

LE MALATTIE DELLE DONNE TRA VECCHI PREGIUDIZI E NUOVE EVIDENZE

IL CORPO SESSUATO

9. TUMORE AL SENO:

UNA BATTAGLIA A TUTTO CAMPO CONTRO IL PREGIUDIZIO

La medicina oncologica al femminile quali pregiudizi nasconde?
Quali sono le cifre del tumore mammario?
Cosa mettiamo dentro la grande pentola dei fattori ambientali?
Cosa si può dire della prevenzione?

10. NOBILTÀ E MISERIA DELL'UTERO:

IMPARIAMO A DARE IL GIUSTO PESO A QUESTO ORGANO

L'utero serve solo per la riproduzione?
L'isterectomia è una pratica molto diffusa?
È un intervento innocuo?
Esiste una prevenzione delle patologie dell'utero che non sia solo la diagnosi precoce?

11. SESSO A RISCHIO: LA PREVENZIONE DELL'AIDS

In Italia quali sono i dati?
Quali donne sono "categoria a rischio"?
Quanta parte hanno i fattori psico-sociali nei comportamenti a rischio assunti dalle donne?

12. CHI HA PAURA DELLA MENOPAUSA?

IL LUNGO VIAGGIO DELLA DONNA TRA MOLTI PREGIUDIZI E POCHE CERTEZZE

Cos'è realmente la menopausa?
Le patologie attribuite alla menopausa sono una realtà o un pregiudizio?
Cosa bisogna fare in menopausa?
Qual è il percorso medico da seguire con le donne in menopausa?

TUMORE AL SENO: UNA BATTAGLIA A TUTTO CAMPO CONTRO IL PREGIUDIZIO

169

La medicina oncologica al femminile quali pregiudizi nasconde?

Questa medicina non prescinde dalla cultura oggi prodotta, dai comportamenti sociali e dai condizionamenti inconsapevoli. Ad una attenta analisi su *come* abbiamo finora impostato la prevenzione, la ricerca delle cause e la terapia in senologia si evince il condizionamento di genere: esiste una preponderante visione biologica - intimista e internalizzata - poco correlata con le dinamiche relazionali esterne.

Pur non essendo tuttora chiara l'eziopatogenesi dei tumori al seno, si punta infatti sulla fisiologia ormonale, sul valore della fase riproduttiva, sulla menopausa, sulle variabilità 'umorali' seriche (estrogeni, androgeni) e su quelle psichiche ad essa legate (passioni ed emozioni), avulse dal *senso* che le donne attribuiscono alle loro relazioni e al quotidiano lavoro di cura e di produzione.

Come la società, così la medicina non ci permette ancora di far scendere in terra le donne-pazienti integrando i loro gesti quotidiani, la loro biografia terrena nella loro biologia proiettandole sulla scena del mondo ancora come s-oggetti tabù: donne creatrici e mortifere, grandi madri e potenti matrigne, oggetti d'attrazione e di rifiuto. E le donne - pur facendo grossi passi per esserci concretamente - sono ancora prigioniere del sogno... e spesso in-pazienti.

Quali sono le cifre del tumore mammario?

In Italia ci sono all'incirca 400.000 donne che vivono dopo essere state curate per un tumore mammario (TM). Ogni anno 40.000 donne si sentono formulare questa diagnosi: 10.000 hanno una età inferiore ai 50 anni, 15.000 un'età tra i 50 ed i 70, le restanti un'età più avanzata. In termini più comprensibili possiamo pensare che (grosso modo e in eccesso) 10 su 100 di noi si ammaleranno nel corso della loro vita di tumore al seno (tasso di incidenza cumulativo 10%); 2-3 di noi si ammaleranno prima dei 50 anni; 7-8 di noi dopo i 50. Come per tutti i tumori epiteliali, l'incidenza del TM aumenta con l'età. La curva va in salita esponenziale fino ai 50 anni, poi si prende una pausa... nella età meno - pausale e torna a risalire lentamente con l'andare degli anni.

