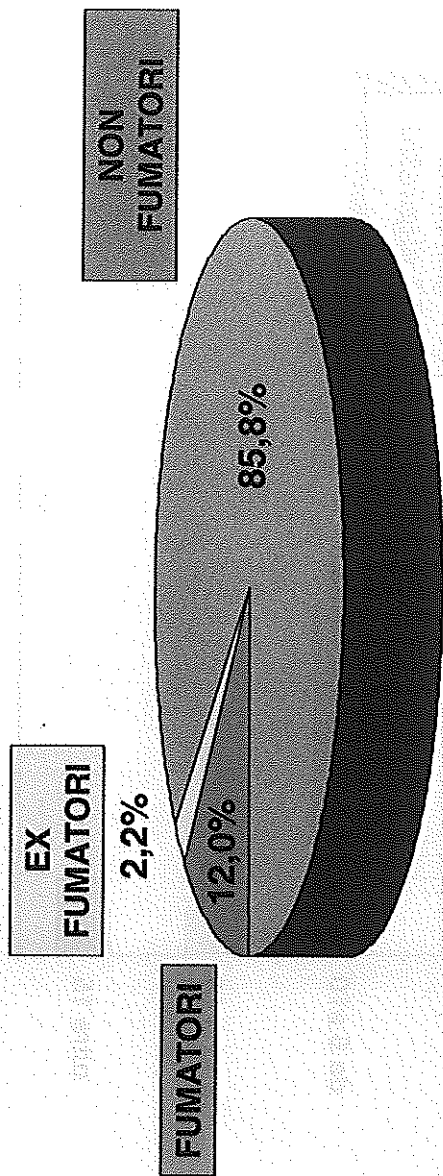
Servizio Nazionale anonimo e gratuito

W3C HTML 4.01

W3C CSS

Italia.gov.it

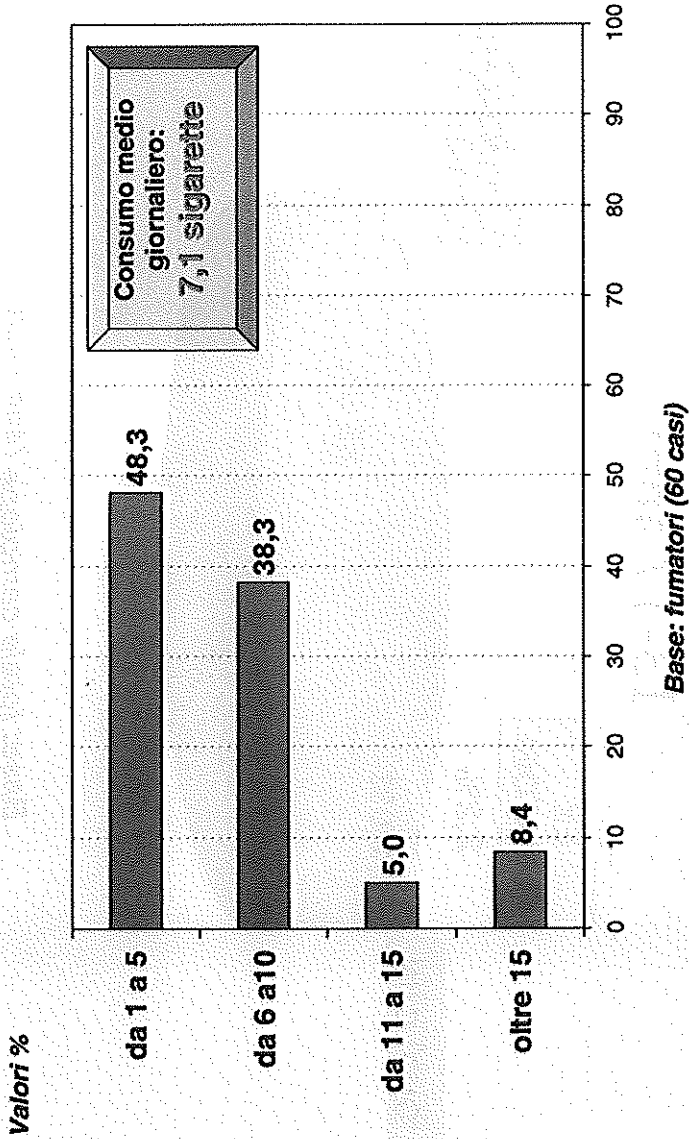
Prevalenza dei fumatori fra i giovani di 13-17 anni



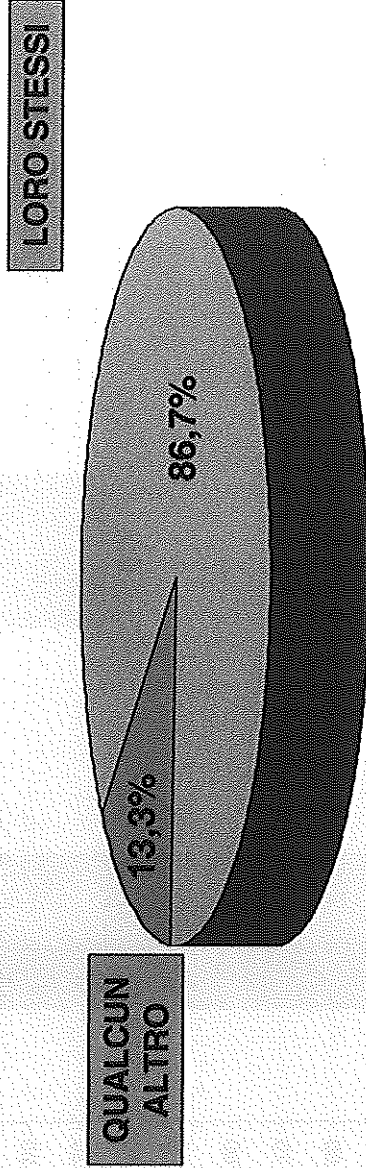
Base: totale campione (498 casi)

OSSFAD, Istituto Superiore di Sanità – Indagine DOXA 2003

Numero di sigarette fumate in un giorno



Chi acquista le sigarette per i minorenni?

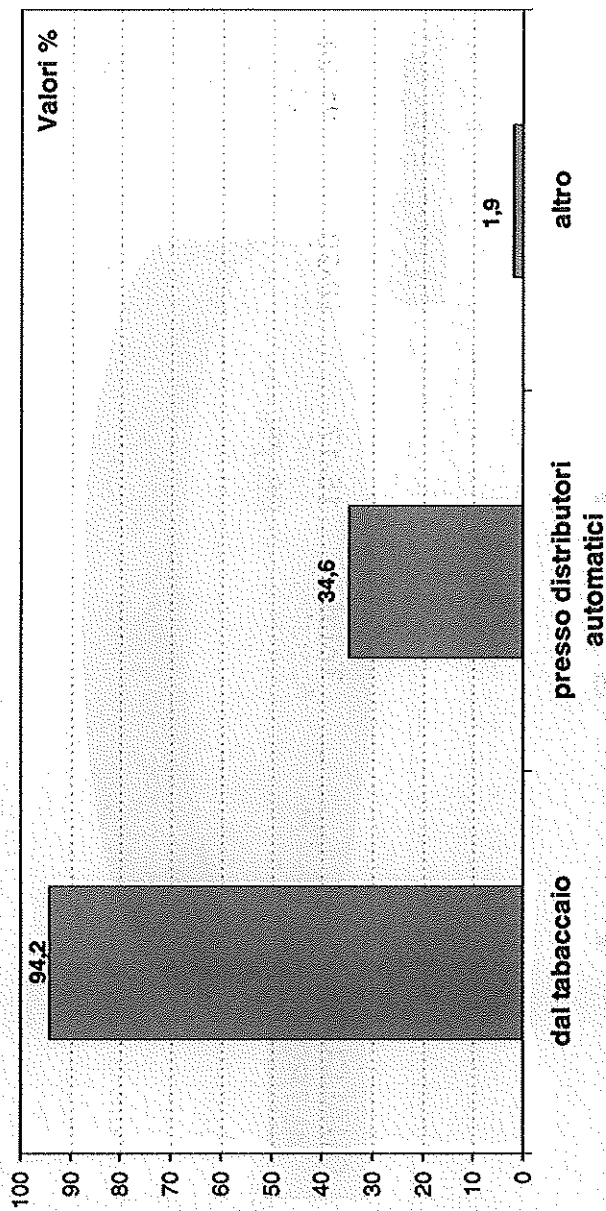


Base: fumatori (60 casi)

OSSFAD, Istituto Superiore di Sanità – Indagine DOXA 2003

Luogo di acquisto abituale delle sigarette

Base: fumatori che acquistano personalmente le sigarette (52 casi)



OSSFAD, Istituto Superiore di Sanità – Indagine DOXA 2003

Classificazione dei fumatori
secondo il grado di dipendenza da nicotina (test di Fagerström)
focus sui giovani 15-24 anni

	Totale fumatori (1.837)	15-17 anni (49)	18-20 anni (141)	21-24 anni (190)
Base:				
• bassissima dipendenza	42,8	70,1	65,4	46,5
• bassa dipendenza	28,6	23,7	18,5	33,9
• media dipendenza	11,0	3,4	7,5	11,3
• alta dipendenza	13,8	2,8	8,6	7,2
• altissima dipendenza	3,8	0,0	0,0	1,1

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA' 

31 maggio 2003 Giornata Mondiale Senza il Tabacco - OMS
TOBACCO FREE FILM - TOBACCO FREE FASHION



L'AMORE È UN FILM

SENZA FUMO

Chiama il telefono verde contro il fumo.
Risponde un esperto dell'Osservatorio
Fumo, Alcol e Droga che può aiutarti

800-554086

www.ossafds.it

La televisione è capace di influenzare la percezione del mondo reale e dei comportamenti sociali accettabili da parte dei giovani ed anche di contribuire alla definizione delle norme culturali.

Progetto pilota: fumo e TV
Osservatorio su fumo, alcol e droga
in collaborazione con RGB Medical –Milano
2000 - 2001

Verificare il ruolo della televisione verso
l'induzione e l'abitudine al fumo

da un punto di vista

quantitativo: frequenza di episodi

qualitativo: contesto/ruolo/personalità

Dimensione della ricerca Fumo in TV 2002-2003

Periodo: dalle 11,30 alle 23,30

Genere: Film; Fiction; Cartoon e Video musicali per MTV

Emittenti valutate: RAI; MEDIASET; LA7; MTV (8)

2.174

638

TAVOLA COMPARATIVA

RILEVAMENTI 2000/01 - 2002/03 (ottobre-dicembre-gennaio)

	TOTALE		TOTALE
	2000 - 2001	2002 - 2003	2002 - 2003
TOT ORE MONITORATE	470.40		462.25
TOTALE AZIONI	1195		880
AZIONI MASCHILI	970		747
AZIONI FEMMINILI	221		133
ALTRO*	4		0
FREQUENZA / MINUTO ATTI-FUMO	1 x 24		1 x 32

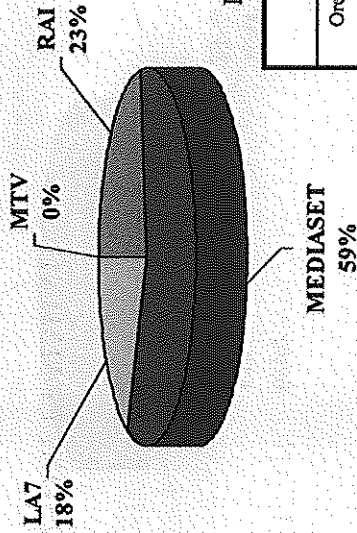
* 2 azioni sono compiute da un pappagallo e da un fantasma e 2 da una scimmia

OSSFAD - Istituto Superiore di Sanità

Fumo e TV 2002-2003

FILM MONITORATI NELLE DIVERSE EMITTENTI

FILM



FILM MONITORATI NELLE DIVERSE EMITTENTI

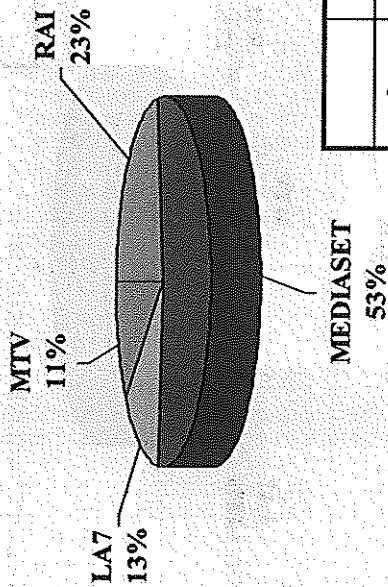
	RAI	MEDIASET	La7	MTV	Totale
Ore	52,10	134,30	42,05	0	228,45
Azioni	134	283	151	0	568
Maschi	119	230	135	0	484
Femmine	15	53	16	0	84
Freq./Mi	1/23	1/29	1/17	0	1/24

OSSFAD - Istituto Superiore di Sanità

Fumo e TV 2002-2003

FICTION MONITORATE NELLE EMITTENTI

FICTION



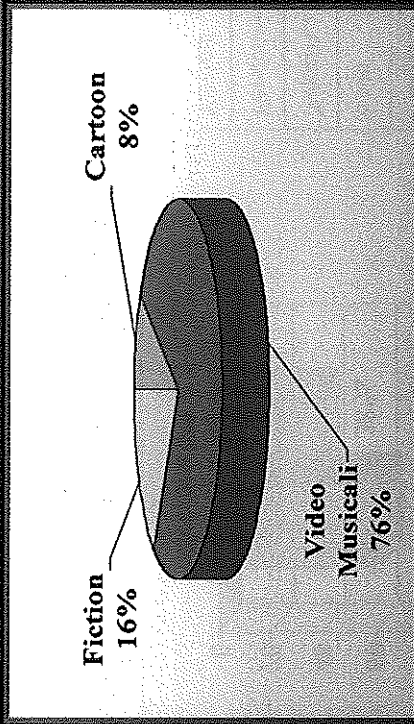
FICTION MONITORATE NELLE EMITTENTI

	RAI	MEDIASET	La7	MTV	Totale
Ore	60	140,23	34	28,10	262,33
Azioni	115	131	66	62	374
Maschi	98	109	56	47	310
Femmine	17	22	10	15	64
Freq./Min.	1/51	1/64	1/51	1/27	1/42

OSSFAD - Istituto Superiore di Sanità

Fumo e TV 2002-2003

VIDEO MUSICALI E CARTOON MONITORATI IN MTV



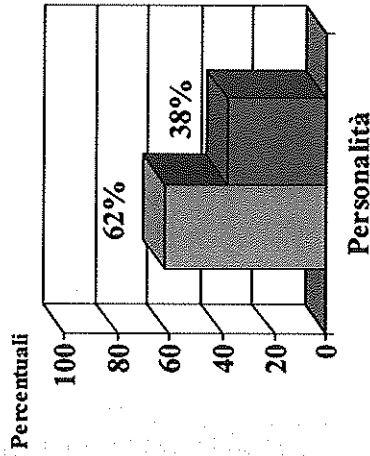
PROGRAMMAZIONE DI MTV

	Fiction	Musica	Cartoon
Ore	28,10	131,19	14,3
Azioni	62	373	147
Freq./min.	1/27	1/21	1/6

OSSFAD - Istituto Superiore di Sanità

Fumo e TV - 2002-2003

Tipologia di personalità e ruolo associato all'azione-fumo

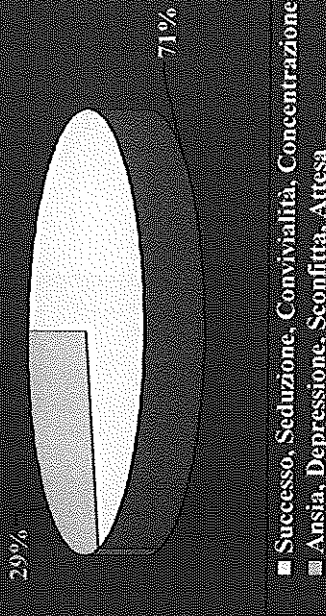


■ Positiva, Vincente, Eroe ■ Negativa, Perdente, Vittima

Personalità	Count
Positiva	233
Vincente	114
Eroe	34
Negativa	143
Perdente	74
Vittima	14

Fumo e TV - 2002-2003

Contesto motivazionale, cognitivo ed emotivo associato alle azioni-fumo

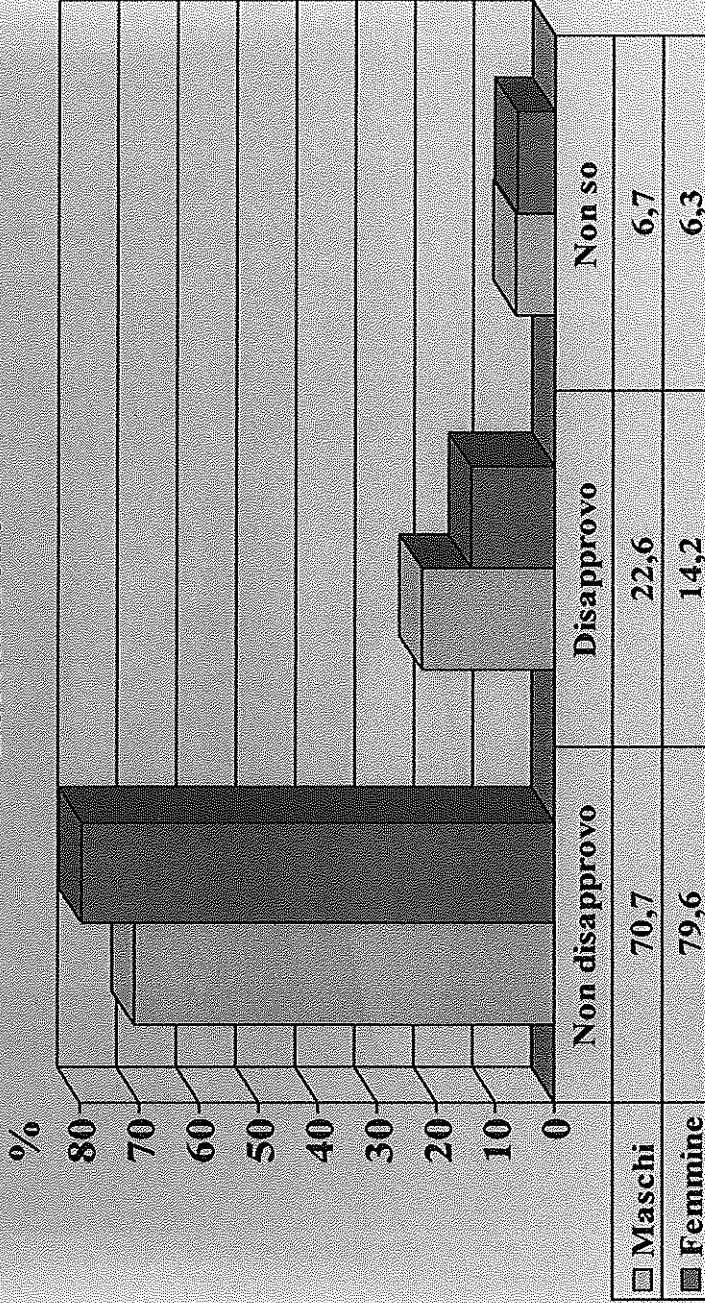


CONTESTO

Successo	79
Seduzione	44
Convivialità	122
Concentrazione	207
Ansia	52
Depressione	24
Sconfitta	8
Attesa	98

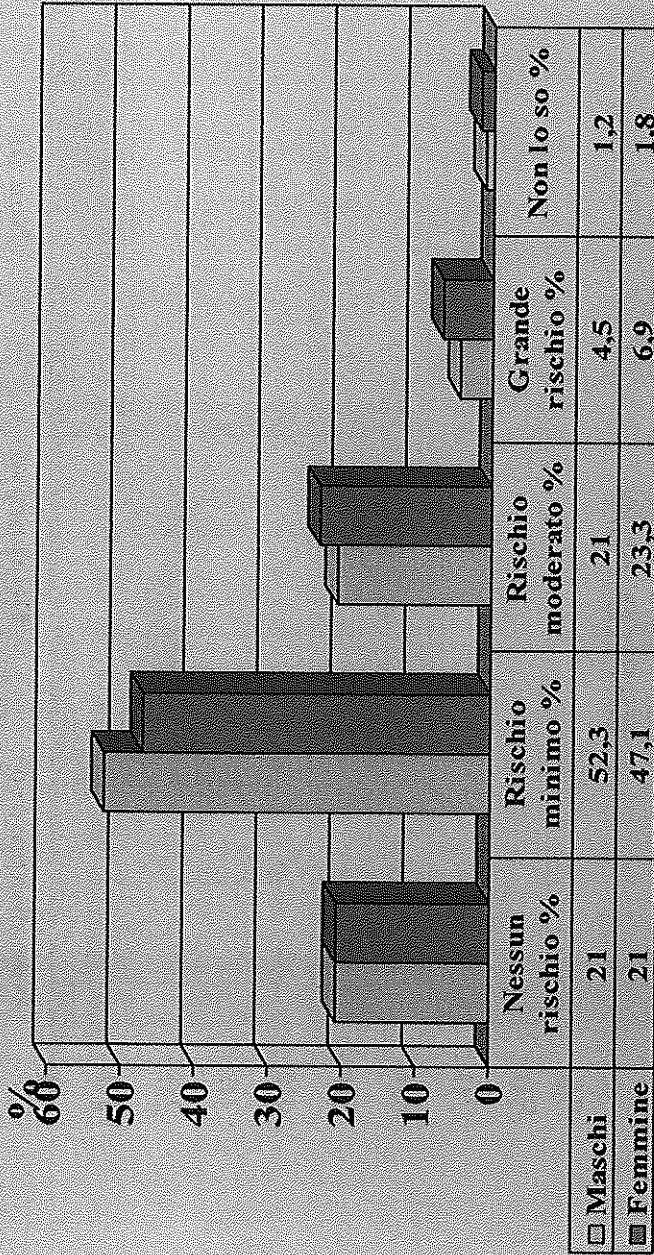
OSSFAD - Istituto Superiore di Sanità

**Disapprovare l'uso di tabacco:
Fumare sigarette occasionalmente
ESPAD 2000**



Elaborazione OSSFAD-ISS su dati ESPAD (2002)

**Percezione del rischio tra i ragazzi 15-20 anni:
Quanto pensi che rischiano di danneggiarsi le persone che fumano sigarette
occasionalmente?
ESPAD 2000**

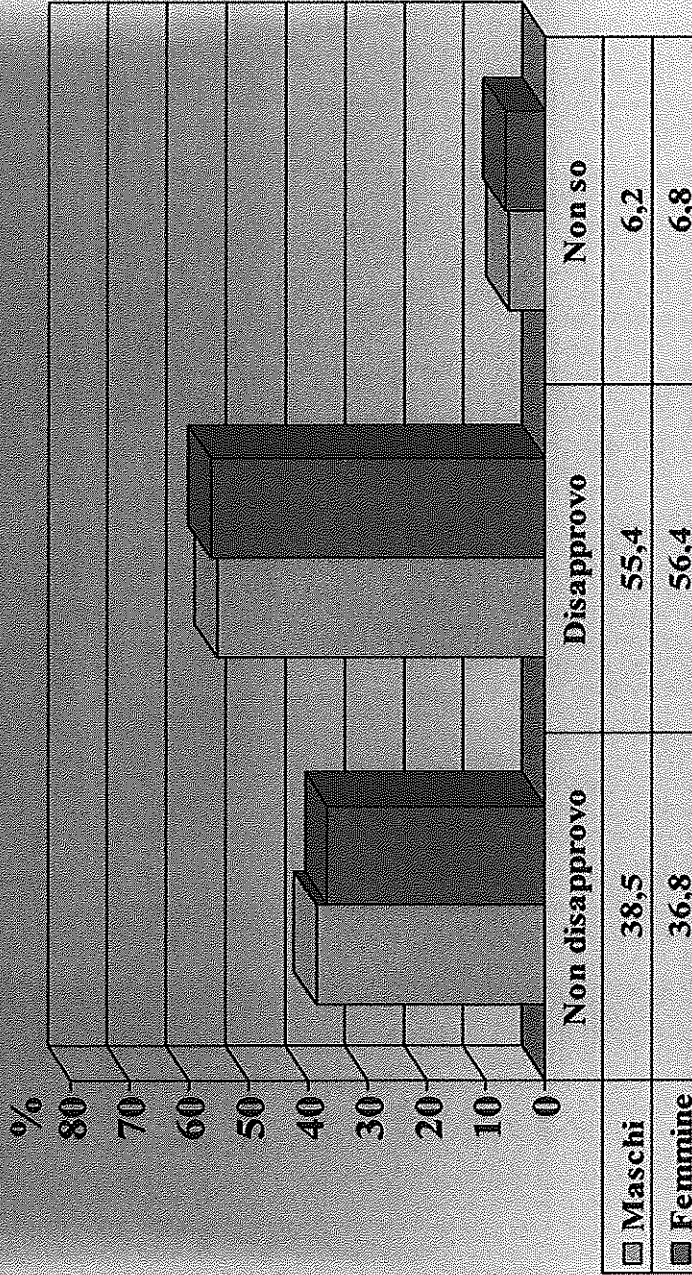


Elaborazione OSSFAD-ISS su dati ESPAD (2002)

Disapprovare l'uso di tabacco:

Fumare 10 o più sigarette al giorno

ESPAD 2000

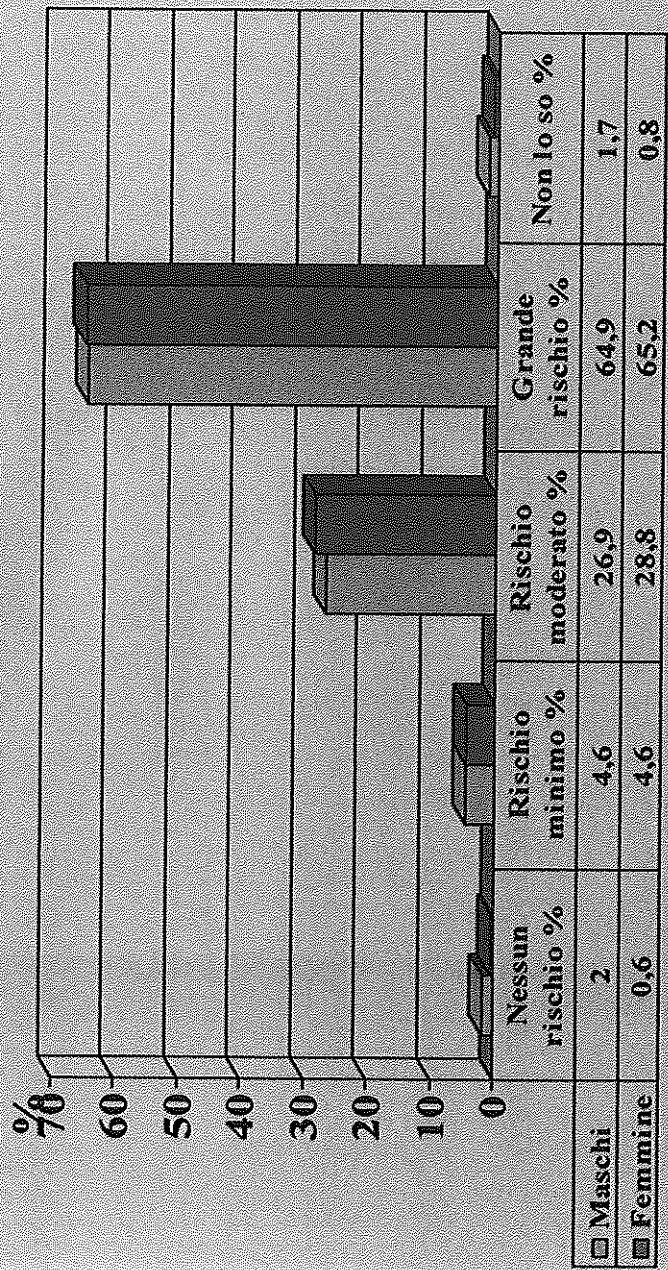


Elaborazione OSSFAD-ISS su dati ESPAD (2002)

Percezione del rischio tra i ragazzi 15-20 anni:

Quanto pensi che rischiano di danneggiarsi le persone che fumano uno o più pacchetti di sigarette al giorno?

ESPAD 2000



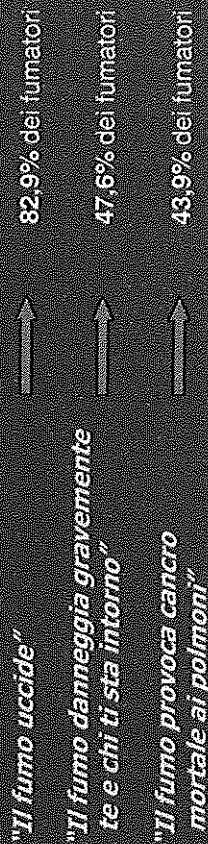
Elaborazione OSSFAD-ISS su dati ESPAD (2002)

Decreto Legislativo 24 giugno 2003, n. 184

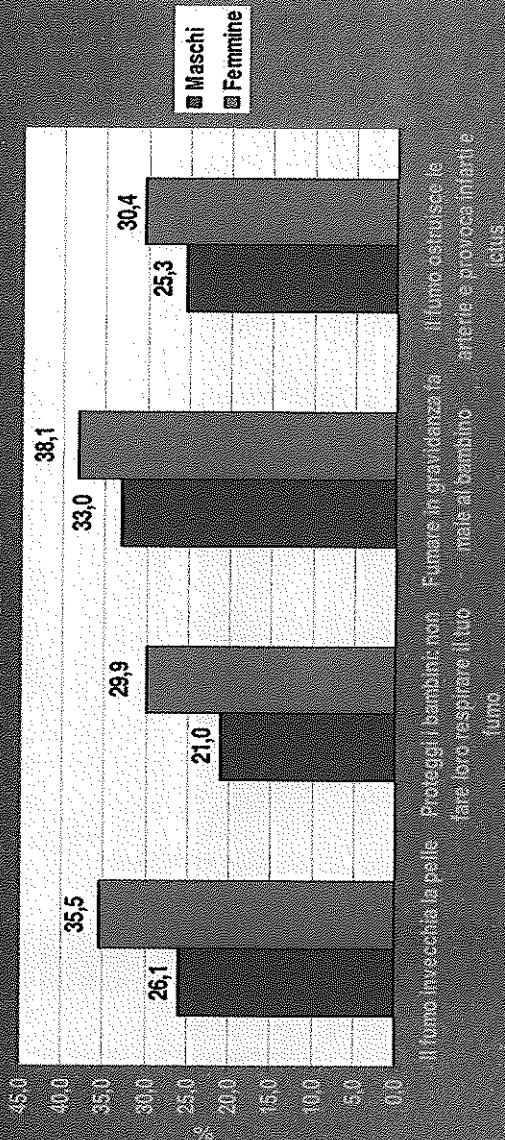
“Attuazione della direttiva 2001/37/CE in materia di lavorazione, presentazione e vendita dei prodotti del tabacco.”
(G.U. n. 169 del 23-07- 2003)

Entrata in vigore: 24 Luglio 2003

Scritte maggiormente ricordate sui pacchetti di sigarette



Scritte in cui si registra una maggiore differenza tra uomini e donne



Il fumo invecchia la pelle
Proteggi i bambini; non fare loro respirare il tuo fumo
Fumare in gravidanza fa male al bambino
Il fumo ostruisce le arterie e provoca infarti e ictus

OSSFAD, Istituto Superiore di Sanità — Indagine DOXA 2004

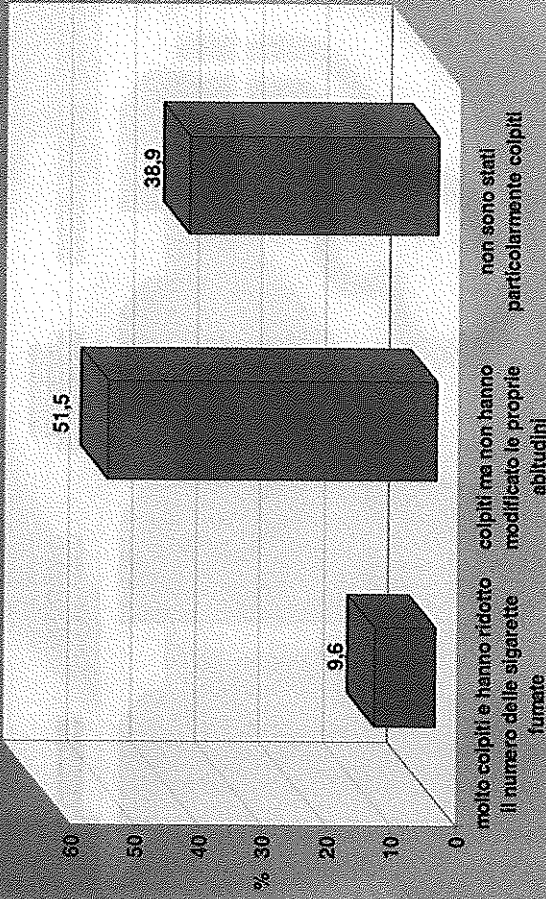
La scritta che ha colpito di più:

"Il fumo uccide" → 46,9% dei fumatori

La scritta che ha colpito meno:

*"Il tuo medico o il tuo
farmacista possono aiutarti
a smettere di fumare"* → 0,3% dei fumatori

EFFETTI DELLE SCRITTE SUI FUMATORI

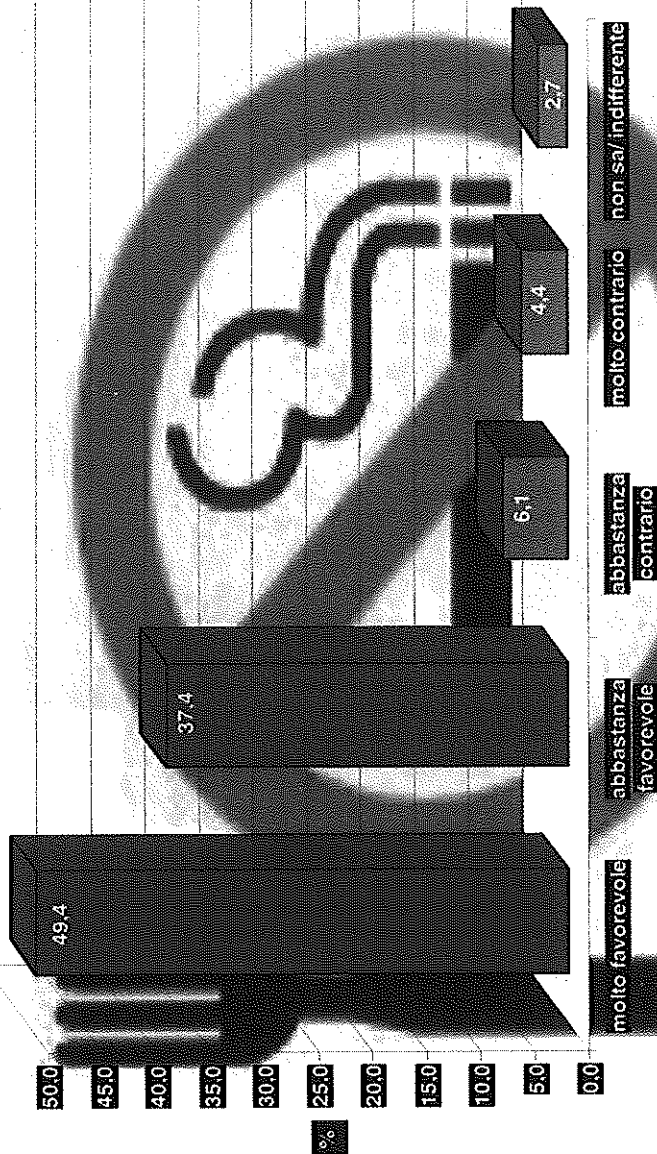


circa 1.200.000 fumatori hanno ridotto il numero di sigarette fumate

OSSFAD, Istituto Superiore di Sanità – Indagine DOXA 2004

I DIVIETI DI FUMARE:

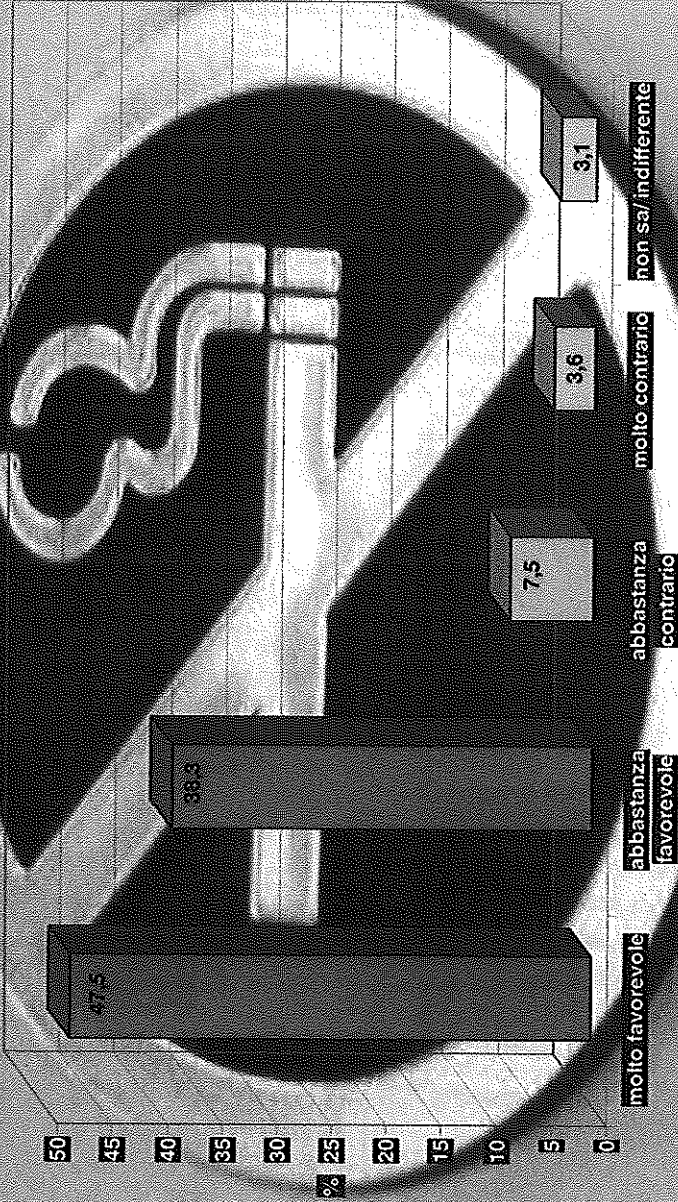
favorevole o contrario alla creazione di spazi per fumatori nei e al divieto di fumare al di fuori di essi?



L' 86,8% dei fumatori è favorevole

I DIVIETI DI FUMARE:

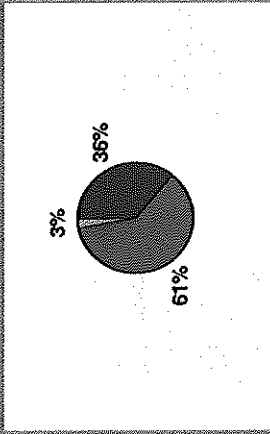
favorevole o contrario al fatto che il divieto di fumare sul posto di lavoro (se non in appositi spazi) venga esteso a tutte le aziende?



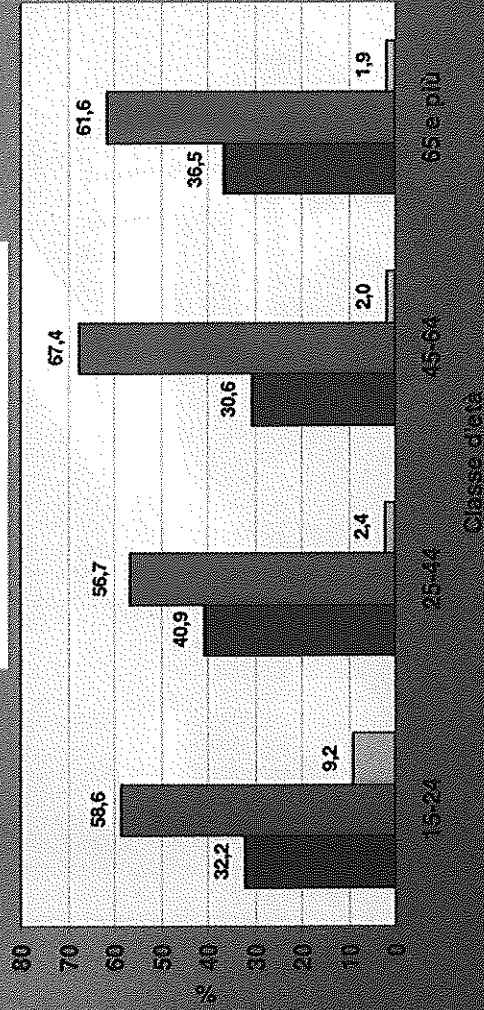
L' 85,8% dei fumatori è favorevole

OSSFAD, Istituto Superiore di Sanità - Indagine DOXA 2004

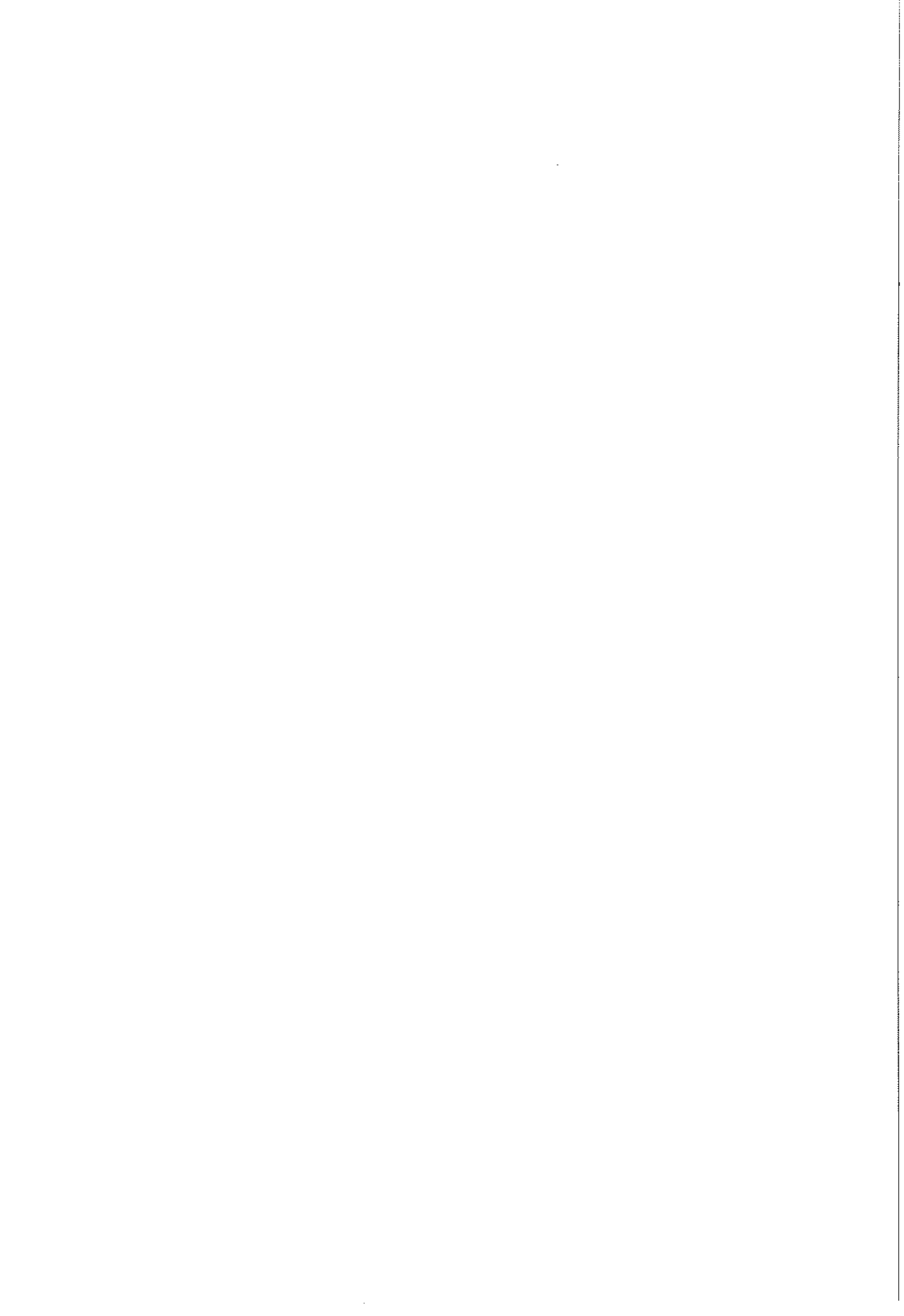
Un forte aumento dei prezzi delle sigarette potrebbe contribuire a ridurre la diffusione del fumo tra i giovani?



- molto/abbastanza
- poco/per nulla
- non so



DOCUMENTAZIONE FORNITA DAGLI AUDITI
NELLA SEDUTA DEL 20 OTTOBRE 2004



Stato dell'Arte sulle attività di prevenzione, controllo e cura del tabagismo svolte dalle Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano

Le Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, su mandato del Coordinamento degli Assessori (nota prot. 83/RN del 23/7/02), hanno costituito un apposito gruppo tecnico di lavoro sul tabagismo. Il Gruppo tecnico ha elaborato una proposta operativa complessiva in tema di prevenzione, controllo e cura del tabagismo approvata dal Coordinamento degli Assessori in data 3 marzo 2004. La proposta riprende e sviluppa gli obiettivi strategici contenuti nell'"Accordo tra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulla tutela dei non fumatori, di cui all'articolo 51, comma 2 della legge 16 gennaio 2003, n.3 – Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n.131" del 24 luglio 2003.

Si fa riferimento, in particolare, all'opportunità di prevedere un approccio globale alle problematiche connesse al consumo di tabacco, da realizzare attraverso un efficace rapporto collaborativo interistituzionale comprendente:

- interventi informativi ed educativi di promozione della salute e di stili di vita sani;
- offerta di cure e sostegno ai fumatori per la disassuefazione;
- norme restrittive per il controllo del fumo di tabacco negli ambienti pubblici e di lavoro e disposizioni per la regolamentazione della pubblicità e dell'accesso dei minori ai prodotti del tabacco.

Il tabagismo, definito dall'O.M.S. quale prima causa evitabile di morte e malattia nei Paesi sviluppati, è, infatti, un fenomeno complesso che presenta molteplici aspetti:

- di tipo socio-culturale, in quanto stile di vita dannoso, largamente diffuso e socialmente tollerato;
- di tipo medico-psicologico, in quanto dipendenza patologica e, al tempo stesso, fattore di rischio per numerose malattie correlate;
- di tipo igienistico e legale, essendo il fumo passivo un inquinante ambientale sottoposto a precise norme di divieto a tutela della salute collettiva.

Un efficace piano di azione per la prevenzione, controllo e cura del tabagismo dovrà quindi comprendere:

- l'attuazione di interventi educativi efficaci, di promozione della salute e di stili di vita sani;
- il potenziamento delle offerte di cura e sostegno ai fumatori per la disassuefazione;
- l'applicazione puntuale delle norme di vigilanza e controllo sul divieto di fumo negli ambienti pubblici e di lavoro.

Inoltre, il tabacco in quanto prodotto di pubblico consumo, deve essere sottoposto ad apposita regolamentazione relativamente ai seguenti aspetti di carattere economico-commerciale:

- tassazione (finalizzata alla riduzione dei consumi e non solo all'introito economico) non disgiunta da un'efficace lotta al contrabbando;

- definizione delle caratteristiche merceologiche (regolamentazione di prodotto a tutela dei consumatori);
- divieto di pubblicità e norme per impedire l'accesso ai minori (ad es. limitazioni all'uso dei distributori automatici di sigarette).

La Proposta delle Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, riprendendo le linee d'indirizzo OMS al riguardo ("Strategia per un Europa senza Tabacco", "Convenzione Quadro sul Controllo del Tabacco"), sottolinea l'importanza che la lotta al tabagismo venga realizzata sviluppando e coordinando efficacemente, in un'ottica sistemica di rete, tutte le risorse significative della comunità, valorizzando particolarmente i seguenti aspetti:

- **la partecipazione dei cittadini** alla crescita di una cultura diffusa e condivisa del non-fumo, attraverso il coinvolgimento attivo di individui singoli ed associati fin dalla fase della progettazione degli interventi
- **l'intersectorialità e la ricerca di alleanze**, mediante il coinvolgimento operativo di settori sanitari e di *stakeholders* non sanitari (scuola, mondo dello sport e spettacolo, mass media, imprenditoria privata, privato sociale e volontariato e organizzazioni non governative)
- **l'integrazione degli interventi**, combinando in modo contestuale e sinergico azioni di carattere comunicativo-educativo, di supporto alla disassuefazione e di tutela dal fumo passivo (da adottare particolarmente negli ambienti di lavoro) .
- **la multidisciplinarietà**, favorendo la collaborazione culturale e operativa tra le diverse professionalità competenti in tema di prevenzione, cura e controllo del tabagismo

La Proposta individua come principali *ambiti d'intervento*:

1. La promozione della salute e prevenzione dell'abitudine al fumo tra gli adolescenti
2. L'assistenza e supporto alla disassuefazione
3. Il controllo del fumo passivo
4. La comunicazione, formazione, ricerca e valutazione (trasversale ai primi tre)

Tre le *modalità efficaci d'intervento* vengono segnalate in particolare quelle basate su:

- programmi compositi di prevenzione nelle scuole, cioè basati su diverse componenti (informazione e promozione della salute, prevenzione del disagio giovanile, capacità di scelte consapevoli, sviluppo di abilità per resistere alle pressioni sociali,)
- coinvolgimento di soggetti significativi della comunità che, attraverso modalità di contatto autorevoli, personalizzate e prolungate nel tempo, possono svolgere un'efficace azione educativa e d'esempio per i giovani in particolare (genitori, insegnanti, ed altri adulti di riferimento formativo) e per la popolazione generale (medici di base, farmacisti ed altri operatori socio-sanitari)
- modifica degli stili di vita nei contesti socio ambientali mediante la promozione di ambienti favorevoli alla salute (scuole, ospedali, luoghi pubblici e di lavoro "liberi dal fumo")

- interventi motivazionali "brevi" da parte di tutti gli operatori sanitari ed interventi clinici strutturati finalizzati alla disassuefazione, attraverso il potenziamento dell'offerta di servizi per la cessazione del fumo in ciascuna Azienda sanitaria
- campagne di comunicazione e sensibilizzazione intensive e diffuse, che utilizzino i mass media in combinazione con altri interventi e programmi di comunità (aumento della tassazione, applicazione della normativa sul divieto di fumo, programmi scolastici, interventi a supporto della disassuefazione)

Dal punto di vista operativo, per poter perseguire efficacemente gli obiettivi strategici individuati, il Coordinamento degli Assessori ritiene opportuno siano condotte prioritariamente le seguenti attività:

1. Conduzione di una indagine per raccogliere le attività che attualmente sono svolte dalle Regioni e dalle Province Autonome nel campo della lotta al tabagismo.
2. Realizzazione di una Conferenza di Consenso che porti alla preparazione di un documento di indirizzo tecnico scientifico per i principali argomenti necessari alla conduzione di un piano complessivo e organico per la prevenzione, la cura e il controllo del tabagismo.

Nella Proposta viene, infine, auspicata una ampia e forte collaborazione operativa tra i soggetti che costituiscono il "Sistema Sanitario": le Regioni e Province Autonome, attraverso il coordinamento tecnico interregionale sul tabagismo, e le Istituzioni centrali del Ministero della Salute, attraverso le sue Direzioni ed Uffici ed Istituto Superiore di Sanità.

La collaborazione interistituzionale si ritiene debba essere finalizzata a garantire:

- una condivisa individuazione delle priorità di intervento,
- la stesura di documenti di indirizzo tecnico-scientifici inerenti i quattro principali ambiti d'intervento sopra descritti
- un migliore coordinamento ed integrazione nella fase di programmazione generale dei piani d'azione (con particolare riguardo alle campagne di comunicazione e sensibilizzazione a carattere nazionale)
- una maggiore efficacia complessiva nella fase di realizzazione dei piani d'azione concordati
- un armonico e coerente sviluppo delle politiche complessive di prevenzione del tabagismo e di promozione degli stili di vita sani, previste dal Piano Sanitario Nazionale e dai Piani Sanitari delle Regioni e Province Autonome.

Risultati ottenuti e prossimi obiettivi

Un primo importante risultato, in linea con il programma di attività sopra citato, è stato il censimento nazionale delle attività dei servizi per la cessazione del fumo. Grazie alla proficua collaborazione tecnica instauratasi tra Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità e Gruppo tecnico sul tabagismo delle Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, è

stato possibile, infatti, elaborare uno strumento standard di rilevazione per l'intero ambito nazionale. I dati raccolti, contenenti informazioni complete e dettagliate sui Centri antifumo operativi in ogni Regione (indirizzo, recapito telefonico, professionalità impiegate, tipologia dell'intervento, prestazioni soggette a ticket, a pagamento o gratuite, anno di attivazione) sono stati resi disponibili dal maggio 2004 sul sito internet dell'Istituto Superiore di Sanità.

Per quanto attiene alle attività di prevenzione del tabagismo svolte dalle Regioni, con particolare riguardo alle azioni preventive mirate alle giovani generazioni, si sta procedendo all'elaborazione di una scheda di rilevazione condivisa che consentirà di avere anche in quest'ambito un quadro complessivo nazionale, analogamente a quanto già realizzato per le attività svolte dai Centri antifumo.

Tutte le Regioni, nel campo della prevenzione dell'abitudine al fumo, hanno da tempo avviato programmi d'intervento nelle scuole, condotti per lo più da operatori delle Aziende sanitarie in stretta collaborazione con i docenti. E' molto presente inoltre su tutto il territorio nazionale la Lega Italiana per la lotta contro i Tumori con campagne informative mirate.

La rilevazione delle attività sarà finalizzata particolarmente ad evidenziare *le modalità efficaci d'intervento* sopra richiamate.

Attraverso questo tipo di rilevazione sarà inoltre possibile raccogliere dati sulle attività svolte dalle Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano nell'ambito della formazione dei Medici di Medicina Generale al *Counselling* antifumo.

Negli anni ottanta l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito il fenomeno del tabagismo una tossicomania, secondo quattro precise caratteristiche:

1. desiderio della sostanza e desiderio di consumarla ad ogni costo;
2. tendenza ad aumentare le dosi
3. dipendenza di tipo fisico e psichico della sostanza;
4. danno alla salute dell'individuo ed effetti negativi sulla società.

Definizione di dipendenza:

"stato patologico consistente nell'uso continuamente ripetuto di una droga o di un farmaco che si manifesta col bisogno improvviso di continuare l'ingestione" (Dizionario Medico Larousse).

"La tendenza ad assumere sostanze che inducono dipendenza sembra essere una caratteristica speciale della società umana.

.... Se la dipendenza permane in conseguenza del ricordo dell'effetto piacevole prodotto, la memoria legata a quest'ultimo deve essere molto più efficace di quella legata alle sofferenze da astinenza. In effetti le sostanze che inducono dipendenza più forte come morfina, nicotina e cocaina, sono quelle che danno la più profonda sensazione di benessere. Comunque il valore soggettivo delle sostanze che danno dipendenza può dipendere sia dalla sostanza stessa sia dalla personalità del soggetto e dalle circostanze. (Dulbecco, "Il progetto della vita").

LA LEGGE PROTEGGE DAL FUMO PASSIVO

Ricordati che dal 1 gennaio 2002, fumare in un luogo "sbagliato" o davanti alla persona "sbagliata" come ad es. un bambino fino a dodici anni od una donna in evidente stato di gravidanza, in base all' art. 52 comma 20 della Legge Finanziaria del 2002, può costarti fino a 500 Euro.

Quindi, se non riesci a smettere, o ancora stai decidendo di farlo, ricordati di non accenderti una sigaretta in tutti i luoghi dove E' ASSOLUTAMENTE VIETATO FUMARE:

- mezzi pubblici;
- sale di attesa di stazioni ferroviarie, autofilotranviarie; portuali – marittime ed aeroportuali;
- carrozze ferroviarie,
- locali chiusi adibiti a pubblica riunione;
- sale chiuse di cinema, teatro e da ballo;
- sale- corse;
- sale riunioni pubbliche;
- sale di lettura aperte al pubblico;
- pinacoteche e gallerie d' Arte;
- ospedali ed altre strutture sanitarie;
- scuole di ogni ordine e grado comprese le Università;
- uffici degli Enti territoriali;
- distretti militari;
- uffici giudiziari ed amministrativi;
- uffici aperti al pubblico ovvero tutti i locali aperti al pubblico utilizzati a qualunque titolo dalla Pubblica Amministrazione, dalle aziende pubbliche e da privati esercenti servizi pubblici;

23 n. 3 del 2004

Inoltre dal 15 gennaio 2005, entrerà finalmente in vigore l'art. 51 della recente Legge n. 3 del 16 gennaio 2003, che prevede il divieto di fumo in tutti i locali chiusi ad eccezione di quelli privati non aperti ad utenti o pubblico e quelli riservati ai fumatori e come tali contrassegnati.

In particolare viene espressamente previsto per i proprietari e gestori dei vari locali chiusi aperti al pubblico (bar, ristoranti, pub, studi professionali etc.) sia l'obbligo di installare gli impianti di ventilazione funzionanti per le zone nelle quali è consentito fumare e sia quello di adibire ai non fumatori uno o più locali di superficie prevalente rispetto alla superficie complessiva di somministrazione dell'esercizio. Gli spazi riservati ai fumatori, come tali contrassegnati, dovranno essere dotati di impianti per la ventilazione ed il ricambio d'aria regolarmente funzionanti ai sensi del DPCM del 23 dicembre 2003 attuativo del succitato art. 51 comma 2 L.3/2003.

In attesa della nuova normativa antifumo, a tutt'oggi se ti trovi in un ufficio privato, in base al D.L.vo 626/94 che tutela la salute dei lavoratori, il divieto di fumare è assoluto se i suddetti locali chiusi non sono provvisti di apposite zone per fumatori od impianti di aerazione adeguati corrispondenti 80 metri cubi di ricambio d'aria a persona.

Se invece sei gestore e proprietario di un ristorante, un bar o un pub, ricordati che la normativa vigente prevede che i tuoi dipendenti possano agire in giudizio a tutela della propria salute con conseguenze di carattere civile e penale se non adotti tutti le misure idonee a tutelare la salute del lavoratore non fumatore.

Il 9 luglio 1998, con Decreto Legislativo n.283, viene istituito l'**Ente Tabacchi Italiani (ETI)** al fine di iniziare il processo di trasformazione dell'Amministrazione dei Monopoli di Stato nella maniera meno traumatica possibile. L'ETI infatti costituisce una tappa intermedia verso la privatizzazione vera e propria, che sarà conclusa con la trasformazione dell'Ente in una o più Società per azioni entro un termine prefissato.

Fumatori di 14 anni e più per sesso, classe di età e tipo di comune.
Anno 1999 (per 100 persone con le stesse caratteristiche)

TIPO DI COMUNE	MASCHI			FEMMINE			MASCHI E FEMMINE		
	14-24	25 e più	TOT	14-24	25 e più	TOT	14-24	25 e più	TOT
Centri metropolitani	30,6	36,1	35,4	19,2	19,2	19,2	24,9	27,0	26,8
Altri Comuni	27,0	32,8	31,8	14,9	17,0	16,7	21,1	24,6	24,0
Totale	27,5	33,3	32,4	15,4	17,4	17,1	21,6	25,0	24,5

Fonte: ISTAT, Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" 1999

Persone di 14 anni e più che si dichiarano fumatori per ripartizione geografica, sesso, classe di età.
Anno 2002 (per 100 persone con le stesse caratteristiche)

	ITALIA	NORD OVEST	NORD EST	CENTRO	MEZZOGIORNO
MASCHI	30,9	32,1	27,2	30,0	32,3
14-24 anni	24,9	27,8	27,4	26,0	22,1
25-44 anni	38,9	41,3	31,8	37,9	41,4
45-64 anni	32,6	31,4	28,8	31,8	36,4
65 anni e più	16,3	17,3	15,1	15,2	16,7
FEMMINE	17,1	18,9	18,4	20,2	13,2
14-24 anni	15,5	20,1	18,7	20,3	10,2
25-44 anni	23,3	25,2	22,8	27,6	19,9
45-64 anni	19,3	20,7	22,1	22,8	14,4
65 anni e più	6,3	7,7	8,3	7,3	3,0
TOTALE	23,7	25,3	22,7	24,9	22,4
14-24 anni	20,3	24,0	23,1	23,2	16,3
25-44 anni	31,2	33,4	27,4	32,8	30,6
45-64 anni	25,8	25,9	25,4	27,2	25,2
65 anni e più	10,4	11,6	11,1	10,6	8,8

Fonte: ISTAT, Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" 2002

FUMO PASSIVO

Indagine condotta dall'ISTAT su un campione di 24mila famiglie distribuite su tutto il territorio nazionale. Si considerano "fumatori passivi" le persone che non fumano ma che convivono con almeno un fumatore in famiglia, questi in Italia sono oltre 15milioni, pari al 26,5% della popolazione. Tra essi oltre 4 milioni sono bambini. Un fumatore passivo su quattro (27,6%) ha meno di 14 anni.

Non fumatori che vivono in famiglia con fumatori, per classi di età. Anno 1999.

Classi d'età	Valori assoluti	Per 100 persone della stessa età	Per 100 fumatori passivi
0 - 5	1.577.000	49,3	10,4
6 - 14	2.612.000	50,9	17,2
15 - 24	2.479.000	36,2	16,4
25 - 64	6.974.000	21,8	46,1
65 e più	1.501.000	14,9	9,9
Totale	15.143.000	26,5	100,0

Fonte: ISTAT, "Fumo e non fumatori", Aspetti della vita quotidiana 1999, Statistiche in breve - 3 aprile 2001

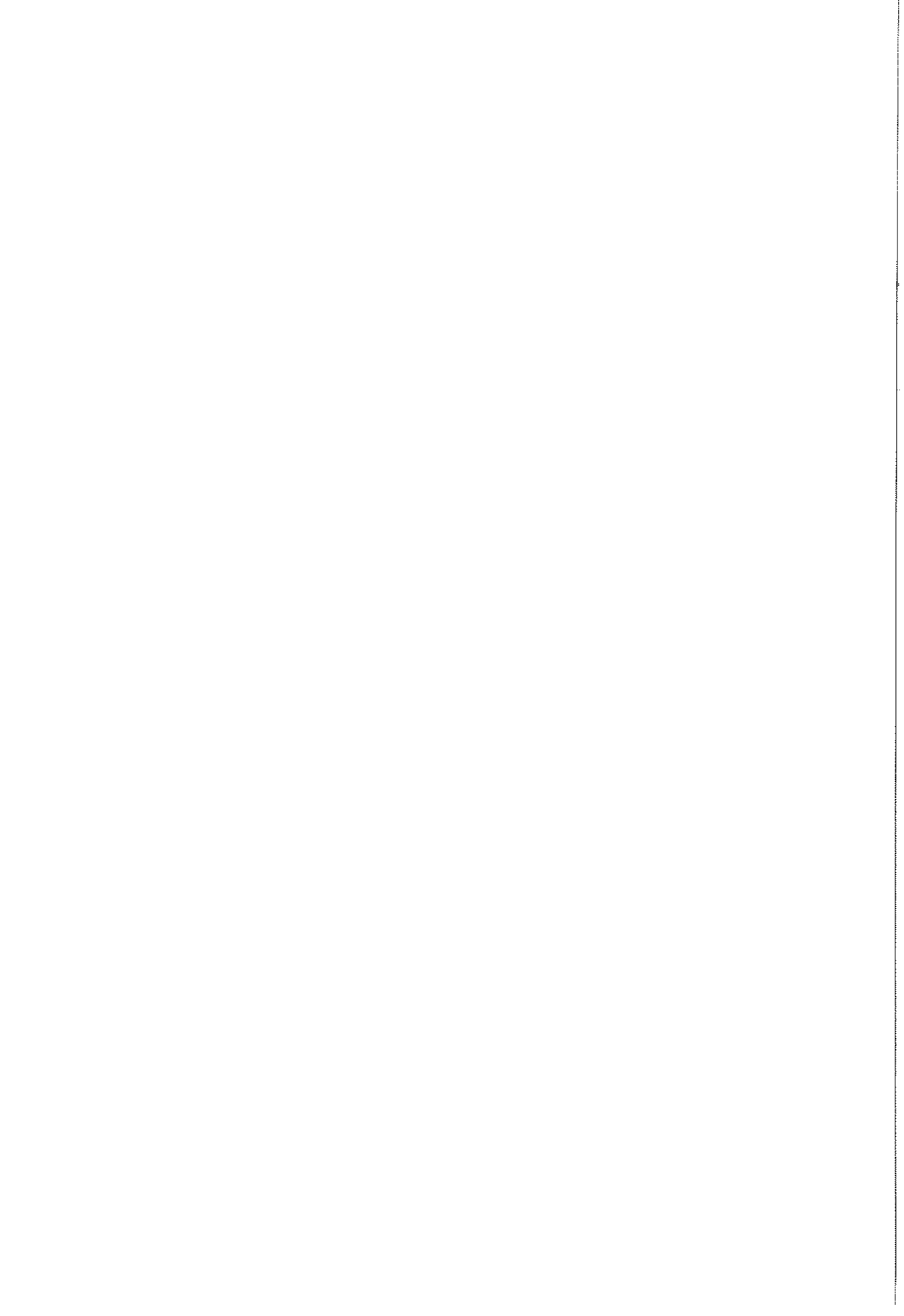
La Lega, nel 1997, rappresentata dal Direttore Generale, è stata inserita nella Commissione tecnico-scientifica, istituita presso il Ministero della Sanità, per l'elaborazione di proposte di intervento legislativo, nonché per la definizione di programmi di prevenzione primaria e secondaria del danno fisico alla salute derivante dall'uso di prodotti di tabacco. La Lega si è impegnata in modo particolare a fornire il suo apporto per l'organizzazione di campagne informative e per l'elaborazione di linee guida per i Centri che si occupano di disassuefazione dal fumo, considerata la sua notevole esperienza in questi specifici settori.

Per i motivi sopra evidenziati, la lotta al fumo di tabacco è sempre stata al centro delle iniziative e dei programmi della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori.

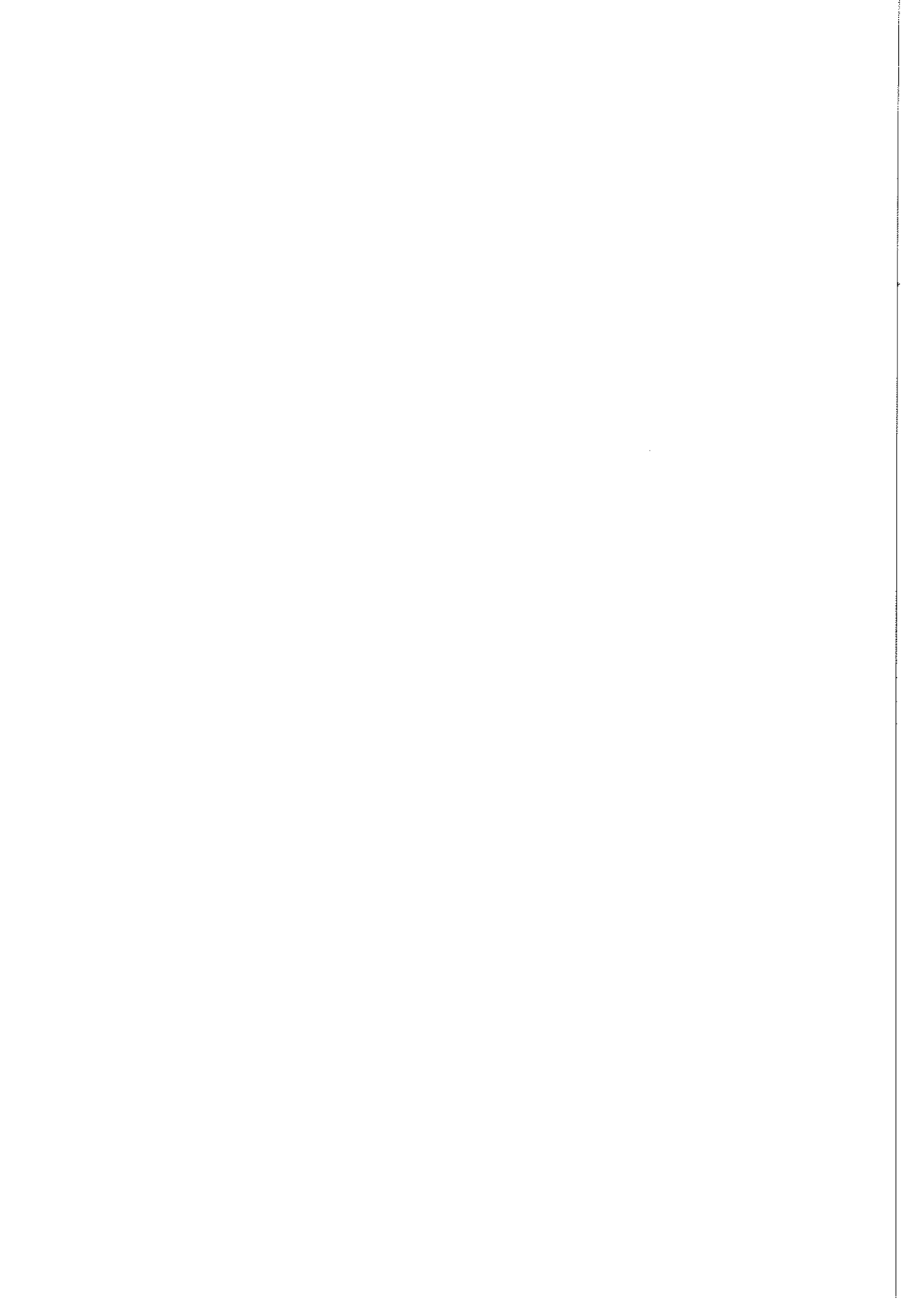
Le attività principali, dal 2000, della LILT sono state le seguenti:

- borse di studio e progetti di ricerca finanziate dalla LILT
- iniziative di informazione ed educazione alla salute mirate ai danni da Tabagismo, nelle scuole di ogni ordine e grado e nelle Forze Armate; *nelle carceri*
- Campagne informative realizzate dalle Sezioni provinciali della Lega, con il coinvolgimento soprattutto del mondo della scuola e con la distribuzione di apposito materiale, costituito da opuscoli, monografie, videocassette, ecc.
- Convegni, Congressi, Tavole Rotonde, Simposi ad hoc:
 1. "Un futuro senza fumo - Educare alla libera scelta di non fumare" - Lecce, 5/6 ottobre 2001;
 2. "Scuole e luoghi di lavoro liberi dal fumo - strategie di intervento in Emilia Romagna" - Bologna, 3 giugno 2002
 3. "Giovani e Tabacco", Campiello San Giovanni - San Polo - Venezia, 27 novembre 2002. Presente al Convegno Jeffrey Wigand, biochimico ed ex manager di una multinazionale del tabacco, che per primo denunciò apertamente i danni provocati dal fumo e gli intrighi delle aziende produttrici di tabacco e la cui vicenda personale ha ispirato il film "Insider - dietro la verità"
 4. "Il tabagismo nella realtà carceraria: problemi, necessità d'intervento e formazione degli operatori penitenziari", Roma, 31 gennaio 2003
- Produzione di monografie, opuscoli, manifesti
- Produzione di video cassette
- Osservatorio sul Tabacco (iniziativa nata a Varese nell'autunno del 1997 ad opera delle Sezioni Provinciali della Lega di Varese e di Milano, Registro Tumori della Lombardia)
- Campagne pubblicitarie e di sensibilizzazione in occasione del 31 maggio "Giornata Mondiale senza Tabacco", iniziativa annuale a livello nazionale
- "Giornata Nazionale dei Diritti dei NoN Fumatori": 5 novembre di ogni anno
- Progetto Nazionale "Mamme libere dal fumo" in collaborazione con la Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche. Progetto che comprende un vasto programma formativo oltre che informativo. Il primo Corso di formazione, con 23 crediti ECM, è stato realizzato a Roma dal 5 al 7 marzo 2003
- Corsi per la formazione di conduttori di Gruppi per la Disassuefazione dal Fumo (GDF), con ECM, rivolto a medici e psicologi;
- da un'indagine della LILT, effettuata nel giugno 2004, attraverso un questionario relativo all'attività dei GDF per gli anni 2001/2003, a cui hanno risposto solo 52 delle 103 Sezioni Provinciali LILT, è emerso che sono stati effettuati negli anni 2002/2003 n. 378 GDF per un totale di 3.436 partecipanti.

- Convenzioni stipulate con le Aziende TIM, ENPACL e ANSA per l'organizzazione di GDF in housing. Il 16 novembre p.v. prenderà l'avvio un GDF anche presso il Ministero della Salute (V.le della Civiltà Romana,7 - Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria)
- una costante opera di sensibilizzazione dell'opinione pubblica è effettuata anche dal servizio della Linea Verde SOS Fumo 800 99 88 77 (e-mail sosfumo@lilt.it). (Questa Linea Verde è nata nel giugno del 1999, grazie al contributo di Trenta Ore per la Vita)



DOCUMENTAZIONE FORNITA DAGLI AUDITI
NELLA SEDUTA DEL 27 OTTOBRE 2004





AUDIZIONE AL SENATO DELLA REPUBBLICA

Il Moige e la lotta al tabagismo

Illustri Senatori e Senatrici

Il Movimento Italiano Genitori fra le sue campagne rivolte alla tutela dei minori ha dedicato particolare attenzione alla lotta ed alla prevenzione del tabagismo con due iniziative: una rivolta alle donne in gravidanza, per la prevenzione dei danni da fumo al nascituro ed una rivolta ai ragazzi delle scuole elementari e medie con l'intento di sensibilizzare i giovani al problema del tabagismo prima ancora che acquisiscano questa pericolosa abitudine.

La campagna dedicata alla sensibilizzazione dei danni da fumo in gravidanza e durante l'allattamento è stata articolata essenzialmente in cinque punti:

- Istituzione di un numero verde 800 933 323 al quale le mamme possono rivolgersi per parlare direttamente con un esperto
- Creazione di un sito internet dedicato alle problematiche del fumo in gravidanza e in allattamento
- Poster e pieghevoli informativi da distribuire negli studi medici e sedi opportune
- Spot radiofonico
- Spot televisivo

Questa iniziativa, avviata nel dicembre 2002, vista la sua peculiarità e gli apprezzamenti ricevuti, è stata proseguita fino ad oggi.

Da un sondaggio condotto per nostro conto dalla SWG S.r.l. di Trieste prima dell'inizio della nostra campagna è emerso che una donna su tre decide di non spegnere la sigaretta. Tra quelle che smettono, otto su dieci prima o poi ricominciano. Qualcuna, addirittura, subito dopo il parto. Parenti ed amici davanti alla donna in attesa spesso fumano imperterriti, ignorando che esiste il danno da fumo passivo. L'indagine è stata condotta su 1500 mamme e gestanti in tutta Italia, quasi la metà fuma o fumava. Su cento donne 29 – quindi quasi una su tre – non hanno spento la sigaretta alla notizia che sarebbero diventate mamme: di queste, 23 si sono limitate a ridurre il numero delle sigarette, 5 addirittura non hanno cambiato abitudini e una ha fumato ancora di più.

Delle donne che hanno smesso di fumare durante la gravidanza, il 76 per cento ha ripreso a fumare dopo la gravidanza. Di queste 3 hanno acceso la sigaretta subito dopo il parto mentre 4 hanno aspettato un mese, 18 hanno pazientato fino ad un anno di vita del bambino, 37 hanno atteso la fine dell'allattamento e 12 hanno resistito per un anno. In pratica tante donne hanno avuto il rispetto per il figlio solo fino a quando non ha avuto un anno di età, poi hanno dimenticato il fumo passivo. Tra le donne che in gravidanza non hanno smesso di fumare, il 55 per cento ha spiegato di non essere

riuscita a smettere e ben il 19 per cento ha dichiarato di non aver ritenuto importante o indispensabile lasciare la sigaretta. Sette hanno detto che se fossero state sostenute da persone vicine avrebbero smesso. Questo dimostra che sono importanti Campagne di informazione e di sensibilizzazione. Un grande riconoscimento ai Media perché su cento donne che hanno detto di conoscere i rischi del fumo in gravidanza o durante l'allattamento, 59 lo devono alla stampa e alla tv, più del medico che ha raggiunto un indice di 49.

Il basso peso alla nascita (73 per cento) è il rischio immediato maggiormente indicato per il bambino e per la partoriente nel caso di una mamma fumatrice. Seguono il parto prematuro, l'aborto, il parto difficile e la necessità del parto cesareo. L'11 per cento ha dichiarato di non sapere quali sono i rischi per mamma e bambino.

Tra i rischi per il bambino dopo la nascita, le donne hanno indicato le malattie respiratorie (67 per cento). Poi le mamme fumatrici temono l'asma, le allergie, il ritardo nella crescita, i tumori, i problemi neurologici e i problemi comportamentali. La morte in culla, rischio ad alto livello collegato al fumo, è indicata solo da otto donne su cento. Non è a conoscenza dei rischi che un bambino nato da madre fumatrice può correre il 10 per cento.

Mariti e parenti non si mostrano sensibili nei confronti della donna in gravidanza: ben il 31 per cento delle intervistate ha dichiarato di aver subito il fumo senza che fosse stato chiesto loro il permesso. Più attenzioni vengono invece rivolte al neonato: il 58 per cento delle intervistate ha dichiarato che non è mai successo che qualcuno fumasse in presenza del neonato senza chiedere il permesso.

Dall'esperienza di questi anni, attraverso le telefonate e le e-mail ricevute, abbiamo potuto osservare che le donne sono sufficientemente consapevoli dei danni che il fumo può arrecare in gravidanza e durante l'allattamento, tuttavia incontrano grandi difficoltà ad abbandonare un'abitudine consolidata negli anni e lamentano inoltre uno scarso supporto da parte delle persone che hanno intorno che tendono o ad ignorare del tutto il problema o a colpevolizzare la donna ingenerando uno stato di ansia e di stress che rende ancora più difficile rinunciare alla sigaretta. Il nostro obiettivo è stato quello di informare serenamente le donne senza colpevolizzarle, ma puntando piuttosto ad un rinforzo positivo che agisca sull'autostima della donna aumentando non tanto la motivazione, in genere già abbastanza forte, almeno fra coloro che hanno telefonato al numero verde, quanto la determinazione. Hanno telefonato anche mariti e future nonne, preoccupati per la salute del nascituro. In tutte è emersa l'esigenza di avere dei riferimenti concreti per combattere l'abitudine al tabagismo.

Altro aspetto da considerare in questo ambito è la tutela della donna in gravidanza per quanto riguarda l'esposizione al fumo passivo, ed in questo caso l'opera di sensibilizzazione deve essere rivolta a tutta la società.

Alla luce dei dati forniti dall'OMS e dall'ISTAT da cui emerge che circa 11 ragazzi su 100, tra gli 11 e i 15 anni, fumano e che, intervistati, fumatori ed ex fumatori, dichiarano di aver acceso la prima sigaretta prima dei 14 anni, abbiamo studiato una campagna di prevenzione del fumo minorile.

Il progetto è piuttosto articolato: ne sono protagonisti Pol e Mon, due personaggi a cartoni animati che rappresentano il polmone sano ed il polmone malato a causa del fumo e prevede in primo luogo una mostra itinerante su un bus che sta attraversando tutta l'Italia, fermandosi presso scuole elementari e medie. La mostra, allestita su un bus svuotato dai sedili, illustra in maniera divertente, ma scientificamente corretta gli effetti ed i danni del fumo sull'organismo umano e prevede pannelli illustrativi e macchine didattiche interattive.

Come abbiamo potuto verificare durante il primo tour l'idea si è rivelata particolarmente efficace in quanto trattandosi di un luogo nuovo e insolito per una esposizione ha attirato immediatamente la curiosità e l'attenzione di ragazzi che sono rimasti poi, nella maggior parte dei casi, colpiti dai suoi allestimenti interattivi o dai pannelli esplicativi.

La mostra interattiva, infatti, è stata allestita in modo da poter essere interessante e tutt'altro che noiosa per i suoi destinatari, che una volta saliti si trovano in un percorso ricco di stimoli, con momenti di gioco e partecipazione diretta alternati ad alcuni pannelli esplicativi scritti in linguaggio semplice e chiaro.

Oltre alla Mostra-Bus la campagna "Lascia il fumo al capolinea" ha portato in tour anche i due protagonisti: Pol & Mon, che impersonano il polmone sano e il polmone malato a causa del fumo; non a caso la campagna si presenta come il "Pol & Mon Tour". Pol & Mon sono i due simpatici personaggi dello spettacolo dei burattini che ha accompagnato nelle scuole la Mostra-Bus e che ha riscosso gli applausi dei ragazzi.

Ai due protagonisti si ispira anche il materiale divulgativo che viene offerto ai ragazzi al termine del percorso informativo: un libricino a fumetti che riprende i contenuti dello spettacolo dei burattini e un adesivo come ricordo dell'iniziativa.

La campagna prevede inoltre un sito internet www.lasciailfumoalcapolinea.it per avere ulteriori notizie sul tema del fumo, sui danni che provoca alla salute e gli organi ed apparati maggiormente colpiti, inoltre, i ragazzi possono seguire il percorso della mostra teatro e sapere quando il bus visiterà la propria città.

Al termine della mostra viene poi consegnato ai ragazzi ed agli insegnanti un questionario che ci serve per valutare sia il gradimento dell'iniziativa sia l'efficacia del messaggio proposto. Dopo il primo tour, i dati raccolti su oltre 2000 questionari ci consentono di trarre alcune conclusioni preliminari.

Campione analizzato

Scuole medie: 1366

Scuole elementari: 754

Insegnanti: 165

Il risultato emerso dalle risposte dei ragazzi delle scuole medie alle domande in cui si voleva valutare la ricezione del messaggio da parte degli alunni dimostrano che i ragazzi hanno partecipato al giro sul bus ed allo spettacolo dei burattini con molta attenzione.

Il 92,2 % dei ragazzi ha risposto bene alle domande in cui veniva loro chiesto di ricordare le principali sostanze contenute nelle sigarette, l'86,9 % ha capito che il fumo induce sia dipendenza fisica che psicologica e l'88% che la dipendenza s'instaura maggiormente nei più giovani. Questo dato è molto interessante anche se pensiamo che nel sondaggio fatto prima dell'inizio della campagna i risultati dicevano che il 44% dei ragazzi pensa che il fumo non da dipendenza e che in qualunque momento e con facilità è possibile smettere.

Ancora l'85,09% dei ragazzi ha imparato quali sono gli apparati che vengono maggiormente danneggiati dal fumo e il 90,6 % che ci vogliono circa 10 anni perché l'organismo di un fumatore ridiventi come quello di un non fumatore. Il 94,08 % dei ragazzi, infine, afferma che il fumo riduce le prestazioni sportive perché riduce l'ossigeno nel sangue.

Alle domande in cui chiedevamo perché i ragazzi iniziano a fumare e cosa diresti ad un amico per convincerlo a non fumare il 66,3 % ha risposto che si inizia per sentirsi grandi e che ad un amico direbbe che il fumo non serve a sentirsi grandi, che danneggia l'organismo e che non risolve i problemi.

Per quanto riguarda gli alunni della scuola elementare, i risultati sono molto simili ai precedenti. Il 97,74 % dei ragazzi afferma di aver capito che il corpo viene danneggiato dal fumo di sigarette, il

94,62 % quali sono le malattie che causa, l'89,18 % che le sigarette sono composte da sostanze nocive e l'87,85 % che il fumo da dipendenza anche se si fumano solo 2 sigarette a settimana.

Al 64,05 % degli insegnanti è piaciuta la mostra sul bus e il 64,78 % ha detto che la mostra ha attirato l'interesse e la curiosità dei ragazzi.

Il 43,37 % dei professori ha risposto che i ragazzi hanno colto pienamente il messaggio perché le modalità di presentazione sono accessibili alle fasce d'età, il 45,78 % perché il messaggio è stato presentato in modo chiaro e divertente, ed ancora il 62,06 % degli insegnanti ha detto che ai ragazzi questa campagna è servita perché hanno capito quali danni provoca il fumo al corpo umano.

Infine l'85,45 % degli insegnanti ha detto che questa campagna per la prevenzione del fumo minorile è utile perché informa i ragazzi.

Mi piace anche sottolineare che questi progetti che ho presentato sono realizzati con il patrocinio e l'imprimatur scientifico delle maggiori autorità nazionali quali Società Italiana di pediatria, e Società Italiana di Medicina Perinatale, Istituto Italiano di medicina sociale, tutte composte da ginecologi, pediatri ed epidemiologi, mentre sono stati sostenuti "solo economicamente" e sottolineo "solo economicamente" dal mondo dei produttori di sigarette, che da anni sostengono iniziative contro il fumo minorile, ideate e proposte da organismi no-profit del terzo settore.

Portare questi dati all'attenzione del Senato è per noi significativo per testimoniare che per la prevenzione del fumo minorile e nelle donne in gravidanza e nel puerperio non servono grandi proclami mediatici, né facili criminalizzazioni, ma autentiche iniziative, concrete, molto concrete, che stimolano la società civile, che più che allo spot di turno presta attenzione a progetti originali ed efficaci calati sul territorio.

Riteniamo doveroso per lo Stato, sostenere economicamente queste iniziative, invece di arrogarsi il diritto esclusivo a fare campagne di prevenzione che, non coinvolgendo adeguatamente il tessuto sociale, rischiano di essere meno efficaci e funzionali al raggiungimento dell'obiettivo.

La sensibilizzazione dell'opinione pubblica passa, a nostro avviso, attraverso un'azione capillare che privilegi le forze del terzo settore in primo piano in questa battaglia; le fresche energie e la vivacità culturale delle realtà sociali senz'altro privilegerà una maggiore efficacia dei risultati in questa importante area di sensibilizzazione.

Solo il coinvolgimento di tutti coloro quali genitori, tabaccai, produttori di sigarette, mondo medico, media, governo, parlamento, ognuno con le proprie risorse e competenze, potrà portare ad una sensibilizzazione efficace che porti ad una riduzione sensibile del fumo: in prima urgenza sui minori.

Grazie per l'attenzione

Oggetto: Audizione in merito alle tematiche attinenti all'indagine conoscitiva sulle iniziative di prevenzione del tabagismo in Italia.

L'Associazione Italiana Genitori (A.Ge.) esprime innanzitutto apprezzamento e gratitudine per essere stata convocata a questa audizione in merito alle tematiche attinenti le iniziative di prevenzione del tabagismo in Italia.

Il fumo giovanile è tra i problemi più seri delle nuove generazioni e la ricerca scientifica ha accertato una serie di danni alla salute ad esso correlati. Le statistiche più recenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ci indicano cifre allarmanti al riguardo nonostante le campagne antifumo, come preoccupanti sono anche i dati delle ricerche relative al "fumo passivo". Negli ultimi sei anni, inoltre, l'incremento dei giovani fumatori è stato del 33% nei maschi e del 69% nelle femmine nella fascia d'età compresa grosso modo tra gli 11-16 anni.

La famiglia e la scuola, oggi più che mai interprete primario della domanda sociale e luogo di aggregazione della comunità giovanile, debbono rispondere alle sollecitazioni collettive e psicologiche della realtà circostante sviluppando in sinergia interventi educativi in tema di salute.

L'A.Ge. in tale ottica ha ritenuto opportuno promuovere una adeguata campagna di prevenzione partendo dai dati come:

- a) l'abitudine al fumare viene acquisita in maniera prevalente in età giovanile,
- b) è diminuito il numero di fumatori solo tra i maschi mentre tra le femmine se ne registra un aumento.

Dopo aver analizzato "l'ampiezza del problema" (problema che solleva interrogativi etici) anche in senso socio-politico-economico, dopo aver esaminato le normative di regolamentazione e la relativa letteratura scientifica, ha realizzato, non senza difficoltà in quasi tutte le regioni italiane (Lazio, Veneto, Calabria, Piemonte, Abruzzo, Marche, Toscana, Liguria, Lombardia, Basilicata, Sardegna, Molise, Umbria, Puglia, Trentino, Alto Adige, Emilia Romagna, Sicilia, Friuli Venezia Giulia, Campania), una campagna efficace di prevenzione del fumo giovanile dal titolo "Libertà Sfumate" in collaborazione con l'ANP, Associazione Nazionale Presidi e Direttori Didattici.

Obiettivi della campagna naturalmente sono stati:

- 1) il prevenire e/o ritardare il fumare tra i giovani,
- 2) eliminare o ridurre il consumo delle sigarette negli alunni che già "hanno contatti" con il fumare,
- 3) sollecitare l'analisi che il tabagismo è contraddistinto da dipendenza,
- 4) stimolare alla riflessione sui danni che il fumo comporta alla salute.

E' un programma articolato di prevenzione del fumo destinato a studenti di 11-16 anni che si basa su un innovativo approccio relazionale e linguistico con gli studenti, che contempla un concorso riservato a studenti e insegnanti delle scuole di primo grado progettazione e realizzazione di un bozzetto di manifesto pubblicitario sul tema del fumo. Gli elaborati sono poi selezionati da esperti pubblicitari e della comunicazione. Gli interventi sono attivati su tre livelli d'informazione:

- Incontro esplicativo/formativo per gli insegnanti con un team di esperti della comunicazione, di psicologia, di scienza del linguaggio, soffermandosi su temi come "Perché i ragazzi fumano? Lo sviluppo del senso critico come fattore di prevenzione" e "Comunicare la prevenzione: strategie per una comunicazione pubblicitaria".
- Incontri con i genitori, rientranti nel quadro del "Progetto Scuola e famiglia" del Ministero della Pubblica Istruzione, incontri informativi tenuti da "esperti in educazione in ambito familiare" dell'A.Ge (con certificazione IRSEF), per condividere finalità e strategie, per rafforzare l'efficacia dell'iniziativa e soprattutto per approfondire le dinamiche relazionali tra genitori e figli, diffondere principi ed istanze educative basate sull'ascolto e promuovere la responsabilizzazione dei figli come valore fondamentale, anche per la crescita del rapporto interfamiliare.
- Incontri con gli studenti che ruotano intorno ad uno spettacolo teatrale dal titolo, appunto, "Libertà Sfumate".

In particolar modo abbiamo compreso che per influire in modo diretto ed indiretto sull'atteggiamento dei minori relativamente al fumo e sull'atteggiamento relativamente alla tutela della salute bisogna parlare il linguaggio dei ragazzi per rendere efficace il messaggio ed è questa la ragione che ci ha persuasi della validità della campagna "Libertà Sfumate" e del relativo spettacolo teatrale, un monologo -scritto ed interpretato dall'attrice Cinzia Leone- divertente e coinvolgente in cui l'attrice, attraverso il gioco e l'ironia, parla ai ragazzi e li spinge a riflettere: -Fumare non è un segno di forza ma un segno di debolezza.- Con "*La forza del pensiero è la vera libertà. L'unica*" si conclude lo spettacolo.

Un modo nuovo di affrontare il tema e di superare linguaggi ed atteggiamenti proibizionisti e divietologici, inefficaci e controproduttivi, come dimostrato dalla moderna ricerca socio-psicologica.

Modalità che ha riscosso molto successo ed approvazione da parte dei ragazzi (che hanno giudicato "convincente", "divertente", "istruttivo" lo spettacolo) i quali si sono trovati a riflettere sul fumo anche con lo strumento dell'ironia e del gioco senza tradire la serietà dei contenuti e che li ha portati a rispondere nel questionario proposto: - non bisogna imitare gli adulti che fumano. Perché la sigaretta non servirà a sentirsi più forti e importanti, ma solo a ripetere le loro debolezze! Non è sulla sigaretta che si fonda la loro importanza ma su altro.

In merito al questionario, che non ha pretese scientifiche, lo stesso ricalca messaggi e modelli che arrivano ai più giovani da due grandi veicoli di informazione e comunicazione: la pubblicità e il sistema televisivo.

"Una volta di più c'è di che riflettere non tanto sui problemi del mondo giovanile, quanto sulle responsabilità di quello degli adulti."

Lungo il cammino oltre al raccogliere moltissimi patrocini -segnale dell'attenzione crescente all'iniziativa- si è avuto l'appoggio di Enti ed Istituzioni Locali, medici e specialisti delle più importanti Unità Sanitarie Nazionali (qui nel Lazio per es. in Roma l'ASL RMA) che hanno affiancato la realizzazione della campagna portando agli incontri e ai seminari di informazione, da noi organizzati, il loro contributo di professionalità ed esperienza;

sono stati coinvolti oltre 45.000 ragazzi, 500 istituti, 830 docenti, raccolti oltre 1000 bozzetti del manifesto.

Questi dati dimostrano che dove è arrivata la nostra campagna, la prevenzione del fumo giovanile, è entrata a far parte delle priorità educative della famiglia e della scuola, colmando un vuoto di iniziative e di progetti che si trascinava ormai da troppo tempo. E, quel che più conta, è stato fatto in modo nuovo: instaurando un dialogo diverso con i ragazzi spingendoli a cercare essi stessi le ragioni per tenersi lontano dal fumo, diventando i protagonisti e non solo i destinatari di una scelta per la qualità della vita, con genitori ed insegnanti fianco a fianco.

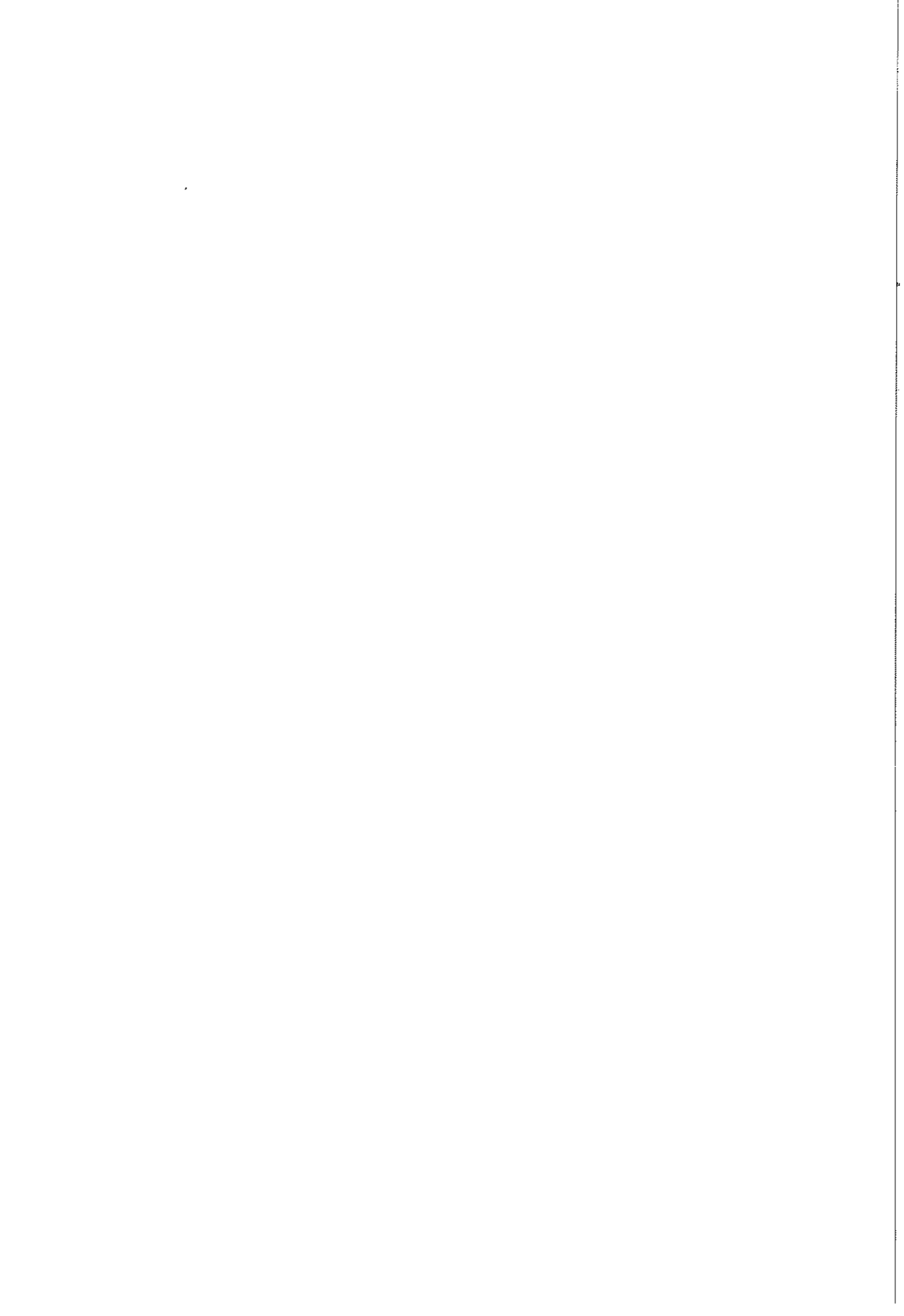
"La lotta contro il tabagismo deve partire da premesse di carattere generale sulla comunicazione, con i giovani e i bambini, per dirigere la raccolta dei dati verso la specifica problematica della propensione e diffusione del tabagismo nel mondo giovanile" (Prof.re Francesco D'Agostino Presidente del Comitato Nazionale per la Bioetica).

Tutto ciò ci deve incoraggiare a moltiplicare i nostri sforzi in vista dei nuovi appuntamenti che ci attendono contando sempre sulla collaborazione per sollecitare la partecipazione degli istituti scolastici alla campagna "Libertà Sfumate", facendo in modo che il messaggio di dialogo con il mondo dei giovani riesca a diffondersi in modo sempre più efficace e sempre più in profondità.

La "battaglia contro il fumo", a casa come nella scuola, deve diventare per i nostri figli un'occasione di maturazione e di crescita. E' la riscoperta dei valori positivi, destinati a durare nel tempo. E' una responsabilità che ci riguarda tutti.

Si ringraziano i componenti della commissione permanente Igiene e Sanità per l'attenzione e porgo cordiali saluti.

DOCUMENTAZIONE FORNITA DAGLI AUDITI
NELLA SEDUTA DEL 3 NOVEMBRE 2004



**LINEE GUIDA ITALIANE PER IL M.M.G.
NELLA LOTTA AL TABAGISMO**

PROGETTO GPs EMPOWERMENT II FASE

Autori

Accomasso Valter	Medico di Medicina Generale – Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (FIMMG)
Bosi Sandra	Consulente Regione Emilia Romagna
Cardone Antonella	Associazione Italiana Pubbliche Assistenze (ANPAS); coordinatrice nazionale e internazionale del progetto GPs Empowerment
Chellini Elisabetta	Epidemiologo - Centro Studio Prevenzione Oncologica (CSPO), Istituto Scientifico della Regione Toscana
Enea Domenico	Pneumologo, Università La Sapienza, Roma
Grazzini Grazia	Oncologo - Centro Studio Prevenzione Oncologica (CSPO), Istituto Scientifico della Regione Toscana
Grieco Gennaro	Medico di Medicina Generale – SNAMID
Guerra Cosimo	Medico di Medicina Generale – Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (FIMMG); coordinatore Gruppo Collaborativo MMG ULSS 16 Padova per la Prevenzione e Cura del Tabagismo in Medicina Generale
Infantino Antonio	Medico di Medicina Generale – Associazione Italiana Medici di Famiglia (AIMEF), Dipartimento di Pneumologia, Responsabile Nazionale Area di interesse dipartimentale “Lotta al Tabagismo”
Invernizzi Giovanni	Medico di Medicina Generale – Task Force contro il Fumo, area Nazionale Pneumologica, Società Italiana Medicina Generale (SIMG) – Istituto Senza Fumo, Istituti Nazionale Tumori, Milano – Sanità Senza Fumo, Istituto Europeo di Oncologia, Milano – Società Italiana di Tabaccologia
Laezza Maurizio	Regione Emilia Romagna, Coordinatore Progetto regionale Tabagismo - Segretario della Consulta Italiana sul Tabagismo
Latini Roberto	Consulente ASL Mantova
Nardini Stefano	Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri (AIPO)
Mangiaracina Giacomo	Presidente Società Italiana di TABaccologia (SITAB) – Vicesegretario Consulta Nazionale sul Tabagismo – International Coalition Against Tobacco (ICAT)

Poropat Claudio	Centro per la prevenzione e cura del tabagismo, Dipartimento delle Dipendenze, ASS 1 Triestina – Consulta Italiana sul tabagismo
Sabato Eugenio	Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri (AIPO), Responsabile Italiano Gruppo Fumo
Sarra Eustachio	Medico Pediatra di Base - Federazione Italiana medici Pediatri (FIMP), Matera
Vianello Stefano	ULSS 13 - Regione Veneto

Introduzione

Il fumo di tabacco è la più importante causa di morte prematura nei Paesi sviluppati e pertanto uno dei più gravi problemi di sanità pubblica. Il tabagismo è un fenomeno complesso con molteplici implicazioni:

- di tipo medico-psicologico in quanto malattia da dipendenza e fattore di rischio per numerose patologie;
- di tipo socio-culturale in quanto deriva da uno "stile di vita" dannoso per la salute, largamente diffuso e socialmente tollerato;
- di tipo igienistico e normativo in quanto il fumo di tabacco è un inquinante ambientale tossico e cancerogeno che agisce sia direttamente che indirettamente (fumo passivo) sui soggetti esposti.

La prevenzione, la terapia e tutto ciò che viene definito "controllo del tabagismo" necessitano pertanto di un approccio globale e multidisciplinare che comprenda interventi coordinati in una rete di servizi (CDC,1999):

- di promozione di stili di vita sani,
- di supporto al trattamento del tabagismo
- di regolamentazione, restrizione, e controllo del fumo di tabacco negli ambienti chiusi, pubblici e privati, accessibili al pubblico e negli ambienti chiusi, non aperti al pubblico, in cui si svolge attività lavorativa.

In tale contesto, il medico di medicina generale (MMG) è chiamato a svolgere un ruolo primario di promotore della salute oltre che di esperto della malattia, ruolo da esercitare in stretto accordo ed integrazione con gli altri soggetti della rete territoriale (educatori e insegnanti, operatori dei servizi per le dipendenze patologiche, specialisti delle patologie fumo-correlate, enti pubblici e privati e istituzioni interessate).

In Italia la prevalenza dei fumatori (Colombo, 2002) risulta pari al 28.9% (34.8% nei maschi e 23.6% nelle femmine), con prevalenza più alta nelle classi di età centrali (35-64 anni).

Dal 1994 al 1999 nella classe di età 15-24 anni si è osservato un aumento considerevole dei fumatori (aumento pari al 50% nei maschi e al 70 % nelle femmine) (Fonte: www.istat.it)

Nei ragazzi di 13-14 anni la prevalenza del fumo di tabacco, nel 1994-95, è risultata pari al 8.8% (SIDRIA, 2000). L'indagine SIDRIA ha inoltre mostrato per i bambini e ragazzi delle aree del Centro-Nord Italia inclusi nello studio, una prevalenza di fumo passivo dell'ordine del 32% per esposizione al fumo della madre e del 43% per esposizione al fumo del padre.

Nel personale sanitario la prevalenza del fumo di tabacco è risultata più elevata di quella osservata nella popolazione generale:

- i fumatori, tra gli operatori sanitari delle strutture ospedaliere, risultano pari mediamente al 33,3%, e tra i medici ospedalieri i fumatori risultano mediamente pari al 25% (Studio Multicentrico Ospedali senza fumo - AIPO 1998)
- tra i medici di medicina generale delle province di Firenze, Pisa, Pistoia e Prato (Gorini, 1998) i fumatori sono risultati pari al 27,8% dei maschi e al 30,3% delle donne. Simili risultati sono stati evidenziati tra i MMG di due ASL di Torino (23,4% maschi e 13,8% donne) e tra quelli di 4 ASL della Basilicata (33,3% maschi e 12,9% donne) nel 2000 (fonte: risultati dello studio GPs Empowerment- Phase 1, 2002).

In Italia, nel solo 1997, è stato stimato, per le 16 patologie per le quali il fumo rappresenta un significativo fattore di rischio, un costo per l'assistenza ospedaliera, ambulatoriale e farmaceutica pari a circa 1 miliardo e 300.000 Euro (Sgambato, 2001).

Per quanto alle metodiche per smettere di fumare esistono già autorevoli revisioni evidence-based (quelle Cochrane, quelle dell'US Dept.Health and Human Services,1994) sulle quali si basano le linee guida per il trattamento della dipendenza da nicotina di diversi Paesi (Gran Bretagna: Raw, 1998 e Parrott,1998, West 2000; USA: Fiore,2000, APS,1996, ATS,1996, ICSI,2000; Francia: ANAES,1998; Quebec: 1999; Nuova Zelanda: 1999) e le linee guida italiane recentemente predisposte e diffuse dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS,2002). In Italia esistono inoltre linee guida e raccomandazioni operative di alcune società scientifiche [AIPO,2000; Invernizzi,2002;]. Esiste evidenza d'efficacia per interventi di breve durata (consiglio breve e counseling) effettuati in particolar modo dal medico di medicina generale.

In Italia è stato stimato che ogni MMG abbia tra i suoi assistiti dai 200 ai 400 fumatori (Invernizzi, 2002). E' stato inoltre stimato che il MMG veda ogni anno circa il 70% dei propri assistiti (Fiore, 2000). Il MMG viene pertanto a trovarsi in una posizione ideale per contattare i fumatori e consigliare loro la disassuefazione dal fumo: ha infatti una conoscenza globale dell'assistito, conosce i suoi problemi sanitari e può individuare nell'ambito familiare persone che possano sostenerlo nei suoi tentativi di smettere di fumare.

Obiettivi

Fornire uno strumento operativo al MMG per :

- applicare le linee guida accreditate (ISS) nell'assistenza primaria
- adattare le linee guida accreditate (ISS) ai diversi contesti socio-sanitari locali

Contenuto

1. Per ovvi motivi di credibilità, deontologici e normativi:

- a) l'ambulatorio del MMG deve essere dichiaratamente "senza fumo" (cartelli, posters, adesivi, etc);
- b) il MMG fumatore dovrebbe smettere di fumare o quanto meno deve astenersi dal fumare in presenza degli assistiti.

A tal fine è auspicabile che gli Ordini dei Medici, le Società scientifiche e le Istituzioni sanitarie pubbliche sviluppino programmi per diminuire la prevalenza dei fumatori tra i medici e gli altri operatori sanitari.

2. E' fortemente raccomandato che il MMG sia in grado, nel corso della sua pratica professionale quotidiana, di assistere quelli, fra i suoi pazienti, che avrà identificato come fumatori (vedi prima fase "ASK" dell'intervento clinico minimo). Sarà opportuno e basilare che egli registri e metta in evidenza, all'interno della loro scheda sanitaria personale, cartacea o informatizzata, lo "stato di fumatore" dei pazienti identificati come tali.

E' altresì raccomandato che il MMG sia in grado di fornire ai pazienti fumatori almeno un primo supporto (vedi seconda fase "ADVICE" dell'intervento clinico minimo) finalizzato ad accrescere il loro la motivazione a smettere di fumare.

3. Affinché possano essere garantiti ai pazienti fumatori interventi terapeutici efficaci, occorre che siano previsti percorsi assistenziali, meglio se differenziati e personalizzati, in stretta collaborazione con gli altri Servizi territoriali.

In particolare:

- i) il MMG deve, quanto più è possibile, integrarsi in una rete di servizi che garantisca l'offerta di trattamenti scientificamente validati; particolare attenzione andrà posta all'urgenza dell'intervento assistenziale;
- j) gli standards procedurali, all'interno della rete di servizi, devono essere necessariamente condivisi (incluso lo scambio di informazioni);
- k) devono essere attivati programmi specifici, nell'ambito di progetti obiettivo delle Aziende Sanitarie Locali, che tengano conto delle diverse risorse e delle

diverse modalità organizzative della professione del MMG (vedi forme associative dell'assistenza primaria).

4. Occorre definire percorsi formativi per il MMG:
 - a) Improntati all'aggiornamento professionale continuo, al monitoraggio e alla supervisione dei percorsi stessi;
 - b) differenziati sulla base del livello assistenziale che si vuole o che è possibile concretizzare e sulla base della disponibilità di risorse;
 - c) accreditati nell'ambito della Educazione Continua in Medicina;
 - d) che prevedano l'utilizzo delle nuove metodologie didattiche partecipative;
 - e) che non trascurino lo sviluppo di iniziative di formazione e tutoring a distanza.

Sempre a proposito di Formazione è fortemente raccomandato che:

- f) le Facoltà di Medicina prevedano, nei programmi di studio e di ricerca, percorsi di formazione sul tabagismo e problemi fumo-correlati;
 - g) gli Organismi preposti al "Corso triennale di Formazione Specifica in Medicina Generale" prevedano attività seminariali sul tabagismo e frequenza dei corsisti presso "centri anti-fumo";
 - h) vengano individuate agenzie formative e informative accreditate e resa disponibile in rete documentazione sul tabagismo e problemi fumo-correlati
5. E' necessario studiare e mettere a punto strategie affinché il MMG possa nel tempo estendere a tutti i suoi assistiti fumatori un intervento efficace di disassuefazione dal fumo
6. E' opportuno incentivare la ricerca di strumenti agili per l'identificazione della motivazione del fumatore e del suo grado di dipendenza
7. E' altresì opportuno prevedere forme di incentivazione per l'attività del MMG finalizzata al trattamento del Tabagismo, nel contesto dei percorsi sopra menzionati e degli auspicabili progetti-obiettivo delle Aziende Sanitarie locali, destinandovi risorse adeguate alla rilevanza del problema.

Bibliografia

APS (American Psychiatric Society). Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. Am J Psych 1996; 153(10): S1-S311996

ATS. American Thoracic society guidelines, 1996, Cigarette smoking and health. Am J Respir Crit Care Med, 1996;153:861-865.

ANAES Arrêt de la consommation du tabac. Conference de consensus Salpêtrière 1998 (www.anaes.fr)

AIPO (Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri). Raccomandazioni per la attivazione e la gestione di un ambulatorio per il trattamento della dipendenza da fumo di tabacco in ambito pneumologico. Rassegna di patologia dell'apparato respiratorio 2000; 15(2): 1-30

CDC (Centers for Disease Control and Prevention). Best practice for comprehensive tobacco control programs- August 1999. Atlanta, Georgia: US Dept.Health Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, August 1999

Colombo P, Scarpino V, Zuccaro P, Apolone G, Gallus S, La Vecchia C. Smoking in Italian women and men, 2001. Tumori 2002, 88: 10-2

Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ. Treating tobacco use and dependence clinical practice guidelines. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Service. Public Health Service. AHRQ Publication N. 00-0032. June 2000. (www.ahrq.gov/clinic/ and clicking on clinical practice guidelines)

Gorini G, Ciralo F, Di Renzo L, Chellini E, Comodo N. Medici di Medicina Generale e metodi per smettere di fumare. Risultati di uno studio effettuato in Toscana. Toscana Medica Luglio-Agosto 1998a : 16-17.

ICSI (Institute for Clinical System Improvement). Tobacco use prevention and cessation for adults and mature adolescents. 2000 (www.icsi.org)

Invernizzi G, Nardini S, Bettoncelli G, Codifava A, Corti F, Fossati R, Guerra C, La Vecchia C, Lazzaro C, Sabato E, Zuccaro P. L'intervento del medico di medicina generale nel controllo del fumo: raccomandazioni per un approccio ottimale al paziente fumatore. Rassegna Patologia Apparato Respiratorio 2002, 17: 55-70

ISS (Istituto Superiore di sanità). Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo. 2002 (www.ossfad.iss.it)

New Zealand Guidelines Group. Guidelines for smoking cessation. 1999. (www.nzgg.org.nz/library/gl_complete/smoking)

Parrott S, Godfrey C, Raw M, et al. Guidance for commissioners on the cost effectiveness of smoking cessation interventions. *Thorax* 1998; 53 (suppl.5,pt.2):S1-S37

QUEBEC (College de Medecins du Quebec). Smoking prevention and cessation. Montreal, Quebec.1999 (www.cmq.org)

Raw M, McNeill A, West R. Smoking Cessation Guidelines for Health Professional. A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. *Thorax* 1998, 53: (suppl. 5, part 1): S1-S19.

Sgambato A, Cicchetti A, Papa A, Macinati MS, Sposi A, Cittadini A. Analisi dell'impatto economico e sociale delle patologie fumo-correlate in Italia. Osservatorio sul Tabacco, 2001, 4 (11)

SIDRIA Gruppo collaborativo. Sintesi dei principali risultati e prospettive di ricerca. IN: SIDRIA, Studi Italiani sui Disturbi Respiratori nell'Infanzia e l'Ambiente. Centro di Documentazione per la Salute Regione Emilia-Romagna, Aziende USL Città di Bologna e Ravenna, Ravenna, 2000 (www.sidria.net)

US Department of Health and Human Services. Preventing Tobacco Use among Young People: a Report of the Surgeon General. Atlanta, Georgia:US Department of Health and Human Services, CDC, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1994

West R, McNeill A, Raw Martin. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax* 2000; 55: 987-999

ITALIAN GENERAL PRACTITIONERS AND SMOKING CESSATION STRATEGIES

Anna Maria Pizzo¹, Elisabetta Chellini¹, Grazia Grazzini¹, Antonella Cardone², and Fausto Badellino³

¹Centre for Study and Cancer Prevention (CSPO), Florence; ²Università del Terzo Settore, Pisa;

³Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (LILT), Italy

Aims and background: General practitioners (GPs) are in a key position to intervene with patients who smoke. The cornerstone of a smoking cessation strategy should be the routine provision of brief advice and follow-up in primary care. However, it seems GPs do not often take action against smoking, at least in Italy as shown by previous reports. The survey was planned, in the context of the "GPs Empowerment Project", a collaborative project involving Denmark, France, Greece, Italy and Portugal, under the ENSP contract with the European Commission (Health & Consumer protection Directorate-General), to evaluate the general attitude, knowledge and behavior of GPs regarding smoking cessation methods.

Methods: A total of 729 family doctors, 409 in Northern and 320 in Southern Italy, were interviewed by phone in the period July-October 2000 regarding their personal smoking habits and their approach with patients on the topic. Prevalence rates

Key words: general practitioners, physicians, smoking cessation.

were computed using the Epi INFO 6.0 software and were presented as the unadjusted percentage prevalence.

Results: The percentage of current smokers among GPs included in the survey was 28.3%, with a higher prevalence in the south (33.3%). Most of the GPs believe that it is their duty to give information about smoking cessation (86.8%) and consider giving information about smoking cessation to their patients an important intervention (98.5%), but only about 49% think their patients will accept their advice. Most GPs (87.3%) declared having discussed about tobacco use with their patients during the month preceding the interview, and 83.5% would like to be trained on smoking cessation strategies.

Conclusions: The results show that, in order to implement primary prevention in clinical practice in Italy, it appears essential to reduce the number of GPs who smoke and to improve GP training on smoking cessation procedures.

Introduction

Tobacco use is the chief preventable cause of illness and death in our society^{1,2}. Despite the tragic health consequences of smoking, physicians and other health care clinicians often fail to assess and treat tobacco use consistently and effectively. General practitioners (GPs) are in a key position to intervene with patients who use tobacco. They can reach a wide range of the population with personalized messages and can provide continuous support to their patients^{1,3}. Owing to the large number of diseases correlated to tobacco use, it has been estimated that at least 70% of smokers see a physician each year^{1,4}. In spite of that, more than one third of current smokers report never having been asked about their smoking status or never been advised on how to quit smoking¹.

The cornerstone of the smoking cessation strategy should be the routine provision of brief advice and follow-up in primary care^{1,4,5}. However, GPs do not exploit many opportunities to discuss smoking with patients but, being keen on preserving good doctor-patient relationship and avoiding negative responses from patients once the topic of smoking had been raised, they prefer to discuss smoking only when the patient pre-

sents smoking-related problems^{6,7}. Moreover, many GPs feel that smoking cessation support is too time consuming and that the time spent is not effective because few patients quit⁷. However, there is greater acceptance by GPs in giving care to smokers who want to stop than in monitoring smoking status and giving opportunistic advice to the patient⁸. A recent study demonstrated that a comprehensive strategy including a program to improve physicians' counseling practices could be effective in reducing tobacco use⁹, whereas the possibility of monetary incentives aimed at increasing GPs' antismoking advice to smokers does not seem to automatically generate effective health promotion activity¹⁰.

In Italy from 1980 till 1999, a decreasing trend in smoking prevalence has been observed, from 34% in 1980 to 24.5% in 1999, due to a reduction in smoking in the male population^{11,12}. This trend is confirmed in many European countries¹³. However, there is still a high percentage of smokers in Italy with a stable value (about 25%) in the last six years^{11,12}.

Several studies have been carried out in the last two decades regarding smoking habits of health personnel, doctors included. The results have shown a high proportion of smokers among doctors (25-30%), as well as among nurses (40%)¹⁴. The impressively high percent-

Acknowledgments: The authors thank all the interviewed general practitioners for their fundamental contribution to the study, and Dr Donatella Renzulli for her precious help in gathering data. Financial support for the study was partially provided by the European Union [GPs Empowerment project - Grant Agreement No S12.149657 (99CVF2-012)].

Correspondence to: Dr Anna Maria Pizzo, Unit of Environmental and Occupational Epidemiology (CSPO), Via San Salvi 12, 50135 Firenze, Italy. Tel +39-055-6263699; fax +39-055-679954; e-mail am.pizzo@cspo.it

Received October 14, 2002; accepted January 23, 2003.

age of smokers (32%) among hospital personnel has not decreased in the last 15 years, except among hospital doctors¹⁵.

In the context of the "GPs Empowerment Project", a collaborative project involving Denmark, France, Greece, Italy and Portugal, under the ENSP contract with The European Commission (Health & Consumer protection Directorate-General), a survey was planned aiming to evaluate the general attitude, knowledge and behavior of GPs regarding smoking cessation methods. This paper reports the results obtained by the Italian GPs survey.

Materials and methods

The population included in this prevalence study was chosen from two Italian areas: all the GPs (no. 409) working in the areas of two local health authorities in the Turin, Piedmont region (Northern Italy), and all the GPs (no. 320) working in the areas of four local health authorities in the Basilicata region (Southern Italy). A list of the GPs was obtained from each local health authority.

Data were collected by a trained interviewer using the Italian version of the questionnaire (main items only) defined by the GPs Empowerment Project team. The interviews were made by phone in the period July/October 2000. In order to obtain the highest possible compliance, an advertisement in a medical newspaper was published.

Anonymous data were registered in a specific data base. Prevalence rates were computed using the Epi INFO 6.0 software¹⁶. All the prevalence data were computed without excluding missing answers, which were counted as such. Cross-tabulations were used to describe the different attitudes, perceptions and smoking habits by geographic area, sex, age, and length of job experience. Data are presented as the unadjusted percentage prevalence and 95% confidence intervals (CI 95%).

Results

The total completed questionnaires were 72.2% (526), 64.8% (265) in Northern Italy and 81.6% (261) in Southern Italy. Non-responders were 203, mainly in the North and less in the South. Absolute refusal was 13.3% (Table 1), again more in the North than in the South. The rest of GPs (106) were impossible to contact by phone or they were on holiday.

The distribution of responders by sex, age class and geographic area is shown in Table 1. Female doctors appeared to be younger than male doctors (60.9% of females were less than 46 years old vs 36.2% in males), and among males the GPs working in the Northern areas were younger than those in the Southern areas (44.4% were younger than 46 years in Piedmont vs 29.1% in Basilicata). The same differences by sex and geographic area were observed by length of job experi-

Table 1 - Total contacted GPs by geographic area, sex and age class or typology

	Total contacted GPs	Northern Italy (%)	Southern Italy (%)	Italy (%)
Responders				
Males	<35 yrs	2.3	-	1.1
	36-45 yrs	42.1	29.1	35.1
	46-55 yrs	39.2	57.3	48.9
	56-65 yrs	8.2	8.5	8.4
	>65 yrs	7.0	4.5	5.7
Females	<35 yrs	2.1	3.2	1.3
	36-45 yrs	61.7	56.5	59.6
	46-55 yrs	34.0	37.1	35.3
	56-65 yrs	-	1.6	0.6
	>65 yrs	1.1	1.6	1.3
Total	64.8	81.6	72.2	
Non-responders				
Refusal	14.7	11.5	13.3	
Untraceable	20.5	6.9	14.5	
Total	35.2	18.4	27.8	

ence, which was correlated to GPs' age. The mean job duration was 15.05 years in Piedmont and 17.9 years in Basilicata.

As regards the smoking habits of the GPs included in the survey, the highest percentages of smokers were observed in the last two age groups, as shown in Figure 1. The smoking prevalence seemed higher in the South than in the North, and in men compared to women (Table 2). Among women, the prevalence of smoking in the south was roughly double that of the north. Furthermore, it increased with longer job experience (20.0% in those with less than 4 years, 20.3% in those with 5-9 years experience, and 31.0% in those with more than 10 years of job experience).

Among smokers, 55.9% (47.4-64.1%) would like to stop smoking, and the percentage was higher in the south than in the North (68.6% vs 37.3%), and the highest prevalence was observed in the age group 36-45 years, which is the one with the lowest prevalence of smokers.

As regards GPs' attitude, action and knowledge about smoking cessation methods, most of them accepted their role in smoking cessation counseling and also believed that health personnel should set a good example by not smoking (Table 3). This opinion appeared more

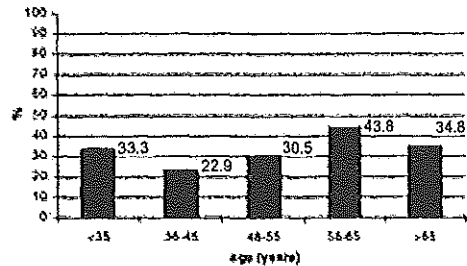


Figure 1 - Distribution of smokers among GPs by age group.

Table 2 - Smoker GPs by geographic area and sex

Smoker GPs	Northern Italy (% and 95% CI*)	Southern Italy (% and 95% CI*)	Italy (% and 95% CI*)
Males	28.7	34.7	31.9 (27.2-36.9)
Females	13.8	29.0	19.9 (13.9-27.0)
Total	23.4 (18.4-29.0)	33.3 (27.6-39.4)	28.3 (24.6-32.4)

*CI, confidence interval.

Table 3 - GPs attitude and behavior about smoking cessation strategies (questionnaire main items)

GPs opinion	(% and 95% CI*)
Think that it is their own duty to give information about smoking cessation methods	96.8 (94.8-98.0)
Consider giving information to their patients an important intervention	98.5 (96.9-99.3)
Believe that health personnel should set a good example by not smoking	96.2 (94.1-97.6)
Think their patients will accept their advice about smoking cessation	48.8 (44.2-53.3)
Feel prepared to help their patients stop smoking	62.1 (57.7-66.2)
Declared to have received training on smoking cessation methods	11.6 (9.1-14.7)
Would like to receive training on smoking cessation strategies	83.5 (80.0-86.5)
Would like to have some supporting material to help their patients quit smoking	95.2 (93.0-96.8)

*CI, confidence interval.

prevalent among nonsmokers than smokers (43.5% vs 27.1%).

The percentage of GPs who believed their patients would accept their advice about quitting smoking (Table 3) was higher in nonsmokers than in smokers (38.7% vs 32.8%). A differences were also observed between GPs from the North and the South (54.1% vs 42.6%), and in the south it seemed higher in women than in men (62.9% vs 51.3%), whereas the opposite situation was observed in the north (36.1% females vs 46.4% males).

Almost all GPs (87.3%) declared to have discussed tobacco use with their patients during the last month. The attitude not to discuss with the patients (3.2%) increased with age (from 2.7% in the age class 35-45 years to 9.4% in the age class 56-65 years), and it appeared higher among smokers than nonsmokers (8.1% vs 0.9%).

Many GPs (Table 3) felt prepared to help their patients stop smoking, and this perception increased significantly with age (from 33.3% at <35 years, up to 81% at over 65 years) (Figure 2), but it was less evident by job length experience. This prevalence seemed higher among nonsmokers and ex-smokers than smokers (63.4% and 67.3% vs 55.7%).

Only about 12% of the GPs (Table 3) declared to have received training on smoking cessation methods, and the prevalence seemed higher among ex-smokers

(14.4%) than nonsmokers (0.8%) and smokers (9.4%). Most GPs (83.5%) (Table 3) would like to receive training on smoking cessation strategies, mainly doctors from the South compared to those from the North (89.3% vs 77.8%). Almost all GPs (Table 3) would like to have some supportive material to help their patients quitting smoking, and this percentage was lower for the age group older than 64 years (82.6%). The highest percentage who perceived to be prepared on smoking cessation methods was recorded in the same age group.

Discussion

The results obtained in this survey can give good information on the phenomenon under study in Italy despite the fact that the population included in the study was not fully representative of Italian GPs. The two chosen GP populations were typical of two very different situations: the first from a metropolitan area in Northern Italy and the second from a partially urbanized area in Southern Italy. A third population from central Italy should have been included, but since a previous survey was conducted in central Italy 4 years earlier on the same topic, it was decided not to repeat it due to the very small turnover of Italian GPs. The results of the previous survey are herein considered in order to better discuss the results of the present study¹⁷.

The compliance obtained in Piedmont and Basilicata was comparable to that observed in the survey conducted 4 years ago in Tuscany: actual refusal was 14.7% in the North and 11.6% in the South, very similar to that obtained in Tuscany (13.7%). Non responders were higher in the recent study: most of them were on summer holiday. However, we do not think this creates a major drawback to the results because it is highly unlikely that the decision to take a vacation would have any correlation to smoking habits.

GPs smoking prevalence in this study was 28.3%, similar to that observed in Tuscany but higher than that reported by the Directa survey¹⁵ in 1999 (26%) and also higher than the Italian general smoking prevalence (24.5%, Istat 1999)¹². Nevertheless, the smoking habits of the male population under study was higher than that observed in Italian males with the highest educational level (31.9% male doctors in the present study; 23.7% Istat data 1994 on males)¹¹. The opposite was observed in females (19.9% in the present study; 31.5% Istat data 1994)¹¹. The prevalence rate in female doctors also showed an opposite geographic gradient (29.0% in Piedmont, 13.8% in Basilicata) compared to that observed in the general female population in Italy: (14.6% in the South, 17.2% in the Islands, 20.4% in the Center, 18.3% in North-East, and 16.7% in the North-West, Istat 1999)¹⁸.

In the present as well as in the previous survey in Tuscany, there was considerable interest in the possibility for GPs to attend training programs on smoking cessation strategies in order to help their patients who want or need to stop smoking. In the Tuscany survey, almost all the doctors reported knowing something about

smoking cessation methods but stated they gave mainly simple advice, without any follow-up of their advised patients¹⁷. This was not assessed in the present survey, but it is highly probable that the attitude is common throughout Italy. The lack of adequate training on the topic¹⁸ could be also a reason for the high smoking rates in health personnel in Italy.

It should be stressed that most of the interviewed doctors believe that it is very important to support their patients in smoking cessation and that it is their duty to set a good example as nonsmokers; however, a high percentage of GPs are smokers. To accept and intervene on smokers was an important step for health operators, as shown in the literature^{8,20}. It appears that there is an increasing availability of GPs to speak about the topic with their patients (87.3%). This seems quite different from the results of the Directa survey¹⁵, which showed that GPs were not very sensible to smoking prevention activities: 6% did not consider the problem, only 54% gave advice to their patients, and only 37% gathered data on patients' smoking habits.

Smoking cessation practices vary widely in primary care. Strategies are needed to assist physicians in incorporating systematic approaches to maximize smoking cessation rates^{21,22}.

It seems that about 70% of smokers report wanting to quit⁴. Brief clinical intervention provided by GPs, who usually have compelling time limits (2-3 mins), should be particularly useful in motivating patients to quit. The literature clearly shows that a minimal intervention by physicians may have a significant effect on abstinence rate (it reduces the number of smokers by 2%), and it is

cost-efficient^{1,4,5}. The efficiency of physician intervention may be radically enhanced by involving more than one type of clinician and by increasing the intensity and prevalence of support sessions^{1,7}. Moreover, the efficacy of the intervention might be improved according to the quality of the relationship between physician and patient. In other words, intervention may be more successful if the GP is empathetic and if he can improve his "listening skills"^{11,23}.

In conclusion, the results of this survey give useful indications for improving educational activities on smoking cessation for GPs in Italy. Special training for GPs appears necessary²⁴ and is requested especially by young physicians. Moreover, if the attitude and behavior of doctors regarding smoking cessation with their patients is related to their personal smoking habits, it is also necessary to support a GP's personal attitude on quitting smoking, given that the smoking prevalence is particularly high among Italian GPs. Programs aiming to reduce smoking among doctors should probably take into consideration the "herd influence". Such an effect seems important, as shown by the results obtained in the age group 36-45 years old, in which the lowest smoking prevalence rate was observed, and the highest prevalence rate regarding the willingness to stop smoking was seen among those who smoke.

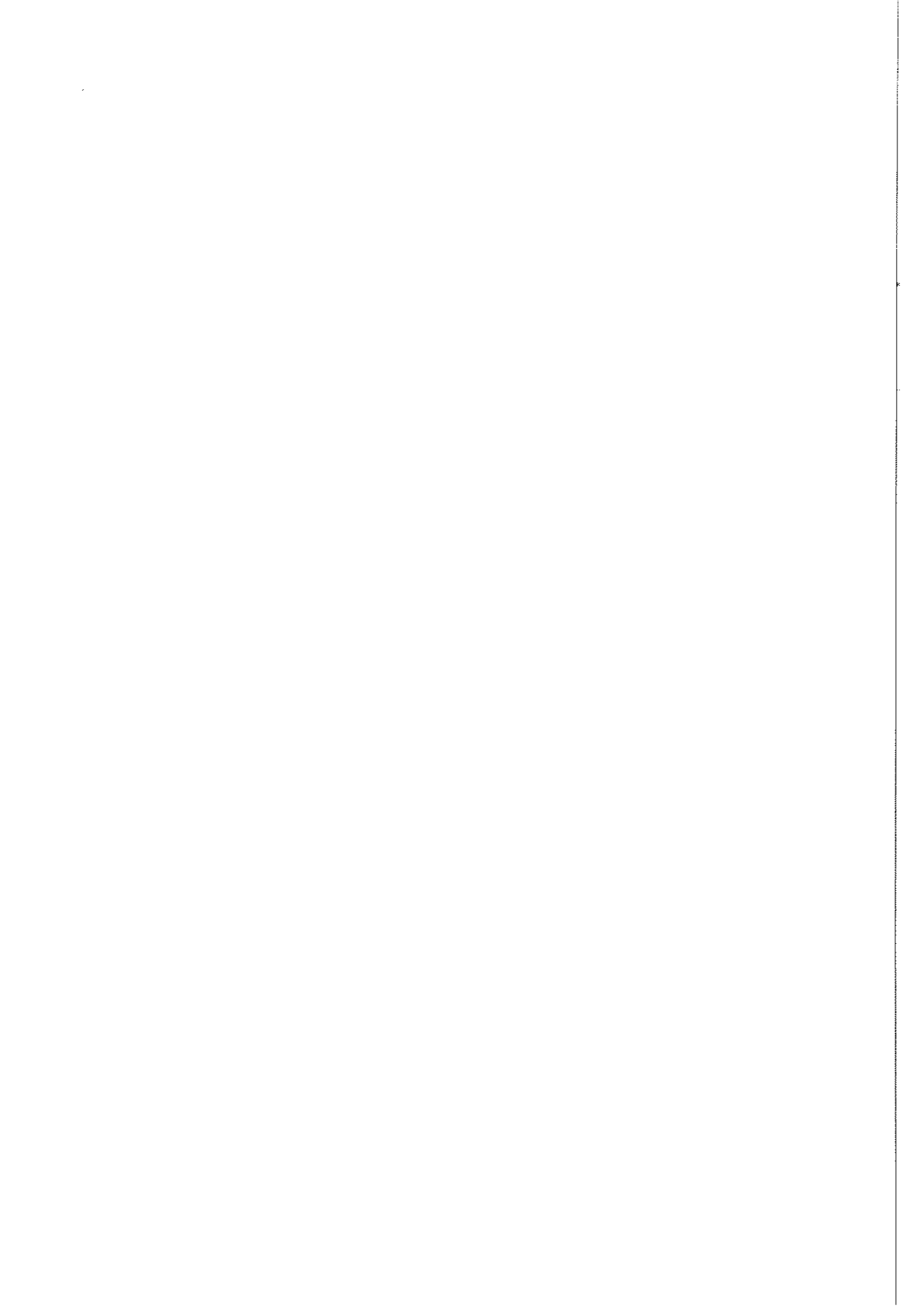
Recently, Italian guidelines concerning smoking cessation strategies and recommendations for GPs on proper management of patients who smoke have been published by the Istituto Superiore di Sanità²⁵ and distributed to health personnel with the hope of empowering physicians to implement the advice and methods in a timely manner.

References

1. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ: Treating tobacco use and dependence clinical practice guidelines. Rockville, MD: US Department of Health and Human Service. Public Health Service. AHRQ Publication N. 00-0032. June 2000 (available on line: <http://www.ahrq.gov/clinic>).
2. Montesano R, Hall J: Environmental causes of human cancers. *Eur J Cancer*, 37: S67-S87, 2001.
3. Ritvo PG, Irvine MJ, Lindsay EA, Kraetschmer N, Blair N, Sinek ZM: A critical review of research related to family physician-assisted smoking cessation interventions. *Cancer Prev Control*, 1: 289-303, 1997.
4. Raw M, McNeill A, West R: Smoking cessation guidelines for health professionals. *Thorax*, 53: S1-S19, 1998.
5. Silagy C: Physician advice for smoking cessation. The Cochrane database of systematic reviews, The Cochrane Library, Copyright 2000, The Cochrane Collaboration. Issue 1, 2000.
6. Coleman T, Murphy E, Cheater F: Factors influencing discussion of smoking between general practitioners and patients who smoke: a qualitative study. *Br J Gen Pract*, 50: 207-210, 2000.
7. Helgason AR, Lund KE: General practitioners' perceived barriers to smoking cessation: results from four Nordic countries. *Scand J Public Health*, 30: 141-147, 2002.
8. McEwen A, Akotia N, West R: General practitioners' views on the English national smoking cessation guidelines. *Addiction*, 96: 997-1000, 2001.
9. Tremblay M, Gervais A, Lacroix C, O'Loughlin J, Makni H, Paradis G: Physicians taking action against smoking: an intervention program to optimize smoking cessation counselling by Montreal general practitioners. *Can Med Assoc J*, 165: 601-607, 2001.
10. Coleman T, Wynn AT, Stevenson K, Cheater F: Qualitative study of pilot payment aimed at increasing general practitioners' antismoking advice to smokers. *BMJ*, 323: 432-435, 2001.
11. Pagano R, La Vecchia C, Decarli A: Smoking in Italy, 1994. *Tumori*, 82: 309-313, 1996.
12. Istituto Statistico Nazionale (ISTAT): Annuario statistico italiano, Roma, 2000.
13. Molarius A, Parsons RW, Dobson AJ, Evans A, Fortmann SP, Jamrozik K, Kuulasmaa K, Moltchanov V, Sans S, Tuomilehto J, Puska P: Trends in cigarette smoking in 36 populations from the early 1980s to the mid-1990s: findings from the WHO MONICA project. *Am J Public Health*, 91: 206-212, 2001.
14. Comunicato Stampa, Workshop di Sanità senza fumo, Milano, 25 febbraio 2000 (available on line: http://www.ieo.it/inglesse/news/sfumo_cs.htm).
15. Directa 1999, on behalf of AIPO (Italian association of hospital pneumologists) and FIMMG (Italian federation of GPs) (available on line: <http://www.fimmg.org/notizie/fumo.htm>).
16. Epi-INFO, version 6. Centre for Disease Control (Atlanta, USA) & WHO (Geneva, CH), 1994.
17. Di Rienzo L: Il ruolo del MMG nella riduzione dell'abitudine

- al fumo nella popolazione. Atteggiamenti e comportamenti dei MMG toscani. Test per la Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva dell'Università degli Studi di Firenze, relatore: Dr E Chellini, 1996-1997.
18. ISTAT: Salute, stili di vita e fattori di rischio. In: Sistema sanitario e salute della popolazione, 2a edizione: parte prima, cap. 4, tavola 4.13. Roma, 2000 (available on line: <http://www.istat.it/Primpag/sociosan2001/index.htm>).
 19. Invernizzi G, Bettoncelli G, D'Ambrosio G, Zappa M, Calzolari M, Paredi P, Mazza R, Soresi E, Boffi R: Carbon monoxide, cigarettes and family doctors. *Tumori*, 87: 117-119, 2001.
 20. McEwen A, West R: Smoking cessation activities by general practitioners and practise nurses. *Tob Control*, 10: 27-32, 2001.
 21. Ellerbeck EF, Ahluwalia JS, Jolicœur DG, Gladden J, Mosier MC: Direct observation of smoking cessation activities in primary care practice. *J Fam Pract*, 50: 688-693, 2001.
 22. Invernizzi G, Nardini S, Bettoncelli A, Codifava A, Corti F, Fossati R, Guerra C, La Vecchia C, Lazzaro C, Sabato E, Zuccaro P: L'intervento del medico di medicina generale nel controllo del fumo: raccomandazioni per un approccio ottimale al paziente fumatore. *Rassegna di patologia dell'apparato respiratorio*, 17: 55-70, 2002.
 23. Slama K, Karsenty S, Hirsch A: French general practitioners' attitudes and reported practices in relation to their participation and effectiveness in a minimal smoking cessation programme for patients. *Addiction*, 94: 125-132, 1999.
 24. Ciruolo F, Di Rienzo L, Gorini G, Chellini E: Riflessioni sul ruolo e sulla formazione del medico italiano nell'approccio al paziente fumatore. *Educazione Sanitaria e Promozione della Salute*, 22: 9-17, 1999.
 25. Osservatorio Fumo, Alcol e Droga: Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo. *Istituto Superiore di Sanità*, 2002 (available on line: <http://www.oss-fad.iss.it>).

DOCUMENTAZIONE FORNITA DAGLI AUDITI
NELLA SEDUTA DEL 10 NOVEMBRE 2004





Iniziative e programmi della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori contro il tabagismo.

Le attività principali, dal 2001, della LILT sono state le seguenti:

- Borse di studio e progetti di ricerca finanziate dalla LILT;
- Iniziative di informazione ed educazione alla salute mirate ai danni da Tabagismo, nelle scuole di ogni ordine e grado, nelle Carceri e nelle Forze Armate;
- Campagne informative realizzate dalle 103 Sezioni Provinciali e 381 ambulatori della LILT, con il coinvolgimento attivo del mondo della scuola e con la diretta distribuzione di apposito materiale, costituito da opuscoli, monografie, videocassette, ecc.;
- Convegni, Congressi, Tavole Rotonde, Simposi ad hoc:
 1. “Un futuro senza fumo – Educare alla libera scelta di non fumare” – Lecce, 5/6 ottobre 2001
 2. “Scuole e luoghi di lavoro liberi dal fumo – strategie di intervento in Emilia Romagna” – Bologna, 3 giugno 2002
 3. “Giovani e Tabacco”, Campiello San Giovanni – San Polo – Venezia, 27 novembre 2002. Presente al Convegno Jeffrey Wigand, biochimico ed ex manager di una multinazionale del tabacco, che per primo denunciò apertamente i danni provocati dal fumo e gli intrighi delle aziende produttrici di tabacco e la cui vicenda personale ha ispirato il film “Insider – dietro la verità”
 4. “Il tabagismo nella realtà carceraria: problemi, necessità d’intervento e formazione degli operatori penitenziari”, Roma, 31 gennaio 2003
- Osservatorio sul Tabacco;
- Campagne pubblicitarie e di sensibilizzazione in occasione del 31 maggio “Giornata Mondiale senza Tabacco”;
- “Giornata Nazionale dei Diritti dei Non Fumatori”: 5 novembre di ogni anno;
- Progetto Nazionale “Mamme libere dal fumo” in collaborazione con la Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche (progetto formativo informativo);
- Corsi per la formazione di conduttori di Gruppi per la Disassuefazione dal Fumo (GDF), con ECM, rivolto a medici e psicologi;
- Indagine della LILT, effettuata nel giugno 2004, attraverso un questionario relativo all’attività dei GDF per gli anni 2001/2003, dalla quale è emerso che sono stati effettuati negli anni 2002/2003 n. 378 GDF della LILT per un totale di 3.436 partecipanti;
- Convenzioni stipulate con le Aziende TIM, ENPACL e ANSA per l’organizzazione di GDF in housing;
- Costante opera di sensibilizzazione dell’opinione pubblica è effettuata anche dal servizio della Linea Verde SOS Fumo 800 99 88 77 (e-mail sosfumo@lilt.it);

**PROGETTI DI RICERCA
FINANZIATI DALLA LILT NEL 2002 E 2003
RELATIVI AL FUMO E/O AI TUMORI POLMONARI**

Nome e Cognome del Referente del progetto	Ente proponente	Titolo del progetto
1. Prof. Dario OLIVIERI	Università di Parma	La diagnosi precoce del Tumore Polmonare mediante ricerca di alterazioni genetiche al locus PHIT su sangue ed espettorato e TAC del Torace, in soggetti forti fumatori
2. Prof. Gianni RAVASI	Sezione Provinciale Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori di Milano CSPO di Firenze	DANTE: Diagnostica Avanzata per lo Screening delle Neoplasie Polmonari con TAC e Biologia molecolare Possibile contributo di biomarcatori nella individuazione del carcinoma polmonare in soggetti asintomatici ad alto rischio
4. Dott. ssa Cristina BOSETTI	Ist. Mario Negri (Mi)	Fattori ambientali e aspetti genetici nel tumore del polmone e altre neoplasie legate al fumo di tabacco
5. Dott. Paolo CROSIGNANI	LILT VARESE	Aziende libere dal fumo: un percorso di prevenzione
6. Dott.ssa Elisabetta CHELLINI	CSPO Firenze	Intervento di disassuefazione al fumo rivolto a donne fumatrici nell'ambito di attività ambulatoriali di prevenzione secondaria dei tumori
7. Prof. Enzo BONMASSAR	Univ. Tor Vergata Dip. Neuroscienze Roma	Valutazione di cellule tumorali in circolo nel sangue di pazienti affetti da carcinoma del colon-retto, polmone, mammella o prostata
8. Dott. Silverio TOMAO	IFO- IRE (ROMA)	Progetto pilota integrato di informazione, educazione sanitaria e formazione oncologica per il personale docente delle scuole medie superiori

Totale progetti finanziati n. 8, per un totale di € 616.788,15

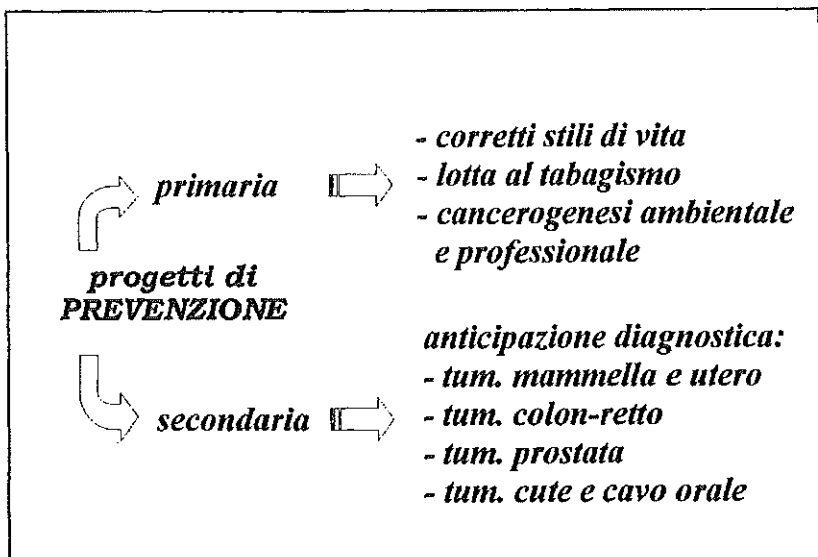
PROPOSTE DI FINANZIAMENTO DEL COMITATO SCIENTIFICO
PER I NUOVI PROGETTI 2004
RELATIVI AL FUMO E/O AI TUMORI POLMONARI

N.	Nome e cognome del proponente del progetto	Ente proponente	Titolo del progetto
1.	Dott. Carlo LAZZARO	Studio di Economia Sanitaria - Milano, L.I.L.T di Cosenza	Aspetti economici delle neoplasie correlate al fumo di sigaretta
2.	Dott. Carlo CIPOLLA	Unità di Cardiologia IEO Milano, Osp. S. Maria Goretti LT	Smettere di fumare dopo la diagnosi di tumore: effetto di un intervento di disassuefazione al fumo. Studio pilota
3.	Dott. Massimiliano PANELLA	Catt. D'Igiene Dip. Scienze Mediche Fac. Medicina e Chirurgia Univ. degli Studi del Piemonte Orientale "A. Avogadro"	Partecipazione ad uno studio per la valutazione dell'efficacia degli interventi di prevenzione del tabagismo negli adolescenti (Progetto EU-DAP)

Totale progetti da finanziare n. 3 per un totale di €. 110.000,00



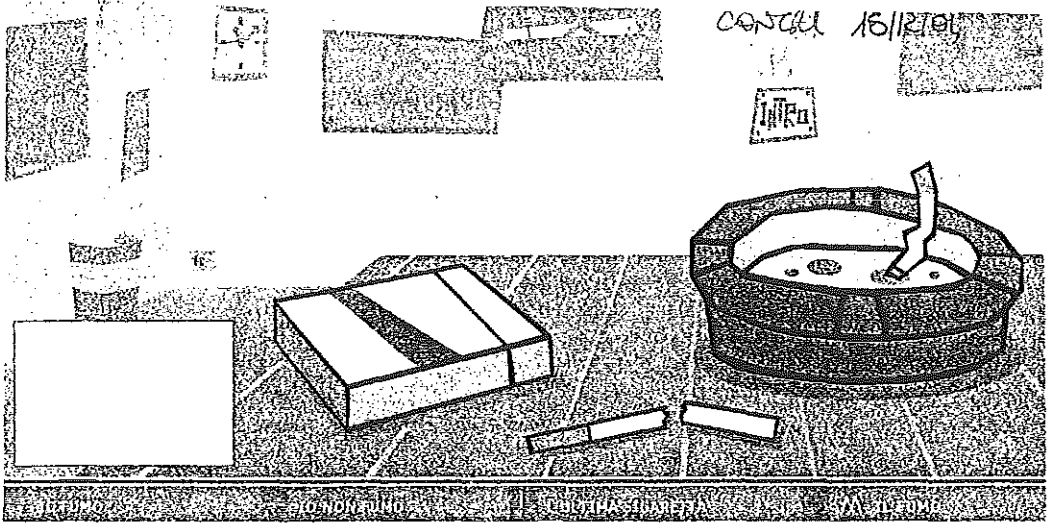
Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori



Programmi di Anticipazione Diagnostica

TEST

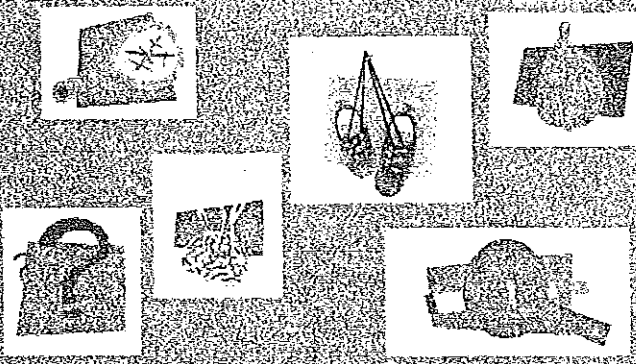
-- POLMONE	TC spirale
-- COLON-RETTO	Colonscopia
-- PROSTATA	PSA
-- COLLO UTERO	PAP-test
-- MAMMELLA	Mx – Eco




NO **FUMO**

Io fumo perché:

- Fa "fico"
- Mi sento grande
- Mi aiuta a fare amicizia
- Tanto smetto quando voglio
- Mi fa sentire bene



Se non vedi l'animazione clicca qui



IO NON FUMO

"Fumo, tanto smetto quando voglio".

Stai attento a non cadere in questa trappola e a commettere l'errore di iniziare a fumare.

È dimostrato che chi inizia a fumare da giovanissimo con molta probabilità continuerà a farlo anche da grande.

Se invece fin da ragazzo non ti lascerai sedurre dalle sigarette avrai più possibilità di restare sempre un non fumatore.

Questo perché la nicotina genera dipendenza fisica e psicologica, proprio



Sigarette in Minoranza

Scende il numero dei fumatori incalliti, mentre aumenta l'esercito degli ex fumatori.

Cosa dicono le statistiche

A Pieni Polmoni

Anche se non fumi respirare il fumo di sigaretta di chi ti sta vicino è dannoso alla tua salute



Bellezza in Fumo

Prova a guardarti allo specchio.
Quando non fumavi i tuoi denti non erano
più bianchi?

E quelle macchioline sulle dita?

La sigaretta non danneggia solo la salute, anche la tua
bellezza ci va di mezzo. Forse non sai che il fumo fa male
alla pelle, la rende meno splendente e più opaca. Ne
risentono anche i capelli, meno lucenti e più sfibrati.

E poi l'odore di nicotina che si attacca a tutto quello che
indossi, alla borsa, ai capelli...?

E quell'alito che sa di fumo?

Inutile ricorrere a deodoranti o gomme da masticare...

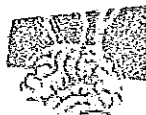




Cervelli Affumicati

Sai perché le sigarette sono una tira l'altra?

E perché è difficile smettere?

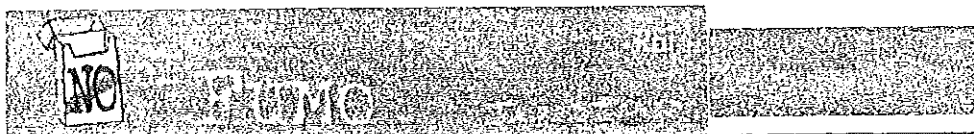


La risposta è nella nicotina, che crea dipendenza e assuefazione fisica e psicologica.

Per quanto riguarda i danni alla salute, il fumo fa molto male ai polmoni.

Provoca tosse, respiro corto, vertigini, mal di testa, aumento delle infezioni respiratorie e disturbi di tipo asmatico.





Faq

→ Chi smette di fumare ingrassa?

Alcune persone quando smettono di fumare tendono a sostituire le sigarette con il cibo. Per evitare il rischio di ingrassare basta seguire le regole della corretta alimentazione. Per saperne di più vai sul sito www.junior.rai.it/10mangiosano



→ Cosa si può fare per controllare la voglia di fumare una volta smesso?

Respiri lenti e profondi, oppure yoga, un bagno caldo, stretching, e tieniti occupato facendo moto o lavori manuali. È importante ricordarsi sempre il motivo per cui si è smesso. Se ti viene un po' di ansia, respira profondamente e ricorda che dura solo pochi minuti e poi passa

→ Dopo aver smesso di fumare è possibile fumare solo una sigaretta ogni tanto? No. Rimani fermo nella tua decisione. Non fumare neanche una sigaretta.

→ Le sigarette a basso contenuto di nicotina e catrami fanno meno male?

Absolutamente no. Le sigarette "light" contengono le stesse sostanze pericolose del tabacco normale: sono solo ridotti i livelli di nicotina e catrami.

→ Ridurre il consumo di sigarette può essere sufficiente?

È un buon inizio, ma non risolve il problema. È meglio smettere di fumare completamente.

→ È vero che l'inquinamento ambientale è più pericoloso del fatto di fumare?

No. Il fumo di tabacco ha una concentrazione di alcuni prodotti tossici 400 volte superiore rispetto ai livelli massimi permessi internazionalmente riguardo all'ambiente.

→ Che cos'è il fumo passivo?

"Fumo passivo", "fumo di seconda mano", sono tutte espressioni che si riferiscono alla respirazione del fumo espirato da altre persone, prodotto durante la combustione di prodotti a base di tabacco. È costituito da una componente "indiretta", emessa dalla sigaretta, e da una componente "diretta", vale a dire dal fumo inalato e espirato dal fumatore.

→ Il fumo passivo danneggia la salute dei non fumatori?

Sì. Esistono prove scientifiche del fatto che il fumo passivo rappresenta una seria minaccia per la salute. I non fumatori che inalano fumo passivo vengono colpiti da molte delle malattie di cui soffrono i fumatori attivi. Gli effetti più immediati dell'esposizione al fumo passivo sono irritazione agli occhi e al naso, mal di testa, secchezza della gola, vertigini, nausea, tosse e altri problemi respiratori.




NO

SPORT

Sport in Discesa

Sport e fumo non vanno d'accordo. Più si fuma, minore è la frequenza dell'esercizio fisico che si riesce a fare. La resistenza alla corsa, ad esempio, è notevolmente inferiore nei fumatori rispetto a chi non fuma. Su una distanza di 16 Km per ogni sigaretta fumata, rispetto allo sportivo non fumatore nelle stesse condizioni di allenamento, si "perdono" circa 40 secondi. In altre parole, chi fuma e ha 30 anni corre come una persona che ne ha 42. Tu sei ancora molto giovane, ma ti piacerebbe diventare un trentenne "spompato"?



