

DOC

MESOTELIOMI E ASBESTO
A BRESCIA (2)

Premessa

Nella prima parte di questa comunicazione (SNOP n. 13, dicembre 1989) si è riferito di 31 Mesoteliomi pleurici diagnosticati in due reparti di pneumologia dal 1978 al 1989 tra residenti in Provincia di Brescia.

Da questa casuale osservazione si sviluppava un'indagine a cura di due UOTSL per la ricostruzione della storia lavorativa dei casi con lo scopo di identificare possibili fonti di rischio, generalmente ritenute poco rilevanti, nella realtà produttiva bresciana. Non rientrava negli obiettivi dello studio la dimostrazione di un eventuale eccesso di casi rispetto agli attesi e non si è proceduto quindi alla sistematica revisione delle fonti informative, compito che dovrebbe essere assolto da specifica struttura sanitaria.

In questo secondo contributo sembra utile integrare i risultati del lavoro svolto ed in parte ampliato ed approfondito ma soprattutto riferire sulle ricadute operative dello stesso e sulle problematiche aperte per i servizi territoriali di prevenzione. L'esperienza condotta credo possa, infine, inserirsi positivamente nel dibattito in corso su questa ed altre riviste circa il ruolo dei servizi territoriali di prevenzione nella sorveglianza epidemiologica delle malattie professionali e dei tumori in particolare.

Con qualche spunto autocritico e propositivo.

Risultati

Il riscontro iniziale di alcuni casi di probabile origine extraprofessionale ci ha indotto ad estendere l'indagine nel-

l'area geograficamente interessata, analizzando i Registri nosologici del locale Ospedale ed i Registri di decesso di due comuni limitrofi per lo stesso periodo ('78-'89).

In aggiunta ad altri soggetti diagnosticati nel frattempo nel reparto pneumologico dell'Ospedale Civile di Brescia, si compone un nuovo insieme di 38 casi così suddivisi in categorie di esposizione ad asbesti ricostruite con la stessa metodologia. (vedi tab. 1)

La ripartizione dei casi professionalmente esposti ha seguito il criterio proposto da diversi autori con impostazione più restrittiva.

È da sottolineare che il reclutamento dei Mesoteliomi in residenti a Brescia non è frutto di una sistematica analisi delle fonti informative disponibili ma solo di una parte di queste con conseguente sottostima della morbilità reale. Il gruppo è composto da 28 maschi (74%) e 10 femmine (26%) con età alla diagnosi rispettivamente di $59,4 \pm 10,6$ e $61,8 \pm 9,2$ anni, 37 localizzazioni pleuriche e 1 peritoneale in portatore di asbestosi.

Tre soggetti viventi a tutto il 1989.

La latenza osservata su 28 dei 38 casi è risultata pari a $36,2 \pm 13,3$ anni.

La diagnosi è stata posta per tutti su base istologica; sui 21 casi più recenti è stata inoltre eseguita toracosopia e TAC del torace.

La revisione istologica, effettuata per 31 casi, ha confermato 20 mesoteliomi e diagnosticato 6 carcinomi e 5 forme reattivo iperplastiche. Anche in questi ultimi la sopravvivenza media alla diagnosi è stata inferiore a sei mesi.

Con riferimento all'esposizione a rischio e ritenuta prevedibile una parziale discordanza delle diagnosi istologiche, si è valutata più corretta l'assunzione delle diagnosi cliniche conclusive considerando tutti i casi originariamente definiti come Mesoteliomi.

Nel complesso, una valutazione sintetica delle informazioni ottenute consente di formulare le seguenti osservazioni.

1) La proporzione di casi con esposizione non documentata è risultata contenuta (13%) ove si considerino i limiti intrinseci alla raccolta indiretta e postuma delle notizie anamnestiche in 35 su 38 casi.

2) Un evidente cluster di casi con esposizione indiretta è riferibile geograficamente al basso lago d'Iseo in cui sono insediate aziende produttrici di guarnizioni e corde in asbesto; la maggiore di esse produce manufatti da oltre 40 anni. Per quattro casi si è individuata un'esposi-

zione professionale indiretta per contiguità di lavorazioni diverse e per due un'esposizione domestica in mogli di autotrasportatori di manufatti per la cantieristica navale.

I casi riportati, esclusivamente residenti in Provincia di Brescia, rappresentano verosimilmente la minor parte dei casi realmente conseguenti a una massiccia e diffusa esposizione al minerale, tra cui la crocidolite, fino agli anni '70.

