Senato della Repubblica XVI LEGISLATURA

Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO n. 14

N.B. I resoconti stenografici delle sedute di ciascuna indagine conoscitiva seguono una numerazione indipendente.

12ª COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)

INDAGINE CONOSCITIVA SULLE MALATTIE AD ANDAMENTO DEGENERATIVO DI PARTICOLARE RILEVANZA SOCIALE, CON SPECIFICO RIGUARDO AL TUMORE ALLA MAMMELLA, ALLE MALATTIE REUMATICHE CRONICHE ED ALLA SINDROME HIV

200ª seduta: giovedì 14 ottobre 2010

Presidenza del presidente TOMASSINI

IC 0878
TIPOGRAFIA DEL SENATO (170)

I N D I C E

Audizione di esperti

* PRESIDENTE . . . . . *Pag.* 3, 9, 15
* BIANCONI *(PdL)* 8
FOSSON *(UDC-SVP-Aut:UV-MAIE-IS-MRE)*. 9, 12
RIZZOTTI *(PdL)* 9
COSTA . . . . . *Pag.* 5, 11, 12
D'ANTONA 3, 10

N.B. L'asterisco accanto al nome riportato nell'indice della seduta indica che gli interventi sono stati rivisti dagli oratori.

Sigle dei Gruppi parlamentari: Futuro e Libertà per l'Italia: FLI; Italia dei Valori: IdV; Il Popolo della Libertà: PdL; Lega Nord Padania: LNP; Partito Democratico: PD; Unione di Centro, SVP e Autonomie (Union Valdôtaine, MAIE, Io Sud, Movimento Repubblicani Europei): UDC-SVP-Aut:UV-MAIE-IS-MRE; Misto: Misto; Misto-Alleanza per l'Italia: Misto-ApI; Misto-MPA-Movimento per le Autonomie-Alleati per il Sud: Misto-MPA-AS.

Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, la dottoressa Rosanna D'Antona, presidente di Europa Donna Italia ed il dottor Alberto Costa, presidente del Comitato tecnico-scientifico di Europa Donna Italia e vice presidente dell'Osservatorio nazionale sulla salute della donna (ONDA).

I lavori hanno inizio alle ore 8,30.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizione di espert

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva, sulle malattie ad andamento degenerativo di particolare rilevanza sociale, con specifico riguardo al tumore alla mammella, alle malattie reumatiche croniche ed alla sindrome HIV, sospesa nella seduta del 6 ottobre scorso.

Comunico che, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento, è stata chiesta l'attivazione dell'impianto audiovisivo e del segnale audio e che la Presidenza del Senato ha già preventivamente fatto conoscere il proprio assenso. Se non vi sono osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per il prosieguo dei lavori.

È oggi prevista l'audizione di esperti ed in particolare nel corso dell'odierna seduta ci occuperemo del tumore alla mammella.

Sono presenti la dottoressa Rosanna D'Antona, presidente di Europa Donna Italia ed il dottor Alberto Costa, presidente del Comitato tecnico-scientifico di Europa Donna Italia e vice presidente dell'Osservatorio nazionale sulla salute della donna (ONDA), che saluto e ringrazio per aver aderito al nostro invito.

Cedo subito la parola alla dottoressa D'Antona.

D'ANTONA. Signor Presidente, vorrei innanzitutto ringraziare lei e la Commissione per averci convocato ed offerto l'opportunità di intervenire in questa sede.

Europa Donna, nata in Italia da un'idea del professor Veronesi e sostenuta da ESO *(European school of oncology)*, è un'organizzazione che opera ormai da più di 15 anni a livello europeo. La sua missione è quella di tutelare gli interessi ed i diritti delle donne e di sostenere il loro percorso nella terapia del tumore al seno, dalla prevenzione alla cura.

Mi chiamo Rosanna D'Antona e sono la «paziente zero» presso l'Istituto europeo di oncologia; ritengo che proprio il fatto di aver vissuto direttamente l'esperienza di donna che ha contratto il tumore al seno mi

consenta di offrire un maggior contributo alla missione di Europa Donna, nell'ambito della quale, conoscendo molto bene il sistema dei media, mi occupo di comunicazione e di sensibilizzazione dell'opinione pubblica. Inoltre, da anni partecipo all'azione di sostegno della *leadership* femminile a livello imprenditoriale e aziendale.

Le donne hanno un grande nemico: il tumore al seno e – come sostiene il dottor Costa – in un momento così difficile della loro vita sarebbe bene che potessero avvalersi del sostegno di più discipline. L'obiettivo è pertanto quello di creare un sistema di ascolto dei bisogni delle donne che vada al di là delle terapie.

