

## Stili di vita e tumori femminili

Autori: Sutera Sardo A., Mazzei A., Lavecchia A.M., Ferraro B.

### Introduzione

Il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione in tutto il continente europeo rende sempre più rilevante, sia in termini assistenziali che di ricerca, il tema delle patologie croniche e, fra queste, dei tumori. Poiché anche in Italia la proporzione ed il numero di anziani tendono ad aumentare, il numero di diagnosi tumorali è destinato a crescere nel corso del tempo, anche se l'incidenza dovesse mantenersi stabile. Attraverso i Registri dei Tumori viene rilevata, in molte parti del mondo, la frequenza dei nuovi casi nelle popolazioni ed è stata standardizzata, a livello internazionale, la definizione della patologia (sede del tumore, morfologia, distinzione tra tumori benigni e maligni). La gravità della malattia e la sua frequenza hanno portato l'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) ad istituire un'apposita agenzia, la International Agency for Research on Cancer (Iarc), con sede a Lione, per coordinare la ricerca e la rilevazione epidemiologica. Piani d'intervento nella lotta contro il cancro sono stati, inoltre, messi a punto anche in molti paesi europei. In Italia dal 1997 l'Associazione Italiana Registri dei Tumori (AIRT), coordina l'attività ed i programmi di ricerca dei registri tumori di popolazione generali e specialistici i cui dati siano di qualità e completezza comprovate. Dalla fine degli anni ottanta, in Italia, l'attenzione degli epidemiologi si è concentrata sulla distribuzione sociale e geografica degli stili di vita correlati alla salute, in modo particolare, l'abitudine al fumo di sigaretta, l'esposizione al fumo passivo, il consumo di alcool, l'obesità, l'allattamento al seno, l'attività fisica, i comportamenti sessuali. I fattori di rischio risultano maggiormente diffusi nei gruppi sociali più sfavoriti ed il rischio di assumere comportamenti insalubri è aggravato dal fatto che questi tendono ad associarsi tra di loro.

### Stili di vita e fattori di rischio

**I forti fumatori** rischiano venti volte in più rispetto ai non fumatori di ammalarsi di tumore al polmone, ma fumare aumenta anche il rischio di tumore della laringe, della bocca, dell'esofago, della vescica, del fegato, del pancreas, del rene, dello stomaco e della cervice uterina. Nelle donne la prevalenza del fumo è salita da meno del 10% negli anni cinquanta a circa il 20% nel 1980, per poi mantenersi stabile. Dal 1988 in poi è stata registrata una moderata e costante ascesa del tumore del polmone nelle donne in linea con l'andamento dei consumi. In uno studio condotto sugli ultimi 20 anni, utilizzando i dati ISTAT, sull'andamento temporale delle disuguaglianze sociali nell'abitudine al fumo (1988-1999), le percentuali standardizzate per età dell'abitudine al fumo per livello d'istruzione indicano che il rischio di essere fumatore risulta più elevato tra i meno istruiti rispetto ai diplomati, inoltre, essendo diminuita la prevalenza del fumo, nel periodo esaminato, è stato registrato un aumento nel tempo delle disuguaglianze sociali a causa di una maggiore riduzione della diffusione dell'abitudine al fumo tra gli uomini più istruiti. Fino al 1997 l'associazione dell'abitudine al fumo delle donne con il livello d'istruzione risulta opposta a quella osservata tra gli uomini: la prevalenza di fumatrici è più elevata nelle laureate. Successivamente è stato notato un appiattimento di tali differenze. Nelle classi d'età più giovani (20-39 anni) è stato osservato un rapporto di proporzionalità inverso con il titolo di studio in entrambi i sessi. Facendo riferimento al numero medio giornaliero di sigarette fumate, tra i fumatori "accaniti", che consumano più di 20 sigarette al giorno, sono state osservate tra le donne, contrariamente al sesso maschile, prevalenze più elevate nella classe borghese. Nell'analisi dei tentativi dei fumatori di smettere di fumare sono stati rilevati valori sempre crescenti con l'aumentare del titolo di studio, mentre per la classe sociale le prevalenze sono risultate comparabili tra gli uomini e più elevate nella classe borghese femminile.