3) L'esposizione professionale è risultata di varia natura, come correntemente riportato in letteratura, e non si concentrano casi nelle "storiche" aziende Bresciane dove l'asbesto è utilizzato come materia prima (cemento-amianto e materiale d'attrito); ciò probabilmente in rapporto al relativamente recente insediamento delle aziende. I 14 casi con esposizione professionale certa sono distribuiti come segue:

Tab. 2

Lavorazione e mansione	N. casi
Corde e guarnizioni in amianto, add. trecciatrice	2*
Produzione cemento-amianto, manut. elettrica	1
Acciaieria elettrica e tubificio, manut. elet. e meccanica	4*
Resine termoindurenti, miscelatore	1
Edilizia abitativa, coibentazione	1°
Edilizia abitativa, isolamento terrazze	1
Produzione isolanti elet., pulizia laboratorio	1
Produzione energia elet., responsabile manutenzione	1
Aeronautica militare, ripar. app. elettriche	1
Metalmecc. e navalmecc., saldatore, idraulico in proprio	1

° Uso contemporaneo e prevalente di lana di roccia

• Azienda ubicata nel comune di Sarnico (BG)

* 2 casi con antecedenti in navalmeccanica e marina (fuochista)

4) Esiste tuttavia un importante indizio per l'industria siderurgica nella mansione di manutentore elettrico e meccanico, nella conduzione di for-

Tab. 1

Esposizione a rischio	N. casi	%
Non documentata	5	13,1
Extraprofessionale:		
- certa	5	13,1
- probabile	3	7,9
Professionale:		
- certa	14	36,8
- probabile	3	7,9
- possibile	8	21,0
Totale	38	

ni di riscaldamento per laminazione metallica e nella fusione della ghisa.

- 5) Pure in assenza di monitoraggio ambientale delle concentrazioni di fibre, anche questa casistica conferma l'esistenza di un significativo rischio anche per esposizione indiretta, discontinua e verosimilmente contenuta al minerale.

Commenti

Rimando alle considerazioni già espresse nella precedente nota circa l'integrazione delle strutture sanitarie e la praticabilità della prevenzione primaria dei tumori professionali anche con il contributo attivo dei medici curanti, ospedalieri e di base.

L'esperienza qui riportata ha stimolato alcune critiche e riflessioni ed attivato interventi che richiedono qualche commento.

- L'identificazione di possibili neoplasie professionali da parte dei servizi territoriali di prevenzione nella realtà di Brescia riflette, probabilmente, la generalità della situazione di altre Province del Nord Italia. Situazione che non sembra modificabile senza l'intervento attivo dei servizi quando questa conoscenza sia pertinente alla loro attività ovvero produca ricadute utili per la prevenzione.

In caso affermativo ne consegue la necessità, almeno in questa fase, di trasferire temporaneamente risorse dalla vigilanza sull'attività del medico di fabbrica e tecnopatie da questi generalmente refertate (ipoacusie) alla sorveglianza dei medici curanti e delle tecnopatie da essi diagnosticate e generalmente "archivate".

Ciò può anche tradursi, come nel nostro caso, nella pur criticabile lettura di oltre 14.000 diagnosi cliniche prodotte in un decennio di attività da un importante reparto pneumologico dove, con sorpresa, le tecnopatie polmonari maschili, non tumorali, costituiscono circa il 30% delle diagnosi. Nessuna traccia, inoltre, della possibilità che alcuni casi tra le centinaia di tumori polmonari possa avere origine professionale, come insegnano i trattati di Patologia Medica.