La nostra prima azione come Europa Donna è quella di sensibilizzare l'opinione pubblica; in tal senso stiamo ipotizzando di dare vita ad un'indagine sociologica in collaborazione con l'Istituto per gli studi sulla pubblica opinione (ISPO) e con la supervisione scientifica del professor Mannheimer, al fine di indagare i bisogni reali delle pazienti nel momento in cui ha luogo l'evento critico. Ci piacerebbe che questa ricerca prendesse in considerazione le tesi delle pazienti ed in generale, della popolazione italiana, dei volontari, dei professionisti e, non ultimo, delle istituzioni e del *management* sanitario.

Auspichiamo che tutto questo possa tradursi in una sinergia con l'indagine che questa Commissione sta svolgendo, al fine di avere una panoramica completa delle attese e della realtà sanitaria italiana.

Non occorre ricordare che il tumore al seno ogni anno colpisce oltre 30.000 donne. I fattori di cura e di prevenzione sono variabili perché non necessariamente equilibrati ed omogenei a livello nazionale. La diagnosi precoce è la chiave per salvare una vita e sappiamo che oggi il sistema italiano non consente un percorso così efficace.

L'idea è pertanto di sostenere anche in Italia, secondo le direttive europee, un'attuazione entro il 2016 dei centri specializzati e delle *breast units*, affinché esse siano certificate e si pervenga così finalmente ad una omogeneità nella prevenzione e nello *screening*. A livello di *screening* mammografico l'obiettivo di Europa Donna è di completare la copertura del territorio, attuando sistemi non più standardizzati, ma personalizzati per ciascuna donna in base alle valutazioni dei fattori di rischio individuali; a tal fine, gli interventi prioritari saranno quelli di raccogliere dati che mostrino i benefici connessi allo *screening* personalizzato ed, ovviamente, anche i vantaggi in termini di spesa pubblica.

Quanto alla certificazione delle *breast units* in Italia, sappiamo che finora è stata certificata una sola *breast unit* e che un'altra decina è in attesa di ricevere tale attestazione. Se andiamo tuttavia ad analizzare gli obiettivi indicati, ovvero quello di dotarsi di una *breast unit* certificata ogni 2 milioni di abitanti per un totale di 30 unità certificate in Italia, ci si accorge che si è ancora lontani dal raggiungerli e quindi il nostro interesse è di accelerare quanto più possibile il processo di realizzazione degli stessi.

Il nostro impegno come Europa Donna è di essere a metà strada tra il sostegno e la sensibilizzazione delle donne, considerato che la donna ha il

diritto di essere informata, di ricevere le cure e di conoscere bene i suoi diritti e questo sarà il nostro primo impegno; al contempo, vi è la necessità che le istituzioni siano vicine alle donne ed in tal senso la nostra organizzazione fungerà da stimolo verso le istituzioni, alle quali chiediamo collaborazione ed alleanza.

COSTA. Signor Presidente, signori senatori, per vostra comodità e facilità, cercherò di riassumere il più possibile i temi già introdotti dalla dottoressa D'Antona.

Credo che, per riassumere in poche parole il tema del tumore al seno, occorra soffermarsi su quattro aspetti. Il tumore al seno colpisce una donna su nove, la sua incidenza è in aumento e sappiamo ormai che tale incremento è dovuto al grande cambiamento delle abitudini di vita, nello specifico mi riferisco al minor numero dei parti e ad una minor durata dell'allattamento. L'evoluzione che da questo punto di vista la nostra società ha avuto negli ultimi cento anni rispetto ai milioni di anni precedenti ha rappresentato uno *shock* per il DNA della ghiandola mammaria che secondo natura collocava l'inizio dell'allattamento pochi mesi dopo la prima mestruazione. Ricordo che la mia bisnonna valdostana ebbe il primo figlio a 15 anni, ne ebbe sette e li allattò tutti quasi due anni. Nell'arco di 80 anni siamo passati da uno standard come questo all'attuale, che in base alle statistiche attesta che l'età della prima gravidanza è salita a 26 anni (vi è stato quindi uno spostamento di dieci anni dell'età della prima gravidanza), che il numero dei figli è sceso all'1,5 e che il periodo di allattamento è inferiore ai 6 mesi. Secondo tutti gli esperti questo violento cambiamento è la causa dell'aumento e della frequenza del tumore alla mammella.

Al contempo occorre però segnalare che la mortalità è in diminuzione; non dobbiamo perciò drammatizzare, ma prendere atto che si tratta di una realtà della nostra società che non possiamo certo tentare di cambiare auspicando che le nostre figlie restino incinte a 15 anni e facciano 7 figli. È quindi evidente che occorre individuare altre soluzioni.

Il declino fortissimo della mortalità negli ultimi dieci anni – venendo così ai primi due dei quattro aspetti cui ho inizialmente fatto riferimento – è dovuto all'effetto combinato della diagnosi precoce e del miglioramento delle cure. Credo che allo stato ancora nessuno sia in grado di distinguere chi fra questi due fattori abbia avuto il peso maggiore, quanto cioè questo dato dipenda dalla precocità della diagnosi o dal miglioramento delle cure, il fatto certo è l'unanimità con cui si segnala in queste due cause la ragione della riduzione della mortalità.