**Le abitudini alimentari** scorrette e l'obesità rappresentano, insieme all'inattività fisica, un problema di grande rilevanza epidemiologica, sociale ed economica, costituiscono, infatti, uno dei principali fattori di rischio per molte patologie cronico-degenerative, tra cui vari tumori. Il 30-40% dei tumori sembrano attribuibili alla dieta. Particolarmente pericolose per lo sviluppo di queste patologie sono le diete ricche di grassi animali e povere di frutta e verdura, specie se accompagnate da obesità, ipertensione ed abitudine al fumo. Negli ultimi 40 anni, in Europa, in seguito a cambiamenti macroeconomici condizionanti la produzione locale ed il trattamento degli alimenti, anche la tipica dieta mediterranea (caratterizzata da basso consumo di grassi saturi, dal consumo di grassi monoinsaturi, principalmente olio d'oliva e dall'elevato consumo di frutta e verdura) ha subito modificazioni, poiché ha visto diminuire il consumo di cereali ed aumentare quello di carne e di alimenti ad elevato contenuto calorico, ricchi di zuccheri e grassi saturi e polinsaturi, ma poveri di fibre, vitamine e minerali.

In Italia, a partire dagli anni sessanta, si è osservato un significativo aumento del consumo di alimenti di origine animale, zucchero, frutta e verdura mentre è lievemente diminuito quello di cereali; tali cambiamenti, più accentuati al sud hanno attenuato le differenze geografiche nella dieta osservate negli anni precedenti. I pochi dati relativi alle disuguaglianze sociali nell'alimentazione indicano che la grande maggioranza delle abitudini insalubri sono inversamente correlate con il livello d'istruzione e la classe sociale. Le persone più deboli socialmente manifestano, infatti, una propensione inferiore a seguire la "dieta mediterranea".

Dai dati di un'indagine ISTAT sulle condizioni di salute ed il ricorso ai servizi sanitari è risultato che, su 2 milioni e 442 mila donne che hanno avuto un figlio nei cinque anni precedenti l'intervista, l'81,1% ha **allattato al seno** il proprio bambino per un periodo medio di 6,2 mesi e che il 58,2%, almeno per un periodo, ha allattato in modo esclusivo. La tendenza ad allattare al seno è risultata inferiore in Sicilia (60,5%), nelle donne meno istruite (72,5% contro l'84,1% delle donne con la laurea o il diploma superiore) e nelle casalinghe (78% contro l'82% delle occupate).

Un altro studio condotto nel 1995 su un campione casuale di bambini selezionati dal registro nazionale delle nascite, le cui madri sono state intervistate ad un mese dal parto, ha dato esito a risultati concordanti con i dati ISTAT; è emerso inoltre che l'inizio e la durata dell'allattamento sono positivamente associati con la classe sociale ed il livello d'istruzione della madre e sono risultati più elevati nelle madri occupate.

Da un'indagine ISTAT sulla popolazione adulta risulta che un italiano su tre risulta in **soprappeso** (42,4% degli uomini e 26% delle donne) ed il 9% obeso (quattro milioni di persone). Nei vari paesi europei, negli ultimi 10 anni, sono stati registrati aumenti della prevalenza dell'obesità che vanno dal 10 al 40%. L'analisi dei dati sulla salute condotta dall'ISTAT nel 1994 indica che il livello d'istruzione e la classe sociale sono fattori, che, anche con modalità diverse tra uomini e donne, svolgono un ruolo determinante nell'aumento o diminuzione indesiderata di peso. Nelle donne la prevalenza del soprappeso o dell'obesità risulta inversamente proporzionale al titolo di studio posseduto ed alla classe sociale d'appartenenza. L'obesità è risultata, inoltre più diffusa tra donne sposate, e presenta associazione diretta col numero dei figli ed inversa con l'uso del contraccettivo orale.

Il regolare svolgimento di **attività fisica** riduce il rischio di morbosità e mortalità per diverse patologie, tra cui il tumore del colon. La tendenza alla sedentarietà è in aumento nei paesi sviluppati a causa del consolidarsi di stili di vita e condizioni di lavoro in cui lo sforzo fisico ed il movimento sono sempre più contenuti. In uno studio multicentrico è emerso che l'Italia, con la Francia, il Belgio, la Spagna, la Grecia ed il Portogallo è una delle nazioni in cui la propensione a svolgere attività fisica ha fatto registrare valori inferiori alla media europea. È risultato, inoltre, che le persone con livello d'istruzione più alto avevano maggiore possibilità di svolgere attività fisica nel tempo libero e per un periodo più lungo di tempo, rispetto a quelle con un più basso livello d'istruzione. Secondo i dati ISTAT la sedentarietà è maggiore nelle regioni meridionali, specie nelle donne e nelle persone meno istruite.