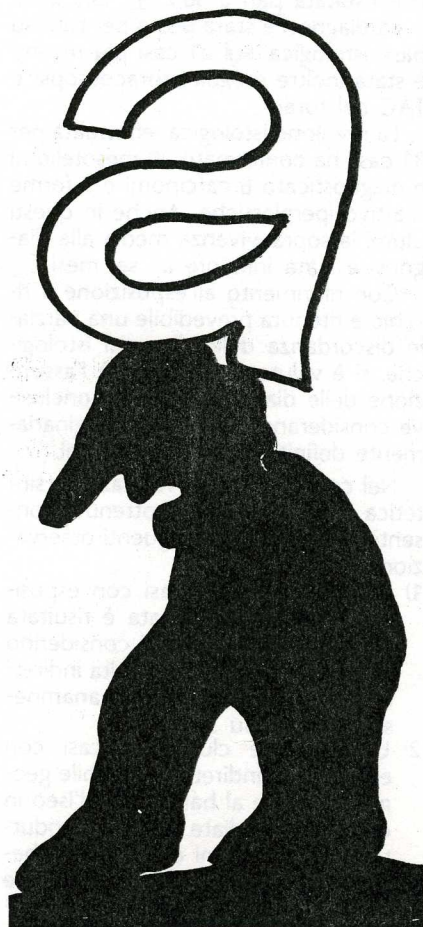
Questo lavoro, certamente tanto più impegnativo quando integrato da più fonti informative (Comuni, INAIL) ha prodotto alcuni risultati che non ne giustificano ovviamente generalizzazioni e/o aprioristiche adesioni.

- Benché stenti ancora ad emergere una collaborazione da parte dei colleghi, particolarmente ospedalieri, confidiamo in atteggiamento diverso per il futuro; ciò grazie sia a un documento

informativo appositamente predisposto che sarà presto diffuso anche dall'Ordine dei Medici sia a specifiche Circolari della Procura da noi sollecitate.

- L'esperienza ha in parte e indirettamente coinvolto parti sociali culturalmente lontane dalla problematica affrontata; nelle situazioni più arretrate si è creata coscienza su rischi ampiamente sottovalutati. Un aspetto di questa realtà è costituito dalla quasi totale assenza di casi certificati all'INAIL per possibile indennizzo ivi incluse le asbestosi, contrariamente all'approccio corrente per le silicosi. A seguito dell'indagine si sono redatti i primi certificati INAIL per 12 soggetti classificati come certamente e probabilmente esposti.

- È in corso di svolgimento la prima sistematica mappatura del rischio da parte di tutti i Servizi; i limiti tradizionalmente incontrati in questa fase sono stati in gran parte superati attraverso il contributo "coatto" di alcuni produttori di manufatti in amianto e di tutti i maggiori distributori o grossisti degli stessi in Brescia. L'elenco degli utilizzatori da loro fornito per l'ultimo



quinquennio ha costituito la base per un iniziale censimento delle aziende o lavorazioni a rischio; queste sono state successivamente oggetto di una prima richiesta di informazioni specifiche e mirate tramite questionario standardizzato e sopralluogo diretto per approfondimenti solo in alcune.

- Il rischio da amianto nel settore siderurgico e metallurgico sta per essere compiutamente affrontato da numerosi Servizi di Brescia con interventi di misura e prevenzione che aumentano il numero di aziende in cui il minerale è completamente abbandonato.

Infine e brevemente, alcuni problemi tutt'ora aperti, la cui soluzione dipenderà ancora una volta dall'impegno diretto degli operatori dei Servizi di Medicina del Lavoro.

- La difficoltà di predisporre urgentemente un piano programmato per rischio su scala provinciale per l'abbandono in tempi ragionevoli dell'asbesto dove tecnicamente fattibile e possibilmente in modo omogeneo.

- La necessità di una prima identificazione delle realtà in cui è ancora utilizzato il minerale per "impossibilità" tecnica alla sua sostituzione e l'adozione di conseguenti, rigorose misure di prevenzione individuale ed ambientale attraverso specifiche prescrizioni e disposizioni emanate dalla UOTSSL.

- La mancata istituzione del Registro degli esposti nelle aziende a rischio, anche pregresso, previa valutazione di opportunità sull'entità dell'esposizione.

- L'improrogabile coinvolgimento diretto dei Servizi di Igiene Ambientale, delle OO.SS., delle Amministrazioni di USSL ed Assessorato Regionale alla Sanità per una gestione unitaria di interventi coordinati ed adeguatamente predisposti.

- L'attuale carenza di diffuse iniziative di informazione sanitaria e sul rischio per esposti e non, lavoratori o meno; ciò anche in riferimento ad esposizione derivante dalla diffusa sostituzione del minerale in corso presso numerose realtà produttive, anche artigiane.

Scusandoci per la pazienza fin qui richiesta al lettore che ci ha seguito, siamo convinti che parte delle osservazioni espresse possano estendersi anche ad altre malattie professionali la cui conoscenza e prevenzione può dipendere anche da un modificato approccio degli stessi Servizi Territoriali di Medicina del Lavoro.

P. Gino Barbieri

UOTSSL-USSL 36 - Iseo (BS)