

Migliorare si può

Il carcinoma della mammella è il tumore più frequente nelle donne e rappresenta la prima causa di morte per tumore nel sesso femminile. La diagnosi precoce è l'arma più efficace per abbatterne la mortalità, ma attualmente la ricerca biomolecolare e i nuovi farmaci biologici consentono successi prima inimmaginabili nel controllo della malattia anche in fase avanzata.

Il carcinoma della mammella costituisce un vero laboratorio per tutte le malattie oncologiche: è stata infatti la prima neoplasia a essere curata con farmaci indirizzati al bersaglio (il tamoxifene, farmaco antiestrogenico), con trattamenti neoadiuvanti, chirurgici conservativi e adiuvanti e a essere trattata con farmaci biologici indirizzati al bersaglio anti Her2 (trastuzumab e lapatinib) e con farmaci antiangiogenetici (bevacizumab). È stata inoltre la prima malattia oncologica che si è riusciti a cronicizzare e, se adeguatamente curata, fa registrare percentuali di sopravvivenza a 5 anni superiori al 90%. Proprio per questo, la sopravvivenza al carcinoma della mammella può essere utilizzata come parametro di valutazione qualitativa del sistema sanitario regionale. È possibile esaminare numerosi parametri di riferimento per fare diverse considerazioni: un'elevata percentuale di casi superiori al T1 alla diagnosi e la presenza di numerosi casi N1, per esempio, indicano chiaramente un'importante carenza sul territorio regionale siciliano di programmi di screening. Su questo argomento si potrebbe dissertare a lungo e si potrebbero individuare facilmente le responsabilità: i fondi per finanziare i programmi regionali di screening sono stati stanziati, ma sono stati inesorabilmente consumati in distribuzioni a pioggia alle varie USL o in consulenze saltuarie senza alcuna continuità progettuale e senza alcuna ricaduta positiva sul territorio interessato. Progetti di screening attivi e funzionanti, invece, sono stati lasciati morire proprio per carenza di finanziamenti.

Il ricorso a interventi chirurgici conservativi nello stesso ambito territoriale dipende invece sia dal basso T,

sia dalla capacità della struttura sanitaria di erogare una prestazione completa: è infatti risaputo che il trattamento radiante complementare agli interventi conservativi è di difficile accessibilità per oltre il 70% della popolazione siciliana, così come sono poco frequenti sul territorio siciliano i servizi di medicina nucleare, indispensabili per una corretta esecuzione del test del linfonodo sentinella, e quelli di anatomia patologica (completamente assenti in intere zone, come per esempio il territorio di Agrigento) che, quando presenti, non eseguono ancora oggi in modo completo la batteria di esami per la valutazione dei fattori prognostici e predittivi di risposta. Le migrazioni sanitarie in ambito intra ed extraregionale ne sono la chiara denuncia e suggeriscono che la responsabilità politica di quanto evidenziato risiede nella carenza di programmazione.

I nostri conterranei hanno lo stesso diritto degli altri italiani a ricevere una diagnosi precoce, a essere curati in modo ottimale in strutture adeguate per attrezzature e personale e ad accedere alle possibilità di sopravvivenza alla malattia raggiunte con l'integrazione di tutte le metodiche terapeutiche. I nostri amministratori hanno invece il dovere di consentire ai cittadini siciliani di curarsi in modo adeguato all'interno del proprio territorio.

La soluzione del problema è semplice: occorre sia creare una *Breast Unit* per ciascun ambito territoriale, ove confluiscono tutte le specialità concorrenti alla prestazione senologica (dall'epidemiologo all'anatomopatologo, al chirurgo senologo, al radiologo diagnosta, all'oncologo, al medico nucleare fino al radioterapista), sia mettere in rete, nell'ambito del network oncologico regionale, un percorso diagnostico terapeutico assistenziale uniforme su tutto l'ambito regionale.

E' utopia in Sicilia? Forse!

Carmelo Iacono

Direttore del dipartimento oncologico AO Ragusa
Presidente AIOM