Si è data finora molta importanza a questa pausa nella curva dell'incidenza che coincide con lo sbilanciamento dei nostri ormoni, per dare credito ai fattori di rischio ormonali, ma ora il setacciamento della popolazione (*screening*), per trovare tumori in stato iniziale, ci dimostra che i tumori non palpabili sono già in atto in età fertile. In linea di massima il tumore è meno presente nelle età giovanili dove risulta più aggressivo, più frequente e più lento invece nelle età più avanzate. In entrambe le situazioni in molti casi le cure risultano efficaci: infatti mediamente 70 donne su 100 vivono dopo la diagnosi e le cure per questa malattia e non muoiono per questa ragione: molte non hanno più alcun problema fisico, altre devono ricorrere a cure episodiche o durature per la presenza di recidive o metastasi. Nella maggior parte dei casi, rispetto a questa esperienza, la qualità di vita - una volta affrontato il periodo delle cure - risulta buona e intensa.

Grazie alla diagnosi precoce, alle terapie combinate (chirurgia-radio-chemio ed ormonoterapia) e al corredo di rinforzo con approcci complementari, la prognosi è andata migliorando, soprattutto per le donne del Nord. La disuguaglianza dell'aspettativa di vita tra Nord e Sud del Paese passa dal Sistema sanitario, che è ancora deficitario al Sud per ragioni economiche, culturali e organizzative. A favore del Sud c'è che le donne... si ammalano meno di TM!

Che cosa si può dire della prevenzione?

Nel campo dei tumori si usa il termine prevenzione senza specificare se è primaria, secondaria o terziaria. La prevenzione primaria va alla ricerca delle cause di insorgenza del tumore e cerca di eliminarle; la prevenzione secondaria vuole trovare tumori piccoli in stadio ancora non svelato dai sintomi e va intesa come diagnostica precoce (medicina predittiva); la terziaria cerca di anticipare gli esiti della malattia (medicina riabilitativa).

La prevenzione primaria è ancora nella fase dell'osservazione epidemiologica.

Franco Berrino con i suoi collaboratori, un gruppo di epidemiologi che ha sempre lavorato con passione, etica, professionalità per trovare i nessi tra le varie cause ipotizzate del tumore al seno, sostiene che: *“molti fattori di rischio noti per il carcinoma mammario non sono altro che variabili associate a una o più costellazioni causali la cui natura ci sfugge. Più che fattori sono indicatori di rischio e non vi è da attendersi che la loro modificazione porti necessariamente a modifiche dell'incidenza”*.

Con queste premesse... la ricerca dei fattori di rischio si è focalizzata soprattutto sulla teoria ormono - centrica! Un fattore diventa possibile causa di malattia se presenta un rischio relativo (RR) di circa 10. Per il TM c'è solo un RR superiore a 10 e si riscontra nelle donne che hanno ereditato specifiche mutazioni geniche.

Al momento attuale sappiamo che il rischio genetico si trova nel 5% delle donne che si ammalano di TM; probabilmente sono quelle donne in cui il TM insorge in età giovanile, magari in tutti e due i seni, in una famiglia che registra nelle sue generazioni un'alta frequenza di donne con tumore al seno.

E tutte le altre? Perché si ammalano?

La FONCAM (Forza Operativa Nazionale del Cancro della Mammella del CNR) che dà le linee guida al Paese fornisce questo elenco di possibili indicatori.

