

# SENATO DELLA REPUBBLICA

XIV LEGISLATURA

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

(Igiene e sanità)

Seduta n. 286

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

12° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MARTEDÌ 26 LUGLIO 2005

**Presidenza del vice presidente MASCIONI  
indi del presidente TOMASSINI**

## INDICE

## Documento conclusivo

(Esame e rinvio)

PRESIDENTE:	
* - TOMASSINI . . . . .	<i>Pag. 3, 10 11 e passim</i>
* BAIÒ DOSSI ( <i>Mar-DL-U</i> ) . . . . .	9
* BIANCONI ( <i>FI</i> ) . . . . .	3
BOLDI ( <i>LP</i> ) . . . . .	5
CURSI, <i>sottosegretario di Stato per la salute</i>	10
SALINI ( <i>Misto</i> ) . . . . .	12
SALZANO ( <i>UDC</i> ) . . . . .	11
TATÒ ( <i>AN</i> ) . . . . .	13
TREDESE ( <i>FI</i> ) . . . . .	12
ALLEGATO ( <i>contiene lo schema di documento conclusivo</i> ) . . . . .	15

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

Sigle dei Gruppi parlamentari: Alleanza Nazionale: AN; Democratici di Sinistra-l'Ulivo: DS-U; Forza Italia: FI; Lega Padana: LP; Margherita-DL-l'Ulivo: Mar-DL-U; Per le Autonomie: Aut; Unione Democratica e di Centro: UDC; Verdi-l'Unione: Verdi-Un; Misto: Misto; Misto-il Cantiere: Misto-Cant; Misto-Comunisti Italiani: Misto-Com; Misto-Democrazia Cristiana per le Autonomie: Misto-DC-Aut; Misto-Italia dei Valori: Misto-IdV; Misto-La Casa delle Libertà: Misto-CdL; Misto-Lega per l'Autonomia lombarda: Misto-LAL; Misto-MIS (Movimento Idea Sociale): Misto-MIS; Misto-Nuovo PSI: Misto-NPSI; Misto-Partito Repubblicano Italiano: Misto-PRI; Misto-Rifondazione Comunista: Misto-RC; Misto-Socialisti Democratici Italiani-Unità Socialista: Misto-SDI-US; Misto Popolari-Udeur: Misto-Pop-Udeur.

*Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Corsi.*

*I lavori hanno inizio alle ore 14,45.*

### **Presidenza del vice presidente MASCIONI**

#### **Documento conclusivo**

(Esame e rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'esame di uno schema di Documento conclusivo dell'indagine conoscitiva sulle iniziative di prevenzione del tabagismo e del tumore al seno in Italia, sospesa nella seduta del 23 febbraio scorso.

Invito la senatrice Bianconi, relatrice sull'indagine conoscitiva in titolo, ad illustrare lo schema di Documento predisposto, che sarà allegato al resoconto della seduta odierna.

BIANCONI (FI). Innanzi tutto, signor Presidente, mi preme sottolineare che la funzione di relatore sulle due parti in cui si è articolata l'indagine conoscitiva è stata svolta anche dalle senatrici Baio Dossi e Boldi con riferimento rispettivamente al tabagismo e al tumore al seno.

Procederò ora all'illustrazione delle linee generali caratterizzanti il Documento in esame, pubblicato in allegato al presente resoconto.

Ricordo brevemente il percorso intrapreso da questa Commissione circa un anno fa; esso conta 18 audizioni specifiche sul tumore al seno, cinque audizioni sul tabagismo, cinque sopralluoghi effettuati presso alcuni centri d'eccellenza dedicati alla diagnosi e alla cura del tumore mammario.

Tutto è partito dall'approvazione all'unanimità di una mozione da parte del Senato il 15 ottobre 2003 all'indomani della risoluzione del Parlamento europeo del 5 giugno 2003, che ha indicato per la prima volta nella lotta al cancro del seno una priorità delle politiche sanitarie dell'Europa e quindi per tutti gli Stati membri dell'Unione europea. È partito un dibattito ampio e molto articolato in Senato ed è emerso come non vi sia attualmente una correlazione significativa accertata tra fumo di tabacco e insorgenza del cancro al seno. Essendo, però, il tumore al seno la prima causa di morte nelle donne in Italia e il tumore al polmone la seconda,

ci è sembrato giusto analizzare queste due patologie di forte rischio per le donne.

Mentre il tumore al seno, se colto ai primi stadi, può essere vinto, va registrata una tendenza nei Paesi occidentali all'aumento del numero di donne fumatrici, la cui risultante è un'incidenza di cancro al polmone tale da rendere questa patologia la seconda causa di morte per le donne, con un tasso di sopravvivenza inferiore al 50 per cento.

Ci è sembrato utile fotografare tale situazione ed offrire, di conseguenza, al Ministero competente alcune utili indicazioni emerse dall'esperienza maturata nel corso di quest'indagine nell'esame di due patologie tumorali che colpiscono in particolare le donne con possibilità, se diagnosticati all'inizio, di sopravvivenza ampie per una e ridotte per l'altra. Lo scopo dell'indagine conoscitiva è infatti quello di raggiungere una comprensione delle problematiche legate ai due fenomeni, sufficiente a consentire di formulare indicazioni atte ad approntare opportune strategie di contrasto e di riduzione del danno.

### Presidenza del presidente TOMASSINI

(Segue BIANCONI). Meglio di me approfondiranno la questione la senatrice Boldi, per ciò che concerne il tumore al seno, e la senatrice Baio Dossi che illustrerà un una fotografia della situazione del consumo di tabacco. In Italia lo *screening* per la diagnosi precoce è stato avviato dal Servizio sanitario nazionale circa 20 anni fa ed è emersa in particolare l'esigenza di superare una situazione tuttora caratterizzata dalla sussistenza di una notevole sperequazione a livello territoriale delle strutture deputate alla prevenzione e alla cura del cancro alla mammella, che vede penalizzate le regioni meridionali. Appare inoltre necessario superare le vecchie modalità di attuazione degli *screening*, a favore di metodologie più moderne che tengano conto delle diverse caratteristiche soggettive delle singole donne.

