

TAVOLA ROTONDA

Sorveglianza sanitaria degli ex-esposti: prospettiva o rassegnazione?

CREAZIONE DI UN ARCHIVIO PER L'INCROCIO DI INFORMAZIONI RACCOLTE DA MOLTEPLICI FONTI: UN LAVORO ESSENZIALE PER IL RICONOSCIMENTO DEI DIRITTI DEI LAVORATORI

Valentino Patussi,¹ Anna Muran,¹
Donatella Calligaro,¹ Luigi Finotto²

¹ Dipartimento di prevenzione, Struttura complessa prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro, Azienda per l'assistenza sanitaria 1 Triestina, Trieste

² Dipartimento di prevenzione, Struttura complessa prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro, Azienda per l'assistenza sanitaria 2 Bassa Friulana-Isontina, Gorizia

Le Province di Trieste e Gorizia rappresentano due delle aree a maggior incidenza di neoplasie professionali in Italia, conseguenza del massiccio impiego di amianto dagli anni Cinquanta sino agli anni Ottanta nei settori della cantieristica e motoristica navale, della siderurgia, dell'industria petrolchimica e dell'edilizia, oltre che della sua manipolazione in ambito portuale. Per fornire una dimensione della drammaticità del problema, basti ricordare che solo negli ultimi vent'anni, riferendosi alle sole situazioni di cui le istituzioni sono venute a conoscenza, oltre 1.200 persone sono andate incontro a un mesotelioma e il trend della patologia, a differenza di altre aree geografiche nazionali, è ancora in costante crescita. Questo senza tener conto dei carcinomi del polmone attribuibili a un'esposizione ad amianto, che negli ultimi anni vedono un'incidenza sempre maggiore, dovuta anche alla maggior at-

tenzione posta nella ricerca della correlazione tra malattia ed esposizione.

Le Strutture complesse prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (SCPSAL) delle Aziende per l'assistenza sanitaria (AAS) operanti nelle due Province, nello svolgimento dell'attività istruttoria di competenza, in collaborazione con la Magistratura, hanno l'obiettivo di ricostruire il contesto in cui i lavoratori andati incontro a malattia operavano, gli elementi che caratterizzavano la singola mansione, la catena delle responsabilità inerenti alla loro sicurezza, oltre che gli aspetti legati alla storia clinica della patologia. Quest'attività si concretizza di fatto nell'acquisizione di molteplici informazioni (documenti, testimonianze eccetera) che compongono il quadro relativo sia al singolo lavoratore, sia all'azienda in cui questi è stato esposto al minerale. Molte delle informazioni necessarie a quest'attività sono in parte già raccolte su supporto informatico in sistemi di rilevazione istituzionali: si pensi ai dati INPS relativi ai periodi lavorativi, ai dati INAIL relativi alle malattie professionali, oltre alle richieste mirate a riconoscimenti contributivi/pensionistici ex Legge 257/1992 (CONTARP), ai dati del Registro regionale esposti ad amianto (ex Legge regionale 22/2001), del Registro tumori del Friuli Venezia Giulia, istituito nel 1998 (DGR n. 1.633). Molte altre, invece, sono raccolte su base cartacea: archivi degli Enti porto, delle Autorità portuali, delle Dogane, dell'Archivio di Stato, delle Camere di commercio, documenti raccolti in fase di sopralluogo, come documenti di consegna, fatture, disegni tecnici, notifiche eccetera, oltre a documenti messi a disposizione da parte delle Direzioni territoriali del la-

voro, sommarie informazioni rese da persone informate sui fatti, cartelle cliniche, referti eccetera. A questa documentazione si associa, inoltre, quanto conservato negli archivi storici delle SCPSAL, comprendenti anche i risultati dei campionamenti effettuati nei luoghi di lavoro negli anni Ottanta. Attualmente, presso l'archivio della SCPSAL della AAS 1 Triestina sono presenti più di 8.000 fascicoli, per un totale di circa 25.000 documenti relativi a 172 ditte e più di 6.000 lavoratori. Altrettanto significativo il numero dei fascicoli custoditi presso l'archivio SCPSAL della AAS 2 Bassa Friulana-Isontina: 2.768 fascicoli relativi ad altrettanti lavoratori occupati in 250 aziende della Provincia di Gorizia.

L'obiettivo del progetto realizzato dalle AAS 1 e 2, sulla base di uno specifico finanziamento della Regione Friuli Venezia Giulia (ex Legge regionale 22/2001), è stato di riunire in un *database* relazionale questa enorme massa di informazioni, tra loro diverse per forma e provenienza, ma essenziali a un sistema di indagine che deve ricostruire il quadro più attendibile dell'effettiva esposizione cui sono andati incontro i lavoratori. Attraverso questo sistema di ricerca/archiviazione è possibile garantire un più rapido riconoscimento dei giusti diritti dei lavoratori che vanno incontro a malattia, oltre che delle loro famiglie, ottimizzando allo stesso tempo l'attività delle SCPSAL attraverso la collaborazione delle istituzioni, compreso l'importantissimo contributo della Magistratura, e dei portatori di interesse presenti nel territorio.

