



Senato
della Repubblica

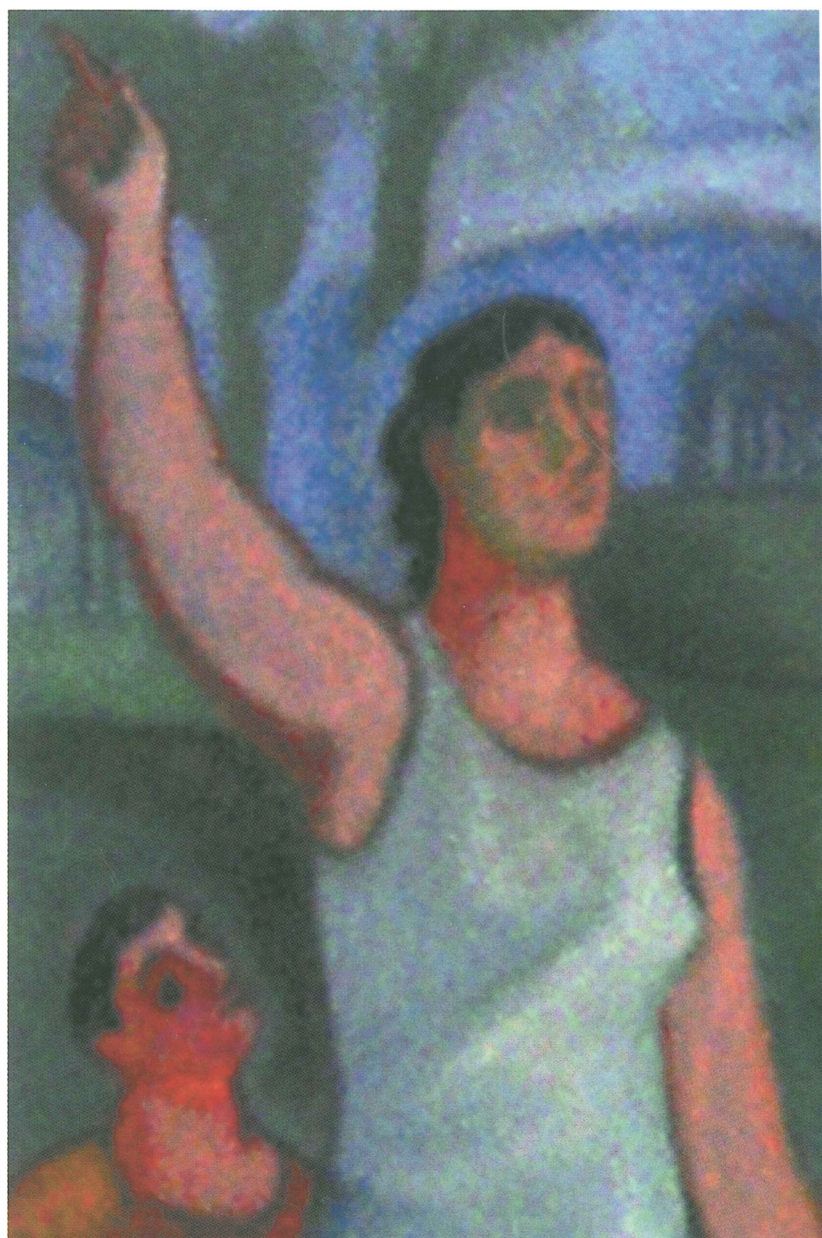
Iniziative di prevenzione del tabagismo e del tumore al seno in Italia volume I

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

Indagini conoscitive
n. 16



Senato
della Repubblica

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

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

Indagini conoscitive

n. 16
novembre 2005
XIV legislatura

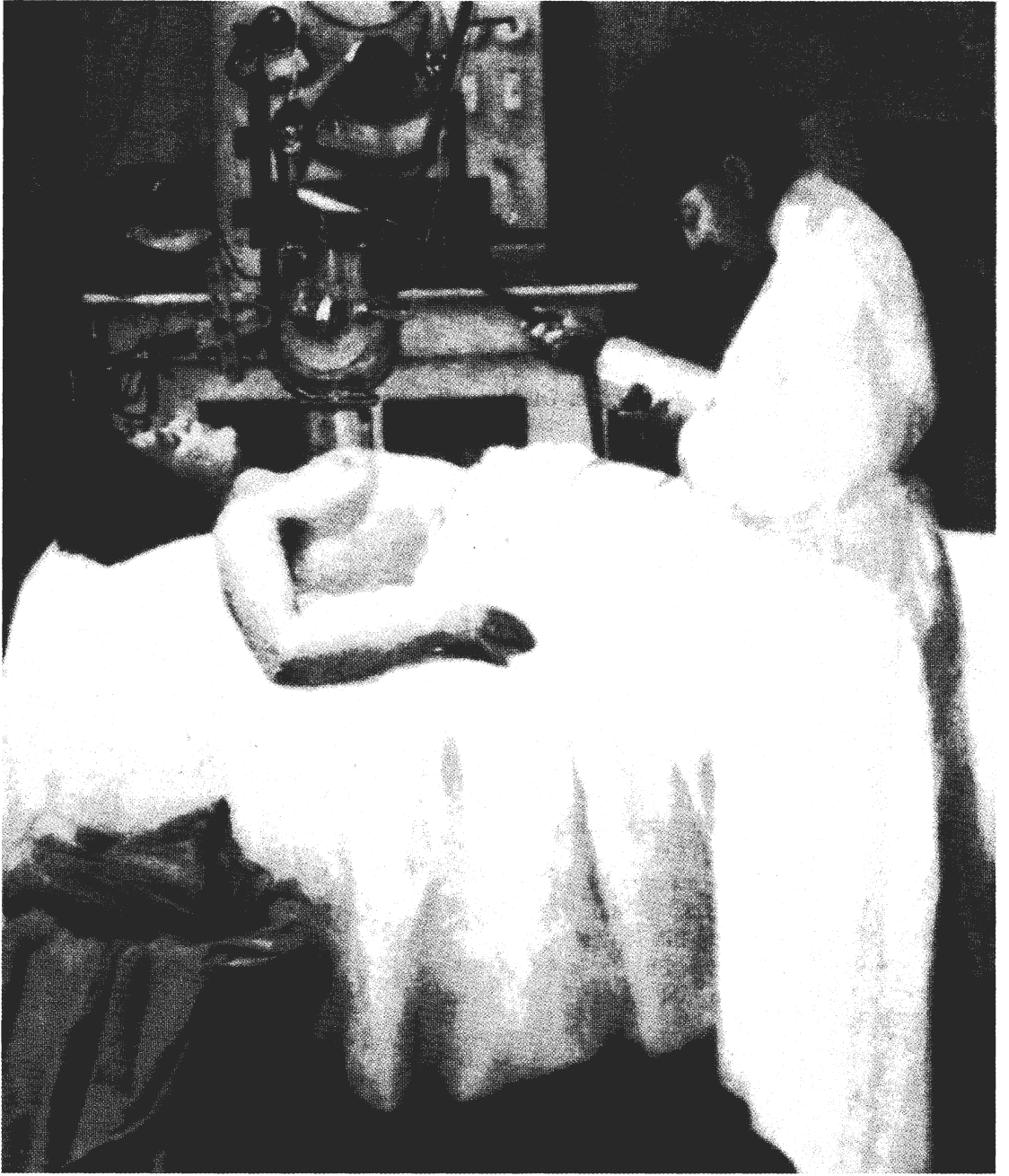
La presente pubblicazione è stata curata dall'Ufficio di segreteria della 12ª commissione permanente del Senato (igiene e sanità).

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.



12^a Commissione permanente (*)
(Igiene e Sanità)

Presidente

TOMASSINI Antonio, FI

Vicepresidenti

DANZI Corrado, UDC

MASCIONI Giuseppe, DS-U

Segretari

COZZOLINO Carmine, AN

BAIO DOSSI Emanuela, Mar-DL-U

Membri

ANGIUS Gavino, DS-U

BETTONI BRANDANI Monica, DS-U

BIANCONI Laura, FI

BOLDI Rossana, LP

CARELLA Francesco, Verdi-Un

CARRARA Valerio, FI

D'AMBROSIO Alfredo, Misto, Pop-Udeur

DANIELI Paolo, AN

DI GIROLAMO Leopoldo, DS-U

FALOMI Antonio, Misto, Cant

GAGLIONE Antonio, Mar-DL-U

LONGHI Alejandro, DS-U

ROLLANDIN Augusto Arduino Claudio, Aut

SALINI Rocco, Misto

SALZANO Francesco, UDC

SANZARELLO Sebastiano, UDC

TATÒ Filomeno Biagio, AN

TREDESE Flavio, FI

ULIVI Roberto, AN

(*) Alla data del 29 settembre 2005.

L'indagine conoscitiva sulle iniziative di prevenzione del tabagismo e del tumore al seno in Italia è stata deliberata dalla 12^a Commissione permanente in data 20 maggio 2004, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento.

L'indagine conoscitiva si è articolata nell'audizione di organismi istituzionali, società scientifiche, rappresentanti di categorie professionali e di cittadini.

Lo svolgimento dell'indagine conoscitiva ha inoltre compreso l'effettuazione dei sopralluoghi presso il Policlinico di Bari, l'Istituto Nazionale per lo studio e la cura dei Tumori, fondazione «Giovanni Pascale» di Napoli, l'Istituto Europeo di Oncologia di Milano, l'Ospedale «Busonera» di Padova, la casa di cura «La Maddalena» di Palermo.

L'indagine si è protratta fino al 27 luglio 2005, quando è stato approvato, con voto unanime della Commissione, il Documento conclusivo, del quale sono state relatrici le senatrici Emanuela Baio Dossi, Laura Bianconi e Rossanda Boldi.

I presenti volumi raccolgono gli atti dell'indagine o documenti comunque connessi al suo oggetto.

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 Cursi)	»	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'Agazia per i Servizi Sanitari Regionali, accompagnata dal dottor Bruno Rusticali, responsabile delle linee guida dell'Agazia)	»	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 dalla 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 chirurghi; 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

**1. DOCUMENTO CONCLUSIVO
DELL'INDAGINE CONOSCITIVA**

SENATO DELLA REPUBBLICA

XIV LEGISLATURA

Doc. XVII

n. 23

DOCUMENTO APPROVATO DALLA 12^a COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e Sanità)

nella seduta del 27 luglio 2005

Relatrici BIANCONI, BAIO DOSSI e BOLDI

A CONCLUSIONE DELL'INDAGINE CONOSCITIVA

proposta dalla Commissione stessa nella seduta del 20 maggio 2004, svolta nelle sedute del 14 luglio 2004, 20 luglio 2004, 22 settembre 2004, 28 settembre 2004, 6 ottobre 2004, 20 ottobre 2004, 27 ottobre 2004, 3 novembre 2004, 10 novembre 2004, 15 dicembre 2004, 19 gennaio 2005, 2 febbraio 2005, 16 febbraio 2005, 23 febbraio 2005, 26 luglio 2005 e conclusasi nella seduta del 27 luglio 2005

SULLE INIZIATIVE DI PREVENZIONE DEL TABAGISMO E DEL TUMORE AL SENO IN ITALIA

(articolo 48, comma 6, del Regolamento)

Comunicato alla Presidenza il 6 ottobre 2005

INDICE

1. <i>Introduzione</i>	<i>Pag.</i>	19
2. Parte I – <i>Tabagismo</i>	»	20
3. Parte II – <i>Tumore al seno</i>	»	28

DOCUMENTO CONCLUSIVO DELL'INDAGINE CONOSCITIVA SULLE INIZIATIVE DI PREVENZIONE DEL TABAGISMO E DEL TUMORE AL SENO IN ITALIA

1. INTRODUZIONE

2. PARTE I – *Tabagismo*

3. PARTE II – *Tumore al seno*

1. INTRODUZIONE

L'origine di questa indagine conoscitiva può essere fatta risalire – almeno per quanto riguarda l'aspetto del tumore al seno – alla mozione n. 194 sui tumori femminili, presentata dalla senatrice Bianconi il 15 ottobre 2003, con lo scopo di impegnare il Governo ad un'azione sempre più incisiva su questo tema, anche facendo propria la risoluzione adottata dal Parlamento europeo il 5 giugno dello stesso anno, che propone di fare della lotta contro il cancro del seno una priorità della politica sanitaria (cfr. resoconto stenografico della 476^a seduta dell'Assemblea, XIV legislatura). La risoluzione invita gli Stati membri a migliorare la prevenzione, ad impegnarsi riguardo a *screening*, diagnosi e cura, al fine di garantire in tutto il territorio europeo la massima qualità.

Il tumore al seno è il più frequente nella popolazione femminile e rappresenta la seconda causa di morte per tumore. Nel nostro Paese è la prima causa di morte delle donne nella fascia di età tra i trentacinque e i quarantaquattro anni. Circa 300.000 donne hanno avuto una diagnosi di tumore al seno, ogni anno sono 33.000 i nuovi casi.

Nell'ambito dell'indagine conoscitiva, diciotto audizioni specifiche e cinque visite in centri di eccellenza italiani hanno avuto lo scopo di fotografare la situazione italiana, confrontandola con altre realtà nazionali, e offrire indicazioni alle istituzioni competenti, partendo purtroppo dal dato oggettivo di una forte disomogeneità nelle possibilità di diagnosi e di cura nel territorio nazionale. Le differenze emergono non solo da confronti fra Stati europei o fra regioni italiane, ma anche da comparazioni tra singoli ospedali. Tali differenze, tuttavia, indubbiamente si traducono in notevoli variazioni in termini di sopravvivenza al tumore.

La ricerca ha dimostrato che l'intervento più efficace per la guarigione è la diagnosi precoce; infatti, se diagnosticato nella fase iniziale, il cancro al seno può essere vinto. Questo fa capire l'importanza strategica dello *screening* di massa e di qualità, poiché esso è in grado di diminuire

la mortalità nelle donne tra i cinquanta e i settanta anni di circa il 30 per cento e di ridurre l'invasività degli interventi.

Lo *screening* mammografico è previsto dal Servizio sanitario nazionale (SSN) da oltre venti anni. Nel 2001 aderì ai programmi di *screening* il 47 per cento delle donne italiane, con un massimo del 73 per cento in Liguria ed un minimo del 24 per cento in Sicilia. Si tratta di percentuali basse, dal momento che la copertura raccomandata è di almeno il 70 per cento. Spiccano inoltre le forti differenze su base territoriale. I dati sull'adesione riferiti all'anno 2000 sono i seguenti: 45,7 per cento al Nord, 58,2 per cento al Centro e 5,9 per cento al Sud. L'anno seguente si è passati al 60 per cento del Nord e al 76,6 per cento del Centro, mentre il Sud è rimasto ad un bassissimo 6 per cento.

Per quanto riguarda il tabagismo, occorre purtroppo rilevare che il comportamento della componente femminile della popolazione italiana è in controtendenza rispetto al totale della popolazione. Il numero delle fumatrici è stimato in circa 5,3 milioni e si prevede che aumenterà nei prossimi anni fino a raggiungere i 6 milioni. Questo fenomeno va analizzato anche alla luce della sua portata economica, in ragione di un fatturato pari a sessanta volte il bilancio dell'Organizzazione mondiale della sanità.

Nel corso dell'indagine conoscitiva si sono svolte cinque audizioni specifiche; sono stati analizzati e approfonditi gli aspetti della prevenzione, della ricerca sulla disaffezione e della riduzione del rischio.

2. PARTE I – *Tabagismo*

Confronto fra Paesi occidentali

L'abitudine al fumo costituisce uno dei maggiori fattori di rischio nello sviluppo di alcune patologie (neoplastiche, cardiovascolari e respiratorie), tanto che, per l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), il fumo di tabacco rappresenta la seconda causa di morte nel mondo. Secondo i dati della stessa OMS, ammontano ad alcuni milioni l'anno le vittime connesse con il fumo di tabacco. La situazione è destinata a peggiorare: i decessi dovuti al fumo sono, infatti, aumentati in modo preoccupante negli ultimi trent'anni. Nel 1965, l'OMS stimava le vittime del tabagismo a circa 800.000 l'anno, di cui 700.000 nei Paesi industrializzati. Ora, in questi ultimi anni, i decessi dovuti al fumo sono 2,5 milioni all'anno per gli uomini e 1,5 milioni per le donne. Un recente studio pubblicato ha avuto l'obiettivo di ristabilire le giuste proporzioni tra fumo e inquinamento ambientale (Kunzli N., et coll. *Public – Health Impact of Outdoor and Traffic – Related Air Pollution: a European Assessment*, in «The Lancet», 2000); tale lavoro valuta i danni da inquinamento ambientale in tre Paesi europei (Svizzera, Francia e Austria) e conclude che l'inquinamento atmosferico è causa del 6 per cento della mortalità, contro il 20 per cento della mortalità dettata dal fumo, con un'incidenza di circa 40-50.000 decessi l'anno, contro i 65.000 decessi registrati a causa del

fumo da tabacco. Secondo i dati più recenti forniti dall'OMS si registrano ogni anno, nel mondo, circa 4 milioni di morti per malattie derivanti dal tabacco; si tratta di un dato destinato a crescere, secondo stime che indicano un numero di morti pari a 10 milioni annui negli anni 2020-2030. E il 70 per cento di queste morti riguarderanno i Paesi più sviluppati. Il fenomeno coinvolge oltre un miliardo di persone, trecento milioni delle quali vivono in Occidente, più di dieci in Italia. Nonostante il consumo di tabacco sia complessivamente in diminuzione nei Paesi ricchi, mostra una preoccupante tendenza in senso opposto sia nelle nuove generazioni, sia nel sesso femminile. È in decisa crescita, inoltre, nei Paesi in via di sviluppo. Negli ultimi trent'anni la percentuale di fumatori in Europa si è ridotta dal 45 al 30 per cento nella popolazione adulta; tuttavia la tendenza globale negli ultimi tempi è relativamente costante, con un declino solo lieve dagli anni Novanta ad oggi. Nel 2001 fumavano il 38 per cento degli uomini e il 23 per cento delle donne, pur con ampie differenze di numeri all'interno dei singoli Stati. Tra i giovani l'abitudine tabagica coinvolgeva il 27-30 per cento dei soggetti: una quota leggermente in rialzo e che, comunque, non ha registrato flessioni dalla seconda metà degli anni Novanta ad oggi. In Italia, in particolare, fumano attualmente il 22 per cento degli adolescenti maschi e ben il 28 per cento delle adolescenti femmine. Circa 85.000 persone all'anno in Italia, peraltro, muoiono per cause collegate al fumo (ISTAT, 2001).

Incidenza sulle varie fasce di età della popolazione

L'incidenza del tabagismo, emersa dallo studio *Euroaspire II*, condotto in nove Paesi europei (Repubblica ceca, Finlandia, Francia, Germania, Ungheria, Italia, Paesi Bassi, Slovenia e Spagna) e pubblicato sul «Lancet», non si è modificata negli ultimi anni. In particolare, non ci sono state variazioni rispetto a quanto rilevato in un primo studio, realizzato tra il 1995 e il 1996, secondo cui l'incidenza del tabagismo era del 20 per cento circa. Dopo quattro anni lo studio ha analizzato quanti malati seguono le regole consigliate per un'efficace prevenzione, confrontando questi dati con quelli raccolti nella ricerca precedente (*Euroaspire I*, condotto quattro anni prima nei medesimi Paesi). Ebbene, il fenomeno del tabagismo è risultato avere un'incidenza maggiore e una preoccupante tendenza ad aumentare tra i più giovani, dove 4 su 10 fumano. Nei gruppi di popolazione dove l'uso della sigaretta è diffuso da decine d'anni, il 90-95 per cento dei casi di cancro polmonare, l'80-85 per cento di quelli di bronchite cronica e d'enfisema polmonare, il 20-25 per cento dei decessi per cardiopatia ed incidenti cerebrovascolari sono dovuti al fumo. I fumatori sono più numerosi delle fumatrici (grafico 1): nei Paesi occidentali fuma il 40 per cento della popolazione maschile, e nei Paesi in via di sviluppo il 40-60 per cento; per le donne le percentuali sono rispettivamente del 20-40 per cento e del 2-10 per cento. In Italia fuma il 31,5 per cento degli uomini e il 26,6 per cento delle donne. Queste differenze percentuali tra uomo e donna giustificano i tassi d'incidenza delle malattie fumo-cor-

relate, specie quelle dell'apparato respiratorio. Un italiano su 3 dopo i quindici anni è fumatore di oltre cinque sigarette al giorno; la massima prevalenza si ha fra i trenta e i quarantanove anni, con una media di quindici sigarette al giorno. Fra le donne, le emiliane sono al primo posto con il 35 per cento di fumatrici; le laziali con il 31 per cento sono al secondo; seguono le sarde con il 12 per cento. Sembra che solo il 3 per cento delle fumatrici decida di abbandonare definitivamente la sigaretta, mentre la disponibilità dei maschi «pentiti» sarebbe del 15 per cento. Negli Stati Uniti il tumore del polmone nella popolazione fumatrice, ha quasi raggiunto, in termini di incidenza, il tumore della mammella, tanto che ora è diventato la causa principale di mortalità per cancro nelle donne. All'inizio degli anni Cinquanta, il tumore della mammella era 7-8 volte più frequente rispetto al tumore del polmone nelle donne. A partire dalla metà degli anni Settanta la mortalità per tumori del polmone è aumentata del 50 per cento per le donne, contro il 3 per cento per gli uomini. In Italia, come ricordato, il tabagismo provoca circa 85.000 morti all'anno. Si ritiene infatti che venti sigarette al giorno riducano in media di 4-6 anni la vita di un fumatore. Tale riduzione sale a 8,3 anni fumando quaranta sigarette al giorno. L'aumento del tasso di mortalità riguarda soprattutto coloro che fumano sigarette ed è più elevato in fumatori che inalano profondamente il fumo nei polmoni. Importante è sottolineare gli aspetti comportamentali del tabagismo: solo il 2 per cento dei fumatori è in grado di trasformare la sua abitudine in evento occasionale o intermittente, e solo il 15 per cento è capace di smettere permanentemente.

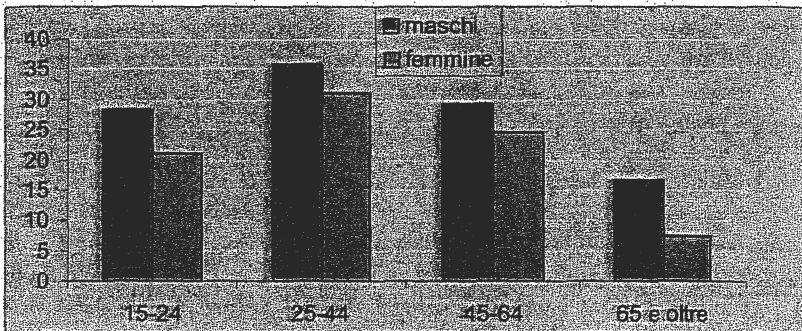


GRAFICO 1 Prevalenza dei fumatori per sesso e classe d'età: valori percentuali (anno 2005) OSSFAD, Istituto Superiore di Sanità – Indagine DOXA 2005

Giovani

Uno studio commissionato nel 2003 alla DOXA dall'Osservatorio fumo, alcol e droga ha messo in evidenza che, in quello stesso anno, nell'ampia fascia di età dai quindici ai ventiquattro anni, la quota di fumatori è del tutto simile a quella rilevata nelle altre classi d'età (il 32,6 per cento

dei maschi e il 20,7 per cento delle femmine). In tale studio, se da un lato i dati sui giovani sono ancora molto alti in percentuale, dall'altro però la tendenza sembra essere positiva, con un calo dei giovani fumatori dal 34,1 per cento del 2001, al 29,1 per cento del 2002 e al 26,8 per cento del 2003. In Italia, nel 2001, si è abbassata sempre di più l'età in cui si comincia a fumare e, se l'età della prima sigaretta è intorno ai tredici anni, 6-7 ragazze su 10 la anticipano addirittura a dodici anni. Tra i giovanissimi, inoltre, il 70 per cento dei maschi e l'80 per cento delle femmine non disapprovano il consumo casuale di sigarette, perché non ne riconoscono il rischio. Il fatto che dal 1993 a oggi, in Europa come in Italia, siano progressivamente in aumento i giovanissimi, ossia gli adolescenti, ancora in età scolare, che fumano, dimostra che la prevenzione a livello comunitario ha avuto delle falle, mentre, parallelamente, le multinazionali del tabacco hanno adeguatamente studiato il campione di popolazione a cui indirizzare le proprie campagne pubblicitarie, cioè la fascia più giovane. Esse spendono ogni anno il 6 per cento dei loro introiti in pubblicità, sponsorizzando in particolar modo eventi sportivi a cui partecipano, in larga misura, i giovani. Si tratta di adolescenti fra i tredici e i diciassette anni, in maggioranza ragazzi, i quali abitano al nord e fumano in media sette sigarette al giorno, che comprano quasi sempre da soli. Non lo fanno per bisogno, ma per imitare i grandi, in particolare i loro beniamini televisivi; tuttavia, nonostante tutto, fumano meno rispetto a tre anni fa. È questo l'*identikit* del giovane italiano con il vizio della sigaretta tracciato dall'Osservatorio su fumo, alcol e droga dell'Istituto superiore di sanità in occasione del V Convegno nazionale su tabagismo e SSN. Emergono, però, anche alcuni dati confortanti. Il primo mostra che l'attrazione delle «bionde» sui giovani è in diminuzione e che, a smettere o a non iniziare affatto, sono soprattutto le ragazze, forse per paura degli effetti antiestetici che la nicotina esercita sulla pelle, grazie alle campagne informative promosse e divulgate dai media. Negli ultimi tre anni, infatti, nella fascia di età dai quindici ai ventiquattro anni, i fumatori maschi sono passati dal 37,7 per cento al 32,6 per cento e le femmine dal 30,4 per cento al 20,17 per cento (grafico 2). La seconda buona notizia è che gli adolescenti non sono quasi mai dipendenti dal fumo, il che lascia aperta la porta alla possibilità di interventi efficaci. Raggiungono difficilmente, infatti, un alto grado di assuefazione, che si instaura solo dopo alcuni anni, soprattutto nella fascia di età tra i diciotto e i ventiquattro anni (tabella 1). Altro problema è l'accesso al processo del tabagismo: l'acquisto. L'87 per cento dell'esercito dei giovani fumatori acquista personalmente le sigarette, mentre solo il 13 per cento se le fa comprare da altri. Non è irrilevante, però la quota di coloro che si servono presso i distributori, che è pari al 35 per cento, di cui oltre la metà vi accede una volta alla settimana. La maggior parte di loro, inoltre, ha meno di sedici anni; l'acquisto da parte loro di tabacco dà luogo alle fattispecie di cui all'articolo 25 del testo unico delle leggi sulla protezione ed assistenza della maternità ed infanzia di cui al regio decreto 24 dicembre 1934, n. 2316, e all'articolo 730 del codice penale, che prevedono, a carico del venditore, rispettivamente una

sanzione amministrativa ed un'ammenda. A nulla sembra essere valsa nemmeno la circolare n. 56933/2003 del Monopolo di Stato, che stabilisce di non far funzionare distributori automatici di sigarette in determinate fasce di orario, a rischio per i giovanissimi.

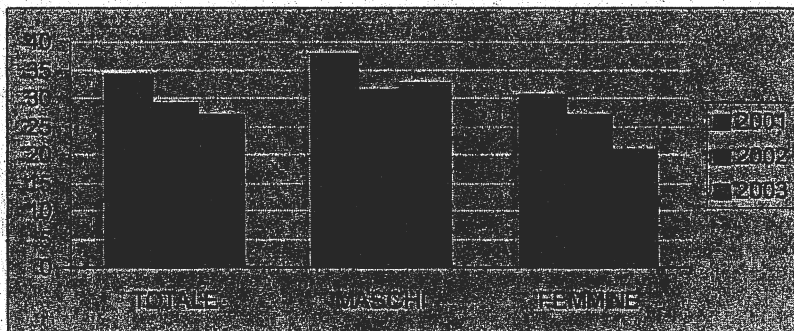


GRAFICO 2 Fumatori correnti fra i giovani di 15-24 anni – confronto 2003-2001 (valori percentuali)

	Totale Fumatori	15-17 anni	18-20 anni	21-24 anni
Base	1837	49	141	190
Bassissima dipendenza	42,8%	70,1%	65,4%	46,5%
Bassa dipendenza	28,6%	23,7%	18,5%	33,9%
Media dipendenza	11%	3,4%	7,5%	11,3%
Alta dipendenza	13,8%	2,8%	8,6%	7,2%
Altissima dipendenza	3,8%	0%	0%	1,1%

TABELLA 1 Classificazione dei fumatori secondo il grado di dipendenza da nicotina (test di Fagerström)

Normativa

Per quanto riguarda il nostro Paese, la regolamentazione del divieto di fumare in determinati locali e sui mezzi di trasporto pubblico trova

la sua fonte, innanzitutto, nella legge 11 novembre 1975, n. 584. Fra i locali individuati dall'articolo 1 si ricordano le corsie di ospedale, le aule delle scuole, i locali chiusi adibiti a pubblica riunione, le sale chiuse di spettacolo cinematografico o teatrale, le sale da ballo, le biblioteche, le pinacoteche e le gallerie. Oltre alle sanzioni amministrative e pecuniarie, sono previste norme per stabilire le caratteristiche tecniche degli ambienti per la richiesta dell'esenzione dall'osservanza del divieto. Tali caratteristiche sono state successivamente precisate dal decreto del Ministro per la sanità 18 maggio 1976, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 133 del 20 maggio 1976, recante disposizioni in ordine agli impianti di condizionamento o ventilazione. Per quanto riguarda poi il divieto di fumo nelle ferrovie, nei compartimenti e nei veicoli ferroviari, nonché in metropolitane, funivie e in tutti i mezzi di trasporto pubblici, è intervenuto il decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 753.

La materia è stata spesso oggetto anche di pronunce giurisprudenziali che hanno tuttavia il limite di vincolare esclusivamente le parti in causa. Si segnala al riguardo la sentenza n. 462 del 1995 della prima sezione del Tribunale amministrativo regionale del Lazio, che impone il divieto di fumare in tutti quei locali, pubblici e privati, in cui vengano espletati servizi di pertinenza della pubblica amministrazione. Recente, invece, è il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 23 dicembre 2003, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 300 del 29 dicembre 2003, in materia di «tutela della salute dei non fumatori», il quale reca nuove norme anti-fumo che i locali pubblici devono rispettare per ridurre il più possibile l'esposizione ai pericoli del fumo passivo.

Anche il fumo passivo, infatti, è stato ufficialmente classificato dall'Agencia internazionale per la ricerca sul cancro (IARC) come agente cancerogeno di tipo 1, assolutamente da bandire per i suoi danni ormai accertati alla salute. Infatti, come per molte altre patologie, il principale strumento di contrasto delle patologie fumo-correlate è la prevenzione. In Italia, un significativo e importante passo avanti in tal senso è stato fatto con l'entrata in vigore, il 10 gennaio 2005, delle disposizioni di cui all'articolo 51 della legge 16 gennaio 2003, n. 3, che vieta il fumo nei locali aperti al pubblico. Detta legge si propone, pertanto, di promuovere la tutela della salute dai danni derivanti dal fumo di tabacco e dalla involontaria esposizione allo stesso nei luoghi pubblici.

Proposte

L'avvenire del mondo è racchiuso nel modo in cui gli adulti saranno stati capaci di comunicare con i bambini e i giovani, gli unici che potranno migliorarlo in maniera profonda e sostenibile. Questo vale per tutte le grandi questioni, compresa la lotta contro il tabagismo.

Questa indagine può essere un primo passo per monitorare costantemente il fenomeno del tabagismo, al fine di interessare non solo le istituzioni, le quali nell'ultimo periodo hanno cercato di arginare il problema, pur con le falle cui si è accennato, ma per creare un ponte tangibile

con i fumatori e con chi, soprattutto, si avvicina per la prima volta al fumo.

Il rispetto della normativa, al fine di percorrere questo ponte, è fondamentale, tuttavia a nulla serve imporre delle regole, se poi queste vengono disattese con facilità. Un esempio concreto sono le scritte, piuttosto incisive, che la legge ha imposto di stampare sui pacchetti di sigarette. Come dimostra uno studio sottoposto all'attenzione della Commissione, esse rimangono poco impresse nei fumatori e non incidono nei parametri di inversione di tendenza.

Poiché è difficile spiegare che la semplice combustione del tabacco genera, sempre insieme a decine di agenti irritanti e altrettanti cancerogeni, il monossido di carbonio, un gas velenoso responsabile di ipossia ed ischemia, e che, pertanto, non è ipotizzabile isolare nel fumo di tabacco sostanze totalmente innocue, tra le 4.000 diverse prodotte da tale processo. E' comunque auspicabile che vengano ripresi i lavori di ricerca per prodotti meno tossici interrotti, per cercare di ridurre al massimo i rischi, prevedendo incentivi per chi si dedica con risultati a questo impegno. La lotta all'epidemia dei danni da fumo dovrebbe partire da premesse sulla comunicazione con l'infanzia e la gioventù, al fine di individuare gli strumenti più efficaci di intervento. Per agire correttamente, occorre conoscere bene il carattere e le dimensioni del problema. È necessario quindi raccogliere tutti i dati disponibili, analizzarli, individuarne le tendenze, risalire alle origini, decidere la strategia. Soltanto a questo punto è possibile sperare di ottenere risultati efficaci.

Occorre preliminarmente tracciare un quadro obiettivo della situazione esistente, mettendo insieme dati e informazioni disponibili e catalogarli, in maniera da rendere poi possibili indagini e ricerche a carattere mirato o generale. I mutamenti nel settore della comunicazione sono talmente rapidi che gli interventi necessari possono risultare inadeguati ed obsoleti, se non fondati su un continuo aggiornamento. Ne deriva la vitale necessità di analizzare le tendenze emergenti in questo settore per consentire, in una fase successiva, di anticipare quanto più possibile i problemi e, in vista di questi ultimi, adeguare continuamente e tempestivamente la programmazione delle misure opportune. Da quanto emerso, quindi, la lotta contro il tabagismo dovrà svilupparsi secondo le seguenti sei fasi.

La prima riguarda la comunicazione, rivolta soprattutto ai giovani ed ai bambini, per dirigere poi la raccolta dei dati verso la specifica problematica della propensione e della diffusione del tabagismo nel mondo giovanile. Quest'ultimo, in particolar modo, viene spesso confuso da messaggi contraddittori che gli vengono riservati: da un lato si vieta il fumo, dall'altro si permette alle multinazionali del tabacco di sponsorizzare eventi sportivi o accessori per l'attività fisica. L'obiettivo, che si spera potrà essere sempre più largamente condiviso, è, quindi, la promozione di messaggi chiari, inequivocabili, univoci, che tendano allo sviluppo sano ed armonioso dei nostri giovani. Tanto più che, come ricordato in precedenza, fino all'età adolescenziale è più difficile che si crei dipen-

denza, dunque sarà più semplice, non solo prevenire, ma soprattutto intervenire per reprimere forme di assuefazione.

La seconda consiste nell'elaborazione critica della massa di informazioni così raccolte. Si tratta di un'attività di elevata specializzazione. Occorre captare i messaggi, identificare ed isolare – dall'enorme flusso di quelli disponibili – i più significativi, analizzarli, interpretarli, elaborarli, stabilirne le dimensioni e l'impatto sociale, prevedendone sviluppi e mutamenti successivi, metterli in relazione con quelli di altri settori anche molto lontani – dall'economia all'arte – per tracciarne un quadro d'insieme. Genitori, insegnanti e ogni altro soggetto, operante in contatto con tali fasce di età, sono anch'essi martellati da messaggi parziali e contraddittori e quindi costretti a trovare in definitiva da soli i propri modi di comunicare, dopo aver formulato un giudizio sulla grande massa di comunicazione di varia origine destinata ai bambini e ai giovani loro affidati. Si tratta pertanto di uno sforzo a titolo individuale, con risultati sempre più inadeguati e ridotti rispetto all'entità dell'impegno necessario, data la costante espansione e diversificazione del mondo della comunicazione. Perché questo sforzo possa essere ridimensionato, fino ad ottenere rapporti accettabili fra impegno e risultati, occorre, quindi, progettare un servizio di consulenza, a carattere generale o mirato a particolari esigenze, al servizio delle categorie in vario modo interessate, a una positiva comunicazione destinata all'infanzia. Alle pubbliche amministrazioni tale consulenza è in particolare utile per programmare i necessari interventi in materia.

La terza consiste nel tradurre i risultati di tali attività nel linguaggio delle istituzioni, al fine di facilitarne i necessari interventi e in quello operativo, del mondo dell'impresa della comunicazione, per contribuire, quanto più possibile, ad indirizzarla al rispetto per l'infanzia e la gioventù. Il fenomeno deve essere affrontato sulla base di una raccolta di dati estesa a tutti gli aspetti della vita dei giovani, fra loro intimamente interconnessi, in cui si pone anche il tabagismo, ricordando al giovane, come all'adulto, che non è mai tardi per decidere di smettere di fumare.

La quarta fase concerne il controllo delle immagini trasmesse dai *media*. Se, infatti, da un'indagine condotta dall'Istituto superiore della sanità nel 2003, risulta che ogni 32 minuti, dai canali nazionali pubblici e privati, vengono trasmesse immagini di persone che fumano e, nel 62 per cento dei casi, l'azione è associata a figure positive, risulta fondamentale chiedere al Ministero competente e all'Autorità per le garanzie nelle comunicazioni di adottare un regolamento, che attivi un'inversione di tendenza almeno negli orari «protetti».

La quinta fase riguarda l'ottemperanza della disciplina vigente. Occorre individuare strumenti efficaci che consentano l'effettivo controllo e applicazione della legislazione italiana, in particolare prevedendo un'incattivazione all'adeguamento ed una facilitazione della normativa per esercizi commerciali, bar, ristoranti e luoghi pubblici.

La sesta fase, infine, consiste nella previsione, a tre anni dall'approvazione delle ultime normative, di una relazione al Parlamento sulla efficacia delle stesse.

3. PARTE II – *Tumore al seno*

Cause e fattori di rischio per il tumore al seno

Al momento attuale non esistono prove scientifiche sul rapporto di causa-effetto tra fumo di tabacco e cancro della mammella, anche se alcuni recenti studi forniscono indizi, che richiedono di essere confermati, in questa direzione. Il principale fattore di rischio è semmai l'età, essendo il tumore al seno soprattutto frequente dopo i quaranta anni. Solo una piccola parte di tumori al seno (meno del 5 per cento) può essere dichiarato familiare, in quanto causato da geni specifici (BrCa 1 e 2) che possono essere trasmessi per via ereditaria. La grande maggioranza dei tumori al seno viene ricondotta alla combinazione di due fattori: una sorta di predisposizione della ghiandola mammaria ad ammalarsi ed uno squilibrio ormonale, soprattutto per quanto riguarda gli estrogeni. Si spiegherebbe così, infatti, perché questa malattia sia così frequente (1 donna su 10) nelle popolazioni occidentali che col tempo hanno sempre più ritardato l'età della prima gravidanza, ridotto il numero di figli e la durata dell'allattamento, quasi a suggerire che questo drastico «sottoutilizzo» – anche solo rispetto a poche generazioni fa – della ghiandola mammaria ne abbia di molto aumentato la vulnerabilità.

Il tumore al seno in Europa e in Italia

Ogni anno nell'Unione europea sono oltre 250.000 le donne cui viene diagnosticato un tumore al seno (dati precedenti all'ingresso dei nuovi dieci Stati membri nel 2004); sono 94.000 quelle che non riusciranno a sopravvivere alla malattia. Da qualche anno, tuttavia, si registra un rilevante miglioramento della sopravvivenza per l'insieme dei Paesi europei, con un valore medio di 77 soggetti ancora in vita dopo cinque anni su 100 diagnosticati. La percentuale di sopravvivenza delle pazienti italiane è maggiore della media europea (81 per cento) ed anche il miglioramento negli ultimi anni si dimostra maggiore rispetto a quanto riscontrato in molti altri Stati membri dell'Unione europea. Il tumore al seno ha costituito tuttavia ancora il 27,6 per cento di tutti i casi di tumore diagnosticati nel nostro Paese nel 2002, per un totale di 31.960 casi e 11.546 decessi.

Priorità di intervento

Sono sei le priorità di intervento che emergono dalla presente indagine conoscitiva. La prima è quella di *maggiori investimenti in ricerca* come «unica arma per combattere definitivamente questa malattia». La più recente indagine sovvenzionata dalla Commissione europea sui finanziamenti alla ricerca sul cancro in generale vede l'Italia in quarta posi-

zione, con 70 milioni di euro nel 2003, contro i circa 350 della Gran Bretagna, al primo posto.

La seconda priorità è quella della *prevenzione*, qui intesa letteralmente come rimozione delle cause. Nulla potendosi fare ovviamente contro il processo di invecchiamento, è al momento possibile soprattutto promuovere campagne di informazione sull'importanza dell'allattamento naturale al seno e sulla prevenzione dell'obesità tramite una dieta appropriata e l'esercizio fisico. Poiché gli ormoni estrogeni possono agire da sostanze cancerogene per il seno e poiché tali ormoni si accumulano nel tessuto grasso, è importante evitare ogni eccessivo aumento di peso.

La terza priorità è rappresentata dalla *diagnosi precoce*, visto che un tumore al seno colto agli inizi del suo sviluppo risulta più curabile di uno diagnosticato in fase avanzata. Non poche iniziative sono state prese in questo campo ad opera del Ministero della salute, di diverse regioni e di alcune associazioni di volontariato (v. *infra*). La legge 23 dicembre 2000, n. 388 (legge finanziaria 2001) ha esentato dal *ticket* la mammografia, principale esame di diagnosi precoce; gli *screening* per il tumore al seno sono stati inseriti tra i livelli essenziali di assistenza (LEA), il Piano sanitario nazionale 2003-2005 investe con particolare enfasi nella diagnosi precoce dei tumori al seno, così come fa l'accordo Stato-regioni (Cernobio, aprile 2004), che contiene il Piano di prevenzione attiva con quattro elementi strategici di cui uno è appunto lo *screening* per il tumore al seno. Infine, il decreto-legge 29 marzo 2004, n. 81, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 maggio 2004, n. 138, ha stabilito il coordinamento delle varie azioni nel settore. I veri nodi ancora da sciogliere in questo campo sono quello dell'eccessivo divario ancora esistente fra le diverse situazioni locali, con il risultato di una situazione «a macchia di leopardo» che non consente di raggiungere gli obiettivi prefissati in tempi sufficientemente brevi e quello dell'integrazione fra iniziative pubbliche, private e di volontariato, potenzialmente realizzabile sulla base comune degli *standard* di elevata qualità. Al tema specifico della diagnosi precoce, infine, è stato dedicato anche uno dei sopralluoghi programmati dalla Commissione presso la Unità locale socio-sanitaria (ULSS) 16 di Padova, il che ha consentito un'analisi dettagliata della metodologia di *screening*, del programma pilota in atto a Padova e dei possibili interventi migliorativi. A tale proposito va sottolineato come sia ormai diffusa in tutta Europa la riflessione sui programmi di *screening* così come erano stati concepiti negli anni Settanta. In particolare va tenuto conto di:

a) possibile «densità» radiologica delle mammelle. In una quota non trascurabile di donne si manifesta tale fenomeno ed esso riduce l'attendibilità della mammografia come strumento di diagnosi precoce. L'orientamento attuale è quello di procedere – dopo la prima mammografia – alla divisione delle donne in due gruppi, in modo che quelle con buona attendibilità della mammografia possano limitarsi a ripeterla ogni due anni, mentre quelle con mammelle radiologicamente dense abbiano la possibilità di ripetere l'esame annualmente e di associarlo ad ecografia;

b) necessità di radiologi dedicati. La componente umana ha grande importanza nei programmi di diagnosi precoce e il numero di radiologi competenti nel settore è insufficiente. Un conto è saper decidere se un nodulo visibile alla mammografia è sospetto oppure no, un altro conto è saper decidere se nella mammografia di una donna completamente asintomatica vi sono o meno zone sospette o a rischio;

c) richiesta di partecipazione da parte delle donne. Non è più pensabile limitare l'azione di *screening* a un *mailing* di lettere, mammografie eseguite da tecnici e responso scritto con testi prestampati. Occorre stabilire – soprattutto alla prima mammografia – un contatto clinico e umano con la donna, avere quindi la possibilità di una visita medica e di un colloquio per consentire alla donna una scelta consapevole del suo percorso di diagnosi precoce.

La quarta priorità è quella del *miglioramento delle cure*, diretta conseguenza dei progressi della ricerca che hanno recentemente accelerato il loro ritmo e dimostrato che esistono tanti tipi di tumore al seno, con prognosi diversa e quindi necessità terapeutiche differenti. La scuola medica italiana ha dato importanti contributi soprattutto nel campo della chirurgia, delle cure mediche e di quelle radioterapiche e vi è riconoscimento unanime sulla necessità di continuare ad investire sui cosiddetti «centri di eccellenza», perché continuino a produrre risultati tali da consentire il progresso terapeutico. Dagli altri sopralluoghi condotti dalla Commissione è emersa anche, tuttavia, la necessità di un maggior coordinamento dei centri di cura, pubblici e privati, stabilendo requisiti minimi e controlli di qualità, visto che sono circa 80 – sparsi su tutto il territorio nazionale – quelli che curano almeno 150 casi l'anno di tumore al seno, criterio minimo secondo la raccomandazione del Parlamento europeo per essere definiti «*breast unit*», cioè centro di senologia.

La quinta priorità è quella che può essere definita della *qualità di vita*. Due sono le aree che emergono chiaramente come bisognose di intervento sotto questo aspetto: la prima è quella dell'insufficiente disponibilità delle procedure di chirurgia plastica e ricostruttiva. La seconda è quella della disomogenea e inadeguata distribuzione dei servizi di riabilitazione per assicurare un pieno benessere psico-fisico alle oltre 300.000 donne che vivono oggi in Italia dopo essere state diagnosticate e curate di un tumore al seno.

La sesta e ultima priorità riguarda il *ritorno al lavoro*. Grazie alle nuove tecniche diagnostiche, chirurgiche e terapeutiche sono sempre più le donne che dopo l'intervento ritornano alla loro vita normale, lavorativa e familiare. Per quanto riguarda il loro ritorno al mondo del lavoro si sottolinea l'importanza che l'attuazione del decreto legislativo 10 settembre 2003, n. 276, la cosiddetta «riforma Biagi», renda possibile il *part-time* su richiesta del dipendente a seguito di diagnosi di una patologia oncologica. Sarà importante lavorare a livello di sensibilizzazione nelle aziende pubbliche e private, facendo conoscere la problematica ed evidenziando l'importanza di continuare ad investire su donne che nel tempo hanno ac-

cumulato esperienze. Occorre inoltre agevolare gli *iter* burocratici e, ove possibile, il cambio di mansioni, al fine di non creare ulteriori problemi psicologici.

I protagonisti

L'indagine conoscitiva ha consentito di fotografare una situazione complessa, ma in grande e positivo movimento. Si è dato già in parte conto di quanto sin qui svolto dal Ministero della salute, dal quale è legittimo attendersi, nel quadro della sua opera di indirizzo e di controllo, un contributo sostanziale prodotto dai gruppi di lavoro istituiti a seguito del citato decreto-legge n. 81 del 2004, e una precisa definizione degli *standard* minimi al disopra dei quali potrà essere richiesto ad ogni regione di adeguare i propri interventi. Si è anche visto come le regioni abbiano affrontato il tema della diagnosi precoce con impegno, ma in ordine sparso e con insufficiente collegamento agli aspetti della terapia e della qualità di vita dopo le cure. A quest'ultimo aspetto si dedicano maggiormente le strutture sanitarie pubbliche e private, ma si è ancora lontani da un loro coordinamento efficace (v. *infra* il concetto di «*network* di eccellenza»). Tra i protagonisti non istituzionali emergono per impegno la Lega italiana per la lotta contro i tumori, che al problema del cancro al seno dedica una parte cospicua delle sue energie e l'associazione Europa donna, che raccoglie sotto la propria sigla la stragrande maggioranza delle associazioni di volontariato nel campo dei tumori al seno. Imprescindibile è poi il ruolo delle organizzazioni professionali – *in primis* degli ordini dei medici –, delle società scientifiche, come ad esempio il Gruppo italiano per lo *screening* mammografico (GISMa), la Forza operativa nazionale sul carcinoma mammario (FONCaM) e l'Associazione nazionale italiana senologi chirurgici (ANISC), nonché delle associazioni locali, alcune delle quali sono state audite dalla Commissione.

Obiettivi per il prossimo quinquennio

Emerge dalla presente indagine conoscitiva che il livello di diagnosi e cura dei tumori al seno in Italia, per altro già superiore alla media europea, può essere ulteriormente migliorato. Tra le misure che risultano proponibili come obiettivi raggiungibili nei prossimi cinque anni vi sono:

1. Promozione di una dieta bilanciata (con basso consumo di alcol), dell'esercizio fisico, dell'allattamento al seno e dell'autopalpazione soprattutto nelle giovani donne, come misure preventive.
2. Trasformazione progressiva dei programmi cosiddetti di «*screening* di massa» in percorsi individuali di diagnosi precoce sulla base dei fattori di rischio delle singole donne.
3. Creazione di un congruo numero di centri di senologia secondo le regole europee e accreditati dagli appositi organismi (Società europea di mastologia - EuSoMa).

4. Creazione di «*network* senologici di eccellenza», cioè di reti di centri di senologia collegati tra loro in modo integrato e quindi in grado di offrire tutte le opzioni possibili di diagnosi e cura dei tumori al seno.

5. Diffusione a tutto il territorio nazionale della rimborsabilità con SSN delle principali procedure di chirurgia plastico-ricostruttiva e di riabilitazione in presenza di un tumore maligno della mammella, indipendentemente dallo stato dei linfonodi ascellari.

6. Rintroduzione nei LEA del linfodrenaggio post-operatorio, promuovendo al tempo stesso la diffusione della tecnica del linfonodo sentinella.

7. Potenziamento dell'attività di osservatorio e monitoraggio svolta dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali (ASSR) nel campo dei tumori al seno.

8. Previsione di un monitoraggio, più puntuale e costante nel tempo, dell'implementazione e miglioramento progressivo del percorso di diagnosi e cura soprattutto nelle regioni del Sud.

9. Valutazione del possibile abbassamento dell'età di accesso gratuito alle tecniche diagnostiche, qualora esistano specifici fattori di rischio.

10. Incremento degli investimenti in ricerca clinica e di laboratorio sul carcinoma mammario.

11. Diffusione di una corretta informazione riguardo la terapia sostitutiva ormonale nella fase pre-post menopausa, affinché non se ne limiti l'uso e non vengano seguite rigorose linee-guida di somministrazione.

12. Reperimento di risorse finanziarie tramite una revisione di procedure e prassi clinico-sanitarie ormai obsolete e quindi da azzerare o ridurre drasticamente come fonte di spesa. Ad esempio:

- scintigrafia ossea annuale per cinque anni nelle operate di carcinoma mammario; tale prassi si giustifica solo in un numero molto limitato di casi (10 per cento circa) ad alto rischio di metastasi;

- ecografia epatica annuale; tale prassi si giustifica solo in un numero molto limitato di casi (10 per cento circa) ad alto rischio di metastasi;

- radiografia del torace annuale; tale prassi si giustifica solo in un numero molto limitato di casi (10 per cento circa) ad alto rischio di metastasi;

- ecografie transvaginali con o senza isteroscopia in pazienti in terapia con Tamoxifen (prassi che necessita di regolamentazione);

- dosaggio periodico dei marcatori tumorali: attualmente sono prescritti in quantità eccessiva e ingiustificata.

2. RESOCONTI SOMMARI
(RELATIVI ALLA PROCEDURA DI INDAGINE)

*Resoconto sommario della seduta n. 212
della Commissione Igiene e Sanità (20 maggio 2004)*

SUI LAVORI DELLA COMMISSIONE

Proposta di indagine conoscitiva sulle iniziative di prevenzione del tabagismo e del tumore al seno in Italia

La senatrice BIANCONI (*FI*) illustra la proposta in titolo, di cui sottolinea la rilevanza in relazione agli attuali fenomeni sociali. Osserva come vi sia una stretta relazione tra il tabagismo e la diffusione del tumore al seno. Attualmente la componente femminile della popolazione italiana manifesta una controtendenza rispetto al totale della popolazione, essendo in costante aumento il numero delle fumatrici, il cui numero è stimato a 5,3 milioni e si prevede che aumenterà nei prossimi anni fino a raggiungere i 6 milioni. L'importanza economica del fenomeno del tabagismo e pertanto, in certa misura, la sua forza sociale, è costituita dal fatturato delle multinazionali del tabacco, pari a sessanta volte il bilancio dell'Organizzazione mondiale della sanità.

Ricorda quindi che in Italia si verificano annualmente circa 36 mila casi di tumore al seno, mentre il tasso di guarigione è pari al 72 per cento. L'importanza del fenomeno è stata sottolineata dal Parlamento europeo, che, il 5 giugno 2003, ha approvato una risoluzione con cui gli Stati membri sono stati invitati ad attivarsi nei settori della prevenzione, della diagnosi e della cura del tumore al seno.

La parte dell'indagine conoscitiva dedicata al fenomeno del tabagismo, di cui sarà responsabile la senatrice Baio Dossi, sarà finalizzata ad approfondire gli aspetti della prevenzione e della disaffezione, nonché della riduzione del rischio. La Commissione si avvarrà allo scopo di audizioni di esperti, nonché della consulenza di studiosi qualificati.

La parte dell'indagine conoscitiva relativa invece al tumore mammario sarà volta in particolar modo all'acquisizione di dati epidemiologici e relativi ai fattori di rischio, nonché all'acquisizione di conoscenze necessarie a comparare la situazione italiana nel campo della diagnosi e della cura con quella europea e mondiale. A tal fine verranno svolte apposite audizioni ed effettuati sopralluoghi in centri di senologia in Italia. Anche rispetto a questa tematica la Commissione si avvarrà di consulenti esperti nella materia.

Il presidente TOMASSINI avverte quindi che porrà ai voti la proposta inerente l'attivazione dell'indagine conoscitiva testè illustrata. La Commissione approva. La richiesta di autorizzazione sarà quindi trasmessa al Presidente del Senato, ai sensi dell'articolo 48, comma 1, del Regolamento.

La seduta termina alle ore 9,25.

*Resoconto sommario della seduta n. 216
della Commissione Igiene e Sanità (14 luglio 2004)*

PROCEDURE INFORMATIVE

Indagine conoscitiva sulle iniziative di prevenzione del tabagismo e del tumore al seno in Italia

La senatrice BIANCONI, relatrice sull'indagine conoscitiva in titolo, sottopone alla Commissione i *curricula* degli esperti cui propone di affidare l'incarico di prestare consulenza nell'ambito dell'indagine conoscitiva in titolo. Illustra quindi il programma di audizioni e sopralluoghi in cui dovrebbe articolarsi la procedura informativa.

Il presidente TOMASSINI esprime apprezzamento rispetto alle qualità professionali messe in luce dai *curricula* testè illustrati. Avverte inoltre che i programmi delle audizioni e dei sopralluoghi potranno essere integrati sulla base delle indicazioni di tutte le componenti politiche. La Commissione avrà quindi modo di esprimersi sul programma e sui consulenti proposti in una prossima seduta, alla quale rinvia il seguito dell'esame.

La seduta termina alle ore 15,40.

*Resoconto sommario della seduta n. 217
della Commissione Igiene e Sanità (20 luglio 2004)*

PROCEDURE INFORMATIVE

Seguito dell'indagine conoscitiva sulle iniziative di prevenzione del tabagismo e del tumore al seno in Italia

Il PRESIDENTE pone in votazione la proposta di programma e le proposte di nomina dei consulenti relative all'indagine conoscitiva in titolo, presentate nella seduta del 14 luglio scorso. Verificata la presenza del numero legale, la Commissione approva.

*Resoconto sommario della seduta n. 227
della Commissione Igiene e Sanità (22 settembre 2004)*

SUI LAVORI DELLA COMMISSIONE

Il presidente TOMASSINI informa la Commissione che la discussione del disegno di legge n. 2970, riguardante l'indennizzo a favore dei danneggiati da vaccinazioni, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati, assegnato in sede deliberante, potrà riprendere la prossima settimana, a condizione che pervenga in tempo utile il parere della Commissione bilancio.

Comunica inoltre che il Presidente del Senato, il quale già aveva concesso l'autorizzazione di massima allo svolgimento dell'indagine conoscitiva sulle iniziative di prevenzione del tabagismo e del tumore al seno in Italia, in data 2 agosto ha autorizzato lo svolgimento delle seguenti audizioni: un rappresentante del Ministero della Salute, un rappresentante del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica, rappresentanti della Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano, rappresentanti dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, rappresentanti dell'Ordine dei Medici di Medicina generale, giornalisti esperti del settore, associazioni femminili, esponenti del mondo scientifico e medico, sia italiani che stranieri, rappresentanti dell'Osservatorio fumo, alcol e droghe dell'Istituto Superiore di Sanità, rappresentanti della Federazione Italiana Tabacchi, rappresentanti del MOIGE (Movimento italiano genitori), rappresentanti dell'AGE (Associazione genitori), rappresentanti dell'Associazione Italiana Direttori del Personale, rappresentanti della Lega Italiana per la lotta contro i tumori e rappresentanti dell'Associazione per i Diritti degli Utenti e dei consumatori.

Sono stati inoltre autorizzati sopralluoghi presso le unità o reparti specializzati di Bari, Milano, Padova e Palermo.

La seduta termina alle ore 15,25.

3. RESOCONTI STENOGRAFICI
(AUDIZIONI ED ESAME DEL DOCUMENTO CONCLUSIVO)

SENATO DELLA REPUBBLICA

XIV LEGISLATURA

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

INDAGINE CONOSCITIVA
SULLE INIZIATIVE DI PREVENZIONE DEL
TABAGISMO E DEL TUMORE AL SENO IN ITALIA

1° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MARTEDÌ 28 SETTEMBRE 2004

Presidenza del presidente TOMASSINI
indi del vice presidente DANZI

INDICE

Audizione del Sottosegretario di Stato per la salute

* PRESIDENTE	Pag. 43, 48, 49 e <i>passim</i>
* BAIO DOSSI (<i>Mar-DL-U</i>)	52
* BIANCONI (<i>FI</i>)	49
* CARELLA (<i>Verdi-U</i>)	48, 51
CURSI, <i>sottosegretario di Stato per la salute</i>	44, 56
DANZI (<i>UDC</i>)	54, 55
* FASOLINO (<i>FI</i>)	54
* LONGHI (<i>DS-U</i>)	50, 52
* MASCIONI (<i>DS-U</i>)	50, 51, 62 e <i>passim</i>
SALINI (<i>FI</i>)	53, 56

N.B.: L'asterisco indica che il testo del discorso è stato rivisto dall'oratore.

Segle dei Gruppi parlamentari: Alleanza Nazionale: AN; Democratici di Sinistra-l'Ulivo: DS-U; Forza Italia: FI; Lega Padana: LP; Margherita-DL-l'Ulivo: Mar-DL-U; Per le Autonomie: Aut; Unione Democristiana e di Centro: UDC; Verdi-l'Ulivo: Verdi-U; Misto: Misto; Misto-Comunisti Italiani: Misto-Com; Misto-Lega per l'Autonomia lombarda: Misto-LAL; Misto-Libertà e giustizia per l'Ulivo: Misto-LGU; Misto-MSI-Fiamma Tricolore: Misto-MSI-Fiamma; Misto-Nuovo PSI: Misto-NPSI; Misto-Partito Repubblicano Italiano: Misto-PRI; Misto-Rifondazione Comunista: Misto-RC; Misto-Socialisti democratici Italiani-SDI: Misto-SDI; Misto Alleanza Popolare-Udeur: Misto-AP-Udeur.

Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Cursi.

I lavori hanno inizio alle ore 15,15.

Presidenza del presidente TOMASSINI

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizione del sottosegretario di Stato per la salute Cursi

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'indagine conoscitiva sulle iniziative di prevenzione del tabagismo e del tumore al seno in Italia.

È pervenuta da parte del Presidente del Senato l'autorizzazione ad effettuare una missione negli Stati Uniti in risposta ad un invito da parte delle istituzioni statunitensi ad incontrare alcuni componenti della Commissione. Alla missione parteciperanno il sottoscritto e il senatore Di Girolamo.

Sono poi pervenute richieste di ulteriori integrazioni all'elenco delle audizioni previste con riferimento all'indagine conoscitiva in titolo e alle quali, qualora lo si ritenesse necessario, potrebbero aggiungersene altre nel prosieguo dei lavori.

Avverto che è pervenuta la proposta di audire, nell'ambito dell'indagine conoscitiva, la dottoressa Antonella Cinque, presidente dell'Agenzia italiana del farmaco, nonché esperti del mondo della pubblicità e della comunicazione: Alberto Contri, Oliviero Toscani, Vito Nuzzi, Armando Testa, Guido Borghi e Lilli Pasini.

È stato altresì proposto di effettuare un sopralluogo presso la divisione di senologia dell'istituto Pascale di Napoli. Sono poi stati proposti ulteriori sopralluoghi per i quali è stato stabilito un criterio di minima partecipazione affinché il sopralluogo sia efficace. Qualora ci fossero comunque altri commissari che intendano partecipare, le date sono sostanzialmente stabilite e verificabili da parte dei Gruppi.

Purtroppo il Ministro, per un impegno presso la Conferenza Stato-Regioni concernente la legge finanziaria, ci ha informato dell'impossibilità, suo malgrado, a partecipare ai nostri lavori. Al suo posto è presente oggi il sottosegretario di Stato Cursi che ringrazio. In ogni caso la Commissione, poiché il Ministro ha manifestato il suo desiderio a partecipare in futuro ai nostri lavori sul tema in argomento, prende atto di tale disponibilità.

Comunico che il Presidente del Senato ha autorizzato la pubblicità dei lavori della seduta attraverso l'attivazione sia della trasmissione radiofonica, sia di quella televisiva attraverso il canale satellitare del Senato, eventualmente in differita. Resta naturalmente confermata la forma di pubblicità di cui all'articolo 33, comma 4, del Regolamento del Senato – autorizzata dal Presidente del Senato – e pertanto la pubblicità dei lavori sarà garantita anche mediante l'attivazione dell'impianto audiovisivo a circuito chiuso.

Do quindi senz'altro la parola al sottosegretario di Stato Corsi.

CURSI, *sottosegretario di Stato per la salute*. Prima di illustrare la relazione relativa all'indagine conoscitiva all'ordine del giorno, vorrei informare la Commissione che il Ministero della salute (alla delegazione hanno preso parte il Ministro, il sottoscritto e il coordinatore degli assessori alla sanità) ha svolto un viaggio in Cina dal 28 agosto al 3 settembre mettendo a punto una serie di intese che vanno dalla medicina tradizionale cinese ad una serie di scambi con gli operatori cinesi. La delegazione aveva un notevole rilievo, poiché oltre al mondo farmaceutico era rappresentata la componente universitaria e gli istituti di ricerca che si occupano del rischio tumori.

Tra gli argomenti di cui si è discusso in quella sede è emerso anche un riferimento ad un disegno di legge sulle medicine non convenzionali, all'esame del Parlamento, che tra l'altro raccoglie una serie di proposte avanzate da vari gruppi parlamentari. Io stesso fui informalmente il promotore dell'iniziativa volta a creare i presupposti per giungere ad un esame congiunto delle varie proposte di legge. Rispetto ad esse è stato manifestato grande interesse da parte del mondo cinese.

L'ambasciatore, prima di partire, mi ha fatto sapere che era stato manifestato un interesse ad un incontro – io avevo proposto un incontro con i Gruppi parlamentari, della Camera e del Senato, di maggioranza e di opposizione – e che potrebbero essere orientati ad ospitare un certo numero di persone. Questa delegazione potrebbe presumibilmente essere composta da 12 o 14 componenti. È mia intenzione riprendere tra breve contatti con l'ambasciatore e verificare l'effettiva possibilità di svolgimento della missione, anche in considerazione che a novembre si dovrebbe svolgere a Pechino il congresso internazionale sulla medicina tradizionale cinese.

Affrontando ora più direttamente il tema dell'indagine conoscitiva, 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 as-

sai 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 (legge 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 (legge 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 si vogliono creare 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 prevista del pagamento di una somma da 25 a 250 Euro 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 (all'epoca i 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 (che ha recepito 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. 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 tabagismo, 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'Unione europea, 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, eccetera), 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, nonché un buon impatto sui comportamenti degli italiani: oltre il 30 per cento degli intervistati che ricordano la campagna di dissuasione dal fumo ha segnalato cambiamenti di comportamento ascrivibili ad essa e di questi il 5,9 per cento ha smesso di fumare, il 6,9 per cento ha provato a smettere di fumare ed il 9,2 per cento ha comunque ridotto il

fumo. Inoltre, il 7,8 per cento 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 capire 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 per cento 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 per cento 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 per cento 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 per cento delle donne candidabili avevano aderito allo *screening*: l'adesione variava dal 73 per cento della Liguria al 24 per cento della Sicilia. Già nel 2002 la partecipazione allo *screening* è aumentata al 57 per cento, 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 cento per lo *screening* mammografico e l'85 per cento 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 Cernobbio, 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 maggio 2004, n. 138) è un apposito finanziamento 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 delle 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.

PRESIDENTE. Ringrazio il sottosegretario Cursi per la sua ampia esposizione introduttiva.

CARELLA (*Verdi-U*). Signor Presidente, il mio intervento nasconde in realtà una provocazione al sottosegretario di Stato Cursi. Preciso subito che, anche se nutro grande stima per quest'ultimo, avrei preferito che in questa sede fosse presente il Ministro, il quale si è eretto a paladino di questa campagna contro il tabagismo, fino ad adottare provvedimenti illogici. Ricordo che la normativa italiana prevede, a mio avviso giustamente, che i ristoranti dispongano di doppi ambienti separati, uno per i fumatori e l'altro riservato ai non fumatori. Anzi, è presumibile che quelli per i non fumatori siano più ampi di quelli riservati ai fumatori, che sono una minoranza. Trovo pertanto illogico, ad esempio, che le Ferrovie dello Stato abbiano promosso un'iniziativa contro il fumo, quando il convoglio al quale si fa riferimento – l'Eurostar – già in origine prevedeva ambienti separati. Infatti sull'Eurostar due vagoni, uno in prima e uno in seconda classe, erano già riservati ai fumatori. Qual è il senso del divieto di fumare in un ambiente riservato ai fumatori, considerato che quel convoglio nasceva

sulla base di norme, già previste nell'ordinamento italiano, che comunque consentono di fumare solo in locali separati? Questa battaglia mi sembra eccessivamente esasperata nei confronti di quei soggetti, comunque cittadini italiani, che certo hanno il vizio del tabagismo ma che non possono essere relegati, per questo, ai margini della società.

Non credo che le battaglie educative possano tutte essere incentrate sulla tattica di vedere dall'altra parte un avversario, magari anche da demonizzare. È molto importante sentire anche i comunicatori, cioè gli esperti della pubblicità. Con campagne terrorizzanti non si ottiene alcun risultato positivo in un campo in cui alla base non c'è solo l'informazione, ma anche l'educazione sanitaria. Poiché mi occupo di medicina preventiva, ho studiato i temi dell'educazione: tutti mi hanno insegnato che l'educazione sanitaria è cosa di ben diversa dall'informazione sanitaria. Educare significa modificare in maniera consapevole il comportamento di una persona nei confronti della sua salute. Non credo che con la strategia adottata dal ministro Sirchia - e ribadisco l'esempio del treno Eurostar - si induca un fumatore a fumare meno. Quando esco dal treno fumo ben dieci sigarette, perché per ore sono stato obbligato a non farlo. È una sorta di reazione contraria. Forse fumo anche di più grazie al ministro Sirchia, perché non vedo l'ora di arrivare alla stazione per fumare quelle sigarette che non ho potuto fumare, in tranquillità, in un locale a me riservato. Sono scelte opportune? Questa campagna non ha dei lati negativi rispetto all'obiettivo, molto alto, di modificare il comportamento del fumatore nei confronti della sua salute?

Chiudo con una provocazione. Signor Sottosegretario, su ogni pacchetto di sigarette c'è l'emblema della Repubblica italiana. Questa è la coerenza del nostro Stato, detentore del monopolio del tabacco.

PRESIDENTE. Mi permetto di ricordare ai senatori presenti che le comunicazioni dell'onorevole Sottosegretario si svolgono nell'ambito di un'indagine conoscitiva. Noi avremo la possibilità di discutere ampiamente della materia, illustrando le nostre convinzioni, al termine delle audizioni. Ciò nondimeno, se qualche quesito specifico deve essere posto, lo si ponga, ma nell'ottica che ho indicato. Senatore Carella, per carità, non ho nulla da dirle, perché è giusto che alcuni punti di principio vengano esposti adesso, ma ricordo a tutti che questa è l'impostazione che abbiamo dato ai nostri lavori.

BIANCONI (FI). Signor Presidente, intervengo solo per richiedere alcuni dati. Signor Sottosegretario, nella sua relazione lei ha parlato, in relazione alla prevenzione dei tumori al seno, di disparità negli *screening* tra Regione e Regione. Le chiederei, se possibile, di fornire i dati in possesso del Ministero sul diverso tasso di ospedalizzazione a seconda dei diversi interventi, sulle eventuali disparità di trattamento e cura e sulla presenza di centri di radioterapia sul territorio nazionale.

LONGHI (*DS-U*). Signor Presidente, abbiamo l'occasione di parlare del fumo. Sono un accanito fumatore e ho provato più volte a smettere, ben prima delle iniziative del ministro Sirchia, ma dopo i primi buoni risultati ho ripreso a fumare, forse anche più di prima. Vorrei smettere di fumare ma ho una dipendenza dal tabacco. Però per comprare le sigarette non compio atti illegali o immorali, come fanno coloro che hanno dipendenza da vari tipi di droga, ma ho questo brutto vizio, che costa e, ne sono consapevole, fa male alla salute. Ma gli atteggiamenti del Ministro sono quelli di un fumatore pentito, di quel fumatore che dopo aver fumato 60 sigarette al giorno smette e che appena entra in un ambiente e sente odore di fumo criminalizza gli altri. Non credo sia questa la strada da seguire, perché con questa logica dovremmo scrivere «Nuoce alla salute» sul cannolo, «L'alcol uccide» sulle bottiglie di liquore e così via, cosa che invece non facciamo.

Tra l'altro, come diceva il senatore Carella, è lo Stato che produce le sigarette; diamo sovvenzioni ai coltivatori di tabacco; sulle macchine di Formula 1 è molto visibile la pubblicità delle sigarette. Mi sembra quindi una campagna con poco senso, se non quello di distogliere l'attenzione del Paese dai problemi reali della sanità. Bisogna affrontare la questione del tabacco e anche la questione della dieta a punti (un comitato ne sta verificando i costi per la collettività). Non sarebbe meglio fare opera di convincimento nelle scuole, anche attraverso la pubblicità, piuttosto che usare maniere repressive? Anche perché la repressione più efficace sarebbe quella di non vendere più le sigarette e non certo quella di stabilire la disattivazione dei distributori automatici in determinate fasce orarie. Il Ministro abbia il coraggio di dire che in Italia non si vende più il tabacco. Non sarei d'accordo, ma per essere coerenti si deve andare in questa direzione. E poi ci si addentri nel filone del proibizionismo per l'alcol, per i salumi e per altri alimenti o bevande o altro ancora, che nuocciono alla salute, a volte più del tabacco.

MASCIONI (*DS-U*). Signor Presidente, la questione ci coinvolge trasversalmente. Non credo ci sia uno schieramento che fa la battaglia a favore dei fumatori e uno schieramento che li vuole demonizzare.

All'intervento del Sottosegretario, che complessivamente condivido, vorrei fare solo un rilievo. Egli ha infatti detto che 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. Voglio allora ricordare che già nel 1978, con quella profonda riforma del sistema sanitario, il cardine della battaglia per la salute era legato all'attività di prevenzione. Sarebbe quindi forse meglio dire che l'impostazione di oggi è il giusto seguito di quella di allora.

Come ho detto, non esistono schieramenti di parte. Se i senatori intervengono è perché possa emergere un orientamento che poi influenzi il legislatore nelle decisioni che dovrà prendere. A differenza di alcuni miei colleghi, personalmente condivido l'operato degli ultimi due ministri, Umberto Veronesi e Girolamo Sirchia, i quali sembra si siano passati il testi-

mone per risolvere tale questione, avendo adottato un'impostazione abbastanza omogenea. Vorrei rovesciare i termini del problema, così come posto dai colleghi Carella e Longhi. Come legislatori la prima questione che ci deve preoccupare è la difesa della salute dei non fumatori, che è messa in pregiudizio da una minoranza forte e agguerrita di tredici milioni di italiani, che esprime la propria voce anche in un consenso istituzionale. Il problema che dobbiamo affrontare non è quello del fumatore che scende dall'Eurostar e fuma dieci sigarette perché non ha fumato per due ore; dobbiamo risolvere la questione della difesa dei non fumatori.

CARELLA (*Verdi-U*). Ma quello da me citato è un vagone riservato.

MASCIONI (*DS-U*). Lasciamo la possibilità ai fumatori di fumare quanto desiderano, ma la Commissione sanità del Senato si deve porre il problema della difesa dei non fumatori. Non ho niente da dire al collega che esce per fumare una sigaretta, ma avrei protestato se l'avesse accesa dentro l'aula della Commissione.

Pur riconoscendo i meriti degli ultimi due Ministri, sostengo che, rispetto alla questione del divieto di fumo nei locali pubblici e nei ristoranti, sia il Parlamento sia il Governo sono stati timorosi e fin troppo cauti, probabilmente per paura di toccare alcuni interessi. Allora, dovremmo chiederci qual è il problema più importante di cui dobbiamo farci carico se non quello di tutelare la salute delle persone. Ho visto che sul divieto di fumo sull'Eurostar c'è stato un decisionismo, che ho apprezzato, mentre sul divieto di fumo nei ristoranti ci sono state numerose dilazioni. Sono d'accordo sulle campagne di sensibilizzazione e di educazione sanitaria, ma tali campagne rischiano di fruttare poco se contemporaneamente non si attua qualche iniziativa legislativa volta alla proibizione e alla repressione.

In proposito voglio fare un esempio che ha poco a che vedere con il fumo, ma che ha molto a che vedere con la salute e con la sicurezza. Fin tanto che non è stato penalizzato il mancato utilizzo delle cinture di sicurezza in automobile, nessuno le ha indossate; nel momento in cui è stata istituita la patente a punti tutti le indossano. Con le campagne di convincimento non si inducono i fumatori a smettere. Non dimentichiamo che i fumatori sono coloro che se viaggiano per un'ora e mezza sull'Eurostar dove è proibito fumare, devono poi recuperare fumando 10 sigarette. I fumatori fumano nei ristoranti, mentre i non fumatori vorrebbero mangiare respirando un'aria priva di fumo. Abbiamo registrato un ritardo di anni nel rendere obbligatorio il casco ai motociclisti, ma poi si è verificato immediatamente il beneficio che si è prodotto. Le ragioni per le quali non si era deciso di rendere da prima obbligatorio il casco erano certamente economiche. Qui siamo di fronte ad una questione analoga.

Dal momento che ho fatto alcuni esempi, vorrei estremizzare un po' la questione, provocando anche alcuni colleghi che sono qui in Commissione, perché in questa sede dobbiamo essere ben consapevoli della nostra missione, siamo senatori e dobbiamo preoccuparci di scrivere le regole per

tutti i cittadini di questo Paese. Non è un paradosso assoluto, ad esempio, un medico che fuma? Lo è, eccome!

LONGHI (*DS-U*). E cosa vogliamo fare? Segnalare il medico che fuma all'Ordine?

MASCIANI (*DS-U*). Ho preannunziato che avrei sollevato qualche discussione e ho anche preavvertito che avrei un po' estremizzato la questione, per far riflettere però sull'evidenza che alcuni paradossi esistono.

Presidenza del vice presidente DANZI

(*Segue MASCIANI*). Onorevole Sottosegretario, si possono redigere tutte le linee-guida che si ritengono giuste, si può promuovere l'educazione sanitaria, ma mi sembra difficile che un cittadino, se non vede degli esempi, rafforzati anche da proibizioni contenute in norme che il legislatore è chiamato ad approvare, possa convincersi, facendoci vincere questa battaglia. Senza quella proibizione di fumare sull'Eurostar (sul quale oggi ho viaggiato per quattro ore), avrei dovuto respirare il fumo proveniente anche dalle due carrozze centrali, nelle quali oltre naturalmente ai fumatori che hanno prenotato, confluiscono ogni tanto anche dei fumatori che viaggiano nelle carrozze di non fumatori.

Non dobbiamo avere avere paura di proibire, là dove è in gioco la difesa dell'interesse prioritario, che è la salute dei cittadini. Non si può rovesciare il ragionamento sostenendo che si perseguita e si emargina una piccola minoranza. Nessuno perseguita i fumatori, purché con il loro comportamento non danneggino la salute di chi non ha voglia di fumare.

BAIO DOSSI (*Mar-DL-U*). Vorrei riprendere i dati forniti e le osservazioni svolte dal signor Sottosegretario, anche sulla base delle considerazioni fatte qui dai colleghi, perché mi sembra che non tengano conto di un aspetto. È vero, infatti, che i provvedimenti legislativi e le campagne che sono state effettuate hanno portato ad una diminuzione del numero di fumatori all'interno della popolazione dei fumatori. Accanto a questo fenomeno, però, purtroppo in Italia – a quanto risulta da dati che sono stati diffusi, di natura non ministeriale – i fumatori non sono diminuiti, perché ve ne sono di nuovi: il tasso di fumatori fra i giovani, e soprattutto fra le donne, è in aumento, contrariamente a quanto avviene, invece, nella popolazione maschile.

Ho voluto riportare questi aspetti aggiuntivi, che non smentiscono i dati citati dal signor Sottosegretario ma forse li completano, per chiedere al rappresentante del Governo di avere maggiori informazioni circa un

aspetto legato ai provvedimenti legislativi che sono stati intrapresi. Ritiengo anch'io che non è solo e tanto con provvedimenti punitivi che si possa raggiungere il risultato (tutti speriamo che la popolazione dei fumatori diminuisca) cui faceva riferimento prima il collega Mascioni. Il nostro obiettivo è aumentare il tasso di benessere, perché conseguente al fumo è l'insorgere di diverse patologie, che rappresentano uno stato di malessere per la singola persona e per le casse dello Stato. Voglio però riferirmi alle campagne progresso che sono state fatte dal Ministero, perché volevo sapere se il Ministero ha dei *report* su come sono state accolte e su che effetti hanno prodotto.

Presidenza del Presidente TOMASSINI

(Segue BAIÒ DOSSI). Questo è l'aspetto che ci interessa approfondire nell'ambito dell'indagine conoscitiva. Non è casuale che sia stato deciso di invitare studiosi di comunicazione – alcuni tra i maggiori esperti nel settore della pubblicità – proprio nel tentativo di capire l'elemento che non ha funzionato all'interno di quella pubblicità e quale messaggio dovrebbe essere invece rivolto, tenuto conto che esso non può essere indistinto rispetto a tutta la popolazione: il messaggio rivolto ai giovani deve essere diverso rispetto a quello inviato ai meno giovani.

Vorrei capire se il Ministero ha alcuni di questi *report* e, nel caso non fossero disponibili oggi, se può comunque fornirli.

SALINI (FI). Signor Presidente, innanzi tutto voglio complimentarmi con il sottosegretario Cursi per l'illustrazione dei due progetti obiettivi che riguardano il tabagismo e il tumore al seno.

Provengo dall'esperienza di una Regione che negli ultimi anni ha voluto spendere molto sulla prevenzione, soprattutto delle malattie tumorali. È stata fatta una scoperta veramente molto interessante: in una Regione di 1.300.000 abitanti abbiamo effettuato uno *screening*, nella prima fase al 50 per cento e poi al 100 per cento, della popolazione femminile dai 55 ai 65 anni e abbiamo scoperto circa 400 tumori al seno in tutta la popolazione esaminata, proprio nella fase iniziale; ciò significa che 400 persone hanno avuto un destino diverso.

Al di là delle legittime critiche nei confronti dell'operato del ministro Sirchia, è tuttavia da rilevare che di fronte ad una campagna contro il tabagismo, non possiamo inventare un nuovo modo di fare prevenzione. La prevenzione, infatti, è abbastanza codificata. Come ha evidenziato il collega Mascioni (con la cui impostazione concordo), è necessario proteggere chi è costretto a subire un fumatore che gli sta vicino. Ciò sarebbe potuto avvenire in passato, quando pensavamo che il fumo e le sostanze di un certo tipo potessero influire sull'apparato respiratorio e, quindi, determi-

nare una sindrome cardio-respiratoria: dalle patologie cardiache alle malattie croniche (ad esempio, bronchiti) fino ad arrivare agli enfisemi. Oggi tutti sappiamo che la salute non è patrimonio esclusivo della persona, ma dipende da un contesto che appartiene al proprio genoma, all'ambiente e al modo in cui si vive. Dovreste, invece, sperare che possa proseguire la politica di limitazione dell'uso del fumo affinché la popolazione possa vivere in uno stato diverso. Per questo e per tanti altri motivi, dobbiamo plaudire chi ci ricorda tale aspetto.

Ripeto che sono d'accordo con il collega Mascioni. Sono stato direttore sanitario per molti anni e sono consapevole della difficoltà di disciplinare questioni che toccano l'interesse dei singoli.

Dobbiamo spiegare cosa comporta l'educazione. Ad esempio, in alcuni Stati del Sud Africa o dell'Africa, la popolazione affetta da HIV è superiore a quella dell'Europa. Ciò significa che l'approccio, l'educazione ed il modo di comportarsi sono diversi.

Nel caso del fumo non si tratta più di una libertà personale. Infatti, quando la propria libertà personale incide negativamente sulla salute di un'altra persona, indubbiamente vi devono essere misure di salvaguardia per chi si trova esposto.

Esprimo soddisfazione, dunque, per questa iniziativa e mi compiaccio per la relazione svolta dal sottosegretario Cursi.

FASOLINO (*FI*). Signor Presidente, concordo totalmente con la posizione espressa dal ministro Sirchia, dal sottosegretario Cursi e dai colleghi Mascioni e Salini, poc'anzi intervenuti.

Intervengo, però, per chiedere al sottosegretario Cursi di sollecitare le Ferrovie dello Stato affinché si elimini, a distanza ormai di vari mesi dalla promulgazione della legge, il logo delle sigarette dai vagoni ferroviari. Infatti, si riporta ancora la distinzione tra vagoni per fumatori e quelli per non fumatori. Ciò mi sembra pleonastico visto che la legge è vigente da tanti mesi.

Vorrei concludere esprimendo la mia solidarietà umana al senatore Longhi che ho visto uscire dalla Commissione per fumare in tre minuti due sigarette. La mia è una dimostrazione di affetto, che credo tutti i senatori vogliono esprimere al senatore Longhi, oltre che ai senatori Carella e Baio Dossi, invitandoli a pensare ad un futuro nel quale le sigarette non ci saranno più.