Dal Documento conclusivo emerge come nel 2000 soltanto il 45,7 per cento delle donne al Nord, il 58,2 per cento al Centro e, purtroppo, solo il 5,9 per cento al Sud aderirono al programma di *screening*. Desidero significare – anche se la senatrice Boldi lo farà sicuramente meglio di me – l'importanza di non sottovalutare il dato relativo alla qualità della vita, alle tipologie di intervento e alla sopravvivenza.

Un'indagine svolta da Artemide poche settimane fa ha messo in rilievo come le donne del Sud siano generalmente informate della necessità di fare prevenzione dalla TV e dai *media*. Ciò richiama la necessità per i Servizi sanitari regionali di prestare una più precisa e capillare attenzione alla prevenzione.

L'altro dato molto significativo è che ormai non è più pensabile istituire lo *screening* di massa e di qualità degli anni Ottanta, perché è necessario scoprire il tumore nella fase iniziale. Abbiamo bisogno di professionisti che si dedichino a ciò nell'ambito di un percorso sempre più professionale e personalizzato nei confronti della donna. Anche su quest'aspetto la senatrice Boldi fornirà maggiori chiarimenti.

Per quanto riguarda il tabagismo, in Italia sono circa 5,3 milioni le donne fumatrici di cui, purtroppo, si prevede un aumento numerico nei prossimi anni fino a raggiungere i 6 milioni. Occorre prestare una certa attenzione nei confronti delle cosiddette giovani generazioni e, come si suol dire, stare sempre in allarme.

Quando parliamo di tabagismo ci riferiamo anche alla sua straordinaria portata economica. Si dice, infatti, che il fatturato del tabacco sia pari a 60 volte il bilancio dell'Organizzazione mondiale della sanità.

Con quest'indagine conoscitiva, su cui interverrà con maggiori dettagli la senatrice Baio Dossi, ci proponiamo di delineare un accurato quadro della situazione in Italia e di approfondire tutti i temi della prevenzione, della disaffezione, della riduzione del rischio e lo studio della normativa vigente.

Presidente, concludo il mio intervento ringraziando di cuore, e non solo formalmente, le due colleghe Baio Dossi e Boldi che mi hanno aiutato in questo lavoro molto interessante, nonché i consulenti della Commissione che ci hanno affiancato e che sono il professore Leo per il tabagismo e il dottor Costa per il tumore al seno. Ringrazio i Presidenti, che si sono alternati nel presiedere la Commissione nel corso delle varie audizioni, per averci permesso di svolgere un lavoro sempre preciso e puntuale.

**BOLDI (LP).** Cercherò in quest'intervento di concentrarmi soprattutto sulle proposte che la Commissione deve avanzare.

Riprendendo alcuni dati già evidenziati in merito alle cause e ai fattori di rischio per il tumore al seno, l'indagine conoscitiva ha messo in evidenza come l'età rappresenti il principale fattore di rischio, posto che nella maggior parte dei casi la patologia colpisce le donne dopo i quarant'anni. Solo una piccola parte dei tumori al seno (meno del 5 per cento) può essere dichiarata familiare, in quanto causata da geni specifici che possono essere trasmessi per via ereditaria. La grande maggioranza dei tumori al seno viene ricondotta alla combinazione di due fattori nei soggetti che presentano tale patologia. Detti fattori sono una sorta di predisposizione della ghiandola mammaria ad ammalarsi e uno squilibrio ormonale, soprattutto per quanto riguarda gli estrogeni.

Chiaramente anche le condizioni di vita della nostra società sono una parziale spiegazione del fenomeno. La malattia è così frequente nelle popolazioni occidentali sostanzialmente per due motivi. Innanzi tutto viene sempre più ritardata l'età della prima gravidanza; in proposito faccio presente che già dopo i 25 anni una primipara viene definita attempata. A ciò si aggiunge la riduzione del numero dei figli e della durata dell'allatta-

mento al seno, talvolta addirittura assente; ciò, quasi a suggerire che un «sottoutilizzo» della ghiandola mammaria ne abbia notevolmente aumentato la vulnerabilità.

Ogni anno nell'Unione europea ad oltre 250.000 donne viene diagnosticato un tumore al seno; di esse 94.000 non riescono a sopravvivere alla malattia. Da questo punto di vista il nostro Paese presenta relativamente alla sopravvivenza dati migliori di quelli medi europei. Rispetto alla media del 77 per cento per l'insieme dei Paesi europei, in Italia sopravvivono 81 su cento delle donne alle quali viene diagnosticato un tumore alla mammella, tra l'altro anche con una discreta qualità della vita. Come ha riferito la senatrice Bianconi, nel 2002 il tumore al seno rappresentava ancora il 27,6 per cento di tutti i casi di tumore diagnosticati nel nostro Paese.

In questo campo abbiamo definito sei priorità di intervento. Innanzi tutto segnalò gli investimenti nella ricerca che rappresentano un'arma formidabile per combattere tutti i tipi di carcinoma, quindi non solo quello mammario. Una recente indagine sovvenzionata dalla Commissione europea sui finanziamenti alla ricerca sul cancro in generale vede l'Italia al quarto posto (al primo posto vi è la Gran Bretagna).

La seconda priorità è la prevenzione intesa come rimozione delle cause. Intervenire sull'invecchiamento è quasi impossibile trattandosi di un processo ineluttabile. Si possono, però, promuovere campagne di sensibilizzazione e d'informazione per sottolineare l'importanza dell'allattamento naturale al seno e per prevenire l'obesità. Gli estrogeni, che sono prodotti autonomamente dall'organismo, possono agire da sostanze cancerogene per il seno; pertanto, accumulandosi nel tessuto grasso, è importantissimo evitare aumenti di peso. Il fatto, poi, che molte donne per periodi anche lunghi facciano uso di pillole anticoncezionali può ulteriormente aggravare la situazione.