SPORT



Se Fumi non sei più Fico

Se fumi per sentirti grande o perché lo fanno tutti non ti sei accorto di due cose. Gli amanti delle bionde si vedono sempre meno in giro, mentre il numero di chi ha smesso o non ha mai fumato è in salita. Se fumi non assomigli ad un grande anzi! Nessuno ti darebbe una medaglia perché continui a fare una cosa pur sapendo che fa male alla tua salute e a quella degli altri. E non serve fumare per integrarti in un gruppo e fare amicizia. Quello che conta sei tu, non la sigaretta che hai in mano!

Ultima cosa: hai mai pensato che a molti potrebbe dare fastidio il fumo della tua cicca?





Cosa Fumi

La componente principale è la nicotina, che crea dipendenza produce e può causare anche tremori, irritabilità e, in forti dosi, perfino convulsioni; poi ci sono tante altre sostanze tossiche, tra cui veri e propri veleni, come l'arsenico e i derivati del cianuro, il catrame, l'ammoniaca, dall'odore caratteristico, l'acetone, proprio quello per togliere lo smalto dalle unghie!



Insomma un cocktail davvero dannoso!



Hai deciso di smettere di fumare? Allora hai fatto la scelta giusta! Per la tua salute e quella degli altri, ma anche per le tue tasche! Hai mai pensato a quante cose potresti comprarti con i soldi che usavi per le sigarette? Guarda qui sotto e... fatti un regalo!



= circa 3 euro =



una busta di carte per giocare con i tuoi amici



= circa 15 euro =



un biglietto per il concerto del tuo artista preferito



= circa 25 euro =



un DVD nuovo

E ora fai la tua lista dei desideri: giornali, video, cinema, vestiti...



Come Dire NO

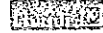
Il primo passo per dire no al fumo è credere in sé stessi

10 Trucchi per Smettere

Ecco i trucchi per smettere di fumare che prima di te hanno aiutato molti altri

Le 4 Regole d'Oro

Aiuta il tuo corpo a "riprendersi" dal fumo



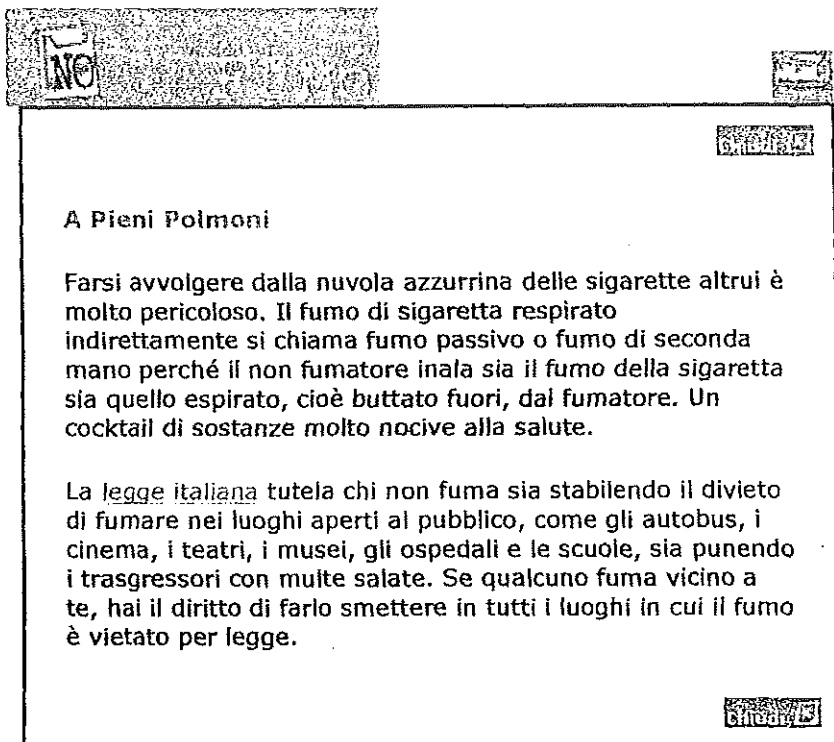
Legge Italiana

La recente legge n.3 del 2003 vieta il fumo nei locali pubblici, come bar e ristoranti, a meno che non siano riservati ai fumatori. In questo caso ci dovranno essere delle sale per non fumatori, più estese rispetto a quelle destinate a chi fuma. Una legge del 2002 stabilisce invece forti sanzioni per chi non rispetta i divieti e prevede il raddoppio della multa se la trasgressione avviene in presenza di bambini fino ai 12 anni.

Sanzioni aspre anche nei confronti dei gestori di locali che non appendono gli appositi cartelli "vietato fumare" secondo le norme di legge oppure non fanno rispettare il divieto. La pena sale se gli impianti di condizionamento dell'aria non funzionano o non sono perfettamente efficienti.

[Indietro](#)





A Pieni Polmoni

Farsi avvolgere dalla nuvola azzurrina delle sigarette altrui è molto pericoloso. Il fumo di sigaretta respirato indirettamente si chiama fumo passivo o fumo di seconda mano perché il non fumatore inala sia il fumo della sigaretta sia quello espirato, cioè buttato fuori, dal fumatore. Un cocktail di sostanze molto nocive alla salute.

La legge italiana tutela chi non fuma sia stabilendo il divieto di fumare nei luoghi aperti al pubblico, come gli autobus, i cinema, i teatri, i musei, gli ospedali e le scuole, sia punendo i trasgressori con multe salate. Se qualcuno fuma vicino a te, hai il diritto di farlo smettere in tutti i luoghi in cui il fumo è vietato per legge.



Sigarette in Minoranza

Nei Paesi Occidentali, Italia compresa, gli amanti delle sigarette sono in calo rispetto a qualche anno fa, mentre l'esercito degli ex continua ad aumentare. In Italia i fumatori sono circa 12 milioni. In altre parole fuma un italiano su quattro. Ma a ben guardare le statistiche ci dicono che l'11,5 per cento fuma meno di 15 sigarette al giorno e gli incalliti che fumano più di 25 bionde al giorno sono solo il 2,6 per cento.

Al contrario, si è liberato dal vizio il 15,2 per cento degli italiani, mentre il 58,3 per cento non ha mai fumato nella sua vita. In futuro i fumatori saranno sempre di meno e i locali in cui si fuma una rarità.

Pare proprio che la moda del fumo sia in estinzione!





Come Dire NO

Come dire NO al FUMO? Scoprillo con JUNIOR!
SCARICA il file e salvalo sul tuo computer; aprilo con il programma WinZip e poi clicca sul file ".exe"

Ecco alcuni consigli:

⇒ poniti, giorno per giorno, piccoli obiettivi raggiungibili (ad es. proponiti di diminuire il numero di sigarette ogni "tot" giorni oppure rimanda di 5 minuti ogni sigaretta che desideri fumare, ecc.).

⇒ pensa positivo: "posso smettere, le mie motivazioni sono forti, posso farcela". Ricorda ogni giorno a te stesso i vantaggi che otterrai se smetterai di fumare: avrai più fiato, manterrai la pelle giovane, il tuo alito sarà più fresco e avrai persino più denaro a disposizione.

⇒ riconosci, di volta in volta, i passi che fai e festeggiali (ad es. comunica ad un amico le sigarette in meno che hai fumato, congratulati con te stesso per i tuoi successi, ecc.).

⇒ di fronte a un ostacolo, non rinunciare MAI. Fai una lista degli ostacoli che ti preoccupano e pensa a come puoi superarli (ad es. se fatichi a non fumare mentre gli altri fumano, prova a masticare una gomma e tieni una penna fra le dita con cui giocare, vedrai che starai meglio).

(fonte: Piccola guida per il successo, edita dalla Lega italiana per la lotta contro i tumori)





Dieci Trucchi per Smettere

- 1. Compra un pacchetto da 10 sigarette alla volta: basta con le scorte!**
- 2. Cambia marca di sigarette, compra una qualità che non ti piace: guasta il gusto!**
- 3. Tieni le sigarette lontano dagli occhi ... e dal cuore!**
- 4. Fuma scomodo**
- 5. Dopo ogni sigaretta, metti via il pacchetto**
- 6. Rifiuta tutte le sigarette che ti vengono offerte**
- 7. Poni dei limiti al tuo fumo: decidi di non fumare più nella tua stanza**
- 8. Dopo i pasti, alzati subito da tavola e lavati i denti**
- 9. Attento alla cioccolata o ai cibi che ti fanno venire voglia di fumare.
Per un po' di tempo mangiane di meno**
- 10. Quando hai voglia di fumare, bevi un bel bicchiere di acqua o mastica una gomma
(caramelle senza zucchero o un po' di liquirizia)**

Certamente ti sarà capitato di sentire da amici o conoscenti tanti altri accorgimenti inventati per smettere di fumare ed altri ancora ne escogiterai tu. Annotali! Ne risulterà un elenco bizzarro, divertente e molto utile.

(fonte: Piccola guida per il successo, edita dalla Lega italiana per la lotta contro i tumori)



Le 4 Regole d'Oro

➤ **Acqua.** Bevi molta acqua. Ogni cellula si nutre e si rinnova con l'acqua. La nicotina, infatti, viene eliminata con le urine. Bere molto (1 o 2 litri di acqua al giorno) significa accelerare questo processo.

➤ **Alimentazione.** Mangia almeno 5 porzioni al giorno di frutta o verdura fresca: purificano l'organismo e ne rafforzano le difese immunitarie. Limita i cibi molto piccanti, saporiti e pesanti, riduci per un po' di tempo i dolci e gli altri alimenti dopo i quali ti viene voglia di fumare.

➤ **Movimento.** Fai movimento più che puoi. Scegli lo sport che preferisci e fallo con gli amici, sarà ancora più divertente. Così potrai:
o eliminare le sostanze tossiche accumulate nel tuo organismo
o scaricare la tensione che inizialmente avvertirai smettendo di fumare
o controllare il peso.

➤ **Respirazione.** Ricorda che respirare bene è importante. Le cellule del nostro organismo hanno bisogno di ossigeno per vivere. Chi è padrone della propria respirazione è padrone anche del proprio pensiero.

Come si deve respirare? Se ne sei a conoscenza, puoi utilizzare le tecniche di respirazione yoga, oppure, prima di iniziare la "buona respirazione", bevi un bicchiere d'acqua abbondante, assumi una posizione semi-distesa, in un luogo tranquillo, e ripeti tre volte questo esercizio respiratorio:
o espira profondamente a labbra socchiuse, come se dovessi spegnere una candela, così da svuotare meglio i polmoni
o inspira attraverso il naso, avendo cura che il naso "sia libero"
o fa' respiri profondi.
Questo esercizio ti servirà ad aumentare la tua capacità respiratoria, a mantenere sano il tuo organismo e a rilassarti.

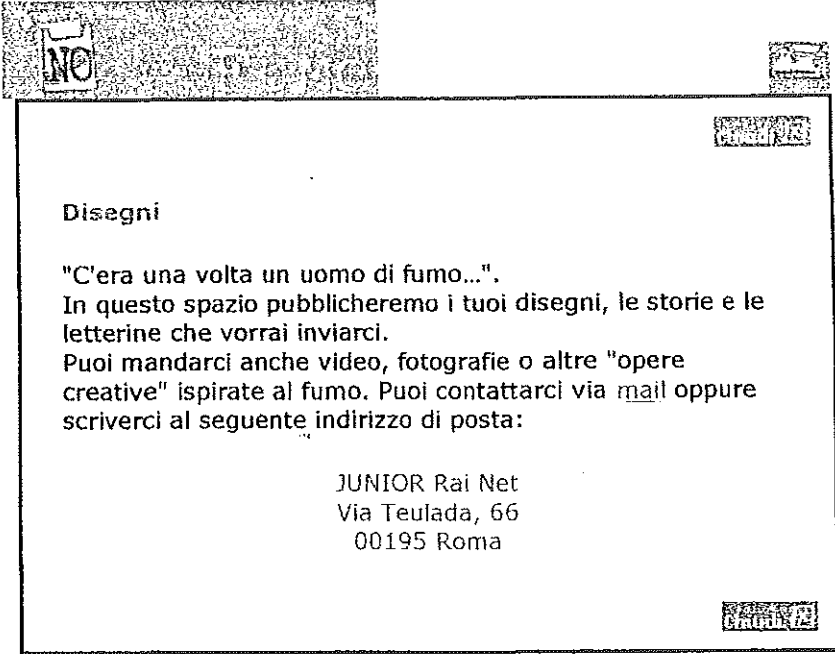
(fonte: Piccola guida per il successo, edita dalla Lega italiana per la lotta contro i tumori)



Progetti e Iniziative

Aiutaci a combattere il fumo.
Prepara un progetto da solo o insieme ai tuoi compagni di classe e all'insegnante.
Puoi contattarci via [mail](#) o al seguente indirizzo di posta:

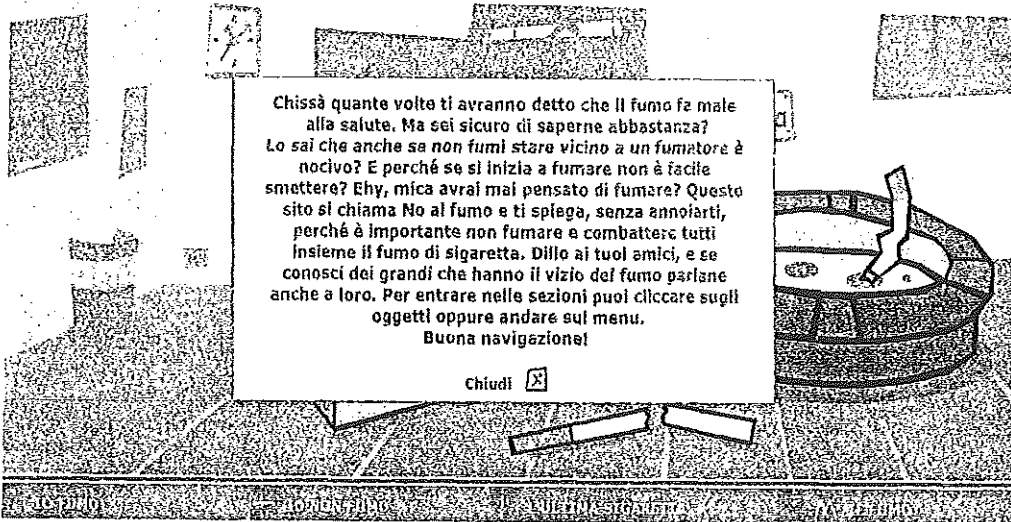
JUNIOR Rai Net
Via Teulada, 66
00195 Roma



Disegni

"C'era una volta un uomo di fumo...".
In questo spazio pubblicheremo i tuoi disegni, le storie e le
letterine che vorrai inviarci.
Puoi mandarci anche video, fotografie o altre "opere
creative" ispirate al fumo. Puoi contattarci via mail oppure
scriverci al seguente indirizzo di posta:

JUNIOR Rai Net
Via Teulada, 66
00195 Roma



Chissà quante volte ti avranno detto che il fumo fa male alla salute. Ma sei sicuro di saperne abbastanza? Lo sai che anche se non fumi stare vicino a un fumatore è nocivo? E perché se si inizia a fumare non è facile smettere? Ehy, mica avrai mai pensato di fumare? Questo sito si chiama No al fumo e ti spiega, senza annoiarti, perché è importante non fumare e combattere tutti insieme il fumo di sigaretta. Dillo ai tuoi amici, e se conosci dei grandi che hanno il vizio del fumo parlane anche a loro. Per entrare nelle sezioni puoi cliccare sugli oggetti oppure andare sul menu.

Chiudi 



CITTADINI IMMIGRATI
NESSUNO E' FUORI
LUOGO
NO AL FUMO
LE ALTRE CAMPAGNE
ISTITUZIONI IN RETE

Cittadini

SCRIVI



CERCA IN CITTADINI

VAI

In collaborazione con il Ministero della Salute

Smettere per non ricominciare



Vuoi smettere
e non ci riesci?

ENTRA!

I consigli e i trucchi per dire **no alle sigarette**, i vantaggi di chi non fuma, la normativa e le risposte alle domande più frequenti. [segue]

Racconta la tua storia

Io ce l'ho fatto!
Eri un fumatore e adesso sei libero dalla schiavitù della sigaretta? Allora smettere di fumare si può! **Recontaci la tua esperienza e la pubblicheremo.** Scrivi a cittadini@rai.it.

Partecipa

Ogni settimana il prof. **Giacomo Mangiaracina** risponde alle vostre domande nel forum di **No al fumo**. Scarica lo screensaver e scrivi le tue impressioni su questo sito a cittadini@rai.it.

NO al Fumo Junior



Anche se non fumi



Cos'è il fumo passivo, quali danni provoca e cosa prevede la legge per tutelare chi non fuma [segue]

Dedicato alle donne



Se sei madre o pensi di diventarlo ricorda che il fumo è dannoso anche per tuo figlio [segue]

In onda alla radio e in tv



Smettere di fumare. Il prof. Enea del Policlinico Umberto I rilancia la campagna di dissuasione dal fumo. Guarda il servizio di **Uno Mattina** e consulta anche il palinsesto degli spazi televisivi e radiofonici dedicati ai temi della campagna. Guarda tutti i servizi video.

Sigarette in numeri



Un italiano su quattro ha il vizio del fumo, ma l'esercito degli ex risulta in aumento. Leggi le ultime statistiche [segue]

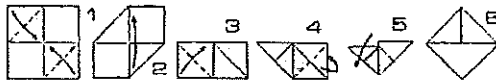
I link

- Ministero della Salute
- Istituto superiore della Sanità
- Agenzia per i servizi sanitari regionali
- Organizzazione mondiale Sanità



TV RADIO NEWS COMMUNITY JUNIOR TECHE NAPPASITI PROGRAMMI A-Z

VAI 



→ Solo testo

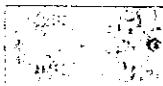
15 dicembre 2004

CITTADINI IMMIGRATI
NESSUNO E' FUORI
LUOGO

NO AL FUMO
LE ALTRE CAMPAGNE
ISTITUZIONI IN RETE



SCRIVI



CERCA IN CITTADINI

 VAI

SMETTERE PER NON RICOMINCIARE

Un gesto apparentemente innocuo e normale. Accendere la sigaretta. Ma in realtà è come se si azionasse un pericoloso ordigno, dannoso alla nostra salute e anche a quella degli altri. Per combattere il fumo il ministero della Salute ha promosso una campagna di informazione su radio e tv nazionali. Obiettivo, dissuadere dal fumo e comunicare che smettere per non ricominciare è un'impresa possibile.



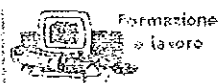
Il primo passo per dire no al fumo è "rinforzare" il proprio senso di autoefficacia. Ecco alcuni consigli:

- poniti, giorno per giorno, piccoli obiettivi raggiungibili (ad es. proponiti di togliere 2 sigarette al giorno oppure rimanda di 5 minuti ogni sigaretta che desideri fumare, ecc.)
- pensa positivo: "posso smettere, le mie motivazioni sono forti, posso farcela". Ricorda ogni giorno a te stesso i vantaggi che otterrai se smetterai di fumare: avrai più fiato, manterrai la pelle giovane e senza rughe, il tuo alito sarà più fresco, avrai più denaro a disposizione e una prospettiva di vita migliore e più lunga, ecc.
- riconosci, di volta in volta, i passi che fai e festeggiali (ad es. comunica ad un amico le sigarette in meno che hai fumato, congratulati con te stesso per i tuoi successi, ecc.) di fronte a un ostacolo, non rinunciare MAI, anzi, pianifica come puoi superarlo la prossima volta (ad es. se fatichi a non fumare dopo il caffè, riduci il numero di caffè giornalieri oppure sostituisclli con una bella spremuta di agrumi).

(fonte: Piccola guida per il successo, Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori)

- Salute in fu
- Non fumare può
- Liberi di respirare
- Le leggi
- Faq
- I centri antifumo
- Gift: un metro di successo
- Correre senza fumo
- I servizi tv per smettere e non ricominciare





e' il sale della vita

→ Solo testo

15 dicembre 2000

CITTADINI IMMIGRATI
NESSUNO E' FUORI
LUOGO
NO AL FUMO
LE ALTRE CAMPAGNE
ISTITUZIONI IN RETE

Salute in fumo

Chi fuma assorbe migliaia di sostanze tossiche che derivano dalla combustione della sigaretta. Quali sono e quali effetti provocano sull'organismo?



Cittadini

SCRIVI



CERCA IN CITTADINI

VAT

▪ **La nicotina:** è la causa principale dell'assuefazione al fumo e della dipendenza fisica da esso; alcaloide naturale del tabacco, dopo un assorbimento molto veloce, produce una stimolazione del sistema nervoso centrale causando tremori, irritabilità e, in forti dosi, perfino convulsioni; all'iniziale fase stimolante segue poi un effetto deprimente. Causa ipertensione, tachicardia e aritmie cardiache, vasocostrizione e una maggiore suscettibilità a episodi tromboembolici

▪ **Il monossido di carbonio:** ostacola l'azione dei muscoli e del cervello

▪ **L'arsenico e i derivati del cianuro...** dei veri e propri veleni

▪ **L'acetone,** proprio quello per togliere lo smalto dalle unghie!

▪ **La formaldeide:** un gas irritante impiegato dalle industrie nella lavorazione delle stoffe, carta, legno e coloranti

▪ **Il catrame:** si deposita nei bronchi e nei polmoni e può provocare il cancro

▪ **L'ammoniaca:** un gas tossico ... dall'odore caratteristico!

▪ **Additivi chimici** come l'acido silicico, carbonico, acetico, formico, benzolico; il diossido di titanio; prodotti sbiancanti delle ceneri; acceleratori di combustione, ecc.

▪ **Il polonio 210:** una sostanza radioattiva. Fumare 30 sigarette al giorno equivale, in un anno, a 300 radiografie al torace

▪ **Tante altre sostanze** irritanti, tossiche e cancerogene.

Cosa succede al tuo corpo quando fumi? Leggi l'**approfondimento**

(Fonti: *Ficcola guida per il successo* - Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori; *Mamme libere dal fumo* - Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori)

STAMPA | INVIA | COMMENTA

▪ Smettere pe non ricominci

▪ Gfi: un meto di successo

▪ Non fumare può

▪ Liberi di respirare

▪ Le leggi

▪ Faq

▪ I centri antifumo

▪ Correr sen: fumo

▪ I servizi tv: smettere e no: ricominciare





Formazione e lavoro



→ Solo testo

15 dicembre 200

CITTADINI IMMIGRATI
NESSUNO E' FUORI
LUOGO

NO AL FUMO

LE ALTRE CAMPAGNE
ISTITUZIONI IN RETE



SCRIVI



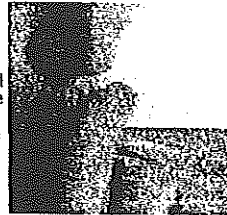
CERCA IN CITTADINI

VAI

SMETTERE PER NON RICOMINCIARE

• Gft: un metodo di successo

Gruppi di fumatori in trattamento oppure Gft. Si tratta di un metodo per abbandonare il vizio del fumo, sperimentato e perfezionato in Italia dal Dott. Giacomo Mangiaracina, presidente nazionale della Società Italiana di Tabaccologia (Sitab), nonché esperto di Salute Pubblica e Tabagismo.



Partendo dal presupposto che è possibile rinunciare alle sigarette senza troppo soffrire, gli esperti che utilizzano il metodo Gft lo presentano come un'esperienza formidabile per chiunque voglia provare a smettere di fumare.

Dal 1997 il Gft è utilizzato a Roma dal servizio di Cardiologia Preventiva dell'Ospedale Santo Spirito (referente Dott.ssa Gabriella Greco) dal servizio di Cardiologia dell'Ospedale CTO (referente Dott. David Mocini), dal Policlinico Umberto I (referente prof. Domenico Enea), e dall'Ospedale San Filippo Neri (referente Dott. Stefano Cademartori). Il metodo, oggi alla base dei programmi per la dissuasione dal fumo del ministero della Salute e della Lega Tumori, vanta una storia di ben 25 anni e oltre 50.000 fumatori già trattati.

I fumatori che accettano di provare il trattamento Gft, vengono invitati a partecipare ad uno scambio di esperienze in un luogo riservato esclusivamente a questo scopo, con la guida e l'apporto di un esperto.

I Gruppi di Fumatori in Trattamento condividono problematiche comuni legati alla dipendenza dal tabacco e insieme cercano di liberarsene.

Dal 1975 ad oggi ben 30.000 fumatori sono stati aiutati a lasciarsi le sigarette alle spalle, tramite il metodo Gft e ben 400 operatori sono stati formati in diverse città d'Italia.

STAMPA | INVIA | COMMENTA

- Smettere pe non ricominci
- Salute in fu
- Non fumare può
- Liberi di respirare
- Le leggi
- Faq
- I centri antifumo
- Correre sen fumo
- I servizi tv i smettere e no ricominciare

CITTADINI IMMIGRATI
NESSUNO E' FUORI
LUOGO

NO AL FUMO
LE ALTRE CAMPAGNE
ISTITUZIONI IN RETE

Cittadini

SCRIVI



CERCA IN CITTADINI

VAI

Non fumare si può

I trucchi per smettere di fumare e le 4 regole d'oro per preparare il tuo fisico alla disintossicazione. Iniziamo da alcuni suggerimenti che prima di te hanno aiutato molti altri a ridurre le sigarette, fino ad eliminarle.



- Compra un pacchetto da 10 sigarette alla volta: basta con le scorte!
- Cambia marca di sigarette, compra una qualità che non ti piace: guasta il gusto!
- Tieni le sigarette lontano dagli occhi ... e dal cuore!
- Fuma scomodo
- Usa un solo posacenere e lavalo sempre dopo avere fumato
- Dopo ogni sigaretta, metti via il pacchetto
- Rifiuta tutte le sigarette che ti vengono offerte
- Poni dei limiti al tuo fumo: decidi di non fumare più in soggiorno, in camera da letto, in auto, ecc.
- Dopo i pasti, alzati subito da tavola e lavati i denti
- Riduci i caffè e i cibi che richiamano la sigaretta
- Quando hai voglia di fumare, bevi un bel bicchiere di acqua

Certamente ti sarà capitato di sentire da amici o conoscenti tanti altri accorgimenti inventati per smettere di fumare ed altri ancora ne escogiterai tu. Annotali! Ne risulterà un elenco bizzarro, divertente e molto utile.

(Fonte: *Piccola guida per il successo*, edito dalla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori)

| avanti |

STAMPA | INVIÀ | COMMENTA

- o Smettere per ricominciare
- o Salute in fumo
- o Gft: un metodo successo
- o Liberi di respirare
- o Le leggi
- o Faq
- o I centri antifumo
- o Correre senza fumo
- o I servizi tv per smettere e non ricominciare



CITTADINI IMMIGRATI

NESSUNO E' FUORI
LUOGO

NO AL FUMO

LE ALTRE CAMPAGNE

ISTITUZIONI IN RETE

4

SCRIVI



CERCA IN CITTADINI

Non fumare si può

Le quattro regole d'oro

Quando si smette di fumare, l'organismo espelle gradualmente tutte le sostanze nocive accumulate negli anni "del fumo" e mobilita ogni sua risorsa per rigenerarsi. Per questo occorre metterlo nelle condizioni ottimali seguendo le quattro regole d'oro: acqua, alimentazione, movimento e respirazione. Vediamole una per una.



Acqua. Bevi molta acqua. Ogni cellula si nutre e si rinnova con l'acqua. Bere 1 o 2 litri di acqua al giorno, anche sotto forma di tisane, è una sana abitudine ed è ancora più importante per chi sta smettendo di fumare. La nicotina, infatti, viene eliminata con le urine. Bere molto significa accelerare questo processo.

Alimentazione. Mangia almeno 5 porzioni al giorno di frutta o verdura fresca; contengono preziosi nutrienti che purificano l'organismo e ne rafforzano le difese immunitarie. Limita i cibi molto piccanti, saporiti e pesanti, riduci i dolci, il caffè e gli altri alimenti dopo i quali ti viene voglia di fumare. E poi ricorda che le vitamine facilitano la disintossicazione perché catturano i radicali liberi che, come è noto, hanno un ruolo centrale anche in tutti i processi d'invecchiamento.

Movimento. Aumenta l'attività sportiva secondo le tue preferenze e possibilità, ti servirà per:

- eliminare le sostanze tossiche accumulate nel tuo organismo
- scaricare la tensione che inizialmente avvertirai smettendo di fumare
- controllare il peso.

Respirazione. Ricorda che respirare bene è importante. Il fumatore vive in uno stato di costante semi-afissia, dovuta alla presenza di monossido di carbonio contenuto nel fumo di sigaretta. Le cellule del nostro organismo hanno bisogno di ossigeno per vivere. Chi è padrone della propria respirazione è padrone anche del proprio pensiero.

Come si deve respirare? Se ne sei a conoscenza, puoi utilizzare le tecniche di respirazione yoga, oppure, prima di iniziare la "buona respirazione", bevi un bicchiere d'acqua abbondante, assumi una posizione semi-distesa, in un luogo tranquillo, e ripeti tre volte questo esercizio respiratorio:

- espira profondamente a labbra socchiusa, come se dovessi spegnere una candela, così da svuotare meglio i polmoni
- inspira attraverso il naso, avendo cura che le fosse nasali siano ben libere (il naso è un filtro nel quale l'aria si riscalda, si umidifica e si purifica), così che i polmoni la ricevano perfettamente condizionata
- fa' respiri profondi.

Questo esercizio ti servirà ad aumentare la tua capacità respiratoria, a mantenere sano il tuo organismo e a rilassarti.

(fonte: Piccola guida per il successo, edita dalla Lega italiana per la lotta contro i tumori)

[indietro]

STAMPA | INVIÀ | COMMENTA

- Smettere per non ricominciare
- Salute in fumo
- Non fumare si può
- Liberi di respirare
- Le leggi
- Faq
- I centri antifumo

CITTADINI IMMIGRATI

NESSUNO È FUORI
LUOGO

NO AL FUMO

LE ALTRE CAMPAGNE

ISTITUZIONI IN RETE



SCRIVI



CERCA IN CITTADINI

Liberi di respirare

Cosa avviene nel tuo corpo quando smetti di fumare?

- Dopo 20 minuti** La pressione sanguigna tende a normalizzarsi
- Dopo 8 ore** Il livello di monossido di carbonio nel sangue scende verso la norma e s'incrementa il livello di ossigeno
- Dopo 24 ore** I tuoi capelli, la tua pelle e il tuo alito non hanno più l'odore del fumo
- Dopo 48 ore** Il tuo senso del gusto e dell'olfatto migliorano
- Dopo 72 ore** Ti è più facile respirare dopo il rilassamento del tubo bronchiale; aumenta la tua capacità polmonare: hai sfrattato la nicotina dal tuo corpo
- Dalle 2 settimane ai 3 mesi** Aumenta il tuo livello di energia, se ti osservi allo specchio noti che hai il viso più roseo e rilassato, un colorito della pelle più luminoso e i capelli più splendidi: sono tutti effetti del tuo stop al fumo
- Dopo 9 mesi** Tosse, congestione, fatica e respiro corto diminuiscono. Le ciglia vibratili del tuo apparato respiratorio (gli "spazzini" del tuo corpo), precedentemente paralizzati dal fumo, tornano in azione e con loro la capacità di combattere le infezioni. La tua energia è sempre più in ascesa
- Dopo 5 anni** Il rischio di decesso per tumore polmonare si riduce progressivamente del 50% circa, e, passati 15 anni, è paragonabile a quello di una persona che non ha mai fumato. Diminuisce il rischio di sviluppare tumori in altre sedi anatomiche: bocca, esofago, faringe, laringe, reni, vescica e pancreas. Per le patologie a carico delle coronarie il rischio si riduce gradualmente.

(Fonte: Piccola guida per il successo- Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori)

STAMPA | INVIA | COMMENTA

- Smettere per ricominciare
- Salute in fum
- Non fumare si può
- Gft: un meteo successo
- Le leggi
- Faq
- I centri antifa
- Correre senza fumo
- I servizi tv pe smettere e non ricominciare

CITTADINI IMMIGRATI
NESSUNO È FUORI
LUOGO

NO AL FUMO
LE ALTRE CAMPAGNE
ISTITUZIONI IN RETE



SCRIVI



CERCA IN CITTADINI

VAI

Le leggi

• **Legge 584, dell'11 novembre 1975**

Principale legge di riferimento del settore, indica i luoghi nei quali è vietato fumare e stabilisce lo stop al fumo sui mezzi pubblici, nelle corsie degli ospedali, nella aule delle scuole di ogni ordine e grado, nei cinema e nei teatri.

• **Legge 626, dell'19 settembre 1994**

Si tratta della legge sul miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori sul luogo di lavoro, che dà un contributo anche alla legislazione antifumo. All'art. 33 troviamo infatti la disciplina dell'aerazione nei luoghi di lavoro al chiuso.

• **Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 14 dicembre 1995**

È la direttiva che regola il divieto di fumare in determinati locali della pubblica amministrazione o dei gestori di servizi pubblici.

• **Legge n.3, del 16 gennaio 2003, articolo 51**

L'articolo 51 stabilisce il divieto di fumare "nei locali chiusi, ad eccezione di: A) quelli privati non aperti ad utenti o al pubblico; B) quelli riservati ai fumatori e come tali contrassegnati". A partire dal 13 gennaio 2005, tempo previsto per l'applicazione della normativa, nei locali della pubblica amministrazione e nei locali privati, dunque anche bar e ristoranti, dove vi sia accesso di pubblico o utenti, non si potrà più fumare.

• **Decreto legislativo 24 giugno 2003, n. 184**

È il decreto che recepisce la Direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio 2001/37/CE del 5 giugno 2001, su "Riavvicinamento delle disposizioni legislative, regolamentari e amministrative degli stati membri relative alla lavorazione, alla presentazione e alla vendita dei prodotti del tabacco". Il provvedimento stabilisce i tenori massimi di catrame, nicotina e monossido di carbonio delle sigarette ed i metodi di misurazione degli stessi e detta nuove regole per l'etichettatura dei prodotti del tabacco, sia relativamente al testo delle avvertenze generali (Il fumo uccide/il fumo può uccidere. Il fumo danneggia gravemente te e chi ti sta intorno) e delle avvertenze supplementari che devono alternarsi in maniera regolare sulle confezioni, sia relativamente alle caratteristiche grafiche delle stesse (posizione, dimensioni, carattere).

Altre leggi riguardano la disciplina della pubblicità dei prodotti del tabacco (L. 10 aprile 1962, n. 165), la loro etichettatura con indicata la quantità di nicotina e condensato e gli avvisi sui danni alla salute sui pacchetti di sigarette (Legge 29.12.1990 n. 428, n. 46); la riduzione del contenuto massimo di nicotina e catrame (Legge 19.02.1992 n. 142).

(Fonti: ministero della Salute, Piccola guida per il successo - Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori)

STAMPA | INVIA | COMMENTA

▣ Smettere per ricominciare

▣ Salute in fum

▣ Non fumare s può

▣ Liberi di respi

▣ Le leggi relati al fumo passivo

▣ Faq

▣ I centri antitifi

▣ Divieto di pubblicità

TV RADIO NEWS COMMUNITY JUNIOR TECHE MAPPASITI PROGRAMMI A-Z

VAT



+ Solo testo



15 dicembre 2001

CITTADINI IMMIGRATI
NESSUNO E' FUORI
LUOGO

NO AL FUMO
LE ALTRE CAMPAGNE
ISTITUZIONI IN RETE



SCRIVI



CERCA IN CITTADINI

Faq

1. Chi smette di fumare ingrassa?
Non tutti gli ex fumatori ingrassano, e chi ingrassa aumenta di pochi chili. Però il peso iniziale si può recuperare nel giro di pochi mesi. Al principio non è necessario mantenere una dieta rigida. L'esercizio è una buona tecnica per affrontare la sindrome da astinenza ed evitare di prendere chili. Bisogna evitare di "piluccare" alimenti con tante calorie: verdure e ortaggi sono invece i più raccomandati.

2. Cosa si può fare per controllare la voglia di fumare una volta smesso?

L'ansia di sigarette costituisce una parte normale dell'astinenza. L'ansia si può ridurre in vario modo: masticando gomme, respirando lentamente e profondamente, facendosi un massaggio alle tempie e alla nuca, mangiando frutta, bevendo acqua in abbondanza. È importante ricordarsi sempre il motivo per cui si è smesso. La maggior parte delle volte in cui si produce ansia dura solo pochi minuti e poi smette.

3. Dopo aver smesso di fumare è possibile fumare solo una sigaretta ogni tanto?

Categoricamente no. Occorre ricordare che la dipendenza appena superata è iniziata da un tiro e dopo da una sigaretta. Non bisogna correre il rischio di "ricaderci" un'altra volta.

4. Le sigarette a basso contenuto di nicotina e catrami fanno meno male?

Absolutamente no. Le sigarette "light" contengono le stesse sostanze pericolose del tabacco normale: sono solo ridotti i livelli di nicotina e catrami. Molti fumatori, inoltre, per compensare i bassi livelli di nicotina di queste sigarette fumano più spesso o inalano con più intensità. Di conseguenza, aumenta l'ingestione di altre sostanze tossiche.

5. Ridurre il consumo di sigarette può essere sufficiente?

È un buon inizio, ma non risolve il problema. Molti fumatori hanno ridotto la dose ma realizzano inalazioni più frequenti e più intense, per cui mantengono la dipendenza e tornano ai precedenti livelli di consumo. È meglio smettere di fumare completamente.

6. Come si spiega che ci sono fumatori estremamente anziani che stanno benissimo?

Si tratta di un'eccezione, e in molti casi di un aneddoto. Si sa scientificamente e statisticamente che il tabacco riduce mediamente la speranza di vita dei fumatori di 8-10 anni; chi inizia a fumare da giovane, inoltre, peggiora la propria qualità della vita già prima dei 45 anni, a causa delle importanti malattie che si possono presentare (bronchite, infarto del miocardio, ulcera, cancro, ecc.).

7. Sa fumare aiuta a rendere meglio sul lavoro, come fare quando si smetta?

La difficoltà di concentrazione può essere un sintomo iniziale della sindrome di astinenza, ma dura pochi giorni. È stato dimostrato, inoltre, che il tabacco causa la riduzione del rendimento lavorativo dei fumatori.

8. È vero che l'inquinamento ambientale è più pericoloso del fatto di fumare?

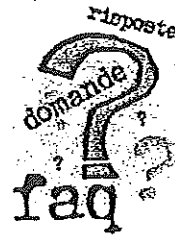
No. Il fumo di tabacco ha una concentrazione di alcuni prodotti tossici 400 volte superiore rispetto ai livelli massimi permessi internazionalmente riguardo all'ambiente.

9. Fumare qualche sigaretta in gravidanza è a' rischioso?

Absolutamente sì. Continuare a fumare durante la gravidanza aumenta l'incidenza di basso peso alla nascita, di mortalità neonatale e di morte improvvisa del neonato (la cosiddetta "morte in culla").

10. Assumere nicotina per sostituire la sigaretta può essere dannoso?

La nicotina contenuta nelle sigarette non è l'elemento più dannoso, in quanto genera solo la dipendenza. Esistono altri



elementi molto più dannosi per l'organismo come il catrame ed il monossido di carbonio, principali cause di tumori e malattie cardiovascolari.

Paradossalmente, quindi, assumere nicotina in dosi graduali e controllate solleva dagli spiacevoli sintomi da astinenza da fumo, senza però fornire le sostanze tossiche nocive per l'organismo.

11. Che cos'è il fumo passivo?

"Fumo passivo", "fumo di seconda mano", "fumo involontario" o "esposizione al fumo di tabacco ambientale" sono tutte espressioni che si riferiscono alla respirazione del fumo espirato da altre persone, prodotto durante la combustione di prodotti a base di tabacco. È costituito da una componente "indiretta", emessa dalla sigaretta, e da una componente "diretta", vale a dire dal fumo inalato e espirato dal fumatore.

12. Che cosa è contenuto nel fumo passivo?

Il fumo passivo è una combinazione di oltre 4.000 sostanze chimiche, presenti sotto forma di particelle solide e di gas. Sono presenti irritanti e sostanze tossiche sistemiche come acido cianidrico, diossido di zolfo, monossido di carbonio, ammoniaca e formaldeide. Il fumo passivo contiene anche carcinogeni e mutageni come arsenico, cromo e benzopirene. Molti degli elementi chimici sono tossine riproduttive come la nicotina, il cadmio e il monossido di carbonio. Il fumo passivo è anche un rilevante agente di inquinamento al chiuso. La United States Environmental Agency ha incluso il fumo passivo tra i carcinogeni di classe A, per i quali non esiste un livello di esposizione senza rischi.

13. Il fumo passivo danneggia la salute dei non fumatori?

Sì. Esistono prove scientifiche del fatto che il fumo passivo rappresenta una seria minaccia per la salute. I non fumatori che inalano fumo passivo vengono colpiti da molte delle malattie di cui soffrono i fumatori attivi. La mortalità per patologie cardiovascolari e per cancro ai polmoni è direttamente correlata all'esposizione al fumo passivo. Per quanto riguarda i bambini, si registrano bronchiti e polmoniti, peggioramenti nelle crisi asmatiche, e otite media sierosa, che è la causa principale di sordità nei bambini.

L'esposizione al fumo passivo durante la gravidanza, inoltre, può provocare la riduzione nella crescita fetale; esistono anche prove del fatto che viene aumentato il rischio di Sindrome di morte improvvisa per i neonati. Gli effetti più immediati dell'esposizione al fumo passivo sono irritazione agli occhi e al naso, mal di testa, secchezza della gola, vertigini, nausea, tosse e altri problemi respiratori. <

▣ Smettere per ricominciare

▣ Salute in fum

▣ Non fumare e può

▣ Liberi di respi

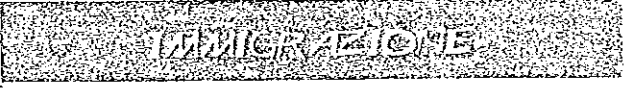
▣ Le leggi

▣ I centri anti

▣ Gft: un meto successo

▣ I servizi tv pe smettere e non ricominciare





CITTADINI IMMIGRATI
NESSUNO E' FUORI
LUOGO
NO AL FUMO
LE ALTRE CAMPAGNE
ISTITUZIONI IN RETE



SCRIVI



CERCA IN CITTADINI

VAI

Media

• Smettere di fumare: missione impossibile?

A *Cominciamo Bene* 72 telespettatori su cento sono convinti che sia possibile smettere di fumare e il professor Nicolò Scuderi, chirurgo plastico ospite in studio, sostiene che ad aver bisogno di aiuto sono soprattutto i giovani.

• Gli atleti del basket e del volley dicono no al fumo

"Per uno sportivo fumare vuol dire diminuire la propria efficienza fisica". Lo afferma Piero Benelli, medico della Scavolini basket, intervenuto da Pesaro a *Cominciamo Bene* insieme agli atleti del basket e alla squadra femminile della Scavolini volley, per sostenere la campagna contro il fumo.

• Polmoni da fumatore

"Sono circa 40.000 i fumatori che si ammalano di tumore ai polmoni ogni anno" afferma il prof. Massimo Martelli, primario di Chirurgia toracica presso l'ospedale San Filippo Forlanini di Roma, ospite a *Cominciamo Bene* - "ma chi fuma rischia anche l'infarto e l'enfisema polmonare".

• Invecchiamento precoce: il ruolo del fumo

A *Cominciamo Bene* il Prof. Nicolò Scuderi, chirurgo plastico, spiega che succede alla nostra pelle quando si fuma. "Uno dei danni più evidenti comporta la comparsa di rughe sull'epidermide che presto diventano permanenti."

• La confessione di Elsa di Gati

"Vorrei smettere, ma non ci riesco", la conduttrice di *Cominciamo Bene* confessa a Giacomo Mangiaracina, medico specialista in Salute Pubblica e pioniere della lotta al tabacco, la sua volontà di abbandonare la sigaretta e la frustrazione di non riuscirci.

• No al fumo: una campagna di successo

"Siamo soddisfatti della campagna di dissuasione dal fumo, realizzata anche con l'aiuto della Rai", sostiene il professor Piergiorgio Zuccaro, Dirigente di Ricerca dell'Istituto Superiore di Sanità, intervenuto a *Questione di Stile*.

• Buoni motivi per smettere di fumare

Smettere di fumare per migliorare la qualità della propria vita e quella degli altri.

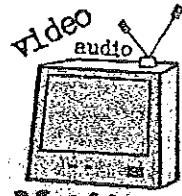
"In Italia - afferma a *Questione di Stile* la dottoressa Roberta Pacifici dell'Istituto Superiore di Sanità - i fumatori sono ben 12.000.000, di cui il 33% uomini e il 22% donne".

• Smettere di fumare: perchè?

"E' necessario - sostiene a *Questione di Stile* il Prof. Domenico Enea, responsabile del Centro Policlinico senza Fumo del Policlinico Umberto I di Roma - continuare una campagna di dissuasione dal fumo, che punti in particolare a sconfiggere la dipendenza psicologica dal tabacco."

• I centri antifumo

Cosa sono i centri antifumo? Quali metodi per aiutare i fumatori a smettere di fumare vengono adottati? Come contattarli? A *Vivere in salute* ne parla il direttore generale della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori Silvio Arcidiacono.



Media

- o - Il palinsesto televisivo
- o - Il palinsesto radio
- o - Tutti i servizi
- o - Smettere per non ricominciare
- o - Salute in fumo
- o - Non fumare può
- o - Liberi di respirare
- o - Le leggi
- o - Faq
- o - I centri antifumo
- o - Gft: un metodo di successo
- o - Corriere senza fumo

li Rai

TV RADIO NEWS COMMUNITY JUNIOR TECHE HAPPASITI PROGRAMMI A-Z

VAI 

→ Solo testo



15 dicembre 2000

CITTADINI IMMIGRATI
NESSUNO E' FUORI
LUOGO
NO AL FUMO
LE ALTRE CAMPAGNE
ISTITUZIONI IN RETE



SCRIVI



CERCA IN CITTADINI

 VAI

Il Palinsesto

Le trasmissioni e gli spazi dedicati all'approfondimento dei temi delle campagne per la corretta alimentazione e la dissuasione dal fumo promosse dal ministero della Salute.

RAI UNO

• Uno Mattina

Tutti i venerdì mattina, il tradizionale contenitore di Rai Uno ospita la rubrica "Questione di stile", sedici puntate dedicate ai temi delle campagne del ministero della Salute.

• La prova del cuoco

Il programma condotto da Antonella Clerici dal lunedì al sabato su Rai Uno, alle 11.35, dedica ogni venerdì, a partire dal 28 marzo, sei interventi alla campagna per la dissuasione dal fumo. Tra i temi in programma, il fumo a tavola.

• Domenica In

Mara Venier nel salotto domenicale di Rai Uno si sofferma sui temi della campagna per dire no al fumo.

• Novantesimo minuto

Anche le trasmissioni sportive si soffermano sul tema del fumo e dello sport. Il programma di Rai Uno ha in calendario tre interventi.

RAI DUE

• Vivere in salute

In onda tutti i martedì dalle 09.20 alle 09.45 circa su Rai Due, il programma condotto da Camilla affronta e approfondisce i temi delle due campagne del ministero della Salute insieme a esperti e professionisti nel campo della nutrizione e del tabagismo. Non mancano i testimonial della campagna contro il fumo, da Pippo Baudo a Rosanna Cancellieri.

• Top of the pops

Dal 29 marzo il tradizionale programma di musica italiana e internazionale ospita 12 interventi sulla campagna per la dissuasione dal fumo. Il sabato alle 14 su Rai Due. Tra i temi in programma i danni causati dal catrame di sigaretta e il fumo passivo.

• Ai posto tuo

Il talk show condotto dalla D'Eusanio sulla seconda rete dà spazio ogni venerdì a un intervento sulla campagna antifumo. Sono previste 12 puntate a partire dal 4 aprile.

• Dribbling

Il sabato, subito dopo il Tg2 delle 13, la rubrica sportiva condotta da Gianfranco De Laurentis dal 22 marzo dedica sei interventi alla campagna antifumo.

• Quelli che...il calcio

La puntata dedicata alla lotta contro il fumo è andata in onda domenica 6 aprile. Il 13, il 19 e il 27 aprile sono previsti interventi sulla campagna per la dissuasione dal fumo.

RAI TRE

• Tg3 Doc

Il lunedì e il giovedì su Rai Tre, dalle 12.20 alle 12.50 circa, va in onda il supplemento salute del Tg3, a cura di Franco Poggiani. Doc sta per doctor ma anche per denominazione d'origine



- Il palinsesto televisivo
- Il palinsesto radio
- Tutti i servizi



controllata, il marchio di qualità del vino. Al centro del programma il mangiare sano e i danni del fumo, i temi delle campagne del ministero della Salute.

• **Geo&Geo**

La trasmissione condotta da Sveva Sagromola dedica otto puntate all'approfondimento dei temi delle campagne. In programma l'11, il 18 e il 25 marzo, e poi l'1, l'8, il 22 e il 29 aprile. Si parlerà di fumo e attività fisica, fumo e anziani e dipendenza da nicotina.

• **Screen saver**

Dal 12 al 16 maggio il programma per ragazzi si occuperà della lotta contro il tabagismo.

• **Cominciamo bene**

Venerdì 28 marzo la puntata è stata incentrata sui temi della campagna contro il fumo.

SATELLITE

• **Rainews24**

Il 15, il 22 e il 29 aprile nel canale satellitare dedicato all'informazione si parlerà del fumo e lo sport, delle donne fumatrici e dei giovani e il fumo.

STAMPA | INVIA | COMMENTA

TV RADIO NEWS COMMUNITY JUNIOR TECHE MAPPASITI PROGRAMMI A-Z

VAI



→ Solo testo



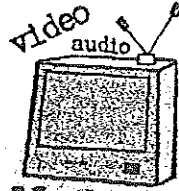
15 dicembre 2004

CITTADINI IMMIGRATI
NESSUNO È FUORI
LUOGO
NO AL FUMO
LE ALTRE CAMPAGNE
ISTITUZIONI IN RETE

RadioDue

• Il cammello di RadioDue
Il fumo passivo, i metodi per smettere di
fumare, i danni delle sigarette, la
campagna per la dissuasione del fumo
arriva anche alla radio, con una serie di
appuntamento, dal lunedì al venerdì,
nell'ambito del noto contenitore di
RadioDue.

Dal 29 aprile al 5 maggio esperti sui temi
del fumo intervengono, quattro volte a
settimana, nel corso del programma.



Media

STAMPA | INVIA | COMMENTA



SCRIVI



CERCA IN CITTADINI

 VAI

• Il palinsesto
televisivo

• Tutti i servizi





Il registro del consumo



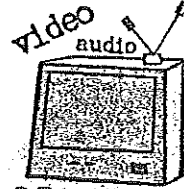
→ Solo testo

15 dicembre 2004

CITTADINI IMMIGRATI
NESSUNO E' FUORI
LUOGO
NO AL FUMO
LE ALTRE CAMPAGNE
ISTITUZIONI IN RETE

Media

Interviste, servizi, approfondimenti in onda sulle reti Rai sui temi della campagna per la dissuasione dal fumo. Ascoltali on line.



Media

Cittadini

SCRIVI



CERCA IN CITTADINI

 VAI

• **Smettere per non ricominciare**
I consigli per farla finita con il fumo, i test sul grado di dipendenza, l'identikit del fumatore. E gli interventi dei testimonial

• **Anche se non fumi**
I servizi e le interviste sul fumo passivo o fumo di seconda mano

• **Dedicato alle donne**
Gli approfondimenti e le iniziative per "liberare" le donne dal fumo

STAMPA | INVIA | COMMENTA

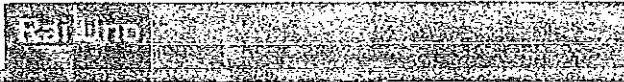
o. Il palinsesto televisivo

n. Il palinsesto radio



TV RADIO NEWS COMMUNITY JUNIOR TECHE MAPPASITI PROGRAMMI A-Z

VAI



→ Solo testo

15 dicembre 200

CITTADINI IMMIGRATI
NESSUNO E' FUORI
LUOGO

NO AL FUMO
LE ALTRE CAMPAGHE
ISTITUZIONI IN RETE



SCRIVI



CERCA IN CITTADINI

VAI

Media

• **Le fumatrici e il fumo passivo**
"Le donne che fumano in gravidanza dovrebbero pensare ai rischi per il loro bambino". A sostenerlo a *Cominciamo Bene* è il professor Domenico Enea, specialista in Ostetricia e Ginecologia e responsabile del Centro Policlinico senza Fumo del Policlinico Umberto I di Roma.

• **Fumatrici: un dato in crescita**
Cresce il numero delle giovani fumatrici. E aumenta l'incidenza del tumore al polmone tra le donne. La dott.ssa Roberta Pacifici, Dirigente di Ricerca e Responsabile dell'Osservatorio sul Fumo presso l'Istituto Superiore della Sanità, ne parla a *Vivere in salute*, Rai Due.

• **Sigarette in gravidanza**
A *Tg3 Doc* il professor Domenico Enea spiega quali sono i rischi della fumatrice in gravidanza e illustra il progetto *Gravidanza senza fumo* del Policlinico Umberto I di Roma.



Media

• Il palinsesto televisivo

• Il palinsesto radio

• Tutti i servizi

• Dedicato alle donne

• Donne e fun

• I danni alla salute

• Proteggi i tuoi figli



STAMPA | INVIA | COMMENTA



who what where when why
W W W W W
chi cosa dove quando perché

CITTADINI IMMIGRATI
NESSUNO E' FUORI
LUOGO

NO AL FUMO
LE ALTRE CAMPAGNE
ISTITUZIONI IN RETE



SCRIVI

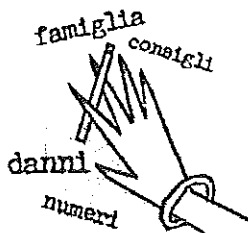


CERCA IN CITTADINI

VAI

DEDICATO ALLE DONNE

Il fumo fa male, ma centinaia di milioni di persone in tutto il mondo continuano a fumare e a queste, ogni anno, si aggiunge un numero sempre maggiore di donne. Puntando sulla falsa immagine della fumatrice come donna emancipata e con più *charme*, l'industria del tabacco ha trasformato il gentil sesso in un target privilegiato. Non è un caso che le strategie di marketing spesso associno il prodotto a persone di sesso femminile, e favoriscano la diffusione di una cultura in cui la lei di successo e di classe sia una fumatrice. La verità è che il fumo, anziché aumentare il fascino della donna, provoca gravi danni non soltanto alla salute, ma anche alla sua immagine. Le rughe compaiono più velocemente, le dita e i denti ingialliscono, i capelli perdono vitalità e lucentezza.



Un capitolo a parte è quello dedicato alle madri e alle gestanti. La donna in gravidanza non è esposta soltanto ai rischi che condivide con gli altri fumatori, ma anche ad altri problemi legati alla sua condizione. A repentaglio è anche la salute dei figli, vittime del fumo passivo.

A riguardo, i dati epidemiologici a disposizione dipingono il seguente quadro:

- il numero delle giovani donne fumatrici in Italia è in aumento (circa il 20 per cento fuma). Un'uguale prevalenza è riscontrabile anche tra le donne che avviano una gravidanza.
- circa il 50 per cento dei bambini ha almeno un genitore fumatore.
- A fianco del gran numero di donne che cessano di fumare durante la gravidanza, un'alta percentuale riprende dopo il parto, sullo sfondo di una popolazione di giovani donne fumatrici in numero sempre maggiore ed un'esposizione elevatissima dei bambini al fumo di tabacco anche in famiglia.

(Fonte *Mamme libere dal fumo*, edito dalla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori)

STAMPA | INVIA | COMMENTA

- Donne e fun
- I danni alla salute
- Proteggi i tu figli
- I servizi tv e fumo dedicati donne

Rai

Cittadini

CITTADINI IMMIGRATI

NESSUNO E' FUORI LUOGO

NO AL FUMO
LE ALTRE CAMPAGNE
ISTITUZIONI IN RETE

Cittadini

SCRIVI



CERCA IN CITTADINI

I danni alla salute



Partiamo dalle dimensioni del fenomeno. I fumatori in Italia sono circa 12 milioni e di questi il 18 per cento sono donne. Negli ultimi dieci anni mentre il numero di fumatori maschi è in diminuzione (-7,7 per cento) quello delle fumatrici tende ad aumentare (+4,1 per cento). Tale aumento è più evidente nel sud e nelle isole dove l'aumento è stato del 16 per cento.

Il fenomeno è tanto più preoccupante perché maggiormente visibile tra le giovanissime. Tra il 1993 e il 1999, i giovani che fumano sono aumentati, ma soprattutto sono aumentati i giovani tra i 14 e 16 anni di sesso femminile (+69,7 per cento).

L'età media in cui si inizia a fumare è mediamente di 18 anni, ma la grande differenza tra maschi e femmine, tipica degli anni passati (gli uomini iniziavano a fumare molto prima), si è assottigliata ed ora sia i maschi che le femmine iniziano a fumare alla stessa età.

Il grado d'istruzione è un fattore protettivo per gli uomini che più sono istruiti e meno fumano. Per le donne invece entrano in gioco altri fattori socio-economici e culturali; in passato le classi più istruite e più abbienti potevano fumare ed, infatti, nelle donne maggiore è il grado di istruzione maggiore è il numero di fumatrici.

Per ciò possiamo dire che ad oggi le donne sono ancora attratte dal fumo, cominciano a fumare sempre prima e nel centro- sud questo fenomeno è più evidente.

Il tumore al polmone. Nelle donne, mentre i tassi di mortalità per i tumori femminili (mammella, utero, ovaio) sono in diminuzione il tasso di mortalità per tumore al polmone è in costante aumento.

E' questo un fenomeno che diventa sempre più visibile perché la diffusione di fumo di sigarette tra le donne italiane è abbastanza recente e nelle generazioni fino agli anni Cinquanta l'età media d'inizio era piuttosto elevata. Infatti, le conseguenze del diffondersi del fumo di sigarette sulla mortalità per tumori divengono evidenti soltanto dopo alcuni decenni, e l'età d'inizio rimane un forte determinante del successivo rischio di cancro.

La gravidanza delle fumatrici. Un'indagine dell'Istat del 1999, su madri che avevano un figlio tra zero e 5 anni, indica che soltanto il 62 per cento delle donne sospende di fumare durante la gravidanza, mentre il 29,6 per cento riduce il numero di sigarette fumate al giorno e l'8,4 per cento continua a fumare come prima.

Al consumo di sigarette in gravidanza è correlato il sottopeso alla nascita del neonato, ed un maggior rischio di morte improvvisa del lattante e di gravidanze non a termine.

L'esposizione al fumo, nella vita fetale e nella prima infanzia, è la causa nel bambino di una rallentata maturità polmonare e dell'insorgenza di patologie respiratorie su base allergica.

La bellezza delle fumatrici. Il colorito e l'elasticità alterati della pelle caratterizzano una fumatrice. Il fumo di sigarette introduce nell'organismo sostanze con forte potere ossidante. Queste sostanze modificano profondamente ed irreversibilmente gli strati più profondi della cute, provocando un invecchiamento precoce della pelle.

Queste sostanze sono anche incorporate nella matrice

▣ Dedicato alle donne

▣ Donne e fun

▣ Proteggi i tv figli

▣ I servizi tv s fumo dedicati donne



cheratinica, che costituisce i capelli, e sono responsabili della perdita di consistenza e lucentezza dei capelli, tipica delle fumatrici.

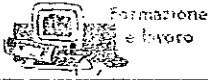
Le donne fumatrici arrivano mediamente due anni prima, delle donne non fumatrici, alla menopausa.

L'odore della sigaretta, infine, impregna l'alito, i capelli e gli abiti della fumatrice e nessun deodorante o profumo può completamente coprirlo.

Il ruolo d'educatrice della madre fumatrice. L'abitudine al fumo dei genitori condiziona il comportamento dei figli. Il comportamento della madre però sembrerebbe condizionare in misura maggiore la propensione dei figli a fumare. Infatti sono più numerosi i figli fumatori di sole madri fumatrici che non di padri e questa influenza è più forte nel caso di figlie femmine.

(A cura della d.ssa Roberta Pacifici, Osservatorio Fumo, Alcol e Droga dell'Istituto Superiore di Sanità)

STAMPA | INVIA | COMMENTA



→ Solo testo

15 dicembre 2001

CITTADINI IMMIGRATI
NESSUNO E' FUORI
LUOGO
NO AL FUMO
LE ALTRE CAMPAGNE
ISTITUZIONI IN RETE

Cittadini

SCRIVI



CERCA IN CITTADINI

VAT

Proteggi i tuoi figli

Il 18 per cento dei bambini di basso peso alla nascita (<2500g) è correlato al fumo della madre in gravidanza. E se la futura mamma non abbandona il vizio del fumo, espone non solo se stessa ma anche il piccolo che porta in grembo a gravi complicazioni.

Il fumo, infatti, è associato in modo statisticamente significativo all'aumento di complicanze:

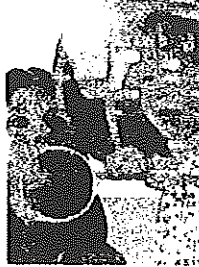
- aborti spontanei
- gravidanza extra uterina
- inserzione bassa della placenta
- rottura precoce delle membrane

Numerosi gli effetti dannosi per il bambino, tra i quali il ridotto peso alla nascita, il parto prematuro, la mortalità perinatale e il rischio di disturbi cognitivi.

La sigaretta fa male anche al latte materno. Possono verificarsi fenomeni di intossicazione nicotinicca del neonato per il passaggio di nicotina durante l'allattamento al seno.

Ma non basta smettere di fumare durante la gravidanza e l'allattamento. Dopo la nascita il fumo dei genitori, al quale i neonati ed i bambini sono esposti, provoca effetti molto dannosi alla loro salute. In particolare il fumo passivo è correlato con un'alta percentuale di bronchiti acute e di bronco polmoniti, di esacerbazioni di asma bronchiale e di otiti acute dell'orecchio medio. E il figlio di genitori fumatori ha più probabilità rispetto ai figli di non fumatori di diventare a sua volta dipendente da nicotina.

(Fonte *Mamme libere dal fumo*, Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori)



- Dedicato alle donne
- I danni alla salute
- Donne e fum
- I servizi tv e fumo dedicati donne



STAMPA | INVIA | COMMENTA

VAI



→ Solo teste

15 dicembre 2004

Cittadini

CITTADINI IMMIGRATI
NESSUNO E' FUORI
LUOGO
NO AL FUHO
LE ALTRE CAMPAGNE
ISTITUZIONI IN RETE

Cittadini

SCRIVI



CERCA IN CITTADINI

VAI

RACCONTA LA TUA STORIA

Il 13 Ottobre del 2003 mi sono svegliata alla solita ora e mentre facevo tutte le cose che ogni mattina faccio...continua >>>

Ero un fumatore fino a circa 10 anni fa, fumavo circa 10-15 sigarette al giorno. A causa di un'allergia agli acari...continua >>>

Ero una donna fumatrice, fumavo dall'età di circa 13 anni. Inizialmente fumavo poco, poiché in casa mi era proibito...continua >>>

Ciao a tutti, mi chiamo Bruno ho smesso di fumare nel 1983 dopo dieci anni che fumavo circa 50 sigarette al giorno...continua >>>

Vorrei raccontare anch'io la mia storia, che non è una lunga storia ma un inizio... Ho iniziato a fumare a 18 anni...continua >>>

Ho cominciato a fumare all'età di 14 anni e ho continuato per circa 10 anni viaggiando su una media di 15 sigarette al giorno...continua >>>

Ho 49 anni, un lavoro, una famiglia, faccio sport, leggo poco quasi niente, stranamente ho voglia di scrivere. Di esternare gran parte di quei pensieri...continua >>>

Premetto che sono stata una grande fumatrice. Ho cominciato a 12 anni e la sigaretta per me, oltre ad essere una compagna di vita, era un piacere insostituibile...continua >>>

Semplicemente operandomi ai denti del giudizio! Io ho smesso così! Ho 25 anni e ho iniziato all'incirca a 18 anni...continua >>>

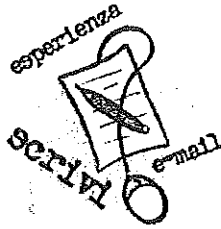
Fumavo da 19 anni e mi sembrava impossibile poter smettere anche perché c'è una cosa che le varie campagne antifumo non hanno tenuto bene in considerazione...continua >>>

Ciao, mi chiamo Battista Vigna ho 45 anni e da un anno ho smesso di fumare per la seconda volta...continua >>>

Leggi anche le altre testimonianze >>>

Raccontaci la tua storia, scrivi anche tu a cittadini@rai.it

STAMPA | INVIA | COMMENTA





who what where when why
W W W W W
chi cosa dove quando perché

→ Solo testo

15 dicembre 2007

CITTADINI IMMIGRATI
NESSUNO E' FUORI
LUOGO
NO AL FUMO
LE ALTRE CAMPAGNE
ISTITUZIONI IN RETE

ANCHE SE NON FUMI

Si definisce "fumo passivo", "fumo di seconda mano", "fumo involontario" o "esposizione al fumo di tabacco ambientale". E il fumo di sigaretta inalato da chi è costretto a respirare il fumo altrui. Un rilevante agente di inquinamento al chiuso, che provoca danni all'ambiente e alle persone. E che in Italia, secondo stime ufficiali, nel 1999 è stato responsabile di 2800 decessi.



a Fumo passivo le leggi

b I servizi tv dedicati al fumo passivo

c Fumo e inquinamento dell'aria

d Divieto di pubblicità

e Le altre leggi sul fumo passivo



SCRIVI



CERCA IN CITTADINI

VAI



Lavorare fianco a fianco con un fumatore, viverci insieme, farsi avvolgere dalla nuvola azzurrina delle sigarette altrui è molto pericoloso. Il non fumatore respira sia una componente "indiretta", emessa dalla sigaretta, sia una componente "diretta", il fumo inalato e espirato dal fumatore. Una miscela esplosiva di oltre 4.000 sostanze chimiche, sotto forma di particelle solide e di gas. Ci sono irritanti e sostanze tossiche sistemiche come acido cianidico, diossido di zolfo, monossido di carbonio, ammoniaca e formaldeide. Il fumo passivo contiene anche carcinogeni e mutageni come arsenico, cromo e benzopirene. Molti degli elementi chimici sono tossine riproduttive come la nicotina, il cadmio e il monossido di carbonio. La United States Environmental Agency ha incluso il fumo passivo tra i carcinogeni di classe A, per i quali non esiste un livello di esposizione senza rischi.

Particolarmente sensibili al danno da fumo passivo sono i bambini, gli anziani, le persone affette da malattie del cuore e gli asmatici. Nel 1999, tra i bambini con genitori fumatori, sono da collegare a questa causa almeno 87 morti improvvise del lattante. Considerevoli i danni alle vie respiratorie: 76.954 casi di infezioni respiratorie acute (0-2 anni), 27.048 casi prevalenti di asma bronchiale (6-14 anni) e 48.183 casi di sintomi respiratori cronici (6-14 anni) a cui si aggiungono 64.130 casi di otite acuta.

Tra gli adulti con coniuge con il vizio, sono da attribuire al fumo passivo 221 morti per tumore polmonare e 1.896 morti per malattie ischemiche del cuore. A causa dell'esposizione della madre al fumo passivo sul posto di lavoro, 2.033 bebè nascono con un peso inferiore ai 2,5 Kg. E sempre all'esposizione sul lavoro, vanno attribuiti altri 324 morti per tumore polmonare e 235 per malattie ischemiche del cuore.

(Fonti: ministero della Salute, dati Istat)



CITTADINI IMMIGRATI
NESSUNO E' FUORI
LUOGO
NO AL FUMO
LE ALTRE CAMPAGNE
ISTITUZIONI IN RETE

Cittadini
SCRIVI

SEARCH BAR
CERCA IN CITTADINI
 VAI

Le leggi

■ Fumo passivo: le leggi

Fumare in un luogo "sbagliato" o davanti alla persona "sbagliata", come ad esempio un bambino fino a dodici anni o una donna in evidente stato di gravidanza, in base all'art. 6, comma 1 del Decreto Legge del 3 marzo 2003, nr. 32, può costarti fino a 500 Euro.

Quindi, se non riesci a smettere, o ancora stai decidendo di farlo, ricordati di non accenderti una sigaretta in tutti i luoghi dove è ASSOLUTAMENTE VIETATO FUMARE:

- mezzi pubblici
- sale d'attesa di stazioni ferroviarie, autofilotrannvarie, portuali-marittime ed aeroportuali
- carrozze ferroviarie
- locali chiusi adibiti a pubblica riunione
- sale chiuse di cinema e teatri e da ballo
- sale corse
- sale per riunioni pubbliche
- sale di lettura aperte al pubblico
- pinacoteche e gallerie d'arte
- ospedali ed altre strutture sanitarie
- scuole di ogni ordine e grado comprese le Università; uffici degli Enti territoriali
- distretti militari
- uffici giudiziari ed amministrativi
- uffici aperti al pubblico e tutti i locali aperti al pubblico utilizzati a qualunque titolo dalla Pubblica Amministrazione, dalle aziende pubbliche e da privati esercenti servizi pubblici.



Se poi ti trovi in un ufficio privato, in base al D.L. 626/94, che tutela la salute dei lavoratori, il divieto di fumare è assoluto se si tratta di locali chiusi e non provvisti di apposite zone per fumatori o impianti di aerazione adeguati, corrispondenti cioè a 80 metri cubi di ricambio d'aria a persona. Se invece sei gestore o proprietario di un ristorante, un bar o un pub, ricordati che la normativa vigente prevede che i tuoi dipendenti possano agire in giudizio con conseguenze di carattere civile e penale se non adottati tutti le misure idonee a tutelare la salute del lavoratore non fumatore.

■ Le altre leggi in materia di fumo

(Fonte Piccola guida per il successo, edita dalla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori)

- Anche se no fumi
- I servizi tv dedicati al fum passivo
- Le altre leggi sul fumo passi
- Divieto di pubblicità
- Fumo e inquinamento dell'aria





→ Solo testo

15 dicembre 200

- CITTADINI IMMIGRATI
- NESSUNO E' FUORI LUOGO
- NO AL FUMÒ
- LE ALTRE CAMPAGNE
- ISTITUZIONI IN RETE

Cittadini

SCRIVI



CERCA IN CITTADINI VAT

Media

I SERVIZI E LE INTERVISTE SUL FUMO PASSIVO

• **Fumo passivo: una legge poco rispettata**
 "La legge relativa alla tutela della salute dei non fumatori è da molti ignorata e i cittadini devono diventare parte attiva, affinché i responsabili di bar, ristoranti o altri luoghi pubblici, reticenti a far rispettare le norme vigenti, paghino le sanzioni previste". A sostenerlo a *Cominciamo Bene* è Paolo Landi, segretario di Adiconsum



• **La storia**
 La storia di un'impiegata di banca vittima del fumo passivo, risarcita per i danni subiti alla salute da una sentenza del Tribunale. Guarda il servizio di *Tg3 doc*

• **Il fumo passivo**
 Cos'è il fumo passivo e quali danni provoca alla salute dei non fumatori? Lo spiega il professor Pierluigi Zuccaro, direttore dell'Osservatorio su Fumo, Alcol e Droga dell'Istituto Superiore della Sanità, a *Vivere in salute*

• **Il fumo passivo fa male agli animali**
 I gatti che vivono in casa con un fumatore hanno più probabilità di contrarre il cancro felino. A Tg3 Doc ne parla il professor Domenico Enea

- Il palinsesto televisivo
- Il palinsesto radio
- Tutti i servizi
- Fumo passivo le leggi
- Anche se no fumi
- Fumo e inquinamento dell'aria
- Divieto di pubblicità
- Le altre leggi sul fumo passivo





→ Solo testo

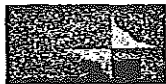
15 dicembre 2003

CITTADINI IMMIGRATI
NESSUNO È FUORI
LUOGO

NO AL FUMO
LE ALTRE CAMPAGNE
ISTITUZIONI IN RETE

Cittadini

SCRIVI



CERCA IN CITTADINI

 VAI

ANCHE SE NON FUMI

■ Fumo e inquinamento dell'aria: qualche dato

Centinaia. Tante sono le sostanze tossiche che respiriamo nelle nostre città, grazie anche al contributo dei prodotti della combustione delle sigarette. E i livelli più alti di elementi nocivi si riscontrano in ambienti chiusi (abitazioni, uffici, bar, discoteche, ecc.).

La nuvola. Il pericolo maggiore è rappresentato proprio dal fumo emesso dal fumatore, quella sorta di nuvola che si forma intorno a lui quando fuma e che contiene una quantità di sostanze nocive assai più consistente di quella presente nel fumo aspirato.



Scooter contro sigaretta. I dati sono confermati anche da un interessante confronto tra i fumi prodotti dallo scarico di uno scooter e quelli tipici della combustione di una sigaretta, effettuato il 30 maggio 2003, in occasione del convegno per la Giornata Mondiale senza tabacco, patrocinato dall'Istituto Nazionale Tumori. Il confronto ha mostrato che l'inquinamento da polveri fini dovuto al tabacco è decine di volte superiore a quello di un motore a scoppio di ultima generazione.

Fumo passivo. La presenza dei filtri nelle sigarette riduce l'inalazione di sostanze tossiche durante la fase di aspirazione diretta dalla sigaretta. Ma certamente non riduce la nocività delle sostanze che vengono diffuse nell'ambiente. Nei luoghi di lavoro, ad esempio, è stata dimostrata una riduzione di alcuni parametri respiratori cui sono soggetti i fumatori passivi, paragonabile addirittura a quella di chi è abituato a fumare fino a 10 sigarette al giorno.

Sempre per confermare la pericolosità dell'inquinamento atmosferico causato dai fumatori, il New England Journal of Medicine nel 1993 ha riportato un altro dato importante: un'ora e mezza di esposizione al fumo passivo è sufficiente a far riscontrare, nelle urine di non fumatori, la presenza di un composto cancerogeno per il polmone.

- a. Fumo passivo le leggi
- b. I servizi tv dedicati al fumo passivo
- c. Le altre leggi sul fumo passivo
- d. Divieto di pubblicità
- e. Anche se non fumi

22/12/03

15:00:00

CITTADINI IMMIGRATI

NESSUNO E' FUORI
LUOGO

NO AL FUMO
LE ALTRE CAMPAGNE
ISTITUZIONI IN RETE

Cittadini

SCRIVI



CERCA IN CITTADINI

VAI

Le leggi

• **Legge 584, dell'11 novembre 1975**

Principale legge di riferimento del settore, indica i luoghi nei quali è vietato fumare e stabilisce lo stop al fumo sui mezzi pubblici, nelle corsie degli ospedali, nelle aule delle scuole di ogni ordine e grado, nei cinema e nei teatri.

• **Legge 626, dell'19 settembre 1994**

Si tratta della legge sul miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori sul luogo di lavoro, che dà un contributo anche alla legislazione antifumo. All'art. 33 troviamo infatti la disciplina dell'aerazione nei luoghi di lavoro al chiuso.

• **Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 14 dicembre 1995**

E' la direttiva che regola il divieto di fumare in determinati locali della pubblica amministrazione o dei gestori di servizi pubblici.

• **Legge n.3, del 16 gennaio 2003, articolo 51**

L'articolo 51 stabilisce il divieto di fumare "nei locali chiusi, ad eccezione di: A) quelli privati non aperti ad utenti o al pubblico; B) quelli riservati ai fumatori e come tali contrassegnati". A partire dal 13 gennaio 2005, tempo previsto per l'applicazione della normativa, nei locali della pubblica amministrazione e nei locali privati, dunque anche bar e ristoranti, dove vi sia accesso di pubblico o utenti, non si potrà più fumare.

• **Decreto legislativo 24 giugno 2003, n. 184**

E' il decreto che recepisce la Direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio 2001/37/CE del 5 giugno 2001, sul "Riavvicinamento delle disposizioni legislative, regolamentari e amministrative degli stati membri relative alla lavorazione, alla presentazione e alla vendita dei prodotti del tabacco". Il provvedimento stabilisce i tenori massimi di catrame, nicotina e monossido di carbonio delle sigarette ed i metodi di misurazione degli stessi e detta nuove regole per l'etichettatura dei prodotti del tabacco, sia relativamente al testo delle avvertenze generali (Il fumo uccide/il fumo può uccidere. Il fumo danneggia gravemente te e chi ti sta intorno) e delle avvertenze supplementari che devono alternarsi in maniera regolare sulle confezioni, sia relativamente alle caratteristiche grafiche delle stesse (posizione, dimensioni, carattere).

Altre leggi riguardano la disciplina della pubblicità dei prodotti del tabacco (L. 10 aprile 1962, n. 165), la loro etichettatura con indicata la quantità di nicotina e condensato e gli avvisi sui danni alla salute sui pacchetti di sigarette (Legge 29.12.1990 n. 428, n. 46); la riduzione del contenuto massimo di nicotina e catrame (Legge 19.02.1992 n. 142).

(Fonti: ministero della Salute, Piccola guida per il successo - Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori)

STAMPA | INVIA | COMMENTA

• Smettere per ricominciare

• Salute in fumo

• Non fumare se può

• Liberi di respiri

• Le leggi relati al fumo passivo

• Faq

• I centri antifa

• Divieto di pubblicità

VAT



→ Solo testo

15 dicembre 2004

CITTADINI IMMIGRATI

NESSUNO E' FUORI LUOGO

NO AL FUMO

LE ALTRE CAMPAGNE

ISTITUZIONI IN RETE

Cittadini

SCRIVI



CERCA IN CITTADINI

 VAT

Le leggi

Divieto di pubblicità

Radio, televisione, carta stampata.
A partire dal 2005, quando sarà obbligatorio essere in regola con la direttiva europea del 26 maggio 2003 (2003/33/CE), la pubblicità su radio, tv e carta stampata a favore dei prodotti del tabacco diventerà illegale in tutti i paesi dell'Unione Europea.



In base agli accordi presi a Bruxelles, i ministri della Sanità dell'Unione Europea hanno infatti deciso di vietare la pubblicità delle marche di sigarette e le sponsorizzazioni di eventi sportivi internazionali da parte delle industrie produttrici di tabacco.

Sarà quindi vietata la pubblicità delle sigarette e di tutti i prodotti del tabacco su giornali, periodici, trasmissioni radiofoniche e su internet, nonché la loro distribuzione gratuita o a prezzi ridotti durante trasmissioni o eventi destinati ad un pubblico internazionale.

A livello mondiale, la Convenzione quadro per il controllo del tabacco, approvata lo scorso febbraio a Ginevra dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, stabilisce che entro cinque anni sia abolita in modo totale la pubblicità dei prodotti del tabacco.

Per quello che riguarda il nostro Paese, il divieto di pubblicizzare sigarette e prodotti analoghi, risale ai primi anni Sessanta. Spetta infatti a noi il merito di aver riconosciuto prima che negli altri Paesi europei la pericolosità della propaganda pubblicitaria dei prodotti del tabacco, con l'approvazione della legge n. 165 del 1962 e a seguirne con il Decreto ministeriale n. 425 del 1991, che bandisce spot televisivi anche soltanto allusivi.

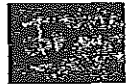
Le leggi

Fumo passivo e leggi

Anche se no fumi

I servizi tv dedicati al fumo passivo

Fumo e inquinamento dell'aria



Cittadini

- CITTADINI IMMIGRATI
- NESSUNO E' FUORI LUOGO
- NO AL FUMO
- LE ALTRE CAMPAGNE
- ISTITUZIONI IN RETE

Cittadini

SCRIVI

CERCA IN CITTADINI

VAI

Un italiano su quattro. Sono circa 12 milioni, secondo l'Istat, i fumatori in Italia nel 2000. E recenti stime, sulla base di indagini campionarie effettuate dalla Doxa tra marzo e aprile 2002, basate su 3.238 interviste personali ad un campione rappresentativo della popolazione italiana adulta, portano i fumatori al 26,6 per cento della popolazione, di cui il 31,1 per cento uomini e il 22,3 per cento donne.



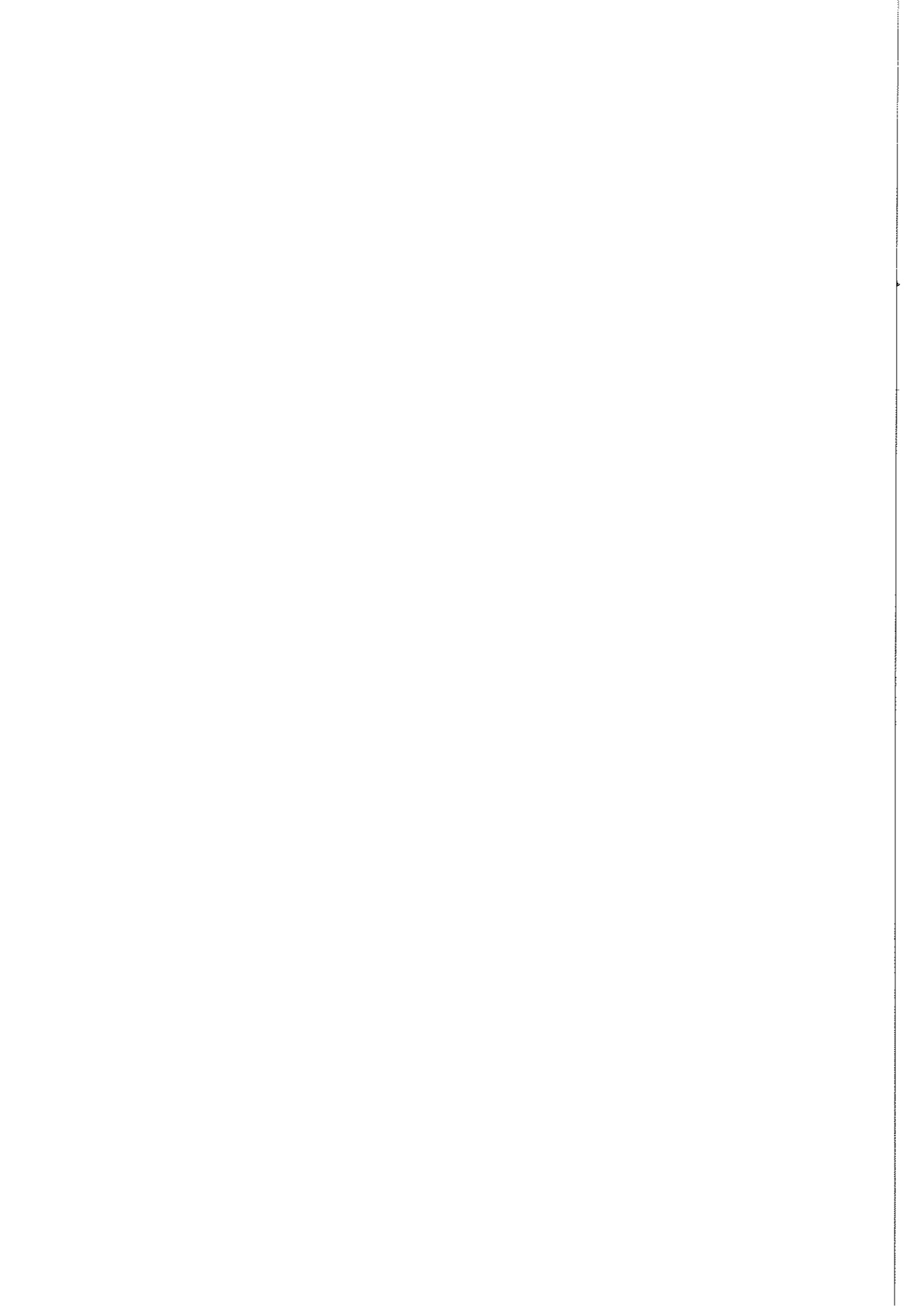
Secondo la Doxa gli amanti delle sigarette sono comunque in calo rispetto al 2001. L'11,5 per cento fuma meno di 15 sigarette al giorno, il 12,3 per cento ne accende 15-24 e gli incalliti che fumano più di 25 bionde al giorno sono il 2,6 per cento. L'esercito degli ex, di contro, aumenta considerevolmente: si è liberato dal vizio il 15,2 per cento degli italiani. Il 58,3, invece, non ha mai fumato nella sua vita. Preoccupante il trend in crescita tra gli adolescenti, tra i 14 e i 16 anni. I maschi fumatori risultano aumentati del 33 per cento, le femmine del 69,7. Nel mondo 1,1 miliardi di persone hanno il vizio del fumo, di cui 229 milioni in Europa. Ogni anno muoiono 4,9 milioni di persone.

Il fumo attivo rimane, infatti, la principale causa prevenibile di morbosità e mortalità nel nostro Paese, come in tutto il mondo occidentale. Al fumo di tabacco sono attribuibili 85.000 morti all'anno di cui il 25 per cento in un'età compresa tra i 35 e i 65 anni. Per quanto riguarda il fumo passivo, si stimano 2800 morti nel 1999.

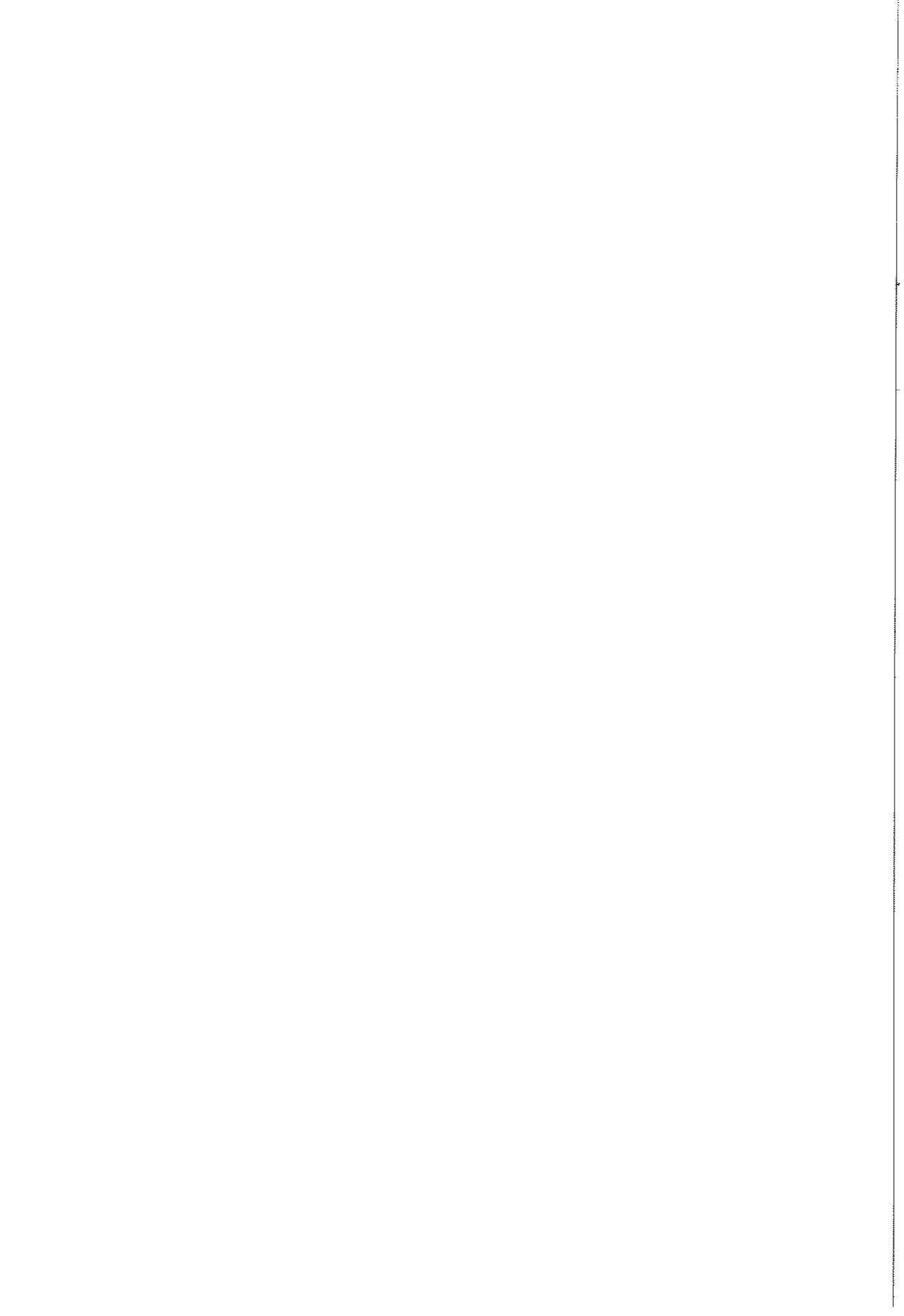
Per quanto riguarda i costi ospedalieri, infine, nel '99 sono stati spesi 5 miliardi di euro con un'incidenza sulla spesa sanitaria dell'8,3 per cento, pari allo 0,4 per cento del Pil. In dettaglio, 1.896.389 ricoveri, con un costo medio di 2.560 euro, e 12.785.965 giornate di degenza.

(Fonti Istat e Doxa)

STAMPA | INVIÀ | COMMENTA



DOCUMENTAZIONE FORNITA DAGLI AUDITI
NELLA SEDUTA DEL 15 DICEMBRE 2004





progetti di comunicazione

destinatario | **Senato della Repubblica Italiana
Dodicesima commissione**

oggetto | **Campagne per la riduzione del tabagismo**

progetto | **Analisi dell'efficacia e
linee ispiratrici per nuove proposte**

data | **dicembre 04**

Premessa

Scopo di queste prime indicazioni è quello di circoscrivere l'area di intervento della nostra analisi e restringere il campo d'azione delle indicazioni contenute in questo documento.

Per due motivi principali: rivolgendoci ad un uditorio già sensibilizzato alle problematiche in merito e sicuramente assai informato dello stato dell'arte in questo settore della comunicazione, diamo per scontate tutta una serie di informazioni dalla quali partire per ampliare le prospettive del discorso.

In seconda battuta vogliamo essere propositivi nell'ambito di nostra esclusiva pertinenza, ovvero l'uso degli strumenti e della semantica della comunicazione; le incursioni in altre discipline ci siano concesse solo come citazioni di fonti autorevoli e là ove indispensabili a fornire motivazioni alle nostre affermazioni.

Il nostro lavoro ha seguito dunque un'unica direzione: la ricerca di linee guida per un linguaggio efficace alla veicolazione del messaggio, cercando di trarre insegnamento dall'esperienza di chi ci ha preceduto e cercando di scoprire i meccanismi interni (mentali) ed esterni (sociali) che motivano i fumatori per intervenire miratamente su di essi.

La trattazione rimane in un ambito "tecnico", proprio delle nostre capacità di comunicatori, circoscrivendo l'indagine alla composizione dei messaggi, alla formulazione delle immagini, all'analisi delle campagne e ai mezzi usati per la divulgazione, alla segmentazione del target.

La lotta al fumo come un prodotto: non sembri riduttivo trattare un argomento così delicato (per le sue mille implicazioni) come un oggetto da promuovere: ma le tecniche di divulgazione sono le medesime, la ricerca dell'efficacia del messaggio pure, i target gli stessi che quotidianamente vengono bersagliati da miriadi di provocazioni commerciali che vanno ad influenzare e condizionare un intero sistema di percezione.

I condizionamenti attuali.

Un breve sguardo sui comportamenti sociali in tema di fumo ci serve a sgombrare il campo da una serie di equivoci che potrebbero contribuire ad un'errata lettura delle problematiche in campo.

Il fumo non gode, in questo periodo storico, di un momento di "immagine vincente" come nei decenni passati; una crescente coscienza ambientale, una maggiore informazione e migliorato livello culturale della popolazione, una significativa riduzione della "mitizzazione" della sigaretta, un marcato aumento dei divieti legislativi, formano un trend che sta investendo sempre maggiori strati della popolazione.

D'altro canto si assiste per contrasto ad un abbassarsi progressivo dell'età di inizio della dipendenza da fumo, ad una apparente indifferenza nei riguardi delle campagne, ad un'indifferenza verso le obbligatorietà di legge, ad un continuo proliferare di messaggi subliminali legati alle brand del tabacco che **trovano continui escamotage per ripadire i loro valori e fornire modelli vincenti da imitare; che nei fatti fanno breccia sui giovani***.

Purtroppo il trend indicato per primo (definibile genericamente salutista) non ha forza nè presenza sufficiente a condizionare il secondo: e pur spesso succede che l'affrontarsi dei due schieramenti, specialmente nelle dinamiche dei divieti, assuma toni di contrapposizione con il risultato dell'exasperazione delle posizioni.

Tutto questo per cominciare a stabilire alcune linee di lavoro.

- il non fumatore non può essere modello di "redenzione" per il fumatore data la feroce ed attuale contrapposizione.

- il salutismo stesso, lo svilupparsi di crescenti sensibilità che genericamente definiremmo "ecologiche" non investe spesso i comportamenti intimi del soggetto in merito al fumo, quasi lasciando per questo vizio una sorta di terra di mezzo in cui i principi sono momentaneamente sospesi. Si pensi a quanti cultori dell'alimentazione biologica siano tuttavia tabagisti.

Aggiungiamo che il fumatore, oggetto delle nostre attenzioni, è un target trasversale, estremamente differenziato per età, motivazioni e soprattutto sensibilità ed uso dei linguaggi.

Nostro compito dunque sarà come primo passo focalizzare attentamente i destinatari di un messaggio differenziato nelle tematiche e nelle dinamiche di dialogo.

Troppe campagne generiche hanno puntato l'attenzione sulla sigaretta, sul gesto del fumo, criminalizzando il fumatore e non il gesto del fumare; hanno usato linguaggi "moralistici" non riuscendo a scalzare convinzioni radicate di liberismo nei confronti del tabagismo.

Quante campagne non hanno tenuto conto che il fumo piace, gratifica fortemente chi lo pratica, genera dipendenza fisica che solo a costo di dure fatiche può essere abbandonato.

Compito primario della comunicazione sarà dunque **fornire motivi in grado di innescare un processo di inversione della sensibilità sull'argomento**, fornendo le motivazioni forti per portare a termine il processo, parlando con argomenti giusti a target identificati.

***Sondaggio Società Italiana di Pediatria (fonte Panorama n.51)**

Motivazioni che inducono al fumo:

-53% sentirsi grandi

-23,7% imitazione degli amici, appartenenza al gruppo

-11,5% provare una nuova esperienza

Il 7% del panel dichiara di essere spinto al fumo per voglia di sfidare i divieti

Un punto di partenza: la percezione del rischio.

Su questo argomento si incentra la scelta delle azioni, dei linguaggi e delle modalità di intervento per la formulazione di un'azione efficace.

Il paradosso da smontare è che **il fumo fa male, tutti lo sanno e ne accettano le conseguenze con una rassegnazione che rasenta l'incoscienza.**

Questo atteggiamento affonda le sue radici nel fatto che in realtà nessuna azione umana è completamente priva di rischio ma la **probabilità del verificarsi dell'evento negativo varia considerevolmente secondo l'attività o il fattore di rischio.**

Nell'atto del fumare, per esempio, si ha un **rapporto temporalmente differito fra causa ed effetto del danno.** Al di là di qualche colpo di tosse, prima che i gravi danni si manifestino in forma irreparabile (se si manifesteranno), passa molto tempo rispetto all'atto del fumare stesso.

Anche se si rendesse pubblico (con una certa enfasi) il dato che fumare la pipa è sette volte meno pericoloso che fumare una sigaretta, nessun tabagista, valuterebbe un cambio di abitudine in favore di un rischio minore, per le ragioni di cui sopra. Nè un pubblico acculturato smetterebbe di fumare sapendo che il tabagismo è cinquanta volte più pericoloso statisticamente che un'intera vita passata a guidare l'automobile con conseguente rischio di incidenti.

Avventuriamoci ancora più a fondo nella percezione soggettiva del rischio per acquisire ulteriori elementi utili alle nostre tematiche.

Pur non essendo ancora chiaro in che modo gli individui singolarmente valutino i vari rischi, sembra esservi una generale tendenza a **sovrastimare quelli più rari e a sottostimare quelli più comuni.** Nell'immaginario collettivo si attribuiscono più morti agli omicidi che agli accidenti cerebrovascolari, più alle inondazioni che all'asma bronchiale (che invece ne provoca dieci volte in più), e più ai tumori che alle malattie cardiovascolari.

E questo perchè:

- molto dipende dalla concentrazione del rischio: una sorta di "effetto catastrofe" secondo cui un incidente di grandi dimensioni suscita assai più impressione di un numero uguale di morti distribuite tra più incidenti, più piccoli, ma frequenti.

- l'involontarietà del rischio: si tende in generale ad accettare un rischio anche 1000 volte più grande se questo appare affrontato volontariamente e coscientemente. **Questo spiega la relativa tolleranza per le morti derivanti dal fumo, dalla guida di un'automobile in corsa o da vari tipi di sport rischiosi, scelti di propria intenzione.**

- immediatezza del danno: la collocazione di un danno in un lontano futuro rende non solo il calcolo esatto del rapporto danni/benefici problematico, **ma l'impatto emotivo stesso del rischio decisamente inferiore.** Questo spiega lo scarso successo di campagne antifumo rivolte a individui molto giovani e centrate sul rischio futuro di cancro piuttosto che su una gamma più vasta di problematiche.

- indennità presunta : un meccanismo di "adattamento" a stimoli ripetuti è ben noto , specialmente quando la ripetuta "fortunata" esposizione sembra renderne le possibili conseguenze più remote: oggi ho fumato, non mi è successo niente, dunque fumerò anche domani. **La "familiarità" di un'azione reiterata e apparentemente innocua giustifica un livello basso di preoccupazione.**

Pur non esistendo rischi connessi ad alcuna attività umana propriamente uguali a "zero", tuttavia è tipico della natura umana individuarne un livello "praticamente" uguale a zero o comunque accettabile.

L'accettazione di un rischio a livello di opinione pubblica ha molto a che vedere con l'aspirazione a un livello di "sicurezza accettabile". Un numero certamente basso di individui sembra preoccupato della possibilità che una meteora, cadendo sulla terra, causi un migliaia di morti o che un aereo precipiti su uno stadio durante una partita di calcio . D'altra parte due aerei sono "caduti" sulle due Torri Gemelle a New York.

Idealmente rischio dell'uso di una certa sostanza o dello svolgimento di una certa attività dovrebbero almeno essere inferiori al complesso di benefici che ne derivano (fase di "giustificazione") Ciò è essenziale perché si attuino dei meccanismi di salvaguardia del singolo, a livello sia conscio che inconscio.

Proprio questo dovrebbe rappresentare uno dei bersagli privilegiati, un punto da affrontare e modificare profondamente sia a livello di percezione e di comportamento dei fumatori. **A questo devono mirare i nostri sforzi e quindi i temi delle nostre campagne: spezzare il circolo vizioso delle valutazioni "blande" del tema fumo e portarlo alla gravità che merita.**

La segmentazione del target

Riteniamo importante focalizzare i maxigruppi di utenti a cui rivolgere il messaggio, utilizzando come criterio sia le considerazioni sulle dinamiche di percezione del rischio sia la difficoltà oggettiva di "redenzione" del fumatore stabile. suddividendoli in:

- fumatori consolidati, target comprendente diverse fasce sociali e diversi soggetti per età e sesso;
- giovani in età da "prima sigaretta".

Per il primo gruppo riteniamo che sia assai difficile sia dal punto di vista clinico che emozionale indurre un cambiamento, quindi, a nostro avviso, è sul secondo segmento che vanno concentrate più attenzioni e convogliate le energie.

È una dinamica di prevenzione che può influire, non a breve ma a lungo termine, sulla formazione culturale delle generazioni che andranno a formare le file dei fumatori e dei non fumatori di domani.

Per alcuni motivi fondamentali:

-l'induzione al fumo, nelle fasce giovanili, **non è frutto di una scelta di libertà** (propria della consapevolezza degli adulti) ma di **coercizioni mediatiche e sociali** (modelli imitativi, il proibito che attira, il sentirsi grandi) ed oltretutto dà piacere immediato.

-una volta iniziato è assai difficile smettere sia per i forti condizionamenti psicologici che per la dipendenza fisica dalla nicotina.

- la sigaretta possiede ancora un potere seduttivo, alimentato sia dalla gestualità in grado di proiettare l'adolescente nel mondo adulto, sia dal bombardamento mediatico delle marche che, aggirando le restrizioni in merito, collegano la loro brand a situazioni suadenti (il magico west di Marlboro Country, le vittorie di Merit nella vela, le potenti sponsorizzazioni del mondo dell'auto da corsa).

Le azioni di una campagna di informazione vanno dunque confezionate su misura di destinatari, rifuggendo messaggi generali e grandangolari, selezionando i media con accuratezza in base alle persone da contattare.

La scelta dei linguaggi

Conoscere approfonditamente a chi ci si rivolge per scegliere il linguaggio appropriato. Troppi esempi di slogan moraleggianti, da bravo padre di famiglia (allegato 1), hanno caratterizzato la comunicazione sulla lotta al fumo.

Alcuni esempi di come certe affermazioni manchino di incisività e non parlino linguaggi mirati:

- Chi fuma non è un gallo, è un pollo./*Lega Italiana Lotta contro i tumori*
- Quando fumi tutto sa di fumo. Smetti di fumare, c'è più gusto./*Lega Italiana Lotta contro i tumori*
- Ama te stesso. Riduci lo stress, prendi il tuo tempo. Ama te stesso: smettere di fumare si può, provaci anche tu./*Promozione Salute Piemonte*
- Il fumo uccide, non farti ingannare./*Ospedali Regione Veneta*
- Qui hai un motivo in più per non fumare. Fuori hai tutti gli altri./*Promozione Salute Piemonte*
- Stai già cominciando a smettere. Continua. /*Promozione Salute Piemonte*

Il messaggio didascalico non incide, non graffia, non scalfisce la sensibilità in quanto suona come paternalistico e pertanto destinato per natura ad essere trasgredito ed ignorato.

Ma come parlano i giovani: dove sono, negli slogan antifumo, le gergalità in cui si riconoscono, la rabbia dei rapper o dei graffiti sui muri, le assonanze alle terminologie dei loro idoli? Non da imitare o riprodurre con patetiche citazioni ma da capire per parlare la stessa lingua.

Un messaggio ai giovani in procinto di scegliere di fumare deve essere in linea alla loro sintassi espressiva e saper far leva sui valori per loro importanti.

Si pensi all'inefficacia della recente introduzione dei messaggi sui pacchetti delle sigarette: a parte la repulsione all'accoglienza del messaggio stesso generata nei fumatori che hanno visto violare uno spazio a loro caro, si rifletta su come la reiterazione generi inflazione e quindi inefficacia.

È sicuramente un **errore di linguaggio e di uso grafico del segno.**

Ci paiono interessanti i risultati di una ricerca portata avanti dal sistema sanitario Canadese (Health Canada) assai chiarificanti in questa materia

(allegato 2). L'efficacia dei messaggi **solo verbali è stata misurata da test che ne hanno decretato l'inferiorità di comunicazione rispetto a quelli visivi**. Questi ultimi, anche piuttosto crudi nell'esposizione, sono arrivati ad occupare fino al 60% del pacchetto di sigarette. Indagini statistiche seguite a queste iniziative hanno confermato una loro maggior efficacia rispetto all'informazione testuale e comunque hanno individuato nella continua variazione, **nel modificarsi continuo del messaggio una potenzialità maggiore di incidere sulle decisioni di fumare o meno.**

La coerenza dei linguaggi

Identificata la "sintassi" da utilizzare va ulteriormente fatto un coraggioso passo avanti sui toni della comunicazione.

C'è una problematica che attanaglia tutta la comunicazione sociale, specialmente quella legata al tema della morte, elemento presente nelle campagne sulla sicurezza stradale, sulla prevenzione dell'AIDS, e non ultima contro il fumo. Spesso si è ritenuto che un messaggio diretto fosse troppo crudo, allontanasse in una sorta di autodifesa il soggetto destinatario. Non si spiegherebbero altrimenti le edulcorate immagini che hanno contraddistinto molte comunicazioni nazionali rispetto ad esempi anglosassoni, assai più smalzati e aggressivi, contando su armi dialettiche che vanno dall'ironia al messaggio d'urto (allegati 3/4)

È dato certo che la cultura dell'immagine in questi popoli sia sicuramente più avanzata che nella vecchia Europa: ma va d'altro canto sottolineato un velocissimo, inarrestabile cambiamento dei modi e una globalizzazione dei linguaggi; quello che ieri era inammissibile oggi è usuale.

Televisione, cinema, informazione forzano quotidianamente i limiti del linguaggio spostando confini di liceità, decenza, senso del pudore; non sta a noi dare un giudizio su queste dinamiche nè giustificarle o condannarle. **È nostra precisa responsabilità di comunicatori capire intimamente queste dinamiche, utilizzare con intelligenza i meccanismi per non essere anacronisticamente sottovalutati nella formulazione di un messaggio così importante.**

Troppo spesso si è aggirato il binomio fumo-morte per un ritegno che quest'ultimo termine genera di suo, e non solo nei comunicatori.

Ma la posta in gioco è alta: come interrompere questo velo di omertà, di falso pudore sull'argomento che limita e affievolisce i messaggi?

A queste scelte "tiepide", troppo spesso frutto di compiacenti mediazioni fra committenza e consulenti della comunicazione, va attribuito secondo noi la **responsabilità dell'inefficacia del messaggio, dell'indifferenza con cui le campagne sono accolte. Al punto paradossale che si è consolidata nel tempo una gergalità della lotta contro il fumo a cui tutti sono abituati come una presenza ormai non più scomoda.**

Il ruolo delle istituzioni

Sulle responsabilità delle istituzioni governative abbiamo qualche suggerimento metodologico sempre finalizzato all'ottimizzazione della riuscita degli sforzi e degli investimenti.

A nostro avviso alcune azioni fondamentali sono da mettere in opera:

- prendere coscienza che il problema della comunicazione non può essere demandato a diversi soggetti e diversi promotori. Il paese è pieno di campagne locali, più o meno efficaci, fra loro scoordinate per obiettivi e temi, affidate alla buona volontà piuttosto che alla professionalità degli addetti ai lavori. **Lo Stato deve farsi padre responsabile di un'azione omogenea sul territorio, e, attraverso una struttura dedicata, monitorare le iniziative spontanee: non per reprimerle ma stimolarne la coerenza e la sinergia.** Spesso una cattiva campagna non solo non ha esiti ma inficia, con una sorta di inflazione mediatica, anche tutto ciò che di buono emerge in quello stesso periodo sullo stesso tema.

- deve programmare una linea di intervento con obiettivi a lunghissimo respiro; è sulle nuove generazioni che vanno investite le maggiori risorse: va operata un'accurata azione educativa nella scuola, nei luoghi delle dinamiche di rapporto interpersonali tipiche dell'età giovanile. **Solo dopo diversi anni di intervento in queste sedi si potrà raccogliere il frutto di una mutata sensibilità sull'argomento .**

- deve risolvere, a livello di comunicazione, una posizione di incoerenza sul rapporto con la gestione monopolistica dei tabacchi, per stabilire con nettezza una posizione che non va confusa con una anche lontana sospetta correttezza. Che impatto avrebbe sull'opinione pubblica una presa di distanza rispetto a questa attività? Proviamo solo ad immaginarlo.

- non affidarsi in prima battuta solo alla strada dei divieti; crediamo nella forza del richiamo continuo alle tematiche di fondo della comunicazione prescelta che interessi persino la grafica dei divieti stessi: gli avvertimenti devono abbandonare lo stile da "segnaletica stradale" per trovare modi più dinamici di comunicare.

In sintesi.

La lotta al fumo come “prodotto”: usando adeguate tecniche di divulgazione, ricercando la riuscita pubblicitaria del messaggio.

L'efficacia della comunicazione dipende da quanto è in grado di fornire motivi che inneschino un processo di inversione del comportamento. Far leva sull'impatto emotivo del rischio per la salute derivante dal fumo, studiando messaggi destinati a modificare la percezione di basso rischio collegato alla diffrazione nel tempo fra cause ed effetto dei danni alla salute.

Abbandonare il tono didascalico dei messaggi: fino ad oggi il linguaggio non ha inciso nel profondo, non ha graffiato, demolito le difese dei singoli; i messaggi percepiti come paternalistici sono destinati per natura ad essere generazionalmente trasgrediti ed ignorati.

Capire intimamente le sintassi dei linguaggi giovanili, target principale delle azioni di comunicazione: utilizzare con intelligenza i meccanismi visuali e verbali per non essere anacronisticamente sottovalutati nella formulazione di una comunicazione così importante.

Progettare azioni omogenee sul territorio italiano nella sua totalità e in accordo con i trend europei e le indicazioni dell'OMS; monitorare le iniziative spontanee, coordinarle e stimolarne coerenza di linguaggio e sinergia di effetti.

Concentrare gli sforzi sui giovani in età da “prima sigaretta”, per creare un'educazione culturale al “non fumo”, pianificando nel tempo **una presenza continuativa della comunicazione.**

Spostare la centralità dei messaggi dalla criminalizzazione del fumatore (attacco personale) alla negatività del fumo attivo e passivo. Comunicare i fatti (dati scientifici) e fornire ai singoli gli elementi culturali per giudicare in libertà.

Creare uno sbarramento efficace a tutte le iniziative di pubblicità occulta delle brand legate al tabacco.

Conclusioni.

Una precisazione finale: l'assenza in queste nostre note ad ogni riferimento alle tematiche legate al cosiddetto "fumo passivo", non sono da intendersi come una dimenticanza, una sottovalutazione del problema, ma come una scelta strategica per la comunicazione. Abbiamo preferito concentrarci sugli aspetti primari, di primaria importanza e primaria emergenza; considerando che le coscienze dei fumatori prima che sui danni provocati agli altri vadano concentrate sull'attenzione alla propria persona: dall'amore per la propria salute si può sperare di ottenere attenzione per quella degli altri e non viceversa. E non solo; le recenti disposizioni di legge ed i relativi divieti sono sicuramente l'arma più efficace alla limitazione del danno da esposizione passiva.

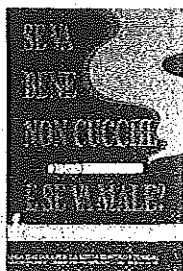
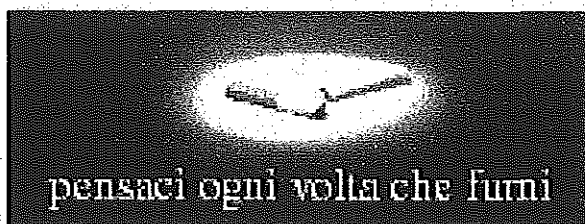
Tornando al tema principale lo consideriamo molto stimolante sia per le implicazioni sociali che per la sfida che esso rappresenta in termini di possibilità di spinta al cambiamento. Non solo; a chi, come noi impegnato da anni nella comunicazione, offre forti motivazioni per mettere a disposizione conoscenze e professionalità per un fine di rilevanza sociale.

Il "prodotto" che andremmo a trattare sarebbe sicuramente difficile ma oltremodo stimolante per il coinvolgimento personale che la lotta al fumo ed i suoi risvolti sulla salute pubblica riveste per ognuno di noi, nella considerazione personale dei valori sociali e civili.

Ringraziando per l'opportunità concessaci di manifestare il nostro pensiero, saremo lieti di essere interpellati per qualsivoglia intervento sul tema, sia a livello consultivo che operativo, mettendo a disposizione il meglio delle possibilità che Unica ha maturato in questi anni grazie ai professionisti che ne sono l'anima.

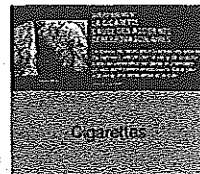
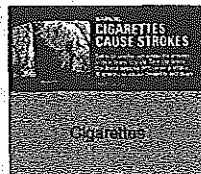
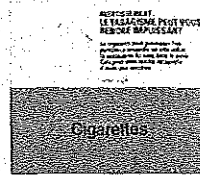
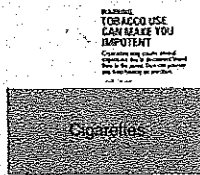
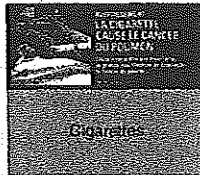
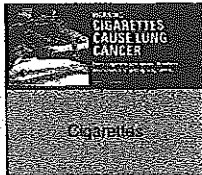
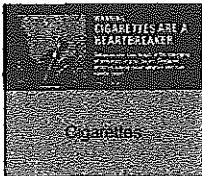
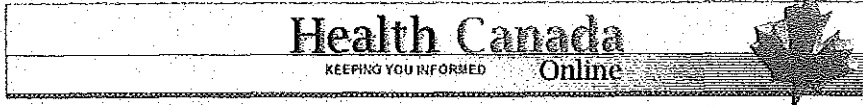
Allegato 1

Esempi di comunicazione non coordinata e dal tono inefficacemente edulcorato.



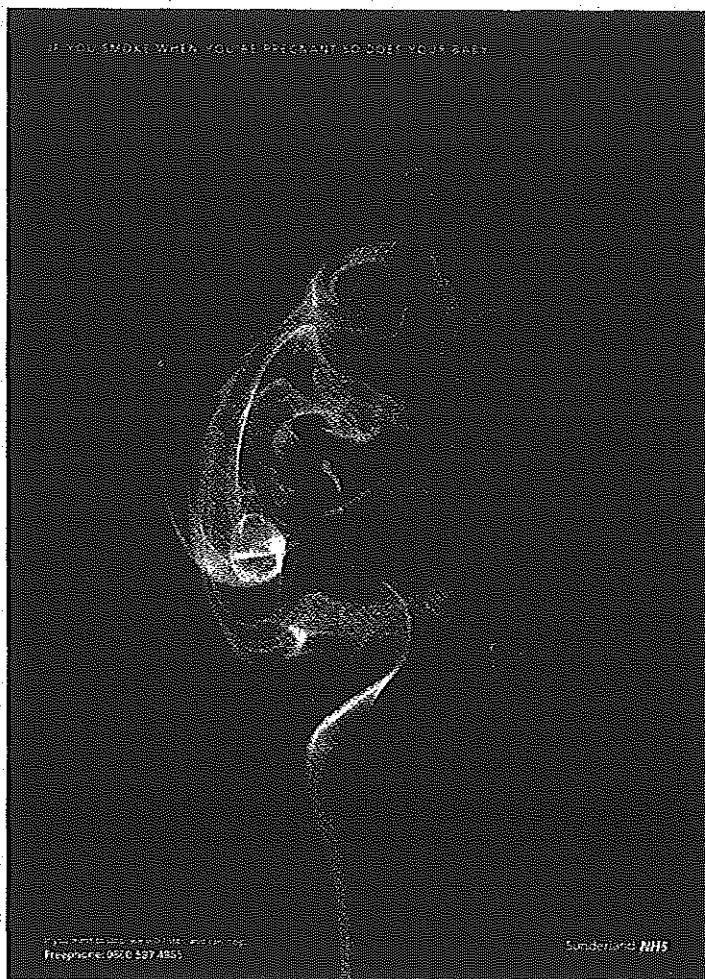
Allegato 2

La supremazia della comunicazione visiva sulle confezioni rispetto a quella verbale secondo le ricerche canadesi.



Allegato 3

Un'immagine incisiva pu' pi' di mille parole, specialmente su un target fortemente circoscritto come quello dell'esempio allegato.



Head line: se fumi quando aspetti un bambino anche lui lo fa.

Allegato 4

Uno spot anglosassone punta sull'ironia e l'humour noire per colpire la fantasia di grandi e piccoli.



Un tappezziere, nel posizionare la nuova moquette, si accorge che qualcosa crea un'imperfezione sulla nuova superficie e con una pedata risolve il problema schiacciandola. Finito il lavoro si accinge a fumare ma non trova il pacchetto di sigarette e pensa che quello sia l'oggetto che ha dimenticato sotto la moquette. La padrona di casa gli si fa incontro avendolo invece trovato in giro e chiedendogli se suo: la figlia, allo stesso tempo appare sulla porta e chiede se qualcuno ha visto il suo criceto. La schermata finale recita: Il fumo uccide ogni anno 500 non fumatori.

Campagna televisiva norvegese contro il fumo passivo.

Caleida SpA

Via San Nicola da Tolentino, 72
00187 Roma
Tel. 06/47020341-2 Fax 06/47027485

C.F. e P. IVA 06214971000
Cap. Soc. Euro 1.000.000.000 Iva. R.F.A. 00000000
www.caleida.it info@caleida.it

CALEIDA 
Società di Servizi per la Comunicazione

Indagine conoscitiva sulle iniziative di prevenzione del tabagismo e del tumore al seno, presso la Commissione Igiene e Sanità del Senato della Repubblica.

Premessa

Tratterò brevemente i due temi della prevenzione del tabagismo e del tumore al seno in maniera congiunta poiché, in entrambi i casi, l'indicazione di intervento converge su iniziative di comunicazione integrata di tipo educativo.

Non mancherò, tuttavia, di sottolineare le differenze, nella percezione e nell'atteggiamento, fra i due temi che possono consigliare, nello specifico, un approccio decisamente diverso.

Interventi di comunicazione integrata

Gli interventi di comunicazione sociale sono, per natura e per definizione, interventi a carattere educativo e non prescrittivo.

Tutti gli studi effettuati nei vari paesi più avanzati del cosiddetto mondo occidentale (dalla Francia agli Stati Uniti, dalla Norvegia alla Germania, all'Inghilterra, all'Italia) convergono su un punto fondamentale: per avere una qualche risonanza i messaggi a contenuto sociale, che si propongono di intervenire sui comportamenti, hanno bisogno di un approccio tendente non a "vincere", ma a "con-vincere".

L'azione prescrittiva, la repressione, potremmo dire, può e deve avere in certi casi (vedi abitudine al fumo) un suo ruolo, ma il suo ambito è quello normativo e della regolamentazione e non può essere quello della comunicazione.

La modifica del comportamento, per essere accettata e quindi messa in atto, deve essere vissuta come spontanea.
In caso contrario, qualsiasi messaggio sarà rifiutato e rimosso sia a livello consapevole, sia, ancor più, a livello inconscio.

La complessità, quindi, dell'intervento di comunicazione richiede la necessità di operare attraverso mezzi e metodiche diverse, tutte convergenti verso l'obiettivo ultimo dell'educazione e del convincimento.

Sarà perciò utile programmare interventi sul territorio, quali convegni a tema che coinvolgano riconosciute personalità scientifiche e noti opinion makers , comunicazioni e conferenze a carattere pubblico, presenza capillare nelle scuole, nelle università, nelle comunità in genere.

Oltre ad avere una utilità immediata e di grande spessore, sia sull'uditorio coinvolto personalmente, sia sul pubblico più largo che ne verrà a conoscenza attraverso l'eco mediatica prodotta, questo tipo di interventi saranno molto efficaci nel preparare e supportare azioni a carattere più generale e massivo, quali campagne di comunicazione sul mezzo televisivo e cinematografico.

Dissuadere e persuadere

Sia nel caso del fumo, sia in quello del tumore al seno, si tratta di intervenire cercando di incoraggiare comportamenti con un approccio olistico, tendenti a modificare il complessivo stile di vita dell'individuo.

Posto, come abbiamo cercato di dire nelle poche righe che precedono, che l'obiettivo principale è di "persuadere", non vi è dubbio che in un caso è altrettanto necessario "dissuadere" da un certo comportamento (l'abitudine al fumo), mentre nell'altro non può essere individuato con altrettanta univocità e chiarezza un singolo comportamento da scoraggiare con pari drasticità.

Ciò comporta che i temi della comunicazione (di tipo educativo in entrambe le fattispecie) possono divergere per approccio e intensità di impatto. Nel caso del fumo, infatti, la assertività dei messaggi può sicuramente avere un livello più alto, mentre nel caso del tumore al seno l'approccio informativo può, con tutta probabilità, essere maggiormente indicato.

Un altro aspetto del quale tener conto è che, nel caso del tumore, i comportamenti e i rischi connessi concernono esclusivamente la propria persona, mentre nel caso del fumo il comportamento può essere altrettanto lesivo nei confronti degli altri.

Questo aspetto non solo non va dimenticato, ma può essere esso stesso tema di comunicazione ad alta incidenza persuasiva.

Facciamo un esempio: incoraggiare una donna a non fumare perché mette a repentaglio la propria salute può lasciare il tempo che trova.

Dire a una donna incinta che accendere una sigaretta è come metterla in bocca alla creatura che porta in grembo ha senza dubbio un impatto infinitamente maggiore.

O comunque, meno terroristicamente, ricordare che fumare mentre si sta con i propri figli fa male due volte, può essere maggiormente dissuasivo e persuasivo al tempo stesso.

Nel caso specifico del tumore al seno, e soprattutto in una prospettiva di prevenzione, una leva persuasiva forte può essere data dalle motivazioni legate all'integrità fisica, non solo funzionale, ma anche estetica, con tutte le implicazioni profonde che ne discendono.

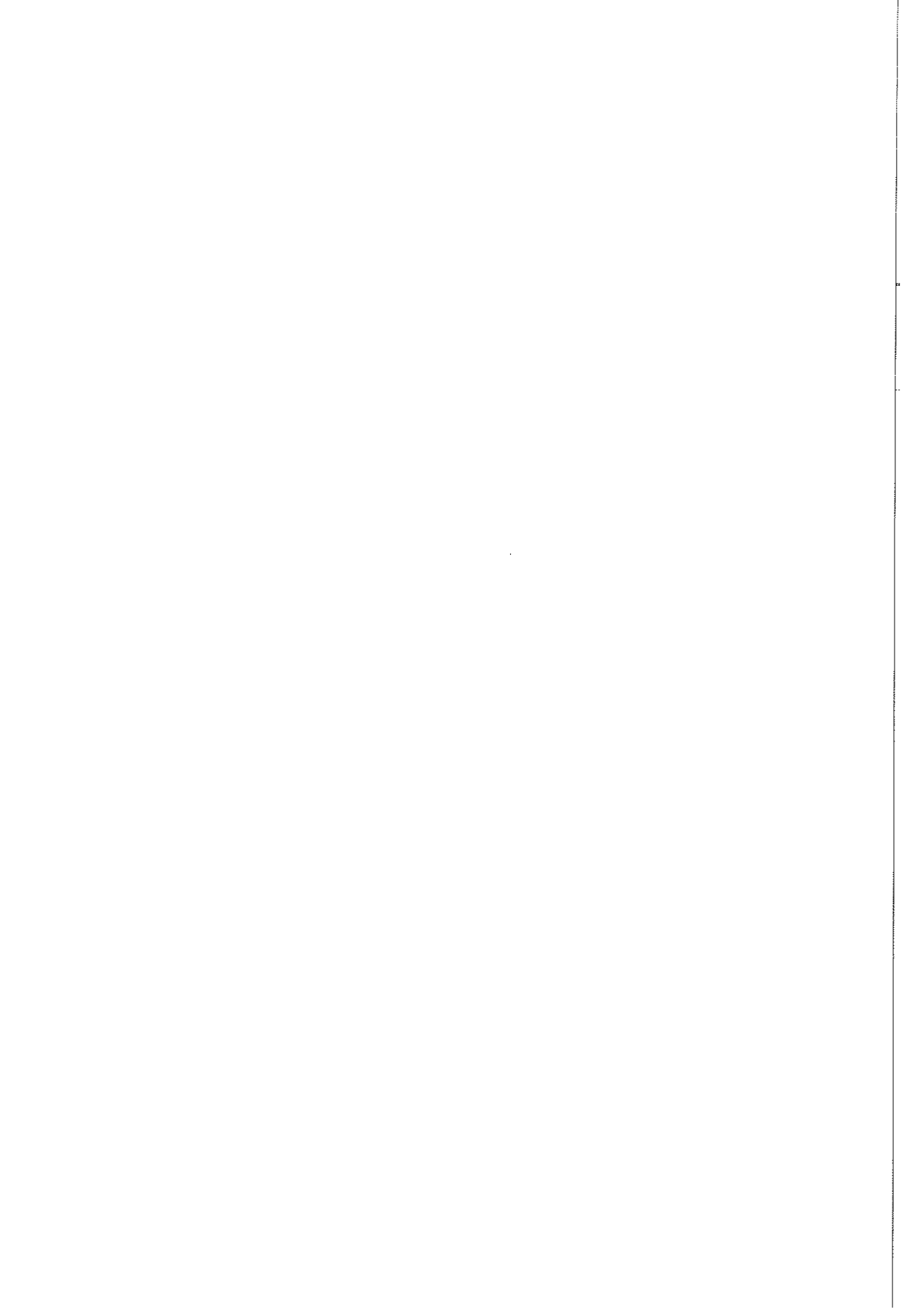
L'autopercezione del proprio corpo e dell'immagine che esso proietta nei confronti degli altri è uno dei punti cardine della personalità e del sostrato motivazionale del comportamento.

Agire, quindi, in quest'area può essere un mezzo formidabile di un'azione comunicativa, tesa all'acquisizione di comportamenti che favoriscono la prevenzione.

Paolo Passanisi
Consigliere di Amministrazione



DOCUMENTAZIONE FORNITA DAGLI AUDITI
NELLA SEDUTA DEL 23 FEBBRAIO 2005





COMMISSIONE IGIENE E SANITÀ

INDAGINE CONOSCITIVA SULLA PREVENZIONE DEL TABAGISMO E DEL TUMORE AL SENO

RELAZIONE DEL DOTT. SERGIO BARONCI, SEGRETARIO GENERALE DELLA FEDERAZIONE ITALIANA TABACCAI

La Federazione Italiana Tabaccai, organizzazione maggiormente rappresentativa dei rivenditori di generi di monopolio, desidera cogliere l'occasione di tale indagine conoscitiva promossa dalla Commissione Igiene e Sanità del Senato per mettere in evidenza il proprio impegno sociale in un momento storico in cui i tabaccaio sono spesso oggetto di aspre critiche e di violenti attacchi.

Infatti, la nostra categoria, come purtroppo dimostrano ancora una volta le recenti cronache, è ciclicamente oggetto di campagne denigratorie a causa della nocività del prodotto venduto. In questa sede vorremmo tuttavia ribadire che il prodotto tabacco è un prodotto "statale" su cui grava un'imposizione fiscale dell'80% e che i tabaccai non sono altro se non la rete di vendita al dettaglio dello Stato, il quale affida loro questa attività in regime di concessione. Sarebbe naturalmente riduttivo un discorso che si limitasse ad enunciare questo principio di base che, comunque, alcuni organi d'informazione, più o meno deliberatamente, talvolta ignorano o non approfondiscono a dovere. Per questo, lungi dal praticare esercizi di sterile vittimismo, vorremmo offrire alcuni spunti di riflessione utili per contribuire a dissipare quell'alone di pregiudizio e luoghi comuni che talvolta aleggia sopra l'insegna a T dei nostri cinquantottomila esercizi.

Il nostro contributo al progetto, non può, per forza di cose che vertere sulla prevenzione e sull'informazione.

Per cominciare, desideriamo evidenziare che da dieci anni la Federazione Italiana Tabaccai, impegnata sul fronte del consumo consapevole del tabacco, conduce una capillare campagna di prevenzione e lotta al tabagismo minorile con l'iniziativa denominata "*Io non posso vendere. Tu non puoi comprare*" destinata ai minorenni ed alla quale hanno aderito con entusiasmo e senso di responsabilità tutti i nostri associati.

Non è quindi un caso se, contrariamente alle campagne di demonizzazione di qualche associazione di consumatori, il MOIGE, Movimento Italiano Genitori, con estremo buonsenso e raziocinio, ha affermato che non ha alcun senso criminalizzare la rete di vendita demonizzando i tabaccai, i quali, al contrario, debbono essere soggetti attivi nel tavolo di confronto con istituzioni, produttori di tabacco e associazioni di genitori per condividere strategie di prevenzione mirate alle nuove generazioni.

Questa è una tesi che ci trova pienamente concordi e al riguardo abbiamo già preso contatto con l'associazione in questione per definire delle iniziative volte al perseguimento degli obiettivi succitati.

Recentemente l'azione di sostegno dei tabaccai alle iniziative di utilità sociale e di carattere benefico si è rivolta al mondo femminile ed in particolare alla prevenzione e lotta del tumore al seno, una malattia che purtroppo, secondo gli ultimi dati, è la principale causa di morte per le donne sopra i trentacinque anni.

Il 31 marzo 2003, con una conferenza stampa presieduta dal Presidente della Camera dei Deputati, on. Pierferdinando Casini, ha preso il via un'importante iniziativa di raccolta fondi per la lotta ai tumori al seno denominata "*Affranca la vita*" promossa dalla Komen onlus, diretta dal senologo, prof. Riccardo Masetti, e con la partecipazione attiva della Federazione Italiana Tabaccai, di Poste Italiane e dell'Università Cattolica Sacro Cuore di Roma, che avrà termine alla fine del 2005.

Le Poste Italiane hanno emesso un francobollo raffigurante la regina Elena di Savoia con sovrapprezzo di euro 0,21 destinato alla prevenzione e alla ricerca per la lotta al tumore al seno ed i tabaccai e gli uffici postali hanno svolto una massiccia campagna di promozione.

In particolare, la F.I.T. ha chiesto ai propri tabaccai associati un piccolo sforzo per sostenere il progetto con l'acquisto presso l'agenzia postale di aggregazione di almeno *due fogli di tali francobolli* (per un totale di 100 valori) da proporre a tutti i clienti.

Inoltre, numerose tabaccherie in tutta Italia hanno ospitato appositi salvadanai forniti dalla Komen per generare ulteriori risorse economiche con la raccolta di offerte libere della clientela. Contemporaneamente, sono state realizzate alcune iniziative speciali di promozione della salute del seno, della prevenzione e della formazione permanente in collaborazione con gli enti locali, le Università, gli ospedali e le A.S.L., con personalità del mondo dello sport, dell'arte e dello spettacolo, oltre che con partners pubblici e privati desiderosi di partecipare a questa campagna sociale.

In aggiunta, il sito web della Federazione ha ospitato nell'area "*Solidarietà*" un'apposita sezione dedicata all'iniziativa. Ed ancora. Il 13 maggio 2003 la F.I.T. ha organizzato una *serata - charity* per promuovere l'iniziativa con una cena di gala presso il proprio angolo ospitalità agli Internazionali di Tennis di Roma, alla quale hanno preso parte, fra gli altri, numerosi esponenti del Governo, del mondo dello spettacolo e di quello imprenditoriale.

I fondi derivanti dalla vendita del francobollo, come disposto dal Decreto Presidenziale del 26 marzo 2002, sono stati destinati all'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma per il finanziamento di progetti volti al potenziamento delle strutture senologiche ed alla promozione della ricerca, del supporto e della formazione permanente su tutto il territorio nazionale.

Nel dettaglio, la ripartizione dei fondi ottenuti è la seguente:

25% per il potenziamento e l'acquisto di attrezzature in centri di Senologia su tutto il territorio nazionale;

25% per programmi di educazione medica permanente e per la creazione di borse di studio per progetti di ricerca e perfezionamento clinico in centri di eccellenza in senologia;

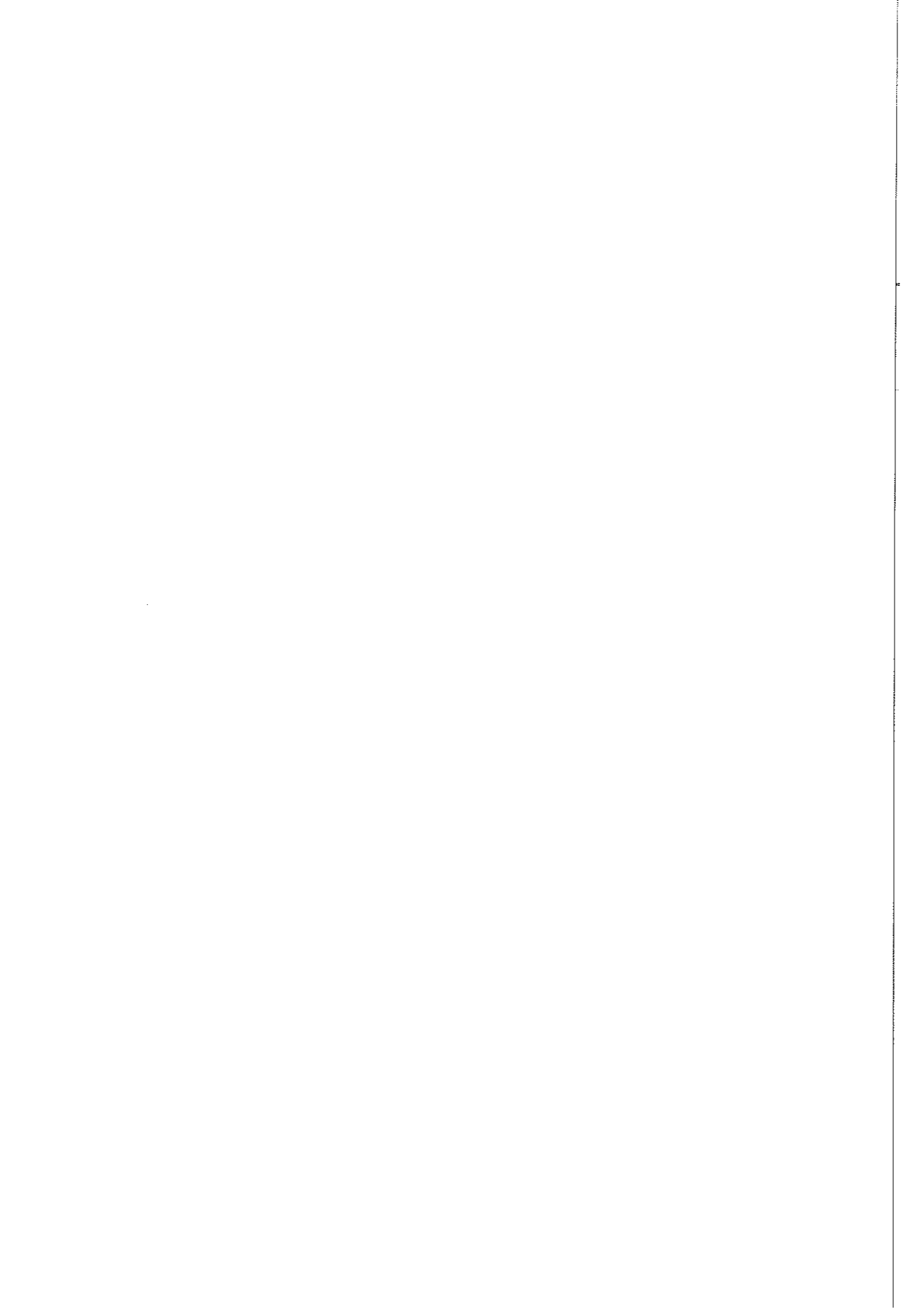
25% per programmi di prevenzione e informazione e supporto per donne con tumore al seno;

25% per lo sviluppo del centro di Senologia dell'Università Cattolica di Roma.

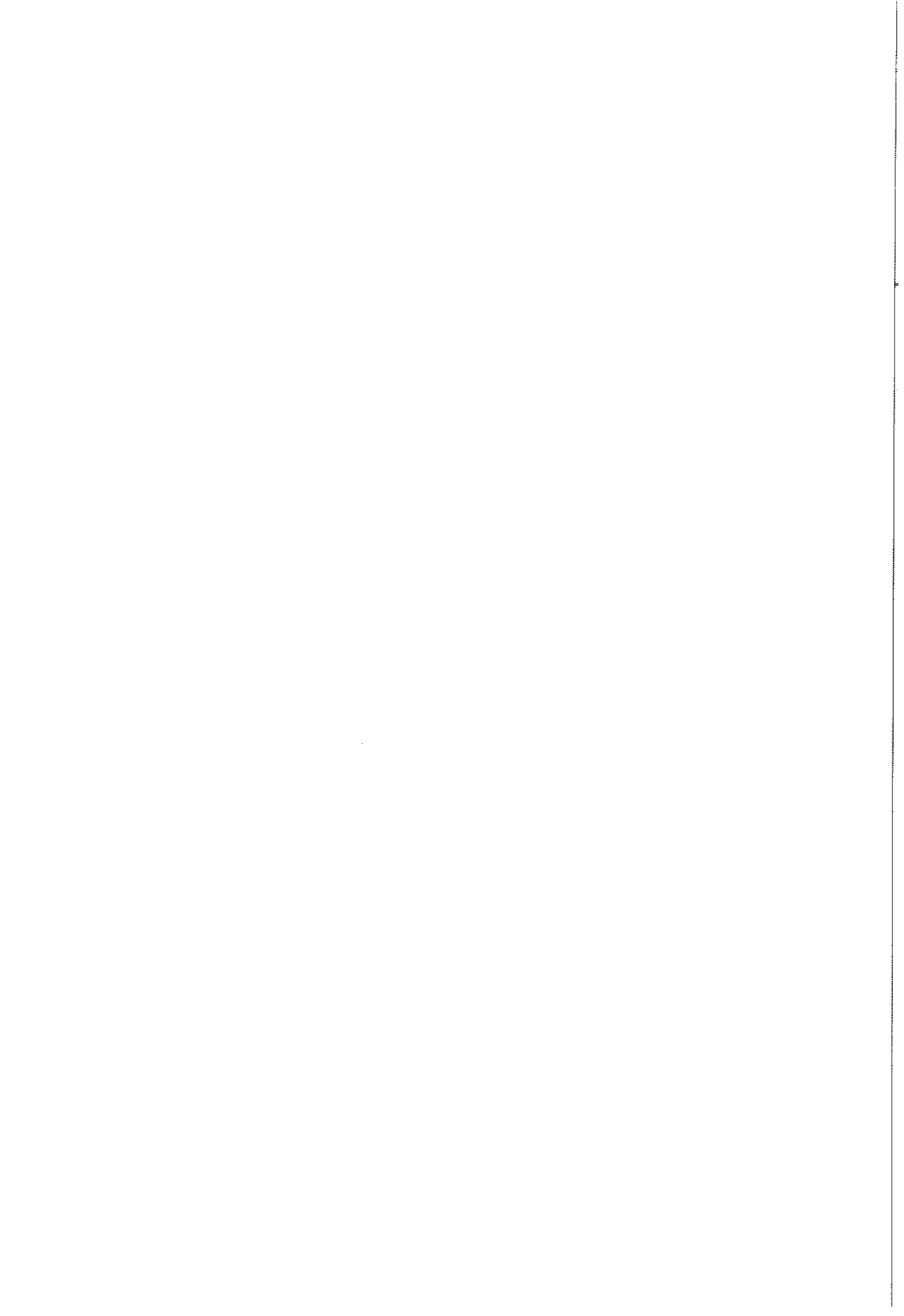
Il 16 settembre 2004, alla presenza del Ministro delle Comunicazioni, on. Gasparri, e del Vice presidente della Camera, on. Fiori, si è svolta all'Auditorium dell'Università Cattolica di Roma una cerimonia con cui sono stati assegnati i fondi raccolti sino a quel momento grazie alla vendita di quasi cinque milioni di francobolli.

Grazie al buon bilancio dell'iniziativa che ha consentito di sfiorare la soglia dei cinque milioni di francobolli venduti, sono state assegnate 15 borse di studio, sono stati sovvenzionati cinque progetti di supporto e cinque progetti di educazione. Le borse di studio assegnate ed i progetti sponsorizzati sono state destinate a persone ed organizzazioni che rappresentavano in modo equo tutto il territorio nazionale.

5.3. Documentazione riguardante specificamente il tumore al seno



DOCUMENTAZIONE FORNITA DAGLI AUDITI
NELLA SEDUTA DEL 6 OTTOBRE 2004



Indagine conoscitiva su Prevenzione del tumore al seno

Le informazioni che seguono sono in gran parte frutto del recepimento delle raccomandazioni avanzate dalla FONCAM (Forza Operativa Nazionale sul Carcinoma Mammario) che ha lo scopo di

- stabilire linee guida condivise volte a favorire una uniforme diffusione degli interventi diagnostico-terapeutici per i tumori della mammella in tutto il territorio del Paese;
- favorire la creazione di una rete nazionale di centri per la diagnosi e/o cura dei tumori della mammella e migliorare i collegamenti fra i centri già esistenti;
- favorire l'aggiornamento professionale e svolgere opera di educazione sanitaria della popolazione femminile per consentire una più intensa partecipazione alle attività di diagnosi precoce;

Incidenza:

Si tratta di circa 30.000 nuovi casi ogni anno di Ca mammella di cui

- ↳ 7.000 - 8.000 in età inferiore a 50 anni
- ↳ 13.000 - 14.000 tra i 50 ed i 70 anni
- ↳ 8.000 - 10.000 nelle età più avanzate

Nel 2002 sono decedute più di 11.000 donne ammalate di tumore al seno (pari al 16.3% di tutti i decessi femminili attribuibili a cancro).

I dati dei registri tumori indicano valori di incidenza più alti nel Nord, intermedi al Centro ed inferiori al Sud.

La tendenza è comunque di riduzione delle differenze geografiche che rimangono praticamente solo per l'età superiore a 50 anni.

I tassi di incidenza specifici per età del carcinoma della mammella aumentano esponenzialmente con l'età fin verso i 50 anni, quindi subiscono una pausa (o addirittura una lieve diminuzione), per poi riprendere a crescere, ma con un tasso inferiore, dopo l'età della menopausa.

La sopravvivenza relativa a 5 anni è passata dal 65% per i casi diagnosticati alla fine degli anni '70 al 75% dei casi diagnosticati alla fine degli anni '80.

Fattori di rischio:

- ↳ Et : raramente riscontrato prima dei 25 anni, successivamente la frequenza aumenta progressivamente con l'et ;
- ↳ Storia personale: le donne che hanno avuto un tumore in una mammella, presentano un rischio 3 - 4 volte maggiore di sviluppare un tumore della mammella controlaterale;
- ↳ Familiarit : i familiari di primo grado delle donne che sono state colpite da carcinoma della mammella, presentano un rischio quasi doppio di sviluppare la neoplasia rispetto a chi non ha familiari colpiti;
- ↳ Mestruazioni: le donne con un menarca precoce (prima dei 12 anni) e con una menopausa tardiva (dopo i 50 anni), presentano un rischio maggiore di sviluppare un carcinoma della mammella;
- ↳ Gravidanza: se portata a termine prima dei 30 anni rappresenta un fattore di protezione;
- ↳ Alcool: gli studi sono controversi su un suo ruolo diretto;
- ↳ Fumo: rappresenta un fattore di rischio per la maggior parte dei tumori, incluso quello della mammella;
- ↳ Dieta ed Obesit : studi controversi
- ↳ Precedente Radioterapia: le donne che sono state sottoposte precedentemente ad irradiazione del torace per la terapia di un altro tumore, presentano un rischio maggiore di sviluppare un tumore della mammella;
- ↳ Terapia Ormonale Sostitutiva: possibile lieve incremento del rischio di carcinoma mammario nella terapia ormonale sostitutiva, con l'associazione di estrogeni e progestinici. Non esistono dati certi sulla sola terapia estrogenica.

Familiarità e Fattori Genetici:

Come abbiamo già visto, i familiari di primo grado di una donna affetta da carcinoma della mammella presentano un rischio di sviluppare questa neoplasia quasi doppio rispetto alla popolazione senza familiarità; il rischio aumenta ulteriormente se i familiari ad essere colpiti dal tumore sono due o più di due, soprattutto in giovane età e/o con tumori bilaterali.

Nella maggior parte di queste famiglie esiste una mutazione genetica nei geni BRCA 1 (breast carcinoma 1) o BRCA 2 (breast carcinoma 2), che è alla base della maggior parte dei carcinomi mammari ereditari a trasmissione dominante. Il gene BRCA 1 è anche un fattore predisponente per il carcinoma dell'ovaio.

Il rischio di ammalarsi di tumore per il portatore dei geni predisponenti non è noto con assoluta certezza e sembra essere variabile anche all'interno della stessa famiglia. Tuttavia è stato stimato un rischio di ammalare di carcinoma mammario che può arrivare al 85% ai 70 anni di età per le portatrici di mutazioni del BRCA 1.

E' possibile sapere se si è portatori di questi geni?

Ai nuclei familiari fortemente suggestivi della presenza di una forma di predisposizione familiare è oggi tecnicamente possibile offrire una analisi genetica per la ricerca di mutazioni nei geni BRCA 1 e 2. L'esame si effettua su un comune prelievo di sangue venoso. L'analisi genetica del nucleo familiare considerato "a rischio" dovrebbe essere effettuata a partire dal familiare affetto da malattia con più precoce età di insorgenza.

In che cosa consiste una consulenza genetica?

E' opportuno che l'indicazione ad effettuare il test genetico sia valutata in sede di consulenza genetica che è, innanzitutto, un colloquio informativo per il soggetto. Sarà infatti compito del genetista, eventualmente coadiuvato dal clinico oncologo e dallo psicologo, illustrare al soggetto in esame le informazioni sul rischio "a priori" di essere portatore di un gene deleterio e sul significato dell'esame che si va a praticare nonché sul valore predittivo dell'esito positivo o negativo del test. Dopo il test infatti i risultati verranno ancora discussi con il genetista, l'oncologo e lo psicologo per l'importante impatto di tipo psicologico, sociale e clinico che il test stesso può comportare.

E' infatti compito delle persone giunte in consulenza genetica di informare gli altri membri della famiglia circa i contenuti della consulenza stessa e della eventualità di verificare se anch'essi hanno ereditato o meno il difetto genetico.

L'analisi infatti consente, una volta identificato il difetto genetico presente in ciascuna famiglia, di distinguere fra le donne a rischio, quelle effettivamente predisposte, e quindi meritevoli di programmi mirati di screening o di profilassi.

A chi è consigliata la consulenza genetica?

- Indipendentemente dalla storia familiare di cancro:

- ↳ A soggetti affetti da carcinoma della mammella e dell'ovaio
- ↳ A soggetti affetti da carcinoma della mammella prima dei 36 anni
- ↳ A soggetti maschi con carcinoma della mammella

- In presenza di storia familiare di cancro:

- ↳ A soggetti affetti da carcinoma della mammella o dell'ovaio se hanno due o più parenti di primo grado affette da carcinoma della mammella o dell'ovaio, o un parente maschio affetto da carcinoma della mammella
- ↳ A soggetti affetti da carcinoma bilaterale della mammella con un parente di primo grado affetto da carcinoma della mammella o dell'ovaio
- ↳ A soggetti affetti da carcinoma della mammella diagnosticato prima dei 50 anni di età con un parente di primo grado affetto dallo stesso tumore prima dei 50 anni o da carcinoma della mammella bilaterale o da carcinoma dell'ovaio
- ↳ A soggetti affetti da carcinoma dell'ovaio con un parente di primo grado affetto da carcinoma della mammella prima dei 50 anni di età, carcinoma della mammella bilaterale o carcinoma dell'ovaio.

Procedimenti Diagnostici:

- Autoesame mensile: è dimostrato che lo stadio medio alla diagnosi è più favorevole nelle donne che praticano regolarmente l'autoesame
- Esame clinico
- Mammografia
- Agoaspirato mammario
- Ecografia (ha buona specificità per le lesioni cistiche ma non è indicato come test esclusivo per la diagnosi dei carcinomi)
- Duttogalattografia: nei casi di secrezione ematica o siero-ematica e/o nel sospetto di vegetazioni intraduttali

Screening:

I programmi di screening mammografico hanno evidenziato una consistente riduzione della mortalità per carcinoma mammario nelle donne in età superiore a 49 anni.

Tale riduzione di mortalità (attorno al 50% nelle donne che si sottopongono a screening) è stata ottenuta anche con l'uso della sola mammografia e con intervalli di 2 - 3 anni tra due screening consecutivi.

Purtroppo non tutte le donne aderiscono allo screening. I dati, riferiti al 2001, indicano un valore complessivo di adesione intorno al 48% con profonde differenze fra una regione e l'altra (si va dall'oltre il 70% della Liguria al modestissimo 24% della Sicilia).

Nel 2002 la partecipazione ai programmi di screening è salita al 57% (comunque ancora al di sotto della percentuale di adesione ritenuta soddisfacente che è del 70%).

E' pertanto senz'altro raccomandabile l'intensificazione della organizzazione di programmi di screening mammografico con periodicità biennale rivolto alle donne residenti in età compresa tra i 50 ed i 70 anni. L'invito a screening delle donne in età tra i 40 ed i 49 anni è tuttora da ritenersi argomento di ricerca.

Le indicazioni operative per i programmi di screening mammografico possono essere sintetizzate nei seguenti punti:

1. Popolazione oggetto del programma: donne residenti in una definita area geografica, di età compresa tra 50 e 70 anni;
2. Test di screening: mammografia con periodicità biennale;
3. Modalità di invito: invito personalizzato con almeno un secondo invito per le non rispondenti;
4. Esami di approfondimento: esame clinico e quello citologico (manuale o stereotassico/ecoguidato);
5. Controllo periodico dei risultati: tasso di partecipazione, frequenza e stadio delle neoplasie diagnosticate, ecc.

Considerando i costi di un programma di screening e le difficoltà diagnostiche del carcinoma della mammella specie in fase pre-clinica, appare opportuno che tutto il percorso diagnostico venga ottenuto in una unica sede qualificata e controllata.

Pazienti sintomatiche:

A differenza dello screening che si rivolge a persone asintomatiche, per le donne con sintomi (generalmente un nodulo autopalpato) deve essere previsto, a maggior ragione, un percorso chiaro e facilmente fruibile.

Terapia:

In questa sede non appare particolarmente importante trattare l'argomento se non per segnalare che, per quanto riguarda l'approccio chirurgico (che comunque in queste come in moltissime altre forme di tumore rappresenta solo un aspetto di una terapia molto più composita), esso prevede la asportazione più o meno ampia di parte della mammella (fino alla mastectomia per i tumori di dimensioni maggiori di 3 cm) e della cosiddetta dissezione ascellare (cioè la completa asportazione dei linfonodi del cavo ascellare). Attualmente la dissezione è sostituita dalla metodica detta del "linfonodo sentinella". Si tratta del metodo più efficace, allo stato attuale, per evitare in molti casi (nei tumori di dimensioni fino a poco più di 2 cm) la dissezione ascellare.

La localizzazione del linfonodo sentinella deve essere eseguita in donne nelle quali un esame agobiottico o citologico con agoaspirato abbia rilevato la presenza di un carcinoma mammario. I linfonodi ascellari devono essere clinicamente negativi, le lesioni neoplastiche non devono essere multifocali o multicentriche e la donna non deve essere in gravidanza o in allattamento. Inoltre è sconsigliabile sottoporre a questa metodica pazienti con neoplasie mammarie di dimensioni superiori a 3 cm infatti in questi casi oltre al rischio elevato di metastasi (60%) è altresì aumentato il rischio di salto del linfonodo sentinella perché totalmente metastatico.

Consiste nell'iniettare un tracciante radioattivo o un colorante vitale nella zona peritumorale; il primo linfonodo che riceve la linfa dalla zona del tumore è quello che più probabilmente viene invaso dalle cellule tumorali. Questo linfonodo, definito "sentinella" viene individuato e rimosso selettivamente dal chirurgo nel corso dell'intervento: se contiene cellule tumorali si procede alla dissezione ascellare, altrimenti la si può evitare.

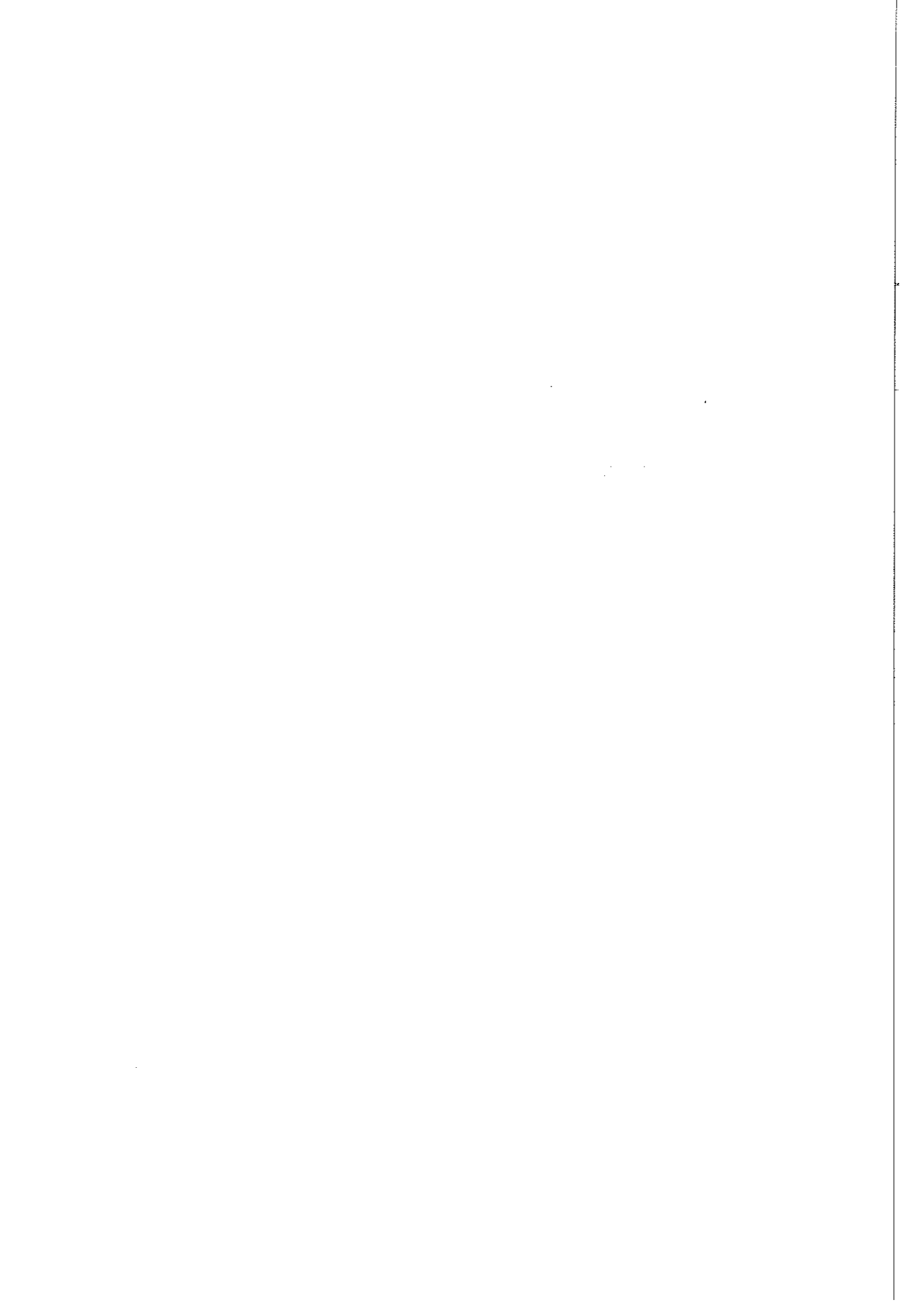
Questa procedura, sebbene ormai ampiamente validata dai dati della letteratura internazionale, è da ritenersi affidabile a condizione che venga eseguita in centri specialistici che abbiano dimostrato la loro esperienza nell'ambito di studi clinici controllati.