La diagnosi precoce è data da un'iniziativa delle autorità – chiamata *screening* – che cominciò negli anni Settanta in Svezia. Gli svedesi all'epoca ebbero l'idea di inviare a tutte le donne una lettera di auguri per il loro cinquantesimo anno, invitandole anche a sottoporsi ad una mammografia. Da lì nacque l'iniziativa di effettuare uno *screening* dai 50 ai 70 anni, cosa che ancora avviene in molte zone. In realtà, le donne sono state

fortemente sensibilizzate al riguardo e quindi ormai svolgono un'azione di autocontrollo al di fuori dei programmi guidati.

Su questo fronte, pertanto, occorre innanzi tutto completare la copertura del territorio nazionale. Come è già stato evidenziato anche da alcuni miei colleghi (ho letto i resoconti delle vostre audizioni), vi è il problema della distribuzione a macchia di leopardo dei servizi, anche perché vi sono alcune Regioni obiettivamente poco raggiungibili. Ad esempio, mi sono recato a Cefalù per studiare con i colleghi della ASL di riferimento la situazione delle donne che vivono nell'area delle Madonie. Sono quindi consapevole del fatto che in alcune zone del nostro Paese dovrebbero essere predisposte delle unità mobili, dovremmo cioè essere noi ad avvicinare le donne senza pretendere che queste sostengano un viaggio per effettuare lo *screening*. Da questo punto di vista è paradossale poi che le donne più giovani, più colte, più preparate e quindi quelle che tutto sommato ne avrebbero minore necessità, siano invece quelle che effettuano più mammografie del necessario. Occorre pertanto completare il programma di *screening*, cercando di coinvolgere in particolare alcune Regioni. Tale programma necessita anche di essere migliorato, considerato che in molti casi corrisponde ancora a quello svedese avviato negli anni Settanta; sarebbe altresì opportuno prevederne una personalizzazione, è infatti impensabile che la stessa maglietta possa andare bene a tutti *(t-shirt fits all)*. Del resto, una donna che non ha avuto figli e che ha avuto due o tre parenti con tumore al seno presenta un tasso di rischio molto diverso da quello di una donna che in famiglia non ha nessun caso di tumore al seno e che magari ha avuto ed allattato due o tre figli. Il rischio di queste due tipologie di donne è sostanzialmente diverso e, pertanto, non possiamo proporre ad entrambe lo stesso programma che prevede di effettuare una mammografia ogni due anni dai 50 ai 70 anni.

Torno quindi a ribadire l'importanza di sviluppare un'attività di ricerca per personalizzare lo *screening*.

L'altra metà del successo che si è ottenuto rispetto a questa patologia è dovuta alle terapie e per due ordini di motivi. Il primo è rappresentato dal progresso delle terapie farmacologiche. In un contesto come questo, approfittiamo per chiedere di non dimenticare la ricerca e di sostenerla, perché chi scopre nuovi farmaci cambia la vita di milioni di persone; la ricerca sui nuovi farmaci non va mai abbandonata perché fa una grande differenza.

Il secondo motivo è stato anticipato dalla dottoressa D'Antona, mi riferisco al fatto che una paziente ammalata di tumore al seno che viene curata da un gruppo organizzato e certificato piuttosto che da un singolo ha maggiori *chance* non solo in termini di guarigione, ma anche sotto il profilo del miglioramento della qualità della vita. In tal senso siamo pertanto dell'avviso che non sia opportuno curare il tumore al seno in strutture nelle quali non sia ad esempio presente anche un chirurgo plastico e questo proprio perché non è possibile che le donne subiscano una mastectomia senza che sia prevista una ricostruzione con una protesi.

Per tale motivo, speriamo vivamente che venga bene applicata la risoluzione del Parlamento europeo che ha posto a tutti i Paesi membri l'obiettivo di realizzare entro il 2016 un'unità strutturata ogni due milioni di abitanti. Tutti noi dobbiamo impegnarci affinché, nei cinque anni che ci separano da quella data, il nostro Paese arrivi a realizzare, se non proprio il traguardo delle 30 unità, quanto meno quello della metà, perché ciò farebbe una grande differenza.

Concludo sottolineando che al riguardo vi è una grande consapevolezza da parte dell'opinione pubblica. Ricordo che all'interno del sito internet del quotidiano «Corriere della sera» è contenuto lo «Sportello cancro», finanziato dalla Fondazione Veronesi, nell'ambito del quale, grazie anche alla collaborazione delle Regioni, vengono annualmente raccolte le schede di dimissione ospedaliera (SDO) ordinate per *Diagnosis related groups* (DRG), e quindi anche informazioni su tutti i casi di ricovero in cui la diagnosi finale è quella di carcinoma della mammella.

