

Conferenza del 9 Giugno 2005:

PROSPETTIVE NEL TRATTAMENTO DEL MESOTELIOMA PLEURICO

PRESIDENTE: Buongiorno a tutti. Benvenuti a questa riunione, dal mio punto di vista, molto importante. Darò subito la parola, al direttore sanitario, il dott. DelliQuadri Nicola, il quale ci intratterrà con una brevissima introduzione.

DELLIQUADRI NICOLA, direttore sanitario azienda ospedaliera universitaria ospedali riuniti di Trieste

Buonasera a tutti. Mi hanno convinto a prendere parte a questo meeting anche come relatore, anche se avrei preferito essere solamente in veste di uditore. Comunque porto con molto piacere il saluto dell'azienda ospedaliera universitaria ospedale riuniti di Trieste a questo importante convegno. A pensarci, il dialogo con voi è uno dei pochi e felici casi nei quali tra la platea e il tavolo dei relatori non ci sono confini, perché l'esperienza, soprattutto vostra, delle persone colpite da problematiche inerenti l'amianto, dimostra che le lotte sostenute negli anni e nei decenni dalle persone, dalle loro rappresentanze, insieme alle persone che si occupano di scienze non sono risultate vane. Io mi sono documentato leggendo gli atti dei vostri precedenti convegni, che hanno messi insieme menti e capacità elevate nell'ambito della medicina del lavoro, nell'ambito della chirurgia, dell'istologia, della pneumologia. Abbiamo qui i nostri professionisti che sono disponibili a dare una mano a tutti. Dimostrano come questo felice connubio può portare a risultati. Sappiamo tutti che la strada non è in discesa. È una strada che, forse, prima, era molto ripida mentre adesso la salita si sta leggermente attenuando, ma dobbiamo continuare a lavorare tutti insieme per ottenere i risultati migliori. L'ospedale di Trieste ha la massima disponibilità, il massimo interesse a collaborare con queste iniziative, nell'interesse, ovviamente, principale delle persone che hanno problemi di salute così importanti. I nostri professionisti mettono tutta la loro capacità e la loro passione in questo lavoro. E io vi ringrazio per la possibilità che mi avete concesso di esprimere le mie idee, che rinnovo e vi faccio i migliori auguri di buon lavoro a tutti. Grazie.

PRESIDENTE: Grazie al dott. DelliQuadri. Inizio questa presentazione del convegno dando un benvenuto a tutti dall'associazione Esposti Amianto Regione Friuli Venezia Giulia di Trieste che ha indetto questa conferenza in collaborazione con lo staff medico della chirurgia toracica dell'ospedale di Cattinara, perché vivamente interessata al grave problema creato dalle malattie amianto correlate le quali, sempre più frequentemente, colpiscono quanti sono stati esposti a questo pericolosissimo minerale anche in maniera leggera o indiretta. Vedi i casi ormai non più sporadici delle casalinghe, che lavando gli indumenti di lavoro impregnati di polvere di amianto, sbattendoli, provocavano inconsapevolmente un pulviscolo invisibile ed inodore che esse stesse inalavano. Possiamo dire di essere rimasti esterrefatti dalla notizia apparsa sul "Piccolo" del 21/4/2005 dove, sinteticamente, si elencavano le modalità dell'intervento su soggetti affetti da mesotelioma pleurico. Per questo, incuriositi, abbiamo contattato questo lodevole gruppo di esperti e a loro abbiamo chiesto di informare tutti gli ex esposti all'amianto in maniera corretta sulle possibilità di convivenza con il male, in maniera dignitosa, così da poter rasserenare gli animi di quanti sono considerati soggetti a rischio. Sicuramente, questi angeli verdi – come li ha chiamati una paziente da loro operata – sapranno descriverci in maniera esaustiva quanto c'è da sapere in modo da infondere una speranza, se non proprio una certezza di vittoria, contro queste devastanti malattie. Fungerà da moderatore il valente prof. Gennaro Liguori, alla mia sinistra, direttore del dipartimento di chirurgia toracica dell'ospedale di Cattinara. Poi, seguirà una relazione del dott. Maurizio Cortale. Poi, ancora, quella del prof. Marco Confalonieri. Ed infine del dott. Aulo Beorchia. Questi signori sono più che titolati ad esprimersi sul tema e sulle malattie amianto correlate, in quanto il loro curriculum parla di numerose, anzi, innumerevoli specializzazioni e coinvolgimenti in edizioni di testi scientifici che parlano di questa materia. Hanno espresso il compiacimento per l'iniziativa di questo convegno, e scusandosi per non poter essere presenti per degli impegni precedentemente presi, o in un caso per problemi di salute, i seguenti parlamentari che erano stati invitati: on. Roberto Maroni, Ministro del lavoro, on. Brambilla, sottosegretario del Ministero del lavoro responsabile del problema amianto, l'on. Altero Matteoli, Ministro dell'ambiente, l'on. Antonio Pizzinato, senatore, l'on. Tiziano Treu, senatore. Sono altresì presenti in sala la dott.ssa Miriam Taucher, poi c'è l'assessore regionale al lavoro, Roberto Cosolini, una rappresentanza della SABS, un'associazione consimile alla nostra della vicina Repubblica slovena di Nuova Gorizia che si occupa del problema amianto, le delegazioni dell'A.E.A. delle Province di Gorizia, Udine e Pordenone. L'associazione nazionale mutilati invalidi del lavoro. C'è pure una rappresentanza dei medici dell'INAIL, una bellissima rappresentanza onorata dal dott. Capuzzo... ma c'è anche il direttore: la dottoressa Angela Forlani, mi scusi tanto! Ispezionando la sala non l'avevo vista, La direttrice, o direttore – come si usa dire oggi – dell'INAIL provinciale di Trieste. Poi, ci sono altre presenze significative: l'assessore alla salute della Provincia di Trieste, dott. Claudio Grizon. Ci sono anche, vedo, rappresentanti degli organi di stampa che, interessati al problema, e ne siamo ben contenti, perché bisogna divulgare queste notizie, soprattutto quando si fa ricerca; essa porta sicuramente dei buoni risultati, anche se all'inizio non si possono avere dei riscontri immediati. Ecco. Bisogna avere un po' di pazienza. Non bisogna dimenticare che le ricerche sulle malattie d'amianto, per conto mio, o non esistevano, oppure venivano sottaciute. Erano considerate comunque poco importanti. Il problema, invece, è molto grave, perché noi stessi come associazione vediamo che ogni mese perdiamo dei soci. Ma non li perdiamo perché si ritirano dall'associazione. No, no. Si ritirano del tutto, proprio; vengono messi orizzontali. Non scherziamo. Questa è come un'epidemia... Basti pensare che il picco di queste malattie, secondo la scienza medica ufficiale, è previsto verso il 2015-2020. Pertanto, con queste tecniche nuove, io penso che tale tasso di mortalità per le malattie amianto correlate, possa essere se non altro moderato. Ecco. Non sconfitto, ma sicuramente meno drammatico. Ora lascerò la parola al moderatore che molto meglio di me saprà esporre, con i medici del suo staff cosa veramente si sta facendo per la salute delle persone. Io li voglio ringraziare non soltanto per il servizio reso adesso, ma anche per tutto quello che hanno fatto prima. Grazie a tutti. Chiedo scusa se mi sono dimenticato di qualcuno presente in sala, evidentemente non l'ho individuato. Mi scuso con queste persone e, comunque, le citeremo sul nostro giornale che spero tutti leggiate. Grazie.

LIGUORI GENNARO, direttore del dipartimento di chirurgia toracica dell'ospedale di Cattinara: Ringrazio il Presidente per aver avuto l'iniziativa di promuovere questa riunione che credo possa essere molto utile per chiarire bene quali sono i termini del problema. Noi cercheremo di farlo nel modo più concreto e nel modo più aderente alla realtà possibile. Il problema del mesotelioma, perché di quello noi ci interessiamo, è un problema che ci troviamo a fronteggiare ormai da molti anni, da quando facciamo questo tipo di attività. Mi riferisco alla mia, di attività. E, purtroppo, per lungo tempo, è stato un confronto scoraggiante, in quanto noi riuscivamo ad applicare quella terapia che è quella classica, cioè, di asportazione della pleura che, in genere, lascia dei residui tumorali evidenti. Sui quali, poi, i colleghi radioterapisti e chemioterapisti prestavano la loro opera. Devo dire che, dal punto di vista palliativo, è anche un trattamento che ha avuto ed ha qualche risultato positivo. Nel senso di lenire il dolore, di eliminare il versamento. Ma, in termini di sopravvivenza, a distanza di alcuni anni, purtroppo, non è mai dimostrato che avesse un qualche giovamento. Dall'inizio degli anni '90, negli Stati Uniti,