Chemioterapia (neoadiuvante, adiuvante o "di necessità")

Radioterapia

Ormonoterapia

DOCUMENTAZIONE FORNITA DAGLI AUDITI
NELLA SEDUTA DEL 20 OTTOBRE 2004



Dott.ssa Pellegrini

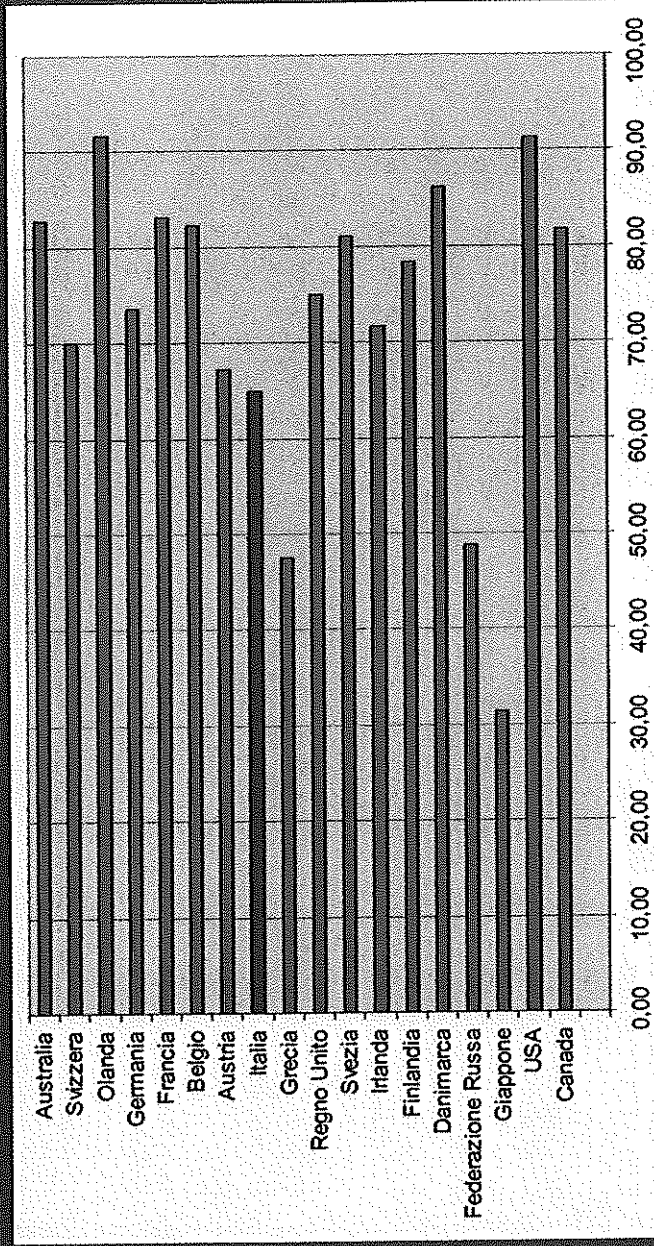


**Indagine conoscitiva sulle iniziative di
prevenzione del tabagismo e del tumore
del seno in Italia**

*Audizione della Dott.ssa Laura Pellegrini
Direttore dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali
20 ottobre 2004*

Senato della Repubblica 12^{esima} Commissione Permanente Igiene e Sanità

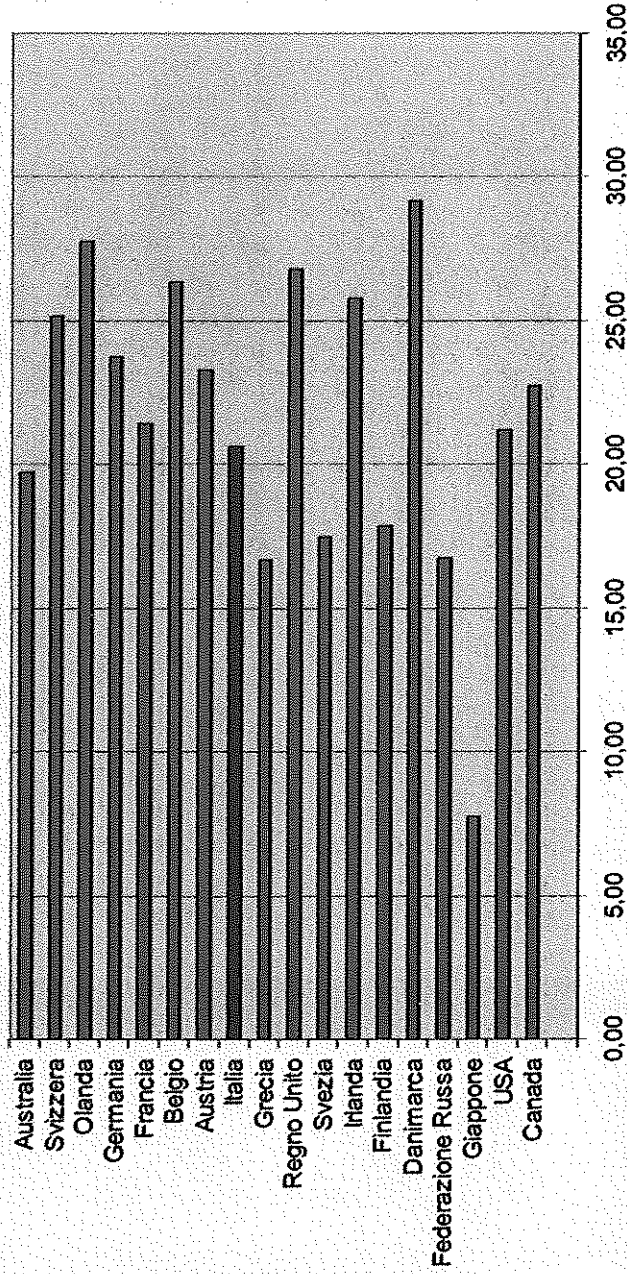
Cancro Mammella - Tasso di incidenza standardizzato per età (100.000/aa) (ASR-world)



Fonte: GLOBOCAN 2000



Cancro Mammella - Tasso di mortalità standardizzato per età (100.000/aa) (ASR-world)



Fonte: GLOBOCAN 2000



Cancro della mammella Ricoveri per Regione 2002

Regione	Nro Ricoveri (Ord.) per Cancro mammella	Tot. ricoveri (Ord.) Femm. >20	% ric. cancro mam. / tot ric femm >20
Piemonte	3.888	259.343	1,50
Valle d'Aosta	139	6.820	2,04
Lombardia	11.900	727.574	1,64
Basilicata	57	10.337	0,55
Trento	510	35.190	1,45
Veneto	4.933	325.333	1,52
Friuli V.G.	1.832	84.086	2,18
Liguria	1.614	119.537	1,35
Emilia Romagna	4.581	310.831	1,47
Toscana	3.591	252.743	1,42
Umbria	854	59.230	1,44
Marche	1.499	107.497	1,39
Lazio	5.854	427.688	1,37
Abruzzo	936	130.697	0,716
Molise	80	20.532	0,39
Campania	2.895	150.277	0,19
Puglia	2.759	235.810	0,80
Basilicata	311	36.062	0,86
Calabria	229	134.523	0,17
Sicilia	3.273	384.081	0,85
Sardegna	239	120.277	0,20
Italia	53.946	4.361.100	1,24

Ricoveri (Ordinati) con diagnosi principale: Tumori maligni della mammella della donna (ICDIX da 174.0 a 174.9)

Popolazione femminile al 1 Gennaio 2001 = 29.749.160

Popolazione femminile con età >20 al 1 Gennaio 2001 = 24.228.054

Elaborazioni ASSR su dati SDO_2002 (Ministero della Salute)



Cancro della mammella Ricoveri per Regione - per fascia di età e incidenza % Anno 2002

Regione	Nro Ricoveri (Ord.) per Cancro	20-29	30-40	41-50	51-60	61-70	>70
Piemonte	3.888	0,10	4,14	15,72	21,55	25,59	32,90
Valle d'Aosta	139	0,00	10,79	19,42	21,58	33,81	14,39
Lombardia	11.900	0,48	6,90	18,25	23,74	25,33	25,30
Bolzano	357	0,00	5,60	11,76	23,81	23,81	35,01
Trento	510	0,20	3,14	10,78	23,92	30,78	31,18
Veneto	4.933	0,26	4,62	15,51	23,29	26,01	30,31
Friuli V.G.	1.832	0,38	4,20	16,98	24,24	24,62	29,59
Liguria	1.614	0,25	3,78	13,38	19,58	25,90	37,11
Emilia Romagna	4.581	0,35	5,04	16,37	22,44	25,32	30,47
Toscana	3.591	0,31	4,59	15,85	22,36	25,76	31,13
Umbria	854	0,35	5,27	18,38	23,89	24,82	27,28
Marche	1.499	0,20	5,00	16,28	22,15	27,08	29,29
Lazio	5.854	0,32	6,49	18,64	23,11	25,64	25,79
Abruzzo	996	0,10	7,23	16,16	20,08	26,41	30,02
Molise	192	1,04	6,77	15,10	25,00	18,23	33,85
Campania	2.835	0,81	7,30	21,16	22,86	22,72	25,15
Puglia	2.759	0,51	7,03	19,83	24,50	23,38	24,76
Basilicata	317	0,00	6,31	18,30	21,77	23,97	29,65
Calabria	756	0,40	5,56	16,27	23,28	23,81	30,69
Sicilia	3.273	0,49	7,09	19,34	21,63	23,95	27,50
Sardegna	1.266	0,63	6,71	19,67	24,41	23,22	25,36
Italia	55.946	0,38	5,86	17,44	22,92	25,16	28,24

Note:

Ricoveri (Ordini) con diagnosi principale: Tumori maligni della mammella della donna (ICDIX da 174.0 a 174.9)

Elaborazioni ASSR su dati SDO_2002 (Ministero della Salute)



Confronto Interventi di Mastectomia - Quadrantectomia Anno 2002

Regione	Totale interventi Chirurgici*	% Quadrantec.	Degenza Media Ric. Ord. Mastectomia	Degenza Media Ric. Ord. Quadrantectomia	Regione
Piemonte	3.002	58,39	7,20	4,77	Piemonte
Valle d'Aosta	112	75,21	7,75	5,20	Valle d'Aosta
Lombardia	9.991	64,00	7,84	4,93	Lombardia
Emilia Romagna	217	50,27	10,35	8,68	Emilia Romagna
Trento	416	54,81	8,63	6,48	Trento
Veneto	3.668	50,90	7,27	5,11	Veneto
Friuli Venezia Giulia	1.410	51,70	7,60	4,97	Friuli Venezia Giulia
Liguria	1.202	63,17	7,63	5,16	Liguria
Emilia Romagna	3.923	56,61	5,90	3,33	Emilia Romagna
Toscana	2.932	62,89	6,87	4,80	Toscana
Umbria	693	66,98	6,06	4,03	Umbria
Marche	1.180	51,27	5,28	4,24	Marche
Lazio	3.963	56,83	9,09	6,95	Lazio
Abruzzo	613	53,83	8,68	6,83	Abruzzo
Molise	118	59,39	8,24	7,23	Molise
Campania	2.048	55,66	8,21	6,62	Campania
Puglia	2.003	54,87	9,60	7,33	Puglia
Basilicata	166	44,57	5,95	4,73	Basilicata
Calabria	505	38,27	9,08	6,85	Calabria
Sicilia	2.288	59,53	6,27	4,49	Sicilia
Sardegna	891	45,14	10,43	6,89	Sardegna
Italia	41.341	57,93	7,69	5,27	Italia

*Mastectomia + Quadrantectomia

La degenza media considera i ricoveri in regime ord. che hanno effettuato un intervento di Mast. o Quadrantec. come intervento principale

Elaborazioni ASSR su dati SDO 2002 (Ministero della Salute)

Interventi di Mastectomia - Quadrantectomia Distribuzione per fascia età e incidenza % Italia Anno 2002

Italia	Nro Ricoveri	20-29	30-40	41-50	51-60	61-70	>70
Interventi di Mastectomia	17.373	0,33	5,57	14,94	19,17	22,92	37,07
Interventi di Quadrantectomia	23.968	0,40	5,93	19,44	26,02	27,41	20,80

Elaborazioni ASSR su dati SDO_2002 (Ministero della Salute)



Mastectomia - Quadrantectomia

Anno 2002

Regione	No Ricoveri Quadrantect.	No Ricoveri Mastectomie	Interventi di ricostruzione correlati a Mastectomia o Quadrantectomia	% interventi di ricostruzione correlati a Interventi di Quadrantect.	% interventi di ricostruzione correlati a interventi di Mastectomia	Regione
Piemonte	1.753	1.249	188	1,94	12,53	Piemonte
Valle d'Aosta	82	30	3	0,00	10,00	Valle d'Aosta
Lombardia	6.394	3.597	1.266	5,19		Lombardia
Bolzano	90	127	0	0,00	0,00	Bolzano
Trento	228	188	60	2,19		Trento
Veneto	1.867	1.801	533	1,34		Veneto
Friuli Venezia Giulia	729	681	237	8,37		Friuli Venezia Giulia
Liguria	799	403	110	6,38		Liguria
Emilia Romagna	2.221	1.702	400	3,24		Emilia Romagna
Toscana	1.838	1.094	373	8,32		Toscana
Umbria	478	215	88	6,28		Umbria
Marche	605	575	110	1,49		Marche
Lazio	2.252	1.711	300	1,38		Lazio
Abruzzo	330	283	23	1,21		Abruzzo
Molise	63	55	1	0,00		Molise
Campania	1.140	908	357	26,49		Campania
Puglia	1.099	904	216	11,56		Puglia
Basilicata	69	97	3	0,00		Basilicata
Calabria	168	337	19	1,79		Calabria
Sicilia	1.362	926	71	0,66		Sicilia
Sardegna	401	490	66	1,50		Sardegna
Italia	23.968	17.373	4.424	5,23	18,25	Italia

Elaborazioni ASSR su dati SDO_2002 (Ministero della Salute)



Alecuni indicatori relativi all'attività di prevenzione LEA - Anno 2002 - Programmi di Screening

	% pap test sulla pop.femminile 25-65 anni	% mammografie sulla pop.femminile 45-69	
Piemonte	13,7%	14,9%	Piemonte
Valle D'Aosta	23,5%	37,9%	Valle D'Aosta
Lombardia	10,4%	35,2%	Lombardia
Veneto	9,6%	14,8%	Veneto
Friuli Ven.Giulia	26,9%	28,8%	Friuli Ven.Giulia
Liguria	6,6%	30,4%	Liguria
Emilia Romagna	16,9%	28,1%	Emilia Romagna
Toscana	12,9%	25,0%	Toscana
Umbria	16,1%	11,9%	Umbria
Marche	17,3%	16,2%	Marche
Abruzzo		13,5%	Abruzzo
Molise	9,7%	14,5%	Molise
Puglia	1,1%	0,4%	Puglia
Basilicata	21,9%	20,8%	Basilicata
Calabria	8,1%	7,4%	Calabria
Sicilia	12,3%	21,0%	Sicilia
Sardegna	9,1%	6,8%	Sardegna

Ricoveri per i 43 DRG ad alto rischio di inappropriatazza Confronto anni 2001-2002

Regione	Ricoveri Totali		% Ricoveri DH (2001)	% Ricoveri DH (2002)
	2001	2002		
EMONTE	192.805	179.578	37,76	39,11
VALLE D'AOSTA	5.341	4.482	42,05	52,62
LOMBARDIA	535.853	515.009	33,51	40,02
PIEMONTE	27.592	27.104	15,06	24,67
TRENTO	22.210	20.387	33,79	41,71
VENETO	235.487	224.692	42,88	50,17
FRIULI VENEZIA G.	50.163	47.759	36,51	40,24
VALLE D'AOSTA	103.118	90.229	36,59	52,94
EMILIA ROMAGNA	216.087	203.382	51,09	51,81
TOSCANA	181.478	172.028	41,43	48,89
LAZIO	55.741	51.568	47,30	52,39
MARCHE	84.983	75.006	37,74	41,46
LAZIO	327.372	317.194	31,57	40,28
ABRUZZO	104.297	106.573	25,08	28,40
MOLISE	20.555	20.526	4,82	15,35
CAMPANIA	306.675	312.263	23,18	30,60
PUGLIA	283.293	238.669	24,54	32,32
BASILICATA	31.466	29.768	28,71	37,26
CALABRIA	129.507	124.898	22,07	27,53
SICILIA	325.170	349.177	35,30	41,84
SARDEGNA	102.803	102.575	31,44	31,37
ITALIA	3.341.996	3.219.996	33,61	39,66

Confronto 2001-2002 dei Ricoveri (Totali, Ordinari, Day Hospital) per i 43 DRG ad alto rischio di inappropriata secondo l'allegato 2C del DPCM del 29.11.2001 - DRG Medici

Regione	Totale ricoveri medici		% Ricoveri DH (2001)	% ricoveri DH (2002)
	2001	2002		
PIEMONTE	86.001	69.993	31,21	34,33
VALLE D'AOSTA	3.113	1.915	39,16	41,93
LOMBARDIA	262.194	237.788	31,79	34,97
BOLZANO	16.305	15.392	10,90	15,67
TRENTO	11.182	9.126	10,58	11,76
VENETO	100.351	88.781	19,49	22,69
FRIULI VENEZIA G.	17.907	15.905	30,18	28,85
LAZIO	65.407	58.424	41,81	46,98
EMILIA ROMAGNA	92.586	77.971	27,08	24,00
TOSCANA	82.877	74.356	25,97	29,02
UMBRIA	28.855	24.300	33,56	32,34
MARCHE	40.123	30.000	23,04	25,62
LAZIO	184.167	176.793	31,85	38,01
ABRUZZO	66.116	65.445	24,97	27,51
ISE	12.114	11.987	8,18	14,90
CAMPANIA	201.307	202.314	29,98	32,67
PUGLIA	186.236	146.120	29,16	21,74
BASILICATA	21.872	18.810	26,26	32,32
CALABRIA	86.616	81.567	24,11	30,40
SIGILIA	221.451	229.360	38,32	44,22
SARDEGNA	67.613	64.637	39,44	38,30
ITALIA	1.854.393	1.700.984	30,26	32,98

**Confronto 2001-2002 dei Ricoveri (Totali, Ordinari, Day Hospital)
per i 43 DRG ad alto rischio di inappropriatazza secondo
l'allegato 2C del DPCM del 29.11.2001 - DRG Chirurgici**

Regione	Totale ricoveri chirurgici		% Ricoveri DH (2001)	% ricoveri DH (2002)
	2001	2002		
MONTE	106.804	109.380	43,03	60,21
LE D'AOSTA	2.228	2.517	46,10	62,61
LOMBARDIA	273.659	277.611	35,16	44,36
BOLZANO	11.287	11.712	21,05	28,18
TRENTINO	11.028	11.261	57,32	65,99
PIEMONTE	135.136	135.911	60,24	68,11
FRIGI LI VENEZIA G.	32.256	31.854	40,02	45,92
VAL D'AOSTA	37.711	40.799	27,53	62,34
EMILIA ROMAGNA	123.501	125.411	69,10	69,09
MARCHE	98.601	97.672	54,43	64,02
LAZIO	26.886	27.268	62,05	70,25
ABRUZZO	44.860	43.006	50,88	52,50
MOLISE	143.205	140.401	31,20	43,14
VALLE D'AOSTA	38.181	41.128	25,27	29,63
EMILIA ROMAGNA	8.441	8.539	0,00	12,45
CAMPANIA	105.368	109.949	10,20	26,52
PUGLIA	97.057	92.549	15,68	22,47
BASILICATA	9.594	10.958	34,28	45,74
CALABRIA	42.891	43.331	17,95	22,97
SICILIA	103.719	119.817	28,88	37,28
SARDEGNA	35.190	37.938	16,06	19,56
ITALIA	1.487.603	1.519.012	37,78	47,12

Cancro della mammella Ricoveri per Regione 2002

Regione	Nro Ricoveri (Ord.) per Cancro mammella	Tot. ricoveri (Ord.) Femm. >20	% ric cancro mam. / tot ric femm >20
Piemonte	3.888	259.343	1,50
Valle d'Aosta	139	6.820	2,04
Lombardia	11.900	727.574	1,64
Trento	510	35.190	1,45
Veneto	4.933	325.333	1,52
Friuli Venezia	1.832	84.086	2,18
Liguria	1.614	119.537	1,35
Emilia Romagna	4.581	310.831	1,47
Toscana	3.591	252.743	1,42
Umbria	854	59.230	1,44
Marche	1.499	107.497	1,39
Lazio	5.854	427.688	1,37
Abruzzo	596	170.337	0,36
Molise	192	59.635	0,33
Campania	2.805	400.477	0,71
Puglia	2.759	345.810	0,80
Basilicata	317	38.064	0,83
Calabria	256	154.523	0,16
Sardegna	3.273	381.061	0,86
Italia	53.946	4.361.100	1,24

Ricoveri (Ordinati) con diagnosi principale: Tumori maligni della mammella della donna (ICDIX da 174,0 a 174,9)

Popolazione femminile al 1 Gennaio 2001 = 29.749.160

Popolazione femminile con età > 20 al 1 Gennaio 2001 = 24.228.054

Elaborazioni ASSR su dati SDO_2002 (Ministero della Salute)

Cancro della mammella

Ricoveri per Regione - per fascia di età e incidenza % Anno 2002

Regione	Mfo Ricoverti (Ord.) per Cancro	20-29	30-40	41-50	51-60	61-70	>70
Piemonte	3.888	0,10	4,14	15,72	21,55	25,59	32,90
Valle d'Aosta	139	0,00	10,79	19,42	21,58	33,81	14,39
Lombardia	11.900	0,48	6,90	18,25	23,74	25,33	25,30
Bolzano	357	0,00	5,60	11,76	23,81	23,81	35,01
Trento	510	0,20	3,14	10,78	23,92	30,78	31,18
Veneto	4.933	0,26	4,62	15,51	23,29	26,01	30,31
Friuli Venezia Giulia	1.832	0,38	4,20	16,98	24,24	24,62	29,59
Liguria	1.614	0,25	3,78	13,38	19,58	25,90	37,11
Emilia Romagna	4.581	0,35	5,04	16,37	22,44	25,32	30,47
Toscana	3.591	0,31	4,59	15,85	22,36	25,76	31,13
Umbria	854	0,35	5,27	18,38	23,89	24,82	27,28
Marche	1.499	0,20	5,00	16,28	22,15	27,08	29,29
Lazio	5.854	0,32	6,49	18,64	23,11	25,64	25,79
Abruzzo	996	0,10	7,23	16,16	20,08	26,41	30,02
Molise	192	1,04	6,77	15,10	25,00	18,23	33,85
Campania	2.835	0,81	7,30	21,16	22,86	22,72	25,15
Puglia	2.759	0,51	7,03	19,83	24,50	23,38	24,76
Basilicata	317	0,00	6,31	18,30	21,77	23,97	29,65
Calabria	756	0,40	5,56	16,27	23,28	23,81	30,69
Sicilia	3.273	0,49	7,09	19,34	21,63	23,95	27,50
Sardegna	1.266	0,63	6,71	19,67	24,41	23,22	25,36
Italia	53.946	0,10	4,14	15,72	21,55	25,59	32,90

Note:

Ricoveri (Ordinati) con diagnosi principale: Tumori maligni della mammella della donna (ICDIX da I74.0 a I74.9)

Elaborazioni ASSR su dati SDO - 2002 (Ministero della Salute)

Interventi di Mastectomia - Quadrantectomie Distribuzione per fascia età e incidenza % Italia Anno 2002

Italia	Tot. Ricoveri	20-29	30-40	41-50	51-60	61-70	>70
Interventi di Mastectomia	17.373	0,33	5,57	14,94	19,17	22,92	37,07
Interventi di Quadrantectomia	23.968	0,40	5,93	19,44	26,02	27,41	20,80

Elaborazioni ASSR su dati SDO_2002 (Ministero della Salute)

Confronto Interventi di Mastectomia - Quadrantectomia Anno 2002

Regione	Totale Interventi Chirurgici *	% Quadrantec.	Degenza Media RIC Ord. Mastectomia	Degenza Media RIC Ord. Quadrantectomia	Regione
Piemonte	3.002	58,39	7,20	4,77	Piemonte
Valle d'Aosta	112	73,21	7,75	3,30	Valle d'Aosta
Lombardia	9.991	68,08	7,84	4,93	Lombardia
Trentino	217	55,47	10,33	5,63	Trentino
Veneto	416	54,81	8,63	6,48	Trentino
Veneto	3.668	50,90	7,27	5,11	Veneto
Friuli Venezia Giulia	1.410	51,70	7,60	4,97	Friuli Venezia Giulia
Emilia Romagna	1.202	66,47	7,63	5,16	Emilia Romagna
Emilia Romagna	3.923	56,61	6,30	3,70	Emilia Romagna
Lazio	2.932	62,63	6,87	4,80	Lazio
Lazio	693	68,23	6,06	4,03	Lazio
Campania	1.180	51,27	5,89	4,24	Campania
Lazio	3.963	56,83	9,09	6,95	Lazio
Abruzzo	613	53,83	8,68	6,63	Abruzzo
Umbria	118	53,39	13,41	7,86	Umbria
Campania	2.048	55,66	8,24	6,62	Campania
Puglia	2.003	54,87	9,60	7,33	Puglia
Calabria	166	55,77	10,59	6,79	Calabria
Calabria	505	55,25	9,08	6,65	Calabria
Sicilia	2.288	59,53	6,27	4,49	Sicilia
Marche	891	55,44	10,33	6,61	Marche
Italia	41.341	57,98	7,69	5,27	Italia

* Mastectomia + Quadrantectomia

La degenza media considera i ricoveri in regime ord. che hanno effettuato un intervento di Mast. o Quadrantec. come intervento principale

Elaborazioni ASSR su dati SDO_2002 (Ministero della Salute)

Mastectomia - Quadrantectomia

Anno 2002

Regione	No Ricoveri Quadrantect.	No Ricoveri Mastectomie	Interventi di ricostruzione correlati a Mastectomia o Quadrantectomia	% Interventi di ricostruzione correlati a Interventi di Quadrantect.	% Interventi di ricostruzione correlati a Interventi di Mastectomia	Regione
Piemonte	1.753	1.249	188	1,94	12,33	Piemonte
Vale d'Aosta	82	30	3	0,00	10,00	Vale d'Aosta
Lombardia	6.394	3.597	1.266	5,19	25,97	Lombardia
Bolzano	90	127	0	0,00	0,00	Bolzano
Trento	228	188	60	2,19	20,26	Trento
Veneto	1.867	1.801	533	1,34	28,21	Veneto
Friuli Venezia Giulia	729	681	237	8,37	25,35	Friuli Venezia Giulia
Liguria	799	403	110	6,38	14,64	Liguria
Emilia Romagna	2.221	1.702	400	3,24	19,27	Emilia Romagna
Toscana	1.838	1.094	373	8,32	20,11	Toscana
Umbria	478	215	88	6,28	26,93	Umbria
Marche	605	575	110	1,49	17,57	Marche
Lazio	2.252	1.711	300	1,38	15,72	Lazio
Abruzzo	330	283	23	1,21	6,21	Abruzzo
Molise	63	55	1	0,00	0,00	Molise
Campania	1.140	908	357	3,07	39,36	Campania
Puglia	1.099	904	216	1,60	24,38	Puglia
Basilicata	69	97	3	0,00	3,09	Basilicata
Calabria	168	337	19	1,79	4,73	Calabria
Sicilia	1.362	926	71	0,66	6,20	Sicilia
Sardegna	401	490	66	1,50	12,24	Sardegna
Italia	23.968	17.372	4.424	5,23	18,25	Italia

Elaborazioni ASSR su dati SDO_2002 (Ministero della Salute)





Ministero della Salute

IL MINISTRO

VISTO l'art. 32 della Costituzione;

VISTO l'art. 117 della Costituzione, comma 2, *lettera m*;

VISTO il decreto-legge 12 giugno 2001, n. 217, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 agosto 2001, n. 317, che istituisce il Ministero della Salute identificandone le attribuzioni e trasferendo allo stesso le funzioni del Ministero della Sanità;

VISTO il decreto del Presidente della Repubblica 28 marzo 2003, n. 129, con cui è stato emanato il regolamento di organizzazione del Ministero della Salute;

VISTO l'art. 85, comma 4, della legge 23 dicembre 2000, n. 388, recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" (Legge Finanziaria 2001);

VISTA la legge 24 dicembre 2003, n. 350 recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" (Legge Finanziaria 2004);

CONSIDERATA la raccomandazione del 2 dicembre 2003 n. 2003/878-878, del Consiglio dell'Unione Europea, in materia di screening oncologico;

PRESO ATTO dell'impegno del governo a sviluppare ed attuare strategie efficaci per migliorare la prevenzione, lo screening, la diagnosi, la cura e la post-terapia dei tumori;

VISTO il decreto-legge 18 maggio 2004, n. 81, recante "Interventi urgenti per fronteggiare situazioni di pericolo per la salute pubblica" convertito, con modificazioni, dalla legge 26 maggio 2004, n. 138;

RICHIAMATO in particolare l'art. 2-bis, comma 1, del suddetto decreto che, per il triennio 2004-2006, prevede la redazione di un programma destinato alla prevenzione secondaria dei tumori e per l'attivazione del nuovo screening per il cancro del colon retto nonché al consolidamento degli interventi già avviati per lo screening del cancro della mammella e del collo dell'utero;

VISTA la necessità di redigere un programma che garantisca, in tutto il territorio, la massima qualità al riguardo, e che consenta di uniformare, a livello nazionale, l'offerta di strutture per la lotta ai tumori, eliminando le notevoli differenze esistenti nelle varie regioni in termini di accesso allo screening, alla diagnosi e al trattamento;

PRECISATO che sarà rimesso ad un successivo decreto ministeriale, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, la definizione delle modalità e dei criteri per l'attuazione del citato programma;

RITENUTO che all'interno del Ministero della Salute non sono presenti professionalità tali da garantire un approfondimento scientifico sistematico delle tematiche di che trattasi e che pertanto emerge la necessità di richiedere la collaborazione di eminenti professionisti e studiosi nel campo dell'oncologia medica

DECRETA

Articolo 1

1. Sono istituiti, presso il Ministero della Salute, tre gruppi di lavoro sugli screening oncologici come di seguito denominati:
 - Gruppo di lavoro per lo screening del tumore della cervice dell'utero;
 - Gruppo di lavoro per lo screening del tumore della mammella;
 - Gruppo di lavoro per lo screening del tumore del colon retto.

Articolo 2

1. I Gruppi di lavoro durano in carica sei mesi e sono rinnovabili

Articolo 3

1. I suddetti gruppi di lavoro operano al fine di definire un programma atto a conseguire l'applicazione degli screening in almeno l'80% dei soggetti aventi titolo e finalizzato a rimuovere gli squilibri sanitari e sociali connessi alla disomogenea situazione registrabile tra le varie realtà regionali in materia di prevenzione secondaria dei tumori e per attivare il nuovo screening per il cancro del colon retto. In particolare, ai gruppi sarà richiesto di elaborare documenti sulle pratiche dotate della migliore evidenza scientifica e della ottimale attuabilità, quali:
 - a. linee guida sull'offerta e attuazione di modelli organizzativi degli screening coerenti con il Programma Nazionale linee guida;
 - b. modelli di sistemi informativi e di registrazione comprendenti indicatori di monitoraggio e di performance;
 - c. modelli di comunicazione alla popolazione;
 - d. supervisione dell'andamento del programma;
 - e. indicatori di efficacia dei programmi;
 - f. definizione dei protocolli di approfondimento e trattamento dei soggetti positivi allo screening.

Articolo 4

1. Il Gruppo di lavoro per lo screening del tumore della cervice dell'utero, coordinato dal prof. Sergio PECORELLI è così composto:

- Massimo Confortini, Biologo Laboratorista, Direttore Laboratorio Analisi CSPIO di Firenze, Segretario del GISCI (Gruppo Italiano Screening citologici);
- Tiziano Maggino, Ginecologo, Primario U.O. Ginecologia Ospedale di Mira (VE), già Presidente della Società Europea di Oncologia Ginecologica ed esperto di screening del collo dell'utero;
- Antonio Federici, dell'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio;
- Franco Romano, dirigente Centro oncologico Civico Palermo;
- Adalberto Vecchi, direttore fisiopatologia Ospedali Riuniti di Ancona;
- Enrico Nava, direttore Servizio Educazione alla Salute APSS Trento;

coadiuvano il Gruppo, per il Ministero della Salute:

- Giovan Battista Ascone, direttore dell'Ufficio II del Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione;
- Sara Terenzi, collaboratore medico presso la Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria

2. Il Gruppo di lavoro per lo screening del tumore della mammella, coordinato dal Prof. Umberto VERONESI è così composto:

- Luigi Bisanti, epidemiologo ed esperto di organizzazione sanitaria, responsabile screening oncologici ASL I Milano e responsabile studio di ricerca RIBES sull'utilizzo negli screening mammografici dell'ecografia nei seni densi;
- Enrico Cassano, radiologo, responsabile servizio di imaging mammario IEO;
- Marco Petrella, igienista ASL Perugia;
- Carlo Naldoni, oncologo, responsabile screening Regione Emilia Romagna
- Enzo Lattanzio, senologo, policlinico di Bari;
- Marina Scarinci, Direttore Servizio screening AUSL Roma D;

coadiuvano il Gruppo, per il Ministero della Salute:

- Carlo Donati, dirigente in servizio presso la Direzione Generale del Sistema Informativo del Ministero della Salute;
- Rossella Lufino, specialista dell'area della prevenzione in servizio presso la Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria

3. Il Gruppo di lavoro per lo screening del tumore del colon retto, coordinato dal Prof. Ermanno LEO, è così composto:

- Carlo Senore, epidemiologo Centro Prevenzione Oncologica del Piemonte, Torino e responsabile dello studio di Ricerca SCORE sull'utilizzo dei vari tests nello screening per i tumori del colon-retto, nonché referente del GISCOR (Gruppo Italiano Screening Colon Retto);
- Renzo Cestari, cattedra di endoscopia digestiva Università di Brescia (Azienda Spedali Civili di Brescia) e co-redattore delle Linee Guida Nazionali per lo screening dei tumori colon-retto;
- Lucio Capurso, Direttore U.O.C. gastroenterologia e malattie nutrizionali - A.C.O. San Filippo Neri di Roma;
- Elena Piazza, Regione Lombardia;
- Giovanni Fabrizio, Primario Chirurgia dell'Ospedale "Vietri" di Larino, Regione Molise;
- Gabriella Cauzillo, epidemiologa, Regione Basilicata;

coadiuvano il Gruppo, per il Ministero della Salute:

- Paolo D'Argenio, dirigente medico, direttore dell'Ufficio IX della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute;
- Laura Cialdea, specialista dell'area della prevenzione in servizio presso la Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria

Le funzioni di segreteria amministrativa dei tre Gruppi di lavoro, sono svolte dalla Sig.ra Patrizia Terenzi, assistente amministrativo in servizio presso la Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria.

Articolo 5

1. Gli oneri relativi alle spese di funzionamento dell'attività dei Gruppi di lavoro, graveranno sul capitolo di bilancio 4396 pari ad € 10.000.000.

Il presente decreto viene inoltrato, per i successivi adempimenti previsti, ai competenti Organi di controllo.

Roma,

IL MINISTRO



INDICE DI COPERTURA DEI PROGRAMMI DI SCREENING MAMMOGRAFICO IN ITALIA

Percentuale della popolazione Italiana che risiede in aree dove è attivo un programma di screening
Fascia di età considerata 50-69 anni

Fonte Survey Gruppo Italiano Screening Mammografico

REGIONE	2001	2002	2003
Valle D'Aosta	100%	100%	100%
Piemonte	100%	100%	100%
Lombardia	47.6%	40.0%	67.3%
Liguria	3.5%	15.5%	27.8%
Nord Ovest			
Veneto	52.0%	78.7%	69.5%
Trentino	52.5%	100%	100%
Alto Adige	-	-	100%
Friuli	-	-	-
Emilia Romagna	96.2%	90.0%	87.5%
Nord Est			
Toscana	85.1%	100%	100%
Umbria	39.4%	68.3%	88.5%
Marche	6.1%	-	-
Lazio	96.1%	84.4%	76.0%
Centro			
Abruzzo	-	-	54.7%
Molise	-	-	100%
Campania	-	-	-
Basilicata	100%	100%	100%
Puglia	-	-	
Calabria	-	-	
Sud			
Sardegna	-	-	
Sicilia	12.5%	12.5%	10.0%
Isole			
ITALIA	46.4%	46.6%	52.4%

INDICE DI COPERTURA EFFETTIVA DEI PROGRAMMI DI SCREENING MAMMOGRAFICO IN ITALIA

Percentuale della popolazione Italiana realmente invitata rispetto alla popolazione residente
Fascia di età considerata 50-69 anni

Fonte Survey Gruppo Italiano Screening Mammografico

REGIONE	2001	2002	2003
Valle D'Aosta	77.3%	100%	76.8%
Piemonte	54.0%	48.6%	45.8%
Lombardia	33.2%	35.3%	56.7%
Liguria	3.5%	9.4%	29.3%
Nord Ovest			
Veneto	27.5%	58.7%	59.3%
Trentino	34.0%	82.2%	52.5%
Alto Adige	-	-	-
Friuli	-	-	-
Emilia Romagna	90.7%	84.8%	80.5%
Nord Est			
Toscana	78.8%	76.0%	88.4%
Umbria	39.4%	78.4%	74.0%
Marche	6.1%	-	-
Lazio	19.5%	37.1%	35.0%
Centro			
Abruzzo	-	-	33.4%
Molise	-	-	44.8%
Campania	-	-	-
Basilicata	100%	100%	105.9%
Puglia	-	-	-
Calabria	-	-	-
Sud			
Sardegna	-	-	-
Sicilia	12.5%	5.9%	11.2%
Isole			
ITALIA	29.5%	32.8%	38.7%

INDICE DI PARTECIPAZIONE DEI PROGRAMMI DI SCREENING MAMMOGRAFICO IN ITALIA

Percentuale della donne partecipanti rispetto alla popolazione invitata (gli inviti inesitati sono stati esclusi)

Fascia di età considerata 50-69 anni

Fonte Survey Gruppo Italiano Screening Mammografico

REGIONE	2001	2002	2003
Valle D'Aosta	67.5%	62.1%	66.4%
Piemonte	51.1%	56.2%	59.4%
Lombardia	43.6%	52.5%	60.4%
Liguria	60.1%	51.9%	48.8%
Nord Ovest			
Veneto	64.1%	59.4%	58.7%
Trentino	56.3%	54.8%	77.2%
Alto Adige			44.1%
Friuli			
Emilia Romagna	62.4%	64.9%	70.3%
Nord Est			
Toscana	60.8%	63.9%	64.2%
Umbria	50.8%	66.1%	68.7%
Marche	74.2%		
Lazio	49.4%	40.4%	42.6%
Centro			
Abruzzo			55.6%
Molise			44.9%
Campania			
Basilicata	36.5%	51.4%	47.0%
Puglia			
Calabria			
Sud			
Sardegna			
Sicilia	24.4%	28.9%	16.4%
Isole			
ITALIA	53.6%	57.0%	59.3%

INDICE DI PARTECIPAZIONE AGGIUSTATA DEI PROGRAMMI DI SCREENING MAMMOGRAFICO IN ITALIA

Percentuale della donne partecipanti rispetto alla popolazione invitata (oltre agli inviti inesitati sono stati escluse anche le donne che riferivano di aver avuto una Mammografia recente)

Fascia di età considerata 50-69 anni

Fonte Survey Gruppo Italiano Screening Mammografico

REGIONE	2001	2002	2003
Valle D'Aosta	68.1%	62.4%	70.0%
Piemonte	53.8%	58.9%	61.7%
Lombardia	47.6%	58.5%	66.0%
Liguria	73.7%	56.8%	55.0%
Nord Ovest			
Veneto	70.1%	68.1%	68.3%
Trentino	61.3%	61.3%	82.3%
Alto Adige			44.1%
Friuli			
Emilia Romagna	65.5%	68.3%	73.5%
Nord Est			
Toscana	62.7%	65.6%	66.2%
Umbria	50.8%	66.5%	73.2%
Marche	74.2%		
Lazio	50.4%	42.2%	45.5%
Centro			
Abruzzo			58.2%
Molise			45.0%
Campania			
Basilicata	36.5%	51.4%	47.0%
Puglia			
Calabria			
Sud			
Sardegna			
Sicilia	24.6%	28.9%	16.4%
Isole			
ITALIA	56.5%	60.9%	63.3%



Ministero della Salute

Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie

CCM

Bozza di Piano per lo Screening del Cancro del Seno,

della Cervice Uterina e del Colon-retto

Legge n. 138 del 26 Maggio 2004 (art. 2 bis)

Introduzione

La legge n. 138 del 26 Maggio 2004, all'art. 2bis, prevede interventi orientati alla prevenzione oncologica, attraverso l'estensione dei programmi di screening di massa per il cancro del seno, della cervice uterina e del colon retto, ed il miglioramento della copertura di tali programmi. Il testo della legge è esplicativo, per cui viene riportato integralmente:

- 1. Per rimuovere gli squilibri sanitari e sociali connessi alla disomogenea situazione registrabile tra le varie realtà regionali in materia di prevenzione secondaria dei tumori e per attivare il nuovo screening per il cancro del colon retto raccomandato anche dalla Unione europea, lo Stato destina risorse aggiuntive e promuove un intervento speciale, per il triennio 2004-2006, per la diffusione dello screening del cancro del colon retto ed il contestuale consolidamento degli interventi già in atto per lo screening del cancro alla mammella e del collo dell'utero, da realizzarsi in collegamento con l'assistenza sanitaria di base, anche attraverso l'implementazione di linee di ricerca biomedica e organizzativa in grado di incrementare le potenzialità diagnostiche e terapeutiche in campo oncologico.*
- 2. Le modalità ed i criteri per la realizzazione del programma di cui al comma 1 sono adottati, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, con decreto del Ministro della salute, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.*
- 3. Per la realizzazione del programma e' autorizzata la spesa di euro 10.000.000 per l'anno 2004, di euro 20.975.000 per l'anno 2005 e di euro 21.200.000 per l'anno 2006 per la concessione da parte del Ministero della salute di finanziamenti finalizzati alle regioni, alle province autonome di Trento e di Bolzano, alle fondazioni istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), agli IRCCS non trasformati in fondazioni e all'Istituto superiore di sanità.*
- 4. All'onere derivante dal presente articolo si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2004-2006, nell'ambito dell'unità previsionale di base di parte corrente «Fondo speciale» dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2004, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute.*

Questo piano intende fornire i primi elementi operativi per l'attivazione del mandato di legge.

IL CANCRO AL SENO

Dimensioni del problema

Nel 2002 in Italia il carcinoma della mammella ha causato la morte di 11.546 donne (17 per 100,000 donne).

Il carcinoma della mammella costituisce il 28% di tutti i casi di tumore diagnosticati nella popolazione femminile e rappresenta la neoplasia più frequente tra le donne. E' il principale tumore trattato nei diversi centri di oncologia in Italia con 31.960 casi nel 2001.

Il cancro del seno rappresenta il 16% di tutti i decessi attribuibili al cancro, tra le donne.

Mentre l'incidenza del tumore al seno è in costante aumento negli ultimi 20 anni (dai 115 casi per centomila donne del 1986 a 135 nuovi casi per centomila donne della fine degli anni novanta), la mortalità per il carcinoma della mammella è in lieve diminuzione dal 1980 ad oggi e alla fine degli anni '90 si attesta intorno ai 35 decessi per 100.000 donne.

La sopravvivenza a cinque anni stimata dai registri italiani al 2000 è circa l'80% con un costante miglioramento negli ultimi 20 anni.

Le azioni

Lo screening mammografico è, secondo i più autorevoli dati scientifici, in grado di ridurre la mortalità per cancro al seno, nelle donne tra i 50 e i 70 anni, di circa il 30% e ridurre l'invasività degli interventi.

Nel nostro Paese quindi lo screening di massa potrebbe prevenire circa 3.000 decessi all'anno.

L'efficacia dello screening biennale è uguale a quella dello screening annuale: per questo è consigliata la cadenza biennale.

Lo screening mammografico è proposto dal Servizio Sanitario da oltre 20 anni. Dai dati del secondo rapporto dell'Osservatorio Nazionale per la Prevenzione dei Tumori Femminili emerge che, nel 2001, i programmi di screening si estendevano, a livello nazionale, al 47% della popolazione target (50-69 anni); l'adesione, ossia la quota di donne invitate che eseguono l'esame, era pari al 54%, con una notevole variabilità tra le Regioni (dal 60% della Liguria al 24% della Sicilia).

Un'indagine sullo stato di attuazione dello screening del 2003 ci dice che le Regioni hanno adottato provvedimenti normativi e linee guida per incrementare l'offerta dello screening.

IL CANCRO DELLA CERVICICE UTERINA

Dimensioni del problema

Il carcinoma del collo dell'utero, nei Paesi industrializzati, è la seconda forma tumorale più diffusa tra le donne al di sotto dei 50 anni ed è al primo posto, in molti Paesi in via di sviluppo, nella fascia di età compresa tra i 35 e i 45 anni.

In Italia, dove il cervicocarcinoma è al quinto posto, per incidenza, dopo il tumore della mammella, del colon-retto, del polmone e dell'endometrio, ci sono, ogni anno, circa 3.000 nuovi casi e circa 1000 morti.

Azioni

Lo screening si basa sul Pap test effettuato ogni tre anni alle donne in età compresa tra i 25 ed i 64 anni.

L'introduzione dello screening ha permesso, negli ultimi anni, una notevole diminuzione della mortalità da carcinoma del collo dell'utero; in conseguenza della diffusione di tali programmi, durante gli ultimi 30-40anni, la mortalità si è ridotta del 30-60% in Europa e del 70% in Italia.

Secondo i dati dell'Osservatorio Nazionale per la Prevenzione dei Tumori Femminili, alla fine del 2002, i programmi organizzati di screening erano rivolti a 8.415.285 donne, poco più della metà delle donne, in età compresa tra i 25 e i 64 anni, che vivono in Italia. In 12 regioni e province autonome, lo screening raggiungeva potenzialmente tutte le donne residenti in età da screening, ma lo squilibrio tra regioni del centro-nord, con oltre il 60% delle donne invitate allo screening e regioni del sud (con solo il 28%) era considerevole.

D'altra parte, l'adesione delle donne all'invito è ancora insufficiente, in quanto è in media del 47%, con punte che rasentano l'80% in alcune aree del paese.

Anche indipendentemente dai programmi organizzati dalle ASL, secondo l'ISTAT, che stima la percentuale delle donne di 25-64 anni che ha effettuato almeno una volta nella vita un Pap test, le differenze tra le regioni del nord e del sud dell'Italia sono evidenti: da un massimo del 77% del Trentino Alto Adige al minimo del 34% della Calabria.

Tuttavia, da un'indagine sullo stato di attuazione dei programmi di screening per i tumori del collo dell'utero effettuata nel 2003, è emerso che quasi tutte le Regioni hanno adottato, al fine di supportare tali programmi, iniziative legislative e linee guida.

IL CANCRO DEL COLON RETTO

Dimensione del problema

Il cancro del colon retto (CCR) è una delle neoplasie a più elevata morbosità e mortalità nei Paesi occidentali; in Italia rappresenta la seconda causa di morte per tumore, dopo il cancro al polmone tra gli uomini, e dopo il cancro del seno tra le donne: circa 34.000 sono i soggetti che si ammalano ogni anno di carcinoma colon-rettale con una elevata mortalità (circa 19.000 decessi). Vi è una incidenza variabile nelle diverse regioni: da 26 a 53 casi per anno ogni 100.000 abitanti. I tassi più elevati si registrano nel Centro-Nord del Paese.

Questi dati indicano che il cancro del colon retto può essere considerato una delle emergenze nazionali, sia in termini di malattia che di costi sociali ed economici, tanto da essere posto negli ultimi Piani Sanitari Nazionali come una delle priorità di intervento.

Azioni

Non sempre la diagnosi del CCR è fatta in stadio precoce, quando cioè l'intervento chirurgico può portare a guarigione.

E' dimostrato che i metodi di screening attualmente disponibili sono in grado di diagnosticare più del 50% di CCR, negli stadi più precoci e quindi maggiormente suscettibili di guarigione, tramite l'asportazione chirurgica che aumenta le chances di eradicazione totale, senza diffusione metastatica.

I principali test di screening per la diagnosi del CCR in pazienti asintomatici sono la ricerca di sangue occulto nelle feci e la sigmoidoscopia. Altri test di screening, meno frequentemente usati sono il clisma opaco e la colonscopia, proposti soprattutto a pazienti ad alto rischio.

La ricerca di sangue occulto nelle feci ha il vantaggio di essere un test non invasivo, a basso costo ed accettabile da soggetti asintomatici. La presenza di sangue occulto nelle feci può segnalare la presenza di un sanguinamento dovuto ad un adenoma (lesione precancerosa) o ad un carcinoma del colon retto in fase iniziale. Questa metodica, seguita dalla colonscopia nei positivi, è associata al 33% di riduzione della mortalità da cancro colonrettale, se eseguita annualmente.

Anche la rettosigmoidoscopia è stata proposta come metodo di screening, avendo il vantaggio di permettere la visualizzazione diretta delle lesioni e di effettuare biopsie, ma i limiti della mancata esplorazione di tutto il colon (per cui una parte dei carcinomi e degli adenomi può sfuggire all'indagine) e della bassa adesione da parte della popolazione.

In Italia, la raccomandazione del Piano Nazionale Linee Guida è di effettuare la ricerca di sangue occulto nelle feci, una volta l'anno, ai di sopra dei 50 anni, ed in caso di positività la colonscopia.

Provvedimenti normativi Esistenti

Alla luce di questi dati è stato varato un programma intensivo per l'adozione uniforme dello screening su tutto il Paese:

- La Legge Finanziaria 2001, Art. 85, aveva definito come esenti da ticket, la mammografia (ogni due anni per le donne tra 45 e 69 anni); l'esame citologico cervico-vaginale (ogni tre anni, per le donne tra 25 e 65 anni); la colonscopia (ogni cinque anni, per la popolazione di età superiore a 45 anni e la popolazione a rischio individuata secondo criteri determinati con decreto del Ministro della Salute).
- Gli screening per il tumore al seno, alla cervice uterina ed al colon retto sono stati inseriti tra i Livelli Essenziali di Assistenza con DPCM 29/11/2001.
- Il PSN 2003-2005 investe nella prevenzione con particolare enfasi nella prevenzione secondaria dei tumori e tra questi il cancro al seno, alla cervice uterina ed al colon retto.
- Nel Giugno 2003 il Parlamento Europeo ha approvato una risoluzione proposta dalla Presidenza Italiana per l'adozione uniforme in tutti i Paesi dell'Unione dell'offerta attiva dello screening per i tumori del seno, della cervice uterina e del colon-retto.
- Il 2 Dicembre 2003 il Consiglio dell'Unione Europea ha raccomandato agli Stati membri l'attuazione dei programmi di screening per i tre tumori di cui sopra.
- Nell'anno 2004 è stato siglato un accordo Stato-Regioni (Cernobbio, Aprile 2004) che contiene il Piano di Prevenzione Attiva con 4 elementi strategici, uno dei quali è lo screening dei tumori indicati nella risoluzione del Parlamento Europeo e nella raccomandazione del Consiglio d'Europa.
- Il Ministro della Salute ha proposto una Legge approvata dal Parlamento nel Maggio di quest'anno (Legge 138, GU del 26/5/2004) che all'Art. 2bis impegna il Paese a colmare il gap esistente tra la popolazione obiettivo e quella che realmente partecipa agli screening oncologici destinando ulteriori 50 milioni di Euro a questo obiettivo.

Obiettivi del Piano

1. Estendere i programmi organizzati di screening superando gli squilibri tra aree del Paese
2. Aumentare l'adesione allo screening della popolazione che può beneficiarne
3. Garantire la qualità dei programmi organizzati di screening

Linee Operative del Piano

Il piano di attuazione dell'art. 2 bis L. 138/2004, per l'estensione dei programmi di screening di massa per il cancro del seno, della cervice uterina e del colon retto, ed il miglioramento della copertura di tali programmi è articolato in 6 linee operative.

Attraverso le 6 linee operative si intende costruire la partnership Ministero della Salute-Regioni, la partnership con i principali centri screening esistenti, con il mondo della ricerca.

1. Con apposito Decreto del Ministro della Salute, sentite le indicazioni delle Regioni, sono istituiti, presso il Centro di Controllo delle Malattie, tre Nuclei Operativi di esperti che hanno i seguenti compiti
 - a) rivisitare le Linee Guida esistenti sugli screening;
 - b) promuovere azioni per la loro implementazione, estesa in tutte le Regioni;
 - c) seguire l'evoluzione della normativa regionale in materia;
 - d) effettuare il monitoraggio dell'estensione dei programmi di screening;
 - e) effettuare la sorveglianza sull'andamento della copertura;
 - f) eseguire valutazioni sull'adeguatezza dei programmi in funzione.
2. La Direzione Generale Sistema Informativo Sanitario appronta, di concerto con il Ministero per l'Innovazione e le Tecnologie, sistemi informativi dedicati agli screening dei tumori, che siano in grado di fornire, in tempo reale, lo stato di avanzamento delle coperture dei Programmi di Screening e gli indicatori di qualità previsti per la valutazione di tali programmi.
3. Per la promozione degli screening ed il miglioramento dell'adesione da parte delle popolazioni target, sono previste campagne informative nazionali, a partire dai primi mesi del prossimo anno.
4. Il Piano di attuazione dell'art. 2 bis L. 138/2004, valorizza le esperienze Regionali già presenti sul territorio, ed in particolare quelle reti scientifiche che già includono numerosi centri di screening (GISMA, GISCI, Osservatorio Screening sostenuto dalla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori) e l'esistente coordinamento Regionale sullo stesso argomento.
5. Il Piano prevede di attivare progetti di ricerca orientati a migliorare l'accuratezza degli screening, mettere in luce i principali ostacoli all'implementazione di programmi in Regioni o aziende Sanitarie, i migliori modelli organizzativi, le principali barriere all'adesione agli screening da parte della popolazione.
6. Il Piano prevede uno specifico piano di formazione orientato a diversi target specifici: responsabili di programmi, personale d'organizzazione, personale per l'attività diagnostica, medici di famiglia.

Fasi operative

1. Insediamento gruppi di lavoro.
2. Piano operativo per la Conferenza Stato Regioni
3. Revisione e preparazione linee guida
4. Revisione delle normative regionali in atto
5. Piani attuativi regionali
6. Sistema informativo
7. Piano di formazione
8. Modelli e materiali informativi
9. Sistemi di feed back (Web)
10. Sistemi di valutazione dei programmi.
11. Assistenza alla normazione regionale.

Risorse

Il Piano organizza, finalizza e sostiene attività vocazionali ed istituzionali del servizio sanitario e delle istituzioni partecipanti. Non si tratta di un progetto di ricerca né di rendere fruibili prestazioni straordinarie del sistema salute, in quanto gli screening oncologici costituiscono già una componente ordinaria dell'insieme dei servizi offerti alla popolazione.

Il progetto intende organizzare razionalmente, con modalità estremamente semplificate, l'attività ordinaria di prevenzione, al fine di diffondere un fondamentale strumento preventivo alla popolazione del Paese.

La legge 138 offre risorse finanziarie destinate a coprire l'organizzazione del progetto.

Una ipotesi di distribuzione delle risorse disponibili per l'anno 2004 è presentata nella tabella seguente.

Và sottolineato come sia indispensabile che le risorse siano impegnate tutte esclusivamente per lo scopo dettato dalla legge, quindi per la conduzione di un programma uniforme sul territorio nazionale: logica e convenienza chiedono quindi che alcuni servizi, indispensabili per l'avanzamento del programmi, e le relative risorse, siano centralizzate, analogamente agli specifici programmi di ricerca.

Tutte le risorse sono destinate al programma delle Regioni: con il previsto accordo Stato-Regioni, queste ultime affidano al Ministero alcuni servizi comuni necessariamente di ordine nazionale.

Tab. 1 Screening per tumori legge 138 art 2 bis piano finanziario 2004

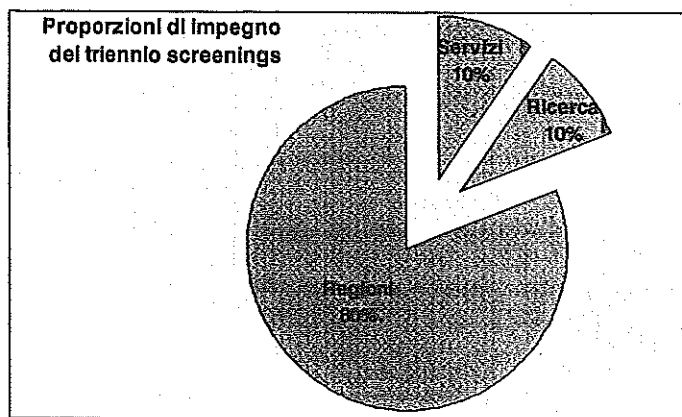
	n/gg.	cadauno	Totale
Segreteria ed assistenza comitati	30	400	12.000
Missioni esperti	120	400	48.000
produzione stampa linee guida	3	40.000	120.000
stampa e distribuzione linee guida	4.000	20	80.000
Attività di monitoraggio			500.000
Materiale informativo	300.000	1,9	560.000
Contratti postali	50.000	3	150.000
Convenzioni centri coordinanti	3	300.000	900.000
Programmi di ricerca applicata	4	250.000	1.000.000
Quota regionale*	21	280.000	6.629.999
Totale			10.000.000

** il reale riparto regionale sarà distribuito per indicatori di popolazione specifici*

Tab. 2 Screening per tumori legge 138 art 2 bis piano finanziario 2004-2006

Anni	2004	2005	2006	Totale
Segreteria ed assistenza comitati	12.000	24.000	24.000	60.000
Missioni esperti	48.000	96.000	96.000	240.000
produzione stampa linee guida	120.000	60.000	60.000	240.000
stampa e distribuzione linee guida	80.000	40.000	40.000	160.000
Attività di monitoraggio	500.000	166.667	166.667	833.333
Materiale informativo	560.001	560.001	560.001	1.680.003
Contratti postali	150.000	75.000	75.000	300.000
Convenzioni centri coordinanti	900.000	300.000	300.000	1.500.000
Programmi di ricerca applicata	1.000.000	2.000.000	2.000.000	5.000.000
Quota regionale*	6.629.999	17.653.332	17.878.332	42.161.664
Percento quota regionale	66%	86%	84%	80%
Totale	10.000.000	20.975.000	21.200.000	52.175.000

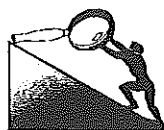
a figura successiva mostra la distribuzione delle risorse finanziarie, nell'arco dell'intero triennio, per area di impegno: il 10% ai servizi centralizzati gestiti direttamente dal Ministero, il 10% ai programmi di ricerca anch'essi a gestione centrale ed il restante 80% alle Regioni, da ripartire secondo criteri da convenire.



DOCUMENTAZIONE FORNITA DAGLI AUDITI
NELLA SEDUTA DEL 27 OTTOBRE 2004



Associazione Romagnola Ricerca Tumori
Prevenire per la Vita



O.N.L.U.S.

Audizione presso la Commissione Igiene e Sanità del Senato Prevenzione del tabagismo e del tumore al seno

L'Associazione Romagnola Ricerca Tumori, costituitasi il 31/03/1980, è un ente legalmente riconosciuto, iscritto all'Albo del Volontariato ed appartenente alle O.N.L.U.S. (Organizzazioni Non Lucrative di Utilità Sociale) che, da oltre 20 anni, con sede a Cesena, opera nell'ambito oncologico.

Gli scopi statutari dell'A.R.R.T. tendono a stimolare particolarmente la "prevenzione oncologica" che, da tutto il mondo medico, viene indicata e sostenuta come una delle fasi più importanti per la lotta contro i tumori al fine di consentire all'Uomo, anche attraverso la diagnosi precoce, una migliore qualità della vita.

Le attività da essa attuate, attraverso azioni promosse dal suo Comitato Scientifico, costituito da varie figure professionali competenti, in funzione della loro specialità, per la patologia tumorale (oncologo, dermatologo, gastroenterologo, medico di medicina generale, ecc.), devono essere approvate dal Consiglio Direttivo e sono interamente autofinanziate.

Ha investito oltre un miliardo di vecchie lire in attrezzature scientifiche cedute in comodato d'uso gratuito a vari reparti sanitari ospedalieri (centro oncologico, anatomia patologica, radiologia, consultorio, pediatria, malattie infettive, ematologia, O.R.L., ecc.) ed altrettanto accordando borse di studio a personale medico e paramedico per potenziare alcuni servizi e reparti sanitari dell'A.USL.

L'Associazione, avvalendosi di un gruppo di medici e biologi e farmacisti ha svolto e svolge nelle scuole, nei circoli, nei quartieri e nei comuni un programma di prevenzione primaria riguardante lo stile di vita come abuso di alcool, tabagismo, alimentazione, educazione sessuale, inquinanti ambientali, sicurezza degli alimenti ecc., perché fattori responsabili della patologia tumorale. A tutt'oggi ha inoltre organizzato convegni scientifici, seminari e tavole rotonde per un totale di oltre 50 iniziative. Convinti che il tumore è una delle patologie sensibili e/o controllabili in proporzione alla precocità della diagnosi, pur essendo consapevoli che interventi terapeutici più mirati avrebbero aumentato la possibilità di guarigione dalla malattia tumorale, abbiamo investito parte predominante delle nostre risorse in progetti di diagnosi precoce per alcuni tipi di tumore.

Nei primi anni 90 l'A.R.R.T. ideò e finanziò un progetto pilota per la diagnosi precoce nei tumori gastro-enterici. Seguendo la linea guida indicata da tale progetto, dal 1992, presso gli ambulatori dell'A.R.R.T., vengono distribuiti, alla popolazione a rischio (uomini e donne asintomatici, con età superiore ai 50 anni), il test per la ricerca del sangue occulto nelle feci, e suggerito, a pazienti a rischio per familiarità e altre patologie gastroenteriche, l'esame strumentale endoscopico. A marzo 2004 le società nazionali ed europee convalidano la linea strategica dell'A.R.R.T. (*lavoro originale in allegato*). Nel 2003 abbiamo presentato i risultati dei progetti pilota di prevenzione e diagnosi precoce dei tumori delle vie aeree superiori in una popolazione di bevitori e fumatori dell'alta valle del savio dell'A.USL di Cesena. L'entità dei casi precancerogeni (15%) diagnosticati in circa 1.000 pazienti asintomatici evidenzia l'opportunità di estendere la diagnosi precoce in tutti i soggetti a rischio e la necessità di una quotidiana educazione sanitaria (tabagismo e alcolismo).

Il 1993 vide il varo dell'ambizioso progetto quale quello senologico, con l'attivazione di quattro ambulatori dislocati in comuni periferici del territorio aziendale, rispetto al centro oncologico collocato presso l'Ospedale Bufalini di Cesena. Tale progetto nasce da alcune considerazioni quali quella di aver constatato che la popolazione femminile residente nella zona montana e della costa adriatica non eseguiva annualmente la visita senologica rispetto alla popolazione del capoluogo e la consapevolezza che l'ambulatorio di primo livello, visita senologica ed ecografia mirata, potesse rivestire una grande importanza non solo per la diagnosi delle patologie benigne della mammella, fonte di notevole ansia per le donne, ma anche un opportuno approccio multidisciplinare della prevenzione oncologica: utero, tiroide, colon-retto e di educazione sanitaria.

Il progetto di prevenzione senologica dell'Associazione dal Dicembre 1997 si integra con lo screening mammografico (mammografia gratuita ogni due anni per le donne comprese nelle fasce di età 50 - 69 anni) dell'Azienda USL di Cesena.

Da questa data viene riscontrato come le donne visitate presso i nostri otto ambulatori siano per l'80% appartenenti alle fasce d'età da 40 a 50 anni ed inferiori a 40 anni; come nelle donne aderenti allo screening mammografico dell'Azienda USL (il 73% delle invitate) siano state diagnosticate il 79% circa di tumori di diametro inferiore ai 20 mm di cui il 60% con linfoghiandole negative.

Questi dati comprovano come, sia l'attività d'informazione sia di prevenzione, abbia indotto sin dagli anni ottanta la popolazione femminile ad eseguire annualmente la visita senologica e strumentale a richiesta e nel contempo giustificano per il nostro territorio aziendale l'87% di sopravvivenza a 5 anni (tra le più alte d'Europa) dalla diagnosi di cancro della mammella rispetto all'83% della Romagna e del 72% della media nazionale.

Nell'ambito della prevenzione primaria, fra i fattori di rischio, il fumo di tabacco documenta l'evidente cancerogenità per un grande numero di organi bersaglio. Oltre al fumo attivo, lo IARC ha classificato l'esposizione involontaria al fumo passivo cancerogena per il polmone. L'analisi degli andamenti dei tumori temporali nell'ambito della banca dati dell'associazione italiana registri tumori ha mostrato tra i maschi una riduzione statisticamente significativa sia dell'incidenza che della mortalità (tassi incidenza ridotti dell'1,4%, tassi di mortalità dell'1,5% all'anno). Tra le femmine gli andamenti del tumore al polmone sono opposti rispetto ai maschi con incidenza (+1,2% anno) e mortalità (+0,9% anno) in crescita.

Dall'elaborazione dei dati del test anonimo dell'Associazione formulato per individuare la tendenza dello stile di vita viene evidenziato come il 30% delle donne siano fumatrici e che questo dato evidenzia un 10% di aumento rispetto alla percentuale nazionale del 18-19%.

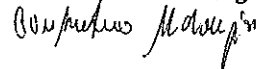
L'attività xenoestrogenica del fumo di tabacco può essere potenziata dall'inquinamento atmosferico (veicoli, inceneritori, ecc...) per la presenza di composti chimici analoghi prodotti dalla combustione del tabacco (benzene idrocarburi policiclici aromatici, ecc..).

Dal test anonimo emerge come, nelle abitudini alimentari, il pesce venga mangiato per il 60% solo una volta la settimana e come la verdura e la frutta siano presenti nella dieta quotidiana solo nel 50% delle intervistate.

L'insufficiente apporto di omega 3 instaurando un quadro infiammatorio cronico, la scarsa presenza di fibre a livello intestinale, favorendo la sintesi di estrogeni dalla flora intestinale possono essere compromotori del carcinoma mammario, alla stregua dell'obesità e del diabete.

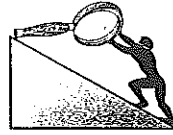
Il presidente

Dott. Pier Antonio Marongiu



Associazione Romagnola Ricerca Tumori

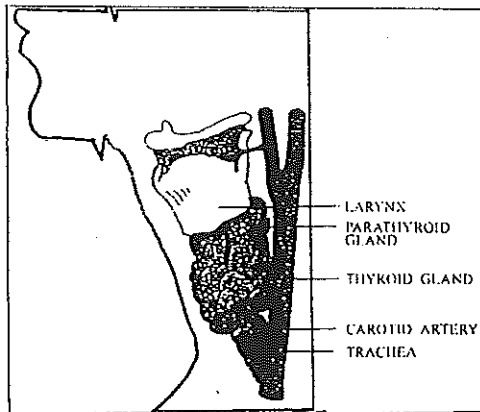
Prevenire per la Vita



ONLUS

ASSOCIAZIONE ROMAGNOLA RICERCA TUMORI

**Progetto per lo studio e la diagnosi precoce dei tumori
delle prima vie respiratorie in una popolazione
asintomatica di bevitori e fumatori**



ARRT

2003

Associazione Romagnola Ricerca Tumori

Progetto di prevenzione e diagnosi dei tumori del distretto cervico-facciale

ANALISI E RISULTATI

a cura di LASAGNI DOTT. DANIELE - OTORINO

CASA DI CURA MALATESTA NOVELLO - CESENA

- Nel 1989, anno europeo per l'informazione e la lotta contro il cancro, L'ISTITUTO TUMORI DI MILANO ha predisposto un progetto di screening oncologico per la diagnosi precoce dei tumori dei distretti di competenza otorinolaringoiatrica.
- Questa iniziativa ha coinvolto anche il REPARTO DI OTORINOLARINGOIATRIA del OSPEDALE "M. BUFALINI" di CESENA ed è stata resa possibile grazie all'attenzione della ASSOCIAZIONE ROMAGNOLA RICERCA TUMORI.

PREVENZIONE E DIAGNOSI PRECOCE DEI TUMORI DEI DISTRETTI CERVICO-FACCIALI

- Tale progetto rivolto alla popolazione a rischio (fumatori, bevitori di alcolici) ha come intento prioritario la prevenzione al fine di eliminare o almeno ridurre il ritardo diagnostico e di compiere al tempo stesso un'opera di informazioni di educazione sanitaria della popolazione.

- L'iniziativa è stata pubblicizzata attraverso quotidiani, tv locali, bollettini, è stata richiesta la collaborazione dei Medici di Medicina Generale con incontri preliminari a tutta la campagna informativa sensibilizzandoli a pubblicizzare l'iniziativa e farsi portavoce della campagna stessa.

- Il progetto ha avuto il suo inizio nell'aprile 1995, presso gli ambulatori degli Ospedali di S. PIERO IN BAGNO E DI MERCATO SARACENO. (VALLE DEL SAVIO)

PREVENZIONE E DIAGNOSI PRECOCE DEI TUMORI DEI DISTRETTI CERVICO-FACCIALI

- Le visite specialistiche, gratuite, sono assicurate a tutti coloro fumatori e/o bevitori che, per qualsiasi motivo, desiderino sottoporvisi, ma in generale il reclutamento dei pazienti era garantito da lettere inviate dall'A.R.R.T a domicilio di persone con età maggiore di 40 anni.

- Ogni test di screening consiste in un'accurata anamnesi (richiedente dati anagrafici, professionali, abitudini voluttuarie, eventuali sintomatologie correlate a lesioni delle vie aeree digestive superiori) ed esame obiettivo (cavo orale, faringe, ipofaringe, laringe, cavità nasali, rinofaringe, regioni latero-cervicali).

PREVENZIONE E DIAGNOSI PRECOCE DEI TUMORI DELLE VADS

- I FATTORI DI RISCHIO maggiormente incriminati per i tumori delle alte vie respiratorie sono tre: ALCOOL-FUMO-DIETA POVERA DI VERDURA E FRUTTA.
- e' difficile trovare in letteratura e nella pratica clinica PAZIENTI NON FUMATORI E NON BEVITORI con un cancro delle vads. al contrario numerosi pazienti affetti dalla neoplasia

anche se appartenenti a popolazioni etnicamente molto diverse, dichiarando di essere stati fumatori e dei forti consumatori di alcool.

- in Italia, le popolazioni ABITANTI NEL NORD del paese PRESENTANO UNA PIU' ALTA INCIDENZA di neoplasie rispetto a quelle del centro e del sud.
- coloro che bevono PIU' DI OTTO BICCHIERI DI VINO al di' rischiano di ammalarsi di TUMORE 3-5 VOLTE in più rispetto a chi non fa uso di alcool.
- il livello di rischio non dipende dal tipo di bevanda alcolica MA DALLA QUANTITA' IN GRAMMI DI ALCOOL ASSUNTA GIORNALMENTE.

PREVENZIONE E DIAGNOSI PRECOCE DEI TUMORI DEI DISTRETTI CERVICO-FACCIALI

- gli effetti dannosi del TABAGISMO iniziano a partire da una dose di tabacco equivalentemente a quella di 20 sigarette al di'.
- occorre evidenziare che e' importante la quantità ma anche la durata di esposizione al fumo. nei soggetti che fumano da OLTRE 20 ANNI IL RISCHIO ONCOLOGICO sarà (anche se in minor misura) presente per tutta la vita anche dopo la sospensione dal fumo.
- i fumatori DI PIPA E SIGARI hanno una maggior incidenza a neoplasie DEL LABBRO, DELLA GUANCIA, E DEL CAVO ORALE ANTERIORE.
- i fumatori di SIGARETTE sono maggiormente esposti a tumori della porzione posteriore del cavo orale e delle vie aeree in generale (orofaringe, laringe, trachea, polmoni)

PREVENZIONE E DIAGNOSI PRECOCE DEI TUMORI DEI DISTRETTI CERVICO-FACCIALI

- Squilibri dietetico-alimentari, l'ipovitaminosi A,B,C, carenze di oligoelementi (selenio,zinco,rame), le disprotidemie e diete con eccessivo apporto di lipidi sembrano svolgere una azione promotrice la carcinogenesi nel cavo orale, e nei distretti di interesse o.r.l.
- Viceversa, la cosi' detta dieta mediterranea ricca di verdure, frutta, e grassi vegetali (olio d'oliva) e povera di grassi animali (burro, strutto, insaccati) si dimostra una buona arma preventiva per questo tipo di tumori.
- Ricordo inoltre fattori infettivi (batteri, virus, miceti)
- Esplorazione ambientali dei lavoratori dell'industria tessile (polveri di lana e di cotone)

PREVENZIONE E DIAGNOSI DEI TUMORI DEI DISTRETTI CERVICO-FACCIALI

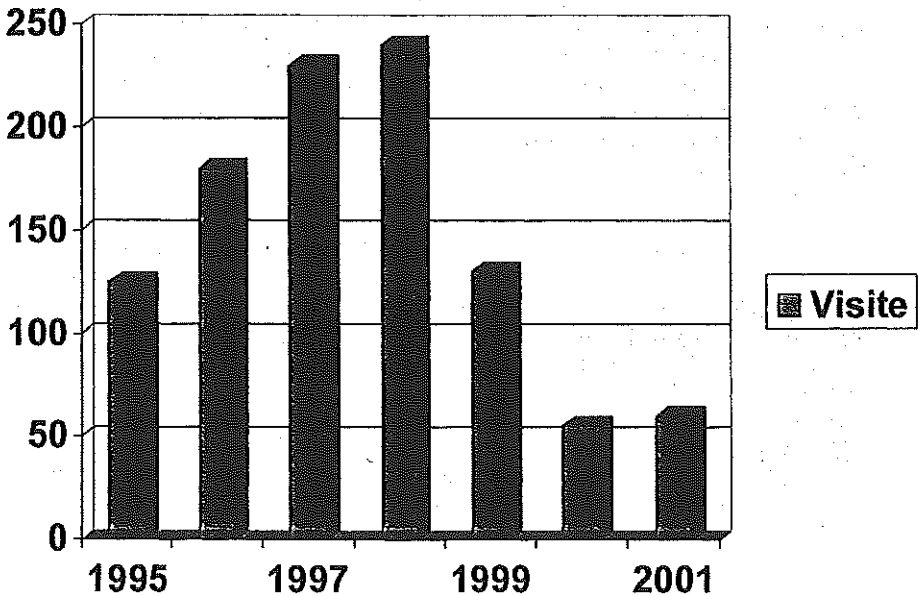
- L'INDAGINE CLINICA inizia con L'ISPEZIONE e la PALPAZIONE DEL COLLO che consentono di valutare la motilità faringo-laringea negli atti della deglutazione, la presenza di ADENOPATIE LATERO-CERVICALI e di apprezzare eventuali AUMENTI DI VOLUME e di CONSISTENZA DELLA TIROIDE.
- l'esame obiettivo endoscopico oro-faringo-laringeo in primo luogo viene eseguito con la TECNICA INDIRECTA.
- l'A.R.R.T. ha reso da tempo disponibile un LARINGOSCOPIO FLESSIBILE per la panendoscopia diretta delle vads che consente una facile esplorazione nella maggior parte dei pazienti.

PREVENZIONE E DIAGNOSI DEI TUMORI DELLE PRIME VIE AEREO-DIGESTIVE

- la diagnosi di natura e di istotipo delle lesioni evidenziate all'obiettività' richiedono il prelievo BIOPTICO DELLA LESIONE, eventuale ago-aspirato di NEOFORMAZIONI LATERO-CERVICALI e tutte le diagnostiche per IMMAGINECOGRAFIA, T.A.C., R.M.N.
- il paziente viene quindi invitato a sottoporsi a studio BIOPTICO IN ANESTESIA LOCALE e/o in NARCOSI e a tutte le ulteriori indagini radiologiche e strumentali in regime di ricovero programmato.
- dopo una accurata valutazione della neoformazione viene programmato il definitivo ITER TERAPEUTICO MEDICO-CHIRURGICO e/o RADIOCHEMIOTERAPICO.

PREVENZIONE E DIAGNOSI PRECOCE DEI TUMORI DEI DISTRETTI CERVICO-FACCIALI

- dall'aprile '95 al dicembre 2001 sono state effettuate 1018 prime visite ambulatoriali per un totale di 172 giorni di visita.
- esaminando i casi in relazione all'abitudine al fumo e all'alcool, l'esito della prima visita e' risultato più frequentemente negativo nei pazienti non fumatori, né bevitori, pertanto questi ultimi non sono stati richiamati per visite successive.
- ulteriori controlli invece, venivano organizzati grazie ai richiami programmati, con avviso tramite lettera, per i pazienti a rischio oncologico e per quelli già risultati positivi per lesioni pre-neoplastiche alla prima visita.



TOTALE VISITE 1108

LARINGITE CRONICHE (COMPRESSE LEUCOPLACHIE E ARITROPLACHIE)	58
POLIPY CORDALI (COMPRESO EDEMA DI REINKE)	31
CISTI LARINGEE	8
PARALISI CORDE VOCALI	3
NOBULI CORDE VOCALI	11
ETEROPLASIE DELLA LARINGE	2
LESIONI OROFARINGEE (PAPILLOMI)	19
LICHEN PLANUS ORALE	4
ETEROPLASIA DEL CAVO ORALE	1

RISULTATI

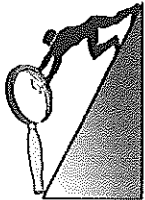
NEOFORMAZIONI LATERO-CERVICALI	3
TUMEFAZIONI PAROTIDE (ADENOMA PLEOMORFO)	2
LINFOMA NON HODKIN	1
PATOLOGIE DELLA TIROIDE	8
POLIPOSI NASALI	16
SINDROME DI SJOGREN	1

PREVENZIONE E DIAGNOSI PRECOCE DEI TUMORI DEI DISTRETTI CERVICO- FACCIALI

- alla luce di questi dati ritengo giustificato ogni impegno da parte dell' A.R.R.T. nella lotta a questo tipo di tumori.
- sono dati che devono fare MOLTO RIFLETTERE tutti quelli che si occupano di POLITICA-SANITARIA, di programmazione delle attività e delle STRUTTURE SANITARIE, di GESTIONE dei FLUSSI DEI PAZIENTI.
- da ciò consegue la primaria necessità di collaborazione con le strutture di medicina di base che a mio parere devono sentirsi coinvolte in quanto possiedono il controllo degli strumenti di rilevazione dei rischi ai quali la popolazione e' sottoposta.

PREVENZIONE E DIAGNOSI PRECOCE DEI TUMORI DEI DISTRETTI CERVICO-FACCIALI

- non OCCORRONO MOLTE RISORSE PER FARE CIO'.
- NON E' NECESSARIA LA CREAZIONE DI STRUTTURE EX NOVO: sarebbe sufficiente il POTENZIAMENTO DI QUELLE GIA' ESISTENTI per garantire diagnosi sempre più tempestive.
- il nostro impegno deve essere maggiormente rivolto ad ampliare il reclutamento dei pazienti al fine di effettuare diagnosi sempre più tempestive al fine di garantire l'accesso alla terapia più efficace ad un numero sempre maggiore di pazienti.
- concludendo ritengo che il protocollo di diagnostica precoce per i tumori dei distretti cervico-facciali ha fino ad ora garantito buoni risultati, pertanto e' giustificato continuare la strada intrapresa.
- PRESSO IL POLIAMBULATORIO DELL'A.R.R.T. E' ATTIVO ~~UNO~~ ~~UNO~~ ~~UNO~~
L'AMBUCLATORIO DI DIAGNOSI PRECOCE D.R.L.



Associazione Romagnola Ricerca Tumori

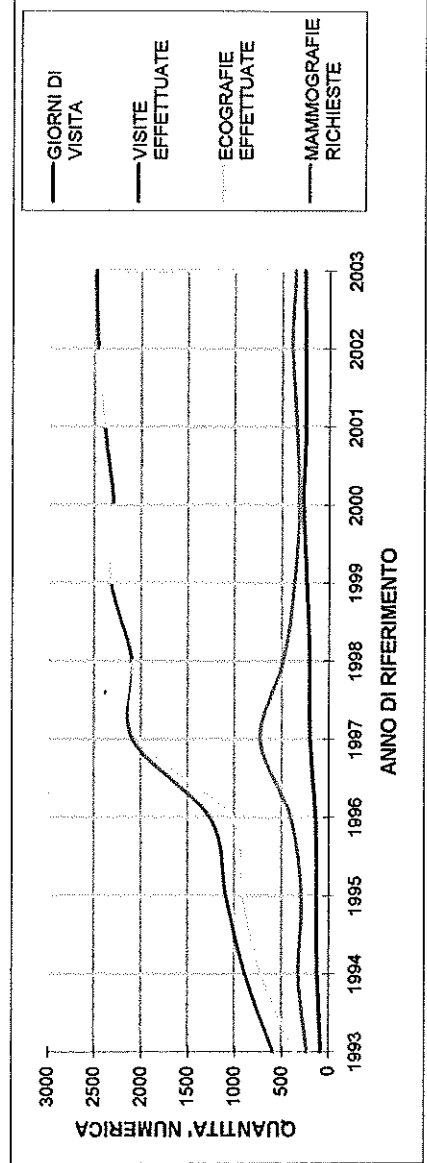
Prevenire per la Vita

 O N L U S

TOTALE di TUTTI gli AMBULATORI

quadro riepilogativo
progetto di prevenzione senologica

	ANNO DI RIFERIMENTO											
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	TOTALE
GIORNI DI VISITA	76	110	117	130	192	195	229	267	243	248	255	2062
VISITE EFFETTUATE	580	879	1087	1257	2080	2086	2315	2292	2386	2453	2477	19892
ECOGRAFIE EFFETTUATE	357	714	904	1030	2025	2086	2315	2292	2386	2453	2477	19039
MAMMOGRAFIE RICHIESTE	221	314	280	398	718	480	358	307	334	385	354	4149



I TUMORI IN EMILIA-ROMAGNA



5 - EFFETTI DEL PROGRAMMA DI SCREENING MAMMOGRAFICO DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA SULL'INCIDENZA E SULLO STADIO DEL CANCRO DELLA MAMMELLA

L. Bucchi¹, F. Falcini¹, R. Vattiato¹, M. Serafini¹, M. Zatelli², E. Gallo², R. Negri², G.P. Baraldi², P. Bravetti², B. Vitali², R. Bonsanto², C. Imolesi², F. Desiderio², D. Canuti²

1. Registro Tumori della Romagna
2. Programmi Screening Regione Emilia-Romagna

I registri tumori hanno un ruolo insostituibile nella valutazione degli effetti immediati e di medio-lungo periodo di un programma di screening mammografico sulla popolazione. Negli anni d'avvio di un programma ci si aspetta che aumentino rapidamente l'incidenza totale dei tumori della mammella e particolarmente quella dei tumori in stadio precoce. Queste variazioni costituiscono la prova che le mammografie anticipano nel tempo la diagnosi di molti tumori; perciò esse sono considerate indicatori immediati dell'efficienza del programma. Tra il 1995 ed il 1998, le Aziende sanitarie locali della Regione Emilia-Romagna hanno progressivamente avviato un programma di screening mammografico per tutte le donne residenti di 50-69 anni, basato su inviti personali. Lo studio presentato costituisce una prima ed essenziale valutazione degli effetti del programma su questa popolazione.

Metodi

Lo studio aveva due scopi principali: (1) confrontare l'incidenza totale, l'incidenza specifica per stadio, e la percentuale di casi in stadio precoce nei primi anni coperti dal programma di screening con quelle registrate negli anni precedenti, e (2) confrontare la percentuale di casi in stadio precoce tra le donne che hanno partecipato al programma con quella delle donne che hanno rifiutato l'invito. Lo studio interessa le aree coperte dai registri che rappresentano il 59% della popolazione femminile tra i 50 e i 69 anni residente nella regione.

Sono stati usati due distinti archivi informatizzati. Il primo è l'archivio dello studio nazionale SCREENREG¹ promosso dall'Associazione Italiana Registri Tumori, che contiene tutti i casi di cancro della mammella registrati in anni diversi tra il 1989 e il 1996 da 7 registri tumori italiani, tra i quali il registro tumori della Romagna (province di Ravenna, Forlì-Cesena e Rimini) e i registri tumori provinciali di Ferrara, Modena, e Parma. Il secondo è un archivio costituito presso l'Assessorato alla Sanità della Regione Emilia-Romagna, che contiene i casi registrati nelle stesse aree tra il 1997 e il 1999. Gli anni 1992-94 sono stati considerati rappresentativi della situazione precedente l'avvio del programma di screening ovvero del 'periodo pre-screening'. Gli anni 1997-99 sono stati considerati 'periodo di screening'. Per le Aziende sanitarie locali in cui il programma è iniziato durante il 1997, il periodo di screening è stato limitato ai mesi effettivamente coperti.

I casi di cancro della mammella in età di 50-69 anni che hanno costituito la base dell'analisi erano 1.737 per il periodo pre-screening e 2.823 per il periodo di screening.

PROSIEUQ (3.400)

→

5.646

105% Pop. > 65

Stallo? 59% delle
città

pre
screening

I TUMORI IN EMILIA-ROMAGNA



La popolazione media residente nell'area di ciascun registro negli anni d'incidenza considerati è stata calcolata usando dati forniti dal Servizio Statistica della Regione Emilia-Romagna. Sono stati calcolati i tassi d'incidenza medi annui per 100.000 donne residenti di 50-69 anni specifici per stadio e quello totale. Per le Aziende sanitarie locali in cui il programma è iniziato nel corso del triennio 1997-99, il denominatore delle donne-anno del periodo di screening è stato corretto in funzione del numero di mesi effettivamente coperto. I tumori in situ (non infiltranti) sono stati esclusi. Sono stati considerati due distinti indicatori di stadio: il diametro del tumore in millimetri e lo stato delle linfoghiandole ascellari. I casi con diametro fino a 20 mm e quelli con linfoghiandole negative (esenti da metastasi) sono stati considerati in stadio 'precoce'. Tutti gli altri casi sono stati considerati in stadio 'avanzato'. I tassi e le distribuzioni percentuali per stadio del periodo di screening sono stati sottoposti a due procedure di standardizzazione o correzione statistica: (1) considerando che alcune aree sono state interessate dal programma solo per una parte del triennio 1997-99, il loro contributo nel determinare i dati complessivi è stato stimato su base triennale, e (2) considerando che la composizione per età della popolazione è cambiata nel tempo e che le diverse classi d'età possono essere state coinvolte nello screening con progressione diversa e con diversi livelli di partecipazione, i tassi e la distribuzione percentuale per stadio dei casi del periodo 1997-99 sono stati ricalcolati applicando i valori specifici per età (quattro classi d'età) alla popolazione del 1992-94.

Le variazioni dell'incidenza sono state calcolate come rapporti tra i tassi standardizzati (per esempio, un rapporto di 1.15 indica un aumento del 15%, un rapporto di 0.98 indica una riduzione del 2%). Per stabilire la loro significatività statistica, sono stati calcolati i rispettivi intervalli di confidenza al 95%. Un rapporto con un intervallo di confidenza che includesse l'unità (compatibile con l'assenza di variazione) è stato considerato statisticamente non significativo.

Lo 'stato di screening' delle pazienti registrate (ovvero la loro posizione rispetto al programma) è stato determinato dai Centri di screening delle singole Aziende sanitarie sulla base delle informazioni registrate nei sistemi informatizzati di gestione del programma. Per questo studio, lo stato di screening dei casi di tumore è stato classificato in tre categorie: (1) 'donne aderenti', comprendenti i casi diagnosticati con una mammografia di screening e i casi d'intervallo; (2) 'donne non aderenti', che hanno avuto un cancro della mammella dopo aver rifiutato l'invito allo screening; e (3) 'donne non invitate', ovvero donne che si sono ammalate di cancro della mammella mentre erano in attesa di ricevere l'invito, donne che si sono ammalate dopo essere state escluse dal programma in modo definitivo o temporaneo per varie ragioni mediche previste dal protocollo.

Risultati

La Tabella 1 mostra che il rapporto tra l'incidenza del periodo di screening e quella del periodo pre-screening è stato 1.58. In altre parole, l'incidenza totale di cancro della mammella nella popolazione femminile di 50-69 anni è aumentata del 58%. In gran parte, questa variazione è dovuta all'aumento dell'incidenza dei tumori in stadio precoce, cioè di quelli con piccolo diametro (+88%) e di quelli con linfoghiandole negative (+93%). I casi con

8890 STADIO PRECOCE
L'incidenza - 99

87 > 5890 50-69.7444

I TUMORI IN EMILIA-ROMAGNA



diametro di 21-50 mm e quelli con linfoghiandole positive hanno mostrato un aumento d'incidenza moderato. La variazione dei casi con diametro maggiore di 50 mm non è stata statisticamente significativa. L'incidenza dei casi con stadio ignoto è rimasta stabile per quanto riguarda il diametro del tumore, mentre è cresciuta per lo stato delle linfoghiandole. Altri dati (qui omissi) suggeriscono che questo è dipeso dall'aumento dell'incidenza dei tumori di diametro minimo, nei quali l'asportazione delle linfoghiandole è meno frequente.

La tabella 2 mostra la distribuzione percentuale dei casi per diametro del tumore e stato delle linfoghiandole. Prima dell'inizio del programma, il 59.1% dei casi aveva un diametro del tumore fino a 20 mm. Durante il periodo di screening, la frequenza è stata del 79.5% tra le donne che hanno partecipato, del 47.3% tra quelle che hanno rifiutato l'invito, e del 61.2% tra quelle non invitate. Complessivamente, il 70.4% dei tumori registrati dopo l'avvio del programma ha avuto un diametro uguale o minore di 20 mm.

I casi con linfoghiandole negative sono passati dal 50.3% al 61.3%. Come per il diametro del tumore, la percentuale più alta è stata osservata tra le donne aderenti e quella più bassa tra le donne non aderenti.

Commento

L'entità delle variazioni dell'incidenza totale e specifica per stadio come effetto immediato dello screening dipende da molti fattori: la diffusione della mammografia prima dell'avvio del programma, la qualità diagnostica delle mammografie di screening, la percentuale di partecipazione delle donne invitate, e lo stato d'avanzamento del programma - che non era lo stesso per tutte le Aziende sanitarie coperte da questo studio. Nei dati presentati, l'incidenza ha mostrato un aumento complessivo del 58%; in realtà, questo è stato determinato in gran parte dai tumori di piccolo diametro e da quelli con linfoghiandole negative, la cui incidenza è quasi raddoppiata. Si tratta della stessa variazione osservata in Olanda negli anni d'avvio dello screening mammografico nazionale². I dati riguardanti i tumori in stadio precoce, quindi, erano relativamente prevedibili. Tuttavia, non erano scontati. L'aumento dell'incidenza di questi casi è dovuto alle mammografie di screening e alla loro capacità di trovare tumori piccoli e iniziali. Fare diagnosi precoce di un tumore significa diagnosticarlo in anticipo, cioè prima (anche molti anni prima) che esso si manifesti clinicamente. Più le mammografie anticipano la diagnosi nel tempo, più numerosi e più piccoli sono i tumori trovati. L'aumento di questi casi, quindi, è un fatto incoraggiante e positivo poiché i casi precoci di oggi non potranno più diventare casi avanzati e potenzialmente letali di domani. Naturalmente, le mammografie trovano più facilmente gli eventuali tumori in stadio avanzato; anche l'incidenza di questi ultimi, infatti, ha mostrato un aumento, pur modesto e non significativo. Anche questo dato è in linea con le aspettative³ ed è simile a quello riportato in Olanda². La presenza di tumori avanzati si concentra tra le donne che non hanno mai eseguito mammografie prima di partecipare allo screening, ma fortunatamente, l'abitudine ad eseguire spontaneamente esami mammografici è stata molto diffusa in Emilia-Romagna fin dagli anni '80.

L'esistenza di questa pratica è indirettamente suggerita dai dati in Tabella 2. Già prima dell'avvio del programma, la percentuale di casi precoci era molto alta: il 59.1% dei casi aveva

I TUMORI IN EMILIA-ROMAGNA



D. precoce > 42 55,1% a 79,590
L. ut- 50,340

un diametro inferiore ai 20 mm e il 50.3% aveva linfoghiandole negative. La situazione di partenza dei più importanti studi sull'efficacia dello screening mammografico - ormai lontani negli anni - era sensibilmente peggiore⁴.

Del resto, la sopravvivenza delle donne dell'Emilia-Romagna che si sono ammalate di cancro della mammella negli anni precedenti il programma è tra le più alte d'Europa⁵.

Partendo da questo buon livello di base, il programma ha ottenuto un ulteriore miglioramento della distribuzione per stadio. In particolare, la percentuale (corretta per l'età e quindi confrontabile) dei tumori di piccolo diametro tra le donne che hanno partecipato è salita al 79.5%.

Un valore simile, che è tanto più significativo in quanto comprende anche i cancri d'intervallo, si osserva generalmente dopo mammografie ripetute⁶.

E' vero che nel 1997-99 il programma era appena all'inizio quasi ovunque, ma molte delle donne che hanno partecipato (probabilmente la maggioranza) non erano alla loro prima mammografia.

La decisione di cumulare i casi diagnosticati nello screening con i casi d'intervallo (cioè con i casi diagnosticati dopo una mammografia negativa, che rappresentano i principali limiti del programma) è basata sul concetto che la sanità pubblica deve farsi carico di tutti gli esiti - positivi e negativi - della partecipazione al programma.

La Tabella 2 mostra che la loro somma è comunque favorevole: le donne che hanno aderito hanno avuto tumori in stadio nettamente più precoce rispetto a quelle che si sono ammalate dopo aver rifiutato l'invito. Per la verità, le percentuali di tumori precoci tra queste ultime sono più alte di quanto ci si potesse aspettare. In particolare, i tumori fino a 20 mm di diametro sono circa due volte più frequenti rispetto a quanto riportato nello studio svedese "delle due contee"⁷, che costituisce tuttora uno standard di riferimento internazionale. La nostra ipotesi è che una parte delle donne che hanno rifiutato si sia sottoposta a controlli mammografici all'esterno del programma. *donne rifiuto*

Il rifiuto assoluto della mammografia è probabilmente associato ad uno svantaggio ben più forte di quello che appare dai nostri dati. *non invitato*

La terza categoria mostrata in tabella 2, quella delle donne che si sono ammalate senza essere state invitate allo screening, è ugualmente interessante. Essa comprende casi molto diversi (vedi sezione 'Metodi'). *non invitato*

Una componente molto numerosa è costituita dalle donne che si sono ammalate di cancro della mammella mentre erano in attesa di ricevere l'invito, ma già nel 2000, col procedere del programma, questa componente si è esaurita. Perciò, una parte considerevole dei casi che nel 1997-99 si trovavano nella categoria delle 'donne non invitate' si è distribuita tra le altre due. Poiché l'adesione allo screening è stata costante, è ragionevole assumere che essi si siano spostati in gran parte nella categoria delle 'donne aderenti', cioè quella con la situazione di stadio più favorevole. In altre parole, è molto probabile che - oggi - la distribuzione per stadio complessiva sia migliore di quella rilevata nel triennio 1997-99.

La sorveglianza dell'incidenza totale e di quella specifica per stadio dovrà continuare, coinvolgendo i registri speciali di patologia per i tumori della mammella costituiti, insieme con quelli per i tumori del collo dell'utero, nelle aree della regione non coperte da registri tumori

I TUMORI IN EMILIA-ROMAGNA



generali. In particolare, si dovrà verificare che l'attuale aumento dell'incidenza dei casi precoci si traduca – nei prossimi anni – in un'effettiva riduzione dell'incidenza dei casi in stadio avanzato.

Questi primi dati indicano che il programma di screening dell'Emilia-Romagna si è innestato sulla notevole attività mammografica precedente e ha migliorato ulteriormente la distribuzione per stadio del cancro della mammella nella nostra popolazione femminile di 50-69 anni.

¹ Buiatti E. et Al., Stage-specific incidence of breast cancer before the beginning of organised screening programs in Italy. *Cancer Causes Control* 2001 (in stampa).

² Van Dijck J.A.A.M. et Al., Use of cancer registry data: prerequisites, limitations and solutions. In: Sankila R, et al (eds). *Evaluation and monitoring of screening programmes*. Brussels: European Commission, 2001.

³ Tabar L. et Al., The results of periodic one-view mammography screening in randomized, controlled trial in Sweden. Part 2: evaluation of the results. In: Hakama M et al (eds). *Screening for breast cancer*. Toronto: Hans Huber Publishers 1988.

⁴ Tabar L. et Al., Update of the Swedish two-county program of mammographic screening for breast cancer. *Radiol Clin North Am* 30, 187-210, 1992.

⁵ Berrino F. et Al., Survival of cancer patients in Europe: the EURO CARE-2 study. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 1999.

I TUMORI IN EMILIA-ROMAGNA



TABELLA 1. Tassi d'incidenza medi annui del cancro della mammella per 100.000 donne di 50-69 anni, specifici per stadio e totale, nel periodo pre-screening (anni 1992-94) e nel periodo di screening (anni 1997-99), e rispettivi rapporti.

Stadio	Periodo pre-screening (1.737 casi)	Periodo di screening ^a (2.823 casi)	Rapporto dei tassi tra il periodo di screening e il periodo pre-screening (IC al 95%)
Diametro del tumore^b			
Fino a 20 mm (pT1)	129.5	243.6	1.88 (1.81-1.96)
Da 21 a 50 mm (pT2)	57.3	68.1	1.19 (1.10-1.29)
Più di 50 mm (pT3-pT4)	14.4	16.6	1.15 (0.98-1.35) ^d
Ignoto (pTX)	17.7	18.0	1.01 (0.86-1.18) ^d
Linfoghiandole ascellari^c			
Negative (pN0)	110.1	212.2	1.93 (1.84-2.01)
Positive (pN1-pN3)	84.0	103.8	1.24 (1.16-1.32)
Stato ignoto (pNX)	24.8	30.3	1.22 (1.08-1.37)
Totale	219.0	346.3	1.58 (1.53-1.64)

^a I tassi d'incidenza sono stati corretti per l'età.

^b Tra parentesi: sigle convenzionalmente usate per definire il diametro del tumore. La sigla T4 indica i casi nei quali, indipendentemente dal diametro, il tumore infiltra la cute della mammella o la parete del torace. 'Ignoto' indica i casi non operati e i casi con informazioni perdute.

^c Tra parentesi: sigle convenzionalmente usate per definire lo stato linfoghiandolare. Le linfoghiandole sono dette 'negative' se esenti da metastasi e 'positive' se infiltrate da metastasi. 'Stato ignoto' indica i casi non operati, i casi operati senza asportazione delle linfoghiandole, e i casi con informazioni perdute.

^d Variazioni non statisticamente significative. Tutte le altre lo sono.

I TUMORI IN EMILIA-ROMAGNA

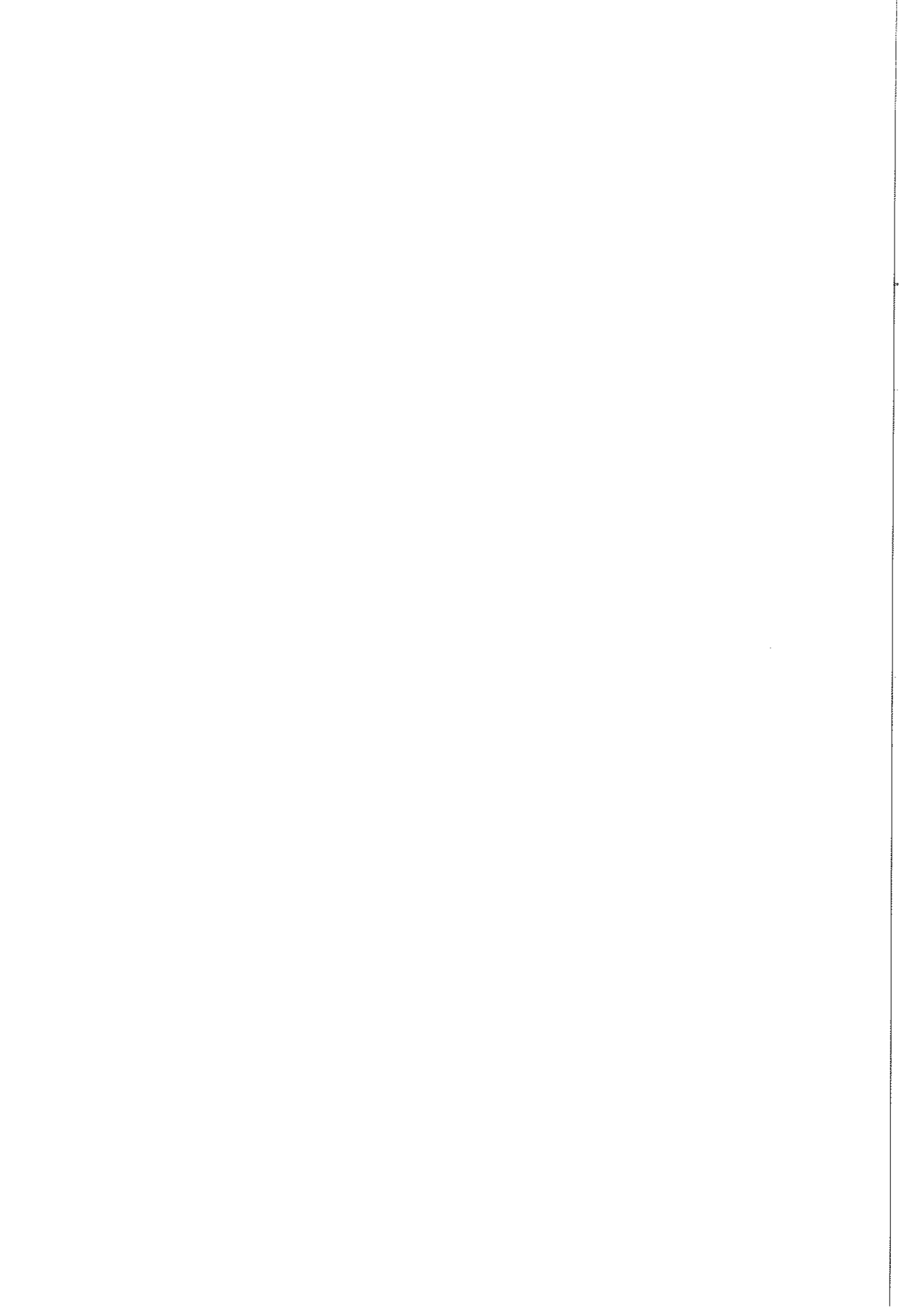


TABELLA 2. Distribuzione percentuale per stadio dei casi di cancro della mammella di 50-69 anni nel periodo pre-screening (anni 1992-94) e nel periodo di screening (anni 1997-99).

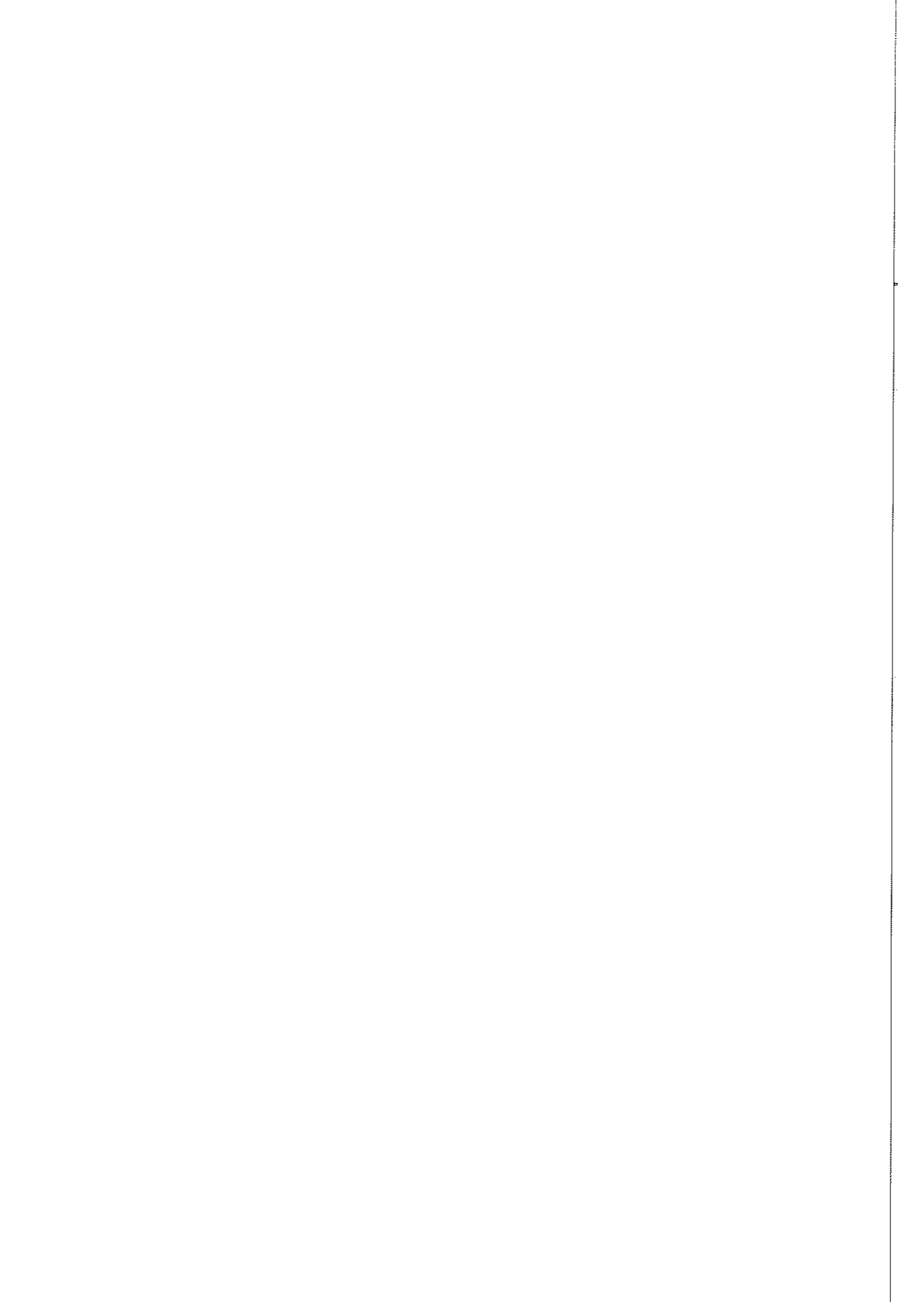
Periodo e stato di screening	Diametro del tumore ^a				Linfoghiandole ascellari ^a		
	Fino a 20 mm (pT1)	Da 21 a 50 mm (pT2)	Più di 50 mm (pT3-pT4)	Ignoto (pTX)	Stato Negative (pN0)	Positive (pN1-pN3)	Ignoto (pNX)
Periodo pre-screening	59.1	26.2	6.6	8.1	50.3	38.4	11.3
Periodo di screening ^b							
Donne aderenti	79.5	14.9	2.6	3.0	68.7	24.6	6.7
Donne non aderenti	47.3	36.4	11.5	4.8	43.2	46.0	10.8
Donne non invitate	61.2	23.9	6.8	8.1	53.7	35.1	11.1
Totale	70.4	19.7	4.8	5.2	61.3	30.0	8.8

^aDefinizioni come in Tabella 1.

^bLe distribuzioni percentuali dei casi sono state corrette per l'età.



DOCUMENTAZIONE FORNITA DAGLI AUDITI
NELLA SEDUTA DEL 3 NOVEMBRE 2004





EUROPA DONNA: un Movimento di opinione per la lotta al tumore del seno

Audizione nell'ambito dell'indagine conoscitiva
promossa dalla Commissione Igiene e Sanità
del Senato della Repubblica sul tumore del seno
Roma, 3 novembre 2004

A cura di Francesca Merzagora
Presidente del Forum Italiano di EUROPA DONNA

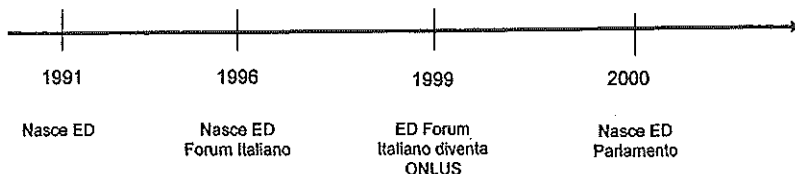
La Mission

EUROPA DONNA ha lo scopo principale di richiamare l'attenzione sulla necessità di affrontare il tumore del seno con mezzi adeguati e in maniera inclusiva raccogliendo le esperienze e le conoscenze di 34 paesi europei impegnati nella lotta al tumore del seno, ridistribuendo le informazioni e proponendosi come punto di interscambio culturale e scientifico. EUROPA DONNA costituisce un punto di riferimento per facilitare il dialogo tra utenti, pazienti, ricercatori, medici, amministratori e politici.



Roma, 3 novembre 2004

La storia



Roma, 3 novembre 2004

Gli obiettivi

Le attività di EUROPA DONNA sono mirate al raggiungimento dei suoi 10 obiettivi statutari:

1. Promuovere in tutta Europa la diffusione e lo scambio di informazioni corrette e aggiornate sui tumore del seno
2. Incoraggiare le donne a conoscere e controllare regolarmente il proprio seno
3. Insistere sull'opportunità di sottoporsi a controlli mammografici periodici per garantirsi una diagnosi precoce dell'eventuale malattia
4. Richiedere il miglior trattamento possibile conosciuto per la situazione specifica di ciascuna paziente
5. Assicurare il massimo di terapie di supporto e di qualità di vita durante e dopo le cure per la malattia
6. Esigere un'adeguata formazione e preparazione del personale sanitario
7. Richiedere che vengano seguiti i principi della miglior pratica medica e promuoverne lo sviluppo
8. Esigere un regolare controllo di qualità delle apparecchiature diagnostiche e cliniche
9. Assicurarsi che alle pazienti venga spiegata in modo comprensibile ogni diversa possibilità di cura, che possano partecipare a studi clinici controllati e che possano richiedere, se lo desiderano, un secondo parere prima di decidere
10. Ottenere maggiori investimenti per la ricerca.

Roma, 3 novembre 2004

L'attività

Sensibilizzazione
Informazione
Formazione
Lobby

Roma, 3 novembre 2004

Gli interlocutori di riferimento

Pubblico



1. Donne dai 30 ai 70 anni

Pazienti



1. Persone singole
2. Associazioni

Istituzioni



3. Governo (Ministero della Salute,
Pari Opportunità e Welfare)
4. Parlamento
5. Regioni
6. Asl

Mondo
scientifico



6. Medici
7. Associazioni di medici
8. Aziende Ospedaliere
9. Istituti di Ricerca

Roma, 3 novembre 2004

Campagne televisive

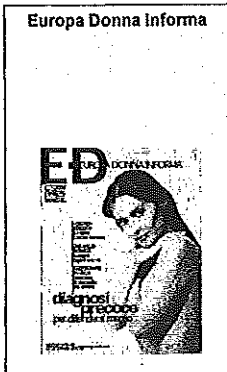
2 Campagne stampa e TV per sensibilizzare le donne sull'importanza della diagnosi precoce con il patrocinio di Pubblicità Progresso



Roma, 3 novembre 2004

Informazione e sensibilizzazione

Europa Donna Informa



Il Sito

www.europadonna-italia.it



Il concorso letterario
Il Prima e Il Dopo

www.europadonna-concorso.it

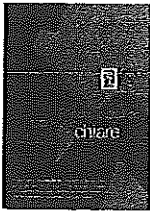


Roma, 3 novembre 2004

Medici e pazienti

Il ruolo di EUROPA DONNA è stato quello di avvicinare i medici alle donne e le donne ai medici, sia con la partecipazione - anche come partner - ai convegni scientifici sia con la realizzazione di opuscoli informativi

**Mammografia:
fatti le Idee chiare**



**La ricostruzione del seno:
breve guida per scegliere
e decidere**



La Carta delle Utenti:

una proposta di
collaborazione concreta
tra le associazioni di
medici e le associazioni
di donna

Roma, 3 novembre 2004

La ricostruzione del seno: breve guida per scegliere e decidere

- **Realizzato in collaborazione con:**
EUROPA DONNA (Maria Antonietta Nosenzo)
FONCaM (Andrea Grisotti)
Associazione Crisalide (Marisa Monari)
- **Obiettivo:** un aiuto a tutte le donne che decidono di ricorrere alla ricostruzione della mammella
- **Distribuito attraverso le associazioni di EUROPA DONNA**



Roma, 3 novembre 2004

Le Regioni



Intervento chirurgico e ricostruzione mammaria contestuale:

La Regione Lombardia ha appena deliberato un aumento di 1.000 euro dei DRG relativi all'intervento al seno per incentivare le strutture sanitarie a creare équipes che includano durante l'intervento anche la presenza dei chirurghi plastici ed effettuare così, quando la situazione clinica lo consenta e la donna lo richieda, la ricostruzione mammaria contestuale.

Roma, 3 novembre 2004

La carta delle utenti

Collaborano: AIOM, EUSOMA, SIRM – Sez. di Senologia, SIS FONCaM, FIMMG, GISMa, AIRO, AOGOI e SIPO

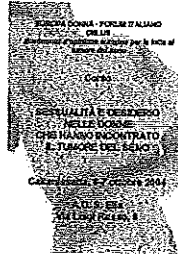
- Proposta di collaborazione tra EUROPA DONNA e le associazioni di medici che si occupano di tumore al seno per l'attuazione di Linee Guida sul territorio
- Si intendono definire prestazioni e servizi sanitari per la diagnosi e la cura del tumore al seno tenendo conto delle situazioni locali e delle disponibilità umane ed economiche
- Le Linee Guida sono rivolte anche ai responsabili della sanità regionale, delle ASL, e delle Aziende Ospedaliere

Roma, 3 novembre 2004

Corsi

Per aumentare la consapevolezza e l'autorevolezza delle donne che hanno avuto una diagnosi di tumore al seno e di chi è in contatto con loro attraverso l'educazione sanitaria e l'informazione

- Programmi di screening
- Comitati etici (Consensi informati)
- Psiconcologia e comunicazione
- Metodologia della ricerca clinica



Roma, 3 novembre 2004

I rapporti con il Parlamento e l'azione di lobby

EUROPA DONNA PARLAMENTO

- Coinvolge il Forum italiano di EUROPA DONNA e le Parlamentari di tutti gli schieramenti politici
- Obiettivo: sempre maggior coinvolgimento delle forze politiche a livello centrale e regionale - Elemento fondamentale: la trasversalità



LE DONNE ITALIANE UNITE NELLA LOTTA AL TUMORE DEL SENO

Nella XIII Legislatura (1997 - 2001)
hanno coordinato:

Camera dei Deputati: On. Angela Napoli
Senato della Repubblica: Sen. Annamaria Bemasconi

Nella XIV Legislatura (2001 - ...)
coordinano:

Camera dei Deputati: On. Marida Bolognesi
Senato della Repubblica: Sen. Laura Bianconi

Roma, 3 novembre 2004

Gli incontri di EDP

Conferenza stampa annuale a Roma

Tumore del seno - L'azione di lobby in Italia Risultati e prospettive

- Organizzate dall'anno 2000
- In precedenza (dal 1999) erano organizzati incontri annuali tra le associazioni e la Parlamentari



Italia da Conferenza Stampa

L'OGGI E IL DOMANI DEL SENO
LAVORO E PROSPETTIVE

Roma, 3 novembre 2004
Ore 10.00
Aula del Senato, Via del Senato
00187 Roma

Incontri aperti alla popolazione

Tumore al seno: un problema sociale e umano

- Regioni coinvolte: Lombardia - Piemonte - Sardegna - Sicilia - Marche - Veneto - Puglia - Calabria
- Incontri organizzati dall'anno 1999
- Obiettivo: momento di incontro con le istituzioni locali, i clinici e le associazioni



Roma, 3 novembre 2004

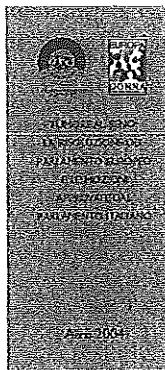
I risultati di EDP

- revisione della legge per la fornitura della protesi mammaria esterna (art. 37, lex 449/97)
- abolizione del ticket per la mammografia ogni due anni tra i 45 e i 69 anni
- esami di secondo livello gratuiti per le donne tra i 45 e i 69 anni
- stanziamento di fondi per i centri di radioterapia
- pressione per la modifica del DRG relativo alla ricostruzione mammaria immediata dopo intervento chirurgico (Lombardia)
- approvazione del Parlamento italiano della Mozione n. 164 al Senato e n. 260 alla Camera

Roma, 3 novembre 2004

Risoluzione e Mozioni: l'impegno del Parlamento europeo e italiano nella lotta al tumore del seno

- **Giugno 2003** - Risoluzione sul tumore al seno votata dal Parlamento Europeo
- **15 ottobre 2003** - Mozione 194 votata dal Senato della Repubblica
- **3 marzo 2004** - Mozione 260 votata alla Camera dei Deputati



Roma, 3 novembre 2004

Attività: 2004 - 2005

- Ministero per le Pari Opportunità (realizzazione di un DVD su diagnosi precoce e terapie)
- Ministero del Welfare (pubblicazione di un opuscolo con riferimenti legislativi relativi alla tutela della donna in ambito lavorativo dopo tumore al seno)
- Ministero della Salute e Regioni (DRG per la ricostruzione mammaria contestuale)
- Commissione Igiene e Sanità del Senato (Indagine conoscitiva sullo stato dell'arte delle strutture senologiche nel nostro Paese)
- Incontro promosso dalla RAI sulla responsabilità sociale di impresa (Milano, 29 novembre 2004)
- Incontri con le Parlamentari (Toscana, gennaio 2005)
- Conferenza stampa a Roma (luglio 2005)

Roma, 3 novembre 2004

TI ASPETTIAMO

(di G. Lambertini)

Non per i nostri vestiti:
Li metteremo anche se sono sgualciti
Non per i nostri bisogni:
Li cancelleremo con i sogni
Non per i nostri capricci:
Sono superficiali, sono stracci
Non per i nostri piaceri:
Li sazieremo quando ritorni
Ma per i nostri cuori
Senza te mamma
Sono incolori



Roma, 3 novembre 2004

Documento presentato da Ludovica Teodori Presidente Associazione "Amici dello IOM- Onlus " di Ascoli Piceno alla Commissione Igiene e Sanità del Senato nella audizione di "Europa Donna"

Prevenzione

La Regione Marche da alcuni anni realizza un progetto di screening per la diagnosi precoce del tumore al seno, al quale partecipano tutte le ASL delle Marche (oggi: Zone territoriali della azienda regionale ASUR). Il progetto è rivolto alle donne comprese nella fascia di età 45-69 anni e si pone come obiettivo la partecipazione di non meno del 70% della popolazione bersaglio.

In proposito si osserva che le donne invitate non rappresentano ancora la totalità di quelle nella indicata fascia di età e che, in termini di partecipazione, non si è ancora raggiunto l'obiettivo prefissato (dai dati 2002 riportati nell'allegato "A" risulta una copertura del 35%). Si esprimono pertanto le seguenti considerazioni:

- che è necessario un maggiore coinvolgimento dei medici di medicina generale, i quali hanno un diretto, personale e ricorrente contatto con le donne interessate, non escludendo la possibilità di prevedere incentivi per quei medici che raggiungono determinati risultati (non basta, anche se è di qualche utilità, che l'invito a sottoporsi a mammografia porti la firma anche del medico di famiglia). Peraltro gli esami clinici del medico di famiglia si rivelano fondamentali nell'intervallo (biennio) fra un accertamento radiografico e l'altro;

- che è importante portare la prevenzione dei tumori femminili in luoghi il più possibile vicini alle donne che spontaneamente non si rivolgono alle strutture sanitarie, perché o residenti nei Comuni meno vicini a dette strutture o meno attente, per motivi socio-culturali, ai temi della prevenzione. Si pensa in particolare alle donne delle aree rurali dei Comuni non dotati di presidi della Sanità pubblica e a quelle di origine extracomunitaria. Un progetto del genere, che utilizza unità mobili dotate di mammografo e presidiate da personale medico e paramedico, è stato elaborato dalla nostra Associazione in stretta collaborazione con la ASUR Zona Territoriale 13 di Ascoli Piceno, anche con l'obiettivo di favorire lo sviluppo di una cultura della prevenzione, che favorisca, per i controlli successivi, il ricorso alle strutture sanitarie del territorio.

In tema di prevenzione si segnalano inoltre tempi di attesa eccessivamente lunghi (dell'ordine di mesi) per l'effettuazione di mammografie e degli altri necessari accertamenti (ecografia, ago aspirato, ecc.)

In considerazione dell'abbassamento dell'età in cui si manifesta la patologia in argomento, si sottolinea l'importanza di sviluppare, nelle giovani la conoscenza del proprio corpo e l'attenzione ai segnali che da esso provengono, nonché l'abitudine all'autopalpazione.

Questi momenti di informazione, rivolti anche all'adozione di corretti stili di vita, richiedono un forte e strutturato coinvolgimento delle Scuole e dello stesso Ministero della Pubblica Istruzione.

Sarebbe inoltre bene che iniziative di questo tipo si realizzassero non in ospedali o strutture sanitarie, che, per loro natura, possono determinare forte disagio di ordine

psicologico. In proposito mi permetto di citare una recente esperienza realizzata dalla nostra Associazione (dicembre 2003-febbraio 2004), con la quale si è svolta l'indicata attività di prevenzione nei confronti di oltre 600 studentesse nell'ambito di una Mostra sul seno nell'arte allestita nella Pinacoteca civica di Ascoli Piceno.

Dopo la diagnosi

Una volta diagnosticato il tumore al seno è di estrema importanza che alla donna sia indicato con chiarezza il percorso sanitario da seguire (quali ulteriori esami, dove, quando) e, successivamente, che sia illustrato il tipo di intervento chirurgico al quale sarà sottoposta. E' altrettanto importante che in questi momenti sia assicurato un adeguato sostegno psicologico.

Nelle Marche, da circa un anno, è stata istituita nell'Ospedale regionale Torrette di Ancona una "breast unit" (allegato "B"), cioè un centro di senologia interdisciplinare, che assolve in modo soddisfacente a quanto più sopra indicato, facendosi carico non solo di individuare gli ulteriori accertamenti da effettuare, ma addirittura provvedendo direttamente alle necessarie prenotazioni. La "breast unit" segue inoltre la paziente anche nella fase post-operatoria e di recupero psico-fisico.

Nel resto della regione la situazione è molto diversificata: alcune unità di senologia sono attive con risultati apprezzabili, altre sono ancora allo stato embrionale, affidate solo alla buona volontà degli operatori, mancando di sufficiente personale e spesso la figura dello psicologo. Ancora molto spesso la paziente è sostanzialmente abbandonata a sé stessa, riceve indicazioni a volte contrastanti dai medici ai quali si rivolge (medico di famiglia, chirurgo, oncologo), spesso si sottopone ad accertamenti non necessari (facendosi così carico di costi inutili e gravando sulla spesa pubblica sanitaria), manca di ogni sostegno psicologico; è, in sostanza, completamente disorientata. Si sottolinea in particolare la necessità di offrire, in tutto il territorio regionale, alla donna malata di tumore al seno un programma pre-intervento di accertamenti ben definito, sgravandola, se possibile, dai disagi e dai tempi burocratici delle prenotazioni..

La soluzione, peraltro indicata anche in sede europea, è quella di estendere a tutta la regione l'esperienza della "breast unit", auspicabilmente secondo un modello comune e una dislocazione strategica che trascuri i campanilismi e sia invece finalizzata a ottimizzare le risorse.

E' pure necessario svolgere una intensa attività di comunicazione perché si conoscano in modo corretto le opportunità offerte localmente, in modo da ridurre anche la mobilità passiva delle malate verso strutture sanitarie extra-regionali, finora decisamente consistente. Si pensa a una sorta di "sportello" per i malati e per le loro famiglie, gestito professionalmente da soggetti appositamente formati, che potrebbe dare anche informazioni di ordine pratico, ma altrettanto utili sui sostegni economici e psicologici esistenti nel territorio, ecc.. Nel frattempo, in attesa dello "sportello" istituzionale, qualcosa possono fare le associazioni di volontariato, utilizzando anche persone che hanno vissuto sulla loro pelle la stessa malattia.

L'intervento chirurgico

Sotto l'aspetto chirurgico la situazione nelle Marche può essere considerata complessivamente soddisfacente: è generalizzata la pratica delle tecniche meno invasive; è iniziato l'utilizzo del "linfonodo sentinella".

Il percorso post-operatorio

Anche in questa fase sarà decisivo il ruolo delle unità di senologia, chiamate ad indicare alle donne operate un percorso terapeutico con un preciso calendario, che preveda solo i controlli strettamente necessari (vanno assolutamente evitati inutili stress e sprechi) e provveda, direttamente e senza impegnativa, alle prenotazioni.

Nelle Marche reparti di radioterapia e di oncologia sono sufficientemente presenti e dislocati in modo omogeneo nel territorio

Se pertanto nella regione le risorse terapeutiche pubbliche post-intervento sono sicuramente adeguate (si lamentano però tempi di attesa troppo lunghi ad esempio per il linfo-drenaggio di chi ha subito l'asportazione dei linfonodi), non altrettanto può dirsi per quanto attiene al recupero psico-fisico delle donne operate.

Infatti dopo l'intervento, la donna entra in una fase estremamente delicata, non riesce più a sentirsi la stessa di prima, con profondi riflessi sulla coniugalità, la sessualità e perfino sulla genitorialità. Occorre allora trasformare il disagio della malattia in forza capace di riprogettare la vita, recuperare la fisicità, riscoprire i canali di comunicazione: in sostanza ritrovare un equilibrio personale, non facendo affidamento solo sulle proprie risorse, che possono non essere sufficienti.

Su questo versante, assolutamente non coperto dall'intervento pubblico, un aiuto è offerto, pur con tutti i limiti di natura economica che le caratterizzano, solo da organizzazioni di volontariato, impegnate sia nel recupero psico-fisico che nel sostegno consulenziale e finanziario per protesi, parrucche, ecc.

A titolo di esempio segnalo il progetto "Pentesilea", che la nostra Associazione realizza da cinque anni, che valorizza la solidarietà e la vicinanza tra donne chiamate ad affrontare gli stessi problemi e persegue il recupero attraverso pratiche di espressione corporea supportata da dinamiche psicologiche.

* * * *

Esprimo infine l'auspicio che le organizzazioni di volontariato impegnate sul tumore al seno siano maggiormente presenti, per offrire il loro contributo di esperienza, nelle sedi in cui si elaborano le politiche e i programmi relativi a questa patologia.

Allegato "A"

Regione Marche

screening dei tumori femminili - ANNO 2002

ASL	pop.femm. donne bersaglio ca.mamm.	donne screenate ca.mamm.	% copertura
1-Pesaro	8840	2773	31,37
2-Urbino	5974	1854	31,03
3- Fano	8668	4544	52,42
4- Senigallia	4882	1933	39,59
5-Jesi	5478	1463	26,71
6- Fabriano	3324	654	19,68
7-Ancona	19804	9270	46,81
8- Civitanova	5623	1600	28,45
9- Macerata	17675	1809	10,23
10- Camerino	4080	959	23,5
11-Fermo	7605	4758	62,56
12- S.B.Tront o	6282	2690	42,82
13- A.Piceno	9435	3727	39,5
TOTALI	107670	38.034	

Fonte: Regione Marche Assessorato Sanità

Allegato "B"

Breast Unit dell'Ospedale Regionale "Torrette" di Ancona

Struttura

Fanno parte della Breast Unit:

Dipartimento di radiologia

Dipartimento di Chirurgia(compresa la ricostruzione)

Dipartimento di patologia Clinica

Dipartimento di Oncologia

Dipartimento di Radioterapia

Unità Operativa semplice di Psiconcologia

Attività (settembre 2003/ settembre 2004)

Casi trattati: n.177 (+ 20% rispetto al 2002/2003), provenienti:

dalla breast unit: n.115

da altre strutture ospedaliere della Regione Marche: n.34

28 dall'Ospedale di Torrette: n.28

Fonte: Dipartimento di Radiologia e Oncologia dell'Ospedale Torrette di Ancona



**Regione Marche – Azienda Sanitaria Unica Regionale
Zona Territoriale n. 13 - Ascoli Piceno**

ACQUASANTA TERME - AMANDOLA - APPIGNANO DEL TRONTO - ARQUATA DEL TRONTO - ASCOLI PICENO - CASTEL DI LAMA -
CASTIGNANO - CASTORANO - COLLI DEL TRONTO - COMUNANZA - FOLIGNANO - FORCE - MALTIGNANO - MONTEDINOVE -
MONTEFALCONE - APENNINO - MONTEFORTINO - MONTEGALLO - MONTEPARO - MONTEMONACO - OFFIDA - PALMIANO -
ROCCAFIUVIONE - ROTELLA - SANTA VITTORIA IN MATELANO - SMERILLO - SPINETOLI - VENAROTTA.

Via degli Iris - Tel. (0736) 3581 - Telefax (0736) 358839 - 63100 ASCOLI P. - C. Fiscale e P.iva 01439420447

**PROGETTO DI SCREENING MAMMOGRAFICO PER LA
DIAGNOSI PRECOCE DEI TUMORI FEMMINILI
ANNO 2004**

ASCOLI PICENO, 26 Aprile 2004

Direttore Zona Territoriale n. 13

Ing. Mario Maresca

**Responsabile Percorso Clinico
Progetto Screening Mammografico
Dott. Carlo Marinucci**



**Regione Marche – Azienda Sanitaria Unica Regionale
Zona Territoriale n. 13 - Ascoli Piceno**

ACQUASANTA TERME - AMANDOLA - APPIGNANO DEL TRONTO - ARQUATA DEL TRONTO - ASCOLI PICENO - CASTEL DI LAMA - CASTIGLIANO - CASTORANO - COLLI DEL TRONTO - COMUNANZA - FOLIGNANO - FORCE - MALTIGNANO - MONTEDINOVE - MONTEFALCONE - APPENNINO - MONTEFORTINO - MONTEGALLO - MONTEPARO - MONTEMONACO - OFFIDA - PALMBANO - ROCCAFISSIONE - ROTELLA - SANTA VITTORIA IN MATELANO - SMERILLO - SPINETOLI - VENAROTTA.

Via degli Iris - Tel. (0736) 3581 - Telefax (0736) 358839 - 63100 ASCOLI P. - C. Fiscale e P.iva 01439420447

1. PROGETTO DI SCREENING MAMMOGRAFICO

1.1. POPOLAZIONE BERSAGLIO

La popolazione obiettivo è pari a 18.748 unità, l'attività di screening nel 2003 ha visto la partecipazione di 6.534 donne.

Per l'anno 2004 si prevede di effettuare almeno 6.000 mammografie di screening che permettono di stimare il raggiungimento del 70% della popolazione bersaglio.

Si prevede, nel corso dell'anno, la revisione delle liste della popolazione femminile inclusa nelle classi di età 45-69 recuperando le indagini diagnostiche eseguite nel percorso clinico (nell'anno 2003 infatti sono state effettuate 2.416 mammografie cliniche a donne residenti nella Zona 13) ed aggiornando le liste escludendo soggetti affetti da malattie o in terapia.

2. SEGRETERIA ORGANIZZATIVA UO DI RADIOLOGIA

La segreteria della l'UO di Radiologia svolge i seguenti compiti:

- gestione documentazione delle donne invitate
- prenotazione su agenda elettronica della UO sia degli esami di I° che di II° livello
- accettazione delle donne
- archiviazione esito e documentazione iconografica (mammografie e referti)
- invio dati di aggiornamento della anagrafica della popolazione obiettivo alla SO
- gestione e spedizione dei referti esami eseguiti alle donne
- richiamo per approfondimento
- gestione degli appuntamenti per approfondimenti diagnostici di II° Livello fino all'intervento chirurgico se previsto secondo procedure interne concordate.
- comunicazione mensile dei dati statistici della attività svolta alla Segreteria Organizzativa
- aggiornamento della popolazione obiettivo.

La Segreteria provvederà, con due giorni di anticipo, a confermare gli appuntamenti richiamando telefonicamente le donne. L'appuntamento potrà essere spostato dalla donna (sia rispetto alla data che alla struttura di esecuzione) previa telefonata all'apposito numero 0736-358659).

3. PERCORSO DI SCREENING MAMMOGRAFICO:

Il percorso di screening prevede fasi di primo e secondo livello ed il coinvolgimento di Servizi e Professionisti Territoriali ed Ospedalieri quali:

- MMG
- Consultorio familiare
- UO Radiologia
- UO Anatomia Patologica



**Regione Marche – Azienda Sanitaria Unica Regionale
Zona Territoriale n. 13 - Ascoli Piceno**

ACQUASANTA TERME - AMANDOLA - APPIGNANO DEL TRONTO - ARQUATA DEL TRONTO - ASCOLI PICENO - CASTEL DI LAMA - CASTIGLIANO - CASTORANO - COLLI DEL TRONTO - COMUNANZA - FOLIGNANO - FORCE - MALTIGNANO - MONTECINOVE - MONTEFALCONE APPENNINO - MONTEFORTINO - MONTEGALLO - MONTEPARO - MONTEMARCO - OFFIDA - PALMIANO - ROCCAFLUVIONE - ROTELLA - SANTA VITTORIA IN MATELANO - SMERILLO - SPIRETOLI - VENAROITA.

Via degli Iris - Tel. (0736) 3581 - Telefax (0736) 358839 - 63100 ASCOLI P. - C. Fiscale e P.iva 01439420447

- UO Chirurgia
- UO Oncologia
- Distretto-Poliambulatorio
- Segreteria Organizzativa

Particolare attenzione verrà posta al percorso inteso come offerta attiva e presa in carico in caso di necessità di approfondimento diagnostico (II° Livello). Non si tratta quindi di un insieme di prestazioni ma la proposta di un percorso diagnostico codificato ed integrato.

Si prevede pertanto l'individuazione non solo il responsabile delle singole prestazioni ma anche il responsabile che garantisce il percorso clinico nelle sue diverse fasi.

Il responsabile del percorso clinico mammografico è individuato nel direttore della UO di Radiologia.

Per monitorare il corretto svolgimento del programma sarà prevista almeno una riunione mensile dei professionisti delle singole UO coinvolte.

Durante l'incontro dovranno essere verificati gli obiettivi quantitativi, l'analisi delle non conformità registrate nel mese, eventuali criticità di interfaccia tra le UO coinvolte di carattere sia organizzativo che professionale.

Le mammografie di screening verranno effettuate durante sedute dedicate esclusivamente ad attività di screening per evitare commistioni con attività di senologia clinica.

La correttezza procedurale delle attività di accettazione, l'esecuzione degli esami, la lettura e gli approfondimenti diagnostici sono garantiti dal Direttore della UO di Radiologia.

Tutte le attività amministrative, tecniche e mediche verranno svolte in orario di servizio quale compito di istituto, in conformità con le indicazioni regionali, e le risorse aggiuntive finanziate con il budget assegnato alla Zona Territoriale 13 per l'anno 2004.

4. MODALITA' DI ACCESSO

L'accesso al progetto di screening avviene seguendo 2 differenti percorsi:

Tramite richiesta del Medico di Medicina Generale (modalità per "accesso spontaneo"). Il MMG redige l'impegnativa ed appone il timbro "Benessere Donna" che garantisce l'accesso al percorso; Tramite Invito (modalità per "invito con lettera").

Le Donne che vogliono accedere spontaneamente al programma, tramite richiesta del MMG, possono prenotare la prestazione mammografica telefonando alla Segreteria della UO di radiologia, mentre le donne invitate con lettera possono confermare il loro appuntamento o programmare un nuovo appuntamento telefonando al medesimo numero.

PROGETTO SCREENING-Segreteria UO di Radiologia tel : 0736/358659



**Regione Marche – Azienda Sanitaria Unica Regionale
Zona Territoriale n. 13 - Ascoli Piceno**

ACQUASANTA TERME - AMANDOLA - APPIGNANO DEL TRONTO - ARQUATA DEL TRONTO - ASCOLI PICENO - CASTEL DI LAMA - CASTIGNANO - CASTORANO - COLLI DEL TRONTO - COMUNANZA - FOLIGNANO - FORCE - MALTIGNANO - MONTEDEIHOVE - MONTEFALCONE APPENNINO - MONTEFORTINO - MONTÉGALLO - MONTEPARO - MONTEMONACO - OFFIDA - PALBANO - ROCCAFLUVIONE - ROTELLA - SANTA VITTORIA IN MATELANO - SMERILLO - SPINETOLI - PENAROTTA.

Via degli Iris - Tel. (0736) 3581 - Telefax (0736) 358839 - 63100 ASCOLI P. - C. Fiscale e P.iva 01439420447

5. ATTIVITA' E STRUTTURE EROGANTI

Per il progetto screening mammografico sono stati effettuati investimenti sul territorio (due mammografi presso i poliambulatori) tali da garantire una intensiva attività mammografica territoriale, che permette di riservare l'utilizzo del mammografo presso la UO di radiologia per attività clinica per utenti ricoverati e esterni e per gli esami di approfondimento per lo screening.

ATTIVITÀ	PRESIDIO OSPEDALIERO AMANDOLA	POLIAMBULATORIO OFFIDA	POLIAMBULATORIO ASCOLI PICENO
Lettere di invito da inviare per settimana	60	150	180
I turni di mammografie di screening	2 turni di screening	5 turni di screening	6 turni di screening
N° mammografie di screening da eseguire per settimana	30	75	90
N° Settimane anno	42	42	42
Totale mammografie annue	1.260	3.150	3.750

6. PERCORSO DI ACCESSO 1° LIVELLO

Il protocollo diagnostico del programma di screening prevede come esame di 1° livello l'esecuzione della mammografia a cura del TSRM appositamente preparato, con cadenza biennale, senza la presenza del Medico durante l'esecuzione della stessa.

6.1. ACCETTAZIONE

La SO della UO di radiologia esegue le attività di accettazione della donna prenotata secondo le procedure specifiche della UO.

6.2. ESECUZIONE DEL TEST

IL TSRM accoglie la donna nella area diagnostica, la intervista ai fini della anamnesi e riporta eventuali osservazioni proprie (eventuali formazioni cutanee, cicatrici etc.) o quelle riferite dalla donna (sintomi, familiarità, eventuale terapia sostitutiva) sulle apposite schede allegato 1

IL TSRM esegue la mammografia in due proiezioni (obliqua ed assiale).

Il personale tecnico (preferibilmente donna) che svolge tale attività è impiegato per almeno il 30% del proprio tempo in tale attività, e deve essere formato sui temi della accoglienza e della comunicazione.



**Regione Marche - Azienda Sanitaria Unica Regionale
Zona Territoriale n. 13 - Ascoli Piceno**

ACQUASANTA TERME - AMANDOLA - APPIGNANO DEL TRONTO - ARQUATA DEL TRONTO - ASCOLI PICENO - CASTEL DI LAMA - CASTIGLIANO - CASTORANO - COLLI DEL TRONTO - COMUNANZA - FOLIGNANO - FORCE - MALTIGNANO - MONTECINQUE - MONTEFALCONE - APENNINO - MONTEFORTINO - MONTÉGALLO - MONTEFARO - MONTEMARCO - OFFIDA - PALMIANO - ROCCAFIUVIONE - ROTELLA - SANTA VITTORIA INMATELANO - SMERILLO - SPINETOLI - VENEROTTA.

Via degli Iris - Tel. (0736) 3581 - Telefax (0736) 358839 - 63100 ASCOLI P. - C. Fiscale e P.Iva 01439420447

Le lastre mammografiche sono inviate alla sede di refertazione centrale c/o UO di Radiologia a mezzo posta interna

6.3. LETTURA DEL TEST RADIOLOGICO

Per la lettura degli esami di screening è utilizzato un diafanoscopio multimmagine ruotante collocato presso la sala referti della equipe medica mammografia di screening.

La lettura è effettuata in doppio da due Radiologi esperti di mammografia con competenza specifica nel contesto della diagnosi precoce.

E' necessaria che l'attività di screening venga svolta a turno da almeno 3 unità mediche della UO di Radiologia di Ascoli Piceno, per garantire la doppia lettura e la continuità del progetto.

La scheda di refertazione utilizzata dai due radiologi è la medesima; pertanto solo il primo lavora in cieco. Pertanto deve essere garantita una alternanza tra i due radiologi lettori con cadenza almeno mensile.

L'equipe medica di lettura dovrà leggere annualmente non meno di 6.000 mammografie l'anno.

6.4. REFERTAZIONE- TEMPI E MODALITÀ

I tempi di refertazione massimi sono di 7 giorni.

La refertazione consiste soltanto barrando una delle quattro risposte previste nella scheda di refertazione di I° livello:

<input type="checkbox"/> negativo controllo fra 2 anni	
<input type="checkbox"/> richiamo per sintomi	Segno clinico o sintomo da parte della donna o del TSRM stesso in assenza di segni radiologici di per sé significativi
<input type="checkbox"/> richiamo per ragioni tecniche	Documentazione radiografica tecnicamente insufficiente (posizionamento, esposizione)
<input type="checkbox"/> richiamo	Segno mammografico sospetto

In caso di indicazioni concordi dei due radiologi per il codice n.1 la donna ed il suo medico riceveranno domiciliariamente una lettera standard (allegato 2) firmata da entrambi i due medici radiologi lettori.

Nel referto di I° livello non è prevista la descrizione né la segnalazione di alcun segno di riferibile a patologia chiaramente benigna (fibroadenomi calcifici, calcificazioni benigne, ecc...)

Tutte le osservazioni diagnostiche non decisive, al fine di un richiamo, saranno riportate sulla scheda personale (allegato 3). Il personale della SO presso la UO provvede a digitare le informazioni sull'apposito Programma di Gestione (BD).

Nel caso di indicazione da parte di almeno uno dei due lettori di un codice da 2 a 4 (i due pareri non sono soggetti a discussione di consenso) la donna viene riconvocata per svolgere gli opportuni



**Regione Marche – Azienda Sanitaria Unica Regionale
Zona Territoriale n. 13 - Ascoli Piceno**

ACQUASANTA TERME - AMANDOLA - APPIGNANO DEL TRONTO - ARQUATA DEL TRONTO - ASCOLI PICENO - CASTEL DI LAMA - CASTIGLIANO - CASTORANO - COLLI DEL TRONTO - COMUNANZA - FOLLIGNANO - FORCE - MALTIGNANO - MONTECINQUE - MONTEFALCONE APENNINO - MONTEFORTINO - MONTEGALLO - MONTEPARO - MONTEMONACO - OFFIDA - PALMIANO - ROCCAFISSIONE - ROTELLA - SANTA VITTORIA IN MATELANO - SMERILLO - SPINETOLI - VENAROTTA.

Via degli Iris - Tel. (0736) 3581 - Telefax (0736) 358839 - 63100 ASCOLI P. - C. Fiscale e P.iva 01439420447

approfondimenti nell'ambito della senologia clinica alla presenza di uno dei due medici che hanno letto la mammografia di I° livello.

6.5. RICHIAMO

La donna viene contattata telefonicamente e le viene fissato un appuntamento entro i 3 gg successivi. Il medico di Medicina Generale viene informato del richiamo a cura della Segreteria.

7. PERCORSO DI ACCESSO II° LIVELLO

Il II° livello sarà eseguito presso la UO di Radiologia PO Ascoli Piceno Senologia Clinica e presso la sede di Amandola.

Nel caso di Richiamo la donna viene sottoposta ad approfondimenti seguendo il seguente schema:

Esami di II° Livello	Luogo di erogazione
approfondimento radiologico mammografico (ulteriori proiezioni) - ecografia	Ascoli Piceno - Amandola
prelievo mirato con ago: agoaspirato, agoaspirato con guida stereotassica,	Ascoli Piceno

Gli accertamenti su indicazione del Medico Radiologo possono prevedere anche il coinvolgimento delle seguenti figure:

Anatomo Patologo

Medico Chirurgo

ed al termine degli accertamenti il Medico Radiologo ed il Chirurgo compilano una scheda (allegato 4) di revisione comprendente tre colonne in cui sono definiti:

il referto radiologico,

il referto clinico,

registrazione della Diagnosi Presunta

Le valutazioni e diagnosi comportano l'indicazione delle seguenti conclusioni riassuntive:

REFERTO RADIOLOGICO	REFERTO CLINICO	DIAGNOSI PRESUNTA
1. Negativo	1. Negativo	1. Normale
2. Benigno	2. Benigno	2. Benigno
3. Probabilmente benigno	3. Sospetto maligno	3. Principalmente benigno
4. Sospetto maligno		4. Principalmente maligno
5. Maligno		5. Maligno
Responsabile: Medico Radiologo	Responsabile: Medico Chirurgo	Responsabile: Medico Radiologo

Il Medico Radiologo esprime la Diagnosi presunta nella terza colonna e nel caso si verifichino le seguenti condizioni:



**Regione Marche – Azienda Sanitaria Unica Regionale
Zona Territoriale n. 13 - Ascoli Piceno**

ACQUASANTA TERME - AMANDOLA - APPIGNANO DEL TRONTO - ARQUATA DEL TRONTO - ASCOLI PICENO - CASTEL DI LAMA - CASTIGLIANO - CASTORANO - COLLI DEL TRONTO - COMUNANZA - FOLIGNANO - FORCE - MALTIGNANO - MONTEDINOVE - MONTEFALCONE - APPENNINO - MONTEFORTINO - MONTEGALLO - MONTEPARO - MONTEMONACO - OFFIDA - PALMIANO - ROCCAFLUVIONE - ROTELLA - SANTA VITTORIA IN MATEVANNO - SMERILLO - SPINETOLI - VESAROTTA.

Via degli Iris - Tel. (0736) 3581 - Telefax (0736) 358859 - 63100 ASCOLI P. - C. Fiscale e P.iva 01439420447

Nel caso di

DIAGNOSI PRESUNTA	INDICAZIONI CLINICHE	Legenda INDICAZIONI CLINICHE
1. Normale	5-6	1. Agoaspirato
2. Benigno	1-2-3	2. Biopsia ecogui data
3. Probabile benigno	1-2-3	3. Biopsia Stereotassica
4. Probabile maligno	1-2-3-4	4. Biopsia chirurgica
5. Maligno	1-2-3-4	5. Richiamo anticipato (mesi)
		6. Richiamo Normale (2 anni)
Responsabile: Medico Radiologo	Responsabile: Medico Radiologo	

Gli esami di approfondimento sono refertati in tempo reale a cura del medico radiologo che assiste la donna.

Nei casi 1,2,3 su indicazione della equipe radiologica la SO prenota la seduta per l'esecuzione di agoaspirato, biopsia ecogui data o stereotassica entro 7 giorni dall'esecuzione dell'approfondimento.

La UO di Radiologia predispone un apposito spazio in agenda per tali approfondimenti di II° livello.

Sono previste sedute dedicate (almeno 1 seduta settimanale) dei 3 professionisti sopra indicati.

NEL CASO 4 VIENE PRENOTATA DAL MEDICO CHIRURGO PER UN INTERVENTO.

Il patologo, oltre a riportare dati sul prelievo ed eventuali descrizioni, dovrà giungere ad una diagnosi all'interno di una delle seguenti categorie:

DIAGNOSI PATOLOGO
0. non significativo
1. negativo: tessuto mammario normale
2. negativo: compatibile con lesione benigna
3. lesione iperplastica ad alta cellularità
4. sospetto per neoplasia
5. positivo per neoplasia
Responsabile: Medico Patologo

Nel caso 5 non sono consigliati richiami ravvicinati sotto i 12 mesi. Ad esempio i controlli a 6-8 mesi per reperti "microcalcificazioni" vanno esclusi.

Nel caso 6 viene previsto il rientro nella popolazione bersaglio.



**Regione Marche - Azienda Sanitaria Unica Regionale
Zona Territoriale n. 13 - Ascoli Piceno**

ACQUASANTA TERME - AMANDOLA - APPIGNANO DEL TRONTO - ARQUATA DEL TRONTO - ASCOLI PICENO - CASTEL DI LAMA -
CASTIGNANO - CASTORANO - COLLI DEL TRONTO - COMUNANZA - FOLIGNANO - FORCE - MALTIGNANO - MONTEDINOVE -
MONTEFALCONE APPENNINO - MONTEPORTINO - MONTEGALLO - MONTEPARO - MONTEMONACO - OFFIDA - PALMIANO -
ROCCAFLUVIONE - ROTELLA - SANTA VITTORIA IN MATELANO - SMERILLO - SPINETOLI - VENEROTTA.

Via degli Iris - Tel. (0736) 3581 - Telefax (0736) 358839 - 63100 ASCOLI P. - C. Fiscale e P.Iva 01439420447

INDICAZIONI CONCLUSIVE
Controllo mammografico tra 12 o 24 mesi
Exeresi chirurgica previo reperimento
Biopsia chirurgica con esame estemporaneo
Concordate tra gli specialisti

La scheda mammografia allegato 45 dovrà essere completata e firmata e consegnata con il referto alla SO.

La SO provvede ad inviare il referto alla donna, la risposta dell'esame deve essere spedita entro 10 giorni lavorativi successivi all'esecuzione dell'esame per le donne negative.

Le donne che rifiutano l'approfondimento verranno informate dei rischi che corrono e della loro scelta verrà informato il MMG se autorizzati in precedenza.

