

GIUNTA REGIONALE DEL LAZIO
oo

03 MAG. 2002

ESTRATTO DAL PROCESSO VERBALE DELLA SEDUTA DEL _____

=====

ADDI' 03 MAG. 2002
COLOMBO, 212 - ROMA, SI E' RIUNTA LA GIUNTA REGIONALE, COSI' COSTITUITA:

NELLA SEDE DELLA REGIONE LAZIO, IN VIA CRISTOFORO

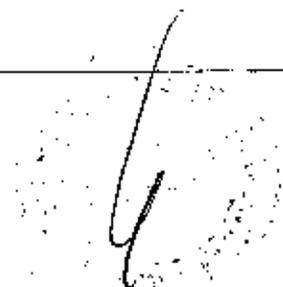
STORACE	Francesco	Presidente	GARGANO	Giulio	Assessore
SIMEONI	Giorgio	Vice Presidente	IANNARILLI	Antonello	"
ARACRI	Francesco	Assessore	ROBILOTTA	Donato	"
AUGELLO	Andrea	"	SAPONARO	Francesco	"
CLAFAMELLETTI	Luigi	"	SARACENI	Vincenzo Maria	"
DIONISI	Armando	"	VERZASCHI	Marco	"
FORMISANO	Anna Teresa	"			

ASSISTE IL SEGRETARIO Dott. Adolfo Papi.
.....OMISSIS

ASSENTI: SAPONARO

DELIBERAZIONE N° -569-

OGGETTO: Presa d'atto del progetto della Lega Tumori di Roma relativo a: "La prevenzione dei Tumori nel Lazio: la dimensione del problema e l'azione da compiere".



562 = 3 MAR. 2002

W

OGGETTO. presa d'atto del progetto della Lega Tumori di Roma relativo a "La Prevenzione dei Tumori nel Lazio: la dimensione del problema e l'azione da compiere".

LA GIUNTA REGIONALE

SU PROPOSTA dell'Assessore alla Sanità

VISTA la Delibera di Giunta regionale n. 2039 del 21 dicembre 2001 relativa a "Piano di interventi nel settore oncologico", con la quale, tra l'altro, è stato approvato il programma di screening per la diagnosi precoce dei tumori della mammella;

VISTA la nota del Presidente dell'Associazione Lega Tumori di Roma con la quale dichiara la propria disponibilità ad attivare rapporti di collaborazione con la Regione Lazio;

VISTO il progetto allegato alla nota succitata relativo a "La Prevenzione dei Tumori nel Lazio: la dimensione del problema e l'azione da compiere", per la esecuzione dello screening dei tumori della mammella nel territorio di Rieti;

RILEVATO che il progetto costituisce un'importante opportunità di integrazione orizzontale dell'Associazione Lega Tumori di Roma con il SSR e con le disposizioni di cui alla DGR 2039;

RITENUTO, pertanto, di prendere atto del progetto, che costituisce parte integrante della presente deliberazione, e di rinviare a successivi provvedimenti:

- l'impegno di spesa in relazione ai costi del progetto come quantificati dalla Lega Tumori di Roma;
- le modalità di integrazione e di raccordo del progetto in questione con il programma di screening approvato con DGR 2039;
- l'approvazione della bozza di convenzione tra la Regione Lazio e l'Associazione

All'unanimità

06 MAR 2002

DELIBERA

Per le motivazioni di cui in premessa che si intendono integralmente richiamate

➤ Di prendere atto del progetto dell'Associazione senza scopi di lucro Lega Tumori di Roma concernente "La Prevenzione dei Tumori nel Lazio: la dimensione del problema e l'azione da compiere", allegato che è parte integrante della presente deliberazione.

➤ Di rinviare a successivi provvedimenti:

- l'impegno di spesa in relazione ai costi del progetto come quantificati dalla Lega Tumori di Roma;
- le modalità di integrazione e di raccordo del progetto in questione con il programma di screening approvato con DGR 2039;
- l'approvazione della bozza di convenzione tra la Regione Lazio e l'Associazione

IL PRESIDENTE: F.to Francesco STORACE

IL SEGRETARIO: F.to Dott. Adolfo Papi





Lega Tumori di Roma

Associazione senza scopi di lucro

ALLEG. alla DELIB. N. 569
DEL 14 MARZO 2002

La Prevenzione dei Tumori nel Lazio:

la dimensione del problema e l'azione da compiere.