Nell'ambito degli stili di vita correlati alla salute rientrano anche i **comportamenti sessuali**. I dati raccolti dal 1981 al 1991, relativi a 1.139 donne milanesi di età compresa tra i 20 ed i 74 anni, costituenti il gruppo di controllo in uno studio caso-controllo sulla neoplasia cervicale hanno indicato un'associazione positiva fra titolo di studio e propensione ad avere avuto più di un partner sessuale.

### **Stili di vita e mortalità**

**La mortalità per tumore dello stomaco** è un buon indicatore dell'incidenza; la sua sopravvivenza a cinque anni è stimata infatti intorno al 20%. Si osserva un'estrema variabilità geografica di questo tumore e le popolazioni migranti tendono ad acquisire il rischio di quelle ospitanti, generando l'ipotesi che le sue origini siano attribuibili a fattori ambientali. La riduzione della mortalità per tumore dello stomaco è pertanto legata alla riduzione dell'incidenza, legata all'aumento del benessere igienico, abitativo ed alimentare delle popolazioni; questo tumore è sempre stato considerato, infatti, una malattia tipica dei poveri; il rischio di morte per questa causa raddoppia nelle classi più svantaggiate rispetto a quelle più favorite. Tra i fattori ambientali chiamati in causa: il fumo di sigaretta (anche se non c'è una chiara relazione dose-risposta), il consumo di alcool, le radiazioni ad alte dosi. La riduzione di questo tumore sembra essere secondaria all'uso di sistemi di refrigerazione che hanno fatto ridurre l'uso dell'affumicatura dell'acetatura e della salatura per la conservazione. E' stata osservata un'associazione inversa con il consumo di frutta fresca e verdure. Il batterio *Helicobacter pylori* è fortemente associato a gastrite dell'antro ed ulcera peptica, che sono antecedenti del cancro dello stomaco. Un' eventuale eziologia genetica di casi di tumore dello stomaco è difficile individuare, dato che le famiglie condividono anche le condizioni socio-ambientali. Questo tumore è quindi considerato un indicatore di vita in ambiente socio-economico sfavorevole, da collegarsi a fattori di rischio correlati alla povertà come le infezioni, l'alimentazione a base di amidi, di cibi conservati e con poca frutta e verdure fresche.

**La mortalità per tumori del grosso intestino** copre il 13-15% dei tumori nei paesi occidentali. La sopravvivenza è molto variabile in base allo stadio di riconoscimento (90-10%). La mortalità per questo tumore è associata a stili di vita differenti, all'interazione tra fattori genetici e ambientali ed alle differenze di accesso alle cure appropriate. Anche in questo caso le popolazioni migranti tendono ad assumere il profilo di rischio delle popolazioni ospitanti a favore dell'ipotesi che i fattori ambientali siano prevalenti su quelli genetici. La mortalità è in riduzione, contrariamente all'incidenza e sembrano più colpite le classi sociali più avvantaggiate ed i residenti nelle aree urbane. Il rischio di tumore del colon sembra correlato ad un alto consumo di grassi e carni animali ed un basso consumo di fibre, di vegetali e di frutta. Fumo di tabacco e consumo di alcool sono deboli fattori di rischio. La sua prognosi è favorevole se collegata a pronto accesso alle cure, pertanto le differenze nella sopravvivenza sono a sfavore per le classi sociali più svantaggiate. L'incidenza sfavorisce invece le classi sociali più avvantaggiate, in quanto correlate a stili di alimentazione e di vita sedentaria tipiche di quelle classi.

