

# 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

6° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 10 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, 13, 20	* ARCIDIACONO . . . . .	Pag. 13
* BIANCONI (FI) . . . . .	16	LATTANZIO . . . . .	8, 18, 19
BOLDI (LP) . . . . .	17	* LUINI . . . . .	3, 20
DI GIROLAMO (DS-U) . . . . .	16	MANGIARACINA . . . . .	15
TREDESE (FI) . . . . .	17	ORECCHIA . . . . .	6, 19
		* SCHITTULLI . . . . .	10, 13, 17 e <i>passim</i>

---

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 Democratica e di Centro: UDC; Verdi-l'Ulivo: Verdi-U; Misto: Misto; Misto-Comunisti Italiani: Misto-Com; Misto-Lega per l'Autonomia lombarda: Misto-LAL; Misto-Libertà e giustizia per l'Ulivo: Misto-LGU; Misto-MSI-Fiamma Tricolore: Misto-MSI-Fiamma; Misto-Nuovo PSI: Misto-NPSI; Misto-Partito Repubblicano Italiano: Misto-PRI; Misto-Rifondazione Comunista: Misto-RC; Misto-Socialisti democratici Italiani-SDI: Misto-SDI; Misto Popolari-Udeur: Misto-Pop-Udeur.*

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

*I lavori hanno inizio alle ore 14,05.*

#### PROCEDURE INFORMATIVE

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

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

È oggi prevista l'audizione del professor Vincenzo Lattanzio, direttore dell'Unità operativa di Radiodiagnostica II dell'Azienda ospedaliera Policlinico di Bari; del professor Alberto Luini, primario direttore della divisione di senologia dell'Istituto Europeo di Oncologia di Milano; del professor Roberto Orecchia, direttore del reparto di Radioterapia dell'Istituto Europeo di Oncologia di Milano; del professor Francesco Schittulli, primario senologo chirurgo, già direttore dell'Istituto oncologico di Bari e presidente nazionale della Lega italiana per la lotta contro i tumori; del professor Silvio Arcidiacono, direttore generale della Lega italiana per la lotta contro i tumori; e del dottor Giacomo Mangiaracina, coordinatore dell'area tabagismo e formazione della Lega italiana per la lotta contro i tumori.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PRESIDENTE. Ringrazio i nostri ospiti.

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

*I lavori terminano alle ore 15,25.*