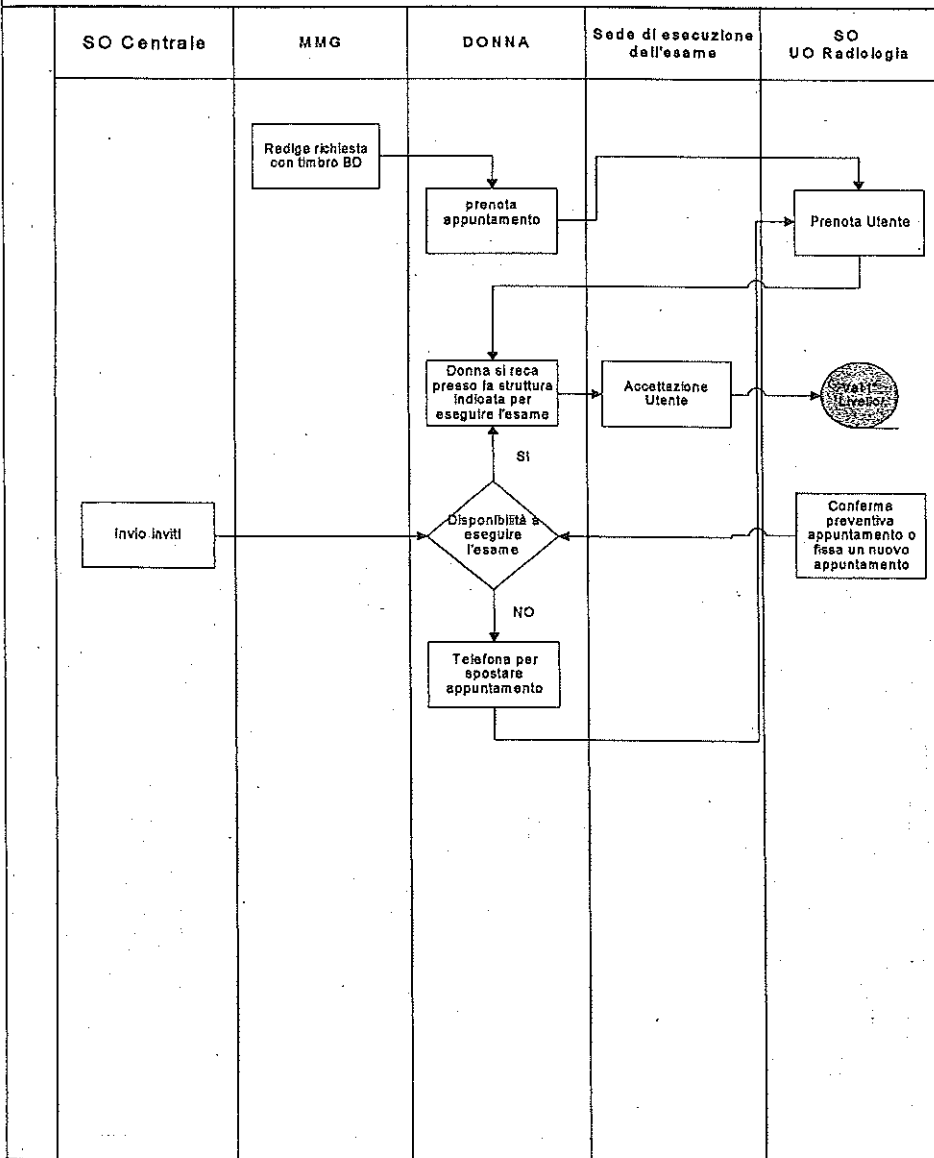


**Regione Marche – Azienda Sanitaria Unica Regionale
Zona Territoriale n. 13 - Ascoli Piceno**

ACQUASANTA TERME - AMONDOLA - APPIGNANO DEL TRONTO - ARQUATA DEL TRONTO - ASCOLI PICENO - CASTEL DI LAMA - CASTIGLIANO - CASTORANO - COLLI DEL TRONTO - COMUNANZA - FOLIGNANO - FORCE - MALTIGNANO - MONTEDINOVE - MONTEFALCONE APPENNINO - MONTEFORTINO - MONTEGALLO - MONTEPARO - MONTEMONACO - OFFIDA - PALMBIANO - ROCCAFLUVIONE - ROTELLA - SANTA VITTORIA INMATELLANO - SMERILLO - SPINETOLI - VENAROTTA.

Via degli Iris - Tel. (0736) 3581 - Telefax (0736) 358839 - 63100 ASCOLI P. - C. Fiscale e P.Iva 01439420447

PROGRAMMA SCREENING MAMMOGRAFICO- PERCORSO DI ACCESSO

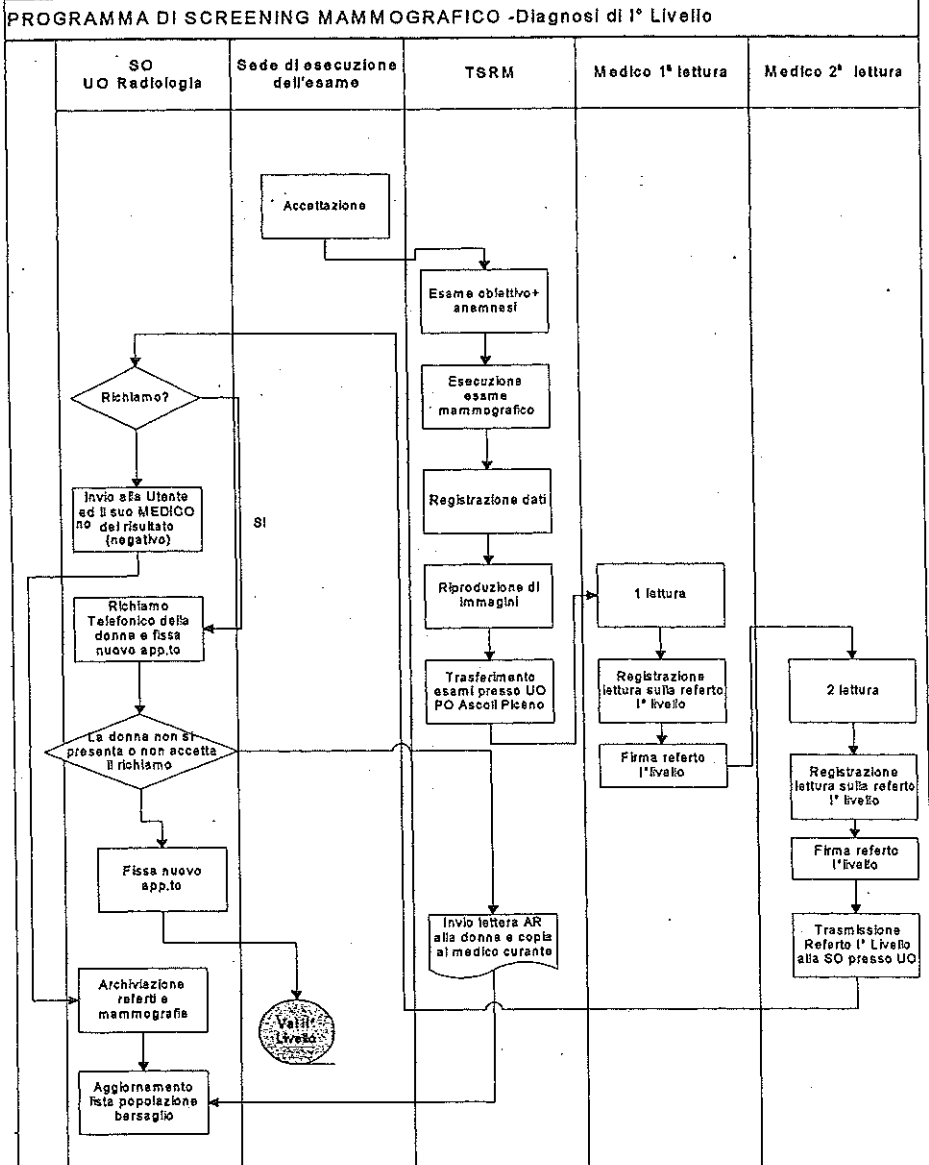




**Regione Marche - Azienda Sanitaria Unica Regionale
Zona Territoriale n. 13 - Ascoli Piceno**

ACQUASANTA TERME - AMANDOLA - APPIGNANO DEL TRONTO - ARQUATA DEL TRONTO - ASCOLI PICENO - CASTEL DI LAMA - CASTIGNANO - CASTORANO - COLLI DEL TRONTO - COMUNANZA - FOLIGNANO - FORCE - MALTIGNANO - MONTEDINOVE - MONTEFALCONE APPENNINO - MONTEFORTINO - MONTEGALLO - MONTEPARO - MONTEMONACO - OFFIDA - PALMIANO - ROCCAFLUVIONE - ROTELLA - SANTA VITTORIA DI MATELANO - SMERILLO - SPINETOLI - VENAROTTA.

Via degli Iris - Tel. (0736) 3581 - Telefax (0736) 358839 - 63100 ASCOLI P. - C. Fiscale e P.Iva 01439420447



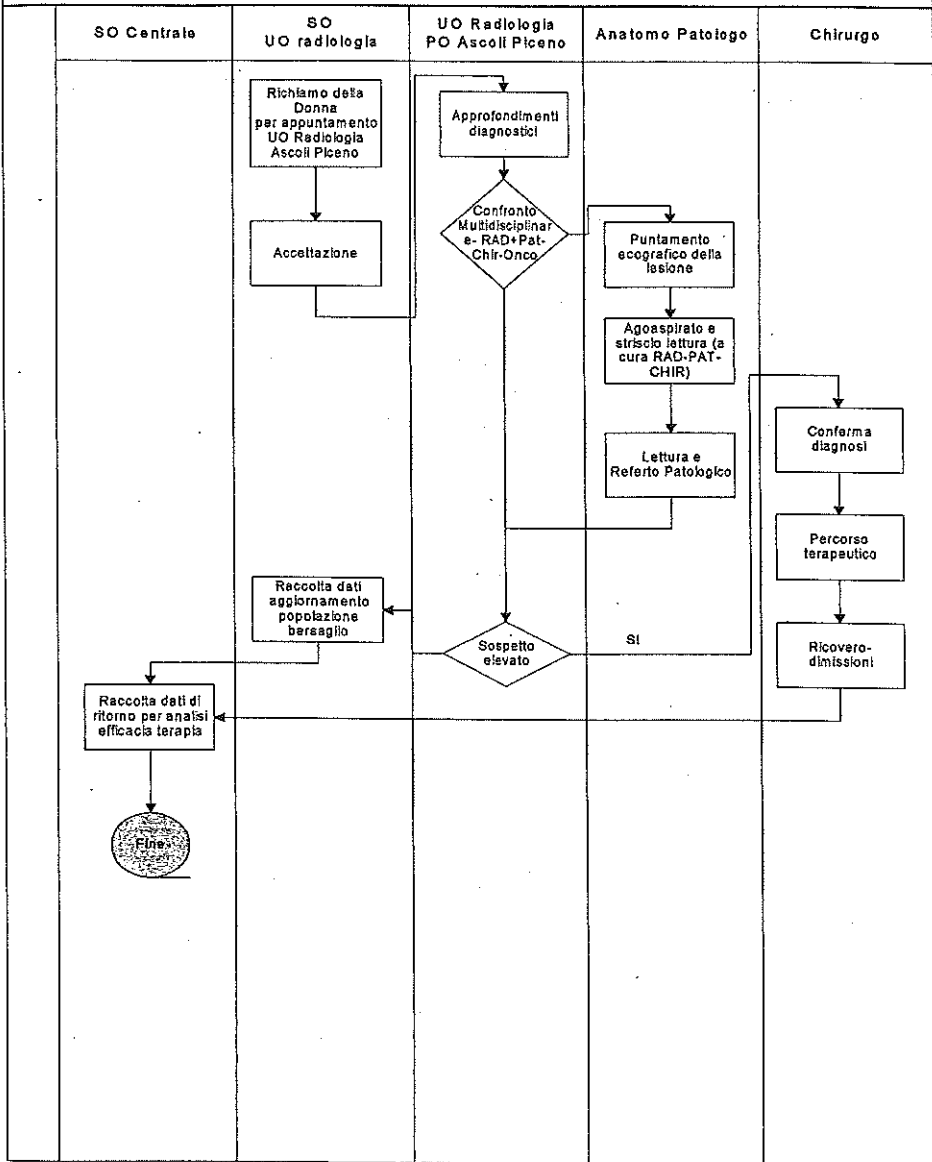


**Regione Marche – Azienda Sanitaria Unica Regionale
Zona Territoriale n. 13 - Ascoli Piceno**

ACQUASANTA TERME - AMANDOLA - AFFIPIANO DEL TRONTO - ARQUATA DEL TRONTO - ASCOLI PICENO - CASTEL DI LAMA - CASTIGLIANO - CASTORANO - COLLI DEL TRONTO - COMURIANA - FOLIGNANO - FORCE - MALTIGNANO - MONTEDINOVE - MONTEFALCONE APENNINO - MONTEFORTINO - MONTEGALLO - MONTEPARO - MONTEMONACO - OFFIDA - PALMIANO - ROCCAFLUVIONE - ROTELLA - SANTA VITTORIA INMATELLANO - SMERILLO - SPINETOLI - VENAROTTA.

Via degli Iris - Tel. (0736) 3581 - Telefax (0736) 358839 - 63100 ASCOLI P. - C. Fiscale e P.Iva 01439420447

PROGRAMMA DI SCREENING MAMMOGRAFICO -Diagnosi di II° Livello





**Regione Marche – Azienda Sanitaria Unica Regionale
Zona Territoriale n. 13 - Ascoli Piceno**

ACQUASANTA TERME - AMANDOLA - APPIGNANO DEL TRONTO - ARQUATA DEL TRONTO - ASCOLI PICENO - CASTEL DI LAMA - CASTIGLIANO - CASTORANO - COLLI DEL TRONTO - COMUNANZA - FOLIGNANO - FORCE - MALTIGNANO - MONTEDINOVE - MONTEFALCONE APPENNINO - MONTEFORTINO - MONTEGALLO - MONTEPARO - MONTEMONACO - OFFIDA - PALMIANO - ROCCAFIUVIONE - ROTELLA - SANTA VITTORIA INMATERANO - SMERILLO - SPINETOLI - VENAROTTA.

Via degli Iris - Tel. (0736) 3581 - Telefax (0736) 358839 - 63100 ASCOLI P. - C. Fiscale e P.Iva 01439420447

Allegato (lettera al MMG nel caso in cui la donna risultata positiva all'esame non si presenta agli esami di approfondimento diagnostico)

Gentile Dottore,

La informo che la sua assistita nome cognome, ha effettuato in data data l'esame ... tipoesame ... il cui esito richiede approfondimenti di II° livello.

E' stato prenotato un successivo accesso per l'esecuzione di ... tipoesame ... in data data ma la sua assistita non si è presentata all'appuntamento.

La preghiamo di verificare se il percorso diagnostico è stato comunque effettuato.
Si allega copia dell'esito.

Si resta a disposizione per ulteriori chiarimenti.

Ringrazio per la collaborazione e porgo cordiali saluti

Il Responsabile del Percorso Clinico



Amici dello **I.O.M.** Onlus
Istituto Oncologico Marghigiano • Ascoli Piceno



Pentesilea
Un progetto
per rianimare
la paura del
cancro al seno



FOM
Federazione
ONCOLOGICA
marchigiana

Profilo della Associazione "Amici dello IOM" - Onlus di Ascoli Piceno

L'Associazione "Amici dello IOM" Onlus di Ascoli Piceno è nata nel marzo 1996 ed è stata iscritta all'Albo Regionale Volontariato al n. 547 l'11 ottobre 1996. Svolge soprattutto attività di assistenza domiciliare gratuita ai malati oncologici, ma anche di recupero psico-fisico delle donne operate di tumore e di prevenzione.

Per l'assistenza domiciliare si avvale della collaborazione di una équipe socio-sanitaria, regolarmente retribuita, e di volontari.

L'équipe è composta da medico fisiatra, psicologo, fisioterapista, infermieri, addetto alla pulizia della persona, barbiere-parrucchiere.

I costi dell'attività sono coperti con le quote associative, i contributi da parte di privati, Aziende ed Enti, e con i ricavi ottenuti con specifiche iniziative. A titolo di esempio, una iniziativa di rilievo è stata quella legata al libro "Ricette...d'Autore", con la quale l'Associazione ha riscosso un notevole consenso, dimostrato dalle numerose recensioni apparse anche sui quotidiani nazionali. Il libro è stato impreziosito dalla copertina concessa dall'artista Tullio Pericoli.

Particolarmente significativa, inoltre, è stata l'iniziativa "Regala un Sorriso" della Redazione locale de "Il Messaggero": l'Associazione per due settimane è stata presente con la sua attività, le sue esperienze, i racconti degli assistiti sulle colonne del giornale, conseguendo risultati sia in termini di aiuti economici che, forse ancora più importanti, in termini di credibilità nei confronti della pubblica opinione.

❖ L'Associazione ha inoltre realizzato:

- ◆ Convegno: *"Tutto ciò che è umano mi appartiene."* (17/05/96 Ascoli Piceno);
- ◆ Convegno-dibattito: *"Stato attuale della Diagnostica e Terapia del Tumore Mammario"* (30/11/96 Ascoli Piceno), in collaborazione con l'Amministrazione Provinciale;
- ◆ Convegno: *"La cultura nella prevenzione del cancro al seno tra scienza e teatro"* (19/10/98 Ascoli Piceno, in collaborazione con l'Assessorato Pari Opportunità della Provincia e del Comune di Ascoli Piceno. Sono intervenute: Associazione Arlenika di Palermo e Europa Donna ;
- ◆ Presentazione di esperienze nell'ambito della conferenza europea *"Sanità: quando le donne fanno differenza"* (25/06/99 Ancona), organizzato da Prospecta-Ricerche statistiche sociali;
- ◆ Partecipazione al Convegno *Tumore al Seno* (29/01/2000 Ascoli Piceno), organizzato da Europa Donna;
- ◆ Incontri con i cittadini dei comuni della Vallata del Tronto sul tema *"Prevenzione dei tumori femminili"* (marzo 2001);
- ◆ Giornata (24/03/2001) su *"Prevenire si può"*, per la prevenzione dei tumori femminili *"perché le donne siano protagoniste della propria salute e sempre più informate"* (aperti mammografi e consultori), con gazebo nelle piazze, distribuzione di materiale informativo. Sono stati coinvolti, A.S.L. 13, Comuni di Ascoli Piceno, Amandola, Offida, Comunanza e Acquasanta, le associazioni Avis, Croce Rossa, Croce Verde e Airc ;

- ♦ Campagne di prevenzione e di promozione del volontariato nelle Scuole Superiori (Ist.Tecnico Industriale e Ist.Tecnico sperimentale);
- ♦ *Progetto Pentesilea*, finanziato per l'anno 1999/2000 dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento Affari Sociali, con il Patrocinio della Regione Marche e della Provincia - Commissione PP.OO, finalizzato al recupero psico-fisico delle donne operate al seno; il progetto si è concluso con una rappresentazione teatrale chiamata "Pentesilea in scena!" il giorno 24 marzo 2001; le testimonianze delle donne che hanno frequentato "Pentesilea" sono state raccolte in un libro dal titolo " *Il colore delle lacrime*", presentato al pubblico il 14 febbraio 2002. Il progetto ha assunto poi cadenza annuale;
- ♦ Partecipazione al corso annuale sulle metodologie di "Attivecomeprima" (Milano 20/21 maggio 2002);
- ♦ Presentazione della esperienza innovativa del "Gruppo Pentesilea" al Corso di Formazione di Auto Mutuo Aiuto nell'ambito della Salute Mentale promosso dalla ASL n.11 di Fermo(11 e 12/6/2002);
- ♦ Organizzazione del convegno su " *Il Medico di Famiglia, il Volontariato e le strutture ospedaliere nell'assistenza al malato oncologico*"(8/9 novembre 2002 Ascoli Piceno). Si è svolto presso l'Assindustria, con il Patrocinio del Comune di Ascoli Piceno, l'Ordine dei Medici della Provincia di Ascoli Piceno e l'Amministrazione Provinciale di Ascoli Piceno;
- ♦ Presentazione dell'intervento sul tema "**Io paziente**" alle giornate biennali internazionali organizzate dalla Associazione Arlenika di Palermo (27 novembre/3 dicembre. 2002);
- ♦ Presentazione di "Pentesilea", quale progetto innovativo, alla giornata di studio organizzata dalla ASL 13 sul tumore alla mammella (20 dicembre 2002);
- ♦ Organizzazione con la Provincia, il Comune di San Benedetto del Tronto e l'ASL 12 dell'incontro sul tema "**Tra cultura e scienza per programmare il proprio futuro**" (San Benedetto T. 17 gennaio 2003) in vista dell'avvio dell'attività in quella città;
- ♦ Alla Presidente dell'Associazione, il 17 agosto 2003, è stato conferito dall'Amministrazione Provinciale di Ascoli P. il premio "Piceno dell'anno 2003";
- ♦ Organizzazione della Mostra "**del seno tuo...Tra Arte e Salute**" (Ascoli Piceno, Pinacoteca Civica, 4 dicembre 2003-15 gennaio 2004) con l'obiettivo di sviluppare una cultura della prevenzione, proponendola in luoghi e lungo percorsi "nuovi" e più accattivanti, sdrammatizzando il discorso sulla prevenzione stessa e sulla malattia. Sono stati realizzati incontri con le allieve delle ultime classi degli Istituti superiori di Ascoli Piceno, San Benedetto del Tronto ed Amandola, che hanno fatto registrare la partecipazione di oltre 600 ragazze provenienti da 11 Istituti. Si è trattato di visite guidate alla Mostra di gruppi non superiori alle trenta unità, condotte da esperti d'arte e da medici, che si sono soffermati sui corretti stili di vita e sull'attenzione da prestare ai segnali che il corpo invia;
- ♦ Organizzazione con il Polo provinciale per l'educazione alimentare dei giovani del convegno su "**L'appetito vien...pensando**" (Ascoli Piceno, Palazzo dei Capitani, 15 gennaio 2004);
- ♦ Partecipazione, in qualità di socio fondatore, alla costituzione (24 gennaio 2004) della Federazione Oncologica Marchigiana (F.O.M.), della quale un rappresentante dell'Associazione ha assunto la Vice Presidenza;

♦ Nel gennaio 2004 ha istituito una borsa di studio della durata di un anno a favore di una psiconcologa, a servizio degli assistiti del Reparto di Oncologia dell'Ospedale Mazzoni e in generale dei malati di tumore;

♦ Relazione al Convegno sulla **"Gestione interdisciplinare del linfedema"**, organizzato dall'Istituto Santo Stefano a Porto Potenza Picena il 19-marzo 2004.

AMDOSITALIA

ASSOCIAZIONE MERIDIONALE DONNE OPERATE AL SENO O.N.L.U.S.
Centro Sociale - via Guicciardini - 84091 RATTIAPAGLIA
Tel. 0828303204 - C.F. 9103380656

Oggetto: diagnosi e cura del tumore al seno

Sono Umberta Basso, Presidente dal Febbraio 1991 della nostra Associazione che opera per divulgare l'importanza della diagnosi tempestiva, e sostiene tutte le donne che si rivolgono a noi per i controlli senologici, le supporta per gli interventi chirurgici, la riabilitazione fisica e psicologica, il follow-up e l'assistenza pratiche. Le assistite sono circa 2.000 all'anno e provengono dalle province di Salerno, Avellino e Napoli.

In riferimento al **TUMORE AL SENO**, prima causa di morte femminile dai trentacinque anni in su, va sottolineato che è aumentata l'incidenza di 4/5.000 casi annui e che vi è stata un'evoluzione della patologia di non facile individuazione, che ha reso il cancro al seno il nemico numero uno delle donne.

I dati delle dimissioni ospedaliere per interventi al seno registrati per lo scorso anno al Ministero della Salute sono stati di 54.946

La nostra Regione ha convenzionato tutti i radiologi autorizzandoli ad eseguire la mammografia, ha affidato al Materno e Infantile i programmi di screening 50-69 anni e tutti i chirurghi, di tutte le specializzazioni, sono autorizzati ad eseguire interventi al seno.

In riferimento all'incontro del 22.10.2004 presso l'Istituto PASCALÉ di Napoli con le Senatrici della Commissione Sanità e alla loro richiesta di avere delucidazioni e suggerimenti sul problema "Cancro al seno" e sul perché al Sud ci si ammala di meno ma si muore di più, vi sottoponiamo la nostra opinione in base all'esperienza acquisita sul territorio. Le carenze strutturali (iter per una cura, frazionamento degli esami, liste di attesa e tante mancate diagnosi) fanno sì che donne non si controllano e rispondono alle nostre sollecitazioni, dicendo: "non voglio saperne niente, poi, eventualmente, mi preparerò a morire".

La nostra proposta, per rendere efficace, efficiente ed economica la lotta al tumore al seno, è

L'UNITA' FUNZIONALE DI DIAGNOSTICA SENOLOGICA

Tale unità deve ottenere l'accreditamento della Società Italiana di Radiologia Medica, con un medico radiologo come referente che, con la

collaborazione del medico clinico e dell'anatomopatologo per la diagnosi di 2° livello, dia una risposta alla popolazione femminile.

Tutte le prestazioni devono essere sottoposte al controllo di qualità come previsto dal Piano Sanitario Regionale della Campania 2002-2004 e dal Ministero della Salute.

L'efficienza e l'efficacia organizzativa porteranno:

- ad un aumento della produttività con un rilevante risparmio economico;
- a diagnosi sempre più sicure e tempestive;
- a successivi interventi meno invasivi e poco onerosi, con un sicuro recupero di fiducia da parte dell'utenza,
- ad un progressivo aumento delle donne che si sottopongono ai controllo.

Le Unità Funzionali sono già state realizzate in tutto il territorio della Regione Puglia, in numero di una ogni 300.000 abitanti, con referente il prof. Enzo LATTANZIO e a Padova, con referente il prof. Cosimo DI MAGGIO, che, interpellati, daranno certamente la loro disponibilità ed informazioni.

Proponiamo inoltre che si integri la diagnosi con una

UNITA' DI TERAPIA SENOLOGICA

che risponda ai bisogni della popolazione femminile del nostro territorio, dove le pazienti siano seguite da un'equipe multidisciplinare che veda coinvolti medici di terapia chirurgica, dedicati e di provata professionalità, di farmacologia, di ricostruzione, di riabilitazione e follow-up: ciò migliorerà la qualità delle prestazioni e consentirà un razionale uso delle risorse umane ed economiche.

Proponiamo infine l'inserimento del medico di medicina generale nell'equipe dei percorsi di diagnosi e cura. Potenziare i punti di riferimento oncologico e creare centri di eccellenza è priorità sia del Piano Sanitario Regionale che della progettazione del Ministero della Salute, utilizzando e razionalizzando l'esistente.

L'inserimento, poi, del medico di medicina generale sia nel percorso di diagnosi che di cura successivo e conseguente follow-up, vedrebbe ridursi notevolmente gli esami inutili.

Controlli post-operatori "FOLLOW-UP" delle donne operate, definizione di un follow-up standard. Istituzione di un ufficio prenotazioni follow-up, per superare la frammentazione degli esami clinici e strumentali e ridurre disagi e sofferenze in donne che hanno incontrato un malattia grave. Ricevere, dopo l'intervento chirurgico, la prescrizione degli esami e dei controlli da eseguire, tranquillizza la paziente, facilita le prenotazioni ed elimina esami improvvisati.

L'"Ufficio Follow-up" già istituito presso l'Istituto PASCALE di Napoli, funziona in modo eccellente.

La nostra Regione eroga 140 miliardi di vecchie lire per la senologia e 400 miliardi per l'oncologia per prestazioni fuori regione. L'attuazione di quanto richiediamo darebbe maggiore occupazione nel nostro territorio e comporterebbe un rientro economico alle strutture pubbliche.

Per la copertura economica di tale progetto potrebbero essere utilizzati:

- ✓ fondi strutturali della Comunità Europea con scadenza 2006;
- ✓ fondi straordinari del Ministero della Salute;
- ✓ fondi raccolti dal Volontariato e dall'Associazionismo con manifestazioni e progetti a sostegno dell'iniziativa.

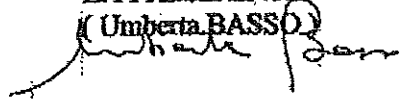
Attualmente programmi di screening 50-69 anni, in cui si prevede la sola mammografia, sono una spesa sanitaria inutile e dannosa per le donne e per il Sistema Sanitario.

Distinti saluti,

Bari-paglia, 30 Ottobre 2004

LA PRESIDENTE

(Umberto BASSO)





TUMORE AL SENO

L'impegno della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori

"Tumore al seno": Problema umano e sociale, una battaglia da vincere assieme affinché queste tre parole non distruggano la speranza e la gioia di vivere di tante donne e di tante famiglie.

Una battaglia da vincere attraverso una corretta e capillare cultura della prevenzione oncologica primaria e secondaria, - *(sono questi gli scopi principali della LILT svolti su tutto il territorio nazionale attraverso le 103 sezioni provinciali e i suoi 378 ambulatori con 400.000 controlli diagnostici annuali)*- e la diagnosi precoce, unica arma sicura per vincere il tumore al seno, per avere una prognosi favorevole, interventi meno demolitivi, cure meno aggressive e buona qualità di vita per la donna operata al seno.

Che cosa fa la LILT sul territorio nazionale per la lotta al tumore al seno?

Campagne promozionali in collaborazione con le istituzioni per far comprendere alla popolazione femminile l'importanza della diagnosi precoce, diffusione di materiale informativo, corsi di formazione per il personale medico e paramedico, ma soprattutto diagnosi precoce attraverso l'attività dei propri ambulatori che offrono prestazioni gratuite o in convenzione o collaborazione con le ASL.

E' un impegno notevole per un servizio qualificato e ben radicato sul territorio anche se con qualche disuguaglianza tra Nord Centro e Sud come evidenziato nella successiva tabella.

PUNTI EROGAZIONE PRESTAZIONI	NORD	CENTRO	SUD	TOT.
Visite senologiche	100	20	63	183
Mammografie	28	3	9	40
Ecografia mammaria	20	7	8	35
Riabilit. Fis. Pressoterapia Linfodrenaggio	14	11	8	33
Assist./ Sostegno Psicologico Oncologico	18	15	10	43
Ginnastica - Piscina - Palestra	6	5	2	13
Ago Aspirato	3	2	4	9
Programma Tamoxifene	3	--	--	3
Fornitura Presidi (parrucche , seni ecc.)	2	2	--	4
Anno 2004 Totale	194	65	104	363

I nostri ambulatori che si avvalgono di personale medico specializzato e paramedico che presta attività di volontariato o in rapporto libero professionale, erogano le loro prestazioni nei capoluoghi di provincia e nelle delegazioni periferiche, sopperiscono alle carenze del Sistema Sanitario dove la diagnosi precoce è sofferente, gli accessi difficili, le liste di attesa esasperanti; inoltre accolgono le richieste delle donne fra i 40 e 50 anni escluse dallo screening là dove questo è già consolidato, raggiungono le donne nelle località più disagiate grazie alle unità mobili LILT oppure danno risposte all'angoscia della donna quando la paura del male è già un "male".

Le richieste sono molte come risulta dalla attività di una sezione del Veneto dove la Sanità funziona sufficientemente bene, ma non in modo tale da rispondere a tutte le attese.

Attività svolta dalla Sez. di Vicenza nell'anno 2003:

- Senologia	Totale annuo: 1893
- Mammografia	Totale annuo: 2581
- Ecografia mamm.	Totale annuo: 1101
- Cit. Secreto mamm.	Totale annuo: 8
- Ago asp. Mamm.	Totale annuo: 21
- Fisioterapia	Totale annuo: 51

Ma quando la diagnosi conferma la presenza del tumore, che cosa succede alla donna? Quali sono le sue richieste, quali le risposte più adeguate?

Per non sentirsi sola la donna deve essere accolta, informata, deve poter capire e condividere la cura ed essere sostenuta nell'iter doloroso che sta affrontando, ha il diritto di essere informata sui possibili e diversi esiti post operatori.

Tutto questo non è facile in un momento di grande tensione psicologica anche perché "il tempo dedicato" dal medico e/o dall'èquipe è sempre troppo poco.

La stessa possibilità di ricostruzione immediata del seno già contemplata da alcuni DD.GG.RR (Veneto - Lombardia) diventa motivo di angoscia e non sempre la donna è in grado di prendere le decisioni più opportune.

Sono questi i problemi a cui si impegna di dare risposta la LILT, in piena condivisione con gli obiettivi di EUROPA DONNA per ottenere un percorso facilitato dalla diagnosi all'intervento, una figura sanitaria di riferimento costante durante tutta la cura post-operatoria e offrendo di dare aiuto concreto alla donna per superare il "dopo".

Se ascoltiamo le implicite richieste di aiuto delle donne operate al seno attraverso gli slogan delle loro associazioni - *voglia di vivere - donna serena - donna come prima - attive come prima ecc.* - avvertiamo tutta l'urgenza di creare servizi di riabilitazione psico-fisica:

La LILT impegna tante risorse per dare risposte ed aiuti adeguati alle donne per superare gli esiti fisici e soprattutto psicologici dell'intervento: sono ben 33 i centri che offrono cicli di presso terapia e linfodrenaggio, 39 quelli impegnati nella assistenza psicologica con sedute terapeutiche individuali o di gruppo, 13 le sedi che offrono ginnastica dolce, attività di piscina e palestra.

La sede Sezione di Treviso di LILT offre ogni anno:

1000 visite senologiche, richiesta non eccessiva in quanto gli screening sono già stati avviati in tutto il territorio della provincia, ma per

503 donne che si ammalano di tumore al seno offre

2500 ore di attività di riabilitazione fisioterapica e linfodrenaggio

200 ore di ginnastica dolce, ben

2000 ore di attività di consulenza psicologica ai pazienti e ai gruppi di auto aiuto.

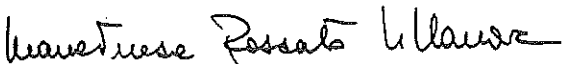
Sono dati che fanno riflettere sulla entità del problema e sull'impegno del volontariato!

Ma è ancora troppo poco per rispondere ai bisogni delle donne operate al seno, bisogni che devono essere accolti anche dal Sistema Sanitario Nazionale e trattati nella globalità del problema "tumore al seno"

per ridurre la sofferenza, per migliorare la qualità della vita, per recuperare alle donne la fiducia di potercela fare a tornare a vivere come prima,

come donne sane con sane emozioni e con un buon rapporto con il proprio corpo.

Roma, 3 Novembre 2004


Maria Teresa Rossato Villanova
Consigliere Forum Italiano - Europa Donna
Coordinatrice Regionale Sez. Prov. LILT - Veneto

Indirizzo:

LILT - Sez. Prov. Treviso
Piazza S. Leonardo, 15
31100 - TREVISO

Tel. 0422 - 591737 Fax. 0422 - 410968
Cell. 338 - 9290169 Tel. Ab. 0422 - 234211

TUMORE AL SENO

Strategie e alleanze della LILT nella lotta al tumore al seno

Formazione e aggiornamento professionale degli operatori sanitari – La LILT è accreditata come ente organizzatore di attività formative della Commissione per l'E.C.M. del Ministero della salute.

Collaborazione con la scuola di Senologia per corsi per medici delle strutture LILT su *“Linee guida per la standardizzazione e l'organizzazione dei percorsi diagnostici del carcinoma mammario”*.

Corsi base e corsi avanzati di ecografia senologica.

Collaborazione con l'Istituto Tumori per corsi di perfezionamento biennali in Psicologia oncologica.

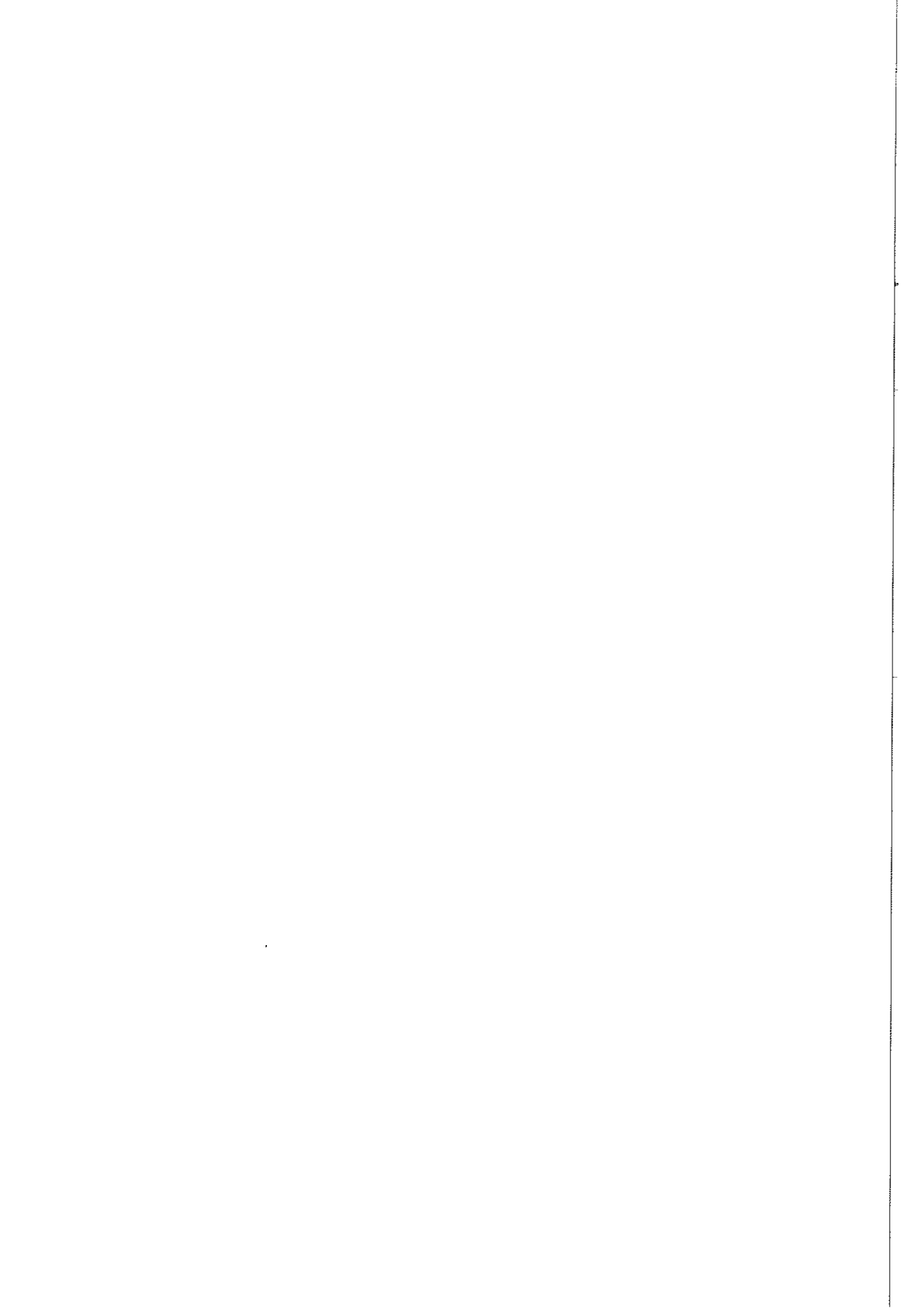
Corsi di aggiornamento in Psicooncologia-Progetto Omega: addestramento del personale per la comunicazione della diagnosi, per la formulazione di un programma di intervento e di riconoscimento del disagio emotivo.

Osservatorio Nazionale per la prevenzione dei tumori femminili in collaborazione con il Gruppo Italiano per lo screening mammografico e citologico, con il Centro Interregionale per gli screening oncologici (Presidio prevenzione oncologica di Firenze, Centro prevenzione oncologica di Torino e Centro educazione salute di Bologna) e Scuola italiana senologia.

Collaborazione con i network Commissione Europea per lo screening mammografico e psicologico, con l'EUREF (European network of Reference centres for breast cancer screening), con la Sezione di Senologia della SIRM, e con il Forum Italiano di Europa Donna.

Numero Verde S.O.S. – Tumori: 800 – 422 – 412 servizio attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 14 alle 18 con l'alternarsi di otto operatori – tre psicologi – quattro oncologi ed un operatore formato all'ascolto attivo.

Campagna nazionale “nastro rosa” con conferenza stampa a livello nazionale e provinciale, distribuzione poket sulla prevenzione dei tumori al seno, visite senologiche gratuite presso ambulatori LILT per tutto il mese di ottobre (cadenza annuale).





LEGA ITALIANA
PER LA LOTTA
CONTRO I TUMORI

**TUMORE AL SENO:
L'IMPEGNO DELLA LILT**

SEZIONI PROVINCIALI	AMBULATORI	PRESTAZIONI E SERVIZI	NOTE
<p>AGRIGENTO Vicolo Francipane, 8 92019 Sciacca Tel. 0925/905056 Fax 0925/86397 E-mail: legaitlottatumori@libero.it</p>	<p>IN PROVINCIA: Sciacca Presso l'Azienda Ospedaliera, Via Pompei: Ambulatorio di senologia Ambulatorio di ginecologia Ambulatorio di psico-oncologia</p>	<p>Visite senologiche, mammografie, ecografie Pap-Test Consulenze <i>Prestazioni gratuite per i soci</i></p>	<p>Tutte le prestazioni su prenotazione presso la Sede Prov.le dal lunedì al venerdì h. 16.00-19.00</p>
<p>ALESSANDRIA c/o Presidio Ospedaliero "SS. Antonio e Biagio" Via Venezia, 18 CAP 15100 Tel. 0131/41301 - 206369 Fax 0131/206912 www.legatumori.al.it E-mail: legtum@tiscalinet.it</p>	<p>Presso la Sede Prov.le: Ambulatorio di senologia e di ginecologia Ambulatorio di dermatologia Ambulatorio di counselling riabilitativo Ambulatorio di Psico-oncologia</p>	<p>Visite senologiche Pap-Test/Pap-Net Visite dermatologiche e mappa dei nei con dermatoscopio Counselling riabilitativo Consulenze <i>Prestazioni gratuite</i></p>	<p>Su prenotazione presso la Sede Provinciale Lun.-mart.-merc. e ven. h. 9.00-12.00; giov. h. 15.30-17.30</p>

<p>ANCONA Via Maratta, 8 CAP 60123 Tel. e fax 071/2071203 E-mail: ancona@ilt.it</p>	<p>IN PROVINCIA: Falconara Marittima Ambulatorio di prevenzione e diagnosi precoce Via Rosselli Tel. 071/2071203</p> <p>Castelferretti Ambulatorio di prevenzione e di riabilitazione Via G. Bruno, 82/A Tel. 071/9178683</p>	<p>Visite senologiche e dermatologiche, controllo su donne operate al seno e su noduli tiroidei</p> <p>Visite senologiche</p> <p>Linfodrenaggio manuale</p>	<p>Su prenotazione</p> <p>Su prenotazione</p> <p>Ambulatorio gestito dall'Associazione "Noi Come Prima" con cui la Sezione collabora</p>
<p>ASTI Via Bigatti, 14 CAP 14100 Tel. e fax 0141/595196</p>	<p>IN PROVINCIA: Castagnole delle Lanze Ambulatorio c/o la Delegazione LILT Via Tagliaferro, 5</p>	<p>Visite senologiche, ginecologiche, Pap-Test</p> <p>Visite dermatologiche</p> <p>Visite urologiche</p> <p>Gruppi per la Disassuefazione dal Fumo (GDF)</p>	<p>Su prenotazione</p> <p>Idem</p> <p>Su richiesta</p> <p>Mediamente tre all'anno</p>

<p><i>segue</i> AVELLINO</p>	<p>UNITÀ MOBILE DI SENOLOGIA</p>	<p>Esami citologici Ortopantomografie</p>	<p>Idem</p>
<p>BARI C.so Benedetto Croce,32 CAP 70124 Tel. 080/5575436 -5565477 Fax 080/5575436 E-mail: bari@iilt.it</p>	<p>Bari Spazio Prevenzione Via Manzoni, 21 (angolo P.za Garibaldi) CAP 70122 Tel. 080/5210404 E-mail: legatumoribariambul@libero.it</p>	<p>Visite senologiche, mammo grafie ed ecografie mammarie nei vari Paesi dell'Irpinia</p> <p>Visite senologiche, ginecologiche (con Pap-Test), dermatologiche</p> <p>Visite O.R.L., proctologiche, urologiche (vescica, reni, prostata), pneumologiche, per la prevenzione dei tumori del fegato, prevenzione dei tumori del cavo orale</p> <p><i>Prestazioni gratuite</i></p> <p>Esami strumentali: colposcopie, ecografie, mammografie, videodermatoscopie, vulvoscopie</p> <p>Riabilitazione psico-fisica per donne operate al seno: palestra, infodrenaggio, incontri singoli e di gruppo, Music Art Terapia nella globalità del linguaggio, Reiki</p> <p>Gruppi per la Disassuefazione dal Fumo</p>	<p>Ottenuta con il contributo di Trenta Ore per la Vita</p> <p>Su prenotazione</p> <p>Idem</p> <p>Idem</p> <p>Idem</p> <p>Organizzazione in base alle richieste</p>

<p>segue BARI</p>	<p>IN PROVINCIA: Altamura Spazio Prevenzione c/o Ospedale</p> <p>Bitonto Spazio Prevenzione c/o Fondazione Opera "S. Cosma e Damiano" P.zza A. Marena, 34 Tel. 080/3751065</p> <p>Gioia Del Colle Spazio Prevenzione Via R. Canudo, 42 Tel. 080/3431718</p> <p>Gravina in Puglia Spazio Prevenzione Via Roma, 22 Tel. 080/3269130</p> <p>Mola di Bari Spazio Prevenzione Via Pascaio, 7 Tel. 080/4732696</p>	<p>Visite senologiche, ginecologiche con Pap-Test Visite O.R.L.</p> <p>Visite senologiche, ginecologiche con Pap-Test Visite dermatologiche, prostatiche</p> <p>Visite senologiche, ginecologiche con Pap-Test Visite dermatologiche, urologiche</p> <p>Visite senologiche, ginecologiche con Pap-Test Visite senologiche, ginecologiche con Pap-Test Visite dermatologiche, urologiche, proctologiche Pressoterapia</p>	<p>Per prenotazioni: Tel. 080/3141814 Merc.-giov. h. 15.00-17.00</p> <p>Su prenotazione</p> <p>Su prenotazione</p> <p>Su prenotazione</p> <p>Idem</p> <p>Idem</p>
--------------------------	--	--	---

<p>segue BARI</p>	<p>Poggiorsini Spazio Prevenzione c/o studio Dr. Armiienti Via V. Veneto, 52 Tel. 080/3237241</p> <p>Sauteramo in Colle Spazio Prevenzione Via Giovanni XXIII, 9 Tel. 080/3021812</p>	<p>Visite senologiche, ginecologiche con Pap-Test</p> <p>Visite senologiche, ginecologiche con Pap-Test</p>	<p>Idem</p> <p>Idem</p>
<p>BENEVENTO Via Martiri d'Ungheria, 21 CAP 82100 Tel. e fax 0824/313799 E-mail: legalottatumorbenevento@virgilio.it</p>	<p>Presso la Sede Prov.le: "Centro di Prevenzione dei Tumori"</p>	<p>Visite senologiche, ginecologiche e Pap-Test Visite dermatologiche e mappa dei nei con dermatoscopia Visite proctologiche ed Hemocult test Visite prostatiche Per la prevenzione dei tumori polmonari: visite pneumologiche e Gruppi per la Disassuefazione dal Fumo</p>	<p>Per prenotazioni telefonare alla Sezione dal lun. al ven. h. 9.00-13.00 h. 15.00-19.00</p> <p>Attivate dal 2001</p> <p>Le indagini ecografiche e radiologiche sono effettuate presso le strutture dell'ASL</p>

<p>BERGAMO Via Majj Tabaiami, 4 Tel. 035/242117 Fax 035/210409 E-mail: legatumoribg@tin.it</p>	<p>IN PROVINCIA: Trescore Balneario Ambulatorio c/o la Delegazione LILT Via Damiano Chiesa Tel. 035/944720</p> <p>Verdello – Ambulatorio c/o la Delegazione LILT Via Roma, 26 Tel. 035/870136</p>	<p>Pap-Test</p> <p>Visite senologiche, Pap-Test</p> <p>Visite dermatologiche e mappa dei nei con dermatoscopio</p> <p>Visite senologiche, dermatologiche e mappa dei nei con dermatoscopio</p>	<p>Su chiamata attiva di screening</p> <p>Su prenotazione</p> <p>Su prenotazione</p> <p>Su prenotazione</p>
<p>BIELLA Via Belletti Bona, 20 (sede principale) Tel. 015/8352111 Fax 015/8352112 www.legatumoribiella.it E-mail: ltbietta@tin.it</p> <p>Viale Matteotti, 15 (sede sussidiaria) Tel. 015/33499 Fax 015/2451553</p>	<p>Presso la Sede Prov. le, sede principale:</p> <p>Ambulatorio di senologia</p> <p>Ambulatorio di dermatologia</p> <p>Centro antifumo</p> <p>UNITÀ MOBILE PER I TUMORI CUTANEI</p>	<p>Visite senologiche</p> <p>Visite dermatologiche e mappa dei nei con apparecchio ad epiluminescenza</p> <p>Visite mediche</p> <p>Corsi di Disassuefazione dal Fumo</p> <p>Visite dermatologiche e mappa dei nei con apparecchio ad epiluminescenza</p>	<p>L'unità mobile ha ottenuto il contributo di Trenta Ore per la Vita, edizione 1999</p>

SEZIONI PROVINCIALI	AMBULATORI	PRESTAZIONI E SERVIZI	NOTE
<p>BOLOGNA Via Argelati, 17/A CAP 40138 Tel. 051/300857 Fax 051/4292222 E-mail: bologna@ilit.it</p>	<p>Bologna Ambulatori Via Cremona, 8 Per prenotazioni: Segreteria Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori Tel. 051/300857</p>	<p>Anamnesi accurata personale e familiare Visite oncologiche Distribuzione test ricerca sangue occulto nelle feci Ecografia tiroidea Ecografia addome superiore (fegato e vie biliari, pancreas e milza) Ecografia addome inferiore (vescica e reni)</p> <p>Per gli uomini: ecografia prostatica transaddominale</p> <p>Per le donne: ecografia mammaria ecografia pelvica (vagina, utero e annessi) Pap-Test colposcopia</p> <p>Mammografia (per le donne) Dosaggio PSA (per gli uomini)</p>	<p>Prestazioni e servizi gratuiti Idem Idem Idem Idem Prestazioni e servizi in regime di ticket Idem Idem <i>Visite e controlli sulla popolazione ultrasessantenne che si sottopone a monitoraggio.</i></p>

SEZIONI PROVINCIALI	AMBULATORI	PRESTAZIONI E SERVIZI	NOTE
<p>BRINDISI Via Indipendenza, 18 CAP 72100 Tel. e fax 0831/520366 www.membersxoom.virgilio.it/ legatumoribr E-mail: legatumoribrindisi_@yahoo.it</p>	<p>Presso la Sede Prov.le: Ambulatorio di diagnosi precoce dei tumori cutanei e progetto melanoma</p>	<p>Visite dermatologiche e mappa dei nevi con apparecchio ad epiluminescenza</p>	<p>L'apparecchio ad epiluminescenza è stato finanziato parzialmente da Trenta Ore per la Vita, edizione 1999</p>
<p>Apertura della Sede: dal lunedì al venerdì h. 9.00-12.00 h. 16.00-19.00</p>	<p>Ambulatorio di diagnosi precoce dei tumori del seno</p>	<p>Visite senologiche ed insegnamento dell'autopalpazione</p>	<p>Gli esami strumentali senologici sono effettuati c/o la AUSL/BR1a cui la Sezione ha ceduto in comodato d'uso il mammografo finanziato da Trenta Ore per la Vita, edizione 1998</p>
	<p>Ambulatorio di diagnosi precoce dei tumori del cavo orale</p>	<p>Visite O.R.L.</p>	
	<p>Ambulatorio di diagnosi precoce dei tumori dell'apparato urinario maschile e femminile</p>	<p>Visite specialistiche</p>	
	<p>Ambulatorio di Oncologia Generale</p>	<p>Consulenza oncologica, anatomo-patologica</p>	<p>Istituito alla fine del 2001</p>
<i>Prestazioni gratuite su prenotazione</i>			

<p><i>segue</i> BRINDISI</p>	<p>IN PROVINCIA: Ostuni Ambulatorio Via Nino Sansone, 35 Tel. 0831/302757</p>	<p>Gruppi per la Disassuefazione dal Fumo</p> <p>Visite senologiche per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori del seno</p> <p>Prevenzione dei tumori cutanei</p> <p>Prevenzione dei tumori dell'apparato gastroenterologico</p>	<p>Organizzazione in base alle richieste</p> <p>Lun. h. 16.30 – 18.30</p> <p>Merc. h. 16.30 – 18.30</p> <p>Ven. h. 16.30 – 18.30</p>
<p>CAGLIARI Via Machiavelli, 47 CAP 09126 Tel. e fax 070/495558</p>	<p>Cagliari Centro di Prevenzione oncologica Via della Pineta, 84/A Tel. 070/301858</p>	<p>Visite ginecologiche, senologiche, dermatologiche ed oncologiche in generale</p> <p>Pap-Test, colposcopie, biopsie</p> <p>Visite urologiche</p> <p>Hemocult Test</p> <p>Visite gastroenterologiche</p> <p><i>Prestazioni gratuite</i></p>	<p>Ambulatorio realizzato con il contributo di Trenta Ore per la Vita</p> <p>Effettuate dal 1° gennaio 2001</p> <p>Attivazione dal 1° gennaio 2004</p>

SEZIONI PROVINCIALI	AMBULATORI	PRESTAZIONI E SERVIZI	NOTE
<p>CASERTA Viale Lincoln, 80 CAP 81100 Aversa Tel. e fax 0823/323367 Mobile: 338/5094100 E-mail: caserta@iilit.it</p>	<p>Presso la Sede Prov.le</p> <p>IN PROVINCIA:</p> <p>S. Maria C.V. U.O. di Senologia Ospedale Melorio ASL CE2, in convenzione con la Sezione</p> <p>Villa Litterno c/o Scuola Media Statale "L. da Vinci"</p>	<p>Visite di orientamento in: Oncologia, Senologia, Dermatologia, Ginecologia, Urologia</p> <p>Visite senologiche ed ecografie</p> <p>Visite di orientamento in: Oncologia, Senologia e Ginecologia</p>	<p>Su prenotazione telefonica</p> <p>Su tutto il territorio della Provincia si effet- tua assistenza domi- ciliare ai malati onco- logici in fase avanzata</p> <p>Su prenotazione</p> <p>Su prenotazione</p>
<p>CATANIA Viale XX Settembre, 28 CAP 95100 Tel. e fax 095/316912</p>	<p>Catania Ambulatorio di ginecologia presso U.O. screening ginecologico AUSL 3</p>	<p>Visite ginecologiche, Pap-Test, visite senologiche</p>	<p>Su prenotazione, tel. 095/2545303</p>
<p>CATANZARO Via Buccarelli, 27 CAP 88100 Tel. 0961/723535 Fax 0961/744795</p>	<p>IN PROVINCIA:</p> <p>Soverato Ambulatorio "Matozzo", in collaborazione con la Sezione Prov.le Via Cesare Battisti - Tel. 0967/521270</p>	<p>Visite senologiche, ginecologiche e Pap- Test</p> <p><i>Prestazioni gratuite ai soci</i></p>	<p>Su prenotazione</p>

<p>segue CATANZARO</p>			<p>Esame citologico urine per la prevenzione e la diagnostica delle neoplasie vescicali, dell'espettorato per i tumori del polmone, citologia per i tumori della tiroide</p>	<p>In programmazione la prevenzione dei tumori del colon e della prostata (PSA)</p>
<p>COMO Via Sirtori, 1 CAP 22100 Tel. 031/269954 - 263362 Fax 031/269954 E-mail: legatumori.como@libero.it</p>	<p>Presso la Sede Prov. le: Poliambulatorio</p>	<p>Visite senologiche, ginecologiche e Pap-Test, dermatologiche, O.R.L., urologiche</p> <p>Ecografie senologiche e ginecologiche, urologiche</p> <p>Programma Tamoxifene</p>	<p>Su prenotazione h. 8.30-11.30 h. 14.30-18.00</p> <p>Idem</p> <p>Tel. 031/263362</p>	
	<p>IN PROVINCIA:</p> <p>Carugo Via Garibaldi Tel. 031/758380</p> <p>Cantù Via Ariberto, 7 Tel. 031/711767</p> <p>Uggiate Trevano Via Roma, 34 Tel. 031/949309</p>	<p>Visite senologiche</p> <p>Programma Tamoxifene</p> <p>Visite senologiche, ginecologiche e Pap-Test, visite dermatologiche, O.R.L., urologiche</p> <p>Visite senologiche, ginecologiche, O.R.L., dermatologiche, urologiche</p> <p>Ecografie senologiche e ginecologiche</p>	<p>Su prenotazione</p> <p>Collegamento Unità Operativa di Como</p> <p>Su prenotazione</p> <p>Su prenotazione</p> <p>Su prenotazione</p>	

<p><i>segue</i> COMO</p>	<p>Lomazzo Via Milano, 20 Tel. 02/96370916</p> <p>Appiano Gentile Via Marconi, 2 Tel. 031/933954</p> <p>Gravedona c/o Ospedale Via M. Pelascini, 18 Tel. 0344/89505</p> <p>Villa Guardia Ambulatorio V. Europa Unita, 5 Tel. 031/563435</p> <p>Cassina R. e Montano L. c/o ambulatori comunali messi a disposizione della Sezione Provinciale</p> <p>Erba c/o Ospedale Beldosso di Longone al Segrino Tel. 031/639420</p>	<p>Assistenza malati terminali</p> <p>Visite senologiche, O.R.L., dermatologiche, urologiche</p> <p>Programma Tamoxifene</p> <p>Visite senologiche, ginecologiche e Pap-Test, dermatologiche</p> <p>Ecografie senologiche e ginecologiche</p> <p>Visite senologiche, dermatologiche</p> <p>Ecografie senologiche, Linfodrenaggio</p> <p>Programma Tamoxifene</p> <p>Visite senologiche, O.R.L., urologiche, dermatologiche</p> <p>Visite senologiche</p> <p>Visite senologiche, dermatologiche</p>	<p>Su richiesta</p> <p>Su prenotazione</p> <p>Collegamento Unità Operativa di Como</p> <p>Su prenotazione</p> <p>Idem</p> <p>Su prenotazione</p> <p>Su prenotazione</p> <p>Unità Operativa di Gravedona</p> <p>Su prenotazione</p> <p>Su richiesta</p> <p>Su prenotazione</p>
---------------------------------	---	--	---

<p><i>segue</i> COMO</p>	<p>Fino Mornasco Via Brera, 1 Tel. 031/880163</p> <p>Menaggio c/o Ospedale Tel. 0344/33216</p> <p>Bellagio c/o USSL Via Lazzaretto</p> <p>Porlezza Via Lugino, 2 Tel. 0344/72795</p>	<p>Visite senologiche, dermatologiche, urologiche</p> <p>Visite senologiche</p> <p>Visite senologiche</p> <p>Visite senologiche Ecografie senologiche</p>	<p>Su prenotazione</p> <p>Su prenotazione</p> <p>Su prenotazione</p> <p>Su prenotazione</p>
<p>COSENZA Via Monte Grappa 35/B CAP 87100 Tel. e fax 0984/28566 Tel. 0984/28547 E-mail: legatumoricosenza@libero.it</p>	<p>Cosenza Centro "W. Marino" per lo Studio e la Prevenzione Oncologica Via Monte Grappa, 45 Tel. 0984/26949</p> <p>UNITÀ MOBILE DI SENOLOGIA</p>	<p>Visite oncologiche, senologiche, ginecologiche, visite dermatologiche ed urologiche</p> <p>Pap -Test, colposcopie</p> <p>Ecografie senologiche, addominali, transrettali ed urologiche (reni, vescica, scroto....).</p> <p>pelviche, transvaginali, tiroidee</p> <p>Mammografie</p> <p>Aspirato e secrezione mammaria</p> <p>Aspirato tiroideo</p> <p>Prelievo endometriale</p> <p>Visite senologiche, mammografie ed ecografie mammarie</p>	<p>Tutte le prestazioni e i servizi su prenotazione</p> <p>In alliestamento il Centro di Prevenzione sul Tirreno cosentino in collaborazione con l'ASL 1 di Paola e finanziato con i fondi di Trenta Ore per la Vita</p> <p>Contributo di Trenta Ore per la Vita,</p>

SEZIONI PROVINCIALI	AMBULATORI	PRESTAZIONI E SERVIZI	NOTE
<p>CREMONA Via Alfeno Varo, 8 CAP 26100 Tel. e fax 0372/412341</p>	<p>Presso la Sede Prov. Ie: Ambulatorio di senologia Ambulatorio di ginecologia Ambulatorio di dermatologia</p>	<p>Visite senologiche, mammografie ed ecografie Pap - Test ed ecografie pelviche Visite dermatologiche</p>	
	<p>IN PROVINCIA:</p>	<p>Gruppi per la Disassuefazione dal Fumo</p>	<p>Organizzazione in base alle richieste</p>
	<p>Crema Ambulatorio c/o l'Ospedale</p>	<p>Visite senologiche, mammografie ed ecografie</p>	
	<p>Pizzighettone Ambulatorio clinico</p>	<p>Visite senologiche</p>	
	<p>Rivolta d'Adda Ambulatorio c/o l'Ospedale</p>	<p>Visite senologiche, mammografie ed ecografie</p>	
	<p>Robecco D'Oglio Ambulatorio clinico</p>	<p>Visite senologiche</p>	
	<p>Soresina c/o l'Ospedale</p>	<p>Visite senologiche, mammografie ed ecografie</p>	

SEZIONI PROVINCIALI	AMBULATORI	PRESTAZIONI E SERVIZI	NOTE
<p>CUNEO Via Meucci, 34 CAP 12100 Tel. 0171/697057 -- 67801 Fax 0171/697121 E-mail: legatumori@gem.it</p>	<p>Presso la Sede Prov.le: Ambulatorio di consulenza oncologica e psicologica</p> <p>IN PROVINCIA: Alba c/o la sede della Delegazione LILT Via Gazzano, 1 Tel. 0173/290720 Fax 0173/223092</p>	<p>Consulenza oncologica</p> <p>Sostegno psicologico al malato ed ai familiari</p> <p>Trasporto pazienti per terapie</p> <p>Assistenza nei reparti e nel day hospital</p> <p>Gruppi per la Disassuefazione dal Fumo</p>	<p>Su prenotazione</p> <p>Idem</p> <p>Su richiesta</p> <p>Idem</p> <p>Organizzazione in base alle richieste (mediamente 2/3 all'anno)</p>
		<p>Consulenza oncologica</p> <p>Sostegno psicologico al malato e ai familiari</p> <p>Gruppi per la Disassuefazione dal Fumo</p> <p>Assistenza domiciliare</p> <p>Terapia del dolore domiciliare</p>	<p>Su prenotazione</p> <p>Idem</p> <p>Per iscrizioni e informazioni rivolgersi alla Delegazione di Alba</p> <p>Su richiesta</p> <p>Su richiesta</p>

<p>segue CUNEO</p>	<p>Mondovì Ambulatorio c/o la sede della Delegazione Lilit Via F° Alpini, 1 Tel. 0174/41624</p> <p>Saluzzo Ambulatorio c/o la sede della Delegazione Lilit Via Martiri Liberazione, 66</p>	<p>Sostegno psicologico al malato e ai familiari</p> <p>Gruppi per la Disassuefazione dal Fumo</p> <p>Consulenza oncologica</p> <p>Sostegno psicologico ai malati e ai familiari</p>	<p>Su prenotazione</p> <p>Per iscrizioni e informazioni al Gruppo annuale rivolgersi alla Delegazione di Mondovì</p> <p>Su prenotazione</p>
<p>FIRENZE Viale Alessandro Volta, 173 CAP 50131 Tel. 055/576939 Fax 055/580152 www.legatumorfirenze.it E-mail: info@legatumorfirenze.it</p>	<p>Firenze Servizio di rieducazione psico-sociale per donne operate al seno (gestito dal Gruppo Donna Come Prima nell'ambito della LILIT) Via Pascoli, 2 Tel. 055/579160 Fax 055/578758 E-mail: donnacomeprima@tin.it</p>	<p>Gruppi per il recupero della funzionalità dell'arto superiore</p> <p>Gruppi di ginnastica dolce</p> <p>Gruppi di yoga, di Qi Gong</p> <p>Gruppi di autoaiuto, training autogeno</p> <p>Colloqui individuali con lo psicologo</p> <p>Riabilitazione in acqua (per la funzionalità dell'arto)</p>	<p>Per informazioni e prenotazioni rivolgersi al n° 055/579160</p> <p>La Sezione è in stretto rapporto di collaborazione con il C.S.P.O. (Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica, Istituto Scientifico della Regione Toscana), che svolge attività di prevenzione e</p>

<p><i>segue</i> FIRENZE</p>			<p>diagnosi precoce dei tumori (mammella,ervice uterina, prostata, colon-retto e polmone)</p>
<p>FOGGIA Via Barletta, 6 CAP 71100 Tel. e fax 0881/661465 E-mail: legalottatumori1980@libero.it</p>	<p>Presso la Sede Prov.le: Ambulatorio senologico Ambulatorio ginecologico Ambulatorio ecografico Ambulatorio dermatologico Ambulatorio di screening dei tumori del colon-retto Ambulatorio di screening dei tumori della bocca Servizio di riabilitazione</p>	<p>Visite senologiche, insegnamento dell'autopalpazione, scheda di rilevamento fattori di rischio Visite ginecologiche, Pap-Test, colposcopie, vulvoscopie, ecografie Ecografie pelviche, ecografie epatiche, Ecografie tiroidee, ecografie mammarie Visite specialistiche Esami in Videodermatoscopia digitale (epiluminiscenza) Visita, scheda di rilevamento fattori di rischio, Hemocult-Test, colonscopie ed enteroscopie Visite specialistiche di Prevenzione Riabilitazione psico-funzionale per le donne operate al seno</p>	<p>Tutte le prestazioni su prenotazione dal lun. al ven. h. 10.00-12.30 / 16.00-20.00</p>

<p>segue FOGGIA</p>	<p>IN PROVINCIA: S. Marco in Lamis Servizio di riabilitazione per le donne operate al seno c/o il Centro Polivalente, Villa Comunale Tel. 0882/833125</p>	<p>Riabilitazione psico-funzionale per le donne operate al seno</p>	<p>Su prenotazione presso la Sede Prov.le o presso il Centro</p>
<p>FROSINONE Corso Lazio, 17 CAP 03100 Tel. e fax 0775/841083 E-mail: legaprevenzione@libero.it</p>	<p>Frosinone Ambulatori c/o Clinica S. Antonio Via Marittima n° 284 Tel. 0775/884045</p>	<p>Visite senologiche, ginecologiche con Pap-Test, dermatologiche ed endocrinologiche per la tiroide</p>	<p>Su prenotazione. Apertura della sede: dal lun. al ven. h. 17.30-20.00 sab. h. 10.00-13.00</p>
<p>GENOVA Via Caffaro, 4/1 CAP 16124 Tel. 010/2530160 Fax. 010/2530176 E-mail: info@legatumori.genova.it</p>	<p>Presso la Sede Prov.le: Poliambulatorio di Prevenzione oncologica</p>	<p>Visite senologiche, ginecologiche con Pap-Test Visite dermatologiche e mappatura dei nei con videocap Ecografie pelviche e transvaginali Ecografie mammarie Mammografie Visite tireologiche ed ecografie alla tiroide</p>	<p>Per prenotazioni telefonare al n° 010/2530160 dal lun. al ven. h. 9.00 - 17.00</p>

<p><i>segue</i> GENOVA</p>		<p>Visite oncologiche con ricerca del sangue occulto nelle feci ed eventuale PSA per gli uomini</p> <p>Sostegno psicologico ai malati oncologici, ai loro familiari e parenti</p> <p>Gruppi per la Disassuefazione dal Fumo</p> <p>Gruppi per la corretta alimentazione per problemi di sovrappeso e obesità</p> <p>Riabilitazione fisica per donne operate al seno (in palestra e piscina)</p>	<p>Organizzazione in base alle richieste</p> <p>Idem</p> <p>Progetto "La salute in viaggio", finanziato da Trenta Ore per la Vita, edizione 1998</p>
<p>GROSSETO Via De Amicis, 1 CAP 58100 (Circonscrizione n.1 Barbanella) Tel. e fax 0564/453261</p>	<p>UNITÀ MOBILE DI MAMMOGRAFIA</p>	<p>Mammografie</p> <p>Ecografie senologiche</p> <p>Ecografie ginecologiche</p> <p>Visite dermatologiche e mappa dei nei con apparecchio ad epiluminescenza</p>	<p>Tutte le prestazioni su prenotazione</p>

<p><i>segue</i> GROSSETO</p>	<p>IN PROVINCIA: Orbetello Ambulatorio Piazza della Repubblica, 2 Località Frontone CAP 58015 Tel. 0564/860426</p>	<p>Visite per la prevenzione dei tumori del cavo orale Visite per la prevenzione dei tumori della prostata Gruppi per la Disassuefazione dal Fumo Gruppi di Sostegno psicologico Ecografie senologiche Prelievo per Pap-Test Mappa dei nei con apparecchio ad epiluminescenza Visite oncologiche</p>	<p>Su richiesta Gestiti dall' Associazione Donne Operate al Seno, operante presso la Sede Tutte le prestazioni su prenotazione</p>
<p>IMPERIA P.zza Borea d'Olmo, 33/5 18038 Sanremo Tel. fax 0184/570030-506800 E-mail: info@legatumoris Sanremo.it</p>	<p>Presso la Sede ProV.le: Poliambulatorio medico</p>	<p>Consulenze oncologiche sul rischio generico e genetico Visite per il controllo del cavo orale e test diagnostico Visite senologiche ed insegnamento dell'autopalpazione</p>	<p>Per tutti gli appuntamenti, telefonare al n° 0184/570030 oppure al n° 506800 dal lun. al ven. h. 9.00-12.00</p>

<p>segue IMPERIA</p>		<p>Visite dermatologiche, ginecologiche e Pap-Test, visite per la prostata e i testicoli, visite all'apparato respiratorio e alla gola</p> <p>Visite di prevenzione e diagnosi precoce delle neoplasie gastro-intestinali e test dell'Hemocult</p> <p>Supporto psicologico a donne operate al seno</p> <p>Assistenza domiciliare ai malati oncologici in fase avanzata</p> <p>Incontri di prevenzione sui tumori femminili e maschili indirizzati agli studenti delle scuole medie e superiori</p> <p>Incontri con la popolazione sulla prevenzione e sull'alimentazione in generale con il supporto di una dietista</p>	<p>Prestazione fornita dal Gruppo "Coraggiosamente Donna"</p> <p>Attività prestata da équipe formate da medici, infermieri e volontari "Iarci"</p>
<p>ISERNIA Via Berta Palazzo della Provincia Piano R 86170 Isernia Tel. e fax 0865/29484 E-mail: litisernia@virgilio.it</p>	<p>Presso la Sede Prov.le: Centro di Consulenza e di ascolto di tipo polivalente</p>	<p>Consulenza oncologica: Hemocult test, visite senologiche, dermatologiche e mappa dei nei con apparecchio ad epiluminescenza</p> <p>Consulenza psicologica e psicoterapia di gruppo e individuale</p>	<p>Per appuntamenti, rivolgersi alla Sezione dal lun. al ven. h. 9.00-14.00.</p>

<p>segue ISERNIA</p>		<p>Consulenza diagnostica con esami fatti altrove</p> <p>Fornitura di parrucche per le donne in trattamento chemio</p> <p>Informazione ed educazione alla salute</p> <p>Assistenza con erogazioni di varia natura ai pazienti oncologici in fase avanzata (medicines, presidi sanitari, adiuvanti, biancheria, ecc.)</p> <p>Linfodrenaggi manuali alle donne operate al seno</p> <p>Psicoterapia individuale e di gruppo</p> <p>Mammografie gratuite</p>	<p>Progetti finanziati dalla Regione e attivati nelle scuole.</p>
-----------------------------	--	--	---

SEZIONI PROVINCIALI	AMBULATORI	PRESTAZIONI E SERVIZI	NOTE
<p>L'AQUILA Via Giorgio Aghetti, 5 (traversa di Via Antica Arischia) 67100 L'Aquila Cell. 340/7766577 (Presidente Dott. Rodolfo Fanini)</p>	<p>Presso la Sede Prov.le: Ambulatori di prevenzione e diagnosi precoce oncologica</p>	<p>Visite senologiche, ginecologiche e Pap-Test Visite oncologiche Visite chirurgiche Visite radioterapiche Visite gastroenterologiche Test Hemocult Visite pneumologiche Centro antifumo (Corsi di Disassuefazione dal fumo) Visite di dermatologia oncologica diagnosi precoce melanomi e tumori cutanei (mappa dei nevi) Visite otiatriche (prevenzione tumori del cavo orale) Visite urologiche (prostata/vescica) Visite ortopediche Psico-Oncologia: assistenza psicologica ai pazienti</p>	<p>Tutte le prestazioni e i servizi su prenotazione sia presso la Sede Prov.le che ad Avezzano Corsi di Sofrologia In allestimento presso la Sede Prov.le e ad Avezzano: mammografia, ecografia generale (addome-pelvi, mammella, tiroide), videodermatoscopia digitale (epiluminescenza)</p>

<p>segue L'AQUILA</p>	<p>IN PROVINCIA: Avezzano Ambulatori di prevenzione e diagnosi precoce oncologica Via Monte Velino, 115 CAP 67015 Tel. 0863/33307 (Referente Sig. Maria Petrucci)</p>	<p>Fisioterapia: linfodrenaggio manuale e pressoterapia Riabilitazione Citologia Generale (FNAB) Consulenze cardiologiche, dietologiche, neurologiche, oculistiche, endocrinologiche Visite senologiche, ginecologiche e Pap-Test Visite oncologiche Visite chirurgiche Visite radioterapiche Visite gastroenterologiche Test Hemocult Visite pneumologiche Centro antifumo (Corsi di Disassuefazione dal fumo) Visite di dermatologia oncologica Diagnosi precoce melanomi e tumori cutanei (mappa dei nevi) Visite otoiatriche (prevenzione tumori del</p>	<p>Tutte le prestazioni e i servizi su prenotazione sia ad Avezzano che presso la Sede Prov.le Corsi di Sofrologia</p>
------------------------------	---	--	---

<p>segue L'AQUILA</p>		<p>cavo orale)</p> <p>Visite urologiche (prostata/vescica)</p> <p>Visite ortopediche</p> <p>Psico-Oncologia: assistenza psicologica ai pazienti</p> <p>Fisioterapia: linfodrenaggio manuale e pressoterapia</p> <p>Riabilitazione</p> <p>Citologia Generale (FNAB)</p> <p>Consulenze cardiologiche, dietologiche, neurologiche, oculistiche, endocrinologiche</p>	
<p>LA SPEZIA Via Fazio, 89 CAP 19121 Tel e fax 0187/734462 E-mail: laspezia@hit.it</p>	<p>La Spezia Ambulatorio senologico c/o USL 5 Via XXIV Maggio, 139 CAP 19124</p> <p>La Spezia Ambulatorio ginecologico c/o USL 5 Via XXIV Maggio, 139 CAP 19124</p>	<p>Visite senologiche</p> <p>Visite ginecologiche e Pap-Test</p> <p><i>Prestazioni gratuite</i></p>	<p>Su richiesta, due volte al mese</p> <p>Su richiesta, due volte al mese</p> <p>Telefonare alla Sezione dal lun. al ven. h. 9.00 12.00</p>

SEZIONI PROVINCIALI	AMBULATORI	PRESTAZIONI E SERVIZI	NOTE
<p>LATINA c/o Centro Oncologico "G. Porfiri" Osp. S. Maria Goretti Via Canova, 24 CAP 04100 Tel e fax 0773/694124 www.legatumori.it/LT E-mail: licet.latina@libero.it</p>	<p>Presso la Sede Prov.le: Ambulatori per la Prevenzione oncologica</p>	<p>Dermatologia: prevenzione dei tumori della pelle</p> <p>Gruppo interdisciplinare del melanoma</p> <p>Ginecologia/Citologia/Colposcopia</p> <p>Prevenzione delle neoplasie ginecologiche con ecografie endovaginali per le donne trattate con tamoxifene</p> <p>Prevenzione del carcinoma del colon-retto mediante esame endoscopico</p> <p>Riabilitazione delle donne operate al seno: ginnastica, fisioterapia, limfodrenaggio, psicologia, dietetica</p>	<p>Su prenotazione due volte alla settimana</p> <p>Una volta/settimana</p> <p>Su prenotazione. Riservato a tutte le donne dall'età del primo rapporto sessuale ai 65 anni, che non effettuano Pap-Test da almeno due anni</p> <p>Su prenotazione</p> <p>Su prenotazione</p> <p>Una volta inserite nel gruppo: n. 3 volte alla settimana, di cui due volte in palestra e una in piscina</p>

<p>segue LATINA</p>	<p>Latina Servizio di Anatomia e Istologia Patologica c/o Osp. "S.M.Goretti"</p>	<p>Psicologia della salute: consulenza psicologica su richiesta dei sanitari della L.I.L.T</p> <p>Corsi per la Disassuefazione dal Fumo</p> <p>Anatomia ed Istologia Patologica: assicura le prestazioni agli ambulatori della Lega contro i Tumori</p> <p><i>Prestazioni gratuite</i></p>	<p>Su prenotazione</p> <p>Su richiesta. Accessibili a tutti i fumatori di ogni età, condotti da un'équipe specializzata composta di psicologo, otorino, oncologo, sociologo e broncopolmologo</p>
<p>LECCE Via Maino, 1 73042 Casarano Tel. e fax. 0833/512777 http://web.fiscalinet.it/legatumorilecce E-mail: legatumorilecce@fiscalinet.it</p>	<p>Lecce Spazio Prevenzione Piazza Italia, 10/E CAP 73100. Tel. e fax 0832/331505</p>	<p>Visite senologiche, ginecologiche con Pap-Test, dermatologiche, consulenze oncologiche</p>	<p>Su prenotazione dal lun. al ven. h. 16.30 - 19.00</p>

<p><i>segue</i> LECCE</p>	<p>IN PROVINCIA:</p> <p>Casarano Spazio Prevenzione P.zza d'Elia CAP 73042 Tel. 0833/512777</p> <p>Aradeo Spazio Prevenzione Via Dante, 7 CAP 73040 Tel. 0836/554241</p> <p>Collemeto Spazio Prevenzione Via Sassari CAP 73010 Tel. 0836/523092</p> <p>Copertino Spazio Prevenzione Via Verdi, 17 CAP 73043 Tel. 0832/932618</p> <p>Galatina Spazio Prevenzione Via Montegrappa, 8 CAP 73013 Tel. 0836/566333</p> <p>Gallipoli Spazio Prevenzione Via A. De Pace, 80 CAP 73014 Tel. 0833/263833</p>	<p>Visite senologiche, ginecologiche con Pap-Test, visite dermatologiche</p> <p>Visite senologiche, ginecologiche con Pap-Test, dermatologiche</p> <p>Visite senologiche, ginecologiche con Pap-Test</p> <p>Visite senologiche, ginecologiche con Pap-Test, visite oncologiche Sostegno psicologico per donne operate al seno</p> <p>Visite senologiche, ginecologiche con Pap-Test</p> <p>Visite senologiche, ginecologiche con Pap-Test e colposcopie, visite dermatologiche</p>	<p>Su prenotazione dal lun. al sab. h. 9.00 - 13.00</p> <p>Su prenotazione dal lun. al sab. h. 18.00 - 19.00</p> <p>Su prenotazione il mart. e il ven. h. 16.30 - 18.00</p> <p>Su prenotazione il merc. e il ven. h. 16.30 - 17.30; il giov. h. 16.30 - 18.30</p> <p>Su prenotazione dal lun. al ven. h. 16.30 - 18.30</p> <p>Su prenotazione dal lun. al ven. h. 17.0 - 19.00</p>
----------------------------------	--	--	--

<p><i>segte</i> LECCE</p>	<p>Maglie Spazio Prevenzione Via S. Pio X, 1 CAP 73024 Tel. 0836/428615</p> <p>Martano Spazio Prevenzione Via Conciliazione, 55 CAP 73025 Tel. 0836/571300</p> <p>Nardò Spazio Prevenzione Via Padreterno, 2 CAP 73048 Tel. 0833/578102</p> <p>Strudà Spazio Prevenzione Via Mazzini, 1 CAP 73020 Tel. 0832/851767</p> <p>Veglie Spazio Prevenzione Via IV Novembre CAP 73010 Tel. 0832/967521</p>	<p>Sostegno psicologico per donne operate al seno</p> <p>Visite senologiche, ginecologiche con Pap-Test, dermatologiche, urologiche</p> <p>Visite senologiche, ginecologiche con Pap-Test, dermatologiche, urologiche</p> <p>Visite senologiche, ginecologiche con Pap-Test, dermatologiche</p> <p>Riabilitazione psico-fisica per donne operate al seno: fisioterapia generale e specifica, pressoterapia e massaggi, linfodrenaggio manuale, sostegno psicologico</p> <p>Visite senologiche, ginecologiche con Pap-Test, dermatologiche, urologiche</p> <p>Visite senologiche, ginecologiche con Pap-Test</p> <p style="text-align: right;"><i>Prestazioni gratuite</i></p>	<p>Su prenotazione il lun., il merc. e il ven. h. 16.00 - 18.00</p> <p>Su prenotazioni dal lun. al ven. h. 16.00 - 18.30</p> <p>Su prenotazione dal lun. al ven. h. 16.30 - 18.30</p> <p>Prenotazioni dal lun. al ven. h. 16.00 - 20.00</p> <p>Su prenotazione il merc. e il ven. h. 16.30 - 18.30</p>
----------------------------------	---	---	--

SEZIONI PROVINCIALI	AMBULATORI	PRESTAZIONI E SERVIZI	NOTE
<p>LIVORNO Via F. De Sanctis, 16 CAP 57128 Tel. e fax 0586/811921 E-mail: livorno@legatumori.it</p>	<p>Livorno Centro Ricerca e Prevenzione Oncologica Via Giovanni Marchi, 20 Tel. e fax 0586/411251 Tel. 0586/444034 - 35</p>	<p>Senologia: visite senologiche, mammografie, ecografie mammarie</p> <p>Ginecologia: Pap-Test, colposcopie</p> <p>Ambulatorio patologia vulvare: visite specialistiche, ecografie pelviche e transvaginali</p> <p>Dermatologia Prevenzione melanoma: dermatoscopia</p> <p>Chirurgia plastica</p> <p>Consulenza dietologica</p> <p>Consulenza chirurgica</p> <p>Prevenzione menopausa: densitometria ossea, ambulatorio di dietaologia</p> <p>Otorinolaringoiatria: audiometrie, assistenza protesi acustiche</p> <p>Radio logia</p>	<p>Tutte le prestazioni su prenotazione dal lun. al ven. h. 9.00-12.00 e h. 16.00 - 19.00 sab. h. 9.00-12.30</p>

<p><i>segue</i> LIVORNO</p>		<p>Prevenzione oncologica maschile: visite urologiche, PSA, ecografie sovrapubiche e transrettali</p> <p>Prevenzione ecografia: addome, epatica, renale, tiroidea, superficiali (tessuti molli)</p> <p>Prevenzione cardiovascolare: visite cardiologiche + ECG, ECG dinamici secondo Holter, eco cardiogrammi</p> <p>Ecocolor Doppler: arti inferiori arterioso e venoso, vasi epiaortici, aorta addominale, aorta renale</p> <p>Visita neuro-radiologica</p> <p>Ossigeno ozono terapia</p> <p>Idrocolon terapia</p> <p>Assistenza psicologica</p> <p>Gruppi per la Disassuefazione al Fumo</p> <p>Riabilitazione psico-funzionale per i colostomizzati</p>	<p>Attivata nel 2002</p>
------------------------------------	--	---	--------------------------

<p><i>segue</i> LIVORNO</p>	<p>Ambulatori del Gruppo SEMPREDONNA a sostegno delle donne operate al seno Indirizzo di entrambi le Associazioni : Via F. De Sanctis, 10 - CAP 57128</p>	<p>Riabilitazione psico-funzionale delle donne operate al seno, terapia individuali e di gruppo, consulenza senologica, attività culturali</p>	<p>Le due Associazioni operano all'interno della Lega contro i Tumori Per contattare le due Associazioni: Tel. 0586/811944</p>
<p>LUCCA Ospedale Unico Versilia Via Aurelia, 335 55049 Lido Camaiore Cell. 347/3649926</p>	<p>Presso la Sede Prov.le: Spazio Prevenzione</p>	<p>Visite senologiche, dermatologiche, ecografie a tutti gli organi Riabilitazione fisica per donne operate al seno (ginnastica, linfodrenaggio, pressoterapia)</p>	<p>Su prenotazione Idem</p>
<p>MACERATA V.le E. Betti, 3 62032 Camerino Tel. e fax 0737/636748 E-mail: macerata@hlt.it</p>	<p>Macerata Servizi Ambulatoriali di Prevenzione Oncologica (SAPO) c/o Consultorio Familiare Via Foscolo, 2 - tel. 0773/257034 Macerata Ambulatorio ecografico, dottor Marchetti c/o Casa di Cura Via Ariani, 12</p>	<p>Dermatologia: Visite dermatologiche ed eventuali piccoli interventi Ginecologia: visite ginecologiche, Pap-Test Senologia Otorinolaringoiatria Urologia Ecografie a tutti gli organi</p>	<p>Per le prenotazioni rivolgersi alla Sede della Sezione Prov.le Idem</p>

<p>segue MACERATA</p>	<p>IN PROVINCIA: Camerino Servizi Ambulatoriali di Prevenzione Oncologica (SAPO) c/o Ospedale Nuovo Località Caselle</p> <p>Civitanova Marche Servizi Ambulatoriali di Prevenzione Oncologica (SAPO) c/o Poliambulatorio ASL Via Abruzzo</p> <p>Matelica Servizi Ambulatoriali di Prevenzione Oncologica (SAPO) c/o Ospedale Viale Europa</p>	<p>Senologia Ginecologia: visite ginecologiche, Pap-Test</p> <p>Dermatologia: visite dermatologiche ed eventuali piccoli interventi</p> <p>Gastroenterologia</p> <p>Urologia</p> <p>Senologia Ginecologia: visite ginecologiche e Pap-Test)</p> <p>Dermatologia: visite dermatologiche ed eventuali piccoli interventi</p> <p>Gastroenterologia</p> <p>Urologia</p> <p>Pneumologia</p> <p>Senologia Ginecologia: visite ginecologiche e Pap-Test</p>	<p>Tutte le prestazioni su prenotazione presso la sede della Sezione Prov.le</p> <p>Idem</p> <p>Tutte le prestazioni su prenotazione presso la sede della Sezione Prov.le</p>
-----------------------	---	--	---

<p><i>segue</i> MACERATA</p>	<p>Tutte le prestazioni su prenotazione presso la sede della Sezione Prov.le</p>	<p>Dermatologia: visite dermatologiche ed eventuali piccoli interventi Gastroenterologia Urologia Pneumologia</p> <p>Idem</p>	<p>Recanati Servizi Ambulatoriali di Prevenzione Oncologica (SAPO) c/o Poliambulatorio contrada S. Agostino</p> <p>S. Severino Marche Servizi Ambulatoriali di Prevenzione Oncologica (SAPO) c/o Distretto Sanitario Via del Glorioso</p>	<p>Dermatologia: visite dermatologiche ed eventuali piccoli interventi Gastroenterologia Urologia</p> <p>Ginecologia: visite ginecologiche e Pap-Test) Dermatologia: visite dermatologiche ed eventuali piccoli interventi Gastroenterologia Urologia</p> <p>Senologia Ginecologia: visite ginecologiche e Pap-Test Gastroenterologia Urologia</p> <p><i>Prestazioni e servizi gratuiti</i></p>	<p>Visite ginecologiche, Pap-Test, colposcopie Visite senologiche con eventuali agoaspirati Visite dermatologiche di interesse oncologico</p> <p>Prestazioni e servizi gratuiti su prenotazione</p>
<p>MANTOVA Via Portichetto, 9 CAP 46100 Tel. 0376/369177 Fax 0376/223209 www.legatumori.mantova.it E-mail: info@legatumori.mantova.it</p>	<p>Presso la Sede Prov.le: Centro di Prevenzione</p>			<p><i>Prestazioni e servizi gratuiti</i></p>	

<p>MASSA CARRARA Via Ripa, 42 CAP 54100 Tel. 0585/834377 Fax 0585/811452 E-mail: carla.calevro@virgilio.it</p>		<p>Ecografie senologiche e pelviche</p> <p>Mammografie</p> <p>Gruppi per la Disassuefazione dal Fumo</p> <p><i>Prestazioni e servizi gratuiti</i></p>	<p>L'ecografo e il mammografo sono stati finanziati da Trenta Ore per la Vita, edizione '98</p> <p>Organizzazione continua</p>
<p>Massa Centro per lo Studio e la Prevenzione oncologia Via Formentini CAP 54100 Tel. 0585/834377</p>	<p>Prevenzione tumori cutanei: mappatura e screening nei</p> <p>Prevenzione dei tumori: tiroidei, color-retto, utero, cavo orale, prostata, urologici e senologici</p> <p>Visite ecografiche</p> <p>Gruppo di sostegno Donne operate al Seno</p> <p>Riabilitazione in acqua</p> <p>Gruppi di ginnastica dolce</p> <p>Gruppi di auto-auto oncologico</p> <p>Gruppi per la Disassuefazione dal Fumo</p>	<p>Tutte le prestazioni su prenotazione presso la Sezione Provinciale il lun., mart., merc., ven. h. 15.00 - 18.00</p>	

<p><i>segue</i> MASSA CARRARA</p>	<p>IN PROVINCIA: Villafranca di Lunigiana Ambulatorio c/o il Comune Tel. 0187/493394</p>	<p>Sedute di Psiconcologia Yoga, Rebirthing, Feldenkrais Reiki (anche Corsi) Training autogeno Medicina naturale ed omeopatia Assistenza domiciliare gratuita per i pazienti oncologici in fase avanzata Visite dermatologiche e mappa dei nei con apparecchio ad epiluminiscenza Prevenzione dei tumori: tiroidei, colon- retto, utero, cavo orale, prostata, urologiche e senologiche Visite ecografiche Gruppo di sostegno Donne operate al Seno Gruppi di ginnastica dolce Gruppo di auto-aiuto oncologico Gruppi per la Disassuefazione dal Fumo Sedute di Psiconcologia</p>	<p>Su segnalazione dei medici Su richiesta Idem Idem Idem Idem Idem Idem Idem</p>
--	--	---	--

<p><i>segue</i> MASSA CARRARA</p>		<p>Yoga, Rebirthing, Feldenkrais Reiki (anche Corsi) Training autogeno Medicina naturale ed omeopatia</p>	<p>Su richiesta Idem Idem</p>
<p>MESSINA Università, III Clinica Chirurgica Via C. Valeria, 1 CAP 98125 Tel. 090/2212646 Fax 090/696332 www.comunc.messina.it E-mail: messina@iilt.it</p>	<p>Messina Ambulatori per la Prevenzione c/o Unità Operativa di Chirurgia Generale III Padiglione F, 3° piano Az. Ospedaliera Universitaria Policlinico "G. Martino" Tel. 090/2212646/619 Fax 090/2212663</p>	<p>Prevenzione dei tumori della cute, dei tumori pleuro-polmonari, dei tumori della mammella, della tiroide, dell'apparato genitale maschile, dell'apparato genitale femminile Disassuefazione dal Fumo</p>	<p>Per prenotazioni rivolgersi alla Sezione Provinciale</p>
<p>MILANO Via Venezian, 1 CAP 20133 Tel. 02/ 2662771 Fax 02/ 2663484 www.legatumori.mi.it E-mail: info@legatumori.mi.it gravasi@legatumori.it</p>	<p>Milano Spazio Prevenzione Via Appennini, 5/a Tel. 02/3533338 Milano Spazio Prevenzione Viale Caterina da Forlì, 61 Tel. 02/417744/65</p>	<p>Visite seno, Pap-Test, cute-nei, cavo orale, ecografia mammaria Visite seno, mammografia, ecografia mammaria, Pap-Test, cute-nei, cavo orale, prostata retto, Centro Antifumo</p>	<p>Su prenotazione Su prenotazione</p>

segue MILANO	Milano Spazio Prevenzione Viale Molise, 5 Tel. 02/5462937	Visite seno, Pap-Test, cute-nei, cavo orale, ecografia mammaria	Su prenotazione
	Milano Spazio Prevenzione Via Neera, 11 Tel. 02/8461227	Visite seno, mammografia, ecografia mammaria, Pap-Test, cute- nei, cavo orale,	Su prenotazione
	Milano Spazio Prevenzione Via Vignano, 4 Tel. 02/6571233-6571534	Visite seno, mammografia, ecografia mammaria, Pap-Test, cute- nei, cavo orale, prostata retto, Centro Antifumo	Su prenotazione
	Lodi Spazio Prevenzione Via Legnano, 12 Tel. 0371/423052	Visite seno, mammografia, ecografia mammaria, Pap-Test cute- nei, cavo orale	Su prenotazione
	IN PROVINCIA:		
	Monza Spazio Prevenzione Via San Gottardo, 36 Tel. 039/3902503	Visite seno, mammografia, ecografia mammaria, Pap-Test, cute- nei, cavo orale, Centro Antifumo	Tutte le prestazioni e i servizi su prenotazione presso le sedi ambulatoriali
	Abbiategrasso Spazio Prevenzione Via Manzoni, 58 Tel. 02/94963634	Visite seno, cute- nei	

<p><i>segue</i> MILANO</p>	<p>Albiate Brianza Spazio Prevenzione P.zza Conciliazione, 43 Tel. 0362/931599</p> <p>Brugherio Spazio Prevenzione Viale Lombardia, 277 Tel. 039/2384404</p> <p>Cernusco S/N Spazio Prevenzione P.zza Unità d'Italia, 2 Tel. 02/9249990</p> <p>Cesano Maderno Spazio Prevenzione Via San Carlo, 2 Tel. 0362/501927</p> <p>Concorezzo Spazio Prevenzione Via S. Marta, 10 Tel. 039/648118</p> <p>Desio Service Lions Via Portichetto, 21 Tel. 0362/629193</p>	<p>Visite seno</p> <p>Visite seno</p> <p>Visite seno, cute-nei</p> <p>Visite seno</p> <p>Visite seno, cute-nei</p> <p>Visite seno</p>	
----------------------------	--	---	--

<p>MODENA Via del Pozzo, 71 41100 - Modena 059/374217 www.legatumori.mo.it E-mail: info@legatumori.mo.it</p>	<p>Novate Milanese Spazio Prevenzione Via Repubblica, 15 Tel. 02/3548270</p> <p>Pozzuolo Martesana Spazio Prevenzione Via Martiri della Libertà, 22 Tel. 02/95358669</p> <p>Seregno Spazio Prevenzione Via Stefano da Seregno, 102 Tel. 0362/385758</p> <p>Vedano al Lambro Spazio Prevenzione Largo Repubblica, 2 Tel. 039/2486382</p>	<p>Visite seno</p> <p>Visite seno, cute-nei</p> <p>Visite seno</p> <p>Visite seno</p> <p>Visite seno</p> <p>Visite pneumologiche, cavo orale, <u>orientamento oncologico</u></p>	<p>La Sezione svolge attività di diagnosi precoce anche all'esterno degli Spazi Prevenzione offrendo alle Aziende, Comuni l'opportunità di effettuare al loro interno o sul proprio territorio visite di diagnosi precoce quali seno, cute, cavo orale, prostata-retto e Pap-Test</p> <p>Nelle occasioni di incontro con la cittadinanza (sagre, feste, luoghi di lavoro, scuole)</p>
--	---	--	---

SEZIONI PROVINCIALI	AMBULATORI	PRESTAZIONI E SERVIZI	NOTE
<p>NAPOLI Via Mariano Semmola 1 CAP 80131 Tel. 081.5465880 Fax. 081.5466888 www.Legatumori.org E.mail: napoli@ilt.it</p>	<p>Napoli Ambulatorio c/o Cral Circumvesuviana Corso Garibaldi, 387 CAP 80142 Tel. 081/287102</p> <p>IN PROVINCIA:</p> <p>Castellammare di Stabia Ambulatorio c/o Villa Stabia Viale Europa, 77 CAP. 80053</p> <p>Monterusciole Pozzuoli Centro Sociale c/o A.C.V.L. (Associazione Culturale Vincenzo Luongo) Via Parini, Lotto 8 fabb.L., int.4 CAP 80078 Tel. 081/5240928 Fax 5244702</p>	<p>Visite seno</p> <p>Visite seno, Oncologia Medica</p> <p>Visite seno con ecografie, cute - nei</p>	<p>Su prenotazione</p> <p>Per prenotazioni rivolgersi al n° 081/8748111</p>
<p>NOVARA Corso Mazzini, 31 CAP 28100 Tel. 0321/35404 Fax 0321/33360 E-mail: leturnov@tin.it</p>	<p>Novara "Centro per la Prevenzione dei Tumori", convenzione con la Lega contro i Tumori c/o Azienda Ospedaliera Maggiore della Carità Corso Mazzini, 18 Tel. 0321/3733395</p>	<p>Visite ginecologiche, colposcopie e Pap-Test</p> <p>Visite del cavo orale con biopsie (nei casi sospetti)</p> <p>Visite senologiche, mammografie, ecografie, agoaspirati</p>	<p>Tutte le prestazioni su prenotazione</p>

<p><i>segue</i> NOVARA</p>	<p>Hemocult-Test Consultazione oncologica Visite ed indagini strumentali per la prevenzione del cancro della prostata</p>		
<p>NUORO Via Cagliari, 68 CAP 08022 Desulo Tel. e fax 0784/619249</p>	<p>Presso la Sede Prov.le: Ambulatorio di Prevenzione oncologica Fax 0784/619747</p>	<p>Oncologia Medica: visite oncologiche e ginecologiche Dermatologia: visite Endocrinologia: visite Ginecologia: visite Senologia: visite Urologia: visite Ecografie apparato genitale femminile, della tiroide, della prostata e senologiche Gruppi per la Disassuefazione dal Fumo</p>	<p>Organizzazione periodica su prenotazione Idem Idem Idem Idem Idem Organizzazione periodica su prenotazione Uno/due l'anno su richiesta</p>
<p>PADOVA Via Ognissanti, 99 CAP 35129 Tel. 049/8070205 Fax 049/8075366 E-mail: padova@iit.it</p>	<p>Presso la Sede Prov.le: Ambulatorio</p>	<p>Visite di controllo per la prevenzione del melanoma Sostegno psicologico e/o intervento psicoteraputico per i malati oncologici e i loro familiari</p>	<p>Su richiesta Su richiesta</p>

<p>segue PADOVA</p>	<p>IN PROVINCIA: S. Agostino di Albignasego Ambulatorio medico Via Giorgione, 22 Tel. 049/8801484</p>	<p>Cicli di fisioterapia post intervento, previa visita fisiatrica <i>Prestazioni gratuite</i></p> <p>Visite senologiche, mammografie ed ecografie mammarie</p> <p>Pap-Test, colposcopie e visite ginecologiche</p>	<p>Su richiesta</p> <p>In convenzione con la ULSS 16</p> <p>Prestazioni gratuite</p> <p>Negli ambulatori della Sezione si eseguono screening di tumori femminili, tumori cutanei, tumori del cavo orale, tumori prostatici (PSA) nell'ambito dei programmi di prevenzione destinati ai dipendenti di Aziende private</p>
---------------------	--	---	--

SEZIONI PROVINCIALI	AMBULATORI	PRESTAZIONI E SERVIZI	NOTE
<p>PALERMO Via Lincoln, 144 CAP 90144 Tel. 091/6165777 Fax 091/6161502</p>	<p>Presso la Sede Prov.le: Ambulatorio di senologia</p> <p>Ambulatorio di ginecologia</p> <p>Ambulatorio di dermatologia</p> <p>Ambulatorio di O.R.L.</p>	<p>Visite senologiche di diagnosi precoce e finalizzate alla riabilitazione delle donne operate al seno</p> <p>Visite ginecologiche e Pap-Test</p> <p>Visite dermatologiche</p> <p>Visite O.R.L. di diagnosi precoce e finalizzate alla riabilitazione dei laringectomizzati</p>	<p>Su prenotazione</p> <p>Su prenotazione</p> <p>Su prenotazione</p> <p>Su prenotazione</p> <p>Presso la Sede Prov.le effettuazione anche di visite di diagnosi precoce senologiche, ginecologiche, O.R.L., dermatologiche e del colon-retto per i dipendenti I.B.M</p>
	<p>Ambulatorio di supporto psicologico</p> <p>Servizio di riabilitazione</p>	<p>Supporto psicologico a pazienti oncologici e loro familiari</p> <p>Pressoterapia, ginnastica, logopedia, supporto di self-help</p>	

<p><i>segue</i> PALERMO</p>	<p>IN PROVINCIA: Carini c/o stabilimento ITALTEL</p>	<p>Visite di diagnosi precoce senologiche e ginecologiche</p>	<p>Su prenotazione</p>
<p>PARMA Via Gramsci, 14 CAP 43100 Tel. e fax 0521/988886 Tel. 0521/702243 E-mail: parma@iilit.it</p>	<p>Presso la Sede Prov.le: Ambulatorio del fumo Ambulatorio di senologia</p>	<p>Supporto psicologico per la disassuefazione Visite senologiche e insegnamento dell'autopalpazione Distribuzione dell'Hemocult-Test Visite senologiche e insegnamento dell'autopalpazione</p>	<p>Su prenotazione Idem Per prenotazioni rivolgersi alla Sezione Provinciale Inaugurato nel 2002</p>
<p>PARMA c/o C.R.L.</p>	<p>PARMA c/o Circostrizione Lubiana S. Lazzaro Via Zarotto, 16 Tel. 0521/218765</p>	<p>Visite senologiche e insegnamento dell'autopalpazione</p>	<p>Convenzione</p>
<p>PARMA c/o Clinica Chirurgica dell'Università</p>	<p>PARMA c/o Clinica Ostetrico Ginecologica dell'Università</p>	<p>Visite senologiche Diagnosi e cura dei tumori dell'utero</p>	<p>Convenzione Convenzione</p>

segue PARMA	IN PROVINCIA:		
	Bardi c/o Assistenza Pubblica Via Lituania, 5	Visite senologiche e insegnamento dell'autopalpazione	Attivazione nel 2002
	Berceto c/o C.R.I. Via Salita p. Silva Tel. 0525/64304	Visite senologiche e insegnamento dell'autopalpazione	Su prenotazione
	Bore c/o Pubblica Assistenza Via Roma, 81 Tel. 0525/79119	Visite senologiche e insegnamento dell'autopalpazione	2° ven. del mese, alternato con Bardi, Pellegrino Varsi
	Busseto c/o sede della Delegazione L.I.L.T Piazza Matteotti, 10 Tel. 0524/91780	Idem	Su prenotazione
	Calestano c/o Assistenza Pubblica Tel. 0525/52242	Idem	Su prenotazione
	Fidenza c/o AVIS - Via 24 maggio, 24	Visite senologiche e insegnamento dell'autopalpazione	Su prenotazione
Fontanellato c/o AVIS Via Costa, 17 Tel. 0521/610104	Idem	Su prenotazione	

<i>segue</i> PARMA	Fontevivo c/o AVIS Via Volontari del Sangue, 2 Tel. 0521/610104	Idem	Su prenotazione
	Fornovo c/o AVIS Via G. Marconi, 12 Tel. 0525/400143	Idem	Su prenotazione
	Langhirano c/o AVIS Via Volontari del Sangue, 8 Tel. 0521/861136	Visite senologiche e insegnamento dell'autopalpazione	Su prenotazione
	Medesano c/o Casa Protetta Via Verdi, 38 Tel. 0525/420297	Idem	Su prenotazione
	Neviano Arduini c/o I'AVIS Tel. 0521/843179 - 843570	Visite senologiche e insegnamento dell'autopalpazione	Su prenotazione
	Noceto c/o AVIS Via Gandiolo, 5 - Tel. 0521/620122	Idem	Su prenotazione
	Palanzano e Ranzano	Visite senologiche e Idem insegnamento dell'autopalpazione	Su richiesta
	Pellegrino	Idem	Alternato con Bore, Bardi, Varsi

<i>segue</i> PARMA	Roccabianca c/o AVIS V.le Campo Sportivo, 1 Tel. 0521/876024	Idem	Su prenotazione	
	Sala Baganza c/o AVIS Via Garibaldi, 1 Tel. 0521/834640	Visite senologiche e insegnamento dell'autopalpazione	Idem	
	Sissa c/o AVIS Piazza 1° maggio, 12 Tel. 879649	Idem	Su prenotazione	
	Soragna	Idem	Su richiesta	
	Sorbolo c/o AVIS Via Gruppini Tel. 0521/698928	Visite senologiche e insegnamento dell'autopalpazione Prevenzione dei tumori della prostata: visite e, se necessario, dosaggio del PSA	Su prenotazione	
	Torrile c/o Comune Tel. 0521/819921	Idem	Su richiesta	
	Varsi	Visite senologiche e insegnamento dell'autopalpazione	Alternato con Bore, Bardi e Pellegrino	

<p>segue PARMA</p>	<p>PAVIA Istituto "C. Golgi" Piazza Botta, 10/11 CAP 27100 Tel. 0382/27167-33939 Fax 0382/306945 E-mail: lega.tumori.pv@libero.it</p>		<p>Prevenzione dei tumori della prostata: visite e, se necessario, dosaggio del PSA</p>	<p>Su prenotazione Lun. h. 15.00-17.00 mart.-merc.-giov.: h. 9.30-12.00 h. 15.00-17.00</p>
	<p>Presso la Sede Prov.le: "Centro Prevenzione Tumori" in convenzione con l'Università Tel. 0382/506336 - 27167 Fax 0382/306945</p> <p>IN PROVINCIA: Mortara Ambulatorio di Prevenzione oncologica Corso di Porta Novara, 43 CAP 27036 Tel. e fax 0348/90561</p>	<p>Visite senologiche, ginecologiche, Pap-Test, visite dermatologiche</p> <p>Mammografie Duttogalattografie Pneumocistografie Aghi aspirati ecoguidati</p> <p>Ecografie mammarie, pelviche, addominali, transvaginali</p> <p>Ecografie tiroide/collo/giandole salivari, muscolo scheletrico, testicoli</p> <p>Eco color doppler</p>	<p>Prevenzione dei tumori della prostata: visite e, se necessario, dosaggio del PSA</p>	<p>Su prenotazione Lun. h. 15.00-17.00 mart.-merc.-giov.: h. 9.30-12.00 h. 15.00-17.00</p>
		<p>Mammografie Gastroenterologia Dermatologia, Urologia Oncologia Terapia del dolore</p>	<p>Prevenzione dei tumori della prostata: visite e, se necessario, dosaggio del PSA</p>	<p>Su prenotazione Lun. h. 15.00-17.00 mart.-merc.-giov.: h. 9.30-12.00 h. 15.00-17.00</p>

SEZIONI PROVINCIALI	AMBULATORI	PRESTAZIONI E SERVIZI	NOTE
<p>PESCARA Piazza della Marina, 2/8 CAP 65125 Tel. e Fax 085/66767</p>	<p>Pescara Ambulatori c/o Centro Sociale per Anziani Via Stradonetto, 30 Tel. 085/4325034</p>	<p>Ginecologia: visite ginecologiche, Pap-Test (prelievo) Gastroenterologia: visite gastroenterologiche, proctologi-che, anoscopie e rettoscopie Cardiologia: visite Visite chirurgiche, O.R.L. Test dell'Hemocult nelle feci Riabilitazione fisica per donne operate al seno</p>	<p>Ambulatori inaugurati a marzo 2002</p> <p>Prestazioni su prenotazione</p>
<p>PISA Via Tino di Camaino, 13 CAP 56123 Tel. e fax 050/830684 E-mail: legatumoripisa@virgilio.it segue PISA</p>	<p>Presso la Sede Prov.le: Ambulatorio</p>	<p>Visite senologiche Riabilitazione fisica (ginnastica, linfodrenaggio, massaggio) e supporto psicologico per le donne operate al seno <i>Prestazioni gratuite ai soci</i> Gruppi per la Disassuefazione dal Fumo</p>	<p>Su prenotazione il lun., merc. e ven. h. 15.00-18.30 Idem Organiz. su richiesta</p>

SEZIONI PROVINCIALI	AMBULATORI	PRESTAZIONI E SERVIZI	NOTE
<p>PISTOIA c/o Ospedale Piazza S. Lorenzo CAP 51100 Tel. 0573/365280 Fax 0573/365280 E-mail: pistoia@legatumori.it</p>	<p>Pistoia Ambulatorio di Senologia clinica Via della Quietè, 12/e c/o ex C.P.A. Tel. 0573/353860 Fax 0573/353868</p> <p>Pistoia c/o Dipartimento di Prevenzione, Diagnosi e Cura dei Tumori dell'ASL 3, in collaborazione con la Lega contro i Tumori</p>	<p>Visite senologiche, diafanoscopie, ecografiche, termografiche, agoaspirati, agobiopsie</p> <p>T. scan (rilevazione delle costanti dielettriche e conducibilità del tessuto mammario)</p> <p><i>Prestazioni gratuite</i></p> <p>Visite senologiche e screening mammo- grafico per le donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni</p>	<p>Su prenotazione. Prestazioni per pazienti di ogni età che volontariamente si sottopongono ad accertamenti senologici e che provengono da ogni regione d'Italia</p> <p>Collaborazione con l'ASL3 anche nello screening del cervico carcinoma per le donne tra i 25 e i 64 anni di età, gestazione la segreteria</p>
<p>POTENZA c/o Ospedale S. Carlo CAP 85100 Tel. e fax 0971/612232 E-mail: potenza@lilt.it</p>	<p>Presso la Sede Prov.le: Ambulatorio per le visite preventive</p>	<p>Visite senologiche Consulenze chirurgiche</p> <p>Gruppi per la Disassuefazione dal Fumo</p> <p>Servizio telefonico "L'esperto risponde" (disponibilità di un medico specialista nel settore oncologico richiesto per consigli diagnostici e terapeutici e per indicare centri oncologici d'eccellenza)</p>	<p>Su prenotazione c/o la Sede Prov.le dal lun. al ven. h. 8.00-12.00</p> <p>Su richiesta</p>

SEZIONI PROVINCIALI	AMBULATORI	PRESTAZIONI E SERVIZI	NOTE
<p>PRATO Via Firenze, 40/C CAP 59100 Tel 0574/572798 Fax 0574/572648 www.legatumoriprato.it E-mail: info@legatumoriprato.it</p>	<p>Presso la Sede Prov.le: Ambulatorio ginecologico Ambulatorio di prevenzione e diagnosi precoce della patologia genito-urimaria Ambulatorio di diagnostica ecografica Ambulatorio senologico Ambulatorio di O.R.L. Ambulatorio di cardiologia Ambulatorio per la prevenzione dei tumori del colon-retto/ follow-up Ambulatorio di prevenzione dermatologica Ambulatorio di consulenza oncologica Ambulatorio psicologico Ambulatorio di prevenzione alimentare</p>	<p>Visite ginecologiche Pap-Test (prelievo) Esame obiettivo ed ecografico Ecografie a tutti gli organi Visite senologiche, agoaspirati Visite specialistiche per patologia Visite specialistiche per patologia Visite gastroenterologiche, Hemocult-Test, esplorazione rettale, anoscopie, rettoscopie Visite dermatologiche e mappa dei nei con videodermatoscopio Consulenza oncologica Assistenza psicologica Consulenza dietologica</p>	<p>Tutte le prestazioni su prenotazione presso la Sede Prov.le dal lun. al ven. h. 8.30 -12.30 / 14.30 - 18.30</p>

<p><i>segue</i> PRATO</p>	<p>Ambulatorio Tabagismo</p> <p>Ambulatorio Assistenza Danni del fumo e laringectomizzati</p> <p>Servizio di assistenza domiciliare al malato oncologico in fase avanzata</p> <p>Ambulatorio ortopedico-fisiatrico</p> <p>Ambulatorio assistenza e riabilitazione psico-funzionale mastectomizzate</p> <p>Ambulatorio stomizzati</p> <p>Prato Centro di Prevenzione Oncologica della ASL 4 in collaborazione con la LILT Via Misericordia, 4 Tel. 0574/41248</p>	<p>Attività preventiva per la disassuefazione dal fumo. Gruppi per la Disassuefazione dal Fumo</p> <p>Controlli di follow-up</p> <p>Cure palliative, terapia del dolore</p> <p>Visite specialistiche per patologia</p> <p>Assistenza e riabilitazione</p> <p>Riabilitazione psico-funzionale colostomizzati</p> <p>Visite senologiche, ginecologiche, Pap-Test, colposcopie</p> <p>Mammografie ed ecografie mammarie</p>	<p>Organizzazione periodica (tre volte l'anno)</p> <p>Tutte le prestazioni su prenotazione</p> <p>Mammografo ed ecografo della Sezione concesso in comodato d'uso gratuito alla ASL</p>
----------------------------------	---	--	---

SEZIONI PROVINCIALI	AMBULATORI	PRESTAZIONI E SERVIZI	NOTE
<p>RAGUSA Via Traspontino, 1 CAP 97100 Tel. e fax 0932/229128</p> <p>E-mail: legatumori_ragusa@inwind.it</p>	<p>Presso la Sede Prov.le: Ambulatorio oncologico</p> <p>IN PROVINCIA:</p> <p>Chiararamonte Gulfi Ambulatorio oncologico c/o Sede AVIS Via V. Emanuele, 5 Tel. 0932/927440</p> <p>Comiso Ambulatorio oncologico c/o Sede AVIS Via di Vita, 18 tel. 0932/962129</p> <p>Ispica Ambulatorio oncologico c/o Sede AVIS Via Ciano, 23 Tel. 0932/951173</p> <p>Modica Ambulatorio oncologico c/o l'Associazione Cristiana "Sac. G. Rizza" Via Risorgimento, 49 Tel. 0932/762713</p>	<p>Visite senologiche, dermatologiche e O.R.L.</p> <p>Visite senologiche, dermatologiche e O.R.L.</p> <p>Idem</p> <p>Idem</p> <p>Idem</p>	<p>Su prenotazione</p> <p>Su prenotazione</p> <p>Su prenotazione</p> <p>Idem</p> <p>Idem</p>

<p>segue RAGUSA</p>	<p>Pozzallo Ambulatorio oncologico c/o l'Azienda USL7 C. da Fondo Scaro Tel. 0932/955074.</p>	<p>Visite senologiche, dermatologiche e O.R.L. <i>Prestazioni gratuite ai soci</i></p>	<p>Su prenotazione. In attivazione ambula- tori oncologici negli altri 7 comuni della Provincia</p>
<p>REGGIO CALABRIA Via Filippini, 36C CAP 89125 Tel. e fax 0965/331563 E-mail: reggiocalabna@iit.it</p>	<p>Reggio Calabria Ambulatorio medico Via Mattia Preti, 6 Tel. 0965/811323</p>	<p>Visite ginecologiche, Pap-Test e colposcopie Visite senologiche, dermatologiche, oncologiche</p>	<p>Per prenotazioni telefonare al n° 095/331563 Idem</p>
<p>RIETI Via Flavio Sabino, 25 CAP 02100 Tel. e fax 0746/205577</p>	<p>Presso la Sede Prov.le: Ambulatorio</p>	<p>Visite senologiche, ginecologiche e Pap-Test Visite dermatologiche, ortopediche, odontostomatologiche Visite chirurgiche, urologiche Visite per gli organi di movimento Ecografie Consulenze psicologiche <i>Prestazioni gratuite</i></p>	<p>Tutte le prestazioni su prenotazione, telefonando il lunedì, mercoledì e venerdì h. 9.00-13.00</p>

SEZIONI PROVINCIALI	AMBULATORI	PRESTAZIONI E SERVIZI	NOTE
<p>ROMA Via di Villa Severini, 54 CAP 00191 Tel. 06/3297730 Fax 06/3297731 www.legatumorioroma.org E-mail: lega.tumori.roma@iol.it</p>	<p>Presso la Sede Prov.le Centro di Prevenzione e Diagnostica Oncologica "Anna Carollo"</p>	<p>Colloquio medico per l'impostazione degli accertamenti diagnostici strumentali necessari Visita medica generica Visita ginecologica, Pap-Test, colposcopia Visita senologica, proctologica, prostatica Consulenza per patologia tiroidea Mammografia ed ecografia mammaria bilaterale Ecografia epatica, pancreatica, pelvica (utero e annessi), renale, prostatica, tiroidea Retto-sigmoidoscopia Hemocult Test (<i>gratuito</i>)</p>	<p>Per prenotazioni telefonare dal lun. al ven. h. 9.00-13.00/15.00-17.30</p>
<p>SALERNO Via Carmine, 149 CAP 84124 Tel e fax 089/220197 E-mail: iliot@tiscalinet.it</p>	<p>Presso la Sede Prov.le: Poliambulatorio di Prevenzione e Diagnostici precoci dei Tumori</p>	<p>Visite ginecologiche e Pap-Test Visite senologiche Visite preventive per le seguenti specializzazioni: O.R.L., dermatologia con possibilità di nevoscopia (progetto melanoma presso l'Ospedale S. Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona di Salerno), ematologia, urologia, oculistica, chirurgia oncologica,</p>	<p>Per prenotazioni telefonare dal lun. al ven. h. 9.00 - 12.00; il mart. e il giov. h. 16.30- 19.00</p>

<p><i>segue</i> SALERNO</p>	<p>Salerno c/o Studio privato di Radiologia convenzionato con la LILT</p>	<p>endocrinologia, neurologia <i>Prestazioni gratuite ai soci</i> Mammografie ed ecografie mammarie</p>	<p>Ambulatori per lo screening dei tumori del colon-retto sono stati attivati presso gli studi dei medici di Medicina Generale di Salerno aderenti al progetto</p>
<p>SASSARI Via Amendola, 40/L CAP 07100 Tel. e fax 079/214688 E-mail: legatumorisassasi@tiscali.it</p>	<p>Presso la Sede Prov.le: Ambulatorio di oncologia Ambulatorio di senologia Ambulatorio di ginecologia Servizio di citologia Servizio di riabilitazione psicofunzionale</p>	<p>Visite oncologiche finalizzate alla prevenzione e alla diagnosi precoce Visite senologiche e insegnamento dell'autopalpazione Visite ginecologiche, Pap-Test Pap-Test - lettura dei vetrini c/o Centro Oncologico effettuata dalla citologa della Sezione LILT Consulenza psicoterapica per le donne operate al seno e per altri pazienti oncologici Consulenza psichiatrica (a richiesta)</p>	<p>Per prenotazioni telefonare alla Sede Prov.le dal lun. al ven. h. 9.30 - 12.30/ h. 16.00-19.00</p>

<p>segue SASSARI</p>	<p>Servizio di assistenza domiciliare (in collaborazione con la Cattedra di Oncologia Medica dell'Università) Viale San Pietro, 8 SS Tel. 079/228382</p> <p>Sassari Ambulatori di Oncologia che collaborano con la Sezione Provinciale:</p>	<p>Terapia medica, infermieristica ed assistenza psicologica, con progetto allargato anche ai familiari</p> <p><i>Prestazioni gratuite per i soci</i></p> <p>Gruppi per la Disassuefazione dal Fumo</p> <p>Visite per la richiesta di accertamenti diagnostici strumentali necessari. La Sezione si avvale di strutture periferiche dell'Università e dell'Ospedale, in virtù anche del loro potenziamento con donazioni da parte della Sezione (microscopio, mammografo, negatiscopio, ecografo, lettino operatorio, colonscopio)</p> <p>Completamento dell'iter diagnostico sfera genitale femminile: prelievo endometriale, colposcopia</p> <p>Mammografia, agoaspirato, ecografia mammaria</p> <p>Assicura le prestazioni agli ambulatori della Lega contro i Tumori supportando il Servizio di oncologia - senologia e assistenza domiciliare</p>	<p>Su richiesta presso la Sezione Provinciale della L.I.L.T e prenotazione da parte della L.I.L.T</p>
-----------------------------	--	--	---

<p><i>segue</i> SASSARI</p>	<p>IN PROVINCIA: Olbia c/o Delegazione LLT Via Venezia, 3/a CAP 07026</p>	<p>Visite ginecologiche e Pap-Test, visite senologiche e visite dermatologiche (controllo net)</p>	
<p>SIENA Strada Massetana Romana, 44 CAP 53100 Tel. 0577/285147 Fax 0577/44104 E-mail: info@legatumori_siena.it</p>	<p>SIENA Centro "Prevenzione" Strada Massetana Romana, 44 Tel. 0577/247259</p> <p>Per prenotazioni: dal lun. al ven. h. 9.30- 12.30 h. 15.30-18.30</p>	<p>Ginecologia Oncologica: Visite ginecologiche, Pap- Test, colposcopie con documentazione fotografica, vulvoscopie, biopsie ecografiche pelviche</p> <p>Senologia Preventiva "Centro Lorella": visite senologiche, ecografie, mammografie</p> <p>Ecografia Preventiva: ecografie di: mammella, pelvi, reni e vie urinarie, testicoli, ghiandole salivari, tiroide - collo, fegato, pancreas, milza, muscoli, surrene, retroperitoneo, addome sup. e inf., linfonodi</p>	<p>Le visite e gli esami sono riservati esclusivamente ai soci della Sezione. Il Servizio partecipa agli screening oncologici promossi dalla Regione</p> <p>Questo Servizio opera in regime convenzionale con l'Unità Operativa di Fisica Sanitaria dell'Azienda Ospedaliera Senese per il controllo della radio protezione</p>

<p>segue SIENA</p>		<p>Ecocolordoppler</p> <p>Dermatologia e controllo nei: visite cliniche specialistiche mappa dei nei con apparecchio ad epiluminescenza, educazione alla salute</p> <p>Otorinolaringologia oncologica: Visite specialistiche, educazione alla salute</p> <p>Oncologia e Chirurgia Oncologica: visite, inquadramento personalizzato del check-up preventivo, rapporti con le strutture di ricovero e cura in Italia e all'estero, informazione ed educazione alla salute</p> <p>Urologia oncologica: ecografie prostatiche con apposita sonda</p> <p>Cardiologia: visite cardiologiche, elettrocardiogrammi, controlli della pressione arteriosa, spirometrie, informazione ed educazione alla salute</p> <p>Dietologia: programmazioni dietetiche personalizzate, educazione alimentare, prescrizione dei cibi protettivi nei confronti dei tumori, segnalazione dei cibi a rischio</p>	
--------------------	--	---	--

<p>segue SIENA</p>		<p>Gastroenterologia: visite cliniche specialistiche</p> <p>Endoscopia Digestiva per la diagnosi precoce dei tumori dell'apparato digerente (colon-retto, stomaco): colonscopie</p> <p>Ortopedia: per la prevenzione delle metastasi ossee</p> <p>Occhistica: per la prevenzione dei danni visivi in corso di terapia antitumorale</p> <p>Medicina interna naturalistica: omeopatia, fitoterapia, medicina psico- somatica, agopuntura, ecc.</p> <p>Servizio di pubbliche relazioni per lo sviluppo di iniziative di educazione sanitaria: conferenze, dibattiti, riunioni e convegni organizzati in altre sedi, distribuzione gratuita di materiale informativo, cam- pagne nelle scuole, tra le forze dell'ordine e nell'esercito, ecc.</p> <p>Servizio "lunavera": consultorio femminile per immigrate di ogni nazionalità con informazioni di</p>	
--------------------	--	---	--

<p><i>segue SIENA</i></p>		<p>educazione sanitaria tradotte nelle rispettive lingue (arabo, cinese, albanese, nigeriano, ecc.)</p> <p>Centro antifumo: Gruppi serali per la Disassuefazione dal Fumo</p> <p>O.C.R.A. (Osservatorio per le Contaminazioni Radioattive nella alimentazione e nell'Ambiente): determinazioni radiometriche delle contaminazioni negli alimenti e nell'ambiente in collaborazione con l'Unità Operativa di Fisica Sanitaria dell' Azienda Ospedaliera Senese, dosaggio del radon nei locali chiusi, prevenzione dei tumori maligni causati da radiazioni ionizzanti, controllo dell'uranio impoverito per militari e civili reduci dai Balcani, assistenza sanitaria ai bambini bielorusi ospitati in Italia per la parziale decontaminazione dopo la catastrofe di Chernobyl</p> <p>Consulenze: prevenzione del dolore, psicoterapia di sostegno, chirurgia plastica e ricostruttiva</p> <p>Previdenza (pratiche amministrative per invalidità da cause oncologiche, per richieste di protesi, pensionamenti, ecc.)</p>	<p>L'O.C.R.A. opera in regime convenzionale con l'Azienda ospedaliera Senese e con un protocollo nazionale d'intesa con Legambiente</p>
---------------------------	--	---	---

<p>segue SIENA</p>	<p>IN PROVINCIA: Colle Val D'Elsa Centro di Prevenzione Oncologica c/o Pubblica Assistenza Tel. 0577/921169</p> <p>Monticiano Centro di Prevenzione Oncologica Farma (in collaborazione con l'USL 7 e i comuni di Monticiano, Chiusdino, Radicondoli, Murlo, Sovicille, Roccastrada) Via Barazzuoli Tel. 0577/756377</p>	<p>Ginecologia Dermatologia O.R.L. Ecografie</p> <p>Ginecologia Dermatologia Chirurgia Ortopedia O.R.L. Prevenzione dolore anche a domicilio Servizio sociale</p>	<p>Su prenotazione</p> <p>Su prenotazione</p>
<p>SIRACUSA Via Po, 22 CAP 96100 Tel. 0931/461769 Fax 0931/61437 www.siracusa.net/legatumori E-mail: hilsiracusa@virgilio.it</p>	<p>Presso la Sede Prov.le: Ambulatorio oncologico</p> <p>Ambulatorio ginecologico Ambulatorio dermatologico</p>	<p>Oncologia Generale, Senologia</p> <p>Visite ginecologiche e Pap-Test Visite dermatologiche e mappa dei nei con dermatoscopia manuale</p>	<p>Su prenotazione. L'ambulatorio è collegato con l'AUSL8 per gli approfondimenti diagnostici.</p> <p>Su prenotazione Idem</p>

<p><i>segue</i> SIRACUSA</p>	<p>Ambulatorio psicologico</p> <p>Siracusa Centro di Senologia. Via Bufardeci, 5</p>	<p>Consulenza psicologica, Gruppi per la Disassuefazione dal Fumo</p> <p>Mammografie Ecografie mammarie</p> <p><i>Prestazioni gratuite</i></p>	<p>Su prenotazione</p> <p>Il Centro è stato finanziato da "Trenta Ore per la Vita", edizione 1998, e dalla Regione. Per prenotazioni telefonare al n° 0931/461769</p>
<p>SONDRIO Via IV Novembre, 21 CAP 23100 Tel. 0342/219413 Fax 0342/216333 E-mail: glibanori@fiscali.it</p>	<p>Presso la Sede Prov.le: Poliambulatorio</p> <p>IN PROVINCIA: Grosio Ambulatorio senologico c/o Delegazione LLT Via Pini (ex scuola Muratori) Tel. 0342/848365</p>	<p>Visite senologiche, mammografie, agoaspirati mammari, visite ginecologiche, Pap-Test, colposcopie e biopsie, visite di prevenzione dell'apparato respiratorio, visite dermatologiche, visite urologiche, visite di chirurgia generale, visite O.R.L., ecografie a tutti gli organi con preventiva visita (seno, addome superiore, addome inferiore, tiroide, ecc.), retto-sigmoidoscopia</p> <p>Pressoterapia per donne operate al seno</p> <p>Visite senologiche</p>	<p>Su prenotazione Dal lun. al ven. h. 9.00-12.00 h. 14.00-18.00</p> <p>Su prenotazione</p>

SEZIONI PROVINCIALI	AMBULATORI	PRESTAZIONI E SERVIZI	NOTE
<p>TARANTO Corso Umberto I, 187 CAP 74100 Tel. 099/4533526 Fax 099/4532450 E-mail: taranto@ilt.it</p>	<p>Presso la Sede Prov.le: Poliambulatorio</p>	<p>Visite senologiche Pap-Test, colposcopie Visite pneumologiche Hemocult Test <i>Prestazioni gratuite ai soci</i> Visite urologiche, dermatologiche e mappa dei nei Visite cardiologiche con ECG Visite chirurgiche Mammografie Ecografie senologiche, pelviche (utero ed ovaie), addominali intermistiche (fegato, colecisti, pancreas, rene e vescica, tiroide, prostata)</p>	<p>Senza prenotazione tutti i giorni h. 16.00 Senza prenotazione dal lun. al ven. h. 16.00 Su prenotazione Su prenotazione. La Sezione è dotata di un videocap per transilluminazione dei nei Su prenotazione Senza prenotazione, lun. h. 17.00 Su prenotazione Idem</p>

<p><i>segue</i> TARANTO</p>			<p>Su prenotazione</p>
		<p>DTC, agoaspirati, biopsie cutanee e ginecologiche</p>	<p>Idem</p>
		<p>Fisioterapia (pressoterapia, linfodrenaggio)</p>	<p>Idem</p>
		<p>Gruppi per la Disassuefazione dal Fumo (GDF)</p>	<p>Organizzazione in base alle richieste</p>
		<p>Corsi sulla nutrizione</p>	<p>Idem</p>
		<p>Corsi per l'autopalpazione</p>	<p>Idem</p>
		<p>Corsi di educazione alla Salute in Enti e Scuole</p>	<p>Idem</p>
		<p>Visite senologiche e Pap- Test</p>	<p>Su prenotazione</p>
	<p>IN PROVINCIA:</p> <p>Avetrana Ambulatorio Via De Gasperi, 59 Tel. 099/8704476</p> <p>Carosino Ambulatorio c/o Municipio Via Roma Tel. 0995/9226190</p> <p>Laterza Ambulatorio Via Enrico Toti Tel. 099/829292</p>	<p>Idem</p>	<p>Su prenotazione</p>
		<p>Idem</p>	<p>Su prenotazione</p>

<p><i>segue TARANTO</i></p>	<p>Marina di Ginosa Ambulatorio Via Pola, 14 Tel. 099/627052</p> <p>Martina Franca Ambulatorio Via Cavour, 1 Tel 080/4834646</p> <p>Sava Ambulatorio Vico Immacolata, 2 Tel. 099/972790</p>	<p>Visite senologiche e Pap- Test</p> <p>Screening senologici e ginecologici completi</p> <p>Screening senologici e ginecologici completi</p> <p><i>Prestazioni gratuite ai soci</i></p>	<p>Su prenotazione</p> <p>Idem</p> <p>Idem</p>
<p>TORINO <i>Sede legale:</i> Via S. Massimo, 24 c/o S. Giovanni A. S. CAP 10123 <i>Sede operativa:</i> Via Accademia Albertina, 37 CAP 10123 Tel. e fax 011/836626 <i>(h. 9.00-13.00/14.00/17.00)</i> E-mail: legatumonitorino@libero.it</p>	<p>Torino Ambulatorio c/o Ospedale S. Giovanni A.S. Via S. Massimo, 24</p> <p>Torino Ambulatorio c/o Ospedale Gradenigo Corso Regina Margherita, 10A</p> <p>Torino Ambulatorio c/o ASL 4 Via Botticelli, 130</p>	<p>Visite generali di oncologia (ginecologiche, ORL, urologiche, ecc.)</p> <p>Visite senologiche, ginecologiche e Pap- Test</p> <p>Sostegno psicologico e fisioterapia per donne operate al seno e all'utero</p>	<p>Prenotazioni presso la segreteria operativa della Lega contro i Tumori</p> <p>Prenotazioni presso la segreteria operativa della Lega contro i Tumori</p> <p>Prenotazioni presso la segreteria operativa della Lega contro i Tumori</p>

SEZIONI PROVINCIALI	AMBULATORI	PRESTAZIONI E SERVIZI	NOTE
<p>TRENTO Corso 3 Novembre, 134 CAP 38100 Tel. 0461/922733 Fax 0461/922955 E-mail trento@lilit.it</p>	<p>Presso la Sede Prov.le: Studio medico</p>	<p>Visite dermatologiche e mappa dei nei con apparecchio ad epiluminescenza</p>	<p>Su prenotazione</p>
		<p>Consulenze oncologiche</p>	<p>Idem</p>
		<p>Consulenze psicologiche per malati oncologici e familiari</p>	<p>Su prenotazione</p>
		<p>Consulenze dietetiche</p>	<p>Idem</p>
	<p>Ambulatorio di fisioterapia</p>	<p>Fisioterapia specifica (limfodrenaggio) previa visita fisioterapica per tutti i malati oncologici.</p>	<p>Su prenotazione</p>
	<p>IN PROVINCIA: Cles</p>	<p><i>Per le donne operate al seno:</i> corsi di ginnastica dolce, corsi di ginnastica in acqua</p>	
	<p>c/o sede Delegazione LILT Valli di Non e di Sole Piazza Municipio, 21 Tel. 0463/625223</p>	<p>Visite dermatologiche e mappa dei nei con apparecchio ad epiluminescenza</p>	<p>Su prenotazione presso la Delegazione</p>
		<p>Assistenza psicologica a malati oncologici e familiari</p>	<p>Idem</p>
		<p>Fisioterapia specifica (limfodrenaggio) previa visita fisioterapica per tutti i malati oncologici</p>	<p>Idem</p>

<p><i>segue</i> TRENTO</p>	<p>Rovereto - c/o Delegazione LILT Vallagarina Via Largo Posta, 2 Tel. e fax 0464/422711</p>	<p><i>Per le donne operate al seno</i>: corsi di ginnastica yoga, corsi di ginnastica in acqua</p> <p>Visite dermatologiche e mappa dei nei con apparecchio ad epiluminescenza</p> <p>Assistenza psicologica a malati oncologici e familiari</p> <p>Fisioterapia specifica (linfodrenaggio) previa visita fisioterapica per tutti i malati oncologici</p> <p><i>Per le donne operate al seno</i>: corsi di ginnastica in acqua, corsi di ginnastica dolce</p>	<p>Su prenotazione presso la Delegazione</p> <p>Idem</p> <p>Su prenotazione presso la Delegazione</p> <p>Idem</p> <p>Idem</p>
<p>Tione c/o sede Delegazione LILT Val Giudicarie Via Monsignor Donato Perfi, 2 Tel. e fax 0465/322000</p>	<p>Visite dermatologiche e mappa dei nei con apparecchio ad epiluminescenza</p> <p>Assistenza psicologica a malati oncologici e familiari.</p> <p>Fisioterapia specifica (linfodrenaggio) previa visita fisioterapica per tutti i malati oncologici</p> <p><i>Per le donne operate al seno</i>: corsi di ginnastica in acqua</p>	<p>Su prenotazione presso la Delegazione</p> <p>Idem</p> <p>Idem</p>	

<p>TREVISO Piazza S. Leonardo, 15 CAP 31100 Tel. 0422/591737 Fax 0422/ 410968 E-mail: legatutv@tin.it</p>	<p>Presso la Sede Prov.le: Ambulatorio senologico e di riabilitazione fisica</p> <p>Ambulatorio di sostegno psicologico</p> <p>IN PROVINCIA:</p> <p>Montebelluna Ambulatorio senologico c/o Delegazione LILT in Ospedale Civile Via Montegrappa, 32 CAP 31044 Tel. 0423/6111</p> <p>Castelfranco Veneto Ambulatorio di riabilitazione fisica e di sostegno psicologico c/o Delegazione LILT in Ospedale Civile Via Ospedale, 18 CAP 31033 Tel. 0423/732757</p> <p>Conegliano sede Campolongo Delegazione c/o Ospedale Civile Tel. 0438/451504</p>	<p>Visite senologiche, riabilitazione fisica per le donne operate al seno</p> <p>Sostegno psicologico individuale e di auto- aiuto per le donne operate al seno, per i malati oncologici e i loro familiari</p> <p>Visite senologiche</p> <p>Riabilitazione fisica per le donne operate al seno, sostegno psicologico per le donne operate al seno, per i malati oncologici e i loro familiari</p> <p><i>Prestazioni gratuite</i></p> <p>Riabilitazione fisica per le donne operate al seno, sostegno psicologico per le donne operate al seno, per i malati oncologici e i loro familiari</p> <p><i>Prestazioni gratuite</i></p>	<p>Su prenotazione presso la Sede Prov.le</p> <p>Idem</p> <p>Su prenotazione presso la Delegazione, il Rep. Chirurgia Oncologica Medica e presso Citologia</p> <p>Su prenotazione presso la Delegazione, il Rep. Chirurgia Oncologica Medica e presso Citologia</p> <p>Prenotazione al n° 0438/451504</p>
--	---	---	---

SEZIONI PROVINCIALI	AMBULATORI	PRESTAZIONI E SERVIZI	NOTE
<p>VARESE Via Volta, 11 bis CAP 21052 Busto Arsizio Tel. e fax 0331/623002 E-mail: legatumoriva@libero.it</p>	<p>IN PROVINCIA: Bianдрonno Ambulatorio Piazza Cavour Tel. 0332/766131 Caronno Pertusella Ambulatorio c/o Distretto Sanitario Via Adua, 169 Tel. 02/9659216</p>	<p>Prevenzione dei tumori della mammella Prevenzione dei tumori della mammella</p>	<p>Tutte le donne accedono gratuitamente agli ambulatori di diagnosi precoce dei tumori della mammella della L.I.L.T. di Varese; la spesa è sostenuta o da convenzioni con i comuni o, in assenza di queste, da contributi volontari</p>
	<p>Cislago Ambulatorio c/o Scuola Elementare "Mazzini" Via D. P. Erba Tel. 02/9667101</p>	<p>Prevenzione dei tumori della mammella</p>	<p>Gli ambulatori della Sezione sono anche ad integrazione dello screening mammo-</p>
	<p>Cocquio Trevisago c/o Ambulatorio comunale Via Roma Tel. 0332/975151</p>	<p>Prevenzione dei tumori della mammella</p>	<p>grafico, iniziato nel 2000 e gestito dalla ASL Provinciale. Esso prevede una mammografia ogni due anni alle donne di età compresa tra i 45 e i 69 anni di età</p>

<p><i>segue</i> VARESE</p>	<p>Cunardo Ambulatorio c/o studio medico dott.ssa Marilena Meroni Via Matteotti, 17 Tel. 0332/990134</p> <p>Cuveggio Ambulatorio Via B.S. Martino, 51 Tel. 0332/601467 int.13</p> <p>Gavirate Ambulatorio Via De Ambrosis, 7 Tel. 0332/745856</p> <p>Gemonio Via R. Cellina, 14 Tel. 0332/601501</p> <p>Viggiù Ambulatorio c/o Ospedale Via M. Della Croce Tel. 0332/486121</p>	<p>Prevenzione dei tumori della mammella</p> <p>Prevenzione dei tumori della mammella</p> <p>Prevenzione dei tumori della mammella</p> <p>Prevenzione dei tumori della mammella</p> <p>Prevenzione dei tumori della mammella</p>	<p>Attività iniziata dal 1° gennaio 2001. Le visite senologiche sono estese a tutta la comunità montana della Valcuvia e Valmarchirolo, che comprende 10 Comuni.</p> <p>L'ecografo, acquistato dalla Sezione con il contributo di Trenta Ore per la Vita, è utilizzato presso l'ambulatorio di Cuveggio</p>
----------------------------	--	--	---

SEZIONI PROVINCIALI	AMBULATORI	PRESTAZIONI E SERVIZI	NOTE
<p>VENEZIA Via G. Carducci, 9 Sc. D/int.3 CAP 30172 Mestre Tel. e fax 0323/643668 E-mail: LEGATUMORI -VE@libero.it</p>	<p>Presso la Sede Prov. le: Ambulatorio di prevenzione dermatologica</p> <p>Ambulatorio per visita chirurgica per accesso al linfodrenaggio e pressoterapia</p> <p>Ambulatorio di riabilitazione fisica per le donne operate al seno</p> <p>Ambulatorio di assistenza psico-logica ai pazienti oncologici e loro familiari</p>	<p>Visite dermatologiche</p> <p>Visite chirurgiche per accesso al linfodrenaggio e alla pressoterapia</p> <p>Linfodrenaggio e pressoterapia</p> <p>Assistenza psicologica a pazienti oncologici e loro familiari</p>	<p>Su prenotazione presso la segreteria della Sezione Prov.le dal lun. al ven. h.10.00-12.00</p> <p>Idem</p> <p>Idem</p> <p>Idem</p>
<p>VERBANO CUSIO OSSOLA Via Mazzini,117 CAP 28887 Omegna Tel. e fax 0323/643668 E-mail. lega.tumori@libero.it</p>	<p>Verbania Ambulatorio per la Prevenzione oncologica c/o l'Ospedale Civile Via Crocetta 28922 Pallanza</p>	<p>Senologia, Ginecologia, Ematologia Pneumologia, Dermatologia</p> <p>Gastroenterologia (esofago, stomaco e colon-retto)</p>	<p>Attività iniziata nell'autunno 2001. Pap-Test in convenzione</p>

<p><i>segue</i> VERBANO CUSIO OSSOLA</p>	<p>IN PROVINCIA: Omegna Ambulatorio per la Prevenzione oncologica c/o l'Ospedale "Madonna del Popolo" Lungolago Buozzi, 26 CAP 28887</p>	<p>Senologia, Pneumologia, Ematologia, Gastroenterologia (colon-retto)</p>	<p>Pap-Test in convenzione Su prenotazione presso la Sede Prov.le dal lun. al ven. h. 9.00-12.00. Per eventuali informazioni rivolgersi ai n° 339/2631493 e 338/1541057</p>
<p>VERCELLI Via Brighinzio, 4 CAP 13100 Tel. e fax 0161/255517 E-mail: vercelli@iit.it</p>	<p>Vercelli Ambulatori c/o il Comune e Via Pisa, 11 IN PROVINCIA: Ambulatori in tutti i Paesi della Provincia, previa autorizzazione dell'amministrazione comunale o della competente ASL a seconda dell'istituzione dalla quale dipende la struttura</p>	<p>Visite dermatologiche, oculistiche, O.R.L., Pap-Test e Prost Test Idem</p>	<p>Su prenotazione presso la Sede Prov.le Su prenotazione presso i Fiduciari dei singoli Comuni Attualmente la Sezione si avvale di una rete capillare di 82 Fiduciari comunali</p>

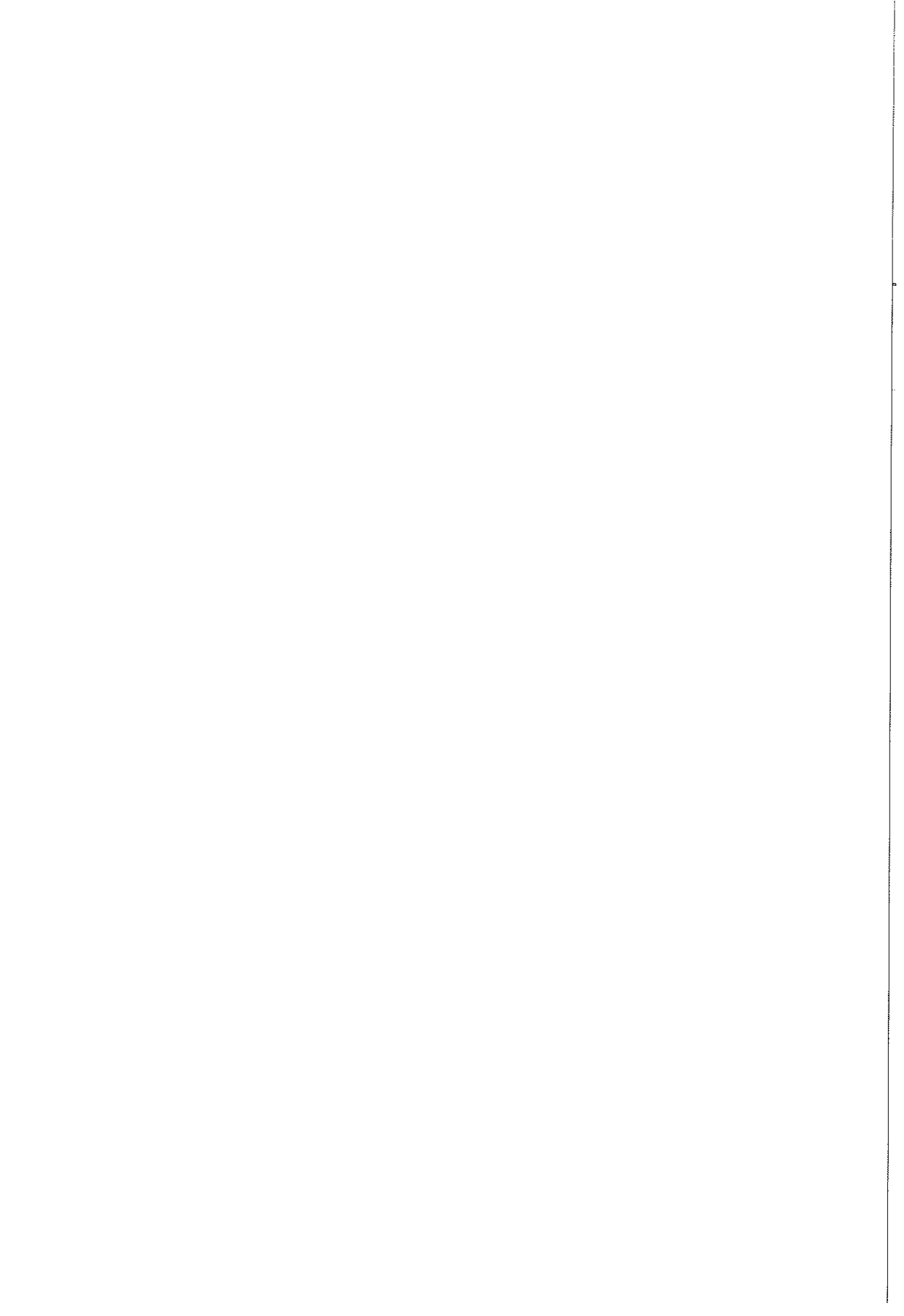
SEZIONI PROVINCIALI	AMBULATORI	PRESTAZIONI E SERVIZI	NOTE
<p>VERONA Via Isonzo, 16 CAP 37126 Tel. 045/8303675 Fax 045/ 8351280 E-mail: legatuvr@virgilio.it</p>	<p>Presso la Sede Prov.le: Ambulatorio di Prevenzione</p>	<p>Visite dermatologiche, senologiche, urologiche Consulenze su problematiche di educazione alimentare Consulenze ginecologiche Prelievo venoso e valutazione chimico-clinica dei risultati relativi alle analisi ematochimiche orientative per la prevenzione dei tumori (polmone e colon-retto)</p>	<p>Su prenotazione</p>
<p>VICENZA Borgo Casale, 84/86 Tel. 0444/513333 Fax 0444/513881 www.legatumorivicenza.it E-mail: info@legatumorivicenza.it</p>	<p>Presso la Sede Prov. le: Ambulatori</p>	<p>Visite senologiche, mammografie, Ecografie mammarie , Pap-Test e colposcopie Dermatologia</p>	<p>Test sperimentale su giovani fumatori e non Prenotazioni presso la Sede Prov.le Idem</p>

<i>segue</i> VICENZA	Ambulatorio Prevenzione Tamoxifene	Consulenze psicologiche	Prenotazioni presso la Sede Prov.le
	Ambulatorio per donne operate al seno	Prevenzione con Tamoxifene Fisioterapia individuale-linfodrenaggio Terapia occupazionale, corsi di ginnastica dolce e tecniche di rilassamento, gruppi di sostegno psicologico e di training autogeno Incontri mensili informativi, corso di pittura ad acquerello	Idem Su prenotazione
	IN PROVINCIA: Arsiero Ambulatorio Via Cartari, 1 Tel. 0445/741222 Arzignano Ambulatorio Via Asilo Bonazzi, 26 Tel. 0444/675191	Senologia Pap-Test, colposcopia Dermatologia Senologia Pap-Test, colposcopia Dermatologia	Prenotazioni presso l'ambulatorio Prenotazioni presso l'ambulatorio

<p><i>segue</i> VICENZA</p>	<p>Marostica Ambulatorio c/o Ospedale Civile di Marostica</p>	<p>Senologia Pap-Test, colposcopie Dermatologia</p>	<p>Prenotazioni al n. 333/9771420</p>
	<p>Montorso Ambulatorio Via IV Novembre c/o Scuole elementari</p>	<p>Senologia Pap-Test, colposcopie</p>	<p>Prenotazioni presso la Sede Prov.le</p>
	<p>Schio Ambulatorio Via Veneto, 2/A -Zona ind. c/o "La Betulla" Tel. 0445/575682</p>	<p>Senologia Pap-Test, colposcopie</p>	<p>Prenotazioni presso l'ambulatorio</p>
	<p>Sossano Ambulatorio Via S. Giovanni Bosco, 10 Tel. 0444/781004</p>	<p>Senologia Pap-Test, colposcopie Dermatologia</p>	<p>Prenotazioni presso l'ambulatorio.</p>
	<p>Thiene Ambulatorio Via Monte Grappa, 6 (sopra Banca Pop. Vr) Tel. 0445/361898</p>	<p>Senologia, mammografia Pap-Test, colposcopie Dermatologia</p>	<p>Prenotazioni presso l'ambulatorio</p>
	<p>Valdigno Ambulatorio Via Panzini, 3 (sottoportico Magazz. Lana-Fusodoro) Tel. 0445/412666</p>	<p>Senologia Pap-test, colposcopie</p>	<p>Prenotazioni presso l'ambulatorio</p>

<p>VITERBO Via F. Cristofori, 5 CAP 01100 Tel. e fax 0761/325225</p>	<p>Presso la Sede Prov.le: Poliambulatorio</p>	<p>Visite ginecologiche, Pap- Test, colposcopie Visite senologiche ed esame del secreto mammario Visite dermatologiche e mappa dei nci con apparecchio ad epiluminiscenza Hemocult Test Ecografie (mammarie, pelviche e transvaginali, epatiche, renali, vescica, tiroide, prostata esterna, addome e testicoli) Biopsie Riabilitazione psico-funzionale per donne mastectomizzate (ginnastica, massaggi, pressoterapia, consulenza psicologica) Gruppi per la Disassuefazione dal Fumo</p>	<p>Su prenotazione Idem Idem Idem Idem Idem Idem Organizzazione in base alla richieste</p>
--	--	---	--

DOCUMENTAZIONE FORNITA DAGLI AUDITI
NELLA SEDUTA DEL 10 NOVEMBRE 2004



Il carcinoma della mammella: epidemiologia, fattori di rischio, trattamento chirurgico

Alberto Luini

**Direttore Divisione di Senologia
Istituto Europeo di Oncologia, Milano**

Introduzione

Con un milione di nuovi casi nel mondo ogni anno, il carcinoma della mammella è la neoplasia più frequente nelle donne e rappresenta il 18% di tutti i tumori femminili.

Fattori di rischio

Età

L'incidenza del carcinoma mammario aumenta con l'età, raddoppiando ogni 10 anni circa fino alla menopausa, momento in cui l'aumento di incidenza rallenta drammaticamente. Se paragonata con l'incidenza del carcinoma polmonare, l'incidenza del carcinoma mammario è più alta a età più giovani. In alcuni Stati c'è un appiattimento della curva età-incidenza dopo la menopausa.

Variazioni geografiche

L'incidenza per età e la mortalità per carcinoma mammario variano di un fattore fino a 5 nei diversi Stati. La differenza tra Oriente e Occidente è in diminuzione, ma è ancora di cinque volte. Studi sulle migrazioni dal Giappone alle Hawaii mostrano che l'incidenza di carcinoma mammario nelle emigranti diventa la stessa della Paese di adozione entro una o due generazioni, indicando la responsabilità di fattori ambientali piuttosto che fattori genetici.

Età al menarca e alla menopausa

Le donne il cui ciclo mestruale inizi in giovane età o la cui menopausa si verifichi tardivamente hanno un rischio aumentato di carcinoma della mammella. Donne con

menopausa fisiologica dopo i 55 anni hanno rischio doppio di sviluppare carcinoma della mammella rispetto a donne con menopausa prima dei 45 anni. Donne che abbiano ricevuto ovariectomia bilaterale prima dei 35 anni hanno un rischio di carcinoma mammario che è il 40% rispetto al rischio delle donne con menopausa naturale.

Età alla prima gravidanza

La relazione tra età alla prima gravidanza e carcinoma mammario è attualmente oggetto di revisione. Sembra che l'associazione tra carcinoma mammario e nulliparità o età alla gravidanza non sia confermata da tutti gli studi.

Nulliparità ed età avanzata alla prima gravidanza sembrano aumentare il rischio di sviluppo di carcinoma della mammella nel corso della vita. Il rischio di carcinoma della mammella in donne che abbiano avuto la prima gravidanza dopo i 30 anni è stato descritto come circa doppio rispetto al rischio delle donne la cui prima gravidanza si sia verificata prima dei 20 anni.

Storia familiare/ereditarietà

La maggior parte dei tumori alla mammella e all'ovaio è sporadica e solo il 5-7% circa dei tumori mammari e il 10% dei tumori ovarici sono ereditari. Negli ultimi anni sono stati isolati due geni (BRCA1 e BRCA2) le cui mutazioni predispongono all'insorgenza di tumore alla mammella e all'ovaio: si stima che essi siano responsabili di circa l'80% delle sindromi ereditarie che interessano questi due organi e di 2/3 dei tumori ereditari alla sola mammella.

I soggetti portatori di una mutazione di questi geni hanno il 50% di probabilità di trasmettere il gene alterato alla progenie. Le donne che sono portatrici di una mutazione nei geni BRCA1 o BRCA2 hanno una probabilità del 50-80% di sviluppare un tumore alla mammella nell'arco di vita (rispetto al 10% della popolazione generale), e un rischio di sviluppare un tumore all'ovaio del 20-40% (nel caso del BRCA1) e del 10-20% (nel caso del BRCA2) rispetto al 1-2% della popolazione generale. Sicuramente esistono altri geni che, se alterati, aumentano il rischio di sviluppare un tumore alla mammella e, in minor misura, all'ovaio. Inoltre le mutazioni del BRCA1 o 2 determinano un rischio relativo pari a 2-4 volte di sviluppare un tumore in altri organi anche nei maschi: alla prostata e al colon nel caso di mutazioni BRCA1, alla mammella maschile, al cavo orale, stomaco, pancreas, prostata e melanoma nel caso di mutazioni.