Ebbene, dai dati pervenuti allo «Sportello cancro» risulta che in Italia già esistono circa 50-100 gruppi che superano abbondantemente i famosi 150 interventi annui per ogni *équipe* che in sede europea vengono considerati la soglia minima per garantire l'appropriatezza delle cure per questa malattia. L'Europa, infatti, ha al riguardo fissato tre criteri, ovvero i già citati 150 interventi annui per ogni *équipe* multidisciplinare, i 50 interventi annui per chirurgo (si richiede, pertanto, che chi opera al seno, per essere considerato affidabile, effettui almeno un intervento a settimana), nonché 1000 mammografie all'anno per le unità di radiologia. Questi tre dati – 150, 50 e 1000 – costituiscono il nostro «*mantra*»!

Non occorre dunque costruire strutture o acquistare macchine, ma compiere un grande sforzo organizzativo.

Scherzando, gli americani chiedono chi si debba pagare per ottenere che i medici parlino tra di loro; spesso infatti tra medici manca la comunicazione, per cui chi esegue l'operazione manda la paziente dal chirurgo plastico e poi eventualmente dallo psicologo e così via, con il risultato che le pazienti girano da una parte all'altra, ma senza che tra i vari professionisti vi sia una comunicazione! La *breast unit* esige invece che i medici si parlino.

Concludo citando l'esperienza tedesca, che forse rappresenta l'unico modello interessante in Europa. I *lnder* tedeschi hanno avuto il coraggio di stabilire un rimborso diverso in presenza di medici organizzati in *breast unit*. Purtroppo questa è l'unica campana che spesso si ascolta! Infatti, come è noto, nel sistema attuale il rimborso della prestazione viene effettuato sulla base della diagnosi. Ad esempio, se la diagnosi è di carcinoma della mammella, il rimborso è tra i 3.000 ed i 3.500 euro; l'ospedale che effettua una mastectomia, cioè asporta la mammella, e manda a casa la paziente incassa tutti i 3.500 euro; se mette una protesi, perde i 900 euro del costo della protesi; se asporta il linfonodo sentinella per non togliere tutti i linfonodi dell'ascella, perde i 400 euro della diagnosi del linfonodo sentinella. Non è colpa di nessuno, ma con questo sistema si penalizza chi lavora bene, dal momento che dal punto di vista economico, il

vantaggio sta nel fare il meno possibile. Anche in riferimento alle esperienze maturate all'estero, ritengo che il modello tedesco abbia mostrato molto pragmatismo nello stabilire un diverso riconoscimento in presenza di una struttura organizzata, superando quindi questo tipo di problematica.

BIANCONI *(PdL)*. Signor Presidente, anzitutto ringrazio i nostri ospiti per la puntualità delle relazioni svolte. Desidero, poi, porre alcune domande alle dottoressa D'Antona.

Innanzitutto, vorrei sapere quali rapporti intrattiene Europa Donna a livello europeo e quindi quali sono in tale ambito le esperienze che si stanno mettendo a confronto. Il dottor Costa ha citato il modello tedesco, ma vorrei capire se, nel confronto tra donne, emergano altre esperienze interessanti che possiamo conoscere e quindi mutuare.

In secondo luogo, vorrei porre una domanda forse un po' provocatoria. Mi interesserebbe sapere per quale ragione lei ritiene utile l'azione di un'associazione di donne, di pazienti o quanto meno di persone interessate alla problematica in esame, nei riguardi sia delle donne che purtroppo incorrono in una diagnosi di tumore al seno, sia dei professionisti che trattano questa patologia.

Al dottor Costa vorrei porre una serie di domande di carattere più tecnico. Se mi è consentito, vorrei anche ricordare che il dottor Costa è un consulente della Commissione già da molto tempo, fin da quando cioè questo ramo del Parlamento si è occupato di tumori al seno ed insieme a lui abbiamo compiuto un lungo percorso. Ciò premesso, chiedo al dottor Costa se può fornirci maggiori dettagli sull'esperienza veramente molto interessante del modello tedesco. La seconda domanda mira a conoscere il suo pensiero su come intercettare le donne sotto i 50 e sopra i 70 anni perché lei giustamente ha parlato di *screening* che già mostrano delle disparità territoriali fortissime tra i 50 e 70 anni. Purtroppo abbiamo numeri molti importanti che ci parlano di incidenza del cancro alla mammella anche in donne di età inferiore ai 50 anni e superiore ai 70 anni; sarebbe pertanto interessante sapere come intercettare anche queste due categorie di donne.

Mi interesserebbe inoltre conoscere più dettagliatamente l'esperienza di Pavia come primo centro di *breast unit* certificato sulla base dei parametri Eusoma *(European society of breast cancer specialists)* che l'Europa ha indicato come criteri di riferimento. Vorrei approfondire anche la questione della multidisciplinarietà all'interno della *breast unit* e del dialogo tra i professionisti nello stesso ambito. Vorrei ad esempio sapere se tutte le figure professionali che operano all'interno della *breast unit* e che quindi sono chiamate a lavorare in *team* abbiano la medesima valenza giuridica e al riguardo mi riferisco in particolar modo ai chirurghi senologi, e se vi siano esperienze europee che abbiano già affrontato questo genere di problematiche.