L'archivio informatico realizzato è un archivio giudiziario, attivato sotto l'egida del Procuratore generale della Regione Friuli Venezia Giulia, dott. Beniamino Deidda, e

dei Procuratori della Repubblica presso i Tribunali di Gorizia (dott.ssa Caterina Ajello) e di Trieste (dott. Michele Dalla Costa), titolari delle funzioni nel periodo di realizzazione del progetto (2008-2012) e, se pur rigorosamente vincolato a questa sua natura, costituisce una fonte di informazione essenziale, cui il soggetto avente diritto può attingere, nel rispetto della normativa vigente, su specifica disposizione della Procura della Repubblica.

La struttura dell'archivio è stata sviluppata sotto la regia e collaborazione del professor Benedetto Terracini, e ha visto partecipi quasi tutte le principali istituzioni operanti nell'area giuliano-isontina.

La realizzazione è stata possibile soltanto grazie alla costante collaborazione tra le Procure della Repubblica e le SCPSAL del territorio, nell'ambito dell'attività istituzionale delle stesse, al servizio della collettività. Il software realizzato permette di collegare tutti i *database* e i documenti digitalizzati partendo dalla ricerca sulla singola azienda (stante il lungo periodo temporale analizzato, si sono anche create aziende virtuali master, che raccolgono tutte le denominazioni/ragioni sociali che un'azienda ha assunto negli anni) o sul singolo lavoratore: è possibile, così, conoscere i lavoratori che hanno operato nell'azienda, quelli che sono andati incontro a malattia professionale, collegare al lavoratore stesso la documentazione relativa all'utilizzo di amianto (che può andare dal progetto di

una nave alla bolla di consegna di un fornitore, dalla distinta di pesata dei sacchi di amianto alle dichiarazioni dei lavoratori eccetera).

L'aver raccolto in un unico archivio relazionale informazioni derivanti da fonti diverse rappresenta, secondo noi, un elemento essenziale alla conoscenza, alla conservazione nel tempo della storia di un'area.

L'esperienza fatta, a nostro giudizio, rappresenta un approccio alla problematica che può essere ripetuto in altre aree critiche, essendo uno strumento flessibile, in grado di adattarsi perfettamente alle diverse situazioni ed esigenze presenti sul territorio nazionale.

Gli archivi attuali contengono 143 gigabyte di dati, riferiti a 288.444 lavoratori occupati nel periodo 1974-1994 in 16.902 aziende: rispettivamente, 191.301 lavoratori e 9.368 aziende per la Provincia di Trieste e 97.143 lavoratori e 7.534 aziende per la Provincia di Gorizia. I dati ricavati da listati su base informatica sono archiviati in formato mdb (Microsoft Access), mentre le immagini digitalizzate (per esempio, progetti, bolle di consegna, fotografie) sono archiviate in formato pdf (Portable Document Format). Si può accedere ai dati selezionando il singolo lavoratore (per codice fiscale, cognome, nome, data oppure luogo di nascita), l'azienda (per ragione sociale, indirizzo e partita IVA) o i diversi documenti (posizione nell'archivio, tipologia e data). Selezionato il lavo-

ratore, si possono recuperare i periodi in cui ha operato presso le diverse aziende, l'elenco dei suoi compagni di lavoro e quanti di questi sono andati incontro a malattie amianto-correlate, quanti hanno ricevuto benefici previdenziali ex Legge 257/92 o sono iscritti al registro regionale degli esposti ad amianto. Si possono, inoltre, visualizzare tutti i documenti relativi al lavoratore e alla sua esposizione. A questo punto, è possibile selezionare la singola ditta in cui ha operato e ricavare dati statistici complessivi sulla stessa (totale anni/persona/rischio, totale malattie professionali occorse eccetera). Ovviamente, il percorso può essere attivato, partendo dalla singola azienda, per ricavare l'elenco dei lavoratori e dei malati ed estrarre i citati dati statistici di base, oltre ai documenti associati.

L'accesso all'archivio dei documenti permette di selezionare gli stessi in funzione dell'organizzazione degli archivi, anche se appare più utile consultarlo attraverso l'accesso per azienda o per lavoratore.

Questo programma gestionale, cui hanno accesso esclusivamente i medici con qualifica di Ufficiale di Polizia giudiziaria delle SCPSAL dei Dipartimenti di prevenzione, si è dimostrato essenziale per l'attività istruttoria, coordinata dalle Procure della Repubblica, attività che ha contribuito al riconoscimento dei diritti dei lavoratori affetti da malattie amianto-correlate nell'area giuliano-isontina.



Convegno organizzato dalla Fondazione vittime dell'amianto "Bepi Ferro" presso l'Aula magna di Palazzo Bo, Università degli Studi di Padova, 4 dicembre 2014.