- *Indicatori demografici e sociologici*: età; popolazioni occidentali ricche; classi socioculturali agiate; migrazione in paesi ricchi in età prepubere o puberale.
- *Fattori costituzionali, fisiologici e riproduttivi*: famiglie ad alto rischio; elevato peso alla nascita; menarca precoce; statura elevata; nulliparità; primigravidanza tardiva; età ai figli successivi; mancanza di latte o allattamento breve; età alla menopausa; obesità o sovrappeso in menopausa; elevati livelli sierici di testosterone e di estradiolo e bassi livelli di SHBG in menopausa; la gravidanza aumenta il rischio per alcuni anni ma poi prevale l'effetto preventivo.
- *Fattori ambientali*: radiazioni ionizzanti (specie in età prepubere o puberale); terapie ormonali per la menopausa; contraccettivi orali; dieta ricca (specie in età prepubere o puberale); scarsa attività fisica (specie in età giovane); consumo di alcool; dieta povera di frutta, verdura e fitoestrogeni.

Questo è un elenco molto succinto, che cosa si può dire di più specifico per il tumore alla mammella riguardo ai fattori ambientali?

I fattori ambientali si dimostrano indicatori importanti di rischio. Analizzando meglio l'incidenza del TM per aree geografiche si osserva che il numero di nuovi tumori insorti in un anno è più alto nei paesi più sviluppati (vedi il Nord America e l'Europa occidentale) ed è 10 volte più bassa nei paesi del cosiddetto terzo mondo.

L'Italia presenta una incidenza inferiore alla media dei paesi sviluppati, ma le donne si ammalano nel corso della vita di più nel Nord (7-8 per 100) e meno nel Sud (5-6 per 100). Il fenomeno migratorio ci conferma l'importanza dei fattori ambientali nello sviluppo del TM: le donne che provengono da paesi, in cui l'incidenza di TM è bassa, emigrate giovani nei paesi ad alto rischio, si ammalano di TM con la stessa incidenza delle donne dei paesi in cui si sono stabilite.

Ma che cosa mettiamo dentro la grande pentola dei fattori ambientali?

Sempre Berrino e collaboratori precisano che i fattori ambientali sono da intendersi come fattori fisici, economici, culturali e psichici. Questa visione omnicomprensiva si perde tuttavia nella ricerca analitica.

Ci sono studi sulle cause fisiche che dimostrano una maggior incidenza di TM in donne:

- giovani che sono state esposte a radiazioni ionizzanti nel periodo della pubertà. Nelle giapponesi, che avevano meno di dieci anni al momento dello scoppio della bomba atomica, si è osservata nel corso della loro vita una incidenza 4-5 volte maggiore di TM rispetto alle donne adulte esposte alle stesse radiazioni;
- lavoratrici a contatto con sostanze chimiche, come gli idrocarburi aromatici policiclici (es. il benzopirene, che si trova nel catrame di carbon fossile e che ha creato tanti cancro della pelle negli spazzacamini), i n-nitroso composti e le ammine eterocicliche, pesticidi e diserbanti.
- lavoratrici in ambienti esposti ai *campi elettromagnetici*.

E che cosa possiamo dire sugli stili di vita?

Gli studi sulla alimentazione e il movimento sono estensibili a molte altre patologie (ad es. a quelle cardiovascolari) che coinvolgono ambedue i generi. Ma in questo caso gli studi sull'alimentazione vengono ricondotti alla teoria ormono centrica.

Questa teoria ci dice che i principali ormoni coinvolti nel rischio di TM, direttamente o attraverso la loro aromatizzazione in estrogeni, sono gli androgeni. Oggi anche l'insulina sarebbe coinvolta nel gioco, per la sua azione sull' SHBG, una globulina sessuale, che si lega agli ormoni e così facendo non li renderebbe pericolosi per gli organi bersaglio (in questo caso il seno). Dunque le donne che presentano alti livelli di testosterone ed estrogeni, soprattutto in frazioni libere non

legate alla SHBG che ne regola la disponibilità, si vedrebbero aumentare il rischio di sviluppare un TM in menopausa (il rischio si eleva da 0,1 a 7 volte).