Programma proposto alla Regione Lazio
dalla Lega Tumori di Roma

Presidente :

Prof. Giuliano Quintarelli

Vice Presidente:

Prof. Edmondo Terzoli

Il presente allegato è
costituito da 12 (sedici) pagine

p.c.c.

00100 (02.05.02)





Premessa

Dagli ultimi dati ISTAT (1998) risultano essere circa 156.220 i decessi per cancro in Italia, e a tutt'oggi non è stata ancora impostata una politica di informazione sanitaria mirata alla prevenzione oncologica ed estesa alla comunità. Delle oltre 100 forme neoplastiche più frequenti, tutte si manifestano con una caratteristica comune: l'insorgenza soggettivamente inavvertibile e la tendenza a diffondersi nell'organismo.

Pertanto, se la loro crescita non è fermata in tempo utile, nonostante i notevoli miglioramenti nelle terapie, l'evento finale è l'exitus.

Oltre al polmone, sono 4 gli organi che richiedono la massima attenzione: il seno, l'utero ed annessi, il colon-retto e la prostata.

Si propone qui lo studio del cancro alla mammella perché nella donna è quello più frequente e tra i più facilmente controllabili da un punto di vista diagnostico. Dopo il polmone, nessun altro cancro è stato oggetto di un numero così esteso di ricerche e di studi come il tumore al seno.

Nel nostro Paese, l'incidenza delle neoplasie mammarie è in aumento, sia in relazione al prolungamento medio della vita, sia per il fatto che più mammografie vengono eseguite e, quindi, più tumori vengono scoperti, ed infine a fattori legati all'attuale modello socio-economico ed agli stili di vita.

Che questa sia la attuale realtà lo dimostrano una serie di recentissimi dati, elaborati da fonte ISTAT, riguardanti non solo l'Italia ma anche la Regione Lazio, prendendo in considerazione due trienni 1984/86 - 1996/98 (vedi accanto allegate tabelle n. 1 e 2).



TAB. N. 1

<i>Mortalità per tumore al seno (valori assoluti)</i>			<i>Differenza %.</i>
	1984/86	1996/98	
Regione Lazio	489	1.011	+ 106.7
Italia	6.046	11.249	+ 86.5

(Elaborazione dati ISTAT)

TAB. N.2

<i>Mortalità per tumore al seno (tasso per 100 mila abitanti)</i>			<i>Differenza %.</i>
	1984/86	1996/98	
Regione Lazio	33.0	37.4	+ 13.3
Italia	34.1	38.0	+ 11.4

(Elaborazione dati ISTAT)

Questi dati statistici, gli ultimi oggi disponibili, differiscono in misura notevole dai recenti risultati pubblicati su "Lancet" ed ottenuti dal gruppo di lavoro inglese della Oxford University, per quanto attiene alla mortalità dovuta a cancro mammario in Gran Bretagna e negli Stati Uniti (1).



Lega Tumori di Roma

Associazione senza scopi di lucro

In entrambi questi Paesi si è registrata una netta diminuzione di mortalità toccando percentuali altissime: fino al 25%.

Una riduzione così considerevole dei decessi è esclusivamente dovuta a 2 fattori chiave:

1. *Notevole precocità della diagnosi.*
2. *Conseguenti, valide, forme terapeutiche.*

I risultati ottenuti dagli scienziati inglesi dimostrano quanto sia necessario potenziare i programmi di prevenzione seguendo quei protocolli che costituiscono i più alti livelli di efficacia.



Lega Tumori di Roma

Associazione senza scopi di lucro

SCOPO DELLA RICERCA

Da quanto sopra esposto, la Lega Tumori di Roma sottopone alla valutazione dei responsabili dell'Istituzione Regionale uno studio diagnostico-clinico a favore della donna, inerente il tumore alla mammella.

A questo specifico proposito abbiamo voluto innanzitutto conoscere le differenze di mortalità esistenti nelle ultime 2 decadi per tutte e 5 le Province del Lazio, prendendo in considerazione il triennio 1984/86 rispetto al 1996/98.

Le tabelle qui accluse, riportano un aumento dei decessi, sia in riferimento ai valori assoluti, che per quanto riguarda il tasso per 100 mila abitanti

Da questi dati statistici si deduce chiaramente la totale assenza di programmi di prevenzione che avrebbero consentito di ridurre la mortalità, per cui la assoluta necessità di impostare metodologie di screenings che favoriscano non solo una diminuzione della mortalità ma che riducano, nel contempo, oneri di spesa che gravano ovviamente sul sistema sanitario nazionale.

