

# SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIV LEGISLATURA —————

## 12<sup>a</sup> COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

---

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

3<sup>o</sup> 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. 3, 13, 18	GRECO . . . . .	Pag. 3, 13, 15
* BIANCONI (FI) . . . . .	11, 18	* MAGLIONE . . . . .	6, 17
* CARELLA (Verdi-U) . . . . .	12, 18	* PELLEGRINI . . . . .	8, 16
* FASOLINO (FI) . . . . .	12, 15	RUSTICALI . . . . .	16
SALZANO (UDC) . . . . .	13		
TATÒ (AN) . . . . .	12		
ALLEGATO (contiene i testi allegati al Resoconto) . . . . .	19		

---

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, 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. Lascerò 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-

labora 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 potrò 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 provengono 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 preoperalizzazione 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.*

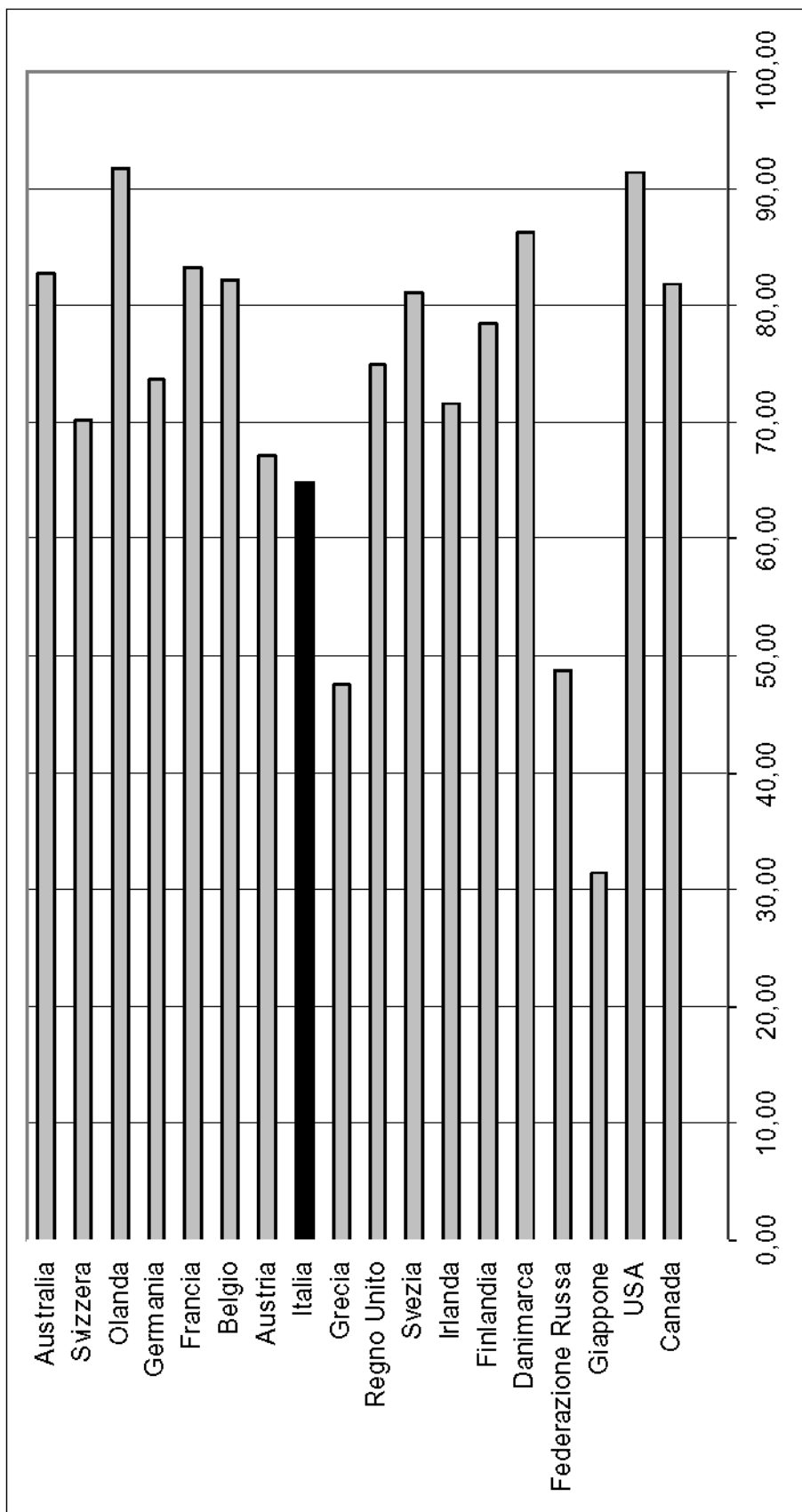
## ALLEGATO

DATI STATISTICI ILLUSTRATI E CONSEGNATI  
DALLA DOTTORESSA LAURA PELLEGRINI



TABELLA 1

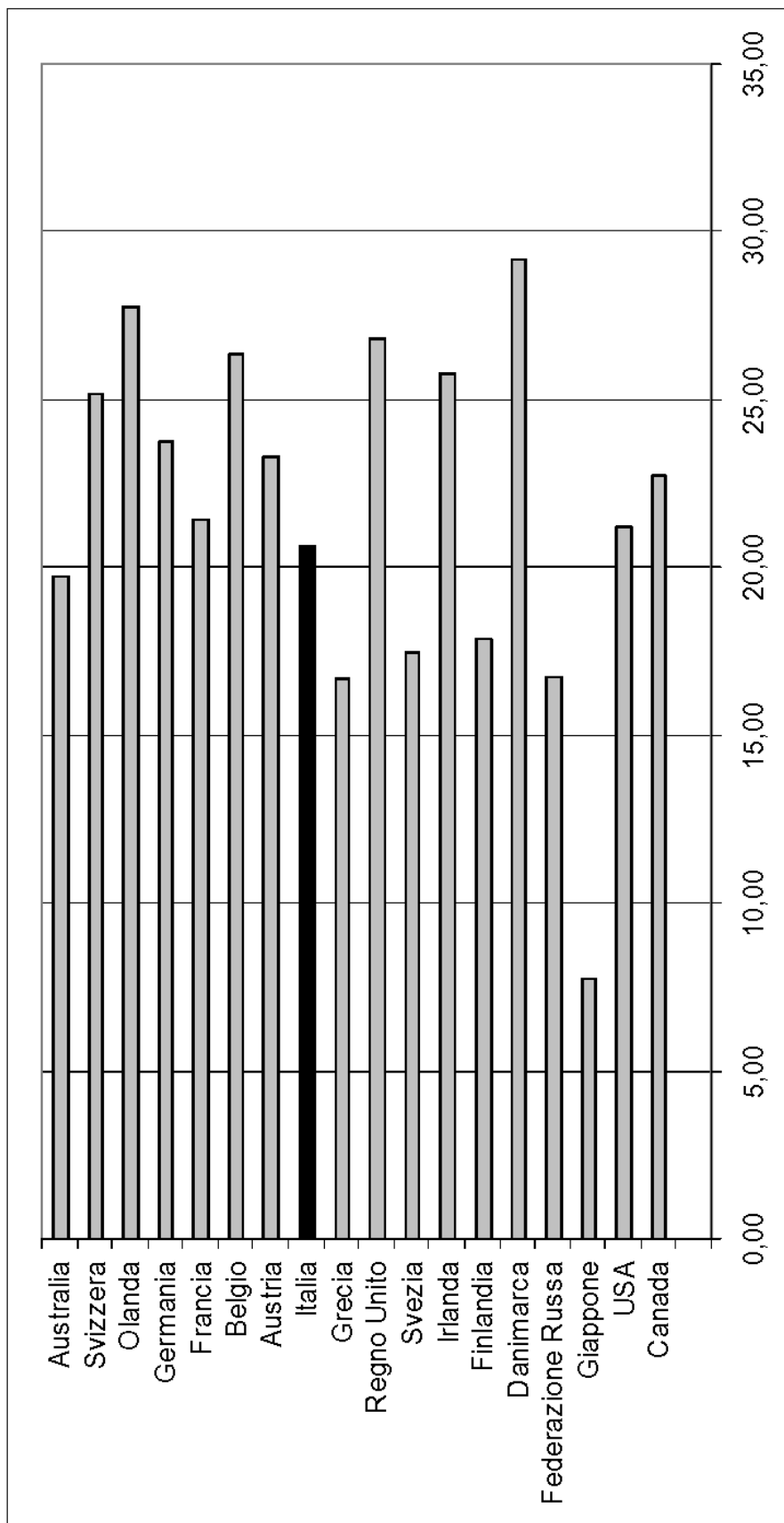
CANCRO MAMMELLA – TASSO DI INCIDENZA STANDARDIZZATO PER ETÀ (100.000/aa)  
(ASR-WORLD)