Gli studi sull'attività fisica si focalizzano sui tumori al seno che insorgono in età giovane. L'attività sportiva espressa soprattutto nell'adolescenza sarebbe un fattore protettivo di questi TM. Ma efficace risulterebbe anche un'attività fisica quotidiana. L'attività fisica (quale? Certamente quella che ci distoglie dai pensieri e dalle frustrazioni, perché di attività fisica quotidiana le donne ne fanno assai!) aumenterebbe le endorfine, con riduzione della produzione di ormoni sessuali e con un aumento dell'SHBG.

Gli studi sulla dieta si fanno spazio attraverso l'osservazione della maggiore incidenza di TM nei paesi ricchi e industrializzati e si correlano con gli studi sugli ormoni e cancro. Nei paesi ad alta incidenza di TM, la dieta si dimostra ricca di grassi animali (soprattutto bovini), proteine e zuccheri raffinati. Le donne sarebbero più obese e avrebbero più testosterone libero, minor legame con la SHBG, maggior resistenza insulinica.

A tutt'oggi non è comunque chiara la relazione tra alimentazione e TM. Tuttavia forse per ricompensare gli sforzi di tanti studiosi abbiamo stilato una lista di buone azioni dietetiche e fisiche (per la prevenzione del TM e per tante altre malattie): osservare una dieta ricca di verdure e frutta, non bere alcool, evitare il sovrappeso, fare ginnastica.

Altri studi ci sembrano irrisori come quelli sul peso, che comunque si correlano a questo punto con gli studi sull'alimentazione, e quelli sulla statura. Di questi studi beneficiano (!?!) soprattutto le donne, dal momento che il loro corpo estetico appassiona manco a dirlo anche i ricercatori.

Ma non si studiano tra gli altri determinanti anche lo stress ed i fattori psicologici?

Già ai tempi di Galeno andava alla grande l'ipotesi di una rela-

zione tra caduta del tono dell'umore e cancro. A distanza di 2000 anni si dice che sarebbero più esposte al TM le donne che sono *incapaci o impossibilitate ad adattarsi agli eventi traumatici*.

Si dice che: un cambiamento di ruolo o di funzioni, la perdita di un figlio o di un marito, una separazione, se avvenuti negli anni precedenti l'insorgenza di TM eleverebbero il rischio di TM (il rischio sarebbe superiore a 5).

Queste donne forse hanno subito ripetute condizioni stressanti nell'infanzia e nell'adolescenza e da adulte sarebbero portate a sovrastimare l'evento e a sottostimare la propria capacità di adattamento. Questa è l'unica ipotesi che prende in considerazione la relazione con il contesto sociale, ma non evita di sottolineare il lato 'debole' delle donne, viste pregiudizialmente come incapaci di reagire. E anche in questo caso, come in precedenza, non si fanno sforzi di integrazione tra esterno (contesti e relazioni) e interno (umori e funzioni complesse), mentre sarebbe opportuno indagare la storia di pregresse violenze familiari e sociali.

La *depressione* è uno stato che viene spesso preso in considerazione tra i rischi di TM poiché influirebbe sul sistema ormonale e immunologico, ma molti studi non confermano questa correlazione.

La *struttura di personalità* è un altro indicatore preso in considerazione e gli studiosi ci dicono infatti che sarebbero più esposte al TM (e ad altri tumori) persone eccessivamente cooperative, accondiscendenti, poco assertive, incapaci ad esprimere emozioni (definite socialmente negative, come la rabbia) e troppo compiacenti verso gli altri.

In definitiva questi studi sui fattori di personalità, sulla depressione, sugli eventi stressanti, veicolano i più corposi pregiudizi sulle donne: il loro essere cioè per natura passive e accondiscendenti, poco reattive agli eventi, tendenzialmente depresse; mettendo in luce un circolo perverso tra personalità passiva - scarsa reattività - depressione e tumore.

Vi sono osservazioni che escono dal circolo vizioso: donne-deboli-passive-malate?

Gli studi in controtendenza affermano che la donna con TM ha un alto livello di autostima, il che sappiamo essere un fattore di protezione dalla depressione.