DANZI (*UDC*). Signor Presidente, ho commesso l'errore di essere un fumatore, e come medico non è molto onorevole.

Condivido il rilievo sullo stridente contrasto tra uno Stato, che impiega risorse per campagne contro il fumo, del tutto legittime, e che poi incamera denaro dalla vendita del tabacco.

MASCIONI (*DS-U*). Ma quel denaro serve per curare i fumatori.

DANZI (*UDC*). Andrei più a fondo e sarei molto drastico. Sono andato a Dublino, in missione per la Commissione, e ho notato che il prezzo delle sigarette è esattamente il doppio del nostro. Probabilmente potremmo aumentarlo anche noi, così da destinare il maggiore introito a determinate cure. Oggi, al di là delle campagne, ci sono prodotti e cure che non sono a carico del Sistema sanitario nazionale, ma del potenziale malato o, comunque, del fumatore. Forse sarebbe opportuno aggiungere all'utile prevenzione anche la possibilità di cura presso strutture pubbliche, grazie ai fondi raccolti con l'aumento dei costi delle sigarette. Ovviamente ogni iniziativa in proposito va adottata dopo un'attenta riflessione sulle difficoltà che incontra il fumatore ad abbandonare l'uso del tabacco e sulle motivazioni necessarie.

Sottolineo che c'è diversa soglia di sensibilità nei confronti della nicotina: c'è chi non riesce a diminuire, anzi deve aumentare il numero delle sigarette fumate e chi riesce a contenere senza difficoltà l'uso giornaliero delle sigarette.

Non possiamo pensare che la sola prevenzione possa risolvere il problema: essa può andare bene per dissuadere dall'iniziare i non fumatori, ma è importante la cura per chi ha già cominciato. Occorrerebbe istituire un fondo, ricavato dalla vendita del prodotto, per garantire una cura adeguata su tutto il territorio a chi voglia realmente disintossicarsi, sia dal punto di vista farmacologico sia dal punto di vista psicologico, senza inutili campagne persecutorie. Evitiamo però la caccia alle streghe. Due mesi fa ero in coda di fronte ad un negozio del centro e una signora mi è quasi saltata addosso perché mi ero acceso una sigaretta. Ma eravamo all'aperto! Il fumatore va aiutato e non visto come persona che vuole arrecare danno agli altri.

PRESIDENTE. Anch'io vorrei svolgere da ultimo alcune osservazioni.

Credo che le numerose considerazioni espresse mostrino i tanti punti di vista con cui la questione può e deve essere esaminata. Mi sembra opportuno – voglio ricordarlo al sottosegretario Cursi, ma soprattutto ai colleghi che saranno relatori di questa indagine conoscitiva – che si ponga attenzione ad un tema rilevante, che qui non è stato citato: mi riferisco ai motivi dell'impulsione al fumo. Ritengo, infatti, che tali motivi siano abbastanza noti, ma che non siano conosciuti a sufficienza i metodi per combatterli e probabilmente siano ancora meno noti gli effetti di trascinarsi che un divieto posto su un lato può comportare su altri ambiti; tutto ciò potrebbe finire per fornire un risultato complessivo ulteriormente dannoso.

Il sottosegretario Cursi si è mostrato ottimista rispetto ai risultati ottenuti attraverso le vie intraprese, le quali sono state generalmente considerate valide, sia pure con talune eccezioni. In realtà, risulta – abbiamo già agli atti i documenti relativi ad una conferenza stampa – che il tasso di fumo, a seguito di tutto ciò, è diminuito sostanzialmente dell'1,2 per cento. Allora, se questo dato verrà confermato in un documento ufficiale,

dovremo capire quali altre vie dovranno essere perseguite se intendiamo realmente combattere il fenomeno; infatti, quell'unica via intrapresa evidentemente non è stata sufficiente.

Vorrei conoscere anche i dati di *fall-out* per quanto riguarda la comunicazione e la formazione.

Durante l'indagine conoscitiva andrà affrontato un altro punto dolente, quello della contraddizione, da eliminare, di uno Stato che, attraverso il fumo, percepisce dei proventi. Questo è un problema...

SALINI (FI). Piano piano...

PRESIDENTE. Sul piano piano non sono d'accordo, altrimenti si corre il rischio di ripetere quanto è accaduto per il nuovo codice della strada, che è apprezzabile in teoria, ma in realtà è inapplicabile perché i divieti e le prescrizioni non sono state aggiornate.

Vorrei poi porre l'attenzione, non solo sulla battaglia al fumo di tabacco, che è evento noto, ma anche sulla battaglia al fumo di altre sostanze. Oggi purtroppo si fuma di tutto. Quali sono i criteri di sorveglianza che Governo, Ministero, Ministro e Parlamento intendono stabilire?

Infine, il problema dell'indagine sui tumori, che non è meno rilevante. Occorre avere ulteriori dati sull'Italia a due velocità. Abbiamo avuto molti miglioramenti, come è stato confermato dall'Associazione italiana di oncologia medica; ma quali sono le carenze? Ricordo soprattutto che dovremo stabilire insieme un percorso parlamentare per dare mandato alle Regioni affinché vengano riuniti i DRG.

CURSI, *sottosegretario di Stato per la salute*. Accolgo la provocazione del senatore Carella. Sottolineo che io stesso ero un forte fumatore, fino a che mi sono accorto dei disagi e del senso di affaticamento e di affanno che ciò mi creava, anche nello svolgimento della mia attività politica. Al di là dei rimedi più o meno seri allora in voga, la forza di smettere è derivata proprio dalla consapevolezza che il mio fisico non poteva più sopportarlo. Oggi porto sempre con me un pacchetto di sigarette; ne fumo una al giorno, senza aspirare, solo per un fatto gestuale e sono ben consapevole di tutti i problemi connessi al fumo.

Circa Trenitalia sono d'accordo con il senatore Carella. Ritengo sia opportuno promuovere una decisione della società di destinare la prima o l'ultima carrozza ai fumatori. Abbiamo varato un regolamento per distinguere nei ristoranti che vorranno, la zona destinata ai fumatori e quella destinata ai non fumatori. Ora, se si vuole rispettare il principio della difesa, sia del fumatore sia del non fumatore, si deve riconsiderare quella scelta sui treni. Sono d'accordo con il senatore Fasolino: ormai il logo della sigaretta sui treni non serve a nulla.

A tale proposito, ricordo che tanti anni fa in Italia si decise che nei cinema non si poteva più fumare. Ricordo che dopo le reazioni, anche eclatanti, a questa decisione vi è stato un progressivo adattamento che dimostra come sia necessario anche abituarsi a certi meccanismi.

Sono d'accordo con il senatore Mascioni circa le cinture di sicurezza. Vengo dalla Commissione trasporti della Camera e ricordo che abbiamo impiegato otto anni per recepire la direttiva in materia. Il casco e la patente a punti hanno dimostrato (e posso fornire i dati precisi alla Commissione) una riduzione consistente sia degli incidenti sia delle vite salvate; ciò significa anche un notevole risparmio per ricoveri e invalidità. Quelle misure sono giuste. La legge fu approvata da una maggioranza molto ampia e prevede sia la prevenzione, con campagne di comunicazione, anche se possiamo discutere di quale sia la migliore, sia le sanzioni.

Senatrice Bianconi, fornirò alla Commissione i dati da lei richiesti. Noto che tra le persone che saranno udite c'è anche la dottoressa Pellegrini. Le dirò stasera della sua domanda e sarà lei a comunicarvi i dati, Regione per Regione. Quelli più importanti riguardano le radioterapie, con la verifica di quanti e dove si sottopongono a tali cure, e il tasso di ospedalizzazione.

Senatore Longhi, non è vero che ci occupiamo solo del fumo. La campagna di comunicazione contro l'alcol è già stata pubblicata. Sul sito del Ministero potete trovare un bando di concorso, al quale hanno partecipato alcune grandi aziende. Non ho detto nulla all'inizio, perché la relazione sarebbe divenuta troppo lunga, ma posso dire ora che in collaborazione con il Ministero dell'istruzione, nell'ambito delle iniziative di educazione alla salute, è stato già 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, uno dei quali si intitola «La trappola chimica», su droghe, alcol, tabacco, doping e anabolizzanti, e affronta i danni e i pericoli connessi all'abuso di sostanze (tra cui il fumo), 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.

Quanto alla vicenda della pubblicità di sigarette sulle macchine di Formula 1, ricordo che la normativa nazionale vieta la pubblicità diretta e indiretta del tabacco. Entro il 31 luglio 2005 dovrà essere recepita la direttiva 2003/33/CE che il Parlamento europeo e il Consiglio dell'unione europea hanno adottato il 26 giugno 2003 in materia di pubblicità e di sponsorizzazione a favore dei prodotti del tabacco aventi carattere transfrontaliero. Con il recepimento di tale direttiva avrà fine la possibilità da parte dell'industria di sponsorizzare, ad esempio, manifestazioni sportive a carattere internazionale. Recepiremo questa direttiva?

Sempre circa i divieti cui ha accennato il senatore Mascioni, forse non ci si rammenta del fatto che nelle strutture pubbliche esistono tanti cartelli, correlati ad una norma di 25-30 anni fa, su cui è scritto «divieto di fumo». In quei cartelli si precisa che chi contravviene sarà punito con l'ammenda da lire 1.000 a lire 5.000. Negli ospedali, prima che venisse approvata la specifica legge, c'era già scritto «divieto di fumo». Quanti hanno rispettato queste disposizioni? La norma c'era già: non dimentichiamoci che prima della legge citata era in vigore una norma che vietava il fumo nei locali pubblici, la cui applicazione ha fatto la fine che abbiamo

tutti verificato. Vanno dette anche queste cose, perché si tratta di vecchi provvedimenti.

Condivido pienamente, inoltre, le considerazioni svolte dal senatore Salini e osservo che le scelte fatte dal Ministero sono state improntate solo al tema fondamentale della tutela della salute. Per chi vi parla, ma credo anche per tanti di voi, è stato faticoso adottare certe decisioni, ma penso che oggi, con questa legge, qualche risultato lo stiamo ottenendo.

Anche per quanto riguarda le considerazioni svolte dalla senatrice Baio Dossi sul *report* di dati, pregherò la dottoressa Pellegrini di farvi avere questi dati, in modo che ciascuno di voi disponga di queste informazioni.

Sulla informazione e sulla comunicazione, si tratta di adottare le campagne più adatte, poiché queste non sempre hanno prodotto risultati positivi. Sono in possesso di un pacchetto di sigarette acquistato negli Stati Uniti, dove non è stata applicata alcuna etichetta in cui compaia la parola «morte», «il fumo ti uccide» e così via. Nei Paesi che hanno previsto addirittura di applicare l'immagine della morte sui pacchetti di sigarette, si è prodotta una diminuzione del fumo praticamente nulla. Questo probabilmente significa che quei sistemi non spaventano nessuno. Forse, come giustamente osservava il presidente Tomassini, occorre pensare ad altre iniziative, anche in sede di formazione, magari dirette al mondo della scuola.

Ad esempio ho registrato – come, credo, tutti noi – un considerevole e sconsiderato aumento del fumo da parte delle donne: ci si accorge spesso che in un gruppo di persone la maggioranza di fumatori è di sesso femminile. Gli uomini, quindi, forse hanno recepito di più il messaggio. In ogni caso vi è questo aumento percentuale.

Mi avvio a concludere osservando che il vice presidente Danzi e il presidente Tomassini hanno accennato anche al problema della droga. Dovreste forse valutare se ritenete opportuno, nell'ambito di questa indagine conoscitiva sul tabagismo, sentire anche il dottor Carlesi, direttore del Dipartimento nazionale antidroga.

L'ultima considerazione è in risposta al vice presidente Danzi. È stato realizzato il censimento dei centri per la dissuasione dal fumo; attualmente sono attivi sul territorio nazionale 345 centri, 265 dei quali presso le ASL e le aziende ospedaliere e 80 presso le sedi provinciali della Lega italiana per la lotta contro i tumori. Dispongo anche di alcuni dati percentuali che riguardano le morti per la specifica patologia del cancro al seno: come ha chiesto la senatrice Bianconi, successivamente tali dati saranno forniti alla Commissione.

PRESIDENTE. Ringrazio il sottosegretario Cursi e dichiaro conclusa l'audizione.

Rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 16,25.

SENATO DELLA REPUBBLICA

XIV LEGISLATURA

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

INDAGINE CONOSCITIVA
SULLE INIZIATIVE DI PREVENZIONE DEL
TABAGISMO E DEL TUMORE AL SENO IN ITALIA

2° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 6 OTTOBRE 2004

Presidenza del vice presidente MASCIONI

INDICE

Audizione di persone esperte su tematiche attinenti alla materia in esame

* PRESIDENTE	Pag. 61, 72, 76	BOVENGA	Pag. 61, 73, 76
BETTONI BRANDANI (DS-U)	72	PACIFICI	69, 76
* BIANCONI (FI)	71	* ZUCCARO	66, 75
* BOLDI (LP)	71		

N.B.: L'asterisco indica che il testo del discorso è stato rivisto dall'oratore.

Segle dei Gruppi parlamentari: Alleanza Nazionale: AN; Democratici di Sinistra-l'Ulivo: DS-U; Forza Italia: FI; Lega Padana: LP; Margherita-DL-l'Ulivo: Mar-DL-U; Per le Autonomie: Aut; Unione Democristiana e di Centro: UDC; Verdi-l'Ulivo: Verdi-U; Misto: Misto; Misto-Comunisti Italiani: Misto-Com; Misto-Lega per l'Autonomia lombarda: Misto-LAL; Misto-Libertà e giustizia per l'Ulivo: Misto-LGU; Misto-MSI-Fiamma Tricolore: Misto-MSI-Fiamma; Misto-Nuovo PSI: Misto-NPSI; Misto-Partito Repubblicano Italiano: Misto-PRI; Misto-Rifondazione Comunista: Misto-RC; Misto-Socialisti democratici Italiani-SDI: Misto-SDI; Misto Popolari-Udeur: Misto-Pop-Udeur.

Intervengono in rappresentanza della Federazione Nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, il dottor Sergio Bovenga, presidente dei medici chirurghi e odontoiatri della provincia di Grosseto, nonché, per l'Osservatorio fumo, alcool e droghe dell'Istituto Superiore di Sanità, il professor Piergiorgio Zuccaro, direttore dell'Osservatorio e la dottoressa Roberta Pacifici, responsabile del settore fumo dell'Osservatorio.

I lavori hanno inizio alle ore 14,05.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizione di persone esperte su tematiche attinenti alla materia in esame

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sulle iniziative di prevenzione del tabagismo e del tumore al seno in Italia, sospesa nella seduta di mercoledì 28 settembre.

È oggi prevista l'audizione del dottor Bovenga, presidente dell'ordine dei medici di Grosseto, che è qui in rappresentanza della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e 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 medesimo. Ringrazio i nostri ospiti per aver accolto l'invito della Commissione e cedo subito la parola al dottor Sergio Bovenga, in rappresentanza della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e odontoiatri.

BOVENGA. Ringrazio il Presidente la Commissione per l'opportunità che ci viene offerta partecipando all'audizione odierna. Sono qui in rappresentanza della Federazione nazionale su incarico del nostro presidente, il dottor Giuseppe Del Barone, che mi ha pregato con l'occasione di porgere alla Commissione i suoi saluti.

Come sapete, gli argomenti oggetto dell'indagine conoscitiva sono di grande rilevanza sociale e quindi il tempo a disposizione mi consentirà soltanto una sintesi, certamente non esaustiva; consegno, comunque, agli atti della Commissione una memoria scritta e rimango a disposizione per eventuali chiarimenti, per quanto le mie competenze consentono.

Il tabagismo rappresenta a tutt'oggi uno dei più rilevanti problemi di sanità europea e mondiale e l'Italia, ovviamente, non fa eccezione. Il consumo di tabacco rappresenta ad oggi la maggior causa prevenibile di decessi prematuri, quanto meno nei Paesi industrializzati. Secondo stime prudenziali, negli anni dal 2010 al 2030 sono attesi in Italia circa

10.000 decessi ogni anno su un numero di fumatori che attualmente si calcola intorno ai 13 milioni di cittadini italiani, con un'incidenza, per quanto riguarda le classi maggiormente interessate, che si va indirizzando in modo preoccupante verso la giovane età e le donne. Nei Paesi industrializzati il tabacco è responsabile del 24 per cento di tutti i decessi di uomini e del 7 per cento di tutti i decessi di donne. In altri termini, un uomo su quattro per cause dirette o indirette legate al tabacco va incontro alla morte. Ciò corrisponde, quanto a perdita media di vita, a 21 anni circa per coloro che decidono nella cosiddetta età media e a 8 anni per chi decide oltre i 70 anni, sempre a causa del tabacco.

Se ci riferiamo alle donne, poi, è bene ricordare che nelle ultraquarantenni l'associazione di fumo di tabacco e contraccettivi orali fa aumentare di dieci volte il rischio di malattie cardiovascolari.

In Italia le neoplasie polmonari hanno un'incidenza di 35.000-40.000 nuovi casi l'anno, con una sopravvivenza media a distanza di cinque anni dalla diagnosi del 13 per cento. Si tratta di un dato rimasto invariato negli ultimi vent'anni, che, tradotto concretamente, significa come l'unico provvedimento veramente efficace rispetto a tale patologia sia la prevenzione primaria (cioè non cominciare a fumare) o quella secondaria (smettere il prima possibile).

A modo suo, il tabacco è un problema sanitario unico rispetto alle cause prevenibili di malattie, perché è pericoloso sempre e comunque, a prescindere dalla dose o dalla modalità di consumo, come invece avviene nel caso di altri fattori di rischio. Induce una fortissima dipendenza, viene attivamente ed energicamente pubblicizzato, spesso senza alcuno scrupolo o comunque sul filo della legge. Il suo uso non nuoce soltanto a coloro che lo consumano ma anche a chi con esso viene indirettamente a contatto.

Dal punto di vista delle linee guida, per tentare di disassuefare dall'abitudine del tabacco, il *counseling* (ossia il rapporto con il medico di medicina generale) deve essere considerato privilegiato o da privilegiare.

Come ho detto alla senatrice Bianconi prima dell'inizio dell'audizione, la nostra categoria dovrebbe fare un po' di autocritica. I medici fumatori sono ancora troppi e rappresentano, purtroppo, un pessimo esempio non solo per i pazienti, ma in linea generale per tutti i cittadini.

Il *counseling* effettuato dal medico di medicina generale deve essere accompagnato a metodi con approccio psicologico di tipo cognitivo comportamentale individuali o di gruppo, alla farmacoterapia e a un intervento di tipo psicologico combinato con la Terapia sostitutiva con nicotina (NRT), che sembra stia dando risultati molto interessanti.

Sarebbe poi importante far conoscere a tutti che, già entro un anno dalla rinuncia al fumo, il rischio si riduce della metà o più e continua a declinare, sia pure più lentamente, raggiungendo, dopo un lungo periodo, il livello di coloro che non hanno mai fumato.

In sintesi, occorre promuovere una prevenzione primaria attraverso interventi di educazione sanitaria segnatamente nelle scuole, fra i giovani

per evitare l'iniziazione al fumo. È poi necessario attuare una prevenzione secondaria attraverso interventi mirati alla cessazione dal fumo.

Le campagne antifumo, sia pure faticosamente, apportano risultati positivi. Si calcola che il 30 per cento della popolazione dei fumatori ne sia influenzato, anche se poi solo il 6 per cento smette di fumare, il 7 per cento «ci prova», mentre il 10 per cento riduce il consumo di sigarette.

Questi punti, che ho rapidamente sintetizzato, sono in larga parte ripresi ed ampliati nel Piano sanitario nazionale che indica azioni specifiche, riguardanti provvedimenti che mirano a: promuovere il rispetto del divieto del fumo nei locali pubblici e negli ambienti di lavoro e l'attuazione di interventi di educazione sanitaria nell'età scolare; realizzare campagne mirate a favorire l'interruzione del fumo tra le donne in gravidanza; vigilare sulla corretta applicazione dei limiti alla pubblicità diretta e indiretta; sostenere azioni volte a favorire la disassuefazione dal fumo, impegnando in primo luogo i medici di medicina generale.

Per quanto riguarda la prevenzione del tumore al seno, gran parte delle informazioni sono il frutto del recepimento delle raccomandazioni avanzate dalla Forza operativa nazionale sul carcinoma mammario (FONCAM).

Alcune indicazioni sulle dimensioni del fenomeno. Ogni anno si registrano circa 30.000 nuovi casi di tumori alla mammella, di cui 7.000-8.000 nelle donne in età inferiore a 50 anni; 13.000-14.000 tra i 50 e i 70 anni e 8.000-10.000 nelle età più avanzate.

Nel 2002 circa un terzo delle donne che hanno contratto la malattia sono decedute. Sul computo generale delle neoplasie che colpiscono le donne, si tratta di una percentuale pari al 16,3 per cento di tutti i decessi femminili attribuibili a cancro. I dati dei registri tumori indicano valori di incidenza più elevati nel Nord, intermedi al Centro e inferiori al Sud. La sopravvivenza relativa a cinque anni è passata dal 65 per cento, per i casi diagnosticati alla fine degli anni Settanta, al 75 per cento dei casi diagnosticati alla fine degli anni Ottanta.

Non elenco i fattori di rischio comunque riportati nella memoria che lascio agli atti della Commissione. Mi limiterò a fare solo riferimento a due punti. In primo luogo, mi soffermo sulla storia personale della donna colpita. Le donne che hanno avuto un tumore ad una mammella presentano un rischio 3-4 volte maggiore di sviluppare un tumore nell'altra mammella.

In secondo luogo mi soffermo sulla storia familiare. I familiari di primo grado di una donna colpita da carcinoma della mammella presentano un rischio quasi doppio di sviluppare la neoplasia rispetto alla popolazione senza familiarità. Tale rischio aumenta ulteriormente se i familiari ad essere colpiti dal tumore sono due o più di due. Se una donna (vedremo poi che anche gli uomini non ne sono esclusi) ha più di due parenti di primo grado affetti da carcinoma alla mammella, il rischio aumenta in misura maggiore.

A seguito di ulteriori accertamenti, nella maggior parte di queste famiglie si è riscontrata una mutazione genetica (non entro nello specifico

tecnico, ma cerco di rendere l'idea nei geni detti BRCA 1 (*breast carcinoma 1*) o BRCA 2 (*breast carcinoma 2*), che sono alla base della maggior parte dei carcinomi mammari ereditari a trasmissione dominante.

Il rischio di ammalarsi di tumore per il portatore di geni predisponenti non è noto con assoluta certezza. In sostanza, non esiste un rapporto matematico di correlazione fra la presenza positiva del gene in questione e la probabilità di ammalarsi. È indubbio però che la presenza di tale gene rappresenta un rischio aumentato. Il problema è capire se è possibile sapere se si è portatori di detti geni. Oggi è tecnicamente possibile saperlo attraverso un comune prelievo di sangue venoso; per quanto riguarda l'attività di laboratorio, lasciamo il compito ai tecnici.

Bisogna poi individuare a chi può essere utile una simile indagine, sia per non correre il rischio di indulgere in un eccessivo ottimismo, di indurre false speranze o, al contrario, di generare involontariamente un eccessivo allarmismo in chi dovesse scoprirsi positivo al gene in questione e che non per questo ha la sicurezza di ammalarsi. È bene, allora, che l'indicazione ad effettuare questo tipo di indagine sia valutata in sede di consulenza genetica che si sostanzia, anzitutto, in un colloquio informativo per il soggetto che vi si deve sottoporre. Sarà 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; sul significato dell'esame che si va a praticare; sul valore predittivo dell'esito positivo o negativo del test. Sarà poi compito del soggetto che si è sottoposto all'esame, soprattutto in caso di positività, informare i propri familiari e valutare l'eventualità di verificare se anch'essi hanno ereditato o meno il difetto genetico.

In sostanza, quest'analisi 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.

Desidero occupare i restanti minuti a mia disposizione per soffermarmi prima sullo *screening* e poi su un dettaglio riguardante la terapia.

I programmi di *screening* mammografico hanno evidenziato una consistente riduzione della mortalità per carcinoma della mammella nelle donne in età superiore a 49 anni. Tale riduzione di mortalità – che si aggira attorno al 50 per cento nelle donne che si sottopongono a *screening* –, è stata ottenuta anche con l'uso della sola mammografia, ripetuta ad intervalli regolari di due e, in alcuni casi, anche di tre anni. Purtroppo, non tutte le donne aderiscono allo *screening*. I dati in mio possesso, riferiti al 2001, indicano un valore complessivo di adesione intorno al 48 per cento, con profonde differenze fra una Regione e l'altra: si va da Regioni «virtuose» in cui l'adesione arriva al 70 per cento (ad esempio, la Liguria), per arrivare al modestissimo 24 per cento della Sicilia.

Nel 2002 la partecipazione ai programmi di *screening* è migliorata perché è salita al 57 per cento sul territorio nazionale, anche se è, comunque, ancora al di sotto della percentuale di adesione ritenuta soddisfacente che è pari al 70 per cento. È senz'altro raccomandabile l'intensificazione

dell'organizzazione di programmi di *screening* mammografico con periodicità biennale rivolto alle donne residenti in età compresa fra i 50 e i 70 anni. È tuttora argomento di discussione scientifica la reale utilità dello *screening* delle donne fra i 40 e i 49 anni, non essendo ancora chiaro il rapporto costi-benefici.

Da un punto di vista operativo, i programmi di *screening* mammografico devono essere rivolti a donne residenti in una definita area geografica, di età compresa fra i 50 e i 70 anni e devono avere una periodicità biennale. La modalità di invito deve essere personalizzata e da ripetere per le non rispondenti. Si suggeriscono esami di approfondimento in relazione al primo esito dello *screening* mammografico e un controllo periodico dei risultati (tasso di partecipazione, frequenza e stadio della neoplasia diagnosticata). In sostanza, si deve valutare l'efficacia dello *screening* che si sta operando.

Considerando i costi di un programma di *screening* e le difficoltà diagnostiche del carcinoma della mammella, specie in fase pre-clinica (ossia quando ancora non ha dato segni di sé), appare opportuno che tutto il percorso diagnostico si espliciti in un'unica sede qualificata e controllata. Si registrano un'eccessiva frammentazione dei posti in cui lo *screening* è compiuto e soprattutto l'assenza del medesimo *standard* di qualità. Bisognerebbe, probabilmente, ridurre le postazioni in modo da aumentare la qualità rendendola omogenea sull'intero territorio nazionale.

L'ultima nota riguarda la terapia del carcinoma della mammella. In questa sede ritengo opportuno soffermarmi su alcuni aspetti dell'approccio chirurgico. Come sapete, la terapia del carcinoma alla mammella – come spesso accade in tutte le forme tumorali – è composita, nel senso che è chirurgica, medica, radioterapica, ormonoterapica.

Per quanto riguarda l'approccio chirurgico, la terapia prevede l'asportazione più o meno ampia di parte della mammella (fino alla sua completa asportazione per i tumori maggiori di 3 centimetri) e la cosiddetta dissezione ascellare, che fino a poco tempo fa veniva praticata in un certo qual senso di *routine*. Attualmente la dissezione è sostituita dalla metodica detta del «linfonodo sentinella». Si tratta di individuare preliminarmente se un determinato linfonodo è o meno positivo alla localizzazione di cellule cancerose. Solo in questo caso si procede alla dissezione ascellare; in caso contrario, ci si limita a una resezione locale senza svuotamento ascellare, con indubbe ripercussioni sulla donna non solo in termini di degenza e di ripresa delle attività ma anche dal punto di vista psicologico. Tale metodica, dipendendo dall'operatore o meglio dal centro in cui viene svolta, non può essere assolutamente lasciata all'improvvisazione. Un concetto siffatto vale sempre in medicina ma in qualche caso in modo particolare. È una tecnica da ritenersi affidabile a condizione che sia eseguita in centri specialistici che abbiano dimostrato la loro esperienza nell'ambito di studi controllati. In caso contrario, potrebbe rivelarsi un *boomerang*, giacché si potrebbe incorrere in falsi negativi, ossia in un prelievo inadeguato di linfonodo magari interessato.

Vorrei, infine, ricordare come la terapia dei tumori della mammella prevede ancora la ricostruzione e la riabilitazione fisica e psicologica, aspetti, a nostro avviso, molto importanti perché, se sviluppati e fatti conoscere nel modo giusto, potrebbero incidere sul basso livello di donne che si sottopongono a *screening* qualche volta solo per paura.

ZUCCARO. Illustrerò innanzi tutto alcuni dati rilevati nel 2003 concernenti la filiera e segnatamente la produzione del tabacco in alcuni Paesi rispetto alla produzione mondiale. Dai valori percentuali si evince che la maggiore produzione di tabacco è concentrata soprattutto in Cina e negli Stati Uniti, mentre l'Italia occupa una porzione molto piccola nell'ambito dell'Unione europea, pari a solo il 4,8 per cento.

Il secondo dato riguarda l'importazione e l'esportazione di tabacco nell'ambito dell'Unione Europea. Quanto ad importazioni l'Italia si assesta al sesto posto, mentre è al primo posto nelle esportazioni.

Le vendite rappresentano il problema fondamentale. I dati a nostra disposizione derivano da un'indagine DOXA che da diversi anni commissioniamo annualmente, in collaborazione con l'Istituto Mario Negri e con la Lega Italiana per la lotta ai tumori, al fine di verificare puntualmente il *trend* dei fumatori.

Dal 1993 si è verificato un fenomeno importante e preoccupante di aumento delle vendite di sigarette. Per fortuna nel 2003 abbiamo alcuni segnali positivi che testimoniano come le azioni intraprese negli ultimi anni abbiano iniziato a fare effetto. Per la prima volta si è registrata tra il 2002 e il 2003 una diminuzione dell'1,3 per cento della vendita di sigarette che – ancorché apparentemente irrilevante – corrisponde a circa 67 milioni di pacchetti da 20 sigarette.

Un altro dato confortante che ci fa presumere che è stata intrapresa la strada giusta è che nel primo semestre del 2004 si è registrata rispetto al primo semestre 2003 un'ulteriore diminuzione del 2 per cento nella vendita di sigarette. Speriamo che su base annua tutto ciò produca risultati finalmente incoraggianti e gratificanti del lavoro che stiamo tutti portando avanti in questi anni.

Oltre a verificare l'andamento delle vendite di sigarette c'interessa anche con apposite indagini calcolare la prevalenza dei fumatori. Ebbene, analizzando il periodo che va dal 1957 al 2004, si evince che in Italia inizialmente il 65 per cento dei fumatori erano uomini; si trattava, dunque, di un fenomeno prettamente maschile. Essere oggi arrivati al 30 per cento e aver quasi dimezzato la percentuale originaria rappresenta certamente un enorme successo.

Sulle donne, argomento odierno, esistono due differenti interpretazioni. Nel 1956 le donne fumatrici erano il 6,2 per cento, quindi una percentuale piccolissima; intorno agli anni '90-'92 si è registrato un picco. I dati DOXA rilevano poi un'oscillazione tra la percentuale delle donne fumatrici che passa dal 25,9 al 23,6, fino al 22,5 per cento del 2003. Allo stato riteniamo di essere in presenza di una fase discendente o quantomeno piatta. La mia opinione è che le donne abbiano avuto un comporta-

mento virtuoso, essendo cadute nel vizio del tabacco quando si erano già iniziate a mettere in atto le conoscenze sui danni provocati dal fumo. Auspicio, pertanto, che il picco si limiti soltanto agli anni Novanta e che oggi, parallelamente a ciò che avviene per gli uomini, si registri un'ulteriore diminuzione.

Vi è invece chi prevede che il numero delle donne fumatrici aumenterà. Al momento i dati rilevano una fase di discesa, piccole riduzioni che rappresentano però un segnale importante. Le percentuali sono interessanti, ma è forse più importante e significativo quantificare i fumatori. In Italia, i fumatori sono 12,8 milioni, gli ex fumatori 8,6 milioni e 27,4 milioni i non fumatori. I 12,8 milioni di fumatori rappresentano un enorme problema dal punto di vista sanitario.

Sempre nella nostra indagine abbiamo esaminato i tentativi di smettere di fumare. Come è a tutti noto, generalmente i fumatori provano a smettere di fumare. Abbiamo monitorato questo fenomeno nel 2003 e nel 2004 e dalla nostra indagine campionaria è emerso che sono aumentati i tentativi di smettere di fumare con successo (16,6 per cento nel 2003 e 17,9 per cento nel 2004). Percentualmente sembrano piccole differenze ma se si verifica il corrispondente numerico le cifre risultanti sono decisamente elevate; 700.000 sono i fumatori che hanno smesso di fumare nel corso dell'anno.

Chiaramente non tutti coloro che hanno smesso non riprendono a fumare; come ben sappiamo, in questo campo le recidive sono molto elevate. Ad ogni modo, è già positivo che ogni anno un certo numero di fumatori tenti di smettere di fumare.

A questo punto mi preme sottolineare il ruolo importantissimo del medico di base. In passato si era usi affermare che la categoria dei medici era quella che fumava di più. Ciò non è vero: i medici fumano come tutte le altre categorie professionali (ingegneri, avvocati, e via discorrendo). Il problema è che non dovrebbero fumare affatto, attesa anche la significatività del messaggio che può dare un medico che non fuma. Oltre a non fumare in presenza dei propri pazienti, i medici fumatori dovrebbero nascondere il proprio vizio, mantenendolo estremamente privato. Il medico sa benissimo quel che deve fare della propria vita; a noi interessa di più sapere come e quanto si rapporta con i propri pazienti. Oggi ognuno di noi si reca minimo una volta l'anno dal medico di base. Ebbene, se in tale occasione il medico ricordasse al proprio paziente che deve smettere di fumare, ne deriverebbe un effetto eclatante molto positivo a costo zero.

Negli ultimi mesi il 23,1 per cento dei fumatori ha ricevuto il suggerimento di smettere di fumare dal proprio medico di base. Secondo il metodo di valutazione seguito tale dato può apparire buono o cattivo. Peraltro, si tratta di un valore in crescita, tenuto conto che negli anni passati i medici di base non ponevano domande del genere.

Come abbiamo riportato nelle Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo, predisposte in collaborazione con l'Ordine dei medici, si è avuto modo di verificare quanto un intervento clinico minimo, quale quello che ho indicato, sia estremamente efficace. Il fatto

stesso che il paziente si senta ricordare la propria condizione tabagica, secondo studi controllati internazionali, produce una sua efficacia. Non mi riferisco però solo ai medici.

L'Organizzazione mondiale della sanità ha stabilito che, in occasione della Giornata mondiale senza tabacco, prevista il 31 maggio prossimo, tema principale saranno le modalità con cui tutto il personale sanitario (non solo i medici) deve rapportarsi al problema del tabacco ed essere impegnato in questa battaglia. Questo è il lavoro che come osservatorio svolgiamo presso l'Istituto superiore di sanità.

Il telefono verde contro il fumo funziona ormai da più di quattro anni ed è, a nostro avviso, uno strumento importante. Lo scopo del numero verde è rapportarsi con i cittadini che chiamano per: dare informazioni scientifiche corrette, aggiornate e personalizzate; favorire attraverso il colloquio l'individuazione del reale problema dell'utente, valutare insieme allo stesso una gamma di soluzioni del problema evidenziato, facilitare la persona in difficoltà ad attuare modifiche comportamentali e decisionali necessarie per la diminuzione o la cessazione della abitudine tabagica. Vi è anche un colloquio con gli operatori del settore, anche medici, che si rivolgono a noi per avere indicazioni su dove indirizzare i pazienti, su quali sono le terapie più avanzate e sui dati epidemiologici.

Abbiamo predisposto e diffuso una serie di manuali di cui l'ultimo è una guida pratica, da leggere, compilare e personalizzare, che si basa sul presupposto che la maggior parte delle persone che hanno smesso di fumare lo hanno fatto da sole. Abbiamo ritenuto opportuno distribuire questa semplice guida a tutti coloro che ne hanno fatto richiesta; è possibile però anche scaricarla anche dal sito Internet www.ossfad.iss.it e rappresenta un modo semplice per cercare di smettere di fumare: consigli pratici senz'altro efficaci, anche se chiaramente non tutti riescono nell'intento.

Nel 2004 abbiamo censito 345 centri per la disassuefazione sparsi in tutta Italia. In ogni Regione e in ogni ASL è presente un centro al quale ci si può rivolgere e dove il personale medico e quello del Servizio Sanitario Nazionale, previo pagamento di un *ticket* secondo le prestazioni rese, forniscono un aiuto. Accanto ai centri censiti, ormai da diversi anni e con un aggiornamento annuale, indichiamo anche i centri della Lega Italiana per la lotta contro i tumori, che hanno dislocazione provinciale e spesso lavorano insieme ai centri del Servizio sanitario nazionale. Si tratta, dunque, di un'attività di supporto e di cooperazione molto importante.

Abbiamo sviluppato le carte del rischio polmonare. Come sapete, in Italia esistono le carte del rischio cardiovascolare che sono importanti, essendo il fumo uno dei fattori di rischio maggiori per questo tipo di patologie cardiovascolari. Malgrado fosse a tutti noto che il fumo è la maggiore causa di rischio per le patologie respiratorie, come la Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e tumore al polmone, non erano state mai approntate carte analoghe a quelle per il rischio cardiovascolare. Come Istituto superiore di sanità, in collaborazione con il CNR e il Dipartimento di epidemiologia della ASL Roma E abbiamo predisposto queste carte con le quali si può calcolare per il soggetto, rispetto alla classe di

età, all'esposizione, al fatto che oltre al fumo di sigaretta sia esposto o meno ad altri fattori ambientali, la probabilità di ammalarsi, nei prossimi dieci anni, di BPCO e di tumore al polmone.

In caso di tumore al polmone all'aumento del numero delle sigarette fumate aumenta in modo significativo e abbastanza drammatico il fattore di rischio. Questi dati importanti, ancorché di facile lettura per tutti i cittadini, sono dedicati alla classe medica che deve aiutarci a portare avanti questa battaglia dal punto di vista sanitario.

Ricordo poi che ci si ammala e si muore anche di fumo passivo. In tal senso richiamo le leggi sulla tutela della salute dei non fumatori e di recepimento della direttiva 2001/37/CE in materia di tabacco nonché il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 dicembre 2003. Si tratta di riferimenti normativi concatenati tra loro, che riportano al problema, dibattuto e finalmente risolto, della tutela della salute dei non fumatori e al divieto di fumare nei locali chiusi. Sarà vietato fumare nei locali chiusi ad eccezione degli ambienti privati non aperti al pubblico e di quelli riservati ai fumatori e come tali contrassegnati. Essendo stata prevista una fase di transizione per consentire agli esercenti di realizzare i *box* riservati ai fumatori, la normativa entrerà in vigore alla fine dell'anno. Ovviamente, restringendo le possibilità di fumare, si mette in moto un circolo virtuoso riconducibile alla prevenzione.

Da ultimo, ricordo il nostro sito Internet, dove sono reperibili e scaricabili i documenti che ho richiamato e soprattutto le ricerche nostre e di altri colleghi.

PACIFICI. Il nostro Osservatorio negli ultimi anni ha dedicato molta attenzione al problema del tabagismo nei giovani. I dati relativi all'ultimo anno rilevano che in Italia il 12 per cento dei ragazzi tra i 13 e i 17 anni fuma mediamente sette sigarette al giorno. Il 48 per cento di questi giovani, però (quindi quasi la metà), fuma meno di cinque sigarette al giorno. Nella maggior parte dei casi il minore compra direttamente le sigarette e l'accesso è generalmente il tabaccaio, anche se non è indifferente la quota di acquisto presso i distributori automatici.

I ragazzi fumano tendenzialmente poco, tant'è vero che più del 90 per cento dei giovani tra i 15 e i 17 anni hanno sviluppato una bassa o bassissima dipendenza alla nicotina. Attesa la caratteristica dell'acquisto diretto della materia, si è già in presenza di una popolazione di fumatori, ancorché con una dipendenza fisica diversa rispetto alla popolazione adulta. Appare quindi estremamente importante agire subito su di essi, prima che questa abitudine si consolidi e si passi a meccanismi di dipendenza più complessi da risolvere.

Il linguaggio destinato ai ragazzi deve essere particolarmente dedicato e studiato. Una delle nostre iniziative è il manifesto realizzato in occasione della Giornata mondiale senza il tabacco 2003, recante l'immagine di due ragazzi che si baciano e la scritta: «L'amore è un film senza fumo».

Purtroppo, un veicolo quale la televisione, che sappiamo influenzare profondamente il comportamento sociale e le norme culturali, non è nostro alleato in questa battaglia. Abbiamo fatto uno studio per verificare il ruolo della televisione nei confronti dell'induzione e dell'abitudine al fumo. In particolare, abbiamo effettuato un monitoraggio di una serie di eventi (*film, fiction, cartoon, video musicali*) su tutte le principali emittenti televisive ed è risultato che mediamente ogni 32 minuti viene trasmesso un «atto fumo», vale a dire qualcuno che accende o consuma una sigaretta. Le frequenze dell'«atto fumo» sono molto diverse a seconda del tipo di programma e dell'emittente; possono variare da una ogni 17 minuti ad una ogni 23 minuti. È estremamente grave che su MTV – emittente rivolta ai giovanissimi e che chi fra di voi ha figli certamente conosce – vadano in onda tutto il giorno video musicali e *cartoon*, nel corso dei quali si riscontra un «atto fumo» ogni 6 minuti.

Non solo: la contestualità del gesto è particolarmente grave, perché l'«atto fumo» è associato, nel 62 per cento dei casi a un eroe, a una personalità positiva e vincente calata in un contesto motivazionale di successo, seduzione e convivialità.

Non a caso dai nostri dati emerge che oltre il 70 per cento dei ragazzi tra i 15 e i 20 anni non disapprova l'uso di sigarette occasionali, reputando i rischi connessi poco significativi. In altri termini, i giovani sono convinti che fumare occasionalmente non danneggia la loro salute. Il 55 per cento dei ragazzi associa al fumo di più di dieci sigarette il giorno un grave rischio per la salute.

Altri dati riguardano l'efficacia di alcuni importanti interventi legislativi. Mi riferisco, in particolare, alla normativa di adeguamento alla direttiva europea che impone la presentazione e la vendita di prodotti di tabacco con le ben note scritte. Abbiamo svolto un'indagine per capire l'effetto prodotto da tali messaggi. Ebbene, nella maggior parte dei casi l'83 per cento dei fumatori ha ricordato non a caso la scritta «Il fumo uccide», trattandosi di espressione particolarmente forte. La frase che ha colpito meno è «Il tuo medico o il tuo farmacista possono aiutarti a smettere di fumare», perché non li tocca affatto.

Quali effetti hanno prodotto queste scritte, che per l'Italia (è bene ricordarlo) sono state a costo zero, essendo la campagna pubblicitaria interamente a carico delle industrie del tabacco? Intanto 1.200.000 fumatori, pur rimanendo tali, hanno ridotto il numero di sigarette fumate. Considerato che si è trattato di una campagna a costo zero, ci si può considerare soddisfatti.

Come valutano i fumatori la legge sui divieti che entrerà in vigore a dicembre? Oltre l'86 per cento dei fumatori risulta favorevole a che non si fumi nei locali pubblici o che comunque vi siano aree protette per chi non vuole fumare. Non solo, oltre l'85 per cento dei fumatori è favorevole al divieto di fumare sul posto di lavoro. Occorre per ciò smitizzare l'idea che gli interventi sul fumatore siano dallo stesso vissuti come una privazione della propria libertà. Non è vero, il fumatore ha già elaborato questo processo ed è più che pronto ad essere aiutato.

Vorrei portare alla vostra attenzione un ultimo dato che può fare riflettere chi deve prendere decisioni. Il 61 per cento dei ragazzi di età compresa fra i 15 e i 24 anni ritiene poco o per nulla rilevante un significativo aumento dei prezzi delle sigarette come intervento volto a ridurre la diffusione del fumo tra i giovani.

BIANCONI (FI). Presidente, in primo luogo ringrazio vivamente i nostri ospiti per le tre bellissime relazioni che ci hanno oggi illustrato.

Chiedo al professor Zuccaro e alla dottoressa Pacifici di fornirci tutti i dati che sono in loro possesso segnatamente sui giovani, che dovrebbero essere oggetto di una nostra ampia riflessione. Avete già svolto negli anni precedenti campagne di informazione? È nostro compito, infatti, capire come viene percepito il messaggio pubblicitario.

Gli indici relativi al tumore al seno rilevano un forte abbassamento dell'età delle donne colpite da questa neoplasia. Essendo la prevenzione un'arma vincente, sarebbe molto utile che le giovani generazioni imparassero l'autopalpazione al fine di conoscere il proprio fisico e le eventuali trasformazioni sono un forte campanello d'allarme. Generalmente le donne si sottopongono almeno una volta l'anno ad una visita medica. Sarebbe estremamente utile se i medici di medicina generale mostrassero una certa sensibilità nei confronti delle giovani donne, invitandole a sottoporsi ad un programma di *screening*. A tal fine una lettera personalizzata sarebbe non solo utile alle donne ma lo sarebbe anche se il medico di medicina generale richiedesse gli esiti degli accertamenti effettuati.

Vorrei sapere se state operando in questa direzione e se è possibile inserire ciò nelle vostre linee guida.

BOLDI (LP). Reputo veramente interessanti i dati che i nostri ospiti hanno illustrato alla Commissione. Desidero fare due annotazioni curiose a proposito della pubblicità la cui influenza è molto rilevante. In tal senso è esemplificativo il film – uscito negli Stati Uniti proprio nel momento in cui è iniziata la terribile campagna antifumo – intitolato «Water World» nel quale «i cattivi» si chiamano *smokers*. Il messaggio ha avuto un buon esito trattandosi di un film di avventura visto soprattutto da bambini e adolescenti. Forse occorrerebbe ricorrere anche noi a soluzioni del genere. Quello del film è un messaggio subliminale perché, pur essendo contro il fumo, non si trova all'interno di uno *spot* dichiaratamente antifumo. Questa potrebbe essere un'altra via da percorrere.

Su MTV ha perfettamente ragione: è un'emittente in cui compaiono personaggi che fumano molte sigarette.

Varrebbe la pena di indagare se anche da noi si è pensato di pubblicizzare il non fumo attraverso campagne subliminali e non dichiaratamente antifumo.

Professor Zuccaro, nella sua relazione ha parlato della tecnica del linfonodo sentinella. Mi pare di avere letto – come lei stesso ha affermato – che non si tratta di una tecnica molto facile, alla portata di qualunque ospedale ma che sia necessario un contatto con un centro di anatomia pa-

tologica e di oncologia in grado di compiere le necessarie analisi. Esistono dati in tal senso? In caso affermativo, ne siete in possesso?

Infine, quali sono i centri che, direttamente o in rete con altri, applicano sul territorio nazionale la tecnica del linfonodo sentinella?

BETTONI BRANDANI (*DS-U*). Premetto di essere arrivata in ritardo rispetto all'inizio dell'audizione per cui potrei non aver ascoltato tutti i dati che sono stati illustrati sul fumo e sul cancro del polmone.

Mi sembra di capire che, dopo una certa età, il rischio di tumore rimane alto anche se si smette di fumare. Come si fa a convincere una persona di 55 anni a smettere di fumare?

PRESIDENTE. È stato detto che, dopo alcuni anni, il rischio del fumo non è più molto incisivo.

Penso che nessuna campagna sia terribile. Terribile è il destino clinico del fumatore, perlomeno di molti di loro.

In merito a quest'indagine conoscitiva, si è svolta una contrastata discussione nella nostra Commissione, che si è poi risolta in una contesa tra i fumatori e i non fumatori. Stante la caratteristica della nostra Commissione, molti suoi membri sono medici. Pur se considerato in un certo senso una persona scomoda, sono comunque riuscito a far sì che in questa sede sia rispettato il Regolamento che prevede il divieto di fumo in Commissione. L'ambiente non è molto spazioso per cui bastano solo due persone che fumano a rendere l'aria irrespirabile. Sono riuscito in questo ma non sono affatto riuscito a indurre qualche collega a smettere di fumare, forse non ho l'autorevolezza per riuscirci. Ognuno tratta se stesso come crede e un senatore non ha il compito precipuo di dare indicazioni sanitarie.

Penso invece al medico che ha per primo questo dovere professionale ed etico. Non mi riferisco al medico senatore presente in questa Commissione ma a quei medici che hanno scarsa autorevolezza nel chiedere o nell'esortare i loro pazienti a smettere di fumare e che non dico fumano ma hanno un portacenere con dentro i mozziconi di sigaretta o il pacchetto con l'accendino sul tavolo del loro ambulatorio. Non si può ridurre il problema ad aneddotica. I medici di medicina generale hanno una convenzione con lo Stato e una delle loro funzioni precipue è anche quella di fare prevenzione. Esiste un problema reale che diventa storia che si racconta. Quanti fumatori che si rivolgono al medico cercano l'alibi nel fatto che anche il medico al quale si sono rivolti fuma? Ho introdotto questo problema serio per rivolgere una domanda precisa al dottor Bovenga, al quale chiedo di porgere i miei più sentiti saluti al dottor Del Barone.

Gli Ordini dei medici, che devono preoccuparsi dei comportamenti dei loro associati, hanno in mente di realizzare qualcosa in questo settore? È un aspetto importante ma non so quale sia la capacità di convincimento che i medici hanno in riferimento a un paziente che fuma; tuttavia, se le relazioni scritte in materia potessero avere ampia diffusione, probabilmente un po' di timore e qualche preoccupazione potrebbe indurre il fu-

matore se non a smettere del tutto quantomeno a ridurre il numero delle sigarette fumate. Abbiamo però bisogno del buon esempio. Tutti gli operatori sanitari sono importanti, per l'amor di Dio, ma il medico al quale si fa riferimento è anche la figura di cui ci si fida. Si potrebbero ridurre i dati illustrati in maniera sensibile attraverso una campagna affidabile e attendibile da parte della categoria. La premessa però è che la categoria dia il buon esempio. In sintesi, vorrei sapere se avete in mente di fare qualcosa in questo settore.

BOVENGA. Presidente, porgerò i suoi saluti al dottor Del Barone. Parto dalle considerazioni da lei espresse e riferisco, se posso, anche se non so se sia il caso, un aneddoto. Qualche settimana fa, o forse prima dell'estate vi è stato uno sciopero che ha coinvolto in larga parte la nostra categoria; in quell'occasione a vari livelli sono stati intervistati diversi medici rappresentanti sindacali. Su un giornale ho letto le dichiarazioni di un collega, rappresentante sindacale – e qui emerge chiaramente Freud – che, nel parlare dei problemi anche economici della categoria, riportava come esempio, l'aumento del costo di un pacchetto di Marlboro rispetto a dieci anni prima; non ha pensato alle mele, alle pere o al pane, casualmente gli è venuto in mente proprio il fumo.

Ho riferito quest'aneddoto per significare come tale dichiarazione non è passata inosservata non solo per l'importanza del messaggio subliminale trasmesso (il medico comunicava a tutti che fumava e cosa fumava), ma soprattutto per l'assoluta involontarietà ed automatismo con cui tale messaggio veniva dato. Evidentemente non si trattava di un messaggio voluto, ma radicato nelle abitudini del collega.

Il Presidente ha perfettamente ragione, servirebbe da parte nostra una maggiore presa di coscienza del problema del fumo dal punto di vista non tanto tecnico scientifico, i cui dati sono ormai inequivocabili, ma del nostro ruolo che ci pone comunque sotto l'attenzione degli altri nell'esercizio delle nostre funzioni e della nostra vita pubblica. Posta l'impossibilità di discriminare i cittadini, dovremmo certamente dimostrare maggiore sensibilità.

Sono presidente dell'Ordine dei medici di Grosseto; a livello sia locale sia nazionale gli ordini come enti ausiliari dello Stato, hanno, fra gli altri, anche il compito di far rispettare le regole deontologiche. Il nostro codice deontologico, fra l'altro, prevede di non porre in essere atti o comportamenti disdicevoli. Pertanto, anche se non credo sia possibile, se un medico fumasse sul proprio posto di lavoro (ambulatorio personale in struttura pubblica o privata, comunque aperta al pubblico) oltre a contravvenire a tutte le leggi dello Stato, contravverrebbe sicuramente a un preciso dovere deontologico. In questo caso se gli Ordini ne vengono a conoscenza hanno dovere e potere sanzionatorio nei confronti di questi colleghi.

La senatrice Bianconi parlava giustamente della giovane età in cui spesso viene diagnosticata la neoplasia del seno e come l'autopalpazione – è assolutamente accertato – agevola una diagnosi in uno stadio più pre-

coce della malattia. In altri termini, le donne arrivano alla diagnosi avendo esse stesse per prime percepito qualcosa, soprattutto se l'autopalpazione è effettuata con regolarità; non ha senso farla con casualità, visto che solo se fatta regolarmente consente di arrivare più precocemente alla diagnosi, riducendo di conseguenza in modo drastico i tassi di mortalità. I dati che abbiamo riferito riguardano rilevamenti non settorializzati ma complessivi. Se le scindiamo per stadio di malattia non abbiamo più un 75 per cento complessivo di sopravvivenza ma un 90 per cento negli stadi precoci e un 40 per cento in quelli più avanzati.

Questo dato è senz'altro vero, com'è vero che anche in questo caso potrebbero fare qualcosa non solo i medici di medicina generale, ma soprattutto gli specialisti ginecologi o senologi. Le giovani donne normalmente se non hanno problemi particolari, come ovviamente anche i giovani uomini, difficilmente si recano dal proprio medico; non hanno un rapporto continuo come invece hanno l'uomo e la donna adulta o a maggior ragione anziana. Il contatto dei giovani adulti con i medici di medicina generale è più sporadico, limitato a problematiche specifiche e quindi non così costante come si potrebbe in prima istanza immaginare. Il rapporto diventa sicuramente più regolare con l'avanzare dell'età.

È giusto anche il suggerimento della lettera personalizzata che non andrebbe rivolta però alle giovani donne ma a quelle tra i 50 e i 70 anni che si recano con maggiore frequenza dal proprio medico, il quale può così svolgere un ruolo sicuramente incisivo. Nel caso invece delle giovani donne un ausilio potrebbe venire dai ginecologi, dove le donne si recano per lo *screening* del carcinoma dell'utero.

Senatrice Boldi, non posso al momento indicarle dati precisi sul linfonodo sentinella, ma posso eventualmente fornirli in un momento successivo. In generale, la rete dei centri che praticano questa metodica non è molto diffusa ed è proprio per questo che mettevamo in guardia dall'eccessiva enfasi, soprattutto mediatica, sul ricorso a tale metodica, soprattutto per non indurre all'improvvisazione. In realtà, si tratta di una tecnica molto fine, che ha reali vantaggi però solo se applicata nel centro giusto, dalle persone giuste e nei casi giusti. L'improvvisazione non produce alcun vantaggio, rischia anzi di provocare qualche danno in più. Peralto, la metodica del linfonodo sentinella, avvalendosi della somministrazione locale, nella lesione, di un colorante vitale o di un tracciante radioattivo, richiede la presenza della medicina nucleare. È un procedimento complesso che va portato a termine per bene; l'ho richiamato alla vostra attenzione solo perché ne fossero noti i vantaggi e al tempo stesso i possibili rischi in caso di improvvisazione.

Senatrice Bettoni Brandani, non so quali dati lei abbia ascoltato; ce n'è uno però che le è probabilmente sfuggito: dopo un anno di sospensione completa del fumo, il rischio di contrarre malattie legate al fumo si dimezza rispetto al resto della popolazione. Perché poi continui a scendere, il processo è molto più lungo. In ogni caso, già solo un anno di sospensione dal fumo dimezza il rischio rispetto alla popolazione fumatrice.

ZUCCARO. Nel corso della mia esposizione ho tralasciato volutamente tutte le iniziative relative al Ministero la cui conoscenza credo sia già in vostro possesso. Mi limito solo a richiamare le campagne sui giovani che il Ministero della salute ha fatto e sta facendo.

Non siamo esperti in comunicazione tanto meno quella subliminale, ci limitiamo semplicemente come Osservatorio a verificare ciò che succede. Persone più esperte potranno spiegarvi meglio quest'aspetto. È indubbio, comunque, che la comunicazione, subliminale o non, è abbastanza plateale; i pacchetti di sigarette appaiono in continuazione nei filmati televisivi.

Non vorrei difendere MTV, ma occorre tenere presente che la maggior parte dei filmati trasmessi non sono italiani ma di importazione. In proposito, faccio presente che il nostro livello di attenzione sul fenomeno è abbastanza sofisticato: parliamo della televisione che fa vedere il fumo. Negli Stati Uniti invece la pubblicità non è mascherata ma diretta. Problemi del genere sono quindi comprensibili, essendo il nostro Paese, tra i primi in Europa ad aver proibito la pubblicità diretta e indiretta. Inevitabilmente qualcosa passa; ora si adatterà anche la Formula 1, e non è un fatto da poco perché un conto è vedere la gara, altro la scritta «Marlboro» dappertutto. In questo campo siamo decisamente molto avanti.

Tra i canali delle televisioni di Stato e quelli di Mediaset non v'è differenza ma, purtroppo, un'enorme uguaglianza. A questo proposito ricordo che dopo la nostra indagine del 2002 il ministro Sirchia – non potendo fare altro in assenza del benché minimo appiglio legislativo – ha richiamato le emittenti a una maggiore cautela. Nessuno vuole togliere a Humphrey Bogart la famosa scena di Casablanca, peraltro meno pericolosa e d'effetto sui giovani perché datata. Il vero problema sono le scene riconducibili alla vita attuale di tutti i giorni. Non è nostra intenzione essere proibizionisti e vietare tutto, chiediamo però un minimo di cautela.

Ci risultano, ad esempio, circolari interne che sono state emanate alle reti che per ora però non hanno sortito effetti rilevanti. Bisognerebbe raccomandare maggiore cautela anche se non so come ciò sia possibile dal punto di vista giuridico.

È vero che smettere di fumare a qualsiasi età comunque produce benefici ma tale affermazione necessita anche d'interpretazione. Non è pensabile che una persona che ha fumato un pacchetto di sigarette al giorno per quarant'anni sia poi miracolata per il solo fatto di avere smesso: non è possibile, i danni prodotti giorno dopo giorno rimangono. Quello riportato è solo un dato statistico. Tuttavia, tenuto conto che fumando si arreca ogni giorno un insulto all'organismo, prima si smette, meno si rischia.

Si sente parlare sempre di dati epidemiologici, può però verificarsi che dallo smettere di fumare alcuni ne traggano un beneficio enorme, altri nessuno, atteso che il tumore al polmone viene anche ai non fumatori. Si parla sempre di fattori di probabilità e si deve per ciò precisare che il rischio può diminuire o aumentare, senza però che ve ne sia una certezza matematica.

Per quanto possibile è sempre raccomandabile smettere di fumare, anche perché, a detta dei fumatori, trascorso il primo periodo di sofferenza, sembra subentri un vero piacere fisico per il respiro, il gusto e anche per l'epidermide. Indipendentemente dall'aspetto squisitamente sanitario, sono convinto che smettere di fumare sia comunque una conquista per tutti.

PACIFICI. Molte delle risposte, segnatamente quelle da dare alla senatrice Bianconi, sono già state fornite dai colleghi che mi hanno preceduta. Tutti i dati che abbiamo sono chiaramente a vostra disposizione perché riteniamo rappresentino uno strumento che consente di agire in maniera più efficace. Le informazioni che diamo, se recepite, possono aiutare nella scelta degli interventi più efficaci da adottare.

Senatrice Boldi, non siamo esperti di comunicazione ma sappiamo con certezza che ai ragazzi non interessano i messaggi legati al rischio della salute. Se su una persona adulta questo genere di comunicazione può produrre molto effetto, per un ragazzo è diverso avendo una percezione molto confusa e lontana della malattia e della morte. È sicuramente più efficace il messaggio di un beniamino, un cantante, un attore o un altro personaggio comunque vicino all'immaginario del ragazzo che conduce uno stile di vita sano, al di fuori di un contesto sanitario.

BOVENGA. Oltre a questi modelli, le indagini compiute hanno storicamente dimostrato l'enorme influenza del genitore fumatore sui figli. Se una volta erano i figli a fumare di nascosto dei genitori, oggi i genitori dovrebbero cominciare a fumare di nascosto dei figli per trasmettere loro il messaggio di non fumare.

PRESIDENTE. Ringrazio i nostri ospiti per i loro preziosi interventi e li invito a trasmettere alla Commissione tutto la documentazione in loro possesso.

Dichiaro conclusa l'audizione e rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva in titolo ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 15,15.

SENATO DELLA REPUBBLICA

XIV LEGISLATURA

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

INDAGINE CONOSCITIVA
SULLE INIZIATIVE DI PREVENZIONE DEL
TABAGISMO E DEL TUMORE AL SENO IN ITALIA

3° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 20 OTTOBRE 2004

Presidenza del presidente TOMASSINI

INDICE

Audizione di persone esperte su tematiche attinenti alla materia in esame

PRESIDENTE	Pag. 79, 89, 94	<i>GRECO</i>	Pag. 79, 89, 91
* BIANCONI (FI)	87, 94	* <i>MAGLIONE</i>	82, 93
* CARELLA (Verdi-U)	88, 94	* <i>PELLEGRINI</i>	84, 92
* FASOLINO (FI)	88, 91	<i>RUSTICALI</i>	92
SALZANO (UDC)	89		
TATÒ (AN)	88		
<i>ALLEGATO (contiene i testi allegati al Reso-</i>			
<i>conto)</i>	95		

N.B. *Gli interventi contrassegnati con l'asterisco sono stati rivisti dall'oratore.*

Sigle dei Gruppi parlamentari: Alleanza Nazionale: AN; Democratici di Sinistra-l'Ulivo: DS-U; Forza Italia: FI; Lega Padana: LP; Margherita-DL-l'Ulivo: Mar-DL-U; Per le Autonomie: Aut; Unione Democraticiana e di Centro: UDC; Verdi-l'Ulivo: Verdi-U; Misto: Misto; Misto-Comunisti Italiani: Misto-Com; Misto-Lega per l'Autonomia lombarda: Misto-LAL; Misto-Libertà e giustizia per l'Ulivo: Misto-LGU; Misto-MSI-Fiamma Tricolore: Misto-MSI-Fiamma; Misto-Nuovo PSI: Misto-NPSI; Misto-Partito Repubblicano Italiano: Misto-PRI; Misto-Rifondazione Comunista: Misto-RC; Misto-Socialisti democratici Italiani-SDI: Misto-SDI; Misto Popolari-Udeur: Misto-Pop-Udeur.

Intervengono, per la Direzione generale della prevenzione sanitaria del Ministero della salute, il direttore generale dottor Donato Greco, accompagnato dalla dottoressa Daniela Galeone, dirigente medico; in rappresentanza della Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e Bolzano, la 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; per l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, la dottoressa Laura Pellegrini, direttore, accompagnata dal dottor Bruno Rusticali, responsabile delle linee guida dell'Agenzia.

I lavori hanno inizio alle ore 14,30.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizione di persone esperte su tematiche attinenti alla materia in esame

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sulle iniziative di prevenzione del tabagismo e del tumore al seno in Italia, sospesa nella seduta del 6 ottobre scorso.

Rivolgo il nostro benvenuto agli ospiti oggi presenti, ringraziandoli per aver accolto l'invito ad intervenire nell'ambito dell'indagine conoscitiva che la nostra Commissione ha avviato.

GRECO. Abbiamo preparato una breve nota, che depositeremo agli atti, sui due argomenti oggetto dell'audizione odierna, lotta al fumo e prevenzione del tumore al seno.

Desidero ricordare brevemente che il fumo di tabacco causa nel nostro Paese oltre 80.000 decessi, come si evince da una tabella allegata alla documentazione che abbiamo portato. Di questi, 35.000 sono dovuti a tumori causati direttamente dal fumo, in primo luogo quello ai polmoni. Altri 30.000 decessi sono imputabili a cause cardiovascolari; infine, 16.000 decessi sono legati a bronchiti e polmoniti, in particolare la bronchite cronica ostruttiva. Pertanto, tra i fattori di rischio noti nel nostro Paese, il fumo è senz'altro il *killer* numero uno.

Ricordo che in Italia ogni anno muoiono circa 500.000 persone e quindi gli 80.000 decessi legati al fumo rappresentano una cifra consistente. Si tratta senza dubbio del principale fattore di danno alla salute oggi noto in campo scientifico.

Il Ministero della salute ha intrapreso una politica energica nei confronti di questa problematica, dedicando alla lotta al fumo ampio spazio

nel Piano sanitario nazionale 2003-2005. In particolare, quest'anno, con l'accordo di Cernobbio del 7 aprile 2004, il Ministero della salute e le Regioni si sono impegnati a potenziare le misure di educazione sanitaria, di prevenzione e diagnosi precoce, attraverso la definizione di un Piano di prevenzione attiva nei confronti di questo fattore di rischio.

L'altra importante novità è rappresentata dalla legge n. 138 del 26 maggio 2004, che istituisce il Centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie (CCM), sulla scia del *Center for Disease Control* (CDC) di Atlanta in Georgia. Il Ministro della salute inaugurerà il suddetto centro il 27 ottobre e il Ministero partirà con risorse nuove, giacché il Parlamento ci ha gratificato di 32 milioni di euro annuali in aggiunta al bilancio ordinario per affrontare questo tipo di battaglie in cui la lotta al fumo rappresenta uno degli impegni principali. Parlo di ciò non solo come direttore generale del Ministero, ma anche in qualità di direttore operativo che ha la responsabilità del programma.

Il Dipartimento della comunicazione per la prevenzione del Ministero ha varato negli ultimi tre anni una campagna annuale contro il fumo che rappresenta un fatto nuovo giacché in precedenza il Ministero non se ne era mai occupato. C'è stata una prima campagna di comunicazione nazionale per la promozione di stili di vita salutari piuttosto energica, orientata in particolare ai giovani, anche in collegamento con la campagna internazionale *Quit and Win* lanciata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

La campagna nazionale 2004 è stata coordinata dalla Regione Veneto che attraverso la ULSS n. 14 di Chioggia ha visto circa 8.000 iscritti partecipare direttamente all'iniziativa. Anche il nostro Ministero finanzia progetti di ricerca e di intervento nell'ambito delle assuefazioni, quindi delle droghe in genere, tra cui rientra sicuramente anche il fumo.

Tra circa due mesi, dopo Natale, finalmente entrerà in vigore la legge n. 3 del 16 gennaio 2003, n. 3), finalizzata a rendere i locali pubblici *smoke free*, prevedendo spazi dedicati esclusivamente ai fumatori. Alcune iniziative, tra l'altro, sono già partite. La società Trenitalia ha già disposto il divieto di fumare su tutti i treni *Intercity* ed Eurostar dal primo marzo 2004. Mi piace anche ricordare che, come neo direttore generale del Dicastero, ho dato vita ad un Ministero della salute senza fumo. In precedenza, infatti, si fumava *ad abundantiam*. Mi auguro che in futuro si abbia anche un Parlamento senza fumo.

È stata avanzata la richiesta di un provvedimento per l'inasprimento delle sanzioni, peraltro già avvenuto con l'articolo 52, comma 20, della legge 28 dicembre 2001, n. 448, con cui si prevede una sanzione amministrativa consistente nel pagamento di una somma che viene raddoppiata qualora la violazione sia commessa in presenza di una donna in evidente stato di gravidanza o in presenza di lattanti e bambini fino a 12 anni. Vi è stata anche una sollecitazione del Ministero della salute all'amministrazione competente (Monopoli di Stato) affinché fosse limitato l'orario di funzionamento dei distributori automatici di sigarette.

Per la parte concernente i consumatori, con il decreto legislativo 24 giugno 2004, n. 184, è stata recepita la direttiva 2001/37/CE sul ravvicini-

namento delle disposizioni legislative, regolamentari e amministrative degli Stati membri relative alla lavorazione, alla presentazione e alla vendita dei prodotti del tabacco. È stato anche definito il tenore massimo di catrame, nicotina e monossido di carbonio delle sigarette e sono state introdotte nuove norme per l'etichettatura, fra cui le cosiddette *label* sulla nocività del fumo che è possibile leggere sui pacchetti.

È in corso anche un accordo tra Stato e Regioni sulla parte sanzionatoria. Sotto questo profilo c'è ancora un *gap* consistente. Riteniamo infatti che le sanzioni attuali siano insufficienti come deterrente e che pertanto vadano intensificate. Si propone di arrivare ad un fattore dieci, con sanzioni pecuniarie che vanno da 25 a 850 euro per il fumatore, prevedendo cifre ben più alte per il gestore che non osserva i divieti.

Per quanto concerne la pubblicità al tabacco, questa ha ormai le gambe corte. Infatti, non appena entrerà in vigore la nuova direttiva europea sulla pubblicità sarà proibita qualunque sponsorizzazione di eventi internazionali. Mi riferisco quindi a grandi manifestazioni sportive e quant'altro che visualizzavano le diverse marche di sigarette e che non saranno più legittime nel nostro Paese.

Ricordo anche che l'Italia, durante il semestre di Presidenza italiana della Comunità, ha avuto un ruolo determinante nell'approvazione della Convenzione quadro per il controllo del tabacco, approvata anche dall'OMS. Il Ministero della salute è particolarmente impegnato nella lotta contro il fumo e vuole farne un cavallo di battaglia soprattutto per il prossimo triennio.

Passando ora ad affrontare il problema dei tumori al seno, anche con riferimento alle possibili iniziative del Ministero nella prevenzione effettiva dei tumori è necessario rilevare che abbiamo 32.000 casi all'anno di tumore al seno con circa 12.000 morti. Però, sappiamo che un terzo di queste morti sono totalmente prevedibili con lo *screening* mammografico che non è più scienza, essendo ormai consolidata. Esistono gruppi molto forti in Italia coadiuvati dal coordinamento regionale. Si contano vari centri di eccellenza di riferimento che raccolgono regolarmente dati sulle attività che ciascuna Regione conduce sullo *screening*. Il dato sostanziale è che una donna su due, che dovrebbe fare lo *screening*, non lo fa. Siamo pertanto grati al Parlamento che ha approvato nel 2004 la legge n. 138, che istituisce il CCM, cioè il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie, perché nell'articolo 2-bis impegna il Paese a superare questo *gap*, per aumentare sia il numero delle donne che attualmente non fanno lo *screening* al seno o il *pap-test*, sia di coloro che non fanno l'esame per la ricerca del sangue occulto nelle feci per prevenire il cancro al retto. Anche in questo settore viene offerta una somma aggiuntiva di 50 milioni di euro nel triennio per favorire il superamento del *gap* che, tra l'altro, è geografico e di classe. Di fatto, vi sono Regioni che dispongono di una copertura dello *screening* al seno che va oltre il 70 per cento delle donne *target*, e Regioni del Sud che non arrivano al 15 per cento. Vi sono una inequità e una ingiustizia molto pesanti.

La scorsa settimana il Ministro della salute ha firmato il decreto che istituisce tre Gruppi di lavoro paritari tra Stato e Regioni. In merito agli *screening* oncologici, la legge finanziaria di ormai tre anni fa, con l'allora ministro Veronesi, ha reso esenti i *ticket* su tutto il territorio nazionale. Quindi è un'offerta gratuita. Noi vogliamo rendere questa offerta gratuita nel Piano di prevenzione attiva, così come concordato a Cernobbio con le Regioni nell'aprile di quest'anno. Ci sono reti esistenti che pensiamo di valorizzare, anche grazie a queste risorse significative, di cui abbiamo da pochi giorni cogenza quanto al potere di spesa e che pensiamo di investire proprio nel potenziamento di due elementi: del medico di base, che è il primo motore della *compliance*, cioè della partecipazione allo *screening*, e delle reti specializzate esistenti. Ho già parlato della rete regionale. Vi sono anche due associazioni scientifiche che coordinano due di questi *screening*, rispettivamente il Gruppo italiano per lo *screening* mammografico (GISMA) e il Gruppo italiano per il cervico-carcinoma (GISCI), ma vi è anche la campagna antifumo *Quit and Win*. Siamo anche qui in prima linea.

State pertanto indagando su due argomenti che, coincidenza vuole, sono i due punti più forti del nostro impegno nel prossimo triennio. Anche su questo versante pensiamo di poter ottenere risultati positivi, proprio nello stile di offerta attiva che finora è in parte mancato. Se la persona che deve fare lo *screening* deve sottoporsi a liste di attesa, è evidente che questo rappresenta un deterrente più che sufficiente. Ammettiamo che nel Paese vi sia disomogeneità tra gli specialisti: alcuni suggeriscono modalità di *screening* non efficienti.

Da epidemiologo ricordo che abbiamo un unico obiettivo: portare la persona allo *screening*. Quindi, qualsiasi raffinamento scientifico possibile e sensibile può dare risultati (per esempio, nel caso del seno, l'accoppiamento tra mammografia ed ecografia); ma sappiamo da studi dell'Istituto superiore di sanità che la risonanza magnetica sul seno può rilevare casi non visti dalla semplice mammografia. Quindi, può salvare vite, ma questo tipo di *target* non è il nostro. Vogliamo usare i metodi più semplici ma più diffusi e più economicamente sostenibili per raggiungere la massima copertura. Il Ministro ci ha dato l'80 per cento come indicatore. Non è un *target* facilmente raggiungibile nemmeno nel triennio. Non tutti i Paesi europei stanno meglio di noi e la situazione europea è abbastanza simile a quella italiana, ma bisogna impegnarsi molto.

MAGLIONE. Riporterò l'esperienza delle Regioni. Siamo stati contenti dell'invito anche perché su questo argomento le Regioni sono molto sensibili e si stanno muovendo. Lascero' dei documenti che però sono *in progress*.

Spiegherò la strategia che le Regioni stanno seguendo sia rispetto alla prevenzione del cancro alla mammella sia all'utero. Per quanto riguarda il primo, riportiamo all'attenzione della Commissione i dati relativamente alla attuazione degli *screening* in Italia anche se quelli del 2003 non sono completi, perché molti programmi non hanno ancora inviato i dati.

Un altro limite di questi dati è che fino al 2003 l'adesione è stata su base volontaria per cui è possibile che alcuni programmi, anche importanti, non abbiano partecipato. La rilevazione è stata effettuata dall'Osservatorio nazionale per la prevenzione, costituito sotto l'egida della Lega Tumori, in collaborazione con le due società scientifiche, il GISMA che si occupa della rilevazione dello *screening* mammografico e il GISCI che si occupa del cervico-carcinoma.

Le Regioni, ritenendo estremamente importante lavorare e soprattutto conoscere lo stato di attuazione e soprattutto di offerta dello *screening* in tutto il Paese, hanno attuato una collaborazione con l'Osservatorio già da un anno e che ha un obiettivo molto importante: per la prossima rilevazione, che sarà effettuata nel 2005 relativamente ai dati del 2004, le Regioni si faranno carico in prima persona di far partecipare tutti quanti i programmi di *screening* alla rilevazione. Quindi, avremo, per la prima volta, un quadro reale della situazione in Italia. L'offerta di *screening* è particolare: in alcune Regioni si fa riferimento ad un'area provinciale, in presenza di una piccola Regione si fa riferimento a tutta la Regione, in alcune realtà si fa riferimento al territorio di una ASL. Già da questi dati, però, si nota che l'offerta è a macchia di leopardo sia per quanto riguarda l'offerta sul territorio sia per quanto riguarda la partecipazione. Infatti, circa il 50 per cento della popolazione *target* è coperta. Dobbiamo però tenere presente un aspetto molto importante: noi rileviamo solo l'offerta dello *screening* attivo, esiste un'altra modalità, quella dello *screening* selvaggio, fatta direttamente dalle persone.

In prospettiva, la collaborazione tra Osservatorio per lo *screening* e Regioni permetterà anche di conoscere le mammografie effettuate attraverso lo *screening* e quelle offerte a donne in età *target* attraverso la specialistica ambulatoriale. Tutto ciò ci fornirà un quadro relativo alla quantità di persone coperte. Infatti, è vero che il 52 per cento partecipa allo *screening*, ma è anche vero che una quota considerevole di donne, anche nell'ambito della fascia d'età 50-69 anni, effettua la mammografia ogni due anni (come previsto dal protocollo) al di fuori del programma di *screening*. Quindi, riuscire a mettere insieme questi due *report* è molto importante.

Nel mese di dicembre avremo a disposizione i dati complessivi del 2003, che potremo, quindi, trasmettere alla Commissione affinché possa disporre di un quadro più completo. È interessante constatare come dal 2001 al 2003 la situazione si sia modificata, anche per effetto delle norme poc'anzi ricordate dal dottor Greco.

Anche nel campo della prevenzione del tabagismo, le Regioni sono molto sensibili. Infatti, da tanti anni, le Regioni ed anche le singole ASL svolgono campagne di prevenzione del tabagismo, soprattutto a livello di età scolare.

Si deve riconoscere che nello scorso anno è stato compiuto un passo in avanti, in quanto il coordinamento degli assessori alla sanità, all'interno della Conferenza dei Presidenti delle Regioni e Province autonome, ha istituito uno specifico gruppo di lavoro sul tabagismo che, da un lato, col-

lavora con le istituzioni, con il Ministero della salute e con l'Istituto superiore di sanità per porre in essere una serie di strumenti condivisi e, dall'altro, tiene insieme tutte le Regioni all'interno del coordinamento, con l'ambizioso obiettivo di valutare gli interventi di efficacia, e far sì che le *best practices* diventino un punto di riferimento anche per le Regioni un po' più indietro.

Questa collaborazione interistituzionale è molto importante e ha già dato un risultato. Innanzi tutto, è stato effettuato un censimento di tutti i centri antifumo in Italia, distribuiti per Regioni e per Province (i cui dati sono riportati sul sito Internet dell'Istituto superiore di sanità). Inoltre, sta per essere avviato un secondo censimento riguardante le attività di prevenzione poste in essere dalle Regioni; l'intento è quello di valutarne l'efficacia e, quindi, di darne indicazione a tutti gli operatori.

Le Regioni si muovono su tre binari, condivisi – ripeto – con il Ministero della salute e con l'Istituto superiore di sanità: lavorare sugli interventi formativi ed educativi di prevenzione della salute e degli stili di vita; garantire un'offerta di cura e di sostegno ai fumatori per la dissuefazione; porre in essere le norme restrittive per il controllo del fumo di tabacco negli ambienti pubblici.

Infine, il coordinamento degli assessori ha chiesto ai propri referenti tecnici di verificare se esiste un'associazione tra fumo e cancro alla mammella. Ebbene, i nostri tecnici, anche facendo un'analisi della letteratura, hanno evidenziato che di fatto, allo stato, non c'è alcun lavoro scientifico che segnali tale associazione. Abbiamo consegnato agli atti della Commissione una memoria riguardante anche questo aspetto.

Comunque, rispetto al problema del fumo, molte Regioni stanno predisponendo leggi finalizzate complessivamente alla prevenzione del tabagismo; altre stanno facendo delibere volte ad avviare specifici percorsi terapeutici ed assistenziali.

Noi siamo a completa disposizione e quando, tra tre o quattro mesi, questi *iter* regionali saranno completati, le Regioni potranno trasmetterli alla Commissione.

PELLEGRINI. Signor Presidente, vorrei innanzitutto illustrare una serie di dati statistici concernenti il cancro alla mammella utilizzando alcuni dati internazionali (la fonte è GLOBOCAN 2000) che ci consentono di analizzare la situazione a livello mondiale, per inquadrare la situazione italiana rispetto a quella degli altri Paesi.

Nella Tabella 1 è riportato il tasso di incidenza standardizzato per età (naturalmente si tratta di donne di età superiore ai 20 anni) su 100.000 abitanti. La situazione dell'Italia è abbastanza positiva perché l'incidenza non è altissima; quasi tutti i Paesi europei – Francia, Germania, Belgio, Austria, Regno Unito – hanno un'incidenza più alta. Prendendo in considerazione il panorama mondiale, fatta eccezione per la Grecia, la Federazione Russa e il Giappone, il tasso di incidenza della malattia nei Paesi analizzati è superiore a quello dell'Italia.

Se si esamina, poi, il tasso di mortalità standardizzato per età (Tabella 2), sempre in riferimento a 100.000 abitanti (naturalmente si tratta ancora di donne di oltre 20 anni di età), si può notare che l'Italia ha un buon risultato rispetto agli altri Paesi europei: è sicuramente al di sotto della Francia, della Germania, dell'Olanda e dell'Austria; il tasso è leggermente superiore a quello della Grecia, del Giappone e della Federazione Russa, i quali però – come abbiamo evidenziato poc'anzi – hanno un tasso di incidenza inferiore. Dobbiamo rilevare che Svezia e Finlandia, pur avendo un tasso di incidenza superiore, hanno però un tasso di mortalità inferiore al nostro; evidentemente, in questi Paesi, oltre alle cure buone, si fa molta diagnosi precoce. Lo stesso si può dire per gli Stati Uniti che, pur avendo un tasso di incidenza estremamente elevato, hanno però un tasso di mortalità decisamente contenuto anche se leggermente superiore al nostro: evidentemente, si effettua la diagnosi precoce e le cure sono efficaci.

Questa è la situazione del mondo, rispetto alla quale, quindi, dobbiamo constatare che l'Italia si difende molto bene, anche meglio di altri Paesi europei che normalmente vengono assunti come esempio, a cominciare dalla Francia, dalla Germania e dalla Gran Bretagna.

Analizzando poi nel dettaglio la situazione italiana (Tabella 3), vediamo che è estremamente interessante il confronto tra le Regioni. Innanzitutto, si deve evidenziare che i dati che presentiamo sono ricavati dalle schede di dimissione ospedaliera del 2002. I ricoveri ordinari (cioè quelli superiori ad una giornata) che hanno come diagnosi principale il cancro alla mammella nel 2002 sono stati 53.946, su un totale di ricoveri femminili di donne di età superiore a 20 anni pari a 4.361.100. Quindi, in percentuale, i ricoveri per il cancro alla mammella sul totale dei ricoveri femminili (sempre in riferimento a donne con oltre 20 anni di età) sono pari all'1,24 per cento come media nazionale.

Tuttavia, come potete vedere, la situazione appare molto diversa tra le Regioni del Nord, del Centro e del Sud. Queste ultime sono tutte al di sotto della media e registrano un numero inferiore di ricoveri per cancro alla mammella. È pertanto presumibile che i dati epidemiologici a tutti noti (fare più figli, farli quando si è ancora giovani, allattare, avere una diversa alimentazione) favoriscono il minore sviluppo di questa malattia.

Abbiamo anche cercato di analizzare i dati sottolineando l'incidenza percentuale del tumore al seno per fascia di età (Tabella 4). Dei 53.496 ricoveri per cancro della mammella, lo 0,38 per cento riguarda donne comprese tra i 20 e i 29 anni. Tra i 30 e i 40 anni, la percentuale è del 5,86 per cento. Naturalmente la percentuale aumenta dopo i 40 anni e sale al 17,44 per cento. Tra i 51 e i 60 anni la percentuale è del 22,92, tra i 61 e i 70 anni è del 25,16 per cento, per arrivare al 28,24 per cento nelle donne oltre i 70 anni. È pertanto evidente l'aumento del cancro con l'avanzare dell'età. Le differenze regionali sono nella norma e non si evidenziano situazioni particolarmente diverse.