Recentemente sono stati messi a punto alcuni modelli statistici per valutare sia la probabilità di essere portatori di una mutazione nei geni BRCA1 e 2 sia il rischio individuale di sviluppare la malattia. Questi modelli prendono in considerazione la relazione tra i parenti affetti da tumore alla mammella e all'ovaio, l'età alla diagnosi e l'età dei parenti non affetti e calcolano la probabilità di mutazione, e sono un utile strumento che assiste l'oncologo nella discussione con il soggetto a rischio sul livello di rischio e sull'indicazione al test genetico. La probabilità di mutazione del 10% è considerata la soglia sopra la quale è indicato il test genetico; questa probabilità del 10% è rispettivamente 80 e 230 volte superiore alla frequenza di mutazioni del BRCA-1 e -2 nella popolazione generale. Per la accurata valutazione della probabilità di mutazione è opportuno riferire la paziente a un centro di riferimento oncologico in cui è presente un servizio di consulenza genetica. A scopo pratico possono essere utili i seguenti criteri per porre il sospetto di una predisposizione genetica:

- famiglie con più di due casi di tumore alla mammella e uno o più casi di tumore all'ovaio diagnosticato a qualsiasi età;
- famiglie con più di tre casi di tumore alla mammella diagnosticati prima dei 50 anni;
- coppie di sorelle con i seguenti tumori diagnosticati prima dei 50 anni:
 - entrambe tumore alla mammella
 - entrambe tumore all'ovaio
 - l'una con tumore alla mammella e l'altra con tumore all'ovaio.

Contrariamente a quanto si crede, la consulenza genetica si rivolge in primo luogo alle pazienti già affette da carcinoma alla mammella e all'ovaio, essendo in questi soggetti più probabile una predisposizione genetica e quindi un maggior rischio di seconda neoplasia. Inoltre, per ridurre gli errori di interpretazione della sequenza dei geni legata alla normale variabilità fra soggetti (polimorfismo), è sempre preferibile effettuare il test genetico nei soggetti già affetti, in cui il genotipo alterato ha dato una manifestazione fenotipica (clinica).

La consulenza genetica si articola in diverse fasi: nella prima fase vengono raccolte le informazioni sui parenti di primo e di secondo grado mediante una scheda autocompilata; si valuta la probabilità che sia presente una mutazione di BRCA1 e 2 con l'aiuto di modelli statistici computerizzati. Per i soggetti con probabilità >10% si programma una sessione di consulenza pre-test per fornire nozioni di genetica di base, discutere gli aspetti tecnici e i limiti del test genetico e le sue implicazioni (mediante anche l'utilizzo di materiale visivo). La fase pre-test è

seguita da un periodo di riflessione (in genere alcune settimane) in cui il soggetto decide se effettuare il test genetico. Se il test genetico viene eseguito, segue una fase di **consulenza post-test**, che include il programma personalizzato di controlli e prevenzione.

Test genetico: attualmente il test genetico consiste nel prelievo di sangue periferico per il sequenziamento dei 2 geni nel DNA dei linfociti. Il test più diffuso viene eseguito presso un laboratorio americano che è l'unico attualmente in grado di offrire in tempi brevi (circa 4-6 settimane) un referto con elevata affidabilità. I costi del test sul primo componente della famiglia (screening dei geni) sono di 2580\$, mentre scendono a circa 300\$ nei parenti una volta accertata la mutazione.

Nei soggetti con probabilità >10% di mutazione il programma di controlli intensificati secondo le attuali raccomandazioni internazionali è schematizzato nella tabella seguente:

ESAME	FREQUENZA
Mammografia dopo i 30 - 35 anni	Ogni 12 mesi
Autopalpazione dopo i 20 anni	Ogni mese
Esame clinico ed ecografia mammaria	Ogni 6 mesi
Eco-transvaginale e CA 125 dopo i 35 anni	Ogni 12 mesi

Patologia mammaria benigna

Donne con iperplasia epiteliale atipica severa hanno un rischio quattro o cinque volte superiore di sviluppare carcinoma della mammella rispetto a donne senza alterazioni proliferative nella mammella. Donne con questo tipo di alterazione mammaria e con storia familiare di carcinoma mammario in parenti di primo grado hanno un rischio aumentato di nove volte.

Donne con cisti mammarie palpabili, fibroadenomi complessi, papillomatosi dei dotti, adenosi sclerosante, e iperplasia epiteliale moderata o florida hanno un rischio lievemente superiore di sviluppare carcinoma della mammella (1.5-3 volte) rispetto a donne che non abbiano queste alterazioni mammarie. Questo ultimo aumento non è clinicamente rilevante.

Radiazioni

Le radiazioni ionizzanti aumentano il rischio di carcinoma mammario in età più avanzata, soprattutto se l'esposizione è avvenuta durante la formazione rapida della mammella. Lo screening mammografico è associato a una riduzione netta della mortalità per carcinoma mammario in donne di età superiore ai 50 anni.

Stile di vita

Dieta

Anche se esiste una correlazione stretta tra l'assunzione di grassi con la dieta e l'incidenza del carcinoma mammario, la vera relazione tra grassi nella dieta e carcinoma della mammella non sembra molto consistente. Recenti pubblicazioni hanno tuttavia confermato tale associazione.

Peso corporeo

L'obesità è associata a un aumento di due volte del rischio di carcinoma mammario nelle donne in postmenopausa, mentre in premenopausa è associata a un'incidenza ridotta della malattia.

Uso di alcolici

Alcuni studi hanno mostrato un legame tra il consumo di alcool e l'incidenza di carcinoma mammario, ma la relazione è inconsistente e l'associazione può essere dovuto ad altri fattori alimentari.

Fumo

Il ruolo del fumo nella genesi del carcinoma mammario è controverso. Alcuni studi sembrano suggerire un'influenza dell'abitudine al fumo sullo sviluppo di alcuni tumori mammari attraverso un meccanismo ormonale.

Contraccettivi orali

Durante l'assunzione di contraccettivi orali e fino a 10 anni dopo la loro sospensione esiste un piccolo aumento del rischio relativo di sviluppare carcinoma della mammella. Non c'è un aumento significativo del rischio oltre i 10 anni dalla sospensione del contraccettivo.

I carcinomi mammari diagnosticati in donne che assumono contraccettivi orali hanno meno probabilità di essere clinicamente avanzati rispetto ai carcinomi insorti in donne che non abbiano mai usato contraccettivi orali, rischio relativo 0.88 (0.81-0.95). La durata dell'uso, l'età alla prima assunzione, la dose e il tipo di ormone sembrano non avere effetto significativo sul rischio di carcinoma mammario. Donne che iniziano a usare il contraccettivo prima dei 20 anni di età sembrano avere un rischio relativo maggiore rispetto a donne di età superiore. Questo rischio relativo, tuttavia, si applica a una categoria di donne in cui l'incidenza di carcinoma mammario è molto bassa.

Terapia ormonale sostitutiva

Nelle donne che fanno uso di terapia ormonale sostitutiva (HRT) e nelle donne che ne hanno interrotto l'uso 1-4 prima il rischio relativo di sviluppare carcinoma della mammella aumenta di un fattore 1.023 (1.011-1.036) per ogni anno di assunzione. Questo aumento è consistente con l'effetto di ritardata menopausa, poiché il rischio relativo di carcinoma mammario aumenta nelle donne che non hanno mai usato HRT di un fattore 1.028 (1.021-1.034) per ogni anno di età più avanzato alla menopausa.

Il rischio sembra più elevato con l'uso di combinazioni estrogeni-progesterone. HRT aumenta la densità mammaria e riduce la sensibilità e specificità dello screening mammografico: per questa ragione consigliamo fortemente l'esecuzione di ecografia mammaria bilaterale a integrazione dell'esame mammografico nelle donne in terapia sostitutiva.

I carcinoma diagnosticati nelle donne che usano HRT sono di solito meno avanzati rispetto a quelli diagnosticati nelle donne non in HRT. HRT non aumenterebbe la mortalità per carcinoma mammario.

L'impatto dell'HRT nella prevenzione secondaria del carcinoma mammario è in corso di studio: poiché l'HRT viene di solito prescritta in presenza di sintomi legati alla menopausa non vi è motivo per rinunciare a tale prescrizione, a patto che i controlli ginecologici e senologici siano regolari.

E' in corso di studio l'uso di basse dosi di tamoxifen in donne sane in corso di HRT: il tamoxifen potrebbe ridurre il rischio di carcinoma mammario soprattutto nelle donne a maggiore rischio personale di malattia (studio HOT: hormone replacement therapy).

La prevenzione del carcinoma mammario

Il carcinoma della mammella femminile rappresenta un problema di sanità pubblica a causa della sua incidenza e della sua potenziale gravità: la prevenzione di questa malattia è di tipo secondario.

I programmi di screening mammografico sono argomento di straordinaria attualità, sia per la presenza sul territorio italiano di iniziative valide e attualmente in corso di esecuzione che per le controversie circa la reale utilità della prevenzione secondaria nel tumore della mammella.

In generale, la diagnosi precoce in oncologia è un obiettivo di estrema importanza, potendo condizionare fortemente il successo della terapia per molti tipi di tumore. Mentre però a livello individuale una diagnosi precoce può essere ottenuta da un medico attento con una corretta valutazione di segni, sintomi e rischi personali, a livello di popolazione generale la diagnosi precoce di neoplasie asintomatiche viene ricercata attraverso programmi di screening organizzati per controlli specifici.

La diagnosi precoce del carcinoma mammario in stadio iniziale ha un'enorme validità nell'ottica di una efficace terapia; tumori di dimensioni infracentimetriche, che non hanno ancora dato luogo a localizzazione ai linfonodi regionali, recano una prognosi decisamente migliore rispetto a neoplasie di maggiori dimensioni con localizzazioni linfonodali. Anche dal punto di vista dell'approccio terapeutico si può affermare che esso dipenda dallo stadio della malattia, cioè dall'estensione locale, regionale e/o a distanza della neoplasia al momento della diagnosi: la terapia conservativa trova indicazione e ha la sua massima efficacia oncologica nei tumori di dimensioni limitate senza localizzazione secondarie ai linfonodi regionali.

Nonostante alcune recenti controversie riguardanti l'effettiva validità di alcuni esami strumentali nella prevenzione secondaria del carcinoma mammario, l'evidenza scientifica a nostra disposizione conferma l'importanza prognostica delle dimensioni tumorali e dello stato dei linfonodi ascellari. Risulta evidente che, per trattare pazienti con tumori mammari di piccole dimensioni senza secondarismi ascellari, è necessario un approccio diagnostico accurato e sensibile in grado di individuare il maggior numero di tumori della mammella non ancora clinicamente evidenti in una popolazione di donne sane.

Il Codice Europeo contro il Cancro sottolinea giustamente la necessità, nelle donne di età uguale o superiore ai 50 anni, di programmi di screening mammografico con un controllo

di qualità adeguato, implicitamente mettendo in evidenza quanto la diagnosi precoce di una neoplasia mammaria abbia un impatto sulle terapie e sulla prognosi di malattia.

Screening per il carcinoma mammario

Attualmente 67 Centri complessi hanno attivato programmi di screening sul territorio italiano.

Questa è la suddivisione per Regioni:

Piemonte	9
Lombardia	9
Trentino Alto Adige	1
Umbria	1
Veneto	14
Emilia Romagna	10
Toscana	12
Lazio	6
Campania	1
Basilicata	1
Sicilia	3

L'anticipazione diagnostica legata allo screening permette di individuare tumori mammari in stadio precoce di malattia, con un impatto positivo sulla curabilità (minor percentuale di tumori con linfonodi positivi).

La validità degli screening mammografici per il carcinoma mammario è stata confermata recentemente da una riunione scientifica definita "The Milan *Global Summit on Mammographic Screening*"; nel contesto di questa riunione, che ha visto la partecipazione dei maggiori esperti mondiali nella diagnostica e nella terapia del carcinoma mammario, sono stati esaminati i risultati dei maggiori studi clinici randomizzati riguardanti lo screening. La conclusione è stata che l'evidenza scientifica è a favore del beneficio per le donne che si sottopongono a screening.

Requisito fondamentale per ottenere un impatto positivo dello screening sulla mortalità da carcinoma mammario è l'elevata qualità delle metodiche di screening, che si deve integrare con la presenza di Centri altamente qualificati per la terapia del tumore della

mammella. I Centri ritenuti più adeguati sono quelli che traducono rapidamente in pratica i risultati di studi clinici scientificamente validi.

Terapia

Chirurgia

La chirurgia dei tumori maligni della mammella rappresenta il principale momento terapeutico della malattia.

La maggiore anticipazione diagnostica consente l'attuazione di interventi per lo più conservativi: la chirurgia conservativa ha permesso, negli anni, lo sviluppo di una sempre maggiore fiducia da parte delle donne nelle potenzialità terapeutiche per il tumore al seno. La prima fase di sviluppo della chirurgia conservativa si è basata sullo sviluppo della quadrantectomia; per quadrantectomia (mastectomia settoriale o segmentaria) si intende l'asportazione di un ampio settore di ghiandola mammaria con la cute soprastante e la fascia del muscolo grande pettorale. La quadrantectomia viene effettuata in modo che la proiezione cutanea del tumore o il taglio dell'accertamento bioptico, laddove eseguito, vengano a trovarsi al centro della losanga stessa.

Dato ormai per assodato l'approccio chirurgico conservativo sulla mammella, le nuove ricerche nel campo del trattamento del carcinoma mammario si sono poi orientate alla dimostrazione della validità di atteggiamenti conservativi anche a livello dei linfonodi regionali.

Un ulteriore sviluppo nell'approccio conservativo al carcinoma della mammella in stadio iniziale è la possibile riduzione dell'estensione e dei tempi di radioterapia complementare. Lo sviluppo delle varie tecniche di radioterapia intraoperatoria nel tumore mammario è attualmente uno dei più attivi campi di ricerca nell'ambito senologico.

La chirurgia conservativa nel 30% circa dei casi viene eseguita in lesioni mammarie non palpabili: accanto alle metodiche di centratura tradizionali si è ormai dimostrata come estremamente efficace la localizzazione radioguidata (tecnica ROLL), che basa l'identificazione della lesione mammaria (microcalcificazioni, piccole opacità) sull'inoculo di macroaggregati di albumina umana coniugati con tecnezio direttamente nella sede mammaria da asportare. L'impiego della tecnica ROLL consente l'asportazione radicale della lesione con margini chirurgici adeguati e con ottimo risultato estetico.

L'intervento di mastectomia ha mantenuto intatta la sua validità in tutti i casi nei quali la chirurgia conservativa non garantisca la completa asportazione di tutti i focolai tumorali, oppure nei casi in cui il rapporto tumore/volume mammario condizioni negativamente il risultato estetico di una chirurgia conservativa.

Mastectomia profilattica

Si intende con questo termine un intervento in elezione di asportazione totale della ghiandola mammaria senza dissezione ascellare linfonodale, in assenza di lesioni maligne evidenti clinicamente o radiologicamente. La ricostruzione plastica è per lo più prevista.

La finalità non è quella del trattamento di una neoplasia, ma quella di prevenirne o ridurne l'insorgenza in soggetti a rischio elevato. L'indicazione principale è rappresentata da donne ad alto rischio perché portatrici di mutazione BRCA geneticamente testata. Attualmente non esistono dati di studi randomizzati che paragonino i risultati derivanti da mastectomie profilattiche versus chemioprevenzione versus protocolli di sorveglianza in soggetti ad alto rischio per mutazione genetica accertata.

Un appropriato counseling della paziente riveste un ruolo centrale nel processo decisionale e deve essere basato su un approccio multidisciplinare, comprendente un'approfondita discussione dei benefici derivanti dalla procedura raffrontati ai potenziali rischi chirurgici, risultati estetici e impatto psicologico.

Chirurgia ascellare

Biopsia del linfonodo sentinella

Il linfonodo sentinella è il primo linfonodo in regione ascellare che riceve la linfa dal settore anatomico nel quale è localizzato il tumore mammario primitivo. L'idea di base per la scelta di effettuare la biopsia di questo linfonodo è che, poiché l'interessamento metastatico linfonodale regionale procede in modo progressivo, l'analisi istologica di questo primo linfonodo potenzialmente interessato da malattia è rappresentativa dello stato di tutti gli altri linfonodi dell'ascella.

La biopsia del linfonodo sentinella può essere eseguita con colorante vitale oppure con radiotracciante e sonda per chirurgia radioguidata: rispetto alla procedura di identificazione del linfonodo sentinella con un colorante vitale, il vantaggio della sonda è che essa è in grado di localizzare con esattezza la zona in cui si trova il linfonodo e quindi indicare dove l'incisione cutanea debba essere fatta; inoltre, la dissezione del linfonodo

risulta più rapida e coronata da una maggiore percentuale di successo perché la sonda guida la ricerca del linfonodo all'interno della breccia chirurgica. L'inoculo del tracciante per l'identificazione del linfonodo sentinella viene eseguito nell'area mammaria coinvolta dal tumore primitivo; la tecnica può essere eseguita anche in caso di tumore mammario asportato, poiché l'inoculo in corrispondenza del focolaio biotico consente una buona identificazione del linfonodo sentinella.

Trattandosi di una metodica diagnostica con finalità di stadiazione, la biopsia del linfonodo sentinella può precedere l'intervento chirurgico alla mammella ed essere effettuata in anestesia locale in regime di day-hospital chirurgico. La possibilità di programmare l'intervento chirurgico dopo l'esito istologico del linfonodo sentinella consente di ridurre drasticamente i tempi di degenza e quindi i costi di ospedalizzazione.

La biopsia del linfonodo sentinella dovrebbe essere eseguita in tutti i casi di tumore mammario infiltrante con NO clinico e dimensioni tumorali entro i 3 cm. L'esecuzione di questo tipo di procedura nel tumore mammario multicentrico è attualmente oggetto di studio.

Dissezione ascellare totale

Per dissezione ascellare totale si intende l'asportazione di tutti i linfonodi ascellari, con o senza asportazione del muscolo piccolo pettorale.

La dissezione linfonodale dell'ascella viene praticata negli interventi conservativi in continuità con l'exeresi mammaria quando il tumore è situato nel prolungamento ascellare, altrimenti attraverso un'incisione separata.

La dissezione ascellare mantiene la sua validità nei casi di interessamento clinico dei linfonodi ascellari, di positività del linfonodo sentinella e di non eleggibilità delle pazienti per la biopsia del linfonodo sentinella (dimensioni del tumore primitivo).

Terapia farmacologica

Una certa percentuale di pazienti con carcinoma mammario operato recidiva a livello sistemico. Il razionale del trattamento adiuvante o precauzionale va ricercato nel concetto che una disseminazione di tipo micrometastatico può essere già presente al momento della diagnosi clinica; la funzione del trattamento sistemico dopo terapia locale, cioè in assenza di malattia visibile, consiste proprio nell'eliminazione delle micrometastasi potenziali responsabili della futura recidiva a distanza. La presenza di tali cellule

micrometastatiche è tanto più probabile quanto maggiore è l'aggressività clinica e biologica del tumore asportato.

La prescrizione della terapia adiuvante si basa su elementi di biologia della neoplasia, in grado di fornire sia dati prognostici (stima del rischio) sia dati predittivi di risposta al trattamento. I fattori di rischio attualmente considerati per la scelta terapeutica sono lo stato linfonodale ascellare, le dimensioni del tumore primitivo, il grading, lo stato recettoriale, l'età, l'istologia. Promettenti come indicatori di rischio di recidiva sono risultati anche altri fattori, in particolare l'indice proliferativo (Ki-67) e l'overespressione o amplificazione dell'oncogene c-erbB2. I fattori predittivi definiscono invece la probabilità della cellula tumorale (micrometastatica) di rispondere ad un dato trattamento. Lo stato recettoriale (positività o negatività dei recettori estrogenici ER o progestinici PgR) è attualmente l'unico fattore predittivo su cui si base la scelta terapeutica. La presenza o assenza dell'overespressione del c-erbB2 come fattore predittivo è ancora in corso di studio, anche se alcuni studi hanno dimostrato una maggiore responsività dei tumori con elevata espressione di questa proteina a terapie adiuvanti contenenti antracicline rispetto a terapie tipo CMF e una maggiore sensibilità a terapie endocrine con inibitori dell'aromatasi nei confronti del tamoxifen.

Radioterapia

La radioterapia trova molteplici indicazioni nel carcinoma della mammella, sia in fase iniziale di malattia che in fase avanzata.

Il trattamento radiante dopo chirurgia conservativa trova indicazione nella sterilizzazione di eventuali focolai neoplastici multicentrici subclinici della mammella operata, oppure residui neoplastici nel letto operatorio: l'effetto è ridurre l'incidenza della recidiva mammaria.

L'irradiazione della mammella dopo chirurgia conservativa è parte integrante del trattamento conservativo stesso, per ottenere risultati comparabili a quelli dell'intervento demolitivo (mastectomia).

Il trattamento radiante nelle fasi avanzate di malattia deve essere programmato con la stessa accuratezza e con la stessa metodologia della terapia primaria. Tenendo presente che l'obiettivo da raggiungere è il miglioramento della qualità della vita, vanno evitati quei trattamenti che possono essere a loro volta causa di effetti collaterali peggiori della sintomatologia già presente.

Le pazienti con malattia disseminata si giovano principalmente della chemioterapia e della ormonoterapia: la radioterapia è di solito chiamata a rinforzare tali trattamenti.

Le sedi che maggiormente si giovano di un trattamento radiante sono rappresentate dalle ossa e dall'encefalo.

Radioterapia intraoperatoria (IORT)

La radioterapia intra-operatoria è una particolare tecnica che permette di erogare una dose unica di radiazioni direttamente sul letto tumorale subito dopo l'asportazione del tumore, nel corso dell'intervento chirurgico.

E' somministrata in una unica seduta: può essere associata a una successiva radioterapia con fasci esterni, oppure può essere impiegata come unico trattamento radiante esclusivo. È una metodica ancora in corso di validazione, ma nelle sue premesse radiobiologiche è implicito il concetto di migliorare l'efficacia dell'associazione tra chirurgia e radioterapia: l'effetto di una dose singola di elevato dosaggio ha un valore sicuramente maggiore della stessa dose frazionata in modo convenzionale. Inoltre la precocità dell'irradiazione, la precisa visione e delimitazione del letto operatorio effettivo, eseguite durante l'intervento, dovrebbero incrementare il controllo locale della neoplasia.

Sotto il profilo del risultato estetico, la IORT, escludendo la cute e il sottocute dal volume d'irradiazione, elimina o comunque riduce la fibrosi cicatriziale e le teleangectasie cutanee.

Le unità multidisciplinari di senologia

A Firenze nel 1998 in occasione della prima European Breast Cancer Conference organizzata dalla European Society of Mastology (EuSoMa), dalla European Organization for the Research and Treatment of Cancer, Breast Cancer Cooperative Group (EORTC-BCCG) e da Europa Donna è emersa la raccomandazione che il trattamento delle pazienti fosse attuato presso unità operative specialistiche con caratteristiche multidisciplinari e multiprofessionali e che tutti i servizi dedicati al tumore della mammella avessero un programma per il controllo di qualità. Nel settembre 2000 a Bruxelles, in occasione dell'incontro successivo, sono state elaborate delle raccomandazioni rivolte ai governi europei che ribadiscono la necessità di istituire Unità di Senologia che possiedano determinati requisiti individuati dal documento EuSoMa (Eur J Cancer 2000; 36: 2288-2293); si è inoltre sottolineata la necessità di utilizzare un comune programma di monitoraggio di qualità. I notevoli benefici che derivano da una stretta collaborazione e

dalla elevata specializzazione di un gruppo di lavoro multidisciplinare sono stati ampiamente dimostrati in numerose pubblicazioni europee e da dati italiani, raccolti nell'ambito del Gruppo Italiano per lo Screening Mammografico (GISMa), e sulla base dell'esperienza dei programmi di screening.

Raccomandazioni generali

Occorrerebbe che le Regioni, con un coordinamento centrale, promuovessero l'istituzione di Unità di Senologia in base alle necessità geografiche e di popolazione. Le Unità dovrebbero svilupparsi in modo collegato con i programmi regionali di screening.

Le pazienti non dovrebbero essere trattate in diversi servizi di chirurgia e da numerosi chirurghi non coordinati tra di loro e con protocolli disomogenei. Occorrerebbe riorganizzare le risorse disponibili in modo che i casi di patologia mammaria siano seguiti nella stessa struttura durante tutto l'iter terapeutico, compreso il follow-up coordinato da chirurghi, radioterapisti e oncologi.

Si dovrebbero identificare due livelli di Unità senologiche con diversi livelli di volume di attività: un primo livello su scala provinciale con un bacino di utenza tra 100 000 e 300 000 abitanti, un secondo livello nelle sedi Universitarie o negli Istituti Tumori o in ospedali specializzati regionali e nazionali con ruoli di ricerca e formazione; a queste ultime sedi spetterebbero compiti di valutazione epidemiologica, formazione del personale e di coordinamento a livello regionale e nazionale.

Requisiti

Trattare meno di 100 casi all'anno non permetterebbe di raggiungere sufficienti livelli di formazione. Il numero ottimale per una Unità di secondo livello dovrebbe essere superiore a 300 nuovi casi all'anno.

La gestione delle pazienti dovrebbe essere multidisciplinare e multiprofessionale. Nella sede dell'Unità di Senologia dovrebbero essere presenti almeno i servizi di chirurgia, radiologia e anatomia patologica. Il gruppo di lavoro multidisciplinare e multiprofessionale dovrebbe essere costituito da personale operante nella stessa sede; oltre ai radiologi, agli anatomopatologi e ai chirurghi le figure professionali che dovrebbero essere rappresentate sono i tecnici di radiologia, le infermiere professionali, i terapeuti della riabilitazione, personale di segreteria e personale addetto alla gestione dei dati. Altri specialisti (chirurgo plastico, oncologo, radioterapista, psicologo ed epidemiologo) dovrebbero essere

disponibili come consulenti e potrebbero essere situati in altre strutture di secondo livello e operare presso diverse Unità. Questi specialisti dovrebbero essere presenti a tutti gli incontri multidisciplinari.

Il numero di specialisti coinvolti dovrebbe essere adeguato alle esigenze del volume di attività dell'Unità. Il livello idoneo di formazione dello specialista dovrebbe essere definito in modo dettagliato e costituire l'obiettivo formativo per chi intenda occuparsi di senologia.

All'Unità di Senologia dovrebbero essere assegnati spazi dedicati. Per il trattamento si fa in particolare riferimento ai letti in sala operatoria, ai letti di degenza e per la day-surgery e agli ambulatori. Per superare le difficoltà organizzative e migliorare la collaborazione con gli altri specialisti si dovrebbe predisporre anche il tempo di utilizzo di queste strutture.

Sarebbe necessario che i componenti l'Unità avessero incontri periodici per l'aggiornamento dei protocolli diagnostico-terapeutici e dei documenti di consenso alla luce delle nuove acquisizioni e per un confronto, anche con altre unità, sugli aspetti organizzativi.

Un requisito essenziale dell'Unità di Senologia, infine, è il monitoraggio di indicatori di qualità definiti dal responsabile della Unità operativa.

L'Unità di Senologia, attraverso il suo responsabile, dovrebbe definire sia gli obiettivi clinici e scientifici sia la gestione delle risorse umane e economiche secondo indicatori concordati con l'amministrazione dell'azienda ospedaliera di riferimento.

Follow-up

Dopo un intervento chirurgico per carcinoma della mammella il follow-up prevede alcune procedure ritenute "consolidate" e altre le cui indicazioni sono da personalizzare sulla base del singolo caso.

La visita senologica è un momento fondamentale nel follow-up perché permette di verificare clinicamente gli esiti dell'intervento chirurgico, ma anche di valutare eventuali segni e sintomi che fossero comparsi nei mesi precedenti ed esami di laboratorio e strumentali portati in visione dalle pazienti. La visita senologica è anche importante per assicurare alle pazienti la presenza regolare del medico di riferimento, con la possibilità di porre domande, risolvere dubbi ed eventualmente segnalare possibili effetti collaterali di farmaci connessi con la patologia. La nostra indicazione, in caso di carcinoma mammario, è di ripetere la visita senologica ogni 6 mesi per i primi 5 anni, e successivamente ogni anno. Fanno eccezione alcune pazienti arruolate in studi clinici randomizzati che, in

relazione agli obiettivi dello studio, possono prevedere esami un calendario di controlli dedicati.

La mammografia bilaterale e l'ecografia mammaria bilaterale sono molto importanti nella maggior parte delle pazienti per completare l'esame clinico senologico. La mammografia bilaterale, eventualmente integrata da ecografia mammaria bilaterale se indicato, viene ripetuta con cadenza annuale.

All'Istituto Europeo di Oncologia abbiamo recentemente ridiscusso le indicazioni per la ripetizione della stadiazione (ecografia addominale, radiografia del torace 2 proiezioni, scintigrafia ossea total-body) a cadenza periodica (6-12 mesi) durante il follow-up: riteniamo attualmente indicato ripetere routinariamente la stadiazione dopo 1 o 2 anni dall'intervento chirurgico solo in pazienti ad alto rischio di metastasi a distanza per stadio iniziale di malattia avanzato. E' ormai dimostrato da pubblicazioni a livello internazionale che l'anticipazione diagnostica di localizzazioni secondarie a distanza non migliora la prognosi delle pazienti rispetto a una diagnosi effettuata nel momento in cui si presentano segni o sintomi: questa osservazione ha spinto molti Centri a ridimensionare la prescrizione di esami di stadiazione di routine durante il follow-up. E' evidente che la visita senologica semestrale è uno strumento molto utile per individuare i casi a maggior rischio oppure con sospetto di metastasi a distanza: gli esami di stadiazione vengono quindi prescritti sulla base delle conclusioni tratte dal medico che esegue la visita clinica.

Una questione aperta è l'uso della PET total-body per la stadiazione del carcinoma della mammella.

Dal punto di vista della ricerca clinica il follow-up delle pazienti è fondamentale: le pazienti incluse negli studi clinici dell'Istituto o negli studi multicentrici vengono seguite con particolare attenzione in un ambulatorio senologico dedicato, per una rapida registrazione in database dello stato oncologico e degli eventi connessi con la patologia.

Carcinoma mammario e fumo

Alcuni studi scientifici hanno recentemente sollevato il problema della possibile relazione tra fumo di sigaretta e carcinoma della mammella.

Alcune pubblicazioni sottolineano la possibile associazione tra fumo passivo e aumento del rischio di carcinoma mammario, sulla base di un effetto antiestrogenico del fumo: tale effetto sarebbe confermato dalla necessità di adottare dosi più alte di terapia ormonale

sostitutiva in donne fumatrici in postmenopausa. Il fumo può ridurre oppure cancellare completamente l'efficacia degli estrogeni somministrati oralmente.

Il fumo attivo sembra provocare un aumento dell'incidenza di carcinoma mammario, in particolare se l'abitudine al fumo ha avuto inizio in età molto giovane, almeno 5 anni in anticipo rispetto alla prima gravidanza a termine, oppure se essa dura da molto tempo con elevata intensità di fumo. Uno studio evidenzia una relazione tra tumore mammario ormono-sensibile e fumo attivo e passivo.

Esperimenti di laboratorio hanno mostrato che il trattamento di cellule di mammella normale con condensato di fumo di sigaretta provoca trasformazione delle cellule stesse, che acquisiscono la capacità di formare colonie (caratteristica che le rende possibili precursori neoplastici).

Il fumo di sigaretta potrebbe avere un ruolo nel peggioramento della prognosi del carcinoma della mammella: sembra infatti che donne fumatrici abbiano un rischio maggiore di carcinoma mammario fatale, probabilmente a causa di un maggior carico tumorale nella metastatizzazione polmonare del carcinoma della mammella. Aumenterebbe quindi la mortalità da tumore mammario attraverso un meccanismo di peggioramento delle metastasi polmonari.

IORT e carcinoma mammario

Roberto Orecchia

Istituto Europeo di Oncologia -Milano, Università degli Studi di Milano

La radioterapia gioca un ruolo fondamentale nel controllo loco-regionale della malattia neoplastica; in molte situazioni, tuttavia, la possibilità di erogare alte dosi di radiazioni può essere di fatto limitata dalla radiosensibilità dei tessuti e degli organi normali circostanti.

Con l'acronimo IORT (Intraoperative Radiation Therapy) si definisce una particolare tecnica di radioterapia che consente di erogare, durante un intervento chirurgico, una dose terapeutica di radiazioni in una singola frazione, direttamente sul tumore o sul letto operatorio, nel caso di residuo macroscopico o microscopico di malattia, risparmiando i tessuti sani che possono essere mobilitati al di fuori del campo di irradiazione o adeguatamente schermati.

La IORT può essere effettuata utilizzando fasci di elettroni di alta energia prodotti da acceleratori lineari (IOERT), impianti di brachiterapia ad alto rateo di dose (HDR-IORT), oppure, più raramente, raggi X di bassa energia (1).

Storicamente, la IORT prevede lo spostamento del paziente, immediatamente dopo l'atto chirurgico, in un bunker situato nel Reparto di Radioterapia, all'interno del quale viene effettuata l'irradiazione mediante un acceleratore lineare abitualmente impiegato per trattamenti convenzionali di radioterapia esterna. Recentemente, sono state messe in commercio apparecchiature mobili dedicate alla IORT, in grado di produrre fasci di elettroni di alta energia o di raggi X di bassa energia, che possono essere portate direttamente in sala operatoria, evitando così i problemi logistici e di sterilità legati al trasporto del paziente e favorendo enormemente l'accesso alla metodica IORT. L'industria nazionale, in particolare, sta contribuendo in maniera molto significativa al diffondersi di questa pratica, grazie alla realizzazione di due modelli di acceleratori lineari mobili. I Centri italiani che hanno già avviato programmi terapeutici con l'impiego della IORT sono infatti ben 17, come riportato nelle linee guida elaborate dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) nel rapporto ISTISAN 03/1 IT (2).

In questo contesto si fa riferimento unicamente alla IOERT con fasci di elettroni, che rappresenta la modalità di gran lunga più utilizzata. In particolare, verranno descritti i principali aspetti tecnici e dosimetrici legati all'impiego di apparecchiature mobili, che stanno progressivamente sostituendo le unità non dedicate.

Gli acceleratori lineari mobili producono fasci di elettroni di energia nominale compresa tra 3 e 12 MeV, ad un rateo di dose molto elevato (6-30 Gy per minuto), così da rendere brevissimo (pochi minuti) il tempo necessario per l'erogazione della dose prescritta, generalmente compresa tra 10 e

20 Gy circa (3). La scelta dell'energia del fascio di elettroni dipende dallo spessore del bersaglio da irradiare, tenendo conto che la profondità a cui si trova l'80% della dose prescritta varia approssimativamente tra 1 e 3 cm, in funzione anche dell'applicatore impiegato. Il sistema di collimazione del fascio consiste di applicatori cilindrici di perspex, di diametro compreso tra 3 e 12 cm e di spessore pari a 5 mm, e può essere di due tipi: hard-docking, cioè con connessione meccanica diretta tra la testa dell'acceleratore e la parte terminale dell'applicatore, oppure soft-docking, cioè senza collegamento rigido tra le due parti, ma con un sistema laser di centratura (1,4). Gli applicatori possono essere sia a base piatta che inclinata, per agevolare un corretto allineamento con la superficie da trattare. La distanza nominale di trattamento è compresa tra 60 e 100 cm. La movimentazione dell'acceleratore avviene tramite sei motori, che agiscono in coppia sulle ruote, sul modulatore e sulla testa e sono azionabili a varie velocità mediante un telecomando. Gli acceleratori sono appositamente progettati in modo da ridurre al minimo la radiazione diffusa nell'ambiente e poter lavorare in una sala operatoria standard, ossia senza la necessità di schermature fisse (a pareti, pavimento, soffitto) comportanti modifiche strutturali. Per ragioni di radioprotezione, si rende comunque necessario l'impiego dei seguenti schermi mobili: (a) uno scudo, costituito da 15 cm di piombo e montato su un carrello, da porre sotto il tavolo operatorio, a protezione dei locali sottostanti la sala operatoria, al fine di schermare il fascio primario di elettroni e raggi X prodotti per frenamento da parte soprattutto dei tessuti corporei irradiati; (b) alcune barriere aventi uno spessore di piombo compreso tra 5 e 15 mm, tipicamente di dimensioni 1,5 m x 1 m, poste in prossimità del tavolo operatorio stesso, a protezione dei locali adiacenti la sala. Attuate queste procedure radioprotezionistiche, i ratei di esposizione in tutti gli ambienti adiacenti la sala operatoria nelle quali possano stazionare pazienti e operatori sanitari sono assolutamente modesti (circa 50 microsievert per ora). Tenuto conto della radiazione ambientale, il carico massimo di lavoro consentito può tipicamente arrivare fino a 400 pazienti all'anno, trattati ad una dose di circa 20 Gy, includendo anche le procedure di controllo della qualità a cui deve essere sottoposta periodicamente l'apparecchiatura (2).

Razionale radiobiologico

A parità di radiosensibilità cellulare, la probabilità di controllo neoplastico in funzione della dose assorbita dipende dal numero iniziale di cellule tumorali presenti.

La statistica di Poisson consente di correlare la probabilità di controllo tumorale con il tasso di sopravvivenza mediante la formula (5):

$$P_{\text{cure}} = e^{-x} = e^{-(SF \times M)}$$

Dove : P_{cure} = probabilità di cura

SF = frazione di cellule sopravvivenenti

M = numero iniziale di cellule

Questa relazione tra il numero iniziale di cellule e il tasso di cura (equivalente alla probabilità di controllo tumorale) mostra come la probabilità di controllo tumorale, a parità di dose, aumenti al diminuire del numero di cellule tumorali iniziali; maggiore quindi è il volume tumorale, superiore è la dose necessaria per ottenere la stessa probabilità di controllo.

Da questo punto di vista, la radioterapia intraoperatoria offre un notevole vantaggio rispetto al trattamento radioterapico a fasci esterni post-operatorio. Infatti, in quest'ultimo caso, l'intervallo di tempo tra l'asportazione chirurgica del tumore e la radioterapia comporta il ripopolamento cellulare da parte dei cloni neoplastici presenti nel residuo macroscopico o microscopico. Occorre anche tenere in considerazione il fenomeno post-chirurgico del "ripopolamento accelerato", per il quale le prime fasi della crescita cellulare neoplastica seguono un andamento di tipo esponenziale.

La radioterapia intraoperatoria, effettuata immediatamente dopo l'intervento chirurgico, annulla il problema del ripopolamento accelerato nell'area irradiata.

La relazione dose /risposta può essere analizzata secondo vari modelli matematici: quello maggiormente adottato in radioterapia è il modello lineare-quadratico, nel quale la dose viene espressa in maniera lineare mentre la frazione di cellule sopravvivenenti in scala logaritmica (6,7).

Il coefficiente di dose lineare è espresso come:

$$S = \alpha D,$$

dove S rappresenta la sopravvivenza cellulare, α una costante e D la dose somministrata. La costante di proporzionalità α è correlata al numero di danni letali che si verificano in quel determinato tipo cellulare.

Il coefficiente di dose quadratica è invece espresso come:

$$S = \beta D^2.$$

In questo caso, la costante di proporzionalità β è correlata al numero di lesioni potenzialmente letali che si trasformeranno in danni letali in determinate condizioni ambientali.

Generalmente, la componente lineare predomina alle basse dosi (quindi alle dosi utilizzate nel frazionamento convenzionale, mentre la componente quadratica assume significato alle alte dosi).

La Frazione di Sopravvivenza cellulare sarà pari a:

$$SF = e^{-(\alpha D + \beta D^2)}.$$

Il rapporto α/β esprime la dose alla quale l'effetto della componente α è uguale a quello della componente β ; quindi:

$$\alpha D = \beta D^2$$

$$\alpha = \beta D^2 / D$$

$$\alpha = \beta D$$

$$D = \alpha / \beta.$$

Il rapporto α/β alto è tipico dei tessuti a rapida proliferazione, mentre un rapporto α/β basso caratterizza i tessuti a lenta proliferazione (cfr. tabella 1).

Nel trattamento radioterapico frazionato, l'intervallo tra due frazioni consecutive consente la riparazione del danno cellulare sub-letale (legato alla componente β). Maggiore è l'intervallo di tempo tra le frazioni, maggiore è il numero di cellule riparate. Ciò significa che per distruggere lo stesso numero di cellule con frazionamento multiplo occorre una dose più elevata rispetto a quella necessaria se lo stesso trattamento venisse effettuato in frazionamento singolo.

L'incremento di dose totale, necessario per ottenere lo stesso tasso di sopravvivenza nella somministrazione frazionata rispetto a quella singola, aumenta all'aumentare del numero delle frazioni in cui viene suddivisa la dose stessa e all'aumentare dell'intervallo temporale fra le frazioni (8,9).

Con la tecnica IORT, somministrando la dose in un'unica frazione, si ottiene la riduzione del tasso di sopravvivenza cellulare con dosi di gran lunga inferiori rispetto alla stessa riduzione ottenuta con un trattamento a frazionamento convenzionale.

Secondo il modello lineare-quadratico, la dose equivalente, tra la dose somministrata in frazione unica e quella somministrata con frazionamento convenzionale, può essere calcolata utilizzando la formula seguente:

$$D_{\text{IORT}} = (1/2) \{[(a/\beta)^2 + 4D_{2\text{Gy}}(a/\beta + 2)]^{0,5} - a/\beta\}.$$

Assumendo il rapporto a/β del tessuto ghiandolare mammario pari a 10, la somministrazione di 21 Gy in dose singola corrisponde ad una dose di 56 Gy in frazionamento convenzionale.

In conclusione, i vantaggi radiobiologici della dose erogata in singola frazione con la metodica IORT sono essenzialmente legati all'eliminazione dell'intervallo di tempo (sia tra due frazioni successive di radioterapia, sia dopo l'asportazione della componente tumorale macroscopica) responsabile del ripopolamento cellulare. Accanto a questo aspetto, bisogna anche considerare che il tessuto in corso di intervento chirurgico presenta una vascolarizzazione ricca, con metabolismo aerobico, che lo rende più sensibile all'azione delle radiazioni (effetto ossigeno).

Infine, la possibilità di escludere gli organi a rischio dal campo di irradiazione rende sicuramente la tecnica IORT più vantaggiosa rispetto al trattamento convenzionale.

TESSUTI		a/β
Tessuti a rapida replicazione		
	Mucosa digiunale	13
	Mucosa colica	7
	Cute	10
	Spermatogoni	13
	Midollo osseo	9
	Melanociti	6.5
	Ghiandola mammaria	10
Tessuti a lenta replicazione		
	Midollo spinale	1.6-5
	Rene	0.5-5
	Polmone	1.6-4.5
	Cartilagine	1-4.9

Tab1: Valori del rapporto alfa/beta di differenti organi e tessuti umani

La IORT nel carcinoma mammario

IORT come boost

Lo schema di radioterapia adiuvante più comunemente utilizzato nel trattamento conservativo del carcinoma mammario in stadio iniziale dopo intervento chirurgico è rappresentato dall'erogazione di 45-50 Gy sulla ghiandola in toto, seguiti da 10–16 Gy di sovradosaggio (boost) sul letto tumorale. Il ruolo del boost nel ridurre l'incidenza di recidive locali è stato ampiamente confermato dai dati definitivi del trial EORTC, che ha dimostrato un significativo aumento del controllo locale con l'esecuzione del sovradosaggio di 16 Gy sul letto tumorale, rispetto alla sola irradiazione di tutta la mammella alla dose di 50 Gy. Questo vantaggio si è dimostrato particolarmente significativo per le pazienti di età più giovane (10). Risultati simili sono stati pubblicati anche da Romestaing dopo un FU medio di 5 anni, in una casistica di più di mille pazienti. Il braccio senza

sovradosaggio presentava un tasso di recidiva locale del 4.5% rispetto al 3.6% del gruppo a cui era stato erogato il boost ($p=0.044$), dopo trattamento dell'intera mammella (11).

L'esatta localizzazione del letto operatorio parecchio tempo dopo l'intervento chirurgico può essere a volte difficoltosa, soprattutto quando sia stato effettuato un rimodellamento della ghiandola mammaria, non siano state inserite clip di riferimento, o non sia più radiologicamente evidente l'area di fibrosi cicatriziale o la cavità di exeresi (12). Queste imprecisioni topografiche potrebbero avere una responsabilità nell'aumento delle recidive locali. Spesso, per evitare errori di localizzazione viene ampliata l'area del sovradosaggio, ma ad un aumento del volume irradiato può corrispondere un maggior rischio di reazioni tessutali tardive, con compromissione del risultato estetico.

L'utilizzo della radioterapia intraoperatoria nel ruolo di sovradosaggio offre, senza dubbio, notevoli vantaggi. L'esposizione diretta del letto operatorio elimina l'eventuale imprecisione di localizzazione, consentendo di trattare un volume più limitato di tessuto ghiandolare. Questo si unisce al risparmio di altre strutture critiche adiacenti al letto tumorale (cuore, polmone, coste), che possono essere adeguatamente schermate, mentre la cute e il sottocute vengono allontanati dal campo di irradiazione, minimizzando così le sequele tardive. Inoltre, i fasci di elettroni assicurano una distribuzione di dose sufficientemente omogenea all'interno del volume bersaglio. Concentrando la fase del boost in una unica seduta intraoperatoria, con un modesto allungamento dei tempi chirurgici (10-20 minuti) nel caso di unità dedicate, viene ridotto il tempo totale di trattamento con i fasci esterni di 1-2 settimane, con conseguente vantaggio economico e di impegno complessivo della paziente..

In letteratura ci sono esperienze limitate di applicazione del boost di radioterapia intraoperatoria nel trattamento del carcinoma mammario in stadio iniziale e tutte riportano buoni risultati in termini di efficacia e di cosmesi. Nello studio francese di Dubois (13), 51 pazienti sono state trattate con IORT alla dose di 10 Gy e, dopo un intervallo di 10-15 giorni, con RT a fasci esterni sulla mammella in toto fino a 45 Gy. Con un FU minimo di 2 anni, non si è verificata alcuna recidiva locale e il risultato estetico è stato accettabile, riportando solo 3 casi di sclerosi sottocutanea con impatto estetico negativo.

L'esperienza clinica americana di Merrick (14) riporta una casistica di 21 pazienti trattate nel periodo 1984-1996 intraoperatoriamente con 10 Gy (18 pazienti) e 15 Gy (3 pazienti) e successivamente con 45-50 Gy con fasci esterni su tutta la mammella. La cosmesi è stata eccellente (solo 2 casi di fibrosi palpabile) e dopo un FU mediano di 71 mesi, non si è registrata nessuna recidiva locale.

Risultati simili in termini di cosmesi e di controllo locale sono stati riportati anche nello studio austriaco di Reitsamer, dove 156 pazienti hanno ricevuto 9 Gy con IORT, seguiti da 51-56 Gy con fasci esterni sulla mammella in toto (15).

In conclusione, la IORT risulta quindi fattibile e può essere una valida e affidabile alternativa al boost convenzionale con fasci esterni.

IORT come trattamento esclusivo

Un aspetto innovativo della radioterapia intraoperatoria nel carcinoma mammario iniziale è rappresentato dal suo utilizzo come unica modalità di irradiazione, in sostituzione completa dell'intero corso di radioterapia adiuvante a fasci esterni. Questo approccio potrebbe consentire il superamento di determinate problematiche, come l'accessibilità geografica ai Centri di radioterapia, l'impatto socio-economico sulla vita lavorativa e sulle abitudini personali, alcuni problemi clinici legati agli effetti collaterali e all'interazione con la terapia sistemica, che rendono difficoltoso e a volte impossibile l'esecuzione del trattamento radiante per un periodo di 5-6 settimane consecutive. La radioterapia intraoperatoria si inserisce, al pari di altre tecniche, nella moderna filosofia dell'irradiazione parziale della mammella (PBI), che comprende il trattamento della sola sede di escissione e dei tessuti immediatamente adiacenti (16,17). Il razionale dell'irradiazione parziale della mammella risiede nell'evidenza che la maggior parte delle recidive ipsilaterali, dopo trattamento conservativo si verificano in stretta prossimità del letto tumorale primariamente coinvolto, sollevando dubbi sulla reale opportunità di irradiare tutta la mammella in casi determinati di carcinoma mammario in stadio iniziale. Questo concetto è supportato sia dagli studi istopatologici di Holland (18) dove, in pazienti sottoposte a mastectomia, focolai tumorali residui sono stati trovati in misura minore parallelamente al crescere della distanza dal tumore primitivo (a 2,3,4 cm sono rispettivamente del 42%, 17% e 10%), sia da vari studi clinici (19, 20, 21). Infatti, l'analisi degli studi randomizzati di chirurgia conservativa in assenza o meno di radioterapia mette in evidenza che il tasso di ricaduta al di fuori del quadrante primariamente interessato è ampiamente sovrapponibile (1-5%) nei due bracci. Quindi, in base alla considerazione del basso rischio di ricaduta a distanza dalla prima sede tumorale, il trattamento radiante del solo letto chirurgico potrebbe raggiungere lo stesso controllo locale dell'irradiazione dell'intera mammella.

Ad oggi, benchè nessuno studio sia riuscito ad identificare pazienti che potrebbero non beneficiare del trattamento radiante, in base a fattori clinici e istopatologici si è definito un sottogruppo a basso rischio in termini di recidiva locale: età superiore a 45 anni, dimensioni del tumore inferiori a 3 cm, l'istologia duttale infiltrante, nessuna evidenza radiologica di

multicentricità, margini di resezione chirurgica negativi, assenza di adenopatie ascellari e di estesa componente in situ (EIC). In queste pazienti selezionate, limitare la radioterapia al solo letto tumorale potrebbe essere la scelta appropriata (22).

Sulla base di questi presupposti, presso l'Istituto Europeo di Oncologia di Milano è in corso un trial randomizzato che intende confrontare lo schema standard di radioterapia adiuvante (50 Gy su tutta la mammella seguiti da 10 Gy di boost con fasci esterni) con l'erogazione intraoperatoria di 21 Gy in dose unica sul letto chirurgico. I criteri di selezione includono pazienti con età maggiore età maggiore di 48 anni, istologia di carcinoma infiltrante, tumore con diametro inferiore a 2,5 cm, unifocalità evidenziata radiologicamente, assenza di comorbidità importanti associate. Sulla base del modello lineare quadratico, la dose singola di 21 Gy scelta nello studio corrisponde approssimativamente, dal punto di vista radiobiologico, all'intero corso di radioterapia adiuvante convenzionale, considerando il rapporto α/β delle cellule tumorali mammarie uguale a 10 Gy. Il trial prevede il reclutamento di circa 800 pazienti.

La tecnica chirurgica e la IORT nel carcinoma mammario.

La tecnica IORT nel carcinoma mammario comporta una bassa tossicità nei confronti degli organi a rischio, che in questo caso sono rappresentati dalla parete toracica e dalla cute sovrastante la mammella.

Dopo aver asportato il quadrante mammario sede della neoplasia secondo la tecnica chirurgica standard, si procede allo scollamento della cute per circa 3-4 cm in ogni direzione (360°) e alla mobilizzazione della ghiandola anche rispetto al piano muscolare profondo per un'estensione pari all'area che si vuole irradiare. A questo punto, vengono inseriti al di sotto della ghiandola scollata due dischi metallici di diametro lievemente superiore rispetto al campo di irradiazione.

Il primo disco di piombo, dello spessore di 5 mm, viene posto a contatto con la parete toracica, con la funzione di schermare le strutture sottostanti. Al di sopra di questo si posiziona un disco in alluminio di 4 mm di spessore, che ha la funzione di assorbire la radiazione elettronica retrodiffusa dal piombo. La ghiandola viene quindi ricostruita con punti di sutura per ripristinare la continuità del tessuto durante la radioterapia e viene misurato manualmente con un ago e un righello lo spessore ghiandolare, in modo tale da stabilire l'energia più idonea da utilizzare.

La cute viene allontanata dal campo di irradiazione mediante un dispositivo metallico ad anello e garze sterili imbevute di soluzione fisiologica, per limitare il contatto con le pareti dell'applicatore. Si posiziona infine un applicatore di dimensioni ed angolazione adeguate rispetto all'area da trattare e si esegue la procedura del docking (23).

Il trattamento radiante ha una durata di circa 1-3 minuti; al termine, vengono rimossi tutti i dispositivi di protezione e si conclude l'intervento chirurgico.

Conclusioni

La radioterapia intraoperatoria applicata al carcinoma mammario in stadio iniziale riporta i seguenti vantaggi.

- *radiobiologici*: l'elevata dose/frazione in seduta unica a livello del letto operatorio, l'eliminazione del periodo di latenza tra chirurgia e inizio del trattamento radiante a fasci esterni, durante il quale si attua la prima fase del ripopolamento cellulare neoplastico, l'azione radiosensibilizzante legata all'effetto ossigeno in presenza di tessuti vascolarizzati consentono di aumentare la probabilità di controllo locale. Con determinati accorgimenti (mobilizzazione, schermi) si ottiene un risparmio dei tessuti normali circostanti;
- *-fisico-tecnici*: eliminazione dell'imprecisione di localizzazione topografica e l'omogenea distribuzione di dose nel volume bersaglio aumentano l'accuratezza dell'erogazione del trattamento;
- *clinici*: la IORT consente una migliore integrazione della radioterapia nel contesto dei trattamenti farmacologici adiuvanti;
- *psicologici*: la possibilità da parte della paziente di evitare completamente o in parte il trattamento radiante a fasci esterni contribuisce a diminuire lo stress legato alle terapie;
- *socio-economici*: l'abbreviazione o l'eliminazione del ciclo di radioterapia adiuvante standard ha un notevole impatto sui costi e sull'impegno globale sia della paziente che del centro di radioterapia.

In conclusione, la IORT nel ruolo di boost nel carcinoma mammario rappresenta una valida alternativa, mentre nel ruolo di trattamento esclusivo, benchè i primi risultati siano promettenti, non può essere a tutt'oggi considerata uno standard di trattamento: quindi, al di fuori di studi clinici, deve essere proposta attualmente solo a pazienti attentamente selezionate e adeguatamente informate.

Bibliografia

- 1) Istituto Superiore di Sanità. Linee guida per la garanzia di qualità nella radioterapia intraoperatoria. Rapporti ISTISAN 03/1, 2003.

- 2) Ciocca M, Orecchia R, Garibaldi C et al. In vivo dosimetry using radiochromic films during intraoperative electron beam radiation therapy in early-stage breast cancer. *Radiother Oncol* 2003;69:285-289.
- 3) Palta JR, Biggs PJ, Hazle JD et al. Intraoperative electron beam radiation therapy: technique, dosimetry, and dose specification: report of Task Force 48 of the Radiation Therapy Committee, American Association of Physicists in Medicine. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1995;33:725-746.
- 4) McCullough EC, Biggs PJ. Physical aspects of intraoperative electron-beam irradiation. In: Gunderson LL, Willet CG, Harrison LB, Calvo FA, editors. *Current Clinical Oncology: Intraoperative irradiation: Techniques and Results*. Totowa: Humana Press, 1999, pp. 47-63.
- 5) Perez CA, Brady LW: *Principles and Practice of Radiation Oncology*. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1998, p. 97.
- 6) Lea DE: *Actions of Radiation on Living Cells*. Cambridge, England: Cambridge University Press, 1955.
- 7) Read J. The effect of ionizing radiation on broad beam root. *Br J Radiol* 1952; 25: 89-154.
- 8) Thames HD, Withers HR, Peters CJ, et al. Changes in early and late radiation responses with altered dose fractionation. Implications for dose-survival relationships. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1982; 8: 219
- 9) Elkinol MM, Sutton H. X-ray damage and recovery in mammalian cells in culture. *Nature* 1959; 184: 1293
- 10) Bartelink H, Horiot JC, Poortmans P, et al. European Organization for Research and Treatment of Cancer Radiotherapy and Breast Cancer Group Recurrence rates after treatment of breast cancer with standard radiotherapy with or without additional radiation. *N Engl J Med* 2001; 345 (19): 1378-97.
- 11) Romestaing P, Lehing Y, Carrie C, et al. Role of a 10 Gy boost in the conservative treatment of early breast cancer: results of a randomized clinical trial in Lyon, France. *J Clin Oncol* 1997; 15: 963-68.
- 12) Krawczyk JJ, Engel B. The importance of surgical clips for adequate tangential beam planning breast conserving surgery and irradiation *Int J radiat Oncol Biol Phys* 1999 ; 43 (2): 347-50
- 13) Dubois JB, Hay M, Gely S, et al. IORT in breast cancer. *Front Radiat Ther Oncol* 1997; 31:131-7.
- 14) Merrick III^a HW, Battle JA, Padgett BJ, et al. IORT for early breast cancer: a report on long-term results. *Front Radiat Ther Oncol* 1997; 31:126-30.

- 15) Reitsamer R, Peintinger F, Sedlmayer F, et al.: Intraoperative radiotherapy given as a boost after breast-conserving surgery in breast cancer patients. *Eur J Cancer* 2002; 38:1607-10.
- 16) Vicini FA, Kestin L, Chen P, et al. Limited-field radiation therapy in the management of early-stage breast cancer. *J Natl Cancer Inst* 2003;95:1205-11.
- 17) Vicini FA, Baglan KL, Kestin LL, et al. Accelerated treatment of breast cancer. *J Clin Oncol*, 2001; 19: 1993-2001.
- 18) Holland R, Veling SH, Mravunac M, et al. Histologic multifocality of Tis, T1-2 breast carcinoma. Implications for clinical trials of breast-conserving surgery. *Cancer* 1985; 56:976-90.
- 19) Veronesi U, Marubini E, Mariani L, et al. Radiotherapy after breast-conserving surgery in small breast carcinoma: long-term results of randomized trial. *Ann Oncol* 2001; 12: 997-1003.
- 20) Huang E, Buchholz TA, Meric F, et al. Classifying local disease recurrences after breast conservation therapy based on location and histology: new primary tumors have more favorable outcomes than true local disease recurrences. *Cancer* 2002; 95 (10): 2059-67.
- 21) Touboul E, Buffat L, Belkacemi Y, et al. Local recurrences and distant metastases after breast-conserving surgery and radiation therapy for early breast cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1999; 1 (43):25-38.
- 22) Proulx GM, Hurd T, Lee J, et al. Intraoperative radiation therapy (IORT) to the tumor bed only for breast cancer: technique and outcome. *Radiol Oncol* 2001; 35: 35-41.
- 23) Veronesi U, Gatti G, Luini A, et al. Intraoperative Radiation Therapy for breast cancer: technical notes. *The Breast J*, 2003;9:106-112.

Tumore al seno: l'impegno della LEGA ITALIANA PER LA LOTTA CONTRO I TUMORI

- ◇ Campagne di informazione, di sensibilizzazione ed educazione sanitaria delle donne con realizzazione di progetti nelle ultime classi delle scuole medie superiori inerenti l'insegnamento della metodica dell'autopalpazione;
- ◇ Campagne promozionali a livello nazionale (campagna Nastro Rosa) ed attraverso i mass-media;
- ◇ Sensibilizzazione per l'istituzione di Centri preventivo-diagnostici (di eccellenza) oltre che nei confronti del tumore al seno, anche nei confronti dei tumori al polmone, della prostata, del colon-retto, del cavo orale, del collo dell'utero e della cute;
- ◇ Produzione di monografie – opuscoli, manifesti, ecc.;
- ◇ Produzione di video cassette e CD;
- ◇ Promozione e realizzazione di progetti di screening spontanei mammografici a livello regionale, oltre che provinciale;
- ◇ Attività di prevenzione e diagnosi precoce in ambulatori gestiti dalla LILT e in collaborazione con le ASL, gli IRCCS, le Aziende Ospedaliere, Enti e con unità mobili;
- ◇ Attività di riabilitazione psico-fisica per le donne operate al seno, svolta oltre che a livello ambulatoriale anche attraverso la formazione di gruppi di auto-aiuto operanti nell'ambito della LILT e rapporti di collaborazione con Associazioni di Volontariato;
- ◇ Istituzione di Commissioni di studio nazionali (anticipazione diagnostica per i tumori femminili, riabilitazione oncologica);
- ◇ Osservatorio Nazionale per la prevenzione dei tumori femminili;
- ◇ Convegni, Congressi, Tavole Rotonde, Simposi, ecc.;

- ◇ **Formazione e aggiornamento professionale per medici, paramedici e volontari anche in collaborazione con la Scuola Italiana di Senologia e con PIIPRTHP (The International Institut for Psychoanalytic Research and Training of Health Professionals);**
- ◇ **Borse di studio per giovani laureati e diplomati;**
- ◇ **Progetti di ricerca finanziati dalla LILT attraverso relativi bandi di concorso;**
- ◇ **Sito internet nazionale con il seguente indirizzo:**
<http://www.legatumori.it>;
(E-mail della Sede Centrale: sede.centrale@lilt.it)
- ◇ **Linea Verde SOS Tumori 800-42.24.12**

LEGA ITALIANA PER LA LOTTA CONTRO I TUMORI
FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO IN SENOLOGIA

Collaborazione della LILT con la **SCUOLA ITALIANA DI SENOLOGIA**, instaurata dal 2001, con la realizzazione di:

- un Corso residenziale di I e II livello sulla **“Prevenzione e terapia degli esiti dopo la chirurgia senologica”** per operatori medici, svoltosi a Orta San Giulio (Novara) rispettivamente il 17-19 marzo 2002 e il 26-28 novembre 2002
- un Corso residenziale teorico-pratico, sempre di I e II livello, su **“Carcinoma mammario: prevenzione, diagnosi e terapia degli esiti chirurgici”** per terapisti della riabilitazione, infermieri professionali, svoltosi rispettivamente il 24-26 novembre 2002 e il 12-13 dicembre 2002
- un Corso per medici delle strutture della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori su **“Linee guida per la standardizzazione e l’organizzazione dei percorsi diagnostici per il carcinoma mammario e i tumori ginecologici”**, tenutosi a Orta San Giulio (Novara) dal 17 al 19 marzo 2003
- due Corsi base di **ecografia senologica**, sempre per medici, di cui uno tenutosi a Trani (BA) dal 3 al 5 aprile 2003 e l’altro a Orta San Giulio dal 25 al 27 settembre 2003
- due Corsi avanzati di **ecografia senologica**, di cui uno tenutosi a Padula (SA) dal 29 al 31 maggio 2003 e l’altro a Orta San Giulio dal 1° al 3 dicembre 2003
- Corso **“Tumori del seno: riabilitazione post-chirurgica”**, Milano, 20-22 settembre 2004, per terapisti della riabilitazione
- Corso **“Ecografia nella diagnostica senologica integrata”**, Roma, 18-20 novembre 2004, per medici
- Corso **“Mammografia e diagnostica senologica”**, Orta San Giulio, 11-15 ottobre, per medici
- Corso **“Trattamento loco-regionale del carcinoma mammario”**, Milano, 19 ottobre, per medici
- Corso **“Nursing in senologia oncologica”**, Orta San Giulio, 10-12 novembre, per IP-ostetriche

**OSSERVATORIO NAZIONALE
PER LA PREVENZIONE DEI TUMORI FEMMINILI
della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori**

- E' stato istituito nel 2001 dalla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori.
- Ha redatto nel 2002 il primo, nel 2003 il suo Secondo Rapporto e nel prossimo mese di dicembre si terrà il 3° Rapporto, in collaborazione con il Gruppo Italiano per lo Screening Mammografico (GISMa) e il Gruppo Italiano per lo Screening Citologico (GISCi), nel quale sono stati riportati i dati relativi allo stato di avanzamento dei programmi di screening e i livelli di risposta della popolazione invitata.
- L'Osservatorio della LILT si prefigge principalmente di valutare:
 - lo stato di avanzamento dei programmi di screening;
 - le varie iniziative di prevenzione secondaria dei tumori femminili realizzate nelle singole Regioni;
 - i livelli di risposta della popolazione invitata;
 - la qualità dei programmi (tramite la raccolta sistematica e la valutazione degli indicatori);
 - l'impatto sull'incidenza e/o mortalità del carcinoma del collo dell'utero e della mammella.
- Riguarderà non soltanto l'attività di screening centralizzato, ma anche altre iniziative di prevenzione secondaria su accesso spontaneo.
- Tra le altre finalità:
 - favorire iniziative di formazione degli operatori ed informazione della popolazione a sostegno delle Regioni che stanno implementando l'attività,
 - promuovere iniziative di assicurazione di qualità, nonché di definire metodologie per la certificazione dei programmi.

Con l'Osservatorio della LILT collaborano:

- il Centro Interregionale per gli screening oncologici, costituito dal Presidio per la Prevenzione Oncologica di Firenze, dal Centro Prevenzione Oncologica di Torino e dal Centro per l'Educazione alla Salute della città di Bologna e Ravenna;
- la Scuola Italiana di Senologia;
- i Network della Commissione Europea per lo screening mammografico e citologico;
- l'EURIF (European network of Reference centres for breast cancer screening);
- la Sezione di Senologia della SIRM, impegnata in attività di formazione e miglioramento della qualità nelle Unità di diagnostica senologica;
- il Forum Italiano di Europa Donna;
- la Consulta Nazionale Femminile della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori.

L'Osservatorio della LILT ha avviato da tempo la collaborazione con le Regioni, al fine di migliorare la valutazione delle attività di screening e dell'offerta di test per la diagnosi precoce al di fuori di programmi organizzati, necessaria per una migliore programmazione regionale.

Sta continuando a lavorare anche sugli aspetti relativi alla comunicazione con le utenti, con il mondo sanitario, le comunità locali e relativi ai valori connessi.

LEGA ITALIANA PER LA LOTTA CONTRO I TUMORI

PUBBLICAZIONI SUI TUMORI AL SENO

La Sede Centrale LILT ha realizzato dal 2001:

- l'opuscolo "**Il carcinoma della mammella**" (2001);
- il "**Primo rapporto dell'Osservatorio Nazionale per la Prevenzione dei tumori femminili**" (2002);
- l'opuscolo "**La donna e il seno**" (2002);
- il "**Secondo Rapporto dell'Osservatorio Nazionale per la Prevenzione dei Tumori Femminili**" (2003);
- l'opuscolo "**Mammografia e screening del carcinoma della mammella**" in collaborazione con la F.O.N.Ca.M., la Scuola Italiana di Senologia, la Fondazione Umberto Veronesi e la Società Italiana di Radiologia Medica (2003);
- i tascabili "**Campagna Nastro Rosa per la prevenzione del tumore al seno**", con l'intento di sensibilizzare le donne sulla necessità di sottoporsi ad opportuni esami per prevenire il tumore del seno (2003 e 2004);
- il tascabile "**Prevenire e vivere**", piccola guida pratica per acquistare uno stile di vita più sano e ridurre i rischi di tumore, con suggerimenti anche per la prevenzione dei tumori al seno (Giornata Nazionale della Prevenzione '03);
- il dossier "**Il nuovo Codice Europeo contro il Cancro**" e il tascabile "**Dodici regole per la vita – Il nuovo Codice europeo contro il cancro**", realizzati in occasione della Settimana Europea contro il Cancro, comprendenti raccomandazioni anche per la prevenzione dei tumori al seno;
- il tascabile "**La prevenzione vince il tumore**", contenente consigli per prevenire alcune delle più diffuse patologie tumorali, fra cui i tumori al seno (Settimana Nazionale della prevenzione 2004);
- il volume "**Strategie di prevenzione dei tumori e prove di efficacia**", in collaborazione con l'UICC (2004).

Anche le Sezioni Provinciali della LILT hanno stampato autonomamente materiale informativo sui tumori al seno.

**CONVEGNI E CONGRESSI LILT
SUI TUMORI AL SENO**

- *I Conferenza dell'Osservatorio Nazionale per la Prevenzione dei Tumori Femminili della Lega contro i Tumori*, a Roma, presso la Biblioteca Nazionale Centrale, il 14-15 maggio 2002;
- **"I recenti progressi per prevenire i tumori alla mammella"**, Altamura (Bari), 10 febbraio '02;
- **"Prevenzione e diagnosi precoce del tumore della mammella"**, Sciacca (AG), 8 marzo '02;
- **"Supporto della famiglia nella malattia terminale tra assistenza psico-sociale e cure mediche"**, Mortara (Pavia), 16 novembre;
- **"Prevenzione e terapia degli esiti invalidanti nel trattamento del cancro della mammella"**, Bergamo 23 novembre '02;
- Convegno del Comitato Regionale di Coordinamento del Molise **"Strategie di Prevenzione dei tumori della Mammella e del Colon-retto"**, Campobasso, 26 ottobre 2002. I partecipanti sono stati 1283 operatori;
- 1st Workshop **"Interest of population in familial breast cancer screening"**, Bari, 4 marzo 2003, nel corso del quale sono stati discussi i risultati del progetto relativo allo screening molecolare per il cancro ereditario della mammella in uno scenario internazionale;
- Convegno **"Revival e news in senologia 2003"**, 4-5 aprile, organizzato dalla Sezione di Caserta e patrocinato dal Coordinamento Regionale della Campania;
- Convegno **"La donna: la salute, la malattia...la speranza"**, Villafranca (Massa Carrara), 1° ottobre 2003
- Convegno **"Stato dell'arte e prospettive nella lotta ai tumori: il carcinoma polmonare e il carcinoma della mammella – Recenti sviluppi nella diagnosi e nel trattamento del tumore della mammella e del polmone"**, Laguna Palace - Mestre (Venezia), 21-23 marzo 2003
- **4° Congresso Nazionale per Infermieri in Oncologia**, Paré di Conigliano (Treviso), 24-26 marzo 2004, comprendente la tematica dei tumori al seno
- Convegno **"Revival e news in senologia 2004"**, 24-25 settembre 2004, organizzato dalla Sezione di Caserta e patrocinato dal Coordinamento Regionale della Campania, rivolto a medici e biologi, infermieri, tecnici sanitari di radiologia medica e di laboratorio biomedico

**PROGETTI DI RICERCA IN SENOLOGIA
FINANZIATI DALLA LILT NEL 2001**

N.	Nome e Cognome Referente del Progetto	Ente proponente	Titolo del progetto
1.	Prof. Marco Rosselli DEL TURCO	Commissione LILT Anticipazione diagnostica Tumori Femminili	Osservatorio Nazionale e allestimento di un programma di controllo di qualità per l'attività di screening per i tumori femminili
2.	Dott. Luigi BISANTI	ASL (MI)	Identificazione della procedura di screening più idonea per le donne con mammella densa. Rischi e Benefici dell'ecografia di screening (RISES)*
3.	Dott. Stefano MICHELINI	Istituto Europeo di Oncologia - MI	Studio clinico di fase III per la prevenzione del cancro mammario con tamoxifen a basse dosi in donne in terapia ormonale sostitutiva*
4.	Dott. Alberto COSTA	Comitato prevenzione dei Tumori al seno - MI	Studio Tamoxifen: prevenzione del carcinoma mammario con mammografia annuale ed uso di un antiestrogeno
5.	Prof. Francesco COGNETTI	Istituti Fisioterapici Ospitalieri - ROMA	Validazione di strategie di diagnosi clinica e molecolare per la valutazione del rischio per la diagnosi e per la prevenzione del tumore mammario ad incidenza familiare*
6.	Prof. Lorenzo GAFA*	Sezione Provinciale LILT di Ragusa	Indagine sulla qualità del trattamento dei tumori della mammella nelle province di Ragusa, Caltanissetta e Trapani (quest'ultima subentrata a Palermo)
7.	Dott. Alberto LUINI	Forza Operativa Nazionale carcinoma della Mammella (FONCAM)	Preparazione, stampa e diffusione di una nuova e aggiornata edizione delle linee guida sulla diagnosi, trattamento e riabilitazione dei tumori della mammella
8.	Dott. Claudio CRICELLI	Società Italiana di Medicina Generale	Studio caso-controllo per la valutazione di efficacia - in termini di riduzione di mortalità - della sorveglianza mammografica non organizzata

**PROGETTI DI RICERCA IN SENOLOGIA
FINANZIATI DALLA LILT NEL 2002**

N.	Nome e Cognome del Referente del Progetto	Ente proponente	Titolo
1.	Dott. Luigi BISANTI	ASL (MI) + CPO Regione Piemonte e CRRPO di Firenze	Indagine sulla diffusione dei Fattori di Rischio per il Cancro della Mammella nella popolazione femminile invitata allo screening mammografico (FRICaM)
2.	Prof. Mario LISE	Dip. Scienze Oncologiche Università di Padova + Az. Osp. PD, Osp. Busonera	Carcinoma ereditario coloretale e neoplasie eredo-familiari della mammella e dell'ovale: esempio di applicazione sul territorio della ricerca clinico-sperimentale
3.	Dott. Massimiliano CAZZANIGA	IEO - Milano; Sezioni Provinciali Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori di Genova e Milano	Identificazione di atipie cellulari mediante lavaggio dei dotti in pazienti ad aumentato rischio per carcinoma mammario

**PROGETTI DI RICERCA IN SENOLOGIA
FINANZIATI DALLA LILT NEL 2003**

N.	Nome e Cognome Referente del Progetto	Ente proponente	Titolo del progetto
1.	Dott.ssa Marcella MOTTOLESE	Serv. An. Patol. IFO-IRE (Roma)	Studio delle alterazioni fenotipiche e molecolari nel tessuto peritumorale morfologicamente indenne del carcinoma mammario: implicazioni diagnostiche
2.	Dott. Emanuele CROCETTI	Ass. Ital. Registri Tumori (Torino)	I trend della patologia oncologica in Italia (mammella, polmone, prostata e colon-retto): risultati e interpretazione. Studio delle modalità di divulgazione e formazione in Italia

** Finanziamento anche nel 2003

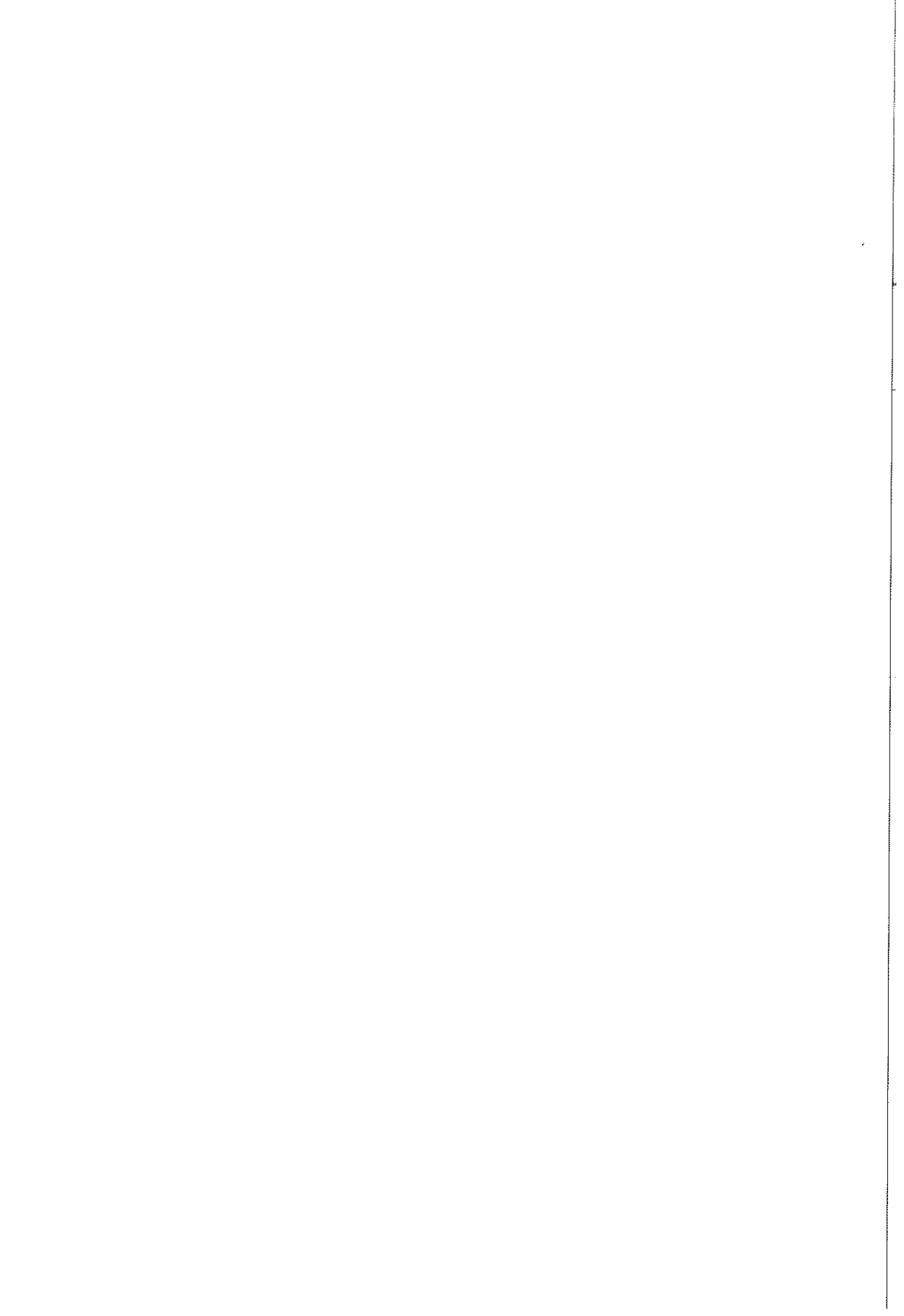
N.	Nome e Cognome Referente del Progetto	Ente proponente	Titolo del progetto
3.	Dott. Maurizio MONTELLA	LILT NA, Ist. Tumori Pascale (NA)	Determinanti socio-economici della disuguaglianza in Oncologia: valutazione e contenimento del ritardo diagnostico-terapeutico per il cancro della mammella nel Sud Italia
4.	Dott. Antonio NICOLUCCI	Consorzio Mario Negri Sud	Confronto intra-e inter-regionale dei profili, della qualità di assistenza, diagnosi, terapia e di esiti in pazienti con definite patologie oncologiche
5.	Prof. Dino AMADORI	ASL Forlì	Frequenza, appropriatezza, e determinanti clinico-patologici della polichemioterapia adiuvante nel carcinoma mammario diagnosticato in un programma di screening mammografico: studio sulla popolazione di Romagna
6.	Dott. Eugenio PACI	CSPO Firenze	Valutazione dell' impatto dello screening mammografico: mortalità, stadiazione e uso di chirurgia conservativa. Uno studio di popolazione
7.	Prof. Enzo BONMASSAR	Univ. Tor Vergata Dip. Neuroscienze Roma	Valutazione di cellule tumorali in circolo nel sangue di pazienti affetti da carcinoma del colon-retto, polmone, mammella o prostata

Totale progetti finanziati dal 2001 al 2003 n. 18, per un totale di € 2.314.036,42

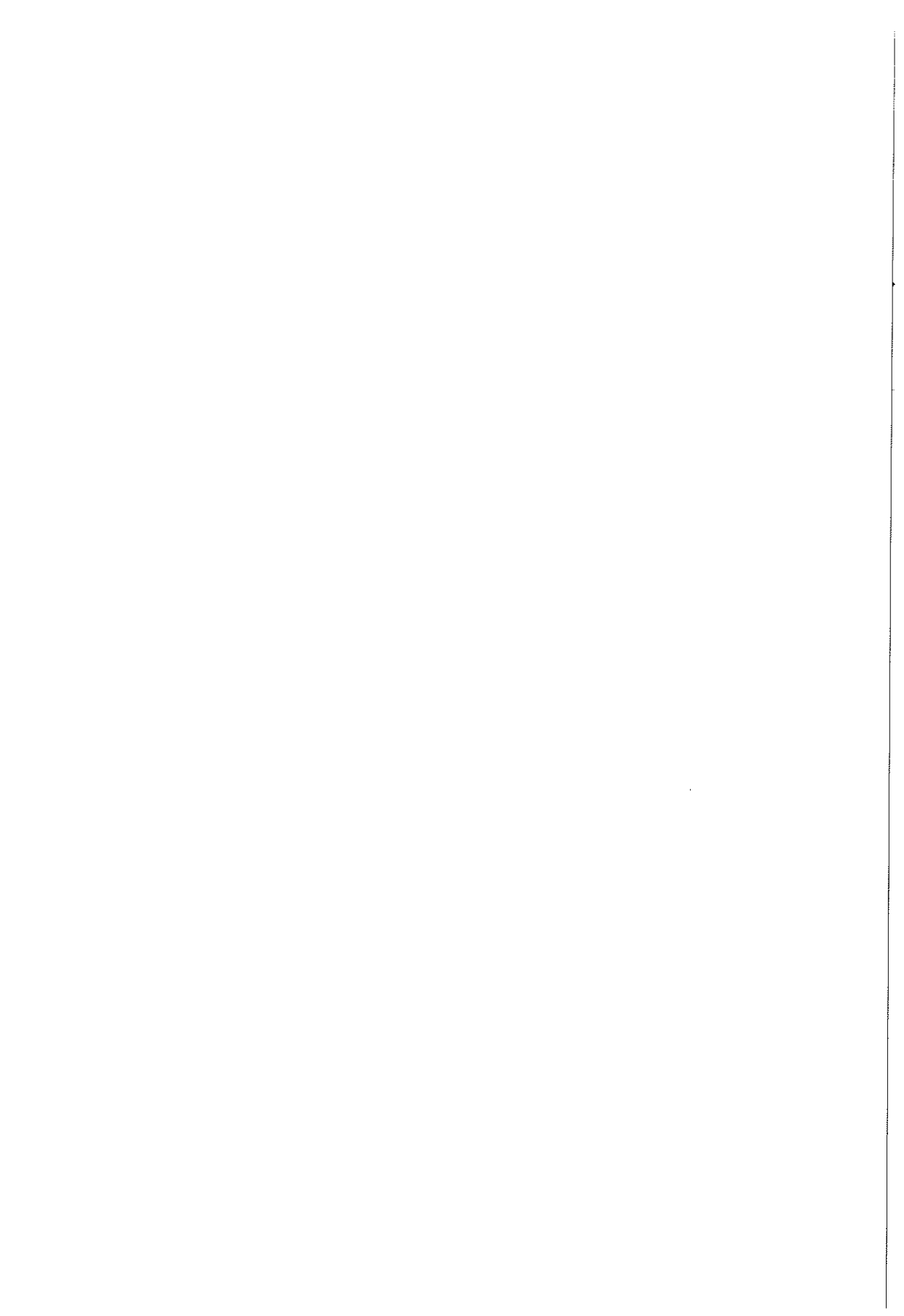
PROPOSTE DI FINANZIAMENTO DEL COMITATO SCIENTIFICO LILT
PER I NUOVI PROGETTI in SENOLOGIA
2004

N.	Nome e Cognome Referente del Progetto	Ente proponente	Titolo del progetto
1.	Prof. Carlo LA VECCHIA	Istituto Mario Negri MI	Nutricioni: dieta, fattori ambientali e genetici e rischio di cancro con focus su mammella, colon retto, polmone e prostata
2.	Prof. Carlo TONDINI e Dott. Roberto LABIANCA	Ospedali Riuniti BG	Analisi Sistemica Territoriale del Rischio Oncologico Genetico Ereditario Orobico
3.	Dott.ssa Maria Concetta PETTI	IRE RM	Profilo biologico del carcinoma della mammella associato a malattia linfoproliferativa cronica: valutazione immunofenotipica e citogenetica per una migliore definizione della prognosi nell'ipotesi di una eziologia comune
4.	Dott. Bernardo BONANNI	Div. di Farmacoprevenzione IEO MI	Studio clinico di prevenzione del carcinoma mammario con anastrozolo vs tamoxifen in soggetti con progressa neoplasia in situ della mammella
5.	Dott. Marco ROSSELLI DEL TURCO	CSPO Ist. Scientifico Reg. Toscana FI	Definizione e valutazione di indicatori di qualità per la prevenzione secondaria dei tumori femminili su base spontanea

Totale progetti da finanziare n. 5, per un totale di € 410.000,00



DOCUMENTAZIONE FORNITA DAGLI AUDITI
NELLA SEDUTA DEL 19 GENNAIO 2005



12^a Commissione permanente Igiene e Sanità

Audizione iniziative legate alla tematica del tumore del seno

Paola Mosconi

Delegata Europea del Forum Italiano di EUROPA DONNA
Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" – Milano

Il cancro è la seconda più comune causa di morte in Europa e le terapie sono efficaci (in termini di sopravvivenza) solo in circa il 50% dei soggetti colpiti. Benché l'incidenza della malattia sia in aumento si sta registrando una diminuzione della mortalità dovuta principalmente ai grandi sforzi e risultati ottenuti a livello scientifico e medico. Questi dati sono risultati da un'indagine sistematica sulla mortalità per tumore in Europa dal 1960 in poi, condotta dall'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri in collaborazione con l'Istituto Europeo di Oncologia e le Università di Milano e Losanna (*International Journal of Cancer*, Vol 110, pagg 155-169, 2004).

Il tumore alla mammella è tra i più frequenti nella popolazione femminile: ogni anno nell'Unione Europea sono oltre 250.000 le donne cui viene diagnosticato un tumore del seno di cui 94.000 non sopravvivono.

Le priorità che vengono sottolineate a livello della Comunità Europea sono fondamentalmente indirizzate a:

- garantire la qualità della cura a tutte le donne che hanno una diagnosi di tumore, garantire equità di accesso alle cure e ai servizi in tutti i paesi europei
- incrementare l'accesso alla diagnosi precoce, possibilmente con programmi di screening organizzati a livello nazionale in linea con le linee guida europee
- incrementare i fondi per la ricerca come unica arma per combattere definitivamente questa malattia.

A livello europeo si devono segnalare alcune interessanti iniziative che, coinvolgendo la comunità scientifica-medica e il mondo dell'associazionismo organizzato, stanno implementando modelli di intervento e di lavoro efficaci a differenti livelli:

- politico-programmatico: la risoluzione europea per il tumore del seno, che è stata approvata nel giugno 2003, punta a ridurre del 25% la mortalità per questo tumore entro il 2008, abbattendo del 5% la disparità nei tassi di sopravvivenza tra i diversi Stati, attualmente al 16% (http://www.europarl.it/antenna/diritti_detenuti.pdf). Questa risoluzione, ripresa in tempi rapidi dall'Italia, rappresenta lo strumento attraverso il quale implementare cambiamenti sia nella diffusione della diagnosi precoce (in Europa la situazione è molto variegata e non tutti i paesi hanno programmi a livello nazionale; in Italia la copertura è ancora a macchia di leopardo

con solo il 50% delle donne target coperte da un programma formale) sia per il miglioramento della qualità della cura offerta alle pazienti

- ricerca scientifica: al momento la Commissione Europea (DR Research) spende circa l'1,6% dell'annuale budget del National Cancer Institute americano per la ricerca sul cancro. Per permettere un uso più mirato dei fondi a disposizione, la FECS (Federation of European Cancer Societies <http://www.fecs.be>) ha promosso un gruppo di lavoro multidisciplinare per la messa a punto di un documento programmatico che tracci ed indirizzi le linee di ricerca significativamente più importanti per la lotta al cancro. La ricerca deve dirigersi verso studi sulla qualità della cura, studi per la messa a punto di modelli diagnostici sempre più raffinati che permettano e garantiscano diagnosi precoci, studi sui fattori di rischio e l'epidemiologia del tumore, studi di nuovi farmaci e ricerca translazionale per una rapida ricaduta dei risultati nella ricerca di base nella ricerca clinica. L'Europa si deve impegnare per garantire fondi alla ricerca indipendente sui farmaci e deve anche concentrare attenzione verso le fasce più deboli della popolazione (bambini e anziani)
- informazione-divulgazione: organizzazione congiunta tra società scientifiche, mediche e di pazienti di eventi congressuali, ad esempio il convegno European Breast Cancer Conference (<http://www.fecs.be/emc.asp?pageId=611&Type=P>) giunto alla sua quinta edizione. Questa formula, peraltro ancora inusuale in Italia, che prevede una partecipazione alla pari (rischi e benefici), garantisce un approccio multidisciplinare sul tema e permette un fattivo scambio di opinioni sia tra chi fornisce la cura sia tra chi la riceve integrando i diversi punti di vista
- qualità della cura: è in corso un interessante progetto per l'accreditamento delle Unità di Senologia (Breast Units, vedasi articolo su European J of Cancer vol 36, pagg 2288-2293, 2000). Questo modello di lavoro in team rappresenta la tendenza organizzativa migliore per garantire la miglior cura, facilitare il percorso sia diagnostico sia terapeutico alle donne operate, migliorare il trasferimento di conoscenze (Journal of Clinical Oncology vol 22, pagg 3685-3693, 2004). Questa modalità operativa, non di facile attuazione, è vista con estremo favore da parte delle associazioni di donne; il Forum Italiano di EUROPA DONNA sta lavorando sul modello della Breast Unit in uno dei progetti che ha in corso d'opera, "La Carta delle Utenti".

Sopravvivenza da cancro della mammella in Romagna, Italia, ed Europa

Dino Amadori

Studio: Eurocare-2 (1999)

Tabella 1. Sopravvivenza (%) a 5 anni, corretta per età e mortalità da altre cause in Europa (1986-89)

I tre valori più alti in Europa

Svezia	81
Francia	80
Islanda	79

Italia (tutti i registri tumori) 77

Media Europea 72

I tre valori più bassi in Europa

Estonia	59
Polonia	58
Slovacchia	58

Studio: AIRT (2001)

Tabella 2. Sopravvivenza (%) a 5 anni, corretta per età e mortalità da altre cause in Italia (1986-89)

Romagna*	85
Parma	78
Torino	77
Firenze	77
Modena	75
Genova	75
Latina	72
Ragusa	68

* Forlì, Ravenna, Faenza

Tabella 3. Sopravvivenza (%) a 5 anni, corretta per età e mortalità da altre cause in Italia: variazione osservata tra il 1986-89 ed il 1990-94

	1986-89	1990-94	Variazione in %
Romagna	85	85	=
Parma	78	83	+5
Torino	77	80	+3
Firenze	77	83	+6
Modena	75	83	+8
Genova	75	81	+6
Latina	72	82	+10
Ragusa	68	70	+2

* Forlì, Ravenna, Faenza

Lo studio **EUROCARE-2** (Tabella 1) presentava dati nazionali. Per la sopravvivenza da cancro della mammella, l'Italia occupava un ranking elevato (mentre, per la maggior parte dei tumori, la sua posizione era prossima alla media europea).

Lo studio **AIRT** ha scorporato il dato della sopravvivenza nazionale in dati specifici per area geografica (Registro). Esso ha mostrato che (Tabella 2):

- vi era una notevole variabilità tra le popolazioni italiane,
- la sopravvivenza a 5 anni delle pazienti di Romagna era nettamente la più alta,
- confrontata con i dati Eurocare-2, la performance della Romagna era anche la più alta in Europa.

Negli anni '90, si è osservato un miglioramento della sopravvivenza in tutti i Registri Tumori italiani salvo quello della Romagna, che pure resta al vertice (Tabella 3). Questo indica che il modello "romagnolo" (ancora privo di screening di popolazione) era già stato sfruttato in tutte le sue potenzialità alla fine degli anni '80.

Gli altri registri si sono avvicinati, sia pure in ritardo. La variabilità complessiva tra i registri è diminuita, e sarebbe estremamente limitata (con valori compresi tra 80% e 85%) se non vi fosse il livello tuttora assai povero dell'Italia Meridionale. In pratica, si è verificata una **polarizzazione Nord-Sud** degli standard di diagnosi e trattamento del cancro della mammella.

Nello stesso arco di tempo, un **pattern molto simile** è stato osservato anche in Europa (studio **EUROCARE-3**):

- i valori medi (dell'Europa centrale e meridionale) sono migliorati in modo apprezzabile, avvicinandosi o uguagliando quelli più alti (del nord Europa),
- i valori più alti ed anche quelli più bassi (dell'Europa dell'Est) si sono mostrati stabili o solo in leggero aumento.

E' implicito che, su scala Europea, la Romagna conserva una posizione di eccellenza. Tuttavia, è l'Italia nel suo insieme che si è avvicinata a quella posizione (escludendo l'Italia Meridionale). Inoltre, il "vantaggio" della Romagna sul resto del continente (escludendo l'Europa dell'Est) è diminuito.

In Romagna, per ottenere un miglioramento significativo rispetto all'alto livello di sopravvivenza già raggiunto, era necessario un intervento potente: lo **screening mammografico**. Il programma di screening è stato sovrapposto ad una situazione che era già favorevole. La principale implicazione era che solo un programma di screening di elevata qualità poteva migliorare in modo sensibile e misurabile questa situazione.

Programma di screening mammografico di popolazione della Regione Emilia-Romagna

Dino Amadori

Caratteristiche generali

Inizio	1996-98. (secondo l'ASL)
Popol. bersaglio	530.000 donne 50-69 anni (media 1995-2004)
Test	Mammografia in 2 proiezioni
Intervallo	Biennale
Reclutamento	- <u>Lettera d'invito personale</u> (da elenchi anagrafici) - <u>Lettera di sollecito</u> in caso di non-risposta
Centri di screening	13 (uno per ASL), accreditati
Oneri per le donne	Tutte le procedure diagnostiche e terapeutiche previste dal protocollo sono <u>gratuite</u>
Monitoraggio e valutazione	<ol style="list-style-type: none">1. Dei risultati della procedura<ul style="list-style-type: none">- raccolta dati decentrata a livello di ASL- periodicità annuale- dati in formato standard- unità di valutazione presso la Regione E-R→ vedi <u>Risultati</u>2. Degli effetti a livello di popolazione (incidenza)<ul style="list-style-type: none">- Registri Tumori (>50% della Regione)- Registri di Patologia sul resto della Regione→ vedi <u>Effetto sull'incidenza</u>

Risultati

Sono stati portati a termine **2 round** di screening. Il terzo è in corso. I risultati del secondo round (concluso nel dicembre 2003) sono stati raccolti nell'autunno del 2004 (Tabella 1).

Tabella 1. Risultati del secondo round di screening

Donne che hanno partecipato	330.000 (62% popol. bersaglio)
Copertura*	67%
Mammografie inadeguate	0.3%
Tempi	
mammografia-risposta	<28 gg. per l'83% delle donne
mammografia-intervento chir.	<60 gg. per il 60% delle pazienti
Tasso di richiamo	4.6%
Tasso di risposta al richiamo	99%
Tasso di diagnosi (inv. + IS)	6.3 x1000 donne partecipanti
Valore predittivo positivo	75% delle donne biopsiate
Stadio	
Stadio 0-I	74% del totale invasivi + IS
<1 cm diametro	43% dei cancro invasivi

*Percentuale di donne residenti che eseguono una mammografia ogni 2 anni. E' la somma delle donne **che rispondono** all'invito e delle donne che **non sono invitate** perché si sottopongono **spontaneamente** a mammografia presso le strutture pubbliche

Nel giro di pochi anni, i trattamenti chirurgici sono stati fortemente influenzati dalla diffusione della tecnica del linfonodo sentinella, con una rapida evoluzione verso atteggiamenti ancora più conservativi di quelli osservati inizialmente.

Perciò, è opportuno valutare gli standard chirurgici nel programma di screening dell'Emilia-Romagna dal punto di vista dei mutamenti osservati **tra il primo round ed il terzo**, sia pure ancora non completato (Tabella 2).

Tabella 2. Modalità del trattamento chirurgico: variazioni osservate tra il primo ed il terzo round

Trattamento	I round	III round
Conservativo SENZA linfadenectomia	15%	43%
Conservativo CON linfadenectomia	60%	40%
Non conservativo	24%	17%
Non noto	1%	1%

La Tabella mostra che:

- l'83% di tutte le pazienti (incluso le malattie in stadio avanzato) sono trattate conservativamente,
- circa il 50% di queste sono trattate senza linfadenectomia.

I dati dell'Emilia-Romagna dimostrano che un programma di screening mammografico di popolazione, se ben organizzato, è in grado di **rispettare gli standard di qualità accettabili** indicati dagli organismi scientifici nazionali ed europei, cioè GISMA, Commissione Oncologica Nazionale, e Commissione Europea (Tabella 3).

Tabella 3. Confronto tra i risultati del programma di screening (secondo round) dell'Emilia-Romagna e gli standard accettabili

Indicatore	Livello accettabile	Regione E-R
Partecipazione	>60%	67%
Tasso di richiamo	<5%	4.6%
Tasso di diagnosi	>3,5 x1000	6.3 x1000
Valore predittivo positivo (della biopsia)	>67%	75%
Tasso di diagnosi tumori <1 cm	>1.5 x1000	2.3 x1000
% tumori con linfonodi negativi	>75%	75%
Tasso di risposta al richiamo	>95%	99%

Effetto sull'incidenza

La regione Emilia-Romagna è coperta dai Registri Tumori della Romagna (ASL di Forlì, Ravenna, Cesena, Rimini, e Imola), delle province di Ferrara, Modena, Reggio Emilia, e Parma. L'area metropolitana di Bologna è coperta da uno speciali registro della patologia mammaria.

Il numero medio annuo di casi di cancro della mammella registrati in Emilia-Romagna è attorno a 3600.

Un programma di screening **deve** determinare un aumento significativo dell'incidenza. Senza questo effetto, si potrebbe concludere che lo screening ha fallito il suo scopo immediato: quello di diagnosticare cancri precoci.

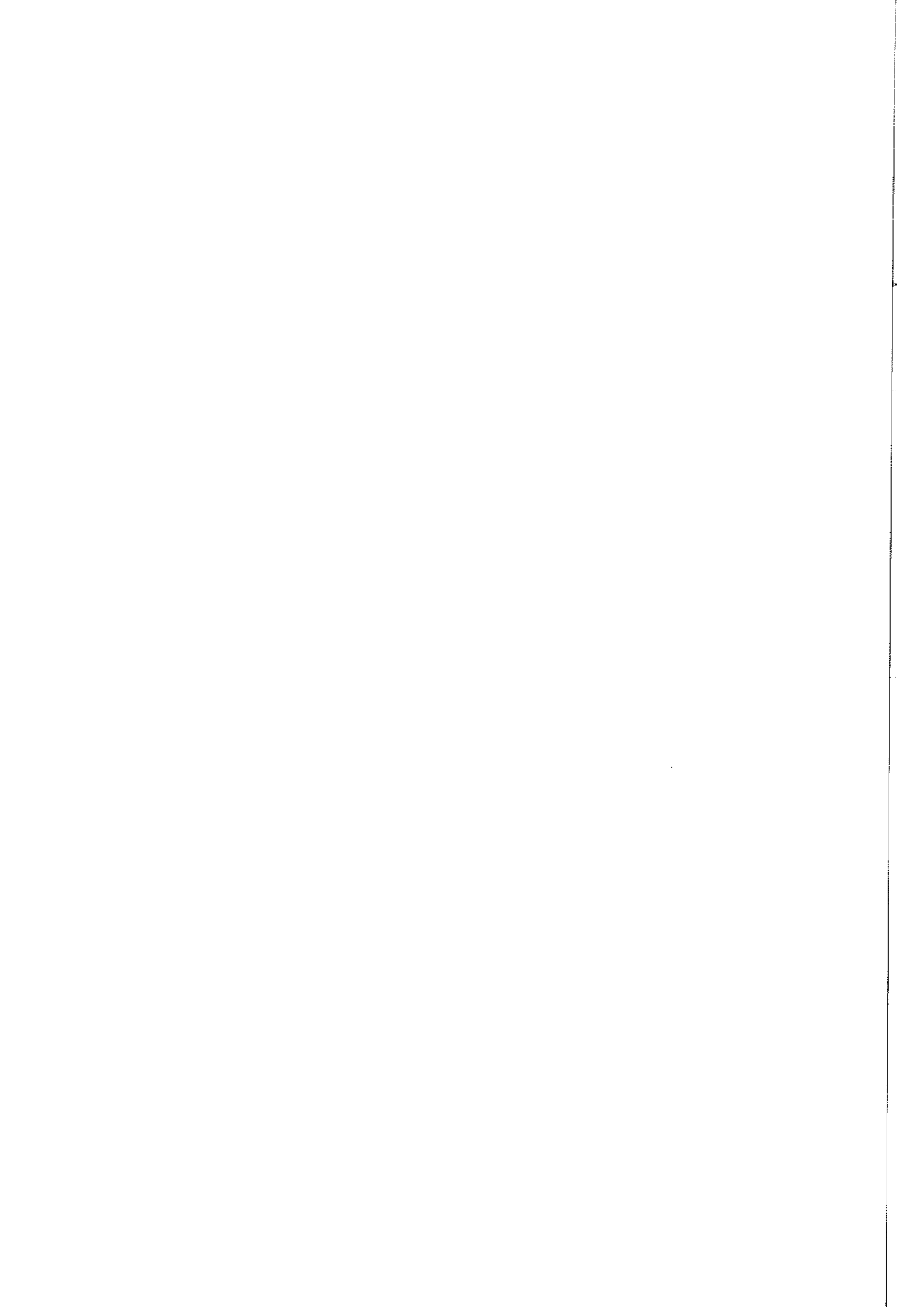
La valutazione dell'impatto sull'incidenza nel primo round del programma di screening dell'Emilia-Romagna è mostrata in Tabella 4.

Tabella 4. Effetto dello screening sull'incidenza di cancro della mammella nella popolazione femminile di 50-69 anni (periodo 1997-1999 vs. 1992-94)

	Rapporto tra l'incidenza nel 1997-99 e l'incidenza nel 1992-94
Tutti i casi	1.58 (1.53-1.64)
Diametro ≤ 20 mm	1.88 (1.81-1.96)
Diametro 21-50 mm	1.19 (1.10-1.29)
Diametro >50 mm	1.15 (0.98-1.35)

In Emilia-Romagna, l'incidenza del cancro della mammella nella fascia d'età 50-69 è aumentata del 58%. L'aumento è stato determinato in gran parte dall'aumento dei casi precoci (casi diagnosticati dallo screening): +88%.

DOCUMENTAZIONE FORNITA DAGLI AUDITI
NELLA SEDUTA DEL 16 FEBBRAIO 2005



The Role of Endogenous Hormones in the Etiology and Prevention of Breast Cancer

The Epidemiological Evidence

PAOLA MUTI

Department of Social and Preventive Medicine, University at Buffalo, State University of New York, Buffalo, New York 14214, USA

AU: We do not have references in the abstract, so the text has been repeated in the introduction with the references.

ABSTRACT: Breast cancer is the most common cause of cancer death in women worldwide. Rates vary about fivefold around the world, but they are increasing in regions that until recently had low rates of the disease. Despite the numerous uncertainties surrounding the etiology of breast cancer, intensive epidemiological, clinical, and genetic studies have identified a number of biologic and social traits as risk factors associated with it. Principal among them are the evidence of BRCA1 and BRCA2 susceptibility genes, familial history of breast cancer, age, higher socioeconomic status, ionizing radiation, tallness in adult life, alcohol consumption, and a variety of hormonal and metabolic factors. Among the hormonal influences, a relevant etiological function has been ascribed to unopposed exposure to elevated levels of estrogens and androgens. In addition, new epidemiological evidence indicates that among the metabolic factors, glucose metabolism, hyperinsulinemic insulin resistance, and insulin-like growth factor bioavailability may also play a role in breast cancer. These endocrine and metabolic factors may represent future targets for breast cancer prevention.

KEYWORDS: breast cancer; epidemiology; insulin-like growth factor; glucose metabolism

INTRODUCTION

Breast cancer is the most common cause of cancer death in women worldwide. Rates vary about fivefold around the world, but they are increasing in regions that until recently had low rates of the disease.¹⁻³ Despite the numerous uncertainties surrounding the etiology of breast cancer, intensive epidemiological, clinical, and genetic studies have identified a number of biologic and social traits as risk factors associated with breast cancer. Principal among them are the evidence of BRCA1 and BRCA2 susceptibility genes, familial history of breast cancer, age, higher socioeconomic status, ionizing radiation, tallness in adult life, alcohol consumption, and a variety of hormonal and metabolic factors.^{4,5} Among the hormonal influences, a relevant etiological function has been ascribed to unopposed exposure to elevated

Address for correspondence: Paola Muti, Department of Social and Preventive Medicine, 270 Farber Hall, 3435 Main Street, University at Buffalo, State University of New York, Buffalo, NY 14214. Voice: 716-829-2975; fax: 716-829-2979.
muti@buffalo.edu

Ann. N.Y. Acad. Sci. 1028: 1-10 (2004). © 2004 New York Academy of Sciences.
doi: 10.1196/annals.1322.031

levels of estrogens and androgens.⁴⁻⁷ In addition, new epidemiological evidence indicates that among the metabolic factors, glucose metabolism, hyperinsulinemic insulin resistance, and insulin-like growth factor bioavailability may also play a role in breast cancer. These endocrine and metabolic factors may represent future targets for breast cancer prevention.

In 1896, Beatson⁸ was the first to hypothesize the influence of ovarian activity on the formation and progression of breast cancer. At that time, these hormones were not known to be a unique class of substances. The first experimental proof of their presence in follicular liquids of a premenopausal ovary and their cancer promotion potential was shown more than 30 years later by Lacassagne.⁹ *In vitro* and *in vivo* studies using natural and/or synthetic sex steroid hormones demonstrated their potential in the formation and progression of benign and malignant tumors.^{10,11}

Epidemiological evidence of an association between sex steroid hormones and breast cancer risk based on retrospective study design, such as case-control studies, has been generally inconsistent. While the results were consistent across independent studies (although few of them) and supportive of the association of hormones and breast cancer, the findings were still compatible with the noncausal hypothesis that high hormone levels in breast cancer cases are due entirely or in part to the presence of the tumors or are a consequence of the disease. Because of the disease status effect on the endocrine or metabolic profile, this report describes only evidence from prospective cohort studies.

SEX HORMONES AND BREAST CANCER IN POSTMENOPAUSAL WOMEN

The hypothesis that cumulative exposure of breast tissue to ovarian hormones is one of the major determinants of breast cancer has existed for at least 30 years. Epidemiological evidence has corroborated the existence of the association in postmenopausal women. During the last 10 years, nine research groups have published results from prospective studies of endogenous hormones and breast cancer: Columbia, Missouri, USA;^{13,14} Guernsey, UK;¹⁵ Nurses' Health Study, USA;¹⁶ New York University Women's Health Study (NYU WHS), USA;^{17,18} Study of Hormones and Diet in the Etiology of Breast Tumors (ORDET), Italy;¹⁹ Rancho Bernardo, USA;^{20,21} Radiation Effects Research Foundation (RERF), Japan;²² Study of Osteoporotic Fractures (SOF), USA;²³ Washington County, USA.^{24,25} These studies, based on recruitment of thousands of healthy women and on their epidemiological surveillance, have indicated that high levels of estrogens and androgens precede the occurrence of breast cancer risk in postmenopausal women. A recent pooled analysis of these nine large prospective cohort studies has further supported the role of endogenous hormones in the etiology of breast cancer.²⁶

As reported in FIGURE 1, in the pooled analysis of the prospective studies examining risk by quintiles of hormone serum concentration, both estrogens and androgens were significantly associated with an increase in breast cancer risk, with evidence of a dose-response relationship. The relative risk for breast cancer for women in the highest quintile for estradiol compared with women in the lowest quintile was 2.00 (95% confidence interval 1.47-2.71). The relative risks in the highest quintile compared with the lowest quintile for the other estrogens and the androgens

were all approximately 2, and the highest relative risks were in the highest quintiles for free estradiol (relative risk 2.58 (1.76-3.78)) and non-hormone binding globulin (HBG)-bound estradiol (relative risk 2.39 (1.62-3.54)). For sex hormone binding globulin (SHBG), there was a significant inverse association with breast cancer risk (relative risk in top fifth 0.66 (0.43-1.00)).

Although the postmenopausal ovaries secrete a very small amount of estrogen, circulating estrogens in women after menopause are still produced through peripheral aromatization of the androgens, primarily androstenedione and testosterone. Thus, part of the etiological relation linking serum androgens to breast cancer could be explained by their aromatization into estrogens. In the pooled analysis, we separated the effect of androgens on breast cancer risk from the effect of estrogens by adjustment and stratification. We observed that the association between androgens and breast cancer held after adjustment for estrogens, indicating an independent effect of androgens on breast cancer risk.

Thus, results of this pooled analysis of the worldwide data from prospective studies have established not only that serum concentrations of endogenous sex hormones are precursors of breast cancer in postmenopausal women, but also that both estrogens and androgens are independently associated with the development of the disease through two possible independent pathways. While circulating estrogens may act directly on the breast tissue and breast cancer cells, the action of serum androgens may be mediated through their aromatization into estrogens within breast tissue and in breast cancer cells.²⁷

SEX HORMONES AND BREAST CANCER IN PREMENOPAUSAL WOMEN

The normal human ovaries produce all three classes of sex steroids: estrogens, progesterone, and androgens. All three have been considered in analytical studies on breast cancer etiology in premenopausal women.

Among the hormonal influences, a major role has been attributed to the unopposed exposure to elevated levels of estrogens. Various analytical studies on estrogens and breast cancer risk led to contradictory results irrespective of the type of estrogens they were analyzing.²⁸ Estradiol is by far the most potent and the highest concentrated naturally occurring estrogen in premenopausal women. Thus, epidemiological studies conducted in premenopausal women have usually focused on estradiol in their analysis. Prospective studies with information from premenopausal women reported higher follicular but lower luteal estradiol in premenopausal women who subsequently developed breast cancer than in a sample of cohort members of the Washington County prospective study chosen as controls.²⁵ The opposite had previously been found by Wysowski and colleagues²⁹ in the same cohort study. Rosenberg and colleagues³⁰ reported, in a case-control study nested in the New York University Women's Health Study, similar estradiol levels in breast cancer cases and controls (although further adjustments for stage of menstrual cycle at blood drawing suggested that estradiol was on average nonsignificantly higher in breast cancer cases). Kabuto and colleagues²² found in the prospective cohort study conducted in Japan higher levels of bioavailable estradiol in breast cancer cases than in controls.

Results from the prospective study conducted in the island of Guernsey (UK) by Tim Key and colleagues showed that premenopausal breast cancer cases excreted less estrogen than controls when estrogens were determined in urine³¹ and that estrogen levels were higher in breast cancer cases than in controls when the hormones were determined in blood, although the difference was small and not statistically significant.³² The number of breast cancer cases in those studies ranged between 22²⁵ and 79.³⁰ Several of those studies tried to control the ovarian phase variability using the time interval between the date at specimen collection and the date at the subsequent menstrual period either as a matching variable or variable to adjust for in the analysis.³⁰⁻³² On the contrary, Wysowski and colleagues²⁹ and Helzlsouer and colleagues²⁵ used the time interval between the date at the menstrual period preceding the blood collection and the date at blood drawing, while Kabuto and colleagues²² did not control for menstrual phase. Only Helzlsouer and colleagues²⁵ controlled for hormone circadian rhythm, matching the set of cases and controls on time-of-day at blood drawing (although no specification on this matching criterion was given). All determinations performed in blood used radioimmunoassay methods, although none specified whether the determinations were done using direct or indirect methods and single or duplicate assays. This information may have influenced the technical variability of the hormone determination and thus the precision of the observed risk estimates.

Almost all prospective studies analyzing the relation of breast cancer to endogenous androgens in premenopausal women showed a positive association of testosterone levels with risk. The only exception was Wysowski and colleagues,²⁹ who did not find differences in testosterone levels between breast cancer cases and controls in his nested case-control study. However, all observed risks were of low magnitude and not statistically significant.^{22,25,32}

During the menstrual cycle, progesterone, in conjunction with estrogens, regulates the functions of the sex organs. This hormone is important in preparing the uterus for implantation of the blastocyst and in maintaining pregnancy. In nonpregnant women, progesterone is secreted mainly during the luteal phase of the ovarian cycle by the corpus luteum, a yellow glandular mass in the ovary formed by an ovarian follicle following the discharge of its ovum.

Only a few prospective cohort studies have reported the association of luteal phase progesterone levels with subsequent breast cancer, and the number of cases was very small. Thomas and colleagues³² reported a 9% lower mean serum concentration of progesterone, measured in early luteal phase, in breast cancer cases than in controls (the study was based on 12 breast cancer cases). Wysowski and colleagues²⁹ found a 29% lower mean concentration of progesterone in breast cancer cases than in control subjects after matching time since last menstrual period (based on 17 breast cancer cases). Helzlsouer and colleagues,²⁵ on the contrary, reported a higher concentration of luteal phase progesterone in breast cancer cases, but the study was based on nine breast cancer cases only. None of these differences was statistically significant.

In summary, evidence derived from prospective cohort studies is consistent to some extent, at least for the association of androgens with breast cancer. However, the small number of breast cancer cases in these studies and the difficulty in controlling hormone variability over the ovarian cycle may weaken the strength of the observed association.

HYPERINSULINEMIC INSULIN RESISTANCE, INSULIN GROWTH FACTOR BIOAVAILABILITY, GLUCOSE METABOLISM, AND BREAST CANCER RISK

There is reason to believe that, in addition to the sex steroid hormones, insulin and insulin-like growth factor (IGF)-I and glucose metabolism may also play a role in breast cancer etiology. Insulin is a powerful mitogenic agent,³⁵ inducing a dose-dependent growth response in breast cancer cell lines acting via insulin receptor.³⁶ Moreover, insulin may also play a role in tumor promotion by upregulation of ovarian steroid secretion.³⁷ Overall, insulin stimulates androgen production in ovarian tissue samples in *in vitro* studies.³⁸⁻⁴⁰

Insulin-like growth factor I is a small peptide (about 7500 Da) with a significant structural homology with proinsulin and insulin;⁴¹ it is highly regulated by growth hormone (GH).⁴² Despite their distinct immunological difference, IGFs and insulin share not only important similarities in their structure, their receptors, and their signaling pathways—which determine their biological actions—but they also have a common ancestor, possibly an old serine protease.⁴³ The ancestor molecule may have stimulated cell and tissue growth after food intake, and this function probably included some “insulin-like activity.” The latter seems to have been refined by the emergence of proinsulin, whereas growth promoting activity has been preserved mostly in the IGFs. Thus, despite the divergence of their biological functions and their refinement and adaptation to specific purposes, insulin and IGFs share some functions: IGFs respond to hyperglycemic stimulus and exert acute effects on metabolism, and insulin is able to stimulate growth.^{44,45} IGF-I stimulates multiple cellular responses that are related to growth, including synthesis of DNA, RNA, and cellular proteins.⁴⁶ IGF-I has well-documented effects on cell proliferation, and, similarly to insulin, IGF-I has been shown to inhibit programmed cell death (apoptosis).⁴²⁻⁴⁹ Furthermore, in breast cancer cell lines, concentrations of insulin and IGF-I receptors are increased.^{50,51} The biological activity of IGF-I within tissues, including breast epithelium, is regulated by a family of major plasmatic binding proteins (IGFBPs) and partially also by the local production of IGF-I and IGFBPs within tissues.^{42,52,53} At least seven different IGFBPs have been identified so far, but only three of these (IGFBP 1, 2, and 3) are found at significant levels in blood. More than 90% of IGF-I is bound with IGFBP-3 plus another glycoprotein, called acid-labile subunit (ALS). Most of the remaining fraction is bound to the smaller binding proteins IGFBP-1 and IGFBP-2. A decrease in plasma IGFBP-3, with a transfer of IGF-I to IGFBP-1 or IGFBP-2, may result in greater IGF-I availability to its tissue receptors, as the large IGF-I/IGFBP-3/ALS complex cannot pass through the capillary barrier to target tissues, while the smaller complexes of IGF-I with IGFBP-1 or IGFBP-2 can.^{42,53}

There is increasing evidence that IGF-I is also a direct modulator of the formation and biological availability of ovarian steroid hormones. IGF-I has been shown to share with insulin the function of upregulating the secretion of sex steroid hormones and of increasing their bioactivity through the inhibition of SHBG secretion in the liver.⁵⁴⁻⁵⁶

There is consistent prospective epidemiological evidence of a close association between IGF-I and breast cancer risk, however more often in premenopausal than postmenopausal women.⁵⁷⁻⁶⁰ To date, three prospective studies have been conducted on serum insulin or C-peptide and breast cancer risk.^{58,59,61} No evidence for a

positive association between C-peptide and breast cancer was found by Jernström and colleagues in older postmenopausal women;⁶¹ however, the study was limited by the small sample of breast cancer cases included in the analysis (45 breast cancer cases). Toniolo and colleagues⁵⁸ reported a positive association of C-peptide with premenopausal and postmenopausal breast cancer risk that was not statistically significant. Nonfasting condition at blood collection for these studies may, at least in part, explain the weakness of the observed association. In our recently published analysis,⁵⁹ using a nested case-control study in the ORDET prospective cohort, we observed a 70% relative risk increase for breast cancer in the two highest quartiles of fasting insulin levels; however, all the confidence intervals included unity.

Glucose may play a direct role in the development of breast cancer by favoring the "selection" of malignant cell clones.⁶² Neoplastic cells have been shown to extensively utilize glucose for proliferation.⁶² Increased metabolism of glucose toward the pentose phosphate pathways is one of the central metabolic characteristics of malignant tissues.⁶²

In our abovementioned study,⁵⁹ we also analyzed the hypothesis that serum fasting glucose is associated with breast cancer. In premenopausal women, glucose was strongly and significantly associated with breast cancer risk: the age, body mass index (BMI), and reproductive variable adjusted relative risk (RR) for the highest quartile of serum glucose versus the lowest was 2.8 [95% confidence interval (CI) 1.2-6.5], *P* for trend 0.02.

CONCLUSIONS

Breast cancer incidence rates are higher in Western countries than in Africa or Asia. Although both genetic and environmental factors may explain the large geographic variation in incidence rates, studies on migrants who moved from countries characterized by low incidence (e.g., Japan) to countries with higher incidence (e.g., the United States and Italy) showed a significant increase in breast cancer incidence in individuals that migrate in comparison with their peers in the countries of origin. This evidence suggests that environmental factors play a significant role in breast cancer development. In countries with high breast cancer incidence rates, lifestyle is characterized by an energy-dense diet rich in total and saturated fat and refined carbohydrates, and by low physical activity. A sedentary life and a high-fat, low-complex-carbohydrate diet have been associated with impaired glucose metabolism, hyperinsulinemic insulin resistance, and elevated serum levels of androgens and estrogens, the metabolic and endocrine patterns previously described to be associated to breast cancer risk. Hormones and metabolic factors therefore, might represent a possible etiological linkage between lifestyle characteristics and breast cancer.

Recent studies have observed the efficacy of changes in diet and in lifestyle in improving insulin sensitivity and reducing the availability of sex hormones.⁶³⁻⁷³ These studies may indicate possible strategies for future breast cancer prevention.

REFERENCES

1. INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. 1987. Overall evaluations of carcinogenicity: an updating of IARC monograph volumes 1 to 24. IARC Monogr. Eval. Carcinog. Risks Hum. Suppl. 7: 272-310. Lyon, France.

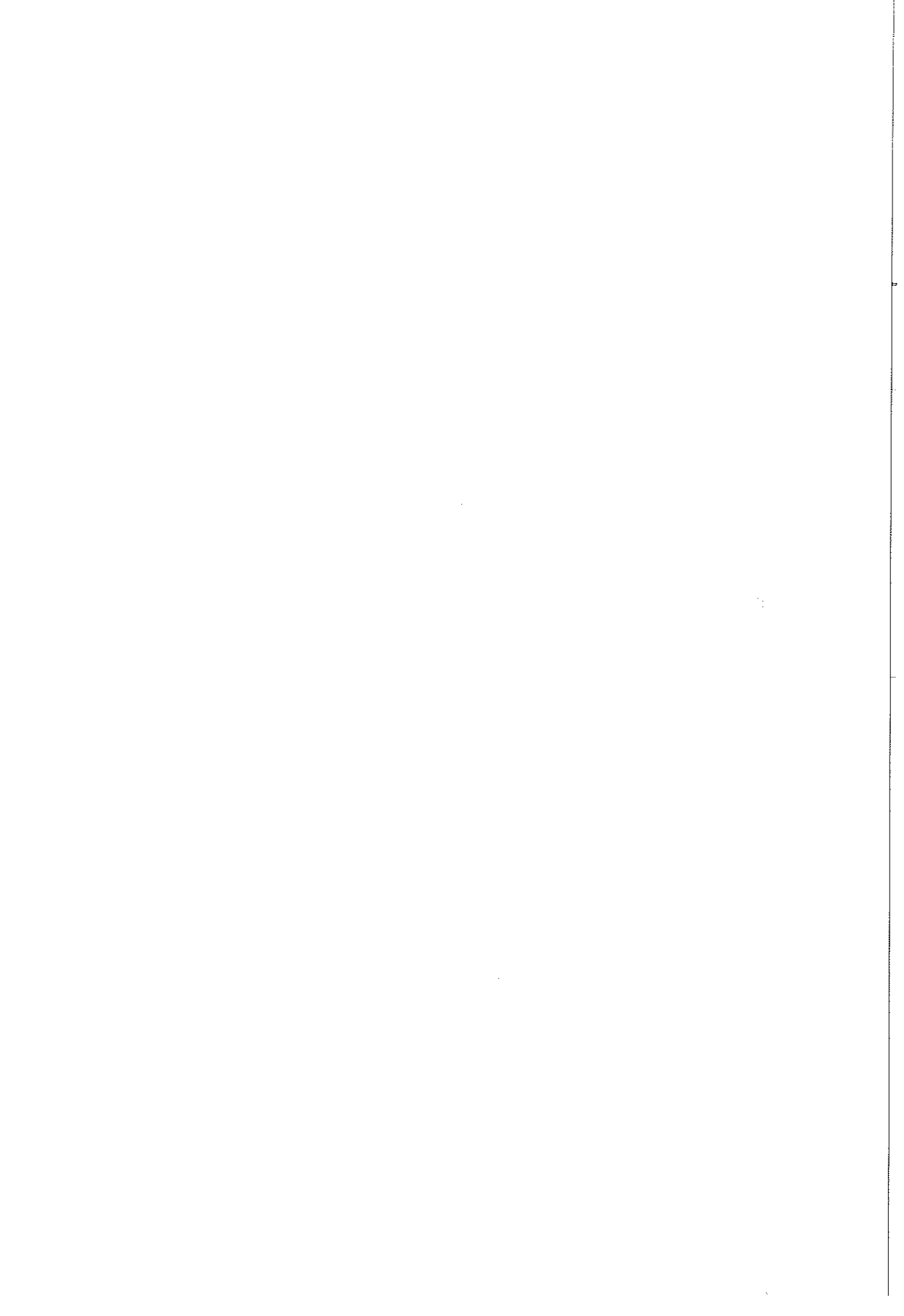
2. LANDIS, S.H., T. MURRAY, S. BOLDEN, *et al.* 1999. Cancer statistics, 1999. *CA Cancer J. Clin.* **49**: 8-31.
3. METTLIN, C. 1999. Global breast cancer mortality statistics, 1999. *CA Cancer J. Clin.* **49**: 138-144.
4. BERNSTEIN, L. & D. ROSS. 1993. Endogenous hormones and breast cancer risk. *In Epidemiologic Reviews—Breast Cancer*. J.L. Kelsey, Ed.: 48-65. John Hopkins University School of Hygiene and Public Health. Baltimore, MD.
5. RUSSO, J., Y.F. HU, X. YANG & I.H. RUSSO. 2000. Developmental, cellular, and molecular basis of human breast cancer. *J. Natl. Cancer Inst. Monogr.* **27**: 17-37.
6. SECRETO, G., C. RECCHIONE, G. FARISELLI & S. DI PIETRO. 1984. High testosterone and low progesterone circulating levels in premenopausal patients with hyperplasia and cancer of the breast. *Cancer Res.* **44**: 841-844.
7. SECRETO, G., P. TONIOLO, P. PISANI, *et al.* 1989. Androgens and breast cancer in premenopausal women. *Cancer Res.* **49**: 471-476.
8. BEATSON, G.T. 1896. On the treatment of inoperable cases of carcinoma of the mamma: suggestions for a new method of treatment with illustrative cases. *Lancet* **2**: 104-207.
9. LACASSAGNE, A. 1932. Apparition de cancers de la mammelle chez la souris male, soumise à des injections de folliculine. *C.R. Acad. Sci.* **195**: 630-632.
10. INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. 1997. IARC Cancer Incidence in Five Continents, Vol. VII. D.M. Parlin, J. Whelan, L. Ferlay, *et al.*, Eds. IARC Scientific Publications.
11. CAVALIERI, E., K. FRENKEL, J.G. LIEHR & R.D. ROGAN. 2000. Estrogens as endogenous genotoxic agents—DNA adducts and mutation. *J. Natl. Cancer Inst. Monogr.* **27**: 75-94.
12. FLÖLOTTO, T., S. DJAHANSOUZI, M. GLÄSER, *et al.* 2001. Hormones and hormones antagonists: mechanism of action in carcinogenesis of endometrial and breast cancer. *Horm. Metab. Res.* **33**: 451-457.
13. DORGAN, J.F., C. LONGCOPE, H.E. STEPHENSON, JR., *et al.* 1996. Relation of prediagnostic serum estrogen and androgen levels to breast cancer risk. *Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev.* **5**: 533-539.
14. DORGAN, J.F., F.Z. STANCZYK, C. LONGCOPE, *et al.* 1997. Relationship of serum dehydroepiandrosterone (DHEA), DHEA sulfate, and 5-androstene-3 β ,17 β -diol to risk of breast cancer in postmenopausal women. *Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev.* **6**: 177-181.
15. THOMAS, H.V., T.J. KEY, D.S. ALLEN, *et al.* 1997. A prospective study of endogenous serum hormone concentrations and breast cancer risk in postmenopausal women on the island of Guernsey. *Br. J. Cancer* **76**: 401-405.
16. HANKINSON, S.E., W.C. WILLETT, J.E. MANSON, *et al.* 1998. Plasma sex steroid hormone levels and risk of breast cancer in postmenopausal women. *J. Natl. Cancer Inst.* **90**: 1292-1299.
17. TONIOLO, P.G., M. LEVITZ, A. ZELENIUCH-JACQUOTTE, *et al.* 1995. A prospective study of endogenous estrogens and breast cancer in postmenopausal women. *J. Natl. Cancer Inst.* **87**: 190-197.
18. ZELENIUCH-JACQUOTTE, A., P.F. BRUNING, J.M.G. BONFRER, *et al.* 1997. Relation of serum levels of testosterone and dehydroepiandrosterone sulfate to risk of breast cancer in postmenopausal women. *Am. J. Epidemiol.* **145**: 1030-1038.
19. BERRINO, F., P. MUTI, A. MICHELI, *et al.* 1996. Serum sex hormone levels after menopause and subsequent breast cancer. *J. Natl. Cancer Inst.* **88**: 291-296.
20. BARRETT-CONNOR, E., N.J. FRIEDLANDER & K-T. KHAW. 1990. Dehydroepiandrosterone sulfate and breast cancer risk. *Cancer Res.* **50**: 6571-6574.
21. GARLAND, C.F., N.J. FRIEDLANDER, E. BARRETT-CONNOR & K-T. KHAW. 1992. Sex hormones and postmenopausal breast cancer: a prospective study in an adult community. *Am. J. Epidemiol.* **135**: 1220-1230.
22. KABUTO, M., S. AKIBA, R.G. STEVENS, *et al.* 2000. A prospective study of estradiol and breast cancer in Japanese women. *Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev.* **9**: 575-579.
23. CAULEY, J.A., F.L. LUCAS, L.H. KULLER, *et al.* (for the Study of Osteoporotic Fractures Research Group) 1999. Elevated serum estradiol and testosterone concentrations are associated with a high risk for breast cancer. *Ann. Intern. Med.* **130**: 270-277.

24. GORDON, G.B., T.L. BUSH, K.J. HELZLSOUER, *et al.* 1990. Relationship of serum levels of dehydroepiandrosterone and dehydroepiandrosterone sulfate to the risk of developing postmenopausal breast cancer. *Cancer Res.* **50**: 3859-3862.
25. HELZLSOUER, K.J., A.J. ALBERG, T.L. BUSH, *et al.* 1994. A prospective study of endogenous hormones and breast cancer. *Cancer Detect. Prev.* **18**: 79-85.
26. ENDOGENOUS HORMONES AND BREAST CANCER COLLABORATIVE GROUP. Breast cancer and endogenous sex hormones in postmenopausal women: a collaborative re-analysis of data on 650 cases and 1700 controls from nine prospective studies. *J. Natl. Cancer Inst.* Manuscript in preparation.
27. JAMES, V.H., J.M. MCNEILL, L.C., LAI, *et al.* 1987. Aromatase activity in normal breast and breast tumor tissues: *in vivo* and *in vitro* studies. *Steroids* **50**: 269-279.
28. BERRINO, F. & P. MUTI. 1988. Overview of the etiological hypotheses linking endogenous steroid hormones and breast cancer. *In* Diet, Hormones and Cancer: Methodological issues for prospective studies. E. Riboli & R. Saracci, Eds. IARC Technical Report No. 4. IARC Scientific Publications.
29. WYSOWSKI, D.K., G.W. COMSTOCK, K.J. HELSING & H.L. LAU. 1987. Sex hormone levels in serum in relation to the development of breast cancer. *Am. J. Epidemiol.* **125**: 791-799.
30. ROSEMBERG, C.R., B.S. PASTERNAK, R.E. SHORE, *et al.* 1994. Premenopausal estradiol levels and the risks of breast cancer: a new method of controlling for day of the menstrual cycle. *Am. J. Epidemiol.* **140**: 518-525.
31. KEY, T.J.A., D.Y. WANG, J.B. BROWN, *et al.* 1996. A prospective study of urinary oestrogen excretion and breast cancer risk. *Br. J. Cancer* **73**: 1615-1619.
32. THOMAS, H.V., T.J. KEY, J.W. MOORE, *et al.* 1997. A prospective study of endogenous serum hormone concentrations and breast cancer risk in premenopausal women on the island of Guernsey. *Br. J. Cancer* **75**: 1075-1079.
33. KELSEY, J.L., M.D. GAMMON & E.M. JOHN. 1993. Reproductive factors and breast cancer. *Epidemiol. Rev.* **15**: 36-47.
34. CATT, K.J. & M.L. DUFAY. 1991. Gonadotropic hormones: biosynthesis secretion, receptors, and action. *In* Reproductive Endocrinology. S.S. Yen & R.B. Jaffe, Eds.: 105-155. Saunders, Philadelphia.
35. MILAZZO, G., F. GIORGINO, F. DAMANTE, *et al.* 1992. Insulin receptor expression and function in human breast cancer cell lines. *Cancer Res.* **52**: 3924-3930.
36. CULLEN, K.J., D. YEE, W.S. SLY, *et al.* 1990. Insulin like growth factor receptor expression and function in human breast cancer. *Cancer Res.* **50**: 48-53.
37. OSBORNE, C.K., D.R. CLEMMONS & C.I. ARTEAGA. 1990. Regulation of breast cancer growth by insulin-like growth factors. *J. Steroid Biochem. Mol. Biol.* **37**: 805-809.
38. CARA, J.F. 1994. Insulin-like growth factors, insulin-like growth factor binding proteins and ovarian androgen production. *Horm. Res.* **42**: 49-54.
39. BARBIERI, R.L., A. MAKRISS & K.J. RYAN. 1984. Insulin stimulates androgen accumulation in incubations of human ovarian stroma and theca. *Obstet. Gynecol.* **64**: 73S-80S.
40. NESTLER, J.E. & D.J. JAKUBOWICZ. 1996. Decreases in ovarian cytochrome P450c17 alpha activity and serum free testosterone after reduction of insulin secretion in polycystic ovary syndrome [see comments]. *N. Engl. J. Med.* **335**: 617-623.
41. LEWITT, M.S. 1994. Role of the insulin-like growth factors in the endocrine control of glucose homeostasis. *Diabetes Res. Clin. Pract.* **23**: 3-15.
42. JONES, J.I. & D.R. CLEMMONS. 1995. Insulin-like growth factors and their binding proteins: biological actions. *Endocr. Rev.* **16**: 3-34.
43. RINDERKNECHT, E. & R.E. HUMBEL. 1978. Primary structure of human insulin-like growth factor II. *FEBS Lett.* **89**: 283-286.
44. SALTER, J. & C.H. BEST. 1953. Insulin as a growth hormone. *Br. Med. J.* (Aug. 15): 353-358.
45. ZAFF, J. 1997. The IGF-insulin relationship. *J. Pediatr. Endocrinol. Metabol.* **10**: 87-95.
46. CLEMMONS, D.R. & L.E. UNDERWOOD. 1991. Nutritional regulation of IGF-I and IGF binding proteins. *Ann. Rev. Nutr.* **11**: 393-412.
47. WERNER, H. & D. LEROITH. 1996. The role of the insulin-like growth factor system in human cancer. *Adv. Cancer Res.* **68**: 183-223.

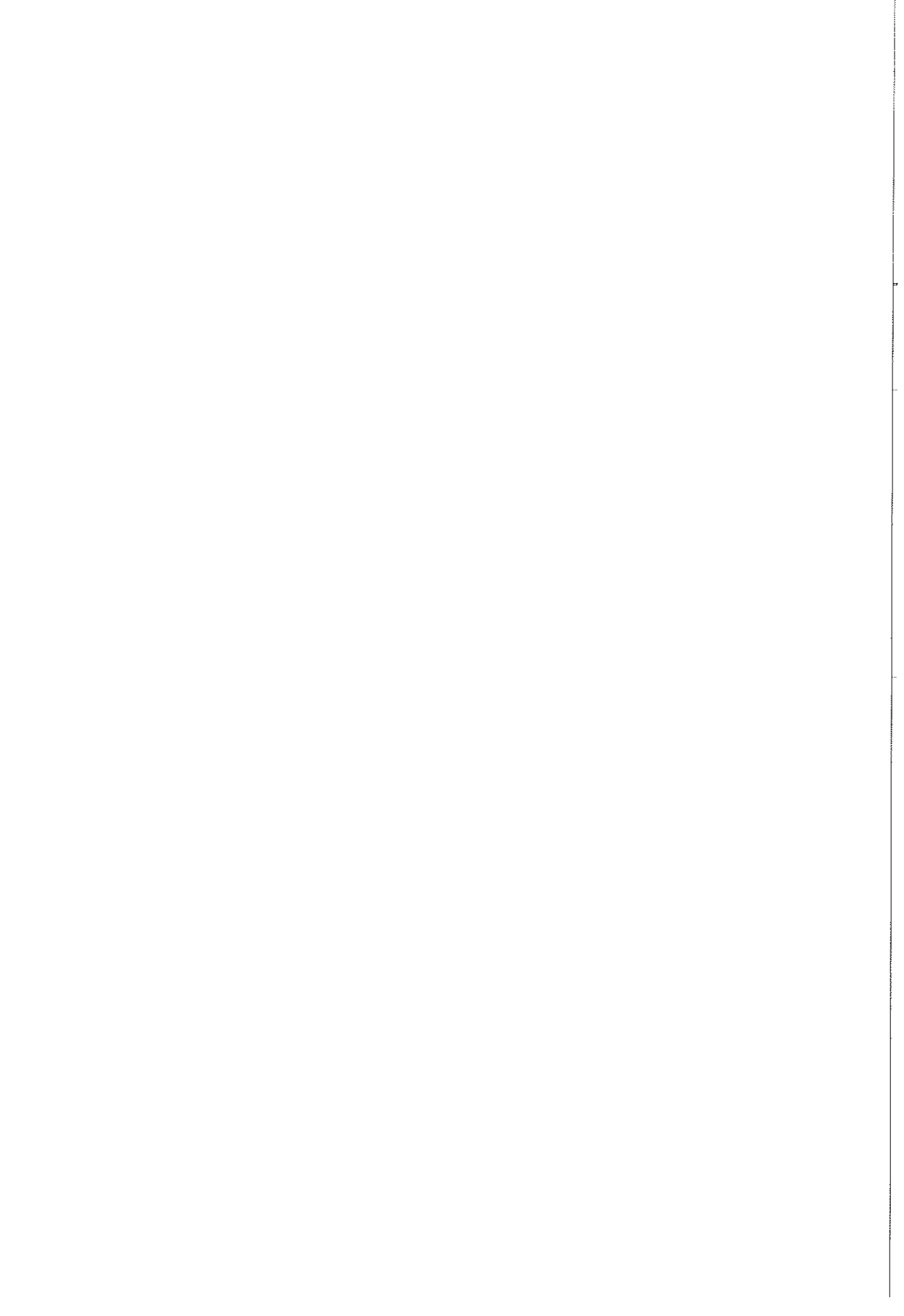
48. STEWART, C.E. & P. ROTWEIN. 1996. Growth, differentiation, and survival: multiple physiological functions for insulin-like growth factors. *Physiol. Rev.* **76**: 1005-1026.
49. DICKSON, R.B. & M.E. LIPPMAN. 1995. Growth factors in breast cancer. *Endocr. Rev.* **16**: 559-589.
50. BASERGA, R. 1995. The insulin-like growth factor I receptor: a key to tumor growth? *Cancer Res.* **55**: 249-252.
51. BERNS, E.M., J.G. KLIJN, S.I. VAN, *et al.* 1992. Sporadic amplification of the insulin-like growth factor I receptor gene in human breast tumors. *Cancer Res.* **52**: 1036-1039.
52. TRISSEN, J.P., J.M. KETELSLEGGERS & L.E. UNDERWOOD. 1994. Nutritional regulation of the insulin-like growth factors. *Endocr. Rev.* **15**: 80-101.
53. BAXTER, R.C. & J.R. TURTLE. 1978. Regulation of hepatic growth hormone receptors by insulin. *Biochem. Biophys. Res. Commun.* **84**: 350-357.
54. PLYMATE, S.R., R.E. JONES, L.A. MATEJ & K.E. FRIEDL. 1988. Regulation of sex hormone binding globulin (SHBG) production in Hep G2 cells by insulin. *Steroids* **52**: 339-340.
55. CRAVE, J.C., H. LEJEUNE, C. BREBANT, *et al.* 1995. Differential effects of insulin and insulin-like growth factor I on the production of plasma steroid-binding globulins by human hepatoblastoma-derived (Hep G2) cells. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* **80**: 1283-1289.
56. STEIN, P., L.E. BUSSMANN & M. TESONE. 1995. *In vivo* regulation of the steroidogenic activity of rat luteal cells by insulin. *J. Steroid Biochem. Mol. Biol.* **52**: 329-335.
57. HANKINSON, S.E., W.C. WILLETT, G.A. COLDITZ, *et al.* 1998. Circulating concentrations of insulin-like growth factor-I and risk of breast cancer. *Lancet* **351**: 1393-1396.
58. TONIJOLO, P., P.F. BRUNING, A. AKHMEDKHANOV, *et al.* 2000. Serum insulin-like growth factor-I and breast cancer. *Int. J. Cancer* **88**: 828-832.
59. MUTI, P., T. QUATTRIN, B. GRANT, *et al.* 2002. Fasting glucose, insulin and insulin-like growth factor (IGF)-I pattern in relation to breast cancer risk: a prospective study. *Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev.* **11**: 1361-1366.
60. KRAJCIK, R.A., N.D. BOROFKY, S. MASSARDO & N. ORENTREICH. 2002. Insulin-like growth factor I (IGF), IGF-binding proteins, and breast cancer. *Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev.* **11**: 1566-1573.
61. JERNSTRÖM, H., C. DEAL, F. WILKIN, *et al.* 2001. Genetic and nongenetic factors associated with variation of plasma levels of insulin-like growth factor-I and insulin-like growth factor-binding protein-3 in healthy premenopausal women. *Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev.* **10**: 377-384.
62. WARBURG, O. 1956. On the origin of cancer cells. *Science* **123**: 309-314.
63. BERRINO, F., C. BELLATI, G. SECRETO, *et al.* 2001. Reducing bioavailable sex hormones through a comprehensive change in diet: the Diet and Androgens (DIANA) Randomized Trial. *Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev.* **10**: 25-33.
64. ROSE, D.P., J.M. CONNOLLY, R.T. CHLEBOWSKI, *et al.* 1993. The effects of a low-fat dietary intervention and tamoxifen adjuvant therapy on the serum estrogen and sex hormone-binding globulin concentrations of postmenopausal breast cancer patients. *Breast Cancer Res. Treat.* **27**: 253-262.
65. SCHAEFER, E.J., A.H. LICHTENSTEIN, S. LAMON-FAVA, *et al.* 1995. Body weight and low-density lipoprotein cholesterol changes after consumption of a low-fat ad libitum diet. *J. Am. Med. Assoc.* **274**: 1450-1455.
66. SHAH, M., P. MCGOVERN, S. FRENCH & J. BAXTER. 1994. Comparison of a low-fat, ad libitum complex-carbohydrate diet with a low-energy diet in moderately obese women. *Am. J. Clin. Nutr.* **59**: 980-984.
67. GRENMAN, S., T. RONNEMAA, K. IRJALA, *et al.* 1986. Sex steroid, gonadotropin, cortisol, and prolactin levels in healthy, massively obese women: correlation with abdominal fat cell size and effect of weight reduction. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* **63**: 1257-1261.
68. SVENDSEN, O.L., C. HASSAGER & C. CHRISTIANSEN. 1995. The response to treatment of overweight in postmenopausal women is not related to fat distribution. *Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord.* **19**: 496-502.

69. KIDDY, D.S., D. HAMILTON-FAIRLEY, M. SEPPALA, *et al.* 1989. Diet-induced changes in sex hormone binding globulin and free testosterone in women with normal or polycystic ovaries: correlation with serum insulin and insulin-like growth factor-I. *Clin. Endocrinol.* **31**: 757-763.
70. GUZICK, D.S., R. WING, D. SMITH, *et al.* 1994. Endocrine consequences of weight loss in obese, hyperandrogenic, anovulatory women. *Fertil. Steril.* **61**: 598-604.
71. CRAVE, J.C., S. FIMBEL, H. LEJEUNE, *et al.* 1995. Effects of diet and metformin administration on sex hormone-binding globulin, androgens, and insulin in hirsute and obese women. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* **80**: 2057-2062.
72. O'DEA, J.P., R.G. WIELAND, M.C. HALLBERG, *et al.* 1979. Effect of dietary weight loss on sex steroid binding sex steroids, and gonadotropins in obese postmenopausal women. *J. Lab. Clin. Med.* **93**: 1004-1008.
73. BATES, G.W. & N.S. WHITWORTH. 1982. Effect of body weight reduction on plasma androgens in obese, infertile women. *Fertil. Steril.* **38**: 406-409.
74. INGRAM, D.M., F.C. BENNETT, D. WILLCOX & N. DE KLERK. 1987. Effect of low-fat diet on female sex hormone levels. *J. Natl. Cancer Inst.* **79**: 1225-1229.
75. PRENTICE, R., D. THOMPSON, C. CLIFFORD, *et al.* 1990. Dietary fat reduction and plasma estradiol concentration in healthy postmenopausal women. The Women's Health Trial Study Group. *J. Natl. Cancer Inst.* **82**: 129-134.

DOCUMENTAZIONE ACQUISITA DURANTE
I SOPRALLUOGHI DELLA COMMISSIONE

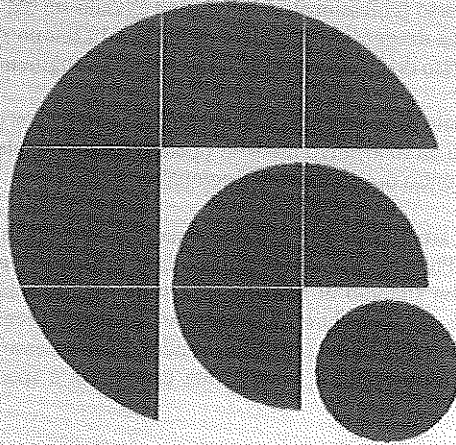


Policlinico di Bari





Regione Puglia



Servizio Autonomo Radiologia ad Indirizzo Senologico

SARIS

Servizio Autonomo di Radiologia ad Indirizzo Senologico -SARIS

Il Servizio Autonomo di Radiologia ad Indirizzo Senologico dell' A.O. Policlinico (SARIS), è diretto dal Prof. Vincenzo Lattanzio.

Nato nel giugno 1992, come prima struttura Radiologica "Autonoma" istituzionalmente dedicata (per personale, attrezzature ed attività) alla **Diagnostica Senologica**, ha rappresentato il punto di arrivo di un percorso professionale e scientifico avviato fin dal 1975, con l'obiettivo di assicurare alla paziente una **diagnosi affidabile e definitiva in tempo reale**, senza costringerla a consulti molteplici e spesso difforni, evitando il rischio di incongruenze e ritardi diagnostici.

Questa struttura, interamente rinnovata e significativamente ampliata si propone oggi all'utenza, dopo undici anni, secondo un innovativo modello operativo e gestionale e con la responsabilità di coordinamento quale Centro di Riferimento Regionale.

L'attività del Servizio si articola su due percorsi operativi, distinti ma sinergici. Il **percorso preventivo**, di Diagnosi Precoce, per donne senza alcun sintomo. Il **percorso di diagnostica clinica**, per le pazienti con sintomo di malattia. A queste ultime, contestualmente alla visita, vengono assicurate tutte le procedure diagnostiche standard necessarie - *mammografia, ecografia, citologia*- oltre quelle interventistiche, condotte dallo stesso specialista radiologo in equipe con il personale paramedico, di comprovata esperienza e specificamente formato per questa attività.

All'avanguardia per **metodologie ed apparecchiature** il SARIS (tra i primi centri in Italia ad introdurre nella pratica clinica il MAMMOTOME, sistema di biopsia microinvasiva in regime ambulatoriale, in grado di assicurare una diagnosi istologica definitiva evitando l'intervento chirurgico), dispone oggi di attrezzature di ultimissima generazione che rappresentano il meglio dell'attuale tecnologia disponibile.

In particolare, il "parco" macchine è costituito da **cinque mammografi**, di cui quattro analogici ed uno digitale a campo pieno, **quattro ecografi** e **due sistemi di biopsia mini-invasiva (ecografico e stereotassico)**

Tutte le apparecchiature sono sottoposte regolarmente a Programma di controlli di qualità.

La nuova sede del SARIS si estende per una **superficie di 1200 mq su due livelli**, e rappresenta attualmente la maggiore struttura di Diagnostica Senologica in Italia e sicuramente una delle più significative in Europa.

Al **piano inferiore** sono situate **due aree diagnostiche complete** (mammo- ecografiche) e distinte per i primi esami e per i controlli delle pazienti già seguite presso il Centro. Ciascuna delle suddette aree è stata fornita di relativa accettazione e sala d'attesa al fine di assicurare la migliore funzionalità del flusso operativo.

In un'area contigua sono allocate la **Banca Dati del Progetto Regionale**, con il Registro di Patologia Mammaria e la **Sala per gli incontri multidisciplinari** con specialisti di diverse branche.

Al **piano superiore**, oltre agli spazi riservati alla **Direzione** e al **Laboratorio Informatico**, dove viene preparato ed elaborato il materiale didattico e scientifico del SARIS, sono state previste un'area esclusivamente dedicata alla **Diagnostica Interventistica** fornita di sofisticate apparecchiature tra le quali ricordiamo il tavolo stereotassico digitale Fischer con il sistema per

biopsie con aspirazione forzata Mammotome ,e l'Area Didattica con un'aula attrezzata con i più recenti sistemi multimediali e due aulette per workshop interattivi.

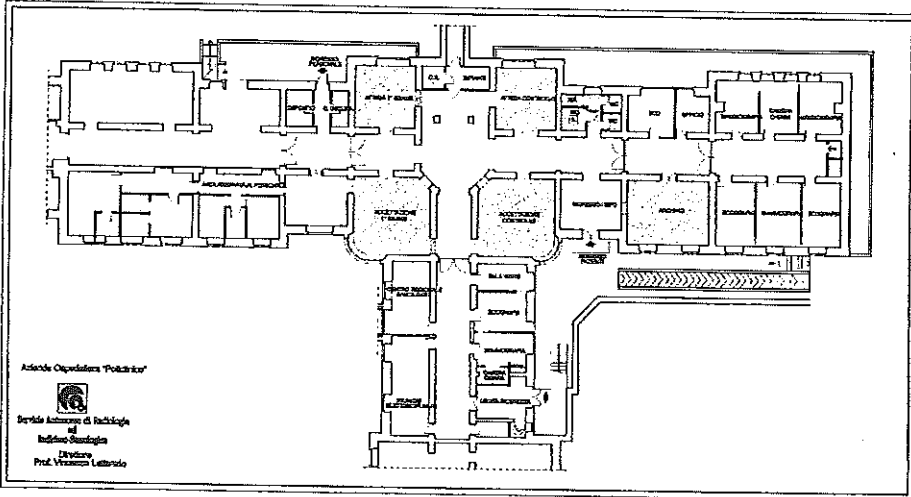
La logistica e gli arredi sono stati studiati per mettere a proprio agio e infondere la massima tranquillità possibile alle pazienti.

Dal 1999, il SARIS è Centro di Riferimento Regionale per la diagnostica Senologica.

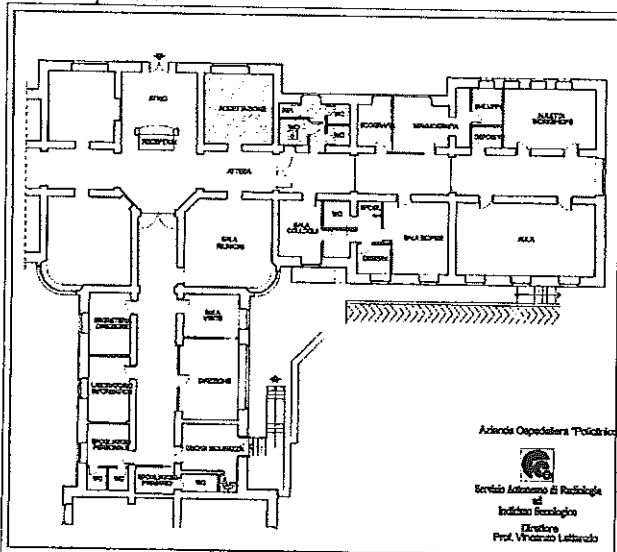
Ogni aspetto del Centro, oggi, è il distillato di quasi 30 anni di esperienza ad alto livello nella diagnostica della patologia mammaria.

PIANTA DEL NUOVO S.A.R.I.S.