Negli studi condotti dal nostro Centro, non si è osservata una incidenza maggiore di donne depresse tra quelle con TM rispetto a quelle non ancora diagnosticate. Anzi le donne senza questa patologia dimostrano andamenti depressivi più elevati. Manifestazioni depressive sono invece clinicamente frequenti tra le donne operate, come reazioni alla diagnosi e all'*iter* terapeutico. E questo stato reattivo si inverte nel normale riadattamento alla vita dopo una crisi.

Sta ai ricercatori - ancora una volta - ampliare lo sguardo sul prima e sul poi, nell'interno e all'esterno dell'esperienza umana femminile.

Sta ai curanti offrire un quadro della malattia che non risenta del loro generico operato (le cure protocollari, le statistiche, i dati unilaterali), ma prenda in considerazione con maggiore forza le variabili reattive delle singole donne.

Sta ai curanti focalizzare e introdurre nel dialogo e nelle cure il valore delle esperienze personali, gli eventi stressanti, l'andamento della vita quotidiana, i possibili pesi familiari, sociali e lavorativi, aiutando la donna a prenderne coscienza e ad attivare le risorse positive per la sua buona salute fisica, sociale e spirituale.

Da che angolo di visuale bisogna guardare alla donna per capire l'origine del suo tumore al seno?

Tutti i fattori ambientali intesi come "fattori economici, culturali e psichici", vale a dire gli eventi stressanti, le reazioni psichiche personali, le condizioni culturali, sociali e familiari, i contesti economici, la percezione del benessere o malessere fisico propri di ciascuna donna dovrebbero essere tra loro collegati da un nesso di senso per la vita della donna.

Fino ad oggi la maggior parte degli sforzi di collegamento sono stati indirizzati a ricercare i nessi causali del TM all'interno del corpo della donna: da trenta anni infatti vengono studiati con grandi presupposti e controversie una serie di fattori ormonali, sessuali, mossi dall'idea in/conscia che la fisiologia femminile - creatrice e riproduttiva - sia ad un tempo anche minacciante e mortifera. Nessun accadimento di genere è stato risparmiato dagli inesorabili ed entusiastici fautori della teoria ormonocentrica.

Ogni fase della attività ormonale e riproduttiva è stata setacciata, slegata dalle variabili biografiche, vale a dire dalla storia e dal senso che attraversano l'esistenza della donna come essere pensante, relazionato, reattivo al mondo che la circonda. Come abbiamo in parte visto, la pericolosità degli ormoni sessuali riguardo al seno delle donne sarebbe dovuta al fatto che estrogeni e un eccesso di androgeni - testosterone, diidrotosterone loro precursori obbligati - sono stati lasciati liberi di circolare e pronti ad attaccare l'organo bersaglio.

Noi potremmo ribadire che anche i fattori di rischio studiati singolarmente e lasciati liberi dai 'legami di senso e di esperienza delle donne' potrebbero essere altrettanto pericolosi nella pratica interpretativa e clinica. Non solo infatti c'è una costellazione troppo variegata che desta sospetti, ma anche una informazione che lascia strascichi.

Quante volte abbiamo sentito le donne sull'onda delle informazioni sanitarie ricevute, affermare: *“ho il tumore perché mi sono arrivate le mestruazioni prima, mi sono sviluppata troppo in altezza, ho avuto cicli irregolari; perché ho avuto figli, anzi no perché non li ho avuti, perché ho avuto figli troppo tardi, perché ne ho avuti troppi; perché non ho allattato; perché ho abortito; perché sono andata in menopausa tardi; perché ho mangiato troppo, perché bevo alcolici, perché non faccio ginnastica, perché sono grassa sulla pancia, sono vecchia e piena di peli !!! Accidenti perché non mi sono tolta le ovaie prima e non mi sono messa a fumare...”*

Mai purtroppo sono emerse negli ambulatori senologici le problematiche e i traumi relazionali e sociali, poiché le stesse donne sono condizionate dalle informazioni sanitarie che offriamo loro e

fanno fatica in questo frangente a cercare i nessi con la propria vita e le proprie relazioni, e si sentono goffe ad esprimere dubbi e proprie certezze.