un chirurgo americano ha cominciato ad applicare l'intervento con intento radicale. Cioè, tentando di asportare tutta la malattia, definita loco regionale: cioè, è certamente una malattia neoplastica ma che ha scarsa tendenza a dare metastasi. Ha una malignità che è prevalentemente locale, di infiltrazione locale e di, eventualmente, interessamento di linfonodi. Poi, naturalmente, con l'andare degli anni, possono esserci anche metastasi a distanza. Però, dato questo tipo di evoluzione della malattia, essa si presta (si gioverebbe se esistesse) ad una terapia locale, più che ad una terapia generale come in altri tumori, per esempio le leucemie, che guariscono senza nessun intervento chirurgico ma soltanto con una chemioterapia. E, quindi, questa iniziativa del chirurgo americano ha subito suscitato grande interesse. Però, qui siamo all'inizio degli anni '90, purtroppo la mortalità operatoria era elevatissima, tanto da suscitare molte critiche, molte perplessità che hanno limitato e impedito, di fatto, la diffusione di questa tecnica negli altri centri. Questo chirurgo ha perseverato. Ha avuto il grandissimo merito di mettere a punto la tecnica progressivamente in maniera sempre più coerente, sempre più corretta, tanto da rendere, alla fine, l'intervento con una percentuale di complicanze che non è molto diversa da quella della pneumonectomia eseguita per carcinoma del polmone. Questi risultati che sono stati, inizialmente, pubblicati per la prima volta alla fine degli anni '90, hanno suscitato un grandissimo interesse, anche perché si associavano alla segnalazione di sopravvivenze a distanza di cinque anni, che erano impensabili con l'intervento di riduzione e asportazione della sola pleura. Con la comparsa di queste pubblicazioni redatte da questo autore americano, (le quali verranno illustrate in modo più dettagliato) in tutto il mondo, Italia compresa, si è destato l'interesse per questa nuova tecnica. Tutti noi, da anni, cercavamo una soluzione per affrontare questo problema. E abbiamo cominciato a chiederci se era giusto che seguitassimo a non offrire ai pazienti affetti da questa malattia, tale possibilità terapeutica che ancora non era certificata (come non è dimostrato oggi da studi scientificamente indiscutibili che sia utile), ma che garantiva, o comunque prometteva risultati che, con la tecnica tradizionale, certamente noi non avevamo ottenuto. E io devo dire che noi l'abbiamo analizzata nel 2002, la nostra "vecchia" esperienza: su 150 casi, noi avevamo una sopravvivenza – a distanza di 3 anni – tra il 10 e il 15%, a seconda dei gruppi di pazienti. Quindi molto, molto limitata. E, come possibilità di vita a 5 anni, vi erano sopravvivenze sporadiche, tanto da far dubitare dell'esattezza della diagnosi o di ipotizzare che si trattava di particolari tipi di tumore con un'evoluzione torpida come si vede in tante, nella variabilità di tante neoplasie. E quindi, anche in Italia, i colleghi che fanno questo intervento, hanno cominciato a dire che vedevano delle buone possibilità di andare contro il destino inesorabile della morte. In particolare, il dott. Pagano che lavora a Mestre, col quale siamo sempre stati in contatto, ha pubblicato due anni fa la sua casistica, nella quale esiste un sottogruppo di tumori relativamente più favorevoli, che nella sua esperienza avevano una sopravvivenza "attuariale", calcolata quindi con un metodo statistico (non una sopravvivenza reale), addirittura del 60% a 5 anni. Ciò, per noi, è stato un... segnale forte per cui, ci siamo detti, non potevamo più ignorare l'esistenza della nuova terapia. Abbiamo cominciato ad inviare i pazienti a Mestre e io ho incaricato il dott. Cortale di andare a fare un training per acquisire la tecnica. Quando siamo stati sicuri di poterla offrire con lo stesso tipo di rischi di altri centri, abbiamo iniziato a farlo. Poi, credo, proprio il primo paziente che è stato operato, dopo la dimissione, è andato al giornale locale, al "Piccolo", per pubblicare un ringraziamento sulla rubrica "Segnalazioni". Se non ricordo male, era proprio il giorno in cui la Regione aveva preso un qualche provvedimento per l'amianto. Non so se lei si ricorda. Mi pare che c'erano due articoli, uno vicino all'altro. E quindi, probabilmente, la giornalista era particolarmente interessata e sensibile a questo problema. Mi ha telefonato un pomeriggio, chiedendo delle informazioni anche a Cortale. Ci ha chiesto qualche notizia, qualcosa le abbiamo detto sulla tecnica. E poi è uscito l'articolo, con un titolo che credo abbia aperto sin troppo speranze. In realtà io credo che di speranze ne dobbiamo avere, è giusto averle. Sono convinto che oggi sia questa la strada da seguire. Spero che un giorno ci sarà qualcosa di diverso dalla chirurgia, qualcosa in grado di entrare nella biologia cellulare per cambiare l'evoluzione delle cellule neoplastiche. Finché questo non ci sarà, io credo che questa sia la terapia giusta, che non è solo chirurgica. Avrete sicuramente scorto il dott. Beorchia. È una terapia che viene definita trimodale, perché sono tre le terapie che convergono per combattere questo tumore. Noi togliamo il tumore e lo dobbiamo fare in maniera totale. Cioè, senza lasciare residui evidenti. Solo in questo caso l'intervento ha, poi, i risultati che noi auspichiamo. Su questo cavo pleurico così trattato, interverrà il radioterapista, egli sicuramente saprà essere più esauriente, comunque credo che l'intervento di asportazione del polmone dia allo stesso molte più possibilità di agire in modo efficace sui residui tumorali che, con ogni probabilità, a livello microscopico, ci sono. E poi, si può anche intervenire con una chemioterapia. Quindi, senza voler affermare o far credere che siamo arrivati alla soluzione del problema del mesotelioma, credo che un passo avanti importante sia stato fatto. Quindi, adesso, cedo la parola agli altri relatori, cominciando col dott. Cortale, che vi illustrerà quella che è la tecnica chirurgica e, poi, proseguiremo nella discussione. Prego.

CORTALE MAURIZIO, responsabile della chirurgia toracica dell'ospedale di Cattinara: Buongiorno a tutti. Ringrazio innanzitutto il presidente e l'associazione per il gentile invito. Vengo subito al punto. Ringrazio il prof. Liguori, soprattutto per aver puntualizzato una cosa che avrei voluto fare io a proposito di quali sono le reali prospettive della terapia. Io sono un chirurgo e ho preparato una serie di diapositive, purtroppo "esangui", che hanno lo scopo di chiarire quali sono le possibilità chirurgiche, soprattutto quelle più recenti, per questa malattia. Allora, prima di parlare dell'intervento più recente che si chiama pleuro-pneumonectomia (1), vorrei un attimo inquadrare il problema del mesotelioma un po' dal punto di vista dell'epidemiologia. Possiamo andare avanti. (2). Dunque, le prime registrazioni, quelle più serie del problema del mesotelioma, sapete, avvengono nel sud Africa nel 1960, ad opera di un certo Wagner, che registra la morte di 33 minatori esposti all'amianto. Da allora c'è una sensibilizzazione continua, a partire dagli Stati Uniti, attraverso delle agenzie che già negli anni '70 si occupano di registrare i casi di decesso e già nei primi anni '80 riescono abbastanza bene a controllare il progresso della diffusione della malattia. In Europa il problema viene affrontato un po' più tardivamente rispetto agli Stati Uniti, però con grande impegno. E questo porta, comunque, alla constatazione che, in futuro, ci sarà un continuo aumento della malattia con un "picco", come diceva poc'anzi, il presidente, nel 2018. Sappiamo che è una malattia tipica degli esposti all'amianto che colpisce poco le donne (per lo più per cause indirette, come ormai noto); che ha un periodo di latenza di 20, 40 anni prima della comparsa, certamente causata dalla presenza, nell'ambiente di lavoro, di certi tipi, di fibre di amianto, con dei dubbi, dei punti di domanda perché esistono anche dei pazienti non esposti all'amianto che contraggono la malattia (da poco si è iniziato ad indagare anche le cause di esposizione indiretta). Situazioni nelle quali vengono invocate le possibilità istologiche di agenti virali come l'FV40, oppure condizioni addirittura genetiche come in un paesino della Turchia, dove la popolazione esposta ad una particolare forma di minerale che non è l'amianto, è la fluoro-edenite, in cui due villaggi molto vicini fra loro, presentano, in uno un'incidenza del mesotelioma nel 50% dei casi, mentre, nell'altro, questa malattia non è mai comparsa. Voglio parlare ora delle possibilità chirurgiche, quindi, della pleuro-pneumonectomia, facendo un breve schema di qual è la situazione anatomica che andiamo ad affrontare. (3) Questi sono due polmoni rappresentati in azzurro perché ricoperti dalla pleura viscerale. Quella bianca è la trachea con i due bronchi. I polmoni appoggiano sul diaframma che, in realtà, è un organo pari. Ci sono due emidiaframi rispettivamente innervati da due nervi diversi irrorati, vascolarizzati, da vasi diversi. Per cui è più corretto parlare di un organo pari dal punto di vista funzionale. Ricordo che il diaframma, come meglio spiegherà il dott. Confalonieri, è un muscolo molto, molto importante nella respirazione, che contribuisce all'80% della ventilazione. Al centro, tra i due polmoni, abbiamo il cuore che appoggia sul diaframma e che abbiamo rappresentato in giallo perché contenuto in un sacco fibroso che prende il nome di pericardio. Il pericardio ha la funzione di trattenere il cuore e impedire che questo lussuri a destra o a sinistra, a seconda dei nostri movimenti, impedire che così ci sia un arresto cardiaco, in quanto il cuore

riceve due grossi vasi che si chiamano vena cava superiore ed inferiore e se il cuore si sposta improvvisamente, queste due vene si strozzano portando uno shock cardiogeno. Il pericardio impedisce che questo avvenga. Il tutto è rivestito dalla pleura parietale, che si chiama così perché riveste all'interno la nostra parete toracica. Ce ne sono due: una a destra ed una a sinistra. Il bersaglio primo del mesotelioma è proprio la pleura parietale. In questa situazione l'intervento chirurgico, soprattutto negli stadi iniziali che si propone in genere, è quello della pleurectomia che prevede l'asportazione della sola pleura, in quanto la neoplasia è limitata alla porzione parietale. Ed è questo l'intervento che abbiamo praticato e che è stato praticato in tutto il mondo fino adesso. Però, questa è la condizione più rara del mesotelioma. È un evento sporadico, il trovare una mesotelioma in situazione iniziale. Avanti (4). Tipicamente, il mesotelioma viene diagnosticato in una fase più avanzata, quando va a coinvolgere anche la pleura viscerale, quella che ricopre il polmone, il pericardio ed il diaframma. In questa condizione, volendo ottenere una guarigione almeno dal punto di vista teorico, non è possibile intervenire con la pleurectomia, perché lasceremmo della malattia in sede. Avanti (5). Per questo il chirurgo statunitense, cui accennava precedentemente il prof. Liguori, Paul H. Sugarbaker ha pensato di intervenire seguendo un pensiero più radicale, più importante, proponendo anche un nuovo tipo di classificazione. Questa relazione ha delle basi teoriche: se la malattia è confinata al diaframma e, quindi, non sconfinata nell'addome, al pericardio e ancora non coinvolge i grossi vasi e non interferisce completamente sulla parete toracica. In questa situazione è possibile intervenire con questa tecnica di pleuro-pneumonectomia, che prende questo nome composto proprio perché prevede l'asportazione della pleura parietale di tutto il polmone, del diaframma e di una parte del pericardio. Nelle situazioni più avanzate, in cui c'è il coinvolgimento di strutture importanti come i vasi ilari, cioè l'arteria polmonare, la vena polmonare, etc. e nello sconfinamento del diaframma, questo non si può fare. Dal punto di vista diagnostico ci sono delle prove di sconfinamento della malattia che vengono evidenziate dalla risonanza magnetica la quale, più della TAC, riesce ad identificare lo sconfinamento della malattia. Per questo motivo tutti i pazienti, prima dell'intervento, vengono sottoposti a questa procedura. Come precedentemente accennava il prof. Liguori l'intervento si propone, dal punto di vista teorico, di rimuovere completamente il tumore. E' giusto però parlare di semi riduzione, in quanto non sempre si riesce ad asportare completamente il tumore. Ma l'obiettivo è di ridurre notevolmente la massa tumorale, portandola "ai minimi termini", per offrire poi, alle terapie successive – soprattutto alla radioterapia ma anche alla chemioterapia, ad essa abbinata – un'azione decisiva. Quindi, questo è il risultato dell'intervento di pleuro-pneumonectomia. (6) Come vedete, non c'è più il polmone, non c'è più il diaframma, non c'è più il pericardio. Questo fa pensare, evidentemente, che questo è un intervento che dev'essere proposto a pazienti in certe condizioni di salute, non tutti possono affrontare questo intervento. Quindi, devono essere valutati molto attentamente per poter essere sottoposti alla pleuro-pneumonectomia. Tutto questo richiede, però, anche una ricostruzione. Essa prevede l'utilizzo di una protesi, una rete, che viene utilizzata per ricostituire, innanzitutto, il diaframma. Il diaframma ricostruito non funziona più. Del resto, non serve più perché non c'è più il polmone e, quindi, non ha nessuna funzione. Assume invece importanza il contenimento degli organi addominali. Quindi, il diaframma va ricostruito con attenzione perché proprio nei primi interventi del dott. Sugarbaker, cui accennava il prof. Liguori, si erano registrati casi di erniazione dei visceri dell'addome in torace, altresì fornendo poi i suggerimenti perché questo non avvenga più. L'altra porzione anatomica che dev'essere ricostruita è il pericardio. Anche questa è in rete e anche questa deve richiedere una grande attenzione, poiché questa protesi non dev'essere applicata troppo stretta, tale da impedire l'azione cardiaca, oppure troppo allentata favorendo l'erniazione dei cuori con i problemi a cui accennavo poc'anzi. Quello che è importante capire, come concetto base della terapia, della problematica dell'esposto all'amianto, del paziente con mesotelioma, è che non è possibile pensare ad un'azione singola della chirurgia, della radioterapia o della chemioterapia. Appare quindi molto chiaro che questa azione dev'essere concentrata utilizzando tutte e tre le tecniche assieme, a partire dalla chirurgia, a seguire con la chemioterapia e subito dopo la radioterapia. Questo è così vero che anche negli studi conseguenti ai trials prospettici che partirà in Inghilterra (confronterà le due tecniche chirurgiche: la pleuro-pneumonectomia e la pleurectomia) con lo scopo di valutare l'intervento minore (e migliore), in tutte e due tecniche compare sia la chemioterapia, che la radioterapia. Quindi, quello che possiamo dire, per adesso, come già accennato precedentemente, che i risultati della pleuro-pneumonectomia sono molto incoraggianti, ma non sono definitivi. Dobbiamo aspettare i risultati – come sempre avviene in medicina – di questi studi randomizzati che, purtroppo però, devono ancora partire. Grazie.