Mi interesserebbe anche avere qualche chiarimento in ordine alla terapia farmacologica. Sappiamo che in questo campo la scienza ha fatto grandi progressi e che oggi si dispone di cure all'avanguardia che possono

garantire risultati fantastici se somministrate correttamente, ma sappiamo anche che si tratta di cure estremamente costose. Mi chiedo quindi come evitare di somministrare queste cure indiscriminatamente a tutte, anche a pazienti che non ne ricavano assolutamente un beneficio oggettivo, al fine di dispensarle invece a chi avrebbe possibilità oggettive di miglioramento.

FOSSON *(UDC-SVP-Aut:UV-MAIE-IS-MRE).* Signor Presidente, la domanda che rivolgerò ai nostri ospiti potrà forse sembrare un po' assurda. Premesso che considero la chirurgia senologica e la cura del carcinoma mammario una frontiera avanzata, mi interesserebbe sapere se esistano indicatori di risultato per verificare il lavoro delle *breast units*.

Il dottor Costa ha prima citato l'esperienza della Val d'Aosta e questo mi ha fatto molto piacere dal momento che vengo da quella Regione ove i parametri per quanto riguarda il settore della chirurgia rientrano in quelli prima segnalati; registriamo ad esempio un 61 per cento di sopravvivenza a dieci anni per pazienti affette da tumori di stadio terzo. In sintesi, oltre ai criteri che lei ha indicato, esistono anche degli indicatori di risultato? Questi gruppi di professionisti che comunicano tra di loro che risultati ottengono in termini di sopravvivenza delle loro pazienti?

RIZZOTTI *(PdL).* Signor Presidente, desidero rivolgere una domanda al dottor Costa. Premesso che non tutti gli interventi demolitivi richiedono una immediata ricostruzione mammaria – ciò dipende dal tipo istologico e dalla necessità o meno di effettuare una radioterapia o un percorso terapeutico – mi interesserebbe sapere se per quest'ultima è previsto un rimborso a livello nazionale o regionale.

PRESIDENTE. Prima di porre alcune domande, vorrei svolgere una breve riflessione.

In primo luogo condivido pienamente quanto osservato dal dottor Costa a proposito di *Diagnosis-related group* (DRG). Nel merito ricordo che il Governo e il Ministero della salute stanno studiando il cosiddetto «DRG di percorso» così da superare il DRG omnicomprensivo che nella sua impostazione originaria – inteso cioè come forma di remunerazione e non di contrattazione – ha creato sicuramente molti problemi. Nella citata proposta governativa sono pertanto presi in esame sia la valorizzazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) per quanto riguarda le protesi, sia la modifica dell'impostazione dei DRG.

Il professor Costa ha sottolineato come non sussista la necessità di acquistare apparecchiature speciali. In proposito mi risulta che saranno a breve disponibili anche in Europa i mammografi con tomosintesi, vorrei, quindi, sapere se questi strumenti abbiano prestazioni nettamente superiori rispetto a quelli in commercio visto che il loro costo è decisamente elevato.

La seconda domanda si riallaccia a quella della senatrice Bianconi, ma entra maggiormente nel dettaglio. Premesso che la ricerca in generale

ed in particolare quella farmacologica in questo campo sono di fondamentale importanza, va detto però che attorno al tema delle cure personalizzate stanno emergendo dei dubbi sia in termini di risultati ottenuti, sia in ragione dei costi eccessivamente elevati; bisogna infatti tenere conto che ogni caso costa mediamente – non mi riferisco solo al tumore della mammella, ma anche in generale – dai 20 ai 30.000 euro a fronte di *responder* che si collocano tra il 50 e 60 per cento, il che rende necessario l'avvio di un percorso di accesso alle terapie fortemente certificato.

D'ANTONA. Signor Presidente, in risposta alle domande poste dalla senatrice Bianconi posso dire che Europa Donna rappresenta 45 Paesi a livello europeo e che le esperienze che si ravvisano in questo contesto hanno, come in Italia, una distribuzione a macchia di leopardo. Inoltre, se è vero che l'Italia è il Paese da cui è nata l'idea d'Europa Donna, è altrettanto vero che nel tempo sono entrati a far parte di questa organizzazione anche Paesi, notoriamente quelli nordici, dove il sistema sanitario è più avanzato, l'Italia, quindi pur facendo parte di questa organizzazione, non è il Paese di eccellenza. Da questo punto di vista l'azione principale di Europa Donna è pertanto volta ad uniformare, standardizzare e a dare pari accesso alle cure e alla prevenzione a tutte le donne europee possibilmente nel giro di un decennio, e del resto ci stiamo riferendo a problematiche che certo non possano risolversi in breve tempo.