La terza priorità è rappresentata da una diagnosi precoce, visto che ormai è provato che più precoce è la diagnosi maggiori sono le possibilità di sopravvivenza. A tal riguardo, bisogna riconoscere che il Ministero della salute e le Regioni negli anni hanno posto in essere molteplici iniziative di sensibilizzazione.

Un elogio particolare va alle associazioni di volontariato per il lavoro davvero importante che hanno svolto (come si può constatare dai resoconti delle audizioni) e svolgono soprattutto nelle aree del nostro Paese in cui la struttura pubblica è meno presente nella diffusione delle conoscenze riguardo alla prevenzione e alla terapia relativa alla cura dei tumori al seno.

Ricordo poi che nella finanziaria 2001 è stata introdotta l'esenzione dal *ticket* per la mammografia, esame principale per la diagnosi precoce; che gli *screening* per il tumore al seno sono stati inseriti tra i livelli essenziali di assistenza; che il Piano sanitario nazionale 2003-2005 ha dato particolare enfasi alla diagnosi precoce dei tumori al seno, così come l'accordo Stato-Regioni di Cernobbio, già richiamato dal sottosegretario Corsi.

Come già accennato, particolare importanza riveste l'eccessivo divario che ancora oggi esiste tra le varie situazioni locali che determina – come già sottolineato – una situazione a macchia di leopardo ed impedisce il raggiungimento uniforme di tutti i risultati che i vari piani strategici, compreso questo del Ministero della sanità, si erano prefissi.

A tale proposito, nel Documento si dà particolare risalto al sopralluogo effettuato dalla Commissione presso la ULSS 16 di Padova, dove è stato possibile osservare una metodologia moderna di applicazione dello *screening*. La ULSS di Padova, infatti, sta conducendo un programma pilota che è a noi apparso molto valido e che riteniamo possa rappresentare un modello esportabile con una certa facilità in altre parti del Paese.

È poi necessario un aggiornamento dei programmi di *screening* onde tener conto del fattore «densità radiologica della mammella». In una quota non trascurabile di donne, infatti, le mammelle molto dense riducono sensibilmente l'attendibilità dell'esame radiografico rendendo più difficile il pronunciamento di una diagnosi precoce. L'orientamento attuale è di procedere, dopo una prima mammografia, alla suddivisione delle donne in due gruppi: uno comprendente donne con mammelle radiologicamente dense, alle quali deve essere riconosciuta la possibilità di ripetere l'esame annualmente associandolo ad ecografia, l'altro comprendente donne con una buon'attendibilità della mammografia che possono per ciò controllarsi ogni due anni.

Per effettuare una buona diagnosi sono poi necessari radiologi «dedicati», nel senso di abituati a leggere con frequenza le radiografie nonché grande partecipazione da parte delle donne. La classica azione di *screening* limitata a richiami alle donne tramite letterine va modernizzata. Si deve prevedere la possibilità di stabilire un contatto clinico e umano diretto tra il medico, la struttura e la donna che sarà seguita. Si è riscontrato, infatti, che la mancanza nel tempo di tale contatto porta alla perdita della paziente rendendo del tutto inefficace l'apparato di prevenzione.

Il quarto obiettivo è il miglioramento delle cure, conseguenza diretta dei progressi scientifici. A tal riguardo, sia per ciò che riguarda i protocolli di chemioterapia, sia per la radioterapia (come potrete constatare dagli atti allegati al Documento), sono stati compiuti notevoli progressi. Resta sottinteso che determinate diagnosi, talune cure e terapie possono essere svolte al meglio soltanto presso centri di eccellenza. Centri o ospedali che trattino meno di 150 casi l'anno di tumore al seno non sono adeguati per trattare questo tipo di patologia ed è importante ricordarlo perché, purtroppo, spesso piccoli ospedali si lanciano in questo campo pieni di buona volontà provocando ai pazienti più danni che benefici.

Suggeriamo, addirittura, di costituire su modello europeo, delle *breast unit*, dei centri cioè di senologia, in cui siano previste tutte le figure professionali che si occupano di questa patologia.

La parte intitolata ai protagonisti si rivolge agli auditi e ai centri di eccellenza che abbiamo visitato. Tra i protagonisti non istituzionali vanno ricordati la Lega italiana per la lotta contro i tumori, l'associazione Europa Donna, organizzazioni professionali come l'ordine dei medici, società

scientifiche come il Gruppo italiano per lo *screening* mammografico, la Forza operativa nazionale sul carcinoma mammario e l'associazione nazionale italiana senologi chirurghi.

Poiché la Commissione sanità del Senato non è un ufficio studi e da un'indagine conoscitiva devono scaturire anche delle proposte, nel Documento conclusivo suggeriamo alcune misure che sarebbe necessario assumere, alcune delle quali – come voi stessi constaterete – non comportano un aggravio dei costi.

Se il Ministero della salute, come mi sembra abbia intenzione di fare, leggerà con attenzione il Documento conclusivo da noi presentato, sono certa che si potranno conseguire insieme buoni risultati. Quindi, suggeriamo la promozione di una dieta bilanciata (con basso consumo di alcol) e l'esercizio fisico; la trasformazione progressiva dei programmi cosiddetti di *screening* di massa in percorsi individuali di diagnosi più personalizzati, sulla base dei reali fattori di rischio delle singole donne; la creazione di centri di senologia secondo le regole europee; la creazione di «*network* senologici di eccellenza»; la diffusione a tutto il territorio nazionale della rimborsabilità da parte del Sistema sanitario nazionale delle principali procedure di chirurgia plastico-ricostruttiva e di riabilitazione in presenza di un tumore maligno della mammella, indipendentemente dallo stato dei linfonodi ascellari (davvero fondamentale per la donna non solo per la sua salute ma anche e soprattutto per la qualità della vita dopo aver subito un trauma del genere); la reintroduzione nei LEA del linfodrenaggio post-operatorio (assolutamente necessario), promuovendo al tempo stesso la diffusione della tecnica del linfonodo sentinella. Nel corso delle varie audizioni svolte abbiamo appreso quanto sia importante questa tecnica per decidere il tipo più o meno mutilante d'intervento da compiere. Si tratta, però, di una metodica non facile che richiede strutture a ciò preposte.

