

Medicina 266-268 Democratica

MOVIMENTO DI LOTTA PER LA SALUTE



PER RUOLO E UTILITA' DEL REGISTRO TUMORI
PER IL DIRITTO ALLA SALUTE IN SARDEGNA E ALTROVE
AMBIENTE, ENERGIA, AMIANTO E FLUORO IN SARDEGNA
RAZZISMO ISTITUZIONALE E DETENZIONE AMMINISTRATIVA
LE TENEBRE DEI CENTRI DI PERMANENZA
PER IL RIMPATRIO

BIMESTRALE
N° 266-267
marzo-giugno 2025
Autorizzazione del Tribunale
di Milano n° 23
del 19 gennaio 1977

Iscritta al Registro
Nazionale della Stampa
(Legge 58/81 n° 416, art 11)
il 30 ottobre 1985
al n° 8368317, foglio 657
ISSN 0391-3600

EDIZIONE:
Medicina Democratica
Movimento di Lotta
per la Salute - O.N.L.U.S.
Tel. 02-49776893
20100 Milano

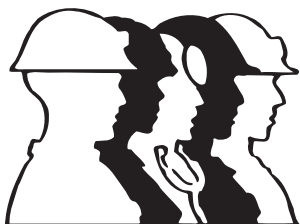
REDAZIONE:
e-mail:
medicinademocraticaets@gmail.com
Fax 0331-501792
Via Roma, 2
21053 - Castellanza (VA)

PER SOTTOSCRIZIONE
della quota associativa annua:
ordinaria € 35,00
sostenitrice € 50,00
e per le DONAZIONI
bonifico bancario

IBAN:
IT31D0503401708000000018273
presso la Banca Popolare di Milano
oppure con bollettino postale
su c/c 001016620211 intestato a
"Medicina Democratica -
O.N.L.U.S." Milano
Via dei Carracci 2, 20149
indicando la causale

Spedizione postale
STAMPA:
MODEL GRAFICA DUE S.n.c.
Via De Gasperi, 27
20094 Corsico (MI).

MOVIMENTO DI LOTTA PER LA SALUTE



Medicina Democratica

Sede Nazionale e Sede Amministrativa Via dei Carracci, 2 20149 Milano

5 per 1000

È possibile versare nella prossima dichiarazione dei redditi il 5 per 1000 dell'IRPEF all'Associazione "**Medicina Democratica - Movimento di Lotta per la Salute O.N.L.U.S.**", in breve "**Medicina Democratica O.N.L.U.S.**". Come è noto, si tratta di un'associazione autogestita che opera senza fini di lucro attraverso il lavoro volontario e gratuito e le sottoscrizioni dei suoi associati e simpatizzanti, che non ha mai goduto e che non gode di finanziamenti né diretti né indiretti da parte di chicchessia. Pertanto, se ne condividete l'operato e intendete sostenere le sue iniziative per affer-

mare la Salute, la Sicurezza e l'Ambiente salubre in fabbrica, così come in ogni dove della società, nel rigoroso rispetto dei Diritti Umani e contro ogni forma di esclusione, emarginazione, discriminazione e razzismo, Vi chiediamo di indicare il numero di **Codice Fiscale 97349700159** dell'Associazione "**Medicina Democratica - Movimento di Lotta per la Salute O.N.L.U.S.**".

N.B. Si ricorda che la scelta del 5 per 1000 non sostituisce quella dell'8 per 1000 (dedicata, per esempio, al culto). le opzioni 5 per 1000 e 8 per 1000 si possono esprimere entrambe.

Questo numero è andato in stampa il 28/10/2025

COMITATO DI REDAZIONE:

Fulvio AURORA (*direttore responsabile*), Emanuela BAVAZZANO, Roberto BIANCHI, Sergio BOLOGNA, Marco CALDIROLI, Roberto CARRARA, Germano CASSINA, Carla CAVAGNA, Maria Luisa CLEMENTI, Franco CILENTI, Elisabeth CO-SANDEY, Angelo COVA, Fernando D'ANGELO, Piergiorgio DUCA, Rino ERMINI, Enzo FERRARA (*direttore*), Pietro e Sara GALLI (*grafici*), Maurizio LOSCHI, Giulia MALAVASI, Dario MIEDICO, Antonio MUSCOLINO, Luca NEGROGNO, Marcello PALAGI, Paola SABATINI, Edoardo TURI, Laura VALSECCHI. *INOLTRE, COLLABORANO E HANNO COLLABORATO A QUESTA RIVISTA:*

Vittorio AGNOLETTI, Carlo ALBERGANTI, Giorgio ALBERTINALE, Riccardo ANTONINI, Beppe BIANCHI, Maurizio BARDI, Mario BRAGA, Gino CARPENTIERO, Antonino CIMINO, Antonella DE PASQUALE, Paolo FIERRO, Gian Luca GARETTI, Valerio GENNARO, Patrizia GENTILINI, Claudio GIORNO, Giulia MALAVASI, Giuseppe MARAZZINI, Maurizio MARCHI, Bruno MEDICI, Celestino PANIZZA, Maurizio PORTALURI, Giuseppe REZZA, Franco RIGOSI, Alessandro ROMBOLA', Marino RUZZENENTI, Marco SPEZIA, Luca TRENTINI

IMPAGINAZIONE: Inferenze scarl, Milano

ANCHE UN
PICCOLO
AIUTO PUO'
FARE LA
DIFFERENZA



MEDICINA DEMOCRATICA PUÒ ESSERE
SOSTENUTA CON DONAZIONI DI
QUALSIASI CIFRA ATTRAVERSO IL QR-CODE
QUI SOTTO O DAL SITO
WWW.MEDICINADEMOCRATICA.ORG



Ci sarà pure un giudice a Berlino... Purtroppo ve ne è uno anche a Roma

Il riferimento al Giudice berlinese è una famosa invocazione verso la speranza nella esistenza di una giustizia imparziale.

Nel caso che ha interessato Medicina Democratica, e non solo, segnaliamo che purtroppo esiste un Giudice a Roma (la sezione penale della Corte di Cassazione) che prima nega che vi siano stati degli infortuni e violazioni in materia di sicurezza sul lavoro, escludendo nel 2021 numerose associazioni e sindacati, e poi, con il “secondo passaggio” in Cassazione il 15.01.2024, nega tale il diritto quale parte civile anche a Medicina Democratica dopo che il procedimento si è quasi concluso.

Medicina Democratica, assieme ad altre parti offese individuali e associative, ha richiesto di essere riconosciuta parte civile offesa nel processo relativo al crimine ferroviario di Viareggio del 29.06.2009 nell'udienza del 04.04.2013 ed è stata presente in tutte le circa 140 udienze del processo dando un contributo tecnico-legale per il riconoscimento della verità e delle responsabilità.

La nostra costituzione in quel processo come in molti altri (Porto Marghera, Thyssen Krupp, Eternit, Montefibre, Ilva, Solvay eccetera) non è un capriccio, il riconoscimento di parte civile nel processo penale va “conquistato” ogni volta dimostrando sia la lesione degli obiettivi statuari sia il radicamento nel territorio interessato dall'evento. È capitato che un Giudice di primo grado ci negasse questo riconoscimento (per esempio a Brescia per il caso Caffaro), ma è la prima volta che questa negazione avviene “a posteriori”, dopo aver partecipato a tutti i gradi di un processo, peraltro lungo e complesso, come quello di Viareggio. A nove mesi dalla sentenza non conosciamo le motivazioni.

La beffa e il danno sono ancora più cocenti se si tiene conto che noi, e le altre associazioni, abbia-

mo avuto ragione: la responsabilità del crimine ferroviario è stata riconosciuta, anche se la pena è stata ridotta da un passaggio a un altro, e riguarda soggetti di tutta la “filiera produttiva” e non solo l'ex amministratore delegato di FS, Mauro Moretti. In altri termini, abbiamo “vinto” la causa, ma dobbiamo farci carico delle spese integrali per aver contribuito a questo risultato e restituire l'importo versatoci a suo tempo da FS.

Questa ingiusta esclusione conferma un messaggio negativo nei confronti del ruolo delle associazioni nei processi penali, nonostante la palese utilità di questa presenza volta a sostenere le ragioni delle vittime e dell'accusa: i diritti dei danneggiati non possono e non devono soccombere alle ragioni del profitto a ogni costo. Un messaggio che contrastiamo assieme a molti altri soggetti tramite la proposta di legge di parificazione dei diritti degli imputati con quelli delle vittime (modifica dell'art 111 della Costituzione Italiana).

Recentissima anche la decisione di azzerare la sentenza (di condanna) ILVA di Taranto ripartendo da capo nel processo, cancellando così l'impegno, la fatica e le spese sostenute da Medicina Democratica e da tutte le altre parti civili, associazioni, sindacati, lavoratori/lavoratrici e cittadini. Nella pratica, la sentenza di Viareggio “costa” a Medicina Democratica circa 110.000 euro, la metà dei quali rappresentate dalle spese legali inizialmente riconosciute, ora denegate e che ora dobbiamo restituire a Ferrovie dello Stato.

È facile capire che un tale impegno economico assorbe quasi integralmente le risorse a nostra disposizione per continuare l'attività associativa e ci costringerà a ridurre le iniziative nei prossimi anni, oltre a rendere più difficile la partecipazione nei processi a sostegno delle vittime.

Il Consiglio Direttivo di Medicina Democratica

PUOI SOTTOSCRIVERE IN QUESTI MODI:

- con carta di credito direttamente sul sito www.medicinademocratica.org cliccando sul pulsante rosso per le donazioni
- mediante bonifico al conto Banco Popolare intestato a Medicina Democratica, IBAN IT31D0503401708000000018273
- mediante bollettino postale intestato a Medicina Democratica: 001016620211 indicando come causale “Viareggio”. Per importi superiori a 30 euro, invieremo delle copie della nostra rivista (per i non soci), per importi superiori a 50 euro un libro “storico” di Medicina Democratica o pubblicato con la nostra collaborazione: ricordati di indicare il tuo indirizzo postale o segnalalo a segreteria@medicinademocratica.org

La conoscenza è prevenzione. Il ruolo dei registri tumori e le iniziative per tutelare salute e ambiente in Sardegna

di Enzo FERRARA

INTRODUZIONE

Torniamo a occuparci di salute e ambiente partendo dalla Sardegna, un'isola apparentemente quieta, in realtà dinamica e generosa, com'è sempre accaduto, per la sua posizione al centro del Mediterraneo, essenziale per lo sviluppo delle millenarie civiltà del mare che l'hanno raggiunta per sfruttarne le risorse fino dal neolitico, quando l'oro nero del commercio era l'ossidiana di Arci (si veda *Il grande mare. Storia del Mediterraneo* di David Abulafia, Mondadori, Milano 2016).

La Sardegna è luogo di interazione e pertanto, inevitabilmente, anche di mediazione ed elaborazione culturale, economica e politica. È utile un approfondimento su quanto accade in questa terra a tutela della salute pubblica e del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). L'occasione per riflettere è stata il Convegno sul Registro Regionale Tumori tenuto a Cagliari presso l'Ospedale Oncologico il 25 ottobre 2024, di cui raccogliamo qui gli atti e che – come racconta Francesco Carta in *La miglior cura è la prevenzione* – «in un momento di particolare crisi del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale, tale da indicare una vera e propria grave emergenza, che colloca la Sardegna al primo posto per percentuale di abbandono delle cure e all'ultimo posto per i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)». Si parte dal Registro Tumori ma le ca-

renze del SSN in Sardegna sono gravi e, a partire dalla quasi assenza della medicina territoriale, si ripercuotono negativamente sul funzionamento complessivo della sanità, che andrebbe urgentemente riorganizzata, a partire dall'esistente che spesso è anche sottoutilizzato. «Sono trascurate – afferma Carta – la prevenzione primaria e quella secondaria, l'educazione ambientale, sanitaria e quella alimentare per corretti stili di vita», mentre «cresce il ricorso (spesso improprio) al Pronto soccorso, che diventa per larghe fasce di popolazione il primo e unico accesso al Servizio sanitario pubblico».

Giancarlo Nonis nel suo intervento sulla *Sanità in Sardegna* sottolinea come in questa regione e in generale nel sud Italia ci si ammala di meno ma si muore di più rispetto alle regioni del nord continentale. In Sardegna i decessi per patologie tumorali nel 2021 sono stati 5.244 (ultimi dati ISTAT parlano del 33,01 % sul totale) che diventano prima causa di morte nell'isola, superando le malattie cardiovascolari. Questo accade sia per la carenza nella prevenzione – ad esempio per gli screening della mammella (mancano i radiologi), per i *pap test*, per la cervice uterina – sia per le attese troppo lunghe per la diagnosi anatomopatologica e del colon retto per le lesioni nell'intestino (polipi precancerosi).

Ancora, dunque, si può guardare alla

specifica sensibilità della Sardegna, mettendo a fuoco i temi della salute e della sanità universalistica, per riflettere su cosa stia accadendo anche nell'Italia continentale, dove la crisi del SSN è conclamata sia in termini di efficacia, sia di sostenibilità, a causa del definanziamento mirato ad aumentare la spesa privata, delle difficoltà di accesso alle cure e della carenza di personale, dovuta quest'ultima anche a una forte migrazione di professionisti verso il privato e l'occupazione in altri paesi.

GUERRA O SALUTE

La richiesta di partecipazione democratica nella gestione e tutela del bene pubblico, soprattutto di salute e ambiente, si intreccia in Sardegna con le decennali lotte antimilitariste. Come quelle dell'assemblea *A Foras*, (*Contra a s'ocupatzione militare de sa Sardigna*) e dei comitati cittadini che si oppongono all'espansione della RWM Rheinmetall, la fabbrica delle bombe di Domusnovas e Iglesias, e che insieme al tessuto artigianale sardo hanno sviluppato un marchio commerciale etico associato ai prodotti WarFree – *Liberu dae sa ghera* – come ripudio dell'uso del territorio sardo per la produzione e sperimentazione dell'industria bellica, associata a sempre più goffe e indisponenti esercitazioni NATO. Sono esempi di lotta solidaristica di lunga data, che partono dalla metà dello scorso secolo, e come allora sono capaci di creare identità, solidarietà ed emulazione su scala internazionale.

L'apertura di una base sottomarina nucleare statunitense sull'isola della Maddalena nel 1972 fu il culmine della militarizzazione dell'isola, iniziata nel secondo dopoguerra. A differenza di altre basi legate alle forze armate italiane, la Maddalena era regolata da un accordo bilaterale infrastrutturale riservato, negoziato da Stati Uniti e Italia tra il 1949 e il 1954 (Si veda *The Atomic Archipelago* di Davide Orsi-

ni, University of Pittsburgh Press, Pittsburgh, 2022) da politici che allora – con la stessa miopia di oggi per la deriva bellica del polo tecnologico di Torino, per il sostegno al nucleare e per lo sviluppo della logistica di guerra, a La Spezia, come per il TAV Torino Lione e il Ponte sullo Stretto – ipotizzavano la militarizzazione come preludio dello sviluppo industriale. Non sorprende che assieme alle proteste contro gli insediamenti militari, si sia sviluppato in Sardegna un movimento pacifista con connotazioni ecologiste e auto-deterministe.

Quando negli anni Sessanta, un piano di rinascita, prevede la modernizzazione del territorio sardo attraverso investimenti per lo sviluppo dell'industria chimica, non di risorse locali, fu facile riconoscere in quello sviluppo imposto dall'alto, un retrogusto coloniale. Nel 1962 il governo Fanfani, approvò un primo piano di Rinascita della Regione con la legge n. 588, che metteva a disposizione finanziamenti pubblici per l'industrializzazione della Sardegna. Nacquero i due poli petrolchimici di Porto Torres e Sarroch, poi, intorno agli anni '70, quello di Ottana. L'intero progetto trovava sponda nella *Commissione d'inchiesta parlamentare sul banditismo*, secondo cui la criminalità si poteva sconfiggere solo creando migliaia di nuovi posti di lavoro. Era in realtà un assunto per giustificare una scelta scellerata, perché la chimica sbarcata in Sardegna non aveva sull'intera isola nessun'altra industria manifatturiera. I prodotti giunti via mare, usciti dal petrolchimico, venivano nuovamente trasferiti per la lavorazione finale a industrie della penisola. Per ragioni storiche, accanto all'opposizione alla militarizzazione, è cresciuta sull'isola l'opposizione alla modernizzazione guidata dall'esterno, insieme ai movimenti indipendentisti.

Oltretutto, come esito dell'investimento militarista e industriale, non

solo non si è avuto sviluppo ma è stata fortemente e diffusamente compromessa la salubrità di un territorio unico e di rara bellezza. Accanto al Sito di Interesse Nazionale (SIN) per le bonifiche del Sulcis Iglesiente Guspinese, storicamente determinato dall'estrazione mineraria nel Sud Ovest dell'isola, è poi stato necessario istituire un SIN anche a Porto Torres; nel 2008 fu dichiarato SIN anche il sito dell'ex arsenale della Maddalena, successivamente declassato a sito di interesse regionale per i modificati criteri di identificazione.

Come sottolinea su queste pagine Antonella Murgia (*Tutela della salute e venti di guerra*) la difesa della salute, come di qualsiasi altro diritto umano fondamentale, implica valutazioni e decisioni che non riguardano solo il servizio preposto a tale tutela, ma anche e più in generale le scelte di politica ed economia. Per dirla con l'Associazione Italiana di Epidemiologia che due anni fa lanciò un appello sottoscritto da 20 Società scientifiche sanitarie, "il diritto universale alla salute richiede la pace e rifiuta la guerra" (si veda anche Pirous Fateh-Moghadam, *Guerra o salute. Dalle evidenze scientifiche alla promozione della pace*, Il Pensiero Scientifico, 2023)

SIN E REGISTRO TUMORI IN SARDEGNA

Il sesto rapporto SENTIERI per il periodo 2013-2017 (Supplemento di *Epidemiologia&Prevenzione*, 47, 1-2, gennaio-aprile 2023) indica nella popolazione italiana residente in aree interessate da SIN, un aumento del rischio di morte e di ospedalizzazione, anche in età pediatrica e giovanile, e un aumento dei tumori e delle patologie da inquinamento ambientale. Gli esperti giudicano preoccupanti tali risultati per i due SIN ubicati in Sardegna. Sono necessarie adeguate risposte di bonifica ambientale e nei luoghi di lavoro per ridurre le malattie professionali, in crescita. Una

prima analisi in tal senso la fornisce Luigi Minerba illustrando il progetto SINTESI, il cui obiettivo è la costituzione di un sistema di sorveglianza permanente in siti contaminati, con interventi mirati per la prevenzione di effetti avversi per la salute e contrasto alle disuguaglianze.

A fronte di questa situazione in Sardegna le liste d'attesa sono insostenibili; per avere visite tempestive bisogna farle a pagamento; le strutture ospedaliere sono in grave sofferenza; la medicina territoriale è inadeguata; aumenta la migrazione sanitaria extraregione. La carenza dei medici di famiglia e delle strutture territoriali è una delle principali emergenze: interi territori sono privi dell'assistenza di base (medicina generale e pediatria), mancano oltre 467 medici di base (su circa 1.200 previsti) e oltre 400 mila persone (su una popolazione di 1 milione e 600 mila abitanti) sono senza medico di libera scelta.

In un intervento a una Tavola Rotonda organizzata a Firenze il 19 aprile 1975 dal Dipartimento Sicurezza Sociale della Regione Toscana (*Epidemiologia&Prevenzione*, n. 4, 1978, p. 1) Giulio Maccacaro, assieme a Renzo Tomatis, Benedetto Terracini e Albert Tuyns – anch'egli della IARC di Lione, attento alle cause sociali delle malattie, aveva collaborato con la International Association of Cancer Registries per il primo volume della serie *Cancer Incidence in Five Continents* – metteva in guardia dall'uso dei registri tumori come meri strumenti di analisi statistica, non correlati con concrete possibilità di intervento sulla programmazione sanitaria e sull'intera filiera delle scelte di sviluppo del territorio. Con questo non si vuole affermare che non si debbano creare i registri tumori, ma – come scrive anche Ezio Laconi in *Gli equivoci della prevenzione* – che è necessario analizzare a fondo il problema per recuperare la dimensione collettiva e comunitaria delle problematiche

legate alla salute, com'è intenzione di questo numero.