LIGUORI GENNARO: Il dott. Cortale ha puntualizzato in modo completo e anche, credo, molto semplice il problema. Credo opportuno, subito dopo, sia il dott. Beorchia a dire qual è l'intervento successivo alla chirurgia, in modo da completare il trattamento loco regionale. Dopo, ultimo a relazionare, parlerà il dott. Confalonieri., per consentire al pubblico presente di avere un'idea complessiva delle problematiche al fine di porre possibili domande. Prego, Beorchia.

BEORCHIA AULO, radioterapista dell'ospedale di Cattinara: Buonasera. Grazie. Vi ringrazio per avermi invitato. Scusate ma... da radioterapista so che una delle prime cose da spiegare è che cos'è la radioterapia. Anche perché è una cosa che non si vede. La chirurgia è una cosa che tutti conosciamo, che si fa da circa 5.000 anni. La radioterapia è una cosa che si pratica da pochi anni, da 30 anni in Italia, ma anche nel mondo. Essa consiste nell'utilizzo di particelle – fotoni ed elettroni – che servono a depositare energia nell'organismo. Questo meccanismo, di per sé, provoca dei danni. Le radiazioni ionizzano e sono deleterie. Sui giornali trovate ogni giorno i danni causati da questi fenomeni. È vero. D'altra parte, questo è proprio il meccanismo con cui riusciamo a danneggiare le cellule sane e quelle malate, ma quelle sane riescono a recuperare, mentre invece quelle malate no. Questo è l'indice terapeutico. Questo è il motivo per cui la radioterapia funziona, altrimenti non si capirebbe. Il ruolo del radioterapista è appunto quello di riuscire a stare in mezzo a questa "forchetta": a dare tutta la dose possibile alle cellule malate e a darne il meno possibile a quelle sane, in modo da "distanziare" i due effetti. Qual è il ruolo della radioterapia nella cura di questa malattia? Beh, fino a pochi anni fa era un ruolo assolutamente marginale. I pazienti venivano sottoposti alla pleurectomia e, molto spesso, dopo l'operazione si riformava la malattia che era... rimasta presente nelle cellule malate. Quindi, il nostro ruolo era una terapia molto semplice: tre sedute di elettroni che evitavano che si insemiasse la breccia chirurgica e per evitare i disturbi. Avevamo, di fatto, soltanto il compito di curare (prevenire) i disturbi. Non potevamo, in nessun modo, intervenire sulla prognosi di questi pazienti. Invece, anche per noi, è cambiata ed è cambiata di molto, l'indicazione. Due anni fa, i colleghi radioterapisti forse fra i migliori del mondo – quelli del Memorial Sloan-Kettering Center di New York – hanno pubblicato la loro casistica. Essa presentava 35 pazienti irradiati, dopo pleurectomia o pleuro-pneumonectomia, dal 1991 al 2001 e poi seguiti (monitorati) per almeno altri 3 anni. Quindi... utilizzando una tecnica, che illustrerò brevemente, molto più complessa di quella che noi utilizzavamo dopo le pleurectomie, questi colleghi dimostrarono che, su 35 pazienti, solo 2 – con un follow up, in media, di 55 mesi – hanno accusato recidiva locale. La malattia, anche se non dà con grande frequenza metastasi a distanza, dev'essere comunque gravata dalla possibilità di una metastasi a distanza. Ecco, allora, il ruolo della chemioterapia. Un ruolo integrato, quindi: chirurgia, radio e chemioterapia per diminuire drasticamente l'eventualità di avere recidive locali e diminuire la probabilità di avere metastasi a distanza. Contemporaneamente, abbiamo a disposizione anche un nuovo farmaco, un nuovo chemioterapico che è entrato subito in sperimentazione ed è, ormai, nella fase 3 della stessa, (quindi, nella fase in cui si è già molto sicuri della sua efficacia e si è sicuri sulla "tossicità", siccome è in uso su centinaia di pazienti, nel mondo, per vedere appunto se si riesce a migliorare i risultati.

Non solo, ma ci sono altri chemioterapici, o meglio altri farmaci; come posso dire? Di tutt'altra natura ed anche migliori di altri chemioterapici. Infatti, grazie alla genetica e segnatamente alla biologia molecolare si riesce ad ottenere dei farmaci biologici che agiscono da intercettori delle proteine sulle cellule neoplastiche e attaccano specificatamente le cellule neoplastiche risparmiando invece i tessuti sani. Questo però è già un po' più là nel tempo, è per il futuro. Anche per il mesotelioma ci sono delle possibilità nei prossimi anni con farmaci di questo tipo che hanno pochissime tossicità. Tutto ciò a cosa serve? Semplicemente a consolidare i risultati... della chirurgia. Come diceva il prof. Liguori e il dott. Cortale, la chirurgia toglie tutta la malattia che si vede, ma statisticamente qualche cosa della malattia può rimanere, si ha cioè la probabilità di avere micro localizzazioni. Allora il ruolo della radioterapia è, insieme con la chemioterapia, quello di intervenire su queste micro localizzazioni. È un fatto favorevole avere un paziente che ha fatto pleuro-pneumonectomia perché, se io dovessi irradiare un paziente che ha fatto la pleuro-pneumonectomia ma, per pura ipotesi, avesse ancora il polmone, per irradiare le pleure – che sono le membrane che circondano il polmone – dovrei irradiare anche necessariamente il polmone stesso. Dovendo irradiare quindi con una frequenza molto alta. Ma attenzione: la polmonite da raggi è una complicazione... la complicità principale della radioterapia. Quindi, non avere più il polmone mette maggiore tranquillità a tutti noi. Come vedete questo è, diciamo, l'aspetto favorevole. Egualmente, comunque, è tutto piuttosto complicato. Dopo pleuro-pneumonectomia e pleurectomia, due cicli di chemioterapia e il nuovo farmaco che secondo noi terapeutici è quello che ha dimostrato maggiore efficacia. Quindi, due cicli. Questa la radioterapia. Finita la terapia, 30 giorni dopo perché passi la tossicità acuta della radioterapia, la chemioterapia. Quali organi, cosa si irradia? Nel paziente operato c'è la necessità di schermare fegato, poli superiori dei reni, cuore, stomaco e midollo spinale. Quali i possibili disturbi? Io ho cercato di immaginare le domande che potrebbe suscitare la mia relazione. Pochi disturbi, nonostante il problema sia piuttosto grande: disfagia vuol dire pizzicore a mangiare (l'esofago infatti rimane in pieno nel campo irradiato, quindi si irrita un pochino l'esofago e il paziente può, specialmente con i cibi crudi come la pasta del pane, sentire un pizzicore mentre passano), non è un disturbo molto importante; allo stesso modo, l'irritazione dell'esofago e una parte dello stomaco può dare un po' di nausea, comunque sono tutti disturbi facilmente dominabili; tosse secca, si irradia dalla trachea; un po' di arrossamento sulla cute (i raggi entrano dall'esterno, quindi un po' di arrossamento lo danno). Come vedete, in definitiva, non è tantissimo. Come si fa l'irradiamento? Il paziente sta su un lettino, la macchina sta a un metro. Non si sente e non si vede niente. Il trattamento dura 5 minuti, non di più. Un campo anteriore e un campo posteriore. Noi, per preparare il trattamento, facciamo una TAC al paziente. Poi, il computer ricostruisce il paziente tridimensionalmente e noi simuliamo i tassi di tutti i fasci. E vengono simulate anche le parti schermate. Nell'esempio si sta irradiando l'emisistema sinistro. C'è una parte di schermo sul cuore e una parte di schermo sullo stomaco e sul fegato. Poi, a una certa dose, si restringerà ancora il campo e verrà schivato il midollo spinale, poiché il midollo spinale ha una certa tossicità. Quindi, durante il trattamento dev'essere schermato. Queste parti che vengono schermate dai raggi vengono trattate per compensazione con elettroni. Gli elettroni, che sono particelle corpuscolate, vanno in minore profondità. Quindi, riescono a dare la dose sul luogo in cui c'era la pleura senza entrare, senza dare tossicità sul fegato e sugli organi più profondi. È un trattamento delicato con più schermi applicati, per noi è la fase più delicata, perché bisogna essere ultra precisi nelle congiunzioni; basta avere una congiunzione non perfetta per avere un sottodosaggio. Allora, se ci sono dei sottodosaggi, la possibilità di curare bene si ferma proprio lì. Abbiamo finito, penso di essere stato piuttosto rapido e spero anche comprensibile). Anch'io desidero sottolineare questo fatto. Il trattamento integrato è fattibile, non è tossico e migliora, sta ancora migliorando, anch'io devo ribadire che non abbiamo ancora dati sicuri su questa modalità di trattamento integrato tali da poterlo considerare sicuramente superiore. Però, possiamo dire le prime cose che vengono accertate sempre quando si fa ricerca: se è tossico, se si può fare e quali sono le prime impressioni. Io credo che sia un trattamento molto promettente. Noi abbiamo cominciato a Trieste, l'anno scorso, e sino ad ora abbiamo curato 4 pazienti. Non abbiamo avuto problemi particolari. Ovviamente, anche per noi vale la raccomandazione del dott. Cortale, il paziente dev'essere in "buone" condizioni. Di sicuro, se ha fatto l'intervento, lo era anche prima; dev'esserlo anche dopo perché, se no, fare radiochemio in un paziente che non è in una performance non ottimale, ma, insomma, è sufficiente che sia quanto meno subottimale. Come avete visto la mia è stata, più che un'esposizione, una panoramica sulle tematiche concernenti la radioterapia applicata alla nuova metodica dell'intervento chirurgico integrata, va sempre ricordato, con quella chemio. Nel caso mi facciate delle domande, sarà più facile rispondere ai vostri eventuali dubbi o curiosità. Sono a vostra disposizione.

(Applausi)

LIGUORI GENNARO: Ti ringrazio. Credo che la tua trattazione è stata molto esauriente, nel senso che, in modo molto semplice, ci hai fatto capire, ho capito io che non sono esperto di radioterapia, quindi, credo che abbiano capito tutti come fai questa terapia, quali sono gli obiettivi e quali sono le modalità. Certamente, ci saranno delle domande alle quali dovrai rispondere ancora. Passiamo, adesso, al dott. Confalonieri che, essendo, pneumologo, è responsabile della "scelta" dei pazienti, in modo che abbiano quelle caratteristiche che dicevano sia Cortale che Beorchia, cioè di avere una capacità di performance che permetta loro di affrontare e superare l'atto chirurgico e quindi poi affrontare la radiochemioterapia.

CONFALONIERI MARCO, direttore della Pneumologia dell'Ospedale di Cattinara: Vi ringrazio per avermi invitato. Io voglio portare il punto di vista di un medico specialista che si occupa di una parte di questo processo: quello della diagnosi. È una diagnosi, quella del mesotelioma, che fino non tanto tempo fa, diciamo forse fino a oggi, dà dispiacere anche a chi la fa, nel momento in cui non ci sono delle alternative terapeutiche rispetto ad altri tumori, ad altre neoplasie che vedono, nella chirurgia, la nuova soluzione.