Piano inferiore



Piano superiore



PERSONALE SERVIZIO AUTONOMO RADIOLOGIA AD INDIRIZZO SENOLOGICO

SARIS

DIRETTORE: Prof. Vincenzo Lattanzio

DIRIGENTI MEDICI I LIVELLO:

Dott. ssa Giovanna Cassandro

Dott. ssa Angela Maria Guerrieri

Dott. Pietro Monno

Dott. Paolo Salatino

TECNICI SANITARI DI RADIOLOGIA:

Sig. Gabrio Bolsi

Sig. Pietro Cantore

Sig.ra Gaetana Ciaccia

Sig. Rocco Fasano

Sig.ra Rosa Matera

COADIUTORE AMMINISTRATIVO: Dr. Michele Berardi

INFERMIERE PROFESSIONALI:

Sig.ra Fortuna Bruni

Sig.ra Antonella Colella

Sig.ra Rosa Colella

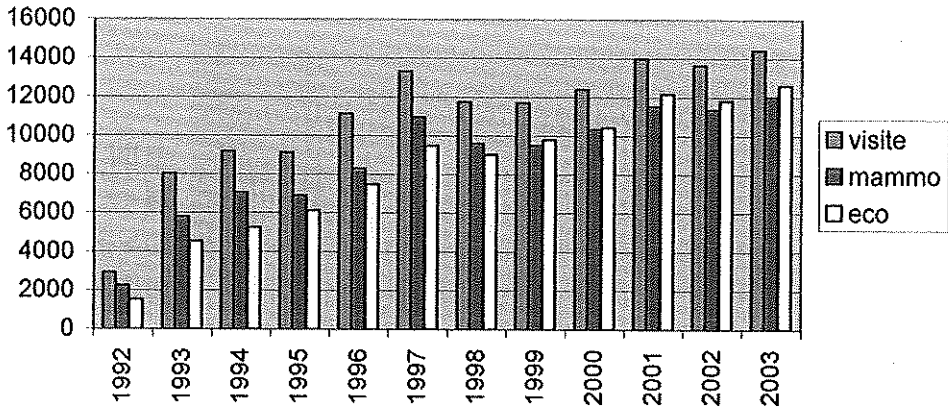
Sig.ra Anna De Lella

Sig.ra Loredana Maino

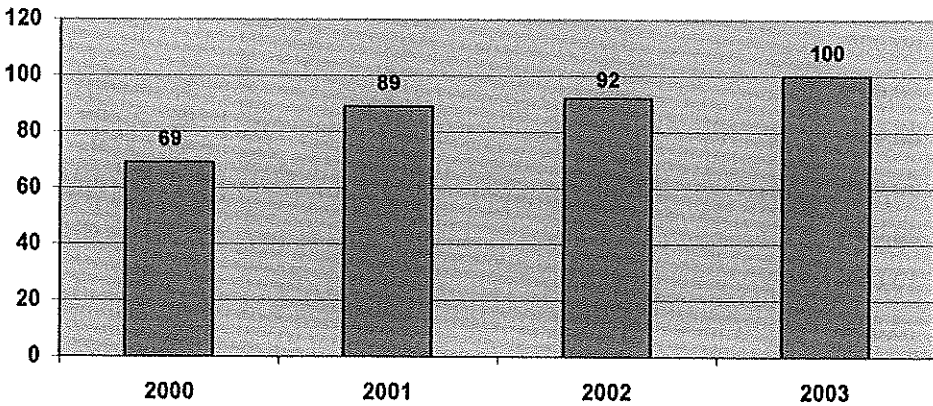
Sig.ra Benedetta Sforza

AUSILIARIO SOCIO SANITARIO: Sig. Nicola Amoruso

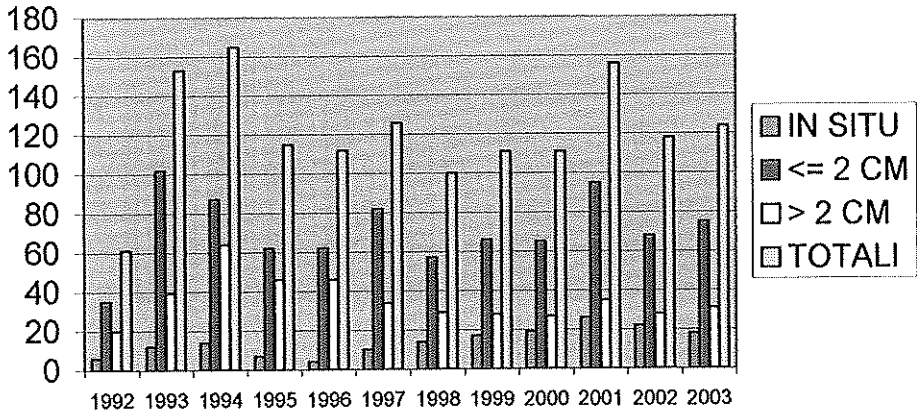
Diagnostica I livello



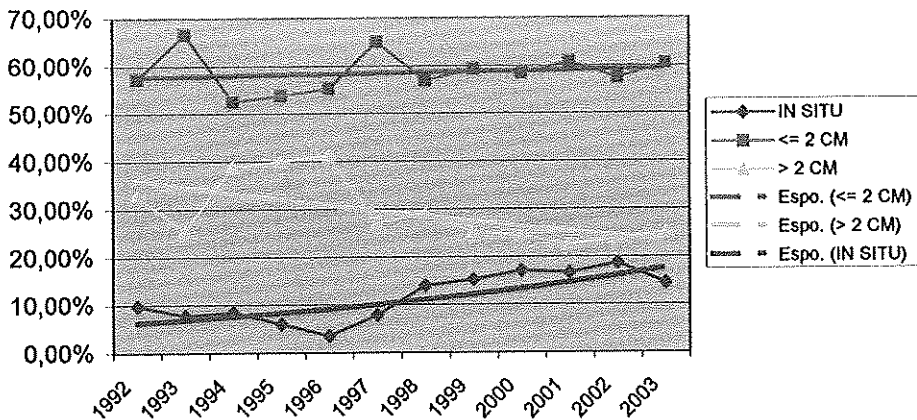
MICROISTOLOGIA



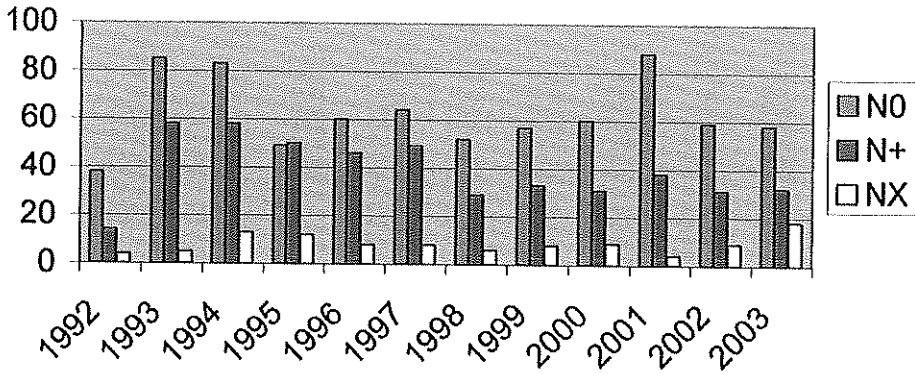
Stadiazione loco-regionale:T



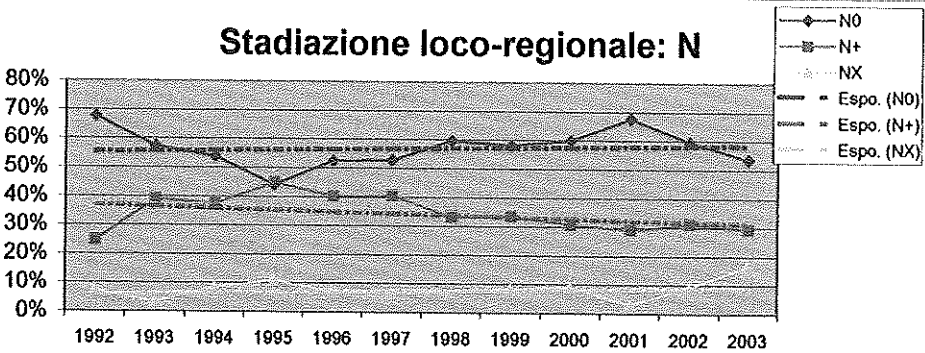
Stadiazione loco-regionale:T

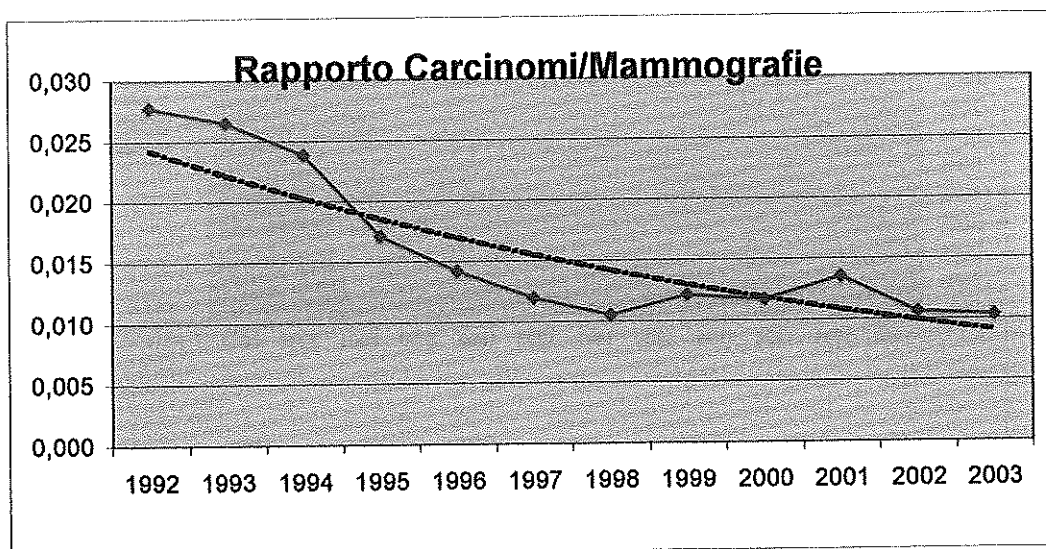
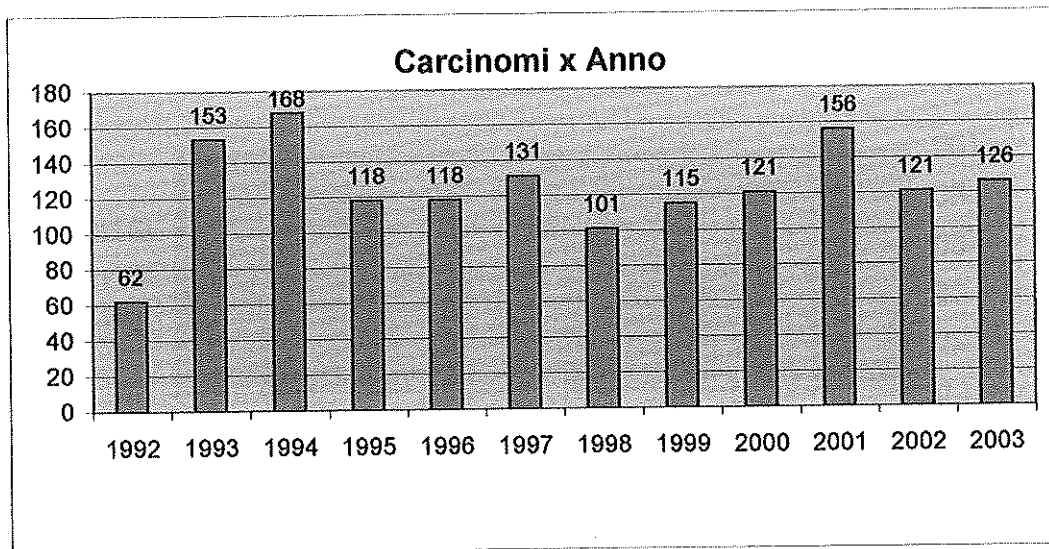


Stadiazione loco-regionale: N

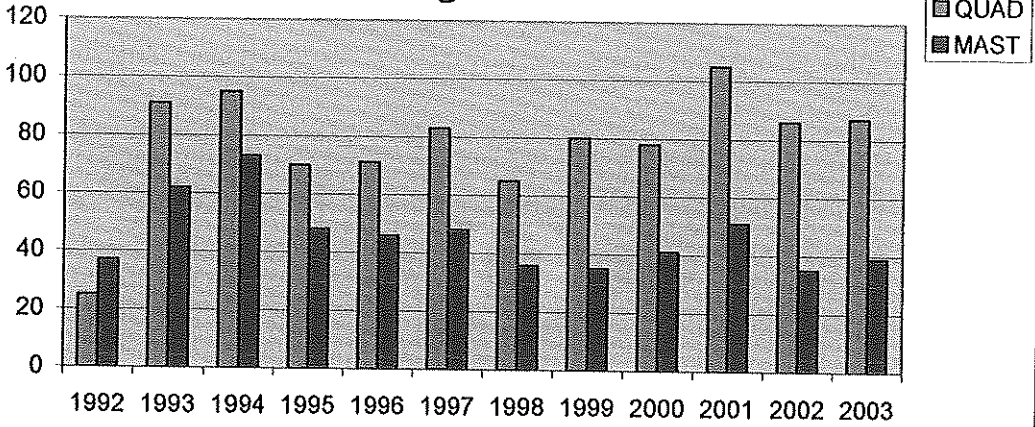


Stadiazione loco-regionale: N

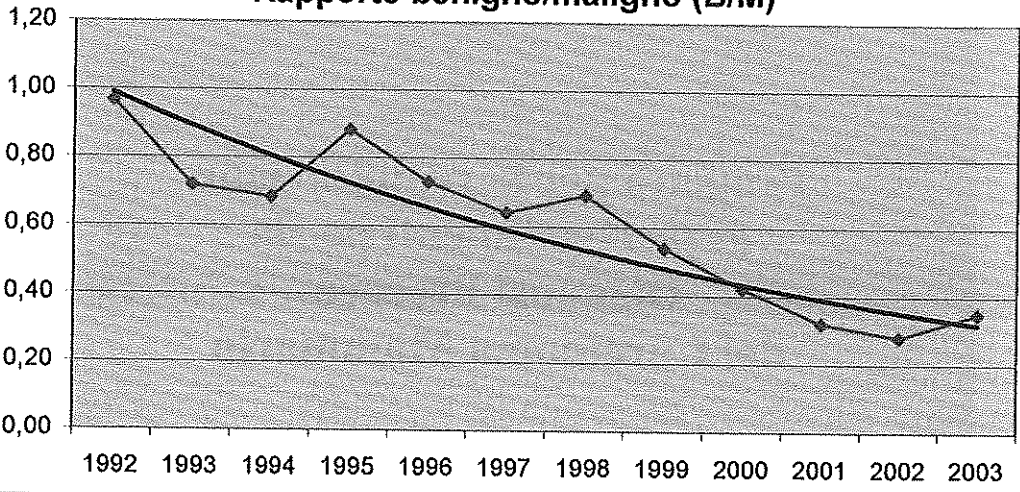




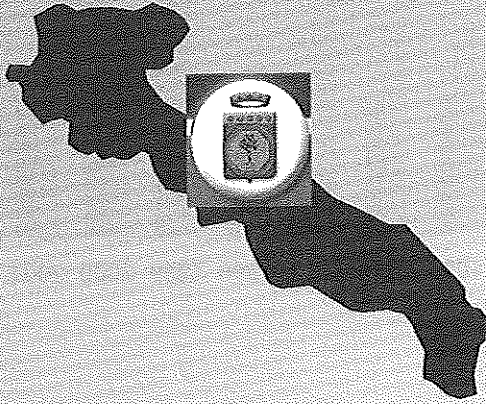
Chirurgia mammaria



Rapporto benigno/maligno (B/M)



Regione Puglia



**Progetto per la realizzazione
di provvedimenti per la
Diagnosi Precoce
del Carcinoma Mammario**

Comitato Tecnico Scientifico Progetto Regionale

Coordinatore:

Prof. Vincenzo Lattanzio.
Servizio Autonomo Radiologia Senologica
SARIS
A. O. Consorziale Policlinico Bari

Membri:

Dr.ssa Angela Maria Guerrieri
Servizio Autonomo Radiologia Senologica
SARIS
A. O. Consorziale Policlinico Bari

Prof. Pietroluigi Lopalco
Istituto di Igiene Università
A. O. Consorziale Policlinico Bari

Dr.ssa Cinzia Germinario
Istituto di Igiene Università
A. O. Consorziale Policlinico Bari

Prof. Giuseppe Maggipinto
Dipartimento di fisica Università di Bari
A. O. Consorziale Policlinico Bari

Prof.ssa Elita Giardina
Istituto di Anatomia Patologica Università
A. O. Consorziale Policlinico Bari

Dr.ssa Gabriella Serio
Istituto di Anatomia Patologica Università
A. O. Consorziale Policlinico Bari

Dr. Francesco Pascazio
U.O. Chirurgia Ospedaliera
A. O. Consorziale Policlinico Bari

Sig. Rocco Fasano
Tecnico di Radiologia Medica
Servizio Autonomo Radiologia Senologica SARIS
A. O. Consorziale Policlinico Bari

Dr. Giuseppe Gragnaniello
P.O. Terlizzi

Dr. Gaetano D'Ambrosio
Pres. Sez. Prov. SIMMG

Dr.ssa Francesca Avollo
Marketing Sanitario

Funzionari Assessorato Sanita' Regione Puglia Responsabili del Progetto

Dr.ssa Silvia Papini
Dirigente Responsabile Settore Sanità
Assessorato alla Sanità

Dr. Michele Petroli
Già Responsabile Uff.18 Assess. Sanità

Dr. Antonio Damiani
Funzionario Ass. Sanità

Progetto per la realizzazione di provvedimenti
per la Diagnosi Precoce del carcinoma mammario
nella Regione Puglia



Sintesi del Progetto

Premessa

Il carcinoma mammario è la prima causa di morte per tumore nella popolazione femminile dei paesi industrializzati dell'area occidentale.

L'incidenza è tale da rendere questa patologia assimilabile ad una vera e propria malattia sociale.

In Italia ogni anno il carcinoma mammario viene diagnosticato a circa 27.000 donne e 11.000 muoiono a causa di questa neoplasia.

Numerosi studi clinici controllati hanno dimostrato, a livello mondiale, che la mortalità da carcinoma mammario può essere ridotta di almeno il 30% con programmi di diagnosi precoce di elevata qualità.

Procedure diagnostiche affidabili, personale medico e paramedico specificamente formato e con adeguata esperienza, attrezzature idonee e strutture che assicurino un percorso diagnostico ottimale e definitivo sono i pre-requisiti indispensabili per qualsiasi programma di Sanità Pubblica che si rivolga prevalentemente a popolazione asintomatica.

Nella maggior parte dei Paesi Europei ed in diverse Regioni Italiane sono operativi, da anni, programmi finalizzati alla lotta al carcinoma mammario, organicamente strutturati ed articolati con congrue risorse umane ed economiche.

**Progetto per la realizzazione di provvedimenti
per la Diagnosi Precoce del carcinoma mammario
nella Regione Puglia**



Dalle suddette premesse si evincono le motivazioni che hanno spinto la Regione Puglia a formulare ed attuare un progetto che assicuri all'utenza femminile del territorio strutture di diagnosi precoce di elevata qualità con l'obiettivo primario della riduzione della mortalità nella fascia di età a rischio

In Puglia non esistono dati controllati sulla incidenza e mortalità del carcinoma mammario, poiché non è stato a tutt'oggi attivato un Registro Tumori. È ipotizzabile che 1.500-1.800 donne all'anno si ammalinino di questa patologia e 600-800 donne ne muoiano.

Le modalità di realizzazione del progetto attuano le direttive delle Linee Guida della Commissione Oncologica Nazionale, attraverso l'attivazione di una rete di *Unità funzionali di Senologia Diagnostica (UFSD)*, che consentano la copertura diagnostica sul territorio, collegate ad un *Centro di Riferimento Regionale* con compiti di coordinamento e monitoraggio del programma, raccolta dati e verifica dei risultati, nonché di formazione ed aggiornamento continuativo del personale medico e paramedico coinvolto nel programma. **La realizzazione del Progetto costituisce la risposta più pronta alla domanda di diagnosi precoce già esistente e pressante sul territorio.**

Il Consiglio Regionale della Puglia, con atto deliberativo n. 379 del 3 febbraio 1999 riconosceva il Servizio Autonomo di Radiologia ad Indirizzo Senologico (SARIS) dell'Azienda Ospedaliera Policlinico di Bari quale

**Progetto per la realizzazione di provvedimenti
per la Diagnosi Precoce del carcinoma mammario
nella Regione Puglia**



Centro di Riferimento Regionale per la Patologia Mammaria.

In data 7 maggio 1999 la Regione Puglia, Assessorato alla Sanità, con nota assessorile prot. 24/10975/122/2 trasmetteva al Ministero della Sanità, nell'ambito della Legge n. 662 del 23/12/1996, il *Progetto per la Realizzazione di Provvedimenti per la Diagnosi Precoce del Carcinoma Mammario elaborato di concerto con il Prof. Vincenzo Lattanzio Direttore del SARIS Policlinico di Bari* ed in data 29 ottobre dello stesso anno con Determinazione dirigenziale n.309 veniva costituito il Comitato Tecnico Scientifico Regionale di Coordinamento dello stesso.

Il progetto, approvato dal Ministero della Sanità, con un fondo globale per 3 anni di LIT. 16.098.000.000 e finanziato con un primo stanziamento di LIT. 9.330.000.000, viene recepito come parte integrante della Del. G. Reg. n. 1509 nel 19/11/1999.

La Giunta Regionale con deliberazione N 1746 del 11 dicembre 2000 approva i criteri di riparto del fondo ministeriale.

Il progetto

Il progetto è caratterizzato da molteplici aspetti peculiari ed innovativi, rispetto ad altri modelli operativi esistenti sul territorio nazionale:

- stabilisce, come prioritario all'avvio di qualsivoglia programma di

**Progetto per la realizzazione di provvedimenti
per la Diagnosi Precoce del carcinoma mammario
nella Regione Puglia**



- screening per la diagnosi precoce del carcinoma mammario, il riconoscimento e l'implementazione di una rete di Unità Funzionali di Senologia Diagnostica (UFSD) dotate di personale medico e paramedico specificamente formato, con adeguata esperienza e con attrezzature idonee, tali da assicurare contemporaneamente sia alla paziente sintomatica che alla donna asintomatica afferente a titolo preventivo, un percorso diagnostico ottimale ed integrato (esame clinico-mammografia-ecografia-citologia) in un'unica struttura dedicata alla senologia che garantisca un giudizio diagnostico definitivo in tempo reale e senza richiami successivi di approfondimento;
- stabilisce preliminarmente la pianificazione articolata della formazione specifica degli specialisti radiologi e del TSRM nonché del personale paramedico ed amministrativo coinvolto nel progetto;
 - prevede un collegamento costante funzionale ed informatico on line tra la rete delle UFSD ed il Centro Regionale di riferimento (SARIS - Az. Osp. Policlinico di Bari) al fine di ottenere livelli informativi ed operativi adeguati ed omogenei sul territorio regionale;
 - istituisce un Registro Regionale di Patologia Mammaria per il monitoraggio epidemiologico dell'incidenza e della mortalità del carcinoma mammario;
 - razionalizza quantitativamente e qualitativamente l'attuale of-

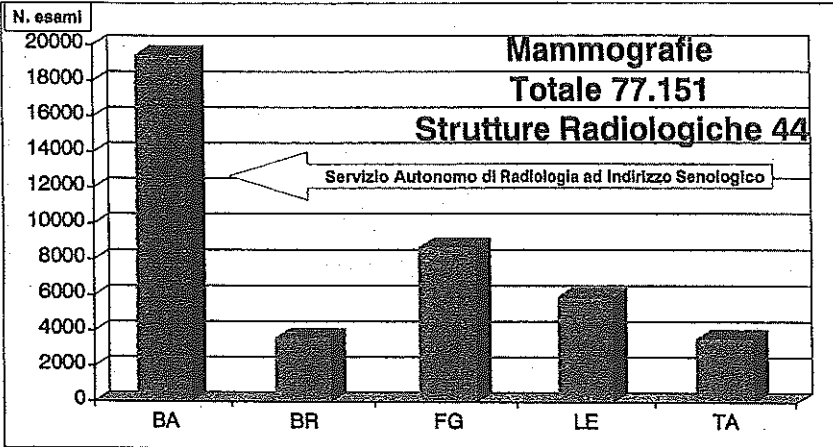
**Progetto per la realizzazione di provvedimenti
per la Diagnosi Precoce del carcinoma mammario
nella Regione Puglia**



ferta della diagnostica senologica al fine di rispondere adeguatamente alla richiesta spontanea già esistente sul territorio, riducendo le liste d'attesa ed eliminando incongruità operative;

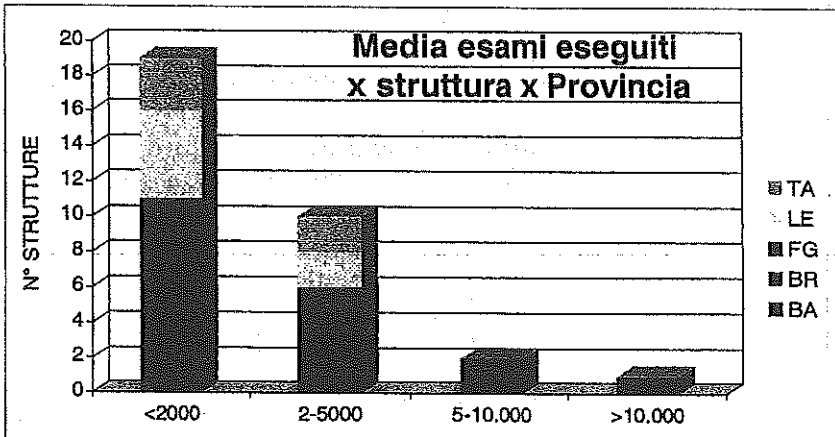
- differisce l'invito diretto attivo della popolazione asintomatica successivamente alla realizzazione ed all'ottimizzazione del Progetto in toto ed al conseguimento dei risultati attesi;
- prevede un incremento di copertura diagnostica anche nella fascia d'età 40-49 anni, nella quale si registra purtroppo il 20-30% di tutti i carcinomi, molto maggiore è la richiesta spontanea di prevenzione da parte delle donne ed in cui sempre più numerosi studi a livello internazionale evidenziano possa esserci una riduzione della mortalità. L'estensione del Programma preventivo a questa fascia di età potrebbe consentire, inoltre, l'acquisizione di dati clinici ed epidemiologici di grande rilevanza sul piano sociale e scientifico nazionale e internazionale.

Censimento Diagnostica Senologica Regione Puglia 1999

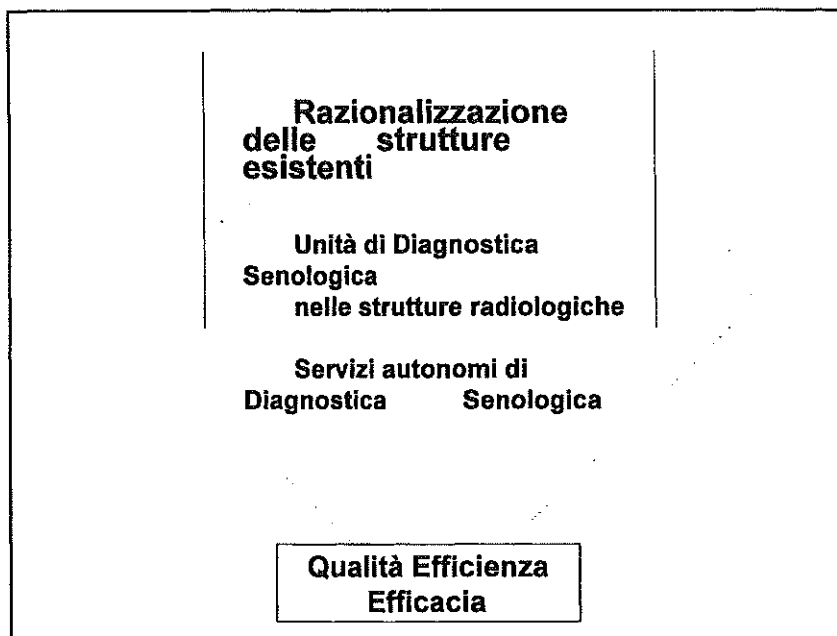
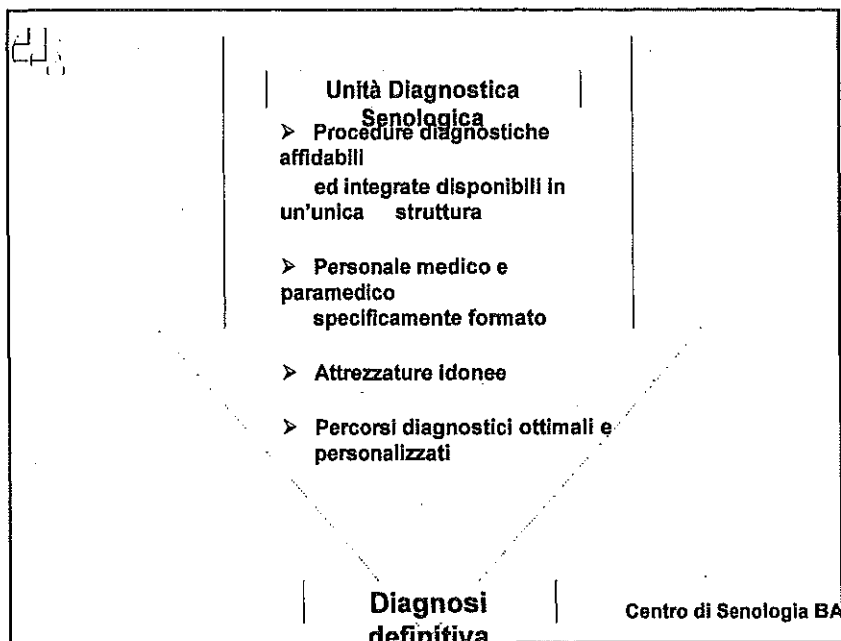


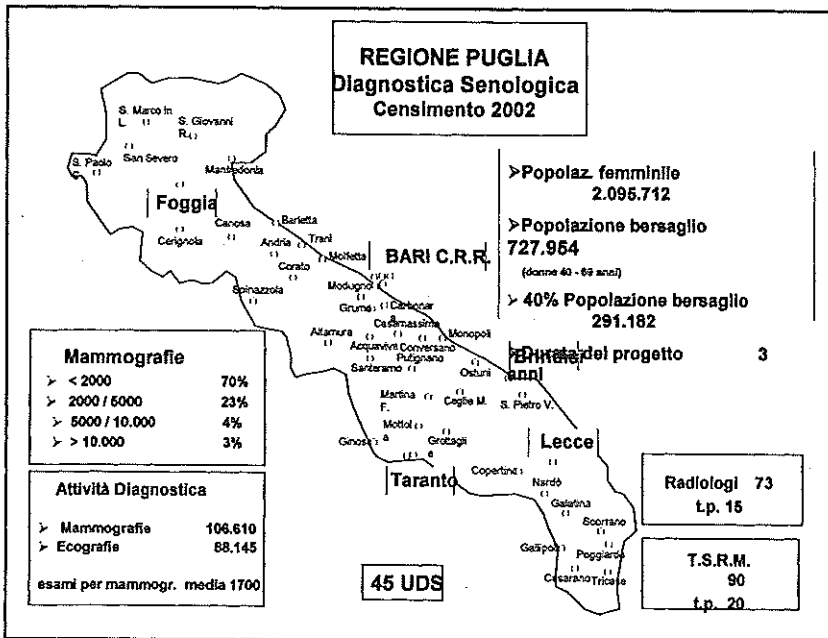
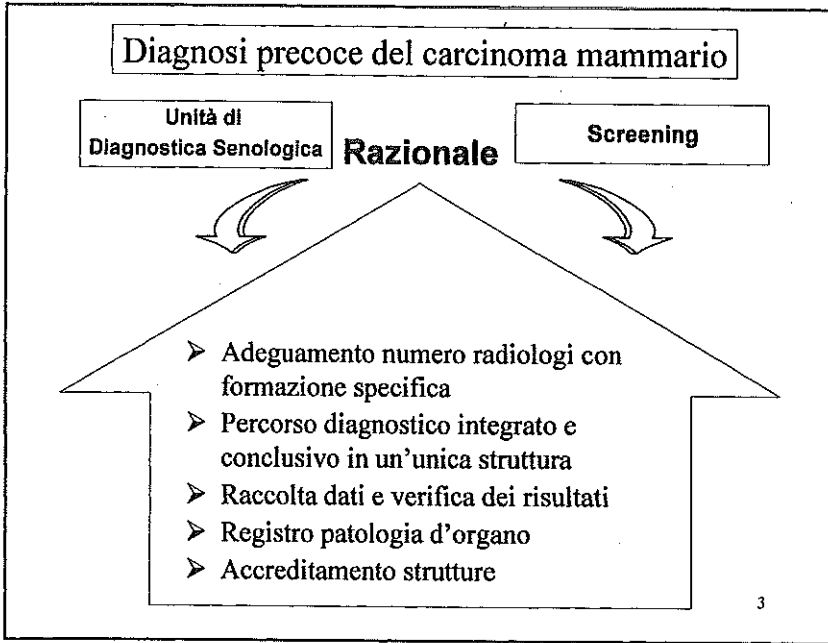
Centro di Senologia BARI

Censimento Diagnostica Senologica Regione Puglia 1999



Centro di Senologia BARI





“Progetto Senologia” Regione Puglia

Premesse

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">➤ Mutamenti strutturali e permanenti a livello regionale➤ Adeguamento preliminare delle risorse e strutture➤ Formazione ed aggiornamento centralizzato del personale medico e paramedico coinvolto nel progetto➤ Percorsi diagnostici integrati e conclusivi sia per donne asintomatiche che pazienti con sintomi | <ul style="list-style-type: none">➤ Risposta pronta ed organizzata alla domanda spontanea di diagnosi precoce➤ Allocazione omogenea e razionale “dell’offerta “di Diagnostica Senologica➤ Opportunità di diagnosi precoce per le donne 40-49 anni |
|--|---|

5

Regione Puglia “Progetto Senologia”

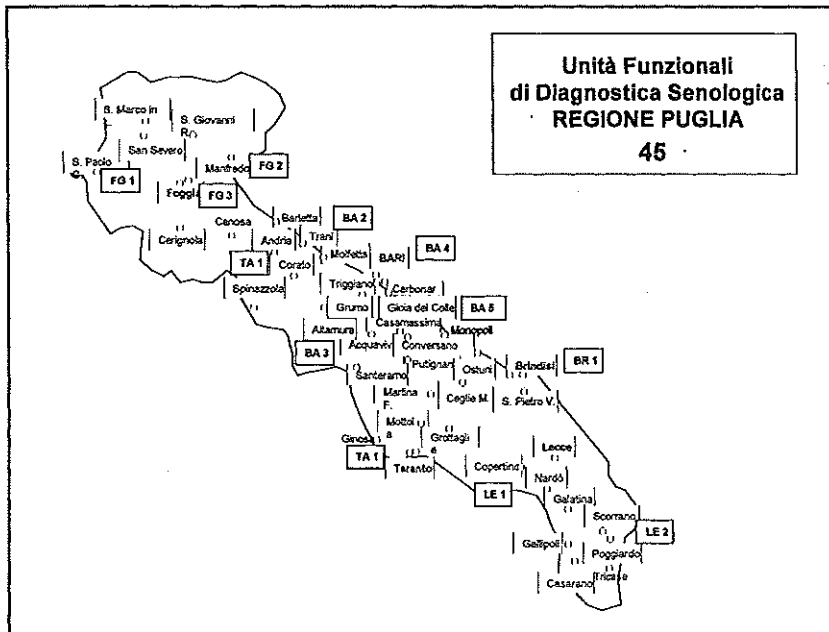
Punti chiave

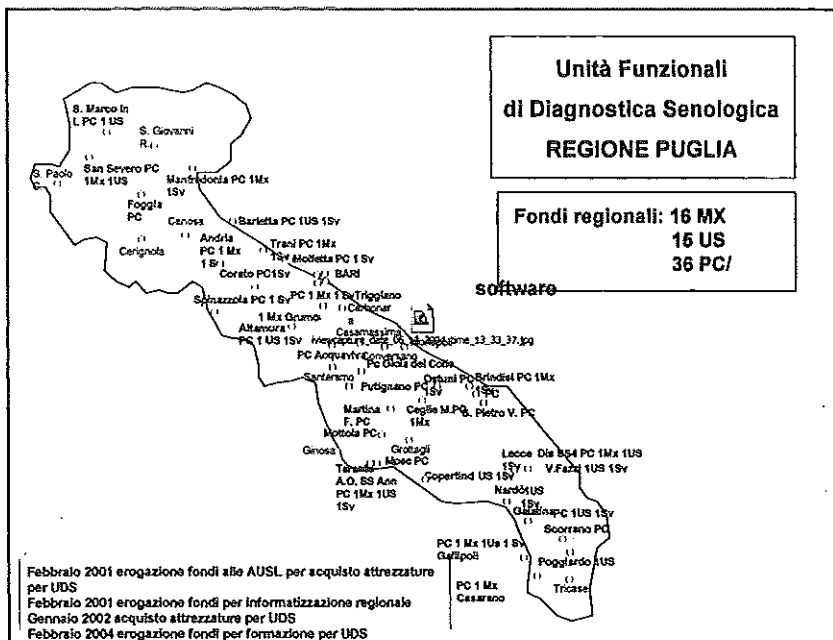
- **Creazione di una rete di Unità di Diagnostica Senologica coordinate dal Centro di Riferimento Regionale**
- **Informatizzazione contestuale della rete di UDS con software ad hoc e gestione centralizzata della raccolta dati e verifica dei risultati, con l’ausilio del OER**
- **Centralizzazione della formazione ed aggiornamento del personale medico e paramedico coinvolto nel progetto**

Regione Puglia "Progetto Senologia"

obiettivi

- Standardizzazione delle procedure ed omogeneità dei livelli operativi
- Programma di Garanzia di Qualità centralizzato
- Creazione di un Registro Regionale di Patologia Mammaria
- Accreditemento delle UDS

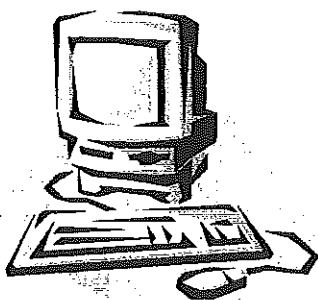




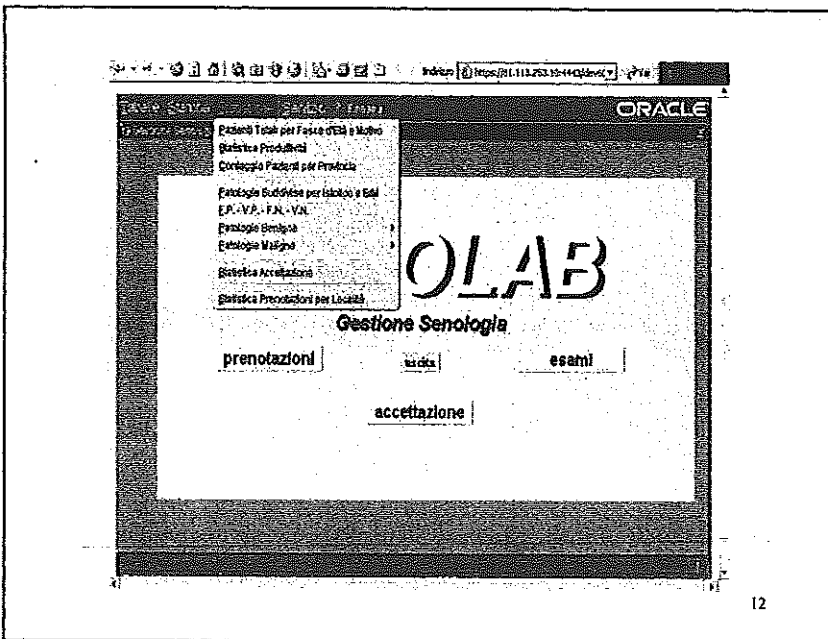
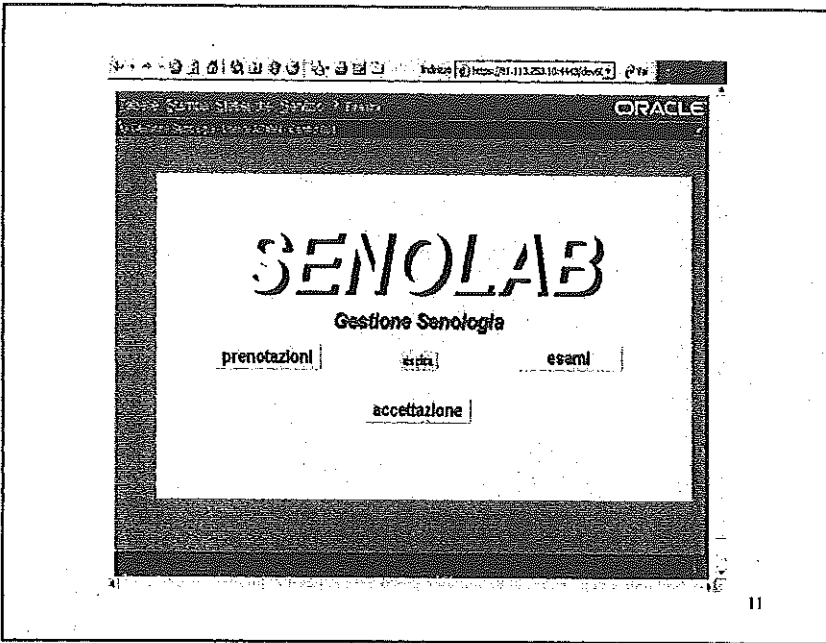
Senolab

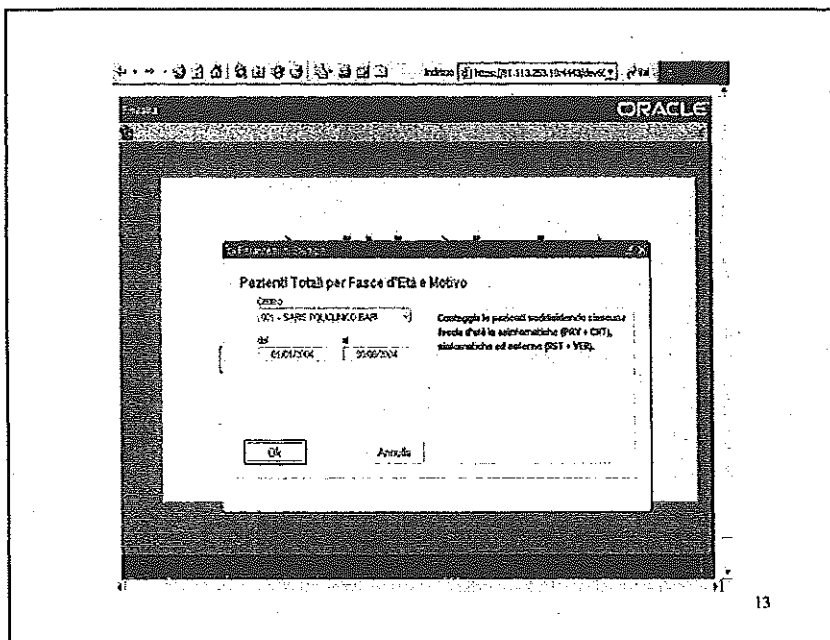
software gestione senologica

- **Applicativo sviluppato in modalita' IAS (Internet Application Server)**
- **Gestione prenotazioni**
- **Anagrafica**
- **Cartella Clinica (esami strum/anat.pat)**
- **Refertazione automatica**
- **Banca Dati**
- **Verifica Risultati**
- **Archivio didattico**

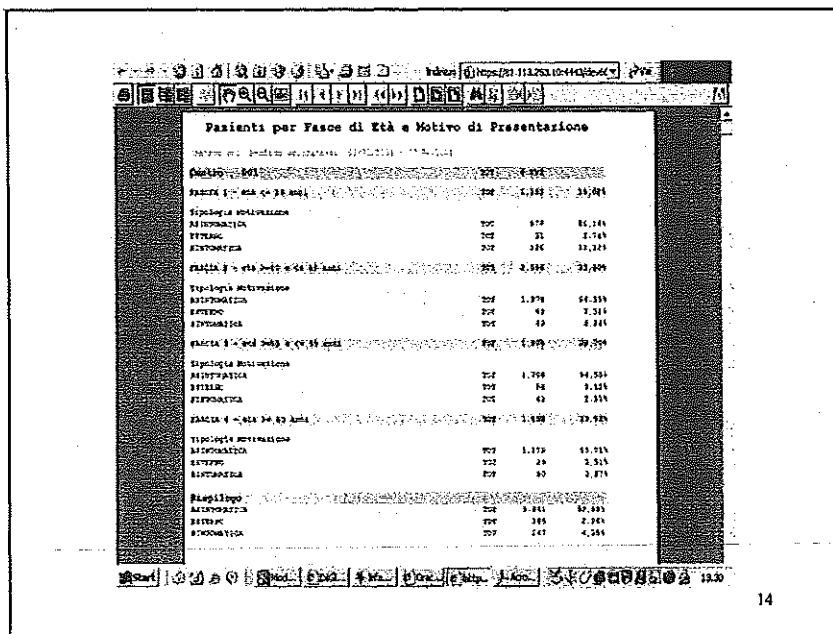


10





13



14

Oracle

Preferiti Totale per Fascia d'Età e Sesso
 Gestione Procedibilità
 Conteggio Pazienti per Provincia
 Patologie Sottostate per Istituto e BUI
 E.P. - V.P. - F.N. - V.N.
 Epidemiologia
 Diagnosi Sottostate per "Tutte" e "Stato"
 Diagnosi Sottostate per "Stato"
 Incidenza CRJ su Eventi Tot e Sottostate per Stato
 Accetta Esemplari della Patologia Maligna

Gestione

prenotazioni | **accettazione** | esami

15

Aspetto Radiografico della Lesione Maligna

TP: 6, PV: 7, VP: 9, VFP: 105

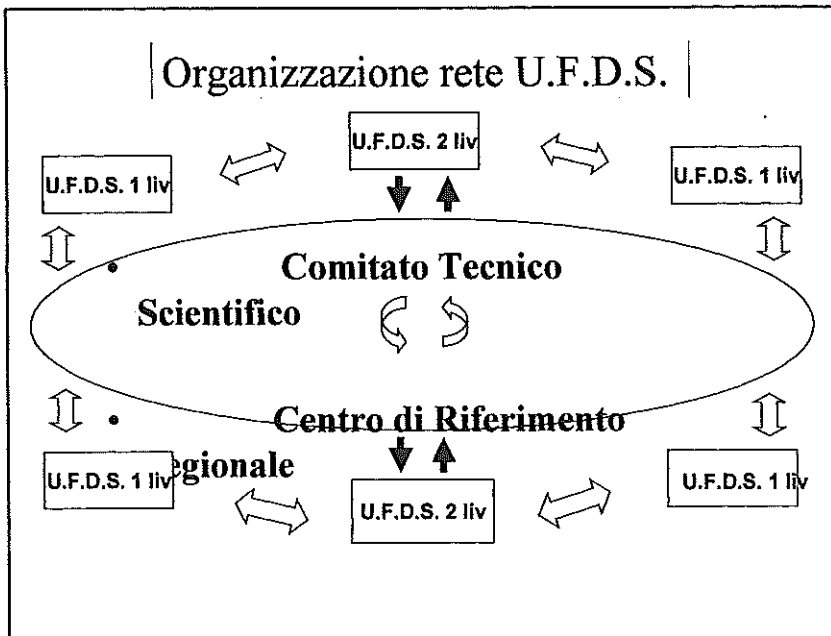
Aspetto radiografico	n.	%
ZOO - asimmetria locale	6	5,64%
OPR - distacco del margine laterale	10	9,52%
ORA - riflesso della cresta	1	0,95%
MCX - alterato il ciclo delle opacità	23	22,00%
MI - opacità asimmetriche	3	2,86%
CPZ - opacità a ombra sfonata	5	4,76%
OT - op. irregolare e miste, irregolari	41	39,05%
OR - opacità condurcenti irregolare	1	0,95%
OST - opacità stellate	20	19,05%
ESMA - asimmetrico	5	4,76%
ESMA - simmetrico	5	4,76%
ESMA - asimmetrico con strutture cistiche	7	6,67%
TP :	6	5,64%
PV :	7	6,67%
VP :	9	8,57%
VFP :	105	100,00%
VFP :	0,92	

16

Formazione

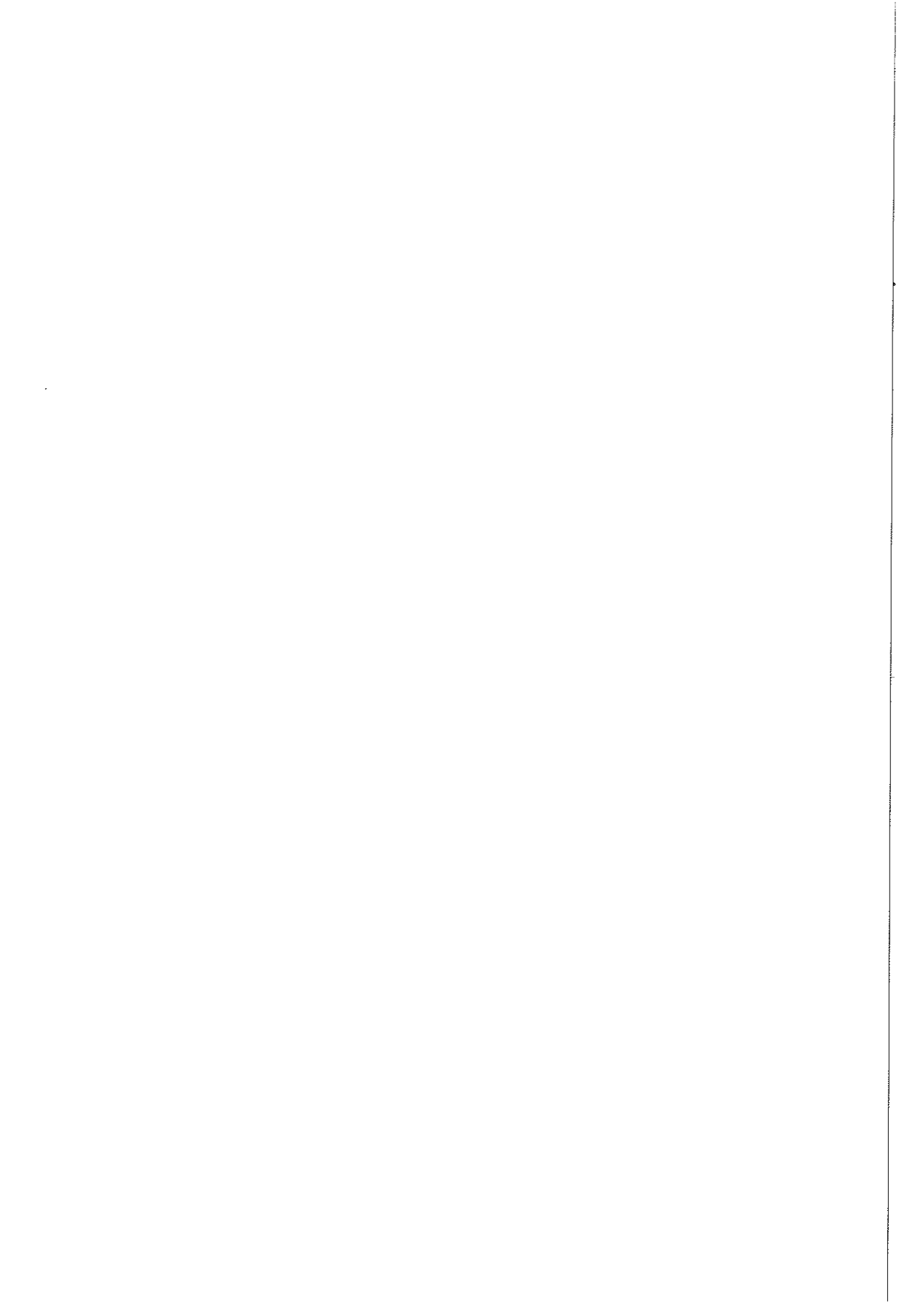
- **Corsi residenziali di Formazione ed Aggiornamento Continuativo**

- 9 febbraio-5 marzo 2004:
corsi di informatica dedicata
- 5-20 marzo – 17-19 maggio:
corsi di formazione per tecnici sanitari di radiologia
- 15-19 marzo – 17-21 maggio:
corsi residenziali per radiologi
- **Attività di Tutoring presso il C.R.R.(S.A.R.I.S.)**

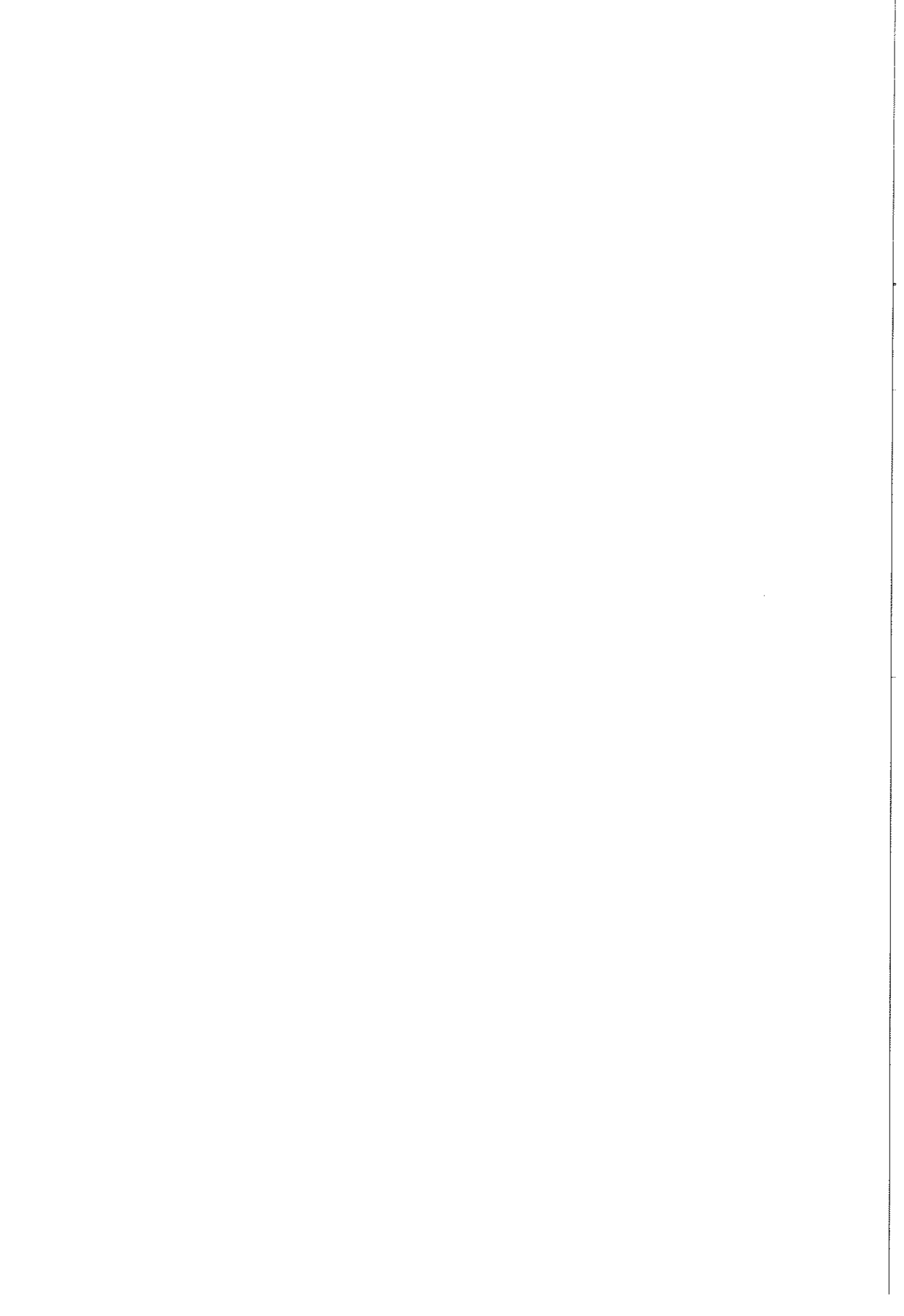


Criteri di Accreditamento Unità di Diagnostica Senologica

- **Personale**
- **Apparecchiature**
- **Garanzia di Qualità**
- **Documentazione clinica**



Istituto Nazionale per lo studio e la cura dei tumori
«Giovanni Pascale» di Napoli

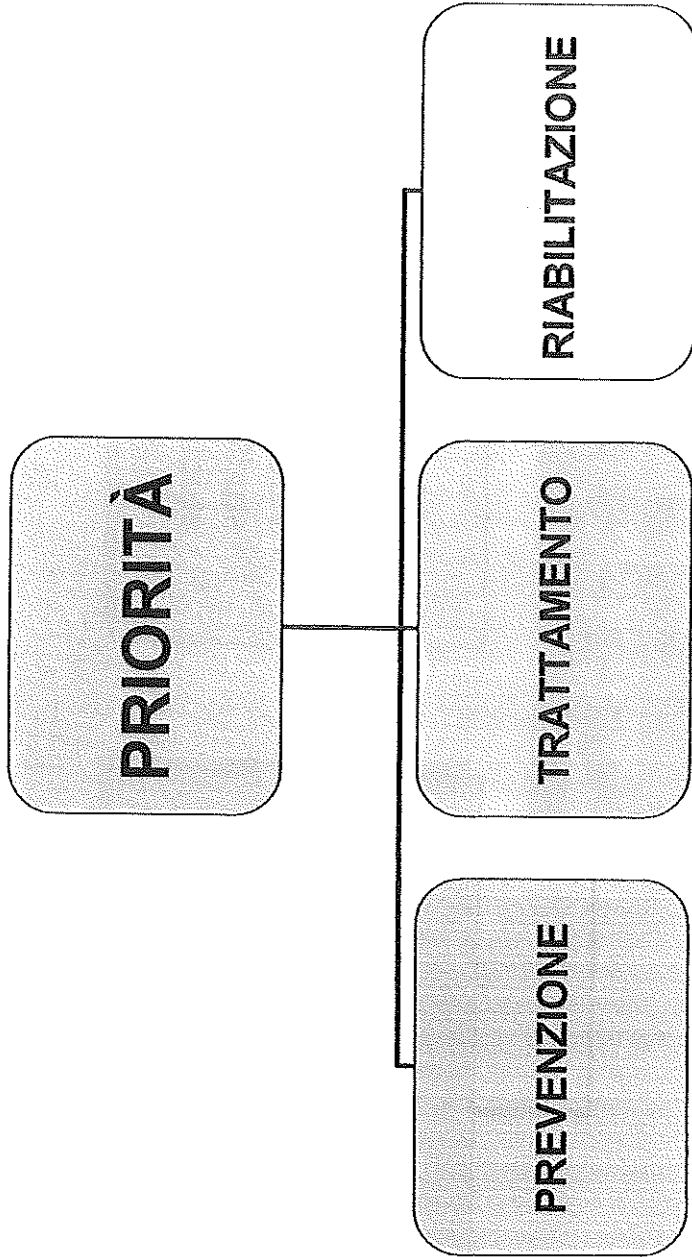




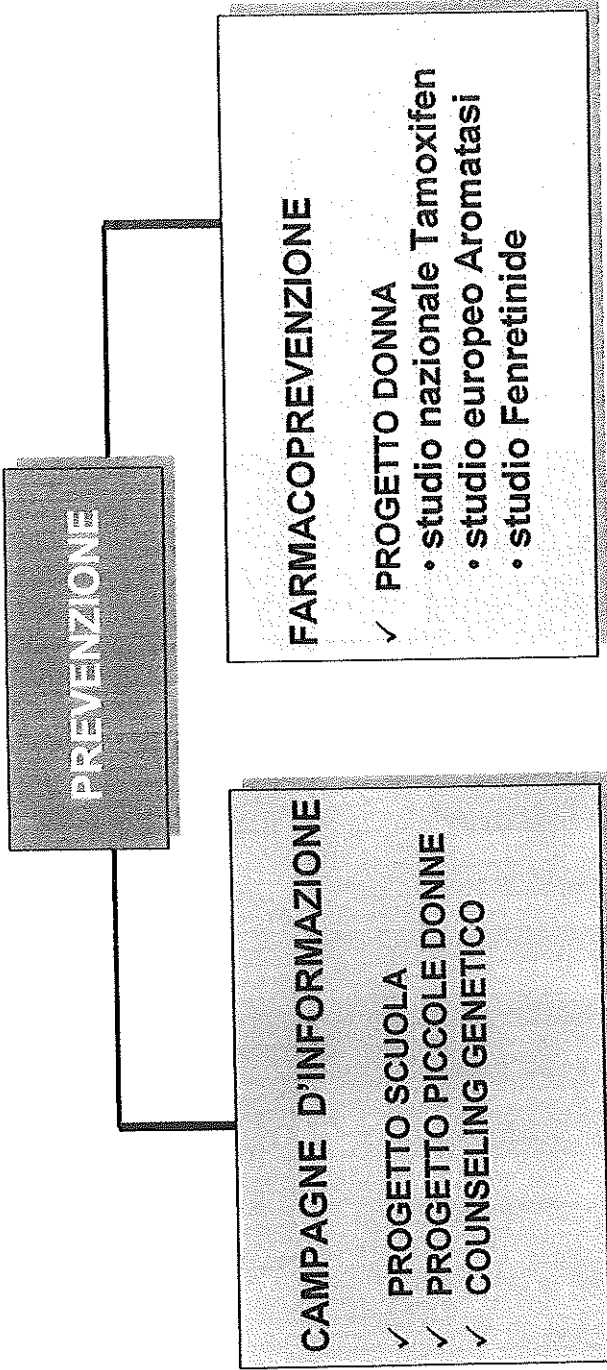
ISTITUTO NAZIONALE PER LO STUDIO E LA CURA DEI TUMORI "FONDAZIONE G. PASCALE" NAPOLI

U.O.C. Chirurgia A - Senologia

Mission: breast unit



Il Direttore Giuseppe D'Aiuto



SENOLOGIA PREVENTIVA

Attività Ambulatoriali Day Hospital

	SI	NO	N°/anno	GG attesa
⇒ CUP	X			
⇒ I CONSULTAZIONE	X		3112	
⇒ VISITE di CONTROLLO	X		12079	
⇒ MAMMOGRAFIE	X		7500	
⇒ ECOGRAFIE	X		4200	
⇒ RISONANZA MAGNETICA	X		130	
⇒ MAMMOSCINTIGRAFIE	X		450	
⇒ FNAB	X		681	
⇒ CORE BIOPSY	X		179	
⇒ MAMMOGRAFIA DIGITALE		X		
⇒ MAMMOTOME		X		
⇒ PET	X			
⇒ FOLLOW UP ATTIVO	X		000	
	X		4153	



TRATTAMENTO CHIRURGICO

SI	NO	N°/anno	GG attesa
X		359	
X		983	
X		30%	
X		70%	
X		30%	
X		25%	
X		0.5/1	
X		22.8%	
X		65.0%	
X		32.0%	
X		3.0%	
X		68.9%	
X		726	

- ⇨ CHIRURGIA DAY HOSPITAL (Pat. Benigna)
- ⇨ CHIRURGIA IN RICOVERO (Pat. Sospetta o maligna)
- ⇨ PATTERN DI TRATTAMENTO
- ⇨ % Chirurgia mininvasiva
- ⇨ % Chirurgia conservativa
- ⇨ % Chirurgia demolitiva
- ⇨ % Chir. con Ricostruzione Immediata
- ⇨ RATIO B. / M.
- ⇨ % Ca. screen detected (NPL/PTIS)
- ⇨ % T1
- ⇨ % T2
- ⇨ % T3 - T4
- ⇨ % pN0
- ⇨ N° Ca. casi/anno



RISORSE

- ⇨ MEETING DI STAFF
- ⇨ PSICOLOGA DI REPARTO
- ⇨ SERVIZIO PSICONCOLOGIA
- ⇨ RIABILITAZIONE
- ⇨ DATA MANAGER
- ⇨ UFFICIO TRIALS CLINICI

SI	NO	N°/anno	GG attesa
X			
X			
X			
X			
X			
X			



PROGETTI RICERCA CLINICA

- ✓ Progetto Ricerca Finalizzata Ministero della Salute:
PERCORSI RIABILITATIVI E QUALITÀ DELLA VITA
- ✓ Progetto “ ALLEANZA CONTRO IL CANCRO” : IL
LINFONODO SENTINELLA
- ✓ Progetto “ BLUE SURGERY” STUDIO COOPERATIVO
SENOLOGIE E SENOLOGIE SUD ITALIA
- ✓ Progetto FORUM ASSOCIAZIONI FEMMINILI: Andos,
**ALTS, Donna come prima, Club Pioneer&Partner
Women.**



PROGETTO SENOLOGIA 2000 - 2005

STRATEGIE DI IMPATTO SOCIALE



U.O.C. Chirurgia A - Senologia



Progetto "PICCOLEdonne"

La prevenzione nella scuola

A cura di
Dott.ssa Immacolata Capasso
Dott.ssa Liliana Dama
Dott.ssa Carmela Maffia

PROGETTO "PICCOLE DONNE"

Il progetto "**Piccole donne**" è articolato su più scuole e per ogni scuola si articola in due momenti:

I sezione: Divulgazione e prevenzione

- a) *Fase prelliminare*: distribuzione di test rivolti all'attestazione del grado di conoscenza e consapevolezza della patologia del tumore al seno e della possibile prevenzione da parte delle ragazze. I test saranno inviati alle scuole prima della conferenza con l'Istituto dei Tumori di Napoli e potranno essere compilati dalle ragazze in aula in compagnia dei propri docenti. I risultati dei test verranno poi commentati insieme agli esperti dell'Istituto in sede plenaria.
- b) *Fase informativa*: conferenza e dibattito da espletarsi nell'Aula Magna dell'Istituto con gli esperti della Divisione Chirurgia A Senologia;
- c) *Fase di attivazione degli interventi di prevenzione*:
 - o Visite senologiche
 - o Insegnamento-apprendimento della tecnica dell'autopalpazione
 - o Discussione e valutazione dei risultati. Relazione-resoconto sull'esperienza didattico-educativa proposta.

II sezione: Spot si gira!

La seconda sezione del progetto è dedicata alla produzione di uno *Spot di Pubblicità sociale*, realizzato con gli studenti, sulle tematiche della prevenzione e della lotta al tumore al seno: siamo convinti che l'attività ludica è il modo migliore per riflettere e assimilare concetti e tematiche anche molto ostiche per le giovani donne.

Gli spot realizzati in collaborazione con il *Circolo Freaks*, Associazione Culturale per la Promozione della Cultura Audiovisiva, saranno proiettati in una manifestazione conclusiva nell'ambito di *Pubblicità Progresso*.

DESTINATARI

Alunne degli ultimi anni del corso di studi superiore

PROGETTO DONNA

E' un progetto di salute a dimensione donna, un programma innovativo di: *prevenzione, informazione, ricerca, educazione sanitaria*. Uno strumento di promozione della qualità della vita che segue i nuovi orientamenti della medicina preventiva, attraverso una cooperazione sociale e sanitaria più emancipata e responsabile.

Prevenzione

La proposta di attivare un progetto donna presso l'Istituto Nazionale per lo studio e la cura dei tumori di Napoli è stata elaborata dalla Direzione scientifica e sanitaria sulla base delle seguenti considerazioni:

- i tumori femminili, per la loro diffusione e per i riflessi psico-sociali, rappresentano un problema sanitario a carattere prioritario;
- la disponibilità esistente oggi di un grande numero di informazioni provenienti dalla ricerca clinica e scientifica è trasferibile in più innovative strategie di prevenzione;
- la consapevolezza che oggi i tempi siano maturi per creare una nuova cultura sanitaria a dimensione donna.

Informazione

L'informazione costituisce uno degli obiettivi fondamentali del progetto. Informare il grande pubblico femminile sui progressi della prevenzione e delle terapie, nonché sullo sviluppo delle conoscenze che oggi giorno si vanno delineando.

Ricerca

L'attivazione di nuovi programmi di ricerca sulla base delle più recenti acquisizioni dei fenomeni biologici legati all'evento cancro, ha portato all'ideazione dello studio Tamoxifene. Un progetto internazionale per la prevenzione dei tumori del seno che si rivolge a donne tra i 35 anni ed i 70 anni che in passato abbiano subito l'asportazione dell'utero.

Attività 2004

Sono in corso tre studi internazionali:

1. STUDIO TAMOXIFEN
2. STUDIO ATAC (Arimidex Tamoxifen alone or in combination)
3. STUDIO H.O.T. (Hormon opposed by Tamoxifen)

1 Studio Tamoxifen 2004

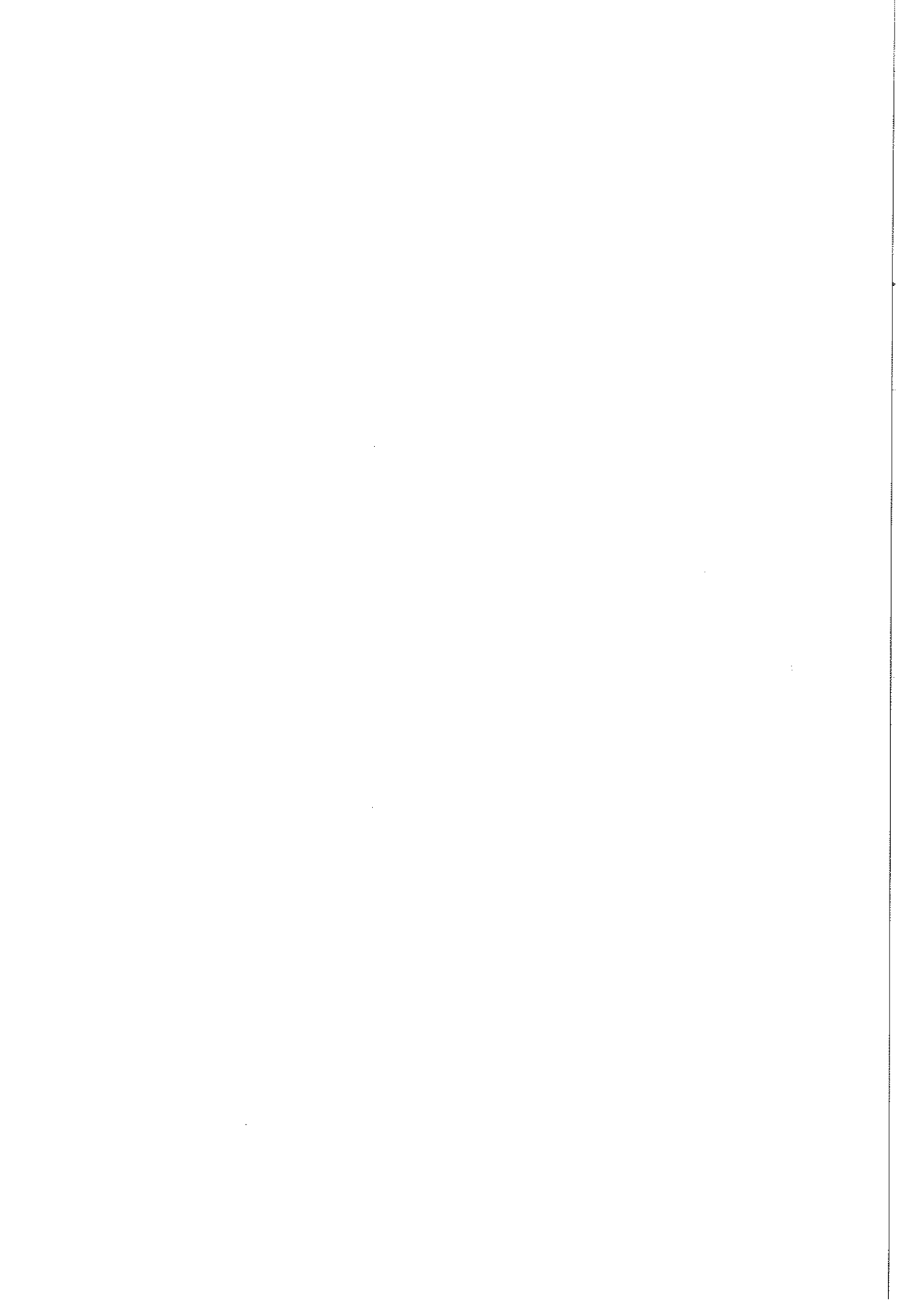
- 943 donne in followup semestrale
- 213 drop out controllo annuale
- 1155 controlli mammografici
- media mensile : 209 pazienti

2 Studio Atac

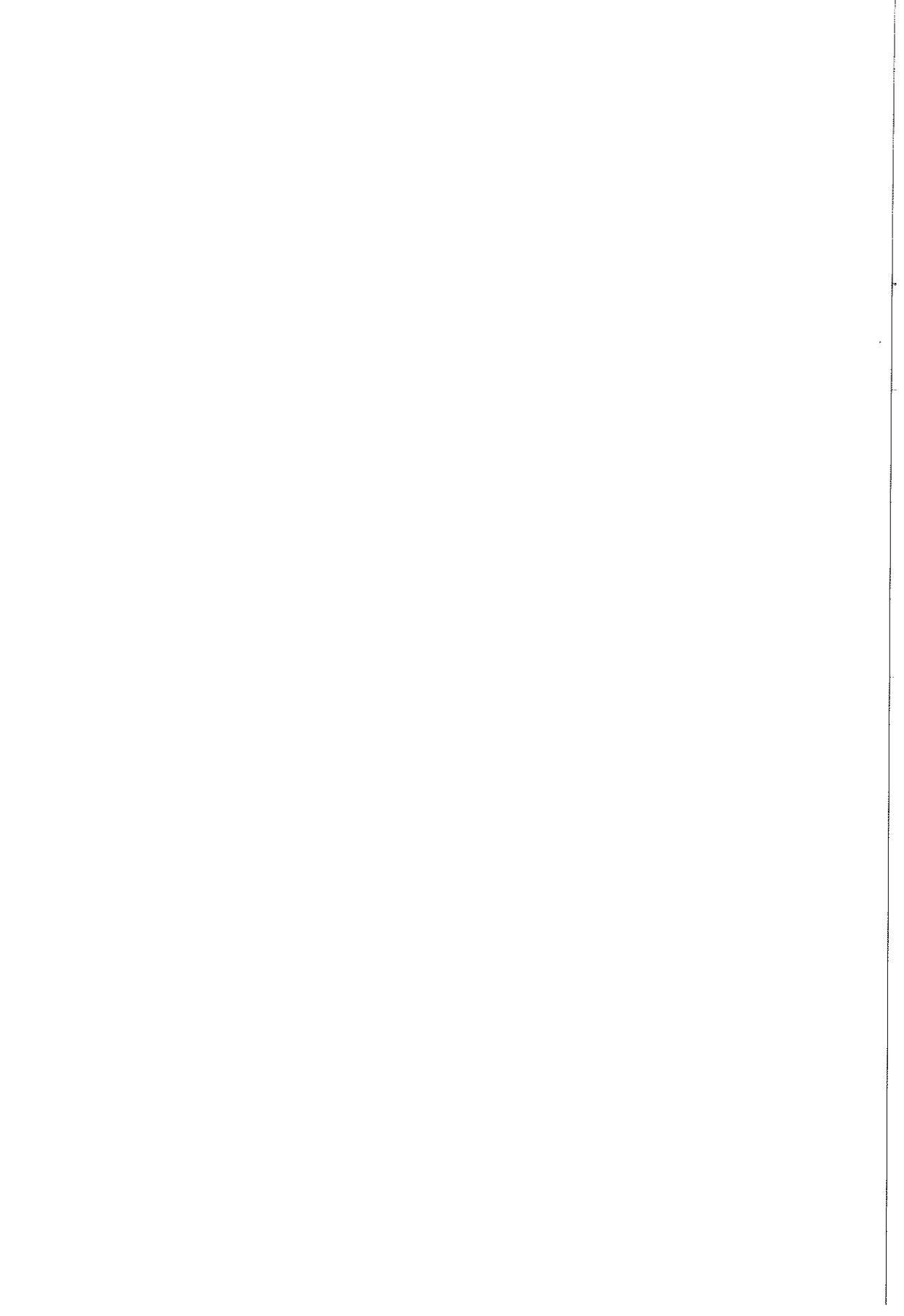
- 9366 pazienti reclutati
- 3125 randomizzati anastrozolo
- 3116 randomizzati Tamoxifen
- 3125 randomizzati in combinazione

3 Studio H.o.t.

- 257 pazienti valutati
- 164 pazienti eleggibili
- 149 pazienti che hanno rifiutato
- 25 pazienti randomizzati



Ospedale «Busonera» di Padova



REVISIONE 1-1-2005

ep/os



Progetto "DONNA E SALUTE"

SCREENING CLINICO-MAMMOGRAFICO

PROGRAMMA PER LA DIAGNOSI TEMPESTIVA DEL TUMORE DELLA MAMMELLA

Comitato Tecnico-scientifico

E.Ancona, G.P. Argenti, P.Benini, A.Buzzo, G.Cartei, E.Cirillo, C.Corti, R.De Candido, G.De Salvo, A.Fassina, C.di Maggio, C.Guerra, M.Lise, G.Mancini, C.Martin, S.Monfardini, D.Nitti, P.Realdon, P.Roseano, M.Rugge, C.Tanzella, A. Tarakdjian, R.Toffanin

Coordinatore: Cosimo di Maggio U.O.Senologia - Osp. Busonera Padova 049.8215739

LO "SCREENING CLINICO- MAMMOGRAFICO"

METODOLOGIA IN ATTO NEL TERRITORIO DELL'AZIENDA ULSS 16PADOVA

Obiettivo dello screening mammografico è la riduzione di mortalità da carcinoma della mammella, a costi accettabili, mediante l'invito ed il controllo senologico della maggior parte delle donne in età a rischio. La AZIENDA ULSS 16-Padova ha deciso di raggiungere l'obiettivo attuando una metodologia innovativa rispetto a quella attualmente in uso da molti anni ma in accordo con quanto scritto nelle linee guida della Commissione Oncologica Nazionale sia nel 1996 (G.U., suppl.127, 1-6-1996) sia nel 2001. In particolare, la metodologia in atto a Padova, denominata SCREENING CLINICO-MAMMOGRAFICO, si pone anche i seguenti obiettivi: migliorare i risultati diagnostici degli attuali pur validi programmi di screening, umanizzare l'attività diagnostica senza eccessivo aumento di costi, dare maggiore tranquillità alle donne sane. Tutto ciò in accordo con le raccomandazioni del Consiglio dell'Unione Europea del dicembre 2003 (2003/878/CE, G.U. L 327/34 del 16.12.2003): "incoraggiare la ricerca della migliore prassi dello screening al fine di elaborare e valutare nuovi metodi o migliorare quelli esistenti" e con i suggerimenti della CHARTA SENOLOGICA 2004 - SIRM.

Il programma è coerente anche con gli obiettivi di carattere prioritario del Piano Oncologico Nazionale 1998-2000 e con la delibera della Giunta Regionale 3407 del 5.10.1999 al fine di realizzare, tra gli altri, i seguenti progetti: riduzione delle liste di attesa, realizzazione di campagne di screening per la diagnosi precoce dei tumori femminili.

1- METODOLOGIA DELLO SCREENING CLINICO-MAMMOGRAFICO

PREMESSA

L'attuale metodologia di screening (definita SCREENING MAMMOGRAFICO: mammografia come unico test di selezione, intervallo biennale, lettura differita, richiamo dei casi dubbi per accertamenti diagnostici) è gravata da alcuni aspetti negativi.

1- *Colloquio medico-Utente in atto solo nei casi con patologia un atto .*

2- *Stato di ansia spesso elevato e persistente* nelle donne richiamate per ulteriori accertamenti.

3- *Non riconoscimento di un certo numero di tumori* a causa sia dei limiti intrinseci della mammografia, ormai ben documentati dalla letteratura, sia dal ricorso alla stessa come test unico con rigido intervallo biennale uguale per tutte le donne (il tasso dei carcinomi di intervallo è compreso, nelle diverse sedi, tra il 30 e il 60%).

E' doveroso sottolineare che questi aspetti negativi non inficiano la validità globale degli screening espletati con l'attuale metodologia, se di alta qualità e con adeguata adesione; l'evidenziazione degli aspetti negativi serve solo a cercare di ridurli, ove possibile, migliorando la qualità globale del programma. In effetti, l'impostazione del programma di screening della AZIENDA ULSS 16 (coinvolgimento dei medici di medicina generale, controllo delle donne nelle fasce d'età a maggior rischio, controllo continuo dei risultati, attivazione e codifica dei necessari percorsi terapeutici successivi alla diagnosi, ecc.) rimane pressoché invariato rispetto alle linee guida europee e nazionali. A parte la variazione nella fase di arruolamento-invito, il cambiamento più importante riguarda la metodologia di somministrazione dei test.

METODOLOGIA DI SOMMINISTRAZIONE DEI TEST

Per comprendere bene l'aspetto innovativo del programma di bisogna ricordare che il classico programma di screening mammografico offre indistintamente a tutte le donne solo la mammografia ogni due anni e che il colloquio con il medico è riservato solo alle donne con sospetto tumore. Il programma della ULSS 16 prevede invece sia il colloquio iniziale con il medico per tutte le donne, sia la personalizzazione dei controlli periodici.

Tutte le donne della ULSS 16 che si sottopongono a mammografia per la prima volta, a far data dall'avvio del programma, sono ricevute da un medico-radiologo e ricevono informazioni sui vantaggi e sui limiti di quanto viene offerto; dopo l'anamnesi e la visita senologica sono sottoposte a tutti gli accertamenti necessari ad ottenere la diagnosi definitiva (mammografia, eventuale ecografia, eventuale agoaspirato). Al termine delle indagini il radiologo comunica il risultato delle indagini, consegna alla donna il referto e le radiografie, suggerisce e concorda con la singola utente i controlli successivi. Le raccomandazioni tengono conto sia di alcuni fattori di rischio (uso di ormoni, familiarità) sia e soprattutto del quadro clinico-mammografico. Al termine del colloquio, la singola donna viene quindi invitata a scegliere se aderire o meno al programma ed a firmare un "modulo di informazione e consenso".

Per i controlli successivi, le donne con "quadro negativo o di benignità certa", vengono divise in due gruppi in rapporto al rischio che la mammografia "non veda" l'eventuale tumore presente. I due gruppi seguiranno pertanto percorsi diagnostici diversi.

- *Le donne con mammelle "radiologicamente dense" (mammelle difficili da analizzare con mammografia) verranno controllate con diagnostica integrata (visita senologica, mammografia ed ecografia) e con periodicità annuale.*

- *Le donne con mammelle "adipeose" (la possibilità di "non vedere" un tumore in queste mammelle è molto modesta) verranno controllate solo con mammografia. La "lettura" delle mammografie verrà effettuata in un secondo tempo da parte di due radiologi. Per queste donne è precodificato il controllo biennale.*

Le donne portatrici di patologia sono incanalate in percorsi preferenziali discussi e concordati con i chirurghi, i radioterapisti e gli oncologi. Il medico curante viene naturalmente subito informato (previo consenso dell'utente) e direttamente coinvolto.

In sintesi, le innovazioni principali introdotte nel programma di Padova sono:

A) approccio clinico (medico-radiologo) al primo passaggio,

B) personalizzazione dei controlli e cioè -sia dell'intervallo tra gli stessi (annuale o biennale),

-sia dei test da utilizzare (solo mammografia o diagnostica integrata).

A differenza degli altri programmi di screening, inoltre,

-le alterazioni ACR BI-RADS 3 o 4A (probabilmente benigne) potranno essere controllate dopo 6 mesi,

-vengono arruolate le donne a partire dai 45 anni di età

(in conformità alla finanziaria 2001 ed al rischio di malattia nel quinquennio 45-49anni),

-nel programma vengono incluse o mantenute anche le donne con carcinoma della mammella,

-in rapporto all'aumento della vita media, le donne che hanno già aderito al programma verranno controllate fino al compimento dei 75 anni di età.

I due modelli proposti dalla Commissione Oncologica Nazionale nel 1996 (la "diagnostica clinica" e lo "screening mammografico") sono stati quindi fusi in un modello operativo unico che utilizza i due modelli in maniera sequenziale e integrata.

Per questo motivo il modello unico è stato denominato: screening clinico-mammografico.

SINTESI DELLA MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE DEI TEST

PRIMO ACCESSO

Visita senologica e mammografia, eventuale ecografia.

- i casi negativi riceveranno la risposta scritta (o almeno verbale) al termine degli accertamenti,

- i casi sospetti riceveranno risposta verbale al termine degli accertamenti e gli altri test entro 10 gg.

CONTROLLI SUCCESSIVI PERIODICI

-Casi negativi ma ad "alto rischio di non vedere il tumore presente" (mammelle Rx-dense):

controllo annuale con *mammografia, visita senologica ed ecografia.*

-Casi negativi ed a "basso rischio di non vedere" (mammelle Rx-adipeose):

controllo biennale solo con *mammografia* e lettura differita (due radiologi con "modalità indipendente").

2- VANTAGGI DEL PERCORSO DIAGNOSTICO MODULATO (sintesi)

1. La visita senologica iniziale offre alle donne quel contributo umano ed informativo che solo la presenza del medico garantisce e permette di tener conto delle problematiche di tipo psicologico della singola donna; consente, in sintesi, di ripristinare l'importante rapporto medico-Utente (umanizzazione dei percorsi diagnostici). Non bisogna dimenticare che:
"Il tumore della mammella è un problema sociale ed economico, ma è anche un problema umano!"
2. -La presenza del medico-radiologo all'inizio del percorso diagnostico permette di passare da uno screening di "pura selezione" ad uno screening diagnostico; permette alla donna di scegliere in modo consapevole se aderire o meno al programma, in accordo con le raccomandazioni del Consiglio dell'Unione Europea del 2-12-2003: *"al pubblico informato di oggi sarebbe opportuno presentare questi vantaggi e questi rischi in modo da consentire al singolo cittadino di decidere autonomamente se partecipare al programma di screening"*
3. E' possibile eseguire in successione rapida i vari accertamenti integrativi necessari alla diagnosi definitiva. Ciò permette di evitare "il richiamo" e di favorire la diagnosi di un maggior numero di carcinomi.
4. In rapporto alla personalizzazione sia della periodicità dei controlli (annuale o biennale) sia dei test da utilizzare (diagnostica integrata o solo mammografia), è ragionevole attendersi la riduzione del tasso dei carcinomi non evidenziati (carcinomi di intervallo) e l'aumento del tasso di carcinomi diagnosticati in fase più precoce. L'identificazione di un gruppo di donne "a maggior rischio di errore diagnostico" cui offrire non solo la mammografia è stato recepita come una scelta prioritaria poiché evita a queste donne sia intervalli troppo lunghi e pericolosi tra i controlli sia la mancanza di test integrativi della mammografia quando necessari.

La metodologia attuata permette di offrire alle donne ciò che effettivamente è necessario e quindi il "principio di equità" è interpretato come offerta a tutte le donne della stessa possibilità che l'eventuale tumore presente venga diagnosticato. Lo slogan che caratterizza in modo compiuto lo screening clinico-mammografico è:

"non poco a tutte nè tutto a tutte, ma ad ognuna ciò che serve!"

SVANTAGGI

1. -Costo economico maggiore rispetto allo screening mammografico
2. -Maggior necessità di ore-radiologo.
3. -Probabile maggior numero di prelievi con ago (l'aumento del numero dei test diagnostici comporta non solo aumento della sensibilità ma anche aumento dei dubbi diagnostici)

3- COPERTURA DELLA POPOLAZIONE

Le donne di età compresa tra i 45 e i 69 anni nei 5 distretti della AZIENDA ULSS 16 sono circa 68.000. *Ipotizzando una risposta del 70% della popolazione eleggibile, tenendo conto del numero di donne che farà il controllo ogni anno (circa il 40%), del numero di donne che farà il controllo con frequenza biennale e del numero di donne di età compresa tra i 70 ed i 75 anni, si è stimato che nel territorio della AZIENDA ULSS 16 bisognerà sottoporre a controllo oltre 34.000 donne/anno.*

In rapporto alla presenza nella AZIENDA ULSS 16 di numerose strutture private pre-accreditate che già svolgono diagnostica senologica, è sembrato razionale "convertire" l'attività già esistente (controllo spontaneo in atto di oltre 30.000 donne/anno) e trasformare in un programma organizzato di screening le attuali afferenze spontanee nei diversi centri esistenti. In sintesi, al fine di raggiungere la copertura organizzata della maggior parte della popolazione in tempi rapidi, in modo completo e nel vero rispetto della centralità dell'utente, si è ritenuto utile attuare un programma basato sulla ATTIVAZIONE DI UNA RETE DI CENTRI DIAGNOSTICI PRIVATI PREACCREDITATI operanti di concerto con l'U.O. di Senologia dell'Azienda Ospedaliera di Padova, che ne rappresenta il centro di riferimento e di coordinamento, e con i Medici di Medicina Generale.

Il coinvolgimento di più centri distribuiti sul territorio favorisce l'afferenza dell'utenza e rispetta le scelte già in atto. La condivisione del programma e della metodologia sul territorio permette inoltre di ridurre il numero di esami inutili o ripetuti senza giustificazione, di annullare le liste d'attesa (tutti i controlli saranno programmati), di rendere omogenei le procedure diagnostiche, la refertazione e i controlli di qualità.

Tutti i dati (elenco invitate, elenco aderenti, riepilogo accertamenti eseguiti e risultati, schede di patologia, risultati dei controlli di qualità) vengono inviati periodicamente al centro di coordinamento e sono inseriti in computer in modo da permettere una continua e proficua verifica dei risultati. Il "gradimento ed il coinvolgimento dell'utenza" viene monitorato mediante periodiche verifiche telefoniche.

4- ASPETTI ECONOMICI DELLO SCREENING CLINICO-MAMMOGRAFICO

Valutando i "puri" costi dei vari test diagnostici e l'entità percentuale di ricorso agli stessi, è stato stimato che l'importo sufficiente a garantire l'espletamento di tutta l'attività diagnostica non invasiva non dovrebbe superare i 60-70 EUR per donna esaminata.

Si sottolinea che non è stata fatta una stima del costo per esame, ma una stima del costo per donna esaminata per accesso, indipendentemente dal numero di esami cui verrà sottoposta. Si crede infatti che il costo per esame dovrebbe essere sostituito dal costo necessario a giungere alla diagnosi, indipendentemente dal numero e tipo di esami che si sono resi necessari per raggiungerla.

Se si paragonano questi costi con quelli dello screening mammografico si può evidenziare una quasi corrispondenza del costo per donna esaminata. E' intuitivo peraltro che un programma personalizzato, che utilizza un approccio clinico (causa di minore produttività), e che prevede un controllo annuale per il 40% circa delle donne, difficilmente potrà essere competitivo sotto il profilo economico con un programma di screening "solo" mammografico. Se però il tasso dei carcinomi di intervallo si ridurrà, come ci si attende, e si otterrà migliore curabilità a minor costo di tumori diagnosticati in fase più precoce, il costo per singolo tumore diagnosticato e per anno di vita salvata dovrebbe risultare inferiore.

E' altresì ugualmente vero che se si analizzano bene i costi di alcuni programmi di screening mammografico non ben organizzati ed attuati in aree con modesto bacino d'utenza o con adesione inferiore al desiderato 60%, ci si rende conto che spesso anche lo screening classico è gravato da costi molto superiori a quelli attesi.

Pur accettando peraltro che un programma personalizzato e che utilizza un approccio clinico possa costare di più dello screening solo mammografico, forse è tempo di giustificare gli investimenti non solo in rapporto "a vita salvata" ma anche in rapporto "a donna tranquillizzata". Non si può non giustificare il costo della informazione, del coinvolgimento attivo, della tranquillità che deriva alle donne da un programma che offre la presenza del medico, maggior accuratezza diagnostica e meno richiami.

Anche se il modello proposto cerca solo di migliorare l'attuale, sarebbe atto di presunzione pensare che lo SCREENING CLINICO-MAMMOGRAFICO sia da ritenersi il modello migliore senza attenderne i risultati. Padova quindi si propone non come centro di una nuova metodologia, ma come un centro nel quale una nuova metodologia verrà applicata e sottoposta a verifica.

Un risultato comunque è già stato ottenuto:

LA DONNA E' STATA RIPORTATA AL CENTRO DEL PROBLEMA!

SCREENING CLINICO-MAMMOGRAFICO Azienda ULSS 16-PADOVA

VANTAGGI GLOBALI ATTESI

PER LE UTENTI

- Ripristino dell'importante rapporto medico-utente
- Informazione e adesione consapevole
- Diagnosi in tempo unico, senza richiami
- Umanizzazione dei percorsi diagnostici
- Libertà di scelta della sede ove sottoporsi ai controlli
- Garanzia di prestazioni di qualità e appropriate sia nei centri pubblici che privati
- Annullamento liste d'attesa (esami e controlli programmati)

PER IL TERRITORIO dell'Azienda ULSS 16

- Coinvolgimento della maggior parte della popolazione in tempi brevi
 - Ridistribuzione appropriata delle prestazioni
(si eviteranno esami inutili e/o ripetuti senza giustificazione)
- È la prima volta che le strutture private (amministrazione, radiologi e tecnici) lavorano in modo concordato e coordinato e non in conflitto fra di loro.
E' un vero esempio di integrazione pubblico-privato*



SCREENING CLINICO MAMMOGRAFICO – Az. ULSS 16 -PADOVA
Centro di Coordinamento: Ospedale Busonera Via Gattamelata, 64 35128 PADOVA

SINTESI METODOLOGICA PER I CENTRI DI DIAGNOSTICA

PRIMO ACCESSOSERVE IMPEGNATIVA (pagamento ticket o esenzione secondo normativa)

Visita senologica e mammografia, eventuale ecografia.

- i casi negativi riceveranno la risposta scritta (o almeno verbale) al termine degli accertamenti,
- i casi dubbi riceveranno risposta verbale al termine degli accertamenti e verranno sottoposti entro 10 giorni ad ulteriori accertamenti diagnostici
(prelievo con ago eco/ radio-stereo guidato per esami citologici,....)

CONTROLLI SUCCESSIVI PERIODICI ... NON SERVE IMPEGNATIVA (SONO GRATUITI)

- Casi negativi ma ad "alto rischio di non vedere il tumore presente" (mammelle Rx-dense): controllo annuale con *mammografia, visita senologica ed ecografia.*
- Casi negativi ed a "basso rischio di non vedere" (mammelle Rx-adipose): controllo biennale solo con *mammografia* e lettura differita da due radiologi con "modalità indipendente".

Tutte le donne che afferiranno a un centro diagnostico aderente al programma per la prima volta, a far data dall'avvio del progetto, dovranno essere munite di regolare impegnativa. Esse saranno ricevute da un medico-radiologo e saranno sottoposte a tutti gli accertamenti necessari ad ottenere la diagnosi definitiva (visita senologica, mammografia, eventuale ecografia, eventuale agoaspirato). Al termine delle indagini il radiologo comunicherà il risultato degli esami, suggerirà e concorderà con la singola utente i controlli successivi; all'utente verrà consegnato sia il referto che le radiografie.

Il radiologo compilerà la scheda personale, la scheda riepilogativa mensile, l'eventuale scheda di patologia e darà le opportune informazioni.

Ogni singola donna, correttamente informata dal medico-radiologo, verrà invitata dallo stesso a scegliere se aderire o meno al programma di screening.

Per i controlli periodici successivi le donne aderenti al programma verranno divise in due gruppi in rapporto al rischio che la mammografia "non veda" l'eventuale tumore presente. Il gruppo ad alto rischio verrà sottoposta a controlli annuali con visita senologica, mammografia ed ecografia. I gruppo a basso rischio verrà sottoposto a mammografia ogni 2 anni

INVITO ALL'ADESIONE AL PROGRAMMA E ARRUOLAMENTO

Tutte le donne eleggibili (45-69 anni) riceveranno nell'arco di 24 mesi un "plico" contenente:

1-lettera di accompagnamento, 2-pieghevole informativo, 3-scheda personale, 4-modulo di informazione e consenso (il materiale cartaceo verrà fornito dalla ULSS 16).

La lettera di accompagnamento conterrà in particolare "l'invito a prenotare" gli esami di diagnostica senologica. La donna deve presentarsi con la prescrizione del medico curante.

Le donne che al momento del ricevimento del plico hanno già una prenotazione presso uno dei centri aderenti devono solo rispettare l'appuntamento già preso.

Le donne che hanno già una prenotazione presso un centro non aderente, dovranno cambiare centro se hanno interesse ad essere coinvolte nel programma.

Dopo i primi 18-24 mesi di attuazione del programma, alle donne che ancora non si sono sottoposte spontaneamente a controllo verrà inviato un invito personale.

*In fase iniziale, per evitare ingestibili sovraccarichi, si provvederà innanzitutto ad arruolare le donne che già si sottopongono spontaneamente al controllo. Le donne che hanno già una prenotazione presso un centro aderente a far data dal 15 marzo 2004, riceveranno il plico per posta (inviato loro direttamente dal centro aderente *) in modo da "essere informate" prima dell'esame. Chi ritirerà il plico al momento dell'accettazione potrà leggerlo con calma e riconsegnarlo firmato entro una settimana dall'esame.*

**I centri che non hanno prenotazioni a lungo termine e hanno disponibilità di posto, potranno anche spedire il plico a tutte le utenti eleggibili residenti nella loro zona. L'elenco dei destinatari dovrà essere comunicato al centro di coordinamento.*

1° ESAME: "ESAME DI ARRUOLAMENTO"

VENGONO ARRUOLATE LE DONNE DI ETÀ COMPRESA tra 45 e 69 anni

-Serve la normale prescrizione del medico curante.

-L'utente paga il ticket, salvo i casi di esenzione.

-se sull'impegnativa è scritto solo MAMMOGRAFIA, si esegue in ogni caso anche la Visita Senologica e, se necessario, l'ECOGRAFIA: sull'impegnativa si scrive "aderente allo screening" e la ULSS rimborserà tutti gli esami eseguiti.

NB. Il 1° esame è quello dell'arruolamento dopo il colloquio e l'adesione.

A-Eventuali esami precedenti, anche se eseguiti nella stessa sede, non modificano la norma.

B-Poichè lo screening arruola donne presunte sane o donne portatrici di carcinoma (pregresso o riscontrato al momento dell'esame), in caso di esami eseguiti nel semestre precedente al giorno 15 marzo, anche se nella stessa sede, il comportamento sarà preferibilmente il seguente:

B1- ESITO DEL CONTROLLO: NEGATIVO (c'era dubbio modesto o radio-densità):

=SE LA DONNA FARA' IL SUCCESSIVO CONTROLLO DOPO 12 mesi viene ARRUOLATA

=SE LA DONNA FARA' UN ULTERIORE CONTROLLO DOPO 6 mesi, verrà ARRUOLATA AL MOMENTO DEL SUCCESSIVO ESAME COMPLETO (cioè dopo 6 mesi)

B2- ESITO DEL CONTROLLO: POSITIVO: SI ARRUOLA

C- CASI CON RICHIESTA DI FNAC al termine dell'esame pre-arruolamento:

L'utente paga il ticket perché è un completamento del primo esame, salvo i casi di esenzione.

DONNE CHE HANNO ADERITO AL PROGRAMMA - CONTROLLI IN DONNE tra 45 e 75 anni

-Le donne che hanno espresso il desiderio di essere inserite nel programma di screening e quindi hanno firmato l'atto di consenso alla metodologia concordata (somministrazione modulata e differenziata dei test), non dovranno più preoccuparsi dei controlli successivi. Esse verranno invitate per lettera al momento opportuno (almeno 1 mese prima) dallo stesso centro dove hanno eseguito il precedente esame.

NB: tutti i referti relativi a donne aderenti al programma devono essere preceduti dalla seguente intestazione:

**"PROGRAMMA DONNA E SALUTE" - ULSS 16-PADOVA
SCREENING CLINICO-MAMMOGRAFICO**

e devono concludersi con la frase: *L'appuntamento per il prossimo controllo avviene in modo automatico; la data e l'ora verranno comunicati con lettera un mese prima.*

Tutti gli accertamenti eseguiti secondo programma, saranno gratuiti: controlli dopo uno o due anni, eventuali test necessari alla diagnosi definitiva (ecografia, prelievi con ago, esami citologici o istologici, ecc.) (tra 69 e 75, preferibilmente: mammografia ogni 3 anni). Non serve l'impegnativa del medico curante; il radiologo compila una "impegnativa interna" da inviare alla ULSS per il rimborso. I risultati verranno inoltre registrati dal radiologo sulla scheda personale e sulla scheda mensile.

Donne aderenti al progetto che riscontrano un "sintomo obiettivo" nell'intervallo tra i controlli programmati: devono rivolgersi al centro dove è stata eseguita l'ultima mammografia; non serve impegnativa, non pagano nulla; il radiologo del centro compila impegnativa interna per la ULSS (N.B. Il centro è impegnato ad accettare la richiesta e ad espletare l'esame nel più breve tempo possibile). L'esame intermedio non modifica la periodicità già programmata, salvo casi particolari a giudizio del radiologo (es. esame eseguito bilateralmente pochi mesi prima del controllo di routine già programmato).

Donne aderenti al progetto che vogliono eseguire accertamenti di tipo preventivo al di fuori di quelli programmati e in assenza di sintomi obiettivi certificati dal medico curante: pagano tutto salvo i casi in cui il medico curante le invia con prescrizione su ricettario nazionale secondo normativa.

-DONNE OPERATE per CARCINOMA.

Restano incluse nel programma. Verranno sottoposte a controllo periodico annuale per i primi 5 anni dopo exeresi, poi controllo annuale o biennale in rapporto alla densità mammografica.

-DONNE IN TOS (Terapia Ormonale Sostitutiva)

Ci si regola come per tutte .. intervallo solo in rapporto al rischio di errore (densità mammografica)

SEDE DEI CONTROLLI PERIODICI

I controlli successivi al primo saranno eseguiti preferibilmente nella stessa sede, su invito; in rapporto a possibile variazione di disponibilità di qualche centro, alcune donne potranno essere invitate a sottoporsi a controllo in un centro diverso. Anche le donne che vorranno spontaneamente cambiare sede per il successivo controllo potranno afferire ad un centro diverso seguendo la metodologia concordata (allegato 1).

(allegato 1)

RICHIESTA DI CAMBIAMENTO DI SEDE DOPO AVER ADERITO

-Per essere stati trattati in modo non corretto o per altri vari seri motivi:

l'utente invia richiesta scritta con le motivazioni, al centro di coordinamento; il centro di coordinamento si farà carico del cambiamento di sede (le dichiarazioni dell'utente verranno utilizzate in modo anonimo al fine di migliorare la qualità globale del programma).

-Per vicinanza a casa o per desiderio personale

Nessun problema, nei limiti della disponibilità del centro scelto per il controllo successivo.

L'utente deve:

A) telefonare al centro dove desidera eseguire il prossimo controllo, dichiarare la sua già avvenuta adesione al programma in altra sede, chiedere e ottenere l'appuntamento; tutto ciò almeno 3 mesi prima della data del controllo;

B) inviare al centro dove ha eseguito il precedente controllo comunicazione scritta del cambiamento; la comunicazione può avvenire anche via fax o e-mail ma deve pervenire al centro almeno 3 mesi prima del controllo già programmato.

TABELLE SINTETICHE

COMPITI DEL PERSONALE DI ACCETTAZIONE

-Dare informazioni sul programma e favorire l'adesione

-Consegnare prima dell'esame "il plico sullo screening" alle donne in età eleggibile (45-69 anni) che non lo avessero ricevuto.

-Compilare il riquadro anagrafico della tessera personale (e ricordare all'utente di riportarla ad ogni esame, assieme alle radiografie).

-Inviare al centro di coordinamento, a fine mese,

= l'elenco delle donne cui è stato spedito o consegnato a mano il plico sullo screening,

= le schede riepilogative mensili,

= i moduli di informazione e consenso, raccolti nel mese, relativi ai casi di "non adesione"

= le schede di patologia (controllare i dati anagrafici).

-Inviare alle aderenti l'invito al controllo periodico 1-2 mesi prima della data di esame.

COMPITI DEL RADIOLOGO al momento dell'esame

1-Applicare la metodologia concordata (informazioni, esami diagnostici, stesura referti secondo protocollo)

2-Compilare la scheda personale (parte relativa agli esami)

3-Compilare la scheda riepilogativa mensile-giornaliera

4-Compilare l'eventuale scheda di patologia (attenzione alla intestazione: scrivere a stampatello)

5-Intestare (la prima volta) il modulo di informazione e consenso, richiedere la firma (anche in caso di non adesione) e consegnarlo in accettazione. Consegnare alla donna una copia del modulo.

CONSEGNARE 3-4-5 IN ACCETTAZIONE E FINE LAVORO

6-Scrivere su ogni referto relativo ad esami eseguiti su donne aderenti al programma la frase:

"PROGRAMMA DONNA E SALUTE" -ULSS 16-PADOVA- SCREENING CLINICO-MAMMOGRAFICO e riportare la termine la frase relativa all'automatismo del controllo successivo.

DONNE NON ADERENTI AL PROGETTO di qualunque età: NESSUN CAMBIAMENTO

Serve sempre la prescrizione su ricettario regionale secondo normativa (*Deliberazione Giunta Regionale 2883 del 3 ottobre 2003*) e la donna paga solo il ticket (salvo esenzione).

Unica eccezione: una mammografia gratuita ogni 2 anni dopo i 45 anni (serve impegnativa del medico curante che certifica l'esenzione ai sensi dell'art.85 c.4 legge 388/2001)

(I centri sono tenuti a chiedere all'utente autocertificazione che nell'anno precedente non ha usufruito di tale opportunità. Esempio di autocertificazione: *Dichiaro che nell'anno non mi sono sottoposta a mammografia in nessun centro pubblico o privato-preaccreditato ai sensi dell'art.85, legge 388/2001*)

Se la mammografia gratuita espletata a scopo preventivo evidenzia un quadro sospetto, il radiologo suggerisce gli ulteriori esami nel referto indirizzato al medico curante; se il medico curante condivide, compila l'impegnativa; gli accertamenti saranno gratuiti.

-In caso di controlli a distanza di alcuni mesi da un esame precedente, suggeriti dal radiologo e condivisi dal medico curante, serve la prescrizione su ricettario regionale e la donna paga solo il ticket.

DONNE DI ALTRE ULSS che eseguono esami in centri della ULSS 16

Gli esami verranno espletati come di consueto: impegnativa e pagamento ticket



Progetto "DONNA E SALUTE"

**SCREENING
CLINICO-MAMMOGRAFICO**

PROGRAMMA PER LA DIAGNOSI TEMPESTIVA DEL TUMORE DELLA MAMMELLA

COMPITI DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

1. -Collaborare a spiegare alle proprie assistite i vantaggi derivanti dal sottoporsi agli accertamenti necessari alla diagnosi tempestiva del tumore della mammella ed a ripeterli secondo la periodicità raccomandata.
2. -Espletare un controllo clinico in caso di rilievo da parte delle utenti di eventuali lesioni focali palpabili e richiedere allo stesso centro del controllo precedente l'anticipo del controllo programmato.
3. -Collaborare all'arruolamento delle non rispondenti e inviare al centro di coordinamento comunicazione dei risultati di eventuali accertamenti diagnostici o interventi chirurgici eseguiti in altre ULSS.
4. -Partecipare alla definizione degli indicatori di qualità e di efficienza e valutare periodicamente in modo collegiale i risultati del programma.

COMPITI DEI CENTRI DIAGNOSTICI ADERENTI AL PROGRAMMA

1. Sottoporre le donne aderenti al programma a tutti i seguenti esami, secondo necessità e in accordo con il protocollo: Visita Senologia, Mammografia (anche con ingrandimento diretto), Ecografia, Agoaspirazione ecoguidata.
2. Impegnarsi a sottoporre a controllo, nell'ambito del programma di screening, il numero di donne/anno concordato.
3. Far partecipare il proprio personale medico e paramedico a corsi di formazione teorici e pratici.
4. Attuare i controlli di qualità, acquisendo apparecchiature e competenze necessarie, seguendo le indicazioni del centro di coordinamento ed inviare allo stesso i dati.
5. Compilare ed inviare mensilmente, al centro di coordinamento, l'elenco delle utenti invitate e di quelle aderenti; inviare i riespiloghi con i risultati degli accertamenti eseguiti e le schede di patologia.
6. Inviare al centro di coordinamento l'elenco delle donne che hanno scelto di non aderire al programma di screening e la lettera personale (di scelta di non adesione) da loro firmata.
7. Inviare, alle donne che hanno aderito, l'invito al controllo periodico 1-2 mesi prima della data di esame.

COMPITI DELL'UNITA' OPERATIVA DI SENOLOGIA dell'Azienda Ospedaliera

1. Arruolare nel programma di screening le donne in età eleggibile e consenzienti (come i centri privati).
2. Espletare attività di consulenza su richiesta dei centri privati ed espletare indagini diagnostiche di terzo livello (agoaspirati sotto guida radiostereotassica, agobiopsie percutanee).
3. Favorire il contatto, quando richiesto, tra utenti e chirurghi dell'Azienda Ospedaliera.
4. Attuare seminari di formazione.
5. Verificare che i controlli di qualità dei centri aderenti siano espletati in accordo a quanto previsto dalle normative vigenti (allegato).
6. Monitorare i risultati del programma mediante raccolta ed elaborazione dei dati provenienti dai centri di diagnosi e dei dati desunti dalle "schede di dimissione ospedaliera".
7. Monitorare il "gradimento ed il coinvolgimento dell'utenza" mediante periodiche verifiche telefoniche.



SCREENING CLINICO MAMMOGRAFICO – Az. ULSS 16 -PADOVA
Centro di Coordinamento: Ospedale Busonera Via Gattamelata, 64 35128 PADOVA

MODULO DI INFORMAZIONE E CONSENSO (A/2004)

Ho letto il pieghevole e ho compreso le modalità di svolgimento del programma di screening.
Ho ricevuto le seguenti informazioni:

1. i vari esami diagnostici, anche se ripetuti, non possono evitare la comparsa del tumore alla mammella ma possono scoprirlo nelle fasi iniziali del suo sviluppo;
2. la diagnosi tempestiva del tumore della mammella consente di ottenere, in moltissimi casi, riduzione di mortalità con ricorso a terapie meno aggressive;
3. un 15-20 % circa dei tumori della mammella non si vede con la mammografia per cui è talora necessario integrare la mammografia con l'ecografia e con la visita senologica;
4. l'integrazione della mammografia con altri esami serve soprattutto nei casi di "mammella densa" alla mammografia; sottoporsi alla ecografia se non c'è indicazione non solo è inutile ma può comportare interventi chirurgici inutili ("falsi positivi");
5. nonostante l'esecuzione di più test diagnostici, un 10-15% circa dei tumori della mammella non si lascia riconoscere e si rende evidente solo nei controlli successivi;
6. è importante rispettare la "periodicità dei controlli" per recuperare in tempo utile alla cura i tumori già presenti ma non diagnosticati

-Se aderisco al programma, sono informata che tutti i controlli periodici successivi al completamento del 1° esame saranno gratuiti, purchè eseguiti nell'ambito del programma; riceverò per lettera l'invito al controllo (non è necessario prendere l'appuntamento). Se vorrò sottopormi ad altri controlli senologici al di fuori di quelli programmati e in assenza di sintomi, dovrò sostenere integralmente il costo di questi controlli (DGR del Veneto 2883 del 3 ottobre 2003), ad eccezione degli eventuali accertamenti successivi alla scoperta di una lesione.

-Se non aderisco al programma, sono informata che potrò usufruire di una mammografia gratuita ogni due anni (su richiesta del curante secondo l'art. 85 della Legge finanziaria 388/2001) e che potrò comunque sottopormi, in regime di convenzione, agli accertamenti di diagnostica senologica richiesti su ricettario regionale, secondo normativa regionale (DGR 2883 del 3.10.2003).

Accetto la metodologia proposta dalla ULSS 16

-Controlli gratuiti annuali o biennali, suggeriti e concordati con il medico-radiologo al termine dell'esame programmato. Gli accertamenti previsti sono:

MAMMOGRAFIA, eventuali VISITA SENOLOGICA, ECOGRAFIA, AGOASPIRATO.

-Accetto che i dati concernenti i test diagnostici e le terapie siano inviati al centro di coordinamento ove saranno trattati per monitorare i risultati, nel rispetto della mia privacy (DLgs 196/2003).

-Posso revocare in qualsiasi momento, con comunicazione scritta, la mia adesione al programma.

Firma _____

data _____

Sig.a _____

data nascita _____

Non accetto, per il momento, la metodologia proposta

Se cambierò idea telefonerò al centro di coordinamento (049.821.5734)

Firma _____

data _____

Pur non aderendo al programma, il Centro di Coordinamento ha chiesto la mia autorizzazione a raccogliere i dati concernenti sia i test diagnostici senologici da me eseguiti sia le terapie eventualmente effettuate. Sono stata informata che tali dati sono di grande utilità sia per valutare i vantaggi che le donne potranno ottenere dall'anticipo diagnostico sia per controllarne gli eventuali effetti negativi. Tutti i dati saranno trattati nel rispetto della mia privacy (DLgs 196/2003).

AUTORIZZO firma _____

NON AUTORIZZO firma _____

PADOVA ULSS 16 - SCREENING CLINICO-MAMMOGRAFICO VANTAGGI CLINICI DEL METODO

SINTESI DELLA MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE DEI TEST

PRIMO ACCESSO

Visita senologica e mammografia, eventuale ecografia.

- i casi negativi riceveranno la risposta scritta (o almeno verbale) al termine degli accertamenti,
- i casi sospetti riceveranno risposta verbale al termine degli accertamenti e verranno sottoposti entro 10 giorni ad ulteriori accertamenti diagnostici
(*prelievo con ago eco/ radio-stereo guidato per esami citologici, ...*)

CONTROLLI SUCCESSIVI PERIODICI

- Casi negativi ma ad "alto rischio di non vedere il tumore presente" (mammelle Rx-dense): controllo annuale con *mammografia, visita senologica ed ecografia.*
- Casi negativi ed a "basso rischio di non vedere" (mammelle Rx-adipose): controllo biennale solo con *mammografia* e lettura differita da due radiologi con "modalità indipendente".

1-Il colloquio con il medico e visita senologica iniziale offrono alle donne quel contributo umano ed informativo che solo la presenza del medico garantisce, permettono di tener conto delle problematiche di tipo psicologico della singola donna e di ripristinare l'importante rapporto medico-Utente,

In effetti, la giustificazione alla visita senologica non consiste nella pur possibile scoperta di qualche tumore in più poiché, allo stato attuale delle conoscenze, ciò non sembra permettere un aumento significativo della riduzione di mortalità. Il vero vantaggio della visita senologica iniziale è che la stessa è l'occasione insostituibile di "un colloquio". E' possibile dare informazioni esaurienti e corrette sui vantaggi e soprattutto sui limiti di quanto viene offerto; le donne possono trovare risposta alle molte domande derivanti da informazioni frammentarie, possono ritrovare la tranquillità perduta o ricevere subito quelle importanti informazioni di tipo prognostico che permettono di affrontare nel modo meno traumatico possibile la scoperta di un carcinoma nella propria mammella: è indubbio infatti che la maggior parte del dramma si consuma nell'intervallo fra la diagnosi e l'inizio della terapia.

2- E' possibile eseguire in successione rapida i vari accertamenti integrativi necessari alla diagnosi definitiva. Ciò permette di annullare i richiami e di ridurre il tasso dei carcinomi non diagnosticati.

La revisione dei risultati ottenuti in 59.000 donne esaminate nei Servizi di Senologia di Padova e di Bari ha evidenziato che, nonostante la mammografia sia stata eseguita in un contesto clinico (e quindi senza lesinare proiezioni aggiuntive e ingrandimenti diretti) e con intervalli quasi annuali per tutte le donne, un discreto numero di carcinomi di piccole dimensioni non è stato identificato. Nello stesso gruppo di donne, però, la visita senologica e l'ecografia (eseguita al bisogno) hanno permesso il recupero in tempo reale di molti tumori non diagnosticati dalla mammografia. Questi dati, ormai confortati da ampia letteratura, devono far riflettere! Bisogna prendere atto che il ricorso sempre più frequente all'ecografia ed alla risonanza magnetica evidenzia, sempre più chiaramente, sia i limiti intrinseci della mammografia sia il fatto che la precocità diagnostica mammografica non sempre corrisponde alla precocità biologica della lesione. La mammografia resta la tecnica migliore, la tecnica in grado di scoprire il maggior numero di carcinomi di piccole dimensioni, la tecnica della quale non se ne può fare a meno, ma non è tecnica perfetta.

3- In rapporto alla personalizzazione sia della periodicità dei controlli (annuale o biennale) sia dei test da utilizzare (diagnostica integrata o solo mammografia), è ragionevole attendersi la riduzione del tasso dei richiami e del tasso dei carcinomi di intervallo e l'aumento del tasso di carcinomi diagnosticati in fase più precoce nel gruppo delle donne sottoposte a controlli periodici.

Il controllo biennale con mammografia esclusiva può essere certamente sufficiente per le donne con mammelle adipose, ma appare oggi meno proponibile soprattutto per le donne con mammelle dense. E' noto infatti che la densità radiologica dei tessuti della mammella, oltre ad esprimere un probabile aumento di rischio, rappresenta la causa più frequente di errore in mammografia. La già ricordata casistica raccolta in Padova e in Bari ha confermato che la densità radiologica è un grosso limite della mammografia, e ciò indipendentemente dall'età della donna. Poiché non è difficile quantificare sia il rischio di errore nel singolo caso (in rapporto al quadro mammografico) sia le conseguenze possibili dell'eventuale errore (in rapporto all'età, all'assetto ormonale, alle eventuali dimensioni di una lesione di tipo benigno presente), la modulazione dei controlli basata su questi parametri è da considerarsi una via percorribile e promettente, una via che evita a queste donne sia intervalli troppo lunghi e pericolosi tra i controlli sia la mancanza di test integrativi della mammografia quando necessari.

LETTERA DA INVIARE PER IL PRIMO INVITO



REGIONE DEL VENETO
PROGETTO "DONNA E SALUTE"

SCREENING CLINICO MAMMOGRAFICO

Centro di Coordinamento

U.O. SENOLOGIA Ospedale Busonera Via Gattamelata, 64 35128 PADOVA

Dir.: Prof. Cosimo Di Maggio Fax: 049-821.5740 E-mail: screening.mammografico@sanita.padova.it

Segreteria 049/8215734



Gentile Signora

le aziende ULSS 16 e Ospedaliera di Padova, con il coinvolgimento dei centri diagnostici privati pre-accreditati e con il sostegno dei Medici di famiglia, hanno dato inizio ad un **programma innovativo per la diagnosi tempestiva del tumore della mammella nelle donne di età superiore ai 45 anni.**

L'attività diagnostica verrà svolta nei centri pubblici e privati pre-accreditati che si sono impegnati ad attuare la metodologia concordata e verrà continuamente controllata dal centro di coordinamento che ha sede presso l' U.O. di Senologia dell' Azienda Ospedaliera di Padova, Ospedale F. Busonera.

Lei ha già un appuntamento presso uno dei centri aderenti e questa lettera, con il promemoria dell'appuntamento, le viene inviata proprio da questo centro.

La invitiamo quindi a leggere con attenzione il materiale informativo allegato.

Al momento dell'esame riceverà tutte le ulteriori necessarie informazioni sul programma e potrà scegliere se aderire o meno sottoscrivendo il modulo di informazione e consenso. Se lei sceglierà di aderire al programma non dovrà più preoccuparsi dei controlli periodici successivi al primo: al termine di ogni controllo le verrà comunicata sia la data presunta del successivo sia a quali accertamenti dovrà sottoporsi.

Qualora non volesse aderire al programma, la preghiamo ugualmente di utilizzare la "scheda personale" allegata per far registrare dal medico-radiologo tutti gli accertamenti di diagnostica senologica che eseguirà spontaneamente nel corso degli anni.

Per ulteriori informazioni può telefonare al Centro di Coordinamento (049.821.5734) o a una delle "associazioni" indicate nel pieghevole.

Distinti saluti da parte

del suo Medico di famiglia e del Direttore Sanitario dell' Azienda ULSS 16

Padova marzo 2004

**NB Per il primo esame serve l'impegnativa e pagherà il ticket (se non è esente)
Tutti gli esami successivi al primo saranno gratuiti**

LETTERA DA INVIARE PER GLI ESAMI SUCCESSIVI AL PRIMO



REGIONE DEL VENETO
PROGETTO "DONNA E SALUTE"

SCREENING CLINICO MAMMOGRAFICO

Centro di Coordinamento



U.O. SENOLOGIA Ospedale Busonera Via Gattamelata, 64 35128 PADOVA

Dir.: Prof. Cosimo Di Maggio Fax: 049-821.5740 E-mail: screening.mammografico@sanita.padova.it

Segreteria 049/8215734

INTESTAZIONE DEL CENTRO DIAGNOSTICO

Gentile Signora

il programma per la diagnosi mammografica tempestiva del tumore della mammella, iniziato nel 2004 da parte della ULSS 16-Padova, continua con elevato indice di gradimento da parte dell'utenza.

A seguito del suo controllo precedente in codesta sede, non abbiamo ricevuto da parte sua notifica di cambiamento di sede per i controlli successivi; in accordo quindi con il suo precedente consenso, abbiamo programmato il suo controllo periodico

per il giorno

alle ore

presso

**NB Non serve l'impegnativa e gli esami sono gratuiti
E' NECESSARIO PORTARE TUTTE LE MAMMOGRAFIE PRECEDENTI**

In caso di sua non disponibilità, può chiedere di modificare l'appuntamento prefissato telefonando al n.

Qualora non desiderasse più essere controllata nell'ambito di questo programma, la preghiamo di inviarci una lettera o un fax con la seguente dichiarazione:

La sottoscritta nata il comunica di non voler sottoporsi ad ulteriori controlli di diagnostica senologica nell'ambito del programma di screening.

(in caso di ripensamento successivo, sarà sufficiente una telefonata per riattivare la sua adesione)

Distinti saluti

LETTERA DA INVIARE ALLE DONNE CHE NON HANNO ANCORA ESEGUITO
CONTROLLI SENOLOGICI NEL 2004-2005



REGIONE DEL VENETO
PROGETTO "DONNA E SALUTE"

SCREENING CLINICO MAMMOGRAFICO

Centro di Coordinamento

U.O. SENOLOGIA Ospedale Busonera Via Gattamelata, 64 35128 PADOVA

Dir.: Prof. Cosimo Di Maggio Fax: 049-821.5740 E-mail: screening.mammografico@sanita.padova.it

Segreteria 049/8215734



Gentile Signora

le aziende ULSS 16 e Ospedaliera di Padova, con il coinvolgimento dei centri diagnostici privati pre-accreditati e con il sostegno dei Medici di famiglia, hanno dato inizio nel 2004 ad un programma innovativo per la diagnosi tempestiva del tumore della mammella nelle donne di età superiore ai 45 anni.

L'attività diagnostica viene svolta nei centri pubblici e privati pre-accreditati che si sono impegnati ad attuare la metodologia concordata e verrà continuamente controllata dal centro di coordinamento che ha sede presso l' U.O. di Senologia dell' Azienda Ospedaliera di Padova, Ospedale F. Busonera.

La invitiamo quindi a leggere con attenzione il materiale informativo allegato e a prendere un appuntamento presso uno dei centri diagnostici aderenti al programma in modo che possa eseguire il suo prossimo controllo entro 2 anni.

Tutti i centri aderenti attuano la stessa metodologia, quindi le consigliamo di scegliere il centro a lei più vicino o quello nel quale ha già eseguito controlli precedenti.

Al momento dell'esame riceverà tutte le ulteriori necessarie informazioni sul programma e potrà scegliere se aderire o meno sottoscrivendo il modulo di informazione e consenso. Se lei sceglierà di aderire al programma non dovrà più preoccuparsi dei controlli periodici successivi al primo: al termine di ogni controllo le verrà comunicata sia la data presunta del successivo sia a quali accertamenti dovrà sottoporsi.

Oltre il 70% delle donne della Azienda ULSS 16 si sottopongono già a regolari controlli. Qualora non volesse aderire la preghiamo di avvisarci; in mancanza di comunicazione da parte sua le invieremo una seconda lettera.

Per ulteriori informazioni può telefonare al Centro di Coordinamento (049.821.5734) o a una delle "associazioni" indicate nel pieghevole.

Distinti saluti da parte

del suo Medico di famiglia e del Direttore Sanitario dell' Azienda ULSS 16

Padova marzo 2004

**NB Per il primo esame serve l'impegnativa e pagherà il ticket (se non è esente)
Tutti gli esami successivi al primo saranno gratuiti**

Guida alla compilazione del RIEPILOGO MENSILE E CASI PARTICOLARI

Bisogna trascrivere tutte le donne della USL 16 sopra i 45 anni

(Se si usa foglio di lavoro, cancellare bene quelle non eleggibili: meno 45, altre USL)

- Data esame
- Centro di provenienza
- Cognome e nome e data di nascita dell'utente (o codice sanitario o codice fiscale)
- Nome del radiologo che esegue l'esame

Chiedere sempre se sono già state inserite nel programma da altro centro (per evitare controlli a tempi brevi in centri diversi)

FAMILIARITA'

N. totale FAMILIARI 1° grado (mamma, sorella, figlia) con K mammella (1..3)

Ovaio Colon (Presenza di parenti con carcinoma all'ovaio o al colon)

TOS Terapia Ormonale Sostitutiva - assunta in menopausa per anni:

PRECEDENTE INTERVENTO CHIRURGICO

- Destro - Sinistro
- Benigno - Mastectomia - Quadrantectomia
- Infiltrante - in Situ
- età al momento dell'intervento

CONCLUSIONI Risultato esami odierni -classificazione ACR BI-RADS

CONTROLLO SUCCESSIVO PROGRAMMATO: a 6-12-24 mesi.

36 mesi solo per > 69 anni Quindi a 69, 72, 75 STOP

(Continuano il controllo solo se già inserite nel programma e se lo desiderano)

Per i casi dubbi-positivi (classe 3-4-5) scrivere SCHEDA e compilare la scheda di patologia

La data del controllo successivo verrà decisa al termine degli ulteriori accertamenti; è importante che il dato sia poi deciso perché il programma deve essere informato sulla data del prossimo invito

CONTROLLO PRECEDENTE

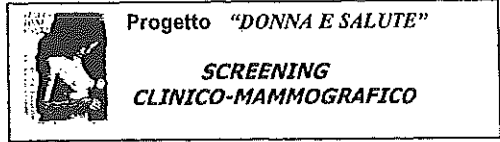
-SE IN ALTRA SEDE mesi (dall'ultimo esame) e CONCLUSIONI (Neg. Sosp. Pos.)

-SE NEL PASSATO E' STATA COMPILATA SCHEDA DI PATOLOGIA: scrivere SCHEDA

Le donne già arruolate ma che ad un certo punto desiderano seguire percorsi diagnostici diversi, consigliati dal chirurgo o dall'oncologo, escono dallo screening e firmano la NON ADESIONE.

NB Salvo casi particolari, l'eventuale controllo intermedio (suggerito da altri medici o per pseudopatologia intercorrente) non modifica l'intervallo programmato in rapporto alla densità mammografica.

Es. dato controllo dopo 2 anni; la donna viene dopo 2 mesi per un nodino che risulta essere cisti, il controllo resta sempre a 2 anni dal primo esame.



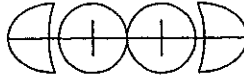
1.1.2005

SCHEDA DA COMPILARE IN PRESENZA DI PATOLOGIA (BI-RADS 3-4-5)
 (in presenza di più lesioni diverse o di patologia bilaterale: compilare schede diverse)
ALLEGARE COPIA DEL REFERTO

Nome nata tel.
 Centro Radiologo Data esame
 Familiarità No 1 2 3 Ovaio Colon Ormoni No -per anni 3 -6 -9 +9
 Prec. chirurgia D S Benigno Mastectomia Quadrantect. -Situ -Infiltr
 Età all'ingresso N° Round 1 2 3 4 Periodicità: 12 24 Controllo prec: m.6 12 24 36

MAMMOGRAFIA (29)

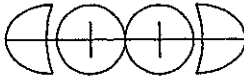
RADIODENSITA' ADIPOSA <25% 26-50% 51-75% >76% DENSA
 LESIONE FOCALE Nessuna NODO Nodo e Calcif. Distorsione Addens. Focale
 solo Calcificazioni a Focolaio a distrib. Lineare Disseminate
 CALCIFICAZIONI Puntiformi Cristalline Granulari Vermiformi
 CONTORNI NODO Definiti Sfumati Raggiati
 DIAMETRO (cm) <0.5 0.5-1 1-2 2-3 +3
 SEDE Dx Sn
 ALTRI FOCI * nessuno contigui >2cm



CONCL. NON POSS.-0 NEG-1 BEN-2 PROB. BEN-3 SOSP-4 CARCINOMA-5

VISITA SENOLOGICA (34)

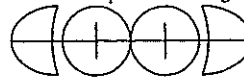
Non eseguita-X Non Lesione focale Non Valutabile per tensione
 NODO PLACCA ALTRO (secr.)
 CONSISTENZA tesoelastica parenchimatosa durolignea
 MOBILITA' mobile poco mobile fissa
 DIAMETRO (cm) <0.5 0.5-1 1-2 2-3 +3
 SEDE Dx Sn
 ALTRI FOCI* nessuno contigui >2cm
 CUTE Retrazione Spont. -Prov Arrossata Edematosa



CONCL. NON POSS.-0 NEG-1 BEN-2 PROB. BEN-3 SOSP-4 CARCINOMA-5

ECOGRAFIA (35) (eventuale POWER-DOPPLER)

Non eseguita-X Non Lesione focale-N
 LESIONE Anec Ipoc Iperc + Iper/Ipo +/- Mista Spot
 Distorsione
 FORMA Rotonda Ovale Parallela cute Ovale Non paral. Irregolare
 DIAMETRO (cm) <0.5 0.5-1 1-2 2-3 +3
 SEDE Dx Sn
 ALTRI FOCI* nessuno contigui >2cm
 PEDUNCOLI VASC. non cercati nessuno interni in periferia



CONCL. NON POSS.-0 NEG-1 BEN-2 PROB. BEN-3 SOSP-4 CARCINOMA-5

AGO-ASPIRATO (CITODIAGNOSTICA) (40) *Data esecuzione.....*

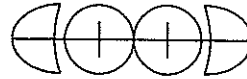
GUIDA: Palpazione Ecografica Mammogr. RM- N° PRELIEVI: 1- 2- 3 +
 CONCL. **NON POSSIBILE -0** **NEG -1** **BEN -2** **PROB. BEN -3**
ATIPIA BEN -AB **ATIPIA SOSP -AS** **SOSPETTO -4** **CARCINOMA -5**

AGOBIOPSIA PERCUTANEA (BP) (42) *Data esecuzione.....*

AGO TRACCIANTE (Gauge) MAMMOTOME (Gauge)
 SOTTO GUIDA: Palpazione Ecografica Mammografica (stereotassi) RM
 Numero prelievi: 1- 2- 3
 CONCL. **NON POSSIBILE -0** **NEG -1** **BEN -2** **PROB. BEN -3**
ATIPIA BEN -AB **ATIPIA SOSP -AS** **SOSPETTO -4** **CA-SITU -5S** **CA-INF-5I**

RISONANZA MAGNETICA (45) *Data*

PATTERN: adiposo misto ghiandolare LESIONI FOCALI con contrast enhanc: SI- NO-
 DIAMETRO (cm) <0.5 0.5-1 1-2 2-3 +3
 SEDE Dx Sn
 ALTRI FOCI* nessuno- contigui- >2cm-



	punteggio		
	0	1	2
FORMA	Rotonda, ovale, lobulata	Varia (lineare, dendritica, stellata)	---
MARGINI	Regolari	Irregolari	---
enhancement, pattern	omogeneo	Disomogeneo	Anulare
Curva Intensità/Tempo	Lento	Moderato	Rapido
Fase incremento	(< 50%)	(50-100%)	(100%)
Fase decremento	Non decremento	a Plateau	Rapido

Totale (0-2:B; 3:prob.B; 4-8:M) _____

CONCL. **NON POSS. -0** **NEG -1** **BEN -2** **PROB. BEN -3** **SOSP -4** **CARCINOMA -5**

CONCLUSIONI INTEGRATE (49) *Data*

NON POSSIBILE 0 **NEG -1** **BEN -2** **PROB. BEN -3** **SOSPETTO -4** **CARCINOMA -5**
 -RACCOMANDAZIONI (50) CONTR. a 6m a12 a24 Prel. con AGO
 EXERESI RM ALTRO

Risultato Finale *Data esecuzione del controllo o dell'intervento*

(51) Ben.(Ist), Ben:F.U.6-12-24-36m., Maligno (52) TERAPIA Chemio. Mast. Nodul. Quadr.

(53) Linf.Sent.: N P Micrometastasi (55) TNM (57) Grading 1 2 3

(58) ISTOTIPO

ALTRI DATI

-COMPARSA DI CARCINOMA DOPO MESI

* NB - CARCINOMA PLURIFOCALE-PLURICENTRICO BILATERALE

GUIDA ALLA COMPILAZIONE DELLA SCHEDA DI PATOLOGIA (agosto 2004)

La ripetizione di alcune voci già presenti nel "riepilogo giornaliero" è dovuta al fatto che i dati vengono inseriti in software diversi

In caso di patologia plurifocale/pluricentrica o bilaterale bisogna compilare una scheda per lesione.

La scheda deve essere compilata in tutti i casi in cui

- uno qualsiasi dei test eseguiti (Visita Senologica, Mammografia, Ecografia) presenta elementi di dubbio (lesione probabilmente benigna BI-RADS 3) o di sospetto (BI-RADS 4-5) e quindi segue raccomandazione al controllo mirato non invasivo (6 mesi) o all'esecuzione di prelievo con ago, di altri test o di exeresi chirurgica.

-La scheda va compilata anche nei vari controlli successivi fino alla normalizzazione del quadro (quindi anche dopo il controllo non invasivo a 6 mesi e dopo un intervento chirurgico).

-In caso di esami eseguiti in data diversa da quella iniziale, la data del test va indicata.

-Problemi particolari non codificati possono essere evidenziato per iscritto.

ALLEGARE ALLA SCHEDA SIA IL REFERTO ATTUALE SIA IL PRECEDENTE

Ogni radiologo è tenuto a compilare la scheda per la parte da lui espletata

(non importa se al centro di coordinamento arriveranno più schede della stessa utente):

1° esempio:

- | | |
|--|--------------------------------------|
| A) viene consigliato controllo a 6 mesi : | scheda |
| B) la donna torna al controllo dopo 6 mesi: | scheda |
| C) la donna ritorna al controllo dopo un anno: | scheda (se pos.), riepilogo (se neg) |

2° esempio:

- | | |
|--|-------------------------------------|
| A) viene consigliato intervento chirurgico : | scheda |
| B) primo controllo dopo intervento chirurgico: | scheda o segnalazione sul riepilogo |

3° esempio:

- | | |
|---|--------------------------------------|
| A) viene consigliato un ulteriore test (FNAC-RM)
che sarà eseguito in altra sede: | scheda |
| B) esecuzione del test da parte di altro radiologo: | scheda |
| C) ritorno della donna al 1° radiologo per la
revisione del caso e le raccomandazioni: | scheda |
| D) controllo successivo: | scheda (se pos.), riepilogo (se neg) |

In caso di controlli in sedi diverse, sarebbe utile che una copia della scheda compilata, venisse allegata al referto e seguisse l'utente in ogni tappa.

-CASI CON RICHIESTA DI FNAC

1- se la FNAC si fa nella stessa sede e si dà direttamente l'appuntamento, il radiologo inserirà i dati nel riepilogo e nella scheda di patologia al termine di tutti gli accertamenti ;

2-se la FNAC viene richiesta al curante e quindi verrà espletata solo dopo alcuni giorni e forse anche in altra sede, il radiologo compila il referto, il riepilogo e anche la scheda di patologia.

(Chi eseguirà la FNAC compilerà la scheda di patologia per quanto fatto).

(L'utente che sarà sottoposta a FNAC in altra sede, tornerà dal radiologo che ha richiesto l'agoaspirato con il referto e costui darà le raccomandazioni conclusive e compilerà una terza scheda di patologia con queste raccomandazioni.

NB Si prega di compilare con attenzione e cura.

Evitare croci o altri segni: ANNERIRE IL A DESTRA DELLA VOCE

In assenza di chiudere con un CERCHIO la voce scelta

I dati del singolo test e le relative conclusioni devono essere rilevati e trascritti in modo obiettivo, ignorando le conoscenze derivate da un altro test (es. lesione appena percepibile in Mx e vista solo dopo l'eco: il test Mx deve risultare negativo)

Eventuali note possono essere scritte sul retro e richiamate con asterisco (*)

GUIDA ALLA COMPILAZIONE DELLA SCHEDA DI PATOLOGIA

Aggiornamento del 7 novembre 2004

RIQUADRO CONCLUSIONI INTEGRATE E RACCOMANDAZIONI

Deve essere compilato al termine di ogni percorso diagnostico, prima di inviare la scheda al Busonera.

L'esecuzione in differita di ulteriori test (es. agoaspirato, controlli a 6 mesi, ecc.) richiede la ricompilazione alla luce degli ultimi rilievi.

SCHEDE CHE SI RIFERISCONO A CONTROLLI DOPO 6 MESI

1- INDICARE BENE IL GIORNO DELL'ESAME CUI SI RIFERISCE LA SCHEDA COMPILATA

In caso di probabile non compilazione della prima scheda, vi sono varie possibilità:

- A) compilare 2 schede, una relativa al 1° esame con la data dell' esame e un'altra relativa al secondo esame con la relativa data
- B) compilare una sola scheda con data del 1° esame e compilare anche la parte finale:
 - scrivere la data del controllo dopo **RISULTATO FINALE**
 - compilare il cod. 51. N.B. manca la voce F.U.: 6 m (si può scrivere a mano)

Analoga procedura va seguita al controllo completo che sarà espletato dopo 12 mesi.

2- In caso di controlli a 6 mesi, allegare la copia non solo dell'ultimo referto ma anche del precedente (anche se eseguito in altra sede) o di tutta la cartella clinica.

3- compilazione n. Round. Molti scrivono 2° round per indicare il controllo dopo 6 mesi.

E' sbagliato: il controllo a 6 mesi fa parte sempre del 1° round. Il 2° o 3° round indica il n.di controllo mammografico periodico di routine dopo l'arruolamento

4- Le raccomandazioni conclusive devono essere coerenti con il BI-RADS.

Es. i BI-RADS 2 vanno a controllo a 12 o a 24 mesi. Se viene consigliata exeresi o controllo a 6 mesi va indicata la motivazione (paura, dolore, libera scelta)

5- Se possibile, ricordarsi di non arruolare le donne che, pur avendo ricevuto il plico sullo screening, giungono ad un controllo di un esame precedente eseguito 6 mesi prima al di fuori dello screening. Queste utenti verranno arruolate solo dopo il successivo controllo (ad eccezione delle donne nelle quali si riscontra un carcinoma).

6- C'è un eccesso di controlli a 6 mesi o agoaspirati per i soliti nodini ipoecogeni con aspetto del tutto innocente. Se possibile, cercare di rinviare a controllo dopo 12 mesi i nodini di tipo benigno con diametro inferiore a 7 mm (vedi linee guida)

7- E' opportuno che il radiologo segua attentamente e personalmente le utenti con BI-RADS 3 fino alla conclusione del percorso diagnostico e le utenti con BI-RADS 4-5 fino alla conclusioni dell'iter terapeutico (vedi allegato 2).

In particolare, per le donne con lesione BI-RADS 4-5, è opportuno che il radiologo che ha eseguito gli esami telefoni personalmente alla donna, dopo 2 mesi circa dall'esame, per informarsi (atto di cortesia ma anche "consigliato" sotto il profilo medico-legale) e registrare i seguenti dati (sono quelli riportati nella scheda di patologia): tipo di intervento, coinvolgimento o meno dei linfonodi, istotipo, TNM, tempo intercorso tra esame e intervento. Sarebbe molto utile avere copia del referto istologico.

Tutti questi dati vanno inviati al centro di coordinamento.

Allegato 2

Guida alla richiesta telefonica di informazioni da parte del radiologo che ha eseguito un esame che si è concluso con BI-RADS 3-4-5.

Sig. data di nascita

Telefono.....

Data della telefonata

Buongiorno, è la segreteria di posso passarle il dr

Ha eseguito l'agoaspirato che le avevo richiesto?

SI

Quando?

Dove?

Chi l'ha fatto?

Come è stato fatto? (guida eco, Mx, palpatoria?)

Mi legge il risultato?

Mi invia copia?

Cosa è stato consigliato di fare?

Il prossimo controllo lo farà in questa sede?

E' stata operata?

SI

Quando?

Dove?

Chi?

Che tipo di intervento?

Mi legge la diagnosi istologica?

Mi invia copia?

I linfonodi sono stati tolti?

Dopo ha fatto Radioterapia?

Ha fatto Chemioterapia?

Da chi è seguita?

Il prossimo controllo lo farà in questa sede?

NO

Come mai?

Quando lo farà?

NB se farà controlli in altra sede ricordare di inviare lettera di disdetta dell'appuntamento già programmato

SCREENING CLINICO-MAMMOGRAFICO

PROTOCOLLO ESLETAMENTO ESAMI (sintesi)

VISITA SENOLOGICA Il tumore della mammella è un problema sociale ed economico ma è anche e soprattutto un problema umano. La visita senologica è l'occasione migliore e talora l'unica in grado di fornire alla donna tutte le informazioni ed i chiarimenti necessari per affrontare questo importante problema con la dovuta attenzione ma senza eccessiva paura. Il radiologo deve essere disponibile ad ascoltare e a dare informazioni adeguate in modo corretto.

Aspetti tecnici-metodologici

L'ambiente deve essere confortevole, deve esserci uno spogliatoio sufficientemente riservato, lo spazio intorno al lettino deve essere adeguato. Deve esserci una luce supplementare per l'esplorazione dinamica ed una lente d'ingrandimento.

Particolare attenzione deve essere posta al controllo di quelle aree che potrebbero non essere comprese nei radiogrammi di routine.

Disponibilità, discrezione, tempo. Nessuna telefonata o altre interferenze.

I risultati dell'ispezione e della palpazione devono essere registrati su cartella prima della visione della mammografia.

MAMMOGRAFIA

Aspetti tecnici

Apparecchiatura con generatore ad alta frequenza, anodo rotante, fuochi da 0.3-0.1, distanza fuoco/film superiore a 55 cm, compressione a pedale omogenea, griglia mobile, controllo automatico dell'esposizione. Sistema film-schermo dedicato, trattamento dedicato.

Diafanoscopi dedicati di intensa luminescenza, commutatore di intensità, tendine mobili d'oscuramento, lente d'ingrandimento; collocazione in ambiente confortevole, luce ambientale non superiore ai 50 lux

Controlli di qualità quotidiani e semestrali e controllo della dose di esposizione (< 12 mGy/45 mm di plexiglass).

Protocolli di riferimento:

-European guidelines for quality assurance in mammography screening. 3° Ed. EUREF, 01- 2001

-Addendum on Digital Mammography - European guidelines for quality assurance in mammography screening. Third edition EUREF, Novembre 2003

Metodologia

n.2 proiezioni per mammella (CC e OBL-ML)

Sul radiogramma devono essere indicati: dati identificativi dell'utente e della struttura, data di esame, lato di esame (nella CC la lettera va inserita dal lato esterno); se l'apparecchiatura lo permette, registrare anche i parametri di esposizione.

Posizionamento corretto (capezzolo, muscolo pettorale, nessuna piega cutanea, ecc), annerimento e contrasto adeguati, compressione valida ed omogenea.

ECOGRAFIA

Aspetti tecnici

Apparecchiatura digitale con sonda di frequenza superiore a 7.5 Mhz, risoluzione spaziale assiale di 0.5 mm e laterale/trasversale di 1 mm, contrasto ottimale, focalizzazione variabile.

Controlli di qualità periodici con fantoccio/test idoneo

Metodologia

Paziente supina, braccio omolaterale alla mamella in esame sollevato, leggera rotazione del corpo.

Esplorazione di tutti i quadranti con movimenti radiali o ortogonali e della regione retro-areolare.

Corrispondenza tra indicatore di sede e sede effettiva della sonda.

SCREENING CLINICO MAMMOGRAFICO – Az. ULSS 16 -PADOVA

CONTROLLI DI QUALITA'

Prova di: MANTENIMENTO

Centro: _____

Apparecchiatura mammografica: _____

Anno di costruzione: _____

Sistema schermo/film: _____

Sistema trattamento film: _____

A carico dell'esperto in fisica medica:

Controllo	Frequenza	Parametro	Limiti	Misura	Unità
Generazione fascio-X					
Allineamento campo-X	annuale		< 5		mm
Rendimento	annuale		> 30 >(7.5)		µGy/mAs (mGy/s)
Accuratezza kV*	annuale	Δ_{MAX}	< ± 1		kV
Precisione kV (Mo/Mo - 28 kV)	annuale	σ_5 misura	< ± 0.5		kV
AEC					
Densità ottica centrale in condizioni di routine**	annuale	DO: [1.4+2.0] inclusi b+fog	< ± 0.15		DO
Intervalli densità ottica	annuale	-2	< 0.20, > 0.05		DO
		-1	< 0.20, > 0.05		
		0	< 0.20, > 0.05		
		+1	< 0.20, > 0.05		
		+2	< 0.20, > 0.05		
Riprod. breve termine	annuale	σ_5 misura	< ± 5 %		DO
Compensaz. spessore***	annuale		< ± 15 %		DO
Visualizzazione					
Luminanza	annuale		2000+6000		cd/m ²
Omogeneità	annuale	a 5 cm dal bordo	< 30 %		cd/m ²
Illuminamento	annuale		< 50		lux
Proprietà sistema					
Dose ingresso oggetto test 45 mm	annuale		< 12		mGy
Tempo esposizione in condizioni di routine	annuale		< 2		s

* Vedi allegato1 per il dettaglio della procedura di esecuzione del test

**Condizioni di routine: oggetto test 45 mm esposto in modalità automatica o semiautomatica Mo/Mo -28 kV

***Vedi allegato2 per il dettaglio della procedura di esecuzione del test

SCREENING CLINICO MAMMOGRAFICO – Az. ULSS 16 -PADOVA

Strumento misura kV: _____

Data ultima calibrazione: _____

Setting: Manuale - Mo/Mo - 50 mAs

kV _{nom}	kV _{meas}	Δ	Status
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			

$\Delta_{MAX} = 0,00$

Data: _____

Densitometro _____

Setting: Automatico

spessore (mm)	Anodo/Filtro	kV	mAs	DO*
25				
45				
60				

Setting: Semi-automatico

spessore (mm)	Anodo/Filtro	kV	mAs	DO*
25	Sugg.: Mo/Mo	Sugg.: [24+26]kV		
45	Sugg: Mo/Mo o Mo/Rh	Sugg.: [28+29]kV		
60	Sugg: Mo/Rh o Rh/Rh	Sugg.: [30+32]kV		

* Misurare la DO nella zona di riferimento (6cm dalla parete toracica, centrata rispetto all'asse maggiore)

SCREENING CLINICO MAMMOGRAFICO – Az. ULSS 16 -PADOVA

Prova di: MANTENIMENTO

Centro: _____

Apparecchiatura mammografica: _____

Anno di costruzione: _____

Sistema schermo/film: _____

Sistema trattamento film: _____

A carico del personale del centro di screening:

AEC						
Riprod. lungo termine	settimanale		< ± 20 %			OD
Sistema schermo/film						
Contatto schermo/film	annuale o se necessario		-			-
Sistema trattamento						
Sensitometria:						
	Base+Fog	giornaliera	0.15+0.20		vedi foglio allegato raccolta dati	OD
	Speed	giornaliera				OD
	Avg Grad	giornaliera	3.0+4.0			OD
Artefatti		giornaliera		-		-
Proprietà sistema						
Risoluz. Sp. (bar pattern)		settimale		> 10	vedi foglio allegato raccolta dati	lp/mm
Contrasto		settimale		< ± 10 %		-
Soglia di contrasto		settimale		1,50%		-

INDAGINE TELEFONICA: Screening Clinico-Mammografico Data

Data esame Centro Medico

Utente Data nascita

Sono del Centro di coordinamento dello screening mammografico dell'osp. Busonera.

Lei ha aderito allo screening presso il Centro di

1-Posso farle alcune domande relative all'esame? SI NO

2-Prima dell'esame Lei ha ricevuto una busta con informazioni e spiegazioni?
NO SI, PER LETTERA SI, AL MOMENTO DELL'ACCETTAZIONE

3- Ha avuto modo di leggerle? SI NO

3A -Sono risultate chiare? da 1(poco) a 2 3 4 5 (molto, completamente)

3B -Le ha fatto piacere ricevere queste informazioni prima dell'esame? ... SI NO

3C -Quanto letto è stato per lei motivo di ansia? Da 1 2 3 4, 5

4-X

Vorrei chiederle qualcosa sul radiologo che le ha fatto l'esame perché in questo programma viene data grande importanza al rapporto medico-paziente.

5-Lei reputa che il radiologo le abbia fatto una buona visita?Da 1 2 3 4 5

6-Le spiegazioni ricevute sono state per lei comprensibili?

No-1 poco-2 sufficientemente-3 abbastanza-4 molto-5

7-Le informazioni ricevute sono state adeguate per permetterle di scegliere se aderire o meno al programma?

No-1 poco-2 sufficientemente-3 abbastanza-4 molto-5

8- (In caso di informazioni non adeguate:1,2,3). Perché le sono sembrate inadeguate?

- Linguaggio troppo tecnico
- Spiegazione troppo rapida (frettolosa)
- Altro

Vorremmo sapere: "Come si è sentita accolta (seguita- trattata) dal Centro prescelto?"

Non bene-1 Sufficientemente bene-2 Abbastanza bene-3 Bene-4 Molto Bene-5

9- Personale di Accettazione 1 2 3 4 5

10- Personale Tecnico 1 2 3 4 5

11- Personale Medico 1 2 3 4 5

Dei tanti vantaggi che il programma offre: cosa le ha fatto più piacere (da 1 a 5)

12-Non dover più cercare l'appuntamento? 1 2 3 4 5

13-Non dover più pagare nessun ticket (già esente) ... 1 2 3 4 5

14-Aver potuto ricevere spiegazioni dal medico-radiologo ... 1 2 3 4 5

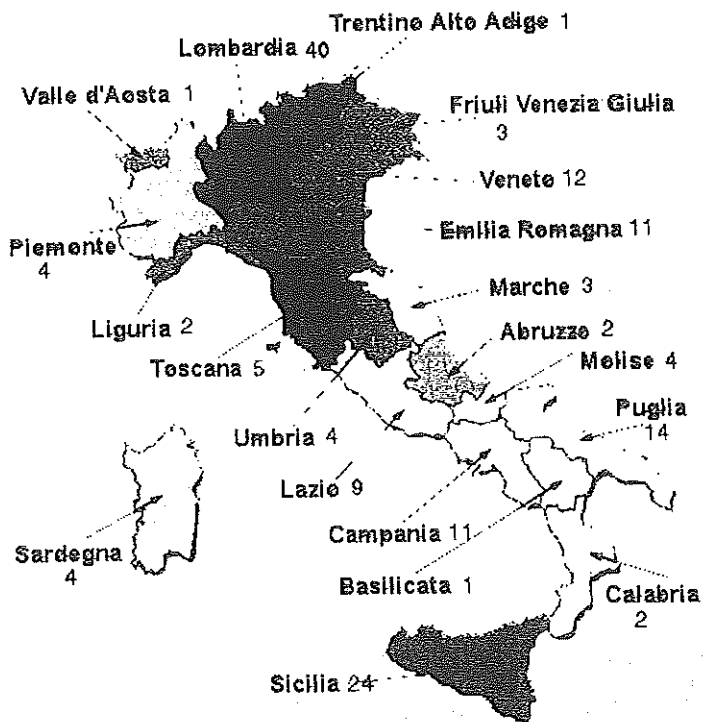
15-Ora che è inserita in questo programma di screening si sente più sicura, più tranquilla rispetto a prima?

No-1 poco-2 sufficientemente-3 abbastanza-4 molto-5

16-Ha dei suggerimenti utili a migliorare ulteriormente questa attività? NO n. 1, 2, 3,

.....

2/2/05



CAMERA DEI DEPUTATI N. 4792

PROPOSTA DI LEGGE

d'iniziativa del deputato STUCCHI

Istituzione della figura professionale di medico specialista senologo

Presentata il 5 marzo 2004

ONOREVOLI COLLEGHI! — È arrivato il momento di affrontare le problematiche relative alle patologie del seno (malattie di diversa eziologia, in particolare tumori) riconoscendo una branca specialistica a se stante, la senologia, scorporata dalla chirurgia generale, entro cui è inclusa.

È bene ricordare come in passato anche altre specializzazioni, ora riconosciute come branche specialistiche autonome (ginecologia, urologia, traumatologia, eccetera), facevano parte della chirurgia generale. È pacifico pensare che oggi nessuna donna andrebbe dal chirurgo generale per una visita ginecologica, come sembra altrettanto ovvio che una donna che abbia

un problema senologico debba potersi rivolgere ad un senologo.

La figura professionale di medico specialista senologo, individuata nella presente proposta di legge, vuole dare a tutto il mondo femminile un riconoscimento giusto e adeguato nella cura delle malattie del seno, che hanno importanti ripercussioni a livello di impatto sociale, di complessità della materia e di alta mortalità delle donne.

Diventa necessario, dunque, affrontare la materia in modo omogeneo, coordinato e funzionale, istituendo unità operative di senologia, che avranno il compito di diagnosticare e curare le diverse patologie.

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

(Istituzione della figura professionale di medico specialista senologo).

1. È istituita, nell'ambito della professione medica, branca chirurgica, la figura di medico specialista senologo.

2. Possono esercitare l'attività di medico specialista senologo i medici chirurghi in possesso della specializzazione di cui all'articolo 2 ovvero che hanno esercitato la professione in un reparto di chirurgia senologica per un periodo minimo di cinque anni.

3. Formano oggetto di esercizio della professione di medico specialista senologo la diagnosi e la terapia delle patologie della mammella femminile e maschile.

ART. 2.

(Istituzione delle scuole di specializzazione in senologia).

1. Le università degli studi statali e non statali, nell'ambito della loro autonomia didattica e nei limiti delle proprie risorse finanziarie, dalla data di entrata in vigore della presente legge istituiscono, in conformità alle disposizioni di cui all'articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127, e successive modificazioni, scuole di specializzazione in senologia.

2. Sono ammessi alle scuole di specializzazione di cui al comma 1 i soggetti titolari di diploma di laurea in medicina e chirurgia.

3. Ai sensi dell'articolo 34, comma 2, del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, la formazione specialistica dei medici ammessi alle scuole di specializzazione in senologia è soggetta alle disposizioni del medesimo decreto legislativo n. 368 del 1999.

4. La durata minima dei corsi delle scuole di specializzazione di cui al comma 1 è di quattro anni.

ART. 3.

(Unità operative di senologia).

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano promuovono, all'interno delle aziende sanitarie locali e ospedaliere, delle strutture universitarie, delle fondazioni istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico non trasformati in fondazione, l'istituzione e l'attivazione di unità operative di senologia, comprensive di centri senologici ambulatoriali di diagnosi e di reparti chirurgici di ricovero in regime ordinario e di *day-hospital*.

ART. 4.

(Disposizioni transitorie).

1. In sede di prima attuazione della presente legge, sono ammessi allo svolgimento dell'attività di medico specialista senologo i soggetti laureati in medicina e chirurgia in possesso della specialità in chirurgia generale o specialità equipollenti che per almeno cinque anni hanno svolto attività documentata ovvero hanno seguito corsi di aggiornamento o di formazione nel settore riconosciuti ai sensi del comma 2.

2. Su domanda degli interessati, è effettuato il riconoscimento dei titoli conseguiti precedentemente alla data di entrata in vigore della presente legge e fino all'attivazione delle scuole di specializzazione in senologia, ai fini dell'equipollenza al diploma di specializzazione conseguito ai sensi dell'articolo 2.