La prevenzione e la diagnosi precoce sono in grado di ridurre l'incidenza e la mortalità di numerose patologie. Ciò è ancor più vero in una situazione di emergenza a causa della crisi che il SSN pubblico sta attraversando. Dotarsi del Registro regionale dei tumori, rafforzare quelli territoriali e il servizio epidemiologico regionale è un obiettivo fondamentale dal quale si potranno ricavare importanti informazioni e conoscenze per un'adeguata programmazione sanitaria. Come gli autori dei contributi qui raccolti, consideriamo prioritaria l'attuazione del Registro Tumori della Regione Sardegna, già istituito con la Legge Regionale 21 del 7/11/2012, mai applicata, con l'eccezione dei registri territoriali di Sassari e Nuoro, per le circoscrizioni Nord e Sardegna centrale, regolarmente accreditati dall'Associazione Italiana Registro Tumori (AIRTUM).

SCALETTA E CONTENUTI

Gli interventi di apertura del già citato Convegno sul Registro Regionale Tumori sono di Emilio Montaldo (*Ordine dei medici di Cagliari*), Giampaolo Lilliu (*Associazione Regionale ex Esposti Amianto – AREAS*), Rosa Maria Caliendo (*Medicina Democratica*) e Rosanna Cadelano (Comitato *Sa Luxi* a sostegno del Registro Tumori). Che cosa sia un Registro Tumori e quale ruolo possa svolgere per la cura anche preventiva di una popolazione, lo spiegano Paolo Crosignani (*Che cos'è un Registro Tumori*), Pierluigi Cocco (*Il Ruolo del Registro Tumori*), Stefano Ferretti (*L'utilità del Registro tumori*), Domenico Scanu (*Ruolo del registro tumori*) e Maria Teresa Ionta (*Il ruolo del Registro Tumori uno strumento necessario per la salute della collettività*). Mario Usala (Verso

il Registro Regionale. Il Registro storico di Nuoro), Emilio Usula (*Registro Tumori della Sardegna. Sarà la volta buona?*) si concentrano sull'auspicato avvio del registro su tutto il territorio regionale, mentre Mario Budroni (*L'esperienza del Registro tumori della provincia di Sassari*) e Giuseppe Maria Sechi (*Il registro tumori sud Sardegna: ASL Cagliari, Sulcis e Medio Campidano*) riassumono le esperienze già avviate. Edoardo Bai in *Occupational Cancer Monitoring (OCCAM)*, ne spiega l'uso come strumento per la mappatura dei tumori di sospetta origine professionale mentre Maria Bernardetta Aloï illustra quali siano le possibili *Sinergie per il miglioramento dell'assistenza oncologica*.

Chiudono il numero, prima della consueta poesia di Gabriella Bertini, Giorgio Madeddu, che ricorda i problemi legati all'abuso d'alcol con un intervento sulla *Sindrome alcolica fetale*; Claudia Zuncheddu, con un intervento su *Quale energia per la salute di oggi e del futuro*, tenuto in occasione del Convegno di Isde Medici per l'Ambiente del 30 maggio 2025, e Carmina Conte con l'intervista a Sabina Contu, presidente della sezione sarda dell'*Associazione Italiana Esposti Amianto – AIEA* sulla storia e, purtroppo, l'attualità della lotta alle malattie da amianto in Sardegna. Marco Caldiroli ci aggiorna sul "dossier fluoro" riprendendo il filo del numero 240/241 che proprio dalla estrazione della fluorite e la sua prima lavorazione in Sardegna per la produzione di composti inorganici inizia la sua filiera che arriva fino ai PFAS ormai tragicamente noti a tutti. La sezione Interventi&Esperienze raccoglie gli atti di un convegno della Rete NOCPR svoltosi a Torino in ottobre 2024 dedicato appunto all'universo concentrazionario dei Centri di Permanenza per il Rimpatrio.

Sommario

APPELLO	1	Il Progetto SINTESI <i>di Luigi MINERBA</i>	57
EDITORIALE <i>di Enzo FERRARA</i>	2		
DOSSIER Che cos'è un Registro Tumori? <i>di Paolo CROSIGNANI</i>	8	Il ruolo del Registro Tumori: uno strumento necessario per la salute della collettività <i>di Maria Teresa IONTA</i>	61
Il ruolo del Registro Tumori <i>di Pierluigi COCCO</i>	12	Interventi e salute <i>Emilio MONTALDO, Giampaolo LILLIU, Rosa Maria CALIANDRO</i>	69
L'utilità del Registro Tumori <i>di Stefano FERRETTI</i>	17	Gli equivoci della prevenzione <i>di Ezio LACONI</i>	73
Ruolo del Registro Tumori <i>di Domenico SCANU</i>	23	La miglior cura è la prevenzione <i>di Francesco CARTA</i>	76
Occupational Cancer Monitoring (OCCAM): uno strumento per la mappatura dei tumori di sospetta origine professionale <i>di Edoardo BAI</i>	28	Registro Tumori della Sardegna; sarà la volta buona? <i>di Emilio USULA</i>	80
L'esperienza del Registro Tumori della provincia di Sassari <i>di Mario BUDRONI</i>	38	La sanità in Sardegna <i>di Giancarlo NONIS</i>	84
Il Registro Tumori sud Sardegna: ASL Cagliari, Sulcis e Medio Campidano <i>di Giuseppe Maria SECHI</i>	43	Tutela della salute e venti di guerra <i>di Antonello MURGIA</i>	88
Verso il Registro Regionale. Il Registro storico di Nuoro <i>di Mario USALA</i>	45	La sindrome alcolica fetale <i>di Giorgio MADEDDU</i>	91
Sinergie per il miglioramento dell'assistenza oncologica <i>di M. Bernardetta ALOI</i>	48	Osservazioni sui modelli energetici in Sardegna imposti e subiti. Il perché non si possono ignorare le conoscenze scientifiche <i>di Claudia ZUNCCHEDDU</i>	95



da Marco Gastini, Angolo 1970-1971
Roma, Collezione Privata

“Figli di un dio minore”: i lavoratori
esposti all’amianto a Ottana e altrove
in Sardegna

di Carmine CONTE e Sabina CONTU 98

Nocività della filiera del Fluoro. A quale
punto siamo?

di Marco CALDIROLI 106

INTERVENTI & ESPERIENZE

Razzismo istituzionale e detenzione
amministrativa, da extrema ratio a modello
di gestione dei “flussi migratori”
nel contesto generale delle politiche
repressive e securitarie: la zona grigia
del diritto in cui tutto vale e la dignità
si annulla, strumento di sfoggio
della violenza di Stato

di Teresa FLORIO 121

CPR, ovvero l’istituzione da negare
di Francesco TONOLI 125

CPR, detenzione amministrativa e criticità
di salute

di Nicola COCCO 129

Il manicomio e la colonia.

La detenzione amministrativa come
incontro di due storie della follia

di Luca CERAULO 134

Tra Cura e Complicità: una riflessione
critica sul lavoro psicologico in contesti
di detenzione amministrativa

di Francesca ESPOSITO 139

Interventi ed esperienze
di Peppe DELL’ACQUA
e Camilla PONTI 148

I 10 “scandali” della detenzione
amministrativa

Rete mai più lager - No ai CPR 152

L’architetto **Pietro Galli**, l’illustratore della nostra rivista da circa 35 anni, ci ha lasciati improvvisamente il 29 settembre, in procinto di commentare graficamente questo fascicolo. Avremo modo di ricordarlo degnamente; per ora, partiamo dai due disegni qui sopra che erano stati preparati per il numero precedente, ma non erano stati utilizzati per motivi di spazio.

La redazione si unisce alla famiglia e a tutti coloro che lo hanno apprezzato come uomo e come professionista.

Che cos'è un Registro Tumori

Di Paolo CROSIGNANI*

DEFINIZIONE

Un Registro Tumori (RT) è un'**Organizzazione** che **Registra in modo Sistemático e Continuo Tutti i casi di Tumore Maligno, eventualmente integrati da Altri casi di tumore che si verificano nella popolazione residente in una determinata Area.**

In questa definizione abbiamo cercato di riassumere tutte le caratteristiche che dovrebbe possedere un RT o che, viste nell'ottica di un loro raggiungimento, ne costituiscono i problemi.

Un RT è un'**Organizzazione**. Ciò significa che deve essere dotato di un certo numero di persone che, ciascuna a tempo pieno o parziale, si dedicano esclusivamente alla gestione del RT. Il RT va dotato di una figura apicale, il Direttore, i cui compiti sono di rappresentare il RT, di coordinarne le attività, di interagire con le fonti informative e di pubblicizzarne i risultati. La figura di Direttore, deve possedere competenze di tipo medico-sanitario. È preferibile che sia laureato in Medicina e Chirurgia, anche se si danno casi di RT diretti da persone con altri tipi di laurea. Sempre parte dell'Organizzazione sono le altre competenze presenti all'interno di un RT. E qui si verifica la prima peculiarità di un RT: si tratta di competenze diverse. Sono infatti necessarie competenze di Oncologia e/o di Anatomia Patologica, di Statistica e/o Informatica, e di utilizzo di sistemi informativi complessi. Queste ulti-

me non fanno normalmente parte del curriculum di studi e vengono acquisite "sul campo" mediante il lavoro quotidiano all'interno del RT.

La **Registrazione** significa l'acquisizione e la conservazione di alcune informazioni sui soggetti che ne sono oggetto. Le informazioni di base sono quelle anagrafiche, la residenza al momento della diagnosi e alcune informazioni di base sulla patologia. Sono del tutto necessarie la sede di insorgenza, la data della diagnosi per la quale vi è un insieme di regole condiviso e la morfologia, ovvero il tipo istologico della lesione. Queste informazioni provengono da fonti diverse e il valore aggiunto di un RT è proprio la sintesi, detta anche epicrisi, attuata sia mediante un insieme di regole condiviso tra RT sia una parte importante di ragionamento clinico. In una parola, un RT non è una raccolta di informazioni, ma una funzione sulle stesse.

LE FONTI INFORMATIVE

Per registrazione **Sistematica** intendiamo l'uso di un insieme di fonti informative, realizzando alla fine la sintesi del caso secondo quanto detto già al punto precedente. Le fonti indispensabili per un RT sono:

- Le Anagrafi. Si può trattare di un accesso alle anagrafi comunali o anche un accesso all'Anagrafe degli Assistibili. Questo serve per stabilire in modo certo se la residenza di un

* ISDE Italia

soggetto candidato alla registrazione sia o meno residente nell'area oggetto della registrazione al momento della diagnosi.

- Le Schede delle Dimissioni Ospedaliere (SDO). Sono utilizzate in forma meccanizzata con molti problemi in alcune regioni italiane legate alla confidenzialità dei dati sanitari. È una fonte informativa che consente di identificare anche i ricoveri avvenuti al di fuori della regione e in generale al di fuori dell'area coperta del RT. La problematicità sorge, oltre che sull'identificazione del soggetto, anche dal fatto che le SDO hanno ben 6 campi per riportare tutte le diagnosi e anche qualche procedura occorsa durante il ricovero. Le informazioni delle SDO non sono utilizzabili direttamente, ma vanno elaborate secondo uno schema che privilegi la diagnosi di neoplasia in qualunque delle 6 diagnosi venga riportata.

- Le Cartelle Cliniche. Non è raro che, a fronte di dati incongruenti, si debba esaminare le cartelle cliniche in formato cartaceo.

- Gli archivi dei Servizi di Anatomia Patologica (AP). Questi riportano un'informazione della massima importanza per un RT: il tipo istologico della lesione. E anche se molte AP hanno una gestione meccanizzata, i sistemi sono tra loro molto differenti. Inoltre, il sistema di codifica utilizzato dalle AP è lo SNOMED che è una nomenclatura, cioè poco più di un insieme di termini consigliati. È possibile utilizzare codici diversi per classificare la lesione a seconda delle preferenze del patologo. Queste informazioni non sono dunque collegabili direttamente alle informazioni del RT, ma esigono spesso un'epicrisi attenta rispetto alle informazioni già possedute sul caso dal RT.

- Codici di esenzione per patologia neoplastica. Di nessuna utilità per il dettaglio informativo richiesto da un RT, possono solo essere utilizzate per identificare ulteriori casi da ricercare.

È del tutto priva di ragionevolezza l'idea, avanzata alcuni anni or sono, di basare un RT sui codici di esenzione.

- Medici di Base (MMG). Di nessuna utilità per un RT; non posseggono, infatti, le informazioni di base e le loro prescrizioni non sono utilizzabili, perché non contengono alcuna delle informazioni necessarie a un RT.

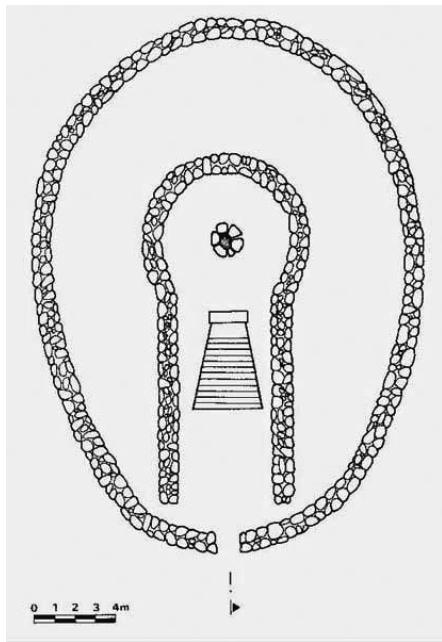
Per registrazione **Continua** intendiamo che l'individuazione della data di prima diagnosi è un elemento necessario alla costruzione di un caso per un RT. L'indicatore principale prodotto da un RT è, infatti, il Tasso di Incidenza, che consiste nel *rapporto tra il numero di casi occorsi nel periodo e le persone-anno* residenti nell'area del RT che hanno generato i casi.

Si comprende quindi che l'inclusione di casi occorsi in periodi precedenti, detto anche casi prevalenti, introdurrebbe un'importante distorsione in questo indicatore. L'identificazione del momento della diagnosi è una delle attività importanti di un RT, proprio per non produrre tassi di incidenza distorti dalla inclusione di casi occorsi in periodi precedenti.

È quindi importante comprendere che è solo dopo un certo numero di anni di attività che un RT può produrre tassi affidabili e non distorti, in quanto possiede archivi ragionevolmente completi dei casi occorsi nei periodi precedenti. Non ha quindi senso, come è accaduto in regione Veneto in seguito alla contaminazione da PFAS, installare nelle zone contaminate un RT pretendendo che da subito possa produrre dati e indicatori validi.

Un RT di area, inoltre, non ha alcun senso se si tratta di sorvegliare una popolazione contaminata in seguito a un evento acuto. Non aveva alcun senso, quando avvenne nel 1976 l'incidente di Seveso, installare un RT di area a Seveso. Data la latenza dei tumori umani, infatti, i casi occorsi negli anni successivi avrebbero potuto uscire dall'area oggetto del RT, sfug-

gendo quindi alla rilevazione. Queste considerazioni furono la base, invece, per la costituzione della coorte dei residenti nell'area al momento dell'incidente. La sorveglianza nel tempo, ancorché incompleta, di questa coorte ha fornito alcune importanti indicazioni sulla azione della TCDD, quale un aumento dell'incidenza del tumore alla mammella nelle donne esposte all'incidente. Un RT di area a Seveso non avrebbe mai potuto fornire questa informazione.



Per registrazione di **Alcuni Tumori** intendiamo che un RT si occupa di registrare, cioè di ricercare le informazioni pertinenti di un insieme di entità nosologiche corrispondenti a quanto riportato nella Classificazione delle Malattie: **1.** Tumori maligni (C00-C97); **2.** Tumori in situ (D00-D09); **3.** Tumori benigni (D10-D36); **4.** Tumori di comportamento incerto o non specificato (D37-D48). Si tratta in generale dei tumori maligni di tutte le sedi e delle neoplasie del sistema linfatico ed emopoietico. Spesso i RT includono nella registrazione anche:

- i tumori benigni della vescica, in quanto la distinzione anatomopatologica non è sempre dirimente per quanto riguarda la malignità della le-

sione. In altri termini, è molto difficile, se non talora impossibile, capire se un tumore della vescica abbia infiltrato il tessuto circostante. Per questo, molti RT decidono di registrare tutte le neoplasie di questa sede;

- i tumori benigni del sistema nervoso centrale, perché si tratta di masse che, anche se non sono maligne nel senso anatomopatologico del termine, ovvero non sono in grado di attraversare la membrana basale e formare metastasi, sono di una tale importanza clinica e si sviluppano talora in sedi intracraniche difficilmente aggredibili dal chirurgo che la mancanza di invasività diventa secondaria rispetto alla crescita della lesione.

Le **informazioni** che un RT deve possedere sono:

- informazioni anagrafiche di base e la residenza al momento della diagnosi;
- la sede di insorgenza della lesione;
- la morfologia della lesione.

Sono inoltre registrati lo stadio alla diagnosi, anche per categorie ampie (es., tumore invasivo, in situ, incerto) e l'insieme dei ricoveri del paziente e degli accertamenti diagnostici quali istologici, radiologici ecc.

Un RT invece non registra la professione del paziente né informazioni sulle possibili cause della neoplasia ovvero sulle esposizioni extra professionali del soggetto.

REGISTRI TUMORI ED EPIDEMIOLOGIA

Da quanto abbiamo sommariamente tratteggiato, l'attività di un RT è estremamente complessa e richiede notevoli risorse. Per contro, è un luogo pressoché unico di formazione in quanto:

- comporta l'uso continuativo di sistemi informativi sanitari;
- è sottoposto ad un insieme di regole precise sulle classificazioni delle malattie;
- utilizza metodi di base di statistica;
- dispone di una continuità di risorse e di finanziamenti.

Una tale organizzazione è stata con estrema frequenza la sede dove sono stati sviluppati molti degli studi epidemiologici realizzati nel nostro paese, sia perché sono stati utilizzati i casi registrati per condurre studi etiologici sia perché i RT sono spesso stati inseriti in studi collaborativi, sia di tipo etiologico sia di tipo valutativo. Mentre in molte Unità Sanitarie Locali il *turn-over* del personale e la molteplicità di compiti istituzionali da adempiere hanno comportato l'impossibilità di condurre studi epidemiologici, i RT sono stati spesso un'importante occasione di sviluppo della ricerca. Ed anche oggi, dove le risorse sono scarse e volte anche a funzioni di tipo amministrativo, i RT si pongono quasi come una *condizio sine qua*

non di realizzare ricerche sulle malattie. È questo il senso di un editoriale provocatorio di Benedetto Terracini sulla rivista *Epidemiologia&Prevenzione* di molti anni or sono dal titolo "Riusciranno i Registri Tumori a salvare l'Epidemiologia in Italia?".

La costituzione di un RT, se non implica direttamente l'implementazione di interventi di prevenzione, si pone oggi come uno strumento conoscitivo in grado non solo di fornire un'immagine completa e dettagliata del problema neoplastico nell'area che considera, ma anche uno strumento di formazione, di riferimento metodologico e di ricerca importante non solo per l'area oggetto della registrazione, ma per tutta la Regione in cui esiste o verrà implementato.



Il Ruolo del Registro Tumori

di Prof. Pierluigi COCCO, M.D.*

Se l'osservazione è la chiave per la comprensione della realtà, la registrazione degli eventi che riguardano la popolazione è la chiave per comprendere la loro evoluzione nel tempo e la loro distribuzione dello spazio. Con l'ausilio di misure epidemiologiche di frequenza (i tassi) e di associazione (i rapporti tra tassi, ossia il rischio relativo), la disponibilità di queste informazioni consente alla ricerca epidemiologica di ipotizzare quali condizioni facilitano la comparsa delle malattie e, successivamente, di pianificare ed effettuare interventi per la loro rimozione o attenuazione con l'obiettivo di prevenirne il verificarsi.

La ricerca epidemiologica è, quindi, uno degli scopi del Registro Tumori, ma non il solo. Un altro scopo fondamentale è costituito dalla distribuzione razionale delle risorse sanitarie nel territorio, rinforzando le strutture di assistenza oncologica dove la domanda è più forte, ossia dove la frequenza di comparsa (=incidenza) è più alta. Altri scopi, non meno importanti, sono la possibilità di verificare l'efficacia degli interventi terapeutici e di prevenzione, attraverso gli studi di sopravvivenza, o la raccolta di casistiche e la verifica collegiale e multidisciplinare delle patologie di dubbia classificazione, in modo da permettere l'evidenziazione di caratteristiche peculiari e la pianificazione di più efficaci interventi terapeutici.