Ho ritenuto invece interessante fare un confronto in relazione agli interventi chirurgici per cancro alla mammella (Tabella 5). Questi ultimi,

cioè i ricoveri che si risolvono con un intervento chirurgico, sono 41.341 (dati SDO 2002). Rispetto ad essi, però, il comportamento delle strutture sanitarie regionali è diverso tra Nord, Centro e Sud. Abbiamo fatto un raffronto tra la mastectomia, che come tutti sanno è un intervento radicale che comporta l'asportazione completa del seno malato, il cosiddetto intervento «demolitivo», e la quadrantectomia, un intervento più conservativo, consistente nell'asportazione del quadrante malato del seno. Ovviamente, quest'ultima viene molto più accettata dalle donne non soltanto sotto il profilo fisico, ma l'anche sotto quello psicologico.

Come si evince dalla tabella, al Nord e al Centro la percentuale degli interventi chirurgici di quadrantectomia supera il 60 per cento (in Valle d'Aosta è addirittura del 73 per cento, in Lombardia del 64 per cento, in Liguria del 66 per cento, in Toscana del 62 e in Umbria del 68). Quindi, si tratta di percentuali piuttosto elevate. Nelle Regioni del Sud la situazione è capovolta. In Calabria, ad esempio, solo il 33 per cento delle donne che subiscono un intervento chirurgico per tumore al seno viene trattato con la quadrantectomia. Vuol dire che il 67 per cento delle donne subisce ancora l'intervento demolitivo della mastectomia.

Come afferma il professor Veronesi, è possibile che ciò sia dovuto al fatto che, in presenza di una diagnosi precoce meno diffusa, la scoperta del tumore avvenga quando esso è ormai ad uno stadio tale da rendere difficile l'intervento di quadrantectomia e necessaria la mastectomia. Il dato si può spiegare anche con il fatto che, mancando strutture diffuse di radioterapia, lo stesso medico preferisca procedere alla mastectomia per non costringere la paziente a girare per l'intera Regione o addirittura per tutta Italia allo scopo di effettuare le radioterapie che normalmente seguono agli interventi di quadrantectomia.

L'altra differenza che desidero evidenziare concerne la durata della degenza media per i due tipi di intervento chirurgico tra le varie Regioni. Si passa, per la mastectomia, dai 5 giorni e mezzo dell'Emilia Romagna ai 14 giorni della Basilicata. È un *range* che non ha ragione di esistere. Tutte le Regioni si mantengono attorno alla media dei sei giorni, tranne il Molise con 13 giorni, la Basilicata con 14 e la Sardegna con 10.

Lo stesso discorso vale per le quadrantectomie per le quali si passa dai 3 giorni circa della Valle d'Aosta e dell'Emilia e ai 4 della Lombardia fino ai 10 giorni della Basilicata. In Molise e in Puglia la degenza media è di 7 giorni e in Sardegna di 8. Anche per questo tipo di intervento la differenza tra le Regioni è molto evidente.

La Tabella 6 mostra la distribuzione per fasce di età delle due tipologie di intervento nel dato percentuale nazionale. Possiamo notare che con l'aumentare dell'età aumentano gli interventi di mastectomia radicale, come è ovvio; tuttavia, fino ai 70 anni gli interventi di quadrantectomia sono percentualmente superiori; sempre in Italia, oltre i 70 anni prevale l'intervento di mastectomia. Probabilmente ciò dipende dal fatto che a quell'età, quando si scopre il tumore, esso è già in una fase avanzata e, non essendovi più un grande interesse all'aspetto fisico, l'intervento conservativo è avvertito come meno importante dalla stessa paziente.

Vorrei inoltre sottolineare la singolarità del dato contenuto nella tabella relativa agli interventi di quadrantectomia e mastectomia effettuati tra i 30 e i 40 anni. In questa fascia di età non vi è alcuna differenza tra le due tipologie di intervento; invece, dai 41 anni in poi gli interventi di quadrantectomia hanno un'incidenza superiore. Ciò dipende dalla circostanza che, a partire da quell'età, è più diffusa la diagnosi precoce. Quindi, mentre nella fascia dei 30-40 anni, quando si arriva a scoprire un tumore, probabilmente esso è già sviluppato, dopo i 40 anni, età in cui la diagnosi precoce si effettua con maggior frequenza grazie ai controlli, si ha una maggiore probabilità di subire interventi non demolitivi.

L'ultimo dato che desidero sottoporre alla vostra attenzione concerne la percentuale degli interventi di ricostruzione correlati agli interventi di mastectomia (Tabella 7). Infatti, in molti ospedali, quando si effettua l'intervento demolitivo di mastectomia, si procede parallelamente ad un intervento di ricostruzione del seno. Anche in questo caso le differenze regionali sono enormi. Mentre in Lombardia circa il 26 per cento degli interventi di mastectomia si risolve con un intervento di ricostruzione plastica del seno (a Trento addirittura il 29 per cento, nel Veneto il 28 per cento, nel Friuli il 25 per cento e altre Regioni del Centro-Nord si attestano intorno al 20 per cento), nel Meridione questa abitudine non c'è. Sono infatti pochissime le donne del Sud che, pur subendo un numero di mastectomie superiori, hanno la possibilità di sottoporsi ad un intervento ricostruttivo. Come vedete, in Campania è solo il 6 per cento, in Basilicata il 3 per cento, in Calabria il 4 per cento, in Sicilia il 6 per cento ad avere la possibilità di vedere ricostruito il seno immediatamente dopo l'intervento di mastectomia.

BIANCONI (FI). Signor Presidente, le tre audizioni odierne sono state molto interessanti. Vorrei porre solo alcune domande e chiedere ai nostri auditi di consegnarci il materiale, in particolare quello del rappresentante delle Regioni, al termine del loro lavoro di analisi nel prossimo mese di dicembre.

Al dottor Greco vorrei chiedere di meglio specificare il lavoro del ministro Sirchia con i tre gruppi di riferimento, in modo specifico sul seno, la *mission* che vi siete dati e la tempistica. Vorrei anche sapere se questo aiuterà ad implementare anche le unità di funzioni di senologia. In tutta Europa si sta calcando molto su queste unità per la prevenzione, per cui la donna entra in un suo percorso diagnostico preciso, e visto che in Italia esiste una situazione a macchia di leopardo con grandissime arretratezze, queste unità potrebbero diventare anche uno dei punti di riferimento importanti per le nostre realtà.

Oltre al materiale richiesto al rappresentante delle Regioni, soprattutto sulle differenze delle stesse in riferimento allo *screening*, vorrei chiedere se è vero che alcune Regioni sono partite ancora prima dell'indirizzo dato dalla legge nazionale ma se anch'esse devono essere affiancate nel programma di prevenzione. Ci interessa capire questo per trarre il meglio

dall'utilizzo della prevenzione di *screening* di massa; altrimenti rischia di non essere efficace.

Alla dottoressa Pellegrini chiedo se può commentare la situazione di Bolzano nel confronto degli interventi di mastectomia e quadrantectomia. Dall'anno 2002 ad oggi registriamo una percentuale di interventi chirurgici per quadrantectomia del 41,47 per cento, cui corrisponde una degenza media pari a 8,68 giorni; ma il restante riguarda interventi di mastectomia, con degenza media pari a 10,85 giorni. Avete censito i centri di chirurgia dove si pratica la ricerca del linfonodo sentinella?

FASOLINO (FI). Qualche anno fa ho letto di una ricerca americana secondo cui la mortalità del cancro al seno era la stessa sia in donne che avevano praticato indagini sia in donne giunte alla diagnosi senza indagini preventive. L'incidenza non può essere la stessa, ma vi risulta e, secondo voi, è vero e come dovremmo agire?

È stato molto importante sentire parlare del coinvolgimento della medicina generale. Sono medico e ricordo che alcuni *screening* del seno condotti da istituzioni universitarie riguardavano solo il 3 per cento della popolazione. Si spendevano soldi senza il reale coinvolgimento della gente. Sono perfettamente d'accordo quindi con *screening* condotti negli studi di medicina generale perché in tal modo viene coinvolto anche l'80 per cento della popolazione. I dati cominciano a diventare significativi. Secondo voi, come potremmo coinvolgere il medico di medicina generale sia per lo *screening* dei tumori più importanti sia per la prevenzione al tabagismo?

TATÒ (AN). Signor Presidente, mi complimento per lo schema della mastectomia e della quadrantectomia illustratoci dai nostri ospiti. Intendete completare questi studi, appuntando i risultati di queste due percentuali? In particolare, per la quadrantectomia è stata prevista anche la revisione del cavo ascellare con l'asportazione dei linfonodi? In tal caso, sarebbe un lavoro davvero completo da valutare con attenzione.

Vorrei porre una domanda sulla tematica del fumo. Sono d'accordo con l'impegno teso a prevedere le conseguenze del fumo. Vorrei però spendere una parola a favore dei fumatori: così come sono rispettati i diritti degli invalidi, degli immigrati, dei credenti di altre religioni, perché non ci sforziamo anche di proteggere i diritti dei fumatori? Non possiamo sentirci degli esclusi ovunque, ad eccezione di qualche zona in alcuni aeroporti. Cominciamo quindi sin d'ora a prevedere un settore apposito per i fumatori negli luoghi pubblici.

CARELLA (Verdi-U). Osservando le importanti tabelle che avete sottoposto alla nostra attenzione, vorrei chiedervi come mai negli Stati Uniti si registra un tasso di incidenze standardizzato per età tra i più alti nel mondo e di mortalità tra i più bassi del mondo. Quali sono le ragioni?

Vorrei capire perché in Italia non funzionano la prevenzione e i centri specializzati, perché non ci sono le terapie giuste; negli Stati Uniti si am-

malano più persone, ma ne muoiono molte di meno rispetto all'Europa e all'Italia in particolare.

SALZANO (UDC). Signor Presidente, vorrei rivolgere una domanda alla dottoressa Pellegrini. Mi ha colpito che il tasso di degenza media è estremamente differente non solo tra le varie Regioni, ma in particolare in alcune Regioni del Sud. La Basilicata, ad esempio, ha una degenza media di 10 o di 14 giorni: ciò accade perché non funzionano il *day hospital* e il *day surgery* e, quindi, nel periodo di degenza si devono svolgere anche tutti gli esami oppure vi sono altre ragioni, come ad esempio un decorso *post-operatorio* differente? Si potrebbe immediatamente porre rimedio a questa situazione perché ritengo sia addirittura scandalosa una spesa ospedaliera così elevata rispetto ad un intervento che, tutto sommato, è banale e, nel 90 per cento dei casi, privo di complicazioni. Per carità, la patologia non è banale, ma l'intervento, nella maggior parte dei casi, è considerato semplice.

Vorrei porre un'altra domanda, alla quale non so se potrà avere da voi una risposta. Non si fa mai riferimento (probabilmente per una questione di tempo) alla tecnica più recente della nodulectomia con l'asportazione del linfonodo sentinella, che mi sembra la frontiera più avanzata del trattamento del cancro alla mammella. Forse non è stato semplicemente considerato oppure in Italia le percentuali di tale intervento sono troppo basse. Mi rendo conto che questo tipo di intervento presuppone centri specializzati, una diagnosi preoperatoria precocissima e controlli ripetuti e ravvicinati nel tempo: probabilmente tutto ciò rappresenta un *handicap* per alcune Regioni che – ahimè – sono povere di centri specializzati.

PRESIDENTE. Dai risultati trasmessici dal sottosegretario Cursi e in parte pubblicati sulla stampa in relazione all'esito delle nuove normative antifumo, si è evidenziato che la sostanziale ricaduta come percentuale di abbassamento del numero di fumatori e della dipendenza è stata molto modesta, quasi ad un livello non significativo dal punto di vista statistico. Vorrei sapere, pertanto, quali ulteriori provvedimenti si possono ipotizzare per avviare un reale sistema di prevenzione che abbassi consistentemente questi numeri.

GRECO. Rispondo innanzi tutto alle domande che mi sono state rivolte dalla senatrice Bianconi. L'incidenza è costante anche nel nostro Paese perché non conosciamo bene l'eziologia del cancro al seno e non c'è un sistema di prevenzione dell'evento. Per ora, purtroppo nessun Paese al mondo riesce a modificare questo *trend*: l'incidenza è costante in tutto il globo. Noi parliamo di una prevenzione secondaria, cioè della diagnosi precoce con lo *screening*, con la mammografia o altro. La prevenzione secondaria riguarda un processo patologico e l'obiettivo è soltanto quello di identificare precocemente un piccolo tumore invece di aspettare la «palla» e i disastri di cui la dottoressa Pellegrini ha poc'anzi parlato. Nel merito, dunque, non abbiamo ancora uno strumento di prevenzione primaria per il

cancro al seno, mentre lo abbiamo per il cancro al polmone, rispetto al quale sappiamo che il fumo è l'elemento eziologico principale.

Per quanto riguarda la struttura dei servizi e del Piano nazionale, lascio agli atti della Commissione il decreto firmato dal Ministro della salute con gli intergruppi di lavoro. Si tratta di tre gruppi di sole sei persone, che si riuniranno almeno due volte al mese; sono gruppi di lavoro e non commissioni pontificali, condivisi tra Stato e Regioni, nel tentativo di convenire dal primo giorno senza arrivare al conflitto. Infatti, come ha sottolineato la dottoressa Maglione, in questo campo le Regioni sono attive da molto tempo e il patrimonio dei servizi è ampio, anche se non equo sul piano nazionale. Gli obiettivi dei gruppi di lavoro sono ben specificati nel decreto: si tratta di dare atti di indirizzo, cioè guidare il comportamento, senza necessariamente interferire in modo pesante sui modelli organizzativi terminali che sono – come è noto – competenza esclusiva e squisita delle Regioni. Concordo con la senatrice Bianconi sul fatto che le unità di senologia rappresentano senza dubbio un modello organizzativo da perseguire.

Questi gruppi, quindi, si occuperanno di linee guida, di modelli formativi e di comunicazione alla popolazione. Come ha evidenziato anche il senatore Fasolino, quest'ultimo aspetto forse rappresenta l'elemento *clou*. Di fatto, una popolazione del 50 per cento non risponde agli *screening* da 20 anni: questa popolazione non è uguale a quella che risponde. Inoltre, all'interno di questo 50 per cento (vi sono molti milioni di donne), c'è un piccolo gruppo socialmente e culturalmente più svantaggiato, difficile da raggiungere, su cui poi il tasso di incidenza del cancro è molto elevato. Per tale motivo, la strada del medico di base è obbligata, è una *condicio sine qua non*.

Approfitto per rispondere al secondo quesito posto dal senatore Fasolino. Da poco abbiamo stretto un forte patto con le associazioni dei medici di base SIMG e FIMMG, proprio perché si mobilitino. Infatti, prima di arrivare allo specialista, serve un movente primario. Sicuramente lo specialista è molto attivo e l'Italia ha una rete potenziabile, ma molto forte; tuttavia, qualcuno deve mandare le persone dallo specialista che altrimenti non ci vanno.

Il *target* del decreto è dell'80 per cento, da realizzare in un triennio: io che ne sono operativamente responsabile sono preoccupato, anche se certamente sarebbe importante raggiungere questo obiettivo in tutto il Paese.

Si tratta, quindi, di gruppi produttivi che devono dare indirizzi omogenei. Un altro inferno, infatti, è rappresentato dalle linee guida che piovano dagli Stati Uniti, dalla Gran Bretagna, dalla Francia, dall'Italia, dalle varie società e dai vari gruppi. Grazie a Dio, proprio la professoressa Pellegrini, insieme alla nostra Direzione programmazione, ha finalmente convenuto un programma omogeneo di linee guida per imbracare le conoscenze all'interno di quelle del Ministero della salute, affinché siano uniche e in qualche modo anche di riferimento amministrativo. Questo aspetto ci sembra molto importante.

Tenteremo di inserire nel prossimo rinnovo contrattuale con i medici di base gli aspetti relativi allo *screening* come elementi di contratto, perché ci affligge sempre il problema della monetizzazione della prevenzione quando parliamo di medicina generale.

I tre gruppi di lavoro partiranno nei primi giorni di novembre, subito dopo l'inaugurazione del CCM (Centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie), che si terrà il 27 ottobre prossimo. Abbiamo approntato anche una bozza di programma operativo, grazie ai 10 milioni di euro immediatamente disponibili, proprio per tentare di bruciare i tempi e di essere attivi prima possibile. Possiamo consegnare agli atti della Commissione anche questa bozza di documento, anche se non è ancora formale.

Ritengo, poi, che il senatore Tatò abbia pienamente ragione a proposito del fumo: il 32 per cento degli italiani fuma e, quindi, non si tratta di una piccola minoranza, ma di un terzo del Paese. Quindi, rappresentando quasi un terzo del Paese, non siete davvero una minoranza, ma una parte di popolazione certamente non ignorabile. Le disposizioni attuali prevedono l'adozione di spazi adeguati assegnati ai fumatori, ma l'applicazione rigorosa del decreto legislativo n. 626 del 1994 rappresenta un problema. Infatti, in base alle disposizioni contenute nella predetta legge, la predisposizione degli ambienti dedicati ai fumatori è molto costosa, essendo necessario assicurare un impianto di riciclo dell'aria e dispositivi di sicurezza per non affliggere ulteriormente i fumatori dal loro stesso fumo. È un problema che si presenta in molte istituzioni pubbliche nonché ai gestori dei diversi locali: la predisposizione degli spazi per i fumatori ha un costo maggiore rispetto o a quella degli ambienti per i non fumatori. D'altra parte, siamo contrari ad una politica di ghettizzazione e soltanto con il consenso complessivo, anche dei fumatori, la campagna antifumo potrà fare quel salto di qualità necessario al raggiungimento di un obiettivo certo.

In relazione al quesito posto dal senatore Carella circa l'incidenza del fumo sulla mortalità, esiste un problema di intervento terapeutico precoce. Se lo *screening* coprisse l'80 per cento della popolazione, la mortalità sarebbe inferiore e in tre anni almeno 3.000 donne non morirebbero. Con ciò non intendiamo dire che allungheremmo loro la vita di un anno, come accade con altri interventi, ma che probabilmente dimenticherebbero il problema. La donna che si opera in modo appropriato di cancro precoce del seno ha una prognosi estremamente favorevole con la prospettiva di una lunga e buona qualità della vita. È questo il motivo per cui riteniamo urgente adeguare il Paese su tali aspetti.

FASOLINO (FI). Secondo i dati forniti dalla vostra ricerca, si ha la stessa mortalità sia in coloro che hanno fatto lo *screening* che in quelli che non lo hanno fatto.

GRECO. Senatore Fasolino, lei ha certamente ragione. Lo *screening* non influisce sull'incidenza e sull'insorgenza dei tumori, ma identifica

semplicemente le persone che già sono affette dalla malattia e alla fine il risultato dipende solo dalla capacità di trattamento terapeutico. Con lo *screening* quindi non riduciamo i casi, anzi, di fatto li aumentiamo nel senso che nel tempo ne veniamo a conoscenza.

PELLEGRINI. Dopo aver chiarito alcuni punti, passerò la parola al dottor Rusticali, che in qualità di medico è in grado di rispondere meglio di me a talune questioni sollevate dai senatori.

Per quanto riguarda l'osservazione della senatrice Bianconi relativamente alla Provincia di Bolzano, osservando i dati della tabella di confronto tra mastectomia e quadrantectomia con quelli relativi all'incidenza per fascia di età si comprende ciò che a prima vista può sembrare un'anomalia. La Provincia di Bolzano registra solo 217 interventi chirurgici rispetto ai quali le mastectomie prevalgono sulle quadrantectomie. Ciò dipende dal fatto che l'incidenza delle ultra settantenni colpite da tumore al seno è la più alta d'Italia, il 35 per cento, e, trattandosi di persone molto anziane, viene praticato l'intervento più demolitivo.

Anche la lunghezza della degenza media si spiega con l'età avanzata. È più difficile infatti dimettere presto queste pazienti, essendo necessarie ulteriori medicazioni e cure, con una conseguente maggiore permanenza in ospedale per il periodo della convalescenza *post operatoria*.

RUSTICALI. Risponderò in maniera cumulativa alle diverse domande. Desidero sottolineare innanzi tutto il carattere clamoroso del grafico riguardante la riduzione della mortalità *versus* l'incidenza della malattia negli Stati Uniti. In questo Paese, però, si pone un'enfasi particolare sulla prevenzione del cancro alla mammella. Consultando i siti dei grandi organismi americani di prevenzione e di quelli che effettuano statistiche epidemiologiche, non si può fare a meno di notare quanto siano pressanti le sollecitazioni alla prevenzione del cancro alla mammella. Ne conseguono una diagnosi precoce ed un tasso di mortalità ridotto.

D'altra parte, l'intervento alla mammella è uno dei più standardizzati per quanto concerne sia l'operazione in sé che le successive radioterapie e chemioterapie. Il problema sta quindi nella diagnosi precoce, perché è soltanto da lì che dipende il risultato.

Ricordo che nel 1974, negli Stati Uniti, la moglie di Lyndon Johnson fu operata di un carcinoma alla mammella in una fase molto precoce che prefigurò una rapida guarigione. In quell'anno vi fu una richiesta di mammografie elevatissima, perché la vicenda aveva colpito l'immaginario collettivo delle donne statunitensi.

Per quanto riguarda le variazioni sui giorni di degenza media, esse dipendono sostanzialmente da questioni di tipo organizzativo riguardanti sia la fase precedente l'intervento che quella successiva. Nella prima, nel momento in cui esiste un servizio di preospedalizzazione che consente di effettuare le analisi di preparazione all'intervento al di fuori del ricovero ospedaliero, si riduce la durata del medesimo. Se, invece, le suddette analisi vengono fatte in ospedale, si allunga la durata del ricovero. La

maggiore o minore durata dipende quindi dall'organizzazione della preospedalizzazione e dalla cosiddetta dimissione protetta successiva. Infatti, le donne dimesse a seguito di un intervento per il carcinoma alla mammella sono generalmente soggette ad un drenaggio e a medicazioni successive. Pertanto, se gli ambulatori non funzionano, sono costrette a restare in ospedale finché l'intero processo non si è concluso.

Per quanto riguarda l'intervento di nodulectomia e il ricorso alla tecnica diagnostica del linfonodo sentinella, non disponiamo dei dati relativi per due ragioni. La prima è legata al fatto che la nodulectomia è un intervento effettuato spesso in *day hospital* o in *day surgery* e quindi non rientra nei ricoveri ordinari di cui ci occupiamo nelle nostre statistiche. Invece, per quanto concerne il ricorso alla tecnica del linfonodo sentinella per la prevenzione del tumore al seno, sia dal punto di vista della normativa che della nomenclatura, essa non è ancora entrata nella *routine* e soprattutto nella retribuzione, quindi nelle SDO. Pertanto, anche laddove viene applicata, rappresenta un evento episodico in quanto richiede attrezzature particolari che non sono patrimonio diffuso di questo tipo di intervento.

MAGLIONE. Desidero aggiungere qualcosa in risposta alla domanda della senatrice Bianconi. La differenza a macchia di leopardo tra le varie Regioni si spiega anche con una diversa sensibilità rilevata nel tempo. La prima volta che a livello nazionale si è parlato di prevenzione oncologica è nel Piano sanitario nazionale 1994-1996, quando venne stabilito che la prevenzione oncologica rientrava in un'azione programmata nazionale. Quindi, nonostante la legge n. 833 del 1978 e il decreto legislativo n. 502 del 1992 parlassero già di prevenzione, la prevenzione oncologica in quanto tale e, quindi, gli *screening*, non erano previsti per normativa. Dopo il Piano sanitario 1994-1996 abbiamo avuto il Piano sanitario 2000-2003, con la successiva adozione delle linee guida in materia.

Tuttavia, prima del 1994 in Italia vi erano alcune zone, ad esempio Firenze, in cui la prevenzione era già partita. In quella città era stato realizzato uno *screening* molto valido, riconosciuto a livello internazionale per la qualità dell'intero percorso (dal primo al terzo livello).

Uno dei punti di forza della nostra collaborazione con l'Osservatorio consiste nello stabilire condizioni di reciproco aiuto tra le Regioni in modo che quelle che sono più avanti, cioè che dispongono di un migliore *know how* in questo campo, possano essere di supporto alle Regioni che sono più indietro. Negli anni Ottanta, sempre a Firenze, si è verificata una particolare modalità di collaborazione con i medici di medicina generale. All'inizio l'offerta di *screening* va riferita soltanto alla Provincia e non alla città, ma si sono accorti che le donne non rispondevano. Hanno quindi attivato delle modalità semplici con cui coinvolgere i medici nel momento iniziale. Questo era una garanzia per le donne. Teniamo presente che una difficoltà è legata al fatto che ci rivolgiamo a persone sane perché, nel momento in cui si scorge un nodulo, ci si rivolge subito allo spe-

cialista. Questo vale per tutti gli interventi della prevenzione, in particolare per quelli di diagnosi precoce, che è prevenzione secondaria.

CARELLA (*Verdi-U*). Ho avuto modo di parlare con la senatrice Bianconi che sarà in Puglia nella prossima settimana. Approfitto della presenza della dottoressa Maglione per informare la Commissione che alcuni giorni fa vi è stata una grande enfasi sulla stampa locale pugliese. La Regione Puglia è titolare di un progetto assegnato dal Ministero della salute proprio nel campo della prevenzione oncologica. Però sembra che – la collega Bianconi farà una verifica – la Regione è stata addirittura costretta a restituire le somme ricevute perché non è stata in grado di allestire i centri per attivare una campagna adeguata. Questo è molto importante perché in tal caso, di fronte agli sforzi del Ministero della salute, si assiste alla inadempienza delle Regioni. Credo che questo sia un aspetto che la Commissione deve verificare.

BIANCONI (*FI*). C'è stata una replica dell'assessore.

PRESIDENTE. Ringrazio i nostri ospiti per la collaborazione fornita ai nostri lavori.

Dichiaro conclusa l'audizione e rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva ad altra seduta.

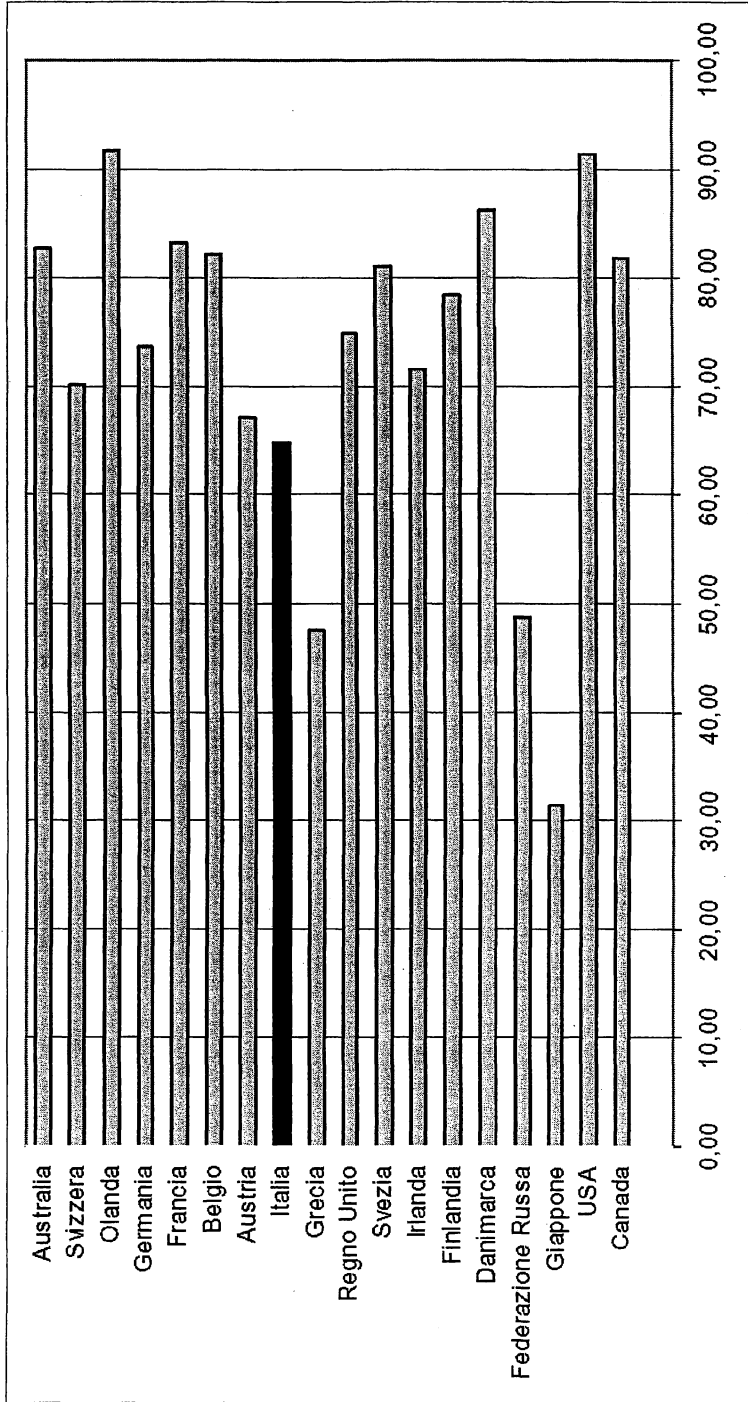
I lavori terminano alle ore 15,35.

ALLEGATO

DATI STATISTICI ILLUSTRATI E CONSEGNATI
DALLA DOTTORESSA LAURA PELLEGRINI

TABELLA 1

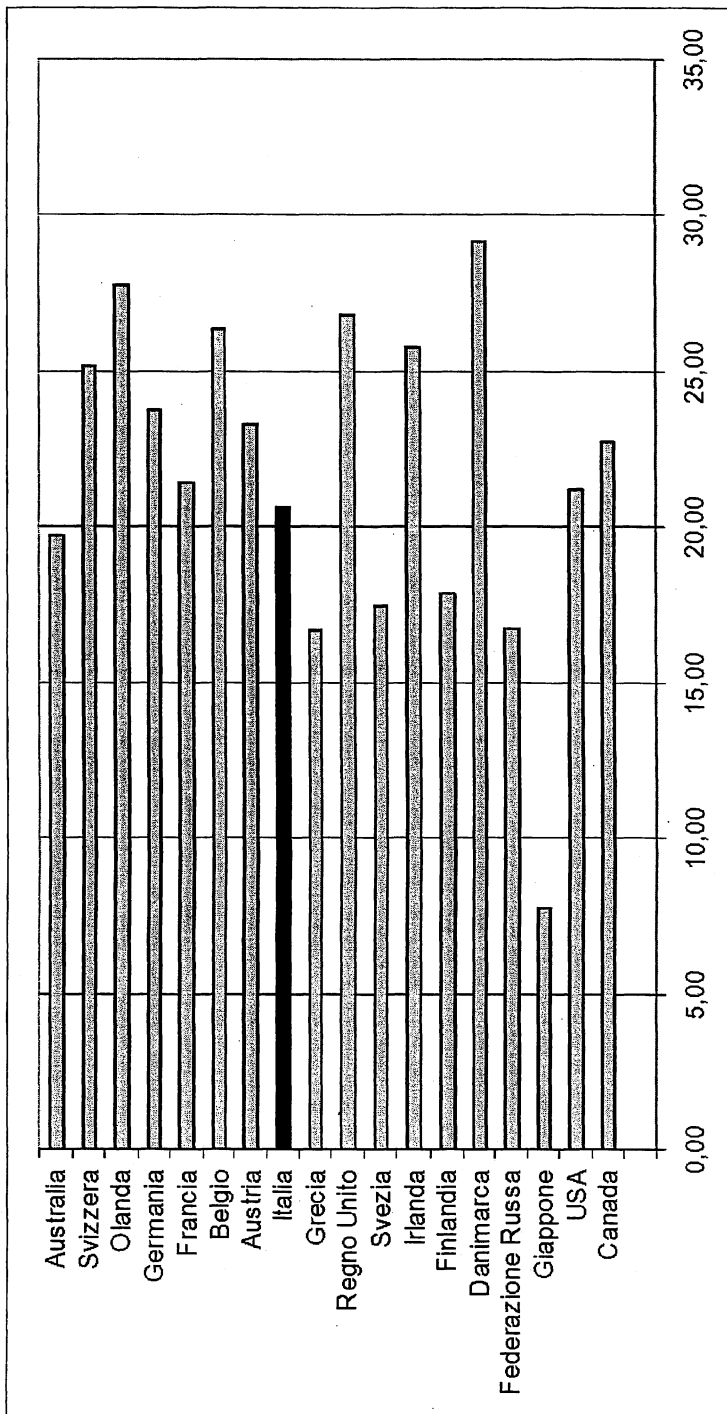
CANCRO MAMMELLA - TASSO DI INCIDENZA STANDARDIZZATO PER ETÀ (100.000/aa)
(ASR-WORLD)



Fonte: GLOBOCAN 2000

TABELLA 2

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
Bolzano	357	40.984	0,87
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	996	130.397	0,76
Molise	192	30.635	0,63
Campania	2.835	400.477	0,71
Puglia	2.759	345.810	0,80
Basilicata	317	38.064	0,83
Calabria	756	154.523	0,49
Sicilia	3.273	381.061	0,86
Sardegna	1.266	123.277	1,03
Italia	53.946	4.361.100	1,24

Note:

Ricoveri (Ordinari) 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 2002 - PER FASCIA DI ETÀ E INCIDENZA PERCENTUALE
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	53.946	0,38	5,86	17,44	22,92	25,16	28,24

Note:

Ricoveri (Ordinari) 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. Mastectomie	Degenza Media Ric Ord. Quadrantectomie	Regione
Piemonte	3.002	58,39	7,20	4,77	Piemonte
Valle d'Aosta	112	73,21	7,75	3,20	Valle d'Aosta
Lombardia	9.991	64,00	7,94	4,93	Lombardia
Bolzano	217	41,47	10,95	8,68	Bolzano
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	66,47	7,63	5,16	Liguria
Emilia Romagna	3.923	56,61	5,30	3,30	Emilia Romagna
Toscana	2.932	62,69	6,87	4,80	Toscana
Umbria	693	68,98	6,06	4,05	Umbria
Marche	1.180	51,27	5,88	4,24	Marche
Lazio	3.963	56,83	9,09	6,95	Lazio
Abruzzo	613	53,83	8,68	6,63	Abruzzo
Molise	118	53,39	13,11	7,86	Molise
Campania	2.048	55,66	8,21	6,62	Campania
Puglia	2.003	54,87	9,60	7,33	Puglia
Basilicata	166	41,57	14,55	10,03	Basilicata
Calabria	505	33,27	9,08	6,65	Calabria
Sicilia	2.288	59,53	6,27	4,49	Sicilia
Sardegna	891	45,01	10,33	8,65	Sardegna
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)

TABELLA 6

INTERVENTI DI MASTECTOMIA - QUADRANTECTOMIA
DISTRIBUZIONE PER FASCIA ETÀ E INCIDENZA PERCENTUALE
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)

TABELLA 7

MASTECTOMIA - QUADRANTECTOMIA
ANNO 2002

Regione	Nro Ricoveri Quadrantect.	Nro Ricoveri Mastectomie	Interventi di ricostruzione correlati a Mastectomia o Quadrantectomia	% interventi di ricostruzione correlati a interventi di Quadrantec	% interventi di ricostruzione correlati a interventi di Mastectomia	Regione
Piemonte	1.753	1.249	188	1,94	12,33	Piemonte
Valle d'Aosta	82	30	3	0,00	10,00	Valle d'Aosta
Lombardia	6.394	3.597	1.266	5,19	25,97	Lombardia
Bozano	90	127	0	0,00	0,00	Bozano
Trento	228	188	60	2,19	29,26	Trento
Veneto	1.867	1.801	533	1,34	28,21	Veneto
Friuli Venezia Giulia	729	681	237	8,37	25,84	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	26,98	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	6,71	Abruzzo
Molise	63	55	1	0,00	1,82	Molise
Campania	1.140	908	357	26,49	6,06	Campania
Puglia	1.099	904	216	11,56	9,85	Puglia
Basilicata	69	97	3	0,00	3,09	Basilicata
Calabria	168	337	19	1,79	4,75	Calabria
Sicilia	1.362	926	71	0,66	6,70	Sicilia
Sardegna	401	490	66	1,50	12,24	Sardegna
Italia	23.968	17.373	4.424	5,23	18,25	Italia

Elaborazioni ASSR su dati SDO_2002 (Ministero della Salute)

SENATO DELLA REPUBBLICA

XIV LEGISLATURA

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

INDAGINE CONOSCITIVA
SULLE INIZIATIVE DI PREVENZIONE DEL
TABAGISMO E DEL TUMORE AL SENO IN ITALIA

4° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 27 OTTOBRE 2004

Presidenza del vice presidente DANZI
indi del vice presidente MASCIONI

INDICE

Audizioni di persone esperte su tematiche attinenti alla materia in esame

PRESIDENTE:		* <i>BELLIA</i>	<i>Pag.</i> 113, 117
- DANZI (<i>UDC</i>)	<i>Pag.</i> 105	* <i>MARONGIU</i>	109, 118, 121 e <i>passim</i>
- MASCIONI (<i>DS-U</i>)	113, 116, 122	* <i>MUNIZZI</i>	106, 117
* BIANCONI (<i>FI</i>)	116	<i>PARISI</i>	112, 118
BOLDI (<i>LP</i>)	121, 122	* <i>SOSTI</i>	121

N.B. *Gli interventi contrassegnati con l'asterisco sono stati rivisti dall'oratore.*

Sigle dei Gruppi parlamentari: Alleanza Nazionale: AN; Democratici di Sinistra-l'Ulivo: DS-U; Forza Italia: FI; Lega Padana: LP; Margherita-DL-l'Ulivo: Mar-DL-U; Per le Autonomie: Aut; Unione Democristiana e di Centro: UDC; Verdi-l'Ulivo: Verdi-U; Misto: Misto; Misto-Comunisti Italiani: Misto-Com; Misto-Lega per l'Autonomia lombarda: Misto-LAL; Misto-Libertà e giustizia per l'Ulivo: Misto-LGU; Misto-MSI-Fiamma Tricolore: Misto-MSI-Fiamma; Misto-Nuovo PSI: Misto-NPSI; Misto-Partito Repubblicano Italiano: Misto-PRI; Misto-Rifondazione Comunista: Misto-RC; Misto-Socialisti democratici Italiani-SDI: Misto-SDI; Misto Popolari-Udeur: Misto-Pop-Udeur.

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

I lavori hanno inizio alle ore 14,10.

Presidenza del vice presidente DANZI

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizioni di persone esperte su tematiche attinenti alla materia in esame

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sulle iniziative di prevenzione del tabagismo e del tumore al seno in Italia, sospesa nella seduta dello scorso 20 ottobre.

È oggi in programma l'audizione di persone esperte su tematiche attinenti alla materia in esame. Sono ospiti della Commissione, in rappresentanza del Movimento italiano genitori, la dottoressa Maria Rita Munizzi; in rappresentanza dell'Associazione romagnola per la ricerca sui tumori, il dottor Pier Antonio Marongiu, nonché il dottor Antonio Sosti, il dottor Athos Montesi, il dottor Giuseppe Rossi, il dottor Enzo Riceputi e la dottoressa Cinzia Bravaccini; in rappresentanza dell'Associazione dei diritti degli utenti e dei consumatori, il dottor Primo Mastrantoni e il dottor Giuseppe Parisi; in rappresentanza dell'Associazione italiana genitori, la dottoressa Marina Bellia.

Ringrazio gli ospiti e i colleghi intervenuti per il contributo che forniranno alla nostra indagine e rivolgo loro il saluto del presidente Tomasini, il quale si scusa per non aver potuto essere presente a causa di altri impegni istituzionali. Ricordo che, per prassi, gli auditi intervengono seguendo l'ordine di elencazione e contenendo, per quanto possibile, in dieci minuti l'esposizione introduttiva.

Do la parola alla dottoressa Munizzi, presidente del MOIGE.

MUNIZZI. Onorevoli senatrici e senatori, il Movimento italiano genitori (MOIGE), 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 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; *spot* radiofonico e *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 società SWG 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, cinque non hanno addirittura cambiato abitudini e una ha fumato anche di più. Delle donne che hanno smesso di fumare durante la gravidanza, il 76 per cento ha ripreso a fumare dopo la gravidanza. 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 va ai *media* perché su 100 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 che al medico, che ha raggiunto un indice di 49.

Il basso peso alla nascita 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 delle donne ha dichiarato di non sapere quali sono i rischi per la mamma e il bambino. Tra i rischi per il bambino dopo la nascita, le donne hanno indicato le malattie respiratorie. 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 100. Non è a conoscenza dei rischi che un bambino nato da madre fumatrice può correre il 10 per cento del campione.

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 bambino 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, le quali tendono 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 aumentando non tanto la motivazione, in genere 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 seconda campagna volta alla prevenzione del fumo per i minori.

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. I ragazzi, una volta saliti, si trovano in

un percorso ricco di stimoli, con momenti di gioco e di partecipazione diretta alternati a momenti di osservazione di 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 e Mon, che impersonano il polmone sano e il polmone malato a causa del fumo. Si tratta di due simpatici personaggi dello spettacolo dei burattini che hanno accompagnato nelle scuole la mostra-bus e che hanno riscosso gli applausi dei ragazzi. Ai due protagonisti si ispira anche il materiale divulgativo che viene offerto 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 agli organi e 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 e 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. Il campione analizzato include 1366 ragazzi delle scuole medie, 754 di scuole elementari e 165 insegnanti.

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 per cento dei ragazzi ha risposto bene alle domande in cui veniva loro chiesto di ricordare le principali sostanze contenute nelle sigarette; l'86,9 per cento ha capito che il fumo induce sia dipendenza fisica che psicologica e l'88 per cento 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 per cento dei ragazzi pensa che il fumo non dia dipendenza e che in qualunque momento e con facilità sia possibile smettere. Non elencherò ulteriori dati percentuali perché sono reperibili nella documento che consegno alla Presidenza.

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, 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 fa-

cili 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 di 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, tabaccaia, 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.

MARONGIU. Siamo lieti di essere in questa sede e di poter dare il nostro piccolo contributo rispetto ai due grandi temi oggetto della presente indagine conoscitiva.

La relazione che abbiamo predisposto è molto sintetica, alleghiamo pertanto una documentazione di approfondimento degli argomenti in essa affrontati che provvederemo a consegnare alla Commissione. Restiamo comunque a disposizione per ogni eventuale chiarimento richiesto dalla Commissione, in ciò coadiuvato dal dottor Sosti, membro del Comitato scientifico dell'Associazione.

L'Associazione romagnola ricerca tumori (A.R.R.T.), costituitasi il 31 marzo 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 statuari 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.

L'Associazione 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'Azienda sanitaria locale e per ampliare le disponibilità di sanitari che abbiano una cultura della prevenzione.

L'Associazione, avvalendosi di un gruppo di medici e biologi e farmacisti, ha svolto e svolge nelle scuole medie e superiori, 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 e sicurezza degli alimenti 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 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 – sia umane che finanziarie – in progetti di diagnosi precoce per alcuni tipi di tumore.

Nei primi anni Novanta 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), i 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 del 2004 le società nazionali ed europee convalidano la linea strategica dell'A.R.R.T.. Nel 2003 abbiamo presentato i risultati di un altro progetto pilota riguardante la prevenzione e diagnosi precoce dei tumori delle vie aeree superiori in una popolazione di bevitori e fumatori dell'Alta Valle del Savio dell'Azienda sanitaria locale di Cesena. L'entità dei casi precancerogeni (15 per cento), diagnosticati in circa 1000 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 è 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 di quella costiera 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 e – a richiesta – la mammografia, potessero 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 dai 50-69 anni)

dell'Azienda sanitaria locale di Cesena. Da questa data viene riscontrato come le donne visitate presso i nostri otto ambulatori siano per l'80 per cento appartenenti alle fasce d'età da 40 a 50 anni ed inferiori a 40 anni; e nel contempo come nelle donne aderenti allo *screening* mammografico dell'Azienda sanitaria locale (il 73 per cento delle invitate) siano stati diagnosticati il 79 per cento circa di tumori di diametro inferiore ai 20 millimetri di cui il 60 per cento con linfoghiandole negative.

Questi dati comprovano come, sia l'attività d'informazione sia di prevenzione, abbia indotto sin dagli anni Ottanta la stragrande maggioranza della popolazione femminile ad eseguire annualmente la visita senologica e strumentale a richiesta e nel contempo giustificano per il nostro territorio aziendale l'87 per cento di sopravvivenza a 5 anni (tra le più alte d'Europa) dalla diagnosi di cancro della mammella rispetto all'83 per cento della Romagna e al 72 per cento della media nazionale.

È documentata l'evidente cancerogenità Nell'ambito della prevenzione primaria, fra i fattori di rischio, il fumo di tabacco per un grande numero di organi bersaglio. Oltre al fumo attivo, l'International Agency for Research on Cancer (IARC) di Lione 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 d'incidenza ridotti dell'1,4 per cento, tassi di mortalità dell'1,5 per cento all'anno). Tra le femmine gli andamenti del tumore al polmone sono opposti rispetto ai maschi con una incidenza pari a +1,2 per cento all'anno e una mortalità del +0,9 per cento all'anno in crescita.

Dall'elaborazione dei dati di un *test* anonimo dell'Associazione, formulato per individuare la tendenza dello stile di vita, viene evidenziato come il 30 per cento delle donne siano fumatrici. Questo dato registra un aumento del 10 per cento rispetto alla percentuale nazionale, che si attesta sul 20 per cento.

L'attività xenoestrogenica del fumo di tabacco può essere potenziata dall'inquinamento atmosferico provocato ad esempio da veicoli e inceneritori, che producono composti chimici analoghi a quelli prodotti dalla combustione del tabacco (benzene, idrocarburi policiclici aromatici, eccetera). Questi dati collimano con quelli risultanti da una recente indagine condotta nelle città italiane: a Roma e a Milano i cittadini non fumatori finiscono per fumare dalle 15 alle 20 sigarette al giorno. In una via del centro di Cesena, ad esempio, ove il traffico è intenso, i passanti fumano 50 sigarette al giorno. L'inalazione di sostanze inquinanti si somma all'assunzione di sostanze nocive assunte attraverso il fumo.

Inoltre, dal *test* anonimo emerge come, nelle abitudini alimentari, il pesce venga mangiato per il 60 per cento solo una volta la settimana e come la verdura e la frutta siano presenti nella dieta quotidiana solo nel 50 per cento delle intervistate. Ne consegue che l'insufficiente apporto di omega tre può instaurare un quadro infiammatorio cronico. Il quadro infiammatorio, l'aumento di estrogeni e la scarsa presenza di fibre a li-

vello intestinale promuovono la sintesi di estrogeni nella flora intestinale stessa, diventando copromotori del carcinoma mammario, alla stregua dell'obesità e del diabete.

PARISI. Onorevoli senatori, dirò qualcosa che mi compete circa il quesito che è stato formulato. Quando mi è giunto il *fax* di convocazione della Commissione nel quale si faceva riferimento ad «iniziative di prevenzione del tabagismo e del tumore al seno», mi sono chiesto se quella «e» posta tra i termini «tabagismo» e «tumore al seno» fosse una congiunzione o servisse ad indicare una causalità diretta.

Ritengo che il problema del fumo non sia soltanto una questione sanitaria e che sollevi un problema di comunicazione tra il medico e il paziente. I sistemi di comunicazione sono importanti, non solo in ambito sanitario, ma anche in ambito collettivo. Penso che occorra prestare molta attenzione alla comunicazione perché si rischia di entrare nella logica di informazioni che possono essere ben accettate, ma risultare sterili. L'esperienza insegna che il terrorismo psicologico e il proibizionismo non hanno mai pagato. L'informazione che il fumo provoca il cancro alla mammella, ad esempio, rischia di essere inefficace per diversi motivi. Esistono innanzitutto diverse tipologie di fumatori: vi è il fumatore accanito, che accende oltre 20 sigarette al giorno, il quale non attribuisce molta importanza alla sua salute e, conseguentemente, non nutre neanche molto interesse per la salute collettiva. Esistono poi – e per fortuna sono la maggioranza – fumatori che sono nel *range* delle 5-10 sigarette al giorno, i quali hanno un grande amore per la vita, per il naturale e per il biologico. Vi sono poi i fumatori adolescenti.

Veicolare un tipo di informazione che stabilisce un nesso di causalità diretto tra il fumo e determinate patologie potrebbe non dare i risultati sperati. Potremmo usare altri sistemi di comunicazione, valutando ad esempio ciò che può interessare maggiormente la collettività. Abbiamo svolto un'indagine dalla quale emerge che il desiderio di naturalità e di biologico è l'elemento che fa presa sul maggior numero di persone. Comunicare, ad esempio, che il fumo altera i sistemi ossidativi potrebbe essere più efficace di affermare che il fumo provoca il cancro alla mammella.

Occorre poi considerare un altro problema, la mancanza cioè di una reale comunicazione tra il paziente e il medico. Tale rapporto, soprattutto con il medico di famiglia il quale è sempre più inghiottito da pastoie burocratiche che sottraggono la capacità di ascoltare il paziente, deve essere urgentemente ritrovato. Ho esperienze di *family practitioner* negli Stati Uniti, ma anche in Inghilterra il medico di famiglia è stato rivalutato.

Ho amici che si sono trasferiti in quel Paese e mi hanno detto di essere felicissimi perché finalmente riescono a fare i medici. Ciò significa che in quelle realtà è stato amplificato il rapporto con il paziente, senza limitarlo in modo semplicistico alla malattia.

Se manca il rapporto fra il medico e il paziente non potrà mai instaurarsi una buona comunicazione sulle problematiche sanitarie. Ce ne accor-

giamo quando al pronto soccorso giungono miriadi di persone che non vogliono recarsi dal medico di famiglia, e non soltanto per evitare la fila, ma anche perché non hanno più fiducia in lui, e ricorrono al pronto soccorso, fingendo magari di avere le vertigini, semplicemente per controllare la pressione. È questo un problema grave perché il primato della tutela della salute spetta al medico. Se la politica non rivaluta questa figura, se non riusciamo ad avere medici di famiglia di elevata professionalità, come tutti gli altri sanitari, non potremo vincere battaglie importanti come quella relativa al tabagismo. Il fumo, infatti, non riguarda soltanto il problema della salute, ma anche questioni che attengono alla cultura sociale e sanitaria e quest'ultima nasce dal basso, quindi anche dalla figura del medico di famiglia.

Presidenza del vice presidente MASCIONI

PRESIDENTE. Prima di dare la parola agli altri ospiti che intendono intervenire, desidero presentarmi. Sono il senatore Giuseppe Mascioni, vice presidente e della 12a Commissione del Senato, con me sono presenti le senatrici Laura Bianconi e Rossana Boldi e i colleghi Valerio Carrara e Leopoldo Di Girolamo. In riferimento a quanto da lei dichiarato, dottor Parisi, non ritengo che esista una voluta correlazione clinica tra tabagismo e tumore al seno. La presente è semplicemente un'indagine conoscitiva che riguarda queste due grandi questioni sociali.

Do quindi la parola alla rappresentante dell'Associazione italiana genitori.

BELLIA. Signor Presedente, onorevoli senatori, intervengo a nome del presidente dell'Associazione, dottor Salvi, che per precedenti impegni non ha potuto essere qui presente.

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 per cento nei maschi e del 69 per cento nelle femmine nella fascia d'età compresa approssimativamente tra gli 11 ed i 16 anni.

La famiglia e la scuola, oggi più che mai interprete primario della domanda sociale e luogo di aggregazione della comunità giovanile, deb-

bono 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 di seguito elencati: l'abitudine al fumare viene acquisita in maniera prevalente in età giovanile; 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 – che solleva interrogativi etici – anche in senso socio-politico-economico, dopo aver esaminato le normative di regolamentazione e la relativa letteratura scientifica, la nostra Associazione ha realizzato, non senza difficoltà, in quasi tutte le regioni italiane una campagna efficace di prevenzione del fumo giovanile dal titolo «Libertà Sfumate» in collaborazione con l'Associazione nazionale presidi e direttori didattici (ANP). Gli obiettivi della campagna naturalmente sono stati: prevenire e ritardare il fumare tra i giovani; eliminare o ridurre il consumo delle sigarette negli alunni che già hanno contatti con il fumo, sollecitare la consapevolezza che il tabagismo è contraddistinto da dipendenza e stimolare alla riflessione sui danni che il fumo comporta per la salute.

È un programma articolato di prevenzione del fumo destinato a studenti di 11-16 anni, iniziato nel 2002 e che si basa su un innovativo approccio relazionale e linguistico con gli studenti, che contempla un concorso riservato agli stessi ed agli insegnanti delle scuole di primo grado con la progettazione e realizzazione di un bozzetto di manifesto pubblicitario sul tema del fumo. Gli elaborati sono stati poi selezionati da esperti pubblicitari e della comunicazione. Gli interventi, attivati su tre livelli d'informazione, sono quelli di seguito elencati: in primo luogo un incontro esplicativo e 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?» e «lo sviluppo del senso critico come fattore di prevenzione» e «comunicare la prevenzione come strategie per una comunicazione pubblicitaria»; secondariamente incontri con i genitori, rientranti nel quadro del «Progetto Scuola e famiglia» del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, incontri informativi tenuti da «esperti in educazione in ambito familiare» dell'A.Ge. (con certificazione IRSEF), per condividere le finalità e le 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; infine, 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 riguardo al fumo e sull'atteggiamento verso la 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» e «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. Tutto ciò li ha portati a rispondere, nel questionario proposto, che non bisogna imitare gli adulti fumatori, perché la sigaretta non servirà a farli sentire più forti e importanti, ma solo a ripetere le loro debolezze.

Il questionario, che non ha pretese scientifiche, ricalca messaggi e modelli che arrivano ai più giovani da due grandi veicoli di informazione e comunicazione: la pubblicità e la televisione. Ciò offre motivi di riflessione non tanto sui problemi del mondo giovanile, quanto sulle responsabilità di quello degli adulti.

Lungo il cammino oltre a 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 (ad esempio qui nel Lazio, a 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, e sono stati raccolti oltre 1.000 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 e 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.

Il professor Francesco D'Agostino, presidente del Comitato nazionale per la bioetica, ha affermato che 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.

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 si diffonda in modo sempre più efficace e profondo.

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

Ringraziamo i componenti della Commissione per l'attenzione.

PRESIDENTE. I colleghi possono formulare quesiti agli auditi.

BIANCONI (FI). Ringrazio i nostri ospiti per le sollecitazioni avute. Rivolgo una prima domanda alle due dottoresse rappresentanti del Movimento italiano genitori e dell'Associazione italiana genitori. Nelle scorse settimane abbiamo ascoltato i responsabili del Ministero della salute per le comunicazioni sul tabagismo rivolte ai giovani. I giovani iniziano spesso a fumare per emulare i loro miti. Ci ha molto colpiti un aspetto: nei programmi televisivi, ad esempio nelle trasmissioni musicali che sono le più seguite dalla popolazione giovanile, ricorrono immagini relative al fumo ogni 7-10 minuti. Quando si vede il cantante preferito fumare, nell'immaginario giovanile accendere una sigaretta può diventare un'azione di forza. Ho seguito con molto interesse le campagne che state organizzando e vorrei sapere se avete pensato di interagire anche con il mondo della comunicazione, per coinvolgere coloro che impersonano i nuovi miti giovanili in un'opera di dissuasione, i quali possono insegnare che il fumo non è un atto di libertà, ma il cammino verso un'assuefazione terrificante.

Al dottor Parisi vorrei spiegare che l'unificazione dei due temi – il tabagismo e il tumore al seno – è nata perché il tumore al seno è la principale causa di morte tra la popolazione femminile e dobbiamo purtroppo registrare un'*escalation* nel rapporto che le donne instaurano con il tabacco. Mentre gli uomini fumatori sono in diminuzione, le donne fumatrici sono in costante ascesa. Ci è sembrato doveroso capire se esiste una correlazione tra i due fenomeni. Mi ha incuriosito la sua affermazione sul fatto che le campagne di informazione non comporterebbero risultati sperati. Secondo lei, soltanto una campagna naturalistica o biologica può essere efficace?

Desidero rivolgermi, infine, al dottor Marongiu che ha notoriamente conoscenza di una realtà subregionale, in cui lo *screening* è divenuto pratica di massa. L'Emilia Romagna ha avviato questa iniziativa molti anni fa: in base alla sua esperienza e ai dati in possesso della sua associazione, lo *screening* può essere considerato datato? La nuova frontiera, anche dal punto di vista della multidisciplinarietà, può essere rappresentata dalle *breast unit*?

PRESIDENTE. Dottor Marongiu, mi permetta una considerazione che trae origine dalla lettura di una notizia, di cui credo sia anche lei a conoscenza, secondo cui i cittadini di Milano respirando l'aria inquinata a causa del traffico si troverebbero nella condizione di chi fuma 15 siga-

rette al giorno. Questa notizia è stata successivamente smentita, o meglio considerata inattendibile dal punto di vista scientifico.

Ovviamente non sono in grado di valutare se respirare aria inquinata degli scarichi delle automobili equivalga realmente a fumare un certo numero di sigarette. Non nego che la smentita mi abbia in qualche modo «rincuorato» e questo perché la notizia sembrava corrispondere a quella specie di alibi e di giustificazione che i fumatori ripropongono ogniqualvolta si fanno notare i loro rischi per la salute, sottolineando l'inutilità di preoccuparsi del fumo visto che per subire gli stessi danni è sufficiente camminare per una strada trafficata. In tal senso la sua considerazione, dottor Marongiu, ha destato in me molte perplessità, proprio perché viene da una persona autorevole e che per di più rappresenta un'associazione importante quale è la sua. Vorrei quindi avere dei chiarimenti a riguardo.

Lascio nuovamente la parola ai nostri ospiti per la replica.

BELLIA. L'A.Ge. desidera prima disporre di dati, elaborati dal questionario, come *follow up* finale, con distinzione per sesso, e come verifica dell'approccio familiare, evidenziando il numero dei ragazzi che fumavano e il numero di coloro che hanno smesso di fumare o hanno ridotto il numero delle sigarette. A seguito di questo risultato si può pensare, insieme agli enti locali, di lavorare sui *media*, sia in ambito locale che nazionale, per affrontare il problema dell'emulazione. I giovani sono attratti da certi settori e ad esempio la musica ne è il primo riferimento: la sua osservazione, senatrice Bianconi, è in tal senso correttissima. Certo stiamo valutando di avviare questo tipo di lavoro che richiede un investimento di energie non indifferente. Siamo consapevoli del fatto che, se iniziamo una campagna, dobbiamo produrre un risultato.

MUNIZZI. Ringrazio la senatrice Bianconi perché ci dà occasione di affrontare un problema a noi molto caro, quello dei modelli comportamentali. Il Movimento italiano genitori è molto impegnato anche sul fronte televisivo. L'importante, quando si comunica con i giovani, è trasmettere un messaggio coerente e chiaro. Se spendiamo energie e danaro, investiamo risorse umane per trovare un messaggio creativo, simpatico e accattivante contro il fumo, ma poi i beniamini dei ragazzi fumano in televisione, i nostri sforzi sono vanificati perché il messaggio ricevuto è incoerente. Ricordo il caso, verificatosi l'anno scorso, di Loredana Bertè, che fumava incessantemente come una turca nell'ambito di una trasmissione musicale; noi chiedemmo esplicitamente di invitare la cantante a moderare questo comportamento e facemmo lo stesso con riferimento agli attori del programma «Il grande fratello».

Da un lato, i *media* sono un grande sostegno perché il messaggio televisivo è accattivante, dall'altro, vi è un volano negativo perché lo strumento può essere utilizzato scorrettamente. Noi cerchiamo di richiamare una serie di fattori all'attenzione dell'opinione pubblica e delle autorità preposte a garanzia del sistema televisivo per la tutela dei minori. Purtroppo, il codice di autoregolamentazione al momento vigente è uno stru-

mento inefficace e anche le sanzioni, molto interessanti, introdotte dalla legge Gasparri, rimangono lettera morta. Abbiamo, ad esempio, rilevato spesso la presenza di pubblicità per alcolici in fasce orarie destinate ai programmi rivolti principalmente ai minori, ove la sorveglianza dovrebbe essere elevatissima. Nonostante le scuse e le promesse delle varie reti, questi episodi si ripetono perché non esiste di fatto un sistema sanzionatorio. Nel nostro Paese abbiamo bisogno di regole, così come ne hanno bisogno i bambini nel processo educativo.

Il problema del fumo coinvolge tutti: i bambini di genitori fumatori sono maggiormente predisposti ad acquisire questa abitudine e il fumo passivo è una questione sociale. Se vogliamo affrontare in modo concreto il problema, dobbiamo considerare che i *media* e soprattutto la televisione hanno un ruolo importante, incidendo sull'immaginario dei ragazzi.

PARISI. Ringrazio la senatrice Bianconi, la quale mi ha chiesto quale comunicazione sia, a mio avviso, più adatta per la fascia degli adolescenti. Alle considerazioni già svolte dalle colleghe intervenute, vorrei aggiungere un'altra: non possiamo dire ad un adolescente che il fumo causa il cancro perché questa informazione è sterile. Generalmente un ragazzo non conosce il cancro, a meno che non abbia avuto la sfortuna di avere un parente colpito da questa devastante malattia. Un ragazzo un po' bizzarro e intelligente potrebbe muovere obiezioni a questo tipo di messaggio, chiedendo ad esempio perché non vengono chiuse tutte le fabbriche di automobili che inquinano e provocano malesseri. Al fine di evitare rischi di questo tipo occorre comunicare in maniera intelligente, facendosi in tal senso coadiuvare da specialisti del settore. Altrettanto opportuno è cercare di affrontare il problema sul versante del biologico, una soluzione che probabilmente non sarà gradita a qualcuno e che invece credo rappresenti l'unica risorsa per il futuro onde poter veramente invertire la tendenza in atto.

MARONGIU. In risposta al Presidente, posso dire che i dati in nostro possesso provengono dagli studi effettuati dal Centro di ricerca sul cancro della Fondazione Ramazzini di Bentivoglio di Bologna – cui siamo associati – riguardanti gli inquinanti ambientali a livello sperimentale che, come l'International Agency for Research on Cancer (IARC), facente parte dell'OMS, stila ogni anno l'elenco di tutte le sostanze cancerogene e di quelle che potrebbero presentare questo rischio. A tale proposito, tanto per fare un esempio, recentemente ha avuto luogo una grossa disputa che ha riguardato i campi elettromagnetici che lo IARC ha classificato a livello 2B, e cioè tra i fattori che potrebbero risultare cancerogeni – come qualcuno ha osservato – esattamente come i sottaceti. Lo stesso professor Franco Battaglia, ha sottolineato in un articolo pubblicato sulla stampa nazionale che i campi magnetici evidentemente non risultano così cancerogeni se lo IARC li ha classificati allo stesso livello dei sottaceti.

Va però tenuto presente ove abitualmente ci si alimentasse con cibi conservati in cui è presente il sale oltre l'acido acetico – come per l'ap-

punto i sottaceti – si rischierebbe di provocare una continua irritazione della mucosa gastrica; se a questo aggiungiamo una dieta ricca di additivi quali i nitrati presenti in tantissimi alimenti come gli insaccati, si possono certamente creare le condizioni per la formazione di sostanze cancerogene. Un esempio in tal senso è quello del Giappone in cui si è riusciti ad invertire tendenza rispetto all'insorgere di patologie quali il carcinoma gastrico – tanto diffuse da giustificare la presenza di un gastroscopio in ogni ambulatorio medico giapponese – promuovendo una campagna a favore di un'alimentazione ricca di frutta e verdura quindi di vitamina C, onde contrastare l'assunzione di sostanze cancerogene dovuta ad una tradizione alimentare che prevede il consumo di cibo crudo e affumicato. Come biochimico, sono altresì consapevole che le stesse sostanze organiche composte da carbonio, ossigeno, azoto, idrogeno, trattate a temperature elevate producono gran parte dei composti chimici presenti nel fumo di tabacco, come il benzene, che viene utilizzato come additivo nelle benzine e che, come è noto, può risultare e patotossico e nel lungo termine può provocare anche un aumento dell'insorgenza di leucemie. Gli idrocarburi policiclici aromatici, che otteniamo utilizzando alcune modalità di cottura, come quella sulla brace, sono le stesse sostanze – ripeto – che assumiamo quando fumiamo tabacco. Vi sono poi gli inquinanti prodotti dagli inceneritori, i cosiddetti termovalorizzatori che, anche quando funzionano al meglio, possono provocare l'immissione di una certa quantità di diossina la quale attraverso la catena alimentare, cioè mediante il passaggio dell'aria, tramite la pioggia, nel terreno e nell'erba quindi erba di cui si alimentano i bovini e di conseguenza la carne, il latte o il formaggio, e viene in tal modo assunta dall'uomo. La diossina è, in taluni casi, rintracciabile in concentrazioni 15.000 volte superiori a quella consentita anche nell'ambiente in cui vive la mamma che allatta il suo bimbo. Per riscontrare questi aspetti basta consultare il sito *internet* dell'Istituto nazionale per la ricerca sul cancro di Genova. Per altro siamo in possesso, sia dei dati aggiornati, sia della documentazione epidemiologica effettuata recentemente in Francia, dove stanno iniziando a chiudere gli inceneritori giacché, ad esempio nella zona di Nims, hanno riscontrato un incremento delle malformazioni nei neonati e una maggiore incidenza di due tipi di tumore.

Ovviamente gli effetti negativi cui mi sto riferendo si determinano a lungo termine. Analogo discorso si può condurre, ad esempio, nel caso del problema dei fanghi tossici per la presenza di metalli pesanti che ha recentemente interessato la nostra regione. Faccio in proposito presente che nell'elenco stilato dallo IARC i metalli pesanti sono classificati tra le sostanze cancerogene, e pertanto una lunga esposizione può risultare gravemente dannosa anche a fronte di quantità limitate. Non ci stiamo per altro riferendo solo a patologie professionali, ma a malattie che possono essere causate dall'assunzione di determinate sostanze attraverso l'alimentazione.

Quindi, se non è opportuno dare informazioni allarmanti al riguardo, non è il caso però di sminuire la gravità del rischio, perché il collegamento tra l'insorgere di alcune patologie e determinati fattori inquinanti risulta evidente. Inoltre esistono soggetti più predisposti ad ammalarsi di

patologie come il cancro in presenza di un agente che promuove, ad esempio, una riduzione dell'immunità.

L'aspetto a nostro avviso da evidenziare, non riguarda tanto l'alta concentrazione con cui la sostanza cancerogena è presente, quanto la lunga esposizione. È logico, altresì, che in un ambiente più esposto a questo tipo di rischi i più colpiti saranno gli anziani e ed i bambini; l'incremento di mortalità per cancro negli anziani sta a significare che essi vivono in un ambiente con maggiori fattori cancerogeni rispetto al passato. Questa è anche la filosofia trasmessami dal compianto dottor Cesare Maltoni il quale veniva considerato un oncologo scomodo perché, se pure con un eccessivo allarmismo, cercava comunque di descrivere la realtà con obiettività. Egli fu il primo a sottolineare i rischi del benzene nella benzina verde, in cui di «verde» non c'è niente, poiché presenta fattori di rischio maggiori di quelli rappresentati dal piombo.

Sono tanti gli aspetti da approfondire attraverso dei monitoraggi del territorio, a seguito dei quali sarà possibile stabilire con certezza le percentuali di ozono, di anidride carbonica, di ossido di carbonio eccetera presenti e paragonare i dati ottenuti con quelli relativi alle sostanze che l'uomo assume consapevolmente fumando tabacco. In quest'ultimo caso l'aggravante è dovuta al calore prodotto dalla combustione del tabacco rispetto alla temperatura dell'aria che respiriamo. Il rischio aumenta nel caso del fumatore di pipa il quale presenta una maggiore precocità dell'insorgenza del tumore a livello orofaringeo rispetto a quella registrata per il tumore da parte del fumatore di sigarette, proprio per le alte temperature di combustione del tabacco all'interno della pipa stessa.

In risposta alla senatrice Bianconi, vorrei evidenziare come gli *screening* a nostro parere non siano in realtà datati; nella nostra zona lo *screening* mammografico è iniziato ormai da sei anni e si sono ottenuti già dei importanti risultati attraverso diagnosi precoci di tumori di piccolo diametro con linfonodi negativi.

Vogliamo altresì evidenziare che il corretto messaggio da trasmettere non consiste nell'invitare le donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni a sottoporsi ogni due anni a *screening*. All'età di 30 anni – e con la precocità dello sviluppo sessuale nelle ragazze, l'età dovrebbe essere anticipata – una donna deve controllarsi mensilmente il seno dopo il ciclo mestruale e ogni anno deve sottoporsi ad una visita. Compete allo specialista decidere l'effettuazione di un'ecografia o di una mammografia. Quest'ultima viene indicativamente segnalata quando la donna ha circa 40 anni: prima di quest'età la ghiandola mammaria non è leggibile dalla mammografia, che diventa invece uno strumento di rilevazione quando nella mammella si addensa più tessuto adiposo. I risultati nel nostro comprensorio evidenziano la necessità di una visita annuale e di un'integrazione del servizio mammografico. La crescita di unità di senologia su tutto il territorio nazionale richiede naturalmente impegno finanziario e di risorse umane. Occorre tenere presente che nelle zone montane o collinari vi è una riduzione del messaggio informativo. L'attività educativa sulla prevenzione deve svolgersi in *loco* ed è necessario aiutare le donne ad accedere all'ambula-

torio tramite la creazione di strutture locali, ove possa svolgersi esplicita un'attività pluridisciplinare. Il controllo al seno, in questo modo, può essere associato ad un controllo alla tiroide o a una visita a livello pelvico eccetera.

Bisogna investire in questo ambito. Affermare che è opportuno attendere il raggiungimento di 50 anni d'età per la mammografia e ripetere il controllo ogni due anni significa fornire un'informazione non corretta ove si abbia a cuore la salvaguardia della salute delle donne. Purtroppo dobbiamo segnalare come il professor Berrino, uno dei nostri consulenti esterni dell'Istituto tumori di Milano, ha effettuato uno studio a livello europeo ove si evidenzia l'aumento dell'incidenza della patologia tumorale nelle donne al di sotto dei 40 anni. Il dottor Sosti, senologo dell'Associazione, può confermare il dato, visto che anche noi abbiamo registrato un aumento di tumori nelle donne più giovani.

SOSTI. Si sta effettivamente riducendo l'età di incidenza. Riscontriamo più tumori intorno ai 40 anni rispetto al passato. Bisogna perciò promuovere controlli mirati e standardizzati.

MARONGIU. Ribadisco che altri agenti patogeni garantiscono gli stessi promotori chimici del fumo. Sottolineo che una alimentazione sbagliata o l'assunzione di cibi prodotti in filiere non corrette impediscono di assicurare all'organismo sostanze antipromotrici. Basti pensare alla filiera che ci garantisce carne tutti i giorni: ogni tanto scopriamo che si tratta di animali sviluppati con estrogeni. Molti tumori dipendono da un aumento degli estrogeni: nelle donne colpiscono la mammella, negli uomini la prostata.

BOLDI (LP). La maggiore incidenza delle patologie tumorali nelle donne più giovani può essere dovuta ad un aumento della ricerca e dell'attività diagnostica rispetto al passato?

SOSTI. Al momento è difficile dare un risposta. L'attenzione e la predisposizione a sottoporsi ad esami è sicuramente maggiore rispetto al passato, specialmente nelle nostre regioni ove esiste una sensibilità molto alta a questo problema. I tumori alla mammella sono però oggettivamente in aumento.

BOLDI (LP). Sono d'accordo con il dottor Marongiu: gli inceneritori o termovalorizzatori rappresentano per le nostre comunità un problema. È anche vero però che in Italia si producono annualmente 459 chilogrammi di immondizia *pro capite*. Le discariche sono chiaramente dannose quanto gli inceneritori. La raccolta differenziata, anche se portata al 60 per cento, lascia non smaltito un 40 per cento di rifiuti: cosa ne facciamo di questo residuo?

MARONGIU. Si potrebbe seguire la strategia adottata dall'Olanda dove, con l'ausilio della tecnologia italiana, i vecchi inceneritori sono stati sostituiti con inceneritori al plasma.

BOLDI (LP). Il problema allora non è demonizzare l'inceneritore bensì trovare una tecnologia che ci permetta senza danno di smaltire quel 40 per cento che residua dopo aver spinto al massimo la raccolta differenziata.

MARONGIU. Cerchiamo da anni di far capire che nel nostro comprensorio agroalimentare, con la raccolta differenziata ragionata, possiamo diventare produttori di ottimo *compost*, anziché importarlo dalla Germania. Le risorse ricavate dal *compost* possono essere investite nella realizzazione di un inceneritore al plasma, che uno in tutta la Romagna è più che sufficiente. Nella nostra Romagna, in ogni caso, abbiamo già circa dieci inceneritori tradizionali.

BOLDI (LP). Stante la legge Ronchi, che peraltro condivido assolutamente perché le comunità devono essere responsabilizzate anche rispetto allo smaltimento dei rifiuti, occorre trovare una soluzione reale, senza limitarsi alla protesta come è successo ad Aversa.

MARONGIU. Bisogna creare una nuova coscienza.

PRESIDENTE. Il dottor Marongiu, citando il professor Cesare Maltoni, mi ha dato l'occasione di ricordarlo e di lasciare traccia di questo ricordo negli atti parlamentari. Il professor Maltoni era un oncologo e epidemiologo bolognese, studioso appassionato della materia, promotore di molte iniziative; ne ricordo una, di cui ho una conoscenza diretta proprio per il ruolo che ricoprivo negli anni Novanta, e cioè la creazione del Registro dei tumori di Urbino, successivamente esteso a tutta la provincia.

Saluto e ringrazio i nostri ospiti per il loro contributo, dichiaro conclusa l'audizione e rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva in titolo ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 15,10.

SENATO DELLA REPUBBLICA

XIV LEGISLATURA

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

INDAGINE CONOSCITIVA
SULLE INIZIATIVE DI PREVENZIONE DEL
TABAGISMO E DEL TUMORE AL SENO IN ITALIA

5° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 3 NOVEMBRE 2004

Presidenza del vice presidente MASCIONI

INDICE

Audizioni di persone esperte su tematiche attinenti alla materia in esame

* PRESIDENTE	Pag. 125, 147, 148 e <i>passim</i>	* MELLINI	Pag. 130, 144
* BIANCONI (FI)	141	* MERZAGORA	125, 145
BOLDI (LP)	140, 147, 148	* SCIANDRA	138, 141, 147
FASOLINO (FI)	143	* TEODORI	132
* LONGHI (DS-U)	143	* VILLANOVA	135, 147
SALZANO (UDC)	142, 148		
* TATÒ (AN)	142		
TREDESE (FI)	141		

N.B. Gli interventi contrassegnati con l'asterisco sono stati rivisti dall'oratore.

Sigle dei Gruppi parlamentari: Alleanza Nazionale: AN; Democratici di Sinistra-l'Ulivo: DS-U; Forza Italia: FI; Lega Padana: LP; Margherita-DL-l'Ulivo: Mar-DL-U; Per le Autonomie: Aut; Unione Democristiana e di Centro: UDC; Verdi-l'Ulivo: Verdi-U; Misto: Misto; Misto-Comunisti Italiani: Misto-Com; Misto-Lega per l'Autonomia lombarda: Misto-LAL; Misto-Libertà e giustizia per l'Ulivo: Misto-LGU; Misto-MSI-Fiamma Tricolore: Misto-MSI-Fiamma; Misto-Nuovo PSI: Misto-NPSI; Misto-Partito Repubblicano Italiano: Misto-PRI; Misto-Rifondazione Comunista: Misto-RC; Misto-Socialisti democratici Italiani-SDI: Misto-SDI; Misto Popolari-Udeur: Misto-Pop-Udeur.

Intervengono in rappresentanza dell'Associazione «Europa Donna», Francesca Merzagora, presidente; per il Comitato «Le donne scelgono», Lalla Mellini, presidente; per l'Associazione Amici della IOM (Istituto Oncologico Marchigiano), Ludovica Teodori, presidente; per la Lega italiana per la lotta contro i tumori, Maria Teresa Villanova, responsabile del coordinamento della Sezione Veneto; per l'Associazione «Progetto luna» di Caltanissetta, Ersilia Sciandra, presidente.

I lavori hanno inizio alle ore 14,05.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizioni di persone esperte su tematiche attinenti alla materia in esame

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sulle iniziative di prevenzione del tabagismo e del tumore al seno in Italia, sospesa nella seduta dello scorso 27 ottobre.

È oggi in programma l'audizione della presidente dell'Associazione «Europa Donna», Francesca Merzagora; del presidente del Comitato «Le donne scelgono», Lalla Mellini; della presidente dell'Associazione Amici della IOM (Istituto Oncologico Marchigiano), Ludovica Teodori; della responsabile del coordinamento della Sezione Veneto per la Lega italiana per la lotta contro i tumori, Maria Teresa Villanova; del presidente dell'Associazione «Progetto luna» di Caltanissetta, Ersilia Sciandra.

Saluto e ringrazio i nostri ospiti per la disponibilità mostrata accogliendo il nostro invito.

Cedo quindi la parola alla dottoressa Merzagora.

MERZAGORA. Saluto e ringrazio il presidente Tomassini, la senatrice Bianconi e la Commissione per aver offerto l'opportunità di intervenire in questa sede alle donne che sono parte attiva nella lotta contro il tumore al seno.

Sono con me presenti le rappresentanti di quattro associazioni che operano sul territorio e che vi illustreranno le problematiche locali con riferimento al tumore del seno. Cercherò di fare una panoramica generale sull'azione portata avanti dal movimento d'opinione che rappresento, che è nato nel 1991, per volontà del professor Umberto Veronesi, per colmare il divario esistente tra lo sviluppo della ricerca e la consapevolezza delle donne del proprio ruolo nella lotta al tumore del seno.

«Europa Donna», movimento d'opinione presente in 34 Paesi, rappresenta un punto di riferimento importante per utenti, pazienti, ricercatori, medici, amministratori e politici. Come dicevo, l'associazione è nata nel

1991; nel 1996 è diventata realtà la parte italiana, poi trasformata in ON-LUS; nel 2000 è stato avviato istituzionalmente un rapporto con tutte le parlamentari della Repubblica che ha dato luogo a «Europa Donna Parlamento».

Dieci sono gli obiettivi che hanno dato origine a questo movimento d'opinione nato con l'idea, tuttora persistente, di creare una *lobby* di pressione a livello del Parlamento europeo e dei Parlamenti nazionali, per mantenere alta l'attenzione nei confronti del tumore della mammella.

«Europa Donna» si ispira alla statunitense National Breast Cancer Coalition che, attraverso le sue iniziative, è riuscita a spostare ingenti risorse, un tempo destinate agli armamenti, a favore della ricerca sul cancro. L'idea che ha guidato il fondatore dell'Associazione, e che abbiamo poi fatto nostra, è mantenere un'elevata soglia di attenzione su questa malattia, che costituisce la prima causa di morte nella popolazione femminile tra i 35 e i 69 anni.

Gli obiettivi che ci siamo prefissati sono condivisi nei 35 Paesi in cui l'associazione è presente e il nome «Europa Donna» è il segno di riconoscimento della sua origine italiana.

La nostra azione spazia dalla sensibilizzazione, all'informazione, alla formazione e, soprattutto, all'attività di *lobby*. I nostri interlocutori di riferimento sono le donne appartenenti alla fascia di età dove il rischio di contrarre la malattia è più elevato. Tale fascia andrebbe però ampliata nella consapevolezza che, con il prolungarsi della vita media della popolazione femminile, corrisponde un aumento delle probabilità di ammalarsi e quindi la necessità di estendere i controlli e i monitoraggi anche alle donne sopra i 70 anni. Anche le giovani donne sono da tenere sotto osservazione poiché molte di esse si ammalano precocemente. Oltre alle pazienti, altri nostri interlocutori sono le Istituzioni (vale a dire Parlamento, Governo, Regioni, ASL) e il mondo medico e scientifico attraverso le associazioni di medici, le aziende ospedaliere e gli istituti di ricerca.

Nell'ambito della sua attività di sensibilizzazione «Europa Donna» ha realizzato un'importante campagna di comunicazione «Può una campagna promuovere una giusta causa? Sì, se è una causa socialmente utile». Uno dei nostri principali obiettivi è proprio quello di promuovere la diagnosi precoce nella convinzione che essa costituisca un'arma importantissima per le donne per affrontare e sconfiggere la malattia. Detta campagna è stata realizzata dalla agenzia Lowe Pirella, ha ottenuto il patrocinio di «Pubblicità Progresso» ed è stata trasmessa sulle reti RAI e Mediaset.

I nostri abituali strumenti di sensibilizzazione delle donne sul territorio sono una *newsletter*, un sito Internet e un concorso letterario che consente a tutti coloro, che hanno approcciato sia direttamente sia indirettamente l'esperienza del tumore del seno, di esprimere le proprie emozioni, nella convinzione che lo scrivere aiuti a liberarsi dalle sofferenze interiori.

Consideriamo assai interessante il collegamento con il mondo medico che è di recente attivazione e che nasce dalla consapevolezza, condivisa anche in ambito scientifico, della grande importanza di ascoltare le donne in quanto *partner* nella lotta al tumore del seno. In tal senso abbiamo rea-

lizzato un opuscolo intitolato «Mammografia: fatti le idee chiare», in collaborazione con la Società italiana di radiologia medica (SIRM). L'obiettivo è offrire a tutte le donne, che hanno un contatto con un centro di diagnosi precoce, uno strumento che consenta loro di scegliere e capire se si sono rivolte alla struttura giusta.

La pubblicazione intitolata «La ricostruzione del seno» è un altro strumento realizzato per essere offerto alle donne, che purtroppo hanno vissuto l'esperienza del tumore del seno. Si tratta di una guida, breve e di facile consultazione, di ausilio nella scelta di un'eventuale ricostruzione del seno, problematica, ad avviso della nostra Associazione, importante perché afferente alla qualità della vita. Purtroppo, questo tipo di intervento è patrimonio solo di poche e vi è una grave disparità tra il Nord e il Sud del Paese. Dai dati dell'Agenzia per i Servizi sanitari regionali risulta che solo il 10 per cento delle donne operate si sottopongono alla ricostruzione del seno e soltanto nel 19,5 per cento dei casi l'intervento ha luogo contestualmente alla mastectomia. Il dato è sconcertante soprattutto se si considera il notevole supporto psicologico che una ricostruzione contestuale offre alla donna.

Del resto, non è solo in questo ambito che si riscontrano i gravi problemi, che vi verranno poi segnalati più approfonditamente a livello locale dalle colleghe che interverranno successivamente.

Di fatto, il nostro è un Paese strano al punto che nella lotta al tumore del seno si può parlare di due realtà italiane distinte. Negli anni Settanta, grazie all'impegno del professor Veronesi, l'Italia ha propugnato l'intervento conservativo, eliminando la mastectomia a favore della quadrectomia. Siamo stati ancora una volta tra i primi a preservare i linfonodi ascellari nei casi in cui, attraverso l'analisi del linfonodo sentinella, il primo della catena risulti negativo, così evitando gonfiore al braccio e tutte le altre conseguenze dirette che la donna subisce dopo l'operazione.