3. Il Ministero della salute, di intesa con il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, valuta il contenuto e la durata della formazione e dell'esperienza professionali dei medici chirurghi di cui al comma 1 e determina, qualora necessaria, la durata della formazione

complementare e i settori su cui questa verte informandone l'interessato. La decisione sull'equipollenza prevista dal comma 2, è adottata entro quattro mesi dalla data di presentazione da parte dell'interessato della domanda, di cui al medesimo comma 2, corredata da tutti i documenti giustificativi.

4. Le modalità di presentazione delle domande di cui al comma 2 e i criteri utilizzati ai fini dell'equipollenza sono definiti con decreto del Ministro della salute, di intesa con il Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, da emanare entro due mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge.

e2/05



A.N.I.S.C.

ultimo aggiornamento
1 febbraio, 2005

Associazione Nazionale Italiana Senologi Chirurghi

Sede Legale: Largo Barozzi, 1 - 24100 Ospedali Riuniti di Bergamo, Unita' di Senologia
Tel. 035/269 687 Fax 035/266 898 C.F./P.I. 95145770160 info@anisc.it

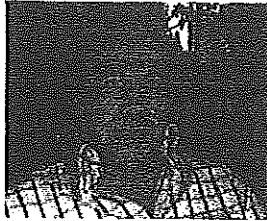
home	consiglio direttivo	atto costitutivo	statuto	come aderire	hanno aderito	come contattarci	proposta di legge	assemblea 8.10.04	aggiornamenti
----------------------	-------------------------------------	----------------------------------	-------------------------	------------------------------	-------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------

IL CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente
Dott. Fenaroli Privato



Vice Presidente
Dott. Di Benedetto Filippo



Segretario
Dott. Lucani Giuliano



Tesoriere
Dott. Grassi Massimo



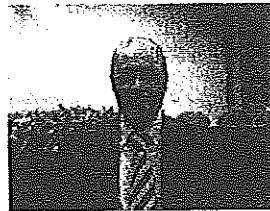
Consigliere
Dott. Murgo Roberto



Consigliere
Dott. Rulli Antonio



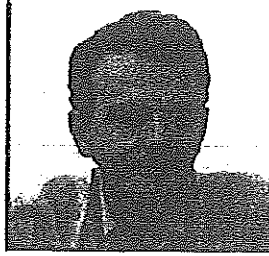
Consigliere
Dott. Di Sciafani Eugenio



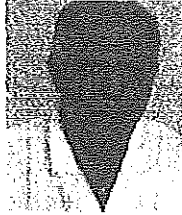
Consigliere
Prof. Macellari Giorgio



Consigliere
Dott. Tondini Carlo



Consigliere
Dott. Abonante Sergio



Consigliere
Dott. Meneghini Graziano



Consigliere Dott.ssa Gentile Giuliana

Consigliere Dott.ssa Cucchi Cristina

Consigliere Dott. Chessa Pietro

Consigliere Dott. Saponara Ruggero

Addetto stampa
Dott. Carlo Cabula



torna in alto



A.N.I.S.C.

ultimo aggiornamento
1 febbraio, 2005

Associazione Nazionale Italiana Senologi Chirurghi

Sede Legale: Largo Barozzi, 1 -24100 Ospedali Riuniti di Bergamo, Unita' di Senologia
Tel. 035/269 687 Fax 035/266 898 C.F./P.I.95145770160 info@anisc.it

home	consiglio direttivo	atto costitutivo	statuto	come aderire	hanno aderito	come contattarci	proposta di legge	assemblea 8.10.04	aggiornamenti
------	---------------------	------------------	---------	--------------	---------------	------------------	-------------------	-------------------	---------------

Mercoledì 2 Febbraio 2005, alle ore 15.30, il Presidente dell'A.N.I.S.C. e' convocato per una audizione presso la Commissione Sanita' del Senato della Repubblica.

Il riferimento culturale, organizzativo e scientifico di questa iniziativa e' e rimane il Prof. Umberto Veronesi e la Sua Scuola.

Caro amico-collega, e' stata costituita l'**A.N.I.S.C.**, Associazione Nazionale Italiana Senologi Chirurghi, associazione che si prefigge di riunire i colleghi Chirurghi cultori della Senologia.

Scopo di questa iniziativa è quello di promuovere la costituzione e il perfezionamento di un percorso diagnostico-terapeutico per il carcinoma della mammella che risponda ai migliori standard di qualità anche nelle strutture ospedaliere nazionali in aggiunta alla grandi istituzioni di ricerca.

Questo scopo richiederà prioritariamente di definire con chiarezza, nel superiore interesse dei pazienti, i ruoli e gli ambiti operativi dei vari specialisti impegnati nel percorso diagnostico e terapeutico interdisciplinare della patologia senologica.

Obiettivo Primario dell'A.N.I.S.C.:

Riunire i cultori della senologia chirurgica e dare impulso alle istituzioni creando delle Unità Operative di Senologia comprensive della fase diagnostica e terapeutica-chirurgica, con chirurghi dedicati alla attività senologica, come già avviene per altre specialità d'organo (es. Urologia, Ginecologia, etc).

Finalita' dell' A.N.I.S.C.:

1. Riconoscimento della figura specifica del Senologo nello specialista "chirurgo";
2. Riconoscimento del Senologo come figura professionale di riferimento per la paziente senologica nella fase diagnostica e chirurgica e come "tutor" della donna fino alle terapie post-chirurgiche;
3. Ottimizzazione della integrazione delle altre figure professionali (radiologi, patologi, nuclearisti ecc.) coinvolte nella diagnosi e terapia chirurgica del carcinoma della mammella quali "Integrative e non sostitutive" alla attività diagnostica, di indirizzo terapeutico e terapeutica chirurgica demolitivi e riparativa del Senologo Chirurgo.
4. Riconoscimento della Specialità di Senologia, che dovrà sicuramente comprendere tutti gli aspetti della fase diagnostica interventistica e chirurgica integrando l'atto demolitivo con

- aspetti di chirurgia plastica riparativa;
5. A specialità acquisita, Sanatoria dell'esistente su base chirurgica.

**QUESTA INIZIATIVA RICHIEDE LA COLLABORAZIONE DI QUANTI SI
RICONOSCANO IN QUESTA IPOTESI DI LAVORO.
VI INVITIAMO AD ADERIRE QUANTO PRIMA.**

**Se sei un Chirurgo che si occupa di Senologia,
e condividi questa impostazione, aderisci all'iniziativa.**

**Il nostro slogan e':
ASSOCIATI PER ESISTERE**

torna in alto

2/2/05



A.N.I.S.C.

ultimo aggiornamento
1 febbraio, 2005

Associazione Nazionale Italiana Senologi Chirurghi

Sede Legale: Largo Barozzi, 1 - 24100 Ospedali Riuniti di Bergamo, Unita' di Senologia
Tel. 035/269 687 Fax 035/266 898 C.F./P.I. 95145770160 info@anisc.it

home	consiglio direttivo	atto costitutivo	statuto	come aderire	hanno aderito	come contattarci	proposta di legge	assemblea 8.10.04	aggiornamenti
------	---------------------	------------------	---------	--------------	---------------	------------------	-------------------	-------------------	---------------

**Hanno già aderito all'iniziativa
A.N.I.S.C.**

Adesioni per regione

aggiornato al
1 febbraio, 2005

	<u>Nominativo e-mail</u>	<u>Qualifica</u>	<u>c/o</u>	<u>telefono</u>
1	Prof. Veronesi Umberto	Direttore Scientifico	Istituto Europeo di Oncologia Milano	
2	Prof. Salvadori Bruno brusalv@tin.it	L.D. Patologia Chirurgica	Emérito Istituto Nazionale Tumori Milano	02 - 4816 463
3	Dr. Costa Alberto acosta@fsm.it	Primario di Senologia	Fondazione Maugeri, Pavia	0387-592277
4	Dr.ssa Galimberti Viviana viviana.galimberti@leo.it	Condirettore Divisione Senologia	Istituto Europeo di Oncologia Milano	
5	Dr. Fenaroli Privato privato.fenaroli@libero.it privato.fenaroli@ospedaliiruniti.bergamo.it	Direttore Unita' Senologia	Ospedale Riuniti di Bergamo (BG)	035-269 687
6	Dr. Tondini Carlo carlo.tondini@ospedaliiruniti.bergamo.it	Responsabile Unita' di Prevenzione Genetica Oncologica	Ospedale Riuniti di Bergamo (BG)	035-266 439
7	Dr. Intra Mattia mattia.intra@leo.it	Vicedirettore Divisione Senologia	Istituto Europeo di Oncologia Milano	
8	Dr. Lucani Giuliano gilucani@infinito.it gilucani@acogarbagnate.lombardia.it	Direttore di U.O. Chirurgia II	Ospedale di Bollate (MI)	02-994 305 386/ 223/232
9	Dr. Di Benedetto Filippo filippo_dibenedetto@libero.it	Dirigente di riferimento chirurgia oncologica e ricostruttiva della mammella presso la chirurgia oncologica	Ospedale Oncologico M. Ascoli di Palermo (PA)	091- 400 008
10	Dr. Schittulli Francesco schittulli@schittulli.it	Direttore Dipartimento Donna	IRCCS Ospedale Oncologico di Bari	080- 555 5486
11	Dr. D'Eredita' Giovanni gderedita@chirges.uniba.it	Professore Associato e Resp. U.O. Chirurgia della mammella	Universita' di Bari - Policlinico Dip. Scienze Chirurgiche e Spec.	080- 559 25 40

12	Dr. Di Sciafani Eugenio	eugeniodisclafani@virgilio.it	Dirigente Medico di I livello	Ospedale Sacra Famiglia Erba (CO)	031- 658 442
13	Dr. Costa Angeli Marcello	mangell@yahoo.com	Specialista in Chirurgia Generale e Chirurgia Toracica	Divisione Chirurgia Toracica, Ospedale San Gerardo, Monza	039- 233 36 13
14	Dr. Guldo Antonio	senologia.onco.bari@tin.it	Responsabile U.O. di Riabilitazione Dipartimento Donna	IRCCS Ospedale Oncologico di Bari	080- 555 5466
15	Dr. Cesarini Claudio	claudio.cesarini@aslromab.it	Direttore di U.O.S.D. Chirurgia della Mammella	Ospedale S. Pertini AUSL RM B (RM)	06- 414 334 55
16	Prof. Macellari Giorgio	sinus_m@libero.it	Coordinatore Dipartimentale per la Senologia, A.S.L. di Piacenza	Responsabile Centro di Senologia, Ospedale di 660 Fiorenzuola D'Arda (PC)	0523- 989 335 - 603 3450
17	Dr. Meneghini Graziano	g.meneghini@tin.it	Dirigente medico, Responsabile U.O.S. Senologia Centro Donna	ULSS 5 Chirurgia Arziniano Montecchio Maggiore (VI)	0444- 490 539
18	Dr. Sbordoni Luigi	claudio.cesarini@aslromab.it	Direttore di U.O.S.D. Blocco Operatorio	Ospedale S. Pertini AUSL RM B (RM)	06- 414 334 55
19	Dr. Pieralli Paolo	paolopieralli@hotmail.com paopi2003@virgilio.it	Dir. 1° livello U.O. Chirurgia Generale II. Referente Chirurgo della Senologia Zona Valdarno	G.O.M. Presidio Ospedaliero Valdarno (AR)	055- 940 779
20	Dr.ssa Messineo Marisa	marisa.messineo@virgilio.it	Responsabile U.O. Senologia	Ospedale S.Vito e S.Spirito di Alcamo (TP)	0924- 599 235
21	Dr. Grassi Massimo	massimomaria.grassi@libero.it	Dirigente 1° livello Chirurgia	P.O. Bassini A.O. S. Gerardo di Monza	02-617 65 259
22	Dr. Murgo Roberto	romurgo@libero.it	Resp. struttura semplice di Senologia Chirurgica	Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza San Giovanni Rotondo (FG)	0884-542 790
23	Dr. Bassi Fabio	bassifabio@hotmail.com	Specializzando in Chirurgia Generale 2	Divisione Senologia Istituto Europeo Oncologico (MI)	02-574 89 725
24	Dr. Abonante Sergio	abonante@libero.it	Chirurgo Senologo	Ospedale dell'Annunziata di Cosenza	0984- 465 828
25	Dr.ssa Lombardo Francesca	marisa.messineo@virgilio.it	Dirigente 1° livello U.O. di Senologia	Ospedale S.Vito e S.Spirito di Alcamo (TP)	0924- 599 235
26	Dr. Pantano Francesco Paolo	frapant@inwind.it	Chirurgo Oncologo	Ospedale Nuovo Regina Margherita di Roma	328-663 38 82
27	Dr. Paludetti Antonio	antonio.paludetti@inwind.it	Dir. 1° livello referente senologo Chirurgia II	Azienda Ospedaliera "Treviglio-Caravaggio" (BG)	035-904 519
28	Dr. Pantano Nicola	n.pantano@libero.it	Specialista Chirurgia Oncologica	Ospedale Oncologico di Palermo ed Ospedale San Biagio di Marsala (TP)	091-657 0591

29	Dr. Ceccarelli Graziano	g.cecca2003@libero.it	Dirigente Medico I livello - Chirurgia	Ospedale di Spoleto (PG)	0743-252 093
30	Dr. Iannace Carlo	carlo.iannace@virgilio.it	Dirigente Dipartimento di Chirurgia	San Leucio del Sannio (BN)	082-445 010
31	Dr. Berbenni Emanuele Pietro	berbenni@tin.it	Medico Chirurgo	Montelio (BG)	035-683 074
32	Dr.ssa Competiello Monica	compe2002@libero.it	Specialista in chirurgia plastica e ricostruttiva	Libero professionista (ex ospedaliero) (VR)	045-590 118
33	Dr. Farfaglia Roberto	farfi@libero.it	Chirurgo Generale, Resp. Senologia	II Chirurgia, Ospedale Riuniti Brescia (BS)	030- 399 52 07
34	Dr. Maceli Luigi Giovanni	luigi.53@libero.it	Dirigente medico	Senolgo Ospedale S. Biagio Marsala (TP)	09-238 815 77
35	Dr.ssa Puzzo Luisa	chirgemma@tin.it mirbelparis@hotmail.com	Dirigente di riferimento Chirurgia Oncologica e Ricostruttiva della mammella	Ospedale San Vincenzo Contrada Sirna Taormina (ME)	0942-579 265
36	Dr. Andreoletti Gian Paolo	paolo.andreoletti@senology.it	Oncologo, Giornalista Scientifico	Bergamo	035-720 04 42
37	Dr. Di Ienno Alderico	aldericodienno@yahoo.it	Dirigente medico	U.O. di Chirurgia Generale Pistoia (PT)	0573-570 731
38	Dr. Battaglia Alessandro	abattaglia@asl4.toscana.it	Dirigente di 1° livello	Ospedale di Prato (PO)	0574-434 504
39	Dr. Baroni Carlo	dkhemb@tin.it	Dirigente Responsabile	Istituto Clinico Città di Brescia (BS)	030-371 02 02
40	Dr. D'Alola Guglielmo	gdalola@hotmail.com	Dirigente	U.O. Chirurgia Senologica Bergamo (BG)	035-244 221
41	Dr. Borea Giuseppe	pinoborea@libero.it	Responsabile Unità di Senologia	Ospedale Cardarelli Napoli (NA)	081-663 824
42	Dr. Caramanica Antonio	tonycar@inwind.it	Capo Servizio Senologia	Policlinico Militare di Roma Cello (RM)	06-701 96 565
43	Dr. Lazzaletti Maria Grazia	m.lazzaletti@ausl.mo.it	Dirigente Medico	Chirurgia Ospedale Sant'Agostino Modena	
44	Dr. Riolo Gerlando	gerlandoriolo@tin.it	Dirigente Medico 1° livello Chirurgia Gen.	A. O. S. Giovanni di Dio Agrigento	09-222 9847
45	Dr. Valletta Stefano	stefano.valletta@ulss.bl.it stefanovalletta@virgilio.it	Dirigente Medico 1° livello	Chirurgia Generale - O.C. "S.Martino", Belluno (BL)	0437-216 468
46	Dr. Ascione Francesco	senologia@yahoo.it	Responsabile Unità Operativa Senologia a valenza dipartimentale	P.O. "Melorio" S.Maria C.V.(Caserta)	0823-891 367/371
47	Dr. Luciano Carmine	carmineuciano@tin.it	Chirurgo	Osp. "A. Cardarelli" Campobasso	0874-438 636
48	Dr.ssa Laudisio	pierangela@yahoo.it	Dirigente 1° livello	P.O. "Melorio"	0823-795

Pierangela		U.O.Senologia ASL CE2 S.Maria C.V.(Caserta) 943		
49	Dr.ssa Scarabeo Francesca francesca.scarabeo@katamail.com	Dirigente medico	Ospedale Civile F. Veneziale Isernia	0865-904750
50	Dr. Cafaro Antonio antonlocafaro@virgilio.it	Aiuto	Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza S. Giovanni/772 Rotondo	0882-453
51	Dr. Rinaldi Stefano stefan.rinaldi@libero.it	Dirigente I Livello Responsabile U.O.s.Chirurgia Senologica	Ospedale San Paolo Bari	080-5843371
52	Dr. Trere' Mario marlotrere@tiscali.it	Specialista ambulatoriale Chirurgia d'urgenza	S.Leonardo C.mare di Stabia Boscoreale - Napoli	081-5374569
53	Dr. Pollicino Andrea andrea.pollicino@unime.it	Dirigente medico	Azienda Ospedaliera Policlinico Universtarlo - Messina	090-2212548
54	Dr. Lo Sardo Francesco frlosar@tin.it	Responsabile U.O. Chirurgia Senologica	ARNAS Civico - Palermo	091-6662990
55	Dr. Cirrito Domenico domenlocirrito@tin.it	Dirigente medico	Azienda Ospedaliera S.Elia Caltanissetta	0934-555053
56	Dr. Paolucci Rocco roccopaolucci@tin.it	Dirigente Breast Unit Parma	Casa di Cura Citta' di Parma	0521-249678
57	Dr. Amanti Claudio claudioamanti@hotmail.com	Resp. Unita' Operativa Chirurgia Senologica	Universita' di Roma II Facolta' Ospedale S.Andrea Roma	06-80345632
58	Dr. Castiglione Gaetano gaetano.castiglione@ccocatania.it	Aiuto u.f. chirurgia oncologica	Centro catanese di oncologia Catania	095-7339000
59	Dr. Caruso Francesco francesco.caruso@ccocatania.it	Primario	Centro catanese di oncologia Catania	095-7339000
60	Dr.ssa Cucchi Maria Cristina maria.cristina.cucchi@ausl.bologna.it	Chirurgo Senologo	Ospedale Bellaria-Maggiore di Bologna	051-6225021
61	Dr. Rispoli Ettore ettore.rispoli@tin.it	Dirigente medico	Centro di Senologia Ospedale F. Veneziale - Isernia	0865-442335
62	Dr. Battaglia Claudio sr.senologia@asl1.liguria.it battaglia@libero.it	Responsabile U.O.S. di Chirurgia Generale e Senologia - Responsabile Clinico Screening Mammografico	Presidio Ospedaliero San Remo ASL 1 Imperiese, San Remo	018-45361
63	Dr. Cristino Roberto rob.bobbino@tiscali.it	Dirigente medico chirurgia generale	Termoli (CB)	0882-992173
64	Dr. Marrazzo Antonio marrazzoantonio@libero.it	Direttore Chirurgia Oncologica, Unità di Senologia	Dip. Oncologico La Maddalena 2 Palermo	091-6806303 091-6806315
65	Dr. David Massimo maxdavid23@hotmail.com	Aiuto di Chirurgia Dipartimento Oncologico di III livello	Casa di Cura di Alta Specialità La Maddalena, Palermo	091-6806715 091-6806312

66	Dr. Casa' Luigi	chirurgia@La-Maddalena.it	Alto di Chirurgia Dipartimento Oncologico di III livello	Casa di Cura di Alta Specialità La Maddalena, Palermo	091-680 6312
67	Dr. Noto Antonio	140567@tin.it	Alto di Chirurgia Dipartimento Oncologico di III livello	Casa di Cura di Alta Specialità La Maddalena, Palermo	091-680 6312
68	Dr. Cardinale Giovanni	giovannicardinale@libero.it	Alto di Chirurgia Dipartimento Oncologico di III livello	Casa di Cura di Alta Specialità La Maddalena, Palermo	091-680 6312
69	Dr.ssa Taormina Pietra	nucciotricoli@jumpy.it	Alto Unità di Senologia	Casa di Cura di Alta Specialità La Maddalena, Palermo	091-680 6715
70	Dr.ssa Gentile Giuliana	giullana.gentile@aliceposta.it	Dirigente di 1° livello	2a Chirurgia Az. S.Maria della Misericordia, Udine	0432-433 78
71	Dr. Cellamare Giovanni	cellamar@tin.it	Dirigente Medico 1° Liv. U.O.Senologia	Istituto Oncologico Bari	080-555 5451
72	Dr. Cicoria Onofrio	alession62@virgilio.it	Medico	Istituto Oncologico Bari	080-554 1918
73	Dr. Limonta Giorgio	giorgio.limonta@ospedale.varese.it	Dirigente medico 1° livello	Azienda Ospedaliera Macchi Varese	0332-299 200
74	Dr. Digiesi Giambattista	digiam57@tin.it	Dirigente Med.1 liv unità operativa di senologia	I.R.C.C.S., Bari	080-555 5451
75	Dr. Palli Dante	dante.palli1@tin.it	Dirigente medico	Clinica Chirurgica Generale e Terapia Chirurgica Azienda Osp., Parma	0521-290 526
76	Dr. Barmasse Roberto Alessandro	chir.toracica@uslaosta.com	Specialista Chirurgia Generale e Toracica	U.B.Chirurgia Toracica e Senologia. Ospedale Regionale della Valle d' Aosta	0165-543 283
77	Dr. Magalotti Cesare	cesare_magalotti@yahoo.it	Medico Dirigente I livello	Ospedali Riuniti Bergamo	0543-780 353
78	Prof. Procaccini Eugenio	Eugenio.Procaccini@unina2.it	Professore Associato	Facoltà Medicina Seconda Università di Napoli	081-566 5272
79	Dr. Taffurelli Mario	taffurelli@orsola-malpighi.med.unibo.it	Direttore di Unità Operativa-Prof. Associato Università di Bologna	Chirurgia d'Urgenza Policlinico S.Orsola- Malpighi Bologna	051-636 3702
80	Dr.ssa Faldetta Nalda	faldettanalda@libero.it	Chirurgo Responsabile U.O. Senologia	Az. Ospedaliera v. Cervello Palermo	091-680 2943
81	Dr. Tombari Massimo	tombarim@asl7.marche.it	Dirigente. Responsabile U.O. Chirurgica	Ospedale di Chiaravalle Ancona	071-749 0030
82	Dr.ssa Grossi Simona	sgrossi@unich.it	Dirigente medico 1° livello U.O. Senologia	P.O. G.Bernabeo Ortona, Ch.	085- 917 2228
83	Dr. Cianchetti Ettore	cianchetti@unich.it	Responsabile U.O. Senologia	P.O. G.Bernabeo Ortona, Ch.	085-917 2228

84	Dr. Monaco Felice	mon.felice@libero.it	Dirigente medico 1° livello Chirurgia Generale	P.O. San Giovanni Bosco A.S.L. Napoli 1, Napoli	081-254 5293
85	Dr. Eboli Marco Gaetano	marco.eboli@humanitas.it	Assistente	Istituto Clinico Humanitas Rozzano, Milano	02-822 44052
86	Dr. Balestrieri Nicola	nbalestrieri@hotmail.com	Specialista	Ospedale regionale Ca' Foncello Treviso	0422-322 371
87	Dr. Leone Francesco	rock.leone@libero.it	Dirigente 1° Liv. Responsabile Chirurgia della Mammella	Azienda Ospedaliera Pugliese- Ciacclo, Catanzaro	0961-723 622
88	Dr.ssa Limonta Maria Emanuela	m.limonta@ospedale.lecco.it	Dirigente medico 1° livello Specialista Chirurgia Generale	U.O. Chirurgia Generale II Ospedale "A. Manzoni" Lecco	0341-489 312/301
89	Dr. Recalcati Angelo	m.limonta@ospedale.lecco.it	Dirigente medico 1° livello Specialista Chirurgia Generale	U.O. Chirurgia Generale II Ospedale "A. Manzoni" Lecco	0341-489 312/301
90	Dr. Pieri Gianmarco	gianmarcopieri@tiscali.it	Aiuto Chirurgo	Clinica S.Carlo Paderno Dugnano, Milano	02-990 38205
91	Dr. De Angelis Edoardo	edoardodeangelis1@virgilio.it	Dirigente medico 1° livello, U.O. Chirurgia,	Ospedale Pesenti-Fenaroli Alzano Lombardo, BG	02-982 32635
92	Dr.ssa Fissi Susanna	s.fissi@ospedale.lecco.it	Dirigente medico 1° livello, U.O.Chirurgia Oncologica	U.O. Chirurgia Generale II Ospedale "A. Manzoni" Lecco	0341-489 655
93	Dr. Stradiotti Gianni	g.stradiotti@ospedale.lecco.it	Dirigente medico 1° livello	U.O. Chirurgia Generale II Ospedale "A. Manzoni" Lecco	0341-489 312/663
94	Dr. Riboldi Alberto	riboldi.alberto@libero.it	Aiuto	Istituto Clinico città di Brescia	030-829 948
95	Dr.ssa Lamberti Maria	lamberti3@libero.it	Spec. chirurgia generale	Specializzando ultimo anno Cava Del Tirreni, Salerno	0894-67045
96	Dr. Spadino Antonio	spadantonio@virgilio.it	Dirigente medico 1° livello	U.O. Senologia Chirurgica Ospedale Potenza	089-334 141
97	Dr.ssa Uccella Laura	dimezzaestate@libero.it	Medico specializzando in chirurgia generale	Ospedale di Circolo, Chirurgia Varese	0332-278 867
98	Dr.ssa Ferrari Alberta	vareseupdate2004@yahoo.it	Dirigente medico, Responsabile Area Scientifica Senologia	Chirurgia Gen. I, A.O.Ospedale di Circolo, Varese	0332-278 342
99	Dr. Panella Pasquale	panella1@virgilio.it	Dirigente medico 1° livello	P.O. Mede Lomellina, Pavia	02-9828 2095
100	Dr. Del Prato Ivan	idelprato@gavazzeni.it	Medico Chirurgo Responsabile Centro di Senologia	Humanitas-Gavazzeni Bergamo	035-420 4361
101	Dr. Anibaldi Paolo	anibaldipaolo@libero.it	Dirigente medico Chirurgia Generale	Ospedale di Rieti	0746-698 595

102	Dr. Paolocci Michele	mikey@tin.it	Dirigente chirurgo	1 U. O. Chirurgia Generale Ospedale di Rieti	0746-270 783
103	Dr. Zagarese Pasquale	pzagare@tin.it	Dirigente 1° livello- Responsabile UO di Senologia Chirurgica	Ospedale Fatebenefratelli Benevento	0824-539 82
104	Dr. Rulli Antonio	rulli@unipg.it	Responsabile "Breast Unit"	Azienda Ospedaliera di Perugia	075-578 3521
105	Dr. Pluchinotta Alfonso	alpluch@tin.it	Dirigente Medico I livello	Casa di Cura Abano Terme Padova	049-878 0462
106	Dr. Marconato Renato	renanet@aliceposta.it	Responsabile di struttura semplice dipartimentale	Chirurgia senologica- aulss 12 veneziana-ospedale civile Venezia	041-529 5714
107	Dr.ssa Buzzi Giuseppina	kbebuzz@tin.it	Dirigente Medico	H. C. Borrella Glussano Milano	0362-485 210
108	Dr. Bernardi Sergio	bernardi.sergio@aoud.sanita.fvg.it	Dirigente Medico I livello	A.O.Santa Maria della Misericordia Udine	0432-555 490
109	Dr. Gaddoni Giovanni	g.gaddoni@libero.it	Dirigente Chirurgia Generale	O.C.S.Maria delle Croci Ravenna	0544-34 554
110	Dr.ssa Giuliani Giuliana	giulianagiuliani@hotmail.com	Dirigente Medico	Istituto di Clinica Chirurgia Sassari	079-228 221 079-228 432
111	Dr. Fazio Pietro	pietro.fazio@inwind.it	Dirigente di I livello Chirurgo oncologo e senologo	"Unità Operativa complessa di chirurgia Generale e U.O. Semplice di senologia Ospedale S. Biagio, Marsala	0923-945 083
112	Dr. Venturi Norberto	dott.venturi@tiscalinet.it	Dirigente medico di I livello Chirurgo oncologo	Ospedale Frosinone	0775-201 173
113	Dr. Bartolomei Marco	med.chirurdonne@mail.vdn.usl3.toscana.it	Chirurgo	Ospedale di Pescaia	0572-460 341
114	Dr. Lioce Marco	marcolioce@ao-rummo.it	Direttore U.O. Radioterapia e Direttore Dipartimento Oncologico	A.O. G. Rummo, Benevento	0824-577 10
115	Dr. Battaini Aldo	al_bat@libero.it	Dirigente medico di I livello	A.O. Sant'Anna, Como	031-585 5339
116	Dr. Chessa Pietro Pasquale	pchessa@tiscali.it	Primario Ospedaliero, Chirurgo Ospedaliero	Azienda ASL n° 7 Carbonia, Cagliari	070- 725 595
117	Dr. Baratelli Giorgio M.	gmbaratelli@yahoo.it	Aiuto Chirurgo	Ospedale di Gravedona Como	0344-921 11
118	Dr. Vischi Silvio	svischi@yahoo.it	Medico referente U.O. Senologia Dip. Chirurgia	Ospedale Valduce, Como	031-564 366
119	Dr. Fiore Elio	fiorelio2002@yahoo.it	Chirurgo	Ospedale di Osimo, Ancona	071-717 604
120	Dr. Tacchetti	tacchetti@katamail.com	Dirigente medico di I	U.O. Chirurgia, USLL 13,	0415-133

	Giovanni	livello	Dolo, Venezia	233
121	Dr. Gerbasi Domenico Marcello	dmgerbasi@alicaposta.it	Dirigente medico di I livello	Chirurgia Generale, Clusone Bergamo 035-4243590
122	Dr. Desiderio Franco	fdesiderio@auslrn.net	Dirigente medico	Ospedale di Rimini, divisione di Oncologia 0541-705 413
123	Dr. Ferrarini Riccardo	riccardoferrarini@hotmail.com	Medico spec. Chirurgia Generale	Ospedale Bellaria, Bologna 051-6225582
124	Dr. Samorani Domenico	domenicosamorani@virgilio.it	Medico Chirurgo	Ospedale di Rimini 0541-55225
125	Dr.ssa Donati Sarti Donatella	donatisarti@libero.it	Medico Chirurgo	Ospedale San Benedetto del Tronto, Ascoli Piceno 0735-751 578
126	Dr.ssa Magnoni Lucilla		Dirigente medico di I livello spec. in Chirurgia / Oncologia	Ospedale di Circolo Varese, Chirurgia II, Varese 0332-236 500
127	Dr. Manca Luigi	lmanca@gvm-cdi.it	Responsabile U.O. Senologia	Citta' di Lecce Hospital 0832-229 609
128	Dr. Privitera Giuseppe	gprivitera@simail.it	Dirigente medico di I livello	Divisione di Chirurgia Presidio Ospedaliero Ferrarotto Acreafe, Catania 095-608 648
129	Dr. Bonfanti Calogero	calogero.bonfanti@tin.it	Dirigente medico	Azienda Ospedaliera Agrigento 0922- 25 157
130	Dr. Papaccio Guido	Guldoveg@libero.it	Responsabile di unità semplice dipartimentale di senologia	Ospedale civile Umberto 1 Mestre-Ve 0412 - 607 245
131	Dr. Angiello Andrea	aangiello@libero.it	Dirigente medico di I livello	U.O. di Chirurgia Generale Ospedale Vittorio Emanuele, Catania 0412 - 607 245
132	Dr. Santoni Marcello	marsec@inwind.it	Dirigente medico	Centro di Senologia - Ospedale S.Giuseppe, Roma 06 - 932 73 311
133	Dr. Cariti Giuseppe	g.cariti@ust8.toscana.it	Primario, U.O. Ostetricia e Ginecologia	Ospedale S. Maria alla Gruca, Arezzo 055 - 910 62 29
134	Dr.ssa Moro Giacomina	ch.1@hpsanpaolo.mi.it	Dirigente medico	Azienda Ospedaliera San Paolo, Milano 02 - 818 44 311
135	Dr. Asero Salvatore	s.asero@iol.it	Dirigente medico, Dip. Chirurgia	A. O. U. Vittorio Emanuele Ferrarotto e S.Bambino, Catania 095 - 743 5941
136	Dr. Gagliano Francesco	ciclnna@libero.it	Chirurgo	Ospedale di Amelia Terni 0744 - 284 052
137	Dr.ssa Michelizza Tiziana	mitizia@libero.it	Dirigente medico di I livello	Ospedale di Tolmezzo, Tarcento, Udine 0433 - 488 679
138	Dr.ssa Pellegrini Alba	franca.trizio@galliera.it	Dirigente medico, divisione di Chirurgia	Ospedale per gli Infermi, Faenza, Ravenna 0546 - 601 255




139	Dr. Baffie Alberto	alberto.baffie@virgilio.it	Direttore Incaricato U.O Complessa Breast Unit	Osp. S.Salvatore, Coppito L'Aquila	0862-313625
140	Dr. Burelli Paolo	pburelli@ulss7.it	Dirigente medico di I livello	O.C. Conegliano, Treviso	0546 - 601 255
141	Dr. D'Atri Carmelo	carmelo.datri@libero.it	Dirigente medico di I livello	U.O. Chirurgia Generale I - Ospedale Magglore, Verona	045 - 807 2410
142	Dr. Bonomi Egidio	egldiobo@hotmail.com	Primario	Ospedale S.Biagio, Clusone Bergamo	333 - 261 8252
143	Dr.ssa Berta Cesarina	senologia@asl21.piemonte.it	Responsabile SOS Senologia	ASL 21 Dipartimento Chirurgico, Ospedale Santo Spirito, Casale Monferrato, Alessandria	0142 - 434 464
144	Dr. Giorgione Roberto	giorgions@virgilio.it	Dirigente medico di I livello	A.O. Maggiore della Carità, Novara	0161 - 255 482
145	Dr. Di Millo Marcello	dimillo1@tin.it	Chirurgia Generale	A. O.-Univ. di Foggia U.O. Chirurgia Gen. II Osped., Lucera, Foggia	0881 - 522 381
146	Dr. Bozza Fernando	fernando.bozza@sanita.padova.it	Dirigente medico	Chirurgia generale A.O. Padova	049 -821 27 76
147	Dr. Tricarico Fausto Giacomo	chirurgenza@ospedaliriunitifoggia.it	Direttore	Chir. Gen. II Osped. Az. Osped.-Univ. Foggia	0881 - 611 565
148	Dr. Fedele Pietro		Aluto Senologo Chirurgo	Ospedale di Martina Franca, Taranto	080 - 430 12 88
149	Dr.ssa Dapporto Laura	ldapporto@ulss.tv.it	Responsabile Centro di Senologia	ULSS 9 - Treviso Centro di Senologia, Treviso	0422-323 317 0422-380 714
150	Dr. Campagna Paolo	paolocam.@tiscali.it	Dirigente medico di I livello	Ospedale Oncologico ASL 8, Cagliari	070-485 282
151	Dr. Finocchiaro Giovanni Battista	gbfinocchiaro@virgilio.it	Dirigente medico	Chirurgia Ospedale Verbania	0323-507 031
152	Dr.ssa Piredda Antonella Ivana	antonellaivana@tiscali.it	Dirigente medico di I livello	U.O. chirurgia generale Ospedale Sirai, Carbonia (CA)	0781-660 484
153	Dr. Minciotti Edoardo	minciotti@libero.it	Dirigente medico di I livello Chirurgia	Ospedale San Battista, Foligno Perugia	075-813 168
154	Dr. Saponara Ruggero	rugsap@tin.it	Medico - specializzando In Chirurgia Generale	Seconda Università degli Sudi di Napoli	0823-362 475
155	Dr.ssa Borzacchini Annamaria	cfang@inwind.it	Dirigente medico di I livello	Chirurgia Gen. III. U.O. "V. Bonomo" Policlinico. Bari	080-509 3406
156	Dr. Cianci	fcianci@ospedaliriunitifoggia.it	Resp. U.O. Dipartimentale di	U.O.Chirurgia Generale.Policlinico di	0881-732

	Francesco		Chirurgia Plastica	Foggia	122
157	Dr.ssa Munari Daniela	danieleamunari@hotmail.it	Specializzanda In Chirurgia generale	Ospedale Bellaria, Bologna	051-622 5021
158	Dr.ssa Trizio Franca	franca.trizio@galliera.it	Responsabile S.S. Chirurgia Plastica	Ente Ospedali Galliera Genova	010- 563 2960
159	Dr. Brustia Francesco	franco.brustia@libero.it	Responsabile Centro Prevenzione Tumori	Azienda Ospedale Maggiore della Carita', Novara	0321-373 35 42
160	Dr. Roesel Riccardo	setti_roesel@hotmail.com	Dirigente medico di I livello	AOSpedale Valduce, Como	031-304 492
161	Dr. Palmieri Domenico		Dirigente medico di I livello	Ospedite di Spinazzola, Bari	0883-508 69 82
162	Dr.ssa Carino Rita	r.carino@unicampus.it	Aiuto chirurgo	Università CBM, Roma	06-353 47 611
163	Dr. Primavera Angelo	a.primavera@unicampus.it	Aiuto chirurgo	Università CBM, Roma	06-567 3705
164	Dr. Altomare Vittorio	v.altomare@unicampus.it	Responsabile Unità di Senologia	Unlversità CBM, Roma	06-225 41 561
165	Dr. Medici Alessandro		Dirigente medico di I livello	Ospedale Arnas Civico, Palermo	339-203 92 33
166	Dr. Maoddi Pasquale		Responsabile Chirurgia Oncologica	Ospedale San Francesco ASL 3, Nuoro	0784-230 383
167	Dr.ssa Maggiore Caterina		Dirigente medico di I livello	Ospedale Arnas Civico, Palermo	091- 902 007
168	Dr. Glorioso Vincenzo	vincenzoglorioso@virgilio.it	Dirigente medico di I livello	Ospedale Arnas Civico, Palermo	347-967 37 94
169	Dr. Cabula Carlo	info@oncologiachirurgica.it	Aiuto chirurgo	Ospedale Oncologico Regionale A. Businco, Cagliari	070-609 53 07
170	Dr. Folli Secondo	s.folli@ausl.fo.it	Dirigente medico di I livello	Ospedale G.B. Morgagni-L. Pierantoni AUSL, Forlì	0543-618 25
171	Dr. Foschini Dino	ho.luchirurgia@ausl.ra.it	Dirigente medico di I livello	Ospedale di Lugo, Ravenna	0545- 516 81
172	Dr. Di Martino Luciano	oncologymeeting@tiscali.it	Primario	Ospedale Oncologico Businco, Cagliari	070-609 54 03
173	Dr.ssa Acquaro Paola	paolaacquaro@hotmail.com	Specializzanda	Ospedale Policlino, Palermo	091-426 765
174	Dr. Vittorini Vincenzo	vincenzo.vittorini@tiscali.it	Dirigente medico di I livello	Ospedale SS. Trinità, Pescara	085-989 82 70
175	Dr.ssa Franzini Patrizia		Dirigente medico di I livello	Ospedale di Sondrio, Sondrio	0342- 808 424
176	Dr. Di Martino Giuseppe		Dirigente medico di I livello	Ospedale di Niscomi, Caltanissetta	0933- 951 003

177	Dr. Sollai Giuseppe	g.sollai@tiscali.it	Dirigente medico di I livello	Businco, Cagliari	070-609 54 49
178	Dr.ssa Nosenzo Antonietta		Dirigente medico di I livello	Clinica Chirurgica generale 1 Universta' di Milano, Polo Sacco, Milano	02-390 43 205
179	Dr. Catalano Francesco	fbasile@unict.it	Dirigente Breast Unit	Ospedale San Luigi, Catania	095-759 37 92
180	Dr. Fisichella Giacomo		Dirigente Breast Unit	Ospedale San Luigi, Catania	095-759 37 92
181	Dr. Marsino Giuseppe			Ospedale Vittorio Emanuele Chirurgia Gela CL	0933-831 279
182	Dr. Misitano Francesco		Dirigente medico di I livello	ASL Calabria Chirurgia Generale, Reggio Calabria	0965- 774 111
183	Dr.ssa Angioy Felicità	felicitaangioy@tin.it		Ospedale Oncologico Regionale A. Businco, Cagliari	070-609 54 49
184	Dr.ssa Basile Maria Rosaria		Dirigente medico di I livello	Chirurgia Generale Ospedale SS. Annunziata, Taranto	0099-737 67 36
185	Dr. Santoriello Antonio		Dirigente medico di I livello	Chirurgia Geriatrica Cava dei Tirreni, Salerno	089- 341 128
186	Dr.ssa Terribile Daniela	dterribile@rm.unicatt.it	Chirurgo	Policlinico Gemelli UCSC, Roma	
187	Dr.ssa Muzio Maria		Specializzanda Chirurgia generale	Policlinico P. Giaccone, Palermo	091-525 114
188	Dr. Perri Pasquale	perri@ifo.it	Dirigente Chirurgo	Istituto nazionale Tumori Regina Elena, Roma	06-526 66 895
189	Dr. D'Errico Francesco		Senologo Chirurgo	Clinica Mater Domini, Castellanza, Varese	0331-476 236
190	Dr. La Ferla Giuseppe		Chirurgo	Istituto nazionale Tumori Regina Elena, Roma	06-442 32 258
191	Dr.ssa Lipari Giovanna			Sinagra, Messina	0941-594 470
192	Dr. Boselli Adamo		Chirurgo	Parma	0521-236 991
193	Dr. Maddaluno Pasquale			Ospedale Sorrento ASL 5 Campania, Napoli	081-733 19 33
194	Dr. Filippini Luigi	filippiniluigi@libero.it	Senologo Chirurgo	Ospedali Civili di Brescia, Brescia	335-683 47 98
195	Dr.ssa Bianchi Anna	filippiniluigi@libero.it	Centro Senologia	Ospedali Civili di Brescia, Brescia	030-370 07 16
196	Dr.ssa Malavasi Daniela	filippiniluigi@libero.it	Centro Senologia	Ospedali Civili di Brescia, Brescia	030-370 07 16
	Dr. Gucciardo			Chirurgia Oncologica della mammella	

197	Giacomo	giagucc@tin.it	Senologo Chirurgo	Ospedale San Camillo- Forlanini, Roma	
198	Dr. Marassi Alberto	marassi.alberto@hsr.it	Dirigente Unità di Senologia	Ospedale San Raffaele, Milano	02-2643 2666-2542
199	Dr. Thomas Renato	thomasrenato@tiscali.it	Senologo Chirurgo	Napoli	335-414 098
200	Dr.ssa Mauri Emanuela Maria Pia	elaenea@tiscali.it	Medico specialista in chirurgia generale	Istituto Europeo di Oncologia, Milano	039-604 9786
201	Dr. Tricarico Fausto	dimilto1@tin.it	Direttore Chirurgia Generale II Ospedallera	Azienda Ospedallero- Universitaria OORR Foggia	088-173 3648
202	Dr. Personeni Alberto	alberto.personeni@tiscali.it	Primario radioterapia	Ospedali riuniti bergamo	035-262 260
203	Dr.ssa Ferrario Elena	elena-ferrario@hotmail.it	Libero professionista	Casa di cura "I Cedri", Novara	0331-658 522

torna in alto

   Progetto "DONNA E SALUTE"
SCREENING
CLINICO-MAMMOGRAFICO
PADOVA


Distretto 1
tel. 049 8214

Distretto 2
tel. 049 8648288

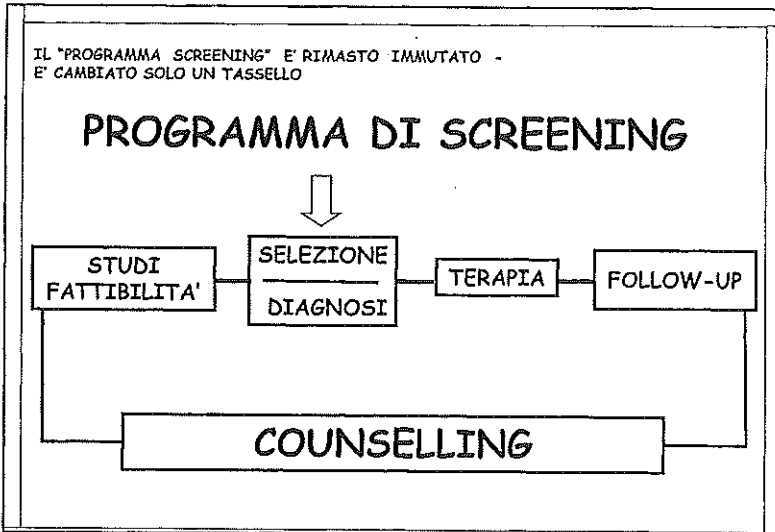
Distretto 3
tel. 049 751304

Distretto 4
tel. 049 623132

Distretto 5
tel. 049 8601015



ULSS 16 - PADOVA **15-MARZO-2004**
C. DI MAGGIO - D. DONATO



**IL PRIMO CAMBIAMENTO DERIVA DALL'ESIGENZA
DI RISPONDERE ALLE RICHIESTE DELL'UTENZA**

Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori
"MANIFESTO PER I DIRITTI DEL MALATO"
13 ottobre 2002

Le principali richieste dei malati oncologici:

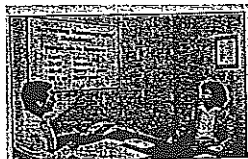
- Ho bisogno di avere maggiori informazioni **61 %**
- Ho bisogno che i servizi offerti siano migliori **59 %**
- Ho bisogno di avere un dialogo migliore con i medici **45 %**

"CARTA DEI SERVIZI" (D.L. n°163 eL. 11 luglio 1995 n°273):

-Il paziente ha diritto di ottenere dal sanitario informazioni complete e comprensibili in merito alla diagnosi della malattia, alla terapia proposta e alla relativa prognosi.

Consiglio unione Europea del 2 12 2003

"al pubblico informato di oggi
sarebbe opportuno
presentare vantaggi e rischi
in modo da consentire
al singolo cittadino
di decidere autonomamente
se partecipare al programma di screening"



What will you tell her about screening mammography?
...many of your patients will have signed screening forms...
...the American Society and the American College of Obstetrics and Gynecology...
...what will you tell them?
...we hope you'll answer it there so far...
...screening mammography, besides that, along with your regular breast...
...exam, you should have a mammogram every 1-2 years...
...best chance of early detection of breast cancer, a disease which...
...affects one woman in 20...
...if you have questions about breast cancer detection...

RAPPORTO MEDICO-UTENTE

SVANTAGGI - RISCHI DEL PROGRAMMA DI SCREENING

FALSA TRANQUILLITA' : NON PREVENZIONE, % di MANCATA DIAGNOSI,
SOVRADIAGNOSI : ANSIA, INTERVENTI CHIRURGICI INUTILI
SOVRATRATTAMENTI di carcinomi piccoli a lenta crescita
PROLUNGATA COSCIENZA DI ESSERE AMMALATI
POSSIBILE RISCHIO DI RADIAZIONI

1- APPROCCIO CLINICO

TUTTE LE DONNE AL PRIMO ESAME VISITA SENOLOGICA-MAMMOGRAFIA (ECOGRAFIA ..)

CONSEGNA REFERTO E COLLOQUIO

-INTEGRAZIONE DEI TEST: - MAGGIORE ACCURATEZZA DIAGNOSTICA
- NO RICHIAMI



RAPPORTO MEDICO-UTENTE

COINVOLGIMENTO
ATTIVO DELLA DONNA

INFORMAZIONE
COMPLETE e CORRETTA



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - ASL 8/8 PADOVA
Centro di Coordinamento Casella Spasora Via Galvani, 64 - 35128 PADOVA

MODULO DI INFORMAZIONE E CONSENSO (4/7/99)

Ho letto il pieghevole e ho compreso le modalità di svolgimento del programma di screening.

Ho ottenuto le seguenti informazioni:

1. I vari esami diagnostici, anche se ripetuti, non possono evitare la comparsa del tumore alla mammella, ma possono scoprirlo nelle fasi iniziali del suo sviluppo;
2. la diagnosi tempestiva del tumore della mammella consente di ottenere, in moltissimi casi, riduzione di mortalità, con ricorso a terapie meno aggressive;
3. un 15-20 % circa dei tumori della mammella non si vede con la mammografia per cui è talora necessario integrare la mammografia con l'ecografia e con la visita senologica;
4. l'integrazione della mammografia con altri esami serve soprattutto nei casi di "mammella densa" alla mammografia; sottoporsi alla ecografia se non c'è indicazione non solo è inutile ma può comportare aumento dei "falsi positivi" e quindi interventi chirurgici inutili;
5. nonostante l'esecuzione di più test diagnostici, un 10-15% circa dei tumori della mammella non si lascia riconoscere e si rende evidente solo nei controlli successivi;
6. è importante rispettare la "periodicità dei controlli" per recuperare in tempo utile alla cura i tumori già presenti ma non diagnosticati.

Nel modulo di informazione e consenso sono elencati i limiti e le giustificazioni

Ho letto il pieghevole e ho compreso le modalità di svolgimento del programma di screening.

Ho ricevuto le seguenti informazioni:

1. I vari esami diagnostici, anche se ripetuti, non possono evitare la comparsa del tumore alla mammella ma possono scoprirlo nelle fasi iniziali del suo sviluppo;
2. la diagnosi tempestiva del tumore della mammella consente di ottenere, in moltissimi casi, riduzione di mortalità, con ricorso a terapie meno aggressive;
3. un 15-20 % circa dei tumori della mammella non si vede con la mammografia per cui è talora necessario integrare la mammografia con l'ecografia e con la visita senologica;
4. l'integrazione della mammografia con altri esami serve soprattutto nei casi di "mammella densa" alla mammografia; sottoporsi alla ecografia se non c'è indicazione non solo è inutile ma può comportare aumento dei "falsi positivi" e quindi interventi chirurgici inutili;
5. nonostante l'esecuzione di più test diagnostici, un 10-15% circa dei tumori della mammella non si lascia riconoscere e si rende evidente solo nei controlli successivi;
6. è importante rispettare la "periodicità dei controlli" per recuperare in tempo utile alla cura i tumori già presenti ma non diagnosticati.

	SCREENING CLINICO MAMMOGRAFICO - AL ULSS 15 PADOVA Centro di Coordinamento, Ospedale Bassano Via Garzanti, 4 36100 PADOVA	Nel modulo di informazione e consenso si introduce il concetto di appropriatezza ... informando anche sui diritti del singolo
MODULO DI INFORMAZIONE E CONSENSO (2/2003)		
Ho letto attentamente e ho compreso le modalità di svolgimento del programma di screening.		
<input type="checkbox"/> 1. Sì <input type="checkbox"/> 2. Sì <input type="checkbox"/> 3. Sì <input type="checkbox"/> 4. Sì <input type="checkbox"/> 5. Sì <input type="checkbox"/> 6. Sì <input type="checkbox"/> 7. Sì <input type="checkbox"/> 8. Sì <input type="checkbox"/> 9. Sì <input type="checkbox"/> 10. Sì <input type="checkbox"/> 11. Sì <input type="checkbox"/> 12. Sì <input type="checkbox"/> 13. Sì <input type="checkbox"/> 14. Sì <input type="checkbox"/> 15. Sì <input type="checkbox"/> 16. Sì <input type="checkbox"/> 17. Sì <input type="checkbox"/> 18. Sì <input type="checkbox"/> 19. Sì <input type="checkbox"/> 20. Sì <input type="checkbox"/> 21. Sì <input type="checkbox"/> 22. Sì <input type="checkbox"/> 23. Sì <input type="checkbox"/> 24. Sì <input type="checkbox"/> 25. Sì <input type="checkbox"/> 26. Sì <input type="checkbox"/> 27. Sì <input type="checkbox"/> 28. Sì <input type="checkbox"/> 29. Sì <input type="checkbox"/> 30. Sì <input type="checkbox"/> 31. Sì <input type="checkbox"/> 32. Sì <input type="checkbox"/> 33. Sì <input type="checkbox"/> 34. Sì <input type="checkbox"/> 35. Sì <input type="checkbox"/> 36. Sì <input type="checkbox"/> 37. Sì <input type="checkbox"/> 38. Sì <input type="checkbox"/> 39. Sì <input type="checkbox"/> 40. Sì <input type="checkbox"/> 41. Sì <input type="checkbox"/> 42. Sì <input type="checkbox"/> 43. Sì <input type="checkbox"/> 44. Sì <input type="checkbox"/> 45. Sì <input type="checkbox"/> 46. Sì <input type="checkbox"/> 47. Sì <input type="checkbox"/> 48. Sì <input type="checkbox"/> 49. Sì <input type="checkbox"/> 50. Sì <input type="checkbox"/> 51. Sì <input type="checkbox"/> 52. Sì <input type="checkbox"/> 53. Sì <input type="checkbox"/> 54. Sì <input type="checkbox"/> 55. Sì <input type="checkbox"/> 56. Sì <input type="checkbox"/> 57. Sì <input type="checkbox"/> 58. Sì <input type="checkbox"/> 59. Sì <input type="checkbox"/> 60. Sì <input type="checkbox"/> 61. Sì <input type="checkbox"/> 62. Sì <input type="checkbox"/> 63. Sì <input type="checkbox"/> 64. Sì <input type="checkbox"/> 65. Sì <input type="checkbox"/> 66. Sì <input type="checkbox"/> 67. Sì <input type="checkbox"/> 68. Sì <input type="checkbox"/> 69. Sì <input type="checkbox"/> 70. Sì <input type="checkbox"/> 71. Sì <input type="checkbox"/> 72. Sì <input type="checkbox"/> 73. Sì <input type="checkbox"/> 74. Sì <input type="checkbox"/> 75. Sì <input type="checkbox"/> 76. Sì <input type="checkbox"/> 77. Sì <input type="checkbox"/> 78. Sì <input type="checkbox"/> 79. Sì <input type="checkbox"/> 80. Sì <input type="checkbox"/> 81. Sì <input type="checkbox"/> 82. Sì <input type="checkbox"/> 83. Sì <input type="checkbox"/> 84. Sì <input type="checkbox"/> 85. Sì <input type="checkbox"/> 86. Sì <input type="checkbox"/> 87. Sì <input type="checkbox"/> 88. Sì <input type="checkbox"/> 89. Sì <input type="checkbox"/> 90. Sì <input type="checkbox"/> 91. Sì <input type="checkbox"/> 92. Sì <input type="checkbox"/> 93. Sì <input type="checkbox"/> 94. Sì <input type="checkbox"/> 95. Sì <input type="checkbox"/> 96. Sì <input type="checkbox"/> 97. Sì <input type="checkbox"/> 98. Sì <input type="checkbox"/> 99. Sì <input type="checkbox"/> 100. Sì	<p>-Se aderisco al programma, sono informata che tutti i controlli periodici successivi al completamento del 1° esame saranno gratuiti, purché eseguiti nell'ambito del programma. Se vorrò sottoporri ad altri controlli senologici al di fuori di quelli programmati e in assenza di sintomi, dovrò sostenere integralmente il costo di questi controlli (DGR del Veneto 2883 del 3 ottobre 2003), ad eccezione degli eventuali accertamenti successivi alla scoperta di una lesione.</p>	
<input type="checkbox"/> Se aderisco al programma, sono informata che potrò usufruire di una mammografia gratuita ogni due anni (su richiesta del medico curante secondo l'art. 85 della Legge finanziaria 388/2001) e che potrò comunque sottoporri, in regime di convenzione, agli accertamenti di diagnostica senologica richiesti su ricettario regionale, secondo normativa regionale (DGR 2883 del 3.10.2003).	<p>Accetto la metodologia proposta dalla ULSS 16 Controlli gratuiti annuali o biennali, suggeriti e concordati con il medico-adiologo al termine dell'esame programmato. Gli accertamenti previsti sono: MAMMOGRAFIA, eventuali VISITA SENOLOGICA, ECOGRAFIA, AGOASPIRATO. Accetto che i dati concernenti i test diagnostici e le terapie siano inviati al centro di coordinamento ove saranno trattati per monitorare i risultati, nel rispetto della mia privacy (DLgs 196/2003). Posso revocare in qualsiasi momento, con comunicazione scritta, la mia adesione al programma.</p>	



IL SECONDO CAMBIAMENTO DERIVA DALL'ESIGENZA
DI RIDURRE I LIMITI DELLA MAMMOGRAFIA

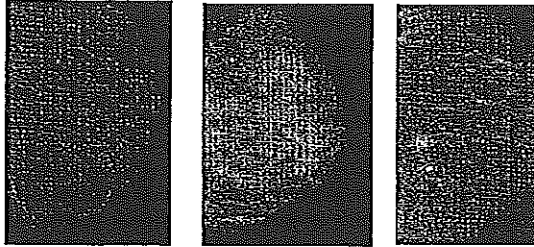
CARCINOMI NON RILEVATI DALLA MAMMOGRAFIA

INCIDENZA DEI CARCINOMI DI INTERVALLO
NEI PROGRAMMI DI SCREENING

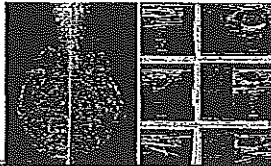
	1° anno	2° anno	3° anno
Swedish Two Counties Trial	17%	30%	56%
East Anglia	24%	59%	79%
Avon	31%	66%	77%
Manchester	31%	52%	82%
West Sussex	29%	61%	82%

Raja M.A., Hubbard A., e coll. : THE BREAST 2001 ,10,100-108

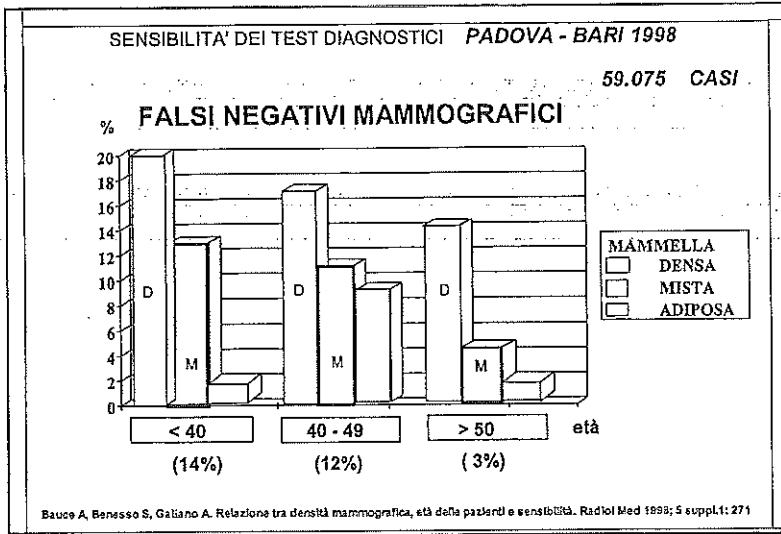
La mammografia vede molto ma "non vede tutto"!



IL NODO IN "C"
NON SI VEDREBBE IN "B"



L'ECOGRAFIA OFFRE
UN AIUTO MOLTO VALIDO



OCCULT CANCER IN WOMEN WITH DENSE BREAST: DETECTION WITH US

*Kolb M, Lichy J, Newhouse JH: Radiology, 1998, 207, 191-199
Columbia University, New York*

STUDIO su 11.220 donne

in 3.626 donne (32%) con "Dense Breast", VS e Mx negative

L'ECOGRAFIA HA SCOPERTO 11 CARCINOMI

(> del Detection Rate del 17%)

diametro medio dei tumori

-scoperti con Mammografia mm 10.7 -coperti con Ecografia mm 11.9

-Kaplan SS. Clinical Utility of Bilateral Whole-Breast US in the Evaluation of Women with Dense Breast Tissue. Radiology 2001; 221:641-649

-Kolb Th, Lichy J, Newhouse JH: Occult cancer in women with dense breast: normal mammographic and physical examination findings: detection with screening US. Radiology 1998; 207:191-199

-Zonderland HM, Coerkamp EG, Hermans J et al. Diagnosis of breast cancer. Contribution of US as an adjunct to mammography. Radiology 1999; 213: 413-422

-Balu-Maestro C, Chapelier C, Bieuse A. Place de l'échographie dans le dépistage du cancer du sein. J Le Sein 2003; 13 :127-134

-Feig SA: Breast masses:mammographic and sonographic evaluation. Radiol Clin North Am 1992; 30: 67-94

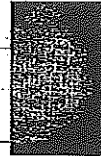
-American College of Radiology. ACR standard for performance of the breast ultrasound examination. In: Standards American College of Radiology (2000/2001). Reston (Va) 2000: 389-392

NELLA SCELTA DELL'INTERVALLO TRA I CONTROLLI E DEI TEST DA ESEGUIRE

SI E' RITENUTO RAZIONALE ED ETICO TENER CONTO

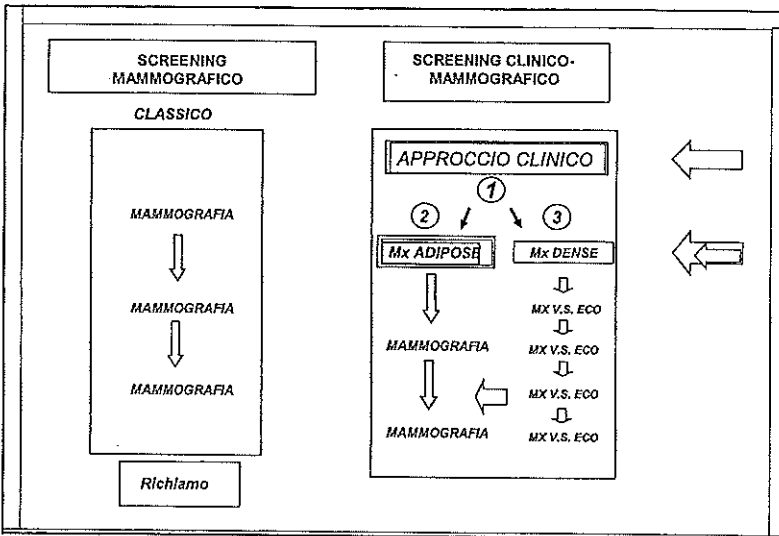
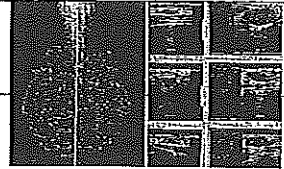
A)

DEL RISCHIO DI NON RICONOSCERE
UN TUMORE PRESENTE
IN UNA MAMMELLA RADIOLOGICAMENTE DENSA



B)

DELL'ORMAI
CONSOLIDATO CONTRIBUTO
OFFERTO DALLA ECOGRAFIA



SCREENING CLINICO-MAMMOGRAFICO

COSA E' CAMBIATO ?

PRESENZA DEL MEDICO RADIOLOGO AL PRIMO CONTROLLO:
SI E' PASSATI DA UNO SCREENING DI PURA SELEZIONE
>>>> AD UNO SCREENING DIAGNOSTICO

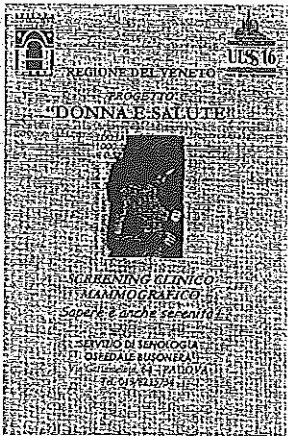
GESTIONE PERSONALIZZATA DEI CONTROLLI:
- IDENTIFICAZIONE DEL GRUPPO DI DONNE
A MAGGIOR RISCHIO DI ERRORE DIAGNOSTICO
>>>> DA SOTTOPORRE A DIAGNOSTICA INTEGRATA

SCREENING CLINICO-MAMMOGRAFICO

COSA E' CAMBIATO ?

PRESENZA DEL MEDICO RADIOLOGO AL PRIMO CONTROLLO
GESTIONE RAZIONALE E APPROPRIATA DEI CONTROLLI

INOLTRE ... A DIFFERENZA DEGLI ALTRI PROGRAMMI:
- VENGONO ARRUOLATE LE DONNE A PARTIRE dai 45 anni di età
- NEL PROGRAMMA VENGONO INCLUSE E MANTENUTE
LE DONNE CON CARCINOMA DELLA MAMMELLA (30.000 nel Veneto)
- LE DONNE VENGONO CONTROLLATE FINO ai 75 anni



AD OGNUNA CIO' CHE SERVE

- poco a tutte
- tutto a tutte

UMANIZZAZIONE

OTTIMIZZAZIONE


RAZIONALIZZAZIONE

- riduzione tasso di richiami
- riduzione tasso di ca Intervallo
- aumento tasso di ca diagnosticati in fase precoce

EQUITA'

AD OGNI DONNA CIO' CHE SERVE

- non poco a tutte
- non tutto a tutte




...SOCIALE, EQUITA' ...

... NON E' OFFRIRE UNA MAMMOGRAFIA A TUTTE OGNI 2 ANNI

... E' OFFRIRE AD OGNI DONNA LA STESSA POSSIBILITA' CHE IL SUO EVENTUALE TUMORE VENGA DIAGNOSTICATO ...

INDIPENDENTEMENTE DALL'ASPETTO MAMMOGRAFICO DELLA PROPRIA MAMMELLA



**Progetto
DONNA E SALUTE**

**SCREENING
CLINICO
MAMMOGRAFICO**

razionalizzazione, attualizzazione, umanizzazione

Nel programma di screening in atto a Padova, in contrasto con molti e con una medicina che fa fatica a cambiare nonostante chiare "evidenze", la visita senologica è alla base del programma, essa rappresenta "le fondamenta" su cui è costruito il programma di screening

**NON CI STIAMO MUOVENDO
SULLA BASE DI EVIDENZE SCIENTIFICHE
... MA SULLA BASE DI CONOSCENZE
ALLA RICERCA DI EVIDENZE**

PATROCINIO
allo
SCREENING CLINICO-MAMMOGRAFICO
IN ATTO NEL TERRITORIO
DELLA ULSS 16-PADOVA

IL PROGRAMMA
RISPETTA I PRINCIPI DI

- APPROPRIATEZZA DELL'ATTIVITA' DIAGNOSTICA
- DI EQUITA'
- DI UMANIZZAZIONE DEGLI ITER DIAGNOSTICI

E' COERENTE CON I SUGGERIMENTI

- DELLA COMMISSIONE ONCOLOGICA NAZIONALE
- DEL CONSIGLIO DELL'UNIONE EUROPEA

ACCOGLIE

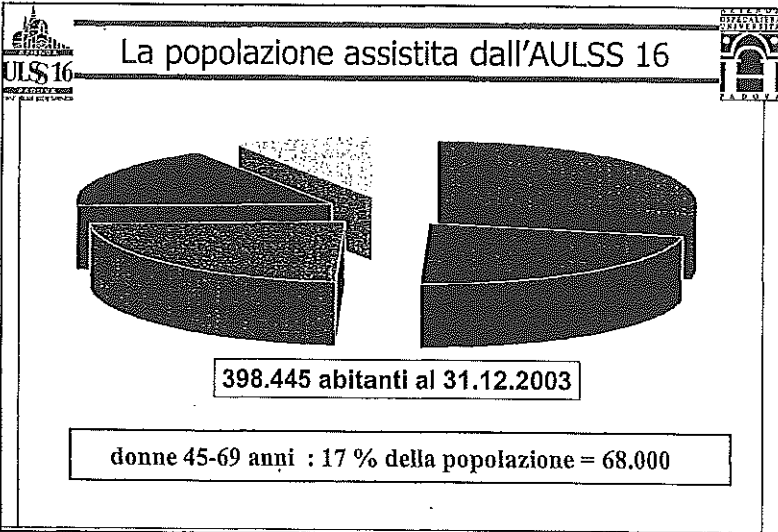
- LE RICHIESTE DELL'UTENZA

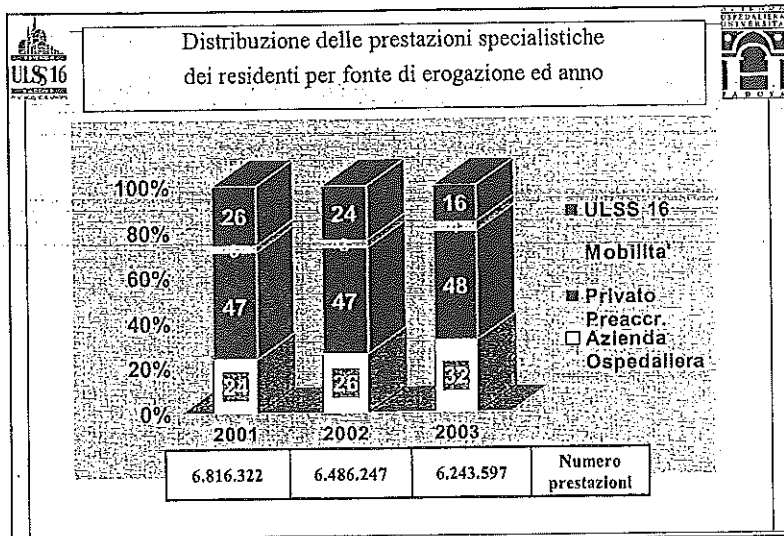
CONSENTE

- INFORMAZIONE E ADESIONE CONSAPEVOLE



**Nuovo modello operativo di
screening clinico-mammografico :
Stratificazione della popolazione a rischio ed
integrazione di
centri pubblici e privati preaccreditati**







Mammografie erogate nel 2003 per donne residenti di età > 45 anni

Publico (Az. Ospedaliera)	Privato pre accreditato	TOTALE
9.043	25.813	34.856

Ipotesi di fabbisogno in un programma di screening classico

Mammografia ad intervallo	Numero donne di età' 45-69 anni	N. Mammografie annue necessarie
Biennale	68.000	34.000





**SCREENING CLINICO- MAMMOGRAFICO
CON STRATIFICAZIONE DELLA CATEGORIA DI RISCHIO**

**POPOLAZIONE BERSAGLIO
DONNE DI ETA' 45 / 69 anni = 68.000**




Controllo annuale	35%	...	24.000 (M. dense)
Controllo biennale	65%	...	22.500 (M. adipose)
totale			46.500 donne / anno

Risposta del 70% = 32.000 donne / anno

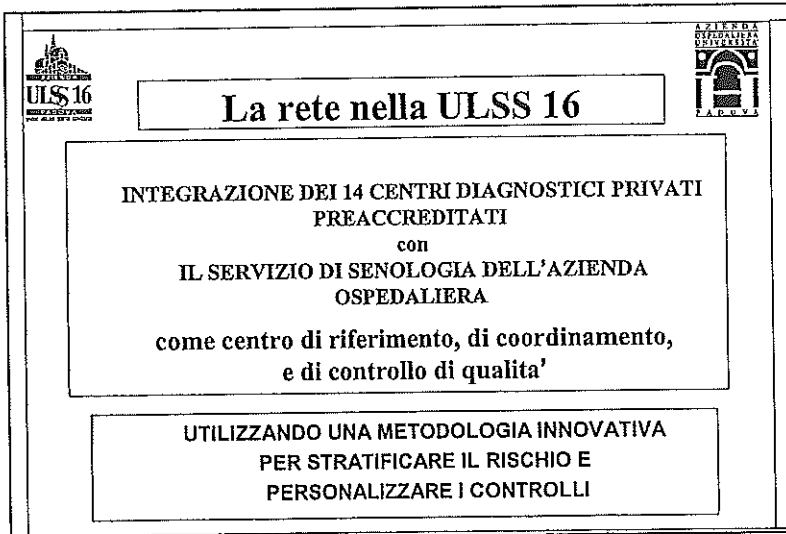
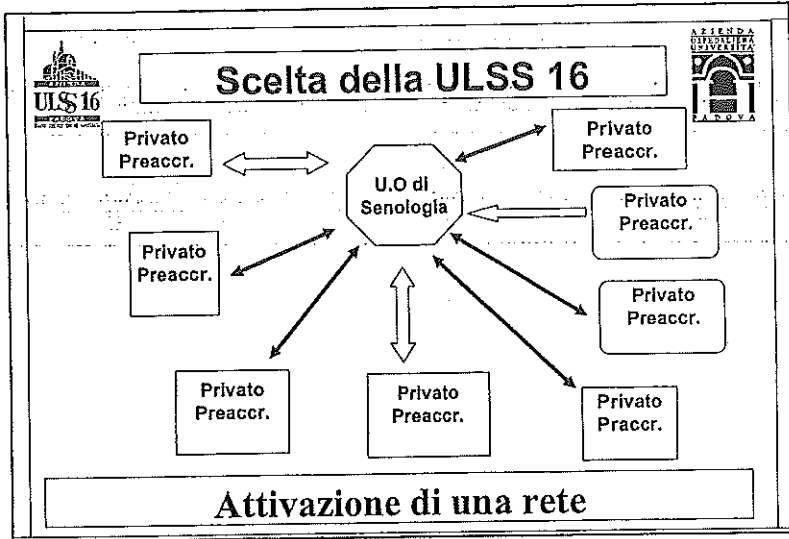




L'esistente è sufficiente a rispondere alle necessità

Piuttosto che duplicare o implementare nuove strutture perché non riorganizzare l'esistente e trasformare le attuali afferenze spontanee nei vari centri esistenti in un "programma organizzato e controllato" ?



Progetto "DONNA E SALUTE"
**SCREENING
CLINICO-MAMMOGRAFICO**







Obiettivi condivisi

Collaborazione :

- **Con i Medici di Medicina Generale**
- **Con le organizzazioni di volontariato**
- **Con le organizzazioni sindacali**
(tecnici, personale amministrativo e sanitario)

Collaborazione sancita da un accordo siglato tra la ULSS 16 e :

- **Tutte le strutture private pre-accreditate aderenti al progetto**



SCREENING CLINICO-MAMMOGRAFICO

COSA E' CAMBIATO ?

COSTI
Non servono nuovi investimenti

INIZIO DEL PROGRAMMA
La fase di arruolamento è iniziata in tempo reale

COMPLETAMENTO FASE DI ARRUOLAMENTO
- 2 anni circa -

L'UO di Senologia potrebbe esaminare 35.000 donne /anno con due turni di lavoro ma la fase di arruolamento richiederebbe molti anni e aumento del personale

<p>Screening clinico-mammografico Azienda ULSS 16 - PADOVA</p> <p>COSTI PER VISITA SENOLOGICA-MAMMOGRAFIA-ECOGRAFIA</p> <p>PRE-SCREENING 32.000 ESAMI ANNO £ 5.440.000.000 (meno ticket esatto) COPERTURA POPOLAZIONE : 60-65% Molti esami inutili e ripetuti (costi elevati - efficacia ridotta)</p> <p>SCREENING 32.000 DONNE ANNO < di £ 3.000.000.000 COPERTURA ATTESA POPOLAZIONE : 85% 65% (20.800) solo Mx biennale e quindi ...10.400 x £ 67.500 = 702.000.000 35% (11.200) esame polifascio annuale ...11.200 x £ 170.000 = 1.904.000.000</p> <hr/> <p style="text-align: right;">totale £ 2.606.000.000</p> <p>RISPARMIO circa 2 MILIARDI DI LIRE x ANNO x 32.000 DONNE</p>	
--	--


	SCREENING MAMMOGRAFICO	SCREENING CLINICO- MAMMOGRAFICO	
-COSTO PER DONNA ESAMINATA	100	100	=
-COSTO DEL PROGRAMMA	100	130	+ 30%
-COSTO PER TUMORE TROVATO	100	80	- 20%
-COSTO PER VITA SALVATA	100	70	- 30%



ULS 16



AZIENDA
OSPEDALIERA
PADOVA



Progetto "DONNA E SALUTE"
SCREENING
CLINICO-MAMMOGRAFICO

CORSI PER RADIOLOGI E PER TSRM

DIAGNOSTICA-SENOLOGICA SEMINARI TEORICO-PRATICI

1 volta la settimana (18-20.30)
(2 gruppi di 15 persone: lunedì - giovedì)

**EPIDEMIOLOGIA – QUADRI ANATOMO-PATOLOGICI
CONTROLLI DI QUALITA'
TECNICHE – METODOLOGIA - SEMEIOTICA
Controlli di Qualità
PERCORSI DIAGNOSTICI
CODIFICA REFERTAZIONE - CLASSIFICAZIONE ACR-BIRADS
TERAPIA- TOS**

SCREENING MAMMOGRAFICO – PADOVA

CONTROLLI DI QUALITA'

A carico dell'isotopo in fisica medica:

Controllo	Frequenza	Parametro	Unità	Misure	Unità
Generazione file plot X	annuale				cm
Alimentazione campo X	annuale		< 5		cm
Ritardamento	annuale		± 25		µs/frames (frame)
Accoppiatura KV	annuale	Auto	< 1		KV
Prepolarizzazione	annuale	50 max	< 0.5		KV
AEC					
Controllo valori campo in condizioni di routine*	annuale	DO: [1.4±0.2] Includi 10/10	< 4 R.I.S.		DO
			-2	< 0.20 ± 0.05	DO
			-1	< 0.20 ± 0.05	
			0	< 0.20 ± 0.05	
			+1	< 0.20 ± 0.05	
			+2	< 0.20 ± 0.05	
Intervallo sensibilità ottica	annuale				
Riprod. intra-ferroica	annuale	50 max	< 2.5 %		DO
Compensaz. spaziale**	annuale		< 1.5 %		DO
Miscelazione					
Luminanza	annuale		2000-6000		cd/m²
Contrasto	annuale	a 1 pr. del busto	< 30 %		cd/m²
Rumore	annuale		< 50		kv
Proprietà di scanso					
Dose di radiaz. oggetto busta 43 mg	annuale		< 12		mGy
Tempo esposizione in condizioni di routine	annuale		< 2		s

* Vali allegati per il controllo della procedura di accensione del busto
 ** Controllo di routine rispetto bust 43 mg sempre in modalità standard e standardizzata busta 28 KV
 *** Vali allegati per il controllo della procedura di scansione del busto

Strumento misura KV: _____

Data ultima calibrazione: _____

Setting: Manente - MoMa - 50 kV

KV	KVmax	A	Status
25			
27			
28			
29			
30			
31			
32			

Data: _____

Localizzatore: _____

Setting: Automatico

Apertura (mm)	Anodo/Filtro	KV	mAs	DO*
25				
28				
30				

Setting: Semi-automatico

Apertura (mm)	Anodo/Filtro	KV	mAs	DO*
25	Suppl. MoMa	Suppl. [25-30]KV		
43	Suppl. MoMa e MoMa	Suppl. [25-30]KV		
50	Suppl. MoMa e Filtro	Suppl. [25-30]KV		

Setting: Manente - MoMa - 50 kV

KV	KVmax	A	Status
25			
27			
28			
29			
30			
31			
32			

Data: _____

Localizzatore: _____

Setting: Automatico

Apertura (mm)	Anodo/Filtro	KV	mAs	DO*
25				
28				
30				

Setting: Semi-automatico

Apertura (mm)	Anodo/Filtro	KV	mAs	DO*
25	Suppl. MoMa	Suppl. [25-30]KV		
43	Suppl. MoMa e MoMa	Suppl. [25-30]KV		
50	Suppl. MoMa e Filtro	Suppl. [25-30]KV		



TUTTI I DATI VENGONO INVIATI AL CENTRO DI COORDINAMENTO

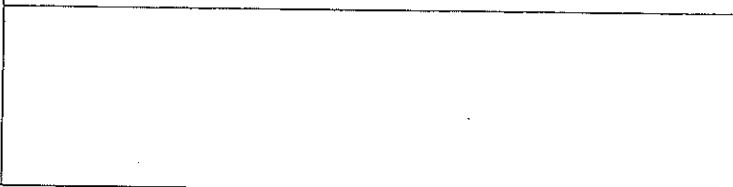



Numero di telefono del Centro di Coordinamento
 Indirizzo del Centro
 Telefono 1
 Telefono 2
 Telefono 3
 Telefono 4
 Fax
 E-mail

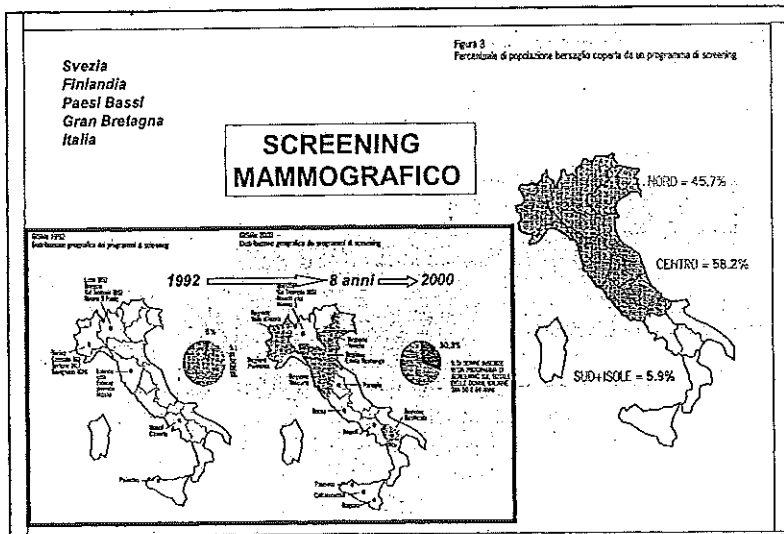
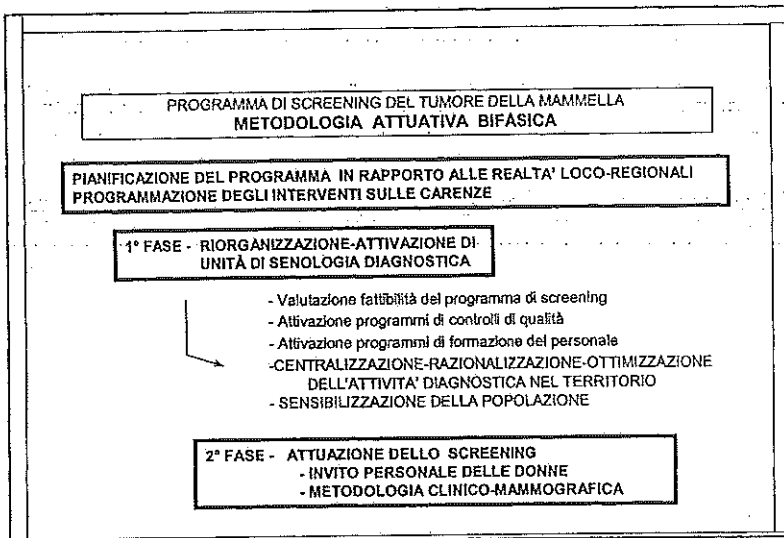
Azienda Ospedaliera Padova
 Via Marzotto 2, Padova
 Tel. 049 823231
 Fax 049 823232
 E-mail: info@ulss16.padova.it

**SCREENING CLINICO-MAMMOGRAFICO Az.ULSS 16-PADOVA
15 MARZO-30 DICEMBRE 2004**

CENTRI CORINVOLTI	Non	% non	Esami eseguiti	Mx	Mx	% Mx 24m	Mx	%Mx	Mx6	FNAC	% FNAC
	Adesanti	adesanti		3a	24m		12m	12m	m		
1	90	2,9%	2991	2	432	14,4%	2230	74,6%	135	159	6,3%
2	68	5,9%	1079	2	427	39,5%	559	54,8%	43	12	1,1%
3	1073	28,2%	2728	0	377	13,8%	1786	64,8%	455	97	3,6%
4	5	3,2%	151	3	63	41,7%	81	40,4%	19	5	3,3%
5	28	3,2%	848	0	340	40,1%	454	53,5%	31	23	2,7%
6	0	0,0%	83	0	35	42,2%	41	49,4%	3	2	2,4%
7	141	16,6%	705	0	276	39,1%	380	53,8%	40	10	1,4%
8	549	16,7%	2738	38	1388	50,7%	1138	41,6%	118	54	2,0%
9	281	11,8%	2097	14	955	45,1%	1003	47,8%	75	35	1,8%
10	20	3,2%	599	0	173	28,9%	374	62,4%	25	27	4,5%
11	9	3,0%	294	0	113	38,4%	183	57,1%	1	7	2,4%
12	83	7,2%	591	15	335	56,7%	508	86,0%	86	42	4,2%
13	131	13,6%	841	0	292	34,7%	493	58,6%	44	12	1,4%
14	0	0,0%	26	0	10	38,5%	13	50,0%	3	0	0,0%
TUTTI I CENTRI	2477	13,3%	16176	74	5027	32,3%	8248	67,2%	1078	518	3,2%
TOTALE	18.653		Adesione 87%								

	SCREENING CLINICO-MAMMOGRAFICO	
<h2>Conclusioni</h2>		
<u>VANTAGGI PER L'UTENZA</u>		
<ul style="list-style-type: none">- INFORMAZIONE E ADESIONE CONSAPEVOLE- LIBERTA' DI SCELTA DELLA SEDE DOVE SOTTOPORSI AI CONTROLLI- DIAGNOSI IN TEMPO UNICO SENZA RICHIAMI- UMANIZZAZIONE DEL PERCORSO DIAGNOSTICO- GARANZIA DI QUALITA' E DI APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI- ANNULLAMENTO LISTE D'ATTESA (ESAMI E CONTROLLI PROGRAMMATI)- CONTROLLO CONTINUO DEI RISULTATI		
<u>VANTAGGI PER L'AZIENDA</u>		
<p>LE STRUTTURE PRIVATE LAVORANO IN MODO CONCORDATO, NON IN CONCORRENZA, CON OBIETTIVI DI SALUTE</p> <p>ESEMPIO DI INTEGRAZIONE PUBBLICO-PRIVATO TRASFERIBILE AD ALTRI AMBITI (Es.: PAP test)</p>		

		
		
<p>Progetto "DONNA E SALUTE" SCREENING CLINICO-MAMMOGRAFICO PADOVA</p>		



DATI A CONFRONTO REALTA' NAZIONALE

<i>GISMa</i> 1999	267.089	
<i>GISMa</i> 2000	539.856	SCREENING MAMMOGRAFICO

806.945 donne esaminate

Risultati dell'indagine "MULTISCOPO" ISTAT - 1999-2000
CONDIZIONI DI SALUTE E RICORSO AI SERVIZI SANITARI
Linda Laura Sabbadini - Roma 14-15 maggio 2002

**Nel 1999-2000, oltre 8 MILIONI di donne
si sono sottoposte ad un controllo mammografico
in assenza di disturbi o sintomi**

DATI A CONFRONTO REALTA' NAZIONALE

<i>GISMa</i> 1999	267.089	
<i>GISMa</i> 2000	539.856	SCREENING MAMMOGRAFICO

806.945 donne esaminate

<i>GISMA</i> 2003	
donne invitate (50-69)	1.000.000
rispondenti	560.000
carcinomi dagnosticati	3.300 (5.8 x 1000)

Non si può continuare a ignorare questa realtà



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE ONCOLOGICHE E CHIRURGICHE
Direzione 35128 Padova - Via Gattamelata, 64 - Tel. 049/8215644 - Fax 049/8215646



SEZIONE DI SENOLOGIA E DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
Direttore: Prof. Cosimo di Maggio - senologia.padova@unipd.it
Ospedale Busonera - 35128 Padova - Via Gattamelata, 64 - Tel. 049/821.5739 - Fax 049/821.5740

A) LA DIAGNOSI TEMPESTIVA DEL TUMORE DELLA MAMMELLA IN ITALIA APPROCCIO RAZIONALE E SPUNTI DI RIFLESSIONE NEL 2004

Di Maggio Cosimo, *Direttore Unità Operativa di Senologia, Ospedale Busonera*
Donato Daniele, *Direttore Sanitario Azienda ULSS 16, Padova*

-Premesso che ogni intervento su popolazione, per i suoi notevoli risvolti sociali ed economici, deve avvenire avvalendosi di un programma ben codificato, coordinato e controllato, che si occupa non solo della fase diagnostica ma anche di quella terapeutica e del follow-up,
-premesse che l'estensione sul territorio di un programma contro il tumore della mammella deve essere intesa come obiettivo da raggiungere,

-preso atto che lo "screening mammografico" è di difficile realizzazione in tempi brevi per la complessa organizzazione, per le diverse realtà locali, perché comunque richiede operatori preparati e crescita culturale della popolazione,

-preso atto che infatti ancora oggi, in Italia, ogni anno, meno di un milione di donne sono controllate nel contesto dello screening mentre quattro milioni circa di donne si auto-gestiscono, mantenendo in atto una inaccettabile situazione di "anarchia diagnostica" che è causa di ritardo diagnostico, di ansia e costi enormi,

è doveroso ridiscutere con priorità la metodologia di attuazione della fase diagnostica del "programma" poiché questa coinvolge "tutte" le donne in età eleggibile.

In accordo con le ancora valide raccomandazioni della Commissione Oncologica Nazionale del 1986 (G.U. suppl 127 del 1 giugno 1996) e con quanto riportato nelle raccomandazioni della Società Italiana di Radiologia Medica (Charta Senologica 2004) è necessario procedere per fasi applicative cronologicamente successive.

1° fase: programmazione non solo delle strutture e delle apparecchiature ma anche e soprattutto del personale necessario (esiste carenza di radiologi, e la preparazione degli stessi richiede tempo).

2° fase: razionalizzazione ed ottimizzazione dell'attività diagnostica sul territorio. L'attività diagnostica senologica deve essere centralizzata in Unità Operative Diagnostiche, unica via in grado di garantire percorsi diagnostici ottimizzati, appropriati e controllati. Non bisogna creare nulla di nuovo ma solo riorganizzare ed aggregare in modo funzionale le competenze e le strutture già presenti sul territorio. L'attività diagnostica deve essere espletata in stretta collaborazione con i Medici di Medicina Generale.

3° fase: invito personale delle donne in età eleggibile.

Le fasi 1 e 2 sono le premesse indispensabili perché la fase 3 possa avere garanzia di successo.

In merito alla fase 3, forse è tempo che l'attuale metodologia di offerta del test diagnostico (mammografia esclusiva ogni 2 anni) venga storicizzata poiché oggi: A) sono ormai noti i limiti della mammografia, B) le utenti chiedono con insistenza sempre maggiore di essere informate e coinvolte.

Tenendo quindi conto sia delle raccomandazioni del consiglio dell'Unione Europea del dicembre 2003 sia delle realtà locali, sembra razionale e giustificato proporre che la 3° fase del programma (invito personale periodico della donna) venga a sua volta suddivisa in due fasi.

Fase 3A, prioritaria: dopo la prima mammografia, divisione delle donne in due gruppi in rapporto al rischio di non percepire la presenza di un eventuale tumore a causa della densità radiologica delle mammelle (effetto nebbia). Nelle donne con mammelle radiologicamente dense la mammografia deve essere integrata con l'ecografia e possibilmente i due test devono essere espletati con intervallo annuale.

L'EQUITA' non può esaurirsi nell'offerta uguale a tutte di un test, ma deve consistere nell'offerta a tutte le donne di uguali possibilità diagnostiche!

Fase 3B, dove possibile, ma deve essere un obiettivo: il primo esame deve essere espletato con approccio clinico (presenza del medico-radiologo, visita senologica e colloquio). L'approccio clinico non va inteso come strumento per la diagnosi di qualche tumore in più ma come unico possibile strumento per offrire alle donne la possibilità di una scelta consapevole, come unico strumento di informazione e coinvolgimento attivo, come unico strumento in grado di umanizzare i percorsi diagnostici.

Costi. L'applicazione della fase 2 comporta sicuramente, a parità di donne controllate, un sensibile risparmio economico rispetto ai costi derivanti dall'esistente ricorso inappropriato e anarchico ai test diagnostici.

In merito alla fase 3, sarà ovviamente da valutare se l'anticipo diagnostico e la riduzione del tasso dei "carcinomi di intervallo", che in via presuntiva si pensa di ottenere dalla modulazione dell'offerta diagnostica, avrà un corrispettivo in termini di efficacia. E' indubbio peraltro che, piuttosto che il controllo periodico annuale previsto per le donne con mammelle radiologicamente dense, sul costo della fase 3 inciderà soprattutto l'approccio clinico iniziale (fase 3 B) : forse però è tempo che l'informazione e il coinvolgimento attivo dell'utenza vengano ritenuti un investimento e non un costo.

Il vero problema in campo nazionale, peraltro, non è il costo ma la carenza di radiologi coinvolti nelle sedi istituzionali e dedicati, finora mai oggetto di programmazione. La fase 3B, in particolare, richiede sicuramente un numero di radiologi superiore a quanto necessario per attuare uno screening solo mammografico, ma questo è un falso problema: se lo screening mammografico potesse finalmente coinvolgere i tanti milioni di donne in età eleggibile invece delle attuali 500-600.000 per anno, il numero di radiologi sarebbe comunque insufficiente.

La risoluzione del problema "diagnosi tempestiva del tumore della mammella" deve derivare quindi che da una riprogrammazione seria e prioritaria delle necessità e, come già detto, dal ricorso a fasi intermedie di coinvolgimento della popolazione, se si vuole risolvere in tempi ragionevoli e con buona qualità il problema diagnostico e se si vuole evitare di illudere le donne con false promesse.



Progetto "DONNA E SALUTE"

**SCREENING
CLINICO-MAMMOGRAFICO**

PROGRAMMA PER LA DIAGNOSI TEMPESTIVA DEL TUMORE DELLA MAMMELLA

Comitato Tecnico-scientifico

E.Ancona, G.P. Argenti, P.Benini, A.Buzzo, G.Cartei, E.Cirillo, R.De Candido, G.De Salvo, A.Fassina, C.di Maggio, C.Guerra, M.Lise, G.Mancini, C.Martin, S.Monfardini, D.Nitti, P.Realdon, P.Roseano, M.Rugge, C.Tanzella, A. Tarakdjian, R.Toffanin

Coordinatore: Cosimo di Maggio U.O.Senologia - Osp.Busonera Padova 049.8215739

LO "SCREENING CLINICO- MAMMOGRAFICO"

METODOLOGIA IN ATTO NEL TERRITORIO DELL'AZIENDA ULSS 16PADOVA

Obiettivo dello screening mammografico è la riduzione di mortalità da carcinoma della mammella, a costi accettabili, mediante l'invito ed il controllo senologico della maggior parte delle donne in età a rischio.

La AZIENDA ULSS 16-Padova ha deciso di raggiungere l'obiettivo attuando una metodologia innovativa rispetto a quella attualmente in uso da molti anni ma in accordo con quanto scritto nelle linee guida della Commissione Oncologica Nazionale sia nel 1996 (G.U. suppl. 127, 1-6-1996) sia nel 2001. In particolare, la metodologia in atto a Padova e denominata SCREENING CLINICO-MAMMOGRAFICO, si pone anche i seguenti obiettivi: migliorare i risultati diagnostici degli attuali pur validi programmi di screening, umanizzare l'attività diagnostica senza eccessivo aumento di costi, dare maggiore tranquillità alle donne sane. Tutto ciò in accordo con le raccomandazioni del Consiglio dell'Unione Europea del dicembre 2003 (2003/878/CE, G.U. L 327/34 del 16.12.2003): *"incoraggiare la ricerca della migliore prassi dello screening al fine di elaborare e valutare nuovi metodi o migliorare quelli esistenti"*

Il programma è coerente anche con gli obiettivi di carattere prioritario del Piano Oncologico Nazionale 1998-2000 e con la delibera della Giunta Regionale 3407 del 5.10.1999 al fine di realizzare, tra gli altri, i seguenti progetti: riduzione delle liste di attesa, realizzazione di campagne di screening per la diagnosi precoce dei tumori femminili.

1- METODOLOGIA DELLO SCREENING CLINICO-MAMMOGRAFICO

PREMESSA

L'attuale metodologia di screening (definita SCREENING MAMMOGRAFICO: mammografia come unico test di selezione, intervallo biennale, lettura differita, richiamo dei casi dubbi per accertamenti diagnostici) è gravata da alcuni aspetti negativi.

1- *Mancanza di rapporti tra medico e Utente*, anche se oggi tutti gli utenti chiedono più coinvolgimento e informazione.

2- *Stato di ansia spesso elevato e persistente* nelle donne richiamate per ulteriori accertamenti.

3- *Non riconoscimento di un certo numero di tumori* a causa sia dei limiti intrinseci della mammografia, ormai ben documentati dalla letteratura, sia dell'uso della stessa come test unico e con rigido intervallo biennale uguale per tutte le donne (il tasso dei carcinomi di intervallo è compreso, nelle diverse sedi, tra il 30 e il 60%).

E' doveroso sottolineare che questi aspetti negativi non inficiano la validità globale degli screening espletati con l'attuale metodologia, se di alta qualità e con adeguata adesione; l'evidenziazione degli aspetti negativi serve solo a cercare di ridurli, ove possibile, migliorando la qualità globale del programma. In effetti, l'impostazione del programma di screening della AZIENDA ULSS 16 (coinvolgimento dei medici di medicina generale, controllo delle donne nelle fasce d'età a maggior rischio, controllo continuo dei risultati, attivazione e codifica dei necessari percorsi terapeutici successivi alla diagnosi, ecc.) rimane pressoché invariato rispetto alle linee guida europee e nazionali. A parte la variazione nella fase di arruolamento-invito, l'unico cambiamento riguarda la metodologia di somministrazione dei test.

METODOLOGIA DI SOMMINISTRAZIONE DEI TEST

Per comprendere bene l'aspetto innovativo del programma di bisogna ricordare che il classico programma di screening mammografico offre indistintamente a tutte le donne solo la mammografia ogni due anni e che il colloquio con il medico è riservato solo alle donne con sospetto tumore. Il programma della ULSS 16 prevede invece sia il colloquio iniziale con il medico per tutte le donne, sia la personalizzazione dei controlli periodici.

Tutte le donne della ULSS 16 che si sottopongono a mammografia per la prima volta, a far data dall'avvio del programma, sono ricevute da un medico-radiologo e ricevono informazioni sui vantaggi e sui limiti di quanto viene offerto; dopo l'anamnesi e la visita senologica sono sottoposte a tutti gli accertamenti necessari ad ottenere la diagnosi definitiva (mammografia, eventuale ecografia, eventuale agoaspirato). Al termine delle indagini il radiologo comunica il risultato delle indagini, consegna alla donna il referto e le radiografie, suggerisce e concorda con la singola utente i controlli successivi. Le raccomandazioni tengono conto sia di alcuni fattori di rischio (uso di ormoni, familiarità) sia e soprattutto del quadro clinico-mammografico.

Al termine del colloquio, la singola donna viene quindi invitata a scegliere se aderire o meno al programma ed a firmare un "modulo di informazione e consenso".

Per i controlli successivi, le donne con "quadro negativo o di benignità certa", vengono divise in due gruppi in rapporto al rischio che la mammografia "non veda" l'eventuale tumore presente. I due gruppi seguiranno pertanto percorsi diagnostici diversi.

- *Le donne con mammelle "radiologicamente dense"* (mammelle difficili da analizzare con mammografia) verranno controllate con diagnostica integrata (visita senologica, mammografia ed ecografia) e con periodicità annuale.

- *Le donne con mammelle "adipose"* (la possibilità di "non vedere" un tumore in queste mammelle è molto modesta) verranno controllate solo con mammografia. La "lettura" delle mammografie verrà effettuata in un secondo tempo da parte di due radiologi. Per queste donne è precodificato il controllo biennale.

Le donne portatrici di patologia sono incanalate in percorsi preferenziali discussi e concordati con i chirurghi, i radioterapisti e gli oncologi. Il medico curante viene naturalmente subito informato (previo consenso dell'utente) e direttamente coinvolto.

In sintesi, le innovazioni principali introdotte nel programma di Padova sono:

A) approccio clinico (medico-radiologo) al primo passaggio,

B) personalizzazione dei controlli e cioè

-sia dell'intervallo tra gli stessi (annuale o biennale),

-sia dei test da utilizzare (solo mammografia o diagnostica integrata).

A differenza degli altri programmi di screening, inoltre,

-le alterazioni ACR BI-RADS 3 o 4A (probabilmente benigne) potranno essere controllate dopo 6 mesi,

-vengono arruolate le donne a partire dai 45 anni di età

(in conformità alla finanziaria 2001 e sulla base di evidenze epidemiologiche),

-nel programma vengono incluse o mantenute anche le donne con carcinoma della mammella,

-in rapporto all'aumento della vita media, le donne che hanno già aderito al programma verranno controllate fino al compimento dei 75 anni di età.

I due modelli proposti dalla Commissione Oncologica Nazionale nel 1996 (la diagnostica clinica e lo screening mammografico) sono stati quindi fusi in un modello operativo unico che utilizza i due modelli in maniera sequenziale e integrata. Per questo motivo il modello unico è stato denominato: screening clinico-mammografico.

SINTESI DELLA MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE DEI TEST

PRIMO ACCESSO

Visita senologica e mammografia, eventuale ecografia.

- i casi negativi riceveranno la risposta scritta (o almeno verbale) al termine degli accertamenti,

- i casi sospetti riceveranno risposta verbale al termine degli accertamenti e altri test entro 10 gg.

CONTROLLI SUCCESSIVI PERIODICI

-Casi negativi ma ad "alto rischio di non vedere il tumore presente" (mammelle Rx-dense):

controllo annuale con *mammografia, visita senologica ed ecografia.*

-Casi negativi ed a "basso rischio di non vedere" (mammelle Rx-adipose):

controllo biennale solo con *mammografia* e lettura differita da due radiologi con "modalità indipendente".

2- VANTAGGI DEL PERCORSO DIAGNOSTICO MODULATO (sintesi)

1. La visita senologica iniziale offre alle donne quel contributo umano ed informativo che solo la presenza del medico garantisce e permette di tener conto delle problematiche di tipo psicologico della singola donna; consente, in sintesi, di ripristinare l'importante rapporto medico-paziente (umanizzazione dei percorsi diagnostici). Non bisogna dimenticare che:
"Il tumore della mammella è un problema sociale ed economico, ma è anche un problema umano!"
2. -La presenza del medico-radiologo all'inizio del percorso diagnostico permette di passare da uno screening di "pura selezione" ad uno screening diagnostico; permette alla donna di scegliere in modo consapevole se aderire o meno al programma, in accordo con le raccomandazioni del Consiglio dell'Unione Europea del 2-12-2003: *"al pubblico informato di oggi sarebbe opportuno presentare questi vantaggi e questi rischi in modo da consentire al singolo cittadino di decidere autonomamente se partecipare al programma di screening"*
3. E' possibile eseguire in successione rapida i vari accertamenti integrativi necessari alla diagnosi definitiva. Ciò permette di evitare "il richiamo" e di diagnosticare un maggior numero di carcinomi.
4. In rapporto alla personalizzazione sia della periodicità dei controlli (annuale o biennale) sia dei test da utilizzare (diagnostica integrata o solo mammografia), è ragionevole attendersi la riduzione del tasso dei carcinomi non evidenziati (carcinomi di intervallo) e la aumento del tasso di carcinomi diagnosticati in fase più precoce. L'identificazione di un gruppo di donne "a maggior rischio di errore diagnostico" cui offrire non solo la mammografia è stata recepita come una scelta prioritaria poiché evita a queste donne sia intervalli troppo lunghi e pericolosi tra i controlli sia la mancanza di test integrativi della mammografia quando necessari.

La metodologia attuata permette di offrire alle donne ciò che effettivamente è necessario e quindi il "principio di equità" è interpretato come offerta a tutte le donne della stessa possibilità che l'eventuale tumore presente venga diagnosticato. Lo slogan che caratterizza in modo compiuto lo screening clinico-mammografico è:

"non poco a tutte nè tutto a tutte, ma ad ognuna ciò che serve!"

SVANTAGGI

1. -Costo economico maggiore rispetto allo screening mammografico
2. -Maggior necessità di ore-radiologo.
3. -Probabile maggior numero di prelievi con ago (l'aumento del numero dei test diagnostici comporta non solo aumento della sensibilità ma anche aumento dei dubbi diagnostici)

3- COPERTURA DELLA POPOLAZIONE

Le donne di età compresa tra i 45 e i 69 anni nei 5 distretti della AZIENDA ULSS 16 sono circa 68.000. *Ipotizzando una risposta del 70% della popolazione eleggibile, tenendo conto del numero di donne che farà il controllo ogni anno (circa il 35-40%), del numero di donne che farà il controllo con frequenza biennale e del numero di donne di età compresa tra i 70 ed i 75 anni, si è stimato che nel territorio della AZIENDA ULSS 16 bisognerà sottoporre a controllo oltre 34.000 donne/anno.*

In rapporto alla presenza nella AZIENDA ULSS 16 di numerose strutture private pre-accreditate che già svolgono diagnostica senologica, è sembrato razionale "convertire" l'attività già esistente (controllo spontaneo in atto di oltre 30.000 donne/anno) e trasformare in un programma organizzato di screening le attuali afferenze spontanee nei diversi centri esistenti. In sintesi, al fine di raggiungere la copertura organizzata della maggior parte della popolazione in tempi rapidi, in modo completo e nel vero rispetto della centralità dell'utente, si è ritenuto utile attuare un programma basato sulla **ATTIVAZIONE DI UNA RETE DI CENTRI DIAGNOSTICI PRIVATI PREACCREDITATI** operanti di concerto con l'U.O. di Senologia dell'Azienda Ospedaliera di Padova, che ne rappresenta il centro di riferimento e di coordinamento, e con i Medici di Medicina Generale.

Il coinvolgimento di più centri distribuiti sul territorio favorisce l'afferenza dell'utenza e rispetta le scelte già in atto. La condivisione del programma e della metodologia sul territorio permette inoltre di ridurre il numero di esami inutili o ripetuti senza giustificazione, di annullare le liste d'attesa (tutti i controlli saranno programmati), di rendere omogenei le procedure diagnostiche, la refertazione e i controlli di qualità.

Tutti i dati (elenco invitate, elenco aderenti, riepilogo accertamenti eseguiti e risultati, schede di patologia, risultati dei controlli di qualità) vengono inviati periodicamente al centro di coordinamento e sono inseriti in computer in modo da permettere una continua e proficua verifica dei risultati. Il "gradimento ed il coinvolgimento dell'utenza" viene monitorato mediante periodiche verifiche telefoniche.

4- ASPETTI ECONOMICI DELLO SCREENING CLINICO-MAMMOGRAFICO

Valutando i "puri" costi di gestione dei diversi test diagnostici e l'entità percentuale di ricorso agli stessi, è stato stimato che l'importo sufficiente a garantire l'espletamento di tutta l'attività diagnostica non invasiva non dovrebbe superare i 50-55 EUR per donna esaminata.

Si sottolinea che non è stata fatta una stima del costo per esame, ma una stima del costo per donna esaminata per accesso, indipendentemente dal numero di esami cui verrà sottoposta. Si crede infatti che il costo per esame dovrebbe essere sostituito dal costo necessario a giungere alla diagnosi, indipendentemente dal numero e tipo di esami che si sono resi necessari per raggiungerla.

Se si paragonano questi costi con quelli dello screening mammografico si può evidenziare una quasi corrispondenza del costo per donna esaminata. E' intuitivo peraltro che un programma personalizzato, che utilizza un approccio clinico (causa di minore produttività), e che prevede un controllo annuale per il 35-40% circa delle donne, difficilmente potrà essere competitivo sotto il profilo economico con un programma di screening "solo" mammografico. Se però il tasso dei carcinomi di intervallo si ridurrà, come ci si attende, e si otterrà migliore curabilità a minor costo di tumori diagnosticati in fase più precoce, il costo per singolo tumore diagnosticato e per anno di vita salvata dovrebbe risultare inferiore.

E' altresì ugualmente vero che se si analizzano bene i costi di alcuni programmi di screening mammografico non ben organizzati ed attuati in aree con modesto bacino d'utenza o con adesione inferiore al desiderato 60%, ci si rende conto che spesso anche lo screening classico è gravato da costi molto superiori a quelli attesi.

Pur accettando peraltro che un programma personalizzato e che utilizza un approccio clinico possa costare di più dello screening solo mammografico, forse è tempo di giustificare gli investimenti non solo in rapporto "a vita salvata" ma anche in rapporto "a donna tranquillizzata". Non si può non giustificare il costo della informazione, del coinvolgimento attivo, della tranquillità che deriva alle donne da un programma che offre la presenza del medico, maggior accuratezza diagnostica e meno richiami.

Anche se il modello proposto cerca solo di migliorare l'attuale, sarebbe atto di presunzione pensare che lo SCREENING CLINICO-MAMMOGRAFICO sia da ritenersi il modello migliore senza attenderne i risultati. Padova quindi si propone non come centro di una nuova metodologia, ma come un centro nel quale una nuova metodologia verrà applicata e sottoposta a verifica.

Un risultato così comunque è già stato ottenuto:

LA DONNA E' STATA RIPORTATA AL CENTRO DEL PROBLEMA!

SCREENING CLINICO-MAMMOGRAFICO Azienda ULSS 16-PADOVA

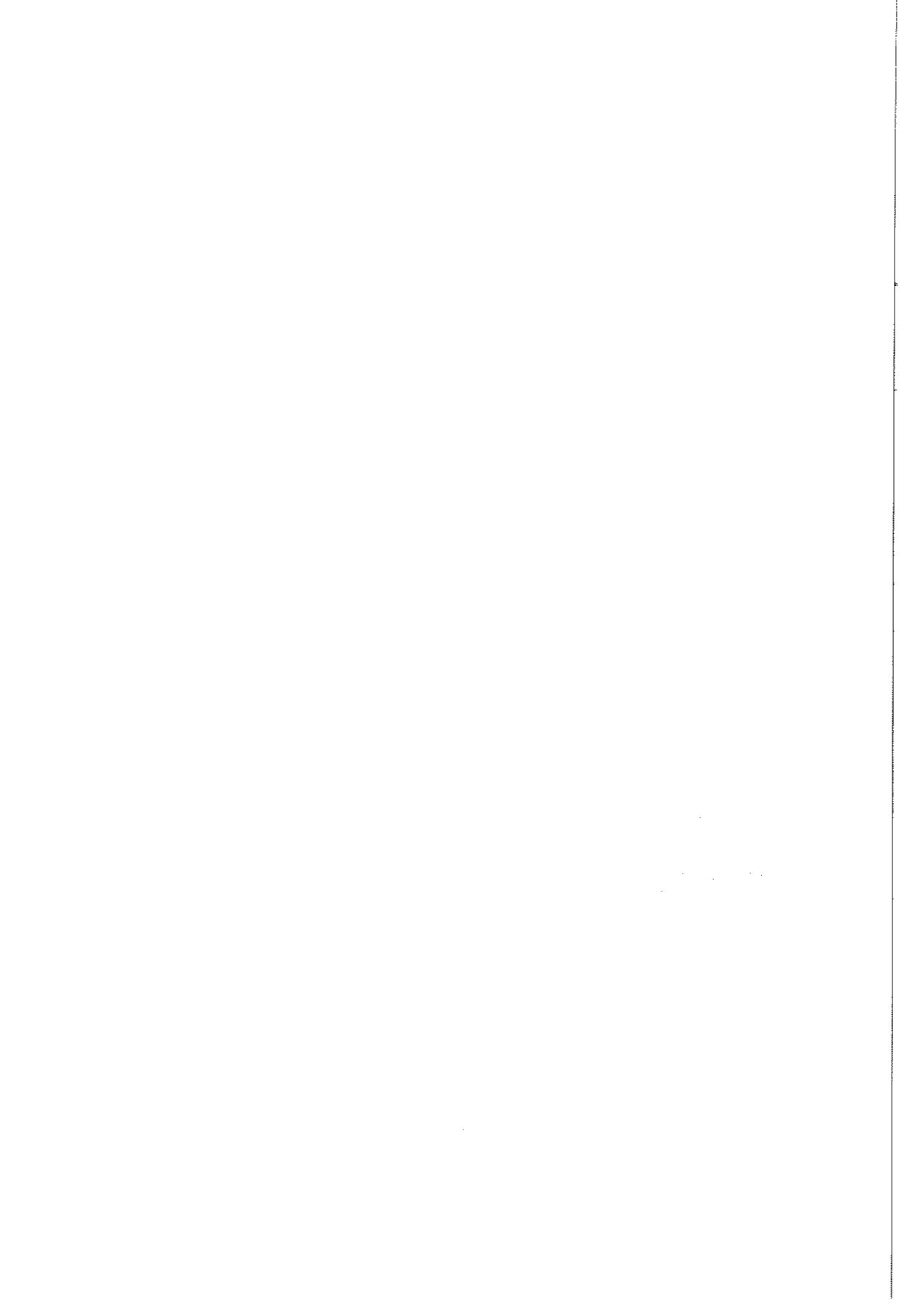
VANTAGGI GLOBALI ATTESI

PER LE UTENTI

- Ripristino dell'importante rapporto medico-utente
- Informazione e adesione consapevole
- Diagnosi in tempo unico, senza richiami
- Umanizzazione dei percorsi diagnostici
- Libertà di scelta della sede ove sottoporsi ai controlli
- Garanzia di prestazioni di qualità e appropriate sia nei centri pubblici che privati
- Annullamento liste d'attesa (esami e controlli programmati)

PER IL TERRITORIO dell'Azienda ULSS 16

- Coinvolgimento della maggior parte della popolazione in tempi brevi
 - Ridistribuzione appropriata delle prestazioni
(si eviteranno esami inutili e/o ripetuti senza giustificazione)
- E' la prima volta che le strutture private (amministrazione, radiologi e tecnici) lavorano in modo concordato e coordinato e non in conflitto fra di loro.
E' un vero esempio di integrazione pubblico-privato*



Casa di cura «La Maddalena» di Palermo

Scheda su sopralluogo a Palermo

Viene svolta visita conoscitiva alla Casa di Cura "La Maddalena", classificata come Dipartimento Oncologico di III° livello e certificata con il sistema qualità ISO 9001/2000.

La Casa di Cura si qualifica come breast unit nonostante non sia accreditata dalla European Society of Mastology (EUSOMA), e in effetti ne ha le caratteristiche in quanto già nel 2003 ha superato la soglia dei 150 nuovi casi trattati.

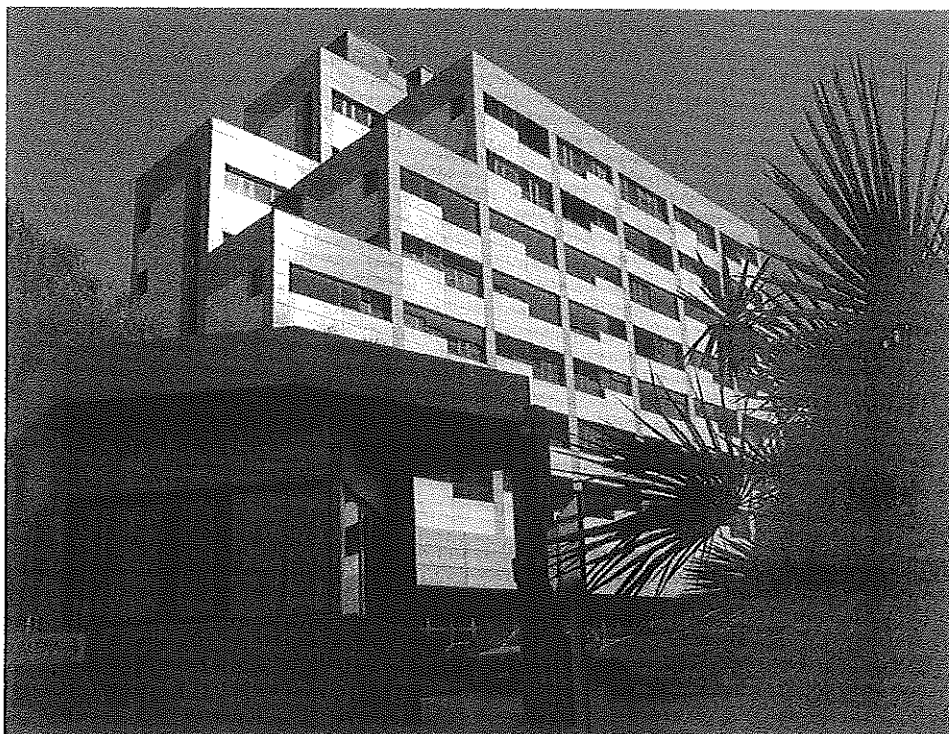
Il centro dispone di letti di degenza, di day hospital, medicina nucleare, 2 acceleratori lineari per radioterapia, TAC-PET e mammografia digitale. Tra marzo 2003 e giugno 2004 sono state eseguite 6100 mammografie.

L'attività senologica si presenta ben strutturata e appare svolta secondo idonei percorsi diagnostici terapeutici. Il centro ha la possibilità di eseguire biopsie del linfonodo sentinella e nel 2004 ne ha portate a termine 117. La chirurgia del seno è prevalentemente conservativa (73%). L'attività di ricovero istituzionale è limitata ma si segnala una attiva partecipazione del centro a collaborazioni nazionali e internazionali.



LA MADDALENA

Casa di Cura di Alta Specialità
Dipartimento Oncologico di III livello



BREAST UNIT

90146 PALERMO – VIA SAN LORENZO, 312/C/D TEL. 091 6806111
EMAIL: info@la-maddalena.it



DET NORSKE VERITAS

QUALITY MANAGEMENT SYSTEM CERTIFICATE

Certificato No. / Certificate No. **CERT-10488-2002-AQ-CIA-SINCERT**

Si attesta che / This certifies that

IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ DI / THE QUALITY MANAGEMENT SYSTEM OF

LA MADDALENA S.p.A. Casa di Cura di alta specialità

Via S. Lorenzo Colli 312 D, E, F - 90146 Palermo (PA) - Italy

È CONFORME AI REQUISITI DELLA NORMA PER I SISTEMI DI GESTIONE PER LA QUALITÀ
CONFORMS TO THE QUALITY MANAGEMENT SYSTEMS STANDARD

UNI EN ISO 9001:2000 (ISO 9001:2000)

Questa certificazione è valida per il seguente campo applicativo:

This certificate is valid for the following products or services:

*(Ulteriori chiarimenti riguardanti lo scopo e l'applicabilità dei requisiti della normativa si possono ottenere consultando l'organizzazione certificata)
(Further clarifications regarding the scope and the applicability of the requirements of the standards) may be obtained by consulting the certified organization)*

Erogazione di prestazioni sanitarie di diagnosi e cura in regime ambulatoriale e di degenza nelle specialità di Emato-oncologia con trapianto di midollo osseo; Oncologia Medica; Oncologia Chirurgica; Oncologia Radioterapica; Terapia del Dolore e cure palliative; Microchirurgia Oculare; Terapia Radiometabolica. Erogazione di prestazioni sanitarie di diagnosi e cura in regime ambulatoriale di Diagnostica per Immagini, Endoscopia Digestiva; Fisioterapia Respiratoria; Neurofisiopatologia; Cardiologia; Oculistica; Poliambulatorio Oncologico; servizio di laboratorio di analisi chimico-cliniche; Medicina Nucleare convenzionale; PET; produzione di radiofarmaci mediante ciclotrone inclusa l'attività di laboratorio di radiosintesi e controllo qualità di classe A

Provision of in-patient and out-patient diagnostic and therapeutic services with specialisations in Oncological Surgery, Hemato-oncology including Bone Marrow Transplants, Medical Oncology, Radiotherapy, Pain Relief and Palliative Care, Ophthalmologic Microsurgery; Radiometabolic Therapy.

Provision of out-patient diagnostic and therapeutic services in Diagnostic Imaging, Digestive Endoscopy, Respiratory Physiopathology, Neurophysiopathology, Cardiology, Ophthalmology, Oncology Out-patient Clinic, Clinical Chemistry Laboratory Services, Conventional Nuclear Medicine, PET scans, Production of Cyclotron Radiopharmaceuticals Including Radiosynthesis Laboratory and class A quality control activities

*Luogo e data
Place and date*

Agrate Brianza, (MI) 2004-02-11

*Data Prima Emissione:
First Issue Date:*

2002-04-19

*per l'Organismo di Certificazione
for the Accredited Unit*

Det Norske Veritas Italia S.r.l.

Lead Auditor: Francesco Barreca

Settore EA: 38 - 13

SINCERT

ORGANISMO ITALIANO DI CERTIFICAZIONE

ISO Registrazione N. 8024
EN45001 Registrazione N. 0020
EN45002 Registrazione N. 0020
EN45003 Registrazione N. 0020
EN45004 Registrazione N. 0020

Member of the Audit of Italian Recognition EA & IAF
Signatory of EA and IAF Mutual Recognition Agreements

Leonardo Omodeo Zorini
Management Representative

La validità del presente certificato è subordinata a sorveglianza periodica (ogni 6, 9 o 12 mesi) e al riesame completo del sistema con periodicità triennale

The validity of this certificate is subject to periodical audits (every 6, 9 or 12 months) and the complete re-assessment of the system every three years

La validità in presenza di un certificato valida non permette nella banca dati del sito www.dnv.it e nel sito Sincert (www.sincert.it) - All the companies with a valid certificate are online at the following addresses: www.dnv.it and www.sincert.it

Indice

La Maddalena	pag. 4
La Breast Unit.....	pag. 9
La Prevenzione.....	pag. 10
Attività clinica	pag. 14
Attività di formazione	pag. 26
Attività didattico scientifica	pag. 26
Pubblicazioni.....	pag. 27

La Maddalena

La Maddalena, con sede in Palermo, è un Dipartimento Oncologico di III livello in quanto struttura specializzata nella diagnosi e cura delle malattie oncologiche.

In linea con le raccomandazioni della Commissione Oncologica Nazionale, recepite dal Ministero della Salute già nel 1996, e secondo quanto previsto dal Piano Sanitario Regionale 2000-2002, l'ospedale La Maddalena, unico esempio nel territorio regionale, è una struttura dipartimentale nella quale tutte le risorse professionali e strutturali agiscono con caratteristiche di multidisciplinarietà, complessità e peculiarità oncologica anche attraverso collaborazioni nel campo della ricerca e della formazione.

La Maddalena è attualmente accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale per complessivi 85 posti letto a degenza indistinta suddivisi in diverse Unità Operative.

La suddivisione di tali posti letto è effettuata secondo quanto previsto dal legislatore regionale per il modello organizzativo dipartimentale e, più precisamente, in tutte le unità necessarie al funzionamento di un Dipartimento Oncologico di III livello, qui di seguito elencate:

- U.O. di Oncologia Chirurgica
 - U.O. di Senologia
 - U.O. di Anestesia e Rianimazione
 - U.O. di Radioterapia
 - U.O. di Oncologia Medica
 - U.O. di Ematologia e Unità di Trapianto di Midollo Osseo (TMO)
 - U.O. di Farmacia con unità manipolazione chemioterapici antitumorali
 - U.O. di Psiconcologia
 - U.O. di Terapia del Dolore e Cure palliative
 - U.O. di Diagnostica per immagini e sezione interventistica
 - U.O. di Medicina Nucleare
 - U.O. di Anatomia patologica
 - U.O. di Patologia Clinica
 - D.O.S.A.C. Università di Palermo
- Laboratorio di Biologia molecolare e ricerca di base

La Maddalena nell'ottica di rafforzare la propria posizione di eccellenza nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale, raggiunta attraverso la professionalità delle équipes mediche, l'alto livello delle tecnologie e l'elevato standard di qualità e comfort offerto ai degenti, ed in ossequio alla normativa in vigore, ha costruito un sistema di qualità attualmente **certificato (ISO 9001:2000)** rilasciato il 19/04/2002, volto a garantire i livelli di efficacia e di efficienza in tutti i processi che si svolgono in seno a ciascuna Unità Operativa. In tale prospettiva La Maddalena persegue una politica di miglioramento continuo indirizzata al conseguimento del migliore standard di cure per il paziente e all'ottimizzazione dei costi dell'assistenza sanitaria, tanto per gli utenti quanto per la Regione Siciliana.

La Maddalena ospita, inoltre:

1) **DOSAC** – Dipartimento di Oncologia sperimentale e Applicazioni Cliniche dell'Università di Palermo, diretto dalla prof.ssa Ida Pucci Minafra. Il DOSAC e La Maddalena collaborano dal 2001 per l'attuazione di un polo avanzato di ricerca oncologica nell'ambito della "post-genomica".

L'ambizioso progetto prende le mosse dalla chiusura del cosiddetto "**PROGETTO GENOMA**" che, promosso negli Stati Uniti e realizzato grazie ad una proficua collaborazione internazionale, ha condotto al sequenziamento pressochè completo dell'intero genoma umano. Tale progetto costituisce lo spartiacque di una nuova era scientifica volta ad ampliare le conoscenze dei sistemi biologici ed a fornire innovative strategie per la prevenzione, la cura e lo studio dei tumori.

2) **C.OB.S** – Centro di Oncobiologia Sperimentale

3) **SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE DI RADIOTERAPIA** – dell'Università di Palermo dal 2000

4) **F.A.P.S., Friends Against Pain and Suffering**, associazione no-profit che da anni opera a favore dei pazienti e dei loro familiari insieme ai medici, agli infermieri professionali e agli ausiliari socio-sanitari della struttura.

5) **Università di Palermo – facoltà di Scienze della Formazione** - sede per lo svolgimento del tirocinio di formazione ed orientamento post – lauream in psiconcologia dal 2002.

SERVIZI AMBULATORIALI

- Ambulatorio di dermatologia
- Ambulatorio di endocrinologia
- Ambulatorio di fisiopatologia respiratoria
- Ambulatorio di ginecologia
- Ambulatorio di neurofisiopatologia
- Ambulatorio di oculistica
- Ambulatorio di oncologia chirurgica
- Ambulatorio di emato-oncologia
- Ambulatorio di oncologia medica
- Ambulatorio di medicina integrata
- Ambulatorio di otorinolaringoiatra
- Ambulatorio di psico-oncologia
- Ambulatorio di radioterapia
- Ambulatorio di terapia metabolica
- Ambulatorio di senologia
- Ambulatorio di terapia del dolore
- Ambulatorio di urologia

DEGENZE – DAY HOSPITAL

- U.O. oncologia chirurgica
- U.O. senologia (breast-unit)
- U.O. emato-oncologia
- U.O. trapianto di midollo osseo (TMO)
- U.O. oncologia medica
- U.O. radioterapia e curieterapia
- U.O. terapia radio-metabolica e radio-immunoterapia
- U.O. terapia del dolore
- U.O. Cure palliative
- Day Hospital oncologico
- Day Surgery oncologico
- Day Surgery di microchirurgia oculare

BLOCCO OPERATORIO

n° 3 sale operatorie

n° 4 posti letto di rianimazione

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

- 3 tomografi RM (2 magneti ad alto campo ed 1 magnete aperto a basso campo dotato di sistema stereotassico per diagnostica interventzionale)
- 3 tomografi TC dei quali 2 a tecnica elicoidale multistrato
- angiografia digitale con sezione interventistica
- radiodiagnostica digitale
- mammografo digitale diretto con CAD
- ecotomografia digitale total body
- eco-color-doppler vascolare
- video-endoscopia digitale

MEDICINA NUCLEARE CONVENZIONALE

- tomoscintigrafia
- SPECT
- linfonodo sentinella

MEDICINA NUCLEARE PET - TOMOGRAFIA GLOBALE CORPOREA

- N° 2 tomografi total body
- Ciclotrone per produzione del radioisotopi positroni-emittenti
 - laboratorio radio-farmaceutico
 - laboratorio controllo di qualità
 - laboratorio di microbiologia per controllo qualità FDG

RADIOTERAPIA ONCOLOGICA

- n° 2 acceleratori lineari di elettroni-fotoni (terapia conformazionale)
- n° 1 simulatore radiologico
- n° 1 tac dedicata spirale multistrato
- fisica sanitaria
- piani di terapia computerizzati in 2D e 3D
- terapia intraoperatoria (IORT)

SERVIZI GENERALI

U.O. Anatomia Patologica

- citoistopatologia
- sistema di telepatologia

U.O. Patologia Clinica Generale

U.O. Patologia Clinica Speciale Oncologica

D.O.S.A.C. Università di Palermo

- laboratorio di biologia molecolare e di ricerca di base
- laboratorio di genetica
- laboratorio di proteomica

U.O. di Farmacia con U.Ma.C.A (unità manipolazione di chemioterapici antitumorali)

Sistema informativo per teletrasmissione delle immagini

PACS archivio centrale digitale di immagini

Aula Didattica Multimediale

La Breast Unit

La Breast Unit del Dipartimento Oncologico "La Maddalena" è organizzata sulla base delle direttive della Comunità Europea in tema di requisiti richiesti per tali Unità Operative secondo il modello redatto dalla Società Europea di Mastologia (EUSOMA) e dell'Organizzazione Europea per la Ricerca ed il trattamento del cancro (EORTC).

In particolare, con riferimento al personale addetto dispone di:

PERSONALE MEDICO :

- Chirurgo, coordinatore della Breast Unit
- Diagnosta per Immagini
- Anatomo-Patologo
- Radioterapista
- Oncologo Medico
- Terapista del dolore
- Psiconcologo

PERSONALE PARAMEDICO

- Tecnici di diagnostica per immagini
- Tecnici di medicina nucleare
- Tecnici di radioterapia
- Infermieri professionali specializzati
- Fisioterapisti
- Informatici
- Statistici
- Epidemiologi

La Breast Unit dispone dei servizi di diagnostica per Immagini del dipartimento con particolare riferimento a:

- mammografo digitale diretto fornito di CAD (sistema di identificazione automatica di regioni di interesse clinico) che consente la trasmissione delle immagini per tele-consulto
- ecotomografi digitali con sonde di altissima risoluzione spaziale per i tessuti mammari completati da particolari sonde per lo studio vascolare (eco-color-doppler) e sonde per ago-biopsia.

- 1 tomografo di risonanza magnetica con magnete aperto a basso campo dotato di sistema stereotassico per ago-biopsie
- 1 gammacamera digitale per la ricerca del linfonodo sentinella
- 2 tomografi PET per la ricerca globale corporea di tumori primari e secondari e per il follow-up.

Sul versante della terapia la Breast Unit utilizza l'Unità operativa di Radioterapia dotata di :

- acceleratori lineari di elettroni
- radioterapia conformazionale
- piani di terapia computerizzati in 2D – 3D
- simulatore radiologico
- tac dedicata
- fisica sanitaria
- IORT (terapia intra-operatoria)

La Breast Unit dispone di posti letto di ricovero in regime di Day Surgery, Day Hospital e di degenza ordinaria e utilizza il sistema informatico dell' Ospedale che permette l' interfacciamento con tutte le altre Unità Operative.

PREVENZIONE

La Breast Unit ha sperimentato un modello organizzativo per lo screening clinico-strumentale delle neoplasie mammarie basato fondamentalmente sulla collaborazione dei medici di famiglia.

In particolare, il medico di famiglia seleziona tra le sue assistite la tipologia di popolazione femminile da sottoporre a screening attraverso un esame clinico e la compilazione di una scheda personalizzata identificando correttamente la fascia di rischio in rapporto all'età, ai fattori genetici ed all'assetto ormonale (fig.1; 2).

Nel momento dell'accettazione da parte della Breast Unit, la donna da sottoporre a screening consegna al personale la scheda compilata dal medico di famiglia.

Sulla base dei fattori di rischio biologico e della tipologia anatomica delle mammelle sono stati identificati diversi percorsi:

- 1) donne a basso rischio e mammelle atrofiche: esame mammografico e, solo nei casi di patologia accertata radiologicamente, l'iter diagnostico continua con esame clinico obiettivo ed ecografia con eco-color-doppler;
- 2) donne a basso rischio con mammelle dense: la mammografia è sempre seguita da esame clinico ed ecografia con eco-color-doppler
- 3) donne ad alto rischio: mammografia, visita clinica ed ecografia con eco-color-doppler

I vantaggi riscontrati da tale iter sono stati:

- 1) riduzione e velocizzazione dei tempi dello screening eseguendo in prima battuta l'esame mammografico;
- 2) esame clinico guidato dalla visione immediata di mammogrammi per stabilire il proseguimento dell' iter diagnostico eliminando in tal modo lo stato di "ansia" spesso presente nelle pazienti, ottenendo così il massimo della collaborazione assolutamente necessaria alla riuscita del programma di screening
- 3) in presenza di patologia velocizzazione dei tempi di consegna dell'esame direttamente alla paziente.

La lista di attesa è mediamente di 6-7 giorni.

RISULTATI

Il modello dello screening senologico descritto è entrato in funzione nel mese di marzo 2003 con l' acquisizione del mammografo digitale diretto con CAD.

Nel periodo marzo 2003 – giugno 2004 sono state eseguite circa 6100 mammografie di cui 3078 per screening di donne asintomatiche.

In questo ultimo gruppo l' incidenza dei carcinomi diagnosticati ed asportati è stata di 22 casi (70%).

SCHEDA DELLA PAZIENTE

Fig. 1

Sig.....Cod. Fiscale.....

Nata il.....a.....

Residente in.....via.....

CAP.....ASL di appartenenza.....

Medico richiedente.....

ETA':.....

PRECEDENTE CARCINOMA MAMMARIO MAMMELLA DX MAMMELLA SX

NULLI PARITA':..... SI NO

ETA' DEL PRIMO FIGLIO:.....

ALLATTAMENTO..... SI NO

ETA' MENOPAUSA FISIOLÓGICA:.....

MENOPAUSA ARTIFICIALE (Ovariectomia bilaterale)..... SI NO

TERAPIA CON ESTROGENI ESOGENI NON CONTRACCETTIVI..... SI NO

OBESITA'..... SI NO

ANAMNESI FAMILIARE PER CANCRO..... SI NO

MADRE SORELLA

ZIA MATERNA NONNA MATERNA

ZIA PATERNA NONNA PATERNA

PATOLOGIA BENIGNA DELLA MAMMELLA..... SI NO

DIETA..... ECCESSO DI GRASSI SATURI ECCESSO DI CALORIE

FUMATRICE..... SI NO

NOTE:.....

.....

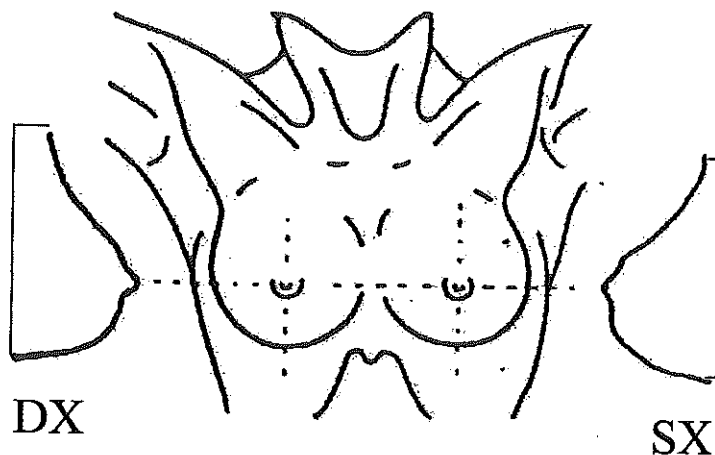
.....

.....

.....

Fig. 2

ESAME CLINICO



- RETRAZIONE CAPEZZOLO..... DX SX
- ALTERAZIONE CUTE..... DX SX
- NODULO PALPABILE..... DX SX
- LINFONODI ASCELLA..... DX SX

TIPOLOGIA RISCHIO ALTA MEDIA BASSA

TIPOLOGIA MAMMELLA ATROFICA DENSA

CONCLUSIONI.....
.....
.....
.....

Attività clinica

Attualmente i carcinomi di dimensioni uguali o inferiori a 2-3 cm, con linfonodi ascellari non palpabili, candidati a chirurgia conservativa con isolamento del linfonodo sentinella, vengono trattati in regime di Day Surgery.

Dal febbraio 1999 le pazienti con carcinoma sono state 868, con andamento annuale crescente partendo dai 104 casi osservati nel 1999 sino ai 200 casi del 2004 (fig. 4). Il 59% dei casi sono stati tumori uguali o inferiori a due cm detti T1 (fig. 5, 6).

Gli interventi chirurgici effettuati sono stati 272 mastectomie pari al 31.4%, e nel 68,6% interventi chirurgici conservativi (fig. 7). L'isolamento del linfonodo sentinella, per selezionare le pazienti da sottoporre a svuotamento del cavo ascellare è stato utilizzato complessivamente in 354 casi, con un andamento anni progressivo negli anni, fino a 117 casi nel 2004 (fig. 8). Attualmente la maggior parte delle pazienti con carcinoma della mammella, candidate a chirurgia conservativa ed isolamento del linfonodo sentinella, vengono ricoverate in regime di Day Surgery e sottoposte ad intervento chirurgico in anestesia locale assistita (fig. 9 e 10).

Il linfonodo sentinella, attualmente localizzato quasi nel 100% dei casi, è risultato positivo nel 32,7% dei casi, evitando lo svuotamento del cavo ascellare nel 67,3% dei casi (fig. 11).

Nel 2004 la presentazione clinica del carcinoma del seno nella nostra Breast Unit è stata nel 93,5% dei casi localizzato solo al seno e nel 4,5% dei casi in fase metastatica; nel 53,5% dei casi i linfonodi ascellari erano indenni e nel 56,5% dei casi il tumore era inferiore o uguale a 2 cm (fig. 12), tali dati sono conformi alla media europea. La prima scelta terapeutica è stata una chirurgia conservativa nel 73,2% dei casi, una chirurgia demolitiva nel 23,8% dei casi, ed una terapia medica nel 3% dei casi (fig.13).

Attualmente i tempi di attesa per una visita ambulatoriale, per accertamenti diagnostici e per intervento chirurgico sono di una settimana, la diagnosi preoperatoria positiva per carcinoma si ha nel 95% dei casi, la radiografia del pezzo operatorio per neoplasie non palpabili si effettua nel 100% dei casi, negli svuotamenti dei cavi ascellari il numero dei linfonodi isolati è sempre superiore a 10, in tutti i carcinomi si effettua la caratterizzazione biologica in particolare si misurano i recettori ormonali e quello per l'oncogene HER2, in tutti i casi.

Fig. 3

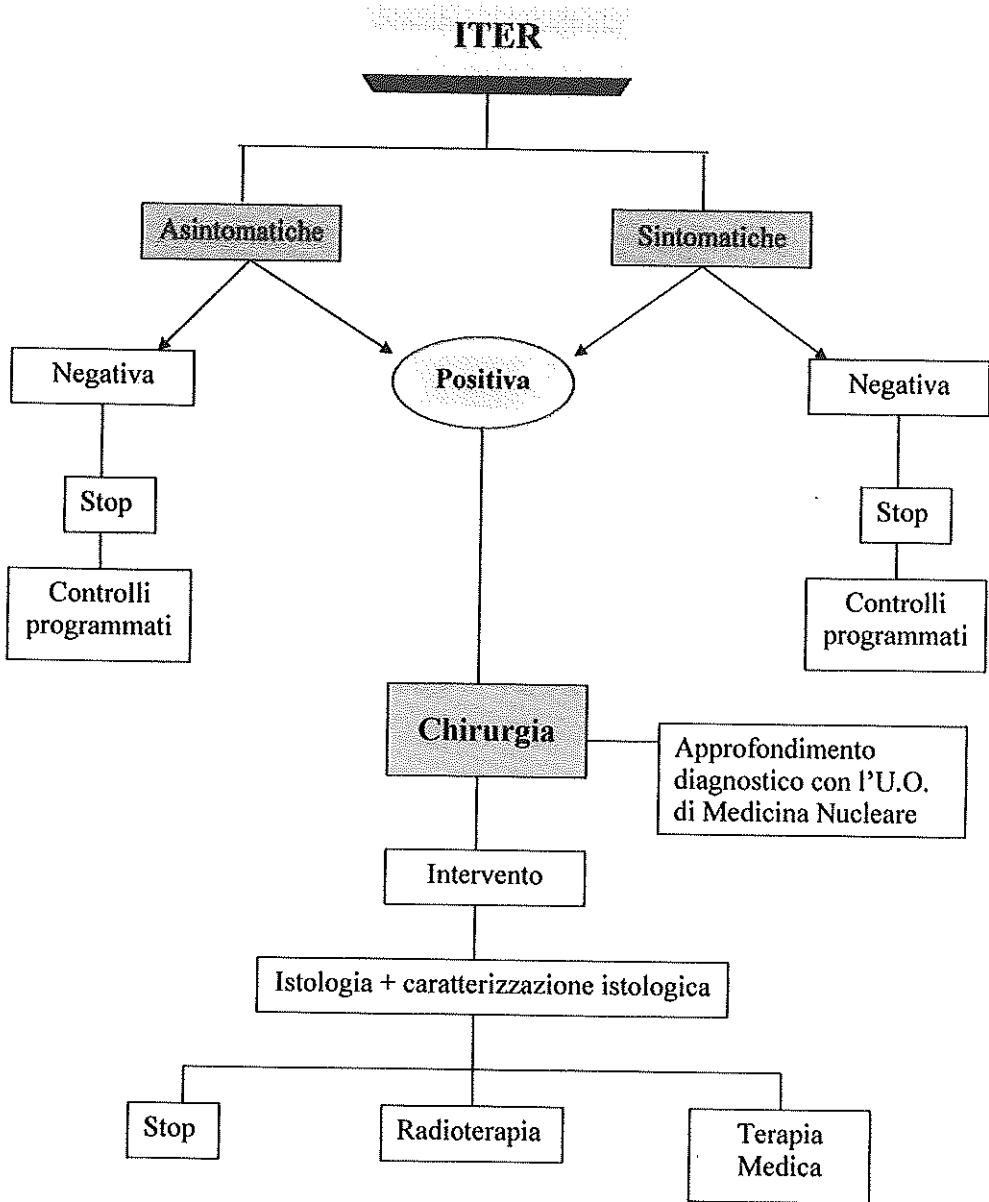


Fig. 4. N° di carcinomi della mammella per anno
Totale 868 carcinomi

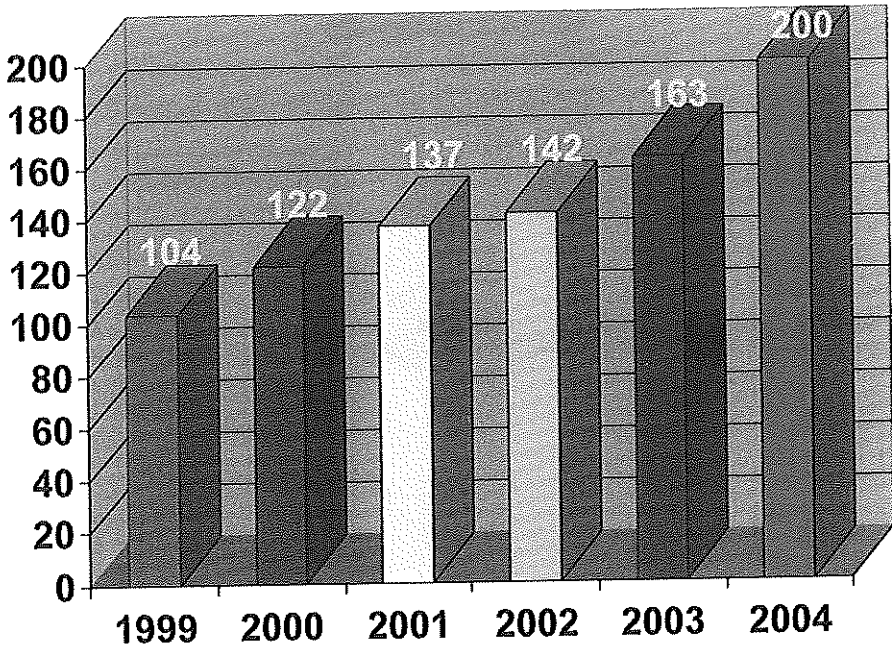


Fig. 5. Presentazione clinica (%) di 868 carcinomi

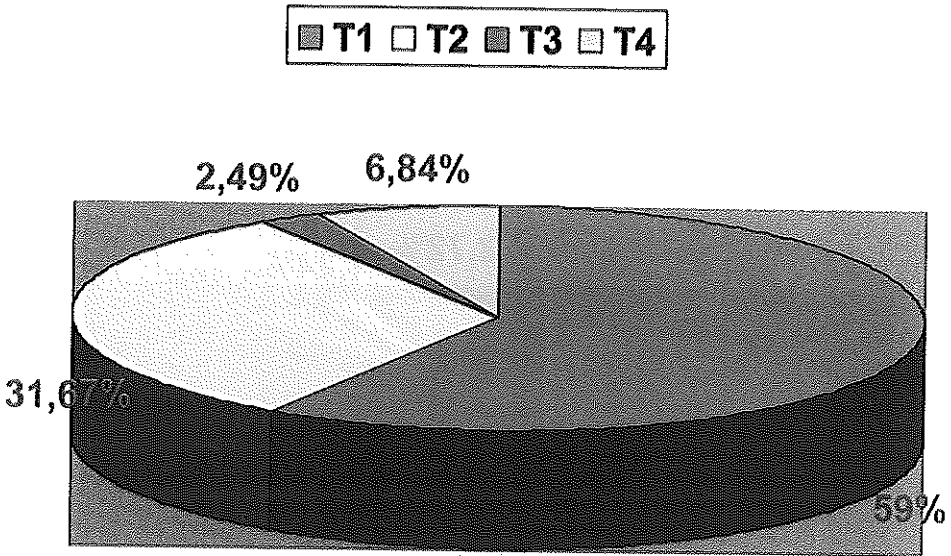


Fig. 6. Presentazione clinica dei T1 (518 carcinomi)

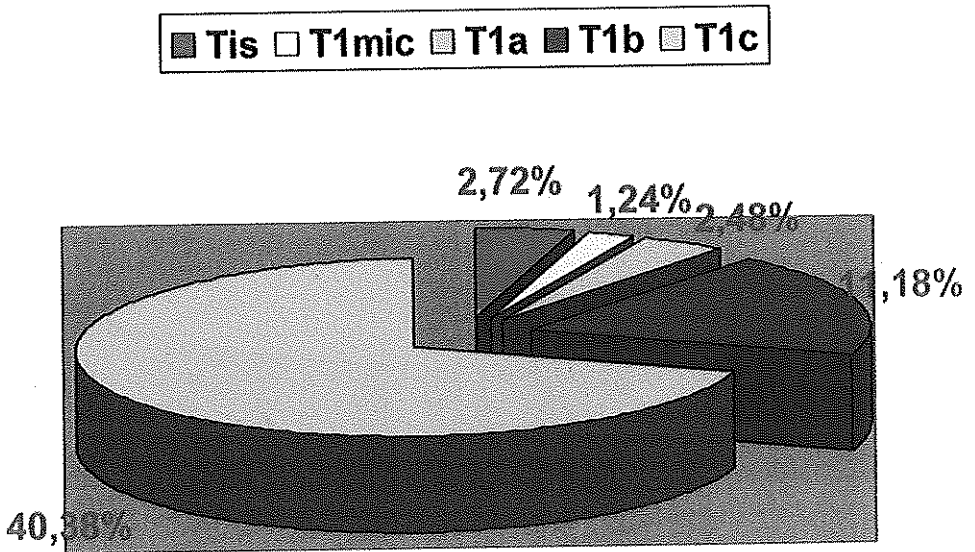


Fig. 7. Totale numero interventi (864)

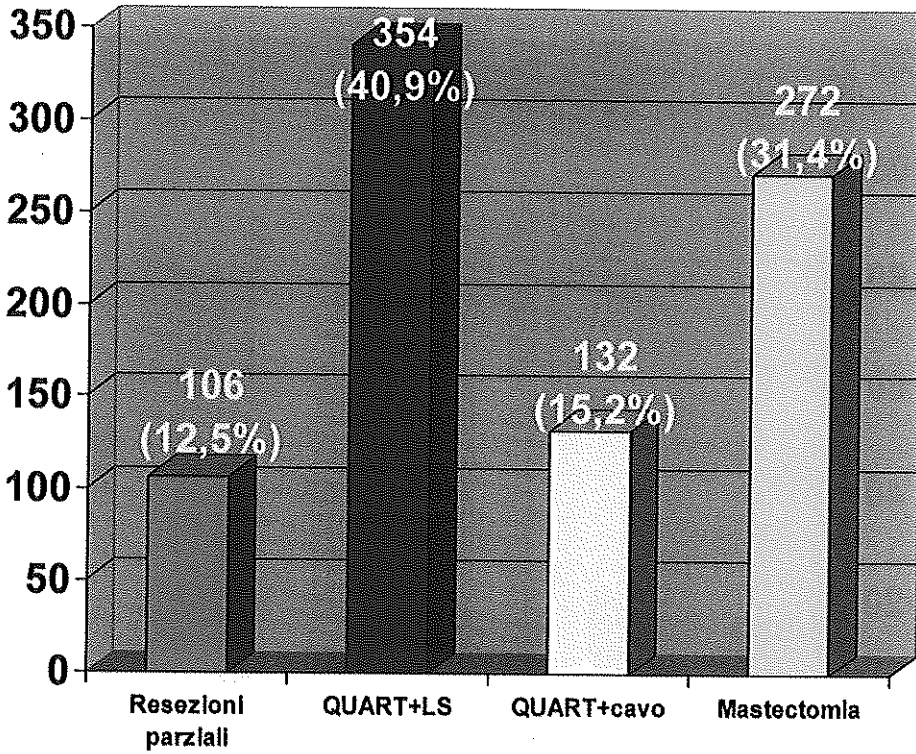


Fig. 8. N° di linfonodo sentinella per anno
Totale 354

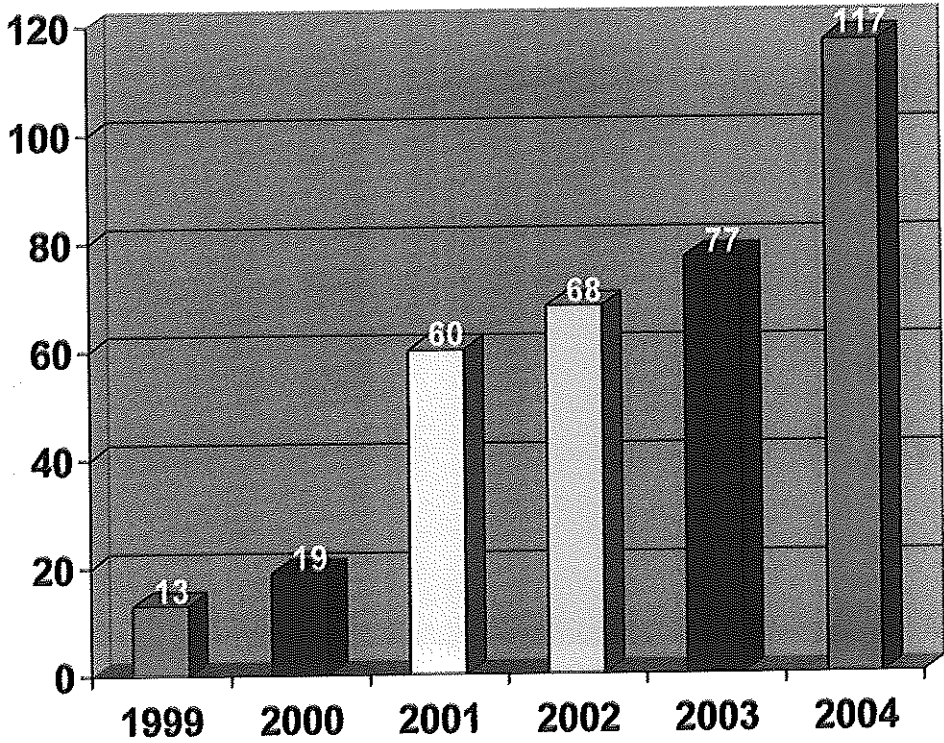


Fig. 9. Modalità del ricovero dei pazienti (114) sottoposti a QUART+LS nel 2004 (Inizio ricoveri in DH dal 23/11/2003)

■ Ricovero Ordinario □ Ricovero in DH

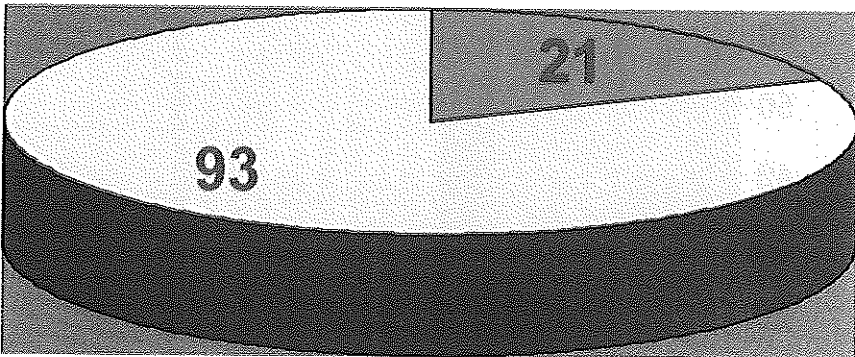


Fig. 10. Tipo di anestesia in 114 pazienti anno 2004 sottoposti a QUART+LS

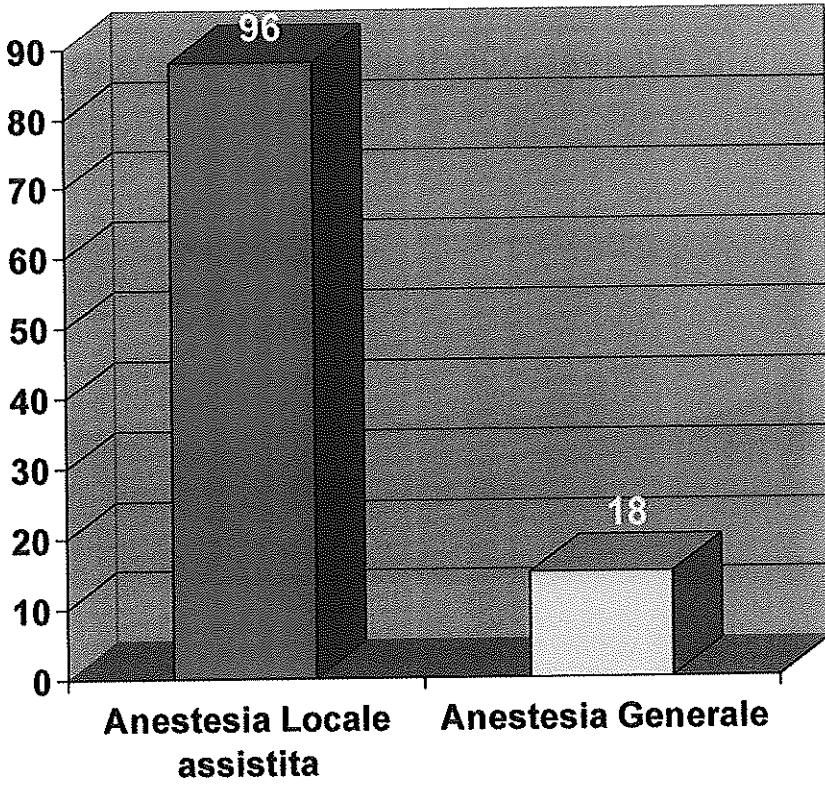


Fig. 11. Istologia del LS in 352 casi sottoposti a QUART+LS

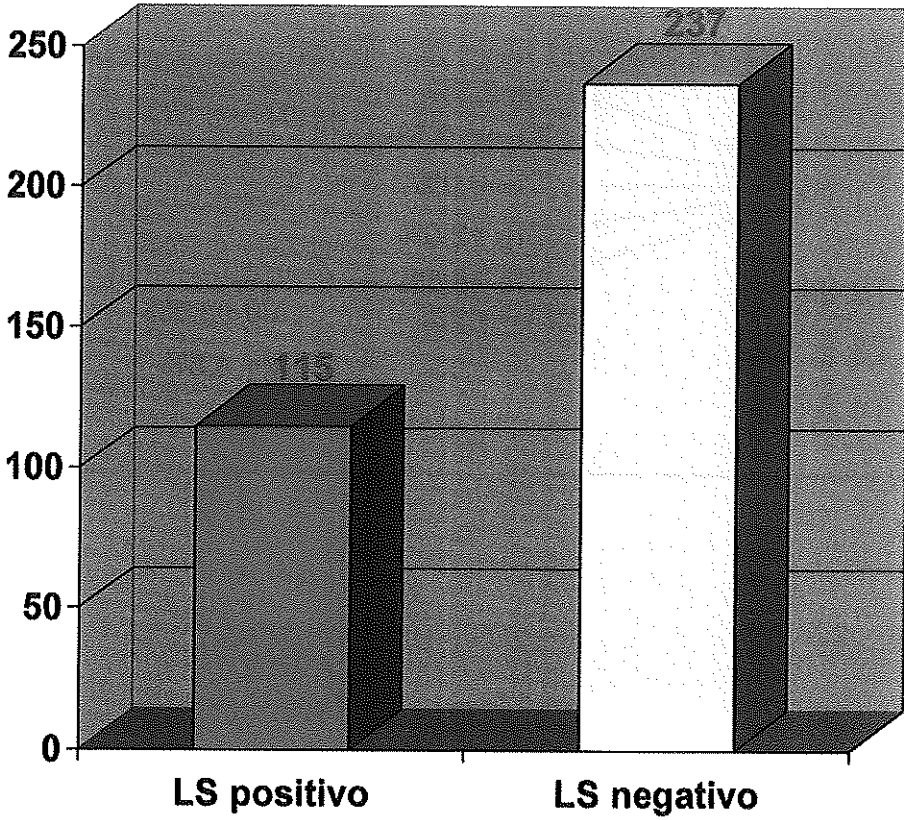


Fig. 12. Presentazione clinica del carcinoma mammario nel 2004

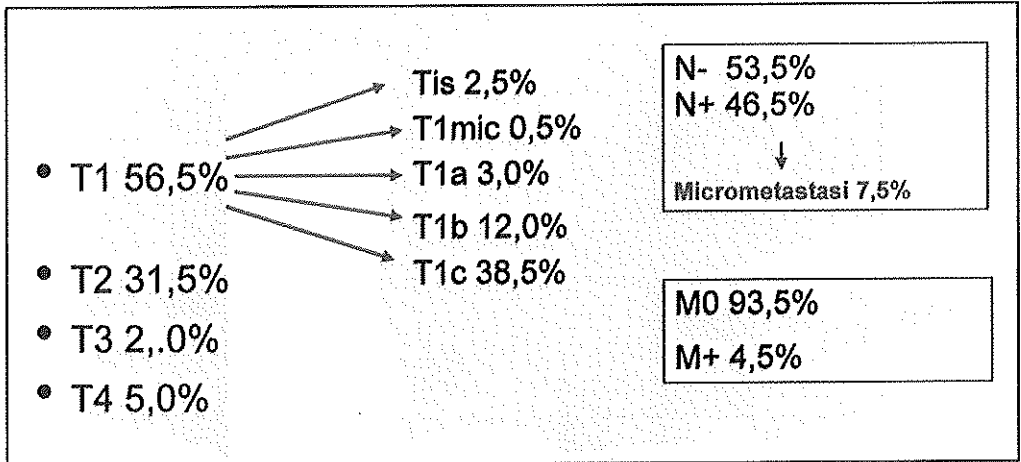
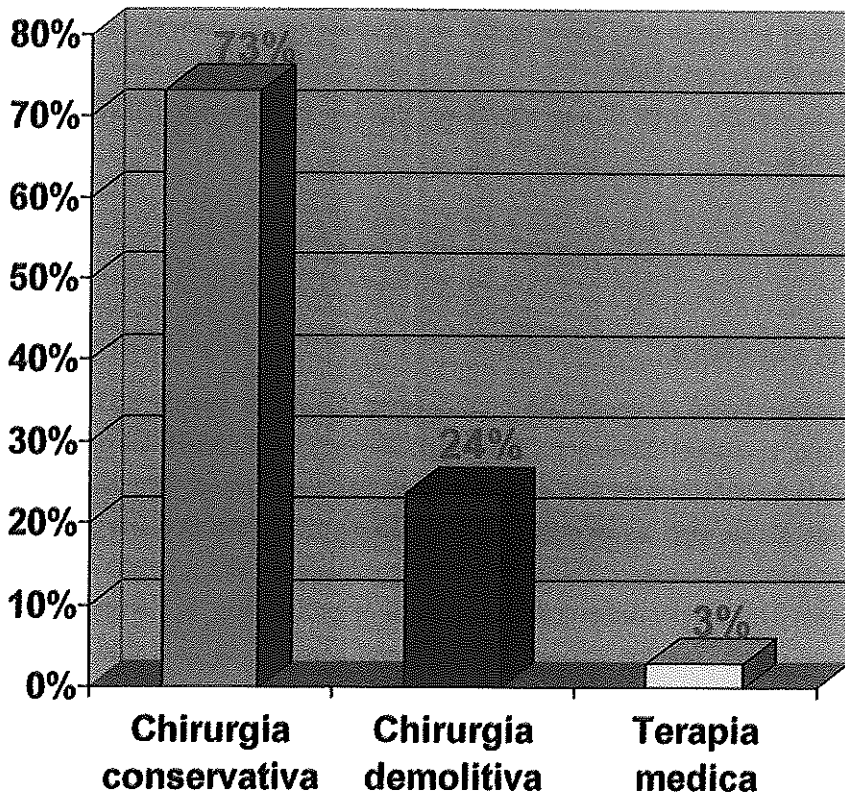


Fig. 13. Trattamento del carcinoma mammario nel 2004



Attività di formazione

La Breast Unit si occupa della formazione degli operatori. In particolare, effettuando un'azione di tutoraggio per i nuovi medici ed infermieri sia per l'attività ambulatoriale che per quella in sala operatoria.