Ecco quindi la nascita della nostra – recente – esperienza, che nasce con un giovane, ma già esperto chirurgo toracico che si è specializzato anche a Vienna ed in Germania. E quindi – oltre a studiare – si è anche applicato per imparare tecniche nuove. Anch'io ho colto con entusiasmo questa novità. L'entusiasmo deriva, ovviamente, dalla possibilità di fare anche in Italia quello che sembra possibile solo negli Stati Uniti. Perché anche questa casistica americana, di questo gruppo del Massachussetts, ovviamente, è una casistica che – come sempre – dev'essere dimostrata, dev'essere anche ripetuta in altre situazioni. E già in Europa – come si diceva – si sta iniziando. Però la possibilità che anche qui, a Trieste, in una zona dove ci sono purtroppo tante manifestazioni di queste malattie, io penso che debba essere accolta con molto favore. Quindi, sicuramente, il titolo del giornale poteva essere esagerato, però l'entusiasmo di fronte a qualcosa di nuovo e di promettente c'è e c'è anche da parte di chi fa la diagnosi. Il problema che mi pongo io, come pneumologo (che, quindi, si occupa della respirazione) di fronte a un intervento come questo, è che si tratta di un intervento comunque importante. Forse il più importante che attualmente si svolge come impegno anche chirurgico, qui a Trieste. È quello di far capire al paziente che, comunque, arrivando a questa diagnosi, diamo una possibilità di vivere. Di vivere: questo è la cosa più importante. Ma in che modo? Nel senso che la domanda, ovviamente, dal punto di vista del pneumologo che si occupa dell'aspetto funzionale, della buona respirazione del paziente, è come potremmo andare avanti dopo questo tipo di intervento, dove, oltre al polmone, si trova la pleura, si trova il pericardio e si trova anche un diaframma. Vediamo però di spiegare la complessità della respirazione. La respirazione non è fatta

solo nel polmone, la pleura che lo ricopre è importante però se ne può anche fare a meno ai fini della respirazione. Il diaframma ha una grossa funzione anche perché favorisce il movimento di aria e poi, non dimentichiamo, la finalità della respirazione è quella dello scambio di gas, cioè di ottenere quell'ossigeno di cui i nostri tessuti, cervello, cuore, reni, hanno bisogno per vivere quotidianamente. Bene, succede che noi sappiamo che si può respirare bene anche senza un polmone, proprio perché la respirazione dipende non solo dai polmoni, ma da più fattori messi insieme. Quindi, si diceva, puntualizzava il prof. Liguori, l'importanza di una valutazione dei pazienti che possono essere sottoposti a questo intervento e, da questo punto di vista, ci sono tutta una serie di esami – come la spirometria – che valutano non solo le capacità respiratorie e ventilatorie di un paziente, ma anche quello che si presume rimarrà dopo l'intervento. Quindi, anche la conseguente riduzione di queste dopo l'intervento. Allora, bisogna sapere che tutti questi calcoli che sono stati fatti per predire come rimarrà la funzione respiratoria dopo l'intervento, sono stati fatti su pazienti a cui veniva tolto il polmone o la pleura e il polmone. Il diaframma no. Quindi, siamo in un settore in cui c'è ancora bisogno di capire e di studiare. Quindi, noi ci troviamo di fronte, da certi punti di vista, anche a qualcosa di nuovo. Però, bisogna sapere una cosa: il polmone ha una riserva veramente molto ampia. Provate ad immaginare una spugna. Vedete, ci sono come...tanti acini (come si vedono al microscopio). E poi c'è il diaframma di cui parlavamo prima che è quello che differenzia il problema polmonare della pneumectomia, dal problema pleuro, polmone e diaframmatico della pleuro-pneumectomia. Questo è un po' il riassunto di quello che è il concetto che volevo esprimere: se noi dispieghiamo tutti i nostri polmoni in tutti i nostri alveoli, come se fossero su una superficie piatta, otterremo la superficie di un campo da tennis. Voi vedete che, comunque, anche mezzo campo da tennis non è poca cosa per respirare. Il problema che mi pongo io, come specialista pneumologo, è come mandare all'intervento più persone possibili, come recuperare dall'intervento quelle persone che arrivate in condizioni forse non ottimali, ne possono avere le conseguenze peggiori dal punto di vista funzionale. Questi sono i tre concetti della riabilitazione respiratoria o pneumologica: damage, disability e handicap; sono in termini inglesi perché, come al solito, loro hanno inventato queste cose. Comunque, damage vuol dire danno, il danno della malattia e può essere anche, in questo caso, il danno della chirurgia. La disability è legata alla riduzione dell'attività che questo paziente ha in conseguenza di questo danno. L'handicap è la conseguenza della riduzione dell'attività che è dovuta al danno che ha avuto. Noi, con la riabilitazione respiratoria possiamo agire, e queste sono diverse dimostrazioni da questo punto di vista anche nella letteratura scientifica, riducendo la disabilità e, quindi, di conseguenza, limitando anche eventuali handicap, perché, ovviamente, poi si crea un circolo vizioso. Non solo dobbiamo preoccuparci che il paziente deve vivere più a lungo, ma deve vivere anche bene, deve mantenere, comunque, una qualità di vita il più soddisfacente possibile. Parliamo di un programma di riabilitazione pneumologica, un programma standard: quello che si basa soprattutto su quei soggetti che sono più limitati nelle loro attività e nelle loro capacità di normale esercizio (quindi, persone forse più anziane, o persone con già degli altri problemi respiratori), che si basa su un riallenamento all'esercizio fisico. Un cenno molto breve solamente per dire di una metodica che verrà, sicuramente, presentata dal dott. Cortale e dal prof. Liguori nel prossimo convegno a livello nazionale e internazionale che terremo il prossimo anno a Trieste. Soltanto a sottolineare il grande interesse di chi si occupa della salute respiratoria per questo tipo di intervento ed anche di come anche la speranza sia molto grande. Siamo sicuri che non è la soluzione definitiva del problema, ma, da molti anni, un passo in avanti così importante forse non era stato neanche prospettato. Vi ringrazio per l'attenzione.

(Applausi)

LIGUORI GENNARO: Io credo che, con questo intervento, siano state affrontate tutte le facce di questo problema. E quindi, ormai, credo che possiamo passare la parola alla sala per vedere se c'è qualche spiegazione, qualche problematica anche da dibattere. Non dobbiamo essere per forza tutti d'accordo. E, quindi, prego di intervenire. Prego, signora.

(Intervento fuori microfono)

Buonasera. Io volevo chiedere, facendo parte delle casalinghe, quelle che convivevano con questo amianto che girava per casa attraverso gli indumenti di lavoro del marito (o del padre o ancora di fratelli), di cosa dobbiamo avere paura? Quali sono i sintomi della malattia?

Beh, sì, penso che Confalonieri possa darle una risposta.

CONFALONIERI MARCO: Allora, se vogliamo definire un sintomo che possa essere cardine e da solo specifico di questa malattia, purtroppo non c'è. Però, ovviamente, ci sono alcuni aspetti che devono essere presi in considerazione soprattutto se c'è una storia di esposizione diretta, come nel caso di chi ha lavorato, o indiretta, come nel caso di chi ha pulito i panni oppure, diciamo, ha vissuto insieme a persone che hanno questo tipo di problema. La tosse è uno di questi aspetti, soprattutto una tosse che dura da più di un mese e mezzo, due mesi. È, comunque, un sintomo che deve, poi...rappresentare un allarme soltanto dopo che sono state fatte le opportune terapie e non passa, oppure ci sono degli altri problemi. Bisogna fare quindi degli accertamenti specialistici. Comunque, diciamo, approfondire bene il problema, senza allarmismi perché molte possono essere le diverse patologie. Un altro problema che, a volte, è un pochettino tardivo, è il problema della fatica a respirare. In termini medici la chiamiamo dispnea, ma, comunque, si può rappresentare come... fiato corto, non si riesce più a fare quello che prima si riusciva a fare normalmente, la persona che andava al quarto piano tranquillamente, adesso non ci riesce più. Possono essere anche questi dei sintomi cui porre particolare attenzione. Un altro problema è il dolore. Un dolore, diciamo, al torace che si può accentuare con la tosse o con gli altri disturbi respiratori che prima non c'era. Oppure non passa e non è in relazione a un trauma. Ecco, in certi casi, la diagnosi viene fatta. Nei casi a volte anche in cui è più precoce, viene fatta anche in seguito a esami radiologici fatti, così, di routine o per altri motivi. Però, questi ritengo che siano i sintomi principali da tenere presenti. Poi vi sono altri sintomi che, però, sono legati alla diffusione della malattia, come il dimagrimento, eccetera che, però, forse sono un pochettino più tardivi.

LIGUORI GENNARO, direttore del dipartimento di chirurgia toracica dell'ospedale di Cattinara: Prego, signora. Prego.

(Intervento fuori microfono)

Sì, purtroppo, sono tanti i malati che abbiamo visto passare nel nostro reparto. Sì, dunque signora, io credo che la signora intenda dire se lei deve fare qualcosa per la sua salute. E io credo che, senza poterla tranquillizzare al 100%, credo che il suo rischio sia, fortunatamente, molto più basso rispetto a quello di suo marito. Quello che può fare è quello che ha già detto il dott. Confalonieri. Cioè, dare valore a qualunque sintomo toracico che lei dovesse avere. Certo, una tosse acuta ce l'abbiamo tutti. Ma una tosse che non cessa

dopo qualche settimana, magari anche facendo una terapia, deve mettere in allarme, non necessariamente per il mesotelioma, però esistono tante altre malattie polmonari e, quindi, tutti questi sintomi, dalla difficoltà di respiro, alla tosse, al dolore, all'espettorato che può contenere un po' di sangue. Tutti questi sintomi devono essere guardati con sospetto. Un problema che è lungi dall'essere risolto e che riguarda gli esposti all'amianto è se è utile o no per loro fare uno screening. Cioè, degli esami periodici. E questo è un problema grosso. Io, francamente, fino a poco tempo fa, credevo fosse inutile. Anzi, quasi dannoso in quanto il paziente sapeva di avere una malattia per la quale noi non potevamo fare nulla. Io spero che oggi questo sia diventato utile perché...siamo testimoni di una nuova speranza e, quindi, fare anche una radiografia di controllo ogni anno credo che sia giusto farlo. Certamente non è ancora una cosa che possa essere organizzata a livello regionale o aziendale come viene fatto per lo screening del cancro alla mammella, dove l'utilità è stata ampiamente dimostrata. Però io credo che ogni medico di base possa fare questo per i suoi ammalati, prescrivere annualmente una radiografia del torace e poi, eventualmente, approfondire con esami più penetranti, per chiarire eventuali piccoli dubbi che dovessero nascere dalla radiografia. Perché è logico, da quello che è stato detto finora, che l'intervento chirurgico apre delle nuove prospettive, ma le apre solo per quei casi nei quali l'intervento può avere una finalità di asportazione completa, almeno apparentemente completa. Se, invece, il tumore ha già superato quei limiti di cui si era parlato, è inutile. Quindi, fare una radiografia di controllo ogni anno, io mi permetterei di suggerirlo, anche se non è dimostrato da nessun studio scientifico, che questo sia realmente sempre utile.

(Intervento fuori microfono)

Posso aggiungere io, qualcosa?

LIGUORI GENNARO: Come no? Certamente, dica pure.