(Vedi tabelle n.3. e 4).



TAB.N.3

	Mortalità per tumori del seno (valori assoluti)		Differenza %
	1984/86	1996/98	
Viterbo	43	52	20.9
Rieti	22	25	13.6
Roma	695	798	14.8
Latina	51	74	45
Frosinone	49	61	24.5

(Elaborazione dati ISTAT)

TAB. N.4

	Mortalità per tumori del seno (tasso per 100 mila abitanti)		Differenza %
	1984/86	1996/98	
Viterbo	31,1	35,0	12.8
Rieti	30,3	32,4	7
Roma	36,1	40,5	12.1
Latina	22,4	28,9	29
Frosinone	20,7	24,3	17.3

(Elaborazione dati ISTAT)



Un programma di prevenzione oncologica utilizza come metodologia, oggi universalmente accettata, il sistema di "screening", cioè una modalità di indagine che prende in considerazione la persona sana, che non presenti, quindi, alcuna sintomatologia. Diverso invece è il concetto di diagnosi precoce, che cerca di scoprire la causa (o le cause) di una sintomatologia già in atto.

Per consentire ai responsabili della Regione di giungere ad una decisione ponderata inerente la scelta del programma di prevenzione da proporre alla comunità, crediamo sia necessario conoscere la popolazione media delle 5 Province, la suddivisione tra maschi e femmine, ed infine scegliere quella Provincia con il numero di popolazione più ridotto per consentire uno studio più veloce e, di conseguenza, un più snello accertamento statistico (Tab.n.5).

TAB. N. 5

Popolazione media 1996-1998.

	Viterbo	Rieti	Roma	Latina	Frosinone	Lazio	Italia
maschi	142.138	73.485	1.820.200	247.839	240.958	2.524.620	27.912.162
femmine	148.695	77.097	1.972.156	256.142	250.772	2.704.861	29.586.884
totale	290.833	150.582	3.792.356	503.981	491.730	5.229.481	57.499.046

(Elaborazione dati ISTAT)



Dalla tabella n.5 si rileva che tra tutte e 5 le Province, quella a popolazione femminile più ridotta, è quella di Rieti, formata da 23 Comuni (vedi tabella n. 6), composta da una popolazione di 77.097 donne. Se la scelta cadesse su questa Provincia, qualora si prendessero in considerazione soggetti di un'età variabile dai 45 ai 70 anni, il loro numero non supererebbe le 35.000 unità. A questo proposito numerose indagini epidemiologiche condotte su popolazioni numericamente definite, cui si richiede un'attiva partecipazione a determinate ricerche, ottenere una adesione del 40% sul numero originale di persone, sarebbe comunque considerata statisticamente valida. *Nel caso della Provincia di Rieti, il 40% di 35.000 donne in età di accertamenti diagnostici, non supererebbe i 14.000 casi (vedi il numero dei Comuni del Reatino Tab.n.6).*

TAB. N. 6

Comuni della Provincia di Rieti

Amatrice	Magliano Sabina
Antrdoco	Mompeo
Borbona	Monte S.Giovanni in Sabina
Borgo Velino	Montopoli di Sabina
Borgorose	Poggio Mirteto
Castelnuovo di Farfa	Poggio Moiano
Cittaducale	Rieti
Colle di Tora	Salisano
Contigliano	Torricella in Sabina
Fara in Sabina	Vacone
Greccio	Varco Sabino
Leonessa	