La funzione che intende svolgere Europa Donna a livello centrale è quella educativa e divulgativa. Tanto per fare un esempio, ho qui con me una guida, finanziata con fondi europei, che riguarda la buona gestione e la buona pratica nel percorso di rilevazione, di *screening* e di diagnosi del tumore al seno. La suddetta guida in qualche modo indirizza tutte le attività delle varie associazioni a livello europeo, comprese quelle presenti in Italia. C'è un fortissimo scambio tra l'Italia e il centro. Peraltro l'*headquarter*, la sede principale di Europa Donna, è a Milano proprio perché l'idea è partita da questa città. Questo è in sintesi il percorso. Ricordo che in ambito europeo Europa Donna è stata una delle promotrici della guida per la senologia 2016 dove viene indicato l'obiettivo per ogni Paese di dotarsi di *breast unit* a livello locale.

Mi è stato chiesto se risulti utile che Europa Donna sia una organizzazione di donne. La risposta più intuitiva è che le donne sono i soggetti primariamente coinvolti in questa malattia; peraltro, il nostro statuto stabilisce che la maggioranza delle donne, che dirigono questi gruppi di pressione e che operano all'interno dell'associazione, debbano necessariamente essere delle pazienti. Come ho già detto, detengo personalmente questo strano primato di essere la «paziente zero» dell'Istituto europeo di oncologia a Milano e mi ritengo fortunata, perché ho avuto la possibilità di rivolgermi ad uno dei centri di eccellenza di questo settore, laddove ci sono donne che non hanno la stessa facilità di accesso alle cure, il che è profondamente ingiusto. In Italia, infatti, dovremmo vederci tutte garantito lo stesso tipo di accesso alla prevenzione e alla cura, indipendentemente dalla realtà geografica di provenienza. In sintesi, la nostra è un'associa-

zione di donne innanzitutto perché le donne sono i soggetti colpiti da questa tipologia di tumore e, in secondo luogo, perché hanno esperienza diretta del percorso intrapreso, quell'esperienza che ci ha consentito di giungere qui a parlare e sostenere queste tesi affinché anche altre donne possano godere delle stesse opportunità di cui io stessa, così come tantissime altre pazienti residenti, per esempio, a Milano abbiamo potuto fruire.

COSTA. Signor Presidente, per quanto riguarda la richiesta di approfondimenti avanzata dalla senatrice Bianconi in ordine al modello tedesco, dico subito che purtroppo, non parlando una parola di tedesco, non mi è possibile avere accesso diretto alla relativa documentazione; chi di voi conosce invece il tedesco, può collegarsi direttamente al sito internet www.senonetwork.org, che è pubblico e che fornisce tutti i dettagli relativi ai centri di senologia presenti in Europa, sia quelli che si sono candidati alla certificazione – che quindi hanno chiesto di essere visitati e controllati – sia quelli che sono già certificati. Questi ultimi sono contraddistinti da un bollino verde rilasciato da Eusoma *(European society of breast cancer specialists)*, che indica che queste unità, a seguito di controlli della documentazione e di sopralluoghi effettuati da tre ispettori (un amministrativo, un medico radiologo ed un patologo), hanno ricevuto una certificazione che attesta il rispetto di tutti i criteri richiesti e nello specifico mi riferisco: ai 150 interventi annui per ogni *équipe* multidisciplinare, ai 50 interventi annui per chirurgo e alle 1000 mammografie all'anno per unità di radiologia. Se si consulta tale sito si potrà constatare che il Paese che ha più bollini verdi è la Germania e la ragione per cui in questo Paese si registra un così elevato numero di richieste di certificazione e di rilascio delle stesse è da ascriversi all'incentivo garantito congiuntamente dai *länder*.

Peraltro, questa forma di incentivo ha consentito anche una riduzione dei costi derivanti dagli effetti collaterali.

Un altro esempio a conferma di quanto osservato è quello del tumore alla prostata; ricordo che gli scozzesi furono i primi a dimostrare che nei casi di malati di tumore alla prostata operati da chirurghi con meno di 15 prostatectomie all'anno, il rischio di impotenza ed incontinenza è quasi doppio, rispetto ai pazienti operati invece da urologi con più di 70 prostatectomie all'anno. Esiste quindi un legame diretto con l'esperienza e la massa critica.

Quanto all'uso indiscriminato dei farmaci, ha ragione il Presidente ad affermare che se si somministra tutto a tutti si fanno felici soltanto le industrie farmaceutiche; ripeto, se diamo tutto a tutti, facciamo il bene di chi vende i farmaci, ma non certo quello di chi li assume. Si rende pertanto necessario investire nei laboratori di anatomia patologica, facendo in modo che vi operino elevate competenze, professionisti che sappiano bene quali *test* effettuare in modo da somministrare i farmaci solo ai pazienti con *test* positivo, a chi cioè ha il recettore per quel determinato farmaco. Quindi il superamento del problema degli sprechi avviene attraverso la selezione che passa dai laboratori di anatomia patologica ed, altresì, proseguendo l'azione, che noi percepiamo dall'esterno, ma che i Mi-

nistri della salute che si sono succeduti negli ultimi anni hanno continuato a svolgere sul versante dell'educazione continua in medicina (ECM). Su questo fronte non dobbiamo infatti mai abbassare la guardia anche perché l'ECM è obbligatoria ed i medici sono tenuti a raccogliere dei crediti di formazione, anche se, per ragioni prettamente economiche, larga parte di tale formazione è sostenuta economicamente dalle aziende farmaceutiche che, quindi, inevitabilmente tendono a dare una versione meno precisa della destinazione dei farmaci.