Tra le misure proponibili vi sono poi il potenziamento dell'attività di osservatorio e monitoraggio svolta dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali nel campo dei tumori al seno; la valutazione del possibile abbassamento dell'età delle pazienti che devono sottoporsi allo *screening*, qualora esistano specifici fattori di rischio; l'incremento degli investimenti in ricerca clinica e di laboratorio sul carcinoma mammario e, infine, il reperimento di risorse finanziarie (aspetto molto interessante), attraverso una revisione di procedure e prassi clinico-sanitarie, ormai obsolete e non più necessarie, che portano solo sprechi di natura economica.

Mi riferisco: alla scintigrafia ossea annuale per cinque anni nelle operate di carcinoma mammario, prassi che si giustifica solo in un 10 per cento dei casi e che comporta una rilevante fonte di spesa nonché disagi alla paziente che vi si deve sottoporre; all'ecografia epatica annuale, che potrebbe essere riservata solo ad un numero molto limitato di casi (10 per cento circa) ad alto rischio di metastasi; alla radiografia annuale del torace, per la quale vale quanto ho appena detto; alle ecografie transvaginali con o senza isteroscopia in pazienti in terapia con Tamoxifen (bisognerebbe esplicitare in modo migliore quale deve essere esattamente la pro-



cedura); al dosaggio periodico dei marcatori tumorali, attualmente prescritti in quantità eccessiva e ingiustificata.

BAIO DOSSI (*Mar-DL-U*). In primo luogo, come relatrice sulla parte d'indagine conoscitiva relativa al tabagismo desidero ringraziare il Presidente e le colleghe Bianconi e Boldi.

Esaminando il materiale che è stato prodotto – e che potrà essere consultato quando saranno pubblicati gli atti delle varie audizioni svolte –, si può rilevare come si siano iniziati i nostri lavori scattando una fotografia sulla realtà dei fumatori, sull'incidenza del fumo e sulla correlazione tra fumo ed alcune patologie nei Paesi occidentali.

Darò ora conto dei dati concernenti la morbilità e la mortalità legate al fumo, nonché la composizione del segmento di popolazione interessato dal fenomeno del tabagismo. Emerge complessivamente che il fenomeno del tabagismo è in aumento nel mondo, ma è in diminuzione nei Paesi occidentali, nei cosiddetti Paesi sviluppati. Si tratta certamente di un dato positivo, pur trattandosi di un fenomeno che ancora incide sul tasso di mortalità della popolazione dei Paesi occidentali e in via di sviluppo.

Nel 1965 l'Organizzazione mondiale della sanità stimava circa 800.000 vittime del tabagismo, di cui 700.000 nei Paesi industrializzati. In quest'ultimi anni i decessi dovuti al fumo sono pari a 2,5 milioni l'anno per gli uomini e a 1,5 milioni per le donne. L'inquinamento atmosferico è causa del 6 per cento della mortalità contro il 20 per cento della mortalità provocata dal fumo. Ogni anno nel mondo muoiono circa 4 milioni di persone per malattie derivanti dal tabacco; in Italia circa 85.000 persone all'anno muoiono per cause collegate al fumo, dato davvero rilevante. Nel complesso i fumatori maschi sono più numerosi, anche se negli ultimi anni si registra un aumento del fumo tra le donne.

Altro dato da aggiungere rispetto a quelli già citati è che un italiano su 3, dopo i 15 anni, fuma oltre 5 sigarette al giorno. Come emerge nella parte dedicata specificatamente al mondo giovanile maschile e femminile, un elemento incoraggiante, che ci ha indotto ad avanzare alla Commissione e al Governo una serie di proposte, è che la maggioranza dei fumatori non risulta costituita da giovani dipendenti dal fumo.

Abbiamo quindi dedicato una parte del lavoro alla legislazione vigente, esprimendo il nostro apprezzamento nei confronti delle recenti norme approvate. Si può dunque affermare che, nell'ultimo decennio, è stata prestata una certa attenzione al fenomeno del fumo.

Quanto alle proposte avanzate, abbiamo indicato cinque fasi d'intervento. La prima fase riguarda la comunicazione, rivolta soprattutto ai giovani e ai bambini, per dirigere poi la raccolta dei dati verso la specifica problematica della propensione e della diffusione del tabagismo nel mondo giovanile. A nostro avviso il settore della comunicazione deve essere sottoposto ad un controllo più accurato, anche se negli ultimi anni si è registrata un'attenzione maggiore rispetto al passato. Si pensi ai messaggi trasmessi ai giovani, soprattutto ai bambini nelle fasce orarie in cui trascorrono molto tempo davanti alla televisione.

La seconda fase consiste nell'elaborazione critica della massa di dati e di informazioni raccolte, al fine di conoscere in modo migliore e più analitico, anche attraverso un'analisi di natura qualitativa, il fenomeno del tabagismo e la sua incidenza, prestando particolare attenzione alla fascia giovanile. La massa dei dati è difficilmente e non sempre comparabile fra i vari Paesi e, al di là dei dati raccolti dall'Organizzazione mondiale della sanità, presenta caratteristiche diverse a seconda delle varie zone.

Il terzo obiettivo consiste nella capacità di tradurre i risultati di tali attività nel linguaggio delle istituzioni, al fine di facilitarne i necessari interventi dal punto di vista legislativo ma anche sanitario, affinché possa esserne interessato anche il mondo dell'impresa e della comunicazione. Si raccolgono, poi, i dati relativi ai settori direttamente o indirettamente interessati al fenomeno del tabagismo e delle malattie ad esso correlate.