IL PROGRAMMA DI SCREENING

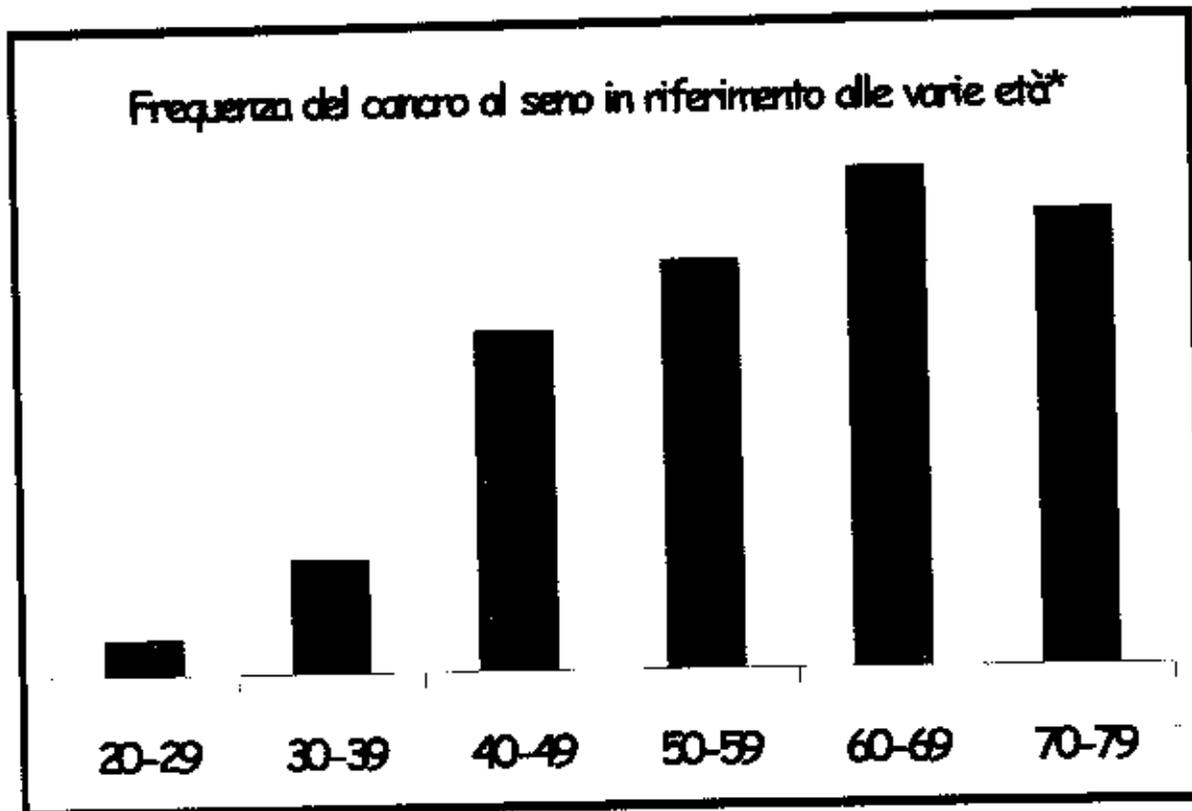
La Lega Tumori di Roma segue da anni i protocolli dello screening contro il cancro del seno, così come suggerito dal National Cancer Institute di Washington, dalla American Cancer Society, e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Si devono quindi prendere in considerazione una serie di parametri e di informazioni che consentano di stabilire a seguito di una accurata anamnesi:

1. la familiarità, come elemento di rischio di contrarre un tumore al seno. Cioè stabilire se in famiglia vi è stato un consanguineo che abbia contratto un cancro alla mammella, ragion per cui quella paziente è considerata "a rischio" e, pertanto, dovrà essere controllata periodicamente e più frequentemente al fine di cogliere in tempo utile l'eventuale insorgenza di una forma neoplastica;
2. Ancor più fondamentale è stabilire l'indice di rischio per quelle donne che hanno avuto 2 consanguinei colpiti dalla noxa, *in quanto questi soggetti hanno una probabilità di contrarre un cancro in una percentuale non inferiore al 60/70% entro i 60 anni di età;*
3. Sono ulteriormente a rischio le donne che abbiano avuto un menarca precoce e una menopausa tardiva;
4. Ed anche la donna che non ha avuto figli, o che li abbia avuti dopo il trentacinquesimo anno di età;
5. attualmente è sotto intenso studio la correlazione tra aborto e rischio di cancro al seno (2);
6. Anche il consumo di alcool, come bevanda alcolica utilizzata giornalmente può essere correlata con un certo rischio di tumore al seno. L'eccesso di alcool rappresenterebbe un elemento di rischio per un aumento della circolazione di estrogeni nel sangue;(3)
7. Anche alcuni pesticidi, come ad esempio il DDT, sono attentamente studiati perché non pochi di essi esplicano azione simil-estrogeniche. Queste sostanze sono chiamate xero-estrogeni il cui effetto è quello di aumentare la quota ormonale estrogenica della donna. Questa serie di ricerche è tuttora in corso (4 e 5);
8. È a "rischio" quella donna che abbia subito interventi per tumori benigni ed in modo particolare con diagnosi istologica di "iperplasia atipica", questa ultima considerata borderline con un carcinoma iniziale (6);
9. E' a "rischio" la donna obesa;



