



Giunte e Commissioni

**RESOCONTO STENOGRAFICO**

n. 14

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

**12<sup>a</sup> 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 REMAUTICHE CRONICHE ED ALLA SINDROME HIV

200<sup>a</sup> seduta: giovedì 14 ottobre 2010

Presidenza del presidente TOMASSINI

Ufficio dei Resoconti **BOZZE NON CORRETTE**

(Gli interventi corretti vanno restituiti entro 5 giorni alla Segreteria dell'Ufficio Resoconti - settore Commissioni - Pal. Madama, 1° piano; tel. 06-67062336/2483; fax 06-67063657)

Resoconto stenografico n. 14

12<sup>a</sup> Commissione permanente

Seduta n. 200 del 14 ottobre 2010

Sede IC0878

**INDICE**

**Audizione di esperti**

PRESIDENTE BIANCONI. (PdL) FOSSON (UDC-SVP-Aut:UV-MAIE- IS-MRE) RIZZOTTI (PdL)	COSTA D'ANTONA
--	-------------------

***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.*

Ufficio dei Resoconti **BOZZE NON CORRETTE**

(Gli interventi corretti vanno restituiti entro 5 giorni alla Segreteria dell'Ufficio Resoconti - settore Commissioni - Pal. Madama, 1° piano; tel. 06-67062336/2483; fax 06-67063657)

*Resoconto stenografico n. 14*

*12<sup>a</sup> Commissione permanente*

*Seduta n. 200 del 14 ottobre 2010*

*Sede IC0878*

*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 esperti**

*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

Ufficio dei Resoconti **BOZZE NON CORRETTE**

(Gli interventi corretti vanno restituiti entro 5 giorni alla Segreteria dell'Ufficio Resoconti - settore Commissioni - Pal. Madama, 1° piano; tel. 06-67062336/2483; fax 06-67063657)

*Resoconto stenografico n. 14*

*12<sup>a</sup> Commissione permanente*

*Seduta n. 200 del 14 ottobre 2010*

*Sede IC0878*

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.

Ufficio dei Resoconti **BOZZE NON CORRETTE**

(Gli interventi corretti vanno restituiti entro 5 giorni alla Segreteria dell'Ufficio Resoconti - settore Commissioni - Pal. Madama, 1° piano; tel. 06-67062336/2483; fax 06-67063657)

*Resoconto stenografico n. 14*

*12<sup>a</sup> Commissione permanente*

*Seduta n. 200 del 14 ottobre 2010*

*Sede IC0878*

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

Ufficio dei Resoconti **BOZZE NON CORRETTE**

(Gli interventi corretti vanno restituiti entro 5 giorni alla Segreteria dell'Ufficio Resoconti - settore Commissioni - Pal. Madama, 1° piano; tel. 06-67062336/2483; fax 06-67063657)

Resoconto stenografico n. 14

12<sup>a</sup> Commissione permanente

Seduta n. 200 del 14 ottobre 2010

Sede IC0878

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

Ufficio dei Resoconti **BOZZE NON CORRETTE**

(Gli interventi corretti vanno restituiti entro 5 giorni alla Segreteria dell'Ufficio Resoconti - settore Commissioni - Pal. Madama, 1° piano; tel. 06-67062336/2483; fax 06-67063657)

Resoconto stenografico n. 14

12<sup>a</sup> Commissione permanente

Seduta n. 200 del 14 ottobre 2010

Sede IC0878

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

Ufficio dei Resoconti **BOZZE NON CORRETTE**

(Gli interventi corretti vanno restituiti entro 5 giorni alla Segreteria dell'Ufficio Resoconti - settore Commissioni - Pal. Madama, 1° piano; tel. 06-67062336/2483; fax 06-67063657)

*Resoconto stenografico n. 14*

*12<sup>a</sup> Commissione permanente*

*Seduta n. 200 del 14 ottobre 2010*

*Sede IC0878*

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

Ufficio dei Resoconti **BOZZE NON CORRETTE**

(Gli interventi corretti vanno restituiti entro 5 giorni alla Segreteria dell'Ufficio Resoconti - settore Commissioni - Pal. Madama, 1° piano; tel. 06-67062336/2483; fax 06-67063657)

Resoconto stenografico n. 14

12<sup>a</sup> Commissione permanente

Seduta n. 200 del 14 ottobre 2010

Sede IC0878

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

Ufficio dei Resoconti **BOZZE NON CORRETTE**

(Gli interventi corretti vanno restituiti entro 5 giorni alla Segreteria dell'Ufficio Resoconti - settore Commissioni - Pal. Madama, 1° piano; tel. 06-67062336/2483; fax 06-67063657)

*Resoconto stenografico n. 14*

*12<sup>a</sup> Commissione permanente*

*Seduta n. 200 del 14 ottobre 2010*

*Sede IC0878*

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 *länder* 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

Ufficio dei Resoconti **BOZZE NON CORRETTE**

(Gli interventi corretti vanno restituiti entro 5 giorni alla Segreteria dell'Ufficio Resoconti - settore Commissioni - Pal. Madama, 1° piano; tel. 06-67062336/2483; fax 06-67063657)

*Resoconto stenografico n. 14*

*12<sup>a</sup> Commissione permanente*

*Seduta n. 200 del 14 ottobre 2010*

*Sede IC0878*

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.

