

FOCUS

MORTALITÀ PER MESOTELIOMA PLEURICO IN ITALIA, REPORT ISTISAN 17/37

*Publicato alla fine del 2017 il rapporto **Mortalità per mesotelioma pleurico in Italia, 2003-2014**, a cura di Pietro Comba e Lucia Fazzo (Dipartimento ambiente e salute, Istituto superiore di sanità). Di seguito le considerazioni conclusive contenute nel rapporto.*

Lo studio della mortalità geografica per mesotelioma pleurico in Italia è stato avviato negli anni Ottanta come attività di sorveglianza epidemiologica finalizzata a stimare il carico della patologia da amianto in Italia e a individuare circostanze di esposizione occupazionale e ambientale all'amianto precedentemente misconosciute. In questo senso, le due segnalazioni più importanti sin qui prodotte da questo sistema di sorveglianza sono state quella di Broni e Biancavilla, entrambe successivamente riconosciute Siti di interesse nazionale (Sin) per le bonifiche.

La possibilità di un utilizzo proficuo di questi dati sta nella loro circolazione e lettura da parte di coloro che, operando nelle diverse Regioni, hanno accesso all'informazione sulle realtà produttive attuali e pregresse e sulla distribuzione delle sorgenti di amianto nel territorio. Naturalmente, non è sempre facile valutare se un eccesso di mortalità segnalato da un sistema di sorveglianza corrisponda effettivamente a un reale eccesso di incidenza fondato su casi documentati. Molto interessante in questo quadro un'indagine dell'Università di Campobasso che ha valutato nella Regione Molise la mappatura delle sorgenti di amianto nel territorio, mortalità e incidenza del mesotelioma pleurico e conoscenze dei medici di medicina generale in materia di malattie asbesto-correlate. Questo studio ha fornito elementi sui quali fondare strategie per accrescere la consapevolezza in materia dei medici di medicina generale, con la finalità di conseguire una migliore presa in carico dei pazienti. Particolarmente significativa in questo quadro è la collaborazione con il Registro nazionale mesoteliomi (ReNaM). Nel momento attuale, che vede il ReNaM assicurare una piena copertura della rilevazione dei mesoteliomi in Italia con alcune residuali limitazioni della rilevazione delle esposizioni individuali in Calabria e Sardegna, le indicazioni fornite dai dati di mortalità contribuiscono ad annettere carattere di priorità alle situazioni, rispettivamente di Crotone e di Porto Torres e La Maddalena.

La conoscenza di questi dati inoltre può fornire una cornice nella quale inserire il lavoro delle associazioni delle vittime finalizzato a ricostruire situazioni localizzate caratterizzate

dalla presenza di malattie asbesto-correlate nell'ambito di specifiche comunità, al fine di portare alla luce i "disastri invisibili": questo lavoro richiede una partnership fra associazioni, comunità scientifica e istituzioni pubbliche. Ai ricercatori si richiede di condividere con le autorità sanitarie e le vittime (e le loro associazioni) gli obiettivi degli studi, essere presenti nei luoghi in cui le comunità vivono, operare con trasparenza, rispettare gli impegni presi e contribuire alla "consapevolezza di comunità". In questo quadro le stime d'impatto sono importanti, ma sono prioritarie la bonifica, la possibilità per chi si ammala di accedere ai protocolli terapeutici più promettenti, e la richiesta di giustizia. Questi punti rappresentano il contributo dei ricercatori alla resilienza collettiva. Coerenti con questa impostazione appaiono iniziative quali la psicoterapia per gruppi di pazienti con mesotelioma e loro caregiver, come avviene da anni nel contesto di Casale Monferrato, grazie a una serie di sinergie fra Aziende sanitarie e Università e fra le istituzioni nel loro complesso e la popolazione con le sue Associazioni. Questo approccio, previa valutazione di fattibilità, dovrebbe progressivamente estendersi agli altri Sin per le bonifiche con presenza di amianto e con eccessi di incidenza del mesotelioma.

Lo studio della mortalità geografica per mesotelioma pleurico è infine una forma di sorveglianza epidemiologica che può oggi essere raccomandata in tutti quei Paesi attualmente impegnati nel perseguimento della messa al bando dell'amianto, come discusso in una recente rassegna alla quale si rinvia per una trattazione più dettagliata. È stato infatti dimostrato come la mortalità per mesotelioma, a livello nazionale, correli con alta specificità con indicatori dei pregressi consumi di amianto; nei casi in cui ciò non si verifica è agevole riscontrare una bassa qualità della certificazione necroscopica. Altro pregio dei dati di mortalità è la loro disponibilità e gratuità presso l'Organizzazione mondiale della sanità a Ginevra. L'uso sistematico di questa fonte, pur con le sue limitazioni, potrebbe contribuire a individuare trend temporali e gradienti geografici, ovvero di mostrare la bassa qualità dei dati stessi, contribuendo indirettamente a iniziative di miglioramento della loro qualità. Questo processo, insieme alla diffusione delle tecniche di rilevazione dei mesoteliomi, potrà in prospettiva contribuire a conoscere meglio gli impatti sulla salute dell'amianto nei vari Paesi, e questo potrà accelerare la messa al bando di questo minerale negli Stati in cui il suo utilizzo è ancora consentito. (DR)



FIG. 1
MESOTELIOMA
PLEURICO IN ITALIA

Mortalità per mesotelioma pleurico. Distribuzione geografica dei comuni con almeno tre casi osservati e SMR (Standardized Mortality Ratio) >100 e limite inferiore dell'intervallo di confidenza al 95% >100, 2003-2014.