Tornando all'esempio del modello tedesco, occorre valutare se presso di noi abbia senso. In risposta al senatore Fosson, segnalo che sul sito dell'Eusoma vengono resi pubblici gli indicatori di qualità, che sono otto e sono ben noti a chi lavora nel nostro campo. Tanto per fare un esempio tra questi vi è la prassi di non svuotare l'ascella se la diagnosi del paziente è di tumore *in situ*, invece che di tumore infiltrato, e di non operare in mancanza di una diagnosi certa. Per ognuno di questi 8 indicatori di qualità viene indicato un *benchmark*, un obiettivo di media europea, ed ognuno è tenuto a segnalare i propri dati per poter così essere sottoposto ai controlli ai fini del rilascio della certificazione. Quindi, l'unica vera spesa che in tal caso occorre affrontare è rappresentata dalla retribuzione – peraltro in genere neanche elevata – di un addetto *manager* che settimanalmente e proprio ai fini del controllo, immette nel *computer* centrale i dati delle operazioni effettuate. Ognuno può quindi controllare il proprio andamento; io ho avuto il piacere di certificare la mia unità a Pavia e ad esempio so bene che non rientriamo ancora nei parametri previsti da tre indicatori di qualità.

Mi devo poi scusare per non essermi soffermato sulla questione dei macchinari; al riguardo, peraltro, il senatore Fosson, accennando alla situazione della Valle d'Aosta, mi ha fatto venire in mente che, essendo quella Regione sprovvista degli apparecchi per la radioterapia, rappresenta uno di quei casi prima menzionati in cui le pazienti per sottoporsi alle cure sono costrette a recarsi ad Ivrea in pullman.

FOSSON *(UDC-SVP-Aut:UV-MAIE-IS-MRE)*. Per fortuna ad Aosta questo problema è stato risolto da circa sei mesi.

COSTA. Questa è proprio una bella notizia che mi fa estremamente piacere ricevere, considerato che per anni tutti i giorni le pazienti dopo l'intervento, erano costrette a recarsi in pullman dalla Valle d'Aosta ad Ivrea per sottoporsi alle cure.

Per quanto riguarda la ricostruzione mammaria, la senatrice Rizzotti sa bene che esistono differenze tra Regione e Regione. Al riguardo, come già segnalato, il vero problema è battersi affinché il chirurgo plastico faccia parte del *team*. Credo che la senatrice Rizzotti convenga con me circa l'importanza di non separare più i due ambiti, dopo l'intervento demolitivo non si può dire alla donna di rivolgersi al professor tal de tali per la ricostruzione mammaria! È infatti necessario che quest'ultima sia programmata, perché occorre considerare che se si effettua un'incisione sba-

gliata, c'è il rischio di rendere impossibile il lavoro del chirurgo plastico. Con ciò mi avvio a rispondere anche alla domanda della senatrice Bianconi relativa alla forma giuridica delle figure mediche che operano all'interno delle unità senologiche; al riguardo sono dell'avviso che non si debba arrivare a stabilire formalmente la presenza in tali unità del chirurgo plastico senologo, ma piuttosto che in ogni gruppo vi siano uno o due chirurghi plastici, possibilmente donne – condivido in proposito quanto sottolineato dalla dottoressa D'Antona – che invece di dedicarsi esclusivamente a trattare nasi oppure lembi di ustioni, si dedichino anche alla ricostruzione del seno. In tal caso si tratterebbe quindi di una scelta organizzativa funzionale, dal momento che questi medici rimarrebbero comunque alle dipendenze del primario di chirurgia plastica, partecipando sia alla chirurgia plastica che all'attività della unità di senologia. Noi abbiamo risolto il problema proprio in questo modo e abbiamo riscontrato che le cose funzionano.

Analogo discorso può essere condotto per il chirurgo senologo. Al riguardo vi sono pro e contro. Molti ad esempio ritengono necessario prevedere espressamente la figura del chirurgo senologo, così come quella del chirurgo vascolare. Personalmente, non considero invece giusto che un giovane, dopo la laurea, scelga la specializzazione in chirurgia senologica e per tutta la vita sia tenuto a svolgere solo questo tipo di interventi. Sono un po' avanti con gli anni e quindi ho seguito tutto l'*iter*, per cui dopo cinque anni dalla chirurgia addominale sono passato a quella del collo dell'utero, e successivamente – dopo quasi 10 anni di chirurgia generale – ho scelto di dedicarmi alla chirurgia della mammella.