DA UNA RICERCA QUANTITATIVA A UN PROTOCOLLO DI INTERVENTO PSICOTERAPEUTICO PER I MALATI DI MESOTELIOMA E I LORO FAMILIARI

Antonella Granieri

Dipartimento di psicologia,
Università degli Studi di Torino
Professore associato confermato
di psicologia clinica
e Direttore della Scuola di specializzazione
in psicologia clinica

Vivere in un sito contaminato può contribuire a dare l'avvio a stili di pensiero legati all'esposizione stessa. Come emerge in letteratura, le esperienze traumatiche conducono a stili di pensiero improntati a una sorta di menomazione nell'espressione e nella tolleranza degli affetti. Gli abitanti di un sito inquinato, dunque, si caratterizzano per l'essere soggetti Alessitimici, vale a dire con difficoltà significative nell'identificare e verbalizzare gli stati emotivi o, in altre parole, incapaci di usare gli affetti come segnali. Questo dato è in sintonia con la valutazione clinica della presenza di dimensioni di personalità che caratterizzano il disturbo post-traumatico da stress.

Tale specificità intrapsichica connota in modo significativo la domanda di salute portata avanti dalle popolazioni dei siti contaminati: la comunicazione non può passare attraverso gli affetti ed è, dunque, incentrata sui sintomi e sulla conseguente richiesta di farmaci, visite specialistiche o esami diagnostici.

Per quanto riguarda il caso specifico di Casale Monferrato, i cittadini hanno mostrato negli anni di essere una comunità resiliente,¹ ma si trattava di una resilienza presente a livello comportamentale, non supportata dalla capacità psichica di significare l'evento traumatico. L'impatto a livello psicologico del vivere in un'area esposta ad amianto non era, infatti, affrontato nella sua connotazione traumatica. Il sistema sanitario, dal canto suo, non è attrezzato per affrontare situazioni di tale gravità, con richieste reiterate nella direzione di un controllo specialistico del pro-

prio stato di salute. Ciò porta con sé la necessità di lavorare con la popolazione interessata a farlo per sostenere la possibilità di pensare e comunicare su una realtà esistenziale così difficile da affrontare. Il sistema sanitario possiede protocolli standardizzati per le situazioni di salute connotate da una sorta di regolarità, ma non è attrezzato per situazioni come Casale, l'ILVA e la Terra dei fuochi che, a un certo punto, pongono in essere richieste di accertamenti, verifiche, allerta nel livello di attenzione della popolazione ed esigenza di risposte. In tali contesti, le strutture sanitarie si muovono ancora su vecchie logiche, ricorrendo a un funzionamento in emergenza, e non sono preparate per la prevenzione e per produrre attenzione agli stili di vita.

In questo senso, a livello di organizzazione sanitaria e progettazione di nuovi protocolli di intervento sono necessarie da un lato azioni di cura multidisciplinare, dall'altro un'informazione che tenga conto delle caratteristiche della popolazione per come delineate sino a questo punto.

Lavorare a livello psicologico sulla comunità cambia la domanda stessa di salute della popolazione e può anche cambiare l'offerta di salute di Regioni, Comuni e ASL.

Emerge, dunque, la necessità di un modello di intervento integrato che permetta di:

- favorire la presa di responsabilità rispetto alle proprie condizioni di salute e accrescere l'aderenza al trattamento;
- accogliere e curare in maniera multidimensionale il disagio psichico di pazienti e *caregivers*;
- sviluppare strategie attive declinate a partire dalle caratteristiche dell'ambiente da cui il soggetto proviene e in cui si trova immerso.

Questi i presupposti che hanno mosso il progetto di ricerca nato nel 2006 a Casale Monferrato su richiesta dell'allora Direttore generale delle ASL 20-21-22.

Il progetto è stato finanziato in prima battuta dalle ASL 20-21-22 di Casale Monferrato, quindi dalla ASL AL e dall'Assessorato alla sanità della Regione Piemonte e, infine, dal Centro sanitario amianto.

Fase 1: periodo 2006-2008

Indagine conoscitiva degli effetti psicologicamente riscontrabili a livello clinico sulla comunità casalese colpita dal mesotelioma

■ Finalità:

- promozione e tutela della salute psicologica;
- individuazione di fattori di diagnosi, prognosi e cura per individui e famiglie toccate dal mesotelioma.

■ Strumenti:

MMPI-2; MMPI-RF; WHOQOL

■ Campione:

- gruppo 1: pazienti affetti da mesotelioma pleurico;
- gruppo 2: familiari;
- gruppo 3: gruppo di controllo.

Nei pazienti è emersa la tendenza a negare i propri problemi, ansia e pessimismo. I familiari erano, invece, caratterizzati dal vedere le persone intorno a sé come poco affidabili e poco propense a fornire aiuto e sostegno, cosa che produceva una domanda reiterata sia nei confronti delle persone vicine sia nei confronti delle istituzioni. Sia i pazienti sia i familiari erano caratterizzati dalla sensazione di non avere energie e risorse per fronteggiare le circostanze della quotidianità.

Dai sentimenti naturali e comprensibili correlati alla malattia si viene a creare un vero e proprio stile di pensiero con le seguenti caratteristiche:

- assenza di speranza;
- isolamento;
- introversione;
- difficoltà ad assumersi responsabilità e a prendere decisioni.

Fase 2: periodo 2010-2011

Progetto d'intervento psicologico nella comunità casalese colpita da mesotelioma

Sulla base dei risultati ottenuti nella prima fase di *assessment* è stato possibile realizzare un intervento clinico volto a promuovere l'elaborazione, la simbolizzazione e la significazione delle emozioni legate alla prognosi nefasta.