Un altro aspetto importante è relativo al controllo delle immagini trasmesse dai *media* con riferimento soprattutto ai giovani. Da un'indagine condotta dall'Istituto superiore di sanità nel 2003 risulta che ogni 32 minuti, dai canali nazionali pubblici e privati, sono trasmesse immagini di persone che fumano e, nel 62 per cento dei casi, tale azione è associata a figure positive. Tali immagini possono colpire la popolazione adulta ma, ancor di più, quella adolescenziale, infantile e giovanile, che a noi maggiormente interessa.

Il quinto obiettivo riguarda, invece, l'ottemperanza delle norme vigenti. A nostro parere, occorre individuare strumenti efficaci che consentano un effettivo controllo e l'applicazione della legislazione italiana spesso disattesa. Crediamo, infatti, che vietare di fumare in alcuni luoghi sia del tutto inefficace se intervengono atteggiamenti di tolleranza e di non rispetto ferreo della norma che lasciano, soprattutto nella popolazione giovanile, la possibilità di comportarsi come in passato assumendo comportamenti che si ritengono più opportuni. Visto che sono ormai trascorsi tre anni dall'approvazione delle ultime normative in materia, si dovrebbe predisporre una relazione al Parlamento sull'efficacia e sull'applicazione delle stesse.

PRESIDENTE. Come ha già fatto la senatrice Bianconi all'inizio del suo intervento, confermo che le senatrici Baio Dossi e Boldi sono relatrici per le parti attinenti rispettivamente il tabagismo e il tumore al seno. Colgo quindi l'occasione per esprimere i complimenti a tutti coloro che hanno profuso grande impegno in questo lavoro e in particolare alle relatrici per aver elaborato un Documento di elevata qualità, dal quale verranno tratte proposte operative ed iniziative concrete davvero rilevanti a tutela della salute pubblica.

CURSI, *sottosegretario di Stato per la salute*. Desidero dare atto a tutte le persone che hanno concorso all'elaborazione del Documento in esame di aver compiuto un lavoro davvero importante, che – ricordo – è stato stimolato anche dal dibattito svolto in Senato in sede di esame della mozione n. 194, poi approvata all'unanimità. L'attività di questo

ramo del Parlamento ha dato così avvio, soprattutto nel semestre di Presidenza italiana dell'Unione Europea, a una serie di iniziative in materia, che hanno consentito di raggiungere risultati importanti nonché alla proposta del Ministero della salute, anch'essa avanzata a livello europeo, di effettuare tre *screening*.

Il Governo si è poi impegnato a destinare significativi stanziamenti alle Regioni per l'effettuazione di *screening* finalizzati alla diagnosi precoce di tale patologia. Al riguardo ricordo il finanziamento, previsto da una legge da tutti approvata, di circa 60 milioni di euro da destinare direttamente alle Regioni per gli *screening* in questione.

I risultati raggiunti oggi sono abbastanza confortanti, anche se desta preoccupazione l'aumento del numero di fumatori tra i giovani e segnatamente tra le donne, come emerge purtroppo dalla semplice osservazione dei risultati dell'indagine conoscitiva in titolo.

Ai fini poi dell'opportuno coinvolgimento dei sistemi sanitari regionali, il Governo reputa necessario concordare in sede di Conferenza Stato-Regioni iniziative di sensibilizzazione rispetto all'esigenza, tuttora avvertita, di assegnare risorse crescenti agli investimenti destinati alla prevenzione e in particolare all'ammodernamento tecnologico. Il Governo dichiara, infine, la sua disponibilità a prendere in esame tutte le proposte avanzate con riferimento non solo al finanziamento del Servizio sanitario nazionale ma anche al riesame dei livelli essenziali di assistenza.

PRESIDENTE. Dichiaro aperta la discussione sul Documento conclusivo.

SALZANO (*UDC*). Prima di tutto mi complimento con le senatrici Bianconi, Baio Dossi e Boldi per l'ottimo lavoro svolto; esprimerò poi una breve considerazione. Mi rammarica la carenza, nel Sud del Paese, di centri validi e di opportune iniziative destinati all'azione di contrasto della patologia del tumore alla mammella. Non mi stupisce, infatti, che le percentuali di *screening* riferite a tale patologia siano così basse al Sud: i parlamentari meridionali conoscono questi dati e ne soffrono!

Sintomatico è poi il fatto che la principale fonte d'informazione di tale carenza sia costituita dall'informazione televisiva e giornalistica piuttosto che dagli organi istituzionali, ad esempio, dai medici di famiglia, dai medici ospedalieri, dalle attività e dalle azioni poste in essere dai dirigenti delle ASL. Ciò pone naturalmente un punto importante che comporta un successivo collegamento agli obiettivi da perseguire nel prossimo quinquennio.

Se è vero che uno *screening* di massa, per avere un valore minimo, deve raggiungere una percentuale del 70 per cento rispetto all'universo di riferimento, va purtroppo rilevato che il coinvolgimento della popolazione in genere ma segnatamente del Sud nei programmi di *screening* è tuttora lontano dal raggiungimento di questa quota ottimale. Invito, pertanto, a riflettere sull'opportunità di integrare l'indicazione dell'obiettivo di cui al punto 7 del Documento proposto, nella parte relativa al tumore al seno,

con un riferimento alle specifiche esigenze della realtà meridionale. Mi riferisco soprattutto al potenziamento dell'attività di osservatorio e monitoraggio svolta dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali nel campo dei tumori del seno, in particolare nel Sud del Paese. Suggesto, quindi, di lanciare un segnale più forte per quanto riguarda gli obiettivi da raggiungere.

TREDESE (*FI*). Anch'io desidero ringraziare le colleghe Baio Dossi, Bianconi e Boldi per l'impegno profuso nello svolgimento di un lavoro davvero importante che tutti noi dobbiamo assolutamente divulgare.

I dati raccolti nel corso dell'indagine conoscitiva sulle iniziative di prevenzione del tabagismo e del tumore al seno in Italia devono diventare parte di un patrimonio di conoscenza generalmente condiviso e non – come purtroppo la realtà dimostra – solo di una quota esigua della popolazione.