Vorrei aggiungere qualcosa alla richiesta, alla domanda della signora. Con la legge 22 del 2001 si era deciso, da parte della Regione, l'istituzione del registro amianto che, oggi come oggi, ha già raccolto oltre 1.700 richieste. Cosa significa essere iscritti e chi può iscriversi al registro degli esposti all'amianto? Che senso ha? Proprio nel caso della signora. Cioè, chi direttamente, indirettamente o addirittura, per casualità, è stato esposto all'amianto e, bene o male, in qualche maniera, può dimostrarlo. Lei, purtroppo, può dimostrarlo proprio con qualcosa di concreto. Lei può fare richiesta, con i moduli che può ritirare sia all'associazione esposti amianto ma anche presso tutti i sindacati, in tutti i patronati, in tutte le associazioni che si occupano di questo problema, di iscrizione nel registro degli esposti. Cosa comporta questo? Questo comporta la gratuità delle visite specialistiche a cui lei fa riferimento con la sua domanda ai nostri relatori. Al momento la copertura finanziaria non c'è, perché le leggi vengono fatte bene, ma poi ci manca sempre qualcosa. Spieghiamo meglio: qui, come al solito – a Trieste – siamo asburgici, i più bravi di tutti. Tutte le altre province, Gorizia, Udine e Pordenone, hanno trovato l'escamotage. Qui a Trieste ciò non è applicabile. L'azienda sanitaria, anche per bocca (non solo per bocca ma anche per iscritto) del dott. Zigrino, già 2 anni e mezzo fa (poi ribadita anche da altri responsabili), è stata negata la gratuità di queste prestazioni. Almeno per il momento. Noi abbiamo ricorso anche al Consiglio regionale, dal quale, da 2 anni, aspettiamo ancora una risposta. Possiamo anche noi comunque, con maggiore difficoltà, provare ad aggirare l'ostacolo. Come nel suo caso: lei si presenta dal suo medico di fiducia, cioè il suo medico di famiglia, e gli richiede una visita specialistica perché – è un'ipotesi per capirci, naturalmente – ha dei disturbi ben motivati. Ecco. Cosa fa il medico? Le fa la richiesta con la quale si reca in via Pietà 19, alla medicina del lavoro e richiede un "day hospital". Il 99% viene accolto. Soprattutto in questi casi motivati, ecco. Viene accolto. Lei viene ricoverata per una giornata, le fanno tutte le visite di cui necessita, gratuitamente e viene dimessa. Gratuitamente. E, per il momento, è a posto. Io vorrei ricordare a tutti... che sabato c'è una riunione nella sala del Consiglio comunale di Trieste su questo argomento. È una cosa scottante, anche perché, giustamente, l'INAIL qui presente in sala, dice: ma come, signori esposti all'amianto, quasi 13.000 domande in Regione di esposizione all'amianto per i benefici? Per la salute, alle UOPSAL, che sono quelle deputate a raccogliere le domande di iscrizione al Registro regionale degli esposti, soltanto 1.700 (o poco più) richieste. Ci vogliamo bene? O vogliamo bene solo alla vil moneta? Ecco. Bisogna un po' darsi una regolata e fare tutti quelli che si ritengono esposti in qualsiasi maniera all'amianto, o ex esposti, a fare – dicevo – questa benedetta iscrizione. Perché? Perché, col monitoraggio, questa gente, innanzitutto, verrà iscritta sulla tessera sanitaria che uno è stata esposta a questo minerale. Cosa comporta questo? Che, in caso o di ricovero o di necessità istantanea per certi dolori, certe cose, il medico sa subito, di trovarsi davanti ad un soggetto già esposto all'amianto. Cioè, sa già come "muoversi". Io penso che, appunto, anche l'appuntamento di sabato è molto, molto importante. E in base alle presenze che avremo sarà ancora più importante perché, a suon di tagli, vista appunto questa scarsità di richieste, anche la sanità regionale possa dare qualche... taglio. Io non sono d'accordo perché il pericolo c'è. Eccome se c'è. Se è stata fatta una legge da noi richiesta per l'esposizione all'amianto, avete visto la conferma, qui ci sono medici anche in questa sala che lo possono testimoniare che, appunto, il picco dell'insorgenza di queste malattie, sarà intorno al 2020, (lo stesso dott. Cortale ci ha confermato il 2018). Pertanto, allora, se vogliamo farci rispettare, dobbiamo essere seri e sfruttare ciò che con grande fatica siamo riusciti ad ottenere con una buona legge regionale. Dobbiamo iscriverci a questo registro e dare la possibilità, appunto, ai medici di valutare l'esposizione, la quantità delle persone che sono state esposte a vario titolo e poterle seguire, poterle aiutare con questi nuovi metodi, queste nuove terapie. È giusto che la ricerca vada avanti, per anni penso che ci sia stata poca ricerca in questo campo. La legge 22/2001, istitutiva del Registro degli esposti, non esiste solo per questa tematica; infatti, in altro articolo, prevede un sostegno di partecipazione alle spese legali per eventuali ricorsi di chi non si ritiene soddisfatto delle "risposte" degli Enti previdenziali che, qualche volta, non riconoscono le malattie o i decessi per malattie professionali. Qui, appunto, c'è la Regione che dà una mano; però se alla fine le cose sono andate in positivo si devono restituire i soldi anticipati dalla Regione, se tutto va in negativo, non si paga niente. Pertanto la persona è, in una certa maniera, tutelata. Grazie.

(Applausi)

LIGUORI GENNARO: Ci sono altre domande? Prego.

(Intervento fuori microfono)

Vorrei chiedere al chirurgo, al dott. Cortale, un'operazione di pneumonectomia, come tempi di attuazione compresa l'applicazione delle protesi, quanto dura?

CORTALE MAURIZIO: Le porto l'esperienza che era di Sugarbaker, ma è diventata anche la nostra. Il primo, primissimo intervento di Sugarbaker e anche nostro, è durato 7 ore. Da lì abbiamo ridotto le ore con gli interventi successivi, adesso è ridotto a poche ore. Perché, naturalmente, con i primi interventi si andava molto, molto più cauti e si voleva assolutamente la bontà del risultato che,

peraltro, per fortuna, c'è stato in tutti i 5 casi che abbiamo finora operato. Per quanto riguarda le protesi, queste vengono inserite durante l'intervento perché, naturalmente, poi non è possibile farlo più. Quindi, quando l'intervento è finito (cioè la parte demolitiva è completata), si ricostruisce il diaframma e il pericardio ancora in sede interoperatoria. Questo è un problema tecnico difficile nella sua attuazione che crea anche dei problemi dal punto di vista della potenzialità delle infezioni che, però, sono contenute perché, grazie sempre all'esperienza di questo chirurgo statunitense, esiste una profilassi antibiotica che funziona veramente molto bene. E quindi, il pericolo delle infezioni è molto, molto contenuto.

LIGUORI GENNARO: Prego.

Mi allacerò un po' alle precedenti domande, anche perché sono il colpevole per quanto riguarda quello che ha portato a casa gli indumenti, i fuochisti, eccetera. Però, prima, volevo ringraziare i quattro relatori e anche la presenza del direttore sanitario, perché si sono resi disponibili da subito e sono stati molto cortesi. Vedete, noi, di solito, siamo un po' esterofili. Cerchiamo l'erba del vicino, no? Andiamo all'estero a fare interventi chirurgici, visite, eccetera. Abbiamo "sotto casa" dei valenti medici che mettono a disposizione sia la loro tecnica professionale, che la loro disponibilità oratoria per quanto riguarda la divulgazione delle nuove ricerche. Quindi, cerchiamo di essere un po' più nazionalisti per quanto riguarda questa cosa. Quindi, grazie per la loro disponibilità. Quello che invece ci è (rimane) difficile è il contatto con la parte politica. Noi, per avere un incontro con l'Assessore regionale, abbiamo dovuto aspettare quasi 8 mesi. E, quindi, questa è una grossa lacuna. Se abbiamo delle grosse disponibilità per quanto riguarda la parte medica, abbiamo dei grossi problemi per quanto riguarda i politici, che siano da "una parte o dall'altra". Noi manteniamo orgogliosamente la nostra equidistanza sia dalla destra, dalla sinistra e dal centro, perché l'amianto non ha colore politico, non ha odore. E, quindi, colpisce tutti. Vengo alla domanda. Siccome si è parlato del registro regionale degli esposti – ci sarà la presentazione sabato nella sala del Consiglio comunale – noi abbiamo, diciamo, superato una prima fase. Noi siamo stati esposti per tanti anni. Sappiamo che c'è la latenza della malattia: 20, 40 anni o forse 50 anni, anche a seconda dell'esposizione. Questo registro regionale, questa legge che è stata fatta, prevede delle visite preventive. Cioè, prima di arrivare a quello che vi siete specializzati voi che avrete, anche se spero di no, molto lavoro nei prossimi anni. E questo mi dispiace. Perché noi, come Associazione esposti amianto, siamo in tantissimi, non è che lo diciamo con orgoglio. Vuol dire che molta gente, a Trieste, è stata esposta a questa malattia cancerogena. E, quindi, vorremo da Voi, se potete farlo, degli input per proporre anche alla parte politica, quali visite sono necessarie per prevenire la malattia. Perché per noi (la parte chirurgica deve proseguire) è importante evitare l'insorgere della malattia, o quanto meno ottenere una diagnosi in tempo. Perché, da quanto abbiamo sentito anche da precedenti relazioni di medici, sembra che o tu sai o non sai, se sei ammalato o meno, tanto non cambia niente assolutamente. Allora se, invece, c'è una prevenzione e ci sono delle possibilità prima dell'intervento chirurgico, penso che sia meglio. La seconda domanda riguarda la correlazione tra la malattia certa del mesotelioma della pleura con altri tumori in altri organi vitali. Perché noi ci sentiamo rispondere da Enti assicurativi che il tumore dell'esofago o altri tumori del fegato o altre cose non c'entrano niente con l'amianto. Allora vorremmo, dalla parte medica, una presa di posizione, anche su questo tema. E, al prof. Confalonieri in particolare, vorrei chiedere se la presenza nel centro cittadino, possiamo dire, di grosse industrie inquinanti, incidono sia sulle malattie respiratorie e, in particolare, anche sulle malattie dell'asbesto. Perché, per esempio, allo scalo legnami, al porto nuovo, ci sono ancora dei grossi capannoni con tetti di cemento amianto, di eternit, sfondati; e questi, quando soffia il vento dal mare, questi "inondano" un po' la città. E, quindi, è per questo che noi diciamo, in un certo senso, che tutta la popolazione di Trieste è stata investita da questa problematica. E per questo invitiamo anche i familiari, non solo degli ex esposti all'amianto, ma anche altri a iscriversi nel registro degli esposti. Grazie.

(Applausi)

LIGUORI GENNARO: Il problema della prevenzione è un problema che va a monte dell'esposizione. Certamente c'è, poi, la diagnosi precoce di cui abbiamo già accennato. Vedo che c'è ancora una richiesta di rivolgere una domanda. Però, dopo di questa, io vorrei pregare il dott. DelliQuadri se ci può dire quali sono, oggi, in maniera corretta, quali sono oggi i percorsi diagnostici che possono essere seguiti. Perché a me sembra, se non sbaglio, che forse il day hospital non sia sempre necessario per una valutazione di sintomi vaghi, oppure addirittura, di esami di screening. Ma c'era prima il signore che chiedeva di parlare.

(Intervento fuori microfono, incomprensibile)

No, credo; per quanto riguarda il cancro del polmone, certamente sì. È noto che le fibre dell'amianto, si sa, trasportano con sé anche eventuali agenti cancerogeni. Quindi, aumenta l'incidenza del cancro del polmone. Per le altre domande, ci vorrebbe uno specialista otorino o urologo (tumori della "gola" e della prostata).