L'introduzione di grandi banche dati,

come quelle generate dai Registri Tumori, e la diffusione di strumenti di analisi estremamente potenti, accoppiati alle nuove tecnologie informatiche definite come "Intelligenza Artificiale" (AI), aprono la strada alla possibilità di creare strumenti di rilevazione quasi in tempo reale dell'evoluzione dei fenomeni sanitari, e quindi anche delle patologie oncologiche, in relazione alle mutabili condizioni ambientali. Ad esempio, in ambito Europeo, la centralizzazione dei dati ambientali prodotti dalle Agenzie per l'Ambiente delle varie regioni Europee presso l'Agenzia Europea dell'Ambiente di Copenhagen, alcuni anni fa, permise la creazione del portale del Registro Europeo delle Emissioni di Inquinanti (EPER), che già 15 anni fa dava luogo all'elaborazione di mappe del livello di vari inquinanti ambientali nel territorio Europeo. Negli anni successivi, EPER si è evoluto in EIONET (The European Environment Information and Observation Network) che offre un quadro esaustivo delle emissioni di inquinanti ambientali, costantemente aggiornato attraverso la rete degli European Topic Centres. Negli ultimi tre anni, EIONET ha prodotto 30 rapporti sullo stato dell'ambiente in relazione ai rischi sanitari, accompagnati da mappe e grafici che ne facilitano la lettura. Tuttavia, manca ancora il collegamento tra dati ambientali e dati sanitari, ormai facilmente realizzabile grazie ad applicazioni AI, che consen-

**Honorary
Professor, Centre
for Occupational
and Environmental
Health Division
of Population
Health, University
of Manchester
Oxford Rd
Manchester M13
9PL,
United Kingdom*

ta l'evidenziazione rapida di anomali aumenti di patologie oncologiche circostanziati nello spazio e nel tempo, il più tempestivamente possibile vicina al loro verificarsi. Perché ciò sia realizzabile sono necessari dati sanitari dettagliati raccolti in maniera continua, per un periodo di tempo sufficientemente lungo per coprire i periodi medi di latenza delle principali patologie oncologiche (in qualche caso anche di trent'anni), con un'articolazione spaziale sufficientemente dettagliata, ed una precisione diagnostica che permetta lo stabilirsi di relazioni significative con lo stato dell'ambiente.

Questo obiettivo richiede la regolarità nel funzionamento dei Registri Tumori, che è garantita solo dal loro inserimento all'interno delle strutture sanitarie pubbliche, con personale dedicato ed adeguatamente formato, idonei locali ed attrezzature informatiche, ed aperta e fattiva collaborazione da parte di tutte le strutture sanitarie del territorio. A questi requisiti locali, si aggiunge la necessaria uniformità nella raccolta e codifica delle informazioni in conformità ai requisiti stabiliti da organismi internazionali, quali l'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (IARC) di Lyon, Francia, e l'European Network of Cancer Registries, e nazionali, quali la Rete Italiana dei Registri Tumori, raccolta intorno all'Associazione Italiana dei Registri Tumori (AIRTUM). Attualmente esistono 455 Registri Tumori accreditati da IARC, distribuiti in 70 Paesi del mondo ed in tutti i continenti. Centoventitrè di questi di trovano in Europa, e 48 sono attualmente funzionanti ed accreditati in Italia. I dati prodotti dai Registri Tumori sono raccolti nei volumi "Cancer Incidence in the Five Continents" (CI5C), pubblicati e resi disponibili gratuitamente in rete da IARC. La pubblicazione dei propri dati nei volumi IARC-CI5C è l'obiettivo di tutti i Registri Tumori, in quanto certifica la qualità del lavoro svolto.

I Registri Tumori attualmente accre-

ditati in Italia coprono il 70% della popolazione (41,4 milioni) e sono distribuiti principalmente nel Nord e nel Sud della penisola. In Sardegna esistono due Registri Tumori, quello della Sardegna del Nord che copre le province di Sassari ed Olbia-Tempio, e quello di Nuoro, con le province di Nuoro ed Ogliastra. Nati nei primi anni 90 quello di Sassari e nel primo decennio del XXI secolo quello di Nuoro, grazie al contributo spontaneo degli operatori della Sanità Pubblica locale e sostenuti in seguito dalla lungimiranza dei direttori generali delle locali Aziende Sanitarie, questi due Registri Tumori hanno raggiunto con il tempo gli standards qualitativi necessari per ottenere l'accreditamento da parte dell'AIRTUM e di IARC e, quindi, la pubblicazione dei loro dati nei volumi IARC-CI5C ed il conseguente riconoscimento del loro contributo alla ricerca oncologica in ambito internazionale. L'importanza dell'estensione del rilievo delle patologie tumorali incidenti a tutto il territorio regionale trova giustificazione nella condizione di insularità e di relativa omogeneità genetica della popolazione Sarda, la cui rilevanza è ampiamente riconosciuta in ambito scientifico per lo studio delle malattie rare e delle basi genetiche della longevità. Tuttavia, mentre si è attivato il percorso per la generalizzazione della registrazione dei casi di neoplasie incidenti in tutto il territorio Italiano, le iniziative legislative promosse per l'avvio del Registro Tumori anche nella Sardegna meridionale e centro-occidentale non hanno finora avuto alcun esito concreto.

Nel resto della mia relazione, cercherò di ripercorrere in breve la storia del mio coinvolgimento nella progettazione dei Registri Tumori in Sardegna, i motivi della sua frammentazione, le occasioni perse ed i danni conseguenti alla mancanza di un quadro attendibile dell'incidenza di patologie neoplastiche a livello regionale.

I primi tentativi risalgono al 1984, quarant'anni fa, con una riunione convocata ad Alghero dall'allora Assessore alla Sanità Billia Pes, cui fui invitato a partecipare dal Prof. Paolo Pani, allora professore ordinario di Patologia Generale a Cagliari. Erano presenti anche il prof. Bachisio Scarpa, professore ordinario di Igiene a Cagliari, ed il prof. Severino Delogu, professore di Statistica presso la facoltà di Veterinaria all'Università di Sassari e componente del Comitato di Redazione di *Epidemiologia&Prevenzione*, la rivista dell'Associazione Italiana di Epidemiologia. Fu gettato il seme. A Sassari, seppure dopo anni e non senza vicissitudini, germogliò; a Cagliari, il tentativo di costruire almeno un registro ospedaliero presso l'Ospedale Oncologico si risolse in un nulla di fatto. Trascorsero due decenni. Mentre a Sassari si procedeva con successo, ottenendo l'accreditamento e la pubblicazione dei propri dati nel volume IARC-CI5C N. 8, pubblicato nel 2002, e si avviava quello di Nuoro con la formazione del personale, cui contribuì personalmente, a Cagliari non si verificò nulla fino all'avvento della giunta presieduta da Renato Soru. In quegli anni, la Giunta Regionale approvò e finanziò un ambizioso progetto, elaborato nell'ambito dell'Accordo di Programma Quadro in materia di Società dell'Informazione a cura dell'Assessorato alla Sanità, allora in carico alla prof.ssa Nerina Dirindin, che prevedeva la costituzione della "*Rete di Telepatologia Oncologica*" (RTP). Gli scopi della messa in rete dei servizi di Anatomia Patologica era di consentire la consultazione *online* dei preparati istologici relativi alle malattie oncologiche diagnosticate nel territorio regionale, facilitare le consulenze di *second opinion*, condividere casi di particolare interesse per la comunità regionale e nazionale, e gestire test di qualità. Questo importante strumento avrebbe permesso il miglioramento e l'uniformizzazione delle procedure

diagnostiche e condotto ad una maggiore efficacia delle prestazioni fornite dal Servizio Sanitario Regionale e a una riduzione dei costi. All'interno di tale progetto, fu inserito quello della progettazione di un Registro Tumori Regionale automatico. Il progetto fu attribuito ad un Consorzio Temporaneo d'Impresa costituito dal Consorzio di Bioingegneria e Informatica Medica (CBIM, Pavia), IBM Italia, Faticoni SpA, Olympus Italia SpA, e BSC Srl. Io ne ero il responsabile scientifico. Erano coinvolte le strutture informatiche in via di creazione, quali il Sistema Informativo Sanitario Regionale (SISAR), l'Anagrafe Regionale degli Assistibili, la Rete dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, il Fascicolo Sanitario Elettronico (Progetto MEDIR) e il Registro Tumori di Sassari, all'epoca il solo funzionante in Sardegna. In breve, il Registro Tumori era previsto come il risultato dell'incrocio dei dati prodotti dai Servizi di Anatomia Patologica, con quelli dei Registri delle dimissioni ospedaliere, dei registri delle cause di morte (RENCAM) e dell'Anagrafe degli assistibili, con il supporto di varie altre fonti informative minori per la sua verifica ed il suo completamento. Pur mantenendo la struttura regionale, salvaguardava l'autonomia e la visibilità delle iniziative locali, quali il Registro Tumori di Sassari, in ambito nazionale ed internazionale. Il progetto fu condotto a termine, testato, consegnato; i microscopi da collegarsi in rete furono acquistati e distribuiti ai servizi di Anatomia Patologica; il lavoro svolto fu regolarmente pagato. L'opposizione di alcuni sanitari, personalmente offesi per il loro mancato coinvolgimento, e la crisi di Governo Regionale nel 2008, cui subentrò il governo presieduto da Ugo Cappellacci, ne segnarono la fine prima ancora che potesse iniziare a funzionare. Ulteriori interventi successivi, anche legislativi, non hanno finora trovato pratica attuazione.

Dopo pochi mesi, nel 2009, iniziò la campagna dell'Unione Sarda sulla presunta sindrome di Quirra, l'ennesima dimostrazione del modo di affrontare le problematiche ambientali nella nostra regione. Il percorso è sempre simile: si avvia una campagna di stampa, cui seguono pronunciamenti di personaggi più o meno noti ed interventi di varie organizzazioni in cerca di visibilità. Quindi, le amministrazioni, opportunamente sensibilizzate dall'allarme generato nelle popolazioni, creano una commissione di esperti, che constata la mancanza di dati ed il tempo trascorso dal manifestarsi degli eventi sanitari segnalati. Trascorsi alcuni anni e scordato l'allarme, la commissione di esperti può chiudere i propri lavori dichiarando l'impossibilità di stabilire alcun preciso legame tra presunti e mai accertati aumenti di patologie ed ipotizzate ed ugualmente mai verificate emissioni ambientali. L'inseguimento delle emergenze man mano che queste sono percepite come tali dalla popolazione è evidentemente ritenuto capace di dimostrare la sensibilità da parte delle autorità nei confronti dei bisogni della popolazione e, sicuramente, di ottenerne il consenso. Al contrario, il monitoraggio continuo dello stato dell'ambiente, ed il suo collegamento con il rilievo altrettanto regolare delle patologie oncologiche incidenti, potrebbe segnalare eventi che sfuggono alla percezione da parte degli organi di stampa e, quindi, della popolazione. I conseguenti interventi ai fini preventivi imporrebbero l'adozione di misure che potrebbero avere immediate conseguenze negative per i responsabili del danno ambientale e, in qualche caso, anche per qualche segmento della popolazione. Ne conseguirebbe la perdita di consenso, che, data la mancata osservazioni di benefici osservabili solo a lungo termine e la breve durata delle legislazioni, potrebbe compromettere il proseguimento delle carriere politico-amministrative (1). A mio parere, pertanto, la realiz-

zazione del Registro Tumori Regionale in Sardegna è finora mancata a causa della resistenza passiva piuttosto che dall'aperta opposizione a livello politico-amministrativo, per il limitato orizzonte culturale della maggioranza dei rappresentanti eletti a cariche istituzionali in ambito regionale, e sanitario, per le ambizioni di carriera di alcuni operatori, che, anche se privi delle necessarie competenze, ritengono di poter aspirare ad incarichi ritenuti non particolarmente impegnativi seppure capaci di conferire visibilità. Questi ostacoli ed il conseguente ritardo del Registro Tumori hanno causato danni, aumenti della spesa sanitaria, l'avvio di procedimenti legali inutili e costosi, la mancata realizzazione di iniziative di sviluppo industriale ed il mancato rispetto di normative Europee in tema ambientale.

Un esempio di ciò che sarebbe stato possibile se il Registro Tumori Regionale fosse stato realizzato è costituito dagli studi sui dati raccolti dal professor Giorgio Broccia, primario della Struttura di Ematologia dell'Ospedale Oncologico di Cagliari dall'inizio del suo incarico, fino al pensionamento nel 2003.

Per tre decenni, il professor Broccia, senza alcun finanziamento e con l'aiuto dei colleghi ematologi della Sardegna e di pochi altri che lo sostennero in questa impresa degna di Fitzcarraldo, ottenne l'accesso alle cartelle dei ricoverati in tutte le strutture ospedaliere della Sardegna ed intraprese la costruzione di una banca dati di tutte le patologie neoplastiche del sistema linfatico ed emopoietico diagnosticate in Sardegna. La completezza della banca dati fu validata, seppure in un limitato arco temporale o per specifiche aree geografiche, attraverso confronti con i dati raccolti dal Registro Tumori di Sassari e con quelli prodotti dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale sui ricoveri ospedalieri. I risultati mostrarono elevate probabilità di aumenti dell'incidenza di linfo-

mi non Hodgkin e mieloma multiplo nella Sardegna settentrionale e centro-orientale, la diversa e variegata distribuzione territoriale delle altre neoplasie del sistema emolinfopoietico, i trend in aumento per la maggior parte di queste nel 1974-2003, la diversità nell'evoluzione temporale delle leucemie linfatiche acute in età infantile ed anziana e, pertanto, la loro origine da diversi fattori causali, la conferma di alcuni clusters di leucemie infantili osservati nel passato e l'individuazione di nuovi clusters di leucemia mieloide acuta e linfoma di Hodgkin mai rilevati precedentemente (2). Fu anche possibile dimostrare che i risultati delle analisi sulla distribuzione geografica di queste patologie in ambiti limitati non trovavano riscontro allorché l'osservazione si estendeva all'intero ambito regionale, a sostegno dell'opportunità dell'osservazione complessiva e non settoriale delle patologie tumorali in Sardegna, e che l'incidenza di COVID-19 nel 2020 si manifestava fortemente correlata con quella del linfoma non-Hodgkin nel 1974-2003, suggerendo analogie tra i meccanismi alla base della manifestazione di due patologie così diverse tra loro. Le implicazioni diagnostiche e terapeutiche di queste osservazioni sono molteplici. Un Registro Tumori Regionale funzionante avrebbe per-

messo simili rilievi anche per le altre patologie oncologiche e la crescita culturale e professionale della comunità medico-scientifica regionale.

Le vicissitudini del passato inducono al pessimismo della ragione: esistono ragioni ataviche ed ostacoli strutturali alla realizzazione del Registro Tumori regionale. Tuttavia, poiché questi non hanno impedito che l'ottimismo della volontà di alcuni colleghi ottenesse degli ottimi risultati a Sassari e Nuoro, potrebbe essere ipotizzabile che lo stesso avvenga anche nel resto della regione. Per dirla con Winston Churchill: *«Il successo non garantisce il permanere del risultato e il fallimento non significa la fine di ogni speranza; ciò che importa è il coraggio di insistere e andare avanti»*.

Note

1. Cocco P. *Lezioni dalla "sindrome di Quirra": epidemiologia? No, grazie*. Epidemiologia e Prevenzione 2012; 36:41-44.
2. ● Broccia G et al. Haematologica 2001; 86:58-63;
● BMJ Open 2020; 10(11):e037163;
● PLoS One 2022;17(2):e0260078;
● Sci Rep 2022;12(1): 2736;
● Exp Hematol 2023:S0301-472X(23)01669-7;
● Cancer Control 2023;30: 10732748231202906;
● J Natl Cancer Center 2024, in stampa.

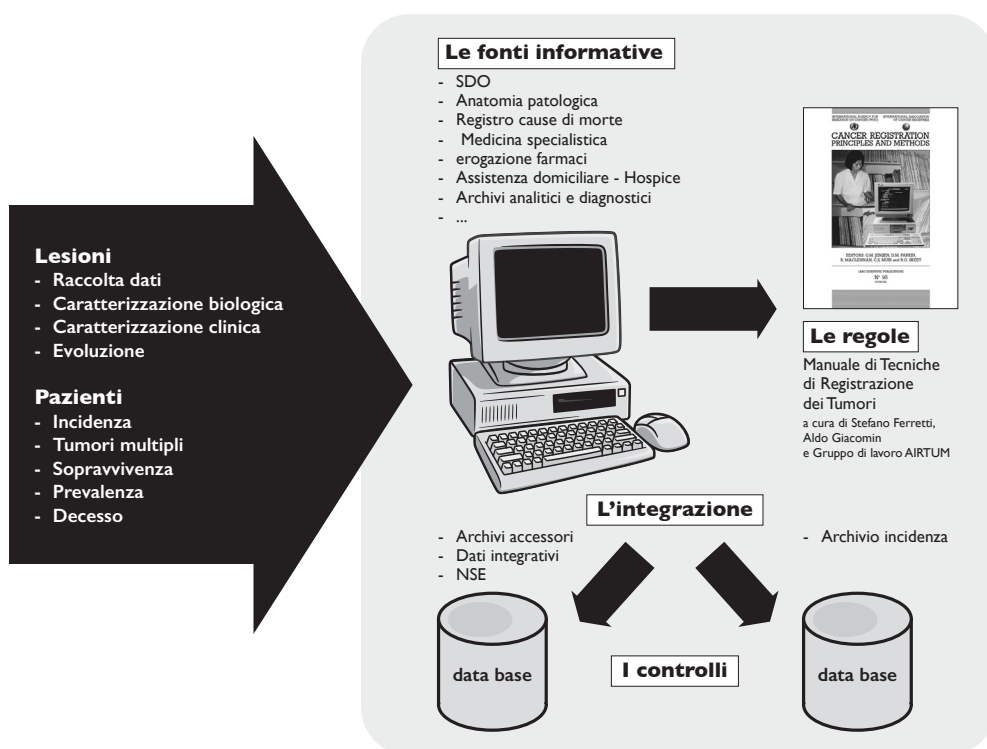
L'utilità del Registro Tumori

di Stefano FERRETTI*

ATTIVITÀ E "COSTI" DEL REGISTRO TUMORI

L'attività del registro tumori è concettualmente semplice: costruire un archivio delle diagnosi di "tumore", corredate da una serie di informazioni riguardanti la lesione (data di insorgenza, sede, morfologia, caratteri biologici e stadio della lesione) e del paziente (residenza, data di ultimo follow-up, decesso e causa della morte), a partire dai "dati" che un percorso diagnostico lascia sulla documentazione sanitaria e sui Sistemi Informativi Sanitari correnti (SIS: Schede di Dimissione Ospedaliera, Archivi di mortalità ecetera...)

Il Registro è il luogo di integrazione ed elaborazione critica di una grossa messe di dati, secondo regole di registrazione standardizzate a livello nazionale e internazionale (1,2). Alla semplicità concettuale non corrisponde un'attività altrettanto elementare: fonti informative spesso parziali o non accessibili, informazioni cliniche talora non coerenti e/o contraddittorie, necessità di recuperare dati clinici di residenti in mobilità passiva da strutture sanitarie regionali (con molti problemi non risolti legati all'interpretazione delle Leggi e dei regolamenti correnti in materia di Registri e condivisione di dati personali sensibili).



* Università di Ferrara, ex Responsabile Unità funzionale di Ferrara del Registro tumori dell'Emilia-Romagna, Azienda USL di Ferrara

Da queste premesse derivano tre elementi fondamentali per la gestione e la valutazione dell'attività di un Registro: disponibilità di personale qualificato, tempo per completare i dati (gli stessi SIS hanno tempi interni di mesi per validare i dati in essi contenuti, prima di renderli idonei alla consultazione) e attrezzature adeguate all'archiviazione e all'elaborazione dei dati (dando per acquisite le autorizzazioni di accesso ai sistemi informativi sanitari, necessari per assicurare qualità e completezza ai dati).