Occorre, quindi, inserire al primo punto del Documento l'obiettivo di informare un numero sempre più elevato di persone sui danni provocati dal tabagismo nonché sui meccanismi di prevenzione del cancro al seno (parte riguardante le donne).

Ricordo che alcune notizie allarmanti riportate dalla stampa e alcuni risultati di lavori scientifici mai confermati hanno spaventato la popolazione in merito ad una presunta e non accertata correlazione tra terapia ormonale sostitutiva in menopausa e insorgenza del tumore al seno. Ciò ha creato danni maggiori rispetto a quelli reali.

A tal fine, come abbiamo già fatto in passato per la patologia osteoporotica, bisogna evidenziare l'importanza della trasmissione al pubblico di informazioni corrette in materia di salute, essendo nostro compito fare chiarezza.

SALINI (*Misto*). Innanzi tutto mi complimento con le colleghe per aver compiuto un lavoro statistico di elevata qualità e di grande valore scientifico.

Come ha già rilevato il collega Salzano, l'indagine conoscitiva ha evidenziato l'esistenza di differenze in termini di qualità dell'assistenza e di unità operative tra le Regioni del Centro Nord e quelle del Sud del Paese, differenze che, benché da tempo ripetute, non sono mai state appianate. La situazione rimane purtroppo sempre negli stessi termini, in quanto non siamo nella condizione di incidere su di essa in modo concreto.

Grazie all'indagine conoscitiva svolta abbiamo potuto riflettere su alcuni concetti come, ad esempio, sul fatto che non tutti gli *screening* hanno la stessa efficacia. Si deve capire come questa Commissione deve operare per non lasciare fine a se stesso lo studio sin qui compiuto. A tal fine occorre rafforzare la parte relativa alle azioni da compiere in futuro.

In materia di prevenzione del tumore al seno, ricordo i risultati altamente positivi che si possono ottenere attraverso adeguati programmi di *screening*, come recentemente dimostrato da un'iniziativa intrapresa in Abruzzo. Trattandosi infatti di una Regione di piccole dimensioni si è po-

tuto sottoporre tutta la popolazione femminile a *screening* mammario; si è potuto così diagnosticare il tumore al seno in una fase iniziale in circa 200 donne che non manifestavano alcun disturbo. L'iniziativa ha avuto un successo enorme.

L'opera di prevenzione deve essere continua, organica e completamente programmata e non affidata a progetti estemporanei o alla buona volontà, anche al fine di un'efficace sensibilizzazione dell'universo interessato. In tal senso le tecnologie giocano un ruolo davvero importante. Bisogna allora avanzare suggerimenti specifici. Questa Commissione deve farsi carico di compito perseguendolo soprattutto nelle Regioni meridionali. L'informazione scientifica deve essere affidata non solo ai mezzi di comunicazione ma anche a persone capaci. L'educazione alla salute deve essere compito del Servizio sanitario nazionale. Ripeto, la prevenzione gioca un ruolo importante soprattutto quando si tratta di prevenire conseguenze letali. Se dobbiamo istituzionalizzare i servizi, è opportuno pensare una volta tanto al Sud e questa rappresenta una buon'occasione. Non si deve pensare al Sud solo quando si tratta di assumere una posizione politica per stigmatizzare una determinata situazione.

Va fatto un discorso serio. Le strutture del Servizio sanitario nazionale dislocate nel Centro-Sud devono essere in grado di utilizzare le nuove tecnologie. Per tanti anni il Servizio sanitario nazionale ha erogato risorse più al Nord che al Sud. Se si vuole veramente riequilibrare la situazione sarebbe opportuno almeno per una volta pensare al Sud; diversamente, indipendentemente dalle persone, vi sarà sempre una sanità di serie A e una di serie B. Al fine di un riequilibrio territoriale, significo l'esigenza di interventi volti a correggere questo squilibrio nell'allocazione delle risorse che si protrae ormai da molti anni a vantaggio del Centro Nord.

PRESIDENTE. Mi permetto solo di aggiungere che, pur essendo il divario ancora ampio, dalle relazioni del convegno dell'AIOM e del Ministero della salute emerge che negli ultimi 4 anni, anche grazie agli stanziamenti previsti nelle finanziarie della precedente legislatura, si è registrato al Sud un notevole incremento dei centri oncologici e radioterapici. Non mancano dunque incoraggianti segnali in controtendenza.

TATÒ (AN). Anche Alleanza nazionale porge un plauso alle colleghe per il lavoro svolto e per aver messo in risalto una problematica molto sentita.

Durante le visite effettuate nelle Regioni meridionali si è ripresentato l'annoso problema delle liste di attesa. Al collega Salini ricordo che tutta la problematica è stata istituzionalizzata sin dalla nascita del Servizio sanitario nazionale risalente al 1978.

Manifesto quindi una certa perplessità rispetto alla diffusione della poco condivisibile aspettativa nei confronti della non ben definita figura del senologo, a fronte di una sottovalutazione del ruolo del chirurgo generale. In proposito faccio presente che il senologo a volte è un semplice medico generico o più frequentemente un radiologo che ha acquistato

un mammografo di ultima generazione, si è costruito una buona reputazione e riceve in una bella struttura dove tutti accorrono. È però il chirurgo generale, presente in tutte le strutture sanitarie pubbliche e private, che può costituire un positivo punto di riferimento per la diagnosi delle neoplasie al seno, essendo provvisto di tutte le competenze necessarie ad effettuare una visita attendibile e ad indirizzare verso i necessari approfondimenti diagnostici. Ripeto, è il chirurgo generale l'unico specialista che, essendo in possesso di una laurea in medicina e chirurgia e di una specializzazione deve prima effettuare una semplice visita e poi valutare l'opportunità di prescrivere un'ecografia, una risonanza magnetica o una tac. Questo stesso specialista può successivamente fare una biopsia da inviare a un istituto di anatomia e istologia patologica e poi ricorrere ad un intervento chirurgico o a terapie alternative.