DELLIQUADRI NICOLA: Beh, alle questioni dette dal Presidente io ho poco da aggiungere. Intendo precisare queste cose. Uno, non è un problema di accedere agli esami. La questione posta è l'esenzione, più che l'accesso, se non vado errato. Per cui da un punto di vista normativo, ci sono le normative regionali con la problematica del finanziamento, ma, insomma... per quanto riguarda l'accesso al day hospital della medicina del lavoro, va precisato che la medicina del lavoro dell'ospedale di Trieste è l'unica medicina del lavoro di questa Regione dotata di posti letto. Ed è anche di riferimento per la Provincia di Udine, nonché per l'Università di Udine. Quindi, si occupa di tematiche particolari, con una gestione di casi come questo che, da un punto di vista generale, possono avere un "odore di inappropriatazza". Però, siccome si affrontano tematiche particolari in un'unica giornata, io ho già esaminato quello che accade, si concentrano una serie di procedure che non è una semplice radiografia del torace, ma sono anche tutta una serie di esami, consentono di consegnare un giudizio di appropriatezza di queste procedure, appunto perché le diagnosi sono delicate e sospette e anche il monitoraggio della diagnosi con la particolarità che siamo gli unici in Regione che fanno questo tipo di attività.

(Applausi)

LIGUORI GENNARO: Dica pure. Venga pure.

(Intervento fuori microfono)

Allora, io chiedo questo: nel 1987 mi hanno riconosciuto un'asbestosi pleurica), è possibile che ogni volta che ho fatto la spirometria, non ho ottenuto nessun certificato, il mio medico ha chiesto di avere il risultato. Non si rilascia nessun risultato. Perché la medicina del lavoro non lo permette. Questo è giusto? L'INAIL non mi fornisce nessun risultato. Abbiamo la dott.ssa Forlani. Ah, c'è il dott. Capuzzo.

CAPUZZO FRANCO: Noi, normalmente, rilasciamo, anzi meglio, per normativa rilasciamo sempre copia degli accertamenti sanitari effettuati. Evidentemente c'è stato un problema. Probabilmente, la pratica del 1987, nel caso suo specifico, o è andata perduta per qualche motivo amministrativo, anche perché, nell'87, le pratiche erano soltanto cartacee. Oppure la domanda non era posta in termini corretti, nel senso che non si sapeva quale accertamento si poteva avere. Ma, normalmente, noi, proprio per ragioni di legge dobbiamo esserlo, siamo appunto trasparenti, nel senso che rilasciamo sempre e comunque i risultati. Quindi, non capisco perché proprio a lei non siano pervenuti... evidentemente, c'erano motivi diversi da... sicuramente, non la volontà di non darli fuori, perché sarebbe assurdo... è previsto il rilascio di tutta la documentazione.

Io... comunque, voglio rientrare un attimo nel discorso della prevenzione. Io svolgo attualmente anche le funzioni vicarie di primario della sede di Gorizia, quindi, anche di Monfalcone. A Monfalcone è stato fatto un grosso screening di accertamenti su esposti all'amianto e diciamo che su un numero notevole, non so se erano 1.000 - 1.500 esposti (che sono stati esposti professionalmente, ovviamente) noi abbiamo trovato qualcosa come 500 - 600 casi non chiaramente di mesoteliomi, ma di patologie che potevano essere collegate con l'amianto. Quindi, se mi inserisco, così, molto di sfuggita in favore dello screening, ritengo lo screening estremamente importante, perché se su 1.500 esposti sicuramente per ragioni lavorative, abbiamo trovato 500 persone (circa 500, adesso i numeri non li ricordo esattamente, perché sono venute senza numeri, scusatemi). Ma un terzo, cioè 1 su 3 aveva patologie che, comunque, erano correlabili con un'esposizione pregressa all'amianto. Quindi, se la Regione finanziasse come ha finanziato a Monfalcone dei progetti in questo senso, al di là del mesotelioma, certo oggi il convegno è sul mesotelioma, ma al di là del mesotelioma, sicuramente la cosa sarebbe utile perché, poi, possono trovare un riscontro anche a livello previdenziale e sapete che chi ha un riscontro previdenziale a livello INAIL poi, automaticamente, diventa esente da ticket. O diventa esente dal pagamento delle prestazioni, perché in tale modo, diciamo che il problema si risolve indirettamente. Grazie.

(Applausi)

LIGUORI GENNARO: Grazie a lei dott. Capuzzo. Posso dire una parola anch'io? Volevo chiedere al dott. Bianchi, che dovrebbe sapere qualcosa di questo screening fatto a Monfalcone, perché credo... che abbia partecipato a questo studio, quali sono stati i risultati e qual è l'eventuale utilità che ha lo screening?

PISCHIANZ AURELIO: Volevo anch'io, in contemporanea, ringraziare a proposito di quanto ha detto il dott. Capuzzo, perché dello studio di Monfalcone, proprio il fautore principale è qui il prof. Claudio Bianchi.

BIANCHI CLAUDIO: No, nel modo più assoluto.

PISCHIANZ AURELIO: Eh, ma, insomma, penso che ha collaborato molto. Sicuramente. No, sono convinto che lei ha partecipato meritevolmente alla ricerca.

(Applausi)

Ecco, e di questo gli siamo grati tutti.

BIANCHI CLAUDIO: No. Ho partecipato alle fasi iniziali, ma non sono fra gli ideatori di questo studio. Posso dire che negli studi che ho fatto per più di 30 anni, ho portato la documentazione della necessità di studi di questo genere, ma, in particolare, in questo non sono entrato. Anche perché questo ha un'attinenza con quelle domande che sono state fatte sulla possibilità della prevenzione degli screening, eccetera. Esiste una grande quantità di ombre su questi, sull'utilità di questi screening. Perché, proprio oggi, non sappiamo se è veramente utili farli. Tra l'altro, questo screening scatena un mucchio di problemi psicologici, delle grandissime paure, perché vengono trovati dei noduli che, quando sono molto piccoli, il radiologo non è in grado di dire se sono benigni o maligni (... ma se non è calcificato, non sappiamo se questo nodulo è benigno o maligno). Dobbiamo rifare un controllo fra 3 mesi, fra 6 mesi per vedere se si modifica. Non possiamo fare una biopsia perché è troppo piccolo, eccetera. Questo, dal punto di vista medico, è esatto. Però, dal punto di vista psicologico, crea dei problemi enormi, gente che non dorme più, che... quindi, viene stressata da grossi problemi. Tant'è vero che sono sorti dei gruppi di sostegno psicologico a queste persone che, poi, nel corso del tempo, risulta che non avevano niente. Questi noduli non si erano modificati, però loro, intanto, la paura tremenda se l'erano presa. Quindi, questi screening sono molto problematici. Poi, purtroppo, come è stato detto molto bene questa sera, il tumore della pleura è un tumore che va fuori da tutte le regole. In tutti gli altri tumori esistono dei periodi che precedono il tumore, in cui il tumore può essere diagnosticato prima che venga o che può essere diagnosticato quando è molto piccolo. E questo, finora, non è riuscito col tumore della pleura. Perché non si può fare una diagnosi precoce? Perché anche, per esempio, può colpire una persona (sarà un caso, però capita) che aveva fatto lo screening dal quale risultava che non aveva assolutamente niente. Dopo 3 mesi ha avuto un versamento pleurico, ha avuto un mesotelioma ed è stato operato di pleuro pneumectomia, però erano presi i linfonodi e ha vissuto 6, 7 mesi, insomma. Ecco, quindi, c'è un grossissimo problema con questi screening; poi ci sono i falsi e i positivi, c'è gente che è stata operata senza che ce ne fosse bisogno. Questo succede dappertutto. Quindi, dei grossi problemi. Questo per quanto riguarda l'utilità degli screening. Quindi, quando l'associazione esposti amianto si ribella a Monfalcone perché questa operazione è stata interrotta, perché dopo i 1.200, i 1.300 casi è stata sospesa, dicono perché non ci sono i soldi, ma non è stata la Regione che ha finanziato lo studio, bensì la Provincia insieme ad altri Enti. Io dico: guardate che non è solo una questione economica. Ci sono anche dei motivi di ripensamento diversi dal problema economico. E il problema è se non andiamo a fare più danni dei vantaggi che ci ripromettiamo di avere. Per quanto riguarda i dati della quantità degli esposti all'amianto, è vero quanto diceva adesso il dott. Capuzzo, che c'è un'altissima percentuale in questi soggetti, ma tutti quelli che

entravano in questo screening erano esposti all'amianto in modo importante. E dice, ricordava lui 1 su 3. Ma, addirittura, io vorrei riferirmi alla prima trincea dello screening, che riguardava 300, 400 persone e in queste 300, 400 persone che, evidentemente, erano quelle che avevano avuto esposizioni più lunghe, quelle che sono entrati prima nello screening, erano anche quelli che avevano più motivi di preoccupazione, un curriculum lavorativo molto "pesante" con la presenza di lesioni pleuriche da amianto che è stata riscontrata in oltre il 90% dei casi. Questi sono i fatti. Quando uno ha avuto un'esposizione importante all'amianto, le lesioni pleuriche sono presenti in quasi tutti.

LIGUORI GENNARO: Per chiarire meglio. Queste lesioni, però, non tutte sono tumorali.

BIANCHI CLAUDIO: Placche pleuriche. Solo placche pleuriche.

LIGUORI GENNARO: Sono placche pleuriche. Quindi, gran parte benigne. Per dare un'informazione...

BIANCHI CLAUDIO: No. Tutte benigne. Tutte benigne. Rappresentano l'esito di un'esposizione e rappresentano un indice di fattori di rischio. Allora, dato che io sono qua volevo fare le felicitazioni ai colleghi che hanno presentato in maniera così... così facile, così comprensibile un tema in realtà così difficile. Primo. Secondo, anche per esterni, per la ricerca di un giusto equilibrio: non dobbiamo terrorizzare. Io sono stato soprannominato più volte il terrorista, quando ho parlato dei miei studi... il terrorista. Sono quello che ha diffuso il terrore. Va beh. Ho visto i fatti. Ecco, quindi, non dobbiamo essere terroristi. Dobbiamo dare delle speranze. E indubbiamente questa terapia di cui si è parlato oggi è una grande speranza per il mesotelioma. Però, giustamente, il prof. Liguori ha cercato, ha evidenziato, che bisogna avere un giusto equilibrio e sono apparsi troppo trionfalistici i toni dell'articolo del "Piccolo". D'altra parte, però, la speranza c'è. Ecco, allora, io vorrei chiedere a qualche relatore, di dire qualcosa ancora su questo punto, che è un punto critico, un punto cruciale per quanto riguarda la pleuro-pneumectomia. È vero che la pleuro-pneumectomia apre a tutte queste speranze. Ma c'è un ma a cui è stato accennato, ma che bisognerebbe sottolineare ancora di più e che è quello che riguarda la selezione dei pazienti. Il dott. Confalonieri ha detto: devono avere... essere in buono stato, no? Però, visto che noi non riusciamo quasi mai a prendere i mesoteliomi in fase iniziale, è anche necessario che la malattia non sia estesa. E quanti sono i pazienti che o per età, o per altre malattie concomitanti, o perché la malattia ha già sconfinato (si è parlato di sconfinamento) non possono essere? Questo è un grosso... dato, anche al fine di non dare false speranze, dobbiamo sottolineare il fatto che un grosso fattore limitante in questa terapia, è il fatto che la selezione ne taglia molti prima. Grazie.

(Applausi)

LIGUORI GENNARO: Io credo che il dott. Cortale dovrebbe rispondere a questa domanda del dott. Bianchi e poi anche Confalonieri doveva rientrare sull'argomento precedente.