Nonostante ciò, solo il 50 per cento delle donne subisce un intervento non mutilante. In alcune Regioni italiane, ad esempio la Calabria, la mastectomia è regola, a fronte del 10 per cento della realtà parigina o di Boston. Le ragioni di queste differenze, che devono far riflettere, sono molteplici e vanno dalle diagnosi non sempre precoci, soprattutto al Sud, alla distanza dai centri di radioterapia, che di sovente induce la donna a optare per un intervento mutilante, piuttosto che percorrere chilometri per sottoporsi alle radiazioni. A ciò si aggiungono la limitata preparazione e la scarsa sensibilità di alcuni medici.

Dalla consapevolezza di queste carenze nasce l'ipotesi della specializzazione in senologia, lanciata dal professor Veronesi durante l'ultima Conferenza stampa di «Europa Donna Parlamento». Tale specializzazione si basa su un approccio multidisciplinare competente che tiene conto dell'incredibile rivoluzione che sta interessando il settore delle scienze biomediche che, negli ultimi anni, ha registrato un'enorme accelerazione, proiettandoci nell'era della medicina molecolare. La genetica ha consentito di studiare e ottenere risultati in un settore come quello del genoma umano ben al di là delle più avanzate aspettative. Ciò prefigura, a livello

di diagnosi e cura, nuove opportunità che dobbiamo saper cogliere anche attraverso personale medico adeguatamente preparato.

Sempre in tema di ricostruzione del seno, segnalò la forte azione di sensibilizzazione svolta dalla nostra associazione in Lombardia e sfociata nell'approvazione della proposta avanzata dall'assessore alla sanità regionale, dottor Borsani, di incrementare di 1000 euro il contributo per ogni intervento di ricostruzione contestuale, onde garantire la presenza del chirurgo plastico nell'*équipe* chirurgica. Auspicheremmo che tale iniziativa fosse estesa anche alle altre Regioni.

Un'altra proposta che vede il coinvolgimento del mondo medico è la creazione della Carta degli utenti, che prevede una collaborazione tra «Europa Donna» e oncologi, radiologi, radioterapisti, ginecologi, medici di medicina generale e psicologi al fine di individuare linee guida territoriali e definire prestazioni e servizi sanitari per diagnosi e cura dei tumori, che tengano conto delle differenti realtà locali e delle disponibilità umane ed economiche.

Di fatto, nel corso degli anni, le associazioni legate a «Europa Donna», attraverso il contatto con le realtà locali, si sono rese conto delle carenze strutturali dei problemi di natura psicologica che investono la donna. La collaborazione tra medici e donne dovrebbe portare alla soluzione di questi problemi e alla formulazione di linee guida rivolte ai responsabili della sanità regionale e delle aziende ospedaliere.

«Europa Donna» organizza dei corsi di formazione, essi sono rivolti alle associazioni iscritte a «Europa Donna» e hanno l'obiettivo di aumentare consapevolezza e l'autorevolezza non solo delle donne che hanno avuto una diagnosi di tumore, ma anche di chi è in contatto con loro attraverso l'educazione sanitaria e l'informazione.

Ma è nella *lobby* che «Europa Donna» ha ottenuto i principali risultati, grazie alla sensibilità riscontrata indistintamente nelle donne di tutti gli schieramenti politici, in questi nove anni di mia esperienza nell'Associazione, «Europa Donna» molto è stato fatto. L'obiettivo è un maggior coinvolgimento delle forze politiche a livello centrale e regionale sulla base di criteri di trasversalità.

Nella scorsa legislatura l'onorevole Angela Napoli e la senatrice Annamaria Bernasconi hanno svolto attività di coordinamento, in questa legislatura i nostri referenti sono la senatrice Laura Bianconi e l'onorevole Marida Bolognesi.

Dal 2000 organizziamo a Roma una Conferenza stampa annuale di «Europa Donna Parlamento» per confrontarci e verificare il raggiungimento degli obiettivi posti l'anno precedente e per migliorare tutti gli strumenti necessari alla lotta al tumore della mammella. Tutti gli anni organizziamo due o tre incontri aperti alla popolazione, patrocinati e promossi dalle varie parlamentari nel proprio collegio. Molte sono le Regioni coinvolte. È un momento importantissimo di incontro con istituzioni locali, clinici e associazioni. Siamo tornati di recente in Sicilia e ci siamo resi conto di quanto sia difficile parlare di tumore del seno in alcune realtà

e di come sia diverso abitare a Roma o Milano, rispetto ad altre aree più dislocate.

I risultati conseguiti da «Europa Donna Parlamento» in questi quasi nove anni di attività sono molteplici. Innanzi tutto vi è la revisione della legge per la fornitura della protesi mammaria esterna: oggi, per l'erogazione del presidio basta presentare la cartella clinica, prima occorre la dichiarazione di invalidità civile e un *iter* burocratico pesantissimo per una donna che aveva già subito un trauma. Abbiamo poi ottenuto l'abolizione del *ticket* per la mammografia ogni due anni tra i 45 e i 69 anni e la gratuità degli esami di secondo livello. Sono stati stanziati fondi per i centri di radioterapia al Sud. Si è fatta pressione per la modifica del DRG relativo alla ricostruzione mammaria immediata dopo l'intervento chirurgico e la Regione Lombardia si è già mossa.

Ma la conquista più importante è stata l'approvazione in Parlamento delle mozioni n. 164 al Senato e n. 260 alla Camera. Nel giugno 2003 il Parlamento europeo, per la prima volta in una materia specifica quale il tumore del seno, ha approvato all'unanimità una risoluzione che impegna tutti gli Stati membri a fare della lotta al tumore del seno una priorità nella propria politica sanitaria. Attraverso l'intensificazione dei programmi di *screening*, il miglioramento delle cure e dei trattamenti, ci si prefigge l'obiettivo di ridurre non solo la mortalità per tumore della mammella entro il 2008 del 25 per cento ma soprattutto la disparità nel tasso di sopravvivenza tra Stati membri al 5 per cento; attualmente tale percentuale è del 16 per cento in dipendenza delle diverse possibilità di accesso alla diagnosi e alla cura nelle varie realtà europee.

Detta risoluzione è stata presa a cuore dalla senatrice Laura Bianconi e dall'onorevole Marida Bolognese lo scorso anno nel corso dell'incontro di «Europa Donna Parlamento». Entrambe si sono impegnate nei rispettivi rami del Parlamento e sono riuscite a far approvare le due mozioni che ho poc'anzi citato e su cui non mi soffermo perché a voi credo già note.

L'approvazione delle due mozioni ha portato il Governo ad un impegno concreto. Con il Ministero delle pari opportunità stiamo realizzando un DVD sulla diagnosi precoce del tumore del seno. Detto strumento – che sarà realizzato in un milione di copie e diffuso attraverso i principali settimanali femminili – vuole essere non solo di ausilio alla promozione della diagnosi precoce ma anche di conoscenza del proprio seno: uno strumento che non spaventi ma aiuti le donne a prendere coscienza di sé.

Un altro passo avanti è dato dal lavoro svolto con il Ministero del *welfare* e segnatamente con la senatrice Sestini. Circa 151.000 sono oggi le donne che convivono con una diagnosi di tumore della mammella. Sempre più donne lavorano e molti sono i problemi sul posto di lavoro dopo l'intervento al seno. Si lamenta innanzi tutto l'assoluta mancanza di informazione sui diritti e doveri delle donne operate di tumore del seno rientrate nel posto di lavoro. Ciò dipende dal fatto che non esiste una legislazione *ad hoc* per le donne operate di tumore del seno e la materia è regolata, nella maggior parte dei casi, da contratti collettivi, con conseguenti gravi disparità di trattamento. Spesso le donne che si lamen-

tano con «Europa Donna» segnalano al rientro nel posto di lavoro, nei casi meno gravi, il demansionamento, a volte addirittura il licenziamento; in altri termini, non usufruiscono della benché minima tutela. Di qui la necessità di pubblicare un opuscolo contenente i riferimenti legislativi relativi alla tutela della donna in ambito lavorativo dopo il tumore del seno.

L'iniziativa del Ministero del *welfare* si collega a un'altra iniziativa che si svolgerà a Milano il 29 novembre, un incontro promosso in collaborazione con la RAI sulla responsabilità sociale d'impresa. Il titolo dell'incontro sarà: «La comunicazione sulla salute della donna: un'opportunità di impegno sociale per le imprese». «Europa Donna» da anni si impegna con campagne di sensibilizzazione. Tutta la tematica della *corporate social responsibility* è ormai oggetto di dibattito aperto nel mondo delle imprese; cambia la mentalità di molte aziende che si mostrano più sensibili non solo alla produzione della ricchezza ma anche alla salvaguardia dei valori sociali. La necessità di attenzione nei confronti della salute delle donne, come portatrici di interessi nelle aziende e nella società richiede un approccio innovativo che coinvolge tutte le parti in causa.

Un altro tipo di apporto è quello attuato attraverso questa Commissione igiene e sanità. Siamo molto contenti che sia partita quest'indagine che speriamo consenta, alla fine, di delineare il quadro della situazione senologica italiana.

Sicuramente le donne si sono rese conto dell'incredibile sviluppo della scienza in questi ultimi trent'anni, sviluppo peraltro a volte sorpassato dall'evoluzione delle tecnologie. Occorre avviare una riflessione etica su questa problematica. Siamo contente e preoccupate di quello che è successo. Vorremmo che i risultati della ricerca scientifica fossero presto alla portata di tutte le donne italiane ed europee. A tal fine è necessario il coinvolgimento di tutte le donne in una campagna massiccia sulla diagnosi precoce che sappiamo essere la migliore arma per combattere il tumore del seno.

In secondo luogo ci auguriamo che movimenti di opinione come «Europa Donna», che hanno la forza di coinvolgere le masse, siano sempre più attivi per far sì che il legislatore attui strumenti in grado di aiutare le donne nella lotta al tumore del seno e che i risultati della ricerca si trasformino in pratica clinica accessibile a tutti.

MELLINI. La situazione del Lazio risente di tutti i problemi esistenti a livello nazionale. Ad essi si vanno ad aggiungere – come abitualmente accade – i problemi che derivano sul piano sociale e soprattutto sanitario dal ruolo accentratore e preminente di Roma. Ciò giustifica il fatto che non si possa parlare di una sola realtà del Lazio, ma sia necessario diversificare tra Roma e la situazione, assai differente, delle altre quattro Province. Con ciò non intendo dire che a Roma la situazione sia più chiara, ma semplicemente sottolineare come essa proponga una realtà più complessa ed estesa. Dal punto di vista sanitario, oltre a raccogliere tutte le richieste del circondario, Roma è anche meta di una forte emigrazione dalle Regioni meridionali. Ciò significa che anche i dati epidemiologici

in nostro possesso sono quasi sempre «malati», ossia non rispecchiano la realtà del Lazio, ma vanno letti tenendo conto della forte emigrazione, cui facevo riferimento, proveniente non solo dalle altre Province laziali (che definirei «orfane» rispetto a quanto succede nella capitale) ma anche dal Meridione.

Nel Lazio, come del resto nella maggior parte delle altre Regioni, non è stata data ancora piena attuazione al decreto ministeriale del 1996 di accoglimento della raccomandazione della Commissione oncologica nazionale. Il primo importante passaggio del percorso è rappresentato da una diagnosi tempestiva e precoce della malattia, cui si ricollegano gli altri passaggi costituiti dalle terapie, sulle quali non intendo soffermarmi per non complicare ulteriormente il discorso.

Detto decreto, accogliendo i suggerimenti della Commissione nazionale oncologica, prevedeva l'attuazione di una serie di provvedimenti, tra cui in primo luogo quello relativo alla diffusione e all'organizzazione degli *screening* mammografici (interventi di sanità pubblica «gratuiti», che in realtà tali non sono, visto che a pagare è la collettività) rivolti, almeno fino ai nostri tempi, salvo qualche eccezione tentata a Roma negli anni 1994-1995, alle donne tra i 50 e i 69 anni di età per le quali tale indagine è considerata quella razionalmente ed economicamente più efficace. In altri termini, si considerava più facile ed economico individuare i tumori in questa fascia di donne piuttosto che tra quelle più anziane o più giovani; nel primo caso perché lo si considerava inutile vista l'età avanzata, nel secondo perché la mammografia ogni due anni non sembrava efficiente.

Per la diagnosi precoce il disordine nell'offerta di prestazioni è continuato nel tempo. Al tale proposito effettuai un censimento delle strutture sanitarie del Lazio per conto della Consulta regionale femminile nel 1994. Da allora la situazione non è cambiata; sembrava si fossero fatti piccoli passi avanti grazie all'impegno assunto dalle donne e da alcuni soggetti istituzionali sul piano del miglioramento dei servizi per renderli quanto meno accettabili, visto che in certi periodi, prima di effettuare un'analisi del genere, trascorrevano mesi.

L'inserimento degli *screening* con la delibera regionale del luglio 1997 è avvenuto senza alcun tipo di preparazione, informazione e coinvolgimento della popolazione femminile ma è stato accettato dalla maggior parte delle strutture sanitarie solo in virtù della grande quantità di risorse finanziarie circolanti in assenza di una analisi dell'esistente: quella che ho definito «una coperta di seta su un letto sfatto». In altri termini, non si sono ottenuti i risultati raccomandati dagli *screening* e si è avuto in più un arretramento in termini di prestazioni relative alle diagnosi precoci su richiesta delle donne non sintomatiche fuori dalla fascia di età raccomandata. Non a caso, rispetto alle prenotazioni i tempi di effettuazione degli esami oggi sono simili a quelli lamentati prima dell'inserimento degli *screening*.

Anche se nel Lazio la situazione è appesantita dalla disomogeneità esistente tra Roma e le altre Province, quanto indicato non vale solo per questa Regione ma anche per altre realtà regionali. Diventa, dunque,

indispensabile individuare e riprodurre modelli che possano aiutare a risolvere queste problematiche. Peraltro, si tratta di modelli già in nostro possesso. Senza dubbio la Commissione ha già visitato alcuni centri di eccellenza a Padova e a Bari. In tale ambito sarebbe importante riunire tutte le risorse umane ed economiche per offrire a tutte le donne – al di là degli *screening* – la possibilità di ottenere diagnosi precoci e tempestive, indipendentemente dall'appartenenza o meno a una determinata fascia d'età. Benché per tanto tempo si sia sostenuto che il tumore del seno colpisce maggiormente le donne tra i 59 e i 69 anni, si è oggi riscontrato come ciò non corrisponda al vero; si rileva anzi un'anticipazione in termini di età nell'insorgenza del cancro al seno, forse solo perché si è in possesso degli strumenti in grado di individuare tempestivamente la malattia. In tal senso le donne, se avessero la possibilità di scegliere, adotterebbero pienamente il modello applicato dal professor Di Maggio a Padova, perché rispondente non solo ai criteri previsti dallo *screening*, ma anche alle richieste delle donne appartenenti a fasce di età diverse da quelle negli stessi previste.

Concludo, significando la necessità di un riordino delle strutture onde evitare il rischio di realizzare interventi avulsi dal problema inteso nella sua complessità. Quindi, oltre alle problematiche prima evidenziate va tenuta presente anche la necessità di garantire la qualità dei servizi e il relativo controllo. Basti pensare che già nel 1994 a Roma vi erano più mammografi di quanti ne servissero, ma si trattava di apparecchiature obsolete e scarsamente utilizzate: non è così che si realizza una diagnosi precoce! Dopo il 1996 la situazione è addirittura peggiorata a seguito di un'ingente disponibilità di risorse finanziarie la cui finalizzazione era ignota.

Mi fermo qui. Se la Commissione fosse interessata potrei mettere a disposizione una piccola relazione redatta sulla base di un *dossier* da me predisposto e un documento, stilato da una collega, che fa riferimento alla situazione della Regione Campania.

TEODORI. L'associazione che qui rappresento è impegnata su due fronti. Essa è nata nel 1996 e ha avviato un progetto di assistenza domiciliare gratuita per malati oncologici. Nel 1998, sulla base delle istanze in tal senso manifestate da numerose donne, abbiamo presentato il «Progetto Pentesilea», finanziato dalla Presidenza del Consiglio dei ministri – Dipartimento affari sociali, un progetto innovativo di recupero psicofisico delle donne operate al seno.

Fornirò di seguito alcuni dati. Riguardo alla 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 dell'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 per cento della popolazione bersaglio.

In proposito si osserva che le donne invitate non rappresentano ancora la totalità di quelle nell'indicata fascia di età e che, in termini di par-

tecipazione, non si è ancora raggiunto l'obiettivo prefissato (dai dati 2002, riportati nell'allegato «A», risulta una copertura del 35 per cento).

Si esprimono pertanto le seguenti considerazioni. 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 del medico di famiglia). Peraltro, gli esami clinici del medico di famiglia si rivelano fondamentali nell'intervallo (biennio) tra un accertamento radiologico e l'altro.

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 l'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. Naturalmente, questo progetto che abbiamo presentato comporta dei costi.

In tema di prevenzione si segnalano inoltre i tempi di attesa eccessivamente lunghi (dell'ordine di mesi) per l'effettuazione di mammografie e degli altri necessari accertamenti (ecografia, ago aspirato).

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. Le ragazze si presentavano, l'esperto d'arte parlava delle opere messe a disposizione dalla Pinacoteca; nel contempo, il medico di medicina generale svolgeva attività di prevenzione. Abbiamo distribuito molto materiale.

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, successiva-

mente, che sia illustrato il tipo di intervento chirurgico al quale sarà sottoposta. È 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*», che ho riportato nell'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 della figura dello psicologo. Ancora molto spesso la paziente è sostanzialmente abbandonata a se stessa, riceve indicazioni a volte contrastanti dai medici ai quali si rivolge (medico di famiglia, chirurgo, oncologo), spesso si sottopone ad accertamenti non necessari; 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 ad ottimizzare le risorse. Molte donne non sanno, ad esempio, dove è possibile intraprendere questo percorso, dove possono essere accompagnate.

È pure necessario svolgere un'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 ad 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. 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.

Sotto l'aspetto chirurgico la situazione delle 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 con-

troli strettamente necessari (vanno assolutamente evitati inutili *stress* e sprechi) e provveda, direttamente e senza impegnativa, alle prenotazioni.

Nelle Marche i 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 linfodrenaggio 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, sulla 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 finanziario per protesi, parrucche, eccetera.

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.

In conclusione, esprimo 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.

VILLANOVA. Molto è stato già detto dalle colleghe che mi hanno preceduta, quindi la mia esposizione sarà molto sintetica.

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 assieme al Sistema sanitario, alle associazioni di volontariato, alle donne e con le donne, esperienza questa molto sentita nel Veneto anche in termini operativi. Una battaglia da vincere assieme soprattutto attraverso una corretta e capillare cultura della prevenzione oncologica primaria e secondaria.

Questo è uno degli obiettivi di «Europa Donna» che rientra però anche nei compiti prioritari della Lega italiana per la lotta contro i tumori (LILT), che lavora su tutto il territorio nazionale e che, attraverso i suoi 378 ambulatori, eroga 400.000 controlli diagnostici annuali. Di questi 378 ambulatori nazionali, 363 effettuano diagnosi precoce del tumore al

seno, mammografie ed ecografie. Si tratta di un tema molto sentito sin dall'inizio della vita della nostra Associazione.

Per la lotta al tumore al seno occorrono campagne promozionali da condurre in collaborazione con le Istituzioni per far comprendere alla popolazione femminile l'importanza della diagnosi precoce, unica arma sicura per avere interventi meno demolitivi, cure meno aggressive e buona qualità di vita per la donna operata alla mammella. Soprattutto, è necessario garantire la formazione del personale medico, sia di quello che opera presso le strutture della LILT, sia dei medici di base e in genere di quelli che vengono a contatto con le donne.

Ciò costituisce ovviamente un impegno notevole portato avanti sul territorio da numerosi centri di servizio distribuiti, anche se con qualche disuguaglianza, tra Nord, Centro e Sud.

Su 183 ambulatori che effettuano visite senologiche 100 sono nel Nord del Paese, 20 nel Centro e 63 nel Sud. È possibile fornire una duplice lettura di questo dato che invita a riflettere. Da un lato emerge che dove le strutture sono più numerose si continua ad erogare un maggior numero di servizi, dall'altro, nel Sud il volontariato, iniziato in ritardo, ha dato però risposte in tempi più rapidi.

Abbiamo centri di mammografie che lavorano a tempo pieno (28 nel Nord, 9 nel Sud e 3 nel Centro), centri di ecografia mammaria e centri in cui viene effettuato l'ago aspirato; in tal modo si garantisce il percorso di primo e di secondo livello.

I nostri ambulatori si avvalgono di personale medico specializzato – che la stessa LILT provvede a preparare – che eroga prestazioni nei capoluoghi di Provincia, ma anche nelle delegazioni periferiche, sopperendo in questo ambito alla carenze del Sistema sanitario, dove la diagnosi precoce è sofferente, gli accessi difficili e le liste d'attesa esasperanti. Ma si tratta di problematiche già più volte richiamate. I nostri centri accolgono le richieste delle donne tra i 40 e i 50 anni escluse dallo *screening*, laddove lo stesso è già consolidato (in Veneto la sanità funziona sufficientemente bene) e raggiungono, grazie alle unità mobili della LILT, le donne che risiedono nelle zone di montagna, dove le informazioni e la cultura della prevenzione sono scarsamente diffuse.

Mi soffermerò ora sui dati relativi alla sezione della LILT di Vicenza, una Provincia relativamente piccola nella quale però lo scorso anno sono state erogate 1.893 visite senologiche, 2.581 mammografie, oltre a ecografie mammarie, analisi del secreto mammario e via di seguito.

Ci interessa però sapere, quando la diagnosi conferma la presenza del tumore, cosa succede alla donna e soprattutto chi fornisce risposte alle sue richieste. Per non sentirsi sola la donna deve essere accolta e informata, deve capire quale sia il cammino che ha di fronte e condividere l'*iter* doloroso che sta affrontando con qualcuno in grado di supportarle. Si tratta di un momento di grande tensione psicologica perché il tempo dedicato dal medico e dall'*équipe* è sempre troppo poco e la donna non è in grado di usarlo bene, dovendo assorbire il colpo ricevuto. In questo ambito gioca un ruolo di rilievo il volontariato. In tal senso la combinazione pubblico-

volontariato funziona con efficacia, come dimostra la notevole valenza emotiva della presenza delle nostre fiduciarie presso il letto delle donne operate. La stessa possibilità di ricostruzione contestuale del seno, già contemplata da alcuni DRG del Veneto e della Lombardia, non viene accolta dalla donna come motivo di serenità ma diventa ragione di ulteriore angoscia.

Sono questi i problemi cui vuole dare risposta la LILT in piena condivisione con gli obiettivi di «Europa Donna».

Se ascoltiamo le implicite richieste di aiuto delle donne operate al seno attraverso gli *slogan* che danno nome alle loro associazioni («Voglia di vivere», «Donna serena», «Donna come prima», «Progetto Luna»), ci accorgiamo che si tratta di richieste di aiuto specifico che riguardano il «dopo».

La Lega italiana per la lotta contro i tumori come in tutta Italia in Veneto cerca di fornire risposte a queste richieste attraverso centri che offrono cicli di pressoterapia e di linfodrenaggio, di assistenza psicologica individuale, talvolta familiare – visto che la coppia attraversa inevitabilmente momenti di crisi – con sedute individuali e di Gruppo. Quando il problema è in parte già risolto, si offrono corsi di ginnastica dolce e palestra.

Nella piccola realtà di Treviso non viene prestata molta attività di prevenzione; gli *screening* sono già avviati e le attese dell'esame clinico sono sopportabili. Si effettuano però visite senologiche. Annualmente per 503 donne che si ammalano di tumore al seno la nostra sezione offre 2.500 ore di attività di riabilitazione fisioterapica e di linfodrenaggio (in parte in convenzione con qualche ASL), 200 ore di ginnastica dolce e ben 2.000 ore di attività di consulenza psicologica. Dunque, il problema è sentito e non può essere risolto solo dal volontariato, anche perché non sempre la donna è informata sull'erogazione di questi servizi. Ovviamente si rivolge alle associazioni chi ne conosce l'esistenza.

Questi bisogni 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 far recuperare alle donne la fiducia di una vita sana, con sane emozioni e soprattutto in accordo con il proprio corpo.

Le alleanze necessarie alla realizzazione di tutto ciò esistono e riguardano soprattutto la formazione professionale degli operatori sanitari; la LILT, infatti, è autorizzata alle attività formative nell'ambito del programma ECM (Educazione continua in medicina). Mi riferisco inoltre alla collaborazione con la Scuola italiana di senologia, con l'Istituto nazionale per lo studio e la cura dei tumori, e soprattutto ai corsi di aggiornamento di psiconcologia. Consideriamo fondamentale che gli operatori sanitari sappiano comunicare la diagnosi, capire il disagio emotivo della persona malata e dare una risposta adeguata. Mi fermo qui per consentire agli altri di intervenire.

SCIANDRA. Saluto i componenti di questa Commissione non perché li conosco personalmente, ma per quanto si è detto di voi e per come operate. Non sono una dottoressa ma la signora Ersilia Sciandra, presidente di «Progetto Luna», che è un'associazione che ho fondato per un'esigenza personale: avere contratto un cancro al seno. Al di là dello spavento e del trauma, era per me determinante rimanere nella sede di appartenenza, nella mia città. Ho conosciuto medici validi che mi hanno supportata al meglio. Quindi, ho voluto fare di questa mia esperienza un dono alle altre donne, mettendo in evidenza quello che esisteva nel territorio della mia città, Caltanissetta.

Molte donne di Caltanissetta sono vive grazie ai programmi di *screening* mammografico da dieci anni presenti nella nostra città. Nel lontano 1993 il professor Veronesi ha promosso un progetto pilota, coordinato dall'associazione AIRC, che coinvolgeva Caltanissetta, Torino, Modena e Firenze. Questo ha permesso di avere salva la vita a molte donne.

All'inizio eravamo uno o due donne che presentavano la stessa problematica e mettevamo in evidenza alla struttura ospedaliera quello che mancava. Ci siamo raggruppate, alla fine, in 14 e abbiamo pensato di etichettare queste nostre volontà e queste nostre azioni chiamando l'associazione «Progetto Luna». La luna è sinonimo di sogno e tutti noi volevamo sognare il raggiungimento degli obiettivi prefissi.

«Progetto luna» è nata con 14 soci fondatori e conta ad oggi 370 tesserati. Abbiamo pressioni da parte di Agrigento, Siracusa ed Enna per formare altre delegazioni. L'obiettivo principale che vogliamo raggiungere è dare la possibilità alle donne operate, che riscontrano una patologia tumorale al seno, di curarsi nella sede di appartenenza. Non è vero che siamo indietro rispetto alle altre Regioni: siamo meno abili nel mettere in evidenza quello che abbiamo.

Non è stata una presunzione formare l'associazione «Progetto Luna». Non abbiamo avuto aiuto da nessuno, anzi pensavamo di supportare noi gli altri. Abbiamo conosciuto per nostra fortuna «Europa Donna» che ci ha permesso di acquisire una valenza diversa, preparandoci con corsi formativi per persone non addette ai lavori, per metterci in condizione, al nostro rientro in Sicilia, di parlare alle nostre donne con termini ben precisi. A ridosso di questa nostra iniziativa a Caltanissetta, lo *screening* mammografico si è bloccato per divergenze tra la ASL e la struttura Ospedaliera Sant'Elia. Come promotrici dei controlli e della prevenzione abbiamo lottato per nove mesi e, alla fine, siamo riusciti a portare a termine la nostra azione con successo. È importante capire che gli *screening* mammografici programmati, se interrotti perché la donna a distanza di due anni non viene richiamata, sono inefficaci e non servono a nulla: sono solo soldi spesi male.

Non si tratta di una associazione che supporta solo l'ammalato; ma su richiesta dei medici seguiamo le donne prima nella fase di prevenzione e durante e dopo la malattia. Ci collochiamo inoltre tra paziente, medico e struttura. Spesso il medico non dà perché non riceve dalle strutture.

Per quello che ci proponevamo di realizzare è venuto a proposito l'incarico che «Europa Donna» ci ha dato come responsabili del Sud. Abbiamo monitorato tutta la Sicilia, tutti i 9 capoluoghi di Provincia. Ci siamo appoggiati a medici dedicati e ad associazioni ed è emersa una situazione estremamente critica. A Palermo «Progetto Primavera» è a Ragusa il «Progetto Oncoibla» è ancora presente ma abbraccia la sola città; a Catania solo in alcuni quartieri si fa attività di prevenzione. A Messina si è vista transitare un'unità mobile ritenuta da persone addette ai lavori non soddisfacente.

Dopo molte pressioni verso le istituzioni e azioni di sensibilizzazione verso la popolazione, abbiamo assistito alla ripresa del programma di *screening* mammografico, ma solo per la città di Caltanissetta. Abbiamo lottato con le unghie e con i denti affinché anche nei 22 comuni della provincia si facesse prevenzione. Oggi il traguardo è stato raggiunto.

Sarebbe bello estendere agli altri quello che l'associazione Progetto Luna riesce a fare per la sua città. A questo proposito i Gruppi di Riferimento Regionale (G.R.R.), promossi da Europa Donna, Europa Donna Parlamento, permetteranno di fare pressioni a livello regionale e certamente porteranno alla realizzazione dei nostri obiettivi. Abbiamo avuto un incontro a Siracusa il 4 ottobre nel corso del quale abbiamo messo in evidenza tutto quello che avevamo fatto come associazione «Progetto Luna». Abbiamo anche chiesto se vi è spazio per un gruppo di riferimento in Sicilia. In verità non chiedevamo solo spazio ma priorità e ci stiamo muovendo in tal senso. Stiamo contattando tutte le associazioni aderenti e non ad «Europa Donna» per essere insieme. Vogliamo lottare insieme; solo se saremo unite potremo farcela; se prevarranno rivalità o protagonismi non riusciremo nella nostra opera. Nel nostro piccolo abbiamo capito come muoverci.

Subito dopo il Convegno a Siracusa (bell'iniziativa promossa da «Europa Donna») si è tenuto un corso di preparazione sul tema: la sessualità e il desiderio nelle donne operate al seno. In occasione del primo corso di «Europa Donna», tenutosi a Napoli, ho presentato l'Associazione e ho voluto portare con me mio marito. Mi hanno chiesto se mi facevo accompagnare da lui perché sono una terrona che non viaggia da sola. Ho risposto che mi ero fatto accompagnare perché il cancro al seno coinvolge anche la sfera sessuale e per le terapie e per lo sconvolgimento emotivo e se il *partner* non sa a cosa va incontro la scissione della coppia è a breve.

Questo corso si è rilevato diverso dal solito, le figure prestigiose del Centro «Metis» di Milano e i rappresentanti di Europa Donna, hanno dato al corso un'impronta particolare, pur mantenendo un'impostazione programmata. Hanno coinvolto non solo i partecipanti, psicologi, assistenti sociali, donne operate, ma anche i medici della struttura ospedaliera «S. Elia», dove si è tenuto il corso. Ci siamo sentiti tutti «protagonisti». Lo scambio di informazioni ha dato l'opportunità ai presenti di arricchire le loro capacità.

Molte le tematiche che abbiamo affrontato; penso, ad esempio, alle pressioni che abbiamo esercitato sull'azienda ospedaliera. Quando la tec-

nica del professor Veronesi sul linfonodo sentinella è stata attuata, abbiamo fatto pressioni per disporre di tale metodica; volevamo addirittura raccogliere dei fondi per regalare l'apparecchiatura al Sant'Elia, che è la nostra azienda ospedaliera ma il direttore si è dimostrato sensibile e la ha acquistata. Per il mammografo digitale è già stata indetta la gara d'appalto. Ci sentiamo così motivate ad andare avanti.

A questa Commissione, che vedo molto attenta al problema, significhiamo la necessità non tanto di programmare *screening* mammografici, spendendo in programmi su vasta scala, ma di appoggiarsi a strutture qualificate che già esistono e sono anche operative. In Sicilia basterebbero quattro «*breast unit*» su cui appoggiare quattro programmi di *screening* per abbracciare l'intera isola.

A questa Commissione, che vedo molto attenta al problema, significhiamo la necessità di programmi di *screening* mammografici capillari su tutto il territorio siciliano e la creazione di quattro o cinque «*breast unit*». Palermo, Catania, Caltanissetta, Ragusa, Messina, riorganizzando i servizi esistenti e che sono già operativi piuttosto che predisporre nuove risorse.

Non vogliamo dire come vanno fatte le cose, ma coinvolgere in questi programmi le associazioni di volontariato significherebbe non dico migliorare la qualità – non sono così presuntuosa – ma sarebbe da spinta per andare avanti.

Altrettanto importante è la qualificazione dei medici. Ogni specialista in oncologia affronta queste realtà deve avere una preparazione di base per comunicare una diagnosi, per saper dare l'apporto giusto per evitare traumi. Affrontare bene la malattia è già un importante punto di partenza.

Ho forse dimenticato molte delle considerazioni che volevo esprimere perché mi sono lasciata coinvolgere. Comunque, è importante che ci ascoltiate. Poiché sono certa della possibilità di svolgere un lavoro futuro, sento di poter portare alla mia Sicilia, terribile e bellissima terra, il messaggio che a Roma si muovono e si possono raggiungere insieme obiettivi comuni.

BOLDI (LP). Non servono commenti particolari sulle audizioni che abbiamo testé ascoltato e sull'importanza del lavoro svolto dalle associazioni nello sviluppo di un certo tipo di politica sanitaria in caso di tumore al seno. Sono considerazioni che abbiamo espresso tutti anche all'atto di approvazione della mozione sul tumore del seno nell'Assemblea del Senato. Effettivamente, in questo come in altri campi, la realtà si presenta a macchia di leopardo non solo a livello di singole Regioni ma addirittura all'interno di ognuna di esse.

Alla signora Sciandra faccio presente che dai sopralluoghi effettuati nell'ambito dell'attività della Commissione d'inchiesta sul Sistema sanitario nazionale nelle province siciliane è emersa una realtà diversa da quella immaginata e corrispondente invece a quella cui ha accennato la nostra ospite. Ci siamo trovati in presenza di una Regione attiva dal punto di vista sanitario, con voglia di fare e dotata di centri di eccellenza molto importanti.

Va tenuto, altresì, presente che l'organizzazione sanitaria è ormai di competenza delle Regioni; pertanto, a livello parlamentare si possono solo fornire linee guida e dare stimoli, fermo restando che spetta alla Regione decidere sul da farsi. In proposito, sono d'accordo con la signora Sciandra laddove afferma che non vi è miglior stimolo per un'amministrazione regionale della pressione operata dai cittadini che desiderano la realizzazione di determinate iniziative.

L'indagine conoscitiva in titolo ha per obiettivo una maggiore sensibilizzazione sul tumore del seno e la proposta, dopo aver sentito la società civile, gli esperti e la comunità scientifica, di un *modus operandi*, nell'ambito del quale il vostro lavoro è assolutamente indispensabile.

In tal senso condivido l'ottica della signora Sciandra che ha sottolineato l'importanza della collaborazione tra Istituzioni, mondo del volontariato e Comunità scientifica. Sono anzi convinta che nel momento in cui si riuscisse a realizzare un siffatto collegamento avremmo risolto il problema.

SCIANDRA. Le associazioni, allora, non esisterebbero più, non avendo ragion d'essere.

BIANCONI (FI). Desidero innanzi tutto manifestare il mio plauso per la consapevolezza e soprattutto per la grande capacità di azione e di mobilitazione oggi dimostrata dalle donne. Mi congratulo quindi con le nostre ospiti che rappresentano alcune realtà italiane estremamente significative.

Desidero ora rivolgere una domanda un po' provocatoria alla dottoressa Francesca Merzagora. Ogni anno si rilevano 33.000 nuovi casi di tumore; annualmente si registrano 11.000 decessi di donne colpite da questa malattia; sappiamo che attraverso la diagnosi precoce si possono salvare 3.000 vite. Questi sono i dati oggettivi ad oggi in nostro possesso.

In alcune realtà sono partiti gli *screening* e la scienza ha, nel frattempo, fatto grossi passi avanti, ma manca ancora il coinvolgimento delle donne. Poiché la vostra associazione effettua campagne di sensibilizzazione, vorremmo sapere in che modo si può far capire che si tratta di temi che interessano ogni singola donna. Siete in possesso di dati relativi ai risultati conseguiti, attraverso le due campagne d'informazione di carattere nazionale, che ne possano testimoniare l'efficacia?

TREDESE (FI). Anch'io ringrazio le nostre ospiti per l'entusiasmo con cui svolgono un lavoro senza il quale molte iniziative non sarebbero state realizzate e molte sollecitazioni non ci sarebbero pervenute.

Più che come politico interverrò facendo riferimento alla mia esperienza professionale di ginecologo. In questi anni ho rilevato un abbassamento dell'età media dell'insorgenza del tumore al seno, tanto che mi è capitato di curare questa patologia anche in donne di 30 anni. Tale tendenza è stata già segnalata da altri colleghi e dalle nostre ospiti, ancorché al riguardo non si disponga ancora di dati precisi.

Quando mi sono laureato, 25 anni fa, tale possibilità non era in alcun modo considerata e nessuno avrebbe avviato campagne di *screening* rivolte a questa fascia di età. Al riguardo osservo una grande ignoranza – mi si passi il termine – nelle donne che considerano questa malattia come un qualcosa che possa colpire gli altri e non la propria persona.

Gli operatori sanitari incontrano ancora una certa difficoltà ad affrontare questo tema con le donne e non va neppure trascurata la pericolosità dovuta all'imprecisione di alcuni messaggi. Generalmente le donne che si sottopongono presso i consultori a *screening* dedicati al *pap-test* ricevono una certificazione che consiglia un ulteriore controllo a distanza di tre anni. Talvolta, però, ritengono che quel suggerimento sia generale e nell'ambito del periodo di tempo indicato non effettuano alcun tipo di controllo. Non vorrei che con iniziative pur positive, assunte per ottenere un determinato risultato, si forniscano, alla fine, messaggi sbagliati. Sarebbe opportuno che, quando si forniscono certificazioni nell'ambito di campagne di sensibilizzazione che riguardano patologie della sfera genitale (penso al *pap-test*, esame sicuramente più diffuso dello *screening* del tumore al seno), si segnalasse che il controllo a tre anni di distanza riguarda solo quello specifico esame e non esonera le donne dal sottoporsi ad altri accertamenti. Nell'esercizio della mia professione ho visitato donne che per tre anni non hanno effettuato alcun esame perché convinte che il controllo dopo tre anni riguardasse anche tutti gli altri organi.

È necessario il nostro comune impegno affinché siano svolte campagne di informazione corrette, senza perdere di vista gli obiettivi che s'intendono raggiungere, onde evitare di incorrere in rischi peggiori.

TATÒ (AN). Sento di dover ringraziare tutti gli operatori che si stanno interessando a questa problematica così vasta e di difficile gestione. Vorrei parallelamente esortare non solo chi lavora in questo settore ma anche i presenti a non dimenticare il tumore al seno che colpisce la ghiandola mammaria dell'uomo, che notoriamente è atrofizzata. Si tratta di una forma di neoplasia più grave e con decorsi estremamente veloci. In appendice a questo grande capitolo sul tumore al seno della donna, non sarebbe sbagliato valutare la neoplasia della ghiandola mammaria dell'uomo, ancorché si tratti di malattia che si presenta con minore frequenza.

SALZANO (UDC). Un aspetto che desta in me qualche perplessità riguarda il trattamento delle donne affette da cancro al seno diagnosticato e curato in piccoli ospedali maggiormente concentrati nell'Italia meridionale. È una realtà di cui bisogna prendere atto.

Il chirurgo di un piccolo ospedale che segue una paziente sospettata di cancro della mammella, probabilmente non riesce a effettuare una diagnosi se non dopo la nodulectomia e l'esame istologico, i cui risultati arrivano magari dopo un mese. Una volta accertata la patologia, la donna dovrà essere sottoposta a trattamento. Se si tratta di un piccolo ospedale ovviamente non sarà possibile effettuare un trattamento radioterapico e chemioterapico (non parliamo della metodica del linfonodo sentinella

che in certe realtà è inimmaginabile) tanto meno ripetere controlli mammografici a distanza ravvicinata. Ebbene, cosa deve fare il chirurgo che deve affrontare questa situazione? Deve operare la donna costringendola a lasciare il luogo di residenza per recarsi a Roma o comunque presso centri specializzati lontani o deve effettuare una mastectomia radicale, intervento mutilante che però evita la serie di problemi testé evidenziati? È una realtà che conosciamo bene rispetto alla quale dobbiamo pur fare qualcosa. Dobbiamo impedire che queste donne siano operate nei piccoli ospedali o è opportuno destinare risorse per la creazione di più centri specializzati in questi posti e nelle altre Regioni del Sud? Qual è secondo la vostra esperienza la soluzione migliore?

Il 50 per cento delle mastectomie, di cui si parlava prima, prevede tempi medi di degenza che si aggirano attorno ai 13 giorni, con un costo eccessivo che lo Stato non può più sostenere, tenuto soprattutto conto che in altre realtà l'ospedalizzazione si limita a due giorni. Quali soluzioni proponete?

Mi rendo conto di quanto sia difficile per voi proporre delle soluzioni ma gradirei quanto meno qualche suggerimento su quello che questa Commissione e il Parlamento possono fare.

LONGHI (*DS-U*). Le associazioni sono impegnate a sensibilizzare la donna a sottoporsi a controlli periodici ai quali spesso sembrano non rispondere in maniera adeguata. Qualora si sottoponessero a *screening* periodici, le strutture sanitarie regionali sarebbero in grado di assicurare le prestazioni richieste? Ricordo che oggi i tempi di attesa sono sproorzionati rispetto alle richieste delle donne.

In Liguria qualche anno fa è stata indetta una campagna regionale per sollecitare i controlli mammografici che potevano però essere effettuati solo dopo mesi. Non sarebbe più proficuo sensibilizzare le strutture pubbliche e impegnare il Governo a far sì che i controlli richiesti siano soddisfatti in tempi più brevi?

FASOLINO (*FI*). Vorrei porre un interrogativo che ho già formulato nel corso dell'audizione tenutasi la settimana scorsa, al quale non è stata data risposta. Mi farebbe piacere conoscere oggi le vostre valutazioni in proposito. Uno studio americano, che ho letto due o tre anni fa, sosteneva che la mortalità per cancro al seno era la stessa sia nei campioni di donne che avevano praticato tutte le indagini strumentali necessarie per pervenire a una diagnosi precoce sia nei campioni di donne che non avevano praticato alcun'indagine strumentale o clinica, quasi come se la mammografia, l'ecografia e le altre indagini, cui si sottopongono le donne nei vari *screening*, fossero inutili e l'autopalpazione fosse invece l'unico dato di partenza. Detta indagine, essendo suffragata da migliaia di casi, è molto importante. Non ricordo il nome della ricerca né gli istituti presso i quali fu svolta ma, se fosse individuabile, si farebbe senza dubbio luce su questo problema così grave e importante.

Vorrei poi soffermarmi sulle differenze tra il Nord e il Sud del nostro Paese. Si registra un'incidenza minore della patologia nelle donne del Mezzogiorno ma una mortalità pari a quella delle donne del Nord e, quindi, delle aree più avanzate, se così vogliamo definirle, del nostro Paese. Come si può colmare questo *gap*?

Alla luce della mia esperienza di medico, al Nord la diagnosi precoce e la terapia post-chirurgica sembrano essere abbastanza valide e tali da seguire la donna durante l'intero percorso. Nel Sud, almeno fino a pochi anni fa, l'assistenza era episodica e la paziente era abbandonata a se stessa.

Sono stato amministratore regionale e molte volte ho dovuto registrare finanziamenti di *screening* per il cancro del seno, del colon retto e del collo dell'utero. In verità, pur essendo medico, non avevo capito bene la situazione. Ultimamente, su *input* dei medici di medicina generale, si è proceduto a una rianalisi degli *screening* e si è rilevato che gli stessi erano rivolti al massimo al cinque per cento della popolazione; si trattava, in definitiva, di *screening* universitari che rimanevano in tale ambito. Alla luce di quest'esperienza, non sarebbe più giusto un intervento generale e non in un solo settore, che alla fine si rivela non valido in quest'universo di responsabilità e di partecipazione? Non sarebbe opportuno codificare i parametri degli *screening*?

In altri termini, se si fa uno *screening* non si può non coinvolgere lo studio del medico di medicina generale perché, laddove lo si coinvolge si riesce ad individuare, colpire e contattare fino all'85 se non addirittura il 90 per cento della popolazione. Gli *screening* lasciati al mondo universitario saranno validissimi a procurare apparecchiature ma, alla fin fine, non producono alcun risultato in termini di indagine di massa.

È necessaria un'attenzione non solo del legislatore ma di tutti coloro che si occupano di questo argomento affinché si dica fine, in maniera chiara e inequivocabile, a *screening* che non portano alcun beneficio alla salute della donna.

MELLINI. Prendo atto della mancanza di consuetudine al confronto che esiste fra le Istituzioni che voi rappresentate, le vostre persone e noi popolazione femminile, in un certo senso colta della materia. Sono anni che studiamo la tematica ma ho l'impressione – spero di riuscire a spiegarmi – che si sia disperso il risultato del nostro confronto. In altri termini, alcuni senatori hanno formulato domande che almeno personalmente (ma credo le amiche convengano con me) davo per scontato avessero già avuto risposta.

Mi spiego meglio. Lavoriamo da parecchi anni sulla base delle raccomandazioni e delle linee guida emanate dalla Forza operativa nazionale sul carcinoma mammario (FONCaM), una struttura che raccoglie tutti specialisti in senologia (epidemiologo, radiologo, oncologo, chirurgo, radioterapista e via dicendo). La FONCaM è nata nel 1977 come forza operativa speciale, visto che già all'epoca vi era la consapevolezza della gravità del problema del tumore al seno; è tuttora in attività e ogni due o tre anni,

come altre società scientifiche, emana delle raccomandazioni in cui alcune delle domande rivolte trovano risposta. Si spiega, ad esempio, in modo approfondito come procedere e quale strada alternativa alla mastectomia scegliere qualora non si abbia la possibilità di effettuare trattamenti di radioterapia.

Desta perplessità anche il discorso secondo cui non vale la pena effettuare *screening* né diagnosi precoci perché tanto si muore lo stesso. Forse abbiamo sbagliato nel veicolare determinati messaggi, giacché esistono in materia linee guida precise, fornite dai nostri specialisti del settore, che sono fra i migliori. La FONCaM è stata promossa dal professor Umberto Veronesi ed è da lui tuttora diretta. Tali linee guida più o meno corrispondono a quelle adottate dai loro colleghi stranieri. Certi vuoti di conoscenza potrebbero essere colmati proprio seguendo queste linee guida, che sono poi quelle che noi vorremmo fossero applicate. Non chiediamo di seguire procedure partorite dalla nostra fantasia. Del resto, la Carta delle utenti, cui ha accennato la dottoressa Merzagora e su cui stiamo lavorando, è il frutto di una collaborazione stretta fra personale medico, donne e strutture sanitarie e ha l'obiettivo di applicare queste raccomandazioni e quanto contenuto nella mozione votata dal Parlamento.

Si sa già quello che si dovrebbe fare, il problema è farlo, manca cioè la parte dell'applicazione, dell'operatività. Risulta difficile realizzare queste procedure dappertutto perché per riuscirci è necessario un impegno particolare non solo delle donne ma anche delle istituzioni, dei politici, delle strutture sanitarie e dei medici. Fino a poco tempo fa non avevamo molti contatti con il personale medico; solo recentemente abbiamo aperto un confronto nell'ambito del quale loro non ci hanno insegnato nulla, semmai siamo state noi a spiegare loro i termini della situazione.

Temo comunque che vi siano da parte vostra – ivi inclusa la senatrice Bianconi – nei confronti delle donne delle aspettative cui forse non potremo corrispondere. Per quel che ci riguarda, il livello di mobilitazione è massimo; peraltro, il nostro impegno di volontariato è spesso ingrato attesa la drammaticità del contesto in cui ci troviamo ad operare. Siamo noi a chiedere il vostro aiuto per giungere a una maggiore sensibilizzazione e mobilitazione delle donne che, senza dubbio, potete avvicinare più facilmente di noi.

Ribadisco comunque che il Vangelo di quello che si deve fare è a disposizione di tutti e corrisponde esattamente a ciò che vorremmo fosse realizzato dappertutto, in tutte le realtà, al di là dei grandi o dei piccoli chirurghi. Otterremo questo risultato perché se siamo state chiamate in questa sede vuol dire che stiamo lavorando insieme alla realizzazione di questo obiettivo.

MERZAGORA. Il problema sollevato dalla dottoressa Mellini trova spiegazione nel fatto che i senatori presenti si occupano di tante problematiche di cui il tumore della mammella rappresenta solo una piccola parte. Essendo il nostro un movimento di opinione, credo spetti a noi farci carico della mobilitazione delle donne. Dobbiamo lavorare al fianco dei medici e

delle istituzioni per muovere le coscienze e far sì che certe situazione cambino.

La senatrice Bianconi ha chiesto quale sia il ruolo delle donne in questo contesto. Ebbene, quando è nata «Europa Donna», l'idea del suo fondatore, Umberto Veronesi (con il quale ho il piacere e il privilegio di collaborare ormai da tanti anni) era sollecitare le donne affinché sensibilizzassero altre donne sull'importanza della diagnosi precoce. Se si riuscisse a diffondere tra le donne, su tutto il territorio nazionale, la cultura del controllo e dell'autocontrollo sarebbe veramente un risultato importante. L'autopalpazione, peraltro, rimane tuttora il sistema più immediato per la scoperta di un nodulo, al di là anche della mammografia e dell'ecografia. Il nostro compito è parlare alle altre donne invitandole ad andare dal medico per gli opportuni controlli.

Non sappiamo misurare con precisione l'impatto delle campagne che abbiamo realizzato. In realtà regionali come la Sicilia, la Calabria o la Campania una campagna televisiva normalmente ha un impatto molto positivo. Un conto è parlare a 100, 200 donne nell'ambito di un convegno, altro è «bucare» lo schermo con *spot* efficaci. Tra l'altro, la prima campagna realizzata con l'immagine della pera con una miccia che scoppia, avendo un forte impatto visivo, ha consentito di lanciare alle donne il messaggio che se non ci si cura e se non si individua il tumore precocemente si rischia di morire. Ed è proprio questo è il messaggio che dobbiamo dare.

Senza dubbio il tumore alla ghiandola mammaria dell'uomo, sollevato dal senatore Tatò rappresenta un punto su cui lavorare insieme. Tra l'altro, è di recente istituzione l'associazione «Europa Uomo» che si occupa delle patologie della prostata. Le iniziative «Europa Donna» ed «Europa Uomo» nascono dall'European School of Oncology che è sempre un'emanazione del professor Veronesi. Sicuramente si potranno sensibilizzare gli uomini non solo sulla patologia indicata ma anche sul tumore alla ghiandola mammaria.

Quanto alle procedure da seguire nell'ambito dei piccoli ospedali, affrontata dal senatore Salzano, il modello di sanità propugnato dal professor Veronesi è di pervenire – non si sa ancora quando – a un sistema formato, da un lato, dai centri diagnostici diffusi capillarmente sul territorio e a portata di mano delle donne, dall'altro, alla concentrazione delle cure in pochi centri di cura di eccellenza. In questo sistema le donne sarebbero curate nei centri dove verrebbero sottoposte ad interventi meno mutilanti e ad operazioni di ricostruzione del seno possibilmente anche contestuale. Per quanto concerne la diagnosi precoce dovrebbero però potersi rivolgere ad un ambulatorio vicino alla propria residenza, onde evitare disagi che scoraggino il desiderio della donna di farsi controllare. La capillarità degli ambulatori dove effettuare i controlli favorirebbe un approccio sempre più massiccio alla diagnosi precoce.

Quanto alle differenze che in questo ambito si rilevano tra il Nord e il Sud del nostro Paese, sicuramente nel meridione le diagnosi sono spesso tardive.

«Europa Donna», le associazioni ad essa iscritte e le donne sono comunque sensibili a questo problema e giocano il proprio ruolo. «Europa Donna» non è costituita e sostenuta solo da donne operate al seno, ma è un movimento d'opinione rivolto anche a donne sane sensibili al tema, magari perché in famiglia hanno avuto uno o più casi di tumore e si impegnano affinché altre donne non si ammalino. A sostegno di quest'azione chiediamo l'appoggio e la collaborazione delle Istituzioni.

VILLANOVA. Credo che l'informazione debba essere capillare e perfino noiosa. Ad ottobre è partita l'iniziativa «Nastro rosa», il mese della prevenzione, e sono arrivate all'associazione telefonate di donne che hanno dichiarato di aderire all'invito vista la gratuità della visita e hanno anche confessato di non aver mai effettuato controlli. Questo succede nel Veneto. Al di là di quanto facciamo, esiste una sacca di disattenzione: magari si va dal parrucchiere ma non si prevede una visita senologica o, in ogni caso, la si fa solo se gratuita.

Da questo punto di vista continuiamo a sostenere l'importanza del nostro ruolo proprio nell'opera di informazione e di educazione alla salute.

SCIANDRA. In Sicilia sarebbe di vitale importanza un centro di radioterapia a Caltanissetta, perché consentirebbe la copertura di 22 comuni, più la provincia di Enna e Agrigento. Per il momento però si assiste a una «querelle» fra l'U.S.L.2 e l'Azienda Ospedaliera S. Elia sull'ubicazione del centro. Le liti non producono nulla e recano danno alla comunità, il nostro auspicio è che uno dei contendenti finalmente vinca; siamo stanchi di aspettare e il nodo da sciogliere è particolarmente intricato.

PRESIDENTE. Esprimo l'apprezzamento della Commissione per l'audizione odierna. In via eccezionale abbiamo prolungato il confronto visto l'interesse dello stesso. Oggi abbiamo vissuto uno spaccato della sanità del nostro Paese. Su quattro Regioni – non credo selezionate secondo qualche criterio particolare – sembra che due funzionino mentre si ha l'impressione che le altre due operino meno bene. Perlomeno, questo è quanto è emerso dai vostri interventi. Per parte nostra sappiamo che le cose stanno così, trattandosi di argomento di cui spesso parliamo.

Il Senato non può dare una risposta all'allocazione della radioterapia in Sicilia; è la programmazione regionale che deve prevederlo. Nei senatori vi è la preoccupazione (che dichiaro perché trasversale, anche se non entro in una disputa politica) che un progetto federalista produca autarchie regionali che spesso non significano uno splendido isolamento.

BOLDI (LP). Io non ho questa preoccupazione e voglio che sia riportato a verbale.

PRESIDENTE. La possibile autarchia che può determinarsi nelle Regioni può produrre squilibri maggiori rispetto a quelli già esistenti. Questa è la mia preoccupazione. Qualora ciò avvenisse convengo sul carattere

fondamentale del ruolo delle associazioni. Tutto sommato, il 90 per cento del vostro impegno è volto a stimolare le Istituzioni; sarete più impegnate e frustrate laddove incontrerete Regioni che non hanno un'organizzazione.

BOLDI (LP). Muoversi a livello regionale è più facile.

PRESIDENTE. Ciò che ho sentito riferire sul Lazio e sulla Sicilia riflette una mancanza di organizzazione complessiva delle istituzioni sanitarie regionali. Ripeto, questo discorso vale per Regioni oggi non presenti ma in termini opposti anche per Regioni oggi presenti, a prescindere dal colore del Governo che le amministra. Il Senato deve preoccuparsi di questo grande problema ma non può dire alla Regione Sicilia di impiantare quanto prima la radioterapia che è argomento di ordine ospedaliero e quindi di competenza regionale.

A questo punto s'inserisce il vostro importante ruolo di stimolo, di confronto e di esposizione dei problemi. Oggi lo avete fatto per il Senato, che può porre in essere alcune iniziative ma sicuramente non può interferire con la programmazione regionale. Possiamo utilizzare però la *moral suasion*.

Vi ringrazio moltissimo per il contributo che ci avete dato. Probabilmente dovremo aumentare il ventaglio delle Regioni qui rappresentate dall'associazionismo per avere un quadro più complessivo. La mia preoccupazione non vuole aprire un dibattito politico che è demandato alla *devolution* e alla politica costituzionale.

Sono stato anche amministratore regionale e oggi è presente la rappresentante della mia Regione, le Marche. Sono contento di aver sentito parlare di una sanità che funziona abbastanza, atteso che la perfezione non è da nessuna parte. Dobbiamo però lavorare affinché si affermi un livello uniforme di assistenza e non vi siano luoghi nei quali non esiste risposta sanitaria. È inutile impiantare cattedrali sulla diagnosi precoce: se non si fa nulla, la cattedrale è solo di facciata. Abbiamo invece bisogno di una sanità territoriale ben organizzata laddove esiste un associazionismo forte che concorre, con il sistema sanitario, al raggiungimento degli obiettivi di salute complessiva.

SALZANO (UDC). Alla dottoressa Mellini faccio presente che sappiamo perfettamente che esistono delle linee guida. Peraltro, poiché molti di noi sono medici, ciò che lei ha riferito è sufficiente e non v'era da aggiungere altro: non abbiamo bisogno di lezioni sul cancro della mammella. Non voglio aprire una polemica ma le assicuro che continua a lasciarci perplessi il fatto che il 50 per cento delle mastectomie radicali si registri nell'Italia meridionale a causa di diagnosi tardive sia per una scarsa sensibilizzazione sia perché il chirurgo, in maniera più o meno giusta, decide di ricorrere a questo tipo di intervento, non avendo supporto radioterapico e chemioterapico. Questa era la ragione della mia domanda: si potrà mai fare qualcosa di più? Non ho posto quest'interrogativo perché lei ricominciasse daccapo.

Ad ogni modo, al di là della polemica, sono molto contento delle risposte che ci avete fornito e vi ringrazio.

PRESIDENTE. Dichiaro conclusa l'audizione e rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva in titolo ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 15,40.

SENATO DELLA REPUBBLICA

XIV LEGISLATURA

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

INDAGINE CONOSCITIVA
SULLE INIZIATIVE DI PREVENZIONE DEL
TABAGISMO E DEL TUMORE AL SENO IN ITALIA

6° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 10 NOVEMBRE 2004

Presidenza del vice presidente MASCIONI

INDICE

Audizioni di persone esperte su tematiche attinenti alla materia in esame

PRESIDENTE	Pag. 153, 163, 170	* ARCIDIACONO	Pag. 163
* BIANCONI (FI)	166	LATTANZIO	158, 168, 169
BOLDI (LP)	167	* LUINI	153, 170
DI GIROLAMO (DS-U)	166	MANGIARACINA	165
TREDESE (FI)	167	ORECCHIA	156, 169
		* SCHITTULLI	160, 163, 167 e passim

N.B.: Gli interventi contrassegnati con l'asterisco sono stati rivisti dall'oratore.

Sigle dei Gruppi parlamentari: Alleanza Nazionale: AN; Democratici di Sinistra-l'Ulivo: DS-U; Forza Italia: FI; Lega Padana: LP; Margherita-DL-l'Ulivo: Mar-DL-U; Per le Autonomie: Aut; Unione Democristiana e di Centro: UDC; Verdi-l'Ulivo: Verdi-U; Misto: Misto; Misto-Comunisti Italiani: Misto-Com; Misto-Lega per l'Autonomia lombarda: Misto-LAL; Misto-Libertà e giustizia per l'Ulivo: Misto-LGU; Misto-MSI-Fiamma Tricolore: Misto-MSI-Fiamma; Misto-Nuovo PSI: Misto-NPSI; Misto-Partito Repubblicano Italiano: Misto-PRI; Misto-Rifondazione Comunista: Misto-RC; Misto-Socialisti democratici Italiani-SDI: Misto-SDI; Misto Popolari-Udeur: Misto-Pop-Udeur.

Intervengono il professor Vincenzo Lattanzio, direttore dell'Unità operativa di Radiodiagnostica II dell'Azienda ospedaliera Policlinico di Bari; il professor Alberto Luini, primario direttore della divisione di senologia dell'Istituto Europeo di Oncologia di Milano; il professor Roberto Orecchia, direttore del reparto di Radioterapia dell'Istituto Europeo di Oncologia di Milano; il 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; il professor Silvio Arcidiacono, direttore generale della Lega italiana per la lotta contro i tumori; e il dottor Giacomo Mangiaracina, coordinatore dell'area tabagismo e formazione della Lega italiana per la lotta contro i tumori.

I lavori hanno inizio alle ore 14,05.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizioni di persone esperte su tematiche attinenti alla materia in esame

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sulle iniziative di prevenzione del tabagismo e del tumore al seno in Italia, sospesa nella seduta del 3 novembre scorso.

È oggi prevista l'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; e del dottor Giacomo Mangiaracina, coordinatore dell'area tabagismo e formazione della Lega italiana per la lotta contro i tumori.

Ringrazio i nostri ospiti per aver accolto il nostro invito e, data la ristrettezza del tempo a nostra disposizione, cedo subito la parola al professor Luini.

LUINI. Signor Presidente, sono Alberto Luini, primario direttore della Divisione di senologia dell'Istituto Europeo di Oncologia di Milano. Non sapendo bene quale potesse essere il *target* desiderato, ho semplicemente preparato una rassegna molto sintetica, anche perché per parlare di trattamento non basterebbe un'intera giornata.

È possibile focalizzare alcuni punti. Il trattamento chirurgico del tumore della mammella ha registrato un'enorme evoluzione negli ultimi 15 anni seguendo un determinato percorso logico. Il primo obiettivo è stato ridurre l'entità del trattamento passando dal massimo tollerabile per la paziente (si pensi alle mastectomie degli anni Cinquanta e Sessanta) al minimo efficace. L'obiettivo del nuovo corso del trattamento chirurgico è ridurre, laddove è possibile, l'intervento senza rinunciare a tutte le informazioni importanti e indispensabili per avere una valutazione prognostica e definire i trattamenti precauzionali dopo l'intervento.

A partire dagli anni Settanta, fino agli anni Ottanta, si è cominciata a testare la possibilità di interventi maggiormente conservativi. Il *target* era la ghiandola mammaria e, quindi, la possibilità di ridurre l'entità dell'operazione, passando dalla mastectomia a interventi più conservativi. Il passo successivo è stato verificare la possibilità di ridurre l'entità dell'intervento anche a livello dei linfonodi ascellari. Tale intervento rappresenta, tra l'altro, l'atto chirurgico che, nell'ambito di un trattamento conservativo, lascia alla paziente le maggiori sequele sia immediate sia tardive.

Un altro obiettivo riguarda invece la radioterapia di cui il professor Orecchia potrà parlare in modo più ampio di quanto possa fare io. Mi riferisco alla possibilità di utilizzare tecniche di radioterapia mirate soprattutto al focolaio tumorale. I dati sull'efficacia della chirurgia conservativa, ormai molto consolidati in termini di sopravvivenza globale delle pazienti, hanno dimostrato come non vi fosse alcuna differenza tra l'asportazione completa del seno e la sua conservazione. Ciò ha generato un impulso notevole in tutto il mondo modificando l'approccio al trattamento.

Chiaramente la situazione non si presenta dappertutto in questi termini. Anche in Italia il trattamento chirurgico conservativo non è diffuso come sarebbe auspicabile. Poco meno del 50 per cento degli interventi demolitivi potrebbe invece usufruire di un trattamento conservativo.

Si è registrato un significativo impulso nella diagnosi precoce, attraverso lo *screening* e l'apertura di centri di diagnostica precoce. A tali centri le pazienti possono rivolgersi per una diagnostica precoce anche di tipo spontaneo. Tale sviluppo ha portato a un notevole incremento delle lesioni di dimensioni molto piccole, i cosiddetti carcinomi occulti, come siamo soliti tecnicamente definirli. Si tratta di lesioni non palpabili che si vedono solo con la mammografia e con l'ecografia. Ciò ha modificato alcuni aspetti dell'approccio diagnostico.

Oggi esistono tecniche di diagnosi precoce di tipo istologico particolarmente raffinate, che sono eseguite in strettissima collaborazione con i radiologi, consentono di identificare lesioni in uno stadio molto iniziale e necessitano di un trattamento chirurgico più mirato. Non è facile asportare con precisione una lesione non palpabile, un piccolo gruppo di calcificazione o una piccola opacità. Sotto questo profilo la chirurgia radioguidata è stata di grande aiuto, trattandosi di una tecnica abbastanza semplice che richiede però una stretta collaborazione con la medicina nucleare. Tale metodica consiste nell'iniettare una minima quantità di una sostanza debolmente radioattiva all'interno della lesione. In tal modo il chirurgo ha

la possibilità di identificare la lesione in maniera molto semplice e, attraverso l'uso di sonde collegate a un monitor, può rilevare la captazione iniettata nel nodulo tumorale ed effettuare interventi molto circoscritti ma anche molto efficaci. In altri termini, si può asportare completamente la lesione senza estirpare più di quanto è necessario, ovviamente in rapporto alle caratteristiche della singola situazione.

Un altro aspetto di particolare rilievo riguarda la diffusione che fortunatamente sta avendo la metodica del linfonodo sentinella. Anche in questo caso la medicina nucleare è stata di grande aiuto nell'utilizzo di traccianti radioattivi, che consentono oggi di identificare nella quasi totalità dei casi, il linfonodo sentinella che, come sappiamo, è il primo nodulo che, nel percorso della linfa dal nodulo ai linfonodi ascellari, viene colpito dalle cellule provenienti dal tumore mammario. L'asportazione di questo singolo linfonodo è oggi in grado di dare un'informazione, in moltissimi casi completa, sullo stato degli altri linfonodi ascellari, senza la necessità di asportarli completamente come si faceva in passato. Oggi almeno nel 70 per cento delle pazienti con tumore della mammella di piccole dimensioni (fino a un centimetro e mezzo, due) si può evitare l'asportazione dei linfonodi ascellari.

Il primo studio importante effettuato in questo campo è stato italiano. Attraverso tale studio si è confrontata la metodica del linfonodo sentinella con l'asportazione di tutti i linfonodi ascellari ed è emerso come tale tecnica sia molto sensibile nell'identificare i casi patologici. Oggi nel 66 per cento dei tumori di circa due centimetri è possibile evitare l'asportazione dei linfonodi.

Il passo successivo è testare se esiste un'ulteriore frazione di pazienti che presenta una patologia minima per la quale si può evitare l'asportazione dei linfonodi ascellari; si parla, quindi, di micrometastasi. Si tratta di uno studio attualmente in corso i cui risultati speriamo possano ridurre ulteriormente questa frazione di pazienti.

L'aspetto relativo alla radioterapia è molto interessante e importante perchè consente l'utilizzo di apparecchi di radioterapia, addirittura presenti in sala operatoria, che erogano una dose di elettroni. Questa è la metodica che utilizziamo in Italia. Con degli acceleratori lineari, che rimangono in sala operatoria, è possibile erogare dosi di radioterapia mirate sull'area tumorale, una volta asportato il tumore. Anche su questo punto è in corso uno studio di cui il professor Orecchia vi parlerà più diffusamente.

Mi preme poi rilevare la necessità di una collaborazione sempre più ampia e diffusa con i chirurghi plastici per offrire alla paziente la possibilità di una ricostruzione immediata della mammella, metodica oggi ancora sofferente. Non tutte le pazienti dopo una mastectomia giovano di una ricostruzione plastica; spesso ciò avviene tardivamente. Nella stragrande maggioranza dei casi invece sarebbe possibile una ricostruzione immediata del seno con una protesi definitiva. In molti casi sarebbe possibile rimodellare e dare un assetto estetico migliore anche alle pazienti sottoposte a interventi chirurgici conservativi.

In conclusione, la tecnica della radioterapia si sta dimostrando promettente dal punto di vista della possibilità di effettuare interventi di mastectomia con il salvataggio del capezzolo che, come sappiamo, ha per le donne una rilevanza fondamentale.

ORECCHIA. Presidente, mi soffermerò sull'Intraoperative Radiation Therapy (IORT) e sul carcinoma mammario.

A seguito del progresso tecnologico degli ultimi otto anni è oggi possibile praticare trattamenti di tipo conservativo molto rispettosi della paziente, degli organi e della funzionalità con strumenti tecnologici adeguati. Bisogna verificare come trasferire queste tecnologie emergenti nella pratica per garantire, soprattutto nelle patologie di grande impatto sociale (ad esempio, i tumori della mammella e del polmone) elevate percentuali di guarigione nei pazienti che arrivano sempre più presto alla diagnosi.

Questa è la capacità della radioterapia di essere sempre più conformazionale, come noi tecnici siamo soliti dire. In altri termini, bisogna fare in modo che il campo di radiazioni sia sempre più simile al bersaglio e che si realizzi, quindi, il concetto di una dose molto alta rispetto al tumore, ma più bassa possibile rispetto agli organi vicini alla massa tumorale, che non dovrebbero essere irradiati.

Questi concetti possono essere applicati nel tumore della mammella e in quello del polmone. Come ha già rilevato il professor Luini, fortunatamente la situazione è molto cambiata, sia per la maggiore sensibilità delle donne verso il controllo del proprio corpo, sia per i programmi di *screening*.

Negli anni Settanta in Italia il 17 per cento dei tumori della mammella aveva un diametro fino a 2 centimetri; oggi la percentuale è salita al 65 per cento, vale a dire che più dei due terzi dei pazienti arriva alla diagnosi con un tumore considerato piccolo, traguardo che può essere ulteriormente migliorato. Un terzo delle pazienti arriva addirittura alla diagnosi con una massa non palpabile, quindi esclusivamente attraverso la mammografia di *screening*.

Il dato più interessante negli Stati Uniti e in Inghilterra è che per la prima volta negli ultimi anni si è registrato un *trend* di diminuzione della mortalità. Ciò significa che lo *standard* terapeutico attuale ha raggiunto una condizione tale da determinare il maggiore impatto positivo. Quindi, il concetto di diagnosi precoce e di ottimizzazione delle procedure terapeutiche ha condotto effettivamente a un reale progresso. L'unico e maggiore indicatore del progresso è la riduzione delle morti per cancro ed è questo quello che accade negli ultimi anni in Italia.

Di fronte a uno nuovo scenario, caratterizzato da un'ottimizzazione del trattamento e da tumori sempre più piccoli, la radioterapia propone un'alternativa al protocollo normale di conservazione del seno che prevede, dopo un intervento di chirurgia limitata conservativa, le classiche sette settimane di irradiazione sulla restante parte della mammella, con un enorme impegno sociale, economico e di carico di lavoro per le strutture di radioterapia che, come sappiamo, in Italia non sono sufficienti a

colmare la domanda. Esistono delle alternative agendo, sia sugli schemi di frazionamento, riducendo cioè il numero di frazioni necessarie per completare il trattamento, sia con trattamenti innovativi.

La prossima settimana l'AIRC partirà con l'*Imaging*, che è un'applicazione pratica della diagnostica per immagini, non solo nelle fasi di diagnosi e di stadiazione, ma anche nei suoi riflessi nell'essere più precisi in ambito terapeutico.

In istituto, ad esempio, abbiamo praticato su più di 300 pazienti un accorciamento dei tempi di radioterapia che da sei sono passati a quattro settimane e sta diventando quotidiano lo *standard* delle venti anziché trenta frazioni.

Siamo in grado di monitorare i movimenti respiratori. Uno dei problemi più rilevanti della radioterapia è stata la tossicità cardiaca successiva al trattamento, che si manifesta anche 10-15 anni dopo il trattamento stesso. Oggi è possibile controllare questo fenomeno, con strumenti particolari, monitorando le fasi respiratorie ed escludendo completamente il volume cardiaco dal campo di irradiazione. E questo, addirittura con la partecipazione della paziente che, durante il trattamento, è monitorata con alcuni sensori, che registrano con una telecamera agli infrarossi, le sue escursioni respiratorie. La paziente controlla e gestisce con degli occhiali attraverso un monitor le sue fasi di escursione respiratoria e consente di erogare la radiazione quando il bersaglio è in una determinata posizione.

La IORT, vale a dire la terapia di radiazioni intraoperative, è stata già anticipata dal professor Luini e consiste in un'irradiazione mediante un acceleratore lineare convenzionale del paziente, subito dopo l'atto chirurgico, in un *bunker*. Solo tre sono gli apparecchi commercialmente disponibili sul mercato per la radioterapia intraoperatoria; due sono di tecnologia italiana, l'altro americano. Tali apparecchiature consentono, durante l'intervento operatorio - con un allungamento dello stesso di circa un quarto d'ora - di produrre l'equivalente di sei settimane di trattamento radioterapico. Anche in questo caso è possibile schermare il cuore e il polmone. Si tratta sicuramente di un progresso rilevante.

Quando vi è la necessità di una mastectomia sottocutanea si cerca di risparmiare la regione dell'aureola e del capezzolo, che è importantissima dal punto di vista psicologico per il mantenimento dell'identità della paziente. Per ridurre il rischio di recidiva e sterilizzare eventuali cellule si può fare una radioterapia intraoperatoria di cui l'unico segnale che rimane è un arrossamento intorno all'area del capezzolo, con risultati cosmetici ed estetici assolutamente rilevanti, senza rinunciare ad alcunché in termini di guarigione. Gli stessi principi di controllo respiratorio possono essere applicati sulle lesioni piccole del polmone.

Importantissime sono la prevenzione e la diagnosi precoce. Per i pazienti che non possono essere operati (molti per insufficienze respiratorie che controindicano l'intervento chirurgico di apertura del torace), controllando e seguendo le escursioni respiratorie, è possibile erogare in tempo reale dosi molto focalizzate di radioterapia che sono curative e possono

essere applicate sulle lesioni molto piccole, che oggi strumenti diagnostici come la tomografia computerizzata e la PET riescono ad identificare. Ciò consente di risparmiare in questa tipologia di pazienti una parte consistente del parenchima polmonare sano.

Su un campione di più di 200 pazienti trattati le risposte al trattamento raggiungono l'80 per cento, percentuale leggermente inferiore a quella garantita dalla chirurgia. Essendo un trattamento ambulatoriale su pazienti non operabili, i dati rilevati sono particolarmente significativi e richiedono investimenti tecnologici e competenza, attesa la significativa prospettiva del conseguimento di buoni risultati.

LATTANZIO. Sono il professor Vincenzo Lattanzio, direttore dell'Unità operativa di radiodiagnostica II dell'Azienda ospedaliera Policlinico di Bari. Nella mia breve esposizione cercherò di illustrarvi lo sforzo della Regione Puglia nel promuovere un progetto innovativo di diagnosi precoce, in altri termini di anticipazione diagnostica, facendo tesoro e avendo bene in mente, nella pratica quotidiana, le esperienze positive degli *screening* concepiti in senso classico.

I problemi nascono quando si vuole trasferire dall'individuo alla popolazione tutto quello che oggi si sa in termini di possibilità di anticipazione diagnostica. Conformemente a quello che già l'Unione europea prevedeva e che la stessa *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica Italiana pubblicava nel 1996, abbiamo deciso di prendere come modello operativo non lo *screening* (inteso come selezione di popolazione e poi approfondimento diagnostico) ma direttamente una rete di centri di senologia che possono offrire in tempo reale diagnosi precoce.

La base di questo progetto è l'adozione di un modulo, ripetuto in una vera e propria rete, di un'unità diagnostica senologica, interamente dedicata, che ha al proprio interno, nell'unità di spazio e di procedure, personale medico e paramedico esclusivamente formato per lo scopo e con esperienza adeguata. È stato dimostrato infatti a livello internazionale che per leggere mammografie e avere i risultati, che il professor Orecchia e il professor Luini hanno citato, di lesioni minime, di pochi millimetri, è necessaria non solo una formazione specifica ma anche un'abbondante esperienza, frutto della lettura di migliaia di mammografie.

Data per scontata la presenza di personale specificamente formato e di attrezzature idonee, devono esservi procedure diagnostiche integrate in tempo reale. Ciò significa che la donna dopo i 40 anni si sottopone a un esame clinico, fa la mammografia e, se è il caso, integra immediatamente con l'ecografia e la citologia il suo *iter* diagnostico. I percorsi diagnostici sono, quindi, ottimizzati e personalizzati in funzione del fenotipo della paziente, ad esempio della sua struttura mammaria.

Uno degli obiettivi principali del progetto pugliese è non creare nulla di particolarmente nuovo, ovvero limitare l'innovazione strutturale, ma soprattutto razionalizzare l'esistente. Tutto ciò naturalmente ha un fondamento nell'esperienza della Regione Puglia, che è sede dal 1992 della prima struttura radiologica ospedaliera, interamente dedicata alla diagnosi

precoce. Si tratta, dunque, di un'esperienza di 12 anni che ha dato risultati importanti, per i quali ci siamo sentiti di varare un progetto che, sulla scorta dell'esperienza di un centro di senologia integrata, potesse essere il modello a livello regionale. Nel 1992 nasceva il SARIS, che è la struttura che ho l'onore di dirigere e nel gennaio 2000 abbiamo iniziato il progetto pugliese.

Quanto alla produttività del SARIS, in questi dieci anni è stato effettuato più di mezzo milione abbondante di esami. Quello che rilevava il professor Orecchia prima è stato ovviamente confermato dalla nostra esperienza: il 36 per cento dei carcinomi diagnosticati nella nostra struttura è al di sotto del centimetro e il 68 per cento al di sotto dei 20 millimetri. In questi dieci anni, dunque, è stato veramente possibile realizzare la diagnosi precoce. Importante è che la percentuale di carcinomi, che nella totalità sono il 62 per cento, nella fascia al di sotto del centimetro raggiunge abbondantemente l'86 per cento. Questa è la dimostrazione ancora una volta della bontà della diagnosi precoce nell'arco di questi dieci anni.

Ho illustrato in sintesi la partenza del nostro progetto. Abbiamo un *target* plausibile di 290.000 nuovi esami. Tenuto conto che consigliamo di estendere i nostri esami alle donne dai 40 ai 49 anni, il *target* è veramente impegnativo. A livello di Regione si effettuano nelle strutture in media 1.700 esami, quindi un numero contenuto. Bisogna portare le 45 strutture già esistenti sul territorio a livelli di ottimizzazione tali da produrre un numero di esami quantitativamente e qualitativamente più elevato.

L'obiettivo è realizzare mutamenti migliorativi strutturali e funzionali permanenti sul territorio, non legati ad un solo programma ma riguardanti le strutture già esistenti che rimarranno operative. Ci proponiamo poi un adeguamento preliminare delle risorse in termini di spazi e di attrezzature, la formazione e l'aggiornamento centralizzato di personale medico e paramedico e percorsi individualizzati. Tutto questo consentirebbe di ottenere alcuni importanti risultati: una risposta immediata, efficace e pronta alla richiesta spontanea di diagnosi precoce, in attesa di un invito diretto di popolazione; una collocazione geografica omogenea e razionale dell'offerta di diagnosi precoce sul territorio; da ultimo – e lo sottolineo – l'opportunità di una diagnosi precoce per la fascia di età tra i 40 e i 49 anni.

L'evidenza scientifica internazionale porta ormai ad affermare che in questa fascia di età vi è la maggiore risposta spontanea delle donne alla prevenzione. L'incidenza della patologia è decisamente più alta anche in funzione della percentuale più elevata delle donne di questa fascia di età rispetto alle altre. Nella nostra casistica il 30 per cento di tutti i carcinomi mammari occorre in questa fascia di età. Per questo abbiamo voluto per primi estendere l'anticipazione diagnostica alla fascia di età che va dai 40 ai 49 anni.

I punti chiave sono stati la realizzazione della rete con la creazione di 45 strutture e la centralizzazione della formazione che abbiamo già iniziato a fare. Il nostro cavallo di battaglia è un sistema informatico ad altissimo livello, che è il concentrato di 25 anni di anzianità nostra e di 10

anni di attività del SARIS, che gestisce totalmente la nostra attività sul territorio. Le 45 strutture saranno collegate in rete e avranno gli stessi protocolli; useranno lo stesso linguaggio e avranno lo stesso obbligo di codificare i risultati. Si tratta quindi di un salto in avanti notevole.

Gli obiettivi sono la standardizzazione ed omogeneizzazione delle procedure su tutto il territorio regionale, un programma di garanzia di qualità centralizzato, la creazione (elemento fondamentale) di un registro di patologia mammaria, perché si sappia dove vanno i nostri sforzi in termini di incidenza e di riduzione della mortalità; da ultimo, l'accreditamento di queste 45 strutture che di fatto già operano.

Il collegamento tra le strutture e il centro di riferimento regionale, che ha sede nel SARIS, è continuo; il sistema informatico è ormai collaudato e stiamo faticosamente cercando di convincere le 45 strutture a mettersi in rete (per ora sono solo nove le strutture collegate). Abbiamo fatto un censimento operativo, durato un anno e mezzo, su quello che esiste oggi in Puglia (uomini, mezzi, tipologia di esami) e sulle varie strutture riferite agli ambiti territoriali delle Province pugliesi.

In riferimento alla dotazione, ai nostri fondi, e all'uso che ne abbiamo finora fatto, abbiamo distribuito 40 *personal computer*, con *hardware* e *software*, a tutte le strutture; abbiamo acquistato 16 mammografi nonché ecografi e sviluppatrici per avere la qualità assoluta della tecnologia disponibile; abbiamo stanziato i fondi e iniziato la formazione e l'informaticizzazione.

Come nostro obiettivo ultimo, speriamo nel giro di un paio d'anni di arrivare all'accreditamento per quanto riguarda il personale, le apparecchiature, i sistemi di qualità e la documentazione clinica di tutte le strutture attualmente in linea.

SCHITTULLI. Ringrazio il Presidente e gli onorevoli senatori presenti. Parlerò più come presidente nazionale della Lega italiana per la lotta contro i tumori che come primario senologo chirurgo e direttore del Dipartimento donna dell'Istituto oncologico di Bari.

La Lega italiana per la lotta contro i tumori è un ente di diritto pubblico su base associativa che copre tutto il territorio nazionale con oltre 800.000 soci. Siamo presenti in tutte le 103 province italiane e ciò che caratterizza il nostro impegno è soprattutto la diffusione della prevenzione oncologica attraverso una corretta informazione ed educazione sanitaria.

Disponiamo di una rete di 381 ambulatori dislocati su tutto il territorio nazionale. L'intendimento del nostro ente è realizzare due grandi progetti di prevenzione primaria e secondaria. In materia di prevenzione primaria, promuovendo la diffusione dei corretti stili di vita ed intervenendo sui cardini fondamentali della prevenzione: la lotta al tabagismo ed alla cancerogenesi ambientale e professionale. Il cavallo di battaglia invece dell'anticipazione diagnostica, o diagnosi precoce, riguarda senza dubbio i tumori della mammella e del collo dell'utero, del colon retto, della prostata, del cavo orale e della cute, che complessivamente potrebbero essere aggrediti solo con una capillare campagna di anticipazione diagnostica.

Quando dico «complessivamente aggredita» intendo riferirmi all'attuale disponibilità di poter guarire nel nostro Paese circa l'80 per cento di tutti i tumori. La guaribilità invece si è attestata al 53 per cento e sale molto lentamente rispetto alla crescente incidenza, perché non tutto il territorio nazionale è provvisto di strumenti idonei.