- **Gruppo corporeo:** il modello di intervento psico-corporeo integrato propo-

sto permette di accogliere e curare in maniera multidimensionale, e di conseguenza più efficace, il disagio psichico che il singolo soggetto e la comunità si trovano a dover affrontare.

■ **Gruppo multifamiliare:** obiettivo è offrire alla popolazione uno spazio di espressione per elaborare la propria condizione di rischio e “mentalizzare” il proprio disagio in modo da:

- non percepire se stessi come del tutto impotenti e soli davanti alla malattia e alla morte;
- migliorare la gestione della malattia da parte dei *caregivers* e rinforzare la capacità della coppia di pianificare strategie per affrontare il fine vita;
- valorizzare la qualità di vita residua, vale a dire promuovere il recupero degli aspetti residui di vita e salute di un corpo-mente percepito da se stesso e dal contesto come malato e morente.

Fase 3: periodo 2013-2015

Modello operativo per la presa in carico globale del paziente affetto da mesotelioma

La mancanza di programmazione nell'affrontare un'esposizione continuativa a uno stimolo patogeno sottopone le strutture sanitarie a un supplemento lavorativo che crea condizioni di emergenza e, quindi, incide profondamente sui processi clinici. Laddove la malattia, fisica e/o psichica, è il risultato di un evento traumatico collettivo e ripetuto nel tempo, è necessario ripensare il modello di cura:

1. *assessment* psicologico di pazienti e familiari;
2. sportelli amianto;
3. nuovo modello di cura integrato.

Il percorso rivolto a individui e famiglie toccati da tali realtà patologiche dovrebbe proporsi di:

- individuare fattori di diagnosi, prognosi e cura psicologica;
- realizzare e sperimentare un nuovo protocollo di cura psico-oncologico integrato;
- produrre nuove culture politiche per realizzare servizi più efficaci nel rispetto dei budget previsti.

Un lavoro di questo tipo richiede tempo sia

per malati e familiari sia per le figure professionali coinvolte. Particolarmente delicato è il passaggio dalla diagnosi definitiva, che dovrebbe assolutamente essere comunicata congiuntamente dallo specialista in oncologia e dallo specialista in psicologia clinica, al raggiungimento di uno spazio terzo e squisitamente psicologico: il gruppo terapeutico multifamiliare, dove possono germogliare nuovi semi di pensiero.

Ribadisco che è centrale l'accompagnamento che serve a paziente e familiari per stabilizzare la propria partecipazione al gruppo. Se, e solo se, essi sentiranno solidali nel progetto gli oncologi, così come l'intero staff del reparto – in primis gli infermieri, che sono poi coloro che seguiranno i pazienti nella gestione delle diverse fasi concrete della malattia – crescerà la fiducia interna in uno spazio somatopsichico in grado di accoglierli e sostenerli nella fase terminale propria o dei propri affetti.

Nota

1. Per resilienza si intende una qualità propria dei soggetti in grado di produrre risposte inedite a partire da circostanze avverse e traumatiche.

Per approfondimenti sul tema, si rimanda alle note bibliografiche presenti sul sito www.epiprev.it

LA SORVEGLIANZA SANITARIA DEGLI EX-ESPOSTI ALL'AMIANTO

Fulvio Aurora

Segreteria nazionale Associazione italiana esposti amianto (AIEA)

Premessa

L'Associazione italiana esposti amianto (AIEA) è stata fondata nel 1989 a Casale Monferrato per iniziativa di Medicina democratica-Movimento di lotta per la salute (MD) presso cui ha sede. Si è occupata, fin dall'inizio, di tutti i temi relativi all'amianto, in termini di mobilitazione, lotta e legislazione. La sorveglianza sanitaria degli ex-esposti all'amianto è un atto dovuto, non solo perché richiesto dalla legge. I lavoratori che per anni sono stati esposti all'amianto hanno diritto a una considerazione sociale e sanitaria particolare: non erano stati messi al corrente dei

rischi cui erano sottoposti e, anche se avevano vagamente sentito parlare della nocività dell'amianto, erano portati a sottovalutare il problema o addirittura a non crederci. La legge stabiliva che i lavoratori dovevano essere informati («resi edotti»)¹ dei rischi cui erano sottoposti (Art. 4 DPR 303/1956). Questo non è avvenuto nel 99% dei casi per una precisa scelta del datore di lavoro che non poteva spiegare che l'agente con cui i lavoratori venivano a contatto fosse nocivo. Avrebbe dovuto toglierli da quella condizione o impedire loro di essere esposti, in contrasto con la sua necessità di produzione, soprattutto di profitto.

Vi è, quindi, una responsabilità individuale che, in non molti casi, viene accertata a livello giudiziario, ma ve ne è anche una collettiva, che il complesso dei datori di lavoro, organizzati o meno, dovrebbero assumersi per bonificare i siti contaminati e per risarcire i lavoratori ex-esposti colpiti da malattie amianto-correlate.²

Il Piano Nazionale Amianto

Nel cosiddetto processo Eternit, lo scontro derivato dalla sentenza della Corte di Cassazione del 19.11.2014 che ha «annullato senza rinvio per prescrizione» la precedente sentenza della Corte d'Appello di Torino nei confronti di Stephan Schimideiny non ha scosso a sufficienza il Governo e le Regioni, che di fatto non sono ancora riuscite a rendere operativo il Piano Nazionale Amianto, elaborato a seguito della Conferenza di Venezia nel novembre del 2012.