Ciò detto, è tuttavia importante dare un riconoscimento. Ad esempio, alcune università prevedono un *master* in senologia, per cui sulla base degli stessi criteri un chirurgo che viene dalla chirurgia generale, dalla ginecologia o dalla chirurgia plastica può decidere, ad un certo punto della sua carriera, di dedicarsi a tempo pieno alla senologia. Questa scelta va senz'altro incoraggiata, ma in tal caso il discorso è diverso, dal momento che si tratta di incoraggiare una sottospecializzazione che spesso corrisponde ad una passione del medico. Non si può essere così sicuri delle proprie scelte sin dall'inizio della carriera a 28 anni, ma è probabile che lo si sia di più a 40!

Questa è del resto l'esperienza che abbiamo maturato presso la Fondazione Maugeri di Pavia. Forse qualcuno dei presenti conosce questa fondazione, che è un istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) e che rappresenta una realtà abbastanza consolidata in Italia, con 15 sedi sul territorio nazionale. Per noi è stato più facile ottenere la certificazione europea proprio perché abbiamo costituito una unità di senologia in un contesto completamente asettico e quindi non abbiamo dovuto subire le gelosie di ginecologi o di chirurghi generali perché non ve ne erano; avendo intorno riabilitatori, è stato un colpo di fortuna. Quindi, in pratica abbiamo effettuato il percorso al contrario, nel senso che abbiamo costituito l'unità seguendo le norme della certificazione.

Non bisogna però illudersi perché questo percorso non è sempre così facile ma, al contrario, assai difficile. Infatti, le gelosie professionali, anche in senso positivo, sono molto forti. Peraltro, l'educazione dei medici non è volta al lavoro di gruppo: il medico viene educato al successo individuale; fin dalla laurea (non so cosa ne pensi al riguardo il Presidente), noi medici abbiamo l'impressione di essere stati formati a diventare professionisti di successo come individui e, quindi, per definizione non in una dimensione di gruppo. Dunque, l'accettare che vinca la squadra piuttosto che il primario rappresenta una grande rivoluzione culturale. Il problema naturalmente non riguarda solo l'Italia; anzi direi che la situazione è decisamente peggiore in altri Paesi. Si rende pertanto necessario modificare un'abitudine, e ho motivo di credere che, come già per le unità coronariche, le *stroke unit*, tale cambiamento si verificherà anche tra chi si occupa di tumore della mammella. Bisogna però lavorare affinché i medici non si sentano defraudati. Non è facile sentirsi dire che, se non si effettuano 50 interventi all'anno, si deve fare altro; anche perché, da un punto di vista meramente formale il medico potrebbe affermare che avendo una laurea in medicina e chirurgia, ha tutto il suo diritto ad eseguire anche solo due interventi all'anno. Occorrerà quindi trovare il modo per dialogare anche su questo tema.

Noi spesso ricordiamo che in altre professioni questo tipo di controllo viene esercitato. Un professore inglese al riguardo cita sempre l'esempio del pilota di un aeroplano che ai passeggeri ormai saliti a bordo dichiara di non pilotare un aereo da sei mesi, ma di aver comunque riletto il manuale. In tal caso, è evidente che tutti scenderebbero dall'aereo. Allo stesso modo come reagirebbe un paziente nel caso in cui un chirurgo ammettesse di non aver eseguito un certo tipo di intervento da sei mesi, ma assicurasse di avere riletto il manuale?

La questione dell'uso di apparecchiature tecnologicamente più avanzate, come la mammografia con tomosintesi, si ricollega forse alla domanda volta a capire come intervenire per estendere lo *screening* alle donne al di sotto dei 50 anni e al di sopra dei 70. Può darsi che la tecnologia ci aiuti a trovare strade nuove per le donne con meno di 50 anni. A mio avviso, per la fascia più giovane si pone però un problema di tecnologia perché l'attuale mammografia non permette di vedere con chiarezza l'eventuale presenza di tumori in quanto la ghiandola mammaria a quella età risulta densa e fintanto che permane il ciclo mestruale essa appare con un fondo bianco esattamente come il tumore. Per tale motivo, la mammografia per le donne al di sotto dei 50 anni di età non è così affidabile come quella per le donne tra i 50 ed i 70 anni. Sopra i 70 anni credo si ponga invece un problema di ordine sociologico, di mentalità, perché le donne di quell'età si considerano anziane e pensano che resti loro ancora poco da vivere. Tutti noi abbiamo esperienza del fatto che allo stato gli anziani non hanno ancora realizzato che la vita media è ormai di 86 anni e che quindi a 70 anni in media ne restano ancora 16 da vivere.

PRESIDENTE. Ringrazio i nostri ospiti per la competenza e la completezza delle valutazioni fornite.

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

I lavori terminano alle ore 9,20.

Licenziato per la stampa dall'Ufficio dei Resoconti

€ 1,00