Se visualizziamo le donne a rischio, riunendo a casaccio i vari indicatori studiati per TM, abbiamo prototipi di donna abbastanza originali e forse inesistenti o peggio ancora mostri di donna. A parte le donne incapaci o impossibilitate ad adattarsi agli eventi traumatici, le donne depresse e quelle con tratti di personalità oblativa, abbiamo anche donne: “ricche, colte, alte e grasse, sedentarie, mangiatrici non di uomini, ma di animali, donne che hanno avuto un menarca precoce, che non hanno partorito o che hanno figli in età tardiva, che allattano poco, che hanno abortito e che sono andate in menopausa tardiva”.



CONSIGLI ALLE DONNE E AI LORO MEDICI



Per il momento sarebbe bene registrare i nostri cambiamenti interni e collegarli con la vita, con il senso che a questi accadimenti diamo, allontanando (qualora ce li facessero venire i medici e le informazioni sanitarie ricevute) i sensi di colpa delle nostre azioni infelici e fisiologiche (cicli mestruali, gravidanze, allattamenti, aborti, menopausa etc). Dobbiamo vivere queste informazioni come uno spaccato relativo delle ricerche in atto, essere grati ai ricercatori/trici che si affannano a entrare nel nostro complesso universo e dare loro alcune opportunità di capire le nostre trasformazioni..., restituire cioè i nostri saperi quotidiani alla scienza!

Dal momento che, nella ricerca delle cause del cancro al seno, ancora si propende per una teoria ormonocentrica poco correlata con le dinamiche relazionali esterne, i medici devono dare informazioni, senza presumere certezze che non si possiedono, e le risposte delle

donne a queste informazioni devono essere dialettiche, attive, confrontate e discusse con grande impegno, serietà e competenza.

Dobbiamo smantellare insieme ai nostri curanti l'idea che gli ormoni siano tabù, vale a dire causa della forza generatrice delle donne ed anche della loro mortificazione (attacco agli organi bersaglio femminili). Dobbiamo smantellare una biologia "uroborica", cioè tutta rivolta su se stessa (come il serpente sacro che si mangia la coda e trae nutrimento dalla propria sostanza), slegata dalla biografia e dai cambiamenti di ruolo e di azione delle donne nel mondo.

E quali consigli pratici per la eliminazione delle cause alla luce dei molti indicatori di rischio e delle poche certezze?

Le conclusioni della FONCAM sono 'solo poche indicazioni pratiche per prevenire il TM':

- ◆ evitare esami radiologici non indispensabili nelle bambine, in particolare esami ripetuti della colonna vertebrale;
- ◆ limitare nelle dosi e nel tempo il trattamento ormonale in menopausa, che è giustificato prescrivere per ragioni cliniche legate ai disturbi della menopausa e solo eccezionalmente per ragioni preventive;
- ◆ raccomandare attività fisica e uno spostamento della dieta verso alimenti meno raffinati (riducendo zuccheri, grassi animali e bevande alcoliche) ed eventualmente ricchi di fitoestrogeni.