Dal Regolamento nazionale: *archivio SDO, archivi delle Aziende Sanitarie, archivi delle Schede di morte, cartelle cliniche, diagnosi di Anatomia patologica, radiodiagnostica e scienze omiche, prestazioni ambulatoriali, prescrizioni farmaceutiche, esenzione ticket, protesi di interesse oncologico, prestazioni di riabilitazione e vaccinazioni di interesse oncologico, lettere di dimissione ospedaliera e relazioni cliniche.*

DATI, INFORMAZIONE, CONOSCENZA

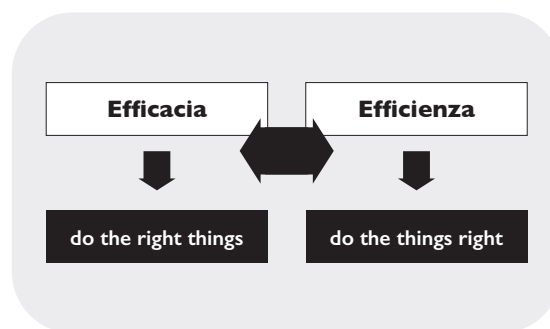
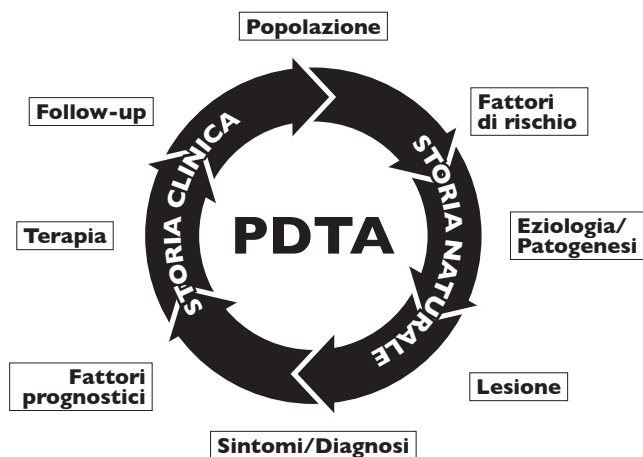
La produzione di dati di qualità non esaurisce il lavoro del Registro: solo attraverso un'attenta elaborazione critica, che deve includere molti altri attori della Sanità pubblica e della Clinica, i dati possono diventare "informazioni", vale a dire fornire elementi di riflessione corretti e coerenti sul contesto trattato (quello che viene generalmente definito "debito informativo"). Da buone informazioni è possibile quindi condividere nuovi elementi di conoscenza, cioè sintesi in risposta a domande complesse (come affrontare i fattori di rischio, come organizzare attività di prevenzione e assistenza e come verificarne gli esiti). Se è vero che la conoscenza procede da informazioni corrette e queste da dati di qualità, il percorso che dai dati porta alla conoscenza non

è automatico: dati di buona qualità possono generare informazioni non significative o distorte (es. leggere un aumento di incidenza di una malattia immediatamente dopo l'inizio di un programma di screening come "emergenza" anziché come verifica di efficacia del programma) o non produrre o distorcere la conoscenza di un fenomeno.

Questo percorso, a servizio del quale il Registro tumori è istituito, prevede la formulazione di "domande" qualificate, che non possono essere generate in forma di cortocircuito dal Registro stesso, ma devono prevedere un ampio coinvolgimento di professionisti e discipline, anche in ambito non sanitario. Il Registro deve poter offrire il suo patrimonio di dati (che non esiste in questa forma sintetica all'interno di nessun sistema informativo sanitario corrente) alla ricerca, all'organizzazione sanitaria, agli interrogativi dell'opinione pubblica su un argomento così importante e ponderoso come il rischio, la diffusione, la prognosi delle neoplasie.

La pubblicazione di tabelle standard (richieste dalla necessità di confrontare gli indicatori a livello nazionale e internazionale), spesso con aggregazioni discutibili sul piano biologico e clinico, non può costituire in alcun modo la finalità fondamentale di un Registro tumori inserito nel Sistema Sanitario Nazionale e Regionale dell'Italia attuale.

L'approccio mediatico al tema dei tumori è spesso guidato da stigma e sensazionalismo: il Registro tumori si pone anche in questo ambito come fonte di dati, informazioni e conoscenza, anche a fronte di sollecitazioni dell'attualità scientifica. Un'informazione corretta è necessaria per porre la popolazione in atteggiamento attivo e non fatalistico di fronte alle molteplici malattie (estremamente diverse fra loro per rischi, diagnosi, terapie e prognosi) genericamente comprese nella categoria dei "tumori".



CONDIZIONI PER L'UTILITÀ DI UN REGISTRO TUMORI

I Registri sono nati in Italia (e in altri Paesi del mondo) dalla volontà di ricercatori che hanno fortemente creduto nella validità *potenziale* di questo strumento per la ricerca, la prevenzione e il governo clinico. La fase "pionieristica" di questo percorso è stata lunga e spesso incerta: dalla fine degli anni '80 del secolo scorso ai primi strumenti legislativi sono passati più di trent'anni (3). Il percorso istituzionale si è chiuso nel 2023 con la pubblicazione del Regolamento e il Disciplinare tecnico nazionale (4) e il Registro nazionale è in fase iniziale di costituzione.

Ad ogni Regione e Provincia autonoma è richiesto l'avvio di un sistema di registrazione a copertura dell'intera popolazione residente, con costituzione di un Centro di riferimento regionale, a partire dalle strutture locali già esistenti, con finalità specifiche rivolte sia all'ambito regionale, che nazionale.

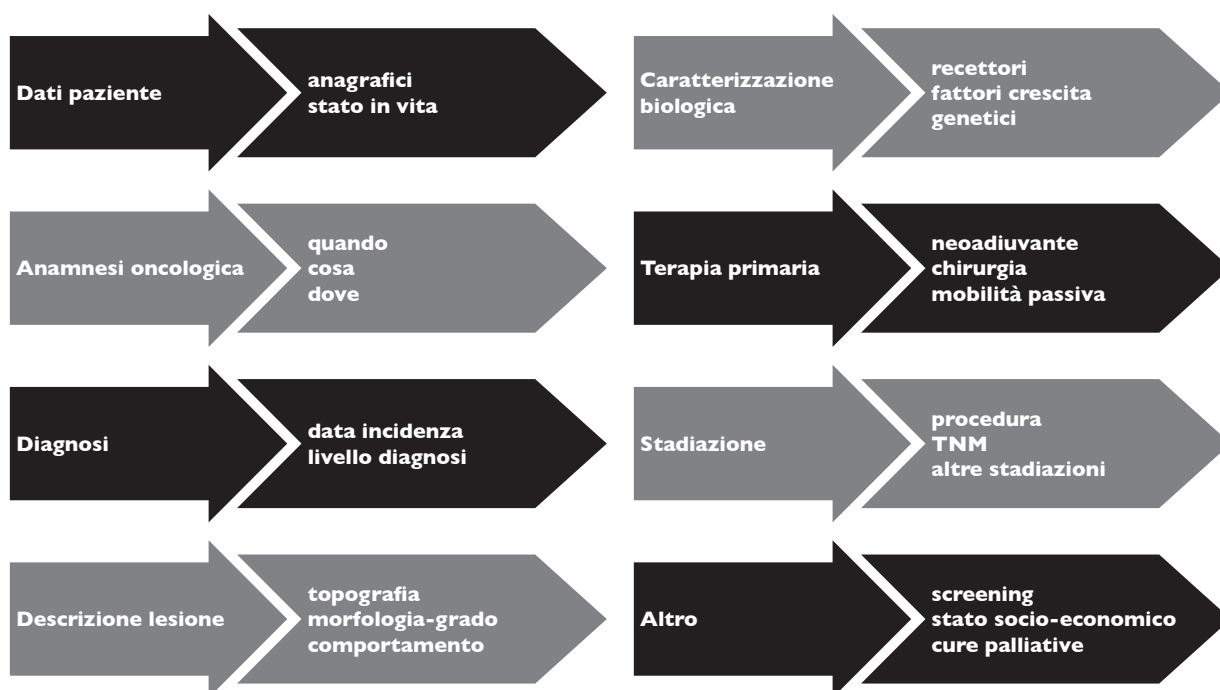
Dal Regolamento nazionale: informazioni sull'incidenza, sopravvivenza e prevalenza dei tumori [...], nonché ogni altra attività di interesse per monitorare e valutare i dati relativi all'accesso, qualità delle attività diagnostiche e terapeutiche e agli esiti delle prestazioni dei servizi di prevenzione, diagnosi e cura, qualità

dell'assistenza e della riabilitazione psico-fisica e sociale e alla sopravvivenza dei pazienti. Tra le finalità sono comprese inoltre l'identificazione e monitoraggio dei gruppi ad alto rischio; svolgimento della ricerca scientifica medica, biomedica ed epidemiologica; adeguamento della programmazione degli interventi volti a migliorare lo stato sanitario della popolazione e dell'ambiente di lavoro, semplificazione delle procedure di scambio, trasmissione e tutela della riservatezza dei dati.

È evidente come il Legislatore ritenga il Registro tumori non mero produttore di dati descrittivi, ma strumento integrato e attivo della prevenzione e del governo clinico di tutta la patologia tumorale.

Implementare un Registro tumori non rappresenta *ipso facto* un progresso nel controllo della patologia oncologica.

L'utilità *attuale* del Registro tumori, a livello regionale, si realizza quindi – soprattutto a livello regionale – soltanto a condizione che Programmi di prevenzione e di screening, sorveglianze sanitarie, Reti oncologiche, Percorsi Diagnostico-Terapeutici e Assistenziali e Ricerca biologica e clinica si coinvolgano nella sua attività e ne sollecitino la produzione di conoscenza, come previsto dal progetto di registrazione nazionale.



La fase di implementazione e avvio di un Registro tumori è lunga e complessa e prevede quindi un livello di programmazione e un investimento a medio-lungo termine, con un'incubazione che preclude qualsiasi possibilità di produrre dati a brevissima scadenza. Gli obiettivi del Registro sono chiari fin dai suoi atti legislativi: spesso lo strumento del "registro" viene invocato come panacea a ogni esigenza di conoscenza, dimenticando altre possibilità di approfondimento epidemiologico puntuale con raccolte mirate di dati (studi *cross-sectional*, di coorte o caso-controllo) o come strumento di sorveglianza "a posteriori" (a molti anni dall'esposizione) di rischi ambientali attuali passibili di prevenzione diretta.

L'attività della fase "pionieristica" dei Registri Tumori in Italia, ancorché istituzionalmente non organizzata, ha mostrato la possibilità di intervenire in risposta a problemi sanitari concreti (5), molti altri tentativi di registrazione sistematica di eventi/malattie/procedure non hanno invece mostrato nel tempo sufficiente respiro.

L'esperienza storica del pool dei Registri italiani confluiti nell'Associazione Italiana Registri Tumori (AIR-TUM) è un esempio dell'evoluzione dalla produzione iniziale di dati descrittivi standard - mancavano al tempo informazioni sull'epidemiologia dei tumori in Italia - alla sorveglianza dei programmi di screening oncologici (6,7,8,9), all'analisi delle tendenze temporali, ai tumori infantili, alla sopravvivenza, prevalenza e guarigione dei malati oncologici (10), oltre a report periodici su specifici aspetti dell'epidemiologia dei tumori in Italia (11).

L'illustrazione di alcune caratteristiche del modello Emiliano-Romagnolo (Registro regionale unico, piena integrazione funzionale nella Rete oncologica regionale) e dei suoi contributi documenta una possibile strategia di mutua collaborazione tra tutti gli attori dell'Oncologia regionale, in grado di migliorare il livello qualitativo del Registro e di aumentare la sensibilità dei dati forniti.

I programmi di screening hanno rappresentato in Emilia-Romagna uno straordinario ambito di reciproca

crescita: il Programma ha favorito un incremento qualitativo del Registro (tempestività, fornitura di indicatori ad alta risoluzione) e il Registro ha consentito valutazioni di impatto non alla portata del sistema di monitoraggio interno dei programmi di screening (12, 13, 14, 15). Il Registro tumori regionale costituisce uno strumento di approfondimento multidisciplinare per attività di ricerca, Sanità pubblica e governo clinico e dimostra che una reale integrazione è possibile e funzionale a un incremento dell'efficienza complessiva del sistema (16).

La Legge istitutiva del Registro tumori nazionale riconosce ampia autonomia alle Regioni per la strutturazione del Centro di riferimento (da un'unica struttura di registrazione a un

modello integrativo di Unità funzionali territoriali, con tutte le possibili sfumature organizzative intermedie) in grado di gestire un unico dataset regionale (per la gestione delle registrazioni multiple e la continuità di monitoraggio a fronte della mobilità interna), specificando – come di consueto – che “*dall’attuazione del Decreto non devono derivare maggiori oneri a carico della finanza pubblica*”. Questa raccomandazione/vincolo (che non significa “indisponibilità di risorse”), rappresenta, se ben interpretata, un antidoto a iniziative estemporanee di registrazione e la garanzia di una collocazione organica dei Registri, con risorse e debiti informativi precisi, all’interno dei loro servizi sanitari regionali.

Riferimenti

1. Associazione Italiana Registri Tumori. *Manuale di tecniche di registrazione dei tumori* (Mangone L, Carone S, Patriarca S, Vitale MF eds.). ©Piccin, Padova 2021.
2. World Health Organization, European Network of Cancer Registries, European Commission. *Standards and guidelines for cancer registration in Europe. The ENCR recommendations, vol. 1* (Tyczynski JE, Démaret E, Parking DM eds.). IARC Technical Publication n. 40. International Agency for Research on Cancer, Lyon 2003.
3. Art. 2 Decreto-Legge 18.10.2012, n. 179.
4. Decreto “Registro nazionale tumori” 01.08. 2023 Ministero Salute (G.U. 31.08.2023p. 18)
5. Buiatti E, Arniani S, Verdecchia A, Tomatis L. *Results from a historical survey of the survival of cancer patients given Di Bella multitherapy*. Cancer. 1999 Nov 15;86(10):2143-9. PMID: 10570444.
6. Zorzi M, Puliti D, Vettorazzi M, De Lisi V, Falcini F, Federico M, Ferretti S, Moffa IF, Mangone L, Mano MP, Naldoni C, Ponti A, Traina A, Tumino R, Paci E; IMPACT Working Group. *Mastectomy rates are decreasing in the era of service screening: a population-based study in Italy (1997-2001)*. Br J Cancer. 2006 Nov 6;95(9):1265-8. doi: 10.1038/sj.bjc.6603405. Epub 2006 Oct 17. PMID: 17043685; PMCID: PMC2360582.
7. Paci E, Miccinesi G, Puliti D, Baldazzi P, De Lisi V, Falcini F, Cirilli C, Ferretti S, Mangone L, Finarelli AC, Rosso S, Segnan N, Stracci F, Traina A, Tumino R, Zorzi M. *Estimate of overdiagnosis of breast cancer due to mammography after adjustment for lead time. A service screening study in Italy*. Breast Cancer Res. 2006;8(6):R68. doi: 10.1186/bcr1625. PMID: 17147789; PMCID: PMC1797026.
8. Puliti D, Miccinesi G, Collina N, De Lisi V, Federico M, Ferretti S, Finarelli AC, Foca F, Mangone L, Naldoni C, Petrella M, Ponti A, Segnan N, Sigona A, Zarccone M, Zorzi M, Zappa M, Paci E; IMPACT Working Group. *Effectiveness of service screening: a case-control study to assess breast cancer mortality reduction*. Br J Cancer. 2008 Aug 5;99(3):423-7. doi: 10.1038/sj.bjc.6604532. Erratum in: Br J Cancer. 2008 Nov 18;99(10):1756. PMID: 18665188; PMCID: PMC2527797.
9. Serraino D, Gini A, Taborelli M, Ronco G, Giorgi-Rossi P, Zappa M, Crocetti E, Franzo A, Falcini F, Visioli CB, Stracci F, Zorzi M, Federico M, Michiara M, Fusco M, Ferretti S, Pannozzo F, Tisano F, Zannetti R, Zucchetto A; Members of ‘IMPACTO-CERVICE’ working group; Members

- of 'IMPATTO-CERVICE' working group. *Changes in cervical cancer incidence following the introduction of organized screening in Italy*. Prev Med. 2015 Jun;75:56-63. doi: 10.1016/j.ypmed.2015.01.034. Epub 2015 Mar 27.
- 10.** <https://www.registri-tumori.it/cms/pagine/i-tumori-italia>
- 11.** <https://www.registri-tumori.it/cms/pagine/i-numeri-del-cancro>
- 12.** Sassoli de Bianchi P, Ravaioli A, Ferretti S, Finarelli AC, Giannini A, Naldoni C, Sanna P, Bucchi L. *Estensione dell'età-bersaglio del programma di screening mammografico e governo della pratica mammografica in Emilia-Romagna* [Extension of the target age range of mammography screening programme and governance of mammography practice in the Emilia-Romagna Region (Northern Italy)]. Epidemiol Prev. 2017 Jan-Feb;41(1):38-45. Italian. doi: 10.19191/EP17.1.P038.010. PMID: 28322527.
- 13.** Bucchi L, Baldacchini F, Mancini S, Ravaioli A, Giuliani O, Vattiato R, Falcini F, Giorgi Rossi P, Campari C, Canuti D, Di Felice E, Sassoli de Bianchi P, Ferretti S, Bertozzi N, Biggeri A; Emilia-Romagna Region Workgroup for Cervical Screening Evaluation. *Estimating the impact of an organised screening programme on cervical cancer incidence: A 26-year study from northern Italy*. Int J Cancer. 2019 Mar 1;144(5):1017-1026. doi: 10.1002/ijc.31806. Epub 2018 Dec 4. Erratum in: Int J Cancer. 2019 Aug 15;145(4):E18. doi: 10.1002/ijc.32271. PMID: 30120770.
- 14.** Baldacchini F, Bucchi L, Giuliani O, Mancini S, Ravaioli A, Vattiato R, Giorgi Rossi P, Campari C, Canuti D, Di Felice E, Mezzetti F, Sassoli de Bianchi P, Ferretti S, Falcini F; Emilia-Romagna Region Workgroup for Colorectal Screening Evaluation. *Results of Compliant Participation in Five Rounds of Fecal Immunochemical Test Screening for Colorectal Cancer*. Clin Gastroenterol Hepatol. 2021 Nov;19(11):2361-2369. doi: 10.1016/j.cgh.2020.08.038. Epub 2020 Aug 20. PMID: 32827723.
- 15.** Bucchi L, Ravaioli A, Baldacchini F, Giuliani O, Mancini S, Vattiato R, Falcini F, Giorgi Rossi P, Campari C, Canuti D, Di Felice E, Sassoli de Bianchi P, Ferretti S, Bertozzi N; Emilia-Romagna Region Workgroup for Mammography Screening Evaluation. *Annual mammography at age 45-49 years and biennial mammography at age 50-69 years: comparing performance measures in an organised screening setting*. Eur Radiol. 2019 Oct;29(10):5517-5527. doi: 10.1007/s00330-019-06050-w. Epub 2019 Mar 18. PMID: 30887204.
- 16.** <https://salute.regione.emilia-romagna.it/registro-tumori>

Ruolo del Registro Tumori

Di Domenico SCANU*

I Medici per l'Ambiente dell'ISDE sono da decenni impegnati sul fronte delle relazioni tra ambiente e salute. Il tema proposto per questo convegno è estremamente importante per la Sardegna. Ho il compito di parlare dei rapporti tra ambiente e rischi sanitari nella nostra Regione, tema da molti anni al centro della discussione. L'immagine più comune della Sardegna è quella di una terra incontaminata, di un Eden dove la natura assicura elisir di lunga vita. L'Isola dei centenari e del cibo dei centenari. Non è un'affermazione senza fondamento, ma prende in considerazione solo una faccia della medaglia: quella Sardegna rurale, ricca di biodiversità nella flora e nella fauna e di particolari habitat oggi però fortemente insidiati anche dal punto di vista della salubrità del territorio stesso nonché demografico.

L'altra faccia della medaglia è la **situazione ambientale della Sardegna** che comprende, in sintesi, un elenco di problematiche ambientali:

- 2 SIN (Siti di interesse nazionale per bonifiche): Porto Torres-Sassari, Sulcis-Iglesiente-Guspinese (445.000 ettari inquinati; 41 Comuni con oltre 410.000 abitanti) *aree fortemente inquinate a elevate concentrazioni di sostanze tossico-nocive*;
- 18 aree a forte impatto ambientale Settore industriale: Portoscuso, Sulcis, Sarroch, Macchiareddu, San

Gavino-Ottana, Samatzai, Ozieri, Siniscola, Porto Torres (Registro Europeo-EPER);

- oltre 35.000 gli ettari di territorio sardo sotto vincolo di servitù militari;
- 2 centrali a carbone (di 7 in Italia) > da trasformare in centrali a metano;
- 2 cementifici (Samatzai, Siniscola);
- 2 inceneritori (Macchiareddu, Tossilo in programma prossima attivazione);
- 26 discariche RS su 40 del Sud Italia (Fonte: ISPRA, Rapporto 2021);
- 242 impianti di gestione dei rifiuti: minor produzione di rifiuti speciali (al 13° posto con 2.638.000 t/anno 2018 e 3.071.000 t/anno 2019 rispettivamente); al 1° posto in Italia per lo smaltimento dei rifiuti speciali pericolosi e al 5° per i rifiuti speciali non pericolosi e risulta al 7° posto per rifiuti importati (Fonte: ISPRA, Rapporto 2021);
- iperproduzione energetica da FER (Fonte TERNA: GIUGNO 2024 - 824 pratiche richieste di connessione per oltre 54 GW).

