

# 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

5° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 3 NOVEMBRE 2004

---

**Presidenza del vice presidente MASCIONI**

## I N D I C E

## Audizioni di persone esperte su tematiche attinenti alla materia in esame

* PRESIDENTE . . . . .	Pag. 3, 25, 26 e <i>passim</i>	* MELLINI . . . . .	Pag. 8, 22
* BIANCONI (FI) . . . . .	19	* MERZAGORA . . . . .	3, 23
BOLDI (LP) . . . . .	18, 25, 26	* SCIANDRA . . . . .	16, 19, 25
FASOLINO (FI) . . . . .	21	* TEODORI . . . . .	10
* LONGHI (DS-U) . . . . .	21	* VILLANOVA . . . . .	13, 25
SALZANO (UDC) . . . . .	20, 26		
* TATÒ (AN) . . . . .	20		
TREDESE (FI) . . . . .	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 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, segnalo 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-

trolli 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 linfo drenaggio, 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 linfo drenaggio (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 sproporzionati 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'allocatione 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.*