10. Poiché il trascorrere degli anni crea i presupposti per un aumento dell'incidenza tumorale, sono perciò a rischio le donne di media e tarda età, e le cui differenze sono chiaramente espresse dalla seguente tabella (tab. n° 7)

TABELLA N. 7



**Questi dati rappresentano una estesa campionatura di donne ed estrapolata dal programma SEER (Surveillance, Epidemiology, and End Results del National Cancer Institute, N.I.H., USA) (7).*

Per capire quanto importante sia l'età della donna in riferimento al rischio di contrarre un cancro al seno, la seguente tabella è estremamente indicativa in quanto pone in evidenza la frequenza con cui un tumore si manifesta dipendentemente dall'età. Ad esempio, la possibilità che una donna di 30 anni contragga un cancro al seno è di una su 2.505. Ma già 10 anni dopo, a 40 anni, vi è già un enorme differenza rispetto all'età precedente, per cui una donna su 217 ne sarà affetta. (vedi tab.n.8).



TABELLA N.8

ETA'	NUMERO DEI CASI
30	2.505
35	627
40	217
45	93
50	50
55	33
60	24
65	17
70	14

Da: Fisher B. C.K. Osborne, R.G. Margolese, and W.D. Bloomer: Neoplasms of the Breast, pag.2376 in:

Cancer Medicine, Williams & Wilkins 1997 (8)

Da quanto sopra esposto si intuisce chiaramente quanto fondamentale sia l'anamnesi e la storia familiare della paziente nel condurre lo screening contro il cancro alla mammella.

Si comprende perciò come la semplice mammografia non sia affatto sufficiente ad affrontare, con cognizione di causa, tutte le variabili esistenti nel comprendere e nel classificare, per ogni donna esaminata, una patologia così complessa come il tumore al seno.

Rientra nel capitolo dello screening la visita senologica, in quanto rappresenta una parte essenziale nella diagnosi precoce del cancro della mammella.

A questo proposito è noto che il seno nella donna fertile subisce notevoli variazioni di consistenza dipendentemente dal periodo del ciclo mestruale, sia che si trovi nella fase pre-ovulatoria che in quella post-ovulatoria. Nella donna in menopausa in particolare, è importante la visita senologica in quanto la minore consistenza del tessuto mammario, non più sollecitato dall'attività ormonale, consente più facilmente di avvertire aree di indurimento o di nodulosità.



Solo dopo una attenta palpazione dei quattro quadranti si può procedere alla diagnostica per immagini consistente nella mammografia, e/o ecografia, ed oggi anche con la RMN (Risonanza Magnetica Nucleare).

Queste sono le varie modalità mediante le quali si esegue il corretto screening contro il cancro della mammella.

Attualmente, seguendo gli studi più recenti, le statistiche più aggiornate dimostrano che se un tumore è scoperto nelle fasi iniziali, applicando quindi il concetto della diagnosi precoce, l'indice di sopravvivenza a cinque anni, è altissimo (vedi tabella n°9).

TABELLA N° 9

Rapporto tra la dimensione di un tumore al seno e gli indici di sopravvivenza a 5 anni in pazienti portatrici di neoplasia localizzata, senza coinvolgimento linfonodale.

Diametro (cm)	Sopravvivenza
< 0,5	99,2
0,5 - 0,9	98,3
1,0 - 1,9	90,6
2,0 - 2,9	92,3
3,0 - 3,9	86,2

Da: Fisher B. C.K. Osborne, R.G. Margoless, and W.D. Bloomer:
Neoplasms of the Breast,
in: Cancer Medicine, Williams & Wilkins 1997 (9)