L'unico problema è rappresentato dalla necessità di fornire di mammografi le strutture radiografiche, che sono altrettanto diffuse sul territorio. Detto ciò mi auguro che quest'informazione sia diramata tra la popolazione onde evitare contestazioni e allarmismi di vario genere.

PRESIDENTE. Appreziate le circostanze, rinvio il seguito dell'esame del Documento conclusivo dell'indagine conoscitiva in titolo ad altra seduta.

*I lavori terminano alle ore 15,45.*

ALLEGATO

**DOCUMENTO CONCLUSIVO PROPOSTO DAI RELATORI PER  
L'INDAGINE CONOSCITIVA SULLE INIZIATIVE DI PREVEN-  
ZIONE DEL TABAGISMO E DEL TUMORE AL SENO IN ITALIA**

1. INTRODUZIONE
2. PARTE I – *Tabagismo*
3. PARTE II – *Tumore al seno*

## 1. INTRODUZIONE

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

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

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

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

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

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

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

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

## 2. PARTE I – *Tabagismo*

### *Confronto fra paesi occidentali*

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

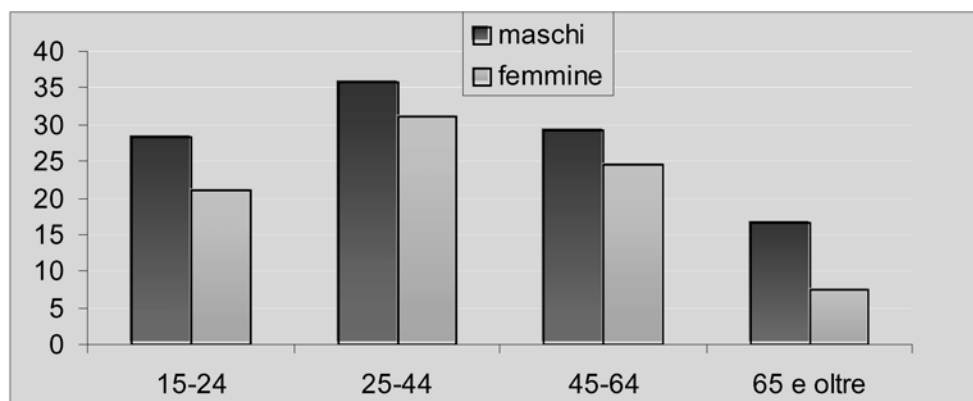


condo i dati più recenti forniti dall'OMS si registrano ogni anno, nel mondo, circa 4 milioni di morti per malattie derivanti dal tabacco; si tratta di un dato destinato a crescere, secondo stime che indicano un numero di morti pari a 10 milioni annui negli anni 2020-2030. E il 70 per cento di queste morti riguarderanno i paesi più sviluppati. Il fenomeno coinvolge oltre un miliardo di persone, trecento milioni delle quali vivono in Occidente, più di dieci in Italia. Nonostante il consumo di tabacco sia complessivamente in diminuzione nei paesi ricchi, mostra una preoccupante tendenza in senso opposto sia nelle nuove generazioni, sia nel sesso femminile. È in decisa crescita, inoltre, nei paesi in via di sviluppo. Negli ultimi trent'anni la percentuale di fumatori in Europa si è ridotta dal 45 al 30 per cento nella popolazione adulta; tuttavia la tendenza globale negli ultimi tempi è relativamente costante, con un declino solo lieve dagli anni Novanta ad oggi. Nel 2001 fumavano il 38 per cento degli uomini e il 23 per cento delle donne, pur con ampie differenze di numeri all'interno dei singoli stati. Tra i giovani l'abitudine tabagica coinvolgeva il 27-30 per cento dei soggetti: una quota leggermente in rialzo e che, comunque, non ha registrato flessioni dalla seconda metà degli anni Novanta ad oggi. In Italia, in particolare, fumano attualmente il 22 per cento degli adolescenti maschi e ben il 28 per cento delle adolescenti femmine. Circa 85 mila persone all'anno in Italia, peraltro, muoiono per cause collegate al fumo (ISTAT, 2001).

#### *Incidenza sulle varie fasce di età della popolazione*

L'incidenza del tabagismo, emersa dallo studio *Euroaspire II*, condotto in nove paesi europei (Repubblica ceca, Finlandia, Francia, Germania, Ungheria, Italia, Paesi Bassi, Slovenia e Spagna) e pubblicato sul «Lancet», non si è modificata negli ultimi anni. In particolare, non ci sono state variazioni rispetto a quanto rilevato in un primo studio, realizzato tra il 1995 e il 1996, secondo cui l'incidenza del tabagismo era del 20 per cento circa. Dopo quattro anni lo studio ha analizzato quanti malati seguono le regole consigliate per un'efficace prevenzione, confrontando questi dati con quelli raccolti nella ricerca precedente (*Euroaspire I*, condotto quattro anni prima nei medesimi Paesi). Ebbene, il fenomeno del tabagismo è risultato avere un'incidenza maggiore e una preoccupante tendenza ad aumentare tra i più giovani, dove 4 su 10 fumano. Nei gruppi di popolazione dove l'uso della sigaretta è diffuso da decine d'anni, il 90-95 per cento dei casi di cancro polmonare, l'80-85 per cento di quelli di bronchite cronica e d'enfisema polmonare, il 20-25 per cento dei decessi per cardiopatia ed incidenti cerebrovascolari sono dovuti al fumo. I fumatori sono più numerosi delle fumatrici (grafico 1): nei paesi occidentali fuma il 40 per cento della popolazione maschile, e nei paesi in via di sviluppo il 40-60 per cento; per le donne le percentuali sono rispettivamente del 20-40 per cento e del 2-10 per cento. In Italia fuma il 31,5 per cento degli uomini e il 26,6 per cento delle donne (fig. 6.6). Queste differenze percentuali tra uomo e donna giustificano i tassi d'incidenza delle malattie