CORTALE MAURIZIO: la domanda è molto interessante. Io mi rifaccio... il prof. Liguori ha chiesto che si rispondesse alla domanda che era stata fatta per prima. La domanda che era stata fatta dal signore era molto interessante. Mi dispiace che io posso dare delle risposte per alcuni aspetti sicuramente fondate e per altri aspetti io stesso manco di sufficienti informazioni. Allora, la prima cosa, qui si è parlato di prevenzione, che un esposto diretto o indiretto all'amianto deve tenere ben presente, è evitare o meglio smettere di fumare. Questo è il fattore additivo individuale in assoluto più importante per lo sviluppo di una patologia polmonare, di una patologia tumorale. L'inquinamento è sicuramente un fattore importante. Meno, questi sono dei dati più vecchi però, sicuramente, i dati degli ultimi anni soprattutto per quanto riguarda le polveri sottili, PM10 e anche PM2.5, sono sicuramente allarmanti. Bisogna tenere presente che l'inquinamento pericoloso è quello, come anche l'amianto che non si vede, non ha odore, e non è quello che si vede, non è quello che sporca. Sì, c'era un certo periodo che delle lenzuola alle finestre risultavano più sporche. No, non è solo quello che sporca le lenzuola. Sono polveri molto più sottili che non si vedono e proprio perché sono sottili arrivano in fondo agli alveoli e si depositano nei polmoni. Quelle possono dare dei danni additivi alle fibre di asbesto. Ovviamente, in una città come Trieste che (d'accordo c'è la bora) comunque ha la sua quota di inquinamento atmosferico cittadino, quale sia la componente nell'inquinamento da polveri sottili, che anche pure c'è, dovuta all'industria siderurgica rispetto all'inquinamento veicolare, rispetto al riscaldamento, onestamente io non l'ho ancora capito. Nessuno me l'ha ancora detto scientificamente, ma penso che anche non sia facile poterlo stabilire. Nel senso che la ferriera si vede fa il fumo e sembra che sia tutto lì. Ma non è quello che si vede che inquina e che porta all'aumento di considerazione delle polveri sottili.

Volevo solamente completare per rispondere al prof. Bianchi, la tua affermazione. C'è un limite di età che è molto importante ricordare. Il limite di età di circa 70 anni. Ricordiamo che al di sopra dei 70 anni sta ancora aumentando l'incidenza di questa malattia, la fascia d'età più colpita. Si dice che questo intervento invecchi di 10 anni. Quindi, immaginiamo cosa significhi operare un paziente di 70 anni. Posso aggiungere, per semplificare, che le caratteristiche, ovvero i limiti funzionali di questo intervento, (cardiologici, eccetera), sono pressoché quelli della pneumectomia, con l'aggiunta di questo limite dell'età che invece non è tale per la pneumectomia semplice. Anche noi abbiamo operato per cancro del polmone pazienti con più di 80 anni. Abbiamo operato una donna di 68 anni che, però, rientrava nelle caratteristiche a cui ha appena accennato il dott. Confalonieri. È importante sempre tenere conto dell'età biologica. Quindi, c'è un limite di 70 anni, però un paziente che è vicino ai 70, se ha un'età biologica adeguata, può ancora affrontare questo intervento. Quantificando il numero di pazienti che può affrontare questo intervento sulla globalità, è piuttosto contenuto: 20, 30%.

LIGUORI GENNARO: Sì, poi ci sono dei fattori legati al tipo istologico e allo stadio della malattia, come hai detto prima durante la relazione.

Sì, esattamente, vengono esclusi i pazienti che vengono definiti come pazienti non candidabili per malattia troppo avanzata. E sullo stadio c'è da dire questo: io non l'ho detto prima per cercare di essere più chiaro. Come è noto, ci sono le tre tipologie istologiche: epiteliale, connettivale e misto. La forma epiteliale è quella che dà buoni risultati a distanza. Delle altre due, solamente quelle che non hanno ancora, ovviamente, linfonodi interessati. Quindi, è precluso l'intervento alle forme miste e connettivale con linfonodi coinvolti.

LIGUORI GENNARO, direttore del dipartimento di chirurgia toracica dell'ospedale di Cattinara: Sì, sì, prego. Prego.

(Intervento fuori microfono):

Volevo chiedere: sull'ambiente di lavoro. La CONTARP che è l'Ente di controllo dell'INAIL, ha dato parere negativo di esposizione all'amianto perché gli ambienti (incomprensibile). E allora, per la direzione dell'INAIL (incomprensibile) volevo chiedere, se un ambiente è ventilato e lavora, è peggiorativo dell'ambiente oppure se non c'è vento, il mucchio rimane là. Qual è la situazione peggiore. Grazie

Se posso dire una cosa molto sintetica. Tutte le fonti di amianto tuttora presenti in ambiente dovrebbero essere eliminate. Questo è anche un obbligo di legge, tra le altre cose. Ma no, indipendentemente dal vento, è bene che tutto... non dovrebbe proprio esserci l'amianto. Questo è il problema.

(Intervento fuori microfono: Incomprensibile)

Ah, ho capito, si parla di quello che è stato.

LIGUORI GENNARO: Ecco. Bene. Venga dottoressa. La dott.ssa Angela Forlani è la nuova direttrice provinciale dell'INAIL, la quale ha competenze anche, comunque, sulle esposizioni all'amianto in quanto era a fianco a fianco, se non sbaglio, dei "tecnici" e pertanto conosce bene la materia.

FORLANI ANGELA: direttrice provinciale INAIL di Trieste: Beh, questo assolutamente no. Chiaramente, credo che questa non sia la sede perché il convegno ha sicuramente un risalto più medico e quindi il mio apporto, certamente, non è neanche degno di valore. Chiedo scusa. Perché, evidentemente, il mio è un ruolo amministrativo e, come ben sapete, è la Legge che stabilisce come; evidentemente qui la platea è composta, sicuramente, da persone che hanno avuto, comunque, in qualche modo, un contatto, ahimè, con l'amianto... voi sapete che esistono degli atti di indirizzo ai quali noi, come Ente, ... cioè, dobbiamo sottostare. Io condivido pienamente le ragioni che voi portate perché, da un punto di vista medico ed anche da un punto di vista umano, mi rendo conto della complessità della problematica. Ma, sicuramente, l'Istituto (sia l'INAIL che l'INPS), non ha... cioè, il ruolo di, passatemi tra virgolette, di "cattivi". Se noi neghiamo non è che neghiamo per il gusto di negare, evidentemente, perché non è questo il nostro ruolo. Noi siamo l'INAIL: Istituto Nazionale Assicurazione contro gli infortuni e le malattie professionali. Quindi, voi ben capite qual è il nostro ruolo. Non ci fa assolutamente piacere negare, laddove gli atti di indirizzo ci consentono questa possibilità, evidentemente. Per quanto riguarda il parere del signore in questione, il parere è un parere tecnico. Il fatto ora, chiedo scusa, di ricondurre semplicemente al concetto della bora mi sembra limitativo. Avrò il piacere di riceverla nel mio ufficio. Evidentemente, valuteremo. Ripeto, io non sono un tecnico e, magari, vedrò chi ha fatto il parere, anche perché la CONTARP è un organismo che dipende dalla direzione regionale. E, eventualmente, chiederemo un confronto, qualora lei lo ritenesse opportuno, come sicuramente a quel signore che si lamentava del fatto di non avere avuto risposta dall'INAIL, io mi impegno, anche se, ripeto, questa non è sicuramente la sede, perché questo è un convegno su ben altro e su problematiche ben più importanti del beneficio, laddove il beneficio serve, come giustamente il presidente ha espresso prima... . Noi abbiamo ricevuto, allo stato attuale, fino a questa mattina, 9.500 domande. Voi sapete che c'è la data fatidica del 15 giugno che noi stiamo affrontando, perché dobbiamo necessariamente ricevere le domande che ci vengono presentate. E cercheremo di rispondere nel più breve tempo possibile. Siamo quelli che siamo e i miei collaboratori ci mettono tutto l'impegno, però, evidentemente, ecco, dateci il tempo necessario. Altro io non aggiungo perché, ripeto, questa non è la sede e io non sono un medico anche se ho ricevuto ed accolto l'invito con molto piacere; oltretutto la materia interessa perché, comunque, l'INAIL, il cosiddetto INAIL dal volto umano, no?, La nuova figura, il nuovo ruolo che noi stiamo assumendo. Quindi, sicuramente, siamo molto attenti a quelle che sono le problematiche, soprattutto umane, perché sappiamo che, di fronte a noi, abbiamo una persona e non soltanto una pratica. E la presenza, appunto, del medico e non solo mi dispiace che gli altri medici non sono presenti, ma sicuramente il dott. Capuzzo li rappresenta più che degnamente, credo che molti di voi lo conoscano sia dal punto di vista professionale, che dal punto di vista umano. Quindi, noi siamo sicuramente molto attenti a questa problematica. Però, ecco, rispondiamo laddove possiamo e, come ben sapete e come prima è stato citato, il discorso è un discorso di volontà politica. E, quindi, speriamo che la Regione possa, in qualche modo, puntualizzare la situazione a livello dei nostri vertici, sicuramente anche governativi, perché se siamo ancorati a quei famosi atti di indirizzo, che molti di voi conoscono, sul riconoscimento o meno del beneficio, io stessa ritengo che siamo molto limitati nel poter dare delle risposte. Comunque, per quanto riguarda le persone che avessero bisogno, il nostro Ente è a disposizione. Vi ringrazio e chiedo scusa dell'intromissione...

(Applausi)

(Intervento fuori microfono: Incomprensibile)

PISCHIANZ AURELIO: Scusa un attimo. Siamo, comunque, riconoscenti alla dott.ssa Angela Forlani, la quale ci ha risposto per quanto di sua competenza e ringraziamo per la sua disponibilità. Approfitteremmo sicuramente di tale disponibilità anche in futuro. La ringrazio.

(Intervento fuori microfono sulla bora: vantaggio o svantaggio?)

Dunque, io, visto che lei ce lo chiede, rispondo per quello che posso. Non so se c'è qualcuno che può dare una risposta più circostanziata dal lato medico; per fare delle affermazioni di tipo epidemiologico, occorrono dei dati rilevati e studiati nel tempo. E non credo che ci siano. Certo che, così, per logica, la bora che solleva il pulviscolo potrebbe essere anche nociva. Ma, è una affermazione che non è assolutamente confermata da nessun dato. Prego. CAPUZZO FRANCO medico legale, sovrintendente medico regionale dell'INAIL: (Inizio intervento fuori microfono) C'è una distinzione da fare. Cioè, la bora certo non c'entra nulla. Cioè, c'entra il numero di fibre di amianto a cui uno viene esposto nell'unità di tempo e nella... e come quantità per metro cubo, insomma, per unità di spazio e di tempo. Farei una distinzione fra il mesotelioma e altri tumori da amianto e quelle che sono le altre patologie d'amianto. Certamente, il

mesotelioma viene considerato un tumore non stocastico, scusate il termine. Cioè, è un tumore che non dipende dalla dose di fibre di amianto a cui... della dose e della quantità di fibre di amianto a cui uno è stato sottoposto nel tempo. Infatti, basta un'esposizione anche minima per poter manifestare a distanza di 30, 40, o 50 anni, un mesotelioma. Almeno questo è, diciamo così, quello che noi sappiamo oggi, perché, in definitiva, non è che sappiamo molto. Tendiamo a pensare che basta un'esposizione modesta. Quindi, bora o non bora, il fatto che ci sia stato l'amianto è già... (se c'è stato l'amianto, diciamo così, inalabile) un fattore di rischio per quel che riguarda l'insorgenza del mesotelioma. Non lo è per quel che riguarda le altre patologie polmonari e non lo è, quindi, per quelle linee di indirizzo che, evidentemente, non sono riportate in rapporto al mesotelioma, ma sono riportate in rapporto a un fatto previdenziale di tutela, diciamo così, di legge dei lavoratori. Sono due cose diverse. Una cosa è il mesotelioma. Se io sono esposto a poche fibre, posso manifestare mesotelioma anche se ero esposto occasionalmente. Del resto, al mesotelioma, secondo me, è esposta un po' tutta la popolazione triestina; se ad esempio voi andate – ne parlavo prima con la dottoressa Forlani – in piazza Dalmazia, davanti alla Regione che ne parla tanto, alzate gli occhi e vedrete le piastrelle di eternit su almeno 3 o 4 edifici intorno alla Regione. Se scendete per via Giulia, via Battisti, io ho contato 17 pareti con piastrelle di eternit in giro. Quindi, si parla di eliminare l'amianto ma ce n'è ancora tantissimo in giro. In altre parole, penso che tutti noi siamo esposti alla... cioè, siamo a rischio di manifestare un mesotelioma, anche chi di noi non è stato esposto professionalmente perché, diciamo, per il mesotelioma, la quantità di fibre che uno ha inalato è, non dico che sia irrilevante, ma probabilmente quasi irrilevante. Invece, per quel che riguarda l'aspetto previdenziale di legge di esposizione, la 257 e successive modificazioni... eccetera, eccetera, è un discorso di esposizione e non di rischio. Quindi, evidentemente, ci sono dei parametri di "quantità di fibre per spazio e tempo" che riguarda però un fatto tecnico di misurazione e, quindi, non è un fatto medico. Tutto qui.