Fonte: GLOBOCAN 2000

TABELLA 2

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



Fonte: GLOBOCAN 2000

TABELLA 3

## 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
<b>Piemonte</b>	<b>3.888</b>	<b>259.343</b>	<b>1,50</b>
<b>Valle d'Aosta</b>	<b>139</b>	<b>6.820</b>	<b>2,04</b>
<b>Lombardia</b>	<b>11.900</b>	<b>727.574</b>	<b>1,64</b>
<b>Bolzano</b>	<b>357</b>	<b>40.984</b>	<b>0,87</b>
<b>Trento</b>	<b>510</b>	<b>35.190</b>	<b>1,45</b>
<b>Veneto</b>	<b>4.933</b>	<b>325.333</b>	<b>1,52</b>
<b>Friuli V.G.</b>	<b>1.832</b>	<b>84.086</b>	<b>2,18</b>
<b>Liguria</b>	<b>1.614</b>	<b>119.537</b>	<b>1,35</b>
<b>Emilia Romagna</b>	<b>4.581</b>	<b>310.831</b>	<b>1,47</b>
<b>Toscana</b>	<b>3.591</b>	<b>252.743</b>	<b>1,42</b>
<b>Umbria</b>	<b>854</b>	<b>59.230</b>	<b>1,44</b>
<b>Marche</b>	<b>1.499</b>	<b>107.497</b>	<b>1,39</b>
<b>Lazio</b>	<b>5.854</b>	<b>427.688</b>	<b>1,37</b>
<b>Abruzzo</b>	<b>996</b>	<b>130.397</b>	<b>0,76</b>
<b>Molise</b>	<b>192</b>	<b>30.635</b>	<b>0,63</b>
<b>Campania</b>	<b>2.835</b>	<b>400.477</b>	<b>0,71</b>
<b>Puglia</b>	<b>2.759</b>	<b>345.810</b>	<b>0,80</b>
<b>Basilicata</b>	<b>317</b>	<b>38.064</b>	<b>0,83</b>
<b>Calabria</b>	<b>756</b>	<b>154.523</b>	<b>0,49</b>
<b>Sicilia</b>	<b>3.273</b>	<b>381.061</b>	<b>0,86</b>
<b>Sardegna</b>	<b>1.266</b>	<b>123.277</b>	<b>1,03</b>
<b>Italia</b>	<b>53.946</b>	<b>4.361.100</b>	<b>1,24</b>

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 &gt;20 al 1° gennaio 2001 = 24.228.054.

Elaborazioni ASSR su dati SDO\_2002 (Ministero della Salute)

TABELLA 4

CANCRO DELLA MAMMELLA  
RICOVERI PER REGIONE 2002 - PER FASCIA DI ETÀ E INCIDENZA PERCENTUALE  
ANNO 2002

Regione	Nfo 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
<b>Italia</b>	<b>53.946</b>	<b>0,38</b>	<b>5,86</b>	<b>17,44</b>	<b>22,92</b>	<b>25,16</b>	<b>28,24</b>

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)



TABELLA 5

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	7,84	4,93	Lombardia
Bolzano	217	41,47	10,85	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
<b>Interventi di Mastectomia</b>	<b>17.373</b>	<b>0,33</b>	<b>5,57</b>	<b>14,94</b>	<b>19,17</b>	<b>22,92</b>	<b>37,07</b>
<b>Interventi di Quadrantectomia</b>	<b>23.968</b>	<b>0,40</b>	<b>5,93</b>	<b>19,44</b>	<b>26,02</b>	<b>27,41</b>	<b>20,80</b>

*Elaborazioni ASSR su dati SDO\_2002 (Ministero della Salute)*

TABELLA 7

MASTECTOMIA - QUADRANTECTOMIA  
ANNO 2002

Regione	Nº Ricoveri Quadrantect.	Nº Ricoveri Mastectomie	Interventi di ricostruzione correlati a Mastectomia o Quadrantectomia	% interventi di ricostruzione correlati a interventi di Quadrantect.	% interventi di ricostruzione correlati a interventi di Mastectomia	Regione
Piemonte	1.753	1.249	188	1,94	12,33	Piemonte
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
Bolzano	90	127	0	0,00	0,00	Bolzano
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)