Per quanto riguarda il polmone, alcune realtà istituzionali scientifiche stanno portando avanti progetti mirati. La Tac spirale, ad esempio, potrebbe individuare lesioni minimali e consentire quindi di intervenire precocemente, allungando la fascia di guaribilità.

Per il colon retto sarebbe opportuna una campagna intensa sulla validità della colonscopia a partire dai cinquant'anni d'età con cadenza quinquennale. Per i tumori della mammella si è già parlato della importanza della mammografia e dell'ecografia. Per la prostata occorrerebbe una sensibilizzazione sull'approccio del PsA, oltre che dell'esame clinico e dell'utilizzo dell'ecografia transrettale.

Mi soffermo brevemente sull'impegno della Lega italiana per la lotta al tumore del seno. Durante l'anno effettuiamo periodiche, costanti e anche pressanti campagne di informazione, di sensibilizzazione e di educazione sanitaria delle donne. In tale opera si parte dalla sensibilizzazione e coinvolgimento delle ragazze a partire dagli ultimi due anni delle scuole medie superiori, cercando di far conoscere loro il proprio corpo, insegnando loro un esame semplice come l'autopalpazione mensile, che non ha il significato di fare diagnosi o allarmare ma di avvicinare la giovane alla problematica. Questo perché purtroppo, ancora oggi, il 60 per cento delle donne scopre da sé di avere un nodulo alla mammella e si rivolge quindi al proprio medico di fiducia.

Una campagna di sensibilizzazione anche confidenziale della giovane donna a questa problematica aiuterebbe e sarebbe anche di stimolo nei confronti delle loro madri ad accompagnarle ad effettuare esami diagnostici per «prevenire» il cancro della mammella.

A tal fine, è appena terminata la campagna nazionale del «Nastro rosa», che è stata attivata su tutto il territorio nazionale nel mese di ottobre. E per questo è nostro intendimento poter allestire centri di senologia, dotati di ecografi e mammografi. Al riguardo consegno agli atti della Commissione la documentazione attestante l'impegno della Lega contro i tumori in queste campagne di sensibilizzazione, l'attività dei nostri ambulatori nonché monografie, opuscoli e manifesti che produciamo e diffondiamo sul territorio nazionale. Abbiamo prodotto videocassette e CD. Stimoliamo la creazione di progetti di *screening* spontanei a livello mammografico e abbiamo stipulato convenzioni con Università, Aziende sanitarie locali, Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e Aziende ospedaliere. Abbiamo stipulato un primo protocollo d'intesa con il ministro Moratti per una maggiore capillarizzazione e penetrazione nell'ambito delle scuole.

Effettuiamo anche campagne di riabilitazione. Nella donna colpita da cancro, per quanto possa trattarsi di intervento minimale e considerarla «guarita», nella donna si registrano comunque dei postumi a livello psico-

logico. Abbiamo creato centri di riabilitazione sia psicologica sia fisica, anche per far fronte alla dicotomia che tuttora esiste tra Nord e Sud del Paese. Laddove vi sono realtà, soprattutto nel Mezzogiorno, carenti di strutture radioterapiche, il chirurgo è purtroppo infatti portato ad effettuare interventi ampiamente demolitivi, quando si sarebbe potuto risparmiare l'organo e conservare la mammella. In tali casi peraltro le donne presentano nel tempo anche problemi di linfedema all'arto superiore omolaterale, abbisognevole di trattamento riabilitativo. Stiamo altresì portando avanti il progetto di riabilitazione psicologica che riguarda la musicoterapia. Abbiamo formato gruppi di autoaiuto ed istituito commissioni nazionali, alle quali partecipano le maggiori personalità in campo scientifico.

Quest'attività è partita dal 2001, quando mi è stata affidata la responsabilità di guidare l'ente. Abbiamo istituito anche l'Osservatorio nazionale per la prevenzione dei tumori femminili. Organizziamo convegni, congressi, tavole rotonde e simposi ed abbiamo un rapporto ormai consolidato da tre anni con la Scuola italiana di senologia. Elargiamo borse di studio per giovani laureati e diplomati. Abbiamo finanziato alcuni progetti di ricerca per la lotta ai tumori, in particolare ai «big killers», attraverso bandi di concorso.

Consegno per questo anche la documentazione relativa a tutti gli impegni di spesa sostenuti, non foss'altro perché dal 2001 il contributo erogato dallo Stato nei confronti di questo ente si è a mano a mano assottigliato. Abbiamo un sito Internet nazionale e una linea verde SOS tumori che risponde giornalmente ai cittadini. Consegno altresì la documentazione di quello che abbiamo realizzato in ambito di formazione e di aggiornamento in senologia.

Sarebbe opportuna ed auspicabile un'intesa maggiore tra la Lega contro i tumori e il Ministero dell'istruzione, l'università e la ricerca ed una revisione delle scuole di specializzazione. Non si può, infatti, parlare di interventi conservativi e di trattamenti con linfonodo sentinella o con terapia radiante intraoperatoria in assenza di medici nucleari, di anatomopatologi e di una programmazione organica che consenta di usufruire su tutto il territorio nazionale delle stesse dovute prestazioni professionali.

Quanto al tabacco, proprio oggi possiamo donarVi l'ultimo nostro prodotto divulgativo sulla prevenzione del tabagismo che vorremmo diffondere in ogni scuola di ogni ordine e grado, ad ogni docente.

Abbiamo davanti una enorme mole di lavoro da svolgere. La lotta al tabagismo, infatti, ci vede impegnati non solo nella Giornata mondiale senza tabacco, che l'OMS ha delegato per il nostro Paese alla Lega italiana per la lotta contro i tumori, ma anche durante la Settimana europea contro il cancro, che solitamente riguarda la lotta al tabagismo. A ciò si aggiunge la Settimana nazionale della prevenzione, partita come «giornata» e diventata «settimana» a seguito di un esplicito invito in tal senso del Presidente del Consiglio. Tanto ovviamente comporterà costi maggiori.

Anche sul tabacco abbiamo in corso alcuni progetti, borse di studio e iniziative di informazione corretta e pedagogicamente stimolante ed educazione alla salute non solo nelle scuole di ogni ordine e grado, ma anche

nelle carceri, dove abbiamo già effettuato visite senologiche e Pap-test. Abbiamo poi un rapporto diretto con le Forze armate alle quali abbiamo fornito videocassette, opuscoli e monografie ed organizzato simposi e tavole rotonde.

Abbiamo creato e sovvenzionato un Osservatorio sul tabacco a Varese e reso ormai operativo il progetto nazionale «Mamme libere dal fumo».

Promuoviamo corsi per la formazione di conduttori di gruppi per la disassuefazione dal fumo. A tal fine abbiamo prodotto alcuni testi, che consegno agli atti della Commissione. Negli ultimi anni abbiamo registrato 3.436 partecipanti. Abbiamo stipulato convenzioni a livello nazionale con aziende come TIM, EMPACL, ANSA e così via, per avviare corsi per smettere di fumare. Svolgiamo una costante opera di sensibilizzazione nei confronti dell'opinione pubblica attraverso la linea verde «SOS fumo», che gestiamo direttamente presso la nostra Sede centrale a Roma.

Se il Presidente consente, farei aggiungere qualche breve considerazione al direttore generale, professor Arcidiacono, e al dottor Mangiaracina, che è il responsabile del settore della lotta al tabagismo sull'esigenza di una più incisiva presenza nelle scuole. Fra i giovani si registra, da dieci anni a questa parte, un incremento della cattiva abitudine al fumo. Attraverso una opportuna ed idonea metodologia pedagogica bisognerà colloquiare con i ragazzi, a partire dagli ultimi anni della scuola elementare. Questo è in sintesi il grande impegno che la Lega italiana per la lotta contro i tumori, pur tra mille difficoltà e controversie, come è naturale che sia, svolge quotidianamente.

PRESIDENTE. La ringrazio; forse la vostra presenza sarebbe utile anche in Senato.

SCHITTULLI. Siamo disponibili senza alcuna riserva. Per citare un esempio: nel febbraio 1990 inviai una lettera ufficiale (rivestivo la carica di presidente della sezione provinciale di Bari della Lega contro i tumori) all'allora presidente della Federazione italiana gioco calcio, onorevole Antonio Matarrese, per chiedere se fosse stato possibile riservare un'area dello stadio San Nicola, allora in costruzione, ai fumatori. Vale per i ragazzi che non fumano: quando si recano allo stadio possono essere circondati da persone che fumino ininterrottamente. Non mi è stata data risposta, anche se si trattava di una problematica salutare da prendere in considerazione.

ARCIDIACONO. Ringrazio la Commissione per l'opportunità data alla Lega italiana per la lotta contro i tumori di far sentire la sua voce. Cercherò di integrare l'intervento del professor Schittulli, ricordando innanzi tutto che la Lega italiana per la lotta contro i tumori non è solo la più antica istituzione italiana in campo oncologico, risalendo al 1922, ma è anche l'unico ente pubblico che opera in tale campo. Stando a

quanto indicato nella relazione della Corte dei conti, rappresenterebbe anzi un modello ideale essendo la sede centrale un ente pubblico e le sezioni provinciali assimilabili a organismi di volontariato. Si realizzerebbe quindi quel *mix* di pubblico e di privato che darebbe ottimi risultati. Forse è un po' irriverente, ma vi invito a soffermarvi sulle relazioni della Corte dei conti sull'attività dell'ente nel corso dei vari anni: veri e propri peana per il lavoro che l'ente riesce a svolgere pur in carenza di risorse e di personale.

Ciò premesso, mi soffermerò, ad integrazione di quanto rilevato dal professor Schittulli, sul fumo. L'obiettivo della Lega sarebbe quello di addivenire a un mondo senza fumo, dove non avendo iniziato non si dovrebbe smettere di fumare. Abbiamo stipulato una convenzione con il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca scientifica per effettuare interventi più organici nelle scuole, con ciò intendendo non azioni sporadiche, affidate ad insegnanti che non sono pronti a trasmettere certi messaggi, probabilmente non per propria colpa. Non mi riferisco solo al fumo ma anche a certi principi di corretta alimentazione e a una serie di problematiche totalmente ignorate quando gli attuali insegnanti frequentavano i banchi delle scuole.

Ciò premesso, la Lega contro i tumori non può ignorare coloro che già fumano. A tal fine, in collaborazione con il Ministero della salute e con l'Istituto superiore di sanità, ha messo a punto i gruppi per la disassuefazione dal fumo. Il professor Schittulli si è soffermato sugli operatori, richiamando i corsi che organizziamo per i futuri conduttori dei gruppi. Detti gruppi, basati su una tecnica psicologica che esclude il ricorso al supporto farmacologico, producono ottimi risultati. Al termine di ogni corso circa l'80 per cento di fumatori smette di fumare.

Il valore aggiunto è dato dalle iniziative che la Lega italiana per la lotta contro i tumori ha posto in essere in tutte le Province italiane, da Bolzano ad Agrigento. Le attività non sono concentrate in alcune aree ma si svolgono su tutto il territorio nazionale, anzi, accanto alle sezioni provinciali, nei maggiori Comuni della Provincia, sono istituite delegazioni e referenti della Lega, con il compito di organizzare, ad esempio, i corsi per smettere di fumare.

Attraverso una linea verde un'*équipe* di medici, psicologi, giuristi e biostatistici fornisce tutte le informazioni possibili ed immaginabili sul fumo.

Oltre agli interventi nelle scuole operiamo anche presso le Forze armate per cercare di diffondere una cultura della salute che si contrapponga alla cultura del fumo purtroppo molto diffusa.

Nel corso della nostra esperienza ci siamo accorti che alcune campagne genericamente indirizzate a tutti non sortiscono la stessa efficacia delle campagne mirate, ad esempio, ai giovani, alle ragazze e a categorie particolari di cittadini. Per questo, anche se la lotta contro il fumo ha avuto inizio negli anni Sessanta, cerchiamo di circoscrivere sempre più i *target* delle nostre campagne.

Il professor Schittulli ha citato la Giornata mondiale senza tabacco che ricorre il 31 maggio per iniziativa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Siamo l'unico ente in Italia che celebra questo appuntamento cercando di adattare la visione terzomondista dell'OMS alle circostanze italiane.

Assumiamo alcune iniziative in collaborazione con altri organismi. Con il Collegio delle ostetriche, ad esempio, abbiamo organizzato una campagna sul territorio nazionale per convincere le donne in gravidanza a non fumare. La Lega contro i tumori e il Collegio delle ostetriche organizzano corsi e manifestazioni in tutta Italia per condurre un'opera di sensibilizzazione su questa particolare condizione della donna.

Sono state stipulate molte convenzioni a livello centrale con l'ENI, l'Enel, la Tim, l'Ansa, l'ENPACL, la Colgate e la Johnson & Johnson. In altri termini, se le montagne non vanno da Maometto, noi stessi ci rechiamo nelle loro sedi ad organizzare corsi per smettere di fumare e percorsi individuali. Se qualcuno per una certa refrattarietà al lavoro di gruppo o per esigenze lavorative familiari non può seguire i nostri corsi o quelli organizzati nella sua azienda, siamo in grado di proporre percorsi individuali.

Consegno agli atti della Commissione tutta la documentazione che attesta queste nostre affermazioni.

MANGIARACINA. Visto che sono anche l'autore del libro «La prevenzione del tabagismo», vorrei fare una postilla alla premessa: la correlazione esistente tra tabagismo e tumore della mammella. Il tabacco è correlato alla mortalità generale per tumori, malattie cardiovascolari e altre patologie. Esiste una correlazione di fondo fra tabacco e tumore della mammella? Ebbene, la risposta è sì. Come specialista in salute pubblica mi occupo proprio di queste correlazioni e sento di poter affermare che esiste una correlazione anche se, naturalmente, non elevata come nel caso del tumore del polmone.

Ci stiamo interrogando su quali siano gli elementi che inducono la mortalità generale per tumori; siamo arrivati ad alcune conclusioni fra cui la radioattività del tabacco. Su questo punto si sa poco e bisogna per ciò incentivare l'informazione. Le partite di tabacco esaminate da una ricerca dell'ospedale Sant'Orsola di Bologna hanno dimostrato una quantità di radio nuclidi tale che un fumatore di 20 sigarette al giorno è come se si sottoponesse a 300 radiografie l'anno. Trattandosi di un dato estremamente allarmante, stiamo proseguendo questi studi che ci consentono di spiegare questi indici di correlazione.

Nel caso della donna vi è anche un altro aspetto allarmante: il tumore al polmone, che trent'anni fa non colpiva il sesso femminile, è oggi presente e con una percentuale che in America ha già superato il cancro della mammella. In Italia non si sono ancora raggiunti questi livelli; ci auguriamo di non superarli mai. Attraverso l'opera di informazione, di divulgazione e di intervento della Lega contro i tumori speriamo almeno di fermare la strage.

DI GIROLAMO (*DS-U*). Cercherò di formulare alcune domande mirate. Ieri la Commissione ha licenziato il documento conclusivo dell'indagine conoscitiva sui fenomeni di denatalità, gravidanza e puerperio in Italia. La connessione fra l'aver meno figli e l'aumento del tumore mammario è un dato acquisito. Gradirei però qualche informazione statistica sull'andamento reale di tale connessione.

Mi sono laureato in medicina 27 anni fa; ai miei tempi l'autopalpazione era ritenuto il metodo principe. Alla luce dei dati riferiti dal professor Orecchia il 31 per cento dei tumori non palpabili vi arrivano all'attenzione grazie alle metodiche di *screening* strumentale. L'autopalpazione rimane ugualmente un metodo da diffondere oggi o l'acquisizione di metodiche come la mammografia e l'ecografia fanno ritenere tale sistema superato?

Il miglioramento delle metodiche diagnostiche ecografiche, grazie all'evoluzione delle apparecchiature, può far prevedere un'inversione dell'ordine degli esami cui sottoporsi? In altri termini è possibile procedere prima all'ecografia e poi alla mammografia, contrariamente a quello che generalmente si fa oggi? Anche se sappiamo che la quantità di radiazioni è modestissima, non va trascurata la paura che di ciò hanno le donne che si sottopongono a ripetuti esami mammografici.

Se ho ben capito la radioterapia intraoperatoria renderebbe non necessari i cicli di radioterapia postoperatorio, con un vantaggio notevolissimo per la paziente e per il sistema sanitario. La diffusione di questa metodica è ostacolata solo dalla mancanza di un numero adeguato di radioterapisti o esiste un problema strutturale vero e proprio (conformazione delle sale operatorie con protezione degli operatori dalle radiazioni, costo degli apparecchi, eccetera)?

Infine, è più difficile la ricostruzione della mammella con l'irradiazione intraoperatoria o la situazione è ulteriormente migliorata trattandosi di dosi più basse?

BIANCONI (*FI*). Innanzi tutto ringrazio i nostri ospiti per le informazioni che ci hanno fornito e soprattutto per la grande speranza che ci hanno trasmesso. Ho alcune domande molto mirate da rivolgere di cui la prima è forse un po' provocatoria. Gli *screening* sono datati? O meglio, l'esperienza italiana, così diversificata e a macchia di leopardo, è collegabile alle *breast unit* conosciute a livello europeo? A chi consegniamo le *breast unit*? In Europa si è aperto un dibattito sul soggetto responsabile delle *breast unit* (senologo, radiologo, chirurgo, eccetera). Vorremmo conoscere la vostra opinione al riguardo. So che si tratta di una domanda provocatoria ma desideriamo affrontare l'argomento, stante l'attenzione anche del Ministero della pubblica istruzione.

Come sappiamo, si sottopongono a *screening* biennale le donne tra i 49 e i 65 anni. Abbiamo percepito nei vostri interventi la necessità di prevedere tale controllo con una frequenza diversa. Qual è oggi il protocollo migliore per uno *screening* efficace?

Una breve chiosa: il 27 ottobre abbiamo appreso dai giornali di una ricerca danese, effettuata su un campione piuttosto alto, dalla quale risulterebbe che per il tumore al seno sono più a rischio le donne alte e magre. Sembra che questa ricerca evidenzi il rischio soprattutto per le bambine che in fase preadolescenziale presentano un'altezza e una magrezza piuttosto elevate questa situazione può aumentare l'incidenza della patologia in esame?

BOLDI (LP). Una domanda brevissima forse un po' provocatoria. Nel corso delle audizioni e dei sopralluoghi sin qui svolti abbiamo verificato che, a parte alcuni punti di eccellenza, la distribuzione dei centri nel nostro Paese è davvero a macchia di leopardo. Ciò è dovuto solo a problemi di costi o l'assenza di strutture preventive in alcune Regioni è imputabile alla poca volontà e capacità umana? In altri termini, basterebbe elargire più finanziamenti o, pur in presenza di maggiori risorse, la situazione rimarrebbe immutata?

TREDESE (FI). Dopo i 40 anni sicuramente la mammografia è importantissima perché consente di individuare il 30 per cento di casi di tumore del seno. Anni fa le linee guida indicavano un'età più avanzata per lo *screening* mammografico. Il nostro principale problema è trovare quante più pazienti possibili. La macchia di leopardo esiste, ci piacerebbe conoscerne i dati. Conosco bene quello che avviene a Milano, ma si tratta di una realtà troppo limitata. Sta di fatto che, in Italia, non esistono altre strutture che praticano la radioterapia intraoperatoria.

Ciò premesso, il nostro auspicio è che la vostra metodica – che, ancorché semisperimentale, produce risultati statistici validi in termini di sopravvivenza – sia esportata anche in altre aree d'Italia attraverso un passaggio di esperienze.

L'autopalpazione molte volte è difficile, talvolta addirittura pericolosa per la paziente che, non percependo nulla, non agisce e interviene solo quando individua la massa tumorale ha superato i due centimetri. Uno *screening* meno costoso, più valido e più diffuso come l'ecografia, pur con i limiti che ha, potrebbe aumentare la percentuale delle diagnosi precoci?

SCHITTULLI. Ringrazio tutti per le domande rivolte, cercherò di rispondere in maniera sintetica.

L'autopalpazione non è una metodica principe. La mammografia trova validità assoluta dai 40 anni in su ed anche oltre i 70 anni. Per la ricostruzione della mammella esiste in molte Regioni il problema del *ticket* inerente il costo delle protesi. Ideale sarebbe istituire una *breast unit* per ogni Regione. Oltre al centro del Policlinico di Bari, esiste per esempio un Dipartimento donna omnicomprensivo all'Istituto oncologico di Bari e saremmo onorati di una Vostra visita ispettiva senza preavviso alcuno.

La denatalità rappresenta certamente un fattore di rischio per lo sviluppo del cancro della mammella. Gli *screening* costano, ma spendere in salute è sempre un investimento; basterebbero la volontà, la capacità degli uomini ed un buon senso comune.

LATTANZIO. Come ha già osservato il professor Schittulli, l'autoesame non costituisce assolutamente un metodo che abbia validità diagnostica. Statistiche mondiali trasversali hanno chiaramente dimostrato che le donne sentono verso questo metodo una cancerofobia, per cui si rifiutano di praticarlo. In altri termini, è un modo per conoscere la propria fisicità. Continuare a parlarne per indurre la donna a toccarsi e controllarsi ha una validità culturale come premessa alla vera diagnosi precoce. Come strumento di diagnosi non serve a nulla anzi fa paura.

Mammografia ed ecografia non sono invertibili perché l'ecografia ha un tasso di falsi negativi e di falsi positivi insostenibile in termini di costo biotico. Anche se è meno sensibile rispetto alla struttura mammaria delle giovani donne, pur tuttavia il divario tra falsi positivi e falsi negativi dell'una rispetto all'altra non consente, ahimé, inversioni di ruoli. Una notizia positiva: il problema delle dosi in mammografia non esiste da circa vent'anni.

Su *screening* e centri di senologia spendo qualche parola in più. Gli *screening* sono stati e sono strumenti incredibili che hanno rivoluzionato molti aspetti del cancro mammario, in termini sia di diagnosi sia di terapia. Detto questo, è pur sempre un modello nato negli anni Sessanta, che ha prodotto una solidità ma che dopo quarant'anni mostra oggettivi limiti, non foss'altro per il fatto che la migliore delle mammografie, effettuata dal miglior tecnico di radiologia (sono radiologo) e letta dal migliore radiologo senologo, ha un tasso di falsi negativi riconosciuto a livello mondiale pari al 15-20 per cento, pur essendo la metodica diagnostica di più alta sensibilità e specificità.

Si parlerà altrove di aspetti economici. Piuttosto che convocare le donne solo per la selezione mammografica e per completare gli esami, dopo quarant'anni ci si chiede a livello europeo se non sia il caso che le donne possano effettuare nell'unità di tempo tutto l'*iter* diagnostico che riduca al minimo falsi negativi e falsi positivi. Indiscutibilmente l'ecografia, soprattutto negli ultimi dieci anni, consente di individuare lesioni minime che a volte non si vedono con la mammografia. Si tratta di strumenti che, per fortuna, presentano possibilità e limiti diversi.

L'aspetto fondamentale è l'integrazione diagnostica che fa il singolo radiologo. Molte volte a leggere la mammografia di base è un radiologo che rimanda a un altro radiologo il completamento della diagnosi; *tot capita tot sententiae*, è umano che ci siano ritardi o diversità di opinioni. Lo *screening* deve continuare nelle aree geografiche dove ha solidità. Non solo io ma molti altri radiologi senologi in Europa e nel mondo sono dell'idea di implementare gli *screening*. Quanto alla loro frequenza, il protocollo rigido di esame dopo 24 mesi (in Inghilterra addirittura dopo tre anni) non è assolutamente proponibile in termini biologici.

Tutti sappiamo che il cancro del seno ha una biologia diversa e che anche la mammella da studiare presenta una differente struttura. Come succede di fatto, anche se molti screenisti non lo dicono ma per fortuna lo fanno, il *rescreening* va connotato alla difficoltà dell'esame della mammella. Se si sa in partenza che la mammella è densa e che si può sbagliare magari perché la donna ha quaranta anni, si prescrive un nuovo esame a 12 massimo 18 mesi, come confermano gli screenisti svedesi che hanno iniziato per primi (Tabar e i suoi colleghi). Se la mammella è adiposa e si presuppone che la capacità di errore sia scarsa e la donna ha più di cinquanta anni, l'intervallo di 24 mesi è ammissibile. In altri termini, l'intervallo tra uno *screening* e l'altro va ritagliato sull'individuo.

Al momento attuale molte strutture diagnostiche anche di *screening* fanno esami non tutti a 24 mesi ma anche a 12-18 mesi; a Bari lo facciamo in funzione della biologia della mammella.

Sulle *breast unit* bisogna essere chiari e credo che tutti siano d'accordo: la senologia è la branca della medicina in cui è fondamentale la multidisciplinarietà, intesa come possibilità e dovere che ogni specialista (diagnosta, chirurgo, oncologo, radioterapista, anatomopatologo) collabori per parte propria dando il meglio di se stesso. Non è possibile pensare a una *breast unit* che possa avere istituzionalmente (come qualcuno ha ventilato, a caso un chirurgo, ma poteva essere un altro) un protagonista che abbia la responsabilità di un *iter* talmente complesso che deve essere per forza frammentato. Esistono oggettive motivazioni di qualità di diagnostica e di numeri: il radiologo vede una decina di donne, l'oncologo ne deve trattare cento, vivaddio, per fortuna! Il pensiero più diffuso è che la *breast unit* sia il coacervo di un'*équipe* che lavora insieme; la responsabilità può essere distribuita a seconda delle sedi locali ma tutti collaborano per lo stesso fine.

SCHITTULLI. Essenziale è che siano professionalità dedicate alla patologia tumorale mammaria. Un chirurgo che effettua 50 mastectomie in un anno non ha la «professionalità» del chirurgo che quotidianamente ed esclusivamente esegue interventi senologici.

LATTANZIO. È come il radiologo che legge 800 mammografie in un anno.

ORECCHIA. È già stato detto molto. La radioterapia intraoperatoria è uno dei possibili esempi di come la nuova tecnologia possa essere applicata per razionalizzare il panorama esistente ed indica com'è cambiata la presentazione della patologia mammaria con tumori sempre più piccoli. Detti strumenti vanno utilizzati secondo questa nuova filosofia. In questo modo si realizza un'ottimizzazione, un risparmio e si riducono le liste di attesa per altre patologie con investimenti che, tutto sommato, nell'ambito della medicina, sono compatibili, trattandosi di importi dell'ordine di un milione-un milione e mezzo di euro per ogni apparecchio. Se si fa un con-

fronto con altri capitoli di spesa della sanità mi sembra vi sia una certa compatibilità.

Trattandosi di aspetti che, come è stato sottolineato, presentano ancora una componente di ricerca clinica, è importante – se posso permettermi – che vi sia la sensibilità politica di verificare, attraverso progetti speciali, la reale trasferibilità di questi metodiche nell'ambito del Sistema sanitario nazionale. Questo vale per la radioterapia intraoperatoria, per la stereotassica e per tutti gli schemi alternativi che sconvolgono una tradizione di cento anni di radioterapia. Varrebbe la pena verificare questi aspetti, atteso il notevole impatto che possono avere sulla qualità della vita della paziente e sul sistema economico. Andrebbe valutata la trasferibilità nella pratica quotidiana con gli strumenti che ritenete più opportuni.

Sono assolutamente d'accordo sul fatto che non esiste un solo modello di *breast unit*. Deve essere privilegiata la competenza e tutte le figure professionali devono avere un percorso accreditato, come è avvenuto per i radioterapisti. Credo che tutti gli specialisti si siano preoccupati di quest'aspetto. Occorre che la *breast unit* raccolga le massime competenze e la massima *expertise* al proprio interno. Se si tratta poi di un'unità funzionale e strutturale può variare in rapporto alle differenti situazioni. Sono comunque percorsi non facili da organizzare. Prima di arrivare a Milano ho lavorato quasi 20 anni a Torino dove creammo, circa vent'anni fa, il primo gruppo interdisciplinare testa-collo, su sensibilità individuali che ora sono comuni ma che vanno stimulate e verificate nell'applicabilità.

LUINI. Non ho altro da aggiungere perché condivido pienamente quanto hanno osservato il professor Lattanzio e il professor Orecchia a livello sia di diagnosi sia di centri di senologia. Non si può prescindere oggi da una forte collaborazione a livello diagnostico e terapeutico. Il trattamento è talmente articolato che le competenze devono necessariamente fondersi e lavorare sempre più assieme.

PRESIDENTE. Ringrazio i nostri ospiti.

Dichiaro conclusa l'audizione e rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva in titolo ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 15,25.

SENATO DELLA REPUBBLICA

XIV LEGISLATURA

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

INDAGINE CONOSCITIVA
SULLE INIZIATIVE DI PREVENZIONE DEL
TABAGISMO E DEL TUMORE AL SENO IN ITALIA

7° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 15 DICEMBRE 2004

Presidenza del presidente TOMASSINI

Cedo ora la parola al dottor Zauli, che è il direttore creativo dell'agenzia «Unica».

ZAULI. Riassumerò ciò che nel documento, che consegniamo agli atti della Commissione, è trattato in maniera più estesa e dettagliata.

La nostra analisi parte dalla circoscrizione delle nostre aree d'intervento legate, com'è ovvio, ai linguaggi della comunicazione. Abbiamo evitato di ampliare la nostra ricerca, riservandoci di analizzare l'esistente e di avanzare proposte stimolanti sugli elementi di comunicazione contenuti in una campagna contro il fumo.

Trattare una campagna di questo genere come un prodotto non deve apparire riduttivo. In realtà, partiamo dal presupposto che i messaggi diretti ai *target* di nostro interesse devono sposare i linguaggi propri della comunicazione. Chi ci ascolta è continuamente provocato da messaggi di comunicazione pubblicitaria di un determinato tipo. Di qui, la convinzione che i passaggi metodologici debbano essere quelli tipici della comunicazione pubblicitaria.

Il fumo oggi non gode di un'immagine vincente soprattutto a causa della maggiore sensibilità verso la salute della popolazione. La figura di Humphrey Bogart con la sigaretta in bocca, che trionfava nei cinema 50 anni fa, oggi non è più vincente. La rinnovata sensibilità salutistica ed ecologica della popolazione non è, però, un argomento sufficiente su cui far leva.

D'altro canto, le multinazionali dei tabacchi per proporre i loro valori ricorrono ad *escamotage* che fanno breccia sulla popolazione giovanile. Sicuramente il «non fumatore» e l'ondata salutistica poc'anzi ricordata non rappresentano un modello su cui stabilire la comunicazione.

Le campagne finora analizzate sono sempre state molto generiche, grandangolari e soprattutto hanno criminalizzato il fumatore senza porre l'accento su ciò che secondo noi rappresenta l'argomento più importante: i danni arrecati dal fumo. Una buona campagna contro il tabagismo dovrebbe fornire validi motivi per innescare un processo di inversione della sensibilità del fumatore partendo da una brevissima analisi, che nel nostro documento abbiamo definito «percezione del rischio».

Ci si trova di fronte a un paradosso: tutti sanno che il fumo fa male ma continuano a fumare perché generalmente portati a sottovalutare e rimuovere i rischi a basso impatto. Un messaggio pubblicitario efficace deve intervenire sulle dinamiche di percezione del rischio. Tendenzialmente si sottostimano i rischi più lontani nel tempo per porre l'accento su quelli più roboanti anche se magari meno dannosi per la popolazione.

La familiarità del gesto legato alla sigaretta ne crea una sorta di indennità; è proprio questo uno degli argomenti su cui bisogna opportunamente incidere. I nostri sforzi dovrebbero essere mirati all'interruzione di un circolo vizioso ormai consolidato sulla valutazione blanda degli effetti del fumo. Bisogna segmentare il *target* d'intervento partendo dalle dinamiche del rischio. Abbiamo individuato due grandi gruppi: i fumatori cosiddetti maturi, che sono quelli consapevoli; i giovani in età da prima

sigaretta. Poste le difficoltà ad incidere sui fumatori maturi e consolidati, non resta che concentrare l'attenzione sul secondo *target*.

L'induzione al fumo della prima sigaretta non è frutto di una scelta di libertà, essendo i giovani fortemente condizionati da motivazioni sociali esterne e interne. Il fumo appaga, dà senso di sicurezza e la nicotina produce gli effetti a tutti ben noti. Fra le percezioni sociali, ricordo i messaggi delle multinazionali del fumo che trovano larghissimo spazio nelle sponsorizzazioni delle gare automobilistiche, motociclistiche e sportive, di cui i giovani sono i principali frequentatori. È importante porre l'accento sulla scelta dei linguaggi. Le campagne sino ad ora prese in esame utilizzano un linguaggio troppo edulcorato, oserei dire paternalistico, privo di qualsiasi forza di incidere, graffiare e lasciare il segno.

In allegato al nostro documento sono riportati alcuni *slogan*, su cui non mi soffermo perché certamente a voi note.

È importantissimo analizzare il linguaggio dei giovani che comunicano tra loro con terminologie e espressioni ben determinate. Altrettanto rilevante, nel comunicare con i giovani, è utilizzare i loro linguaggi senza scimmiottarli o impadronirsene in maniera banale ma comprendendone i meccanismi interni ai fini di una mirata percezione del messaggio.

Accenno solo brevemente al fatto che i messaggi verbali hanno dimostrato nel tempo la loro inefficacia. Si parla adesso dell'inefficacia dei messaggi sui pacchetti delle sigarette, perché sono sempre gli stessi e la reiterazione genera un'inflazione del messaggio. Nel nostro documento citiamo un'indagine interessante del Sistema sanitario canadese, che ha verificato come il messaggio visuale sui pacchetti delle sigarette sia molto più forte del messaggio di tipo letterale; in Canada si è arrivati a coprire fino al 60 per cento della superficie del pacchetto di sigarette con messaggi visuali e in continuo cambiamento.

Sottolineo l'importanza del cambiamento del messaggio, perché – come ho prima rilevato – la reiterazione genera inflazione e assuefazione con la conseguenza che il messaggio non viene più visto.

Spesso in Italia si è ritenuto che un messaggio molto diretto fosse troppo crudo e allontanasse l'uditorio da ciò che si vuole comunicare. Nei Paesi anglosassoni, in cui la comunicazione è sicuramente più avanti che nel nostro Paese, non si ha paura di affrontare il rapporto fumo-morte in maniera diretta. Nel nostro documento troverete qualche esempio interessante di come il binomio stretto fumo-morte sia trattato con gradevolezza, alle volte anche con ironia; comunque, non è mai lasciato da parte, rimane sempre l'obiettivo primario delle campagne.

È nostra precisa responsabilità di comunicatori capire intensamente queste dinamiche e utilizzare con intelligenza i meccanismi del linguaggio per non essere anacronisticamente sottovalutati.

Il ruolo delle Istituzioni, in questo caso, è primario. Il proliferare in Italia di molte iniziative generate da soggetti più diversi ha fatto nascere una serie di campagne non solo inefficaci ma dannose, avendo messo in circolazione molti messaggi non coordinati fra loro ed inefficaci perché non formulati da persone adatte o particolarmente specializzate in questo

genere di comunicazione. In questo contesto il compito delle Istituzioni è fare da regia ad un piano nazionale d'intervento in questo sistema, non tarpando le ali alle iniziative locali, ma sicuramente sorvegliandole e coordinandole, affinché i linguaggi e i messaggi arrivino ad una comune sinergia.

A nostro parere la lotta al fumo va trattata come un prodotto, usando quindi adeguate tecniche di divulgazione, ricercando l'efficacia pubblicitaria del messaggio e utilizzando la semantica delle provocazioni commerciali che influenzano e condizionano tutti i giorni il nostro uditorio. L'efficacia del messaggio è strettamente legata alla capacità di fornire motivi in grado di innescare un processo di inversione del comportamento, facendo leva sull'impatto emotivo del rischio e soprattutto sulle sue implicazioni per la salute. Occorre abbandonare i messaggi che adottano un tono eccessivamente didascalico, che non sono mai riusciti ad incidere nel profondo e che sono stati percepiti sempre in maniera paternalistica. È necessario capire intimamente la sintassi dei linguaggi giovanili, che sono il *target* principale della nostra azione di comunicazione. E' nell'intervento sui giovani – come li abbiamo definiti – in età di prima sigaretta che si gioca la possibilità, non a breve ma a lunghissimo periodo, di fare comunicazione in maniera efficace. Da questo punto di vista è opportuno concentrare gli sforzi con una comunicazione non sporadica ma continuativa, atteso che le generazioni si riaffacciano continuamente a questo tipo di stimolo.

È, altresì, importante progettare azioni omogenee sul territorio, in accordo alle indicazioni europee e basandoci sui dati forniti dall'Organizzazione mondiale della Sanità.

Un'altra misura efficace è spostare la centralità dei messaggi dalla criminalizzazione del fumatore, quindi dell'attacco personale, alla negatività del fumo sia attivo che passivo, creando, nel contempo, uno sbarramento efficace e forte contro gli *escamotage* delle multinazionali del tabacco sulla proliferazione dei messaggi non diretti, ma comunque legati al mondo della sigaretta.

PASSANISI. Signor Presidente, onorevoli senatori, in occasione dell'incontro odierno ho scritto una breve memoria che consegno e che affronta entrambi gli argomenti della prevenzione del tabagismo, l'abitudine al fumo, e del tumore al seno. Affronto inizialmente assieme queste tematiche perché l'aspetto della prevenzione, a prescindere dall'oggetto della comunicazione, presenta un contesto strutturale abbastanza simile, nel senso che gli interventi di comunicazione sociale, quale che sia l'argomento, hanno per natura e definizione un carattere educativo e non prescrittivo.

Naturalmente, la prescrizione può essere usata a livello di normativa e di regolamentazione, ma quando si parla di comunicazione l'intervento prescritto è destinato al fallimento, poiché qualsiasi intervento diretto destinato alla proibizione o all'imposizione di un comando genera una risposta nella percezione di tipo negativo, che annulla alla radice qualsiasi si-

gnificato del messaggio. Questo fenomeno è ben conosciuto, posto che studi approfonditi sono stati condotti su questi argomenti in tutti i Paesi del mondo occidentale, dagli Stati Uniti, alla Germania, alla Francia, ai Paesi scandinavi e in Italia stessa. Possiamo per ciò considerare un dato assodato che le campagne di carattere sociale e di comunicazione devono convincere.

Trattandosi di interventi di carattere educativo, non ci si può neanche aspettare di raggiungere obiettivi importanti e significativi semplicemente con delle campagne tradizionalmente di carattere pubblicitario, perché questo tipo di intervento ha una funzione – così come si dice in gergo – di copertura, vale a dire di comunicazione immediata dell'argomento del quale si vuol parlare; ma sicuramente per sua natura, dati i mezzi che usa, non può incidere in maniera articolata. Una campagna di tipo educativo sicuramente richiede interventi nell'ambito di quella che noi addetti ai lavori chiamiamo comunicazione integrata. Mi riferisco ad interventi che usino varie leve della comunicazione, sia alla pubblicità in senso classico, sia ad altri meccanismi che possono contribuire a formare un contesto che, quanto è più allargato e articolato, tanto più può incidere sul pubblico a *target* attraverso argomentazioni che si sorreggono le une con le altre.

Sicuramente sono raccomandabili interventi sul territorio come, ad esempio, l'organizzazione di convegni a tema, nel corso dei quali si discutono materie d'interesse per le problematiche di cui si sta ora parlando. Naturalmente a tali convegni devono essere invitate personalità nel campo scientifico che abbiano competenze particolari e vocazione alla divulgazione e degli *opinion maker*, vale a dire persone riconosciute come attendibili da largo pubblico e in grado di farsi ascoltare in modo convincente.

È poi raccomandabile che gli interventi siano veicolati attraverso le istituzioni territoriali esistenti. Gli interventi nelle scuole possono sicuramente produrre ottimi frutti sia per l'ambiente in cui s'inseriscono sia perché il pubblico giovanile rappresenta un *target* particolarmente significativo. Nelle scuole, nelle università, in qualsiasi comunità territoriale (caserme, collegi) si possono realizzare interventi di comunicazione di particolare efficacia. Questa rete territoriale rappresenta il contesto adatto per sostenere interventi di carattere pubblicitario vero e proprio, surrogati in maniera particolare ed approfondita e, per loro natura, più strutturati. Detti interventi consentono non solo di approfondire le problematiche ma anche di suscitare in modo migliore l'interesse e la curiosità del pubblico a *target*.

Se si scende nel dettaglio delle problematiche legate alla prevenzione, per quanto riguarda il fumo vi sono due aspetti tecnici da considerare in maniera altrettanto rilevante. La campagna di comunicazione integrata deve da un lato dissuadere da certi comportamenti, dall'altro persuadere ad assumere comportamenti diversi in quanto la prevenzione di un'abitudine (come quella al fumo o in un contesto completamente diverso del tumore al seno) comporta che l'individuo recepisca una serie di informazioni per affrontare singolarmente un particolare comportamento e una de-

terminata attitudine e per recepire una serie di stimoli, affinché cambi il complessivo stile di vita.

Analizzando singolarmente queste tematiche si corre il pericolo di considerare l'individuo da punti di vista molto ristretti, mentre le abitudini e i comportamenti sono il risultato di una serie di sollecitazioni, provenienti da un contesto generale che, se non sono analizzate in maniera olistica, non possono produrre i risultati attesi.

L'approccio che si può prevedere in campagne di comunicazione può presentare caratteri di drasticità e di assertività molto forti, giacché la problematica del fumo affronta negatività non solo dell'individuo ma anche dell'ambiente che lo circonda. Messaggi di tipo prescrittivo non hanno speranza di essere accolti; si può però utilizzare la leva dell'attenzione agli affetti. Dire a una donna che è pericoloso fumare per la propria salute può trasformarsi in un messaggio inefficace perché la destinataria potrebbe rivendicare il diritto a disporre della sua salute a proprio piacimento, apprezzando il fumo e assumendosi la responsabilità delle relative conseguenze. Tuttavia, dire a una donna incinta che accendere la sigaretta significa far fumare la creatura che porta in grembo genera un messaggio che produce, con molta probabilità, un effetto considerevolmente diverso. Potrebbe avere un impatto significativamente differente il solo ricordare che fumare in presenza dei figli può far male due volte.

Questi esempi servono a ribadire che, nel caso del tabagismo, il messaggio non può essere diretto e prescrittivo ma deve ricorrere a leve di tipo emotivo che premono non sulla persona interessata ma sul contesto sociale in cui il comportamento s'inserisce. In alcuni Paesi per incoraggiare la disaffezione al fumo sono state condotte campagne sul cosiddetto fumatore cortese, sottolineando come certi comportamenti provochino nei contesti sociali il fumo passivo che può recare danno agli altri, senza colpevolizzare direttamente il fumatore.

Nel caso di tumore al seno non è altrettanto semplice individuare in maniera drastica un messaggio di tipo assertivo, essendovi un legame diretto, non tanto con un comportamento specifico che può essere messo in correlazione con il rischio di contrarre la malattia, quanto con un complessivo stile di vita che ha a che fare con l'alimentazione e la cura di sé. Il carattere informativo di una campagna educativa per il tumore al seno può rappresentare certamente una leva importante, così come può essere rilevante il riferimento all'autopercezione del proprio corpo. Il seno è un organo del corpo femminile che rappresenta la chiave della percezione di sé. In tal senso potrebbe produrre risultati positivi fare leva sul rischio di esporre l'integrità del proprio corpo nelle parti in cui esso è maggiormente caratterizzante nel rapporto con gli altri.

CONTRI. Intervengo come Presidente di Pubblicità Progresso e come amministratore delegato di RAI Net, che è la società facente capo alla RAI che si occupa di Internet. Oltre a sviluppare teorie abbiamo già effettuato alcune campagne sull'argomento.

Pubblicità Progresso non ha mai realizzato una campagna istituzionale sul fumo, compito che è invece proprio del Ministero della salute; ha però offerto patrocini ad associazioni come l'AIRC e, recentemente, anche alla Fondazione Umberto Veronesi, con la quale ha attivamente collaborato nella recente campagna sui tumori del seno.

Dissentito parzialmente dall'affermazione che le campagne terroristiche abbiano maggiore successo di quelle assertive o, comunque, razionali. In verità, le campagne terroristiche determinano spesso atteggiamenti di rifiuto; non a caso le scritte riportate sui pacchetti di sigarette non sono più lette perché la maggior parte dei consumatori acquista custodie apposite che ne impediscono la lettura.

Una famosa campagna antidroga raffigurava personaggi con occhi bianchi; ebbene, molti psicologi dimostrarono che in quella immagine i ragazzi intravedevano un eroe negativo. Le rappresentazioni terrorizzanti non devono creare effetti contrari a quelli attesi. Rispetto alle campagne commerciali quelle sociali sono più difficili da realizzare perché, dovendo agire su motivazioni più profonde, rischiano di innescare modalità di rifiuto o di distacco tali da rendere il messaggio inefficace.

La campagna contro il fumo recentemente realizzata in collaborazione con la Fondazione Umberto Veronesi ha visto coinvolte alcune donne famose che hanno smesso di fumare. Comunicare un'esperienza concreta risulta più convincente di tante altre affermazioni.

Nella documentazione, consegnata agli atti della Commissione, è illustrata un'iniziativa molto interessante, realizzata con il finanziamento del Ministero della salute dal portale Internet di RAI.it che raccoglie un rilevante numero di utenti giovani. Intervenire su comportamenti diventati automatici è difficile. La dipendenza dal fumo ha una natura chimica oltre che psicofisica ed è inevitabile che con il passare del tempo le problematiche tendano ad aggravarsi. La campagna realizzata è stata destinata separatamente ai più piccoli e ai più grandi. La campagna dedicata ai più piccoli è inserita su Internet nel canale *Junior* e contiene una serie di spiegazioni descritte in modo divertente sulla bellezza che va in fumo e sui cervelli affumicati. Si affronta poi la problematica dell'aumento di peso conseguente alla cessazione del fumo e si indicano i gravi danni che esso produce sull'attività sportiva. Prendendo in prestito il linguaggio dei ragazzini, è stata creata una sezione intitolata «Se fumi non sei più figo». In riferimento a ciò che si fuma si affrontano i problemi che possono nascere con le ragazze e si parla anche dell'impotenza. Si indica come risparmiando 15 euro (l'equivalente del prezzo di tre pacchetti di sigarette) si può acquistare un DVD. Si citano esempi concreti e si fanno riferimenti specifici alle leggi italiane; si danno consigli su come dire no al fumo e si indicano dieci trucchi per smettere di fumare e alcune regole d'oro da rispettare dopo (alimentazione, movimento e respirazione). Attraverso giochi si stimolano i più piccoli a sviluppare un proprio atteggiamento sin dal momento in cui possono essere attratti dalla sigaretta.

L'attività svolta per i più grandi è più significativa. Si danno informazioni su sostanze come la formaldeide, la nicotina e il monossido di

carbonio; si riportano esempi di persone che hanno smesso di fumare; si elenca una serie di iniziative che suggeriscono come smettere di fumare, ricorrendo ad aiuti psicologici mirati e rispettando alcune regole di comportamento nel corso degli anni successivi; si sottolineano infine i risultati positivi conseguiti. Anche in questo caso non manca il richiamo all'impotenza. A Milano uno psichiatra organizza corsi per medici di base e giovani durante i quali dimostra, con fotografie dei tessuti, come si trasformano le gonadi dopo 20 anni di fumo. Visto che il sesso è fra i temi oggi di maggiore interesse, dimostrazioni del genere hanno senza dubbio una rilevante deterrenza.

Questo programma, accessibile via Internet, è collegato a una serie di iniziative presenti nei principali contenitori RAI, fra i quali mi limito a ricordare «Uno mattina», «La prova del cuoco» e «Domenica in». Si tratta di una campagna multimediale che coglie l'aspetto virtuoso del coinvolgere consumatori, utenti e telespettatori più giovani, intervenendo sugli adulti con messaggi segnatamente dedicati alle donne, alle madri in gravidanza e alla protezione dei minori.

Da ultimo, mi preme richiamare le *community* RAI che rappresentano il luogo multimediale in cui ormai circa 600.000 persone intervengono giornalmente, nella maggior parte dei casi, proprio su tali argomenti. I consumatori e i teleutenti sono stimolati a comunicare le loro esperienze scambiandosi informazioni e consigli.

SILVESTRINI. Intervengo in qualità di membro del Comitato nazionale per la bioetica che, su invito del Ministero della salute, ha predisposto un documento sul tabagismo che deposito agli atti della Commissione.

Ho ascoltato con particolare interesse quanto in precedenza riferito e condivido quasi tutte le considerazioni espresse. Mi soffermerò solo su alcuni aspetti. Da diversi anni la nicotina è catalogata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità tra le droghe; di conseguenza anche il fumo è una droga. È bene, quindi, affrontare il problema del fumo in un contesto più generale, traendo vantaggio dall'esperienza maturata per altri tipi di droghe. La droga è una sostanza che produce effetti piacevoli e desiderabili accompagnati però anche da effetti indesiderati sul piano individuale e sociale. Il tabagismo non è un caso unico e propone in maniera chiara la differenza tra effetti diretti ed effetti collaterali della droga. Nel caso specifico alcuni effetti collaterali potrebbero essere evitati non essendo legati alla droga in sé ma, ad esempio, al processo di combustione della nicotina che, come è noto, è cancerogeno; non a caso il ricorso ad altre modalità di assunzione della sostanza consente di evitare tali rischi.

In termini di politica sanitaria varrebbe forse la pena prestare più attenzione alle ricerche volte a limitare il danno piuttosto che a vincere la battaglia contro le droghe. Certamente, da questo punto di vista, è stato realizzato pochissimo.

Come farmacologo cito un esempio preciso: l'adozione dei filtri non ha ridotto l'incidenza del tumore ai polmoni; di qui la loro inefficacia. In passato fungeva da filtro lo stesso tabacco, che contiene molte sostanze

biologiche ed enzimi che hanno una forte capacità di rendere inattivi i prodotti della combustione; tale aspetto però non è stato sufficientemente considerato sul piano scientifico e della ricerca.

Altro aspetto sul quale vorrei focalizzare l'attenzione è che tipicamente il fumo pone il problema dell'alternativa tra proibizionismo, in senso generale e non solo come campagna, e liberalizzazione. L'esperienza acquisita nel campo delle sostanze stupefacenti mostra che la disponibilità di una droga ne aumenta il consumo: è un aspetto implicito nelle caratteristiche delle droghe. Norme tendenti a limitare la possibilità di fumare, come quelle recentemente attuate, vanno viste in senso positivo.

Ho l'impressione che ci si stia dimenticando un po' troppo che lo scopo primario della medicina non è la cura dei tumori, ma la loro prevenzione. Il problema della droga in genere, e del tabacco nello specifico, dovrebbe essere considerato con molta più forza nell'ambito delle politiche sanitarie, scientifica e di ricerca. Ho recentemente partecipato ai lavori della commissione della salute del CNR e ho fatto mettere a verbale il mio dispiacere perché, nel caso dei tumori, i fondi per la ricerca sono tutti destinati alla cura di questa patologia e si fa pochissimo per la prevenzione.

Tutto quello che è stato riferito da chi mi ha preceduto potrebbe avere un significato diverso e anche più forte se fosse considerato nell'ambito di una politica sanitaria che afferma, con più forza di quanto sia stato fatto finora, che lo scopo della medicina non dovrebbe essere la cura ma la prevenzione delle malattie.

BAIO DOSSI (*Mar-DL-U*). Ringrazio gli esperti che oggi hanno contribuito ad allargare il nostro campo di azione, così come era nostra intenzione, nel senso di conoscere accanto al tema della prevenzione anche i meccanismi comunicativi onde attuare una seria politica di prevenzione, avvalendosi anche di tali tecniche.

A questo proposito, si è parlato del modo diverso con cui viene affrontato il problema in Canada, Paese da noi lontano non tanto geograficamente quanto culturalmente. Conoscete l'esperienza di Paesi a noi più vicini? Penso a Paesi europei che hanno ottenuto risultati positivi grazie ad una comunicazione efficace non solo di tipo pubblicitario. Condivido che non ci si possa limitare solo all'aspetto pubblicitario; la pubblicità però conta soprattutto per la fascia giovanile della popolazione, meno per i fumatori più incalliti. M'interessa capire questo confronto e cercare di mutuare le esperienze positive che possono venire da altri Paesi.

BIANCONI (*FI*). Desidero ringraziare gli auditi, anche perché questa branca della comunicazione ci è particolarmente cara. Abbiamo affrontato diverse tematiche, dalla prevenzione alla conoscenza di vari aspetti relativi al tumore del seno e al tabagismo. La problematica relativa alla campagna di informazione è molto complessa ma anche molto delicata.

Dagli uditi esperti di comunicazione è venuta la sottolineatura dell'importanza di effettuare campagne di sensibilizzazione, anche se ho no-

tato alcune differenziazioni, che sono corse tra l'altro in parallelo. Personalmente condivido la necessità di far percepire non tanto il danno in forma terroristica quanto l'utilizzo di un linguaggio che possa essere percepito nella sua positività, che possa quindi accompagnare le persone in un ragionamento sull'atto del fumo.

Rispetto ad alcuni passaggi di comunicazione, per così dire, tradizionale dove era tutto fondato su un messaggio di tipo terroristico, mi sembra che anche in Italia alcuni linguaggi stiano cambiando. Mi ha impressionato in particolar modo – e vorrei sapere se si tratta di un aspetto condivisibile da parte vostra – la campagna americana nei riguardi delle donne che fumano. In realtà, è la componente femminile che sta aumentando l'uso del tabacco a dispetto della componente maschile per la quale l'uso sta calando. La campagna americana contro il fumo non fa tanto leva sul fatto che fumare può portare al tumore al seno e ai polmoni, quanto sul fatto che fumare avvizzisce la pelle rendendola più brutta ed opaca, così sottolineando gli effetti sull'aspetto esteriore piuttosto che su quello interiore. Può darsi che ciò sia il frutto di una società che sta mutando e che mostra maggiore attenzione all'apparenza esteriore piuttosto che problematiche gravi come le malattie cardio-circolatorie e i tumori. Sta di fatto che questa campagna sta riscuotendo un successo inaspettato. In Italia può essere utile cambiare linguaggio – necessità che avete più volte evidenziato – abbandonando i messaggi di tipo terroristico per valorizzare invece modelli quali quelli proposti negli Stati Uniti?

Il dottor Silvestrini è la prima persona che ha parlato della convivenza con la riduzione del danno. Vorrei che specificasse meglio il concetto che trovo molto calzante. Dopo aver sanzionato, terrorizzato, vietato il fumo sui treni, sta di fatto che si continua a fare i conti con lo zoccolo duro dei fumatori. Da questo punto di vista la riduzione del danno mi sembra estremamente pertinente e sarebbe molto utile per la Commissione se potreste fornire ulteriore documentazione al riguardo.

DANZI (*UDC*). Parlo da fumatore con tutti i sensi di colpa che l'essere anche medico comporta. È stata giustamente richiamata l'opportunità di concentrare l'attenzione sulla prevenzione. La proposta è giustissima, salvo porsi il problema molto serio di investire maggiori risorse e fornire informazioni e supporti medici, scientifici e psicologici a chi fuma e, pur potendo e volendo smettere di fumare, non è incoraggiato a farlo in maniera relativa.

Un esempio banale: alcuni mesi fa ho acquistato a Dublino un pacchetto di sigarette pagandolo esattamente il doppio del prezzo italiano. Anche nel nostro Paese si potrebbe raddoppiare il costo delle sigarette e destinare gli introiti da ciò derivanti a fini terapeutici. I farmaci per fumatori attualmente in circolazione non sono a carico del Sistema Sanitario Nazionale. I centri preposti a tal fine sono pochi e il supporto per la terapia, non per la prevenzione, non è adeguato. Si tratta di aspetti tutti di fondamentale importanza. Togliere il vizio del fumo a un padre con

il vizio del fumo si sostanzierebbe in un'opera di prevenzione sugli altri componenti non fumatori del nucleo familiare di appartenenza.

Fatta questa premessa e posta la rilevanza dell'azione preventiva, sarebbe opportuno, anche in termini di costo-benefici, rivolgere maggiore attenzione ai fumatori inveterati e difficili da recuperare, finalizzando i maggiori introiti derivanti, ad esempio, dall'aumento del prezzo delle sigarette allo sviluppo delle terapie.

ZAULI. Le annotazioni svolte sono tutte pertinenti. Pur nella brevità e nella sintesi del mio intervento, è emerso il dato catastrofico relativo al linguaggio. Ricorrendo a un termine ormai inflazionato, in una fase di globalizzazione dei linguaggi in Europa si parla come in America e non emergono significative distinzioni anche se diverse sono le sensibilità. Nei Paesi anglosassoni sono caduti molti tabù che da noi hanno invece mantenuto sottotono la comunicazione. Il nostro documento riporta alcuni esempi da cui si evince che il messaggio, non dico terroristico ma diretto, sul rapporto fumo-morte ha prodotto risultati molto incisivi. Non significa fare terrorismo ma individuare linguaggi giusti per i *target* giusti, soprattutto se si tratta di giovani. Incidere sul fumatore consolidato sarebbe senza dubbio l'ideale; purtroppo però le ricerche condotte in tale ambito non sono confortanti e le energie economiche spese a tal fine non hanno prodotto i risultati sperati. Ovviamente ciò non significa abbandonare la battaglia contro il fumo; creare però un fuoco di sbarramento all'inizio, specialmente in una programmazione di lungo periodo, potrebbe produrre frutti notevoli. Si parla, infatti, di rapporto investimento-resa.

PASSANISI. La senatrice Bianconi ha chiesto un'opinione sulle campagne condotte in America a sostegno del mantenimento di determinate caratteristiche estetiche. Nella mia breve memoria ho cercato di soffermarmi su quest'aspetto. I comportamenti per essere modificati attraverso un'opera di comunicazione devono essere accettati spontaneamente. La comunicazione non può essere di tipo prescrittivo ma educativo in modo che chi ascolta abbia la sensazione di accettare spontaneamente i ragionamenti o le emozioni suggerite che condivide. Se ciò è vero, si farà leva sugli argomenti particolarmente importanti che sono il sostrato motivazionale degli atteggiamenti e dei comportamenti individuali. L'autopercezione della propria persona costituisce sicuramente lo zoccolo duro di tutte le motivazioni comportamentali. Una persona si autorappresenta e si accetta in determinati modi ovvero non si accetta e mette in moto alcuni comportamenti per accettarsi e avere la sensazione di essere accettata al meglio nel rapporto con gli altri.

La cura di sé nei Paesi della cosiddetta civiltà occidentale avanzata rappresenta uno degli argomenti che maggiormente incidono sull'attenzione e sulla motivazione degli individui. Appare positiva la rappresentazione estetica di un corpo sempre più curato. Si pensi, ad esempio, all'attuale successo delle creme cosmetiche che sono utilizzate indifferentemente da uomini e donne per spianare le rughe, idratare la pelle e dare

un aspetto più giovanile. In questo momento culturale la cura di sé e quindi dell'immagine positivamente proiettata verso la considerazione dei dettagli della propria persona riveste particolare interesse. Quindi, bene hanno fatto le persone che hanno concepito in questi termini la campagna di comunicazione condotta negli Stati Uniti.

Per raggiungere un obiettivo di comunicazione bisogna individuare le leve più significative che il pubblico percepisce senza frapporre resistenze. La comunicazione passa quando si abbassano le barriere individuali. Una serie di interruttori automatici presenti nel nostro cervello sollecitano l'attenzione su alcuni aspetti mentre la interrompono in presenza di argomenti non interessanti o di emozioni non gradevoli.

CONTRI. Condivido in pieno quanto poc'anzi affermato. Non mi limiterò ad esprimere considerazioni teoriche ma cercherò di riportare alcuni esempi concreti. Qualche anno fa in Inghilterra fu lanciata una nuova marca di sigarette il cui pacchetto nero riportava l'immagine di un teschio; le sigarette si chiamavano «Death» che significa «morte»; ebbene, nonostante tutto, riscosero fra i giovani un successo strepitoso. Ciò significa che l'attrazione per il rischio è fortissima e che il rifiuto porta a pensare: «tanto a me non capiterà mai». Parlare della morte e del tumore non serve, trattandosi di eventi che possono o meno avvenire; ciò vale a maggior ragione se si tratta di fumatore accanito.

La campagna citata dalla senatrice Bianconi è importante e significativa perché conduce a risultati immediati. A una donna interessa soprattutto avere una bella pelle fresca. Se si dimostra che il fumo rovina la pelle il centro di interesse si sposta; è il medesimo meccanismo che s'inseneca nel caso dell'impotenza che ho prima richiamato.

Le più importanti campagne commerciali non parlano più dei prodotti ma dell'essere *trendy* perché si appartiene a un certo mondo. Le campagne pubblicitarie della Nike non mostrano più le scarpe da ginnastica e quelle della Diesel non richiamano l'attenzione sui *jeans*, fanno bensì desiderare di appartenere a un mondo di originali, di sognatori; in altri termini, sollecitano il desiderio di essere *trendy*. Per questo motivo abbiamo adottato per i ragazzini l'espressione tra loro ricorrente «è più figo non fumare» perché equivale a essere *trendy*.

Le donne fumano di più perché hanno vissuto il fumo come un momento di emancipazione che significava anch'esso essere *trendy*. Si può smettere di fumare per essere *trendy*; ben vengano allora le campagne che mirano a risultati raggiungibili. Ovviamente, l'obiettivo finale è evitare il tumore e le malattie coronariche ma è questo il *brief* di una campagna che deve portare a risultati raggiungibili. Se si pensa di dimagrire o si decide di smettere di fumare ma il prezzo da pagare è troppo alto, il solo pensiero di non poterci riuscire rimuove immediatamente il messaggio lanciato.

SILVESTRINI. Un breve commento sulla riduzione del danno. L'approccio giusto è senza dubbio quello di porsi come obiettivo risultati rag-

giungibili. Bisogna avere sempre il senso della relatività perché un domani al posto del tabagismo ci sarà qualche altro fenomeno. Non posso parlare di comportamenti deviati essendo stato anch'io fumatore. Ad ogni modo, è condannabile ogni comportamento che si traduce in un danno verso la società più che verso se stessi, anche se continueranno a ripetersi sempre atteggiamenti di questo genere. La saggezza spinge a cercare di ridurre il danno e l'accento al fumo come droga aveva questo significato. Analoghe considerazioni valgono per le cosiddette droghe pesanti.

È necessario avere il senso della relatività e adottare una serie di misure che vanno dalla comunicazione alla ricerca. Essendo un ricercatore insisto sulla necessità di conoscere e approfondire i problemi. Il fatto che i filtri delle sigarette non abbiano sortito alcun effetto sull'incidenza del cancro polmonare testimonia l'inefficacia degli stessi; ebbene, questo è uno dei tanti aspetti che la ricerca dovrebbe analizzare.

PRESIDENTE. Dichiaro conclusa l'audizione e rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva in titolo ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 16.

SENATO DELLA REPUBBLICA

XIV LEGISLATURA

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

INDAGINE CONOSCITIVA
SULLE INIZIATIVE DI PREVENZIONE DEL
TABAGISMO E DEL TUMORE AL SENO IN ITALIA

8° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 19 GENNAIO 2005

Presidenza del vice presidente MASCIONI

INDICE

Audizioni di persone esperte su tematiche attinenti alla materia in esame

* PRESIDENTE	Pag. 189, 199, 202	* AMADORI	Pag. 189, 200, 202
* BIANCONI (FI)	198	* FERRAZZI	191, 200, 202
BOLDI (LP)	202	* MOSCONI	193, 201
		* ROSSELLI	196, 200, 201 e <i>passim</i>

N.B.: Gli interventi contrassegnati con l'asterisco sono stati rivisti dagli oratori.

Sigle dei Gruppi parlamentari: Alleanza Nazionale: AN; Democratici di Sinistra-l'Ulivo: DS-U; Forza Italia: FI; Lega Padana: LP; Margherita-DL-l'Ulivo: Mar-DL-U; Per le Autonomie: Aut; Unione Democristiana e di Centro: UDC; Verdi-l'Ulivo: Verdi-U; Misto: Misto; Misto-Comunisti Italiani: Misto-Com; Misto-La Casa delle Libertà: Misto-CdL; Misto-Lega per l'Autonomia lombarda: Misto-LAL; Misto-Libertà e giustizia per l'Ulivo: Misto-LGU; Misto-MSI-Fiamma Tricolore: Misto-MSI-Fiamma; Misto-Nuovo PSI: Misto-NPSI; Misto-Partito Repubblicano Italiano: Misto-PRI; Misto-Rifondazione Comunista: Misto-RC; Misto-Socialisti democratici Italiani-SDI: Misto-SDI; Misto Popolari-Udeur: Misto-Pop-Udeur.

Intervengono il professor Dino Amadori, primario di oncologia dell'Ospedale Pierantoni di Forlì, il professor Enrico Ferrazzi, direttore della Clinica ostetrica e ginecologica – Dipartimento di Scienze cliniche dell'Istituto Sacco – Università degli studi di Milano, la dottoressa Paola Mosconi, delegata europea del Forum italiano di Europa Donna, nonché capo unità di outcome research dell'Istituto di ricerche farmacologiche dell'Istituto Mario Negri di Milano ed il dottor Marco Rosselli, direttore sanitario e scientifico del Centro per lo studio e la prevenzione oncologica della Regione Toscana.

I lavori hanno inizio alle ore 14,10.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizioni di persone esperte su tematiche attinenti alla materia in esame

* **PRESIDENTE.** L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sulle iniziative di prevenzione del tabagismo e del tumore al seno in Italia, sospesa nella seduta dello scorso 15 dicembre 2004.

È oggi in programma l'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 *Forum* italiano di Europa Donna, nonché capo unità di *outcome research* dell'Istituto di ricerche farmacologiche dell'Istituto Mario Negri di Milano e del dottor Marco Rosselli, direttore sanitario e scientifico del Centro per lo studio e la prevenzione oncologica della Regione Toscana.

Rivolgo un saluto di benvenuto a tutti i nostri ospiti e cedo subito la parola al professor Amadori.

* **AMADORI.** Sarò breve per non sottrarre tempo ai colleghi che interverranno dopo di me. Nonostante i numerosi studi finora condotti, non esiste ancora un'evidenza conclusiva sul rapporto tra tabagismo e tumori del seno. Ad ogni modo, alcuni dati emersi significano l'opportunità di approfondire a livello di ricerca tale problematica.

Si possono comunque evidenziare alcuni aspetti del rapporto esistente tra tabagismo e carcinoma della mammella. Secondo gli studi più recenti, il fumo di sigaretta può determinare un aumento del rischio di cancro mammario nelle donne che hanno fumato per un lungo periodo e, soprattutto, nella fase precedente alla prima gravidanza (almeno cinque anni). In un recente studio pubblicato sulla rivista *Journal of National Cancer In-*

stitute, condotto su una popolazione di 116.000 insegnanti della California, sono emersi risultati importanti. In particolare, tra il 1995 e il 2000 sono stati registrati 2.000 casi di carcinoma della mammella. Il dato emerso da questa rilevazione necessita però di ulteriori conferme attraverso studi specifici disegnati per valutare più specificamente questo *endpoint* di una ricerca a carattere generale.

Si considerano fattori importanti sia l'intensità del fumo, vale a dire quanto fuma una persona quotidianamente (la misura è data dal numero di sigarette fumate in un giorno), sia la durata nell'arco della vita dell'abitudine al fumo. Un motivo che spiega le differenze esistenti tra i diversi studi (ve ne sono almeno 70) è il ruolo che nella realizzazione del rischio gioca la soggettività intesa come genotipo, quindi la cosiddetta predisposizione genetica. Alla base di questo, vi sono fondamentali caratteristiche genetiche che influenzano l'attività o meno di enzimi deputati a metabolizzare i prodotti che il fumo rilascia. In funzione della forte o scarsa attività di questi enzimi ad azione «detossicante», a parità di esposizione, può emergere o meno il rischio obiettivo di sviluppare un carcinoma. Questo può essere un importante elemento di studio per selezionare le fasce di popolazione su cui intervenire con un'adeguata educazione sanitaria.

Al di là di questi concetti fondamentali non v'è molto altro da aggiungere sulla relazione esistente tra tabagismo e carcinoma della mammella. A fronte di questi studi, che indicano un potenziale rischio e che in alcuni casi forniscono anche la prova del livello di rischio, che non è mai altissimo, ve ne sono altri che lo negano. È un aspetto da tener presente soprattutto per capire che tipo di indagine epidemiologica è oggi più adatta a studiare in maniera approfondita la problematica.

La tematica del fumo passivo è ancor più nebulosa. Esistono al riguardo dati contrastanti e sembra addirittura che vi sia un diverso livello di rischio tra donne in *post* e *pre* menopausa. Quest'aspetto sembrerebbe correlato a un effetto antiestrogenico del fumo stesso, che non può però essere considerato un efficace elemento protettivo in quanto il danno genotossico, dovuto alla numerosa quantità di sostanze mutagene cancerogene presenti nel fumo, prevale su quello antiestrogenico, vanificandone il potenziale effetto protettivo.

Quanto all'importanza della diagnosi precoce, ho con me i dati relativi al programma di *screening* attivo nelle 13 Aziende sanitarie locali della Regione Emilia Romagna. A Forlì è operativo il registro tumori della Romagna, che è riferito alle Province di Forlì-Cesena, Rimini e Ravenna e che permette di monitorare l'impatto dello *screening* sulla popolazione. L'attività di *screening* è iniziata tra il 1996 e il 1998 e sino ad oggi ne sono stati effettuati tre *round*. A tale *screening* hanno ad oggi aderito 330.000 donne su un totale potenziale di 500.000, con un'adesione dunque di circa il 65 per cento. Come tutti gli *screening* anche questo ha prodotto un aumento dell'incidenza del carcinoma della mammella, potendosene individuare un numero superiore in fase precoce. I dati più interessanti sono relativi all'impatto dello *screening* sul trattamento delle pazienti.

A conclusione del primo *round* di *screening* le donne sottoposte a intervento conservativo, senza l'asportazione dei linfonodi del cavo ascellare, erano solo il 15 per cento; quindi, su 100 donne sottoposte a quadrantectomia, solo per 15 non si procedeva allo svuotamento del cavo ascellare. Al terzo *round* la percentuale è salita al 43 per cento, il che significa che l'impatto conservativo dello *screening* è stato molto importante. Di converso, le donne sottoposte a intervento conservativo con linfoadectomia ascellare si sono ridotte dal 60 al 40 per cento. Oggi gli interventi non conservativi si verificano solo nel 17 per cento della popolazione femminile affetta da carcinoma mammario. Oltre al potenziale impatto sulla sopravvivenza e riduzione di mortalità che gli *screening* debbono produrre per non fallire il loro obiettivo primario, i dati che ho testé riferito sono estremamente interessanti perché indicano il netto miglioramento della qualità della vita delle nostre pazienti.

La sopravvivenza a cinque anni nella popolazione della Romagna nel primo studio EURO CARE risultava pari all'85 per cento: il livello più alto di sopravvivenza libera da malattia a cinque anni in Europa. Il secondo studio ha confermato tale dato. Nel primo studio la sopravvivenza nelle aree del Centro-Nord d'Italia era significativamente inferiore rispetto alle più alte medie europee. L'ultima determinazione evidenzia, con nostro piacere, come questa tendenza si sia invertita e come i tassi di sopravvivenza liberi da malattia a cinque anni si avvicinino molto alle più alte medie europee. Purtroppo, il Meridione continua ad essere penalizzato e sarebbe opportuno impegnarsi a fondo in questo ambito affinché la situazione migliori.

FERRAZZI. Signor Presidente, sono in linea con quanto sinora esposto. Vorrei esprimere però alcune considerazioni di carattere generale. La prima concerne le premesse metodologiche, vale a dire come noi clinici e ricercatori misuriamo l'impatto di una sostanza nociva sulla salute. E' una procedura molto semplice che ingenera però grandi confusioni, soprattutto tra la stampa divulgativa, la ricerca e il paziente.

La seconda considerazione riguarda invece l'informazione. Oggi molti dei potenziali pazienti si informano via Internet. Sulla rete però le informazioni sui tumori al seno sono povere e i siti istituzionali sono troppo noiosi e burocratici per rendersi appetibili alla massaia di Forlì che accede al *computer* del figlio.

Si può capire se esiste una relazione tra un fattore di rischio, in questo caso le amine aromatiche del fumo, e il cancro al seno, osservando ciò che succede in un posto dove si fuma molto ovvero confrontando un gruppo di persone che non fumano con un gruppo di persone che fumano per un lungo periodo e verificare chi si ammala di più. Quest'ultimo è il metodo seguito dallo studio, citato dal dottor Amadori, sui 116.000 insegnanti californiani, per verificare nel corso di cinque anni chi si ammala di più tra i fumatori e i non fumatori. Detto studio è abbastanza preciso ma non precisissimo; la metodologia migliore sarebbe confrontare una

realità biologica di quel genere con un caso gemello e vedere se il secondo, geneticamente uguale, si ammala nello stesso modo.

L'epidemiologia può mettere insieme il colore delle scarpe e la pioggia senza che vi sia alcuna relazione tra gli elementi posti a raffronto; bisogna per ciò trovare un nesso biologico tra un evento e la prevalenza di malattie che lo stesso determina. In questo ambito la genomica come scienza per conoscere la malattia rappresenta un elemento ancor più importante rispetto al passato.

Per giudicare se l'esposizione a un fattore studiato modifica l'incidenza della malattia, si utilizza un indice epidemiologico chiamato rischio relativo, che permette di comparare l'incidenza fra i gruppi di soggetti sottoposti a esposizioni differenti. Prendiamo, ad esempio, due gruppi di 10.000 pazienti tra i cinquanta e i sessant'anni di cui uno non assume HRT e l'altro sì. Del primo gruppo 30 pazienti hanno un tumore al seno, del secondo le pazienti con tumore salgono a 38. Ne consegue che l'assunzione di HRT produce otto casi in più di tumore al seno.

Ho cercato di esporre il risultato dello studio Women's health initiative (WHI), ancorché sullo stesso siano state espresse numerose critiche. Per gli epidemiologi 8 casi in più rispetto ai 30 del primo gruppo determinano un rischio relativo del 26 per cento in più, che viene chiamato 1,26. In altri termini, il rischio relativo è il rapporto dell'incidenza nel gruppo esposto a un fattore tossico con l'incidenza nel gruppo non esposto.

Ritornando alle possibili confusioni che possono ingenerarsi, è ovvio che il giornalista, che scrive che la terapia a base di HRT aumenta del 26 per cento il rischio di contrarre il tumore al seno, spaventa tutti. Di contro però nessuno capisce l'epidemiologo che parla di un rischio relativo di 1,26.

Il valore del rischio relativo si interpreta nel seguente modo. Se il fattore studiato non gioca un ruolo causale, non deve esistere alcuna differenza di incidenza tra i soggetti esposti e quelli non esposti: in questo caso il rischio relativo è uguale a 1. Se è superiore a 1, significa che la presenza del fattore esercita un aumento della probabilità di insorgenza della malattia. Un rischio di 3 dovrà, dunque, essere interpretato così: i soggetti esposti al fattore di rischio hanno una probabilità 3 volte più elevata di avere la malattia che i non esposti.

Nel caso che ho prima richiamato si parla di HRT e quindi di una terapia. Lo 0,8 per mille indicato come rischio relativo a seguito di esposizione al fumo è un qualcosa in più di cui bisogna verificare l'esistenza. Secondo lo studio citato dal dottor Amadori su 116.000 soggetti 2000 sono i casi di cancro; in altri termini, chi fuma ha il doppio di possibilità di ammalarsi di tumore al seno.

Tutti gli studi svolti dopo il 2002 significano in modo più consistente rispetto al passato l'esistenza di un aumento significativo del rischio relativo; fino al 2000 i risultati degli studi erano più controversi. I siti divulgativi scientifici nordamericani iniziano oggi a indicare come possibile questo rischio. In parallelo, uno studio giapponese del 2004 indica un ri-

schio relativo di 1,9, quindi del 9 per cento in più; percentuale che in premenopausa diventa superiore in caso di esposizione al fumo antecedentemente alla prima gravidanza. Quest'evidenza epidemiologica diventa oggi più consistente ma riguarda, tutto sommato, poche unità in più. Assume maggiore rilevanza il fatto che biologicamente si sia individuato il perché.

Lo studio del 2002 dimostra stranamente come tra i fattori di rischio relativo (quello del fumo è pari a 1,4) vi è anche quello di mangiare carne molto cotta e quindi di assumere amine aromatiche attraverso la cottura degli alimenti. In sintesi, la carne ai ferri molto cotta e il fumo determinano la stessa percentuale di rischio. Lo studio, in realtà, evidenzia il ruolo della genetica, e quindi della cosiddetta predisposizione, nell'incidenza di alcune malattie. Infatti, nei soggetti, il cui organismo presenta una mutazione dell'acetiltrasferasi che rende meno possibile l'eliminazione delle amine aromatiche, il rischio relativo passa da 1,4 a 13,2. Ciò significa che il rischio del soggetto con polimorfismo genico dell'acetiltrasferasi poco attivo anziché essere basso aumenta in maniera significativa. Questa ricerca non è solo un'evidenza epidemiologica, che ha a che fare con la statistica (e per la mentalità comune con i polli mangiati da uno piuttosto che da tutti), ma spiega anche perché il tumore può insorgere, dimostrando l'impatto rilevante della genomica e di conseguenza della medicina predittiva, che consente di comprendere tale aspetto. Altri studi mettono a fuoco il ruolo svolto dall'organismo nel «detossificare» le amine aromatiche. In futuro, nell'ambito della medicina predittiva, questo potrà diventare un aspetto interessante nella gestione del singolo paziente.

Sono tra coloro che sposano l'idea che il rischio relativo del tumore al seno è basso, ma presente e può colpire in maniera severa i soggetti che hanno una caratteristica genetica tale da non essere in grado di metabolizzare le amine aromatiche.

* *MOSCONI*. Come ricercatore dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche «Mario Negri», in questi anni ho lavorato molto con associazioni di volontariato e in particolare con il movimento di opinione EUROPA DONNA, che è già stato ascoltato dalla Commissione in un'audizione specifica sull'argomento. Rifacendomi all'esperienza e all'attività di queste associazioni di volontariato per capire come intervenire sul tema del tumore al seno, ho articolato in varie parti la relazione che mi accingo a svolgere. Ho pensato di sottoporre alla vostra attenzione una serie di esperienze di carattere generale e di descrivere la visione attuale delle associazioni che si occupano della lotta contro il tumore al seno, anche da un punto di vista europeo. Il movimento EUROPA DONNA, per quel che riguarda il *Forum* italiano, ha sede in Italia ed è rappresentativo della realtà di un centinaio di associazioni; tuttavia, nascendo da un movimento europeo, da cui il nome, ha 37 sedi diverse in Europa, con ciò intendendo non solo quella comunitaria, ma l'Europa in senso geografico.

Questo movimento si occupa prevalentemente di formazione e informazione tra le persone che vi aderiscono, svolge un'importante azione di *lobbying*, come quella portata avanti in Italia da EUROPA DONNA Parla-

mento, oltre a un'importante attività di coordinamento e a diverse altre iniziative.

Cercherò di portare in questa sede la voce italiana ed europea di queste associazioni, sottolineando le loro priorità e preoccupazioni. Le priorità evidenziate dagli appartenenti a dette associazioni concernono la necessità di garantire una cura qualitativamente valida a tutte le donne con una diagnosi di carcinoma. Ciò significa assicurare loro una equità di accesso ai trattamenti, ai servizi e alle cure uguale in tutte le Regioni italiane e in tutti i Paesi europei. Esistono attualmente differenze marcate tra Regione e Regione, tra città e città, tra Paese e Paese.

La seconda preoccupazione è finalizzata ad incrementare l'accesso alla diagnosi precoce, organizzata sia come *screening* di massa sia attraverso altre metodologie. Occorre garantire e incrementare l'accesso alla diagnosi precoce per arrivare a un decremento della mortalità da tumore alla mammella, vero obiettivo di questi movimenti e di tutte le donne.

In questi anni si è certamente fatto molto, anche se in passato si sono adottate modalità di diagnosi precoce che non hanno dato risultati in quanto prive di documentata efficacia. Mi riferisco al mito dell'autopalpazione sul quale per molti anni si è perso tempo, creando false speranze nelle donne che seguivano questa modalità e rallentando, nel contempo, il miglioramento e la diffusione di sistemi realmente efficaci nella diagnosi precoce.

Il terzo elemento importante concerne la necessità di aumentare l'attenzione su tutti gli aspetti relativi alla ricerca, che resta un fattore fondamentale. Non si può negare che in questi anni si è avuto un decremento della mortalità per tumore al seno e anche per altre tipologie tumorali, dovuto certamente alla diagnosi precoce e alla possibilità di usufruire di farmaci migliori e di interventi più tempestivi. Tutto ciò è stato possibile grazie ai risultati ottenuti con un'intensa attività di ricerca. L'altro aspetto prioritario sul quale concentrare tutti gli sforzi organizzativi ed economici è rappresentato, quindi, dalla ricerca che è la sola che può consentire di migliorare la sopravvivenza e la qualità della vita delle donne colpite da tumore alla mammella.

Sulla base di queste tre priorità, senz'altro condivise dalla Comunità medico-scientifica e dalle associazioni che rappresentano le donne, vorrei accennare a quattro iniziative, a mio avviso particolarmente significative, che stiamo portando avanti a livello europeo, con riflessi anche in Italia; ciò, a dimostrazione di come si può affrontare il problema a livello globale.

Una delle iniziative di EUROPA DONNA, che ha avuto un'importante ricaduta a livello programmatico e politico, è senz'altro la Risoluzione Europea approvata il 5 giugno 2003, le cui disposizioni sono state rapidamente adottate dall'Italia grazie all'interesse del movimento EUROPA DONNA (www.epgbc.org) Parlamento, che si è impegnato ai fini della sua rapida approvazione. Si è trattato di un episodio particolarmente significativo: è la prima Risoluzione, che riguarda una malattia non infettiva con un'urgenza di intervento, che ha fornito indicatori precisi

circa i risultati che si vogliono raggiungere. Nella Risoluzione si indica chiaramente l'obiettivo di ridurre la mortalità per tumore al seno del 25 per cento entro il 2008 e si segnalano le differenze qualitative della cura offerta nei diversi Paesi europei.

Quest'iniziativa è facilmente riproducibile anche in Italia, Paese caratterizzato da importanti differenze tra una realtà geografica e l'altra. Tutti gli aspetti di qualità della cura offerta, dell'incremento della diagnosi precoce e dell'interesse verso la ricerca sono ripresi in questo documento programmatico e sono facilmente condivisibili.

Il nostro secondo campo di intervento a livello europeo è quello della ricerca scientifica. La federazione delle società europee che si occupano del cancro ha istituito un gruppo di lavoro, che sta realizzando un documento di consenso (tra le associazioni che vi lavorano v'è anche EUROPA DONNA) per dare un indirizzo sull'allocazione dei fondi che saranno individuati con il VII Programma quadro per la ricerca. L'allocazione a pioggia delle risorse rappresenta la soluzione peggiore, meglio approvare progetti sulla base della qualità, monitorando nel tempo i risultati. Il gruppo di lavoro, che è misto (società medico-scientifiche, di ricerca, associazioni di pazienti), sta gettando le basi per la redazione di un documento da sfruttare nel momento in cui i fondi saranno disponibili. In Europa i fondi per la ricerca sono estremamente scarsi, centinaia di volte inferiori a quelli, ad esempio, degli Stati Uniti. Purtroppo, sul punto l'Italia è tra gli ultimi Paesi in Europa.