Dunque, dobbiamo pensare a divertirci nel controllare l'alimentazione e cogliere l'occasione per rinnovare il nostro stare nel mondo... non solo prendendoci del tempo e fare movimento, meditazione e quanto altro di piacevole aumenti le nostre endorfine, ma anche mangiando più legumi, crocifere, cereali integrali, alimenti ricchi di fibre e di acidi grassi n-3, pesce, noci, frutti di bosco. Potremmo assaggiare i semi di lino, le alghe, gli alimenti a base di soia ricchi di fitoestrogeni ed essere libere di sputarli fuori se non ci piacciono. Riduciamo gli alimenti ad alto indice glicemico (zucchero, dolci e

farine raffinate), gli alimenti di provenienza animale, il consumo eccessivo di bevande alcoliche; tutto questo fa bene anche al nostro pancreas e al nostro fegato e ad anche alla nostra leggerezza dell'essere. Non ingurgitiamo vitamine a go-go: lo stile Braccio di Ferro non funziona nella realtà e il nostro fegato ne potrebbe risentire! Stiamo attente a *non costringerci* a cambiare vita, se ci piace così com'è, in virtù di una ipotetica salvaguardia.

E gli ormoni sostitutivi li prendiamo o no?

Anche su questo ci sono informazioni non chiare che riflettono le controversie scientifiche. In questo campo abbiamo varie tendenze che ci confondono: una è la spinta delle case farmaceutiche ad assumere i loro prodotti; l'altra è l'immagine che ci hanno e che ci siamo costruite di bellezza e tonicità eterna; l'altra ancora è la limitazione dell'ottica scientifica che procede per organi (seno, cuore, pelle, utero ecc.) e non per sistemi e dinamiche corporee, mentali e spirituali; ancora un'altra è data dalle variabili di partenza (religione, cultura, contesti sociali).

Per quanto riguarda i *contraccettivi orali*, alcuni autori parlano di una loro protezione verso il TM, altri dicono che comportano un modesto aumento di rischio, così come lo comporta, per un breve periodo, la gravidanza. Il beneficio, più consistente, della protezione verso i tumori dell'ovaio e dell'endometrio, sembra confermato.

Per quanto riguarda la *terapia ormonale sostitutiva in menopausa* (TOS): ci sono studi (la maggioranza) che evidenziano un rischio aumentato di TM, altri che non ne osservano alcuno, altri che addirittura indicherebbero una riduzione di incidenza. È sicuro che la TOS è molto efficace nel contrastare il disagio della sindrome menopausale (ovvero i fenomeni del climaterio se particolarmente disturbanti).

Anche la prevenzione delle fratture osteoporotiche risulta problematica perché una prevenzione significativa sarebbe raggiungibile solo con trattamenti molto prolungati, praticamente per tutta la vita. E in questo caso il rischio oncologico si eleverebbe.

L'adesione ai programmi di Screening costituisce un presidio preventivo efficace?

Per *screening* intendiamo l'esame di una popolazione sana al fine di selezionare le persone che mostrano in fase molto iniziale e asintomatica un tumore o una lesione che ha un'alta possibilità di diventarlo (fasi precancerose).

L'obiettivo principale di un programma di *screening* (PS) è quello di ottenere una riduzione significativa della mortalità, per quel tipo di neoplasia con il miglior rapporto costi/beneficio.

La correlazione tra anticipazione diagnostica e qualità/quantità di vita per i TM e la disponibilità di una tecnica radiologica come la mammografia, in grado di visualizzare con buona approssimazione un TM di piccole dimensioni, non ancora palpabile, hanno portato a validare il programma di *screening* mammario (PSM) sulla popolazione femminile italiana dai 50 ai 69 anni. La valutazione di efficacia rimane oggi ancora aperta per il PSM rivolto alle donne nella fascia di età 40-49 anni.

Il PSM - così come tutti i programmi di *screening* - si pone l'obiettivo di:

1. rendere accessibili gli esami diagnostici ad una quota maggiore di popolazione femminile (equità dei servizi);
2. controllare i benefici e gli effetti negativi;
3. ottimizzare le risorse e la qualità tecnica e umana;
4. garantire gli eventuali altri accertamenti diagnostici e interventi terapeutici.