Oltre **18 aree a forte impatto ambientale** a livello regionale. In particolare, se mettiamo la lente d'ingrandimento, riconosciamo la presenza di due SIN (445.000 ettari inclusi) nei quali si segnala la presenza di aree fortemente inquinate per la presenza di sostanze tossico-nocive con elevate concentrazioni di soglia di rischio (CSR) che vanno ad impattare anche

* Presidente
ISDE Sardegna

sui territori circostanti; le popolazioni comprese nei siti sono esposte a queste sostanze per inalazione o ingestione. Attraverso la biomagnificazione, queste sostanze tossico-nocive entrano nelle catene biologiche e alimentari, con effetti in un'area ben più vasta rispetto all'estensione del locus di maggiore inquinamento. **La Sardegna** è una Regione dove un'economia di mercato globale non ha più margini di crescita e in tale contesto, basato sui cardini della iperproduzione energetica a cui si sta cercando di trovare una soluzione "politica" e dello smaltimento dei rifiuti anche speciali pericolosi e tossico-nocivi, esprimiamo la nostra preoccupazione e contrarietà perché in aperto contrasto con il concetto di Economia Circolare e perché è prevedibile un aumento del rischio ambientale e sanitario.

La Sardegna è oggi tra i maggiori produttori di CO₂, perché utilizza come fonti di produzione energetica quasi esclusivamente combustibili fossili (carbone e derivati del petrolio). In programma la sostituzione del carbone con il metano non rappresenta un ponte verso un futuro meno inquinato ma una strada più lenta che conduce verso pericolosi ritardi nel raggiungimento degli obiettivi previsti per contrastare il riscaldamento globale e verso probabili e irreversibili conseguenze; in realtà potrà solo generare ulteriori criticità ambientali e sanitarie da inquinamento industriale ormai da anni ben documentate da dati scientifici. L'opzione "**decarbonizzazione**" significherebbe prosecuzione del rischio sanitario, impedendo ancora una volta la prevenzione primaria che significa rimuovere le cause delle malattie ed impedendo che insorgano. È noto che dai processi di combustione si liberano numerose sostanze tossiche, alcune bioaccumulabili, altre cancerogene, epigenotossiche e con effetto di interferente endocrino. Le fonti energetiche tradizionali basate sull'utilizzo di fossili

(carbone, olio, gas naturale) sono tra le maggiori responsabili dell'inquinamento atmosferico e del cambiamento climatico e generano, oltre che enormi e gravissimi danni sanitari, elevatissimi costi socio-economici che restano a carico della comunità. Prendendo in considerazione ancora una volta dati pubblici, quali quelli pubblicati dall'ARPAS in un recente relazione sulla qualità dell'aria in Sardegna si osserva che, il valore limite delle concentrazioni di ozono al suolo per la protezione della vegetazione, espresso in termini di AOT40, risulta superato in ampie porzioni del territorio regionale evidenziando quindi una significativa criticità relativamente a tale inquinante. Una componente preoccupante per la salvaguardia dell'ecosistema costituito da comunità vegetali, animali, e microbiche che interagiscono tra di loro e con l'ambiente come un'unica unità funzionale. Negli ecosistemi modificati dall'uomo esiste uno squilibrio tra l'energia ricavata principalmente dai depositi fossili nonché, si può presumere, dal possibile assalto speculativo per la produzione di energia da FER e la capacità di assorbimento dei rifiuti derivati da questo processo che mina fortemente il cuore del sistema naturale, ossia la biodiversità.

Altre questioni ambientali e sanitarie ancora aperte riguardano gli esperimenti militari e le contaminazioni ambientali in Sardegna nelle aree destinate a **servitù militari**: un binomio già noto ma ancora controverso. E non è solo la guerra di per sé che mina la nostra sopravvivenza con la proliferazione di pratiche inquinanti ma anche la ricerca e lo sviluppo, le esercitazioni militari e le preparazioni per le guerre che sono svolte quotidianamente in varie parti del mondo. Al momento attuale sono estremamente preoccupanti le informazioni che arrivano da fonti regionali e della protezione civile (regione.sardegna.it/documenti/1_470_20140107151252).

acque; protezionecivile.gov.it/it/approfondimento/inquinamento-delle-acque/#) che asseriscono che «le basi militari potrebbero essere fonte di contaminazione da PFAS». Sostanze di largo impiego in molti settori industriali strategici tra i quali spicca quello militare e non solo in tempi di guerra che di per sé mina la nostra sopravvivenza con la proliferazione di pratiche inquinanti ma anche laddove si produce la ricerca e lo sviluppo, le esercitazioni militari e le preparazioni per le guerre che sono svolte quotidianamente in varie parti del mondo come in Sardegna. Gli usi critici dei PFAS sono stati identificati in quasi tutte le principali categorie di sistemi d'arma, delle schiume antincendio AFFF ecc. per cui conoscendo la persistenza dei PFAS, è fortemente deducibile che anche nei poligoni militari sardi vi sia una contaminazione di questi inquinanti eterni, sostanze che vanno a discapito della salute pubblica e dell'ambiente. La pubblicazione di dati specifici e sistematici sulla presenza di PFAS nei poligoni sardi è limitata o assente a livello pubblico e facilmente accessibile. Lungi dal generalizzare, in mancanza di studi e dati oggettivi che eticamente avrebbero dovuto avere già alcune risposte da un doveroso commissionamento di studi ad hoc, come medici e come Sardi vorremmo sperare che, una volta tanto, si rifugga dalla "colpevole leggerezza" che purtroppo risulta applicata in altre forme di inquinamento.

Riguardo alle **scorie nucleari**, come ISDE, abbiamo chiesto che l'insularità venga inserita tra i criteri di esclusione dalla carta delle aree potenzialmente idonee ad ospitare il Deposito Nazionale. In Italia dovranno essere smaltite circa 90mila tonnellate di materiale radioattivo derivanti dalle cessate attività nucleari e da altre fonti (95% cat. II a bassa attività e il 5% cat. III ad alta attività). Ai quantitativi suddetti si dovranno aggiunge-

re annualmente circa 500 tonnellate di rifiuti radioattivi da attività mediche, di ricerca ed industriali. La ubicazione del Deposito Nazionale delle scorie nucleari e dei rifiuti radioattivi in un'isola rendendo necessari aggiuntivamente, rispetto alla collocazione nella penisola, uno o due (per quelli di categoria III) viaggi in nave con conseguenti operazioni di scarico e carico nei porti di partenza e arrivo aumenterebbe notevolmente ed in maniera totalmente ingiustificata il rischio di incidenti e/o dispersione di materiali radioattivo ed i costi di trasporto. Tale via appare quindi eticamente ed economicamente non perseguibile e giustificabile.

Dal punto di vista epidemiologico importante citare lo **Studio SENTIERI** che ha semplicemente contato i malati e i morti nei SIN e ha detto già nella prima stesura dei risultati (2011) e con gli aggiornamenti del 2014, 2019 e 2023 dell' aumentata morbilità e un' aumentata mortalità soprattutto per certi tipi di tumore quali le leucemie e i tumori del sistema nervoso centrale di cui chi vive in quelle zone inquinate si ammala, si ricovera e muore di più rispetto al resto della popolazione italiana e della necessità di procedere quanto prima con le bonifiche in tutti i SIN, bonifiche che non sono mai state fatte. In SENTIERI è stato possibile, in alcuni casi, attribuire un ruolo eziologico all'esposizione ambientale associata alle emissioni di impianti specifici (raffinerie, poli petrolchimici e industrie metallurgiche). Quello che lo studio SENTIERI non dice ma si può leggere agevolmente tra le righe è che in Sardegna, oltre 410mila persone sono a rischio da decenni e continuano ad essere a rischio perché il posto in cui vivono continua ad essere inquinato nonostante la consapevolezza delle conseguenze sanitarie tanto che si è instaurato un modello di sanità pubblica distorto che può essere definito come "*il modello dei cittadini cavie*"

su cui si osservano gli effetti sulla salute di una popolazione lasciata vivere per decenni in condizioni di inquinamento ambientale noto per la sua dannosità. L'unica cosa che si fa periodicamente è ritornare in quei luoghi a contare il numero dei malati e dei morti e vedere come si è modificato nel tempo. La scarsa conoscenza di queste problematiche è inaccettabile da parte politica e siamo ancora di più preoccupati per l'oggi. Queste aree non sono state bonificate e sono ancora attivissime nel rilasciare veleni di ogni tipo (particolato fine e ultrafine, benzene, etil-benzene, idrocarburi policiclici aromatici, diossine e furani, metalli pesanti quali arsenico, piombo, cadmio ecc). L'aspetto paradossale è che questa "politica industriale" continua ad essere riproposta, mentre sul problema delle bonifiche, al di là delle parole, permane l'inerzia degli inquinatori e la poca attenzione degli amministratori.

I dati preoccupanti sulla mortalità e l'incidenza di patologie connesse a tali attività, in diverse aree dell'Isola, ha indotto **ISDE Sardegna** a intensificare il proprio impegno scientifico e a produrre con un pool di epidemiologici il lavoro su **"Mortalità in Sardegna" per il sessennio 2012-2017**. Una analisi condotta su tutti i Comuni Sardi che evidenzia, rispetto al riferimento nazionale, eccessi di mortalità per specifiche cause sia nella popolazione totale (demenza, Alzheimer, tumore del colon) sia in quella femminile (tumori del seno e mal definite) o maschile (suicidi, cirrosi, tumore di cavità orale, faringe, laringe e leucemia) che possono essere meritorie di ulteriori indagini e di rianalisi delle opportune contromisure di politica sanitaria. Le osservazioni fin qui proposte hanno comunque un valore esplorativo ed analitico per identificare i vari segnali di attenzione e di approfondimento in modo da contribuire a porre le basi per l'adozione di misure preventive basate

sulle evidenze e per la costruzione di un consenso collettivo intorno ai processi decisionali in corso. Pertanto emerge la necessità di ulteriori approfondimenti con ricerche condotte soprattutto a livello subcomunale/microarea ed in grado di considerare variabili di confondimento a livello individuale, al fine di individuare con sufficiente attendibilità le eventuali relazioni di causa-effetto tra inquinamento e rischi sanitari.

E in ultimo ma solo per la cronologia perché di estrema importanza sul piano epidemiologico citiamo il lavoro pubblicato a dicembre 2024: *Municipal breast and colorectal-anal cancer mortality in Sardinia, Italy from 2012 to 2020: application of a hierarchical Bayesian method*. *BMJ Public Health* 2024;2:e000855 © Author(s) (or their employer(s)) 2024. Published by BMJ. Questo studio fornisce un'analisi della mortalità a livello comunale per il cancro al seno e per il cancro coloretale- anale in Sardegna. Nel periodo 2012-2020, i tassi standardizzati della Sardegna hanno mostrato un eccesso di mortalità per tumore al seno tra il 10% e il 20% in ciascuno dei tre periodi di 3 anni analizzati rispetto ai tassi italiani. Eccessi simili sono stati riscontrati per il tumore coloretale- anale nelle donne (solo nel periodo di 3 anni 2018-2020), negli uomini e nella popolazione totale. Gli Autori raccomandano «che le autorità regionali sarde agiscano sui "fattori di rischio modificabili", uno dei quali è l'incremento della copertura degli screening per entrambe le neoplasie, al fine di ridurre il carico di entrambe le malattie».

In generale abbiamo imparato che tutti i dati epidemiologico-statistici nazionali, ma anche internazionali, ci dicono che siamo di fronte a una vera e propria epidemia non solo di tumori ma anche di malattie non trasmissibili croniche. In particolare in Sardegna assistiamo alla rilevante incidenza di malattie cardio-vascolari,

metaboliche, degenerative e neurologiche e il problema non riguarda soltanto l'età adulta, ma, in maniera ancora più preoccupante, i bambini che stanno sviluppando sempre più malattie metaboliche e soprattutto patologie del neurosviluppo; ci riferiamo in particolare all'autismo. I dati della Rete di monitoraggio dell'autismo e delle disabilità dello sviluppo (ADDM) dei CDC stimano la prevalenza del disturbo negli Stati Uniti attorno a 1 su 54, in Italia siamo intorno a 1 su 84, purtroppo i dati relativi al Nord Sardegna sono in linea con i dati statunitensi, cioè un bambino ogni 54. Questo rende urgente la comprensione dei meccanismi neurobiologici (la predisposizione genetica sulla quale si instaura un fattore ambientale, può dare origine a delle variazioni del neurosviluppo...in ultima analisi epigenetici) che sono all'origine del fenomeno e l'avvio di strategie efficaci per contrastarlo...la Regione Sardegna, per ora, si adopera con l'assistenza, progetti e servizi nell'area di Sassari e Olbia.

Non possiamo non sottolineare l'eccesso di mortalità tra i nati e i neonati di Porto Torres e del Sulcis Iglesiente (Studio SENTIERI, ISS), in Sardegna circa 300 neonati/anno nascono affetti da malformazioni congenite. Nelle aree altamente esposte a metalli pesanti come il Sulcis si è trovata una correlazione positiva significativa tra tale esposizione e il rischio di sclerosi multipla e il diabete mellito di tipo 1. I metalli pesanti quali il cadmio, il piombo, il cromo e il mercurio, possono indurre una modifica del sistema immunitario con l'attivazione di autoanticorpi facilitanti lo sviluppo di malattie autoimmuni. In altre parole mentre la ricerca scientifica registra l'alta incidenza di malattie croniche neurodegenerative come la SLA, la sclerosi multipla e altre patologie si pone ancora una volta la necessità delle bonifiche ambientali per una efficace prevenzione primaria.

Per i tumori in età infantile in Sardegna si attende l'operatività del Registro Tumori, per cui al momento attuale è impossibile disporre di analisi dettagliate sul cancro infantile regionale.

La dotazione di un Registro Tumori zoppo e con dati obsoleti e nessuna regia non permette di conoscere lo stato di salute dei bambini sardi relativamente alle patologie oncologiche. Basandosi sulle stime nazionali (AIR-TUM) e sulla proporzione della popolazione, si può stimare che in Sardegna si verifichino **orientativamente tra i 50 e i 70 nuovi casi di cancro infantile e adolescenziale ogni anno (0-19 anni).**

Questi sono dati su cui riflettere e ancora una volta ISDE invita alla valorizzazione del ruolo delle Istituzioni e delle varie strutture aziendali sanitarie nel portare avanti studi più approfonditi. Approfondimenti epidemiologici che possano da una parte **orientare politiche sanitarie volte a mitigare le criticità di salute emerse e d'altra parte politiche di gestione del territorio che possano ridurre i sottostanti fattori ambientale e di attivare le opportune misure di prevenzione primaria e secondaria al fine di offrire alla collettività la più attenta gestione della salute pubblica.** Pertanto via al Registro Tumori. A tal proposito si segnala che la Camera ha approvato in via definitiva, nella seduta del 12 marzo 2019, la proposta di legge "Istituzione e disciplina della Rete nazionale dei registri dei tumori e dei sistemi di sorveglianza e del referto epidemiologico per il controllo sanitario della popolazione" (A.C. 1354). C'è una correlazione netta tra le evidenze scientifiche e la salute possibile: quante più informazioni acquisiamo dal punto di vista scientifico tanto più abbiamo possibilità teorica di migliorare la salute pubblica. **I medici ISDE Italia** hanno lanciato un messaggio chiaro: la politica deve ascoltare la scienza.

Occupational Cancer Monitoring (OCCAM): uno strumento per la mappatura dei tumori di sospetta origine professionale

di Edoardo BAI*

Il sistema OCCAM (Occupational Cancer Monitoring) nasce ad opera della UO Epidemiologia Ambientale e Registro Tumori dell'Istituto dei Tumori di Milano. All'inizio faceva riferimento al registro italiano dei tumori di origine professionale, istituito dall'articolo 71 del DLgs 626/94.

Il decreto prevedeva che ISPESL tenesse un archivio nominativo di tutti i tumori di sospetta origine professionale. Si è ritenuto opportuno classificare i tumori di sospetta origine professionale (TP) come Tumori professionali ad alta frazione etiologica:

- mesoteliomi della pleura, del peritoneo e della tunica vaginale del testicolo: sono rilevati in modo esaustivo dal Registro Mesotelioma (ReNaM) che si basa in prevalenza sulle schede di morte e sulle dimissioni ospedaliere. Tutti i casi vengono rilevati, verificati come diagnosi e, quando possibile, viene accertata la pregressa esposizione ad amianto;

- Registro dei Tumori naso-sinusali (ReNaTuNS), che ha una organizzazione simile a quella del ReNaM.

Ambedue i Registri sono gestiti per ciascuna regione da un Centro Operativo Regionale (COR) che ha come riferimento l'ISPESL (oggi accorpato all'INAIL) per la raccolta dei casi a livello nazionale.

Per i tumori professionali a bassa frazione etiologica, cioè per i tumori solo in parte attribuibili alle esposizioni professionali, quali tumore del polmone, della laringe, della vescica, le leucemie eccetera, la ricerca dei TP viene effettuata con il metodo OCCAM.

OCCAM è istituito ufficialmente dopo la pubblicazione del D.Lgs 81/2008, articolo 244, che abolisce il precedente D.Lgs e rinnova l'incarico ad ISPESL.

OCCAM è un sistema informativo che consente sia l'individuazione dei possibili casi di TP sia il calcolo del rischio cancerogeno nei diversi comparti produttivi.

Esso si basa sui casi incidenti di tumore identificati mediante Registri Tumori ovvero mediante le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO).

È in grado anche di calcolare il Rischio Relativo per singola azienda o per *cluster* di aziende raggruppate per esposizione al medesimo cancerogeno o per similitudine del ciclo produttivo.

Per calcolare il Rischio Relativo viene realizzato uno studio caso-controllo, che confronta le storie lavorative dei soggetti con tumore con quelle dei soggetti non affetti da questa patologia. La ricostruzione delle

**Medico
del lavoro,
Comitato
Scientifico
Medici
per l'Ambiente,
ISDE Italia*

storie lavorative è resa possibile dal *linkage* con l'archivio informatizzato dell'INPS che le riporta per tutti i soggetti che versano i contributi per il pensionamento. L'archivio INPS è informatizzato a partire dal 1974, ragione per cui si può ricostruire la storia lavorativa di un soggetto soltanto a partire da quella data.

I casi di tumore vengono recuperati dalle SDO o, quando presente, dal Registro Tumori.

Sono esclusi i soggetti con età inferiore ai 35 anni o superiore ai 69. È improbabile infatti che un tumore professionale si manifesti prima dei 35 anni, mentre i soggetti con più di 69 anni non sono stati presi in considerazione visto che le storie lavorative INPS sono disponibili soltanto a partire dal 1974. Per i soggetti più anziani, perciò, non è disponibile l'intera storia lavorativa.

I controlli sono estratti dall'archivio dell'anagrafe assistiti, fra la popolazione della stessa area geografica dei casi. Sono considerati esposti i lavoratori delle aziende del settore privato (INPS non erogava fino a pochi anni fa le pensioni del pubblico impiego) che hanno lavorato almeno un anno in aziende considerate a rischio (il giudizio sul rischio è stato elaborato da un panel di esperti). Sono considerati non esposti i lavoratori del terziario e dei servizi. La classificazione delle lavorazioni è dedotta dal codice ATECO 1981 delle aziende dove hanno lavorato i soggetti.

Il sistema ha alcuni limiti intrinseci, che però non ne inficiano, a nostro parere, la validità.

Un primo limite deriva dall'utilizzo delle SDO per la diagnosi di patologia. Non sempre infatti le diagnosi sono corrette; dalla nostra esperienza si desume che l'errore riguarda circa il 10% dei casi, con punte del 30% per il tumore della pleura e il tumore del fegato, tipiche sedi di metastasi. Per evitare i falsi positivi, vengono

esclusi a priori dall'analisi i soggetti con diagnosi di tumore polmonare e di "altra" patologia tumorale.

I casi di sospetta origine professionale vengono comunque trasmessi ai Servizi territoriali di Medicina del Lavoro, che recuperano le cartelle cliniche e verificando la diagnosi col metodo della "*best evidence*".

Non sempre la classificazione ATECO consente una corretta classificazione del rischio.

Nella totalità dei casi, si tratta di misclassificazione dovuta a sottovalutazione del rischio; nel terziario e nei servizi, che costituiscono la categoria dei "non esposti" sono comprese anche aziende con lavorazioni pericolose, che sono ignorate perché il codice ATECO è unico e non sono classificate tutte le lavorazioni effettuate dalle ditte. Questo limite non viene preso in considerazione, visto che comporta una sottovalutazione del Rischio, cioè una diminuzione della sensibilità del metodo, senza effetti sulla attendibilità del calcolo del Rischio Relativo.