Organizza, inoltre, corsi di aggiornamento aperti al territorio per Medici ed Infermieri accreditati E.C.M.

Attività scientifica

La Divisione inoltre è impegnata in un'intensa attività di ricerca sia clinica che di laboratorio, in collaborazione con il laboratorio di genomica e proteomica del Dipartimento di Biologia Sperimentale ed Applicazioni Cliniche dell' Università di Palermo; in particolare, la ricerca clinica verte ad ottimizzare i protocolli terapeutici in modo da ottenere un maggior tasso di successo, associato ad migliore qualità di vita. L'attività di laboratorio è impegnata nel campo della ricerca genomica e proteomica; in particolare si stanno studiando nuove proteine e/o assetti genici che possano, in un futuro, permettere di selezionare sottogruppi di pazienti a rischio diverso, in modo da ottimizzare i protocolli terapeutici.

A tale proposito, la Divisione è stata accreditata alla European Organization for Research and Treatment of Cancer, nel Breast Group e partecipa a Studi Clinici Randomizzati Internazionali.

Publicazioni

Elenco pubblicazioni Dr. Marrazzo sulla mammella.

1. " *Nostra esperienza nella terapia adiuvante del Ca della mammella* ". Dal volume: *Aspetti Biochimici e Clinici dei tumori Ormono-Sensibili*. Sett. 1979.
2. " *Apporto della citologia per agoaspirazione alla diagnosi dei tumori della mammella* ". Il Policlinico - Sez. Chirurgica 1979, Vol. 86 n. 1-2, 587-591.
3. " *Sensitivity and specificity of aspiration cytology in malignant breast diseases* ". Senologia 1979, Vol. 4, n. 3, 217-219.
4. " *La cariometria nei tumori della mammella* ". Archivio Siciliano di Medicina e Chirurgia. Sett-Ott. 1979. Vol. XX, n. 5, 3-16.
5. " *Le malattie della mammella* ". Argomenti di Chirurgia, Collana diretta dal Prof. P. Bazan, Libreria Clemenza, 1980.
6. " *Il ruolo della diafanoscopia nella diagnosi delle affezioni del seno* ". Archivio Siciliano di Medicina e Chirurgia. Maggio-giugno 1980. Vol. XXI, n. 3, 1-4.
7. " *La predittività della risposta all'endocrinoterapia in rapporto allo studio ormonale del carcinoma mammario* ". Archivio Siciliano di Medicina e Chirurgia. Luglio-Agosto 1981. Vol. XXII, n. 4, 3-12.
8. " *Su un caso atipico di micosi fungoide (problemi di diagnosi differenziale con la patologia mammaria neoplastica)* ". La Riforma Medica 1981. Vol. 96, n. 19, 749-752.
9. " *Linfociti e carcinoma della mammella* ". Giornale Italiano di Senologia Vol. III, n. 2 aprile-giugno 1982.
10. " *Carcinoma della mammella: scelta della terapia chirurgica in rapporto agli studi clinici controllati* ". Giornale Italiano di Oncologia Vol. II, n. 1, gennaio-marzo 1982, 22-26.
11. " *Le affezioni benigne che possono simulare il carcinoma della mammella* ". Minerva Chirurgica Vol. 37, n. 20, 1729-1731 (31 ottobre 1982).
12. " *La citologia per ago-aspirazione nelle affezioni benigne del seno* ". Giornale Italiano di Senologia. Vol. III, n. 1, gennaio-marzo 1982. 25-28.
13. " *La terapia multidisciplinare del carcinoma della mammella* ". Archivio Siciliano di Medicina e Chirurgia Vol. XXIII, n. 4, 1982.
14. " *Il diametro nucleare ottenuto per ago-aspirazione e prognosi del carcinoma della mammella* ". Giornale Italiano di Oncologia Vol. III, n. 1, 15-18, gennaio-marzo 1983.

15. " *Clinica, mammografia, citologia per ago-aspirazione: attendibilità di un iter diagnostico* ". Giornale Italiano di Senologia Vol. IV, n. 1, 61-64, gennaio-marzo 1983.
16. " *Il carcinoma della mammella quale malattia sociale* ". Archivio Siciliano di Medicina e Chirurgia Vol. XXV n. 4 C, 1-8, 1984.
17. " *La ricostruzione della mammella dopo la mastectomia. Nostra esperienza* ". Archivio Siciliano di Medicina e Chirurgia, Vol XXV, N. 2 C, 1-8, 1984.
18. " *Attualità in citologia per ago-aspirazione nel carcinoma della mammella* ". Atti del X Congresso Nazionale della Società Italiana di Chirurgia Oncologica, Palermo, Settembre 1986, Monduzzi, Editore 1169-1176.
19. " *Evaluation of routine follow-up after surgery for breast carcinoma* " da Journal of Surgical Oncology 32: 179-181, 1986.
20. " *La risonanza magnetica nella stadiazione loco-regionale del carcinoma della mammella* ". Atti del X Congresso Nazionale della Società Italiana di Chirurgia Oncologica, Palermo, Settembre 1986, Monduzzi Editore, 1157-1168.
21. " *Il ruolo della citologia nella prognosi* ". Estratto da Breast Cancer Diagnosis and Treatment, editors: Bazan P., Veronesi U. CIC Edizioni Internazionali s.r.l. 432-442.
22. " *Modulazione del follow-up* ". Estratto da Breast Cancer Diagnosis and Treatment, editors: Bazan P., Veronesi U. CIC Edizioni Internazionali s.r.l. 450-454.
23. " *Recettori steroidei: problematiche di metodologia* ". Estratto da Breast Cancer Diagnosis and Treatment, editors: Bazan P., Veronesi U. CIC Edizioni Internazionali s.r.l. 367-376.
24. " *Biologia e storia naturale* ". Estratto da Breast Cancer Diagnosis and Treatment, editors: Bazan P., Veronesi U. CIC Edizioni Internazionali s.r.l. 414-430.
25. " *La mastectomia radicale modificata secondo Scanlon* ". Estratto da: Giornale Italiano di Senologia, vol. VIII n. 4, 238-240 ottobre-dicembre 1987.
26. " *Possibilità della citodiagnosi preoperatoria del carcinoma della mammella* ". Estratto da: Giornale Italiano di Senologia, vol. VIII n. 4, 194-197, ottobre-dicembre 1987.
27. " *La determinazione dei recettori ormonali su aghi-aspirati del carcinoma della mammella* " Estratto da: Atti del XIV Congresso Nazionale della Società Italiana di Ricerche in Chirurgia, Catania 16-18 marzo 1989. Monduzzi editore, 9-16.
28. " *Determination of oestrogen receptors with monoclonal antibodies in fine needle aspirates of breast carcinoma* ". Br. J. Cancer 1989, 59, 426-428.
29. " *La secrezione del capezzolo. Epidemiologia ed eziopatogenesi* ". Orizzonti di Chirurgia, Vol VIII, Fasc. 2, 87-93. Aprile-Giugno 1989.

30. " *La secrezione del capezzolo: Problematica diagnostica*". Orizzonti di Chirurgia , Vol. VIII, Fasc. 2 , 81-86. Aprile-Giugno 1989.
31. " *La riabilitazione fisica dopo terapia chirurgica nel carcinoma della mammella*" . Atti del VI Congresso Nazionale della Società Italiana di Senologia, Roma 24-25 novembre 1989
32. " *La determinazione dei recettori per l'estrogeno e per il progesterone tramite anticorpi monoclonali su aghi-aspirati provenienti da carcinoma della mammella*". Atti del VI Congresso Nazionale della Società Italiana di Senologia, Roma 24-25 novembre 1989
33. " *Chirurgia delle infezioni della mammella*" in: Chirurgia delle Infezioni, Prevenzione Clinica e Terapia. - F. Mazzeo, N. Mozzillo, Masson, 1991. Vol. 2, 783-792.
34. " *Immunocytochemical determination of estrogen and progesterone receptors and flow cytometric DNA analysis of breast cancer on fine needle aspirates*". Anticancer Research, 1993, 13: 2435-2440.
35. " *Evaluation of integrated morpho-biological indicators in breast cancer*". In vivo, 1993, 7: 601-605.
36. " *Recettori per l'estrogeno, per il progesterone, per il fattore di crescita epidemico: determinazione, tramite anticorpi monoclonali in agoaspirati di carcinoma mammario e loro interazione*". Acta Chirurgica Mediterranea 1994, Vol. 10:193-199.
37. " *Immunocytochemical Determination of Estrogen and Progesterone Receptors on 219 Fine-Needle Aspirates of Breast Cancer. A Prospective Study*". Anticancer Research 1995, 15: 521-526.
38. " *Performance of fine-needle aspiration cytology of the breast- multicenter study of 23063 aspirates in ten italian laboratories*". Tumori 81: 13-17, 1995
39. " *I Tumori della Mammella*", protocolli di diagnosi trattamento-riabilitazione della Forza Operativa Nazionale sul Carcinoma Mammario (FONCAM), coautore della pubblicazione in volume, marzo 1997.
40. " *Benign breast surgical biopsies: Are they always justified*". Tumori 1998, 84: 521-524.
41. " *Linfonodo sentinella nel carcinoma del Seno*" Atti del 43 ° Congresso della Società Siciliana di Chirurgia 145-154 1999.
42. " *Linfonodo sentinella: significato clinico, metodologie diagnostiche.*" In Chirurgia Oncologica e Principi di Oncologia Clinica. EdISES 2001 963-970.
43. " *Involvement of gelatines in breast cancer: correlation with clinical parameters and 2D- IPG applications.*" Matrix Biology 20: 419-27, 2001.
44. " *Proteomic profilino of matrix proteases (2D -IPD -zymographic) in breast cancer sera and tissues*". Atti del XVII FECTS meeting , Brighton (UK) 27-31 Luglio 2002

45. "Zymographic detection of cancer -associated matrix proteases separated by mono - and bidimensional electrophoresis." Atti del 16th International Congress on Fibrinolysis and Proteolysis in conjunction with the 17th International Fibrinogen Workshop . Munich (Germany) 8-13 Settembre 2002
46. " Proteomic analysis of matrix -degrading proteases in breast cancer sera and tissues by 2D-IPG - zymography." The Italian Journal of Biochemistry, Vol . 51 n. 3-4 , pag 307 September/December 2002
47. "Integrated analysis of breast cancer proteolytic features by 2D-IPG-zymography." Atti del IV Corso di Spettrometria di massa nello studio integrato del genoma e del proteoma, Vitorchiano (VT) 9-12 Dicembre 2002
48. " Steroidi sessuali e cancro mammario " Contraccezione Fertilità Sessualità Gennaio 2003 Vol 30 n.1 : 25 - 32
49. " Phase I-II parallel study of docetaxel on a bimonthly schedule in refractory metastatic breast carcinoma" Breast Cancer Research and Treatment, 77: 99-108, 2003.
50. "Zymographic detection and clinical correlations of MMP-2 and MMP-9 in breast cancer sera" Br. J Cancer 90 - (2004) : 1414-21.
51. " Nipple leiomyoma in man: a case report" Il Giornale di Chirurgia Anno XXV- N.4 Aprile 2004-09-26
52. " Localization of the sentinel lymph node in breast cancer: prospective comparison of vital staining and radioactive tracing methods" Chirurgia Italiana Vol .56 - n.5/2004 .
53. Bipolar haemostasis vs. scalpel and ligations during axillary dissection. A randomized prospective clinical trial. (In corso di pubblicazione).
54. "Sentinel lymph node biopsy in routine treatment of early invasive breast cancer." (In corso di pubblicazione).

Abstracts

I Convegno Nazionale FONCAM, Milano, giugno 1982:

1. " La diagnostica del carcinoma della mammella: l'apporto della citologia per ago-aspirazione ".
2. " Il diametro del nucleo cellulare, ottenuto per ago-aspirazione e prognosi del carcinoma della mammella ".

IX Congresso della Società Italiana di Cancerologia, Palermo Ottobre 1982 :

3. " Distribuzione dei recettori estrogeni nel tumore della mammella avanzato ".

VIII Congresso della Società di Ricerche in Chirurgia. Palermo novembre 1982.

4. " *Le infezioni benigne che possono simulare il carcinoma della mammella* " (poster).

XX Congresso della Società Sicilliana di Chirurgia. Alcamo, gennaio 1983:

5. " *Il carcinoma della mammella: esame clinico, mammografia, citologia per ago-aspirazione* ".

XXI Congresso della Società Siciliana di Chirurgia. Acireale, settembre 1983.

6. " *Modulazione del follow-up nelle pazienti sottoposte a mastectomia* ".

I Simposio Internazionale di Senologia Roma, 1984:

7. " *La sopravvivenza a 10 anni del carcinoma della mammella a piccoli nuclei* ".

XXIII Congresso della Società Siciliana di Chirurgia. Ragusa 1984:

8. " *La secrezione del capezzolo: diagnosi e terapia* ".

IX Congresso SICO Cagliari 25-28/9/1985".

9. " *La valutazione del follow-up nelle pazienti sottoposte a mastectomia radicale per cancro* ".

III Convegno FONCAM, Cagliari 1986:

10. " *La secrezione del capezzolo: diagnosi e terapia* ".

Ive Congrès International de Sénologie et Pathologie Mammaire, Parigi, settembre 1986 :

11. " *Radical mastectomy according to Scanlon thechinique in the treatment of breast cancer* ".

IV Congress of the European Society of Surgical Oncology, Paris 5-8 ottobre 1988:

12. " *Determination of estrogen receptors with monoclonal antibodies in fine needle aspirates of breast carcinoma* ".

V Congresso Nazionale della Società Italiana di Termologia, Catania 22-24 aprile 1989.

- 13. " *Il carcinoma infiammatorio della mammella: Ruolo del chirurgo* ".
- 14. " *Il carcinoma infiammatorio della mammella: Citologia per ago-aspirazione* ".

VI Congresso Nazionale della Società Italiana di Senologia, Roma 24-25 novembre 1989.

- 15. " *La determinazione dei recettori per l'èstrogeno e per il progesterone tramite anticorpi monoclonali su aghi-aspirati provenienti da carcinoma della mammella* ".

V Congresso Nazionale del Gruppo Oncologico dell'Italia Meridionale Bari 7-10 Giugno 2000

- 16. " *Phase I-II parallel study of docetaxel on a bimontly schedule in refractory metastatic breast carcinoma* "
- 17. " *Dose - finding clinical trial of docetaxel plus adriamycin on a bi-monthly schedule in metastatic breast carcinoma* "

XXVII Congresso Nazionale di Oncologia della Società Italiana Tumori Roma 21-23

Novembre 2001

- 18. " *Studio parallelo di fase II con schedala bimensile di docetaxel (DCT) nel carcinoma mammario metastatico (CMM)* "

XLVIII Congresso della SSC Enna, 2004

- 19. " *Il carcinoma della mammella localmente avanzato: case report.* "
- 20. " *Il linfonodo sentinella nel carcinoma mammario: colorazione vitale vs metodica radioguidata. Studio prospettico.* "
- 21. " *Carcinoma non palpabili della mammella: attualità nel trattamento* ".
- 22. " *Linfoadenectomia ascellare tradizionale vs Ligasure: trial prospettico randomizzato.* "
- 23. " *Il linfonodo della mammella nel carcinoma della mammella: nostra esperienza.* "

Attività di formazione in collaborazione col DOSAC

La Maddalena S.p.A. tramite una convenzione con l'Università di Palermo ha finanziato per l'anno accademico 2004 2005 due assegni per giovani ricercatori per svolgere attività di ricerca presso i Laboratori di Genomica e Proteomica del Dipartimento di Oncologia Sperimentale e Applicazioni cliniche per:

- Analisi genomica del carcinoma mammario, Dott. Giovanni Perconti
- Analisi proteomica del carcinoma mammario. Dott.ssa Patrizia Cancemi

Nell'anno accademico 2004-2005 La Maddalena S.p.a ha finanziato una borsa di studio per il Dottorato di ricerca in "Oncogenesi Molecolare e Immunologia dei Tumori" con sede presso il DOSAC, che è stata assegnata per svolgere un progetto di ricerca triennale dal titolo: *Identificazione di marcatori e antigeni tumorali in fluido agoaspirato da pazienti affette da carcinoma mammario.*

La collaborazione tra l'Unità di Senologia della La Maddalena S.p.A. ed il DOSAC ha permesso anche lo svolgimento di tesi sperimentali di laureandi dei Corsi di Laurea in Scienze Biologiche e Biotecnologie dell'Università di Palermo:

Attualmente presso i Laboratori di Genomica e Proteomica del DOSAC operanti N° 4 Dottorandi di Ricerca, N° 4 Assegnisti di Ricerca, N° 4 Borsisti, e N° 10 Laureandi:

A.A. 2003-2004

Tesi di Laurea di Fabiolo Martinico:

Titolo: *Analisi di gelatinasi sieriche in pazienti affette da carcinoma mammario e correlazioni cliniche.* Relatori : Prof. I. Pucci-Minafra e Prof. A. MARRAZZO

Tesi di Laurea di Mariarita Marabeti:

Titolo: *Analisi proteomica di agoaspirato da pazienti con sospetto di carcinoma mammario* Relatori : Prof. I. Pucci-Minafra e Prof. A. MARRAZZO

Tesi di laurea di Francesca Timoneri:

Titolo: *Effetti della decorina ectopica sulla modulazione del proteoma di cellule di carcinoma mammario.*

I. Pucci-Minafra

Tesi di laurea di Marco Brizzi: *Analisi di metalloproteasi di matrice su campioni isolati da pazienti affette da carcinoma mammario*

I. Pucci-Minafra e Prof. A. MARRAZZO

Tesi di laurea di Idia Lombardo

Titolo: *Proteomica comparata tra biopsie di carcinoma mammario e tessuto sano adiacente.*

Relatori : Prof. I. Pucci-Minafra e Prof. A. MARRAZZO

Tesi di laurea di Giuseppina Monteleone

Titolo: *Rilevamento di mRNA per la Mammoglobina (MGB-1) nel sangue periferico di pazienti con carcinoma mammario.*

Relatori: Prof. S. Feo e Prof. A. MARRAZZO

Tesi di Laurea di Giuseppe Gelsomino

Titolo: *La metodologia proteomica: Applicazioni in oncologia.*

Tutor: Prof. I. Pucci-Minafra

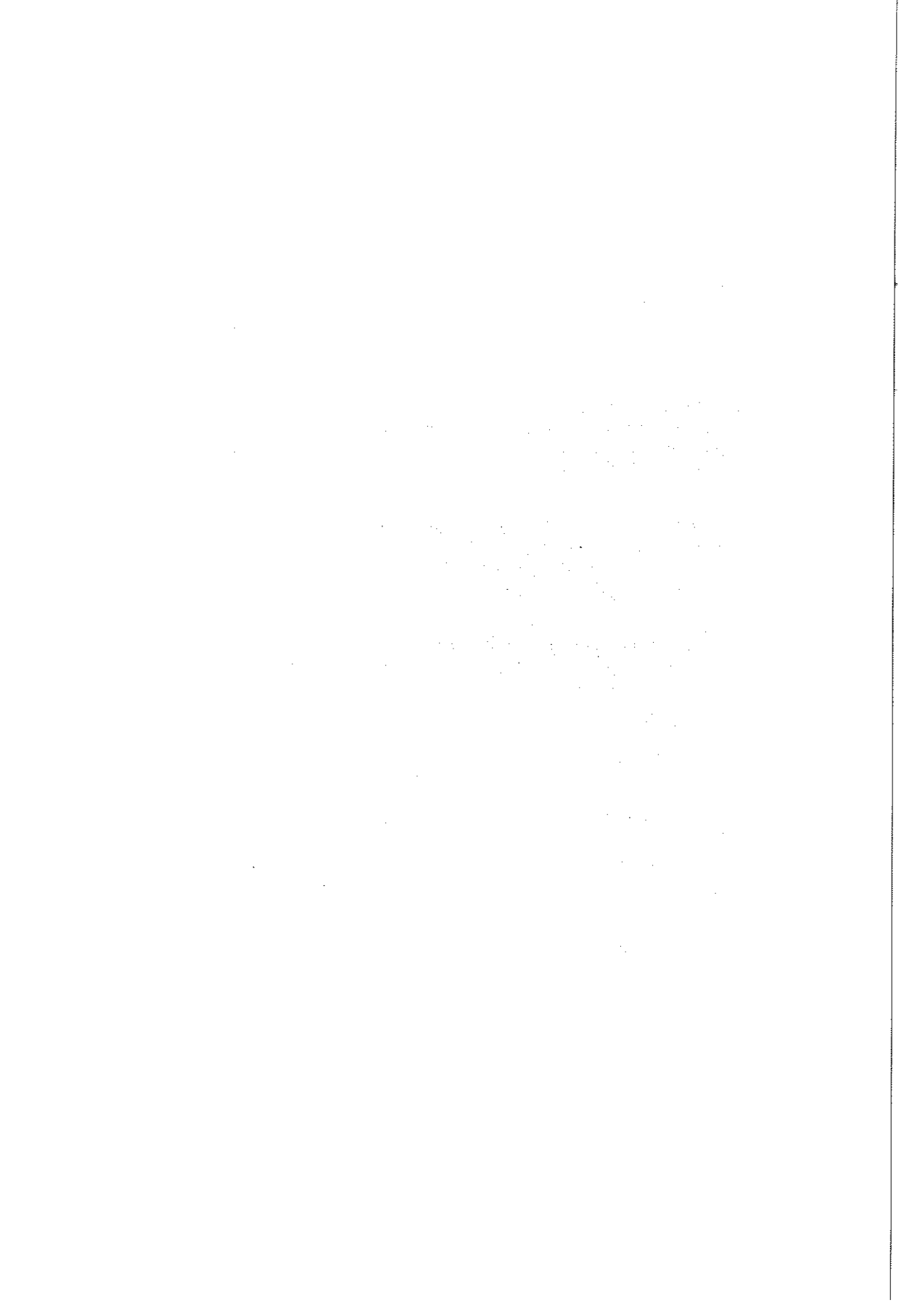
SELEZIONE DI PUBBLICAZIONI DEL QUINQUENNIO SUL TUMORE MAMMARIO

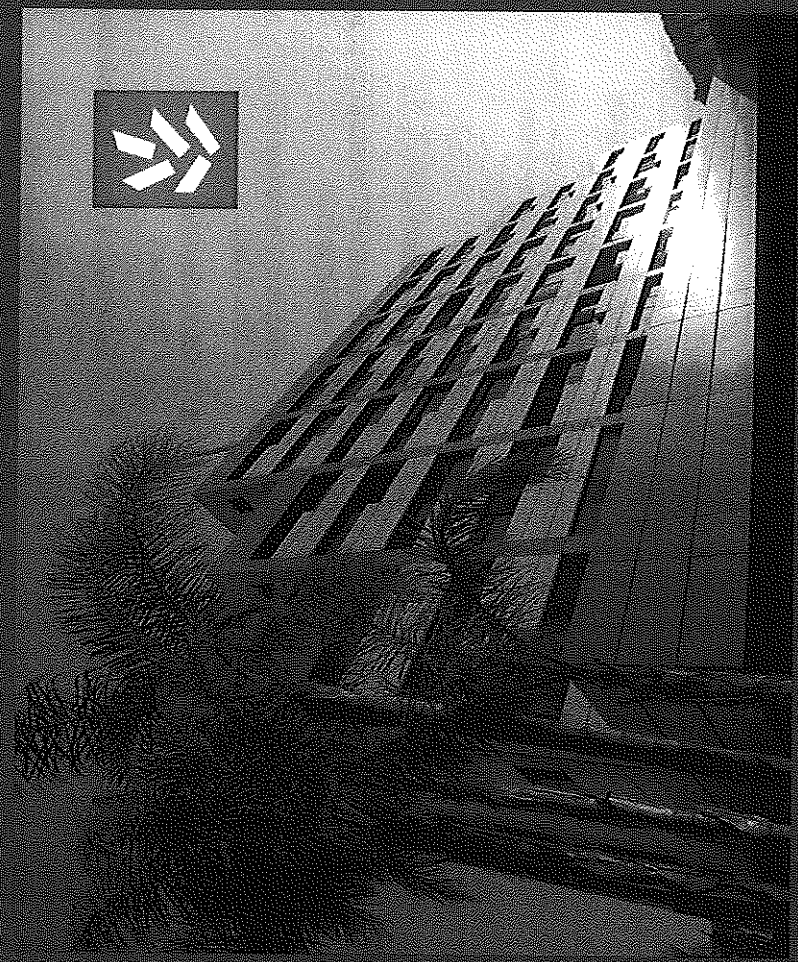
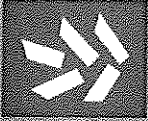
- 1) FONTANA S., PUCCI-MINAFRA I., BECCHI M., FREYRIA AM, MINAFRA S. (2004). Effect of collagen substrates on proteomic modulation of breast cancer cells. *PROTEOMICS*. vol. 4, pp. 849-860 ISSN: 1615-9853. IF 5,766.
- 2) FONTANA S., PUCCI-MINAFRA I., CANCEMI P., MINAFRA S. (2004). Identification of multiple forms of keratin 8 and 18 expressed by breast cancer cells cultured on different collagen substrates. *ANNALS OF THE NEW YORK ACADEMY OF SCIENCES*. ISSN: 0077-8923. Manoscritto submitted
- 3) LA ROCCA G., BARRANCA M., MARRAZZO A., MINAFRA S., PUCCI-MINAFRA I. (2004). Involvement of gelatinases in breast cancer: correlation with clinical parameters and 2D-IPG applications. *TUMORI*. vol. 3S1, pp. 152 ISSN: 0300-8916.
- 4) LA ROCCA G, PUCCI-MINAFRA I., MARRAZZO A, TAORMINA P, MINAFRA S. (2004). Zymographic detection and clinical correlations of MMP-2 and MMP-9 in breast cancer sera. *BRITISH JOURNAL OF CANCER*. vol. 90(7), pp. 1414-1421. ISSN: 0007-0920. IF 3.942.
- 5) PUCCI-MINAFRA I., CANCEMI P., FONTANA S., BECCHI M., FREYRIA A.M., MINAFRA S. (2004). Cytoskeleton modulation in breast cancer cells induced by stromal microenvironment. *TUMORI*. vol. 3S1, pp. 27 ISSN: 0300-8916
- 6) BARRANCA M, PUCCI-MINAFRA I., MARRAZZO A, LOMBARDO I, BRIZZI M, TAORMINA P AND MINAFRA S. (2004). Zymographic detection of matrix proteases in breast cancer biopsies by mono- and two-dimensional electrophoresis. XIX FECTS Meeting. 9-13 July 2004. (vol. Abstract Book, pp. 48). Taormina, Italy.
- 7) CANCEMI P., FONTANA S., ALBANESE N., PUCCI-MINAFRA I., MINAFRA S. (2004). Proteomic modulation of breast cancer cells (8701-BC) cocultured with normal human fibroblasts. XIX FECTS Meeting. 9-13 July. (vol. Abstract Book, pp. 91). Taormina, Italy.
- 8) ANCEMI P., PUCCI-MINAFRA I., FONTANA S., ALBANESE N., MINAFRA S. (2004). Effetti indotti da fattori diffusibili fibroblastici sull'espressione proteica di cellule di carcinoma mammario. 65° Congresso Nazionale UZI. 21-25 Sett. 2004. (vol. Abstract Book, pp. 127). Taormina Naxos.
- 9) FONTANA S., CANCEMI P., MARABETI M., TIMONERI F., MINAFRA S., PUCCI-MINAFRA I. (2004). Identification of multiple forms of keratins expressed by breast cancer cells cultured on different collagen substrates. XIX FECTS Meeting. 9-13 July. (vol. Abstract Book, pp. 47). Taormina, Italy.

- 10) PUCCI-MINAFRA I., FONTANA S., CANCEMI P., BARRANCA M., DI CARA G., MINAFRA S. (2004). Proteomics and proteomic modulations of breast cancer cells. 1st Italian Proteome Society (IPSo) Congress. 27-29 May 2004. (vol. Abstract Book, pp. 36). Verona, Italy.
- 11) CANCEMI P., FONTANA S., PUCCI-MINAFRA I., MINAFRA S. (2003). Proteomic analysis of breast cancer cells (8701-BC) cocultured with normal human fibroblasts: modulation of a subset of proteins. EUROPEAN JOURNAL OF HISTOCHEMISTRY. vol. 47/3, pp. 28 ISSN: 1121-760X. IF 1.570.
- 12) FONTANA S., CANCEMI P., MINAFRA S., PUCCI-MINAFRA I. (2003). Proteomic modulation in breast cancer cells. AMINO ACIDS. vol. 25 (2), pp. 180-181 ISSN: 0939-4451. IF 1.5.
- 13) FONTANA S., PUCCI-MINAFRA I., BECCHI M., FREYRIA AM, MINAFRA S. (2003). Proteomic modulation of breast cancer cells induced by different collagen substrates. EUROPEAN JOURNAL OF HISTOCHEMISTRY. vol. 47/3, pp. 27-28 ISSN: 1121-760X. IF
- 14) LA ROCCA G., BARRANCA M., MARRAZZO A., TAORMINA P., MINAFRA S., PUCCI-MINAFRA I. (2003). Gelatinases in breast cancer: correlation with clinical parameters and 2D-IPG applications. EUROPEAN JOURNAL OF HISTOCHEMISTRY. vol. 47/3, pp. 21-22 ISSN: 1121-760X. IF 1.570.
- 15) CANCEMI P., LA ROCCA G., BARRANCA M., FONTANA S., MINAFRA S., PUCCI-MINAFRA I. (2002). Cross-talk between fibroblasts and breast cancer cells: a proteomic study. ITALIAN JOURNAL OF BIOCHEMISTRY. vol. 51, pp. 228 ISSN: 0021-2938. IF 0.18 (SIB 47° Joint Symposia with the British Biochemical Society, Palermo, Sept 16-19 2002).
- 16) FONTANA S., CANCEMI P., PUCCI-MINAFRA I., MINAFRA S. (2002). Effects of collagen substrata on proteomic profile and cytoskeletal modulation of breast cancer cells. ITALIAN JOURNAL OF BIOCHEMISTRY. vol. 51, pp. 303 ISSN: 0021-2938. IF 0.18 (SIB 47° Joint Symposia with the British Biochemical Society, Palermo, Sept 16-19 2002).
- 17) LA ROCCA G., BARRANCA M., MINAFRA S., MARRAZZO A., PUCCI-MINAFRA I. (2002). Proteomic analysis of matrix-degrading proteases in breast cancer sera and tissues by 2d-ipg-zymography. ITALIAN JOURNAL OF BIOCHEMISTRY. vol. 51, pp. 307 ISSN: 0021-2938. IF 0.18 (SIB 47° Joint Symposia with the British Biochemical Society, Palermo, Sept 16-19 2002).
- 18) G. LA ROCCA, P. CANCEMI, M. BARRANCA, S. FONTANA, M. GIUNGI, A. MARRAZZO, S. MINAFRA, I. PUCCI-MINAFRA. Integrated analysis of breast cancer proteolytic features by 2D-IPG-zymography. Atti del IV Corso di Spettrometria di massa nello studio integrato del genoma e del proteoma, Vitorchiano (VT) 9-12 dicembre 2002

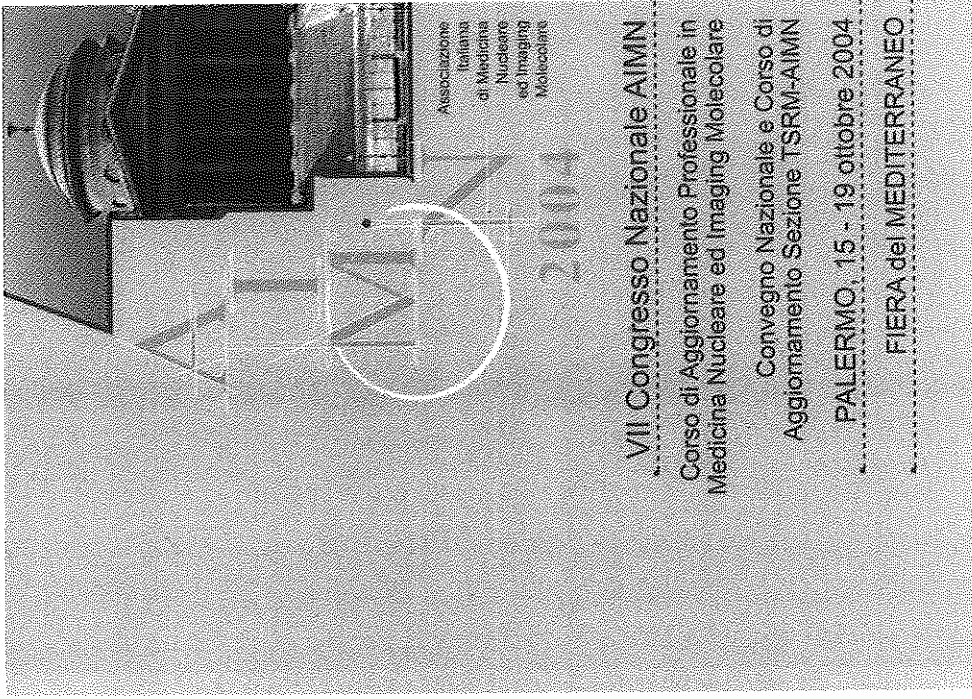
- 19) PUCCI-MINAFRA I., LA ROCCA G., BARRANCA M., MARRAZZO A., MINAFRA S.: Zymographic detection of cancer-associated matrix proteases separated by mono- and bidimensional electrophoresis. *Atti del 16th International Congress on Fibrinolysis and Proteolysis in conjunction with the 17th International Fibrinogen Workshop. Munich (Germany), 8-13 Settembre 2002.*
- 20) PUCCI-MINAFRA I., FONTANA S., CANCEMI P., ALAIMO G., MINAFRA S. (2002). Proteomic patterns of cultured breast cancer cells and epithelial mammary cells. *ANNALS OF THE NEW YORK ACADEMY OF SCIENCES*. vol. 963, pp. 122-139 ISSN: 0077-8923. IF 1.593.
- 21) PUCCI-MINAFRA I., FONTANA S., CANCEMI P., BASIRIC L., CARICATO S., MINAFRA S. (2002). A contribution to breast cancer cell proteomics: detection of new sequences. *PROTEOMICS*. vol. 17, pp. 919-927 ISSN: 1615-9853. IF 5,766.
- 22) FONTANA S., CANCEMI P., ALAIMO G., CAMMARERI P., MINAFRA S., PUCCI-MINAFRA I. (2001). Analysis of proteomic modulation and cell behaviour following exposure of breast cancer cells to selected collagen substrates. *EUROPEAN JOURNAL OF BIOCHEMISTRY*. vol. 50/1, pp. 268 ISSN: 0014-2956. IF 2.999 (27th Meeting of the Federation of European Biochemical Societies, Lisbon, Portugal, June 30th-July 5th 2001).
- 23) PUCCI-MINAFRA I., G. LA ROCCA, M. BARRANCA, A. MARRAZZO, S. MINAFRA: Proteomic profiling of matrix proteases (2D-IPG-zymography) in breast cancer sera and tissues. In *Atti del XVII FECS meeting, Brighton (UK), 27-31 Luglio 2002.*
- 24) PUCCI-MINAFRA I., BARRANCA M., LA ROCCA G., ANZALONE R., MARRAZZO A., TAORMINA P., MINAFRA S. (2001). A proteomic approach to the study of cancer-associated extracellular proteinases. *International Congress on Membrane-bound proteolytic enzymes and cancer*. (vol. Abstract book, pp. 68). Mondello-Palermo, Italy.
- 25) MINAFRA S., BASIRIC L., FONTANA S., BINI L., PALLINI V., PUCCI-MINAFRA I. (2001). Proteomic profiles in breast cancer cells and in vitro selected clones. *EUROPEAN JOURNAL OF BIOCHEMISTRY*. vol. 268/1, pp. 50 ISSN: 0014-2956. IF 2.999 (27th Meeting of the Federation of European Biochemical Societies, Lisbon, Portugal, June 30th-July 5th 2001).
- 26) PUCCI-MINAFRA I., FONTANA S., CANCEMI P., ALAIMO G., MINAFRA S. (2001). Proteomics of breast cancer cells and tissue: glycolytic enzymes and chaperonins, old proteins, new markers?. *AMINO ACIDS*. vol. 21, pp. 19-20 ISSN: 0939-4451. IF 1.5 (7th International congress on amino acids and proteins, Vienna, Austria, August 6-10 2001).

- 27) PUCCI-MINAFRA I., MINAFRA S., LA ROCCA G., BARRANCA M., FONTANA S., ALAIMO G., OKADA Y. (2001). Zymographic analysis of circulating and tissue forms of colon carcinoma gelatinase A (MMP-2) and B (MMP-9) separated by mono- and two-dimensional electrophoresis. *MATRIX BIOLOGY*. vol. Vol 20/7, pp. 419-427 ISSN: 0945-053X. IF 4.167.
- 28) PUCCI-MINAFRA I., CARELLA C., CIRINCIONE R., CHIMENTI S., MINAFRA S., LUPARELLO C. (2000). Type V collagen induces apoptosis of 8701-BC breast cancer cells and enhances m-calpain expression. *BREAST CANCER RESEARCH (ONLINE)*. vol. 2 (3), pp. E008 ISSN: 1465-542X. IF 2.817.
- 29) BASIRICÒ L., BINI L., FONTANA S., PALLINI V., MINAFRA S., PUCCI-MINAFRA I. (1999). Proteome analysis of breast cancer cells (8701-BC) cultured from primary ductal infiltrating carcinoma: relation to correspondent breast tissues. *BREAST CANCER RES.* vol. 2 (1), pp. electronic version E004 IF 2.817
- 30) LUPARELLO C., AVANZATO G., CARELLA C., PUCCI-MINAFRA I. (1999). Tissue inhibitor of metalloprotease (TIMP)-1 and proliferative behaviour of clonal breast cancer cells. *BREAST CANCER RESEARCH AND TREATMENT*. vol. 54, pp. 235-244 ISSN: 0167-6806. IF 3.132.
- 31) LUPARELLO C., SCHILLING T., CIRINCIONE R., PUCCI-MINAFRA I. (1999). Extracellular matrix regulation of PTH/PTHrP in a human breast cancer cell line. *FEBS LETTERS*. vol. 463, pp. 265-269 ISSN: 0014-5793. IF 3.912.





OSPEDALE LA MADDALENA
DIPARTIMENTO ONCOLOGICO DI III° LIVELLO
PALERMO



Associazione
Italiana
di Medicina
Nucleare
ed Imaging
Molecolare

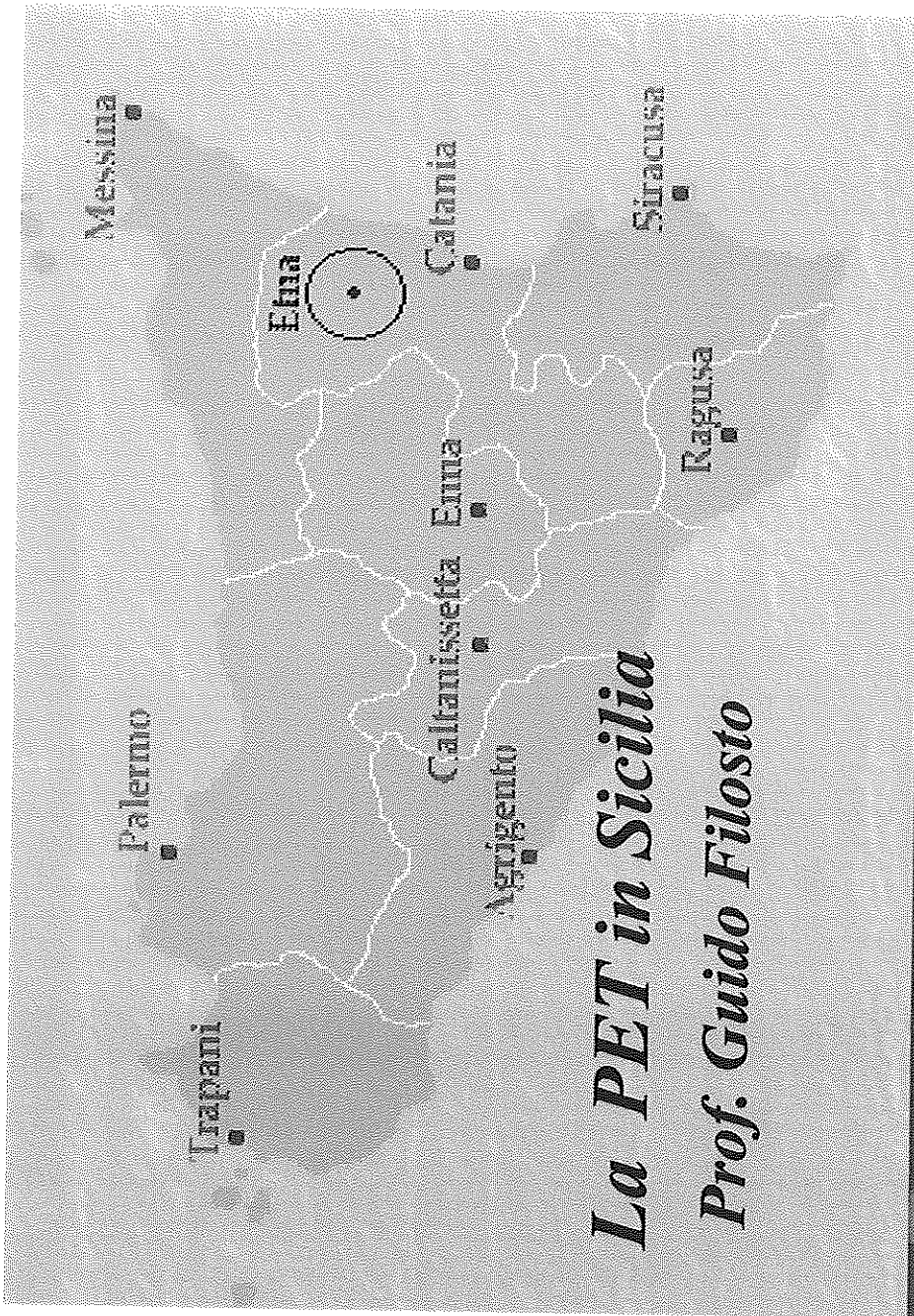
2004

VII Congresso Nazionale AIMN
Corso di Aggiornamento Professionale in
Medicina Nucleare ed Imaging Molecolare
Convegno Nazionale e Corso di
Aggiornamento Sezione TSRM-AIMN
PALERMO, 15 - 19 ottobre 2004
FIERA del MEDITERRANEO

MINISIMPOSIO
La PET nella realtà italiana - a cura della Commissione PET e
Radiofarmaci

Moderatori: E. Bombardieri (Milano), F. Fazio (Milano)

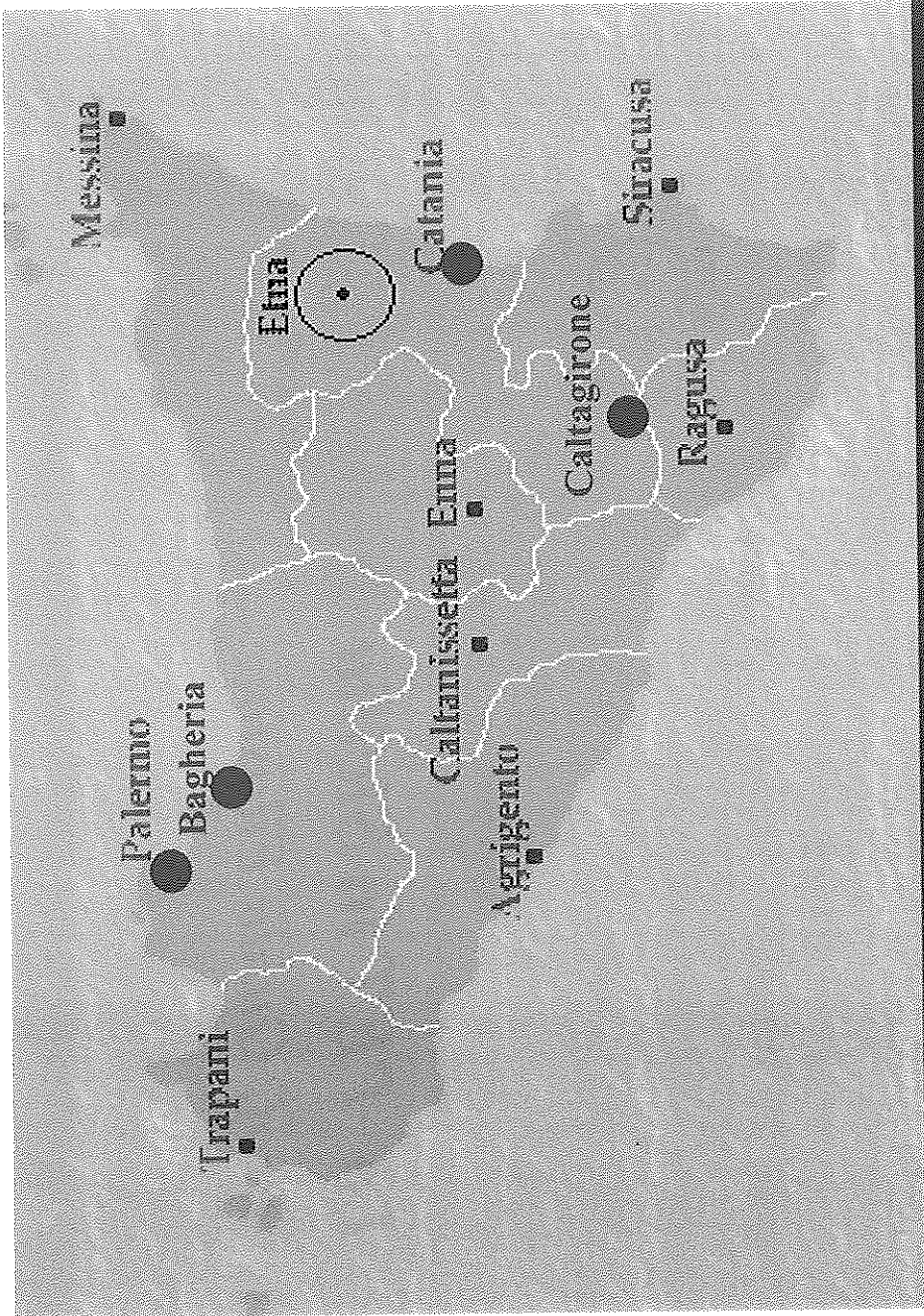
- Distribuzione PET e Ciclotroni in Italia
E. Bombardieri (Milano)
- Distribuzione ^{18}F -FDG sul territorio
C. Rossetti (Milano)
- La PET in Sicilia
G. Filosto (Palermo)
- Collocazione della PET nei percorsi diagnostico-terapeutici
D. Salvo (Reggio Emilia)
- Utilizzo clinico di traccianti non FDG
C. Messa (Milano)
- Criteri di referazione
F. Fazio (Milano)
- Esperienza A.O.S. Giovanni Battista sulle indicazioni di appropriatezza
della PET
G. Bisi (Torino)

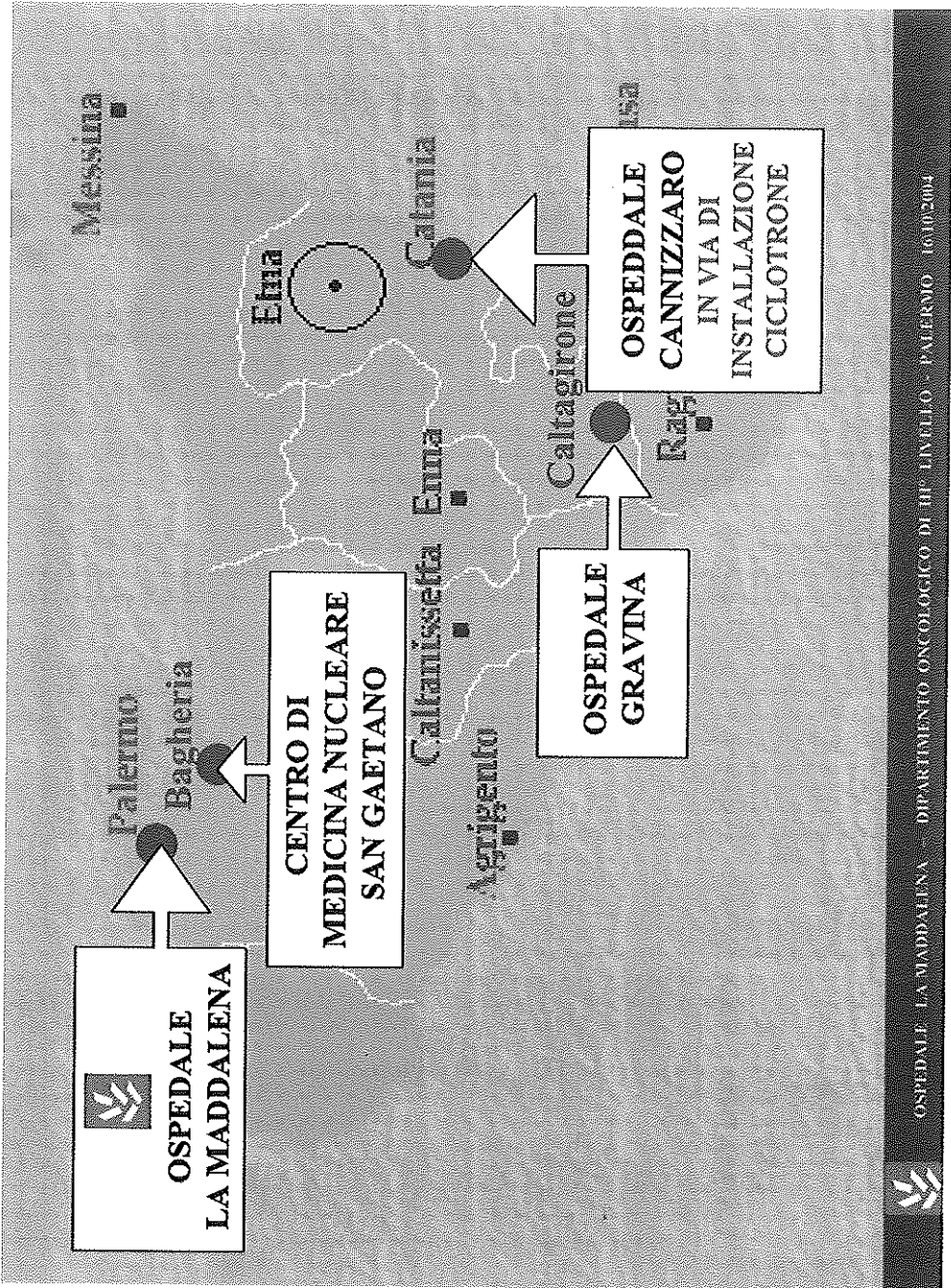


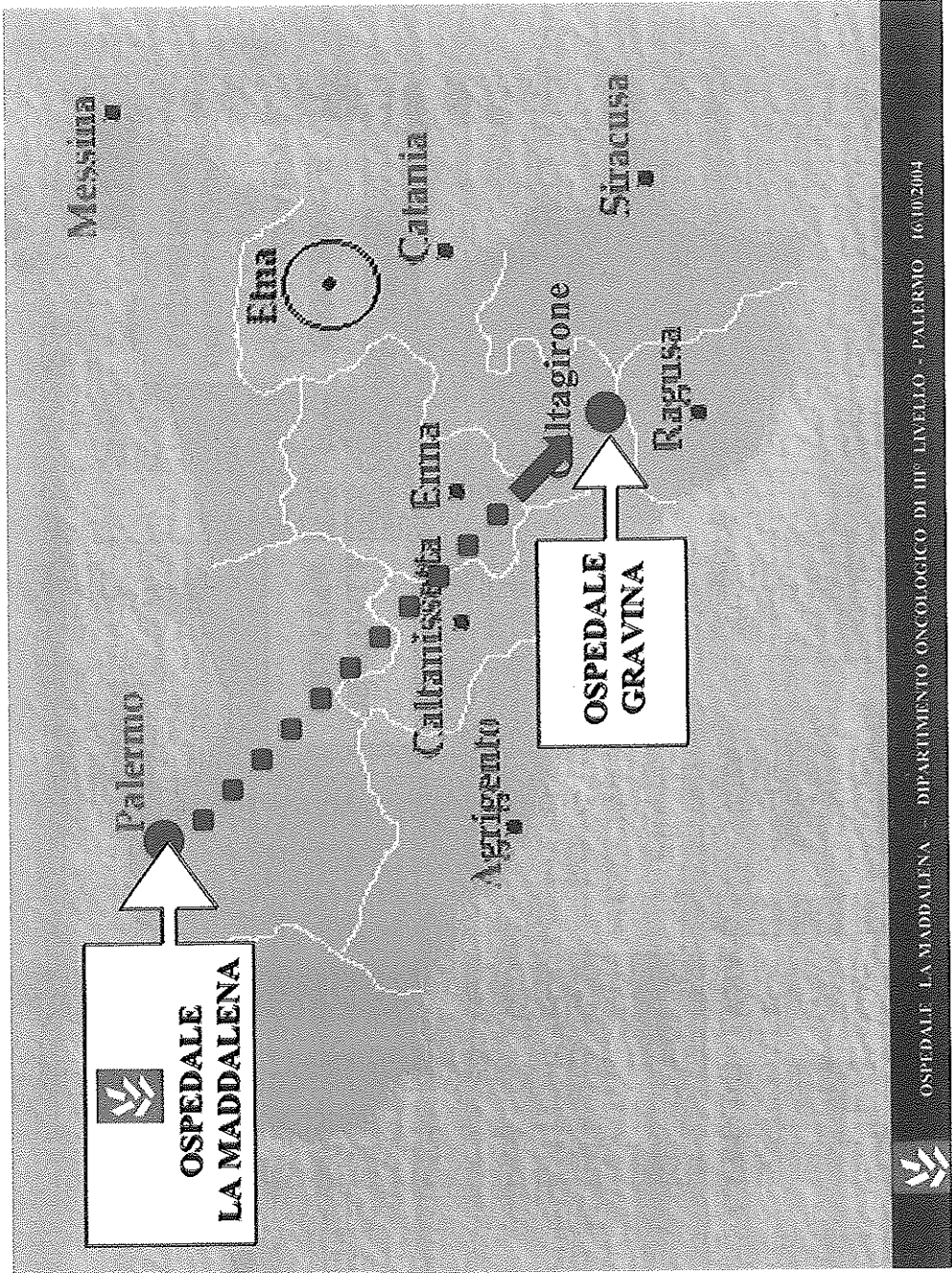
La PET in Sicilia

Prof. Guido Filosto

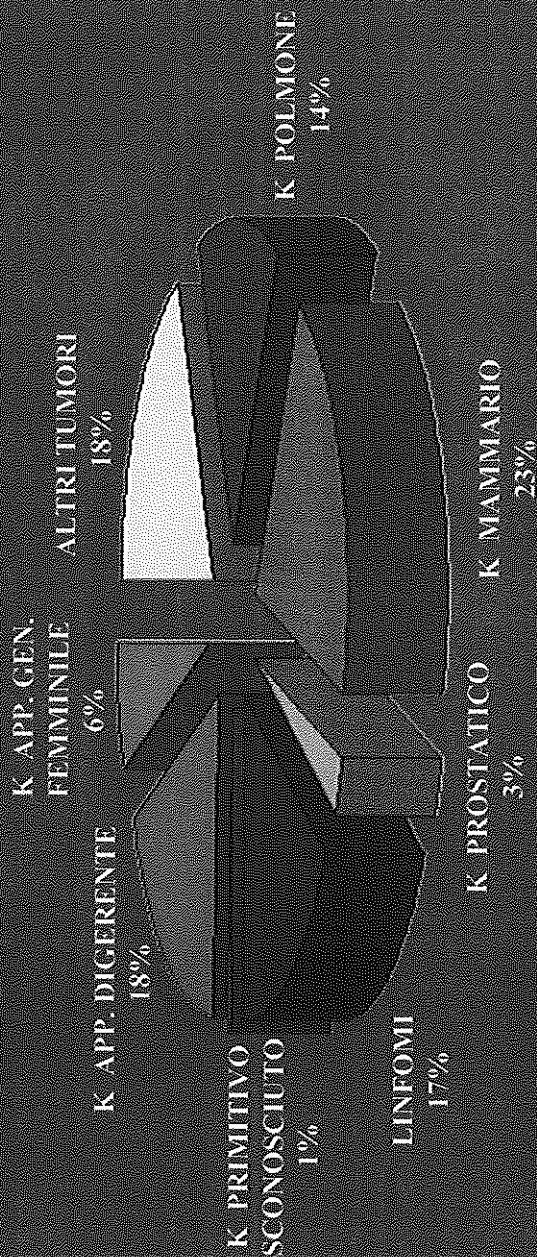




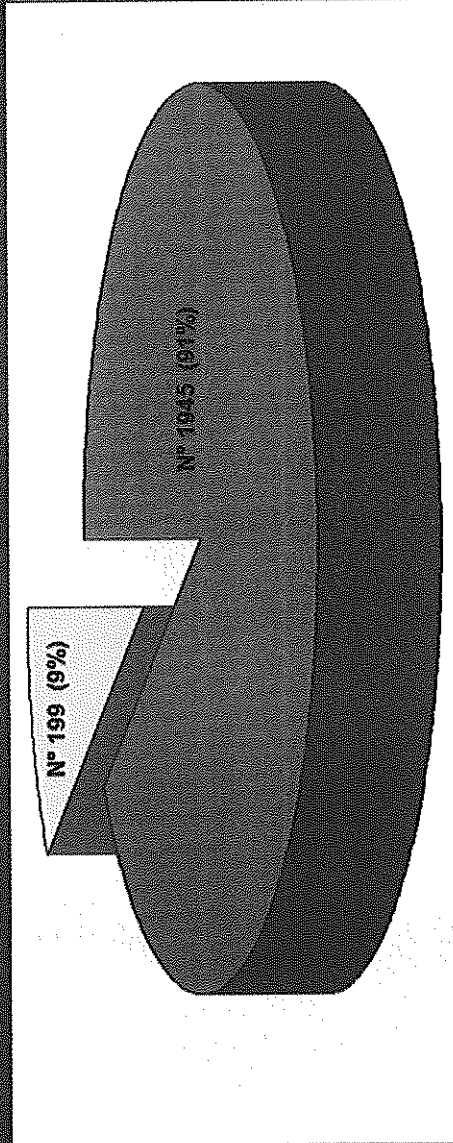




CASI



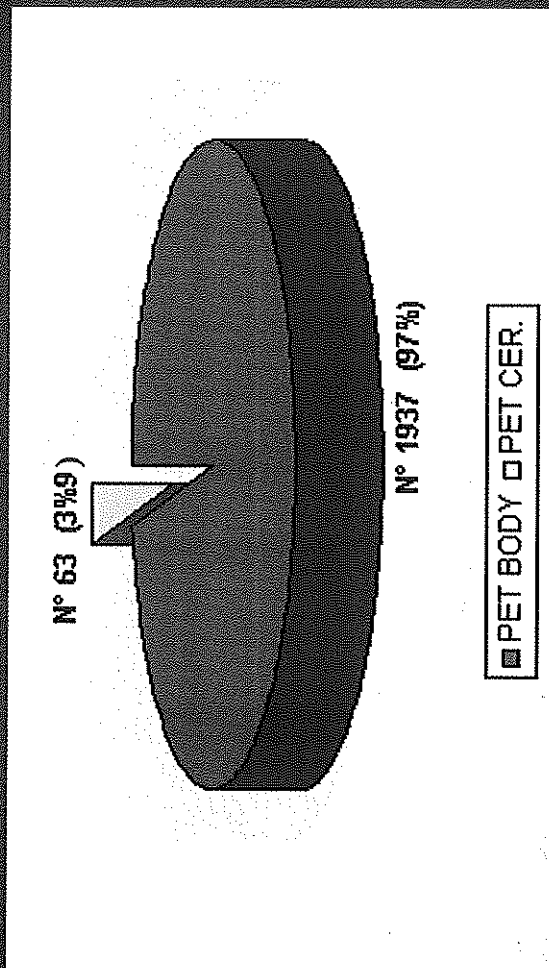
Casi Valutativi vs Diagnostici



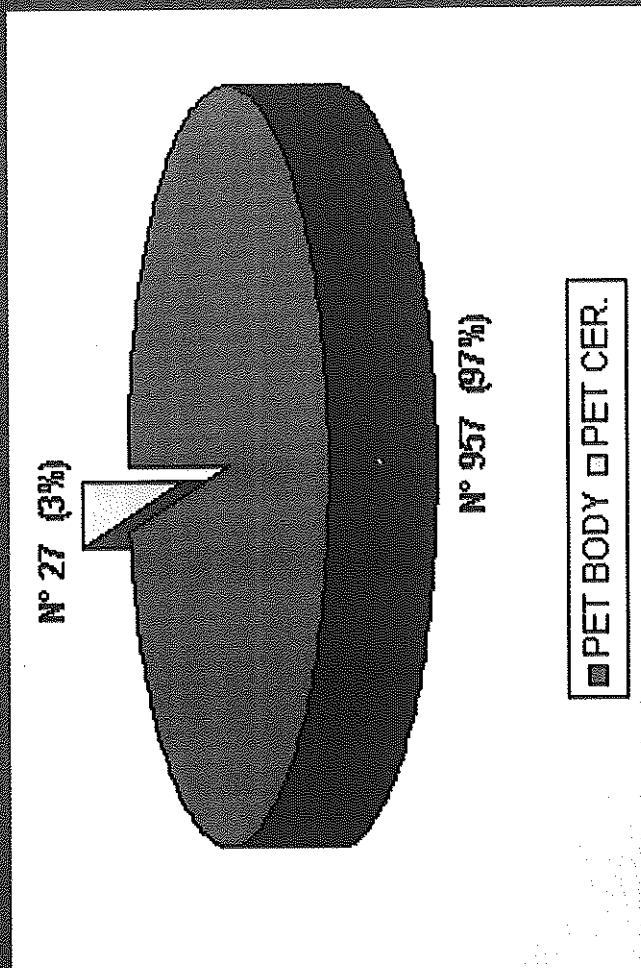
■ Valutativi □ Diagnostici



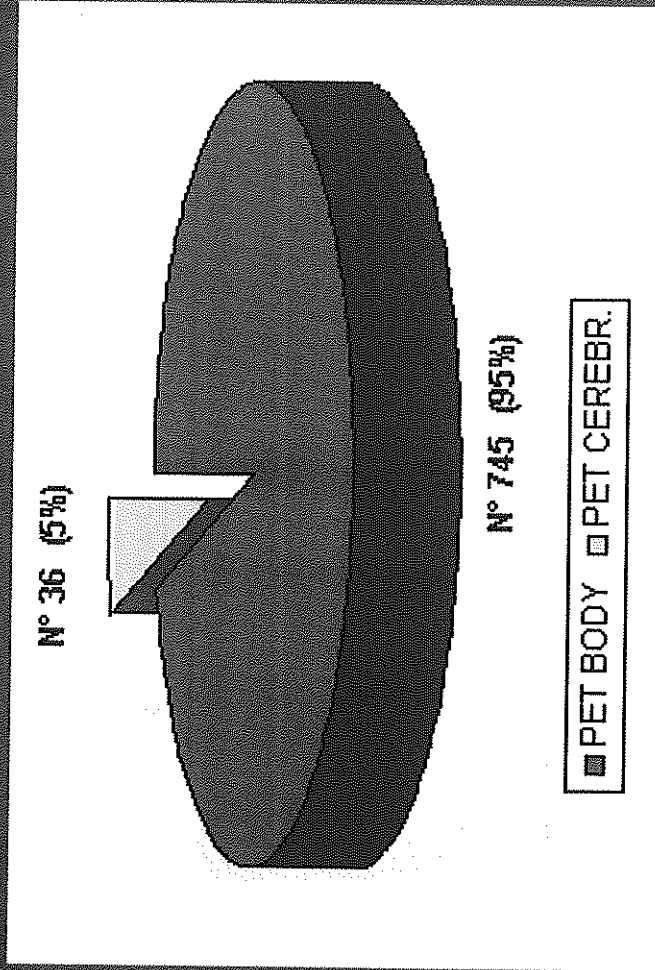
LA MADDALENA U.O. MEDICINA NUCLEARE 2003

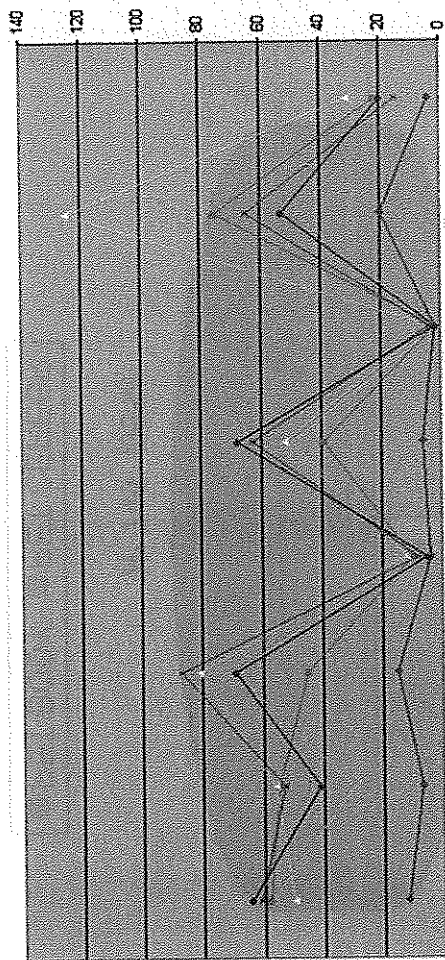


LA MADDALENA U.O. MEDICINA NUCLEARE
2004 (1° semestre)



OSPEDALE GRAVINA (dal 19\11\03 al 30\09\04)





	ALTRI TUMORI	K POLMONE	K MAMMARIO	K PROSTATICO	LINFOMI	K PRIMITIVO SCONOSCIUTO	K APP. DIGERENTE	K APP. GEN. FEMMINILE
--- I trim.	12	7	15	4	6	2	20	4
--- II trim.	50	55	45	10	39	2	75	22
--- III trim.	50	56	61	12	52	3	125	31
--- IV trim.	59	30	70	11	50	2	48	10
--- I trim. 04	61	53	87	8	63	4	65	15
--- II trim. 04	64	41	69	5	68	2	53	20





LA MADDALENA

Casa di Cura di Alta Specialità
Dipartimento Oncologico di III livello

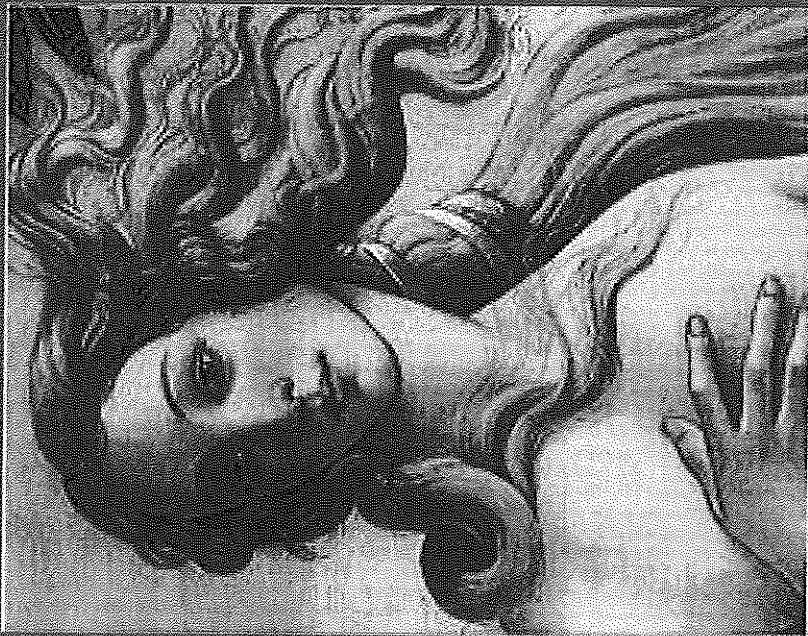


Università di Palermo
D.O.S.A.C.

**Convegno regionale:
Attualità nel carcinoma
della mammella**

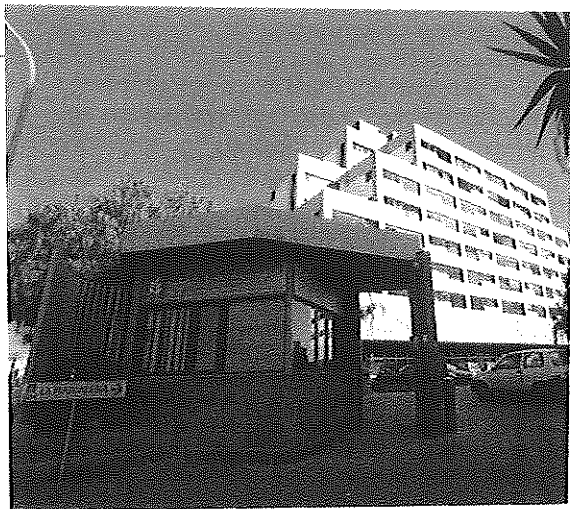
**La mammografia digitale
Prof. G. Filosto**

Evento accreditato E.C.M.



SPECIALE SICILIA

La Sicilia diventa laboratorio della medicina d'avanguardia. Palermo: Inaugurata la P.E.T., un servizio fra i più avanzati al mondo. È opera del prof. Guido Filosto.



DIPARTIMENTO ONCOLOGICO DI TERZO LIVELLO

La Maddalena: un fiore all'occhiello

La Sicilia diventa laboratorio della Medicina d'avanguardia. A Palermo, nell'ospedale privato "La Maddalena", Dipartimento Oncologico di III livello, a novembre è stata inaugurata la P.E.T. (Positron Emission Tomography), un nuovo servizio diagnostico e terapeutico tra i più avanzati al mondo; in convenzione con il servizio sanitario nazionale e regionale. "La Maddalena", centro sanitario d'eccellenza e vero fiore all'occhiello della sanità nazionale è il primo ospedale di tutta l'Italia meridionale ad essere stato autorizzato dal Ministero e dotato di questo complesso sistema che consente di individuare i tumori con maggiore precisione rispetto a qualunque altra indagine diagnostica. L'attivazione della P.E.T. alla "Maddalena", diretta dal professore Guido Filosto, si inserisce nel solco di un più ampio progetto per assicurare prestazioni di qualità ai cittadini sul delicato e difficile fronte delle terapie oncologiche. L'apparecchiatura, che permetterà anche di avviare la produzione in loco di radio-farmaci per la diagnosi dei tumori, è stata presentata nel corso di una conferenza stampa dal professor Guido Filosto, dal Ministro per gli Affari Regionali, Enrico La Loggia, e dall'assessore regionale alla Sanità, Ettore Cittadini.

Il funzionamento della Pet è basato sull'impiego di radioisotopi che, iniettati nel paziente, permettono l'ottenimento di informazioni sul metabolismo cellulare e sull'attività funzionale degli organi.

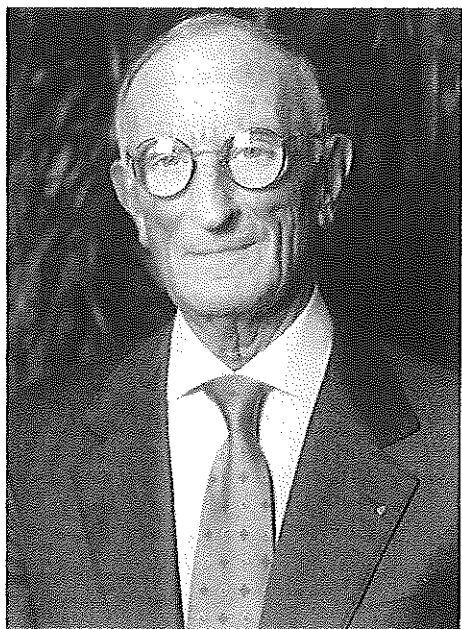
Come funziona

Gli elementi radioattivi hanno però una vita di poche ore e devono necessariamente essere prodotti in loco. "Per attuare la sintesi dei radionuclidi abbiamo realizzato un laboratorio di radiofarmacia - il primo esempio sul territorio di integrazione tra industria farmaceutica e ospedale - dotato di un ciclotrone, un acceleratore di particelle cariche quali protoni e deuterio", spiega il professore Guido Filosto. L'esame Pet, convenzionato col servizio sanitario nazionale, riesce a distinguere un tumore maligno da uno benigno. In caso di tumore già diagnosticato con altre metodiche, completa lo studio loco-regionale. Inoltre, riconosce la presenza di metastasi ancora silenti, controlla l'efficacia del trattamento terapeutico, dopo chirurgia, radioterapia, chemioterapia, è utile nella diagnosi differenziale tra tessuto cicatriziale e recidiva di un tumore. Ma importanti applicazioni della Pet si hanno anche nel campo cardiologico e in quel-

lo neurologico. Con l'introduzione della P.E.T. l'ospedale "La Maddalena" è giunto all'ultimo di una lunga serie di nel campo della medicina. Legno la struttura palermitana avce la certificazione di qualità ISO riconoscimento che ha premia compiuti in questi anni dal reparto dipartimento oncologico "La Maddalena" di Palermo per fornire un'assistenza all'avanguardia ed efficace della diagnosi e della cura dei esperti dell'istituto DNV (Det Natas), dopo un lungo ed attento e attività, delle metodiche e dei prototipi della struttura sanitaria pe San Lorenzo, hanno emesso il l e sottoscritto il certificato che attesta l'intera sistema.

Il sigillo di qualità

L'istituto DNV ha messo il sigillo nel campo della medicina port dalla "Maddalena", riconosciuto dallo Stato, Dipartimento Oncologico terzo livello, cioè struttura di eccellenza per il trattamento dei tumori. Un contatto con il servizio sanitario nazionale fa parte della rete degli ospedali



IN CONVENZIONE CON IL SERVIZIO NAZIONALE

Per una diagnosi perfetta

nel 2001 ha fornito 10.000 ricoveri, dispone di 83 posti letto di diverse specialità e dà lavoro a 180 persone tra medici, infermieri ausiliari e personale amministrativo. "Nel mesi delle verifiche tutto il personale dell'ospedale - afferma il presidente della Maddalena, il professor Guido Filosto - si è impegnato per innalzare ulteriormente il proprio livello di professionalità. È stata un'azione corale, per la qua-

toderno di lavoro per offrire ai cittadini servizi efficienti e un piano di cure efficace all'insegna dei protocolli scientifici internazionali e delle innovazioni sul fronte delle diagnosi e delle terapie.

Attività scientifica

Alla "Maddalena" si svolge un'ampia attività scientifica, caratterizzata da una mole di pubblicazioni (circa 300) e dall'organizzazione di seminari e congressi (a Palermo infatti si è svolto l'anno scorso il congresso europeo di cure palliative). La terapia del dolore e le cure palliative sono un punto importante della Maddalena. Ma ecco in particolare tutti i servizi offerti dall'ospedale palermitano: erogazione di prestazioni sanitarie di diagnosi e cura in regime ambulatoriale e di degenza nella specialità di Emato-oncologia con trapianto di midollo osseo; Oncologia medica; Oncologia Chirurgica; Oncologia radioterapia; Terapia del Dolore; Diagnostica per immagini e radiologia convenzionale; Microchirurgia oculare e Oculistica. Inoltre tra i servizi certificati ci sono: Endoscopia digestiva, Fisiopatologia respiratoria; Neurofisiopatologia, Cardiologia, Poliambulatorio oncologico, laboratorio di analisi chimico-cliniche e di biologia molecolare. Servizi adesso arricchiti dalla P.E.T.

itorio, nel quale, così come nelle strutture pubbliche, le spese per diagnosi e cure o a carico dello Stato. "La Maddalena", sita in un moderno edificio di undici ri inaugurato nel '96, è nata da un'idea Guido Filosto che ha fondato una società quale ha partecipato anche il professor-rancesco Ponte, specialista di Oculistiscarso di recente. L'ospedale, che

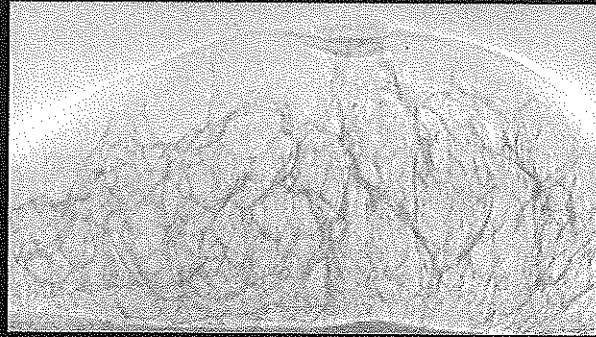
le ringrazio tutti i collaboratori, mirata a raggiungere una puntuale e uniforme gestione delle procedure". L'ospedale di via San Lorenzo, divenuto ormai un punto di riferimento nel campo dell'oncologia, si distingue per l'interdisciplinarietà dei servizi, per lo stretto rapporto di collaborazione tra le varie divisioni e per l'altissimo livello delle prestazioni. Un me-



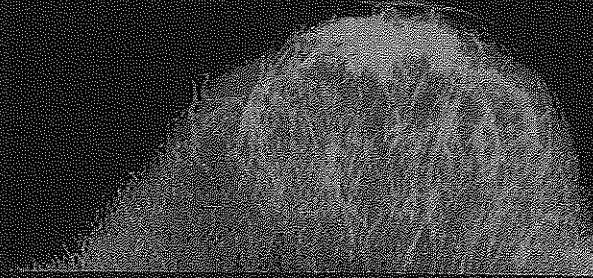
EVOLUZIONI TECNOLOGICHE

- 1966 - primo mammografo convenzionale con film
- 1976 - primo mammografo ad anodo rotante in molibdeno
- 1978 - xero - mammografia
- 1992 - primo mammografo a doppia pista anodica (molibdeno - rhodio) con riduzione di dose del 40%
- 1996 - primo sistema digitale indiretto per mammografia: CR
- 1999 - primo sistema digitale diretto con unico detettore: DR
- 2004 - primo sistema digitale diretto + stereotassi
- 2004 - fusione immagini: **imaging integrato**
- 2004 - work in progress: tomo - mammografia digitale diretta

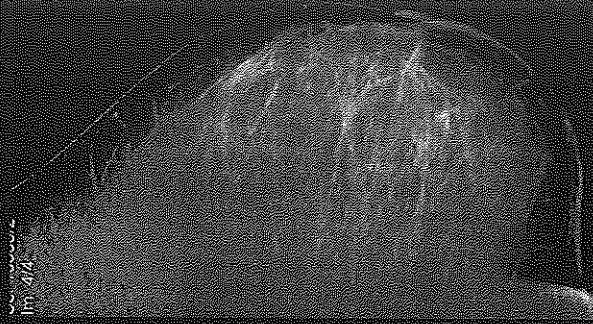
Tecniche mammografiche a confronto



XERO



CR



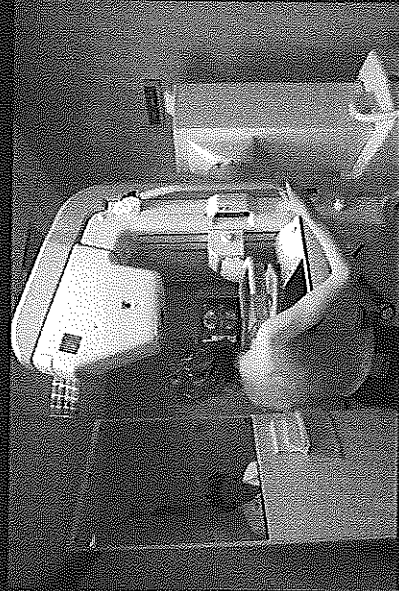
DR

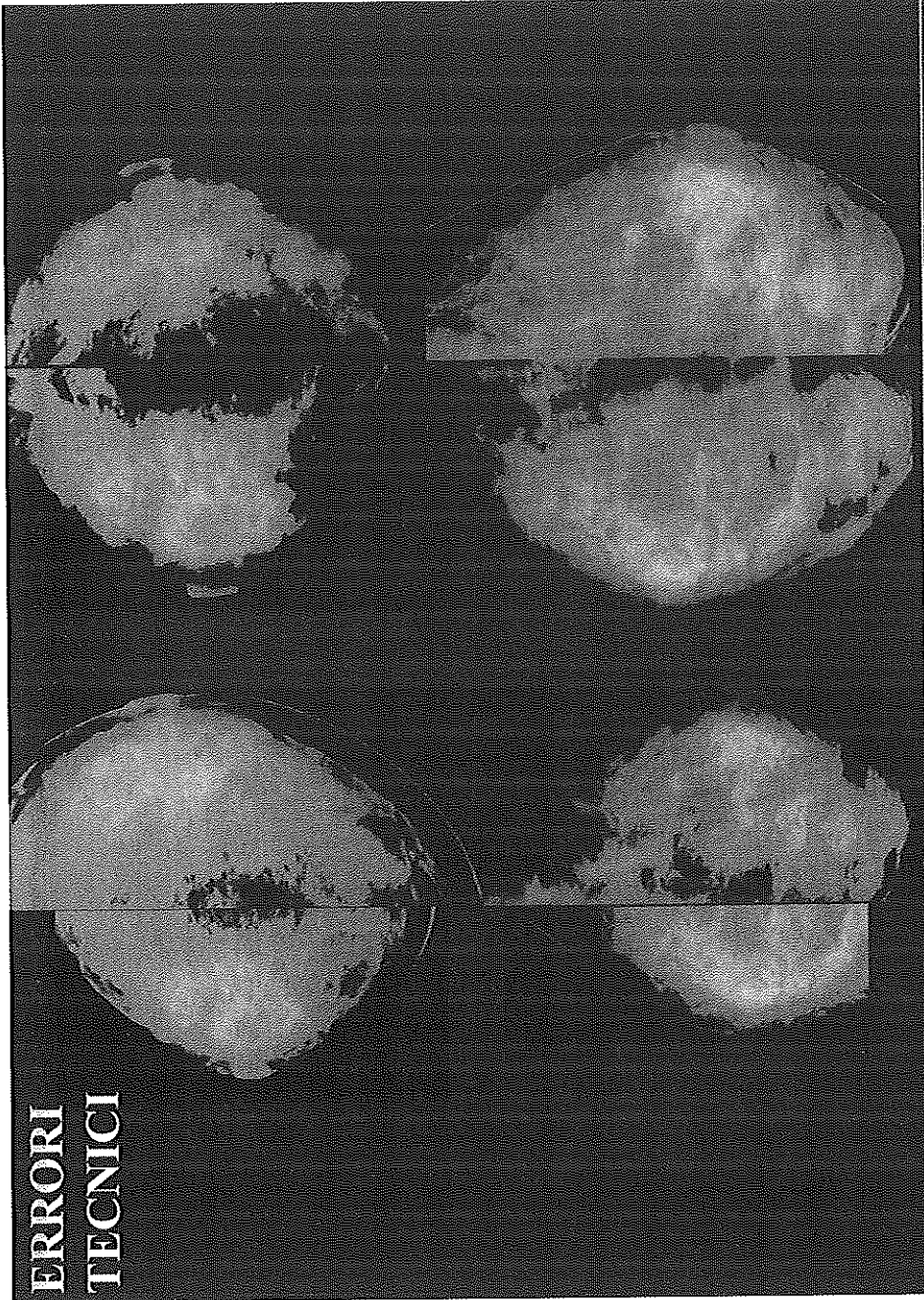
750 L2535

FILM

LE METODICHE MAMMOGRAFICHE A CONFRONTO

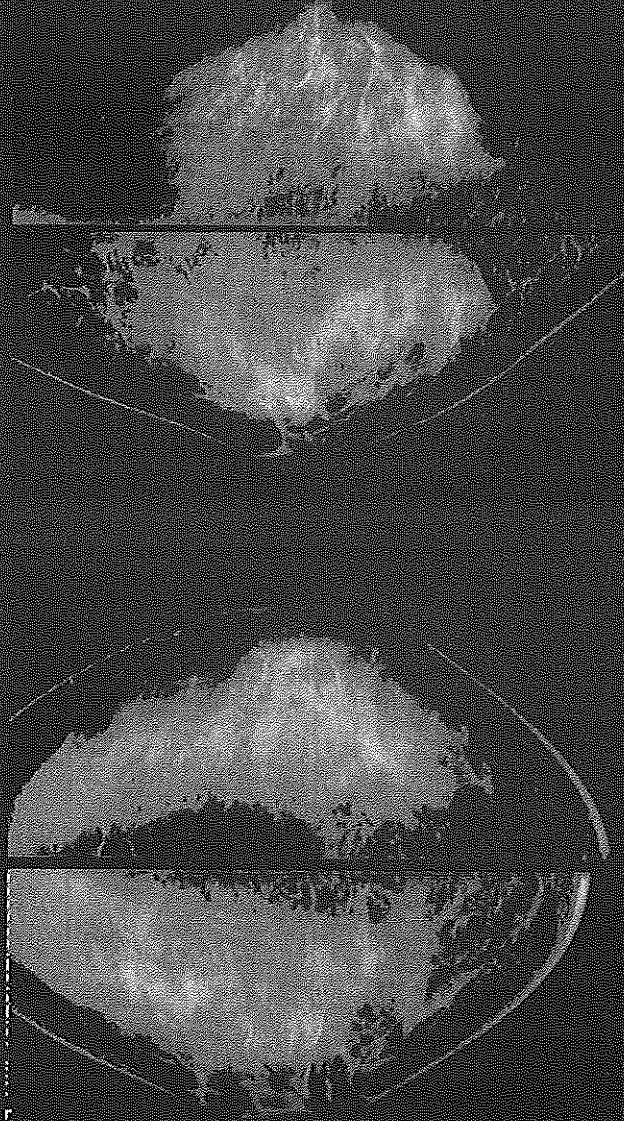
PARAMETRI	MAM. COMV. BD	CR	DR
Connessione dicom HIS - RIS	no	si	si
Tempo esame + visione immagini	20'	15'	5'
Errori tecnici e/o artefatti	si	si	no
Post - processing	no	si	si
Risoluzione spaziale	bassa	media	alta
Cad	no	no	si
Archiviazione -> pacs	no	si	si
Letture computerizzata	no	si	si
Tele - consulto	no	si	si
Vantaggi biologici: dose erogata per singola immagine	alta	media	bassa
Vantaggi clinici: diagnosi	+	++	+++
Vantaggi economici	+	++	+++
Evoluzioni tecnologiche:	no	+	+++



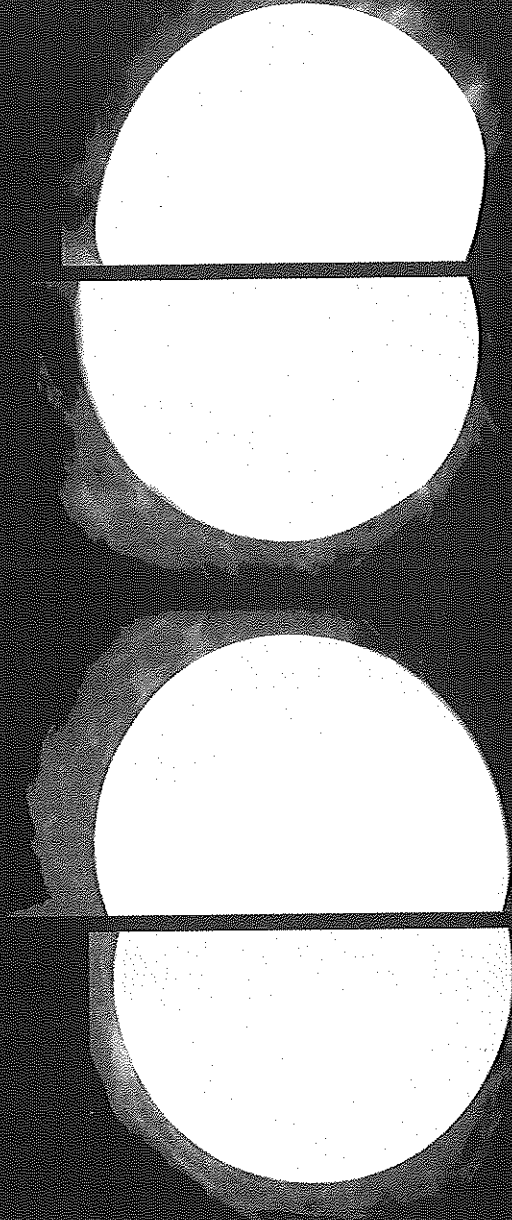


**ERRORI
TECNICI**

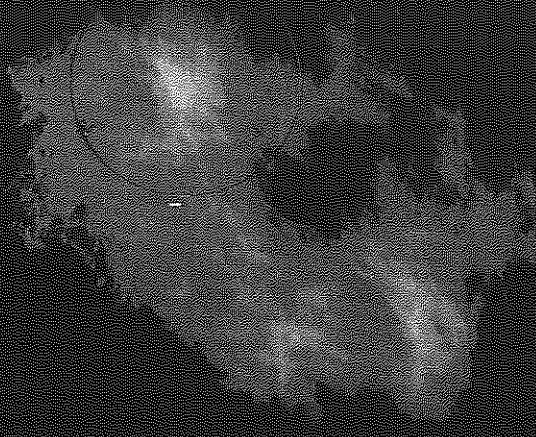
RISOLUZIONE SPAZIALE

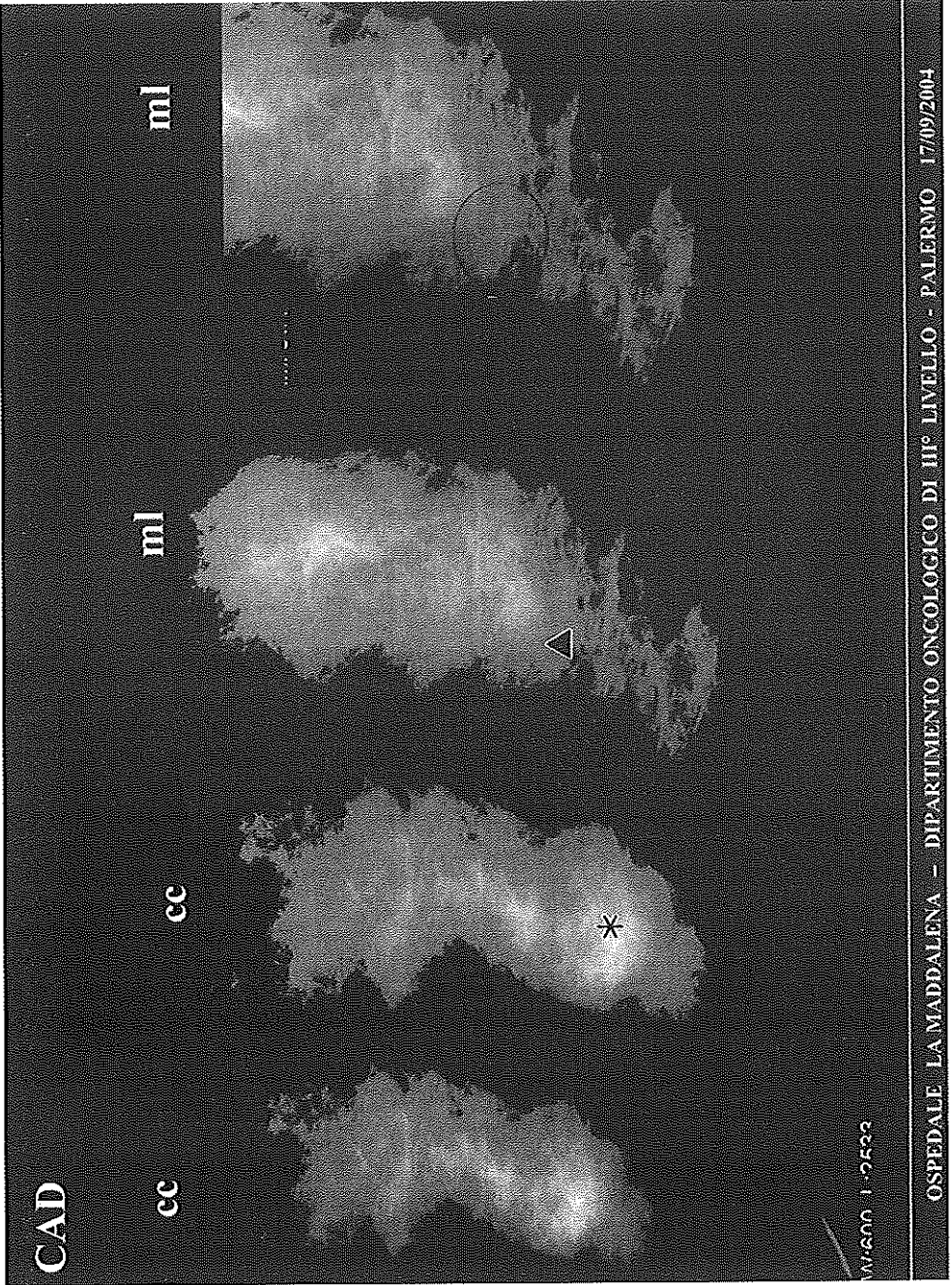


RISOLUZIONE SPAZIALE MAMMOPLASTICA

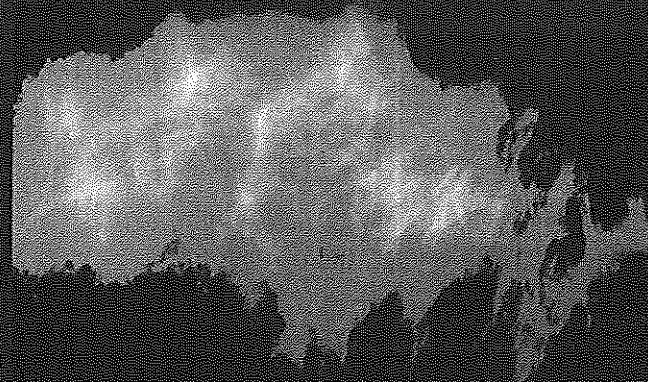


INVERTER

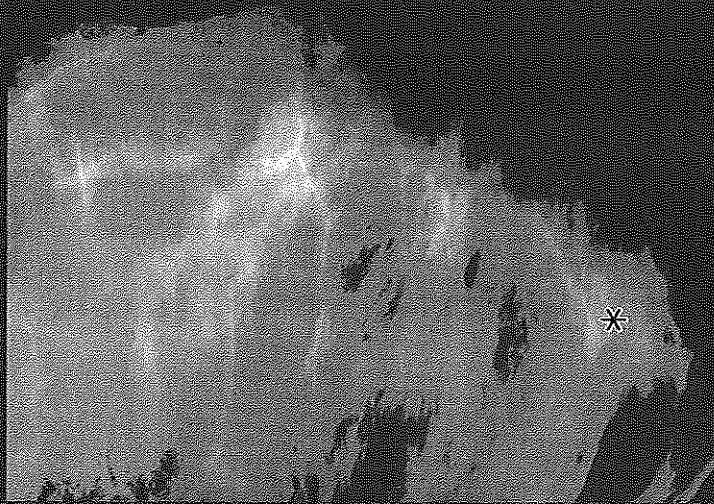




CAD NEGATIVO - POSITIVO

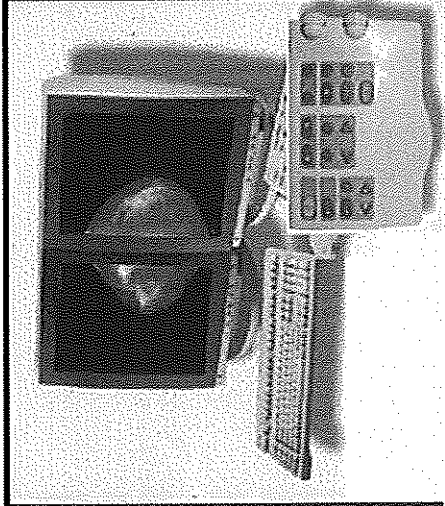
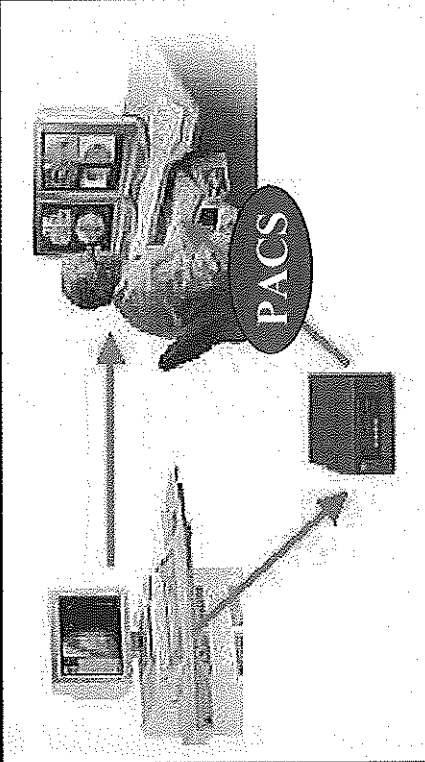


10 - 9 - 03

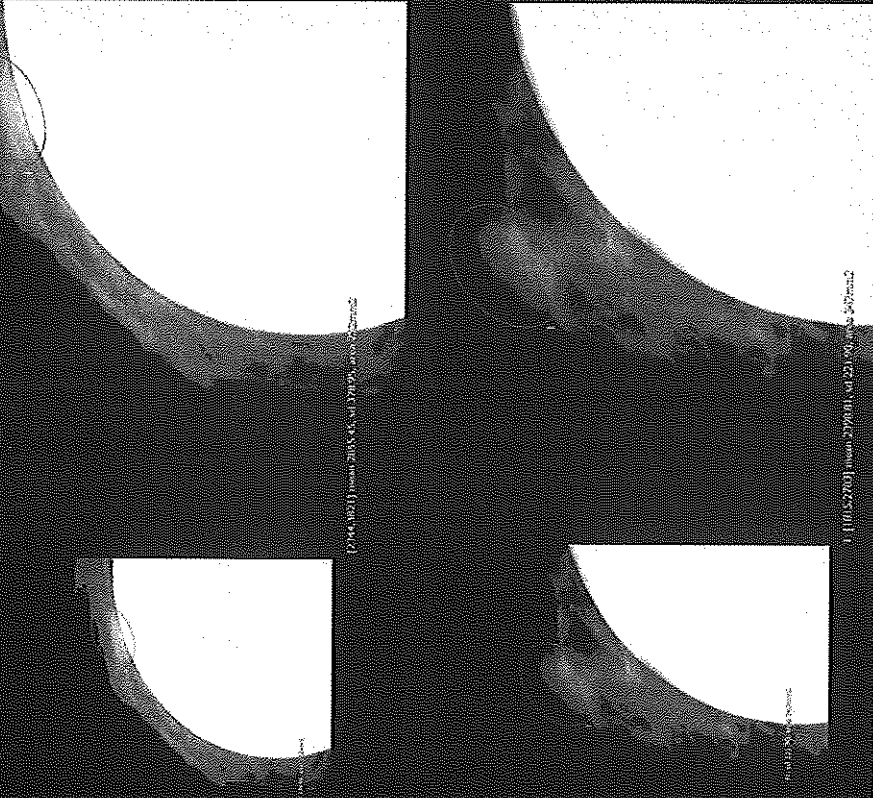


11 - 5 - 04

CONNESSIONE RETE DIGITALE: PACS



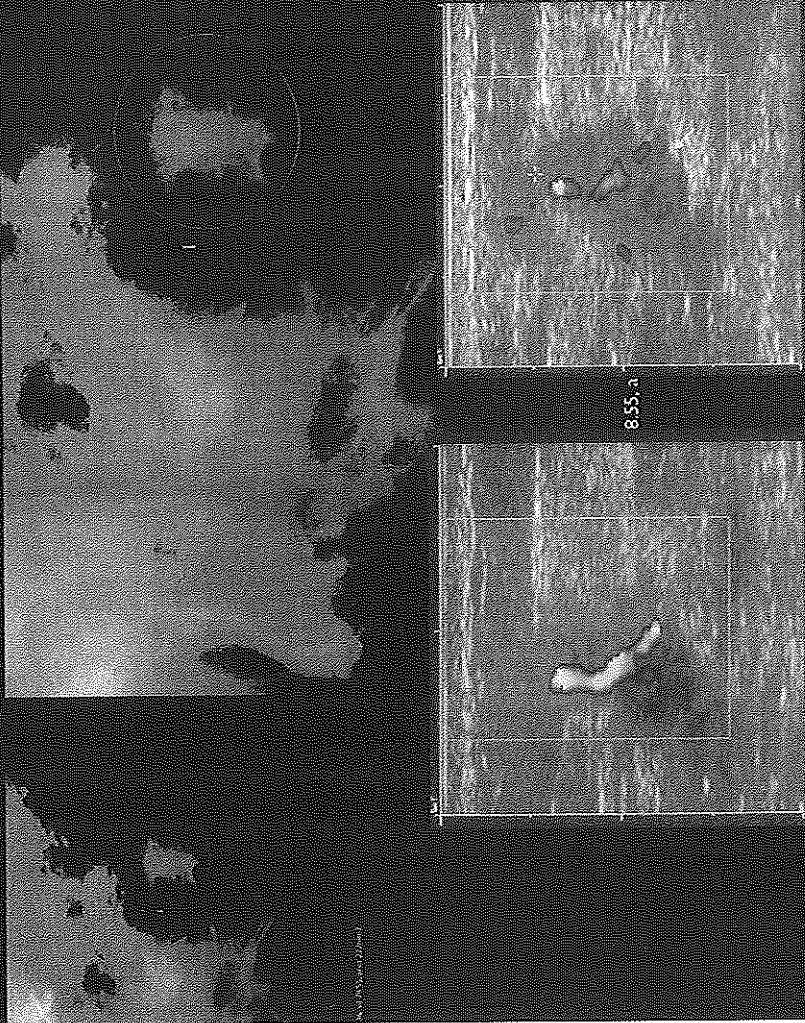
CA IN MAMMOPLASTICA



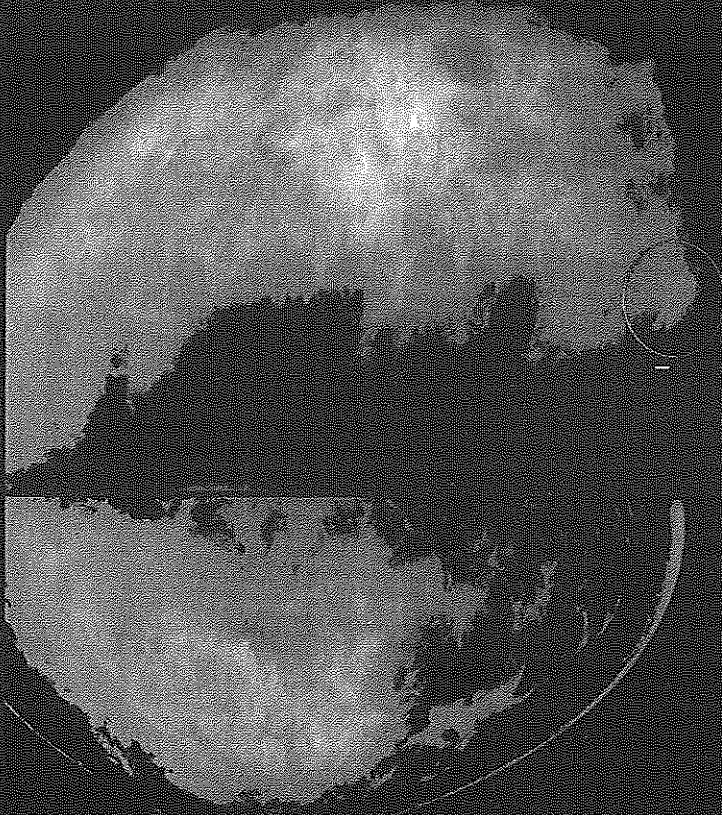
1 (16.62203) | anno 2004, vol. 20, n. 1, pag. 689-692

1 (16.62203) | anno 2004, vol. 20, n. 1, pag. 689-692

CA DUTTALE: imaging integrato

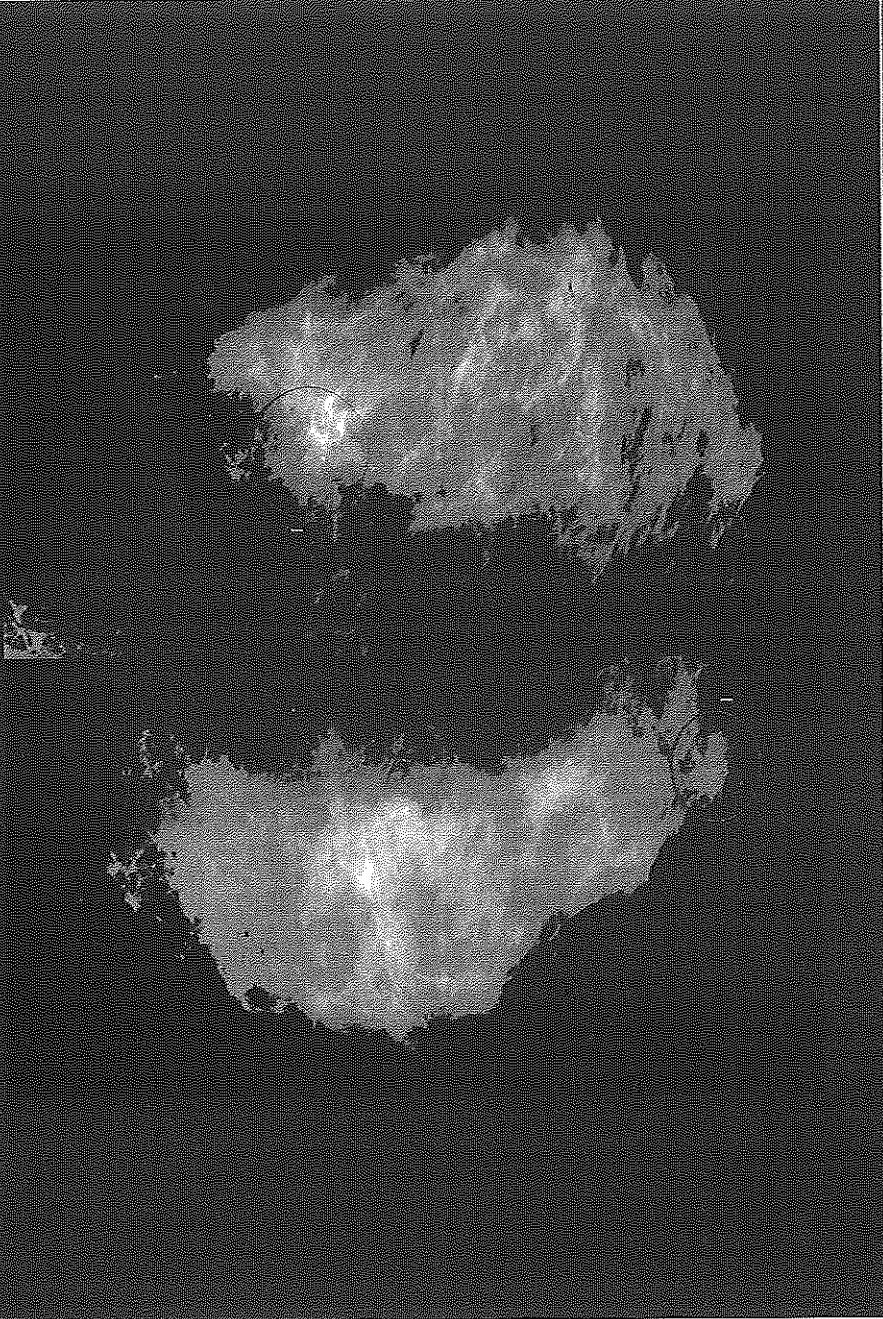


CA DUTTALE ASINTOMATICO



OSPEDALE LA MADDALENA - DIPARTIMENTO ONCOLOGICO DI III° LIVELLO - PALERMO 17/09/2004

CA DUTTALE ASINTOMATICO



OSPEDALE LA MADDALENA - DIPARTIMENTO ONCOLOGICO DI III° LIVELLO - PALERMO - 17/09/2004

CA DUTTALE CON MICROCALCIFICAZIONI



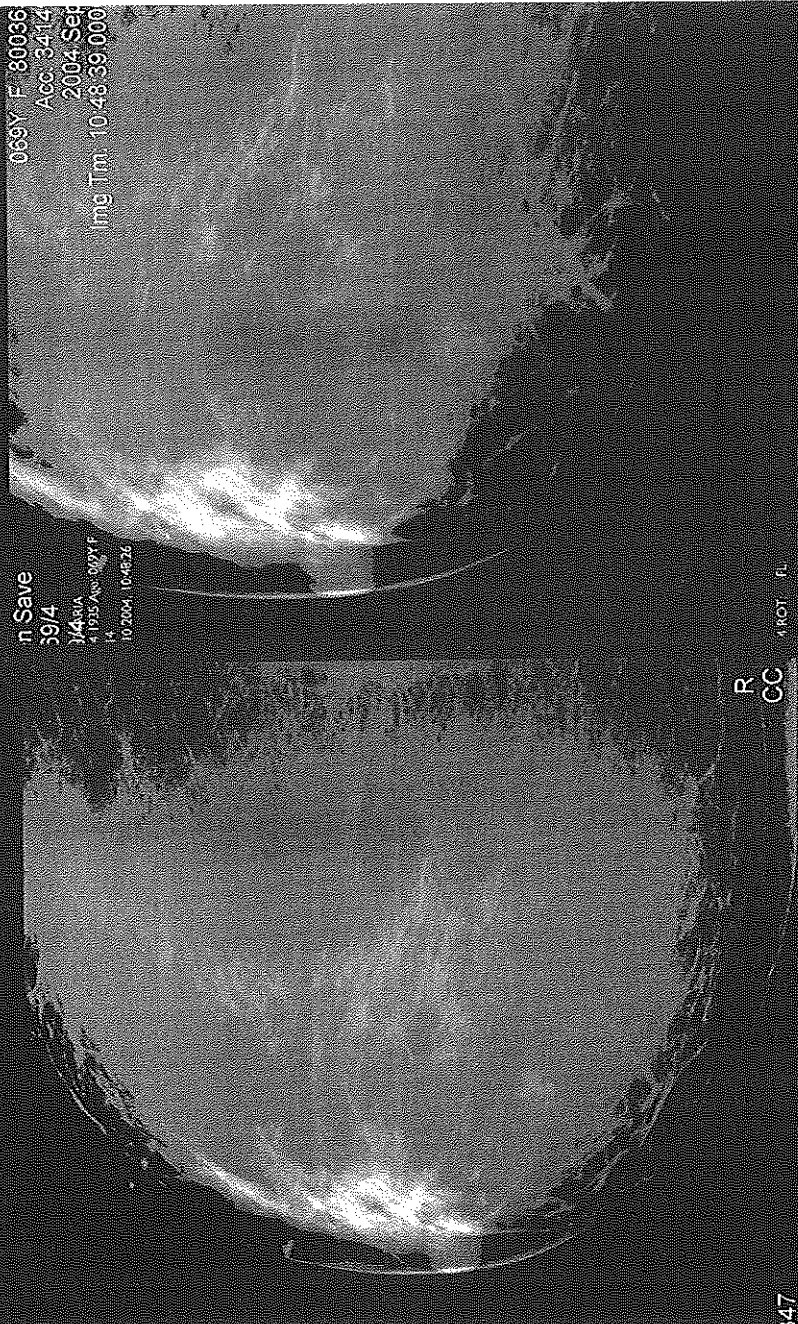
OSPEDALE LA MADDALENA - DIPARTIMENTO ONCOLOGICO DI III° LIVELLO - PALERMO - 17/09/2004

CADUTTALE ASINTOMATICO

n Save
39/4

14RIA
4.19.35 Age: 997YF
14
10/2004. 104826

069Y F 80036
Acc. 34/14
2004 Sep
img Tm: 10:48:39.000

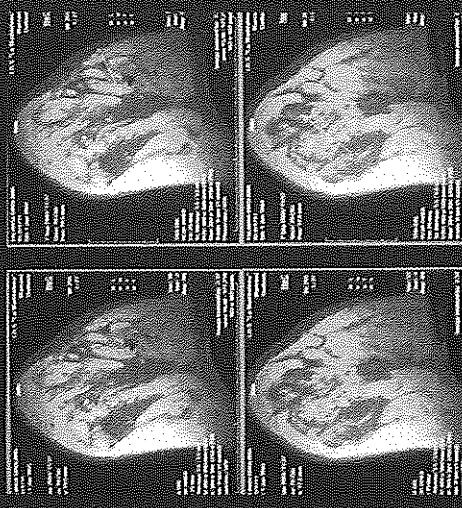
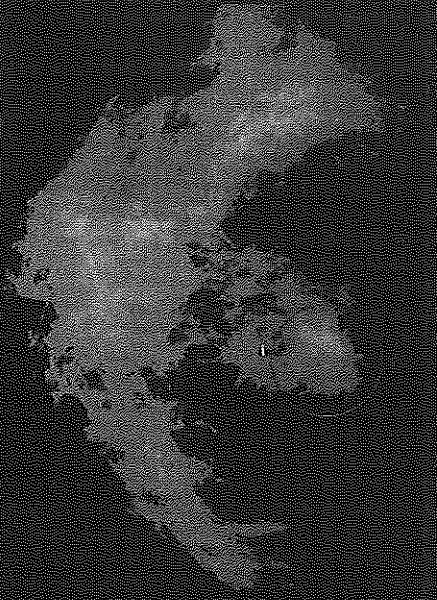
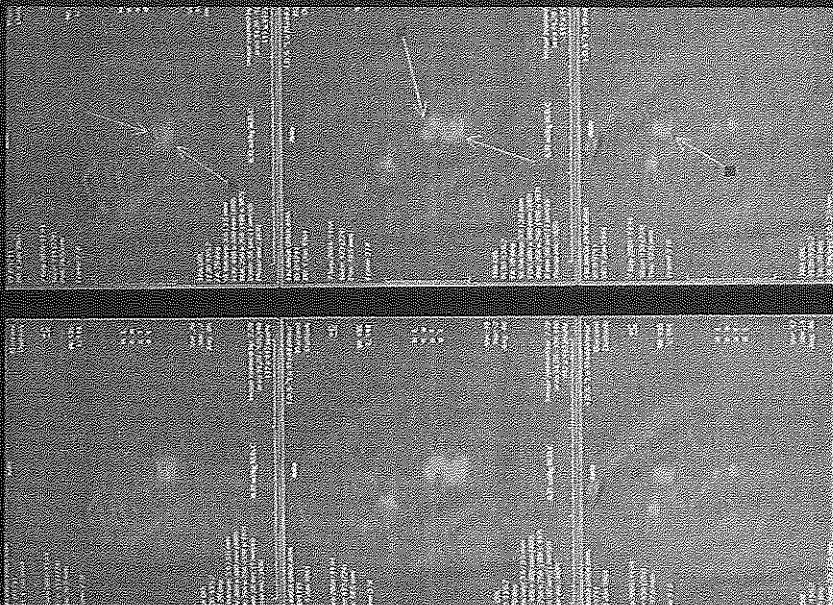


R
CC

1 PROT. FL.

347

IMAGING INTEGRATO: DR - MR



CARCINOMI DELLA MAMMELLA ASINTOMATICI
DIAGNOSTICATI CON MAMMOGRAFIA DIGITALE
NELLO STUDIO OSLO II

Numero di mammografie digitali effettuate

6997

Carcinomi asintomatici diagnosticati

41

Percentuale

0,59%

CARCINOMI DELLA MAMMELLA ASINTOMATICI
DIAGNOSTICATI MEDIANTE MAMMOGRAFIA DIGITALE
NEL PERIODO COMPRESO FRA IL 28.05.05 ED IL 30.06.04

Numero di mammografie digitali effettuate

3078

Ci. asintomatici diagnosticati ed asportati

11

Percentuale

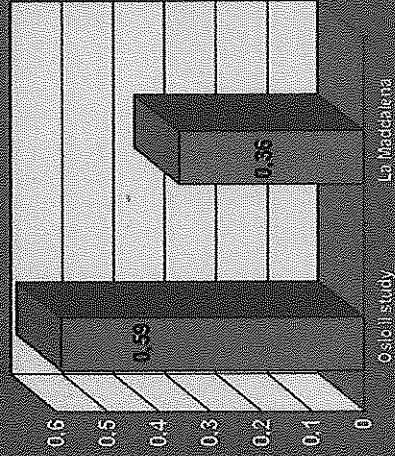
0,36%

Numero di casi sospetti non confermati

68

Percentuale

2,2%



SCREENING SENOLOGICO CLINICO - STRUMENTALE

- o Coinvolgimento dei medici di famiglia
- o Visita clinica e compilazione scheda
- o Prenotazione centri screening con allegata scheda clinica

SCHEDA DELLA PAZIENTE

Sig. Cod. Fiscale:

Nata il s. Via

Residente in ASL di appartenenza:

CAP Medico richiedente:

ESAME CLINICO

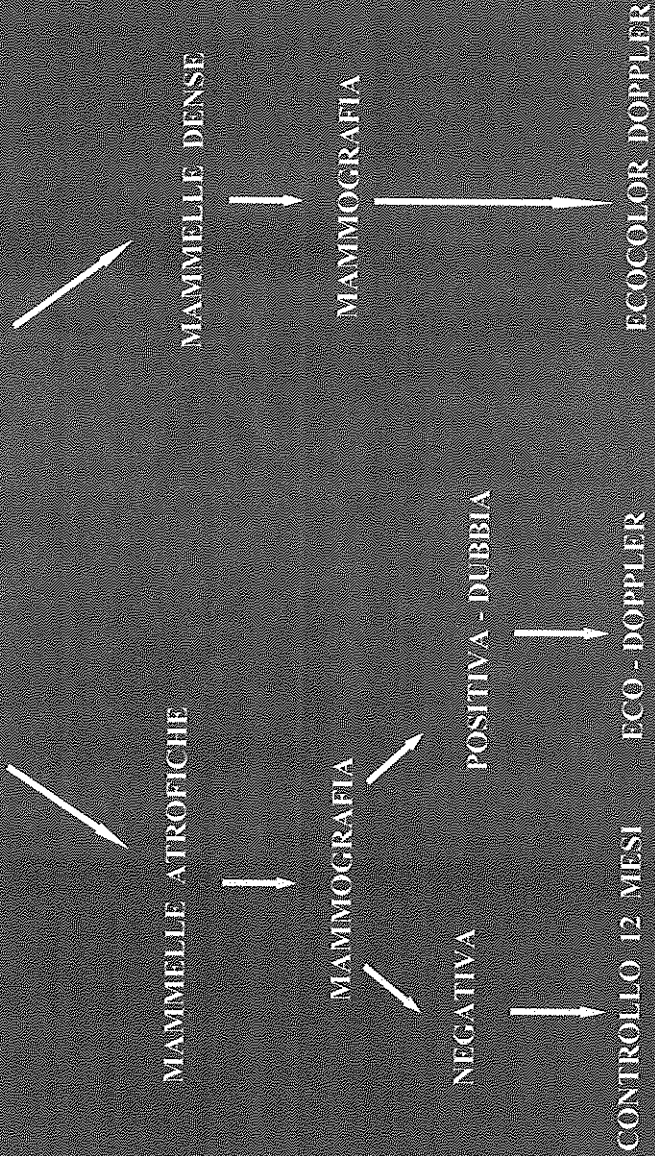
- RETRAZIONE CAPEZZOLO DX SX
- ALTERAZIONE CUTE DX SX
- NODULO PALPABILE DX SX
- LINFONODI ASCELLA DX SX

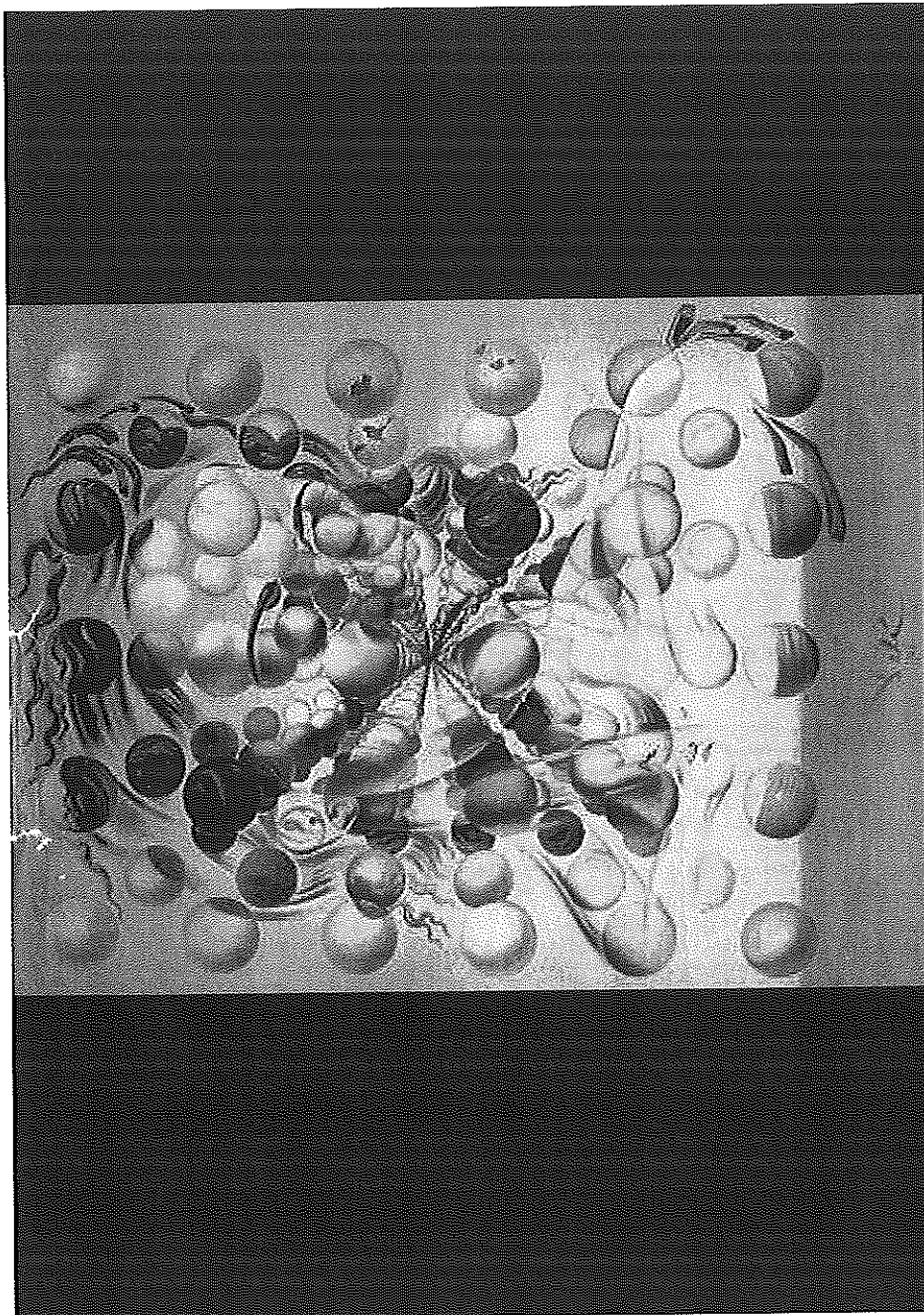
CONCLUSIONI

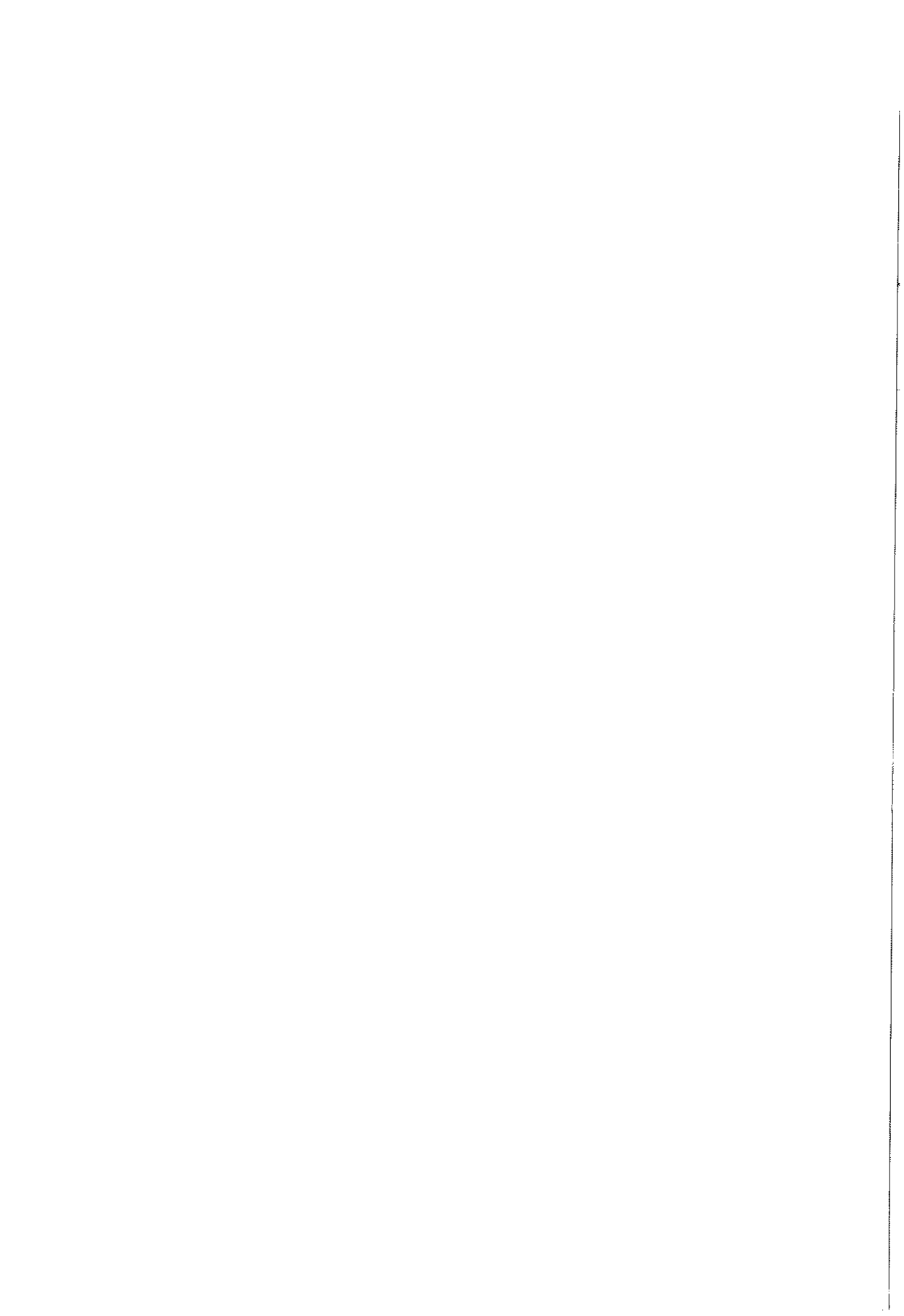
- TIPOLOGIA RISCHIO ALTA MEDIA BASSA
- TIPOLOGIA MAMMELLA ATROFICA DENSA

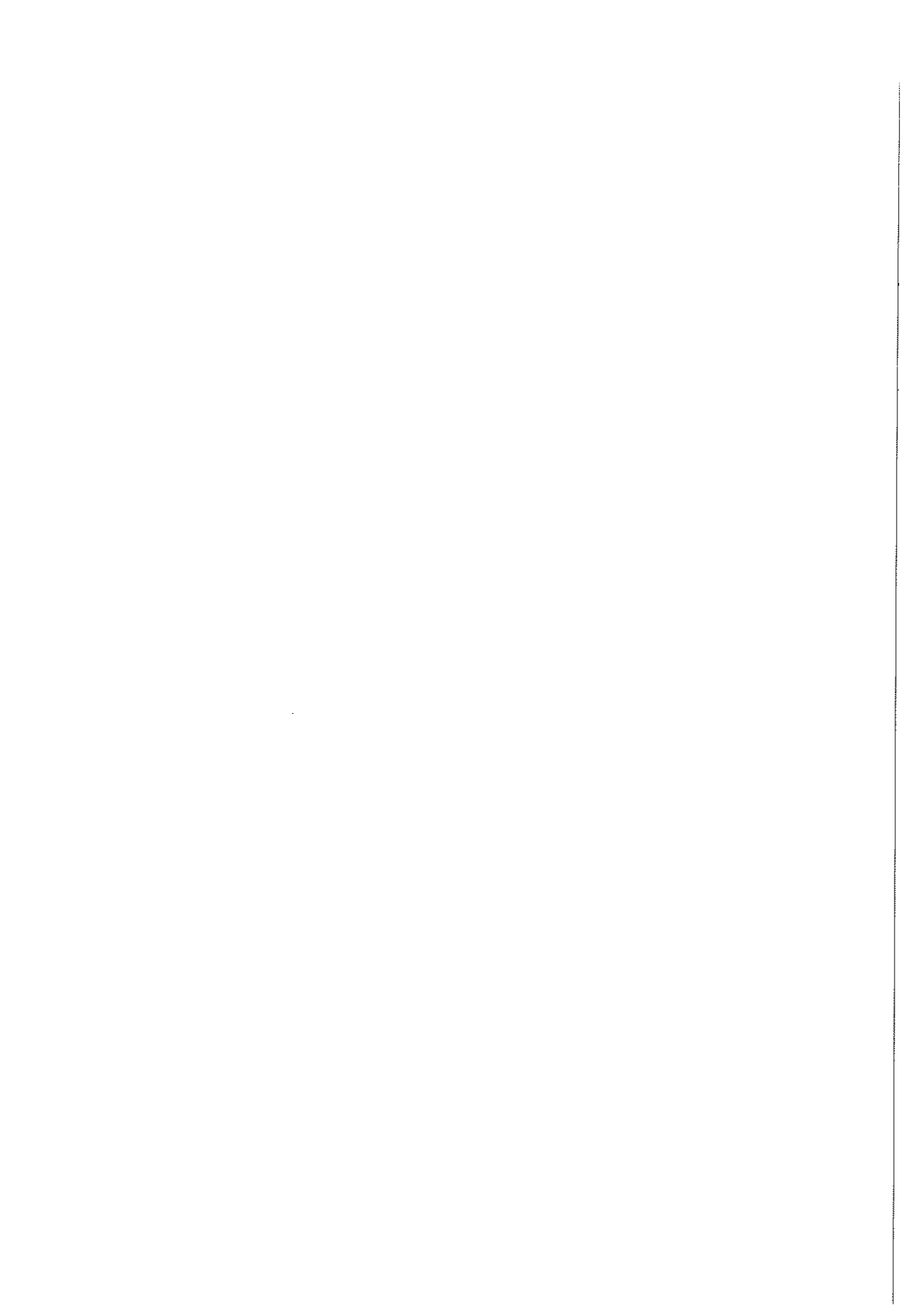
- ETÀ:
- PRECEDENTE CARCINOMA MAMMARIO MAMMELLA DX MAMMELLE SX
- NULLI PARTITA: SI NO
- ETÀ DEL PRIMO FIGLIO:
- ALLATTAMENTO SI NO
- ETÀ MENOPAUSA FISIOLOGICA:
- MENOPAUSA ARTIFICIALE (Ovarectomia bilaterale) SI NO
- TERAPIA CON ESTROGENI ESOGENI NON CONTRACCETTIVI SI NO
- OBESITÀ SI NO
- ANAMNESI FAMILIARE PER CANCRO
- MADRE SORELLA
 - ZIA MATERNA NONNA MATERNA
 - ZIA PATERNA NONNA PATERNA
- PATOLOGIA BENIGNA DELLA MAMMELLA SI NO
- DIETA ECCESSO DI GRASSI SATURI ECCESSO DI CALORIE
- FUMATRICE SI NO

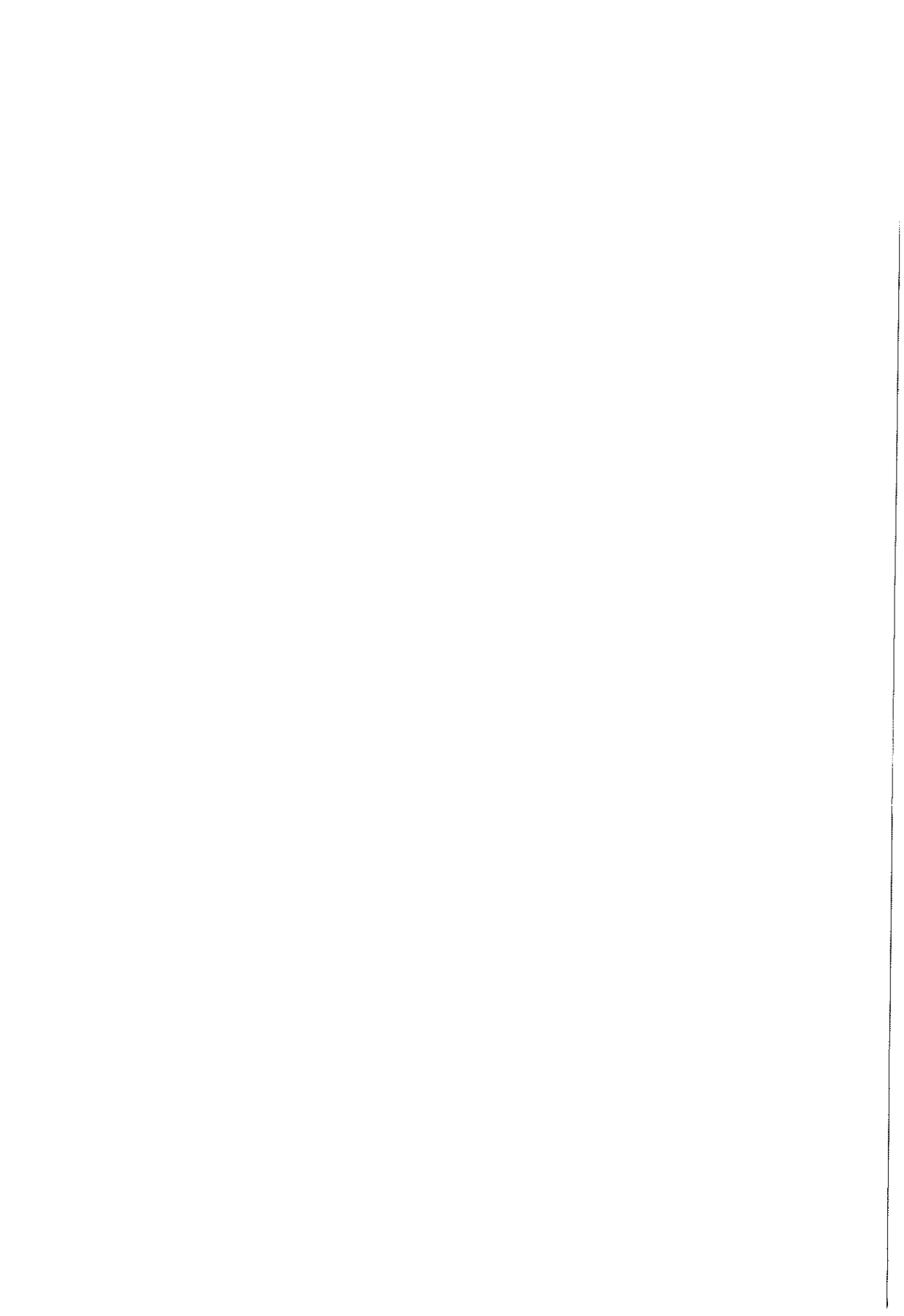
ITER DIAGNOSTICO

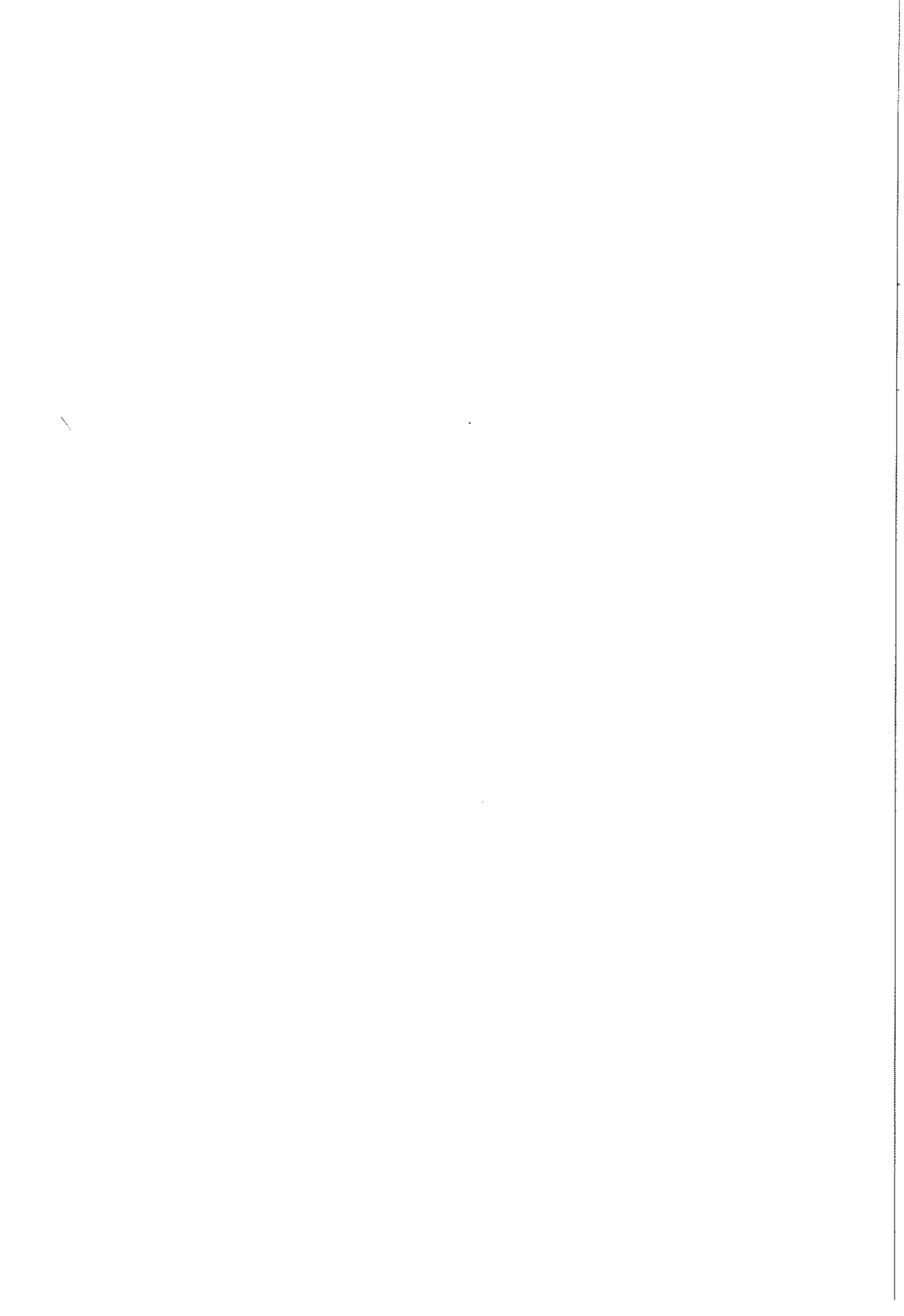


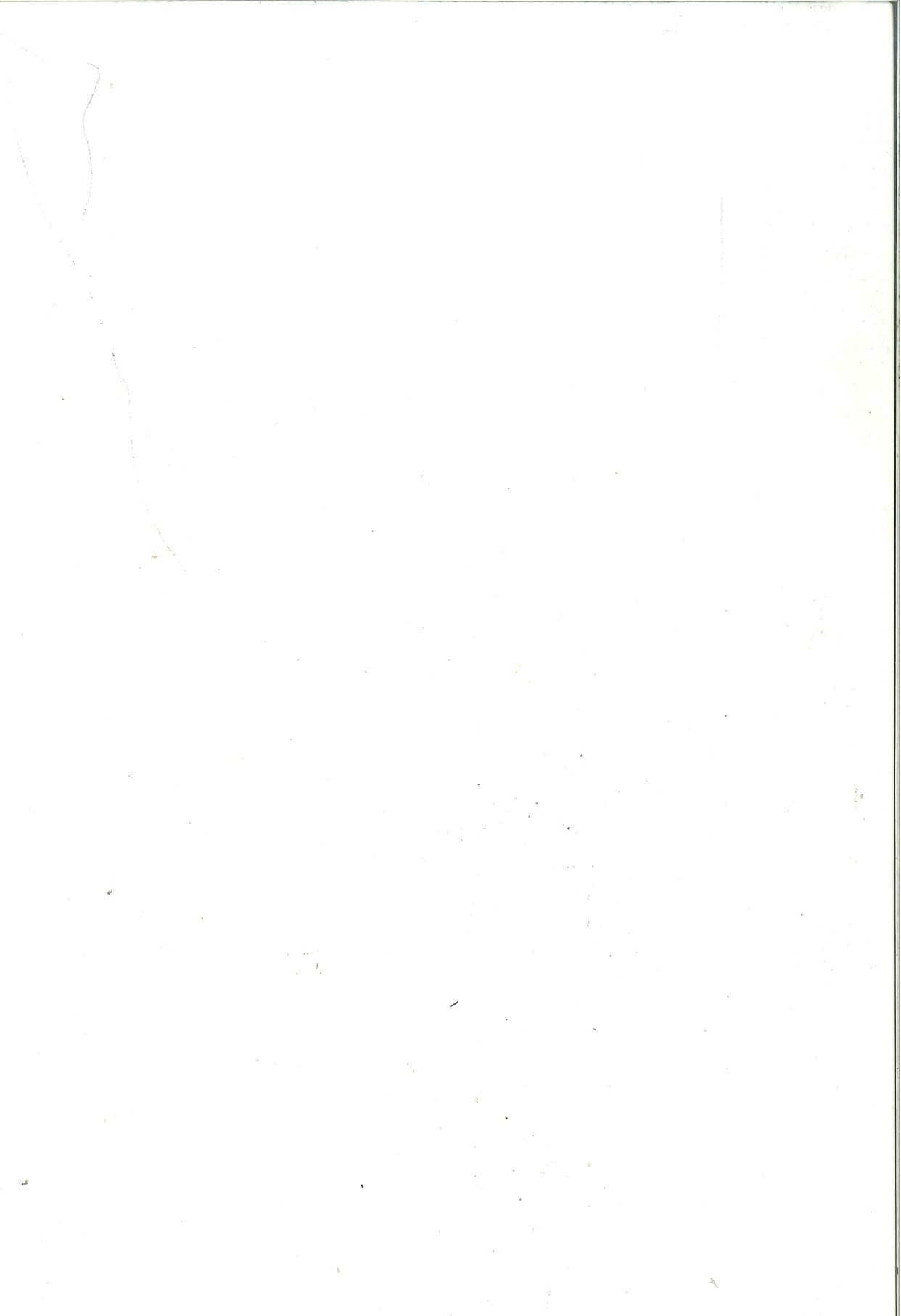














Ultime indagini conoscitive pubblicate dal Senato nella XIV legislatura

2. 6^a Commissione permanente del Senato della Repubblica (finanze e tesoro) Sui possibili fenomeni di riciclaggio connessi alla imminente circolazione dell'euro nel nostro Paese, Roma 2002
3. 12^a Commissione permanente del Senato della Repubblica (igiene e sanità) Sullo stato della Croce Rossa Italiana, Roma 2002
4. 13^a Commissione permanente del Senato della Repubblica (territorio, ambiente, beni ambientali) Sul dissesto idrogeologico della città di Napoli, Roma 2002
5. Commissione straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani. Il Senato e la tutela dei diritti umani, Roma 2003
6. 13^a Commissione permanente del Senato della Repubblica (territorio, ambiente, beni ambientali) Sulla situazione ambientale di Porto Marghera e sulla bonifica dei siti inquinati, Roma 2003
7. 13^a Commissione permanente del Senato della Repubblica (territorio, ambiente, beni ambientali) Sulla emergenza idrica nei centri urbani del Mezzogiorno e delle isole, Roma 2003
8. 12^a Commissione permanente del Senato della Repubblica (igiene e sanità) Sui problemi socio-sanitari connessi alla patologia osteoporotica, Roma 2003
10. 9^a Commissione permanente del Senato della Repubblica (agricoltura e produzione agroalimentare) Sulla situazione dell'approvvigionamento idrico con riferimento agli usi agricoli delle acque, Roma 2003
11. 13^a Commissione permanente del Senato della Repubblica (territorio, ambiente, beni ambientali) Sulle problematiche dell'inquinamento atmosferico nelle aree urbane, Roma 2003
12. 6^a Commissione permanente del Senato della Repubblica (finanze e tesoro) Sul settore dei giochi e delle scommesse, Roma 2003
13. 4^a Commissione permanente del Senato della Repubblica (difesa) Sul reclutamento e sulla formazione dei volontari di truppa dell'Esercito, Roma 2004
14. 6^a e 10^a Commissioni permanenti del Senato della Repubblica e VI e X Commissioni permanenti della Camera dei Deputati. Rapporti tra il sistema delle imprese, i mercati finanziari e la tutela del risparmio, Roma 2005
15. 12^a Commissione permanente del Senato della Repubblica (igiene e sanità) Fenomeni di denatalità, gravidanza, parto e puerperio in Italia, Roma 2005