**La mortalità per tumore del polmone** rappresenta una delle principali cause di morte nei paesi occidentali. L'andamento epidemico, tra gli anni cinquanta e gli anni ottanta, si sta attenuando nel sesso maschile, mentre nelle donne è ancora in crescita. La sua sopravvivenza media a cinque anni è del 10% e non risente di alcuna forma di diagnosi precoce per la riduzione della mortalità, pertanto questo indicatore rappresenta, approssimativamente, l'incidenza. Il fattore di rischio principale è il fumo di sigaretta ma anche cancerogeni professionali, tra cui l'asbesto che predilige il polmone come organo bersaglio e può interagire in modo moltiplicativo sul rischio in presenza di fumo di tabacco. L'inquinamento atmosferico e l'aggregazione dei casi osservati non escludono la presenza di rischi occupazionali o fumo. Una dieta ricca di vegetali e frutta fresca riduce della metà il rischio che varia di due volte tra gli estremi delle classi sociali.

**Il tumore della mammella** è il più comune tra le donne; il ruolo importante giocato dagli ormoni come fattore eziologico, è ormai riconosciuto da sperimentazioni cliniche ed epidemiologiche. Le

popolazioni migranti acquisiscono il profilo di rischio delle popolazioni ospitanti. La mortalità tende a diminuire recentemente, contrariamente all'incidenza, che però potrebbe risentire di una maggiore sensibilità alla diagnosi attribuibile agli screening mammografici. La sopravvivenza è del 75% a cinque anni ed è legata all'incidenza ma anche alla sopravvivenza. Tra i fattori di rischio riconosciuti ricordiamo: menarca precoce, menopausa tardiva, obesità postmenopausale e terapia ormonale sostitutiva; al contrario vengono considerati fattori protettivi: precocità di prima gravidanza a termine, numero di figli, allattamento al seno ed attività fisica. Fattori di rischio considerati meno importanti sono: storia familiare, antecedenti clinici ed alimentazione. Il consumo di fibre risulta fortemente protettivo nei confronti del tumore del seno al contrario del consumo di grassi che emerge come fattore di rischio, indipendentemente dalla storia riproduttiva. Il fumo, per la sua azione anti estrogenica, potrebbe svolgere un ruolo protettivo, mentre il consumo di l'alcool potrebbe aumentare i livelli di estrogeno e quindi il rischio. La mortalità per tumore della mammella può essere un indicatore conseguente agli svantaggi sociali nella propensione e nell'accesso alla diagnosi precoce e alle cure appropriate e tempestive, o alla distribuzione sociale delle caratteristiche riproduttive, spesso a svantaggio delle classi sociali più elevate, all'alimentazione e agli stili di vita correlati al livello di estrogeni.

**Per il tumore epatocellulare**, la cirrosi alcolica costituisce il più importante fattore di rischio nelle aree a bassa incidenza, come il nostro paese; ma anche le infezioni croniche (da virus dell'epatite B e C) costituiscono un importante causa eziologica di questo tumore. Il contagio in questi casi avviene prevalentemente per via endovenosa o per contatto sessuale con un portatore sano.

## **Materiali e Metodi**

Per il calcolo della mortalità standardizzata sono state analizzate le schede di morte ISTAT, delle donne residenti nell'AS 7, relative al periodo 2000-2004, codificate secondo i criteri previsti dalla IX Revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD IX); ed è stata utilizzata la popolazione italiana al censimento dell'anno 1981 (ISTAT), allo scopo di poter effettuare un confronto con i valori registrati da altri Registri Tumori Italiani.

Il Registro Tumori dell'AS 7, che ha fornito i dati oncologici, segue le regole ed utilizza i codici topografici e morfologici della 3° Revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie per l'Oncologia (I.C.D.O.3), integrate da quanto suggerito dalla monografia "Standards and Guidelines for Cancer Registration in Europe. The E.N.C.R. Recommendations-I.A.R.C. Technical Publication n.40, Lyon 2003." e dal Manuale di tecniche di Registrazione dell'Associazione Italiana Registri Tumori (1998).

## **Risultati**

Nella Tabella n.1 sono stati considerati i primi cinque tumori in termini di frequenza e percentuale rispetto al totale dei tumori, per femmine, registrati dal Pool AIRT negli anni 1988-1992 e 1998-2002. Per quanto riguarda le donne i tumori più frequentemente diagnosticati sono stati: il tumore della mammella (24,9%) i tumori cutanei diversi dal melanoma (14,8%) il tumore del colon (8,25%) il tumore del polmone (4,6%) e quello dello stomaco (4,5%). Nei periodi confrontati sono stati considerati registri diversi, ma l'ordine di frequenza dei tumori non ha subito sostanziali variazioni.