Di seguito l'elenco delle patologie tumorali che abbiamo utilizzato nella nostra esperienza in Lombardia (individuate con le SDO):

- fegato;
- pancreas;
- nasosinusal;
- laringe;
- polmone;
- mesotelioma;
- tessuti molli;
- mammella;
- vescica;
- linfatico ed ematopoietico;
- leucemia.

Le ricerche effettuate da OCCAM hanno riguardato solo alcuni tumori professionali, scelti da un team di esperti. In realtà, sarebbe possibile adottare l'elenco contenuto nel volume 100 dello IARC (*Review of Human Carcinogens*. 2012) riportato di seguito.

Tabella 1. Agenti cancerogeni, neoplasie correlate e livello di evidenza.

Fonte: elaborazione sulle evidenze contenute nella monografia 100 della IARC per gli agenti e le attività sottoposti a valutazione nella pubblicazione.

Codice classificazione ICD	Sede del tumore	Evidenza forte (strong)	Evidenza limitata	Agente cancerogeno
146-148	Farine		L	Amianto (L)
147	Rinofaringe	S		Formaldeide (S), Legno (S)
150	Esofago		L	Gomma (L)
151	Stomaco	S	L	Gomma (S), Amianto (L)
153-154	Colon-retto		L	Amianto (L)
155	Fegato	S	L	Aflatossina (S), Arsenico (L), Infezioni HBV e HCV (S)
155	Angiosarcoma epatico	S		CVM (S)
156	Vie biliari		L	Infezioni HBV e HCV (L)
160	Naso	S		Alcoolisopropilico (S), Cromo VI (S), Nichel (S) Cuoio (S), Legno (S)
161	Laringe	S	L	Gomma (L), Vapori acidi (S), Amianto (S)
162	Polmone	S	L	Catrame (L), Cokerie (S), Produzione gas (S), BCME (S), Fonderie (S), Verniciatori (S), Gomma (S), Vapori acidi (L), Arsenico (S), Berillio (S), Cadmio (S), Cromo VI (S), Nichel (S), Amianto (S), Silice (S)
163	Pleura	S		Amianto (S), Verniciatori (S), Erionite (S)
173	Pelle	S	L	Catrame (L), Cokerie (S), Oli minerali (S), Oli di scisti (S), Arsenico (S), Radiazione solare (S)
183	Ovaio	S		Amianto (S)
185	Prostata		L	Gomma (L), Arsenico (L), Cadmio (L)
188	Vescica+Uro-telio	S		Ammine aromatiche (S), Coloranti (S), Verniciatori (S), Gomma (S), Arsenico (S)
189	Rene, parenchi-ma		L	Arsenico (L), Cadmio (L)
200-202	Linfoma non Hodgkin	S	L	Infezioni HCV (S), Infezioni HBV (L)
204-208	Leucemie	S	L	Benzene (S), Formaldeide (L), Gomma (S)
200-208	Ematopoietico	S		Butadiene (S), Gomma (S)
140-209	Tutti i tumori	S		Diossine (S)

OCCAM è uno strumento con molteplici possibilità di utilizzo; può essere impiegato anche per lo studio di patologie non tumorali; ad esempio abbiamo condotto una indagine sul rapporto fra alcune lavorazioni e la sclerosi multipla. I primi risultati depongono per una associazione con l'esposizione a solventi. I risultati sono stati pubblicati su *Occup Environ Med* 2013;70(Suppl 1):A1-A149 “*Occupation and multiple sclerosis: an italian case-control study*”. Può infine essere utilizzato anche per lo studio della popolazione residente nei pressi di una fonte di rischio. I risultati della incidenza dei mesoteliomi e dei tumori polmonari nel quartiere Tamburi di Taranto, esposti alle emissioni dell’ILVA sono riportati nella pubblicazione: “*Residential proximity to industrial sites in the area of Taranto (Southern Italy. A ca-*

se-control cancer incidente study”. In questo caso, l’approccio di OCCAM è stato utilizzato per discriminare i casi di origine occupazionale per avere lavorato in fabbrica, da quelli di origine ambientale. La tabella 2 riassume i risultati dello studio che considerano la distanza di residenza (0 più lontano) dai siti industriali connessi con ILVA (Steel Mill, Coke Plant e Mineral Deposit) evidenziando la riduzione del rischio di neoplasie pleuriche, cancro del polmone, allontanandosi dai siti industriali (incluso l’impianto di costruzioni navali di altro soggetto). L’aggiustamento del fattore di rischio per esposizione professionale ha fatto emergere il ruolo di questi casi rispetto a quelli residenziali, non occupazionali segnalando un elevato rischio per chi, lavorando all’ILVA, risiede nei dintorni.

Tabella 2. OR aggiustati per for tumore della pleura e del polmone secondo la distanza da diversi tipi di sito industriale.

Fonte: Alessandro Marinaccio, Stefano Belli, Alessandra Binazzi, Alberto Scarselli, Stefania Massari, Antonella Bruni, Michele Conversano, Paolo Crosignani, Aldo Minerba, Amerigo Zona and Pietro Comba Residential proximity to industrial sites in the area of Taranto (Southern Italy). A case-control cancer incidence study. *Ann Ist Sup Sanita* 2011;47(2):192-99.

Note: ^a OR aggiustati per sesso e classe d’età; ^b OR aggiustati per sesso, classe d’età ed esposizione professionale

Siti industriali (zone)	Casi	Controlli	OR aggiustati ^a (IC95%)	OR aggiustati ^b (IC95%)	Casi	Controlli	OR aggiustati ^a (IC95%)	OR aggiustati ^b (IC95%)
Acciaierie								
0	3	529	1,00	1,00	47	529	1,00	1,00
1	0	511	–	–	69	511	1,48 (1,00-2,19)	1,15 (0,56-2,38)
2	9	529	2,81 (0,74-10,71)	1,02 (0,16-6,42)	75	529	1,65 (1,12-2,44)	2,87 (1,43-5,79)
3	11	523	3,54 (1,03-12,17)	1,62 (0,37-7,10)	69	523	1,49 (1,01-2,22)	1,88 (0,92-3,87)
Cokerie								
0	2	520	1,00	1,00	53	520	1,00	1,00
1	2	523	0,89 (0,13-6,13)	0,30 (0,01-6,38)	71	523	1,29 (0,88-1,88)	0,90 (0,45-1,79)
2	10	524	4,80 (1,07-21,62)	2,89 (0,39-21,28)	72	524	1,35 (0,93-1,98)	2,05 (1,07-3,93)
3	9	525	4,35 (0,95-19,99)	2,18 (0,31-15,31)	64	525	1,18 (0,80-1,75)	1,45 (0,74-2,81)

Cave minerarie								
0	3	527	1,00	1,00	53	527	1,00	1,00
1	1	519	0,31 (0,03-2,86)	—	71	519	1,32 (0,90-1,93)	0,91 (0,45-1,81)
2	10	521	3,33 (0,92-12,12)	1,56 (0,31-7,87)	73	521	1,43 (0,96-2,09)	2,06 (1,08-3,94)
3	9	525	2,91 (0,80-10,65)	1,17 (0,24-5,58)	63	525	1,18 (0,80-1,75)	1,38 (0,71-2,69)
Cantieri navali								
0	2	521	1,00	1,00	51	521	1,00	1,00
1	3	519	1,60 (0,27-9,44)	2,83 (0,27-29,36)	54	519	1,07 (0,71-1,61)	1,15 (0,57-2,32)
2	9	521	4,27 (0,89-20,58)	1,26 (0,12-12,99)	89	521	1,79 (1,23-2,59)	2,25 (1,16-4,36)
3	9	531	4,29 (0,94-19,53)	2,82 (0,41-19,69)	66	531	1,29 (0,87-1,90)	1,57 (0,79-3,15)

Per quanto riguarda le patologie tumorali, elenchiamo di seguito i possibili utilizzi, illustrandone brevemente pregi e difetti.

1. Ricerca. Il metodo OCCAM ha il vantaggio di poter effettuare analisi caso-controllo senza scontare tempi lunghi e costi delle indagini classiche. Possiamo perciò impostare una ricerca su una popolazione potenzialmente esposta anche molto estesa e ottenere risultati in tempi relativamente brevi. Ad esempio, abbiamo potuto verificare l'associazione fra esposizione a turni lavorativi e cancro della mammella delle infermiere delle strutture sanitarie private della Lombardia. I risultati sono in linea con la letteratura più recente; il Rischio Relativo, statisticamente significativo, è 1,3. Purtroppo, visto che INPS non erogava pensioni nel settore pubblico, non abbiamo potuto verificare il dato nelle strutture appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale. Il risultato della ricerca è stato pubblicato su *J Occup Health* 2014; 56: 369–378: *Female Breast Cancer and Electrical Manufacturing: Results of a Nested Case-control Study*.

2. Verifica del Rischio nei differenti settori lavorativi. Solitamente que-

sti dati vengono utilizzati dai Servizi territoriali (SPSAL) per indirizzare la programmazione degli interventi di verifica nei luoghi di lavoro. Il settore da indagare viene scelto dai Servizi sulla base della loro conoscenza degli insediamenti produttivi della zona di competenza (ASL). Nel data base a disposizione di ogni ASL si possono ricavare i nominativi e la storia lavorativa dei casi sotto osservazione; è perciò possibile avviare anche indagini di malattia professionale. Il limite consiste nel fatto che con questo sistema non si distinguono le aziende con Rischio Relativo elevato o significativamente elevato rispetto alle altre aziende del settore a basso rischio. Non possono neanche essere distinte le aziende ancora in attività da quelle trasferite o chiuse. Abbiamo verificato i settori lavorativi in alcune province della Toscana. Come si può vedere dalle figure 1 e 2, il settore lavorativo cuoio e calzature presenta un eccesso di tumori al polmone in Provincia di Siena e un eccesso di tumori alla vescica nella provincia di Livorno. La differenza di rischio nei due settori dipende probabilmente da differenze del ciclo lavorativo nelle aziende delle due province.

Figura 1. Rischio di tumore al polmone per settori produttivi di maggiore interesse e province toscane.

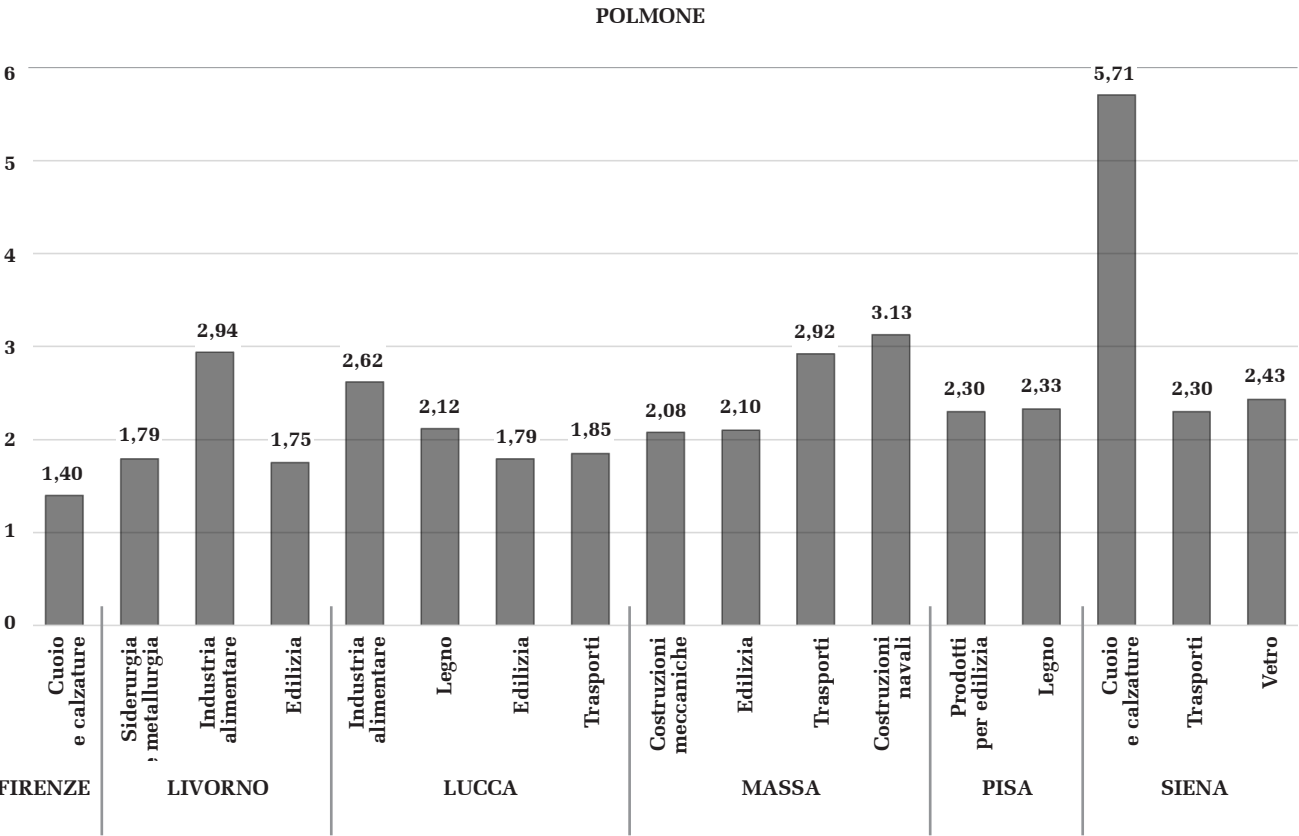
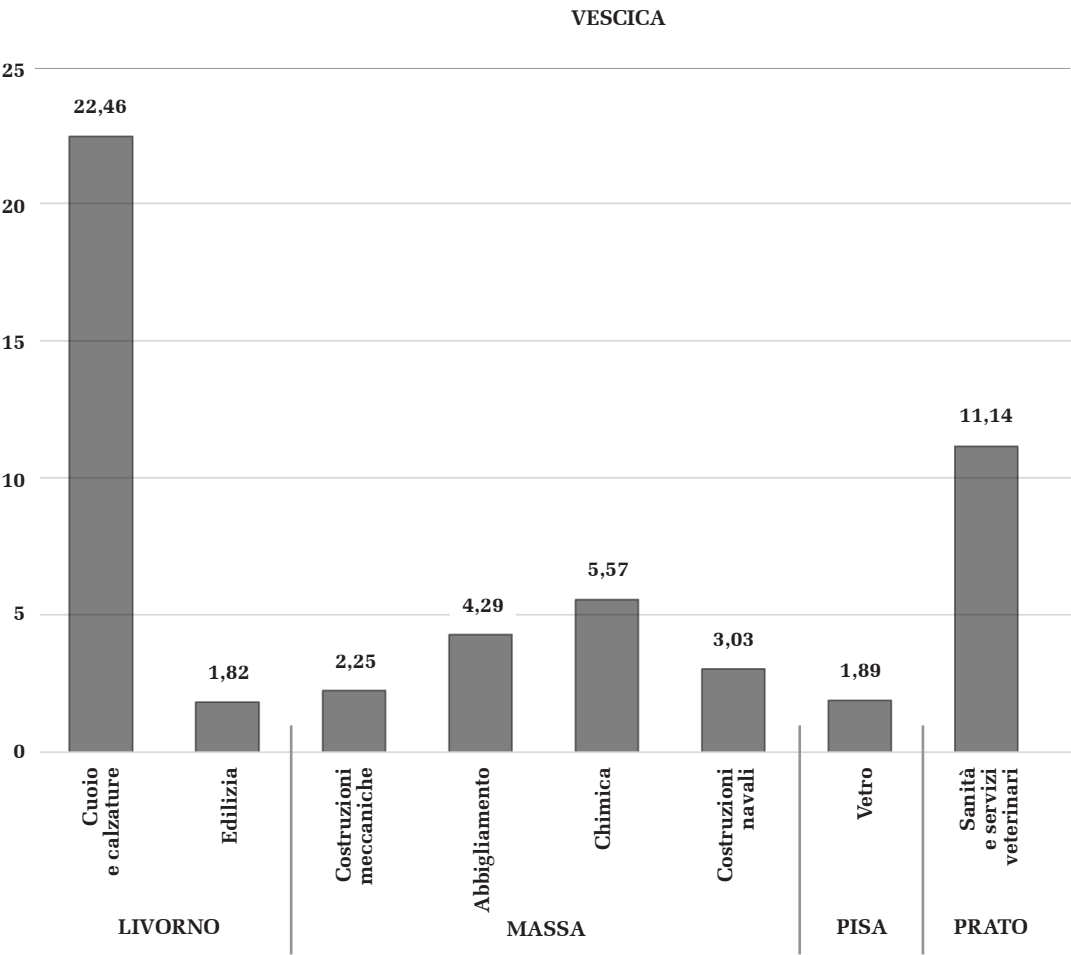


Figura 2. Rischio di tumore alla vescica per settori produttivi di maggiore interesse e province toscane.



3. Verifica di un cluster. In questo caso si calcola il Rischio su un cluster segnalato dagli operatori in base alla loro conoscenza della zona e dei cicli produttivi. Un esempio di questo utilizzo è il lavoro (pubblicato) sulle cromature che, contrariamente ai primi accertamenti effettuati da alcuni servizi sulle galvaniche, ha dimostrato la persistenza di un rischio elevato di tumore polmonare per esposizione a

cromo esavalente, nonostante i rilievi ambientali avessero dimostrato concentrazioni del metallo in ambiente di lavoro inferiori ai TLV. La successiva verifica delle aziende ha rilevato numerosi casi di perforazioni del setto, dimostrando che l'esposizione al cancerogeno è ancora presente, dato che questa lesione non ha un lungo periodo di latenza come il tumore al polmone.

Tabella 3. Rischio relativo (RR) di cancro al polmone diagnosticato in lavoratori del settore trattamento metalli e galvaniche in Regione Lombardia. Casi diagnosticati tra il 2001 e il 2008 ottenuti dalle registrazioni ospedaliere.

Fonte: Panizza C, Bai E, Oddone E et al. Study of lung cancer risk in the electroplating industry in Lombardy based on the OCCAM method. Med Lav 2011;102(5):404-408.

***Nota:** 47 di queste aziende sono classificate come “trattamento metalli” da INPS.

Settore	Aziende	Maschi			Femmine		
	n.	n. casi	RR	(IC95%)	n. casi	RR	(IC95%)
Trattamento metalli	2.377	67	1,32	(1,06-1,64)	10	1,33	(0,51-3,59)
Galvanica	473*	18	2,03	(1,33-3,10)	4	3,00	(1,38-9,03)

4. Verifica di una singola azienda. È possibile calcolare il Rischio Relativo di una singola azienda. In questo modo si può approfondire la verifica dei cluster e quella sui Settori lavorativi, individuando le aziende che hanno un rischio elevato o significativo statisticamente. Il limite di questo metodo è insito nelle dimensioni dell'azienda indagata: un numero esiguo di esposti rende la credibilità della verifica scarsa o nulla. In questo particolare disegno, i casi esposti sono i casi occorsi nell'azienda o nel gruppo di aziende durante il periodo considerato, i controlli esposti sono le persone estratte dal campione di persone sane che lavorano nelle aziende considerate dallo studio, mentre la categoria di riferimento (non esposti) è costituita dalla categoria dei lavoratori del terziario, come in tutte le analisi OCCAM. Que-

sto disegno è sovrapponibile ad uno studio caso-controllo che osserva la coorte costituita dai lavoratori dell'azienda ed osservata per il periodo in cui sono disponibili le SDO (o i dati di un Registro Tumori). I controlli esposti rappresentano un campione della coorte dei lavoratori. La categoria di confronto è costituita da altri lavoratori e questo dovrebbe mitigare l'effetto “lavoratore sano”. È invece impossibile realizzare gli studi all'interno delle coorti, mancando la mansione dei soggetti. **Per esempio,** l'Alfa Romeo ha un evidente eccesso di tumori alla vescica e 139 tumori al polmone. Sono dati incompleti. I dati complessivi sono stati elaborati per il processo che ha portato alla condanna dell'azienda un primo grado. Purtroppo il giudizio è stato cambiato in assoluzione in appello.

Tabella 4. Elaborazione da OCCAM dei tumori presso la coorte dei lavoratori Alfa Romeo di Arese.