Ufficio dei Resoconti **BOZZE NON CORRETTE**

(Gli interventi corretti vanno restituiti entro 5 giorni alla Segreteria dell'Ufficio Resoconti - settore Commissioni - Pal. Madama, 1° piano; tel. 06-67062336/2483; fax 06-67063657)

*Resoconto stenografico n. 14*

*12<sup>a</sup> Commissione permanente*

*Seduta n. 200 del 14 ottobre 2010*

*Sede IC0878*

*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

Ufficio dei Resoconti **BOZZE NON CORRETTE**

(Gli interventi corretti vanno restituiti entro 5 giorni alla Segreteria dell'Ufficio Resoconti - settore Commissioni - Pal. Madama, 1° piano; tel. 06-67062336/2483; fax 06-67063657)

*Resoconto stenografico n. 14*

*12<sup>a</sup> Commissione permanente*

*Seduta n. 200 del 14 ottobre 2010*

*Sede IC0878*

un così elevato numero di richieste di certificazione e di rilascio delle stesse è da ascrivere 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*

Ufficio dei Resoconti **BOZZE NON CORRETTE**

(Gli interventi corretti vanno restituiti entro 5 giorni alla Segreteria dell'Ufficio Resoconti - settore Commissioni - Pal. Madama, 1° piano; tel. 06-67062336/2483; fax 06-67063657)

*Resoconto stenografico n. 14*

*12<sup>a</sup> Commissione permanente*

*Seduta n. 200 del 14 ottobre 2010*

*Sede IC0878*

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 Ministri 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

Ufficio dei Resoconti **BOZZE NON CORRETTE**

(Gli interventi corretti vanno restituiti entro 5 giorni alla Segreteria dell'Ufficio Resoconti - settore Commissioni - Pal. Madama, 1° piano; tel. 06-67062336/2483; fax 06-67063657)

*Resoconto stenografico n. 14*

*12<sup>a</sup> Commissione permanente*

*Seduta n. 200 del 14 ottobre 2010*

*Sede IC0878*

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.

Ufficio dei Resoconti **BOZZE NON CORRETTE**

(Gli interventi corretti vanno restituiti entro 5 giorni alla Segreteria dell'Ufficio Resoconti - settore Commissioni - Pal. Madama, 1° piano; tel. 06-67062336/2483; fax 06-67063657)

*Resoconto stenografico n. 14*

*12<sup>a</sup> Commissione permanente*

*Seduta n. 200 del 14 ottobre 2010*

*Sede IC0878*

*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 demolitivi 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 sbagliata, 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

Ufficio dei Resoconti **BOZZE NON CORRETTE**

(Gli interventi corretti vanno restituiti entro 5 giorni alla Segreteria dell'Ufficio Resoconti - settore Commissioni - Pal. Madama, 1° piano; tel. 06-67062336/2483; fax 06-67063657)

*Resoconto stenografico n. 14*

*12<sup>a</sup> Commissione permanente*

*Seduta n. 200 del 14 ottobre 2010*

*Sede IC0878*

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

Ufficio dei Resoconti **BOZZE NON CORRETTE**

(Gli interventi corretti vanno restituiti entro 5 giorni alla Segreteria dell'Ufficio Resoconti - settore Commissioni - Pal. Madama, 1° piano; tel. 06-67062336/2483; fax 06-67063657)

*Resoconto stenografico n. 14*

*12<sup>a</sup> Commissione permanente*

*Seduta n. 200 del 14 ottobre 2010*

*Sede IC0878*

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

Ufficio dei Resoconti **BOZZE NON CORRETTE**

(Gli interventi corretti vanno restituiti entro 5 giorni alla Segreteria dell'Ufficio Resoconti - settore Commissioni - Pal. Madama, 1° piano; tel. 06-67062336/2483; fax 06-67063657)

*Resoconto stenografico n. 14*

*12<sup>a</sup> Commissione permanente*

*Seduta n. 200 del 14 ottobre 2010*

*Sede IC0878*

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

Ufficio dei Resoconti **BOZZE NON CORRETTE**

(Gli interventi corretti vanno restituiti entro 5 giorni alla Segreteria dell'Ufficio Resoconti - settore Commissioni - Pal. Madama, 1° piano; tel. 06-67062336/2483; fax 06-67063657)

*Resoconto stenografico n. 14*

*12<sup>a</sup> Commissione permanente*

*Seduta n. 200 del 14 ottobre 2010*

*Sede IC0878*

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

Ufficio dei Resoconti **BOZZE NON CORRETTE**

(Gli interventi corretti vanno restituiti entro 5 giorni alla Segreteria dell'Ufficio Resoconti - settore Commissioni - Pal. Madama, 1° piano; tel. 06-67062336/2483; fax 06-67063657)

*Resoconto stenografico n. 14*

*12<sup>a</sup> Commissione permanente*

*Seduta n. 200 del 14 ottobre 2010*

*Sede IC0878*

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.