Il Registro degli esposti. Il problema dell'amianto va affrontato in tutte le sue dimensioni, per questo si è accennato alla necessità di attuazione del Piano Nazionale Amianto che prevede tre fondamentali capitoli: sanitario, ambientale e risarcitorio, legati, forse, da un riferimento alla giustizia, per quanto, a nostro avviso, insufficiente.

Il capitolo sanitario riguarda principalmente l'adozione di misure atte a realizzare la sorveglianza sanitaria degli esposti e degli ex-esposti. Diverse leggi lo hanno stabilito, si potrebbe ancora fare riferimento al DPR

303/1956 e, soprattutto, successivamente al D.lgs. 277/91, nonché naturalmente alla legge fondamentale sull'amianto, la n. 257, che nel 1992 ha stabilito la messa al bando dell'amianto. Su di essa, come associazione, avevamo lavorato non solo in termini di mobilitazione, ma anche con una proposta di legge che ha concorso alla costruzione del testo finale e che conteneva anche norme riferite al controllo della salute degli ex-esposti (cfr. PdL 5016/1990 Bianca Guidetti Serra e altri).³

E' indubbio che quando si parla di sorveglianza sanitaria si devono individuare i soggetti beneficiari. E', pertanto, indispensabile parlare del Registro degli esposti (e degli ex-esposti), la cui istituzione è fondamentale. Gli attuali esposti all'amianto sono coloro che principalmente operano nei lavori di decoibentazione e bonifica che sono ovviamente noti, ma ai quali forse non si dà la dovuta attenzione, visto che sta cominciando a emergere la presenza di malattie amianto-correlate tra questi lavoratori. Ciò significa che le misure di prevenzione adottate non sono sufficienti. E ancora più problematiche e sottovalutate sono le attenzioni dovute ai lavoratori impiegati nelle manutenzioni e nelle ristrutturazioni che, a causa dell'enorme diffusione dell'amianto, vengono in qualche modo a contatto con la fibra.

Quindi si tratta di costruire gli elenchi degli ex-esposti. I primi da includere, se risultano essere stati esposti, sono quelli che si presentano spontaneamente ai Dipartimenti di prevenzione della AUSL o al Distretto. Deve essere prevista una campagna su base comunale prevalentemente finalizzata al censimento dei manufatti in amianto, che comprenda l'informazione sui danni e i rischi da amianto e inviti gli ex-esposti a iscriversi al Registro. Al secondo posto si dovrebbero mettere gli elenchi dei lavoratori dei luoghi di lavoro conosciuti dalle AUSL, anche nel caso in cui l'azienda abbia cambiato nome, sia chiusa o non esista più. Da qui, diventa indispensabile acquisire gli elenchi dei lavoratori che hanno fatto richiesta di riconoscimento dei benefici previdenziali, indicazione presente nel Piano nazionale e,

in genere, nei documenti che si occupano del problema, ma mai messi a disposizione. Sarebbe necessario che il Ministero del lavoro intervenisse urgentemente in tal senso.

Il counselling. Gli elenchi di ex-esposti che vengono predisposti hanno lo scopo di sottoporre – da subito – gli iscritti a sorveglianza sanitaria ed epidemiologica. Non è compito di un'associazione di ex-esposti entrare nel merito tecnico della metodologia di sorveglianza sanitaria, anche se, per esperienza, è in qualche modo inevitabile. In Regione Lombardia, per esempio, la delibera che ha stabilito le misure di sorveglianza è derivata da un gruppo di lavoro tecnico cui hanno partecipato anche esponenti dell'AIEA. Ciò che dobbiamo dire, basandoci su quell'esperienza, ma anche su quelle che abbiamo conosciuto in altre Regioni, riguarda il primo e più importante approccio con il lavoratore ex-esposto. Si impone come premessa di sottolineare che il personale del servizio di prevenzione va rafforzato, escludendolo da qualsiasi misura di ridimensionamento a causa della *spending review* o di altro, e non di meno che la sorveglianza sanitaria, in tutte le sue forme, deve essere gratuita.

Alla persona che si presenta dovrebbe essere dedicato un tempo sufficiente (almeno un'ora) per permettergli di raccontare la propria storia lavorativa, le modalità di esposizione all'amianto ed eventualmente ad altre sostanze tossiche e cancerogene, nel contesto dell'organizzazione del lavoro in cui era inserito. E da lì occorre dargli indicazioni "di vita" essenziali, il cosiddetto counselling, che si propone di correggere i comportamenti scorretti che potrebbero incrementare o precedere lo sviluppo di malattie amianto-correlate e non solo. Per esempio, smettere di fumare, alimentarsi in modo corretto e svolgere attività fisica sono abitudini che prevengono diverse patologie croniche e pure alcuni tumori e certamente possono portare benefici anche agli ex-esposti all'amianto. Non può mancare, ogni qualvolta sia opportuno, il rinvio del lavoratore al servizio di psicologia (o a uno psicologo) se si constata che la persona si trova

in grave disagio per il timore di essere colpito da una malattia amianto-correlata.