Azienda	Sede tumore	n. casi	RR	(IC95%)	p	settore
Alfa Romeo	Vescica	122	1,5358	(1,2653-1,8641)	0,0000	Metalmeccanica
	Mieloma m.	18	2,2795	(1,6097-3,2280)	0,0000	
	Cavità nasali	5	2,3120	(0,8239-6,4880)	0,1100	
	Connettivo	11	1,0407	(1,0500-3,6133)	0,0340	
	Fegato	53	1,2086	(0,9034-1,6170)	0,2000	
	Laringe	30	1,3471	(0,9271-1,9576)	0,1200	
	Pleura	4				
	Polmone	139	1,1855	(0,9876-1,4231)	0,0680	

La validità delle conclusioni è praticamente certa nel caso di grandi aziende con OR elevato e con valori di p molto bassi. Come esempio portiamo la Pes-sina Costruzioni con 51 casi di tumo-re polmonare registrati in 8 anni e un p inferiore a 0,00001 (un basso valore di probabilità di incidenza p vuol dire che il valore di incidenza del rischio individuato statisticamente è alta-

mente probabile ovvero il range dei valori è confermato). L'azienda, del settore edile, è stata de-nunciata e i tumori sono stati ricono-sciuti come patologie professionali. Nel caso della azienda ITR (figura 3), vi è probabilmente un rischio profes-sionale per tumore al polmone. La confer-ma richiede un intervento dei Servizi di Prevenzione della ASL competente.

Figura 3. Schermata di OCCAM per la ricerca per azienda.

elenco soggetti per azienda

Prov residenza:

Settore:

Azienda:

ITR

Sesso:

ricerca

annulla

cognome	nome	nato	residente	provincia	neoplasia
		31/08/1945	LURAGO MARINONE	CO	pleura, mesotelioma
		31/08/1945	LURAGO MARINONE	CO	polmoni, trachea e bronchi
		28/01/1940	CADORAGO	CO	polmoni, trachea e bronchi
		03/11/1944	VENIANO	CO	polmoni, trachea e bronchi
		17/12/1965	SOMMA LOMBARDO	VA	linfomi non hodgkin
		07/09/1933	BREGNANO	CO	polmoni, trachea e bronchi
		19/06/1965	LOMAZZO	CO	polmoni, trachea e bronchi

7

Soggetto

Doppio click sulla riga per visualizzare dettaglio

stampa

Esci

5. Mappatura del rischio cancerogeno. Questo metodo prevede di estrarre dal database in uso presso i Servizi territoriali l'elenco delle aziende attive, e di incrociarlo con l'elenco utilizzato da OCCAM per il calcolo del rischio relativo. Per queste aziende si procede a calcolare l'OR di ogni singola attività produttiva utilizzando Epiinfo, il software messo a disposizione dal Center of Disease Control di Atlanta per la elaborazione di dati statistici. Di seguito illustriamo la mappatura eseguita su una singola

azienda e su aziende nel territorio della ASL Città di Milano. Su richiesta del Servizio di Medicina del Lavoro, abbiamo mappato le aziende del Comune di Milano e quelle di 5 Comuni della Provincia. Il lavoro di mappatura è stato eseguito da me. Il tempo necessario è stato di poco più di due mesi di una sola persona. Ciò dà una idea della incredibile efficienza del metodo OCCAM, che si basa su dati completamente informatizzati. Ho mappato 1.867 aziende in tutto. Più sotto allego alcuni esempi.

Figura 4. Schermata di OCCAM per la ricerca di tumori occorsi a lavoratori di una data ditta.

Impostazioni Export

File: OCCAM_AnalisiRischio_ggmmyyyy_hhmmss.mdb

Path:

imposta cartella destinazione

12 neoplasie

neoplasia	casi
connettivo e altri tessuti molli	1
fegato e dotti biliari intraepatici	6
laringe	4
leucemie	4
linfomi non hodgkin	8
malattia di hodgkin	3
mieloma multiplo e tumori immunoproliferativi	3
pancreas	5
pleura, mesotelioma	1
polmoni, trachea e bronchi	13
testicolo	4
vescica	6

Sesso

☒ maschi

☐ femmine

Calcolo OR

Esporta file Access

Esci

La tabella 5 riassume la mappatura da me effettuata sulle aziende di Milano e di cinque comuni della provincia per quanto riguarda gli eccessi di possibili tumori professionali. OCCAM è riconosciuto dallo Stato italiano. È stato integrato nel Sistema Sanitario e Previdenziale per i compiti legati alla sorveglianza dei tumori professionali. Presso l'INAIL, Dipar-

timento di medicina, epidemiologia, igiene del lavoro e ambientale, è istituito il Registro nazionale dei tumori a bassa frazione eziologica (art.244 Dlgs 81/2008). Il RENALOCCAM è uno dei tre registri istituiti per la registrazione dei tumori professionali, oltre al ReNaM per i mesoteliomi e al ReNaTuNS per i tumori naso sinu-sali. Al contrario dei due registri per

tumori professionali ad alta frazione eziologica, che sono comunemente adottati dalle Aziende Sanitarie Locali, non risulta che l'uso del RENALOCCAM sia altrettanto diffuso, nonostante INAIL abbia redatto un suo manuale operativo in collaborazione con alcuni centri operativi regionali (COR). Una delle ragioni, ma non la sola, va ricercata nell'insufficienza dei fondi a disposizione dei Servizi di Prevenzione e Sicurezza degli ambienti di Lavoro (SPSAL) e nella carenza di personale specializzato. Indispensabile, per i diritti dei lavoratori e delle lavoratrici esposte a cancerogeni professionali, garantire la continuità e l'estensione di questi strumenti che si sono dimostrati utili per individuare numerosi "casi nascosti" di malattie professionali gravi.

Tabella 5. Sommario dei risultati della ricerca OCCAM su aziende di Milano e provincia.
Fonte. Elaborazione dell'autore.

Comune	Aziende controllate (n.)	Aziende con OR>1 (n.)	Aziende con P<0,05 (n.)	Aziende con P>0,05 (n.)	Casi di tumori alla pleura (n.)	Casi di tumori nasosinusali (n.)
Milano	1.309	115	49	56	53	24
Bresso	53	0	0	0	4	1
Cusano M.	35	2	1	1	0	1
Cinisello B.	205	7	4	3	8	0
Cologno M.	136	3	1	2	0	2
Cormano	43	1	1	0	2	1
Sesto S.G.	86	4	2	2	2	0

L'esperienza del Registro Tumori della provincia di Sassari

di Mario BUDRONI*

Perché raccontare l'esperienza del registro tumori? Penso che dal punto di vista procedurale e delle linee guida da seguire non ci siano differenze tra i vari registri; ma penso sia interessante capire il contesto culturale del Registro di Sassari e i rapporti che si sono sviluppati nei confronti delle Istituzioni sanitarie. Mi auguro che questo sia utile in questo momento per ragionare sull'istituzione di un registro tumori regionale.

Mi concentrerei particolarmente su quattro punti: **1.** la nascita del registro, **2.** la convivenza all'interno della ASL, **3.** i rapporti con l'assessorato regionale alla sanità e **4.** quelli con altre Istituzioni nazionali.

Quando ho chiesto di avviare il registro della provincia di Sassari, nonostante mi sia sforzato di illustrare le funzioni e le finalità, la direzione ASL è rimasta del parere della poca utilità della proposta. Acconsentì che altre tre medici e due amministrativi lavorassero al registro, a condizione di non mettere in difficoltà il dipartimento di prevenzione e di continuare a dare una mano per la routine quotidiana. Il flusso informativo SDO (Scheda Dimissione Ospedaliera) è stato avviato col DM del 26/07/1993, tuttavia in Sardegna eravamo in ritardo con l'informatizzazione e per alcuni anni abbiamo lavorato sugli archivi cartacei dei sei ospedali della provincia (Sassari, Alghero, Zieri, Tempio, Olbia e La Maddalena). Nell'arco di

sei anni abbiamo ottenuto l'accreditamento dell'Associazione Nazionale Registri Tumori (allora AIRT) e della IARC (International Agency for Research on Cancer).

Per quanto riguarda i rapporti con la direzione dell'ASL, al momento dell'avvio ha dato l'assenso condizionato, ma successivamente ci ha sostanzialmente ignorati. Avevamo dati su incidenza, prevalenza, mortalità, sopravvivenza e distribuzione geografica dei tumori, ma a livello locale non venivano presi in considerazione. Attraverso progetti specifici conoscevamo la situazione dell'area industriale e della popolazione che gravitava attorno. Anche in collaborazione con altri ricercatori avevamo dati sulla comorbidità e particolari predisposizioni genetiche verso i tumori. Solo una volta siamo stati chiamati in direzione perché servivano dati per giustificare il programma dell'atto aziendale già predisposto. Abbiamo dovuto spiegare che la procedura più appropriata era quella di ragionare sui dati e poi prendere delle decisioni. Ignorati dall'amministrazione, abbiamo invece instaurato una proficua collaborazione con i reparti che si occupavano di patologia oncologica. In particolare con l'Istituto di Anatomia Patologica dell'Università e con il settore di Genetica dei Tumori del CNR di Sassari. Questa collaborazione ha facilitato la definizione dell'incidenza e ha incorag-

**già responsabile
del Registro
Tumori
della Provincia
di Sassari*

giato la preparazione di progetti di ricerca che ci ha indotti a studiare e a confrontarci. Anche a livello nazionale abbiamo sempre mantenuto un atteggiamento di collaborazione e abbiamo partecipato a diversi studi nazionali e internazionale (ad esempio, Eurocare sulla sopravvivenza e quelli sulla comorbidità). In collaborazione con l'ospedale di Ajaccio in Corsica e una ASL di Livorno, abbiamo presentato un progetto per digitalizzare i referti delle visite e delle radiologie e l'accesso dei pazienti agli ambulatori specialistici.

La proposta è stata approvata nell'ambito dei progetti Europei Interreg. Chiaramente questo è stato un programma di miglioramento organizzativo dell'ASL ma a noi ha dato una mano per reperire dati in modo più agevole. Bisogna inoltre dire che la partecipazione a tutti questi progetti ha consentito anche di assumere collaboratori che hanno migliorato il lavoro del registro e ampliato l'esperienza.

Per quanto riguarda i rapporti con l'Assessorato Regionale alla Sanità, diverse volte abbiamo fatto presente che i nostri dati sui tumori erano disponibili per ragionare sull'andamento della patologia, sulla programmazione dei servizi e sulla valutazione degli stessi. Ci è stato risposto che ci stavamo sovrapponendo a compiti propri dell'Assessorato e di non preoccuparci. Di conseguenza fino al 2004 i nostri rapporti con la Regione sono stati inesistenti. A partire dal 2004, per le quattro legislature successive abbiamo avuto alternativamente due Assessori che pensavano di istituire un registro tumori regionale e altri due che hanno ignorato l'argomento. Nel 2006 l'assessore in carica, di sua iniziativa, chiama il registro di Sassari e comunica che è sua intenzione destinare dei fondi per istituire il registro regionale.

A seguito di questa informativa, abbiamo avuto anche un colloquio per discutere di come si poteva procedere.

Dopo pochi giorni riceviamo notizia che un professore universitario di statistica sanitaria con sede fuori dall'Isola era incaricato di presiedere all'avvio del registro. Siamo rimasti perplessi, come pensavano di riuscire a portare a termine il programma mettendo all'angolo i due registri esistenti? La situazione si complicò ulteriormente perché la disponibilità di fondi obbligò la struttura amministrativa a bandire un appalto. L'IBM si aggiudicò la partita. Il professore non ebbe l'incarico, i due registri di Sassari e Nuoro ignorati e umiliati e i soldi sprecati senza alcun risultato. Passano cinque anni in cui il registro sparisce dall'agenda politica regionale. Nel 2014 il nuovo assessore decide di riprendere l'argomento e nomina una commissione composta da operatori dei due registri e da funzionari regionali. Si lavora per definire l'organizzazione, le finalità e la pianta organica. In sostanza si arriva a ipotizzare tre centri (Sassari, Nuoro e Cagliari) allocati nei rispettivi dipartimenti di Prevenzione e un coordinamento in Assessorato. Si lavora per definire il Regolamento sulla privacy che viene approvato dall'ufficio del Garante. Nel frattempo che la commissione lavora, il direttore generale dell'ATS (Azienda per la Tutela della Salute), unica per l'intera Isola, delibera di affidare a un servizio di epidemiologia del Lazio la gestione del Registro.

Considerato che i chiarimenti tardavano ad arrivare, abbiamo spedito una lettera al giornale locale in cui lamentavamo l'umiliazione della commissione e di tutti gli operatori dei registri di Sassari e Nuoro. L'assessore, che elaborava con calma il chiarimento con la commissione, si è dovuto presentare con urgenza a rispondere alle interrogazioni in consiglio regionale.

Tutto questo è servito a vanificare la delibera in favore dei grandi esperti del Lazio, ma purtroppo anche a

bloccare la commissione e far cadere il registro nell'oblio. Mi pare scontato dire che questi comportamenti altalenanti hanno finito per destabilizzare i due registri che lavoravano con risultati soddisfacenti. Se poi a questo aggiungiamo che ci sono sempre maggiori difficoltà a sostituire le persone che vanno in pensione, possiamo dire che la sorveglianza sui tumori in Sardegna è, in questo momento, in una fase di regressione.

L'area di pertinenza del registro di Sassari contiene al suo interno un Sito Inquinato d'Interesse Nazionale (SIN). I SIN dovevano essere bonificati e studiati per capire eventuali associazioni tra specifiche cause di morte e l'esposizione a determinati inquinanti.

Nel decreto di istituzione dei SIN del 1998, in Sardegna non esisteva nessuna zona inquinata. Nel decreto del 2001 compare l'area del Sulcis e in quello del 2002 Porto Torres e La Maddalena. Nel 2013 il sito di La Maddalena viene cancellato. Da tutte queste variazioni si intuisce una preponderanza dell'influenza politica su quella scientifica nella definizione di sito inquinato. In questa situazione, per problemi a una discarica di rifiuti solidi urbani, Sassari viene in-

clusa nel SIN dell'area dell'industria chimica di Porto Torres. Non so se sia stato utilizzato anche il criterio della vicinanza, ma a quel punto avrebbero dovuto includere anche Sorso e Senori che si trovano più o meno alla stessa distanza.

A partire dal 1990 sino al 2012 noi abbiamo seguito con attenzione l'incidenza di tumori e malattie respiratorie della popolazione di Porto Torres; inoltre, sempre nello stesso periodo, abbiamo individuato e monitorato una coorte di 5.000 lavoratori del petrolchimico, dipendenti della Società Italiana Resine (SIR) di proprietà di Nino Rovelli. Abbiamo tralasciate gli operai delle attività indotte per la precarietà sia delle ditte sia dei lavoratori.

Non abbiamo mai pensato che la situazione di Sassari fosse comparabile a quella dell'area del petrolchimico. Per quanto riguarda le donne della città di Porto Torres (vedi tabella 1) abbiamo trovato un eccesso di tumori dell'ovaio, del retto e dello stomaco. Tuttavia tutti erano entro i limiti di confidenza (IC95%). Per quanto riguarda gli uomini (vedi tabelle 2 e 3) abbiamo riscontrato diversi eccessi, ma tutti entro i limiti di confidenza (IC95%).

Tabella 1. Porto Torres. Anni 1999-2012. Società Italiana Resine (SIR), Principali tumori. Femmine.

Sede	Osservati	Attesi	SIR	(IC95%)
Mammella	226	248	0,91	(0,80-1,04)
Colon	53	57	0,93	(0,70-1,22)
Corpo dell'utero	43	45	0,96	(0,69-1,29)
Tiroide	42	47	0,90	(0,65-1,21)
Polmone	34	34	1,00	(0,69-1,39)
Ovaio	32	27	1,18	(0,81-1,67)
Retto	29	23	1,29	(0,84-1,80)
Linfoma non Hodgkin	29	30	0,97	(0,65-1,39)
Stomaco	24	18	1,32	(0,84-1,96)

Tabella 2. Porto Torres. Anni 1999-2012. Società Italiana Resine (SIR), Principali tumori. Maschi.

Sede	Osservati	Attesi	SIR	(IC95%)
Prostata	157	135	1,16	(0,99-1,36)
Vescica muscolo-invasivo	74	60	1,23	(0,97-1,55)
Colon	57	70	0,81	(0,62-1,06)
Vescica non muscolo-invasivo	55	39	1,41	(1,07-1,84)
Fegato	48	49	0,98	(0,72-1,30)
Retto	46	41	1,14	(0,83-1,52)
Linfoma nH	40	38	1,06	(0,76-1,45)
Stomaco	39	32	1,21	(0,86-1,65)
Laringe	34	28	1,23	(0,85-1,72)

Tabella 3. Coorte dei lavoratori del petrolchimico. Neoplasie del sistema Emolinfopoietico. Tutta la coorte e sottocoorte esposta a cloruro di vinile monomero.

Sede	Tutta la coorte			Esposti a cloruro di vinile monomero		
	Osservati	SIR	(IC95%)	Osservati	SIR	(IC95%)
Sistema emolinfopoietico	54	1,27	(0,97-1,66)	8	2,83	(1,41-5,65)
Linfomi non Hodgkin	26	1,78	(1,22-2,66)	4	4,06	(1,52-5,65)
Linfomi di Hodgkin	1	0,38	(0,05-2,68)	0		
Leucemie linfatiche	5	0,73	(0,30-1,75)	1	2,25	(0,32-16,0)
Leucemie mieloidi	10	1,27	(0,69-2,37)	2	3,83	(0,96-15,3)
Mieloma	9	1,23	(0,64-2,36)	0		

La popolazione e l'amministrazione di Porto Torres lamentavano un eccesso di tumori attribuendone la responsabilità all'inquinamento causato dal petrolchimico; noi come registro abbiamo stimato e comunicato i nostri dati con molta prudenza a causa del fatto che alcuni risultati negativi non superavano i limiti di confidenza e perché l'indice di vecchiaia era passato nei venti anni considerati da 0,65 del 1990 a 1,79 del 2011. Nello stesso periodo, l'Istituto Superiore di Sanità promuove il progetto "Sentieri" (Studio Epidemiologico Nazionale dei

Territori e degli Insediamenti Esposti a Rischio da Inquinamento) sui SIN di tutta Italia. Chiede i dati d'incidenza dei tumori della nostra area SIN (Porto Torres e Sassari). Calcola gli attesi per la Sardegna utilizzando l'incidenza e la popolazione dei registri di Napoli⁴, di Salerno e di Ragusa. Dal momento che l'incidenza media di questi registri era inferiore alla nostra, per la nostra area SIN risultava un eccesso di tumori. Altro problema rilevante è che Sassari ha una popolazione più numerosa di Porto Torres di circa sei volte, per cui i risultati sono attribui-

ibili più alla prima che alla seconda. Noi abbiamo sempre fatto i confronti tra la popolazione di Porto Torres con il resto della popolazione della provincia e non abbiamo mai accettato di mettere sullo stesso piano l'inquinamento da industrie chimiche con quello derivante da discarica di rifiuti solidi urbani. La pubblicazione dei risultati dello studio "Sentieri" ha tolto molta credibilità al registro di Sassari. D'altro canto, poiché non aveva riconoscimento formale in ASL e nessun rapporto a livello regionale, aveva una debolezza intrinseca ed era facile perdere reputazione. Unica consolazione, nel periodo che va dal 1992 al 2012 abbiamo pubblicato, sia soli sia in collaborazione, circa 120 lavori censiti su PubMed.

In conclusione, come può servire l'esperienza del registro di Sassari nell'attuale discussione sul registro tumori regionale?

Innanzitutto, penso che debba essere organizzato su tre centri (Sassari, Nuoro e Cagliari) e un centro di coordinamento in ARES (Azienda Regionale della Salute). Tre centri permet-

terebbero ai due esistenti (Sassari e Nuoro) di continuare a lavorare senza interruzione. Se poi si dovesse avviare l'altro centro (Cagliari) e ci fosse il coordinamento ARES, sarebbe un ottimo risultato; se ciò non accadesse, avremmo la garanzia della sorveglianza epidemiologica sui tumori di metà della popolazione sarda. Come commissione avevamo pensato che il coordinamento non dovesse essere in Regione per due ordini di motivi: il primo è che impiegati e dirigenti in assessorato sono troppo dipendenti dalla politica; il secondo è che gli addetti e le funzioni cambiano tutte le volte che arriva un nuovo assessore, per cui è impossibile mantenere una continuità di lavoro. Infine, il coordinamento del registro regionale dovrebbe essere collocato in ARES in un dipartimento che comprenda un servizio di epidemiologia, uno di programmazione, uno di valutazione dei servizi sanitari (*outcome* delle prestazioni) e uno dei registri di patologia (tumori, diabete eccetera). Questo servirebbe a dare credibilità e prestigio al registro regionale.