La ricerca vuole incrementare il numero degli studi sulla qualità della cura offerta, documentando le condizioni effettive delle donne allorché giungono al trattamento. I risultati conseguiti dimostrano che le donne curate in accordo alle evidenze cliniche che la ricerca ha prodotto (quindi, seguendo le linee guida di indirizzo) hanno una sopravvivenza migliore rispetto a quelle che non hanno beneficiato della medesima opportunità.

Si devono ristudiare i fattori di rischio e l'epidemiologia del tumore alla mammella. Certamente il fumo comporterà un incremento del tumore del polmone piuttosto che del tumore alla mammella, che diventerà solo un piccolo problema. Ciò non di meno, non disponendo di strumenti di prevenzione primaria, è necessario acquisire ulteriori dati sul tumore alla mammella.

Gli studi sui nuovi farmaci sono estremamente importanti. Da questo punto di vista andrebbe incrementata una ricerca di tipo indipendente e non, come succede per i farmaci, sponsorizzata e sostenuta dalle aziende farmaceutiche. Andrebbero incrementati anche gli studi sulle fasce più deboli della popolazione (ad esempio gli anziani o le giovani donne) spesso non adeguatamente considerate. Si sta portando avanti anche la ricerca traslazionale che cerca di trasferire più in fretta possibile le nuove conoscenze a livello di base in clinica.

L'informazione e la divulgazione sono estremamente importanti. Come è stato precedentemente ricordato, emerge insoddisfazione per l'informazione e la divulgazione di notizie, sia sul tumore alla mammella, sia su altre patologie. E' importante che le iniziative non colpiscano in ma-

niera indiscriminata tutte le donne ma solo quelle interessate. Da questo punto di vista, a livello europeo già da quattro anni collaboriamo, come *partner* alla pari, con le società scientifiche nell'organizzazione dei congressi in cui le donne sono destinatarie dell'informazione e della divulgazione dei risultati della scienza; ciò consente un notevole miglioramento delle aspettative e delle conoscenze poi ulteriormente trasferite al pubblico.

Un breve cenno a un'iniziativa che ci vede coinvolti nell'accREDITAMENTO delle Unità di senologia, cosiddette *breast unit*, che sono un modello organizzativo per la cura del tumore della mammella. In questa fase di accREDITAMENTO – quindi della verifica dell'operato delle Unità, dei risultati ottenuti e della loro organizzazione – sono coinvolte anche associazioni di volontariato su aspetti organizzativi, di formazione e di *counseling*.

Un accenno al fumo, che non ho trattato nella mia relazione, anche perché non è argomento di cui mi occupo in modo specifico. Il *Forum* italiano di EUROPA DONNA è promotore di un'importante campagna stampa volta a sottolineare come il fumo stia diventando un fattore di rischio molto rilevante sulla salute femminile.

* *ROSSELLI*. Signor Presidente, ho consegnato una breve memoria per consentire alla Commissione di approfondire alcuni argomenti. Essendo l'ultimo a intervenire non mi soffermerò su alcuni aspetti che sono già stati affrontati.

Farò innanzi tutto un breve cenno epidemiologico. Senza aggiungere nulla a quanto riferito sulla relazione tra fumo e tumore al seno, ribadisco però l'interesse in termini di impatto sulla sanità pubblica della relazione tra fumo e tumore al polmone. Le donne, fumando, muoiono, non tanto per tumore al seno, ma per tumore al polmone.

Le proiezioni ai prossimi vent'anni, stante l'attuale *trend*, indicano che la prima causa di morte per le donne passerà dal tumore alla mammella a quello del polmone. In Toscana dal 1987 al 2002 si è osservato nelle donne un preoccupante aumento del 40 per cento del tasso standardizzato di mortalità per tumore del polmone (dal 9,67 al 13,2 per cento). Di contro, grazie al significativo aumento della sopravvivenza dovuto alla precocità della diagnosi e a trattamenti nuovi più efficaci, si osserva, a fronte di un aumento dell'incidenza, una significativa diminuzione del tasso standardizzato di mortalità (dal 27,0 al 22,2 per cento) per tumore alla mammella.

Essendo priorità assoluta la lotta al tabagismo, la Commissione ha giustamente posto l'attenzione sulla relazione esistente tra tumore alla mammella e tabagismo, entrambi problemi emergenti da affrontare in maniera unitaria.

La diagnosi precoce è materia della quale ci occupiamo da tempo. Nel 1970 abbiamo organizzato a Firenze il primo programma di *screening* della popolazione in Europa. Al riguardo sottolineo l'importanza del ruolo dell'Osservatorio nazionale per la prevenzione dei tumori femminili.

Ho consegnato alla senatrice Bianconi la documentazione contenuta nel terzo rapporto, prodotto per il terzo anno consecutivo, concernente i dati relativi agli *screening* realizzati in Italia per tumori della mammella e della cervice uterina. Da tale rapporto risulta con chiarezza la disomogeneità degli interventi a livello nazionale. Riporto unicamente il seguente dato: 75 per cento di copertura della popolazione femminile al Nord e al Centro (donne di età compresa tra i 55 e i 70 anni invitate regolarmente al controllo mammografico biennale); 10 per cento al Sud e nell'Italia insulare.

Molto probabilmente questi dati sono sottostimati in relazione all'attività di tipo spontaneo compiuta da donne che comunque effettuano i controlli al di là dei programmi organizzati. Ciò nonostante, dal raffronto di questi risultati con quelli dell'indagine Multiscopo ISTAT, emerge che anche laddove non è previsto un programma organizzato, l'affluenza spontanea delle donne ai controlli senologici nel Meridione è comunque più bassa. Di fatto, le donne residenti nel Sud hanno minore possibilità di accedere ai servizi di prevenzione oncologica rispetto alle donne residenti nel Centro e nel Nord del Paese.

L'Osservatorio nazionale svolge un ruolo fondamentale nel monitorare l'attività del programma di *screening* organizzato. Sarebbe però opportuno che svolgesse un ruolo prioritario anche nell'ambito dell'attività non organizzata. Al di là del tentativo di costringere le Regioni a compiere scelte operative ben delimitate, come peraltro raccomandato dal Parlamento europeo, si deve lasciare quest'ultime libere di organizzarsi in modo diverso, con l'obbligo però di documentare quanto realizzato e il conseguente impatto in termini di salute, fornendo tutti gli indicatori relativi allo stadio delle neoplasie e al loro trattamento.

La recente legge del 26 maggio 2004, n. 138 di recepimento della Raccomandazione del Parlamento europeo ha consentito un notevole salto di qualità. I fondi sono ora disponibile e presso il Ministero della salute è già in corso un'attività volta a ridurre i ritardi nell'osservazione di quanto accade nelle diverse nazioni. La rilevazione dei dati deve però riguardare non soltanto l'entità ma anche la qualità dei servizi offerti. In tal senso, stiamo lavorando molto sugli indicatori di qualità. Sono stati raccolti, ad esempio, per circa 2.500 casi di tumori operati a seguito di diagnosi precoce, tutti gli indicatori intervenuti e il trattamento eseguito. Questi dati vanno estesi e qualificati per sviluppare programmi di assicurazione della qualità e di certificazione dell'accreditamento che, pur rientrando nella competenza delle Regioni, necessitano di un *input* forte in questa direzione. Un progetto, sviluppato a livello europeo con l'*European reference Center for mammography screening*, sta operando su tale aspetto e il suo lavoro è facilmente estensibile sul piano nazionale.

Il tumore alla mammella, pur avendo registrato un incremento della sopravvivenza, continua però ad avere una notevole rilevanza sociale notevole in termini di riabilitazione, reinserimento psicosociale, oncoplastica e supporto psicologico da fornire alle donne che passano attraverso l'esperienza di questa malattia. Non intendo soffermarmi su quest'aspetto, peral-

tro già affrontato dalla dottoressa Mosconi, salvo rilevare che sotto questo profilo più di 300.000 sono attualmente le donne da seguire.

In Toscana stiamo realizzando un esperimento molto importante finalizzato a integrare le risorse del volontariato con quelle istituzionali; la «riabilitazione», dunque, non si farà più solo in base alla programmazione del Servizio sanitario, ma insieme alle associazioni del volontariato.

Quanto alle iniziative di lotta al tabagismo nella popolazione femminile, desidero sottolineare due modalità di intervento. La prima concerne il GPs *Empowerment Project*, progetto finanziato con il contributo dell'Unione Europea che prevede il coinvolgimento e la responsabilizzazione dei medici di medicina generale. Da un'indagine svolta in Italia è emerso che su 729 medici di famiglia, la percentuale dei fumatori è ancora molto consistente. Il 28,3 per cento dei medici ancora fuma e di questo il 33,3 per cento proviene dall'area meridionale. La grande maggioranza degli intervistati ritiene che sia loro responsabilità dare un *counseling* ai propri assistiti per dissuaderli dal fumo, ma solo il 50 per cento ritiene che questo intervento sia efficace. Il medico di famiglia non è molto convinto di essere un efficace strumento per la cessazione del fumo.

Da questo risultato si evince la necessità di convincere i medici ad impiegare il loro tempo sulle modalità di *counseling* per la cessazione del fumo tra gli assistiti. Ciò significa svolgere un'attività di formazione per migliorare l'efficacia dell'intervento del medico in questa direzione.

Un'altra esperienza da noi maturata sulla base di un progetto finanziato dalla Lega Italiana per la prevenzione dei tumori dimostra che i servizi di prevenzione oncologica per le donne (*screening* mammografico, citologico, ambulatori di senologia e ginecologia) rappresentano un'opportunità fondamentale per promuovere interventi di *counseling* contro il tabagismo nelle donne. Il 36 per cento delle oltre 1600 donne contattate ha aderito a un progetto di *counseling* che prevedeva una serie di informazioni finalizzate a smettere di fumare. Da questa esperienza, ancora preliminare, emerge la necessità di pensare alla prevenzione per le donne, e non solo, con un approccio non settoriale, ma generale. L'esperienza maturata in Toscana dimostra che sul territorio i centri per la prevenzione oncologica che si occupano dei vari aspetti, se ben integrati fra loro, possono realizzare un'ottimizzazione delle risorse, garantendo trattamenti più efficaci per tutte le tipologie di tumore.

* BIANCONI (FI). Innanzi tutto desidero ringraziare i nostri ospiti per le utili informazioni fornite ai lavori di questa Commissione. Poiché mi soffermerò su alcuni punti specifici, chiedo cortesemente agli auditi, qualora lo ritengano utile, di rispondere a queste sollecitazioni fornendo magari ulteriori dati.

Oggi, per la prima volta, ci avete confortato sulla scelta di svolgere un'indagine conoscitiva sul rapporto tra tabagismo e tumore al seno. Come ben sappiamo, il fumo conduce più facilmente al tumore al polmone, esiste tuttavia una piccola correlazione con il tumore alla mammella che a noi interessa evidenziare. Se nel 1957 solo il 6,2 per cento

delle donne fumava, questa percentuale è oggi salita al 28,5 per cento: un esercito di oltre 5 milioni di donne fumatrici. Anche se gli indici evidenziano che la correlazione tra tabagismo e tumore al seno sono molto bassi, tale tematica assume un rilievo particolarmente preoccupante, visto che questo esercito di donne che fumano trova sempre più adepti nelle fasce giovanili. Ci sembrava per ciò estremamente utile fare oggi una riflessione per il futuro.

I vostri interventi hanno in qualche modo stabilito un punto fermo su tale fenomeno e di ciò vi ringraziamo moltissimo.

Vorrei sapere da quali elementi scientifici è supportata l'ipotesi della predisposizione genetica. Su alcune riviste si legge di ricerche, svolte ad esempio all'Università di Amsterdam, i cui risultati segnalano che nel DNA ci sarebbero geni che favorirebbero la dipendenza alla nicotina. Una tesi del genere potrebbe trasformarsi in un alibi per i fumatori che, sostenendo di possedere questi geni, potrebbero non impegnarsi a smettere di fumare. In realtà, anche su questo punto la genetica sta dicendo la sua.

Si parla di linee guida, di *screening*, di diagnosi precoce. Sappiamo che il tumore al seno, se colto ai primi stadi, si può sconfiggere. Vorrei un vostro parere sulla periodicità da prevedere per lo *screening* e sull'opportunità di anticipare l'età in cui sottoporsi al primo controllo. Quali consigli suggerite di dare alle donne più giovani, visto che l'età di incidenza del tumore al seno si sta abbassando anche in Italia?

Infine, la classica domanda provocatoria che rivolgo a tutti i nostri ospiti sulle *breast unit*. A quale area consegnare il coordinamento della senologia? All'area chirurgica, a quella radiologica, a quella oncologica o a quella ginecologica?

* PRESIDENTE. Per aver udito diversi rappresentanti di associazioni e medici in merito, la Commissione è consapevole dello squilibrio esistente nel Paese dal punto di vista della risposta delle Regioni in questo campo. Pur consci della competenza regionale in materia di programmazione, è nostro auspicio che l'indagine conoscitiva in titolo possa costituire un punto di partenza per altre iniziative tendenti alla risoluzione degli squilibri che attualmente si registrano nelle diverse aree del nostro Paese. Certamente solleciteremo le Regioni più indietro a fare meno cattedrali e a occuparsi di più di questioni sostanziali.

L'alto numero dei medici di base fumatori evidenzia una problematica delicata. Chi svolge un altro mestiere può concedersi questa libertà, ma un medico che fuma non solo è un controsenso ma non è neppure credibile, dovendo consigliare e convincere i propri pazienti a smettere di fumare. Alla prima occasione utile sensibilizzerò il Ministro sull'opportunità di tenere indebita considerazione tale aspetto in sede di definizione delle convenzioni con i medici di base. Si tratta, infatti, di una realtà preoccupante che si pone in controtendenza rispetto alle norme recentemente varate, che stanno producendo un'autentica rivoluzione anche nella coscienza dei cittadini.

* **ROSSELLI.** Dell'anticipo dell'età dello *screening* per la diagnosi precoce a livello di sanità pubblica si è a lungo discusso anche in sede di Commissione europea; non si è però pervenuti ad alcun accordo sull'abbassamento della soglia di quarant'anni. Peraltro, a fronte dell'efficacia documentata dell'esame, esiste la possibilità dell'effetto negativo dell'intervento medico. Nel caso del tumore della mammella l'overdiagnosi non è frequente; in altri settori è invece più importante. Emerge, tuttavia, un consenso generale sull'opportunità di invitare le donne a sottoporsi a controlli periodici a partire dai quarantacinque anni. Anticipando l'età dello *screening* aumenta il numero dei casi di patologia benigna, con conseguenti spaventi, interventi inutili, overdiagnosi e overtrattamenti per le donne.

Se si sottoponessero a *screening* le quarantenni, il 20 per cento dei carcinomi diagnosticati risulterebbero *in situ* e non si saprebbe quanti di essi evolverebbero clinicamente verso carcinomi infiltranti; aumenterebbe la frequenza dei casi falsi negativi.

A ciò si aggiunge anche il problema delle risorse; ogni Regione dovrà verificare, sulla base del proprio bilancio, la fattibilità o meno dell'abbassamento dell'età prevista per il primo *screening*. Al di fuori dei programmi organizzati, la sorveglianza, l'attenzione e i controlli al primo disturbo sono sempre raccomandabili.

I dati che ho fornito sui medici di base fumatori derivano da interviste a campione condotte a livello nazionale, che hanno avuto una risposta del 72 per cento. È pensabile che tra coloro che non hanno risposto vi siano proprio i medici fumatori, piuttosto che i non fumatori e che il problema della prevalenza del fumo tra i medici sia ancora sul tavolo.

FERRAZZI. Signor Presidente, approfitto della presenza dei senatori e del mio ruolo di universitario per un breve commento sulla ricerca, che non va intesa come fatto culturale, che consente a noi italiani di ripeterci che siamo bravi come gli altri. In tal caso, infatti, ci si potrebbe chiedere perché spendere denaro, quando ripetendo le esperienze dei colleghi francesi o americani dal punto di vista della sanità non cambierebbe nulla. La ricerca va vista soprattutto per l'importante ruolo di veicolo di trasferimento di quelle tecnologie che consentono alle nostre aziende di essere competitive sul mercato della diagnostica e della terapia. La ricerca non è solo un fatto culturale, ancorché importantissimo; è infatti un peccato che i nostri cervelli non competano ad armi pari con i colleghi del Center for Disease Control (CDC) e delle altre istituzioni. La ricerca va intesa però anche come opportunità di trasferimento tecnologico dell'investimento ricerca e di collocamento al *top* del rapporto tra università e industria. In altri termini, la ricerca va potenziata anche per aumentare la qualità produttiva del sistema sanitario e delle aziende.

* **AMADORI.** Sulla predisposizione genetica oggi si sta lavorando molto. Con la tecnologia dei *microarray* si stanno individuando profili ge-

nici che permettono in ambito oncologico di avere informazioni molto più precise di quanto non fosse possibile in passato.

Quanto al rapporto tra genotipo ed esposizione al fattore di rischio ambientale, sono in corso alcuni studi di cui posso eventualmente trasmettere alla Commissione la relativa documentazione.

La senologia è un esempio di disciplina multidisciplinare, in cui radiologo, epidemiologo, oncologo medico e ricercatore di base sono tutti coinvolti nel processo. A chi affidare il coordinamento di tale disciplina è, a mio giudizio, un problema di secondo piano. Come in ogni realtà, vi sarà chi ha più lavorato in questo settore e chi ha dato più impulso a questo intervento multidisciplinare. La direzione di un dipartimento senologico potrebbe essere affidata a rotazione ma sempre a chi si occupa realmente del problema.

Quanto alle linee guida sulla diagnosi precoce, possono essere nocive, fuorviante e diseducative per la popolazione iniziative che si basano su interventi diagnostici non adeguati, privilegiando l'ecografia rispetto alla mammografia o l'autopalpazione rispetto a metodiche più documentate. Occorre prestare attenzione a ciò che non si deve fare per non correre il rischio di diagnosi tardive.

L'età migliore per iniziare a sottoporsi alle pratiche di diagnosi precoce si aggira intorno ai quarantacinque anni. Gli interventi pubblici strutturati di *screening* vanno certamente presi in seria considerazione, ma è anche vero che in una donna di quarantadue o di trentanove anni l'evento neoplastico è estremamente devastante anche dal punto di vista psicologico; ciò vale ancor di più se la donna ha l'impressione che vi sia stata una diagnosi tardiva. Occorre pertanto allertare le donne affinché accedano direttamente al controllo, limitando l'eventuale ulteriore abbassamento dell'età ai 45 anni.

* *MOSCONI*. Il *Forum* italiano di EUROPA DONNA Parlamento sta lavorando da molti mesi sulla cosiddetta Carta delle Utenti in collaborazione con tutte le società scientifiche di settore (oncologiche, radiologiche, GISMa (Gruppo italiano di *screening* mammografico), radioterapiste e di medicina generale). Per il momento vorremmo rivolgere la Carta delle Utenti essenzialmente alle associazioni per fornire una serie di informazioni, anche di carattere legale, sulla possibilità di svolgere iniziative adeguate. Tutto ciò dovrebbe portare nel tempo ad affrontare il tema del coordinamento e delle *breast unit*, come è già avvenuto in una riunione tenutasi a settembre. Attraverso uno sforzo comune, si possono affrontare alcuni aspetti spinosi e smussare gli angoli, pur sapendo che la strada da percorrere è lunga e faticosa.

* *ROSSELLI*. Desidero aggiungere un'ultima considerazione. Non dimentichiamo che esiste una sottopopolazione di donne ad alto rischio sulle quali occorre anticipare molto l'età del primo *screening*; bisogna quindi impegnarsi per garantire un buon servizio ai soggetti ad alto rischio.

BOLDI (LP). A vostro giudizio, un eventuale corso di specializzazione o *master* in senologia va riservata ai medici in possesso di specifiche specializzazioni o al medico in generale?

Mi rendo conto che si tratta di una domanda spinosa, ma sarebbe opportuno avere delle indicazioni in tal senso. Attualmente molti medici assumono la qualifica di senologo anche se la legge italiana non prevede una specializzazione specifica in senologia. L'Europa, per parte sua, sta cercando di organizzare dei profili professionali completi a livello d'istruzione tenendo conto della multidisciplinarietà della materia.

* ROSSELLI. Credo di aver già risposto a questa domanda. La senologia è una disciplina interdisciplinare per cui l'accesso ad essa deve riguardare il ginecologo, l'oncologo, il chirurgo, il radiologo. Non ha senso sostenere che la senologia debba essere chirurgica o radiologica: sono competenze diverse ambedue necessarie. Anche il chirurgo plastico deve poter accedere al *master* in senologia.

* AMADORI. Ognuna di queste figure troverà la sua giusta collocazione nel dipartimento senologico o nella *breast unit* al cui interno, come avviene negli Stati Uniti, si riuniscono le figure del chirurgo, dell'oncologo medico, del radiologo e del radioterapista, che riveste un ruolo importante. Circa trent'anni fa si è svolto un analogo dibattito sulla distinzione tra oncologia preventiva e oncologia medica; in realtà, esisteva l'oncologia, poi ci si doveva differenziare. Allo stesso modo sono favorevole a una specializzazione in senologia cui possano accedere tutti i medici che contribuiscono alla multidisciplinarietà della materia; in una fase successiva si possono differenziare i settori chirurgico, radio-diagnostico o medico-terapeutico.

FERRAZZI. Il problema fondamentale è accreditare le strutture assistenziali che dispongono di tutte le figure necessarie a costituire una *breast unit* e investire su di esse senza disperdere le risorse, assegnandole ad aziende ospedaliere in cui il compito del senologo è svolto sporadicamente da questa o da quella figura professionale. In sostanza, bisogna definire un profilo di accreditamento e investire risorse in chi viene accreditato.

* PRESIDENTE. Ringrazio i nostri ospiti per le interessanti informazioni che hanno fornito alla Commissione.

Dichiaro conclusa l'audizione e rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva in titolo ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 15,30.

SENATO DELLA REPUBBLICA

XIV LEGISLATURA

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

INDAGINE CONOSCITIVA
SULLE INIZIATIVE DI PREVENZIONE DEL
TABAGISMO E DEL TUMORE AL SENO IN ITALIA

9° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 2 FEBBRAIO 2005

Presidenza del vice presidente MASCIONI

INDICE

Audizioni di persone esperte su tematiche attinenti alla materia in esame

PRESIDENTE	Pag. 205, 215, 219	* <i>DI MAGGIO</i>	Pag. 205, 219
* <i>BIANCONI (FI)</i>	216	* <i>DONATO</i>	208, 218
<i>BOLDI (LP)</i>	217	* <i>FENAROLI</i>	210, 218
<i>DI GIROLAMO (DS-U)</i>	216	* <i>NAVA</i>	212, 217
* <i>TATÒ (AN)</i>	215		
<i>TREDESE (FI)</i>	217		

N.B.: Gli interventi contrassegnati con l'asterisco sono stati rivisti dall'oratore.

Sigle dei Gruppi parlamentari: Alleanza Nazionale: AN; Democratici di Sinistra-l'Ulivo: DS-U; Forza Italia: FI; Lega Padana: LP; Margherita-DL-l'Ulivo: Mar-DL-U; Per le Autonomie: Aut; Unione Democristiana e di Centro: UDC; Verdi-l'Ulivo: Verdi-U; Misto: Misto; Misto-Comunisti Italiani: Misto-Com; Misto-La Casa delle Libertà: Misto-CdL; Misto-Lega per l'Autonomia lombarda: Misto-LAL; Misto-Libertà e giustizia per l'Ulivo: Misto-LGU; Misto-MSI-Fiamma Tricolore: Misto-MSI-Fiamma; Misto-Nuovo PSI: Misto-NPSI; Misto-Partito Repubblicano Italiano: Misto-PRI; Misto-Rifondazione Comunista: Misto-RC; Misto-Socialisti democratici Italiani-SDI: Misto-SDI; Misto Popolari-Udeur: Misto-Pop-Udeur.

Intervengono il professor Cosimo Di Maggio, professore ordinario di radiologia presso l'Università di Padova, il dottor Daniele Donato, direttore sanitario dell'Ospedale Busonera di Padova, il dottor Privato Fenaroli, presidente dell'Associazione nazionale italiana senologi chirurghi ed il 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.

I lavori hanno inizio alle ore 15,30.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizioni di persone esperte su tematiche attinenti alla materia in esame

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sulle iniziative di prevenzione del tabagismo e del tumore al seno in Italia, sospesa nella seduta di mercoledì 19 gennaio 2005.

È oggi in programma l'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 chirurghi e 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.

Do innanzi tutto il benvenuto al neosottosegretario alla salute, senatrice Alberti Casellati. Ringrazio, quindi, i nostri ospiti per aver accolto l'invito della Commissione e cedo subito la parola al professor Di Maggio che svolgerà una breve relazione introduttiva.

* **DI MAGGIO.** Signor Presidente, per esporre la mia relazione in modo sintetico mi avvarrò di una serie di diapositive, che consegno agli atti della Commissione.

Nel corso della mia illustrazione, mi soffermerò sull'aspetto culturale della diagnosi tempestiva del tumore della mammella in Italia per poi cedere la parola al dottor Donato che descriverà alcuni aspetti organizzativi. Parleremo entrambi della metodologia dello *screening* clinico-mammografico in atto nel territorio di competenza dell'Azienda ULSS 16 di Padova.

La prima diapositiva descrive la planimetria dell'Unità operativa di senologia da me diretta. Quando il professor Veronesi venne a Padova ad inaugurare il mio servizio, osservando la organizzazione a moduli (blocchi colorati nella pianta), sottolineò come la nostra iniziativa rappresentasse una svolta epocale. In realtà, reputo tale favorevole conclusione

eccessiva. Si tratta solo di un normale, comune e vero programma di *screening*: non intendiamo stravolgere alcunché ma solo modificare qualcosa.

Lo *screening* mammografico viene applicato a far data dagli anni Sessanta in modo sempre uguale; tuttavia, visto che la medicina cambia, è opportuno procedere a qualche aggiustamento ed è questo lo spirito della nostra iniziativa.

Il primo cambiamento introdotto a Padova deriva dall'esigenza di rispondere alle richieste più pressanti dell'utenza che desidera avere un rapporto di dialogo con il medico, dal quale si aspetta maggiori spiegazioni e informazioni. La Carta dei servizi sancisce il diritto del paziente a ottenere dal sanitario informazioni complete e comprensibili in merito alla diagnosi della malattia, alla terapia proposta e alla relativa prognosi. Nel 2003 il Consiglio dell'Unione Europea ha ribadito che al pubblico informato di oggi sarebbe opportuno presentare vantaggi e rischi, onde consentire al singolo cittadino di decidere in modo autonomo se partecipare al programma di *screening*. Non si tratta di un semplice invito da rivolgere a una persona come se fosse un numero, bisogna spiegare la realtà dei fatti, chiarendo i vantaggi e gli svantaggi di una metodologia che risente dei limiti intrinseci della mammografia.

Un'informazione del genere non può essere affidata al messaggio riportato su un pieghevole, su un manifesto o su un autobus colorato che passa. Per tale motivo, tutte le donne dell'ULSS 16 che si sottopongono a mammografia per la prima volta, a far data dall'avvio del programma di *screening*, 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 (ecografia ed eventuali altri esami). Una delle innovazioni principali introdotte nel programma è proprio l'approccio clinico (medico-radiologo) al primo passaggio e la personalizzazione dei controlli periodici. In tal modo siamo sicuri che un domani la donna, se non più invitata a sottoporsi gratuitamente agli esami per un'eventuale cessazione del programma a causa della mancanza di risorse, continuerà a controllarsi, essendo pienamente consapevole dei vantaggi e dei limiti di tale metodologia.

Per la prima volta in un programma di *screening*, che fa ormai parte dell'assistenza, si è introdotto un modulo di informazione e consenso, che la donna riceve a casa prima dell'esame. In tale modulo si elencano i limiti e le giustificazioni del servizio offerto, s'introduce il concetto di appropriatezza e s'informa l'utente sui diritti del singolo. Il radiologo chiarirà i punti ancora oscuri e inviterà la singola donna a scegliere se aderire o meno al programma. Ovviamente, se la donna non sottoscriverà il modulo sarà libera di fare ciò che ritiene più opportuno; invece, se aderirà al programma, ne accetterà i vantaggi e i limiti perché consenziente. Si tratta di una metodologia innovativa che, pur comportando un maggiore impegno temporale per il medico, consente di ripristinare l'importante rapporto medico-paziente umanizzando i percorsi diagnostici.

L'ultimo passaggio importante di questo rapporto è il messaggio finale, che nella maggior parte dei casi è fortunatamente quello di un risultato negativo. Alcune volte però è triste ed è, allora, importante trasformare il messaggio diagnostico negativo in un messaggio prognostico positivo. Tutto ciò si ottiene umanizzando il rapporto medico-paziente, attraverso il colloquio, il coinvolgimento attivo e la tranquillità che deriva alle donne dall'essere trattate come persona.

Il secondo cambiamento deriva dall'esigenza di ridurre i limiti della mammografia che vede molto ma «non vede tutto», nel senso che non individua molti tumori. La percentuale dei carcinomi non rilevati dalla mammografia arriva anche al 40 se non al 50 per cento; si tratta dei tumori che con un eufemismo chiamiamo carcinoma d'intervallo. In realtà, si tratta di tumori non rilevati non sempre o necessariamente per colpa del radiologo ma per i limiti intrinseci della tecnica; i dati ormai sono chiari, si va dal 30 al 60 per cento dei casi. Anche chi non è esperto in materia, osservando le immagini mammografiche riportate sulla diapositiva, intuisce che la piccola pallina bianca evidenziata è un «nodino» difficilmente individuabile in quella che da pugliese sono solito definire «nebbia in Val Padana». In altri termini, non è possibile intuire *a priori* la presenza del tumore, si sa solo che può esserci e che se non si effettueranno ulteriori esami esso non sarà rilevato.

Questa conoscenza deriva dall'esperienza personale di oltre 60.000 donne, dunque da indagini basate su una casistica di grandi numeri. Le colonne rosse indicano i falsi negativi delle mammografie effettuate su mammelle radiologicamente dense. È un limite della tecnica che la letteratura medica evidenzia ogni giorno con chiarezza. Alla luce di ciò, nella scelta dell'intervallo tra i controlli e dei test da eseguire si è ritenuto etico e razionale tener conto del rischio di non riconoscere un tumore presente in una mammella radiologicamente densa. Abbiamo quindi modificato l'intervallo da due a un anno e ci avvaliamo dell'ormai consolidato contributo dell'ecografia, ovviamente non per tutte le donne ma solo per quelle che presentano il maggiore rischio di errore.

Dopo l'approccio clinico iniziale, nel corso del quale s'instaura un rapporto con il medico, le donne con «quadro negativo o di benignità certa» sono suddivise in due gruppi in rapporto al rischio che la mammografia non rilevi la presenza dell'eventuale tumore. Le donne con mammelle adipose, ricche cioè di grasso (mammografie nere), saranno sottoposte a una mammografia ogni due anni. Le donne con mammelle radiologicamente dense, che presentano un maggior rischio di errore, saranno controllate con diagnostica integrata (visita senologica, mammografia ed ecografia) e con periodicità annuale.

E' oggi noto che la densità radiologica delle mammelle è un fattore di rischio che rappresenta un motivo valido per eseguire controlli più serrati. In sostanza, la novità sta nella presenza iniziale del medico-radiologo - con tutti i vantaggi già evidenziati - e nella suddivisione delle donne che partecipano al programma, enucleando il gruppo a maggiore rischio

di errore. Si tratta di un discorso razionale e, per alcuni versi, anche piuttosto banale.

A differenza degli altri programmi, vengono arruolate le donne a partire dai 45 e non più dai 50 anni di età, non solo sulla base di evidenze epidemiologiche, ma anche in conformità a quanto previsto dalla legge finanziaria 2001. Prevedere età differenziate (40 anni per i controlli raccomandati, 45 anni per quelli gratuiti previsti dalla legge finanziaria 2001 e 50 anni per lo *screening*) rischia di generare confusione; è quindi preferibile stabilire un'età unica. Vengono, inoltre, incluse e mantenute le donne con carcinoma della mammella, che escono dai normali programmi di *screening* per entrare in programmi assistenziali, riguardo ai quali le difficoltà, a partire dalla fissazione di un appuntamento, sono a tutti ben note. Per non abbandonare queste pazienti a loro stesse, abbiamo deciso di includerle nel nostro programma. I controlli sono, infine, estesi alle donne fino ai 75 anni di età, visto l'aumento della vita media femminile. Ovviamente, non si arruolano le donne oltre i 69 anni, ma non si escludono dal programma quelle che già vi partecipano.

Anziché dare poco a tutte le donne, preferiamo dare ad ognuna ciò che serve, nel rispetto di alcuni principi fondamentali, quali l'umanizzazione del rapporto con il medico, l'ottimizzazione e la razionalizzazione delle conoscenze e l'equità che, se per alcuni significa offrire una mammografia a tutte le donne ogni due anni, per noi vuol dire dare ad ogni donna la stessa possibilità diagnostica. La donna non ha colpa se la sua mammella è adiposa o densa.

La visita senologica rappresenta lo zoccolo duro, le fondamenta su cui è costruito il programma, solo con essa si può distribuire correttamente il percorso successivo; inoltre, le donne sono molto contente.

Trattandosi di un percorso abbastanza razionale, non impossibile né fuori misura, che altri vorrebbero seguire, un eventuale patrocinio della Commissione igiene e sanità del Senato stimolerebbe la diffusione di una medicina più umanizzata e, tutto sommato, più moderna e reale.

Cedo ora la parola al professor Donato, che illustrerà alcuni aspetti più strettamente organizzativi.

* *DONATO*. Signor Presidente, ho il compito di delineare in modo molto sintetico gli aspetti organizzativo-gestionali di questo programma di *screening*, che scopre in sé l'uovo di Colombo. L'AULSS 16 è costituita da circa 400.000 abitanti e le donne che devono essere sottoposte a *screening* rappresentano il 17 per cento della popolazione ovvero 68.000 donne di età compresa tra i 45 e i 69 anni. Si tratta, in sintesi, delle prestazioni specialistiche erogate dalla AULSS 16 e dai privati preaccreditati, che sono molto presenti nella nostra rete di servizi.

L'Azienda ospedaliera (quindi, il professor Di Maggio) eroga circa 12.000 mammografie l'anno ad un eguale numero di pazienti mentre il privato preaccreditato tratta circa 22.000 donne. Le mammografie erogate nel 2003 per donne residenti di età superiore ai 45 anni sono circa 35.000. In un programma di *screening* classico per le donne residenti nella no-

stra AULSS 16 (le 68.000 donne sopraccitate) si dovrebbero erogare 34.000 mammografie l'anno, stante la biennialità dell'esame.

Pur essendovi sul territorio una risposta in termini di indagini, non essendo queste ultime governate, non esiste alcun riscontro sugli esiti delle stesse. L'Azienda paga però tutte le prestazioni che è in grado di offrire alla popolazione.

Per non duplicare le prestazioni, come AULSS avremmo potuto chiedere al professor Di Maggio di erogare tutte le mammografie necessarie per la nostra popolazione, assumendo quattro medici e cinque tecnici ed incrementando i costi. Abbiamo attuato, invece, un programma basato sull'attivazione di una rete al cui centro vi è un'unità operativa di senologia in grado di governare e pilotare l'iniziativa dando delle linee guida. Su tale unità operativa convergono tutte le attività dell'Azienda ospedaliera e del privato preaccreditato. Abbiamo integrato i 14 centri diagnostici privati preaccreditati con il servizio di senologia dell'Azienda ospedaliera diretto dal professor Di Maggio. Utilizzando questa metodologia innovativa, siamo riusciti a personalizzare i controlli e a stratificare il rischio per singola paziente.

Il progetto è stato recepito a livello di patto aziendale ed è diventato uno degli obiettivi prioritari all'interno degli accordi siglati con i medici di medicina generale. Gli obiettivi sono altresì condivisi con le organizzazioni di volontariato (che rappresentano un supporto fondamentale all'interno dei singoli centri privati preaccreditati per guadagnare il consenso informato delle singoli pazienti) e, naturalmente, con le organizzazioni sindacali.

La collaborazione è sancita da un accordo siglato tra la AULSS 16 e tutte le strutture private preaccreditate aderenti al progetto. Abbiamo sottoscritto con tutti gli erogatori un vero e proprio contratto, che parte dal rispetto di un percorso formativo del personale presente nei centri (medici, tecnici e personale amministrativo), in modo tale da codificare e referitare tutto allo stesso modo. In ognuno dei 14 centri la paziente riceve il medesimo trattamento in ordine alla qualità e alla tipologia di effettuazione dell'esame nonché alle modalità organizzative e gestionali. Nel contratto abbiamo reso evidenti anche i controlli di qualità che ogni singolo centro deve rispettare. Abbiamo seguito *standard* internazionali che prevedono controlli di qualità più serrati rispetto a quelli stabiliti dalla legge attualmente in vigore. Si deve, inoltre, disporre di tutte le informazioni erogate dal singolo centro.

Eseguiamo lo *screening* mammografico senza investimenti aggiuntivi. L'arruolamento non avviene scrivendo a casa essendo le pazienti reclutate nel momento in cui si rivolgono ai vari centri. Non vi sono campagne annuncio di *screening* mammografico per tutte le donne e non si creano aspettative. Nel giro di due anni si giungerà al completamento della fase di arruolamento delle donne che hanno bisogno di essere esaminate. Questo progetto può essere facilmente esteso al di fuori della realtà padovana. Il GISMA, che è il gruppo che studia lo *screening* mammografico a livello italiano, fornisce questi dati. In Italia sono effettuate circa

800.000 mammografie preventive, mentre sono complessivamente erogate 8 milioni di mammografie. Ciò significa che degli 8 milioni di donne oggetto di studio conosciamo lo stato di salute solo di 800.000 persone. Se si riuscisse ad estendere tale progetto inviando a un centro di coordinamento tutte queste informazioni lo *screening* mammografico si farebbe a costi praticamente nulli. Quest'elemento è importantissimo; è come «scoprire l'uovo di Colombo» non solo per definire l'utilizzo delle risorse disponibili in rete onde spendere meno ma anche per migliorare lo stato di salute dei cittadini.

La nostra esperienza raccoglie oggi i primi risultati. Quest'iniziativa è partita il 15 marzo dell'anno scorso; al 31 dicembre si è registrata un'adesione di 18.653 donne, dato perfettamente in linea con gli obiettivi prefissi; il tasso di adesione è stato elevatissimo (87 per cento).

In conclusione, mi soffermerò brevemente sui vantaggi che derivano sia all'utenza sia all'Azienda.

I vantaggi per l'utenza sono l'informazione e l'adesione consapevole; la libertà di scelta della sede dove sottoporsi ai controlli, visto che sono stati realizzati percorsi di qualità uguali in tutti i centri. A ciò si aggiunge la diagnosi in tempo unico senza richiami; non c'è l'ansia di aspettare una risposta e di avere con la struttura un rapporto di carattere meramente epistolare; il medico, come prima rilevava il professor Di Maggio, ha un rapporto diretto con la paziente. Altri vantaggi per l'utenza sono dati dall'umanizzazione del percorso diagnostico; dalla garanzia di qualità e di appropriatezza delle prestazioni; dall'annullamento delle liste di attesa che in otto mesi sono state praticamente azzerate. Il problema delle liste di attesa per la mammografia è presente in tutte le strutture italiane; a Padova oggi una donna riesce a fissare un appuntamento nell'USSL 16 per una mammografia in pochi giorni. Va infine rilevato il controllo continuo dei risultati. Il professor Di Maggio, raccogliendo questo genere di informazioni da tutti i centri, riesce a governare lo stato di salute della popolazione residente.

Quanto ai vantaggi per l'Azienda, vi è innanzi tutto la complementarietà del lavoro svolto dalle strutture private e pubbliche che lavorano in modo concordato e non in concorrenza o contrapposizione con gli obiettivi di salute pubblica. Il privato ha la stessa dignità della struttura pubblica: è una risorsa di rete con compiti precisi e puntuali che devono essere comunque rispettati.

Questo è in estrema sintesi il nostro progetto che reputiamo trasferibile ad altre realtà per la sua semplicità di attuazione.

* *FENAROLI*. Ringrazio la Presidenza nella persona del senatore Mascioni e la Commissione tutta, che hanno ritenuto di ascoltare anche il nostro parere.

Rischierò di essere un po' controcorrente ma, come si suol dire, sono un modestissimo ragazzo di paese e al mio paesello uno più uno fa sempre due. Sicuramente quanto evidenziato dal professor Di Maggio sullo *screening* è fondamentale, sta di fatto però che oggi circa l'80 per cento delle

donne scopre da sé o sospetta la presenza di un nodulo tumorale. Questi dati oggettivi vanno considerati e l'attenzione dell'Associazione dei senologi chirurghi, vale a dire dei clinici che prendono in carico la paziente dal momento del sospetto diagnostico fino a quello della terapia chirurgica, è indirizzata proprio a questo ambito, che trascende e non esclude l'indagine mammografica. Le mammelle, per valenze evidenti che trascendono la scienza, hanno tantissimi padroni in Italia e, purtroppo, quando i padroni sono tanti regna anche il caos. Non a caso a Varese è sorta recentemente un'associazione che si chiama CAOS-Centro Ascolto Donne Operate al Seno, i cui appartenenti mi hanno spiegato che il nome deriva da un'indagine di *marketing* e riassume non solo la necessità di ascoltare le donne ma anche l'attuale situazione della senologia italiana. In Italia è sufficiente che un laureato in medicina e chirurgia metta le mani sulle mammelle per divenire o autodefinirsi senologo. A chi si rivolge la donna che ha un dubbio o la certezza di avere un problema senologico e pensa a un tumore? Oggi nessuna donna che nota una perdita di sangue dalla vagina non dovuta alle mestruazioni si rivolge in prima battuta all'oncologo, al radiologo o al medico di famiglia ma prende immediatamente appuntamento con il proprio ginecologo. Un uomo con una colica renale non si sottopone a un'urografia ma si rivolge a un urologo. La donna, nel suo interesse, quando ha il sospetto o la certezza di essere affetta da una patologia senologica deve potersi rivolgere al senologo.

Il problema in Italia è chi è il senologo. Nell'ambito della diagnostica e della terapia chirurgica, integrata dalla multidisciplinarietà del trattamento (che non significa, per inciso, anarchia interprofessionale) è necessario prevedere un coordinatore del percorso diagnostico e terapeutico che sia punto di riferimento della paziente. Sta di fatto che la donna che ha un dubbio ginecologico si presenta in un reparto di ginecologia. In tal senso, è nostro auspicio la creazione di un reparto di senologia in cui la paziente possa trovare la dovuta accoglienza clinica, integrata dalla diagnostica radiografica ed ecografica.

In un contesto del genere il punto di riferimento non può che essere il clinico, che ha in capo la maggiore responsabilità diagnostica di indirizzo-terapeutico chirurgico. Sta di fatto che mediamente oggi la donna che ha un dubbio senologico prenota una visita sbagliando la porta di ingresso, potendosi rivolgere a un chirurgo, a un radiologo o a un oncologo. Successivamente deve fare la mammografia, ritirare il referto, eventualmente integrare l'indagine con un'ecografia, procedere se del caso a una biopsia e sottoporsi se necessario a un intervento chirurgico.

Al di là di isole felici come quella creata dal professor Di Maggio, da un punto di vista diagnostico prettamente radiologico nel sistema sanitario italiano questo percorso necessita di circa 40 giorni. A questo dato la Lega italiana per la lotta contro i tumori ha replicato affermando la necessità in alcuni casi addirittura di 60 giorni. Noi proponiamo un percorso integrato, che costa molto meno all'erario e vede il clinico come *dominus* e referente iniziale delle pazienti. Il clinico inquadra la paziente da un punto di vista diagnostico e completa la diagnosi radiografica ed ecografica con l'ausilio

fondamentale dei radiologi. Il ruolo fondamentale del radiologo è confermato in questa fase diagnostica dall'egida dalla sottoscrizione del referto. Le spiegazioni e l'indirizzo terapeutico-chirurgico spettano però a chi ha in capo la maggiore responsabilità in sala operatoria, accompagnando la paziente nel percorso successivo.

L'attuazione di questo progetto – che non è un sogno essendo già operativo a Bergamo e a Perugia – fa sì che il percorso di 40 giorni che ho prima indicato per la visita senologica, la mammografia, l'ecografia e la biopsia, diventa percorribile in circa un'ora con un ventesimo della spesa. Non è un sogno ma realtà; basterebbe visionare le strutture che già operano in questo modo. Non a caso l'Associazione nazionale italiana senologi chirurgici è nata con lo scopo di riconoscere la figura del senologo.

Il professor Veronesi ha dato valenza scientifica a questa branca medica che ora va organizzata. L'anno scorso la nostra Associazione ha accolto con soddisfazione la notizia della presentazione presso la Camera dei deputati di una proposta di legge (che consegnò agli atti della Commissione) volta a riconoscere il senologo come figura professionale di riferimento per la paziente, affinché il percorso clinico, diagnostico, terapeutico e chirurgico sia funzionale e la filiera senologica sia assolutamente sotto controllo.

L'Associazione, che rappresento, è stata costituita nel settembre 2004; è stato come «buttare un cerino in una polveriera»: nel giro di pochi mesi si sono registrate 203 adesioni da tutta Italia. Il primo tra gli aderenti a quest'iniziativa è stato il professor Veronesi; del resto, chi meglio di lui può incarnare la figura del senologo che miriamo ad ottenere?

È evidente e non intendo nascondere che alle spalle di ogni percorso si nascondono delle carriere. Si tratta di valutare se per seguire un determinato percorso sono necessari dieci o un solo primario per ottenere lo stesso risultato con una spesa minore, un interesse maggiore, una più netta percezione della qualità delle prestazioni e una maggiore tranquillità per la paziente.

* NAVA. Signor Presidente, quando è stata richiesta la mia presenza in questa sede, ho fatto presente che non mi occupo più (lo facevo da giovane) di oncologia e di trattamento chirurgico del tumore mammario. Da alcuni anni m'interessa di chirurgia ricostruttiva della mammella.

Alla Commissione interessa conoscere la qualità della vita della paziente che subisce il trattamento chirurgico del tumore mammario. La chirurgia plastica ha numerose branche e di essa quella ricostruttiva oncologica occupa l'80 per cento. Fra le figure che si occupano del tumore della mammella il chirurgo plastico svolge un ruolo fondamentale. La figura del senologo – di cui ho parlato poc'anzi il collega Fenaroli – s'identifica nelle cosiddette *breast unit* o unità di senologia, che dovrebbero essere presenti sul territorio.

La chirurgia plastica (come risulta dagli atti della Consensus Conference allegati alla documentazione che consegnò agli atti della Commissione) è ormai parte integrante del trattamento del tumore della mam-

mella. Oggi non si può affrontare un tumore della mammella senza la chirurgia ricostruttiva. Dal punto di vista psicologico, il solo sapere che esiste la chirurgia ricostruttiva consente alla paziente di affrontare in modo migliore il trattamento chirurgico; la chirurgia ricostruttiva, anche se non richiesta, rimane un'ancora di salvezza a cui la paziente sa di poter aggrapparsi.

Nel corso del trattamento del tumore della mammella la donna vive un lutto; oggi, però, è cambiato l'approccio mentale delle pazienti che passato il periodo iniziale, desiderano una migliore qualità della vita e soprattutto tornare ad essere al più presto come prima nella società. Di qui l'importanza della ricostruzione. La letteratura abbonda di casi che dimostrano come la ricostruzione immediata non solo assicuri un migliore stato psicologico, come scientificamente dimostrato ma addirittura consenta un risparmio di circa il 40 per cento rispetto a una ricostruzione differita. Questo dato, pubblicato nel 1997 sulla rivista «Plastic and Reconstructive Surgery», è risultato da uno studio americano che ha analizzato le differenze dei costi; dal termine statistico della significatività di un dato, si evince che la ricostruzione immediata è *low cost*, ossia a costo molto più basso rispetto a quell'affrontata successivamente.

Ci viene spesso chiesto se la ricostruzione sia sempre possibile e in caso affermativo quando (dopo la chirurgia demolitiva o dopo quella conservativa). Nel nuovo millennio, quest'attività deve permettere a tutte le donne operate di tumore mammario di lasciare la sala operatoria senza un danno cosmetico o quanto meno senza una mutilazione. Chiaramente la mastectomia mutila la donna ma anche in caso di trattamenti conservativi, con l'asportazione di una sola parte della ghiandola, si possono spesso avere sfigurazioni cosmetiche che arrecano asimmetrie e alterazioni difficilmente sopportabili. In casi del genere si può ricorrere a un semplice intervento chirurgico ricostruttivo, che a volte fa apparire un intervento curativo quasi come un intervento cosmetico.

Alcune fotografie mostrano i vari tipi di ricostruzione. In caso di mastectomia radicale e di ricostruzione della mammella si possono raggiungere risultati solo se sia la mastectomia sia la ricostruzione sono programmati in attività pluridisciplinari; vi possono essere anche trattamenti conservativi il cui risultato è, alla fine, quello di una mastoplastica a scopo estetico; e questo deve essere l'obiettivo nel nuovo millennio di un'unità di senologia, in caso contrario faremmo sempre danni.

Il risultato di una quadrantectomia se ben rimodellata può alla fine portare paradossalmente a una mammella di forma migliore della controlaterale sana. Ciò significa che, con un determinato approccio chirurgico, si può offrire alla donna una qualità di vita sicuramente superiore rispetto a quella garantita quindici anni fa.

Purtroppo, possono intercorrere problemi dipendenti dalla preparazione del chirurgo e soprattutto dall'assenza di un'unità di chirurgia plastica ricostruttiva che non sempre è presente sul territorio nazionale. Poche sono le aziende ospedaliere che hanno la possibilità di offrire questo servizio. Da quest'esigenza era nato un progetto (il professor Fenaroli, se non

sbaglio, ha partecipato a qualche riunione) volto a migliorare le conoscenze chirurgiche sulla ricostruzione della mammella. L'obiettivo era organizzare seminari e invitare i chirurghi a fare esperienze pratiche nelle nostre unità all'Istituto tumori per acquisire gli elementi di base di una ricostruzione immediata, prima di inviare la paziente nei centri di riferimento regionali. Certamente questo sarebbe un significativo passo in avanti. Come ha accennato il professor Fenaroli, il chirurgo senologo potrebbe fruire di tali insegnamenti per ottenere il massimo miglioramento nel trattamento chirurgico del tumore della mammella.

A nostro avviso, sarebbe fondamentale avere centri di riferimento con un programma di chirurgia ricostruttiva su scala regionale. Abbiamo presentato alla Regione un progetto in tal senso e speriamo di approdare a qualche risultato. Lo scopo è avviare un'operazione analoga a quell'inglese del *consultant* e far sì che i medici del centro di riferimento possano offrire una consulenza a tutte le aziende che non hanno un'unità di chirurgia plastica ricostruttiva. Un progetto del genere è fondamentale soprattutto per evitare alla donna peregrinazioni inutili e continue sul territorio.

Circa una donna su dieci corre il rischio di ammalarsi di tumore della mammella; i nuovi casi sono circa 30.000. Una corretta informazione porta nel 90 per cento dei casi alla richiesta di ricostruzione della mammella. Di fatto, oggi non sappiamo quante operazioni di ricostruzione plastica sono effettuate anonimamente in Italia perché non esiste un registro degli impianti protesici.

Una piccola parentesi. Ho presieduto nella precedente legislatura un comitato, costituito dal professor Veronesi, che aveva terminato i suoi lavori presentando i risultati raggiunti al nuovo ministro della salute Sirchia. Detto comitato era formato, oltre che da me, dai professori Scuderi e Micali, nonché dai professori Santi di Genova e Rigotti di Verona. Inoltre, avevo contattato numerosi chirurghi plastici avevo sottoposto il risultato dei nostri lavori per verificare se erano d'accordo. Avevamo ottenuto anche l'appoggio delle più importanti compagnie produttrici di protesi per la regolamentazione di un registro nazionale delle protesi. Avevamo anche definito la struttura delle cartelle per l'impianto e l'espianto protesico rappresentate in diapositiva. Se si riuscisse a far partire quel progetto saremmo la prima nazione in Europa ad avere un registro di questo tipo. Sarebbe interessante sapere il motivo e il numero degli impianti e degli espanti protesici, dato che sarebbe senza dubbio rilevante a livello sanitario.

Un altro importante ruolo è giocato, purtroppo, dai fattori economici e dai DRG. Un esempio: il DRG non cambia anche se si tratta di una paziente sottoposta a mastectomia radicale con dissezione ascellare e normale dimissione, per la quale si potrebbe procedere, nello stesso tempo, all'inserimento di un espansore oppure alla ricostruzione della mammella, utilizzando un lembo del muscolo retto addominale; intervento ancor più complesso se si deve ricorrere alla radioterapia. Un intervento del genere costa circa 2.600,00 euro, essendo necessarie due *équipes*, che svolgono adempimenti diversi, e una protesi il cui costo non è da sottovalutare.

In Italia esistono solo due Regioni abbastanza equiparate: la Lombardia che ha stabilito un DRG più alto e l'Emilia Romagna che riconosce il pagamento dell'impianto protesico. Di fronte a scelte di tipo economico alcune aziende sanitarie preferiscono non effettuare una ricostruzione per problemi di DRG.

Un altro aspetto fondamentale è l'informazione della paziente, ambito nel quale siamo purtroppo carenti. In Italia si effettuano non più del 20 per cento di ricostruzioni a causa di una cattiva informazione. Un esempio banalissimo: una paziente può contattare il medico di famiglia, l'oncologo medico, il chirurgo generale, il senologo, il chirurgo plastico e il radiologo, ognuna di queste figure potrebbe però fornire informazioni diverse sulla ricostruzione. Una frase tipica che si sente spesso ripetere anche in modo poco appropriato: «lasciamo stare il can che dorme». Il primo obiettivo da porsi a livello nazionale è la diffusione delle informazioni.

Per tale ragione abbiamo creato una scuola e tradotto il sito *web* in tre lingue (inglese, francese e spagnolo); speriamo di ottenere un riconoscimento a livello europeo. Abbiamo creato anche un opuscolo che ci auguriamo abbia una diffusione a carattere nazionale, visto che altre unità di senologia lo hanno già utilizzato. Abbiamo cercato di standardizzare i consensi informati, che sono importantissimi oggi giorno.

Fondamentale è l'informazione attraverso canali diversi come, ad esempio, i congressi, i seminari e le dimostrazioni pratiche, che effettuiamo all'Istituto nazionale tumori in collaborazione con la struttura scolastica che ho testé citato.

In conclusione, è oggi impossibile parlare di tumore della mammella e di trattamento chirurgico senza contemplare la chirurgia ricostruttiva.

PRESIDENTE. Ringrazio i nostri ospiti per le informazioni che ci hanno fornito e cedo la parola ai colleghi che intendono formulare alcune domande.

* TATÒ (AN). Signor Presidente, signor Sottosegretario, colleghi medici e parlamentari, a mio parere stiamo confondendo una situazione molto lineare, che esiste da tempo, con fughe in avanti che creano disorientamento e liste di attesa di oltre un anno per una visita da un senologo.

Spetta al Parlamento definire le norme di diagnosi e di *screening* in questo settore. Allo stato attuale siamo fermi alla riforma Bindi, che ha determinato i cosiddetti livelli essenziali di assistenza che prevedono, fra l'altro, anche la mammografia, che deve essere effettuata dagli specialisti radiologi.

Secondo il prontuario delle convenzioni con il Servizio sanitario nazionale del 22 luglio 1996, alla voce «mammografia» corrisponde un costo di 45.000 vecchie lire se monolaterale e di 65.000 vecchie lire se bilaterale. All'improvviso, colleghi specialisti, novelli Protei, diventano senologi o podologi, facendo fughe in avanti e creando enorme confusione, con gran godimento della stampa che si sofferma sulle chilometriche liste di attesa.

La competenza della mammella è del chirurgo mentre il radiologo deve per legge eseguire la mammografia. Analogamente vanno condannati i centri, sparsi in tutta Italia, ove sono installati mammografi di ultima generazione che attirano infinità di persone, qualora si ritenga che recandovisi si possa trovare qualche senologo che fa chissà quali miracoli.

Signor Presidente, signor Sottosegretario, dobbiamo farci carico di questioni essenzialissime completando un percorso legislativo che stabilisca chi è il senologo e definisca con il Ministero della pubblica istruzione un corso di specializzazione in senologia che individui limiti e competenze di tale figura. In caso contrario seguirà una valanga di reazioni e di confusione che andrà a scapito del Servizio sanitario nazionale. Finché non saranno approvate queste modifiche legislative, ognuno deve rientrare nel proprio ruolo e nessun programma deve essere consentito a livello sia nazionale sia regionale: è una condizione di base dalla quale non si può prescindere.

Se ciò non sarà fatto si assisterà ad uno sviluppo della mobilità extra-regionale, nel senso che tutti vorranno andare (ad esempio, in Piemonte o in Lombardia) laddove esistono centri di senologia che fanno di tutto. Bisogna decidere se il senologo deve svolgere tale attività e se i radiologi non faranno più le mammografie.

Questa Commissione si farà carico di colmare questo vuoto legislativo. Il lavoro svolto è certamente encomiabile perché è scientifico, migliora il livello delle prestazioni e consente una diagnosi più precoce evitando malattie e decessi. In tal senso la Commissione igiene e sanità del Senato deve impegnarsi a migliorare la normativa attualmente vigente in materia.

* BIANCONI (FI). Innanzi tutto ringrazio i nostri ospiti per le relazioni ricche di particolari.

M'interessa molto l'ultima parte della relazione del dottor Nava e sono dell'avviso che l'indagine che stiamo svolgendo dovrà necessariamente tener conto delle sue raccomandazioni.

Mi soffermerò brevemente sulla senologia. Senza entrare nella diafrasi sollevata dal collega Tatò, tenuto conto della multidisciplinarietà della materia, vorrei qualche indicazione sulla figura alla quale attribuire la responsabilità ultima delle *breast unit* che, come è a tutti noto, dovrebbero diventare punti di eccellenza sul territorio.

DI GIROLAMO (DS-U). Signor Presidente, quello trattato dalla collega Bianconi è l'argomento principe della discussione. Formulerò poche domande telegrafiche di cui la prima è rivolta al professor Di Maggio. L'esperienza di integrazione pubblico-privato che ci è stata presentata è interessante. Premesso che l'elemento fondamentale è l'omogeneità delle prestazioni rese, vorrei sapere se la qualità diagnostica che garantisce il suo servizio in ospedale è simile a quell'assicurata dai centri accreditati, ancorché formati.

Il secondo quesito è indirizzato al dottor Nava. In relazione alla disponibilità di unità di chirurgia ricostruttiva in tutte le aziende ospedaliere che praticano chirurgia demolitiva della mammella, vorrei sapere se il chirurgo che effettua questa tipologia di intervento può essere formato anche nell'altra specialità onde diffondere quest'utilissima procedura.

Infine, l'installazione di una protesi in corso d'intervento crea problemi rispetto a un'eventuale successiva radioterapia?

TREDESE (FI). In Italia, su 8 milioni di mammografie eseguite solo il 10 per cento risulta utile. Ciò avviene perché solo per questa percentuale di casi si segue uno *screening*? In tal caso, sarebbero soldi sprecati quelli spesi per una mammografia fatta per caso e ripetuta solo dopo quattro anni. È questo il messaggio che mi sembra di aver colto dalle vostre parole e che mi preme evidenziare per chi un domani, non da medico, leggerà gli atti di questa Commissione.

Come abbiamo riscontrato in altre audizioni, si registra purtroppo un aumento della percentuale d'incidenza della malattia anche sotto i 45 anni. Che idea vi siete fatti sull'ampliamento dell'età dello *screening* e sugli interventi da avviare in tal senso, anche in termini di campagne informative?

BOLDI (LP). Signor Presidente, intervengo brevemente per completare la domanda posta dalla senatrice Bianconi, prendendo spunto dal progetto di legge citato dal professor Fenaroli, di cui ho già preso visione. Nel caso in cui si dovesse istituire una specializzazione o un *master* in senologia, l'accesso ad esso dovrebbe essere consentito solo al chirurgo o anche al medico di medicina generale?

* NAVA. Senatore Di Girolamo, protesi e radioterapia non possono stare assieme perché le complicanze superano il 70 per cento.

Chirurghi, problema atavico. Se s'interviene su trenta mammelle l'anno non ci si può definire chirurgo della mammella; di contro, il chirurgo che svolge il 90 per cento della propria attività in interventi sulla mammella può apprendere alcune tecniche specifiche di chirurgia ricostruttiva (mi riferisco ai grossi lembi, ai lembi liberi che fanno parte di una specialità ben precisa). Il professor Fenaroli ha partecipato ai nostri corsi per imparare ad eseguire una ricostruzione immediata con gli impianti protesici, proprio per offrire alla donna il primo atto ricostruttivo in attesa di rivolgersi a un centro di riferimento.

Non ritengo sia importante stabilire chi comanda una *breast unit*, dipende dalla formazione. Deve comandare colui che è riconosciuto come il più autorevole nel campo dal punto di vista scientifico; può essere un oncologo, un medico, un radiologo, un radioterapista o un chirurgo. Tendenzialmente è il chirurgo che, per tradizione, ha sempre avuto a che fare con il tumore della mammella in modo diretto. Tale ruolo però può essere svolto da una qualsiasi autorità scientificamente valida che sappia organizzare una *breast unit*, al cui interno siano presenti tutte le figure che ho poc'anzi riassunto.

* *FENAROLI*. Sinteticamente. Condivido totalmente quanto evidenziato dal senatore Tatò. La senatrice Bianconi ha centrato il problema: capire chi deve essere il direttore d'orchestra.

Premesso che la senologia è già una branca chirurgica, purtroppo le mammelle, repute un'appendice senza particolare interesse, sono state da sempre relegate agli ultimi posti. Ora paghiamo uno scotto e un vuoto che la natura non ammette e quando si creano vuoti, vi è sempre qualcuno che li occupa anche involontariamente. In questo caso, non si tratta di riappropriarsi di ruoli persi ma di fornire alla paziente un riferimento semplice e preciso. Nessuno chiederebbe a un ginecologo se è ginecologo chirurgo, a un urologo se è urologo chirurgo, a un dermatologo se è dermatologo chirurgo perché la risposta sarebbe evidente.

Nell'eventualità dell'istituzione di una scuola di specialità in senologia l'accesso dovrebbe essere consentito a chiunque; potrebbe aderirvi anche il neolaureato in medicina e chirurgia che segue un *iter* specialistico. Bisogna sfatare il banale luogo comune secondo cui una scuola di specializzazione in senologia sarebbe troppo complessa. Per la diagnosi del diabete è fondamentale l'esame della glicemia; non si è mai verificato che un direttore di laboratorio (che diagnostica fondamentalmente il diabete) diriga un reparto di diabetologia. Se esiste una specialità in diabetologia (con tutto il rispetto per il diabete), che consiste nel controllare la glicemia e nello stabilire se prescrivere una dieta, un'iniezione di insulina, una pasticca o un *mixer* di queste cose, anche la senologia, per l'impatto sociale e i costi che determina, deve avere una dignità strutturata dal punto di vista istituzionale. Ciò consentirebbe di risolvere i problemi molto sinteticamente ma molto efficacemente individuati dalla senatrice Bianconi.

Non si tratta di decidere una *leadership* scientifica ma solo di individuare una figura, senza con ciò tarpare le ali ad altri. Il radiologo è per legge l'unico che può firmare il referto; è una figura talmente fondamentale che, a mio giudizio, spreca il proprio tempo nel fare un ago-aspirato, una microbiopsia o una puntura della mammella. Compito del radiologo è fare tutte le mammografie che vengono richieste e dire se la mammografia, eventualmente integrata dall'ecografia o dalla risonanza magnetica, dà un risultato positivo, dubbio o negativo. Solo dopo avere acquisito questo referto, la paziente - che provenga dal programma di *screening* oppure abbia scoperto da sé il nodulo - può rivolgersi in tempo reale alla figura che la prende in carico utilizzando il radiologo e le altre competenze ai fini di una diagnosi complessiva definitiva e di un'opportuna e rapida terapia chirurgica.

DONATO. Farei riferimento esclusivamente agli 8 milioni di mammografie per cedere poi la parola al professor Di Maggio.

Le donne che devono essere sottoposte a mammografia annuale in Italia sono 7 milioni e mezzo. Nel nostro Paese si produce un numero di mammografie sufficienti per conoscere lo stato di salute dei cittadini. Si tratta di capire come questa rete di servizi debba condividere le informazioni. In questo caso non occorre aggiungere risorse ma parlare un lin-

guaggio comune. Peraltro, come ben sappiamo, le risorse disponibili sono ormai esaurite.

* *DI MAGGIO*. Signor Presidente, sono radiologo e non intendo fare il senologo, la mia specialità mi basta e il mio impegno culturale è tale da averne quanto basta per svolgere la mia professione. Il compito del radiologo è effettuare diagnosi. Non mi interessa chi gestisce, comanda o organizza una *breast unit*; chiedo e pretendo però che la gestione delle diagnosi sia di competenza del radiologo dall'inizio alla fine. Chiaramente anche la parte terapeutica deve essere gestita bene. Importante è che la diagnostica non sia affidata ad un soggetto che fa il lettore di lastre ad ore ma ad una persona laureata in medicina e specialista, che sappia gestire mammografie, ecografie, aghi aspirati, e tutto quello che serve alla diagnosi. In questo modo la donna è servita dall'inizio alla fine attraverso percorsi ottimizzati e appropriati, ottenendo il massimo con poco.

È vero, la maggior parte delle donne individua un nodulo con le proprie mani; l'obiettivo però è arrivarvi prima; in caso contrario si perdono cinquant'anni di progresso della medicina.

Senatore Di Girolamo, stiamo lavorando molto sulla qualità dei privati. Tutti i casi difficili e particolari sono collegialmente rivisti e arrivano da noi per l'ago aspirato. La seconda lettura vera e propria inizia nel momento in cui si passa alla mammografia classica.

Le donne che effettuano una mammografia l'anno sono tantissime e l'organizzazione è un problema. Giustamente stiamo investendo molto nei programmi di *screening*, purtroppo però, ancora oggi, la maggior parte delle donne si arrangia. Il nostro obiettivo è far sì che queste ultime ottengano una risposta valida in tempo reale e nel miglior modo possibile dove possono effettivamente ottenerla.

PRESIDENTE. Dichiaro conclusa l'audizione che è stata molto interessante e che sarà oggetto di un'attenta riflessione da parte di questa Commissione.

Rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva in titolo ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 16,30.

SENATO DELLA REPUBBLICA

XIV LEGISLATURA

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

INDAGINE CONOSCITIVA
SULLE INIZIATIVE DI PREVENZIONE DEL
TABAGISMO E DEL TUMORE AL SENO IN ITALIA

10° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 16 FEBBRAIO 2005

Presidenza del vice presidente MASCIONI

INDICE

Audizione di persone esperte su tematiche attinenti alla materia in esame

PRESIDENTE	Pag. 223, 233	* CATALIOTTI	Pag. 223, 233
SALZANO (UDC)	232, 233	COLACURCI	225, 233
		* MUTI	227, 232

Sigle dei Gruppi parlamentari: Alleanza Nazionale: AN; Democratici di Sinistra-l'Ulivo: DS-U; Forza Italia: FI; Lega Padana: LP; Margherita-DL-l'Ulivo: Mar-DL-U; Per le Autonomie: Aut; Unione Democristiana e di Centro: UDC; Verdi-l'Unione: Verdi-Un; Misto: Misto; Misto-Comunisti Italiani: Misto-Com; Misto-Italia dei Valori: Misto-IdV; Misto-La Casa delle Libertà: Misto-CdL; Misto-Lega per l'Autonomia lombarda: Misto-LAL; Misto-Libertà e giustizia per l'Ulivo: Misto-LGU; Misto-MSI-Fiamma Tricolore: Misto-MSI-Fiamma; Misto-Nuovo PSI: Misto-NPSI; Misto-Partito Repubblicano Italiano: Misto-PRI; Misto-Rifondazione Comunista: Misto-RC; Misto-Socialisti democratici Italiani-SDI: Misto-SDI; Misto Popolari-Udeur: Misto-Pop-Udeur.

Intervengono il professor Luigi Cataliotti, professore ordinario di chirurgia presso l'Università di Firenze, nonché presidente della Società europea di mastologia, il professor Nicola Colacurci, professore ordinario di ginecologia ed ostetricia alla II Università di Napoli nonché segretario generale della Società italiana di ginecologia ed ostetricia e la professoressa Paola Muti, direttore del Dipartimento di epidemiologia dei tumori dell'Istituto nazionale tumori «Regina Elena» di Roma nonché professore ordinario all'Università di Buffalo.

I lavori hanno inizio alle ore 14,05.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizione di persone esperte su tematiche attinenti alla materia in esame

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sulle iniziative di prevenzione del tabagismo e del tumore al seno in Italia, sospesa nella seduta di mercoledì 2 febbraio.

È oggi prevista l'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 e 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 Buffalo.

Ringrazio i nostri ospiti per la loro partecipazione alla seduta odierna e cedo subito la parola al professor Cataliotti.

* **CATALIOTTI.** Signor Presidente, ringrazio la Commissione per l'invito.

Faccio il chirurgo e sono consulente presso il Centro per lo studio e la prevenzione oncologica di Firenze (che ha avviato lo *screening* per il cancro alla mammella nel 1970, primo in Europa e secondo nel mondo) nonché docente universitario. Da trent'anni mi occupo di mammella e dei problemi alla stessa connessi. Il mio campo è la prevenzione secondaria, vale a dire diagnosi precoce e terapia. Conosco abbastanza bene la realtà europea perché sono presidente della Società europea di mastologia da sette anni e sono nel comitato direttivo dell'European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC), che si occupa di ricerca sul cancro nel continente.

Quando si parla di tumori della mammella si devono tenere presenti tre aspetti principali: la prevenzione primaria; la prevenzione secondaria; la terapia. Quanto alla prevenzione primaria, la mammella non offre grandi spunti, anche se l'epidemiologia ha fatto moltissimo, soprattutto recentemente. Quanto alla prevenzione secondaria, molto si è fatto e molto è ancora da fare. Quando ho iniziato la mia attività nel 1974, operavo l'8 per cento dei tumori di dimensioni fino a due centimetri, cosiddetti T1; oggi questa percentuale ha superato il 70 per cento. Il tumore della mammella di oggi è diverso da quello di trent'anni fa. Malgrado ciò, lo *screening* è nazionale solo in otto Paesi europei e l'Italia non è tra questi, anche se sono operativi circa 80 programmi nelle diverse Regioni. La Toscana, ad esempio, è interamente coperta.

Come immagino già sappiate, in Italia il 58 per cento della popolazione femminile nella fascia tra i 50 e i 60 anni si sottopone a uno *screening*. La distribuzione di tale attività è però abbastanza irregolare: nel Nord dell'Italia si raggiunge il 78 per cento, nel Centro il 75 per cento e nel Sud e nelle isole il 10 per cento. Vi è ancora moltissimo da fare in tal senso, atteso che lo *screening* – come è dimostrato – riduce del 30 per cento, quindi significativamente, la mortalità per tumore della mammella.

Quanto all'aspetto terapeutico, la terapia del cancro della mammella vede l'Italia in buona posizione per tutto ciò che è stato realizzato in questo campo. Dal punto di vista chirurgico la terapia è sempre più rispettosa dell'integrità fisica della paziente ed è più personalizzata rispetto al passato.

In Europa, come nel nostro Paese, è rivolta molta attenzione allo *screening*. Ciò è stato confermato anche dal Parlamento europeo nella Risoluzione del maggio 2003, secondo la quale uno *screening* diffuso dovrebbe essere ormai appannaggio di tutti i Paesi. Il secondo punto della Risoluzione, ripreso anche dal nostro Parlamento, prevede la necessità assoluta di trattare le pazienti con tumore della mammella in unità multidisciplinari, nelle quali siano presenti tutte le competenze che possono seguire il percorso dalla diagnosi al *follow up*. Nella Risoluzione si fa preciso riferimento alla Società europea di mastologia, da me presieduta, il cui programma vi illustrerò a breve.

Grande attenzione è rivolta al controllo di qualità in tutto il lungo percorso e all'accreditamento di ciò che deve essere fatto. Nel 1998 abbiamo organizzato a Firenze una prima riunione che ha messo insieme la European Society of Mastology (EuSoMa), l'EORTC, quindi il mondo della ricerca, ed Europa Donna, vale a dire il mondo delle donne che da quel momento sono entrate a far parte a pieno diritto del mondo scientifico. Queste tre organizzazioni si sono divise il compito di affrontare questo enorme problema in Europa.

Ad Europa Donna è stato affidato il compito di diffondere il messaggio proveniente dal mondo scientifico e di aiutarci, con un'azione di *lobbying* presso le autorità sanitarie di tutti i Paesi.

Ad EORTC è stato chiesto di sviluppare sempre più la ricerca sul cancro della mammella, che storicamente ha costituito l'apri strada per tante ricerche; i *trials* clinici controllati sono nati con il cancro della mammella, poi hanno fatto seguito gli altri organi.

Ad EuSoMa è toccato l'impegnativo compito di definire i requisiti minimi per la costituzione di una *breast unit*, vale a dire di un centro dedicato. Abbiamo scritto e pubblicato queste linee guida quattro anni fa sull'European Journal of Cancer, importante rivista europea che si occupa di cancro. Una volta stabiliti i requisiti minimi di questi contenitori, abbiamo pensato di fornire contemporaneamente le linee guida o comunque suggerimenti comportamentali per i vari settori: la diagnosi; la terapia e tutti gli altri comparti legati alla cura della malattia.

Siamo in procinto di pubblicare il *training* che ciascun operatore, nelle varie discipline, deve seguire per entrare a far parte di questo *team* multidisciplinare, con peso equivalente a qualsiasi livello e qualsiasi ruolo esso ricopra. Tutti questi aspetti, dalle *Breast Unit*, ai protocolli, al *training*, confluiscono nel controllo di qualità. In tal senso, abbiamo creato un sistema di controllo di qualità che permette di verificare che tutto sia realizzato nel rispetto degli indicatori di qualità. Ciò ha determinato la necessità di procedere ad un accreditamento dei centri multidisciplinari che si occupano di questo argomento.

La European Society of Mastology (EuSoMa) offre un accreditamento volontario in quanto non esiste alcuna normativa che assegni ad essa un tale compito. Tuttavia molti centri, soprattutto tedeschi ma anche di altre nazioni, fanno richiesta di accreditamento. Quest'ultimo prevede una *site visit*, consistente in una visita al centro per verificare la sua rispondenza a tutti i requisiti richiesti, al termine della quale il centro può eventualmente ottenere un accreditamento iniziale, che verrà confermato dopo circa cinque anni, una volta raccolti ed esaminati tutti i dati.

Trovo significativo che la strada compiuta a livello europeo sia partita proprio dal nostro Paese e da un italiano. EuSoMa, infatti, è stata creata da Umberto Veronesi; successivamente l'ho ereditata io; mi preme però precisare che il comitato esecutivo è costituito da colleghi provenienti da tutti i Paesi europei. La strada da noi suggerita è quella di creare centri multidisciplinari, nei quali persone competenti e preparate sono chiamate a svolgere il loro lavoro secondo protocolli ben precisi, così da raggiungere l'obiettivo del Parlamento europeo di ridurre quanto prima la differenza di mortalità esistente tra i diversi Paesi europei. Attualmente vi è una differenza di mortalità pari al 21 per cento in termini di sopravvivenza a cinque anni. L'obiettivo è ridurre tale differenza almeno del 6 per cento nei prossimi anni.

COLACURCI. Sono Nicola Colacurci, professore ordinario di ginecologia presso la II Università di Napoli e segretario della Società italiana di ginecologia. Sono venuto in sostituzione del presidente che non ha potuto garantire la sua presenza. Ci sentiamo onorati per essere stati invitati in questa sede allo scopo di offrire, come Società italiana di ginecologia,

la prospettiva ginecologica nell'analisi di due problematiche che ci vedono estremamente interessati: il tabagismo e il tumore alla mammella.

Il nostro interesse per il problema fumo nasce dal fatto che esso ha implicazioni di natura ginecologica estremamente importanti dal punto di vista ostetrico. È noto a tutti quanto possa essere dannoso il fumo per la donna in gravidanza, soprattutto dal punto di vista del fumo attivo. Per la donna fumatrice esiste, infatti, un rischio molto più alto di aborti, di mortalità *pre-natale*, di malformazioni e di bambini nati prematuri o a basso peso. Una serie di patologie ostetriche ha nelle donne fumatrici un'incidenza maggiore rispetto alle non fumatrici. Anche il fumo materno passivo – vale a dire la donna che non fuma ma vive in un ambiente di fumatori – comporta notevoli rischi, come il decremento del peso del figlio alla nascita, un maggiore rischio di aborto spontaneo nel primo trimestre, una maggiore incidenza di asma nel bambino e una ridotta risposta ai *test* psicologici. Siamo in presenza di problematiche estremamente importanti, atteso che sia la nicotina che il monossido di carbonio possono determinare effetti dannosi sulla gestione della gravidanza.

Ci preme poi sottolineare il rapporto tra fumo e tumori della sfera genitale. L'unico tumore che non risente in maniera negativa del fumo è quello dell'endometrio, cioè dello strato interno dell'utero, per il quale non si riscontrano differenze significative tra fumatrici e non fumatrici. Tuttavia, se in presenza di terapie ormonali, siano esse sostitutive o contraccettive, il rischio nelle donne fumatrici diventa molto più elevato rispetto alle altre. Dunque, l'associazione tra fumo e terapia ormonale rappresenta un ulteriore fattore di rischio.

In base a uno studio recentissimo è emerso che l'incidenza del cancro ovarico è significativamente maggiore nelle donne fumatrici, con un rischio relativo pari a 1,22, che cresce in rapporto agli anni di fumo e al numero di sigarette fumate nell'arco di una giornata. Questo discorso vale ovviamente anche per il tumore della mammella, sul quale però non mi soffermo essendo stati ampiamente informati al riguardo.

La problematica legata al rapporto fra terapie ormonali e incidenza di determinate patologie riguarda ovviamente i medici che prescrivono le terapie ormonali. L'associazione di terapia ormonale e fumo, ad esempio, determina in maniera significativa il rischio infarto. La principale terapia ormonale somministrata dai medici alle donne in età riproduttiva è la pillola contraccettiva. Nella valutazione dei costi-benefici si pongono, da una parte, gli svantaggi della terapia ormonale, dall'altra, la sicurezza di evitare gravidanze indesiderate e quindi eventi ancor più traumatici, quale, ad esempio, un'interruzione volontaria di gravidanza.

Da questo studio emerge anche che nelle donne non fumatrici di età inferiore ai 35 anni il rischio cardiovascolare, indipendentemente dalla assunzione di contraccettivi ormonali, è identico. Nelle donne fumatrici che assumono contraccettivi orali il rischio cardiovascolare diventa più elevato e ciò vale a maggior ragione in quelle di età superiore ai 35 anni.

Vorrei sottolineare anche l'angolazione ginecologica nel problema mammella. Si è molto discusso di terapie ormonali e di incidenza di can-

cro mammario. Numerosissimi sono gli studi che evidenziano in maniera positiva o non particolarmente significativa il rapporto tra l'uso di contraccettivi orali e l'incidenza di cancro mammario. È acclarato invece che l'impiego di terapie ormonali sostitutive nelle donne in *post* menopausa, per periodi di tempo superiori a cinque anni, determina un aumento significativo dell'incidenza del tumore della mammella. In altri termini, poste a raffronto mille donne che non assumono una terapia ormonale sostitutiva e mille che la assumono, si registra un'incidenza di sei tumori della mammella in più nelle prime; tale dato aumenta se la terapia ormonale sostitutiva si procrastina per più di cinque anni.

È nostro desiderio essere i referenti principali e privilegiati della donna in tutte le varie fasi della sua vita. Tutte le patologie disfunzionali o le modificazioni mammarie vengono osservate e riferite al ginecologo. Basti ricordare lo sviluppo mammario durante l'adolescenza, le modificazioni della mammella in corso di gravidanza, l'allattamento dopo il parto, la gestione della menopausa. Il ginecologo ha un ruolo prioritario nel percorso dell'informazione; visita la donna sintomatica, la donna sana e quella che gli si rivolge per altre motivazioni; è il primo che può insegnare a una donna l'autopalpazione; può essere il primo a informare sull'esistenza di *screening* nazionali o regionali nel campo della patologia mammaria. È il medico di riferimento per le problematiche che la donna ha tra patologia mammaria e terapia ormonale. È sicuramente il medico che più facilmente può identificare i casi a rischio, indirizzandoli a una diagnostica più specifica. A fini esplicativi richiamo il discorso di chemio-prevenzione portato avanti dal professor Veronesi attraverso i centri menopausa gestiti da ginecologi.

Per la donna sana, non patologica, il punto di riferimento deve essere il ginecologo, che è la figura medica dalla quale torna anche per sottoporre una serie di problematiche che prescindono dalla mammella.

Come Società italiana di ginecologia ed ostetricia siamo favorevoli all'approccio multidisciplinare. Nel centro di senologia il ginecologo entrerà nella diagnosi, nella programmazione terapeutica, nel *follow up*, forte del fatto che vede la donna nella sua interezza, ponendosi anche il problema del desiderio riproduttivo e del vissuto sessuale, che sfuggono all'attenzione di altri specialisti. Bisogna fare prevenzione soprattutto tenendo conto della qualità della vita della donna e delle problematiche che la investono nella sua interezza, ivi incluse quelle concernenti la riproduzione e la sessualità.

* *MUTI*. Signor Presidente, ringrazio la Commissione per l'opportunità che mi è stata offerta non solo di presentare i dati che abbiamo sviluppato in collaborazione tra l'Istituto nazionale di tumori di Milano, l'Istituto nazionale di tumori di Roma e l'Università dello Stato di New York a Buffalo ma anche di conoscere due eminenti colleghi. Mi scuso in anticipo per l'italiano un po' arrugginito, ma ho vissuto negli Stati Uniti per dieci anni.

Nel corso di questa presentazione mi soffermerò brevemente sugli ormoni endogeni, che sono quelli prodotti dal nostro organismo, sul metabolismo del glucosio e sulle eventuali prospettive di prevenzione primaria e secondaria.

Da più di un secolo i dati sperimentali dimostrano una forte relazione tra gli ormoni endogeni e i tumori della mammella. Studi su cellule e su animali hanno evidenziato che gli estrogeni hanno svolto un ruolo importante attraverso la stimolazione della mitosi. Come ipotizzato dalla nostra commissione sulla carcinogenesi ormonale al National Cancer Institute (Washington), sembra vi sia un'azione di induzione dei tumori da parte degli estrogeni attraverso la produzione di metaboliti genotossici. Poco significativi sono stati i nostri studi di tipo caso-controllo misurando gli ormoni della sfera sessuale, estrogeni e androgeni, in relazione al tumore della mammella.