Poi c'è la classificazione degli ex-esposti che va fatta in relazione alla durata e all'intensità dell'esposizione pregressa, secondo la quale vanno definite le modalità e i contenuti della sorveglianza sanitaria. La Conferenza di Helsinki del 2014, il convegno di Padova del 4 dicembre 2014 e l'analisi delle normative e delle esperienze delle Regioni costituiscono la base su cui la Regione Veneto, per incarico del Ministero della salute, dovrà fornire indicazioni per definire le linee guida della sorveglianza sanitaria alle quali tutte le Regioni, pur in relazione alle loro peculiarità, dovranno attenersi. E la sottolineatura da parte delle associazioni è proprio questa: che la sorveglianza sanitaria venga praticata in tutto il territorio nazionale, eliminando le disparità regionali e territoriali. Tutti i lavoratori ex-esposti hanno il medesimo diritto.

Vi sono, poi, alcune situazioni territoriali nelle quali vi è un'alta incidenza di persone colpite da mesotelioma per cause extra-lavorative: sono da prendere in considerazione per realizzare un'apposita informazione e adottare provvedimenti di sostegno psicologico.

La sorveglianza sanitaria comprende anche la diagnosi precoce?

Vi è una discussione aperta a partire dall'esperienza della Basilicata, nella quale anche l'AIEA è coinvolta, che vede l'esecuzione, all'interno della sorveglianza sanitaria, della TAC spirale a basso dosaggio rivolta agli ex-esposti delle grandi aziende in cui l'amianto veniva largamente utilizzato e dove è stato riscontrato negli ex-esposti un numero consistente di colpiti da tumore del polmone. Diversi di questi, riscontrato il tumore in fase iniziale, hanno potuto essere efficacemente curati. La discussione proposta nel documento di Helsinki a partire dallo studio americano che ha dato come risultato una riduzione della mortalità fra gli ex-esposti richiede ulteriori studi e sperimentazione. Viene sottolineata, nel medesimo documento, l'importanza di un lavoro comune fra i diversi Centri sia a livello nazionale sia internazionale.

L'AIEA il 17-18 ottobre 2014 ha promosso un convegno nel quale, durante la prima giornata, sono state presentate relazioni sulla sorveglianza sanitaria degli ex-esposti svolta in Basilicata, nonché sulle terapie cui sono stati sottoposti coloro che hanno contratto gravi patologie correlate all'amianto. Nella seconda giornata si è entrati nel merito dei diritti previdenziali e risarcitori degli ex-esposti. L'intenzione è di presentare, entro il 2015, gli atti del convegno in un incontro pubblico al fine di discutere, in particolare, sulla questione sanitaria.

Nota

1. Articolo 4 DPR 303/1956. *Obblighi dei datori di lavoro, dei dirigenti e dei preposti.* «I datori di lavoro, i dirigenti e i preposti che esercitano, dirigono o sovrintendono alle attività indicate nell'articolo 1 devono, nell'ambito delle rispettive attribuzioni e competenze: a) attuare le misure di igiene previste nel presente decreto; b) **rendere edotti i lavoratori dei rischi specifici cui sono esposti e portare a loro conoscenza i modi per prevenire i danni derivanti dai rischi predetti;** c) fornire ai lavoratori i necessari mezzi di protezione; d) disporre ed esigere che i singoli lavoratori osservino le norme di igiene e usino i mezzi di protezione messi loro a disposizione».
2. Vedi Renato Balduzzi (CSM). Audizione 24.03.2015 in Commissione d'inchiesta sugli infortuni sul lavoro al Senato, in relazione al problema dell'amianto e alle iniziative da lui promosse nelle vesti di Ministro tra il 2011 e il 2013, in questo volume alle pagine 7-11.
3. Articolo 8, punto 2, ddl Bianca Guidetti Serra. «Le unità sanitarie locali verificano, in relazione al censimento, la presenza dell'amianto e l'esposizione dei lavoratori, predisponendo opportune indagini epidemiologiche e medico-cliniche; esse, inoltre, intervengono per la dismissione e la bonifica delle zone interessate, vigilando sull'attuazione di tutte le misure necessarie alla protezione dei lavoratori impegnati nelle attività suddette; inoltre, si costituisce presso ogni sede locale il registro degli esposti, comprendente i dati essenziali anagrafici, di storia lavorativa e anamnesi medico-clinica delle persone che sono venute a contatto, anche per breve tempo, con amianto o altre fibre artificiali con le medesime caratteristiche».