(Intervento fuori microfono: Incomprensibile)

Ecco, esatto. Ma le 100 fibre a litro, se mi scusa, non è un fatto medico. È un fatto tecnico di misurazione, evidentemente. Come medico, posso dire, non so se il dott. Bianchi è d'accordo, che basta un'esposizione modesta e per il mesotelioma il rischio c'è, insomma. Non è d'accordo? Va beh. Quanto meno, diciamo, questo è il nostro orientamento.

LIGUORI GENNARO: Ringraziamo anche il dott. Capuzzo. C'è un signore che chiedeva la parola ma anche il dott. Bianchi la chiede su quest'ultimo argomento. Soltanto un attimo. Grazie.

BIANCHI CLAUDIO: Chiedo scusa perché è la seconda volta, ma questa è una cosa, dal punto di vista biologico, non sostenibile: cioè che il mesotelioma non dipenda dalla dose. Se il mesotelioma non dipendesse dalla dose, le cose sarebbero molto diverse. Tutti siamo d'accordo col dott. Capuzzo sul fatto che tutti quanti abbiamo respirato amianto. Tutti abbiamo amianto nei nostri polmoni. Questo viene dimostrato dall'autopsia. Tutti. Ma in quantità enormemente diverse da un caso all'altro. Tutti, se il mesotelioma non dipendesse dalla dose, tutti avremmo lo stesso rischio di mesotelioma. Il che non è assolutamente vero. Degli studi fatti hanno mostrato che su 100 isolatori, su 100 individui che hanno fatto l'isolatore termico, che, cioè, hanno respirato amianto nelle massime quantità possibili, intorno a 5 prendono il mesotelioma. Su 100 cantieristi navali, 1 prende il mesotelioma. Nelle altre categorie... in altre categorie personali, il rischio è molto minore di 5 su 100, di 1 su 100. Esistono delle differenze estreme di rischio di mesotelioma a seconda della quantità che uno ha respirato. Questo è un fatto assodato. Altrimenti tutti avrebbero lo stesso rischio. Il che non è assolutamente vero. Per quanto riguarda il vento, io vorrei ricordare una cosa che ho già citato in un precedente convegno, ma penso che non si ricordi a sufficienza. A Trieste sono stati osservati due casi di mesotelioma in due donne che abitavano in vicinanza del porto dove venivano fatte le operazioni di carico e scarico di amianto. Le abitazioni di queste due donne che non avevano mai lavorato con l'amianto, che non avevano il marito che lavorasse con l'amianto, che non avevano avuto nessun contatto noto con l'amianto nella loro vita. Le due abitazioni distavano 600 metri l'una dall'altra. In una di queste due donne è stata fatta l'autopsia, nell'altra no e aveva amianto nei polmoni. La spiegazione, diciamo, non al 100%, ma 90% più logica era che durante le operazioni di carico e scarico dell'amianto dalle navi, e i lavoratori del porto ne sanno qualche cosa, questo amianto fosse stato portato a queste case che erano proprio là vicino, tutte e due.

(Applausi)

LIGUORI GENNARO, direttore del dipartimento di chirurgia toracica dell'ospedale di Cattinara: Il signore che aveva chiesto la parola, se vuole intervenire.

Io sono, purtroppo, uno dei casi recenti. Sono in ventottesima giornata dall'intervento, quindi per me, sono proprio esperienze recentissime. Si è sottolineato da più parti, però, l'importanza di portare il paziente nel miglior modo possibile all'intervento chirurgico e, poi, alla successiva fase di radio e chemioterapia, eccetera, eccetera. L'importanza è la risonanza magnetica. Ora, qui a Trieste, abbiamo un grosso problema che, tra l'altro "Il Piccolo" lo riportava, è quello dei tempi di attesa per la risonanza magnetica. Nonostante, e qua lo devo dire, nonostante l'intervento "pesante" eseguito dal reparto di chirurgia toracica, eravamo attorno ai 40 giorni. Ora, mettetevi nei panni del paziente che, sapendo di essere ammalato di un tumore, che il tumore cammina ogni giorno, non è che aspetta nessuno, no?, come si può fare aspettare un paziente (psicologicamente e fisicamente parlando), 40 giorni o 50 giorni quando poi, alla fine, si scopre che pagando al venerdì la risonanza magnetica (in privato), ce l'hai già al martedì. Ecco, questo è uno dei grossi problemi esistenti. E, secondo me, questo è il vero scandalo per alcuni aspetti che comporta anche il mesotelioma. Quindi, è molto importante che non soltanto la terapia, ma tutto quello che è il contorno, deve essere funzionale ad tempistica sollecita e coerente con la malattia. Anche perché, poi, la degenza ospedaliera è più breve e il fisico ne risente meno. Cioè, parliamo di apparenti cavolate - qualcuno potrebbe dire - però la tonalità muscolare di uno che esce dall'ospedale è importantissima. Recuperare una tonalità muscolare dopo 40 giorni di infermità in un posto letto, significa ripartire da zero. Quindi, vuol dire anche una grossa difficoltà respiratoria, vuol dire una grossa difficoltà a camminare, quindi, a movimentare di nuovo tutto il corpo. E lascio a voi, poi, le conclusioni di cosa e di come uno si può presentare, poi, alla fase successiva, che è quella di prevenzione, cura e terapia del mesotelioma. Grazie.

(Applausi)

LIGUORI GENNARO: Ringraziamo anche il signore per questa sua testimonianza e ci rivolgiamo, appunto, a chi di competenza, se potrà intervenire affinché tali ritardi non avvengano più. O, per lo meno, siano quantomeno ridotti. Grazie. Non vedo altri che chiedono... ah sì, c'è ancora un signore che chiede la parola.

(Intervento fuori microfono)

Intanto volevo complimentarmi sia con il paziente, sia con chi ha fatto l'intervento, comprendendo tutto lo staff. Lo staff tutto. Sì anche perché se dopo 28 giorni dall'intervento, una persona si trova in queste buone condizioni, è veramente... cioè, le premesse sono, direi buone, se non ottime. Siccome è rimasta inevasa una delle domande che avevo fatto, mi sembrava importante anche chiedere se, così come c'è la certezza per quanto riguarda il mesotelioma della pleura, in quanto correlato con l'amianto, se ci sono altri tumori correlati con l'esposizione all'amianto.

Sì, c'è un aumento di incidenza nella popolazione esposta all'amianto, di alcuni tumori rispetto alla popolazione non esposta. Però, nel singolo caso, trovare una correlazione non è facile. Forse, più di tutti, naturalmente, i tumori della laringe, essendo parte dell'apparato respiratorio, ma anche l'esofago, le vie urinarie, la vescica. Però, è solo sul tumore del polmone, affermare la dipendenza all'esposizione dell'amianto, piuttosto che da altri fattori di esposizione o di predisposizione individuale, perché il fattore ambientale, per moltissimi tumori ed in particolare per il mesotelioma, è ampiamente dimostrato. Cioè, è quasi sempre l'amianto che stimola il passaggio della cellula da normale a cellula tumorale. Però ciò non avviene, fortunatamente, in tutti i pazienti esposti. Abbiamo sentito prima: nell'1% dei lavoratori dei cantieri, nel 5% dei saldatori. E questo perché? Perché queste persone, tutti noi, abbiamo un patrimonio di geni predisposti per evolvere verso il gene tumorale, il cosiddetto oncogene, che poi è diverso l'uno dall'altro. Tutti abbiamo questi geni, ma a qualcuno di noi, per un determinato tumore, non occorre alcuna esposizione ambientale. È talmente profonda questa predisposizione che è ereditata e, senza alcuna esposizione, siamo destinati a andare verso lo sviluppo di quel tumore. Per altri, invece, l'esposizione ha bisogno di uno stimolo maggiore. Quindi, nel caso dell'amianto, come il caso del fumo, di più sigarette, di più particelle di amianto. Altri ancora, per fortuna, non hanno alcuna predisposizione allo sviluppo di questi tumori, e, quindi, possono impunemente sopportare esposizioni anche importanti all'amianto o fumare quante sigarette vogliono. Anche se Confalonieri, su questo, non credo sia d'accordo.

CONFALONIERI: Sono completamente d'accordo con quanto detto. Perché il fumo danneggia anche altre cose, oltre che...rappresentare un'aggravante per l'insorgere del mesotelioma: c'è tutto l'apparato cardiovascolare, il polmone per la sua funzionalità in generale, eccetera.

LIGUORI GENNARO, direttore del dipartimento di chirurgia toracica dell'ospedale di Cattinara: Ringrazio tutti voi per la partecipazione. Spero che sarete così cortesi da divulgare queste notizie, quanto avete appreso oggi. Ringrazio sentitamente tutti questi medici, non solo questi che sono seduti da questa parte, ma anche quelli in platea; tutto il personale tecnico; i vari rappresentanti, ce ne sono stati anche di politici; i rappresentanti degli Enti istituzionali; le rappresentanze della Regione e della A.E.A. che sono qua; gli invalidi del lavoro e non so quanti altri che posso avermi dimenticato. Però ritengo importantissimo questa riunione. Spero – anzi auspico – che, a fine anno, possiamo avere maggiori risultati e già fin d'ora mi prendo l'impegno di fare una piccola riunione, anche più breve, per tirare un po' le somme fra circa 6 mesi, cioè dicembre, entro la prima metà di dicembre, per fare una ritrovarci qui e fare un po' il resoconto di quanto è stato fatto e si è ottenuto. Io spero che il risultato, anzi ne sono sicuro, ne sono convinto, il risultato sarà più che positivo. Nel frattempo, chiedo a tutte le persone che avessero dei quesiti, delle domande da fare, di prepararsi e di chiedere sempre. Noi siamo a stretto contatto anche coi medici. Li abbiamo appena conosciuti personalmente, prima li conoscevamo solo di fama. Sono persone splendide che danno, appunto, il massimo nella loro professione. Come tutti dovrebbero fare. Il condizionale è d'obbligo. Di nuovo ringrazio tutti. Arrivederci alla prossima occasione. E scusatemi ancora se mi sono dimenticato di qualcuno.

(Applausi)