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



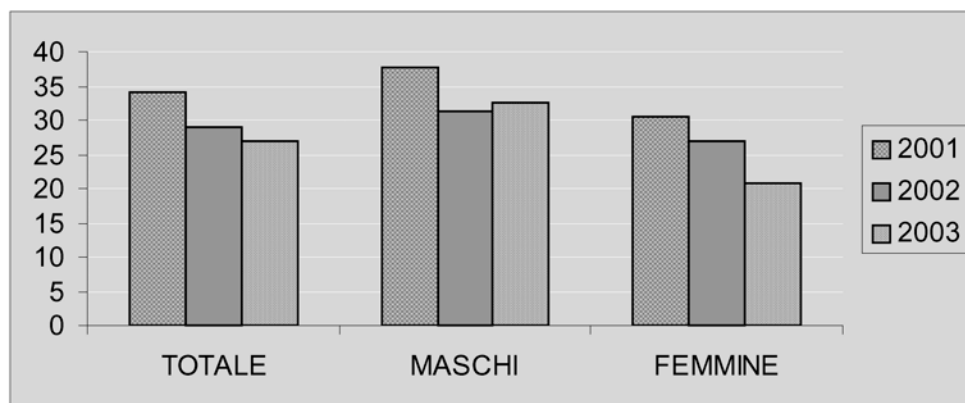
**GRAFICO 1** Prevalenza dei fumatori per sesso e classe d'età: valori percentuali (anno 2005) OSSFAD, Istituto Superiore di Sanità – Indagine DOXA 2005

### Giovani

Uno studio commissionato nel 2003 alla DOXA dall'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga ha messo in evidenza che, in quello stesso anno, nell'ampia fascia di età dai quindici ai ventiquattro anni, la quota di fumatori è del tutto simile a quella rilevata nelle altre classi d'età (il 32.6 per cento

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

56933/2003 del Monopolio di Stato, che stabilisce di non far funzionare distributori automatici di sigarette in determinate fasce di orario, a rischio per i giovanissimi.



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

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

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

#### Normativa

Per quanto riguarda il nostro Paese, la regolamentazione del divieto di fumare in determinati locali e sui mezzi di trasporto pubblico trova la sua fonte, innanzitutto, nella legge 11 novembre 1975, n. 584. Fra i lo-

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

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

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

### *Proposte*

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

Questa indagine può essere un primo passo per monitorare costantemente il fenomeno del tabagismo, al fine di interessare non solo le istituzioni, le quali nell'ultimo periodo hanno cercato di arginare il problema, pur con le falle cui si è accennato, ma per creare un ponte tangibile con i fumatori e con chi, soprattutto, si avvicina per la prima volta al fumo.

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

Poiché è difficile spiegare che la semplice combustione del tabacco genera, sempre insieme a decine di agenti irritanti e altrettanti cancerogeni, il monossido di carbonio, un gas velenoso responsabile di ipossia ed ischemia, e che, pertanto, non è ipotizzabile isolare nel fumo di tabacco sostanze totalmente innocue, tra le 4000 diverse prodotte da tale processo. E' comunque auspicabile che vengano ripresi i lavori di ricerca per prodotti meno tossici interrotti, per cercare di ridurre al massimo i rischi, prevedendo incentivi per chi si dedica con risultati a questo impegno. La lotta all'epidemia dei danni da fumo dovrebbe partire da premesse sulla comunicazione con l'infanzia e la gioventù, al fine di individuare gli strumenti più efficaci di intervento. Per agire correttamente, occorre conoscere bene il carattere e le dimensioni del problema. È necessario quindi raccogliere tutti i dati disponibili, analizzarli, individuarne le tendenze, risalire alle origini, decidere la strategia. Soltanto a questo punto è possibile sperare di ottenere risultati efficaci.

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

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

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

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

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

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

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

### 3. PARTE II – Tumore al seno

#### *Cause e fattori di rischio per il tumore al seno*

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

#### *Il tumore al seno in Europa e in Italia*

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

#### *Priorità di intervento*

Sono sei le priorità di intervento che emergono dalla presente indagine conoscitiva. La prima è quella di *maggiori investimenti in ricerca* come «unica arma per combattere definitivamente questa malattia». La più recente indagine sovvenzionata dalla Commissione Europea sui finanziamenti alla ricerca sul cancro in generale vede l'Italia in quarta posizione, con 70 milioni di euro nel 2003, contro i circa 350 della Gran Bretagna, al primo posto.



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

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

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

b) Necessità di radiologi dedicati. La componente umana ha grande importanza nei programmi di diagnosi precoce e il numero di radiologi competenti nel settore è insufficiente. Un conto è saper decidere se un no-

dulo visibile alla mammografia è sospetto oppure no, un altro conto è saper decidere se nella mammografia di una donna completamente asintomatica vi sono o meno zone sospette o a rischio.

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

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

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

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

*I protagonisti*

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

*Obbiettivi per il prossimo quinquennio*

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

1. Promozione di una dieta bilanciata (con basso consumo di alcol), dell'esercizio fisico, dell'allattamento al seno e dell'autopalpazione soprattutto nelle giovani donne, come *misure preventive*.
2. Trasformazione progressiva dei programmi cosiddetti di «*screening* di massa» in percorsi individuali di diagnosi precoce sulla base dei fattori di rischio delle singole donne.
3. Creazione di un congruo numero di centri di senologia secondo le regole europee e accreditati dagli appositi organismi (Società Europea di Mastologia, EuSoMa).
4. Creazione di «*network* senologici di eccellenza», cioè di reti di centri di senologia collegati tra loro in modo integrato e quindi in grado di offrire tutte le opzioni possibili di diagnosi e cura dei tumori al seno.
5. Diffusione a tutto il territorio nazionale della rimborsabilità con SSN delle principali procedure di chirurgia plastico-ricostruttiva e di ria-

bilitazione in presenza di un tumore maligno della mammella, indipendentemente dallo stato dei linfonodi ascellari.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

– Ecografie transvaginali con o senza isteroscopia in pazienti in terapia con Tamoxifen (prassi che necessita di regolamentazione).

– Dosaggio periodico dei marcatori tumorali: attualmente sono prescritti in quantità eccessiva e ingiustificata.