Per essere valido il PSM deve registrare l'adesione del maggior numero possibile di donne invitate a sottoporsi ai *test*. Per raggiungere questo scopo, le donne vengono informate in modo spesso unilaterale: si evita di dire loro che vi è un dibattito scientifico in corso sulle incertezze insite nei progetti (ad esempio il limite dell'età), si promettono molti benefici e si sottacciano spesso i costi fisici, psicologici ed economici ad essi legati. Un programma a così ampio raggio presuppone l'impiego di risorse da parte della sanità pubblica a sca-

pito di altre decisioni. Se fossero destinate al PSM più risorse, il programma cambierebbe: verrebbero ad esempio approfonditi immediatamente i *test* risultati dubbi (e ridotta l'ansia indotta dall'attesa della risposta); aggiunte indagini complementari per aumentare la sensibilità della risposta (es. ecografia); aumentata la fascia di età a cui indirizzare i *test* (esempio la fascia di età tra i 40 e i 50); ridotto il tempo del successivo controllo (da due ad un anno).

UNA INFORMAZIONE IN CIFRE RIVOLTA AI MEDICI

I DATI SUL TUMORE SEGUENDO LA DIFFERENZA DI GENERE



1. Nella popolazione maschile e femminile dei paesi sviluppati, le sedi dei tumori più incidenti sono: polmone (12,3%), mammella (10,4%) e colon retto (9,4%).

2. La mortalità più alta è data dal polmone (17,8%), segue lo stomaco (10,4%) e il fegato (8,8%).

3. Il rapporto tra incidenza e mortalità è diverso per genere: negli uomini il tumore al polmone ha maggior incidenza e maggiore mortalità; nelle donne il tumore alla mammella ha più alta incidenza e minor mortalità.

4. I tumori allo stomaco, esofago e vescica sono più comuni negli uomini non per maggiore suscettibilità rispetto alle donne, ma per maggiore esposizione ad agenti nocivi in contesti di lavoro a più alta densità maschile.

5. Analogamente nelle donne l'incidenza dei tumori della cervice uterina varia a seconda delle esposizioni alle infezioni virali ed è un serio problema nei paesi sottosviluppati. In questi paesi manca la prevenzione primaria e quella secondaria.

6. I tumori del colon retto e del pancreas hanno la stessa incidenza e lo stesso andamento tra i due sessi.

7. I tumori più responsivi alle terapie sono quelli della mammella (con buoni trattamenti vivono bene il 60 -70% delle donne). Una percentuale analoga di buona vita lo hanno i tumori della pro-

stata nell'uomo. Questi tumori sono meno frequenti rispetto a quelli della mammella, aggirandosi sul 4-5% (meno della metà). Per responsabilità seguono i tumori della cervice (50%) e quelli del colon retto (47%).

8. L'insieme dei tumori presenti nell'uomo e nella donna (non includendo i tumori specifici dei sessi - il cancro della mammella, cervice e ovaie da una parte e i tumori della prostata dall'altra) sono a sfavore dell'uomo 3.604 per 100.000 uomini contro 1.972 per 100.000 donne. Per questi tumori ugualmente distribuiti tra i due sessi la mortalità è identica (72% degli uomini e 71% delle donne).

9. I tumori femminili (mammella, utero e ovaie) assommano a 1.712 per 100.000 donne e quello maschile (prostata) a 542 per 100.000 uomini. La mortalità per cancro della mammella è di circa il 30-40% (la sopravvivenza in Italia è più alta), la mortalità per cancro della prostata negli uomini è uguale.

10. La maggior incidenza di tumori (compresi quelli specifici per sesso) è a sfavore delle donne: 4.146 tumori su 100.000 donne verso 3.684 tumori nei maschi. Tuttavia nelle donne, i tumori della mammella - che collaborano al primato numerico negativo - sono meglio curabili. Il tumore al polmone più incidente negli uomini e meno responsivo rende la loro vita più a rischio. Attenzione poichè questo tipo di tumore sta aumentando anche nelle donne.

(Incidenze tratte dal "World Cancer Report" OMS - Lione 2003)