Ma la grande scoperta, non adeguatamente capita in America e in Europa, è che negli ultimi dieci anni i nove grandi studi prospettici condotti in Europa, in America e in Asia hanno evidenziato la medesima conclusione. Lo studio del sangue prelevato in donne sane di tutte le diverse popolazioni, che si sono ammalate successivamente, ha evidenziato come alti livelli di estrogeni e di androgeni siano precursori dell'incidenza del tumore della mammella. In altri termini, solo le donne che presentavano alti livelli di estrogeni e di androgeni hanno sviluppato il tumore.

Si tratta di studi prospettici di popolazione basati sul reclutamento di migliaia di donne sane e sul loro *follow-up* per periodi molto lunghi. Allorquando si sono ammalate abbiamo esaminato i sieri raccolti al momento del reclutamento; abbiamo, quindi, verificato se nelle donne, poi ammalatesi di tumore della mammella, erano presenti alterazioni ormonali che le differenziavano dalle non ammalate. I risultati di questi studi, molto importanti dal punto di vista epidemiologico, sono paragonabili a quelli emersi in relazione al fumo e al tumore al polmone.

Non si può più affermare oggi che non si conoscono le cause dei tumori della mammella: sappiamo adesso che gli ormoni, almeno dal punto di vista sperimentale e dello studio sull'uomo, sono fortemente associati alla patologia tumorale.

Nel 2001 ci siamo riuniti all'Università di Oxford per costituire l'Endogenous hormones and Cancer Collaborative Oxford Group, e abbiamo messo insieme i risultati di questi grandi studi e tutti i dati relativi agli ormoni raccolti prima dell'insorgenza della malattia; abbiamo poi esaminato su un campione molto ampio di donne (più di 100.000) altre variabili difficili da analizzare nei nostri singoli gruppi di pazienti. I nostri singoli campioni di soggetti ancorché basati su centinaia di migliaia di persone, non erano sufficienti non essendo il tumore della mammella particolarmente frequente. In questo caso abbiamo lavorato su 100.000 donne e su 663 casi di tumori in donne in *post-menopausa*. La forza dell'associazione sta nel fatto che nelle donne in *post-menopausa* non si rileva tanta variabilità ormonale per l'assenza del ciclo mestruale, che condiziona sensibilmente la classificazione dei soggetti.

Per brevità, indico solo due estrogeni e due androgeni con i quintili di distribuzione da uno a cinque. Il primo quintile rappresenta tutte le donne con i più bassi livelli di estrogeni al momento del reclutamento. Il quinto quintile indica il gruppo di donne con il più alto livello di estradiolo al momento del reclutamento. Si tratta sempre di livelli normali, anche se più elevati di quelli delle donne di cui ai precedenti quintili. È possibile capire che sia per gli estrogeni che per gli androgeni livelli alti di ormone hanno mostrato di essere indicatori di rischio. In epidemiologia i valori superiori a uno indicano il rischio, quelli inferiori a uno sono indice di protezione. In altre parole, per l'estradiolo le donne classificate nel quinto quintile hanno sviluppato circa due volte il rischio di tumore della mammella rispetto a quelle classificate nel primo quintile. Interessante è che gli androgeni, in realtà, sono precursori degli estrogeni, essendo da questi ultimi prodotti.

La questione posta in un primo momento è che probabilmente gli androgeni sono così fortemente associati ai tumori della mammella perché sono poi trasformati in estrogeni. Quindi, solo questi ultimi rappresenterebbero i veri fattori di rischio.

Mettendo assieme i risultati di vari studi siamo riusciti ad effettuare alcune analisi per sottogruppi, nel corso delle quali abbiamo controllato l'attività degli estrogeni per gli androgeni e degli androgeni per gli estrogeni. In sostanza, abbiamo controllato i loro effetti aggiustando le due componenti. L'aspetto interessante emerso da questo studio è che entrambe le classi di ormoni appaiono fortemente associate ai tumori della mammella in *post-menopausa* ma in maniera indipendente, vale a dire seguendo *pathway* completamente diverse.

Altro dato interessante emerso dall'analisi è che le donne in sovrappeso nella fase *post-menopausa* sono a più alto rischio di tumore della mammella. In realtà, si tratta di un dato a tutti noto. Il problema è capire se quest'associazione è in parte spiegata dal ruolo che il tessuto adiposo svolge nel metabolismo degli estrogeni. In altri termini, le donne in sovrappeso possono essere a più alto rischio di tumore perché producono più estrogeni? Abbiamo svolto analisi per sottogruppi i cui risultati sono stati rappresentati in due grafici. Nel primo, sono riportati da una parte i quintili di *body mass index* (indicatore del peso corporeo), dall'altra, i livelli di rischio. Dall'osservazione dei grafici si evince che all'aumentare della massa corporea corrisponde un aumento di estradiolo libero.

Nel diagramma contenuto nel secondo grafico è stata analizzata la relazione tra il *body mass index* e il rischio di tumore della mammella. Da esso si evince un aumento di rischio con l'incremento dei quintili fino al penultimo, in cui invece il rischio si riduce. Sembra che le donne molto obese siano, in realtà, protette dai tumori della mammella, dato già conosciuto che non sappiamo ancora spiegare. Tuttavia, quando abbiamo effettuato un aggiustamento del rischio in relazione ai livelli di estradiolo o di altri ormoni, abbiamo notato che il rischio diminuisce. Quindi, gran parte dell'associazione tra l'adiposità e i tumori della mammella è spiegata dal ruolo svolto dal tessuto adiposo nel metabolismo degli estrogeni. Ciò ha

una rilevanza fondamentale nella potenziale prevenzione dei tumori della mammella attraverso il controllo dell'adiposità corporea.

Quando abbiamo osservato gli androgeni, in particolare il testosterone, non abbiamo notato alcuna relazione con i livelli di testosterone. È risultato anche che l'aggiustamento per androgeni non modifica il rischio di tumore per *body mass index*, dimostrando ancora una volta che gli androgeni hanno una *pathway* diversa.

L'altra domanda che ci siamo posti è cosa succede alle donne in *pre-menopausa*. In questo caso gli epidemiologi si sono trovati alle prese con problemi metodologici, dovuti all'ampia variazione di ormoni legata al ciclo mestruale.

Nello studio ORDET (Ormoni, Dieta e Tumori), realizzato diversi anni fa in provincia di Varese, abbiamo scoperto una nuova modalità di analisi statistica che permette di controllare la variabilità ormonale e conseguentemente di capire se anche nelle donne in *pre-menopausa* gli ormoni svolgono un ruolo importante. Questo studio, finanziato nel 1986 dalla Lega per la Lotta Contro i Tumori e basato sul reclutamento di partecipanti tra il 1987 e il 1992, ha preso in considerazione la dieta di queste donne, le loro caratteristiche morfologiche e l'analisi di circa 40 ml di sangue prelevati a digiuno tra le otto e le nove del mattino per controllare i ritmi circadiani. Dopo cinque anni abbiamo rilevato 73 nuovi casi di tumori nelle donne reclutate sane e per ogni donna colpita da tumore abbiamo scelto un campione di quattro donne rimaste sane.

I risultati dello studio mostrano, analizzando gli androgeni sia per il testosterone totale che per il *free testosterone* non legato alle proteine, l'esistenza di un forte rischio (sebbene non significativo data l'esiguità del campione) per le donne in *pre-menopausa* con livelli elevati, ma non patologici, di testosterone. Tali donne hanno sviluppato un rischio di tumore della mammella tre volte superiore rispetto alle donne classificate nel primo terzile a testosterone più basso. Abbiamo rilevato invece che il progesterone naturale prodotto dalle ovaie ha svolto una funzione di protezione.

Questi dati, pubblicati recentemente sull'*International Journal of Cancer*, hanno trovato conferma nei risultati dello studio EPIC, un importante studio europeo basato sull'osservazione di circa 350.000 partecipanti. In sostanza, questa ricerca ha ottenuto gli stessi risultati, dimostrando che gli androgeni sono associati, anche in *pre-menopausa*, ai tumori della mammella come lo sono gli estrogeni, mentre il progesterone naturale ha un'evidente funzione protettiva.

Finora abbiamo parlato di ormoni in un *range* di normalità, ma ci siamo posti anche la seguente domanda: per quale ragione alcune donne, sia in *pre-menopausa* che in *post-menopausa*, sono caratterizzate da un elevato livello di estrogeni o di androgeni? Cosa c'è dietro questo fatto? Possiamo modificare qualcosa in modo tale da evitare l'insorgenza del tumore? Sappiamo bene che ad una dieta ricca di grassi saturi e di carboidrati raffinati e ad una vita sedentaria sono associati il diabete di tipo 2 e

l'insulino-resistenza. Gli stessi fattori di rischio sono associati anche ai tumori della mammella.

In considerazione di ciò è emersa l'ipotesi che fosse l'insulina a rappresentare il fattore di rischio. Infatti, l'insulina se da un lato è un forte fattore mitogeno in grado di stimolare la proliferazione di linee cellulari legate ai tumori della mammella e la produzione da parte dell'ovaio sia di estrogeni che di androgeni, dall'altro, è in grado di stimolare la produzione da parte del fegato di *Insulin-Like Growth Factor 1* (numero) (IGF-1), altro fattore molto simile all'insulina capace di stimolare la steroidogenesi ovarica e la proliferazione cellulare. L'insulina sembrava essere il fattore contro il quale lavorare.

L'ipotesi è stata testata da numerosi studi prospettici tutti concentrati essenzialmente sull'*Insulin-Like Growth Factor* che presenta caratteristiche di proliferazione più che di controllo del glucosio rispetto all'insulina. Molti studi prospettici e caso-controllo hanno dimostrato che, in effetti, tutte le donne caratterizzate all'origine (quindi, quando ancora erano sane) da elevati livelli di *Insulin-Like Growth Factor* hanno poi mostrato gli effetti del rischio.

Questo è ciò che abbiamo fatto nel nostro studio ORDET. Abbiamo provato anche noi a verificare se nelle donne italiane vi fosse questo rischio e abbiamo osservato che donne che presentavano livelli più elevati di IGF-1 avevano sviluppato quattro volte il rischio di tumore della mammella. La questione si era anche posta per l'insulina, ma dai dati rilevati era emerso che essa non era così in relazione. Eravamo delusi perché pensavamo che il metabolismo del glucosio fosse un *biomarker* importante da valutare. Allora, abbiamo cominciato a considerare una variabile che nessun altro al mondo aveva finora valutato e che l'American Diabetes Association ha indicato come un forte *biomarker* negli studi di popolazione per indicare insulino-resistenza e tendenza al diabete di tipo 2: il glucosio a digiuno, parametro fortemente in relazione alla dieta e allo stile di vita.

Le donne caratterizzate dal più alto livello di glucosio a digiuno nel sangue, che presentavano quindi una glicemia più elevata, hanno sviluppato quasi tre volte il rischio di tumore della mammella rispetto alle donne classificate ai livelli più bassi. Dunque, non solo gli estrogeni e gli androgeni ma anche le variabili relative al metabolismo del glucosio sono in relazione all'insorgenza dei tumori in donne in *pre* e *post*-menopausa.

Questi fattori hanno un ruolo nella prognosi? Donne che dopo l'intervento al seno presentano un livello alto di estrogeni, di androgeni o di insulina sono a più alto rischio di ricorrenza dei tumori? Ebbene, la risposta è sì. La letteratura conferma che le donne in sovrappeso, con alti livelli di insulina sierica e con modificazioni di peso durante la terapia, sono a più alto rischio di tumori della mammella.

In uno studio condotto dall'Istituto Tumori di Milano su un campione di 150 donne, abbiamo scoperto che le donne reclutate dopo l'intervento chirurgico e caratterizzate da livelli più alti di testosterone hanno sviluppato sette volte il rischio di tumore della mammella rispetto a quelle con livelli più bassi.

Dal 5 al 20 per cento la popolazione europea è caratterizzata da obesità e l'incidenza dell'obesità è in aumento. La resistenza insulinica e l'iperinsulinemia sono un fattore di rischio per i tumori ormoni-dipendenti, per le malattie cardiovascolari e per il diabete di tipo 2.

Due grandi diagrammi che derivano dallo studio EPIC mostrano vari *item* di dieta, che vanno dalle carni ai formaggi. Dal confronto tra le donne tedesche e le donne greche emerge che le prime (i dati si riferiscono a due città in particolare, Heidelberg e Potsdam) hanno *spike* di consumo di burro quattro volte più alti della media europea, hanno un consumo più elevato di salsicce e di carni; le seconde hanno alti *spike* di consumo di legumi e verdure. Ebbene, le donne greche si ammalano quattro volte meno di tumore della mammella e di malattie cardiovascolari delle donne tedesche.

Per la prevenzione delle malattie cronico-degenerative (in particolare il tumore della mammella) potrebbe essere molto semplice identificare e correggere i fattori di *lifestyle* che condizionano determinanti come sovrappeso e obesità.

SALZANO (UDC). Ringrazio gli auditi per la loro partecipazione e mi scuso per non aver ascoltato i primi due interventi, ma ero impegnato in una votazione alla Camera dei deputati.

Ho apprezzato la relazione della professoressa Muti da cui prendo spunto per formulare alcune domande. Visto che questa Commissione e l'intero Senato sono impegnati nell'opera di sostegno alla prevenzione dei tumori della mammella, come si possono utilizzare a tal fine i dati che lei ha fornito? Gli alti livelli di estrogeni e di androgeni, anche nell'ambito di un *range* normale, possono essere utilizzati nello *screening*? I nostri laboratori sono in grado di apprezzarli?

* MUTI. È una domanda fondamentale in questo momento storico della scienza sui tumori della mammella. Anche se ora diffondiamo lo *screening* mammografico, il problema è stabilire quali siano le donne ad alto rischio di tumore della mammella. Al momento identifichiamo le donne più anziane come quelle a più alto rischio, ma sappiamo che sono da coinvolgere anche le donne ad elevato livello di androgeni e di estrogeni e che hanno una maggior densità mammografica o che sono caratterizzate da diversi stili di vita. Tutti questi fattori sono stati scoperti, ma non sono ancora applicati nell'attuazione delle campagne di *screening* o nell'identificazione di gruppi da studiare in *clinical trials*.

Come Istituto Regina Elena proporremo di sviluppare un gran *workshop* in cui, mettendo insieme tutti gli studi, si possano provare diversi modelli e verificare come queste nuove variabili (ormoni, estrogeni, androgeni, glucosio nel sangue, IGF-1) possono aiutare a definire meglio le categorie di donne ad alto rischio, sulle quali applicare forti misure di *screening* e forti strategie di prevenzione. L'intervento preventivo si concentrerebbe e s'intensificherebbe così solo in quei gruppi ad alto rischio, con relativa riduzione della spesa pubblica. Questo *workshop*, per il quale ab-

biamo già avuto l'adesione di diversi gruppi di ricerca, dovrebbe essere organizzato nel 2006, in collaborazione con un istituto americano.

SALZANO (UDC). I risultati dello *screening* mammografico sono gli stessi al Nord, al Centro e al Sud? In caso di risposta negativa, come mai?

* CATALIOTTI. La differenza più importante sta nel fatto che al Sud solo il 10 per cento delle donne comprese nella fascia di *screening* lo effettua realmente; al Centro la percentuale sale al 75 per cento e al Nord al 78 per cento. I centri che realizzano lo *screening* fanno ormai parte di un gruppo chiamato GISMa (Gruppo Italiano Screening Mammografico) e sono sottoposti al controllo di qualità. Pertanto, sotto il profilo qualitativo, lo *screening* è identico al Nord come al Sud; il problema è rappresentato invece dallo scarso numero di donne che si sottopongono ad esso. In Italia, purtroppo, non esiste uno *screening* a livello nazionale come quello esistente in otto Paesi europei.

COLACURCI. In proposito posso riportare i dati della Campania che ha effettuato uno *screening* a chiamata attiva sui tumori della mammella. L'assessorato alla sanità della Regione Campania ha invitato le donne fra i 50 e i 69 anni ad effettuare uno *screening* mammografico del tutto gratuito. Questo programma si prefigge, a regime, quindi nel quinquennio, di contattare 608.000 donne. Finora 82.000 donne hanno ricevuto a domicilio la lettera di invito; di queste si sono sottoposte al test di *screening* il 38,6 per cento; in altri termini, 33.500 donne hanno permesso l'individuazione di 251 casi di cancro, pari allo 0,7 per cento.

Ciò che mi preme sottolineare è che delle persone invitate solo il 38,6 per cento si è recato ad effettuare lo *screening* nonostante fosse stato tutto organizzato e l'esame fosse gratuito.

PRESIDENTE. Ringrazio i presenti per le informazioni fornite e per il prezioso contributo dato allo svolgimento dei lavori della Commissione.

Dichiaro conclusa l'audizione odierna e rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva in titolo ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 15.

SENATO DELLA REPUBBLICA

XIV LEGISLATURA

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

INDAGINE CONOSCITIVA
SULLE INIZIATIVE DI PREVENZIONE DEL
TABAGISMO E DEL TUMORE AL SENO IN ITALIA

11° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 23 FEBBRAIO 2005

Presidenza del vice presidente MASCIONI

INDICE

Audizione di persona esperta su tematiche attinenti alla materia in esame

* PRESIDENTE Pag. 237, 239, 241 | BARONCI Pag. 237, 239, 240

Sigle dei Gruppi parlamentari: Alleanza Nazionale: AN; Democratici di Sinistra-l'Ulivo: DS-U; Forza Italia: FI; Lega Padana: LP; Margherita-DL-l'Ulivo: Mar-DL-U; Per le Autonomie: Aut; Unione Democristiana e di Centro: UDC; Verdi-l'Unione: Verdi-Un; Misto: Misto; Misto-Comunisti Italiani: Misto-Com; Misto-Italia dei Valori: Misto-IdV; Misto-La Casa delle Libertà: Misto-CdL; Misto-Lega per l'Autonomia lombarda: Misto-LAL; Misto-Libertà e giustizia per l'Ulivo: Misto-LGU; Misto-MSI-Fiamma Tricolore: Misto-MSI-Fiamma; Misto-Nuovo PSI: Misto-NPSI; Misto-Partito Repubblicano Italiano: Misto-PRI; Misto-Rifondazione Comunista: Misto-RC; Misto-Socialisti democratici Italiani-SDI: Misto-SDI; Misto Popolari-Udeur: Misto-Pop-Udeur.

Interviene il dottor Sergio Baronci, segretario generale della Federazione italiana tabaccai.

I lavori hanno inizio alle ore 14,30.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizione di persona esperta su tematiche attinenti alla materia in esame

* **PRESIDENTE.** L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sulle iniziative di prevenzione del tabagismo e del tumore al seno in Italia, sospesa nella seduta di mercoledì 16 febbraio.

È oggi in programma l'audizione del dottor Sergio Baronci, segretario generale della Federazione italiana tabaccai, che ringrazio per aver accolto il nostro invito e al quale cedo subito la parola per una breve relazione introduttiva.

BARONCI. 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 tabaccai 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'800 per cento e che i tabaccai non sono altro se non la rete di vendita al dettaglio dello Stato, il quale affida loro quest'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 di luoghi comuni che talvolta aleggia sopra l'insegna «T» dei nostri 58.000 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, 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 35 anni.

Il 31 marzo 2003, con una Conferenza stampa presieduta dal presidente della Camera dei deputati, onorevole 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, professor 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 e i tabaccai e gli uffici postali hanno svolto una massiccia campagna di promozione.

In particolare, la FIT 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 ASL, 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 cento per il potenziamento e l'acquisto di attrezzature in centri di senologia su tutto il territorio nazionale; 25 per cento per programmi di educazione medica permanente e per la creazione di borse di studio per progetti di ricerca e perfezionamento clinico; 25 per cento per programmi di prevenzione e informazione e supporto per donne con tumore al seno; 25 per cento della raccolta su Roma per lo sviluppo del centro di Senologia dell'Università Cattolica.

Il settembre 2004, alla presenza del ministro delle comunicazioni, onorevole Gasparri, e del vice presidente della Camera, onorevole 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 5 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 con i progetti sponsorizzati sono state destinate a persone ed organizzazioni che rappresentavano in modo equo tutto il territorio nazionale.

Signor Presidente, consegno agli atti della Commissione una copia della mia relazione e la documentazione che riporta quanto riportato sul nostro sito Internet e sul nostro giornale in ordine a tale argomento.

Resto comunque a vostra completa disposizione per rispondere alle eventuali domande che mi saranno rivolte.

* PRESIDENTE. Ringrazio il dottor Baronci per la sua esposizione.

Capisco la scomodità della sua posizione, trattandosi di un'audizione svolta nell'ambito di un'indagine conoscitiva volta ad individuare le eventuali iniziative da assumere ai fini della prevenzione del tabagismo e del tumore del seno in Italia. Posso assicurarle che non è sicuramente sotto accusa; anzi, l'abbiamo ascoltata con interesse e certamente alcune considerazioni da lei espresse pongono sotto una nuova luce la sua categoria, che svolge un'attività assolutamente legittima.

BARONCI. La ringrazio per queste sue parole.

PRESIDENTE. Vorrei rivolgerle una domanda che ha anche riflessi di ordine sanitario. Ho letto che l'impatto della legge sul divieto di fumo nei locali pubblici ha comportato per la categoria una diminuzione di vendite del 23 per cento delle vendite di sigarette. Può indicarci il significato della nuova legge in termini di vendite e di consumi?

BARONCI. In termini di consumi, in base ai dati statistici, la diminuzione da lei indicata dal 23 per cento è un'esagerazione. Si tratta di una notizia diramata da un sindacato assolutamente minoritario, che conta solo 700 iscritti in tutta Italia, mentre noi ne contiamo circa 48.000. Altri 10.000 tabaccai sono, per così dire, liberi e di questi ultimi circa 700 aderiscono al sindacato testè indicato.

Ad ogni modo, i dati statistici relativi alle vendite del mese di gennaio, ormai acquisiti, indicano una caduta dei consumi dell'11 per cento. Nel mese di febbraio questa caduta si è leggermente rallentata e si dovrebbe attestare fra il 9 e il 10 per cento.

Ovviamente non siamo fra i fautori della nuova legge sul fumo e abbiamo diverse osservazioni da esprimere in proposito. Tuttavia, prima di lanciare allarmi, preferiamo assicurarci dell'effettivo rischio. Pertanto, ci riserviamo di esprimere una valutazione al riguardo con molta probabilità verso la fine di marzo. Questa nostra posizione deriva dal fatto che negli ultimi tempi si è registrata una concentrazione di diversi elementi che hanno inciso e incidono sulla diminuzione del consumo di sigarette. In primo luogo l'epidemia di influenza al momento largamente diffusa comporta complicazioni bronchiali, i cui effetti si riproducono inevitabilmente sul consumo di sigarette. Al riguardo mi preme però precisare che di norma le epidemie influenzali provocano sempre una diminuzione nel consumo di sigarette.

La legge vieta inoltre il fumo non solo nei locali pubblici ma anche negli uffici privati. Nel nostro ufficio è affissa la scritta: «Vietato fumare», ma accanto è collocato un altro cartello con il quale oltre a ribadire l'importanza dell'osservanza della legge, significhiamo il nostro disaccordo e l'impegno a fare tutto ciò che è possibile fare democraticamente per modificare il nuovo dettato normativo. La legge obbliga tutti, ovviamente con la tolleranza e l'elasticità che sono tipiche nel nostro Paese nell'applicazione delle norme.

Va poi considerata la mancanza di locali per fumatori negli esercizi pubblici, dovuta al ritardo che si registra nella realizzazione di ambienti a ciò destinati. Quando vi saranno sale per fumatori non nell'1 per cento (come avviene attualmente) ma nel 20 per cento dei locali pubblici, il consumo risalirà.

Si potrebbe fumare all'aperto ma in questa stagione, essendo un rimedio peggiore del male, nessuno fuma all'aperto. Ci auguriamo che tra i mesi di marzo e di aprile la situazione climatica cambi.

È nostro auspicio che una legge di divieto del fumo non sia troppo illiberale. In verità, ci hanno particolarmente colpito alcuni aspetti della nuova normativa. Cito un esempio a titolo esemplificativo. A Roma esiste un circolo denominato «Club della pipa» di cui sono stato socio per lungo tempo. Lo statuto del circolo prevede l'adesione dei fumatori di pipa; i fumatori di sigaro sono ben accetti e quelli di sigarette sono tollerati; di contro, chi non fuma, per accedere al circolo, deve pagare una quota suppletiva per il fumo passivo, il cui costo è, di fatto, a carico degli altri. Senza dubbio è una regola goliardica ma va tenuto anche conto che la

legge vieta l'esistenza di un circolo di questo genere, anche se lo stesso esiste ormai da molti anni. Reputiamo esagerato che gruppi di fumatori o imprenditori non possano creare associazioni per soli fumatori.

Sappiamo che le sigarette provocano il cancro e siamo d'accordo sul darne indicazione sul pacchetto di sigarette. Non accettiamo però che s'impedisca di fumare a chi vuole continuare a farlo. Allo stesso modo, le persone che hanno l'abitudine di fumare (tanto deprecata dai medici, anche se molti di essi fumano) devono avere la possibilità di riunirsi liberamente fra loro. È quindi nostro intento valutare attentamente la portata e le conseguenze del nuovo dettato normativo, per poi sollecitare democraticamente le modifiche necessarie a ricondurre la legge a termini più ragionevoli.

Se mi è consentito, vorrei concludere il mio intervento richiamando un esempio spiritoso: il ragazzo recatosi dal tabaccaio per acquistare un pacchetto di sigarette, letta la dicitura: «Il fumo provoca l'impotenza», ha chiesto al rivenditore di vendergli le sigarette che provocano il cancro; evidentemente preferiva la seconda opzione.

Abbiamo l'impressione che si sia avviata contro il fumo una crociata. Non è più epoca di crociate ma di tolleranza e accettazione reciproca; ciò non di meno oggi il fumatore si sente molto discriminato. In tal senso ci ripromettiamo di riunire in associazione fumatori e giocatori del lotto contro i quali si registra un forte accanimento. So che il gioco del lotto non rientra nelle competenze di questa Commissione, tuttavia, vista la benevolenza che dimostrate nell'ascoltarmi, mi soffermerò brevemente su quest'aspetto.

In questi ultimi tempi i giocatori del lotto sono bersagliati da più parti; addirittura vi è chi sollecita la presenza nelle tabaccherie di assistenti sociali che invitino le persone a non giocare al lotto per non rovinarsi la vita. Ovviamente il gioco è sempre a favore del banco, ma come si può pensare che lo Stato, il tabaccaio o l'assistente sociale possano impedire a una persona di continuare a giocare un numero che da settimane è oggetto delle sue puntate? Sia i fumatori sia i giocatori del lotto sono nostri amatissimi e rispettabilissimi clienti: è da loro che riceviamo il pane che fa vivere noi e le nostre famiglie. Essendo entrambe le categorie trattate alla stregua di *minus habens*, ci sembra giusto organizzare queste persone affinché possano esprimere la loro volontà. Magari vi sono fumatori che non intendono smettere di fumare. Persino un Ministro ha dichiarato che avrebbe fumato in Consiglio dei ministri; spero non lo abbia fatto ma comprendo la sua reazione. Questo aspetto ha per noi un'importanza non irrilevante.

* PRESIDENTE. Evidentemente la missione della 12ª Commissione permanente del Senato, in relazione al tema, è in contrasto con i vostri obiettivi finanziari e di lavoro. In tal senso mi preme ricordare che la legge sul fumo è stata approvata soprattutto a difesa dei non fumatori. La Commissione spera di riuscire a ridurre il consumo delle sigarette, anche se, in mancanza di mezzi disponibili, appare improbabile il raggiungi-

mento di tale obiettivo. Dobbiamo, però, segnalare i rischi e i danni connessi al fumo: questo è l'obiettivo dell'istituzione Senato e di codesta Commissione. I singoli senatori, nei loro comportamenti individuali, sono liberi di fare ciò che ritengono più opportuno.

Mi rendo conto che si tratta di una finalità che contrasta con le aspettative della vostra categoria. In ogni caso, se si raggiungesse effettivamente una diminuzione del consumo di sigarette del 25 per cento, la vostra categoria potrebbe valutare eventuali possibili forme di riconversione, tenuto conto della vasta gamma dei prodotti sostitutivi delle sigarette cui i fumatori fanno solitamente ricorso. Conosco molte persone che smettono di fumare e iniziano a fare largo uso di caramelle, di liquirizie e di gomme americane. Esistono margini di attività, anche se è mio auspicio, in quanto membro della Commissione, riuscire a ridurre il fenomeno del tabagismo in Italia.

Ringrazio il nostro ospite per la disponibilità dimostrata nell'accogliere il nostro invito.

Dichiaro conclusa l'audizione e rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva in titolo ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 14,55.

SENATO DELLA REPUBBLICA

XIV LEGISLATURA

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

Seduta n. 286

INDAGINE CONOSCITIVA
SULLE INIZIATIVE DI PREVENZIONE DEL
TABAGISMO E DEL TUMORE AL SENO IN ITALIA

12° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MARTEDÌ 26 LUGLIO 2005

Presidenza del vice presidente **MASCIANI**
indi del presidente **TOMASSINI**

INDICE

Documento conclusivo (Esame e rinvio)

PRESIDENTE:

* - TOMASSINI	Pag. 245, 252, 253 e <i>passim</i>
* BAI DOSSI (<i>Mar-DL-U</i>)	251
* BIANCONI (<i>FI</i>)	245
BOLDI (<i>LP</i>)	247
CURSI, <i>sottosegretario di Stato per la salute</i>	252
SALINI (<i>Misto</i>)	254
SALZANO (<i>UDC</i>)	253
TATÒ (<i>AN</i>)	255
TREDESE (<i>FI</i>)	254
ALLEGATO (<i>contiene lo schema di documento conclusivo</i>)	257

N.B.: L'asterisco indica che il testo del discorso è stato rivisto dall'oratore.

Segle dei Gruppi parlamentari: Alleanza Nazionale: AN; Democratici di Sinistra-l'Ulivo: DS-U; Forza Italia: FI; Lega Padana: LP; Margherita-DL-l'Ulivo: Mar-DL-U; Per le Autonomie: Aut; Unione Democristiana e di Centro: UDC; Verdi-l'Unione: Verdi-Un; Misto: Misto; Misto-il Cantiere: Misto-Cant; Misto-Comunisti Italiani: Misto-Com; Misto-Democrazia Cristiana per le Autonomie: Misto-DC-Aut; Misto-Italia dei Valori: Misto-IdV; Misto-La Casa delle Libertà: Misto-CdL; Misto-Lega per l'Autonomia lombarda: Misto-LAL; Misto-MIS (Movimento Idea Sociale): Misto-MIS; Misto-Nuovo PSI: Misto-NPSI; Misto-Partito Repubblicano Italiano: Misto-PRI; Misto-Rifondazione Comunista: Misto-RC; Misto-Socialisti Democratici Italiani-Unità Socialista: Misto-SDI-US; Misto Popolari-Udeur: Misto-Pop-Udeur.

Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Corsi.

I lavori hanno inizio alle ore 14,45.

Presidenza del vice presidente MASCIONI

Documento conclusivo

(Esame e rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'esame di uno schema di Documento conclusivo dell'indagine conoscitiva sulle iniziative di prevenzione del tabagismo e del tumore al seno in Italia, sospesa nella seduta del 23 febbraio scorso.

Invito la senatrice Bianconi, relatrice sull'indagine conoscitiva in titolo, ad illustrare lo schema di Documento predisposto, che sarà allegato al resoconto della seduta odierna.

BIANCONI (*FI*). Innanzi tutto, signor Presidente, mi preme sottolineare che la funzione di relatore sulle due parti in cui si è articolata l'indagine conoscitiva è stata svolta anche dalle senatrici Baio Dossi e Boldi con riferimento rispettivamente al tabagismo e al tumore al seno.

Procederò ora all'illustrazione delle linee generali caratterizzanti il Documento in esame, pubblicato in allegato al presente resoconto.

Ricordo brevemente il percorso intrapreso da questa Commissione circa un anno fa; esso conta 18 audizioni specifiche sul tumore al seno, cinque audizioni sul tabagismo, cinque sopralluoghi effettuati presso alcuni centri d'eccellenza dedicati alla diagnosi e alla cura del tumore mammario.

Tutto è partito dall'approvazione all'unanimità di una mozione da parte del Senato il 15 ottobre 2003 all'indomani della risoluzione del Parlamento europeo del 5 giugno 2003, che ha indicato per la prima volta nella lotta al cancro del seno una priorità delle politiche sanitarie dell'Europa e quindi per tutti gli Stati membri dell'Unione europea. È partito un dibattito ampio e molto articolato in Senato ed è emerso come non vi sia attualmente una correlazione significativa accertata tra fumo di tabacco e insorgenza del cancro al seno. Essendo, però, il tumore al seno la prima causa di morte nelle donne in Italia e il tumore al polmone la seconda,

ci è sembrato giusto analizzare queste due patologie di forte rischio per le donne.

Mentre il tumore al seno, se colto ai primi stadi, può essere vinto, va registrata una tendenza nei Paesi occidentali all'aumento del numero di donne fumatrici, la cui risultante è un'incidenza di cancro al polmone tale da rendere questa patologia la seconda causa di morte per le donne, con un tasso di sopravvivenza inferiore al 50 per cento.

Ci è sembrato utile fotografare tale situazione ed offrire, di conseguenza, al Ministero competente alcune utili indicazioni emerse dall'esperienza maturata nel corso di quest'indagine nell'esame di due patologie tumorali che colpiscono in particolare le donne con possibilità, se diagnosticati all'inizio, di sopravvivenza ampie per una e ridotte per l'altra. Lo scopo dell'indagine conoscitiva è infatti quello di raggiungere una comprensione delle problematiche legate ai due fenomeni, sufficiente a consentire di formulare indicazioni atte ad approntare opportune strategie di contrasto e di riduzione del danno.

Presidenza del presidente TOMASSINI

(Segue BIANCONI). Meglio di me approfondiranno la questione la senatrice Boldi, per ciò che concerne il tumore al seno, e la senatrice Baio Dossi che illustrerà un'una fotografia della situazione del consumo di tabacco. In Italia lo *screening* per la diagnosi precoce è stato avviato dal Servizio sanitario nazionale circa 20 anni fa ed è emersa in particolare l'esigenza di superare una situazione tuttora caratterizzata dalla sussistenza di una notevole sperequazione a livello territoriale delle strutture deputate alla prevenzione e alla cura del cancro alla mammella, che vede penalizzate le regioni meridionali. Appare inoltre necessario superare le vecchie modalità di attuazione degli *screening*, a favore di metodologie più moderne che tengano conto delle diverse caratteristiche soggettive delle singole donne.

Dal Documento conclusivo emerge come nel 2000 soltanto il 45,7 per cento delle donne al Nord, il 58,2 per cento al Centro e, purtroppo, solo il 5,9 per cento al Sud aderirono al programma di *screening*. Desidero significare – anche se la senatrice Boldi lo farà sicuramente meglio di me – l'importanza di non sottovalutare il dato relativo alla qualità della vita, alle tipologie di intervento e alla sopravvivenza.

Un'indagine svolta da Artemide poche settimane fa ha messo in rilievo come le donne del Sud siano generalmente informate della necessità di fare prevenzione dalla TV e dai *media*. Ciò richiama la necessità per i Servizi sanitari regionali di prestare una più precisa e capillare attenzione alla prevenzione.

L'altro dato molto significativo è che ormai non è più pensabile istituire lo *screening* di massa e di qualità degli anni Ottanta, perché è necessario scoprire il tumore nella fase iniziale. Abbiamo bisogno di professionisti che si dedichino a ciò nell'ambito di un percorso sempre più professionale e personalizzato nei confronti della donna. Anche su quest'aspetto la senatrice Boldi fornirà maggiori chiarimenti.

Per quanto riguarda il tabagismo, in Italia sono circa 5,3 milioni le donne fumatrici di cui, purtroppo, si prevede un aumento numerico nei prossimi anni fino a raggiungere i 6 milioni. Occorre prestare una certa attenzione nei confronti delle cosiddette giovani generazioni e, come si suol dire, stare sempre in allarme.

Quando parliamo di tabagismo ci riferiamo anche alla sua straordinaria portata economica. Si dice, infatti, che il fatturato del tabacco sia pari a 60 volte il bilancio dell'Organizzazione mondiale della sanità.

Con quest'indagine conoscitiva, su cui interverrà con maggiori dettagli la senatrice Baio Dossi, ci proponiamo di delineare un accurato quadro della situazione in Italia e di approfondire tutti i temi della prevenzione, della disaffezione, della riduzione del rischio e lo studio della normativa vigente.

Presidente, concludo il mio intervento ringraziando di cuore, e non solo formalmente, le due colleghe Baio Dossi e Boldi che mi hanno aiutato in questo lavoro molto interessante, nonché i consulenti della Commissione che ci hanno affiancato e che sono il professore Leo per il tabagismo e il dottor Costa per il tumore al seno. Ringrazio i Presidenti, che si sono alternati nel presiedere la Commissione nel corso delle varie audizioni, per averci permesso di svolgere un lavoro sempre preciso e puntuale.

BOLDI (LP). Cercherò in quest'intervento di concentrarmi soprattutto sulle proposte che la Commissione deve avanzare.

Riprendendo alcuni dati già evidenziati in merito alle cause e ai fattori di rischio per il tumore al seno, l'indagine conoscitiva ha messo in evidenza come l'età rappresenti il principale fattore di rischio, posto che nella maggior parte dei casi la patologia colpisce le donne dopo i quarant'anni. Solo una piccola parte dei tumori al seno (meno del 5 per cento) può essere dichiarata familiare, in quanto causata da geni specifici che possono essere trasmessi per via ereditaria. La grande maggioranza dei tumori al seno viene ricondotta alla combinazione di due fattori nei soggetti che presentano tale patologia. Detti fattori sono una sorta di predisposizione della ghiandola mammaria ad ammalarsi e uno squilibrio ormonale, soprattutto per quanto riguarda gli estrogeni.

Chiaramente anche le condizioni di vita della nostra società sono una parziale spiegazione del fenomeno. La malattia è così frequente nelle popolazioni occidentali sostanzialmente per due motivi. Innanzi tutto viene sempre più ritardata l'età della prima gravidanza; in proposito faccio presente che già dopo i 25 anni una primipara viene definita attempata. A ciò si aggiunge la riduzione del numero dei figli e della durata dell'allatta-

mento al seno, talvolta addirittura assente; ciò, quasi a suggerire che un «sottoutilizzo» della ghiandola mammaria ne abbia notevolmente aumentato la vulnerabilità.

Ogni anno nell'Unione europea ad oltre 250.000 donne viene diagnosticato un tumore al seno; di esse 94.000 non riescono a sopravvivere alla malattia. Da questo punto di vista il nostro Paese presenta relativamente alla sopravvivenza dati migliori di quelli medi europei. Rispetto alla media del 77 per cento per l'insieme dei Paesi europei, in Italia sopravvivono 81 su cento delle donne alle quali viene diagnosticato un tumore alla mammella, tra l'altro anche con una discreta qualità della vita. Come ha riferito la senatrice Bianconi, nel 2002 il tumore al seno rappresentava ancora il 27,6 per cento di tutti i casi di tumore diagnosticati nel nostro Paese.

In questo campo abbiamo definito sei priorità di intervento. Innanzi tutto segnalo gli investimenti nella ricerca che rappresentano un'arma formidabile per combattere tutti i tipi di carcinoma, quindi non solo quello mammario. Una recente indagine sovvenzionata dalla Commissione europea sui finanziamenti alla ricerca sul cancro in generale vede l'Italia al quarto posto (al primo posto vi è la Gran Bretagna).

La seconda priorità è la prevenzione intesa come rimozione delle cause. Intervenire sull'invecchiamento è quasi impossibile trattandosi di un processo ineluttabile. Si possono, però, promuovere campagne di sensibilizzazione e d'informazione per sottolineare l'importanza dell'allattamento naturale al seno e per prevenire l'obesità. Gli estrogeni, che sono prodotti autonomamente dall'organismo, possono agire da sostanze cancerogene per il seno; pertanto, accumulandosi nel tessuto grasso, è importantissimo evitare aumenti di peso. Il fatto, poi, che molte donne per periodi anche lunghi facciano uso di pillole anticoncezionali può ulteriormente aggravare la situazione.

La terza priorità è rappresentata da una diagnosi precoce, visto che ormai è provato che più precoce è la diagnosi maggiori sono le possibilità di sopravvivenza. A tal riguardo, bisogna riconoscere che il Ministero della salute e le Regioni negli anni hanno posto in essere molteplici iniziative di sensibilizzazione.

Un elogio particolare va alle associazioni di volontariato per il lavoro davvero importante che hanno svolto (come si può constatare dai resoconti delle audizioni) e svolgono soprattutto nelle aree del nostro Paese in cui la struttura pubblica è meno presente nella diffusione delle conoscenze riguardo alla prevenzione e alla terapia relativa alla cura dei tumori al seno.

Ricordo poi che nella finanziaria 2001 è stata introdotta l'esenzione dal *ticket* per la mammografia, esame principale per la diagnosi precoce; che gli *screening* per il tumore al seno sono stati inseriti tra i livelli essenziali di assistenza; che il Piano sanitario nazionale 2003-2005 ha dato particolare enfasi alla diagnosi precoce dei tumori al seno, così come l'accordo Stato-Regioni di Cernobbio, già richiamato dal sottosegretario Corsi.

Come già accennato, particolare importanza riveste l'eccessivo divario che ancora oggi esiste tra le varie situazioni locali che determina – come già sottolineato – una situazione a macchia di leopardo ed impedisce il raggiungimento uniforme di tutti i risultati che i vari piani strategici, compreso questo del Ministero della sanità, si erano prefissi.

A tale proposito, nel Documento si dà particolare risalto al sopralluogo effettuato dalla Commissione presso la ULSS 16 di Padova, dove è stato possibile osservare una metodologia moderna di applicazione dello *screening*. La ULSS di Padova, infatti, sta conducendo un programma pilota che è a noi apparso molto valido e che riteniamo possa rappresentare un modello esportabile con una certa facilità in altre parti del Paese.

È poi necessario un aggiornamento dei programmi di *screening* onde tener conto del fattore «densità radiologica della mammella». In una quota non trascurabile di donne, infatti, le mammelle molto dense riducono sensibilmente l'attendibilità dell'esame radiografico rendendo più difficile il pronunciamento di una diagnosi precoce. L'orientamento attuale è di procedere, dopo una prima mammografia, alla suddivisione delle donne in due gruppi: uno comprendente donne con mammelle radiologicamente dense, alle quali deve essere riconosciuta la possibilità di ripetere l'esame annualmente associandolo ad ecografia, l'altro comprendente donne con una buon'attendibilità della mammografia che possono per ciò controllarsi ogni due anni.

Per effettuare una buona diagnosi sono poi necessari radiologi «dedicati», nel senso di abituati a leggere con frequenza le radiografie nonché grande partecipazione da parte delle donne. La classica azione di *screening* limitata a richiami alle donne tramite letterine va modernizzata. Si deve prevedere la possibilità di stabilire un contatto clinico e umano diretto tra il medico, la struttura e la donna che sarà seguita. Si è riscontrato, infatti, che la mancanza nel tempo di tale contatto porta alla perdita della paziente rendendo del tutto inefficace l'apparato di prevenzione.

Il quarto obiettivo è il miglioramento delle cure, conseguenza diretta dei progressi scientifici. A tal riguardo, sia per ciò che riguarda i protocolli di chemioterapia, sia per la radioterapia (come potrete constatare dagli atti allegati al Documento), sono stati compiuti notevoli progressi. Resta sottinteso che determinate diagnosi, talune cure e terapie possono essere svolte al meglio soltanto presso centri di eccellenza. Centri o ospedali che trattino meno di 150 casi l'anno di tumore al seno non sono adeguati per trattare questo tipo di patologia ed è importante ricordarlo perché, purtroppo, spesso piccoli ospedali si lanciano in questo campo pieni di buona volontà provocando ai pazienti più danni che benefici.

Suggeriamo, addirittura, di costituire su modello europeo, delle *breast unit*, dei centri cioè di senologia, in cui siano previste tutte le figure professionali che si occupano di questa patologia.

La parte intitolata ai protagonisti si rivolge agli auditi e ai centri di eccellenza che abbiamo visitato. Tra i protagonisti non istituzionali vanno ricordati la Lega italiana per la lotta contro i tumori, l'associazione Europa Donna, organizzazioni professionali come l'ordine dei medici, società

scientifiche come il Gruppo italiano per lo *screening* mammografico, la Forza operativa nazionale sul carcinoma mammario e l'associazione nazionale italiana senologi chirurghi.

Poiché la Commissione sanità del Senato non è un ufficio studi e da un'indagine conoscitiva devono scaturire anche delle proposte, nel Documento conclusivo suggeriamo alcune misure che sarebbe necessario assumere, alcune delle quali – come voi stessi constaterete – non comportano un aggravio dei costi.

Se il Ministero della salute, come mi sembra abbia intenzione di fare, leggerà con attenzione il Documento conclusivo da noi presentato, sono certa che si potranno conseguire insieme buoni risultati. Quindi, suggeriamo la promozione di una dieta bilanciata (con basso consumo di alcol) e l'esercizio fisico; la trasformazione progressiva dei programmi cosiddetti di *screening* di massa in percorsi individuali di diagnosi più personalizzati, sulla base dei reali fattori di rischio delle singole donne; la creazione di centri di senologia secondo le regole europee; la creazione di «*network* senologici di eccellenza»; la diffusione a tutto il territorio nazionale della rimborsabilità da parte del Sistema sanitario nazionale delle principali procedure di chirurgia plastico-ricostruttiva e di riabilitazione in presenza di un tumore maligno della mammella, indipendentemente dallo stato dei linfonodi ascellari (davvero fondamentale per la donna non solo per la sua salute ma anche e soprattutto per la qualità della vita dopo aver subito un trauma del genere); la reintroduzione nei LEA del linfodrenaggio post-operatorio (assolutamente necessario), promuovendo al tempo stesso la diffusione della tecnica del linfonodo sentinella. Nel corso delle varie audizioni svolte abbiamo appreso quanto sia importante questa tecnica per decidere il tipo più o meno mutilante d'intervento da compiere. Si tratta, però, di una metodica non facile che richiede strutture a ciò preposte.

Tra le misure proponibili vi sono poi il potenziamento dell'attività di osservatorio e monitoraggio svolta dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali nel campo dei tumori al seno; la valutazione del possibile abbassamento dell'età delle pazienti che devono sottoporsi allo *screening*, qualora esistano specifici fattori di rischio; l'incremento degli investimenti in ricerca clinica e di laboratorio sul carcinoma mammario e, infine, il reperimento di risorse finanziarie (aspetto molto interessante), attraverso una revisione di procedure e prassi clinico-sanitarie, ormai obsolete e non più necessarie, che portano solo sprechi di natura economica.

Mi riferisco: alla scintigrafia ossea annuale per cinque anni nelle operate di carcinoma mammario, prassi che si giustifica solo in un 10 per cento dei casi e che comporta una rilevante fonte di spesa nonché disagi alla paziente che vi si deve sottoporre; all'ecografia epatica annuale, che potrebbe essere riservata solo ad un numero molto limitato di casi (10 per cento circa) ad alto rischio di metastasi; alla radiografia annuale del torace, per la quale vale quanto ho appena detto; alle ecografie transvaginali con o senza isteroscopia in pazienti in terapia con Tamoxifen (bisognerebbe esplicitare in modo migliore quale deve essere esattamente la pro-

cedura); al dosaggio periodico dei marcatori tumorali, attualmente prescritti in quantità eccessiva e ingiustificata.

BAIO DOSSI (*Mar-DL-U*). In primo luogo, come relatrice sulla parte d'indagine conoscitiva relativa al tabagismo desidero ringraziare il Presidente e le colleghe Bianconi e Boldi.

Esaminando il materiale che è stato prodotto – e che potrà essere consultato quando saranno pubblicati gli atti delle varie audizioni svolte –, si può rilevare come si siano iniziati i nostri lavori scattando una fotografia sulla realtà dei fumatori, sull'incidenza del fumo e sulla correlazione tra fumo ed alcune patologie nei Paesi occidentali.

Darò ora conto dei dati concernenti la morbilità e la mortalità legate al fumo, nonché la composizione del segmento di popolazione interessato dal fenomeno del tabagismo. Emerge complessivamente che il fenomeno del tabagismo è in aumento nel mondo, ma è in diminuzione nei Paesi occidentali, nei cosiddetti Paesi sviluppati. Si tratta certamente di un dato positivo, pur trattandosi di un fenomeno che ancora incide sul tasso di mortalità della popolazione dei Paesi occidentali e in via di sviluppo.

Nel 1965 l'Organizzazione mondiale della sanità stimava circa 800.000 vittime del tabagismo, di cui 700.000 nei Paesi industrializzati. In quest'ultimi anni i decessi dovuti al fumo sono pari a 2,5 milioni l'anno per gli uomini e a 1,5 milioni per le donne. L'inquinamento atmosferico è causa del 6 per cento della mortalità contro il 20 per cento della mortalità provocata dal fumo. Ogni anno nel mondo muoiono circa 4 milioni di persone per malattie derivanti dal tabacco; in Italia circa 85.000 persone all'anno muoiono per cause collegate al fumo, dato davvero rilevante. Nel complesso i fumatori maschi sono più numerosi, anche se negli ultimi anni si registra un aumento del fumo tra le donne.

Altro dato da aggiungere rispetto a quelli già citati è che un italiano su 3, dopo i 15 anni, fuma oltre 5 sigarette al giorno. Come emerge nella parte dedicata specificatamente al mondo giovanile maschile e femminile, un elemento incoraggiante, che ci ha indotto ad avanzare alla Commissione e al Governo una serie di proposte, è che la maggioranza dei fumatori non risulta costituita da giovani dipendenti dal fumo.

Abbiamo quindi dedicato una parte del lavoro alla legislazione vigente, esprimendo il nostro apprezzamento nei confronti delle recenti norme approvate. Si può dunque affermare che, nell'ultimo decennio, è stata prestata una certa attenzione al fenomeno del fumo.

Quanto alle proposte avanzate, abbiamo indicato cinque fasi d'intervento. La prima fase riguarda la comunicazione, rivolta soprattutto ai giovani e ai bambini, per dirigere poi la raccolta dei dati verso la specifica problematica della propensione e della diffusione del tabagismo nel mondo giovanile. A nostro avviso il settore della comunicazione deve essere sottoposto ad un controllo più accurato, anche se negli ultimi anni si è registrata un'attenzione maggiore rispetto al passato. Si pensi ai messaggi trasmessi ai giovani, soprattutto ai bambini nelle fasce orarie in cui trascorrono molto tempo davanti alla televisione.

La seconda fase consiste nell'elaborazione critica della massa di dati e di informazioni raccolte, al fine di conoscere in modo migliore e più analitico, anche attraverso un'analisi di natura qualitativa, il fenomeno del tabagismo e la sua incidenza, prestando particolare attenzione alla fascia giovanile. La massa dei dati è difficilmente e non sempre comparabile fra i vari Paesi e, al di là dei dati raccolti dall'Organizzazione mondiale della sanità, presenta caratteristiche diverse a seconda delle varie zone.

Il terzo obiettivo consiste nella capacità di tradurre i risultati di tali attività nel linguaggio delle istituzioni, al fine di facilitarne i necessari interventi dal punto di vista legislativo ma anche sanitario, affinché possa esserne interessato anche il mondo dell'impresa e della comunicazione. Si raccolgono, poi, i dati relativi ai settori direttamente o indirettamente interessati al fenomeno del tabagismo e delle malattie ad esso correlate.

Un altro aspetto importante è relativo al controllo delle immagini trasmesse dai *media* con riferimento soprattutto ai giovani. Da un'indagine condotta dall'Istituto superiore di sanità nel 2003 risulta che ogni 32 minuti, dai canali nazionali pubblici e privati, sono trasmesse immagini di persone che fumano e, nel 62 per cento dei casi, tale azione è associata a figure positive. Tali immagini possono colpire la popolazione adulta ma, ancor di più, quella adolescenziale, infantile e giovanile, che a noi maggiormente interessa.

Il quinto obiettivo riguarda, invece, l'ottemperanza delle norme vigenti. A nostro parere, occorre individuare strumenti efficaci che consentano un effettivo controllo e l'applicazione della legislazione italiana spesso disattesa. Crediamo, infatti, che vietare di fumare in alcuni luoghi sia del tutto inefficace se intervengono atteggiamenti di tolleranza e di non rispetto ferreo della norma che lasciano, soprattutto nella popolazione giovanile, la possibilità di comportarsi come in passato assumendo comportamenti che si ritengono più opportuni. Visto che sono ormai trascorsi tre anni dall'approvazione delle ultime normative in materia, si dovrebbe predisporre una relazione al Parlamento sull'efficacia e sull'applicazione delle stesse.

PRESIDENTE. Come ha già fatto la senatrice Bianconi all'inizio del suo intervento, confermo che le senatrici Baio Dossi e Boldi sono relatrici per le parti attinenti rispettivamente il tabagismo e il tumore al seno. Colgo quindi l'occasione per esprimere i complimenti a tutti coloro che hanno profuso grande impegno in questo lavoro e in particolare alle relatrici per aver elaborato un Documento di elevata qualità, dal quale verranno tratte proposte operative ed iniziative concrete davvero rilevanti a tutela della salute pubblica.

CURSI, sottosegretario di Stato per la salute. Desidero dare atto a tutte le persone che hanno concorso all'elaborazione del Documento in esame di aver compiuto un lavoro davvero importante, che – ricordo – è stato stimolato anche dal dibattito svolto in Senato in sede di esame della mozione n. 194, poi approvata all'unanimità. L'attività di questo

ramo del Parlamento ha dato così avvio, soprattutto nel semestre di Presidenza italiana dell'Unione Europea, a una serie di iniziative in materia, che hanno consentito di raggiungere risultati importanti nonché alla proposta del Ministero della salute, anch'essa avanzata a livello europeo, di effettuare tre *screening*.

Il Governo si è poi impegnato a destinare significativi stanziamenti alle Regioni per l'effettuazione di *screening* finalizzati alla diagnosi precoce di tale patologia. Al riguardo ricordo il finanziamento, previsto da una legge da tutti approvata, di circa 60 milioni di euro da destinare direttamente alle Regioni per gli *screening* in questione.

I risultati raggiunti oggi sono abbastanza confortanti, anche se desta preoccupazione l'aumento del numero di fumatori tra i giovani e segnatamente tra le donne, come emerge purtroppo dalla semplice osservazione dei risultati dell'indagine conoscitiva in titolo.

Ai fini poi dell'opportuno coinvolgimento dei sistemi sanitari regionali, il Governo reputa necessario concordare in sede di Conferenza Stato-Regioni iniziative di sensibilizzazione rispetto all'esigenza, tuttora avvertita, di assegnare risorse crescenti agli investimenti destinati alla prevenzione e in particolare all'ammodernamento tecnologico. Il Governo dichiara, infine, la sua disponibilità a prendere in esame tutte le proposte avanzate con riferimento non solo al finanziamento del Servizio sanitario nazionale ma anche al riesame dei livelli essenziali di assistenza.

PRESIDENTE. Dichiaro aperta la discussione sul Documento conclusivo.

SALZANO (UDC). Prima di tutto mi complimento con le senatrici Bianconi, Baio Dossi e Boldi per l'ottimo lavoro svolto; esprimerò poi una breve considerazione. Mi rammarica la carenza, nel Sud del Paese, di centri validi e di opportune iniziative destinati all'azione di contrasto della patologia del tumore alla mammella. Non mi stupisce, infatti, che le percentuali di *screening* riferite a tale patologia siano così basse al Sud: i parlamentari meridionali conoscono questi dati e ne soffrono!

Sintomatico è poi il fatto che la principale fonte d'informazione di tale carenza sia costituita dall'informazione televisiva e giornalistica piuttosto che dagli organi istituzionali, ad esempio, dai medici di famiglia, dai medici ospedalieri, dalle attività e dalle azioni poste in essere dai dirigenti delle ASL. Ciò pone naturalmente un punto importante che comporta un successivo collegamento agli obiettivi da perseguire nel prossimo quinquennio.

Se è vero che uno *screening* di massa, per avere un valore minimo, deve raggiungere una percentuale del 70 per cento rispetto all'universo di riferimento, va purtroppo rilevato che il coinvolgimento della popolazione in genere ma segnatamente del Sud nei programmi di *screening* è tuttora lontano dal raggiungimento di questa quota ottimale. Invito, pertanto, a riflettere sull'opportunità di integrare l'indicazione dell'obiettivo di cui al punto 7 del Documento proposto, nella parte relativa al tumore al seno,

con un riferimento alle specifiche esigenze della realtà meridionale. Mi riferisco soprattutto al potenziamento dell'attività di osservatorio e monitoraggio svolta dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali nel campo dei tumori del seno, in particolare nel Sud del Paese. Suggestivo, quindi, di lanciare un segnale più forte per quanto riguarda gli obiettivi da raggiungere.

TREDESE (*FI*). Anch'io desidero ringraziare le colleghe Baio Dossi, Bianconi e Boldi per l'impegno profuso nello svolgimento di un lavoro davvero importante che tutti noi dobbiamo assolutamente divulgare.

I dati raccolti nel corso dell'indagine conoscitiva sulle iniziative di prevenzione del tabagismo e del tumore al seno in Italia devono diventare parte di un patrimonio di conoscenza generalmente condiviso e non – come purtroppo la realtà dimostra – solo di una quota esigua della popolazione.

Occorre, quindi, inserire al primo punto del Documento l'obiettivo di informare un numero sempre più elevato di persone sui danni provocati dal tabagismo nonché sui meccanismi di prevenzione del cancro al seno (parte riguardante le donne).

Ricordo che alcune notizie allarmanti riportate dalla stampa e alcuni risultati di lavori scientifici mai confermati hanno spaventato la popolazione in merito ad una presunta e non accertata correlazione tra terapia ormonale sostitutiva in menopausa e insorgenza del tumore al seno. Ciò ha creato danni maggiori rispetto a quelli reali.

A tal fine, come abbiamo già fatto in passato per la patologia osteoporotica, bisogna evidenziare l'importanza della trasmissione al pubblico di informazioni corrette in materia di salute, essendo nostro compito fare chiarezza.

SALINI (*Misto*). Innanzi tutto mi complimento con le colleghe per aver compiuto un lavoro statistico di elevata qualità e di grande valore scientifico.

Come ha già rilevato il collega Salzano, l'indagine conoscitiva ha evidenziato l'esistenza di differenze in termini di qualità dell'assistenza e di unità operative tra le Regioni del Centro Nord e quelle del Sud del Paese, differenze che, benché da tempo ripetute, non sono mai state appianate. La situazione rimane purtroppo sempre negli stessi termini, in quanto non siamo nella condizione di incidere su di essa in modo concreto.

Grazie all'indagine conoscitiva svolta abbiamo potuto riflettere su alcuni concetti come, ad esempio, sul fatto che non tutti gli *screening* hanno la stessa efficacia. Si deve capire come questa Commissione deve operare per non lasciare fine a se stesso lo studio sin qui compiuto. A tal fine occorre rafforzare la parte relativa alle azioni da compiere in futuro.

In materia di prevenzione del tumore al seno, ricordo i risultati altamente positivi che si possono ottenere attraverso adeguati programmi di *screening*, come recentemente dimostrato da un'iniziativa intrapresa in Abruzzo. Trattandosi infatti di una Regione di piccole dimensioni si è po-

tuto sottoporre tutta la popolazione femminile a *screening* mammario; si è potuto così diagnosticare il tumore al seno in una fase iniziale in circa 200 donne che non manifestavano alcun disturbo. L'iniziativa ha avuto un successo enorme.

L'opera di prevenzione deve essere continua, organica e completamente programmata e non affidata a progetti estemporanei o alla buona volontà, anche al fine di un'efficace sensibilizzazione dell'universo interessato. In tal senso le tecnologie giocano un ruolo davvero importante. Bisogna allora avanzare suggerimenti specifici. Questa Commissione deve farsi carico di compito perseguendolo soprattutto nelle Regioni meridionali. L'informazione scientifica deve essere affidata non solo ai mezzi di comunicazione ma anche a persone capaci. L'educazione alla salute deve essere compito del Servizio sanitario nazionale. Ripeto, la prevenzione gioca un ruolo importante soprattutto quando si tratta di prevenire conseguenze letali. Se dobbiamo istituzionalizzare i servizi, è opportuno pensare una volta tanto al Sud e questa rappresenta una buon'occasione. Non si deve pensare al Sud solo quando si tratta di assumere una posizione politica per stigmatizzare una determinata situazione.

Va fatto un discorso serio. Le strutture del Servizio sanitario nazionale dislocate nel Centro-Sud devono essere in grado di utilizzare le nuove tecnologie. Per tanti anni il Servizio sanitario nazionale ha erogato risorse più al Nord che al Sud. Se si vuole veramente riequilibrare la situazione sarebbe opportuno almeno per una volta pensare al Sud; diversamente, indipendentemente dalle persone, vi sarà sempre una sanità di serie A e una di serie B. Al fine di un riequilibrio territoriale, significo l'esigenza di interventi volti a correggere questo squilibrio nell'allocazione delle risorse che si protrae ormai da molti anni a vantaggio del Centro Nord.

PRESIDENTE. Mi permetto solo di aggiungere che, pur essendo il divario ancora ampio, dalle relazioni del convegno dell'AIOM e del Ministero della salute emerge che negli ultimi 4 anni, anche grazie agli stanziamenti previsti nelle finanziarie della precedente legislatura, si è registrato al Sud un notevole incremento dei centri oncologici e radioterapici. Non mancano dunque incoraggianti segnali in controtendenza.

TATÒ (AN). Anche Alleanza nazionale porge un plauso alle colleghe per il lavoro svolto e per aver messo in risalto una problematica molto sentita.

Durante le visite effettuate nelle Regioni meridionali si è ripresentato l'annoso problema delle liste di attesa. Al collega Salini ricordo che tutta la problematica è stata istituzionalizzata sin dalla nascita del Servizio sanitario nazionale risalente al 1978.

Manifesto quindi una certa perplessità rispetto alla diffusione della poco condivisibile aspettativa nei confronti della non ben definita figura del senologo, a fronte di una sottovalutazione del ruolo del chirurgo generale. In proposito faccio presente che il senologo a volte è un semplice medico generico o più frequentemente un radiologo che ha acquistato

un mammografo di ultima generazione, si è costruito una buona reputazione e riceve in una bella struttura dove tutti accorrono. È però il chirurgo generale, presente in tutte le strutture sanitarie pubbliche e private, che può costituire un positivo punto di riferimento per la diagnosi delle neoplasie al seno, essendo provvisto di tutte le competenze necessarie ad effettuare una visita attendibile e ad indirizzare verso i necessari approfondimenti diagnostici. Ripeto, è il chirurgo generale l'unico specialista che, essendo in possesso di una laurea in medicina e chirurgia e di una specializzazione deve prima effettuare una semplice visita e poi valutare l'opportunità di prescrivere un'ecografia, una risonanza magnetica o una tac. Questo stesso specialista può successivamente fare una biopsia da inviare a un istituto di anatomia e istologia patologica e poi ricorrere ad un intervento chirurgico o a terapie alternative.

L'unico problema è rappresentato dalla necessità di fornire di mammografi le strutture radiografiche, che sono altrettanto diffuse sul territorio. Detto ciò mi auguro che quest'informazione sia diramata tra la popolazione onde evitare contestazioni e allarmismi di vario genere.

PRESIDENTE. Appreziate le circostanze, rinvio il seguito dell'esame del Documento conclusivo dell'indagine conoscitiva in titolo ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 15,45.

ALLEGATO

**DOCUMENTO CONCLUSIVO PROPOSTO DAI RELATORI PER
L'INDAGINE CONOSCITIVA SULLE INIZIATIVE DI PREVEN-
ZIONE DEL TABAGISMO E DEL TUMORE AL SENO IN ITALIA**

1. INTRODUZIONE
2. PARTE I – *Tabagismo*
3. PARTE II – *Tumore al seno*

1. INTRODUZIONE

L'origine di questa indagine conoscitiva può essere fatta risalire – almeno per quanto riguarda l'aspetto del tumore al seno – alla mozione n. 194 sui tumori femminili, presentata dalla senatrice Bianconi il 15 ottobre 2003, con lo scopo di «impegnare il Governo ad un'azione sempre più incisiva su questo tema», anche facendo propria la risoluzione adottata dal Parlamento Europeo il 5 giugno dello stesso anno, che propone di fare della lotta contro il cancro del seno una priorità della politica sanitaria (cfr. resoconto stenografico della 476ª seduta dell'Assemblea, XIV legislatura). La risoluzione invita gli stati membri a migliorare la prevenzione, ad impegnarsi riguardo a *screening*, diagnosi e cura, al fine di garantire in tutto il territorio europeo la massima qualità.

Il tumore al seno è il più frequente nella popolazione femminile e rappresenta la seconda causa di morte per tumore. Nel nostro paese è la prima causa di morte delle donne nella fascia di età tra i trentacinque e i quarantaquattro anni. Circa 300.000 donne hanno avuto una diagnosi di tumore al seno, ogni anno sono 33.000 i nuovi casi.

Nell'ambito dell'indagine conoscitiva, diciotto audizioni specifiche e cinque visite in centri di eccellenza italiani hanno avuto lo scopo di fotografare la situazione italiana, confrontandola con altre realtà nazionali, e offrire indicazioni alle istituzioni competenti, partendo purtroppo dal dato oggettivo di una forte disomogeneità nelle possibilità di diagnosi e di cura nel territorio nazionale. Le differenze emergono non solo da confronti fra stati europei o fra regioni italiane, ma anche da comparazioni tra singoli ospedali. Tali differenze, tuttavia, indubbiamente si traducono in notevoli variazioni in termini di sopravvivenza al tumore.

La ricerca ha dimostrato che l'intervento più efficace per la guarigione è la diagnosi precoce; infatti, se diagnosticato nella fase iniziale, il cancro al seno può essere vinto. Questo fa capire l'importanza strategica dello *screening* di massa e di qualità, poiché esso è in grado di diminuire

la mortalità nelle donne tra i cinquanta e i settanta anni di circa il 30 per cento e di ridurre l'invasività degli interventi.

Lo *screening* mammografico è previsto dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) da oltre venti anni. Nel 2001 aderì ai programmi di *screening* il 47 per cento delle donne italiane, con un massimo del 73 per cento in Liguria ed un minimo del 24 per cento in Sicilia. Si tratta di percentuali basse, dal momento che la copertura raccomandata è di almeno il 70 per cento. Spiccano inoltre le forti differenze su base territoriale. I dati sull'adesione riferiti all'anno 2000 sono i seguenti: 45,7 per cento al Nord, 58,2 per cento al Centro e 5,9 per cento al Sud. L'anno seguente si è passati al 60 per cento del Nord e al 76,6 per cento del Centro, mentre il Sud è rimasto ad un bassissimo 6 per cento.

Per quanto riguarda il tabagismo, occorre purtroppo rilevare che il comportamento della componente femminile della popolazione italiana è in controtendenza rispetto al totale della popolazione. Il numero delle fumatrici è stimato in circa 5,3 milioni e si prevede che aumenterà nei prossimi anni fino a raggiungere i 6 milioni. Questo fenomeno va analizzato anche alla luce della sua portata economica, in ragione di un fatturato pari a sessanta volte il bilancio dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Nel corso dell'indagine conoscitiva si sono svolte cinque audizioni specifiche; sono stati analizzati e approfonditi gli aspetti della prevenzione, della ricerca sulla disaffezione e della riduzione del rischio.

2. PARTE I – *Tabagismo*

Confronto fra paesi occidentali

L'abitudine al fumo costituisce uno dei maggiori fattori di rischio nello sviluppo di alcune patologie (neoplastiche, cardiovascolari e respiratorie), tanto che, per l'Organizzazione Mondiale della Sanità, il fumo di tabacco rappresenta la seconda causa di morte nel mondo. Secondo i dati della stessa OMS, ammontano ad alcuni milioni l'anno le vittime connesse con il fumo di tabacco. La situazione è destinata a peggiorare: i decessi dovuti al fumo sono, infatti, aumentati in modo preoccupante negli ultimi trent'anni. Nel 1965, l'OMS stimava le vittime del tabagismo a circa 800.000 l'anno, di cui 700.000 nei paesi industrializzati. Ora, in questi ultimi anni, i decessi dovuti al fumo sono 2,5 milioni all'anno per gli uomini e 1,5 milioni per le donne. Un recente studio pubblicato ha avuto l'obiettivo di ristabilire le giuste proporzioni tra fumo e inquinamento ambientale (Kunzli N., et coll. *Public – Health Impact of Outdoor and Traffic – Related Air Pollution: a European Assessment*, in «The Lancet», 2000); tale lavoro valuta i danni da inquinamento ambientale in tre Paesi europei (Svizzera, Francia e Austria) e conclude che l'inquinamento atmosferico è causa del 6 per cento della mortalità, contro il 20 per cento della mortalità dettata dal fumo, con un'incidenza di circa 40-50.000 decessi l'anno, contro i 65.000 decessi registrati a causa del fumo da tabacco. Se-

condo i dati più recenti forniti dall'OMS si registrano ogni anno, nel mondo, circa 4 milioni di morti per malattie derivanti dal tabacco; si tratta di un dato destinato a crescere, secondo stime che indicano un numero di morti pari a 10 milioni annui negli anni 2020-2030. E il 70 per cento di queste morti riguarderanno i paesi più sviluppati. Il fenomeno coinvolge oltre un miliardo di persone, trecento milioni delle quali vivono in Occidente, più di dieci in Italia. Nonostante il consumo di tabacco sia complessivamente in diminuzione nei paesi ricchi, mostra una preoccupante tendenza in senso opposto sia nelle nuove generazioni, sia nel sesso femminile. È in decisa crescita, inoltre, nei paesi in via di sviluppo. Negli ultimi trent'anni la percentuale di fumatori in Europa si è ridotta dal 45 al 30 per cento nella popolazione adulta; tuttavia la tendenza globale negli ultimi tempi è relativamente costante, con un declino solo lieve dagli anni Novanta ad oggi. Nel 2001 fumavano il 38 per cento degli uomini e il 23 per cento delle donne, pur con ampie differenze di numeri all'interno dei singoli stati. Tra i giovani l'abitudine tabagica coinvolgeva il 27-30 per cento dei soggetti: una quota leggermente in rialzo e che, comunque, non ha registrato flessioni dalla seconda metà degli anni Novanta ad oggi. In Italia, in particolare, fumano attualmente il 22 per cento degli adolescenti maschi e ben il 28 per cento delle adolescenti femmine. Circa 85 mila persone all'anno in Italia, peraltro, muoiono per cause collegate al fumo (ISTAT, 2001).

Incidenza sulle varie fasce di età della popolazione

L'incidenza del tabagismo, emersa dallo studio *Euroaspire II*, condotto in nove paesi europei (Repubblica ceca, Finlandia, Francia, Germania, Ungheria, Italia, Paesi Bassi, Slovenia e Spagna) e pubblicato sul «Lancet», non si è modificata negli ultimi anni. In particolare, non ci sono state variazioni rispetto a quanto rilevato in un primo studio, realizzato tra il 1995 e il 1996, secondo cui l'incidenza del tabagismo era del 20 per cento circa. Dopo quattro anni lo studio ha analizzato quanti malati seguono le regole consigliate per un'efficace prevenzione, confrontando questi dati con quelli raccolti nella ricerca precedente (*Euroaspire I*, condotto quattro anni prima nei medesimi Paesi). Ebbene, il fenomeno del tabagismo è risultato avere un'incidenza maggiore e una preoccupante tendenza ad aumentare tra i più giovani, dove 4 su 10 fumano. Nei gruppi di popolazione dove l'uso della sigaretta è diffuso da decine d'anni, il 90-95 per cento dei casi di cancro polmonare, l'80-85 per cento di quelli di bronchite cronica e d'enfisema polmonare, il 20-25 per cento dei decessi per cardiopatia ed incidenti cerebrovascolari sono dovuti al fumo. I fumatori sono più numerosi delle fumatrici (grafico 1): nei paesi occidentali fuma il 40 per cento della popolazione maschile, e nei paesi in via di sviluppo il 40-60 per cento; per le donne le percentuali sono rispettivamente del 20-40 per cento e del 2-10 per cento. In Italia fuma il 31,5 per cento degli uomini e il 26,6 per cento delle donne (fig. 6.6). Queste differenze percentuali tra uomo e donna giustificano i tassi d'incidenza delle malattie

fumo-correlate, specie quelle dell'apparato respiratorio. Un italiano su 3 dopo i quindici anni è fumatore di oltre cinque sigarette al giorno; la massima prevalenza si ha fra i trenta e i quarantanove anni, con una media di quindici sigarette al giorno. Fra le donne, le emiliane sono al primo posto con il 35 per cento di fumatrici; le laziali con il 31 per cento sono al secondo; seguono le sarde con il 12 per cento. Sembra che solo il 3 per cento delle fumatrici decida di abbandonare definitivamente la sigaretta, mentre la disponibilità dei maschi «pentiti» sarebbe del 15 per cento. Negli Stati Uniti il tumore del polmone nella popolazione fumatrice, ha quasi raggiunto, in termini di incidenza, il tumore della mammella, tanto che ora è diventato la causa principale di mortalità per cancro nelle donne. All'inizio degli anni Cinquanta, il tumore della mammella era 7-8 volte più frequente rispetto al tumore del polmone nelle donne. A partire dalla metà degli anni Settanta la mortalità per tumori del polmone è aumentata del 50 per cento per le donne, contro il 3 per cento per gli uomini. In Italia, come ricordato, il tabagismo provoca circa 85.000 morti all'anno. Si ritiene infatti che venti sigarette al giorno riducano in media di 4-6 anni la vita di un fumatore. Tale riduzione sale a 8,3 anni fumando quaranta sigarette al giorno. L'aumento del tasso di mortalità riguarda soprattutto coloro che fumano sigarette ed è più elevato in fumatori che inalano profondamente il fumo nei polmoni. Importante è sottolineare gli aspetti comportamentali del tabagismo: solo il 2 per cento dei fumatori è in grado di trasformare la sua abitudine in evento occasionale o intermittente, e solo il 15 per cento è capace di smettere permanentemente.

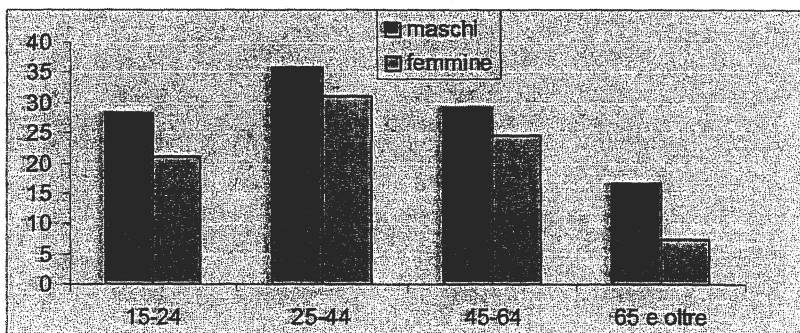


GRAFICO 1 Prevalenza dei fumatori per sesso e classe d'età: valori percentuali (anno 2005) OSSFAD, Istituto Superiore di Sanità - Indagine DOXA 2005

Giovani

Uno studio commissionato nel 2003 alla DOXA dall'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga ha messo in evidenza che, in quello stesso anno, nell'ampia fascia di età dai quindici ai ventiquattro anni, la quota di fumatori è del tutto simile a quella rilevata nelle altre classi d'età (il 32.6 per cento

dei maschi e il 20,7 per cento delle femmine). In tale studio, se da un lato i dati sui giovani sono ancora molto alti in percentuale, dall'altro però la tendenza sembra essere positiva, con un calo dei giovani fumatori dal 34,1 per cento del 2001, al 29,1 per cento del 2002 e al 26,8 per cento del 2003. In Italia, nel 2001, si è abbassata sempre di più l'età in cui si comincia a fumare e, se l'età della prima sigaretta è intorno ai tredici anni, 6-7 ragazze su 10 la anticipano addirittura a dodici anni. Tra i giovanissimi, inoltre, il 70 per cento dei maschi e l'80 per cento delle femmine non disapprovano il consumo casuale di sigarette, perché non ne riconoscono il rischio. Il fatto che dal 1993 a oggi, in Europa come in Italia, siano progressivamente in aumento i giovanissimi, ossia gli adolescenti, ancora in età scolare, che fumano, dimostra che la prevenzione a livello comunitario ha avuto delle falle, mentre, parallelamente, le multinazionali del tabacco hanno adeguatamente studiato il campione di popolazione a cui indirizzare le proprie campagne pubblicitarie, cioè la fascia più giovane. Esse spendono ogni anno il 6 per cento dei loro introiti in pubblicità, sponsorizzando in particolar modo eventi sportivi a cui partecipano, in larga misura, i giovani. Si tratta di adolescenti fra i tredici e i diciassette anni, in maggioranza ragazzi, i quali abitano al nord e fumano in media sette sigarette al giorno, che comprano quasi sempre da soli. Non lo fanno per bisogno, ma per imitare i grandi, in particolare i loro beniamini televisivi; tuttavia, nonostante tutto, fumano meno rispetto a tre anni fa. È questo l'*identikit* del giovane italiano con il vizio della sigaretta tracciato dall'Osservatorio su Fumo, Alcol e Droga dell'Istituto Superiore di Sanità in occasione del V Convegno Nazionale su tabagismo e SSN. Emergono, però, anche alcuni dati confortanti. Il primo mostra che l'attrazione delle «bionde» sui giovani è in diminuzione e che, a smettere o a non iniziare affatto, sono soprattutto le ragazze, forse per paura degli effetti antiestetici che la nicotina esercita sulla pelle, grazie alle campagne informative promosse e divulgate dai media. Negli ultimi tre anni, infatti, nella fascia di età dai quindici ai ventiquattro anni, i fumatori maschi sono passati dal 37,7 per cento al 32,6 per cento e le femmine dal 30,4 per cento al 20,17 per cento (grafico 2). La seconda buona notizia è che gli adolescenti non sono quasi mai dipendenti dal fumo, il che lascia aperta la porta alla possibilità di interventi efficaci. Raggiungono difficilmente, infatti, un alto grado di assuefazione, che si instaura solo dopo alcuni anni, soprattutto nella fascia di età tra i diciotto e i ventiquattro anni (tabella 1). Altro problema è l'accesso al processo del tabagismo: l'acquisto. L'87 per cento dell'esercito dei giovani fumatori acquista personalmente le sigarette, mentre solo il 13 per cento se le fa comprare da altri. Non è irrilevante, però la quota di coloro che si servono presso i distributori, che è pari al 35 per cento, di cui oltre la metà vi accede una volta alla settimana. La maggior parte di loro, inoltre, ha meno di sedici anni; l'acquisto da parte loro di tabacco dà luogo alle fattispecie di cui all'articolo 25 del regio decreto 24 dicembre 1934, n. 2316, e all'articolo 730 del Codice penale, che prevedono, a carico del venditore, rispettivamente una sanzione amministrativa ed un'ammenda. A nulla sembra essere valsa nemmeno la Circolare n.

56933/2003 del Monopolio di Stato, che stabilisce di non far funzionare distributori automatici di sigarette in determinate fasce di orario, a rischio per i giovanissimi.

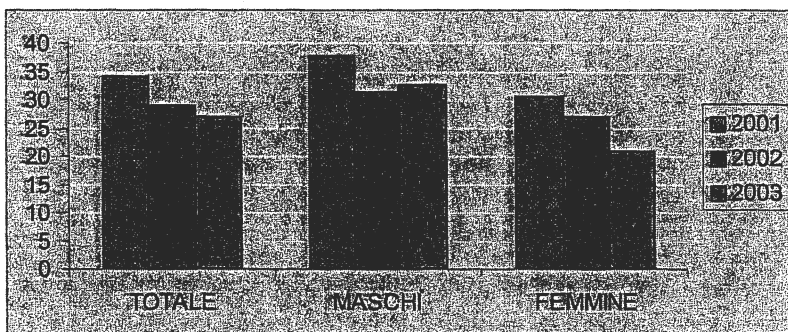


GRAFICO 2 Fumatori correnti fra i giovani di 15-24 anni – confronto 2003-2001 (valori percentuali)

	Totale Fumatori	15-17 anni	18-20 anni	21-24 anni
Base	1837	49	141	190
Bassissima dipendenza	42,8%	70,1%	65,4%	46,5%
Bassa dipendenza	28,6%	23,7%	18,5%	33,9%
Media dipendenza	11%	3,4%	7,5%	11,3%
Alta dipendenza	13,8%	2,8%	8,6%	7,2%
Altissima dipendenza	3,8%	0%	0%	1,1%

TABELLA 1 Classificazione dei fumatori secondo il grado di dipendenza da nicotina (test di Fagerström)

Normativa

Per quanto riguarda il nostro Paese, la regolamentazione del divieto di fumare in determinati locali e sui mezzi di trasporto pubblico trova la sua fonte, innanzitutto, nella legge 11 novembre 1975, n. 584. Fra i lo-

cali individuati dall'articolo 1 si ricordano le corsie di ospedale, le aule delle scuole, i locali chiusi adibiti a pubblica riunione, le sale chiuse di spettacolo cinematografico o teatrale, le sale da ballo, le biblioteche, le pinacoteche e le gallerie. Oltre alle sanzioni amministrative e pecuniarie, sono previste norme per stabilire le caratteristiche tecniche degli ambienti per la richiesta dell'esenzione dall'osservanza del divieto. Tali caratteristiche sono state successivamente precisate dal decreto del Ministro della sanità 18 maggio 1976, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 133 del 20 maggio 1976, recante disposizioni in ordine agli impianti di condizionamento o ventilazione. Per quanto riguarda poi il divieto di fumo nelle ferrovie, nei compartimenti e nei veicoli ferroviari, nonché in metropolitane, funivie e in tutti i mezzi di trasporto pubblici, è intervenuto il decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 753.

La materia è stata spesso oggetto anche di pronunce giurisprudenziali che hanno tuttavia il limite di vincolare esclusivamente le parti in causa. Si segnala al riguardo la sentenza n. 462 del 1995 della prima sezione del Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio, che impone il divieto di fumare in tutti quei locali, pubblici e privati, in cui vengano espletati servizi di pertinenza della pubblica amministrazione. Recente, invece, è il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 29 dicembre 2003, in materia di «tutela della salute dei non fumatori», il quale reca nuove norme anti-fumo che i locali pubblici devono rispettare per ridurre il più possibile l'esposizione ai pericoli del fumo passivo.

Anche il fumo passivo, infatti, è stato ufficialmente classificato dall'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (IARC) come agente cancerogeno di tipo 1, assolutamente da bandire per i suoi danni ormai accertati alla salute. Infatti, come per molte altre patologie, il principale strumento di contrasto delle patologie fumo-correlate è la prevenzione. In Italia, un significativo e importante passo avanti in tal senso è stato fatto con l'entrata in vigore, il 10 gennaio 2005, della legge che vieta il fumo nei locali aperti al pubblico. Detta legge si propone, pertanto, di promuovere la tutela della salute dai danni derivanti dal fumo di tabacco e dalla involontaria esposizione allo stesso nei luoghi pubblici.