BIBLIOGRAFIA

1. R. Peto, J. Boreham, M. Clarke, C. Davies, V. Beral.
UK and USA breast cancer deaths down 25% in year 2000 at ages 20-69 years.
Lancet 2000, 355, 1822
2. Rokus M.A., Van Leewen FE.;
Induced abortion and risk for breast cancer. JNCI 88, , 1759-764 1996.
3. Longnecker M.P.
Alcoholic beverage consumption in relation to risk of breast cancer: meta-analysis and review.
Cancer causes and control. 5: 73-82, 1994
4. Krieger N.; Wolff MS, Hiatt R.A., Rivera M. et al.
Breast cancer and serum organochlorines: a prospective study among white, black and Asian Women.
JNCI 86: 589-599, 1994.
5. Savitz D.,
Breast cancer and serum organochlorines a prospective study among white, black and Asian Women (Letter). JNCI 86: 1255, 1994.
6. Hunter D.J., Spiegelman D., Adami H-O, Beeson L. et al.
Cohort studies of fact intake and the risk of breast cancer: a pooled analysis.
NEJM 334, 356-361, 1996.
7. SEER (Surveillance, Epidemiology and End Results del Nationale Cancer Institute, N.I.H., USA 1999)
8. Fisher B. C.K. Osborne, R.G. Margolese, and W.D. Bloomer:
Neoplasm of the Breast, pag. 2376 in:
Cancer Medicine, Williams & Wilkins 1997
9. Fisher B. C.K. Osborne, R.G. Margolese, and W.D. Bloomer:
Neoplasm of the Breast, in:
Cancer Medicine, Williams & Wilkins 1997



MODALITA' DELLA RICERCA

1. Lettere di invito;
2. Registrazione dei casi;
3. Differenziazione dei soggetti in esame in relazione alle caratteristiche anamnestiche delle pazienti;
4. Informatizzazione dei dati;
5. Statistica delle patologie riscontrate.



Lettera di incarico alla Lega Tumori di Roma

MODALITA' DELLA RICERCA

1. Progettazione del programma
2. Gestione del programma
3. Studio di fattibilità

a) Lettere di invio al Presidente della Provincia di Rieti ed ai Sindaci dei 23 Comuni indicando Loro che la Regione Lazio propone un accurato studio di prevenzione (screening) contro il cancro della mammella.

b) Annuncio con conferenza stampa del Presidente della Provincia di Rieti (?)

Una volta ottenuta l'approvazione degli organi competenti:

c) ottenere i dati anagrafici dei soggetti da esaminare a partire dai 40 ai 70 anni.

d) Poiché i 4 Ospedali della Provincia di Rieti, di cui uno psichiatrico, sono oberati di lavoro, dovremmo rivolgerci anche ai medici di famiglia che saranno aggiornati con brevi corsi di aggiornamento sulle modalità mediante le quali condurre lo screening oncologico.

e) Sensibilizzare la comunità femminile mediante pubblicità di vario tipo (affissioni, radio e televisioni locali) relativa al programma da svolgere, anche con conferenze illustrative da condursi nei vari Comuni. E' assolutamente essenziale un'organizzazione dei sistemi informatici senza i quali non si potrebbero ottenere i dati epidemiologici e statistici fondamentali per capire "l'andamento" sul territorio di questo tipo di tumore.

Comitato Direttivo

Giovanni A. Benedetti
Giuseppe D'Ermo
Jacqueline Baubli De Laurentis
Loreta De Laurentis Nisi
Paola Ettore
Melino Pillitteri
Giuliano Quintarelli
Samaritana Rattazzi
Edmondo Terzoli

Revisori dei Conti

Alfonso Carolenuto
Pierluigi Cimarelli
Luig. De Marco



Lega Tumori di Roma Associazione senza scopi di lucro

- f) Preparare le lettere di invito alle donne spiegando loro in che consiste lo screening e le modalità mediante le quali viene eseguito. A questo proposito è imprescindibile una accurata anamnesi seguita da una visita senologica.

La Mammografia

La Lega Tumori di Roma si fa carico di eseguire l'indagine mammografia per ogni comune della Provincia affittando mezzi mobili su cui vengono posizionati dei mammografi, e dotati del tecnico per l'esecuzione della mammografia. In questo specifico caso l'iter lavorativo consiste in:

- Mezzo mobile;
- Autisti;
- Apparecchio radiologico;
- Esecuzione della radiografia;
- Sviluppo lastre;
- Referto del radiologo.

Sulla base dei risultati ottenuti, evidenziazione delle patologie riscontrate ed invio al medico curante ed alla paziente dei dati.

- g) Elaborazione ed archiviazione dei risultati ed identificazione degli eventi successivi.
- h) Qualora si riscontrassero delle patologie benigne e/o maligne, sarà compito del medico di famiglia indicare le soluzioni più opportune.

Comitato Direttivo

Giovanni A. Benedetti
Giuseppe D'Ermo
Jacqueline Baudit De Laurentis
Loretta De Laurentis Nisi
Paolo Ulloa
Melino Filitteri
Giuliana Quintarelli
Santantana Rattazzi
Edmondo Terzoli

Revisori dei Conti

Alfonso Carotenuto
Pierluigi Cimarelli
Luigi Del Manno