IL PROGETTO STORIE INVISIBILI

Sergio Tagliapietra

Ex-dipendente, ora in pensione, dei cantieri navali Fincantieri, Venezia, socio della Fondazione vittime dell'amianto "Bepi Ferro", Padova

Il progetto **Storie invisibili** è nato nel 2010 con il patrocinio della Camera del lavoro di Mestre-Venezia e la partecipazione di alcuni collaboratori volontari del Patronato INCA CGIL, a seguito delle

sollecitazioni di centinaia di lavoratori esposti provenienti da aziende in cui l'esposizione ad amianto ha provocato gravissimi danni alla salute, se non una vera e propria strage, ancora in corso (aziende come i cantieri navali Fincantieri di Venezia e non solo).

Il progetto è stato attuato dal 2010 dopo aver constatato che, a fronte dell'invio presso lo SPISAL di Venezia e Province limitrofe di almeno 700 domande per l'attivazione della sorveglianza sanitaria da parte del Patronato INCA CGIL, il piano di sorveglianza sanitaria aveva in concreto riguardato solo un'esigua minoranza di lavoratori; la testimonianza dei compagni della ex-Firema di Padova, azienda addetta alla costruzione e riparazione ferroviaria, ha confermato che si tratta di una situazione comune anche ad altre Province.

Il progetto ha sempre privilegiato il rapporto con le istituzioni sanitarie, auspicato il loro intervento, e non ha mai inteso sostituirsi all'indispensabile ruolo degli organismi preposti alla sorveglianza sanitaria. I promotori del progetto non hanno interpellato attivamente alcun ex-esposto, ma sono stati destinatari delle istanze che provenivano da questi lavoratori, a cui hanno prestatato assistenza per l'acquisizione del beneficio dell'esenzione dal ticket per gli eventuali esami strumentali prescritti dai medici di base e l'esame dei referti (costituiti in genere da TAC spirale) da parte della consulenza medica dell'INCA.

In tal modo i lavoratori risultati affetti da malattie professionali hanno potuto:

- avviare le cure necessarie a seguito del riscontro delle malattie amianto-correlate;
- ottenere dall'INAIL il riconoscimento della malattia professionale e, sussistendone i presupposti, della rendita prevista dalla legge;
- ottenere i benefici contributivi previsti dall'Art. 13 comma 7 della legge del 1992;
- avviare eventuali azioni risarcitorie nei confronti dei datori di lavoro.

Gli operatori del progetto, attraverso il Patronato INCA di Venezia, hanno sottoposto ai medici 403 esiti di TAC spirale, dei quali solo 62 erano stati disposti su prescrizione dello SPISAL di Venezia.

I referti hanno consentito di diagnosticare:

- 90 casi di lavoratori affetti da placche pleuriche;
- 26 casi di lavoratori affetti da carcinomi polmonari;
- 13 casi di lavoratori affetti da mesotelioma.

Per quanto i dati esposti rappresentino un ambito non ristretto, nessuno dei promotori dell'iniziativa ha mai preteso di trarre da questa esperienza alcuna valutazione di carattere scientifico generale o epidemiologico. Gli operatori del progetto ritengono, peraltro, che l'esperienza condotta e gli esiti del dibattito anche odierno rivelino la necessità indifferibile che la Regione Veneto dia attuazione effettiva a un piano di sorveglianza sanitaria sistematico e organico a favore degli ex-esposti e per la cura delle malattie amianto-correlate; adotti a tal fine e senza indugio le raccomandazioni provenienti dal *Consensus* di Helsinki del 2014, dotandosi delle risorse necessarie e di modalità organizzative che riguardino la valutazione delle condizioni di salute della generalità degli ex-esposti.

SCREENING DEL TUMORE DEL POLMONE PER GLI EX-ESPOSTI AD AMIANTO? SOLO SE UTILE E DI QUALITÀ

Marco Zappa

UOC epidemiologia clinica, Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica (ISPO), Firenze

Nella mia esperienza di responsabile dell'Osservatorio nazionale screening (ONS) mi sono confrontato direttamente con alcune delle tematiche trattate in questo convegno da alcuni anni. Innanzitutto, due premesse.

■ L'ONS ha il compito (su incarico del Ministero della salute) di valutare e sostenere i programmi di screening oncologici che attualmente vengono raccomandati a livello nazionale, cioè quelli per il tumore coloretale, cervicale e mammografico. Alcuni anni fa il Dipartimento della prevenzione del Ministero alla salute incaricò

l'ONS di produrre documenti di indirizzo per i decisori regionali su argomenti di particolare interesse. Gli argomenti su cui l'ONS produsse linee di indirizzo furono, per l'appunto, lo screening per il tumore al polmone mediante TAC spirale, oltre a quello della prostata mediante PSA e dell'HPV per la cervice uterina.

■ Per programma di screening si intende il coinvolgimento attivo di una popolazione definita da un certo livello di rischio (in genere in base all'età). Questa popolazione viene invitata a eseguire un test di screening che distingue la popolazione in due gruppi: quella negativa al test e quella positiva, che dovrà essere sottoposta a esami di approfondimento al fine dell'individuazione precoce di un tumore. La finalità della diagnosi precoce è la riduzione della mortalità specifica. Uno screening si dice efficace se, attraverso trial clinici randomizzati, vi sono prove di un'effettiva riduzione di mortalità.