Proposte

L'avvenire del mondo è racchiuso nel modo in cui gli adulti saranno stati capaci di comunicare con i bambini e i giovani, gli unici che potranno migliorarlo in maniera profonda e sostenibile. Questo vale per tutte le grandi questioni, compresa la lotta contro il tabagismo.

Questa indagine può essere un primo passo per monitorare costantemente il fenomeno del tabagismo, al fine di interessare non solo le istituzioni, le quali nell'ultimo periodo hanno cercato di arginare il problema, pur con le falle cui si è accennato, ma per creare un ponte tangibile con i fumatori e con chi, soprattutto, si avvicina per la prima volta al fumo.

Il rispetto della normativa, al fine di percorrere questo ponte, è fondamentale, tuttavia a nulla serve imporre delle regole, se poi queste vengono disattese con facilità. Un esempio concreto sono le scritte, piuttosto incisive, che la legge ha imposto di stampare sui pacchetti di sigarette. Come dimostra uno studio sottoposto all'attenzione della Commissione, esse rimangono poco impresse nei fumatori e non incidono nei parametri di inversione di tendenza.

Poiché è difficile spiegare che la semplice combustione del tabacco genera, sempre insieme a decine di agenti irritanti e altrettanti cancerogeni, il monossido di carbonio, un gas velenoso responsabile di ipossia ed ischemia, e che, pertanto, non è ipotizzabile isolare nel fumo di tabacco sostanze totalmente innocue, tra le 4000 diverse prodotte da tale processo. E' comunque auspicabile che vengano ripresi i lavori di ricerca per prodotti meno tossici interrotti, per cercare di ridurre al massimo i rischi, prevedendo incentivi per chi si dedica con risultati a questo impegno. La lotta all'epidemia dei danni da fumo dovrebbe partire da premesse sulla comunicazione con l'infanzia e la gioventù, al fine di individuare gli strumenti più efficaci di intervento. Per agire correttamente, occorre conoscere bene il carattere e le dimensioni del problema. È necessario quindi raccogliere tutti i dati disponibili, analizzarli, individuarne le tendenze, risalire alle origini, decidere la strategia. Soltanto a questo punto è possibile sperare di ottenere risultati efficaci.

Occorre preliminarmente tracciare un quadro obiettivo della situazione esistente, mettendo insieme dati e informazioni disponibili e catalogarli, in maniera da rendere poi possibili indagini e ricerche a carattere mirato o generale. I mutamenti nel settore della comunicazione sono talmente rapidi che gli interventi necessari possono risultare inadeguati ed obsoleti, se non fondati su un continuo aggiornamento. Ne deriva la vitale necessità di analizzare le tendenze emergenti in questo settore per consentire, in una fase successiva, di anticipare quanto più possibile i problemi e, in vista di questi ultimi, adeguare continuamente e tempestivamente la programmazione delle misure opportune. Da quanto emerso, quindi, la lotta contro il tabagismo dovrà svilupparsi secondo le seguenti sei fasi.

La prima riguarda la comunicazione, rivolta soprattutto ai giovani ed ai bambini, per dirigere poi la raccolta dei dati verso la specifica problematica della propensione e della diffusione del tabagismo nel mondo giovanile. Quest'ultimo, in particolar modo, viene spesso confuso da messaggi contraddittori che gli vengono riservati: da un lato si vieta il fumo, dall'altro si permette alle multinazionali del tabacco di sponsorizzare eventi sportivi o accessori per l'attività fisica. L'obiettivo, che si spera potrà essere sempre più largamente condiviso, è, quindi, la promozione di messaggi chiari, inequivocabili, univoci, che tendano allo sviluppo sano ed armonioso dei nostri giovani. Tanto più che, come ricordato in precedenza, fino all'età adolescenziale è più difficile che si crei dipendenza, dunque sarà più semplice, non solo prevenire, ma soprattutto intervenire per reprimere forme di assuefazione.

La seconda consiste nell'elaborazione critica della massa di informazioni così raccolte. Si tratta di un'attività di elevata specializzazione. Occorre captare i messaggi, identificare ed isolare – dall'enorme flusso di quelli disponibili – i più significativi, analizzarli, interpretarli, elaborarli, stabilirne le dimensioni e l'impatto sociale, prevedendone sviluppi e mutamenti successivi, metterli in relazione con quelli di altri settori anche molto lontani – dall'economia all'arte – per tracciarne un quadro d'insieme. Genitori, insegnanti e ogni altro soggetto, operante in contatto con tali fasce di età, sono anch'essi martellati da messaggi parziali e contraddittori e quindi costretti a trovare in definitiva da soli i propri modi di comunicare, dopo aver formulato un giudizio sulla grande massa di comunicazione di varia origine destinata ai bambini e ai giovani loro affidati. Si tratta pertanto di uno sforzo a titolo individuale, con risultati sempre più inadeguati e ridotti rispetto all'entità dell'impegno necessario, data la costante espansione e diversificazione del mondo della comunicazione. Perché questo sforzo possa essere ridimensionato, fino ad ottenere rapporti accettabili fra impegno e risultati, occorre, quindi, progettare un servizio di consulenza, a carattere generale o mirato a particolari esigenze, al servizio delle categorie in vario modo interessate, a una positiva comunicazione destinata all'infanzia. Alle pubbliche amministrazioni tale consulenza è in particolare utile per programmare i necessari interventi in materia.

La terza consiste nel tradurre i risultati di tali attività nel linguaggio delle istituzioni, al fine di facilitarne i necessari interventi e in quello, operativo, del mondo dell'impresa della comunicazione, per contribuire, quanto più possibile, ad indirizzarla al rispetto per l'infanzia e la gioventù. Il fenomeno deve essere affrontato sulla base di una raccolta di dati estesa a tutti gli aspetti della vita dei giovani, fra loro intimamente interconnessi, in cui si pone anche il tabagismo, ricordando al giovane, come all'adulto, che non è mai tardi per decidere di smettere di fumare.

La quarta fase concerne il controllo delle immagini trasmesse dai *media*. Se, infatti, da un'indagine condotta dall'Istituto Superiore della Sanità nel 2003, risulta che ogni 32 minuti, dai canali nazionali pubblici e privati, vengono trasmesse immagini di persone che fumano e, nel 62 per cento dei casi, l'azione è associata a figure positive, risulta fondamentale chiedere al ministero competente e all'Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni di adottare un regolamento, che attivi un'inversione di tendenza almeno negli orari «protetti».

La quinta fase riguarda l'ottemperanza della disciplina vigente. Occorre individuare strumenti efficaci che consentano l'effettivo controllo e applicazione della legislazione italiana, in particolare prevedendo un'incentivazione all'adeguamento ed una facilitazione della normativa per esercizi commerciali, bar, ristoranti e luoghi pubblici.

La sesta fase, infine, consiste nella previsione, a tre anni dall'approvazione delle ultime normative, di una relazione al Parlamento sulla efficacia delle stesse.

3. PARTE II – *Tumore al seno*

Cause e fattori di rischio per il tumore al seno

Al momento attuale non esistono prove scientifiche sul rapporto di causa-effetto tra fumo di tabacco e cancro della mammella, anche se alcuni recenti studi forniscono indizi, che richiedono di essere confermati, in questa direzione. Il principale fattore di rischio è semmai l'età, essendo il tumore al seno soprattutto frequente dopo i quaranta anni. Solo una piccola parte di tumori al seno (meno del 5 per cento) può essere dichiarato familiare, in quanto causato da geni specifici (BrCa 1 e 2) che possono essere trasmessi per via ereditaria. La grande maggioranza dei tumori al seno viene ricondotta alla combinazione di due fattori: una sorta di predisposizione della ghiandola mammaria ad ammalarsi ed uno squilibrio ormonale, soprattutto per quanto riguarda gli estrogeni. Si spiegherebbe così, infatti, perché questa malattia sia così frequente (1 donna su 10) nelle popolazioni occidentali che col tempo hanno sempre più ritardato l'età della prima gravidanza, ridotto il numero di figli e la durata dell'allattamento, quasi a suggerire che questo drastico «sottoutilizzo» – anche solo rispetto a poche generazioni fa – della ghiandola mammaria ne abbia di molto aumentato la vulnerabilità.

Il tumore al seno in Europa e in Italia

Ogni anno nell'Unione Europea sono oltre 250.000 le donne cui viene diagnosticato un tumore al seno (dati precedenti all'ingresso dei nuovi dieci stati membri nel 2004); sono 94.000 quelle che non riusciranno a sopravvivere alla malattia. Da qualche anno, tuttavia, si registra un rilevante miglioramento della sopravvivenza per l'insieme dei paesi europei, con un valore medio di 77 soggetti ancora in vita dopo cinque anni su 100 diagnosticati. La percentuale di sopravvivenza delle pazienti italiane è maggiore della media europea (81 per cento) ed anche il miglioramento negli ultimi anni si dimostra maggiore rispetto a quanto riscontrato in molti altri stati membri dell'Unione Europea. Il tumore al seno ha costituito tuttavia ancora il 27,6 per cento di tutti i casi di tumore diagnosticati nel nostro Paese nel 2002, per un totale di 31.960 casi e 11.546 decessi.

Priorità di intervento

Sono sei le priorità di intervento che emergono dalla presente indagine conoscitiva. La prima è quella di *maggiori investimenti in ricerca* come «unica arma per combattere definitivamente questa malattia». La più recente indagine sovvenzionata dalla Commissione Europea sui finanziamenti alla ricerca sul cancro in generale vede l'Italia in quarta posizione, con 70 milioni di euro nel 2003, contro i circa 350 della Gran Bretagna, al primo posto.

La seconda priorità è quella della *prevenzione*, qui intesa letteralmente come rimozione delle cause. Nulla potendosi fare ovviamente contro il processo di invecchiamento, è al momento possibile soprattutto promuovere campagne di informazione sull'importanza dell'allattamento naturale al seno e sulla prevenzione dell'obesità tramite una dieta appropriata e l'esercizio fisico. Poiché gli ormoni estrogeni possono agire da sostanze cancerogene per il seno e poiché tali ormoni si accumulano nel tessuto grasso, è importante evitare ogni eccessivo aumento di peso.

La terza priorità è rappresentata dalla *diagnosi precoce*, visto che un tumore al seno colto agli inizi del suo sviluppo risulta più curabile di uno diagnosticato in fase avanzata. Non poche iniziative sono state prese in questo campo ad opera del Ministero della salute, di diverse regioni e di alcune associazioni di volontariato (v. *infra*). La legge Finanziaria 2001 ha esentato dal *ticket* la mammografia, principale esame di diagnosi precoce; gli *screening* per il tumore al seno sono stati inseriti tra i livelli essenziali di assistenza (LEA), il Piano sanitario nazionale 2003-2005 investe con particolare enfasi nella diagnosi precoce dei tumori al seno, così come fa l'accordo Stato-regioni (Cernobbio, aprile 2004), che contiene il Piano di Prevenzione Attiva con quattro elementi strategici di cui uno è appunto lo *screening* per il tumore al seno. Infine, il decreto-legge 29 marzo 2004, n. 81, convertito con modificazioni dalla legge 26 maggio 2004, n. 138, ha stabilito il coordinamento delle varie azioni nel settore. I veri nodi ancora da sciogliere in questo campo sono quello dell'eccessivo divario ancora esistente fra le diverse situazioni locali, con il risultato di una situazione «a macchia di leopardo» che non consente di raggiungere gli obiettivi prefissati in tempi sufficientemente brevi e quello dell'integrazione fra iniziative pubbliche, private e di volontariato, potenzialmente realizzabile sulla base comune degli *standard* di elevata qualità. Al tema specifico della diagnosi precoce, infine, è stato dedicato anche uno dei sopralluoghi programmati dalla Commissione presso la ULSS 16 di Padova, il che ha consentito un'analisi dettagliata della metodologia di *screening*, del programma pilota in atto a Padova e dei possibili interventi migliorativi. A tale proposito va sottolineato come sia ormai diffusa in tutta Europa la riflessione sui programmi di *screening* così come erano stati concepiti negli anni Settanta. In particolare va tenuto conto di:

a) Possibile «densità» radiologica delle mammelle. In una quota non trascurabile di donne si manifesta tale fenomeno ed esso riduce l'attendibilità della mammografia come strumento di diagnosi precoce. L'orientamento attuale è quello di procedere – dopo la prima mammografia – alla divisione delle donne in due gruppi, in modo che quelle con buona attendibilità della mammografia possano limitarsi a ripeterla ogni due anni, mentre quelle con mammelle radiologicamente dense abbiano la possibilità di ripetere l'esame annualmente e di associarlo ad ecografia.

b) Necessità di radiologi dedicati. La componente umana ha grande importanza nei programmi di diagnosi precoce e il numero di radiologi competenti nel settore è insufficiente. Un conto è saper decidere se un no-

dulo visibile alla mammografia è sospetto oppure no, un altro conto è saper decidere se nella mammografia di una donna completamente asintomatica vi sono o meno zone sospette o a rischio.

c) Richiesta di partecipazione da parte delle donne. Non è più pensabile limitare l'azione di *screening* a un *mailing* di lettere, mammografie eseguite da tecnici e responso scritto con testi prestampati. Occorre stabilire – soprattutto alla prima mammografia – un contatto clinico e umano con la donna, avere quindi la possibilità di una visita medica e di un colloquio per consentire alla donna una scelta consapevole del suo percorso di diagnosi precoce.

La quarta priorità è quella del *miglioramento delle cure*, diretta conseguenza dei progressi della ricerca che hanno recentemente accelerato il loro ritmo e dimostrato che esistono tanti tipi di tumore al seno, con prognosi diversa e quindi necessità terapeutiche differenti. La scuola medica italiana ha dato importanti contributi soprattutto nel campo della chirurgia, delle cure mediche e di quelle radioterapiche e vi è riconoscimento unanime sulla necessità di continuare ad investire sui cosiddetti «centri di eccellenza», perché continuino a produrre risultati tali da consentire il progresso terapeutico. Dagli altri sopralluoghi condotti dalla Commissione è emersa anche, tuttavia, la necessità di un maggior coordinamento dei centri di cura, pubblici e privati, stabilendo requisiti minimi e controlli di qualità, visto che sono circa 80 – sparsi su tutto il territorio nazionale – quelli che curano almeno 150 casi l'anno di tumore al seno, criterio minimo secondo la raccomandazione del Parlamento Europeo per essere definiti «*breast unit*», cioè centro di senologia.

La quinta priorità è quella che può essere definita della *qualità di vita*. Due sono le aree che emergono chiaramente come bisognose di intervento sotto questo aspetto: la prima è quella dell'insufficiente disponibilità delle procedure di chirurgia plastica e ricostruttiva. La seconda è quella della disomogenea e inadeguata distribuzione dei servizi di riabilitazione per assicurare un pieno benessere psico-fisico alle oltre 300.000 donne che vivono oggi in Italia dopo essere state diagnosticate e curate di un tumore al seno.

La sesta e ultima priorità riguarda il ritorno al lavoro. Grazie alle nuove tecniche diagnostiche, chirurgiche e terapeutiche sono sempre più le donne che dopo l'intervento ritornano alla loro vita normale, lavorativa e familiare. Per quanto riguarda il loro ritorno al mondo del lavoro si sottolinea l'importanza che l'attuazione della «riforma Biagi», di cui al decreto legislativo 10 settembre 2003, n. 276, renda possibile il *part-time* su richiesta del dipendente a seguito di diagnosi di una patologia oncologica. Sarà importante lavorare a livello di sensibilizzazione nelle aziende pubbliche e private, facendo conoscere la problematica ed evidenziando l'importanza sull'importanza di continuare ad investire su donne che nel tempo hanno accumulato esperienze. Occorre inoltre agevolare gli *iter* burocratici e, ove possibile, il cambio di mansioni, al fine di non creare ulteriori problemi psicologici.

I protagonisti

L'indagine conoscitiva ha consentito di fotografare una situazione complessa, ma in grande e positivo movimento. Si è dato già in parte conto di quanto sin qui svolto dal Ministero della salute, dal quale è legittimo attendersi, nel quadro della sua opera di indirizzo e di controllo, un contributo sostanziale prodotto dai gruppi di lavoro istituiti a seguito del citato decreto-legge n. 81 del 2004, e una precisa definizione degli *standard* minimi al disopra dei quali potrà essere richiesto ad ogni Regione di adeguare i propri interventi. Si è anche visto come le regioni abbiano affrontato il tema della diagnosi precoce con impegno, ma in ordine sparso e con insufficiente collegamento agli aspetti della terapia e della qualità di vita dopo le cure. A quest'ultimo aspetto si dedicano maggiormente le strutture sanitarie pubbliche e private, ma si è ancora lontani da un loro coordinamento efficace (v. *infra* il concetto di «*network* di eccellenza»). Tra i protagonisti non istituzionali emergono per impegno la *Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori*, che al problema del cancro al seno dedica una parte cospicua delle sue energie e l'associazione *Europa Donna*, che raccoglie sotto la propria sigla la stragrande maggioranza delle associazioni di volontariato nel campo dei tumori al seno. Imprescindibile è poi il ruolo delle organizzazioni professionali – *in primis* degli *ordini dei medici* –, delle società scientifiche, come ad esempio il Gruppo Italiano per lo *screening* mammografico (GISMa) la Forza Operativa Nazionale sul Carcinoma Mammario (FONCaM) e l'Associazione Nazionale Italiana Senologi Chirurghi (ANISC), nonché delle associazioni locali, alcune delle quali sono state audite dalla Commissione.

Obbiettivi per il prossimo quinquennio

Emerge dalla presente indagine conoscitiva che il livello di diagnosi e cura dei tumori al seno in Italia, per altro già superiore alla media europea, può essere ulteriormente migliorato. Tra le misure che risultano proponibili come obbiettivi raggiungibili nei prossimi cinque anni vi sono:

1. Promozione di una dieta bilanciata (con basso consumo di alcol), dell'esercizio fisico, dell'allattamento al seno e dell'autopalpazione soprattutto nelle giovani donne, come *misure preventive*.

2. Trasformazione progressiva dei programmi cosiddetti di «*screening* di massa» in percorsi individuali di diagnosi precoce sulla base dei fattori di rischio delle singole donne.

3. Creazione di un congruo numero di centri di senologia secondo le regole europee e accreditati dagli appositi organismi (Società Europea di Mastologia, EuSoMa).

4. Creazione di «*network* senologici di eccellenza», cioè di reti di centri di senologia collegati tra loro in modo integrato e quindi in grado di offrire tutte le opzioni possibili di diagnosi e cura dei tumori al seno.

5. Diffusione a tutto il territorio nazionale della rimborsabilità con SSN delle principali procedure di chirurgia plastico-ricostruttiva e di ria-

bilitazione in presenza di un tumore maligno della mammella, indipendentemente dallo stato dei linfonodi ascellari.

6. Rintroduzione nei LEA del linfodrenaggio post-operatorio, promuovendo al tempo stesso la diffusione della tecnica del linfonodo sentinella.

7. Potenziamento dell'attività di osservatorio e monitoraggio svolta dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR) nel campo dei tumori al seno.

8. Previsione di un monitoraggio, più puntuale e costante nel tempo, dell'implementazione e miglioramento progressivo del percorso di diagnosi e cura soprattutto nelle regioni del Sud.

9. Valutazione del possibile abbassamento dell'età di accesso gratuito alle tecniche diagnostiche, qualora esistano specifici fattori di rischio.

10. Incremento degli investimenti in ricerca clinica e di laboratorio sul carcinoma mammario.

11. Diffusione di una corretta informazione riguardo la terapia sostitutiva ormonale nella fase pre-post menopausa, affinché non se ne limiti l'uso e non vengano seguite rigorose linee-guida di somministrazione.

12. Reperimento di risorse finanziarie tramite una revisione di procedure e prassi clinico-sanitarie ormai obsolete e quindi da azzerare o ridurre drasticamente come fonte di spesa. Ad esempio:

– Scintigrafia ossea annuale per cinque anni nelle operate di carcinoma mammario; tale prassi si giustifica solo in un numero molto limitato di casi (10 per cento circa) ad alto rischio di metastasi.

– Ecografia epatica annuale; tale prassi si giustifica solo in un numero molto limitato di casi (10 per cento circa) ad alto rischio di metastasi.

– Radiografia del torace annuale; tale prassi si giustifica solo in un numero molto limitato di casi (10 per cento circa) ad alto rischio di metastasi.

– Ecografie transvaginali con o senza isteroscopia in pazienti in terapia con Tamoxifen (prassi che necessita di regolamentazione).

– Dosaggio periodico dei marcatori tumorali: attualmente sono prescritti in quantità eccessiva e ingiustificata.

SENATO DELLA REPUBBLICA

XIV LEGISLATURA

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

Seduta n. 287

INDAGINE CONOSCITIVA
SULLE INIZIATIVE DI PREVENZIONE DEL
TABAGISMO E DEL TUMORE AL SENO IN ITALIA

13° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 27 LUGLIO 2005

Presidenza del presidente TOMASSINI

INDICE

Documento conclusivo

(Seguito dell'esame e approvazione del documento conclusivo *Doc. XVII*, n. 23)

PRESIDENTE	Pag. 273, 274, 279
* BIANCONI (FI)	276
* DI GIROLAMO (DS-U)	273
ALLEGATO (contiene lo schema di documento conclusivo)	280

N.B.: L'asterisco indica che il testo del discorso è stato rivisto dall'oratore.

Sigle dei Gruppi parlamentari: Alleanza Nazionale: AN; Democratici di Sinistra-l'Ulivo: DS-U; Forza Italia: FI; Lega Padana: LP; Margherita-DL-l'Ulivo: Mar-DL-U; Per le Autonomie: Aut; Unione Democratica e di Centro: UDC; Verdi-l'Unione: Verdi-Un; Misto: Misto; Misto-il Cantiere: Misto-Cant; Misto-Comunisti Italiani: Misto-Com; Misto-Democrazia Cristiana per le Autonomie: Misto-DC-Aut; Misto-Italia dei Valori: Misto-IdV; Misto-La Casa delle Libertà: Misto-CdL; Misto-Lega per l'Autonomia lombarda: Misto-LAL; Misto-MIS (Movimento Idea Sociale): Misto-MIS; Misto-Nuovo PSI: Misto-NPSI; Misto-Partito Repubblicano Italiano: Misto-PRI; Misto-Rifondazione Comunista: Misto-RC; Misto-Socialisti Democratici Italiani-Unità Socialista: Misto-SDI-US; Misto Popolari-Udeur: Misto-Pop-Udeur.

I lavori hanno inizio alle ore 15,05.

PROCEDURE INFORMATIVE

Documento conclusivo

(Seguito dell'esame e approvazione del documento conclusivo *Doc. XVII*, n. 23)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'esame di uno schema di Documento conclusivo dell'indagine conoscitiva sulle iniziative di prevenzione del tabagismo e del tumore al seno in Italia, sospeso nella seduta di ieri.

Riprendiamo la discussione.

DI GIROLAMO (*DS-U*). Signor Presidente, esprimo un giudizio complessivo nettamente positivo sul Documento che è all'esame della Commissione e che è stato predisposto dalle colleghe relatrici alle quali rivolgo il mio ringraziamento. Giudico estremamente positivo il lavoro compiuto, giacché nel Documento si è riusciti a sintetizzare la mole di informazioni e contributi dati da tutti gli auditi. Le osservazioni di ieri di alcuni colleghi mi trovano consenziente in quanto tese ad ampliare ulteriormente il testo del Documento.

Mi soffermerò dapprima specificamente sul problema del tabagismo. Due sono le questioni cui sono interessato: dapprima la questione del tabagismo. Il fumo di tabacco causa nel nostro Paese circa 80.000 decessi l'anno di cui circa 35.000 sono dovuti a tumori causati direttamente dal fumo principalmente ai polmoni; 30.000 a cause cardiovascolari e 16.000 a malattie dell'apparato respiratorio che escludono le forme tumorali, ma che sono comunque fortemente invalidanti (bronchiti croniche, enfisemi polmonari, insufficienza respiratoria). Sta di fatto che oggi in Italia il fumo rappresenta il primo vero fattore di rischio, il primo *killer*.

Per questo motivo è prioritario porre in essere un'azione energica e determinata nei confronti del tabagismo che comporta costi molto alti in termini non solo economici ma anche di vite umane. Ciò anche al fine di ridurre i danni da fumo che rappresentano oltretutto la causa di ingenti spese a carico del Servizio sanitario nazionale. Un'attività di prevenzione primaria consentirebbe non solo di migliorare lo stato di salute della nostra popolazione, ma anche di spostare risorse economiche su settori che già si avvalgono di tale metodica.

Come si precisa nella stessa relazione è un problema reale che va affrontato per ridurre ulteriormente il fenomeno ancorchè si sia registrata negli ultimi trent'anni una sua diminuzione effettiva. Bisogna correggere soprattutto i limiti nelle strategie di comunicazione che sono emersi dall'esperienza concreta, allo scopo di scoraggiare la propensione al fumo

delle classi di età più giovani. A tal fine sono necessari interventi mirati su *target* precisi di consumatori ai quali va trasmesso il messaggio che la disassuefazione dal fumo è molto complessa e ha risultati purtroppo insoddisfacenti. Il Documento in esame, comunque, coglie pienamente tali aspetti.

Quanto al tumore al seno, i dati statistici relativi all'Italia appaiono decisamente positivi se comparati con quelli riferiti agli altri Paesi industrializzati. Emerge, infatti, una minore incidenza della malattia e una minore mortalità dei soggetti colpiti. Tutto ciò è da attribuire non solo a fattori genetici ed alimentari, ma anche all'ottima preparazione dei medici italiani la cui scuola ha messo a punto metodiche di stadiazione e terapie innovative che sono di riferimento in tutto il mondo e che hanno modificato profondamente e in meglio prognosi e qualità di vita delle donne affette da tumore al seno. Come ha ieri rilevato, fra gli altri, il collega Salzano, permangono però nel nostro Paese situazioni critiche, caratterizzate soprattutto dal divario troppo forte in termini di servizi, di disponibilità di terapie innovative e di accesso allo *screening* tra il Centro-Nord ed il Sud del Paese.

Infatti, a fronte di oltre il 75 per cento della popolazione di donne tra i cinquanta e i sessant'anni (età in cui si iniziano i programmi di *screening*) che si sottopone nel Centro-Nord a *screening*, nel Sud e nelle Isole tale percentuale è più che dimezzata. Tenuto conto che lo *screening* riduce del 30 per cento la mortalità per tumore al seno, questa situazione non deve essere tollerata, ma va aggredita attraverso gli interventi opportuni.

Le indicazioni fornite nella parte conclusiva del Documento sono estremamente positive e coerenti con l'obiettivo ambizioso del Piano sanitario nazionale di raggiungere l'80 per cento di sopravvivenza.

Per tutti questi motivi, annuncio il voto positivo del nostro Gruppo sul Documento conclusivo dell'indagine conoscitiva in titolo.

PRESIDENTE. Reputo assolutamente soddisfacente il livello qualitativo del Documento proposto dalle relatrici e rivolgo per questo i miei complimenti alle relatrici, senatrici Bianconi, Baio Dossi e Boldi.

La prevenzione spesso interviene nelle indagini conoscitive in materia di sanità e, nei suoi aspetti, può definirsi primaria, secondaria e terziaria. Nel concetto di prevenzione primaria rientra la tematica degli stili di vita, cui sono spesso ricondotte indicazioni, anche ampiamente diffuse nella popolazione, la cui attendibilità necessita sempre di attenta valutazione. Questi metodi danno buoni risultati ma lontani nel tempo, raramente possono essere valutati in termini di evidenza scientifica e non sempre conseguono risultati al 100 per cento, posto che molti altri fattori di carattere generale possono intervenire oltre allo stile di vita.

A proposito dell'oncologia femminile oggi in medicina è molto importante la predittività ancor prima della prevenzione. Ai fini di un'effettiva prevenzione, è necessario cogliere con precisione la puntuale sussistenza di situazioni di rischio per porre in essere interventi mirati di mag-

giore efficacia ed economicità. Ciò consente di avviare la terza fase che è quella della possibile riabilitazione.

Nell'ambito della prevenzione è, poi, molto importante distinguere il concetto molto di moda oggi di salute (abbiamo cambiato infatti la denominazione del nostro Ministero) da quello di sanità. Nel campo della salute tutto è permesso nel senso che, trattandosi di gente che sta bene, è molto probabile che le cure siano costosissime perché affidate agli individui e non al Servizio sanitario; inoltre, i trattamenti non sono misurabili. L'impegno vero è nel campo della sanità dove è molto importante distinguere tra chi sta bene e chi sta male.

Ad influenzare gli stili di vita vi sono la famiglia, la scuola e le attività educative collaterali, i cosiddetti primo, secondo e terzo settore. Esistono poi la sanità, l'industria e i *media*, tutti sistemi che possono orientare verso comportamenti sicuramente illeciti ed illegali che, in quanto tali, sono già di per sé sanzionati e da evitare. Nel campo dei comportamenti leciti, invece, il problema principale di tutti gli attori di cui ho parlato è segnare il limite entro il quale ci si può muovere affinché ciò che è lecito non diventi pericoloso. In tal senso è importante attribuire a questo limite una rilevanza scientifica misurata e pesata senza disdegnare tutti quegli elementi volti in linea generale a ridurre il danno, aspetto particolarmente importante in caso di persone già malate.

Cito un unico esempio che a me sembra molto utile in relazione a quanto è stato pubblicato alcuni giorni fa sull'obesità per significare come alcuni luoghi comuni siano assolutamente il contrario di ciò che avviene secondo le evidenze scientifiche. Se parlassi di aumento di apporto energetico e vi chiedessi cosa ne pensate con riferimento all'obesità, penso che gran parte di voi risponderebbe che il primo ha verosimilmente un'alta pertinenza nei confronti del secondo. Ebbene secondo la fonte scientifica non esiste alcuna veridicità in quest'affermazione; in altri termini, l'apporto proteico ha una verosimiglianza bassa perché tutti dicono che le proteine si mangiano, mentre ha un'altissima rilevanza scientifica dal punto di vista della veridicità. Quanto alla modalità giorno-notte di alimentazione la maggior parte di voi osserverebbe che è indifferente o bassa, mentre ha un'alta importanza nel determinare l'obesità. Tutti sosterreste che la preferenza per il dolce è alta nel determinare l'obesità, mentre è bassa dal punto di vista della veridicità scientifica. Naturalmente posso fornire la documentazione scientifica di quanto sto ora rilevando. Se dovessi indicare il vero in assoluto sulla rilevanza scientifica delle varie cause che determinano l'obesità, vedreste che, mentre i fattori genetico, perinatale e neonatale hanno molta rilevanza scientifica, i grassi hanno una rilevanza pressoché nulla. Ho citato quest'esempio per significare la costante esigenza di trasferire informazioni ai cittadini attraverso il filtro dell'effettiva rilevanza scientifica, onde evitare la diffusione di indicazioni non sufficientemente verificate, che possono però divenendo veri e propri luoghi comuni. Comunicare e dare indicazioni è diverso da educare, da regolare ed è peccaminoso demonizzare se non si hanno presenti questi aspetti.

Quindi, in una comunicazione che, molto spesso, guarda più il fenomenale che l'ordinario, è importante riportarsi all'indicazione di ciò che è bene rispetto a ciò che è male. È giusto sanzionare ma bisogna distinguere il verosimile dalla verità. Ad esempio, le immagini che sicuramente vanno regolamentate perché dirette a persone ancora non protette, come il settore infantile, debbono essere paragonate a quelle che lanciamo senza preoccupazione alcuna. Per essere chiari, vorrei paragonare alcune immagini che potrebbero essere disdicevoli per i modelli o per le abitudini di vita con quelle che sono state oggetto di innumerevoli servizi speciali sulle cosiddette «Bestie di Satana» onde calcolarne il peso sull'educazione e sulla pericolosità.

È importante tenere presente l'esigenza di evitare messaggi sensazionalistici, ricorrendo ad un opportuno criterio di saggezza ed equilibrio. A tal fine è necessario l'apporto di tutti perché spesso quello che diciamo può apparire noioso e al di fuori dei riflettori ma è sicuramente utile.

BIANCONI (FI). Signor Presidente, una breve replica e l'indicazione di alcune modifiche da apportare alla relazione, a nome anche delle senatrici Baio Dossi e Boldi.

Preliminarmente ringrazio i colleghi e il Presidente per l'attenzione e il contributo assicurato nel corso dell'indagine conoscitiva e del presente dibattito. Abbiamo lavorato con estrema coscienza, sapendo che la tematica era delicata, duplice e abbastanza complessa. Vorrei però svolgere alcune semplici riflessioni sceve dal benché minimo connotato ideologico.

In riferimento alle sollecitazioni provenienti dai colleghi del Sud, faccio presente che anche in un regime di Servizio sanitario nazionale universalistico, quale noi riconosciamo, le differenze a macchia di leopardo sono sempre esistite. L'unica differenza sopravvenuta nell'ultimo periodo a seguito della modifica del Titolo V della Costituzione è che la gestione complessiva della sanità è di competenza delle Regioni.

Faccio questa sottolineatura, ripeto, scevro da ogni ideologia, consapevole delle difficoltà esistenti e delle enormi differenze presenti sul territorio. Sono però convinta che il nostro compito era quello di fotografare l'esistente e sollecitare il Ministro competente affinché, insieme alle Regioni, quindi in sede di Conferenza Stato-Regioni, possa adoperarsi affinché queste differenze organizzative siano sempre più poste con evidenza alla luce. È in gioco la vita di tantissime donne. Proprio ieri abbiamo saputo 33.000 sono i nuovi casi di tumore e 150.000 le donne che convivono con questa patologia.

Se la prevenzione e la diagnosi precoce rappresentano l'arma vincente bisogna partire da quest'anello fondamentale per svolgere un'analisi precisa della problematica. Come dimostrato dai dati statistici, lo *screening* di massa di qualità è in grado di ridurre il 30 per cento della mortalità delle donne tra i cinquanta e i settant'anni (una su tre). Questo dato è certamente impegnativo e importante e riduce l'invasività dell'intervento, aspetto estremamente importante per la qualità della vita delle donne.

Alcune donne purtroppo sono ancora sottoposte a mastectomia totale perché nella Regione non è presente un centro di radioterapia in grado di offrire le cure *post operatorie*. Ebbene, anche questo dato è importante ai fini della qualità della vita, oltre che della sopravvivenza. Il dato da me riportato nella seduta di ieri con riferimento al progetto «Artemide» segnala che al Sud il 21 per cento delle pazienti sane e il 16 per cento delle donne malate conoscono le cure prestate nei centri migliori attraverso la televisione. Questo è un altro dato che deve destare preoccupazione a noi legislatori, al Ministero competente e alle Regioni.

Il nostro compito è dare indicazioni alla luce di tutto quello che la ricerca scientifica, le migliori tecniche e le linee-guida europee e mondiali sono in grado di darci. Non partiamo dall'anno zero e vi è materiale su cui continuare a lavorare. Un conto è soffrire per una malattia incurabile, altro è soffrire perché la cura esiste ma altrove! È una responsabilità tutta nostra e a tutti i livelli. Non dobbiamo dimenticare però che, girando pur brevemente l'Italia, abbiamo incontrato anche al Sud punti di grand'eccellenza, probabilmente radicati nel territorio grazie a professionisti, alla lungimiranza di direttori generali o alla capacità di assessori regionali. Cito Bari, Napoli e Palermo. Abbiamo visitato la Basilicata e abbiamo anche visto che forse la Calabria è la Regione più penalizzata.

Quali sono le sfide da affrontare? Innanzi tutto, lo *screening* di massa, laddove esiste, deve essere ripensato. Ricordo brevemente che, laddove già esiste, le percentuali di adesione vanno dal 24 per cento della Sicilia al 73 per cento della Liguria. Lo *screening* probabilmente deve essere ripensato nelle sue linee generali perché il percorso personalizzato deve essere assolutamente incrementato e si deve superare l'approccio con la sola «letterina». Poiché ogni mammella è diversa dall'altra, bisogna personalizzare il percorso e, laddove non esiste o è presente in termini irrisori, deve essere implementato in quest'ottica, seguendo linee-guida non inventate o di buon senso ma scientificamente riconosciute.

La prevenzione deve essere la nostra priorità e, anche se con poche risorse, deve essere la stella polare. Ciò vale oggi e per qualsiasi altro Governo della prossima stagione politica. Sulla prevenzione bisogna accelerare in tal senso sollecitando i Ministri e le Regioni. Il vero problema è il dopo, sia per chi può già beneficiare di uno *screening* di massa di qualità, sia per chi non gode di questo beneficio. Fatta la diagnosi non si possono lasciare le donne al percorso «fai da te». Dopo la sorpresa della diagnosi del tumore al seno e del destino che ha colpito, nella donna subentrano rabbia e disperazione. In questo quadro non è pensabile che una persona debba trovare anche il coraggio di cercare il percorso chirurgico e terapeutico più appropriato e professionale. A questo punto devono intervenire i percorsi terapeutici che devono essere resi più efficaci attraverso l'istituzione di unità di senologia, la cui qualità deve essere garantita dalla presenza di diverse figure di specialisti e testata da un numero di casi seguiti ogni anno superiore a 150, le famose *breast unit*. All'interno di questi centri di eccellenza deve essere presente un *pool* multidisciplinare formato da chirurghi, radiologi, oncologi, psicologi ed infermieri specificamente dedi-

cati all'assistenza alle donne affette da tale patologia. Considerato che le *beast unit* vanno molto di moda, bisogna però evitare che i piccoli centri tendano a definirsi tali, trattandosi invece di tutt'altra cosa.

L'ultima grande sfida che ci poniamo è quella della formazione. Ieri il senatore Salzano mi ha illustrato un suo disegno di legge sulla formazione dedicata dei professionisti, dai chirurghi agli oncologi, dai radiologi agli psicologi, ivi inclusi gli infermieri. Mi ha poi riempito di speranza l'intervento di ieri del sottosegretario Corsi soprattutto laddove ha dichiarato il proprio impegno rispetto alle indicazioni riportate nel Documento. È un gioco di squadra tra Ministero, Regioni e parlamentari di maggioranza e di opposizione. Sulla prevenzione non si scherza posto che la precocità della diagnosi consente spesso di salvare vite umane. Questo gioco di squadra deve però essere condotto senza contrapposizioni né barricate, aiutandoci reciprocamente, anche ammettendo le deficienze ancora presenti. Bisogna guardare con realismo a ciò che esiste nelle varie realtà territoriali e cercare di «copiare» il meglio presente altrove ma non necessariamente tanto lontano da richiedere i cosiddetti «viaggi della speranza».

Ringrazio di cuore le due colleghe che mi hanno aiutato in questo percorso straordinario e il Presidente per l'onore e l'onere che mi ha dato attribuendomi l'incarico di relatrice di un'indagine che ha rappresentato per me un importante momento di crescita. Ci siamo attardati di più sul tumore al seno, forse trascurando il tabagismo, anche se le parole del Presidente hanno fatto da corollario a quanto ci premeva sottolineare.

Seguendo le indicazioni del senatore Tredese, proporrei di modificare l'elencazione di cui al paragrafo *Obiettivi per il prossimo quinquennio* della Parte II del Documento, e consistono in una più completa formulazione del punto 1, nonché l'inserimento di un nuovo punto 8 che così recita: «Previsione di un monitoraggio, più puntuale e costante nel tempo, dell'implementazione e miglioramento progressivo del percorso di diagnosi e cura soprattutto nelle regioni del Sud» e di un nuovo punto 10, che così recita: «Diffusione di una corretta informazione riguardo la terapia sostitutiva ormonale nella fase *pre-post* menopausa, affinché non se ne limiti l'uso e non vengano seguite rigorose linee-guida di somministrazione», sottolineando quindi la non corretta informazione e anche l'utilizzo consigliato dalle linee guida.

Prendendo spunto dal ragionamento del senatore Di Girolamo, al punto 1 degli obiettivi per il prossimo quinquennio sostituirei le parole: «dell'esercizio fisico come misure preventive» con le altre: «, favorire l'allattamento al seno e incentivare l'autopalpazione soprattutto nelle giovani donne». Su dieci donne, infatti, solo due fanno autopalpazione. Anche se le microlesioni sono visibili solo ed esclusivamente attraverso l'uso diagnostico della mammografia e dell'ecografia, è importantissimo che ogni donna, sin dalla tenera età, impari a conoscere il proprio corpo e quindi ad individuare anche le variazioni del proprio seno. Si potrebbe affidare questo compito ai medici di medicina di base e ai pediatri che sono i primi interlocutori in grado di educare le proprie pazienti.

Evidenziando le sollecitazioni dei senatori Salzano, Salini e Tatò, aggiungerei dopo il punto 7 un punto *7-bis* in cui prevedere un monitoraggio più puntuale e costante nel tempo dell'implementazione e progresso del percorso di diagnosi e cura, soprattutto nelle Regioni meridionali.

PRESIDENTE. Dichiaro chiusa la discussione.
Passiamo alla votazione.

(Il Presidente accerta la presenza del numero legale).

Metto ai voti il nuovo schema di Documento conclusivo.

È approvato.

Dichiaro conclusa l'indagine conoscitiva sulle iniziative di prevenzione del tabagismo e del tumore al seno in Italia.

I lavori terminano alle ore 15,40.

NUOVO DOCUMENTO CONCLUSIVO PROPOSTO DAI RELATORI PER L'INDAGINE CONOSCITIVA SULLE INIZIATIVE DI PREVENZIONE DEL TABAGISMO E DEL TUMORE AL SENO IN ITALIA E APPROVATO DALLA COMMISSIONE

1. INTRODUZIONE
2. PARTE I – *Tabagismo*
3. PARTE II – *Tumore al seno*

1. INTRODUZIONE

L'origine di questa indagine conoscitiva può essere fatta risalire – almeno per quanto riguarda l'aspetto del tumore al seno – alla mozione n. 194 sui tumori femminili, presentata dalla senatrice Bianconi il 15 ottobre 2003, con lo scopo di «impegnare il Governo ad un'azione sempre più incisiva su questo tema», anche facendo propria la risoluzione adottata dal Parlamento Europeo il 5 giugno dello stesso anno, che propone di fare della lotta contro il cancro del seno una priorità della politica sanitaria (cfr. resoconto stenografico della 476^a seduta dell'Assemblea, XIV legislatura). La risoluzione invita gli stati membri a migliorare la prevenzione, ad impegnarsi riguardo a *screening*, diagnosi e cura, al fine di garantire in tutto il territorio europeo la massima qualità.

Il tumore al seno è il più frequente nella popolazione femminile e rappresenta la seconda causa di morte per tumore. Nel nostro paese è la prima causa di morte delle donne nella fascia di età tra i trentacinque e i quarantaquattro anni. Circa 300.000 donne hanno avuto una diagnosi di tumore al seno, ogni anno sono 33.000 i nuovi casi.

Nell'ambito dell'indagine conoscitiva, diciotto audizioni specifiche e cinque visite in centri di eccellenza italiani hanno avuto lo scopo di fotografare la situazione italiana, confrontandola con altre realtà nazionali, e offrire indicazioni alle istituzioni competenti, partendo purtroppo dal dato oggettivo di una forte disomogeneità nelle possibilità di diagnosi e di cura nel territorio nazionale. Le differenze emergono non solo da confronti fra stati europei o fra regioni italiane, ma anche da comparazioni tra singoli ospedali. Tali differenze, tuttavia, indubbiamente si traducono in notevoli variazioni in termini di sopravvivenza al tumore.

La ricerca ha dimostrato che l'intervento più efficace per la guarigione è la diagnosi precoce; infatti, se diagnosticato nella fase iniziale, il cancro al seno può essere vinto. Questo fa capire l'importanza strategica

dello *screening* di massa e di qualità, poiché esso è in grado di diminuire la mortalità nelle donne tra i cinquanta e i settanta anni di circa il 30 per cento e di ridurre l'invasività degli interventi.

Lo *screening* mammografico è previsto dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) da oltre venti anni. Nel 2001 aderì ai programmi di *screening* il 47 per cento delle donne italiane, con un massimo del 73 per cento in Liguria ed un minimo del 24 per cento in Sicilia. Si tratta di percentuali basse, dal momento che la copertura raccomandata è di almeno il 70 per cento. Spiccano inoltre le forti differenze su base territoriale. I dati sull'adesione riferiti all'anno 2000 sono i seguenti: 45,7 per cento al Nord, 58,2 per cento al Centro e 5,9 per cento al Sud. L'anno seguente si è passati al 60 per cento del Nord e al 76,6 per cento del Centro, mentre il Sud è rimasto ad un bassissimo 6 per cento.

Per quanto riguarda il tabagismo, occorre purtroppo rilevare che il comportamento della componente femminile della popolazione italiana è in controtendenza rispetto al totale della popolazione. Il numero delle fumatrici è stimato in circa 5,3 milioni e si prevede che aumenterà nei prossimi anni fino a raggiungere i 6 milioni. Questo fenomeno va analizzato anche alla luce della sua portata economica, in ragione di un fatturato pari a sessanta volte il bilancio dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Nel corso dell'indagine conoscitiva si sono svolte cinque audizioni specifiche; sono stati analizzati e approfonditi gli aspetti della prevenzione, della ricerca sulla disaffezione e della riduzione del rischio.

2. PARTE I – *Tabagismo*

Confronto fra paesi occidentali

L'abitudine al fumo costituisce uno dei maggiori fattori di rischio nello sviluppo di alcune patologie (neoplastiche, cardiovascolari e respiratorie), tanto che, per l'Organizzazione Mondiale della Sanità, il fumo di tabacco rappresenta la seconda causa di morte nel mondo. Secondo i dati della stessa OMS, ammontano ad alcuni milioni l'anno le vittime connesse con il fumo di tabacco. La situazione è destinata a peggiorare: i decessi dovuti al fumo sono, infatti, aumentati in modo preoccupante negli ultimi trent'anni. Nel 1965, l'OMS stimava le vittime del tabagismo a circa 800.000 l'anno, di cui 700.000 nei paesi industrializzati. Ora, in questi ultimi anni, i decessi dovuti al fumo sono 2,5 milioni all'anno per gli uomini e 1,5 milioni per le donne. Un recente studio pubblicato ha avuto l'obiettivo di ristabilire le giuste proporzioni tra fumo e inquinamento ambientale (Kunzli N., et coll. *Public – Health Impact of Outdoor and Traffic – Related Air Pollution: a European Assessment*, in «The Lancet», 2000); tale lavoro valuta i danni da inquinamento ambientale in tre Paesi europei (Svizzera, Francia e Austria) e conclude che l'inquinamento atmosferico è causa del 6 per cento della mortalità, contro il 20 per cento della mortalità dettata dal fumo, con un'incidenza di circa 40-50.000 decessi

l'anno, contro i 65.000 decessi registrati a causa del fumo da tabacco. Secondo i dati più recenti forniti dall'OMS si registrano ogni anno, nel mondo, circa 4 milioni di morti per malattie derivanti dal tabacco; si tratta di un dato destinato a crescere, secondo stime che indicano un numero di morti pari a 10 milioni annui negli anni 2020-2030. E il 70 per cento di queste morti riguarderanno i paesi più sviluppati. Il fenomeno coinvolge oltre un miliardo di persone, trecento milioni delle quali vivono in Occidente, più di dieci in Italia. Nonostante il consumo di tabacco sia complessivamente in diminuzione nei paesi ricchi, mostra una preoccupante tendenza in senso opposto sia nelle nuove generazioni, sia nel sesso femminile. È in decisa crescita, inoltre, nei paesi in via di sviluppo. Negli ultimi trent'anni la percentuale di fumatori in Europa si è ridotta dal 45 al 30 per cento nella popolazione adulta; tuttavia la tendenza globale negli ultimi tempi è relativamente costante, con un declino solo lieve dagli anni Novanta ad oggi. Nel 2001 fumavano il 38 per cento degli uomini e il 23 per cento delle donne, pur con ampie differenze di numeri all'interno dei singoli stati. Tra i giovani l'abitudine tabagica coinvolgeva il 27-30 per cento dei soggetti: una quota leggermente in rialzo e che, comunque, non ha registrato flessioni dalla seconda metà degli anni Novanta ad oggi. In Italia, in particolare, fumano attualmente il 22 per cento degli adolescenti maschi e ben il 28 per cento delle adolescenti femmine. Circa 85 mila persone all'anno in Italia, peraltro, muoiono per cause collegate al fumo (ISTAT, 2001).

Incidenza sulle varie fasce di età della popolazione

L'incidenza del tabagismo, emersa dallo studio *Euroaspire II*, condotto in nove paesi europei (Repubblica ceca, Finlandia, Francia, Germania, Ungheria, Italia, Paesi Bassi, Slovenia e Spagna) e pubblicato sul «Lancet», non si è modificata negli ultimi anni. In particolare, non ci sono state variazioni rispetto a quanto rilevato in un primo studio, realizzato tra il 1995 e il 1996, secondo cui l'incidenza del tabagismo era del 20 per cento circa. Dopo quattro anni lo studio ha analizzato quanti malati seguono le regole consigliate per un'efficace prevenzione, confrontando questi dati con quelli raccolti nella ricerca precedente (*Euroaspire I*, condotto quattro anni prima nei medesimi Paesi). Ebbene, il fenomeno del tabagismo è risultato avere un'incidenza maggiore e una preoccupante tendenza ad aumentare tra i più giovani, dove 4 su 10 fumano. Nei gruppi di popolazione dove l'uso della sigaretta è diffuso da decine d'anni, il 90-95 per cento dei casi di cancro polmonare, l'80-85 per cento di quelli di bronchite cronica e d'enfisema polmonare, il 20-25 per cento dei decessi per cardiopatia ed incidenti cerebrovascolari sono dovuti al fumo. I fumatori sono più numerosi delle fumatrici (grafico 1): nei paesi occidentali fuma il 40 per cento della popolazione maschile, e nei paesi in via di sviluppo il 40-60 per cento; per le donne le percentuali sono rispettivamente del 20-40 per cento e del 2-10 per cento. In Italia fuma il 31,5 per cento degli uomini e il 26,6 per cento delle donne (fig. 6.6). Queste differenze

percentuali tra uomo e donna giustificano i tassi d'incidenza delle malattie fumo-correlate, specie quelle dell'apparato respiratorio. Un italiano su 3 dopo i quindici anni è fumatore di oltre cinque sigarette al giorno; la massima prevalenza si ha fra i trenta e i quarantanove anni, con una media di quindici sigarette al giorno. Fra le donne, le emiliane sono al primo posto con il 35 per cento di fumatrici; le laziali con il 31 per cento sono al secondo; seguono le sarde con il 12 per cento. Sembra che solo il 3 per cento delle fumatrici decida di abbandonare definitivamente la sigaretta, mentre la disponibilità dei maschi «pentiti» sarebbe del 15 per cento. Negli Stati Uniti il tumore del polmone nella popolazione fumatrice, ha quasi raggiunto, in termini di incidenza, il tumore della mammella, tanto che ora è diventato la causa principale di mortalità per cancro nelle donne. All'inizio degli anni Cinquanta, il tumore della mammella era 7-8 volte più frequente rispetto al tumore del polmone nelle donne. A partire dalla metà degli anni Settanta la mortalità per tumori del polmone è aumentata del 50 per cento per le donne, contro il 3 per cento per gli uomini. In Italia, come ricordato, il tabagismo provoca circa 85.000 morti all'anno. Si ritiene infatti che venti sigarette al giorno riducano in media di 4-6 anni la vita di un fumatore. Tale riduzione sale a 8,3 anni fumando quaranta sigarette al giorno. L'aumento del tasso di mortalità riguarda soprattutto coloro che fumano sigarette ed è più elevato in fumatori che inalano profondamente il fumo nei polmoni. Importante è sottolineare gli aspetti comportamentali del tabagismo: solo il 2 per cento dei fumatori è in grado di trasformare la sua abitudine in evento occasionale o intermittente, e solo il 15 per cento è capace di smettere permanentemente.

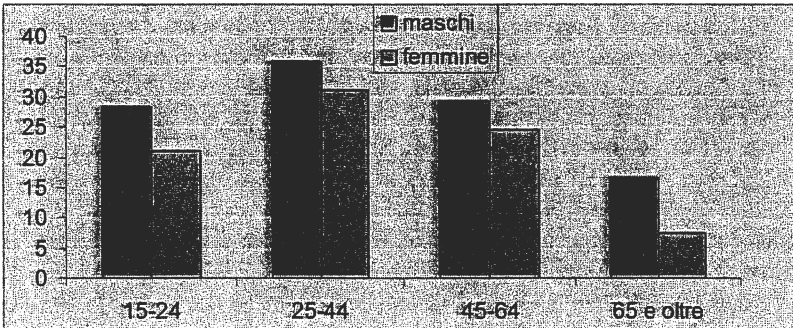


GRAFICO 1 Prevalenza dei fumatori per sesso e classe d'età: valori percentuali (anno 2005) OSSFAD, Istituto Superiore di Sanità – Indagine DOXA 2005

Giovani

Uno studio commissionato nel 2003 alla DOXA dall'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga ha messo in evidenza che, in quello stesso anno, nell'ampia fascia di età dai quindici ai ventiquattro anni, la quota di fumatori

è del tutto simile a quella rilevata nelle altre classi d'età (il 32,6 per cento dei maschi e il 20,7 per cento delle femmine). In tale studio, se da un lato i dati sui giovani sono ancora molto alti in percentuale, dall'altro però la tendenza sembra essere positiva, con un calo dei giovani fumatori dal 34,1 per cento del 2001, al 29,1 per cento del 2002 e al 26,8 per cento del 2003. In Italia, nel 2001, si è abbassata sempre di più l'età in cui si comincia a fumare e, se l'età della prima sigaretta è intorno ai tredici anni, 6-7 ragazze su 10 la anticipano addirittura a dodici anni. Tra i giovanissimi, inoltre, il 70 per cento dei maschi e l'80 per cento delle femmine non disapprovano il consumo casuale di sigarette, perché non ne riconoscono il rischio. Il fatto che dal 1993 a oggi, in Europa come in Italia, siano progressivamente in aumento i giovanissimi, ossia gli adolescenti, ancora in età scolare, che fumano, dimostra che la prevenzione a livello comunitario ha avuto delle falle, mentre, parallelamente, le multinazionali del tabacco hanno adeguatamente studiato il campione di popolazione a cui indirizzare le proprie campagne pubblicitarie, cioè la fascia più giovane. Esse spendono ogni anno il 6 per cento dei loro introiti in pubblicità, sponsorizzando in particolar modo eventi sportivi a cui partecipano, in larga misura, i giovani. Si tratta di adolescenti fra i tredici e i diciassette anni, in maggioranza ragazzi, i quali abitano al nord e fumano in media sette sigarette al giorno, che comprano quasi sempre da soli. Non lo fanno per bisogno, ma per imitare i grandi, in particolare i loro beniamini televisivi; tuttavia, nonostante tutto, fumano meno rispetto a tre anni fa. È questo l'*identikit* del giovane italiano con il vizio della sigaretta tracciato dall'Osservatorio su Fumo, Alcol e Droga dell'Istituto Superiore di Sanità in occasione del V Convegno Nazionale su tabagismo e SSN. Emergono, però, anche alcuni dati confortanti. Il primo mostra che l'attrazione delle «bionde» sui giovani è in diminuzione e che, a smettere o a non iniziare affatto, sono soprattutto le ragazze, forse per paura degli effetti antiestetici che la nicotina esercita sulla pelle, grazie alle campagne informative promosse e divulgate dai media. Negli ultimi tre anni, infatti, nella fascia di età dai quindici ai ventiquattro anni, i fumatori maschi sono passati dal 37,7 per cento al 32,6 per cento e le femmine dal 30,4 per cento al 20,17 per cento (grafico 2). La seconda buona notizia è che gli adolescenti non sono quasi mai dipendenti dal fumo, il che lascia aperta la porta alla possibilità di interventi efficaci. Raggiungono difficilmente, infatti, un alto grado di assuefazione, che si instaura solo dopo alcuni anni, soprattutto nella fascia di età tra i diciotto e i ventiquattro anni (tabella 1). Altro problema è l'accesso al processo del tabagismo: l'acquisto. L'87 per cento dell'esercito dei giovani fumatori acquista personalmente le sigarette, mentre solo il 13 per cento se le fa comprare da altri. Non è irrilevante, però la quota di coloro che si servono presso i distributori, che è pari al 35 per cento, di cui oltre la metà vi accede una volta alla settimana. La maggior parte di loro, inoltre, ha meno di sedici anni; l'acquisto da parte loro di tabacco dà luogo alle fattispecie di cui all'articolo 25 del regio decreto 24 dicembre 1934, n. 2316, e all'articolo 730 del Codice penale, che prevedono, a carico del venditore, rispettivamente una sanzione amministra-

tiva ed un'ammenda. A nulla sembra essere valsa nemmeno la Circolare n. 56933/2003 del Monopolo di Stato, che stabilisce di non far funzionare distributori automatici di sigarette in determinate fasce di orario, a rischio per i giovanissimi.

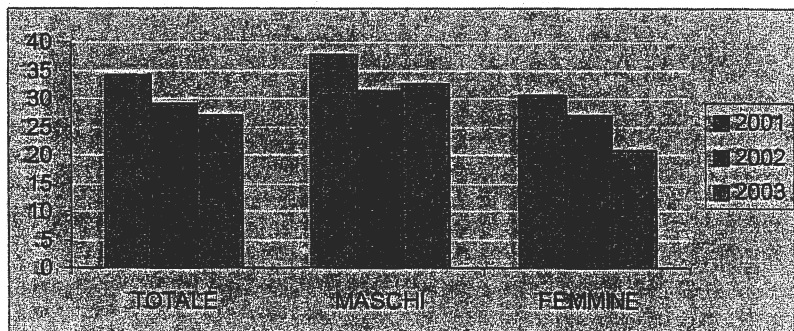


GRAFICO 2 Fumatori correnti fra i giovani di 15-24 anni – confronto 2003-2001 (valori percentuali)

	Totale Fumatori	15-17 anni	18-20 anni	21-24 anni
Base	1837	49	141	190
Bassissima dipendenza	42,8%	70,1%	65,4%	46,5%
Bassa dipendenza	28,6%	23,7%	18,5%	33,9%
Media dipendenza	11%	3,4%	7,5%	11,3%
Alta dipendenza	13,8%	2,8%	8,6%	7,2%
Altissima dipendenza	3,8%	0%	0%	1,1%

TABELLA 1 Classificazione dei fumatori secondo il grado di dipendenza da nicotina (test di Fagerström)

Normativa

Per quanto riguarda il nostro Paese, la regolamentazione del divieto di fumare in determinati locali e sui mezzi di trasporto pubblico trova

la sua fonte, innanzitutto, nella legge 11 novembre 1975, n. 584. Fra i locali individuati dall'articolo 1 si ricordano le corsie di ospedale, le aule delle scuole, i locali chiusi adibiti a pubblica riunione, le sale chiuse di spettacolo cinematografico o teatrale, le sale da ballo, le biblioteche, le pinacoteche e le gallerie. Oltre alle sanzioni amministrative e pecuniarie, sono previste norme per stabilire le caratteristiche tecniche degli ambienti per la richiesta dell'esenzione dall'osservanza del divieto. Tali caratteristiche sono state successivamente precisate dal decreto del Ministro della sanità 18 maggio 1976, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 133 del 20 maggio 1976, recante disposizioni in ordine agli impianti di condizionamento o ventilazione. Per quanto riguarda poi il divieto di fumo nelle ferrovie, nei compartimenti e nei veicoli ferroviari, nonché in metropolitane, funivie e in tutti i mezzi di trasporto pubblici, è intervenuto il decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 753.

La materia è stata spesso oggetto anche di pronunce giurisprudenziali che hanno tuttavia il limite di vincolare esclusivamente le parti in causa. Si segnala al riguardo la sentenza n. 462 del 1995 della prima sezione del Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio, che impone il divieto di fumare in tutti quei locali, pubblici e privati, in cui vengano espletati servizi di pertinenza della pubblica amministrazione. Recente, invece, è il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 29 dicembre 2003, in materia di «tutela della salute dei non fumatori», il quale reca nuove norme anti-fumo che i locali pubblici devono rispettare per ridurre il più possibile l'esposizione ai pericoli del fumo passivo.

Anche il fumo passivo, infatti, è stato ufficialmente classificato dall'Agencia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (IARC) come agente cancerogeno di tipo 1, assolutamente da bandire per i suoi danni ormai accertati alla salute. Infatti, come per molte altre patologie, il principale strumento di contrasto delle patologie fumo-correlate è la prevenzione. In Italia, un significativo e importante passo avanti in tal senso è stato fatto con l'entrata in vigore, il 10 gennaio 2005, della legge che vieta il fumo nei locali aperti al pubblico. Detta legge si propone, pertanto, di promuovere la tutela della salute dai danni derivanti dal fumo di tabacco e dalla involontaria esposizione allo stesso nei luoghi pubblici.

Proposte

L'avvenire del mondo è racchiuso nel modo in cui gli adulti saranno stati capaci di comunicare con i bambini e i giovani, gli unici che potranno migliorarlo in maniera profonda e sostenibile. Questo vale per tutte le grandi questioni, compresa la lotta contro il tabagismo.

Questa indagine può essere un primo passo per monitorare costantemente il fenomeno del tabagismo, al fine di interessare non solo le istituzioni, le quali nell'ultimo periodo hanno cercato di arginare il problema, pur con le falle cui si è accennato, ma per creare un ponte tangibile

con i fumatori e con chi, soprattutto, si avvicina per la prima volta al fumo.

Il rispetto della normativa, al fine di percorrere questo ponte, è fondamentale, tuttavia a nulla serve imporre delle regole, se poi queste vengono disattese con facilità. Un esempio concreto sono le scritte, piuttosto incisive, che la legge ha imposto di stampare sui pacchetti di sigarette. Come dimostra uno studio sottoposto all'attenzione della Commissione, esse rimangono poco impresse nei fumatori e non incidono nei parametri di inversione di tendenza.

Poiché è difficile spiegare che la semplice combustione del tabacco genera, sempre insieme a decine di agenti irritanti e altrettanti cancerogeni, il monossido di carbonio, un gas velenoso responsabile di ipossia ed ischemia, e che, pertanto, non è ipotizzabile isolare nel fumo di tabacco sostanze totalmente innocue, tra le 4000 diverse prodotte da tale processo. E' comunque auspicabile che vengano ripresi i lavori di ricerca per prodotti meno tossici interrotti, per cercare di ridurre al massimo i rischi, prevedendo incentivi per chi si dedica con risultati a questo impegno. La lotta all'epidemia dei danni da fumo dovrebbe partire da premesse sulla comunicazione con l'infanzia e la gioventù, al fine di individuare gli strumenti più efficaci di intervento. Per agire correttamente, occorre conoscere bene il carattere e le dimensioni del problema. È necessario quindi raccogliere tutti i dati disponibili, analizzarli, individuarne le tendenze, risalire alle origini, decidere la strategia. Soltanto a questo punto è possibile sperare di ottenere risultati efficaci.

Occorre preliminarmente tracciare un quadro obiettivo della situazione esistente, mettendo insieme dati e informazioni disponibili e catalogarli, in maniera da rendere poi possibili indagini e ricerche a carattere mirato o generale. I mutamenti nel settore della comunicazione sono talmente rapidi che gli interventi necessari possono risultare inadeguati ed obsoleti, se non fondati su un continuo aggiornamento. Ne deriva la vitale necessità di analizzare le tendenze emergenti in questo settore per consentire, in una fase successiva, di anticipare quanto più possibile i problemi e, in vista di questi ultimi, adeguare continuamente e tempestivamente la programmazione delle misure opportune. Da quanto emerso, quindi, la lotta contro il tabagismo dovrà svilupparsi secondo le seguenti sei fasi.

La prima riguarda la comunicazione, rivolta soprattutto ai giovani ed ai bambini, per dirigere poi la raccolta dei dati verso la specifica problematica della propensione e della diffusione del tabagismo nel mondo giovanile. Quest'ultimo, in particolar modo, viene spesso confuso da messaggi contraddittori che gli vengono riservati: da un lato si vieta il fumo, dall'altro si permette alle multinazionali del tabacco di sponsorizzare eventi sportivi o accessori per l'attività fisica. L'obiettivo, che si spera potrà essere sempre più largamente condiviso, è, quindi, la promozione di messaggi chiari, inequivocabili, univoci, che tendano allo sviluppo sano ed armonioso dei nostri giovani. Tanto più che, come ricordato in precedenza, fino all'età adolescenziale è più difficile che si crei dipen-

denza, dunque sarà più semplice, non solo prevenire, ma soprattutto intervenire per reprimere forme di assuefazione.

La seconda consiste nell'elaborazione critica della massa di informazioni così raccolte. Si tratta di un'attività di elevata specializzazione. Occorre captare i messaggi, identificare ed isolare – dall'enorme flusso di quelli disponibili – i più significativi, analizzarli, interpretarli, elaborarli, stabilirne le dimensioni e l'impatto sociale, prevedendone sviluppi e mutamenti successivi, metterli in relazione con quelli di altri settori anche molto lontani – dall'economia all'arte – per tracciarne un quadro d'insieme. Genitori, insegnanti e ogni altro soggetto, operante in contatto con tali fasce di età, sono anch'essi martellati da messaggi parziali e contraddittori e quindi costretti a trovare in definitiva da soli i propri modi di comunicare, dopo aver formulato un giudizio sulla grande massa di comunicazione di varia origine destinata ai bambini e ai giovani loro affidati. Si tratta pertanto di uno sforzo a titolo individuale, con risultati sempre più inadeguati e ridotti rispetto all'entità dell'impegno necessario, data la costante espansione e diversificazione del mondo della comunicazione. Perché questo sforzo possa essere ridimensionato, fino ad ottenere rapporti accettabili fra impegno e risultati, occorre, quindi, progettare un servizio di consulenza, a carattere generale o mirato a particolari esigenze, al servizio delle categorie in vario modo interessate, a una positiva comunicazione destinata all'infanzia. Alle pubbliche amministrazioni tale consulenza è in particolare utile per programmare i necessari interventi in materia.

La terza consiste nel tradurre i risultati di tali attività nel linguaggio delle istituzioni, al fine di facilitarne i necessari interventi e in quello, operativo, del mondo dell'impresa della comunicazione, per contribuire, quanto più possibile, ad indirizzarla al rispetto per l'infanzia e la gioventù. Il fenomeno deve essere affrontato sulla base di una raccolta di dati estesa a tutti gli aspetti della vita dei giovani, fra loro intimamente interconnessi, in cui si pone anche il tabagismo, ricordando al giovane, come all'adulto, che non è mai tardi per decidere di smettere di fumare.

La quarta fase concerne il controllo delle immagini trasmesse dai *media*. Se, infatti, da un'indagine condotta dall'Istituto Superiore della Sanità nel 2003, risulta che ogni 32 minuti, dai canali nazionali pubblici e privati, vengono trasmesse immagini di persone che fumano e, nel 62 per cento dei casi, l'azione è associata a figure positive, risulta fondamentale chiedere al ministero competente e all'Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni di adottare un regolamento, che attivi un'inversione di tendenza almeno negli orari «protetti».

La quinta fase riguarda l'ottemperanza della disciplina vigente. Occorre individuare strumenti efficaci che consentano l'effettivo controllo e applicazione della legislazione italiana, in particolare prevedendo un'incentivazione all'adeguamento ed una facilitazione della normativa per esercizi commerciali, bar, ristoranti e luoghi pubblici.

La sesta fase, infine, consiste nella previsione, a tre anni dall'approvazione delle ultime normative, di una relazione al Parlamento sulla efficacia delle stesse.

3. PARTE II – *Tumore al seno*

Cause e fattori di rischio per il tumore al seno

Al momento attuale non esistono prove scientifiche sul rapporto di causa-effetto tra fumo di tabacco e cancro della mammella, anche se alcuni recenti studi forniscono indizi, che richiedono di essere confermati, in questa direzione. Il principale fattore di rischio è semmai l'età, essendo il tumore al seno soprattutto frequente dopo i quaranta anni. Solo una piccola parte di tumori al seno (meno del 5 per cento) può essere dichiarato familiare, in quanto causato da geni specifici (BrCa 1 e 2) che possono essere trasmessi per via ereditaria. La grande maggioranza dei tumori al seno viene ricondotta alla combinazione di due fattori: una sorta di predisposizione della ghiandola mammaria ad ammalarsi ed uno squilibrio ormonale, soprattutto per quanto riguarda gli estrogeni. Si spiegherebbe così, infatti, perché questa malattia sia così frequente (1 donna su 10) nelle popolazioni occidentali che col tempo hanno sempre più ritardato l'età della prima gravidanza, ridotto il numero di figli e la durata dell'allattamento, quasi a suggerire che questo drastico «sottoutilizzo» – anche solo rispetto a poche generazioni fa – della ghiandola mammaria ne abbia di molto aumentato la vulnerabilità.

Il tumore al seno in Europa e in Italia

Ogni anno nell'Unione Europea sono oltre 250.000 le donne cui viene diagnosticato un tumore al seno (dati precedenti all'ingresso dei nuovi dieci stati membri nel 2004); sono 94.000 quelle che non riusciranno a sopravvivere alla malattia. Da qualche anno, tuttavia, si registra un rilevante miglioramento della sopravvivenza per l'insieme dei paesi europei, con un valore medio di 77 soggetti ancora in vita dopo cinque anni su 100 diagnosticati. La percentuale di sopravvivenza delle pazienti italiane è maggiore della media europea (81 per cento) ed anche il miglioramento negli ultimi anni si dimostra maggiore rispetto a quanto riscontrato in molti altri stati membri dell'Unione Europea. Il tumore al seno ha costituito tuttavia ancora il 27,6 per cento di tutti i casi di tumore diagnosticati nel nostro Paese nel 2002, per un totale di 31.960 casi e 11.546 decessi.

Priorità di intervento

Sono sei le priorità di intervento che emergono dalla presente indagine conoscitiva. La prima è quella di *maggiori investimenti in ricerca* come «unica arma per combattere definitivamente questa malattia». La più recente indagine sovvenzionata dalla Commissione Europea sui finan-

ziamenti alla ricerca sul cancro in generale vede l'Italia in quarta posizione, con 70 milioni di euro nel 2003, contro i circa 350 della Gran Bretagna, al primo posto.

La seconda priorità è quella della *prevenzione*, qui intesa letteralmente come rimozione delle cause. Nulla potendosi fare ovviamente contro il processo di invecchiamento, è al momento possibile soprattutto promuovere campagne di informazione sull'importanza dell'allattamento naturale al seno e sulla prevenzione dell'obesità tramite una dieta appropriata e l'esercizio fisico. Poiché gli ormoni estrogeni possono agire da sostanze cancerogene per il seno e poiché tali ormoni si accumulano nel tessuto grasso, è importante evitare ogni eccessivo aumento di peso.

La terza priorità è rappresentata dalla *diagnosi precoce*, visto che un tumore al seno colto agli inizi del suo sviluppo risulta più curabile di uno diagnosticato in fase avanzata. Non poche iniziative sono state prese in questo campo ad opera del Ministero della salute, di diverse regioni e di alcune associazioni di volontariato (v. *infra*). La legge Finanziaria 2001 ha esentato dal *ticket* la mammografia, principale esame di diagnosi precoce; gli *screening* per il tumore al seno sono stati inseriti tra i livelli essenziali di assistenza (LEA), il Piano sanitario nazionale 2003-2005 investe con particolare enfasi nella diagnosi precoce dei tumori al seno, così come fa l'accordo Stato-regioni (Cernobbio, aprile 2004), che contiene il Piano di Prevenzione Attiva con quattro elementi strategici di cui uno è appunto lo *screening* per il tumore al seno. Infine, il decreto-legge 29 marzo 2004, n. 81, convertito con modificazioni dalla legge 26 maggio 2004, n. 138, ha stabilito il coordinamento delle varie azioni nel settore. I veri nodi ancora da sciogliere in questo campo sono quello dell'eccessivo divario ancora esistente fra le diverse situazioni locali, con il risultato di una situazione «a macchia di leopardo» che non consente di raggiungere gli obiettivi prefissati in tempi sufficientemente brevi e quello dell'integrazione fra iniziative pubbliche, private e di volontariato, potenzialmente realizzabile sulla base comune degli *standard* di elevata qualità. Al tema specifico della diagnosi precoce, infine, è stato dedicato anche uno dei sopralluoghi programmati dalla Commissione presso la ULSS 16 di Padova, il che ha consentito un'analisi dettagliata della metodologia di *screening*, del programma pilota in atto a Padova e dei possibili interventi migliorativi. A tale proposito va sottolineato come sia ormai diffusa in tutta Europa la riflessione sui programmi di *screening* così come erano stati concepiti negli anni Settanta. In particolare va tenuto conto di:

a) Possibile «densità» radiologica delle mammelle. In una quota non trascurabile di donne si manifesta tale fenomeno ed esso riduce l'attendibilità della mammografia come strumento di diagnosi precoce. L'orientamento attuale è quello di procedere – dopo la prima mammografia – alla divisione delle donne in due gruppi, in modo che quelle con buona attendibilità della mammografia possano limitarsi a ripeterla ogni due anni, mentre quelle con mammelle radiologicamente dense abbiano la possibilità di ripetere l'esame annualmente e di associarlo ad ecografia.

b) Necessità di radiologi dedicati. La componente umana ha grande importanza nei programmi di diagnosi precoce e il numero di radiologi competenti nel settore è insufficiente. Un conto è saper decidere se un nodulo visibile alla mammografia è sospetto oppure no, un altro conto è saper decidere se nella mammografia di una donna completamente asintomatica vi sono o meno zone sospette o a rischio.

c) Richiesta di partecipazione da parte delle donne. Non è più pensabile limitare l'azione di *screening* a un *mailing* di lettere, mammografie eseguite da tecnici e responso scritto con testi prestampati. Occorre stabilire – soprattutto alla prima mammografia – un contatto clinico e umano con la donna, avere quindi la possibilità di una visita medica e di un colloquio per consentire alla donna una scelta consapevole del suo percorso di diagnosi precoce.

La quarta priorità è quella del *miglioramento delle cure*, diretta conseguenza dei progressi della ricerca che hanno recentemente accelerato il loro ritmo e dimostrato che esistono tanti tipi di tumore al seno, con prognosi diversa e quindi necessità terapeutiche differenti. La scuola medica italiana ha dato importanti contributi soprattutto nel campo della chirurgia, delle cure mediche e di quelle radioterapiche e vi è riconoscimento unanime sulla necessità di continuare ad investire sui cosiddetti «centri di eccellenza», perché continuano a produrre risultati tali da consentire il progresso terapeutico. Dagli altri sopralluoghi condotti dalla Commissione è emersa anche, tuttavia, la necessità di un maggior coordinamento dei centri di cura, pubblici e privati, stabilendo requisiti minimi e controlli di qualità, visto che sono circa 80 – sparsi su tutto il territorio nazionale – quelli che curano almeno 150 casi l'anno di tumore al seno, criterio minimo secondo la raccomandazione del Parlamento Europeo per essere definiti «*breast unit*», cioè centro di senologia.

La quinta priorità è quella che può essere definita della *qualità di vita*. Due sono le aree che emergono chiaramente come bisognose di intervento sotto questo aspetto: la prima è quella dell'insufficiente disponibilità delle procedure di chirurgia plastica e ricostruttiva. La seconda è quella della disomogenea e inadeguata distribuzione dei servizi di riabilitazione per assicurare un pieno benessere psico-fisico alle oltre 300.000 donne che vivono oggi in Italia dopo essere state diagnosticate e curate di un tumore al seno.

La sesta e ultima priorità riguarda il ritorno al lavoro. Grazie alle nuove tecniche diagnostiche, chirurgiche e terapeutiche sono sempre più le donne che dopo l'intervento ritornano alla loro vita normale, lavorativa e familiare. Per quanto riguarda il loro ritorno al mondo del lavoro si sottolinea l'importanza che l'attuazione della «riforma Biagi», di cui al decreto legislativo 10 settembre 2003, n. 276, renda possibile il *part-time* su richiesta del dipendente a seguito di diagnosi di una patologia oncologica. Sarà importante lavorare a livello di sensibilizzazione nelle aziende pubbliche e private, facendo conoscere la problematica ed evidenziando l'importanza sull'importanza di continuare ad investire su donne che nel

tempo hanno accumulato esperienze. Occorre inoltre agevolare gli *iter* burocratici e, ove possibile, il cambio di mansioni, al fine di non creare ulteriori problemi psicologici.

I protagonisti

L'indagine conoscitiva ha consentito di fotografare una situazione complessa, ma in grande e positivo movimento. Si è dato già in parte conto di quanto sin qui svolto dal Ministero della salute, dal quale è legittimo attendersi, nel quadro della sua opera di indirizzo e di controllo, un contributo sostanziale prodotto dai gruppi di lavoro istituiti a seguito del citato decreto-legge n. 81 del 2004, e una precisa definizione degli *standard* minimi al disopra dei quali potrà essere richiesto ad ogni Regione di adeguare i propri interventi. Si è anche visto come le regioni abbiano affrontato il tema della diagnosi precoce con impegno, ma in ordine sparso e con insufficiente collegamento agli aspetti della terapia e della qualità di vita dopo le cure. A quest'ultimo aspetto si dedicano maggiormente le strutture sanitarie pubbliche e private, ma si è ancora lontani da un loro coordinamento efficace (v. *infra* il concetto di «*network* di eccellenza»). Tra i protagonisti non istituzionali emergono per impegno la *Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori*, che al problema del cancro al seno dedica una parte cospicua delle sue energie e l'associazione *Europa Donna*, che raccoglie sotto la propria sigla la stragrande maggioranza delle associazioni di volontariato nel campo dei tumori al seno. Imprescindibile è poi il ruolo delle organizzazioni professionali – *in primis* degli *ordini dei medici* –, delle società scientifiche, come ad esempio il Gruppo Italiano per lo *screening* mammografico (GISMa) la Forza Operativa Nazionale sul Carcinoma Mammario (FONCaM) e l'Associazione Nazionale Italiana Senologi Chirurghi (ANISC), nonché delle associazioni locali, alcune delle quali sono state audite dalla Commissione.

Obbiettivi per il prossimo quinquennio

Emerge dalla presente indagine conoscitiva che il livello di diagnosi e cura dei tumori al seno in Italia, per altro già superiore alla media europea, può essere ulteriormente migliorato. Tra le misure che risultano proponibili come obbiettivi raggiungibili nei prossimi cinque anni vi sono:

1. Promozione di una dieta bilanciata (con basso consumo di alcol), dell'esercizio fisico, dell'allattamento al seno e dell'autopalpazione soprattutto nelle giovani donne, come *misure preventive*.

2. Trasformazione progressiva dei programmi cosiddetti di «*screening* di massa» in percorsi individuali di diagnosi precoce sulla base dei fattori di rischio delle singole donne.

3. Creazione di un congruo numero di centri di senologia secondo le regole europee e accreditati dagli appositi organismi (Società Europea di Mastologia, EuSoMa).

4. Creazione di «*network* senologici di eccellenza», cioè di reti di centri di senologia collegati tra loro in modo integrato e quindi in grado di offrire tutte le opzioni possibili di diagnosi e cura dei tumori al seno.

5. Diffusione a tutto il territorio nazionale della rimborsabilità con SSN delle principali procedure di chirurgia plastico-ricostruttiva e di riabilitazione in presenza di un tumore maligno della mammella, indipendentemente dallo stato dei linfonodi ascellari.

6. Rintroduzione nei LEA del linfodrenaggio post-operatorio, promuovendo al tempo stesso la diffusione della tecnica del linfonodo sentinella.

7. Potenziamento dell'attività di osservatorio e monitoraggio svolta dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR) nel campo dei tumori al seno.

8. Previsione di un monitoraggio, più puntuale e costante nel tempo, dell'implementazione e miglioramento progressivo del percorso di diagnosi e cura soprattutto nelle regioni del Sud.

9. Valutazione del possibile abbassamento dell'età di accesso gratuito alle tecniche diagnostiche, qualora esistano specifici fattori di rischio.

10. Incremento degli investimenti in ricerca clinica e di laboratorio sul carcinoma mammario.

11. Diffusione di una corretta informazione riguardo la terapia sostitutiva ormonale nella fase pre-post menopausa, affinché non se ne limiti l'uso e non vengano seguite rigorose linee-guida di somministrazione.

12. Reperimento di risorse finanziarie tramite una revisione di procedure e prassi clinico-sanitarie ormai obsolete e quindi da azzerare o ridurre drasticamente come fonte di spesa. Ad esempio:

– Scintigrafia ossea annuale per cinque anni nelle operate di carcinoma mammario; tale prassi si giustifica solo in un numero molto limitato di casi (10 per cento circa) ad alto rischio di metastasi.

– Ecografia epatica annuale; tale prassi si giustifica solo in un numero molto limitato di casi (10 per cento circa) ad alto rischio di metastasi.

– Radiografia del torace annuale; tale prassi si giustifica solo in un numero molto limitato di casi (10 per cento circa) ad alto rischio di metastasi.

– Ecografie transvaginali con o senza isteroscopia in pazienti in terapia con Tamoxifen (prassi che necessita di regolamentazione).

– Dosaggio periodico dei marcatori tumorali: attualmente sono prescritti in quantità eccessiva e ingiustificata.

4. TABELLA RIEPILOGATIVA DELLE AUDIZIONI
E DEI SOPRALLUOGHI

AUDIZIONI SVOLTE	11
SOGGETTI AUDITI	38
SOPRALLUOGHI EFFETTUATI	<p>Policlinico di Bari: 21 ottobre 2004</p> <p>Istituto Nazionale per lo studio e la cura dei tumori, Fondazione "Giovanni Pascale" di Napoli: 22 ottobre 2004</p> <p>Istituto Europeo di Oncologia di Milano: 28 ottobre 2004</p> <p>Ospedale "Busonera" di Padova: 28 ottobre 2004</p> <p>Casa di cura "La Maddalena" di Palermo: 14 febbraio 2005</p>



Ultime indagini conoscitive pubblicate dal Senato nella XIV legislatura

2. 6ª 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. 12ª Commissione permanente del Senato della Repubblica (igiene e sanità) Sullo stato della Croce Rossa Italiana, Roma 2002
4. 13ª 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. 13ª 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. 13ª Commissione permanente del Senato della Repubblica (territorio, ambiente, beni ambientali) Sulla emergenza idrica nei centri urbani del Mezzogiorno e delle isole, Roma 2003
8. 12ª Commissione permanente del Senato della Repubblica (igiene e sanità) Sui problemi socio-sanitari connessi alla patologia osteoporotica, Roma 2003
10. 9ª 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. 13ª Commissione permanente del Senato della Repubblica (territorio, ambiente, beni ambientali) Sulle problematiche dell'inquinamento atmosferico nelle aree urbane, Roma 2003
12. 6ª Commissione permanente del Senato della Repubblica (finanze e tesoro) Sul settore dei giochi e delle scommesse, Roma 2003
13. 4ª Commissione permanente del Senato della Repubblica (difesa) Sul reclutamento e sulla formazione dei volontari di truppa dell'Esercito, Roma 2004
14. 6ª e 10ª 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. 12ª Commissione permanente del Senato della Repubblica (igiene e sanità) Fenomeni di denatalità, gravidanza, parto e puerperio in Italia, Roma 2005