**Tab. n. 1**

Primi cinque tumori in termini di frequenza e percentuale rispetto al totale dei tumori, per femmine

	AIRT 1988-1992	AIRT 1998-2002
1°	Mammella 24,8%	Mammella 24,9%
2°	Cute 10,4%	Cute 14,8%
3°	Colon 8,5%	Colon 8,2%
4°	Stomaco 6,5%	Polmone 4,6%
5°	Polmone 4,7%	Stomaco 4,5%

Nella tabella n.2 è stata calcolata la percentuale dei primi cinque tumori causa di morte, nelle donne residenti nell'AS 7 (anni 2000-2004), sul totale dei decessi neoplastici ed è stata confrontata con gli stessi valori registrati dal Pool AIRT (1998-2002). Il tumore maggiormente letale in entrambi i territori è risultato a carico della mammella (15,9% nell'AS 7 e 17,1% Pool AIRT).

I decessi per tumori del colon e dello stomaco hanno fatto registrare valori lievemente più elevati nell'AS 7 rispetto alla media nazionale calcolata dai registri. Si rilevano, inoltre, nel nostro territorio, tra i primi cinque più frequenti tumori causa di morte nelle donne, quelli a carico del fegato. Al secondo posto, dei dati prodotti dall'AIRT, è stata osservata la presenza di tumori del polmone.

**Tab. n. 2**

Confronto primi cinque tumori causa di morte e percentuale sul totale dei decessi neoplastici, nel sesso femminile

	AS 7 2000-2004	AIRT 1998-2002
1°	Mammella 15,9%	Mammella 17,1%
2°	Colon 9,3%	Polmone 9,5%
3°	Stomaco 8,8%	Mal definite e metastasi 9,4%
4°	Fegato 7,0%	Colon 9,1%
5°	Mal definite e metastasi 6,8%	Stomaco 7,9%

Nella tabella n. 3, la mortalità standardizzata (Popolazione italiana al censimento dell'anno 1981) rilevata nell'AS 7, negli anni 2000-2004, per alcuni tumori maligni delle donne, è stata confrontata con quella registrata dal Pool AIRT negli anni 1998-2002. Tutti i valori relativi alla mortalità per i tumori considerati nell'AS 7 sono inferiori a quelli del territorio di confronto. Le sedi colpite sono sovrapponibili, fatta eccezione per i tumori del fegato che compaiono soltanto nella nostra statistica, e per quelli del polmone che si osservano nei dati. considerati dall'AIRT.

**Tab. n. 3**

Confronto mortalità standardizzata per alcuni tumori maligni delle donne  
(per 100.000 donne/anno, pop. Italiana censimento '81)

	AS 7 2000-2004	AIRT 1998-2002
1°	Mammella 20,9	Mammella 32,9
2°	Colon 11,7	Polmone 15,6
3°	Stomaco 11,2	Mal definite e metastasi 12,9
4°	Mal definite e metastasi 8,8	Colon 15,3
5°	Fegato 8,7	Stomaco 15,3
	Tutte le cause 127,9	Tutte le cause 175,4