Prima di poter fare un programma, dato che ci rivolgiamo a una popolazione sana e la invitiamo attivamente, dobbiamo pesare attentamente gli effetti positivi che, con qualche probabilità, si verificheranno sia gli effetti negativi che al contempo si determineranno. Quando si parla di screening si usa la metafora della bilancia: ci sono elementi positivi (nel caso del tumore del polmone: morti potenziali evitate, interventi meno aggressivi, rassicurazione eccetera) ed elementi negativi (ansia indotta, falsi positivi, sovradiagnosi e interventi inutili). Si decide che uno screening è proponibile se la somma degli effetti positivi attesi supera quella degli effetti negativi. Questa pesatura viene effettuata a livello di popolazione, non del singolo individuo, che avrà o benefici o effetti negativi. Facendo un programma di screening – ma la stessa considerazione vale per ogni programma sanitario – si determinano vantaggi per qualcuno e svantaggi per altri. Per proporre uno screening, bisogna che a livello di popolazione la somma degli effetti positivi sia maggiore di quella degli effetti negativi.

Il dibattito di oggi si è incentrato sulla possibilità di condurre lo screening per il tu-

more al polmone all'interno del setting delle visite di sorveglianza per gli ex-esposti ad amianto.

Questa dimensione lo rende un po' diverso dai programmi tradizionali di screening. Innanzitutto, perché non c'è un unico scopo nella sorveglianza, essendo molte le patologie che si vanno a ricercare nelle attività di sorveglianza. Inoltre, c'è la complessità di aspetti di giustizia sociale legati al riconoscimento di malattia professionale, insiti in questa attività e giustamente da considerare.

Pur essendoci questa diversità di contesti, alcune considerazioni di fondo rimangono. Nel documento che come ONS producemmo alcuni anni fa sullo screening polmonare (<http://www.osservatorionazionale.screening.it/node/61>) non consigliamo ai decisori regionali di attivare lo screening polmonare. La posizione era dovuta al fatto che a quei tempi (ma ancora oggi) nessuna nazione europea consigliava tale screening. Le ragioni di questa posizione erano (e sono) che i vantaggi avessero ancora margini di incertezza e che gli effetti collaterali negativi non fossero adeguatamente quantificati, per cui era utile che i vari studi europei che erano in corso si concludessero e confermassero o meno i risultati dello studio statunitense (il National Lung Screening Trial, NLST). Fra gli effetti collaterali negativi, quello da valutare con maggiore attenzione è sicuramente la sovradiagnosi. Molte volte essa viene scambiata con il problema dei falsi positivi (anch'essi effetto negativo di uno screening, ma di minore importanza). Si parla di sovradiagnosi quando si diagnostica un tumore, che non è un falso tumore, non è una falsa immagine, è un tumore istologicamente confermato, ma che, nonostante ciò, non sarebbe mai comparso nella vita di quella persona se non avesse fatto lo screening. Il che determina, nel caso del tumore del polmone (similmente a quanto avviene nel tumore della prostata), che quella persona sarà trattata chirurgicamente e subirà i trattamenti e le conseguenze pesanti del trattamento per una lesione che senza lo screening non sarebbe mai comparsa. Dunque, pur convinti di avere fatto un beneficio, determi-

niamo un rilevante danno alla persona sovradiagnosticata.

Però è necessario tener conto di questo bilancio anche quando ci si sposta nella sorveglianza attiva. Nella sorveglianza attiva, come ho detto prima, il setting è diverso, però il problema del bilancio fra effetti positivi e negativi determinati da un'attività di diagnosi precoce va comunque attentamente considerato.

Su due elementi volevo porre l'attenzione. Il primo elemento è l'informazione/comunicazione. Bisogna essere molto onesti su questo: se noi proponiamo una TAC spirale a un ex-esposto ad amianto, dobbiamo comunicargli: «Potremmo trovarti un tumore e, diagnosticandolo precocemente, salvarti la vita. Potremmo anche, in una misura che non è indifferente [potrebbe essere un tumore su cinque] trovarti un tumore che non sarebbe mai comparso. Non sappiamo se il tumore che individuiamo con lo screening si sarebbe manifestato, però, a quel punto, ti opereremo, avrai un intervento chirurgico, avrai una limitazione funzionale». Questo è il primo elemento. Il secondo elemento riguarda ciò che è stato illustrato dal dottor Paci (vd. pp. 35-41): lo screening per il tumore del polmone è uno screening molto complesso, che ha un alto livello tecnologico, e ha elementi sostanziali di incertezza. Ci sono tassi di richiamo molto ampi, c'è una grande quantità di persone che viene avviata a essere sorvegliata nel tempo, con tutta l'ansia che questo determina. C'è la necessità di fare biopsie in modo appropriato e così via, insomma, è un processo complicato. Essendo molto complicata, ha anche altri effetti collaterali negativi, oltre alla sorveglianza.

Se vogliamo pensare che, per quella persona, il bilancio tra effetti positivi e negativi sia probabilisticamente positivo, bisogna garantirle la migliore qualità possibile. La questione della qualità dell'intervento non è marginale, è uno degli aspetti su cui si gioca questo bilancio. Facciamo progetti dimostrativi ed esperienze a scopo di ricerca su questo campo. Però dobbiamo assolutamente garantire la qualità di quello che proponiamo.