### **Conclusioni**

La patogenesi multifattoriale dei tumori femminili correla fortemente le abitudini e gli stili di vita con l'insorgenza di queste neoplasie. Tra i vari fattori di rischio, segnalati nel corso degli anni, solo alcuni vedono confermata la loro potenzialità oncogenetica dai più recenti studi epidemiologici e molecolari. Per alcuni tumori i fattori di rischio sono rappresentativi di uno stile di vita espressione a sua volta di condizioni sociali economiche e culturali ben definite. L'attenzione degli specialisti nel settore si è pertanto concentrata sul tema della disuguaglianza sociale nel favorire l'insorgenza di alcuni tipi tumorali piuttosto che altri, nelle varie fasce d'età. La mancata registrazione delle informazioni pertinenti lo stato di salute e la posizione sociale degli individui e la loro scarsa integrazione sono alla base della difficoltà nel "misurare" accuratamente, nel nostro paese, le caratteristiche di questo fenomeno. Si rende pertanto necessario costruire un sistema accurato di monitoraggio delle disuguaglianze di salute, attraverso l'arricchimento e la valorizzazione dei flussi informativi correnti. Lo stile di vita è sicuramente determinato dalla posizione sociale, che può essere "misurata", a scopi descrittivi da indicatori o specifiche scale di misurazione (classe, istruzione, reddito). In alcuni paesi europei, in particolare del Sud Europa, sono state evidenziate alcune difficoltà nella rilevazione delle informazioni pertinenti lo stato di salute e la posizione sociale degli individui e scarsa integrazione tra dati sanitari e dati sociali, tra la descrizione dello stato di salute della popolazione e la descrizione della posizione sociale. Anche in Italia, i sistemi informativi sanitari più diffusi, pur offrendo un quadro accurato del profilo epidemiologico della popolazione, non forniscono informazioni altrettanto accurate sulla posizione sociale degli individui. Esempio tipico di quanto detto è rappresentato dalle schede di dimissione ospedaliera, spesso compilare accuratamente nella sezione sanitaria, ma lasciate in bianco nelle parti riservate alla descrizione della posizione sociale dei pazienti. I profondi cambiamenti della natura e della struttura dell'offerta dell'assistenza sanitaria nelle diverse regioni potrebbero minacciare l'equità nell'assistenza, pertanto è auspicabile il monitoraggio tempestivo dei loro effetti sulla salute e sulle disuguaglianze.

## **Bibliografia**

- Michelozzi P, Peducci CA, Forestiere F., et al. Differenze sociali nella mortalità a Roma negli anni 1990-1995. *Epidemiol e Prev* 1999;23: 230-38.
- Biggeri A, Marchi M, Dressi E, et al Studio longitudinale toscano: un'analisi per quartiere per le città di Firenze e Livorno. *Epidemiol Prev* 1999;23:161-74.
- Cadum E, Costa G, Buggeri A, Martuzzi. Deprivazione e mortalità: un indice di deprivazione per l'analisi delle disuguaglianze su base geografica. *Epidemiol Prev* 1999;23:175-87.
- Istituto Nazionale di Statistica. Le condizioni di salute della popolazione. Indagine multiscope sulle famiglie " Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anni 1999-2000". Roma, ISTAT, 2001.
- Valerio M, Vitello F. Sperimentazione di un indice di svantaggio socio-economico in Basilicata. *Epidemiol Prev* 2000; 24: 219-23.
- Vanoni F, Cadum E, Demaria M, Gnavi R, Costa G. Salute, stili di vita, ricorso ai servizi sanitari nelle famiglie piemontesi 1994-1995. Torino, Regione Piemonte, 1999.
- Gnavi R, Dalmaso M., Demaria M., Migliardi A., Costa G. La mortalità in Piemonte negli anni 1995-1997. Torino, Regione Piemonte, 2001.
- Costa G., Marinacci C., Caiazzo A., Spadea T. Individual and contextual determinants of inequalities in health: the Italian case. *Int j Health Serv* 2003; 33; 635-67.
- Costa G., Cardano M., Demaria M. Torino. Storie di salute in una grande città. Torino, Città di Torino, 1998.
- Simonato L., Bellini P, Cappi S. Tendenze della mortalità evitabile, 1955-92. In Geddes M, Rapporto sulla salute in Europa. Salute e sistemi sanitari nell'Unione Europea, Roma, Ediesse, 1995:39-55.
- Piano Sanitario Nazionale 1998-2000. Un patto di solidarietà per la salute. Roma, Ministero della Sanità, 1998.
- Biggeri A, Gorini G, Dressi E, Kelala N, Lisi C. SLTo ( Studio Longitudinale Toscano): condizione socio-economica e mortalità in Toscana. Informazioni statistiche. Studi e Ricerche, n.7. Firenze, Regione Toscana, 2001.
- Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2003-2005.
- Francesca Vannoni Lyfestiles. 2004 *Epidemiologia e prev*; 3:64-81.
- Teresa Spadea. Analysis and Evaluation of Health inequalities. 2004 *Epidemiologia e prev*; 3:143-151.
- Prof. Dr. Johan P. Mackenbach. Health Inequalities: Europe in Profile. Erasmus MC- Eupha Conference Montreux (May 2006)