Il Registro Tumori sud Sardegna: ASL Cagliari, Sulcis e Medio Campidano

Di Giuseppe Maria SECHI*

Il Registro Tumori locale sud Sardegna è stato istituito nel novembre del 2016 a seguito dell'approvazione da parte del Consiglio regionale delle norme per il funzionamento del Registro Tumori della Regione Sardegna. È stato l'ultimo dei tre Registri Locali di area omogenea, nato valorizzando le esperienze maturate nel tempo dai registri di Sassari e Nuoro. Ha come territorio di propria competenza, in merito alla codifica dell'incidenza dei tumori maligni nella popolazione residente, quello delle ASL di Cagliari, del Sulcis e del Medio Campidano. Si tratta di un territorio che interessa una popolazione di circa 750.000 residenti (il 47,8% della popolazione della Sardegna), con una stima di nuovi casi attesi all'anno pari a circa 4.500 nuovi tumori (stime AIRTUM "I numeri del cancro").

L'avvio delle attività del Registro è stato bruscamente interrotto nel periodo della pandemia Covid, quando tutto il personale formato è stato impiegato per fronteggiare la diffusione dell'infezione.

Dal marzo 2024, il personale assegnato al Registro, la cui sede è sita in via Romagna n. 16, padiglione D, presso il Dipartimento di Prevenzione zona Sud, è costituito da:

- due dirigenti medici a tempo indeterminato, di cui uno referente;
- quattro assistenti sanitarie a tempo indeterminato.

ATTIVITÀ DEL REGISTRO

Il Disciplinare flussi informativi, approvato con la determinazione del Direttore Generale della Sanità n. 1245 del 07/11/2018, ha istituito il debito informativo delle aziende sanitarie pubbliche e private, che comporta la necessità di garantire un flusso di dati ai registri locali, flusso attualmente costituito da (art. 7, comma 4, regolamento del Consiglio regionale):

- schede di dimissione ospedaliera (SDO);
- schede di morte (ReNCaM);
- referti di anatomia patologica;
- esenzioni ticket per patologia;
- flusso farmaci oncologici (file F);
- cartelle cliniche e ambulatoriali
- prestazioni ambulatoriali, di laboratorio e di radiodiagnostica.

Nel dettaglio, il personale del Registro Tumori locale sud Sardegna, come stabilito dal disciplinare flussi, si sta occupato della ricostruzione dell'archivio dati pregresso, a partire dall'anno 2006, in modo tale da poter creare una casistica di prevalenza 2006-2014 e d'incidenza a partire dal 2015 (primo anno d'incidenza da completare, come stabilito dal disciplinare flussi). Tale operazione di codifica si è resa necessaria per riallineare la casistica dei dati a quella dei registri del Nord e del Centro Sardegna.

* Direttore del
Dipartimento
di Prevenzione
ASL di Cagliari

ATTIVITÀ PREGRESSE

A partire da marzo 2021, il Registro sud ha contribuito al progetto “Salute e ambiente a Porto Torres” (di cui al programma P-8.1 del PRP) – uno studio epidemiologico (“Profilo di salute di una comunità interessata da contaminazione industriale. Il caso di Porto Torres: valutazioni ambiente-salute, epidemiologia e comunicazione” RAPPORTO ISTISAN 22/13) mirato alla descrizione del profilo di salute della popolazione residente nel territorio della ASSL di Sassari: il personale del Registro sud Sardegna ha codificato tutti i tumori incidenti nell’area di Sassari degli anni 2013 e 2015. Tale supporto è stato garantito grazie alla creazione, da parte del Dipartimento ICT, di una rete protetta VPN aziendale.

Infine, il Registro Tumori sud Sardegna ha collaborato allo studio epide-

miologico caso-controllo “Sviluppo della rete di sorveglianza epidemiologica dei tumori naso-sinusalì attraverso il rafforzamento del registro nazionale (ReNaTuNS) per la prevenzione della malattia”, in convenzione con l’IRCCS Ospedale Maggiore Ca’ Granda di Milano e con l’INAIL, con l’obiettivo di creare una rete locale di monitoraggio dei tumori di natura occupazionale ai sensi dell’art. 244 del D.Lgs n. 81/08 e s.m.i., in collaborazione anche con i Servizi SPRESAL delle ASL della Sardegna, come previsto dal PRP 2020-2025. L’attività consiste nell’analisi delle SDO del periodo 2018-2021 inerente ai soggetti affetti da tumore nasosinusale, nella somministrazione dei questionari occupazionali, nell’utilizzo in via sperimentale dell’applicativo ReNaTuNSweb su piattaforma web dell’INAIL.

Verso il Registro Regionale. Il Registro storico di Nuoro

Di Mario USALA*

Con gli organizzatori del Convegno condivido da molto tempo l'auspicio di veder finalmente realizzato il Registro regionale dei tumori.

Già in occasione dell'accreditamento nazionale del registro tumori di Nuoro che **risale al 2010**, nel corso di un mio intervento/presentazione, ritenevo che la naturale evoluzione della nostra esperienza dovesse essere quella di avere a disposizione uno strumento a copertura regionale, di supporto alla rete oncologica e ai programmi di prevenzione e ricerca.

E già da allora c'erano stati anche esperienze e tentativi pregressi non andati a buon fine.

Ma se ancora oggi nel 2024 siamo ancora lontani dall'obiettivo, vuol dire che gli ostacoli voluti e non voluti sono stati tanti. Chi ha memoria storica di quello che è successo, nel corso degli anni, dove si sono visti sprazzi di interesse alternati a mere dichiarazioni di principio e sostanziale inefficienza, non può non nutrire un certo scetticismo.

Ma – questo Convegno ne è la riprova – si può riprendere un percorso virtuoso che può ripartire dall'esperienza maturata dai registri provinciali storici della Sardegna

La registrazione organizzata dei tumori in Sardegna è iniziata più di trent'anni fa con il registro provinciale di Sassari, seguito vent'anni orsono da quello della Provincia di Nuoro;

entrambi, dopo un lavoro rigoroso svolto con continuità, sono stati accreditati a livello nazionale e internazionale e hanno consentito di avere una copertura di quasi la metà della popolazione sarda (il 43%).

Si tratta di riprendere in mano la naturale evoluzione per realizzare un unico Registro regionale articolato su tre Registri Locali corrispondenti alle tre macroaree della Sardegna (Nord, Sud e Centro). Il Registro locale di Nuoro dovrebbe inglobare anche il territorio della Provincia di Oristano. Ritengo importante fare alcuni richiami storici di quanto è successo in questi anni, partendo dal 2012, quando venne varato il primo atto legislativo che istituiva il Registro Tumori della Sardegna.

Ma ciò nonostante, le uniche esperienze in atto rimasero i registri provinciali che allora erano pienamente attivi e che migliorarono sensibilmente le loro prestazioni grazie alla possibilità di avere personale dedicato ed eccezionalmente motivato. Un deciso passo in avanti venne compiuto anche con l'acquisizione di un software gestionale unico (il CRTTool) che fu in grado, con le sue prime versioni, di automatizzare la raccolta e l'elaborazione dei dati.

Fu solo nel 2016, dopo un lungo e travagliato iter fatto di confronti con il Garante della Privacy, che venne varato il Regolamento di funziona-

** già Direttore
Registro Tumori
Nuoro*

mento del Registro regionale che prevedeva la suddivisione del territorio sardo in tre gradi macroaree, riprendendo e valorizzando le esperienze di Sassari e Nuoro e calandolo nel contesto dell'organizzazione del servizio sanitario sardo. Vi furono anche specifici finanziamenti derivanti dal Piano della Prevenzione, tuttora in gran parte non utilizzati, e venne istituito, almeno sulla carta, anche un Coordinamento dei registri che venne inserito come struttura complessa nell'Atto aziendale dell'ATS.

Nel 2017 venne anche istituito un Gruppo Tecnico presso l'Assessorato con il compito di supportare la nascita del registro regionale e via via vennero realizzati alcuni passaggi fondamentali quali l'estensione dell'utilizzo del CRTTool a tutte le tre registri locali e presso l'osservatorio epidemiologico dell'Assessorato (che aveva peraltro compiti principalmente burocratici) che avrebbe dovuto raccogliere i dati elaborati dei tre registri, venne varato il Disciplinare flussi che regolamentava l'obbligatorietà della trasmissione delle fonti a una piattaforma informatica che avrebbe dovuto essere un punto di snodo essenziale. Infine ci fu la storia della collocazione del Coordinamento dei registri che prese strade a dir poco cervelotiche e ancora inspiegate, dapprima ipotizzando una sorta di esternalizzazione presso il dipartimento di epidemiologia del Lazio (che pure a quel tempo non aveva un suo Registro Tumori), poi dopo il sostanziale e previsto fallimento, a Sassari e poi a Cagliari senza che però si realizzasse alcunché.

Dal 2020 in poi, a causa anche dei molteplici pensionamenti dei principali artefici dei registri provinciali storici, vi è stato un netto calo dell'attività, nonostante l'istituzione del Registro Nazionale che, per legge, dovrà essere alimentato dai Registri regionali e l'approvazione di un Regolamento Tipo per i registri tumori da

parte del Garante della Privacy (che rende obsoleto e non conforme quello attuale sardo).

L'insorgenza della pandemia da Covid ha ridotto ai minimi termini l'operatività dei registri provinciali già attivi e ha condizionato pesantemente la nascita di quello del Sud Sardegna. Solo nel febbraio di quest'anno si è trasferito il Coordinamento del Registro regionale presso l'ARES connotandolo come supporto informatico e rinominandolo in linea con le indicazioni del Registro Nazionale nel frattempo istituito, come Centro di Riferimento Regionale.

La realtà attuale è che i registri di Nuoro e Sassari sono quasi fermi e Cagliari è ancora alle prese con l'avvio. Durante la recente campagna elettorale vi sono state, quasi inaspettate, dichiarazioni di tutte le forze politiche, tutte concordi nel riconoscere l'importanza di dotare la Sardegna del Registro Tumori come strumento di conoscenza e di supporto per il miglioramento della sanità e della salute dei sardi.

Questo interessante Convegno, oltre che mettere in evidenza la convenienza di poter disporre di uno strumento potente e incisivo per la tutela e promozione della salute dei cittadini sardi, ha anche sottolineato la complessità della sua realizzazione e l'importanza della sua funzione dinamica. Perciò è strettamente necessario realizzare l'infrastruttura portante come atto preliminare per dare continuità e riprendere un progetto che i decisori politici devono intraprendere se vogliono dare gambe ai buoni propositi.

Ci sono interventi da intraprendere senza ulteriori indugi, a iniziare dalla ricostituzione di un gruppo tecnico che, opportunamente aggiornato nei suoi componenti, sia il motore di quei provvedimenti indispensabili per la costruzione del Registro Sardo. Del gruppo tecnico dovranno far parte i rappresentanti dei tre registri

locali, ma potrebbe avvalersi anche delle indicazioni di epidemiologi, oncologi, anatomopatologi ed esperti nella registrazione dei tumori potendo disporre anche audizioni e contributi da parte di soggetti terzi.

Altri interventi sono:

- **Rivisitazione regolamento:** dovrà essere rivisto alla luce del regolamento europeo sulla privacy, della nuova organizzazione sanitaria sarda e del regolamento tipo nazionale.

- **Rimodulazione disciplinare flussi:** questo è il punto essenziale da curare. Senza una continua e completa acquisizione delle principali fonti dei dati, mi riferisco alle SDO, alle schede di morte e ai referti di anatomia patologica come minimo, ma anche a tante altre fonti che devono essere messe a disposizione e che servono a caratterizzare sempre meglio i tumori, nessun registro potrà essere messo in piedi o sopravvivere perché il registro per essere accreditato deve essere completo, accurato e comparabile, cioè rispettare le regole di registrazione approvate dalla comunità scientifica e, non ultima caratteristica, deve essere relativamente tempestivo. Non è possibile che siamo fermi ai dati parziali di Sassari e Nuoro che risalgono al 2016-2017 (si rischia di perdere l'accreditamento!) e Cagliari ancora niente. C'è bisogno di un grande lavoro per recuperare i ritardi.

- **Autonomia del Registro di Cagliari:** è un'esigenza imprescindibile poter contare su personale che si dedichi interamente al registro, anche perché la fase di impianto del registro è sem-

pre la più difficile per la necessità di stabilire una data di partenza per inquadrare dal punto di vista temporale l'insorgenza dei tumori nella popolazione di riferimento, con l'identificazione dei casi incidenti (cioè i nuovi casi) separati da quelli prevalenti (cioè pregressi).

- **Riadattamento del programma gestionale CRTool,** eliminando le criticità evidenziate da un regolamento farraginoso e da rivedere alla luce delle nuove normative. Esiste, per quanto di mia conoscenza, in tal senso anche una proposta di rimodulazione che ancora non ha trovato concreto riscontro.

- **Potenziamento dei registri locali,** in termini di risorse materiali e personale, spendendo i cospicui finanziamenti disponibili ma mai programmati e spesi, considerando anche che il Registro di Nuoro dovrà avere competenza per il territorio di Oristano, presentando le stesse problematiche evidenziate per le attività del Registro di Cagliari, cioè partire da zero.

- **Formazione operatori:** l'ultimo corso residenziale risale al 2018. C'è bisogno di un programma articolato condotto in sintonia con le Società scientifiche di riferimento.

- **Formulazione di un Piano di lavoro** stabilendo anche un cronoprogramma realistico che però venga periodicamente e sistematicamente rilevato con la produzione e diffusione dei dati prodotti che possano consentire anche studi collaborativi che abbiano il fine ultimo di migliorare la salute dei sardi.

Sinergie per il miglioramento dell'assistenza oncologica

Di M. Bernardetta ALOI*

Il Registro Tumori e la Rete Oncologica sono due strumenti essenziali per il miglioramento della qualità delle cure oncologiche, e sono strettamente interdipendenti.

Gli obiettivi fondamentali delle cure, infatti sono il miglioramento della sopravvivenza e della qualità di vita delle persone affette da tale patologia, ed oggi, grazie all'introduzione in clinica delle conoscenze relative alla genomica dei tumori che consentono interventi preventivi e terapie sempre più personalizzate, ciò è sempre più possibile ed auspicabile.

I Registri Tumori rendono disponibili alla comunità scientifica proprio quei dati sulla frequenza dei tumori in termini di incidenza, prevalenza, sopravvivenza, che sono essenziali per l'adeguamento degli interventi di prevenzione e dell'assistenza clinica. Aiutano in poche parole la medicina preventiva e l'assistenza oncologica a migliorare la propria performance.

D'altra parte diventa sempre più importante, al fine di raggiungere tali obiettivi per ogni individuo della popolazione regionale, che ha il diritto costituzionale di ricevere le cure migliori per la propria situazione di rischio o di malattia, la riduzione o ancor meglio l'eliminazione delle «disuguaglianze» nell'accesso agli interventi di diagnosi e cura oncologiche al fine di promuovere un'effettiva centralità della persona nei sistemi sanitari.

Da questo punto di vista il modello assistenziale della Rete oncologica, basato sull'interdisciplinarietà e la collaborazione tra i diversi attori coinvolti, con una reale presa in carico ed accompagnamento della persona nel percorso di cura e prevenzione delle recidive, deve essere il sistema organizzativo di riferimento. E deve poter contare non solo su necessarie interconnessioni di dati che provengono dai Registri Tumori (R.T.), ma anche su una metodologia di lavoro ancor più collaborativa e coinvolgente, che si basa su multi ed interdisciplinarietà, o ancor meglio su quella transdisciplinarietà che attraversando le varie discipline rende possibile la "contaminazione dei saperi", per un'azione ancor più efficace.

Che il R.T. sia un prezioso strumento di valutazione dell'intero percorso diagnostico, terapeutico ed assistenziale lo afferma chiaramente il Ministero della Salute nel "Piano Oncologico Nazionale 2024-2027". *«Oltre che fornire il quadro epidemiologico del fenomeno oncologico, i RT hanno avuto ab origine la finalità di produrre dati validati utili alla valutazione del rischio oncologico e dell'impatto delle strategie di prevenzione e cura. La produzione di dati rappresentativi di tutti i tumori insorgenti nella popolazione residente nel territorio di competenza rappresenta una base informativa unica ed essenziale per sostenere l'attività di ricerca e di governo in ambito oncologico».*

* Medico
oncologo

Basti pensare ai dati relativi ai pazienti con tumori polmonari sopravvissuti a 5 anni: dal 5% dell'evoluzione naturale della malattia al 20-30% delle attuali casistiche (ma questo dato è destinato ad incrementare ancora con le nuove terapie: immunoterapia, terapie di precisione). Questo dato ci fa quantizzare il peso delle terapie oncologiche sulla storia naturale della malattia.

E che l'interconnessione dei dati e dei saperi sia essenziale in oncologia, lo testimonia il volume *"I numeri del cancro in Italia"*, che viene pubblicato ogni anno (l'ultima edizione è del Dicembre 2023). Di fatto è un censimento ufficiale, giunto alla tredicesima edizione, degli aspetti relativi alla diagnosi e terapia delle neoplasie. Infatti grazie alla collaborazione fra l'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM), AIRTUM (Associazione Italiana Registri Tumori), Fondazione AIOM, Osservatorio Nazionale Screening (ONS), PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), PASSI d'Argento e della Società Italiana di Anatomia Patologica e di Citologia Diagnostica (SIAPeC-IAP), si sono potute avere delle **stime sull'incidenza dei tumori in Italia nel 2023** sulla base di proiezioni internazionali di medio e lungo periodo, prodotte dalla Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro di Lione (IARC) e dall'European Network of Cancer Registries (ENCR).

Il dato negativo sull'attuale incremento dell'incidenza dei tumori viene subito in luce. **In Italia, nel 2023, sono state stimate 395.000 nuove diagnosi di tumore:** 208.000 negli uomini e 187.000 nelle donne. In poche parole nel post pandemia si assiste a una ondata di casi (uno "tsunami" lo ha definito il Presidente dell'AIOM) se si considera che, in tre anni, l'incremento è stato di 18.400 diagnosi (erano 376.600 nel 2020).

Il tumore più frequentemente diagnosticato, nel 2023, è il carcinoma della mammella (55.900 casi), seguito dal colon-retto (50.500), polmone (44.000),

prostata (41.100) e vescica (29.700). E, per di più, nei prossimi due decenni, il numero assoluto annuo di nuove diagnosi oncologiche nel nostro Paese aumenterà, in media ogni anno, dell'1,3% negli uomini e dello 0,6% nelle donne. Dall'altro lato, l'Oncologia del nostro Paese fa registrare importanti progressi, con migliaia di vite salvate. In 13 anni (periodo 2007-2019), sono state evitate 268.471 morti oncologiche, rispetto ai tassi medi del periodo 2003-2006.

Il cancro dunque è sempre più una malattia curabile. Questo è un dato positivo, che tuttavia non ci deve far trascurare l'importanza della prevenzione primaria (stili di vita, lotta all'inquinamento, ecc).

Ecco perché il Piano Oncologico Nazionale 2023-2027 afferma: *«appare d'importanza strategica che i Registri Tumori vengano ricompresi nell'ambito delle misure e degli interventi in tema di digitalizzazione e interoperabilità tra sistemi informativi previsti tanto dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza quanto dal Piano Nazionale Complementare...»*

Migliorare l'interconnessione dei dati sanitari sfruttando le potenzialità della digitalizzazione è un obiettivo qualificante del Piano Europeo sul Cancro che vede nella costruzione dello spazio comune europeo dei dati sanitari (ECIS: European Cancer Information System) un orizzonte di sviluppo strategico per il miglioramento delle cure e della ricerca».

«La digitalizzazione dei dati è un'opportunità straordinaria per efficientare i sistemi sanitari e migliorare, attraverso prevenzione e cura, la salute di tutti i cittadini, compresi i sopravvissuti al cancro» (Alleanza contro il Cancro/ACC con la Rete Oncologica nazionale comprendente 27 associati, 07/06/2024).

Quale il modello assistenziale che può interagire al meglio con il Registro Tumori, per efficientare al meglio i programmi e le strategie di cura?

La Rete oncologica è sicuramente il

modello organizzativo che permette una governance ottimale dei processi assistenziali oncologici ospedalieri e territoriali, con interventi di sistema equi e ben distribuiti, coerenti con le nuove pratiche ed aperti sempre alle nuove sfide dell'oncologia (da PNRR e DM77).

Rete oncologica vuol dire una «SQUADRA» di professionisti sanitari all'opera per un unico progetto di cura, un piano di assistenza personalizzato centrato sul paziente (che deve essere coinvolto e sentirsi davvero al centro del sistema), in un continuum tra ospedale e territorio.

Caratteristiche essenziali:

- **PROSSIMITÀ:** porta d'ingresso vicino a casa (Accessibilità)
- **MULTIDISCIPLINARIETÀ:** Competenza collaborativa (Stile operativo)
- **GOVERNO** del diritto alle terapie innovative (Appropriatezza clinica e Sicurezza delle cure)
- Declinazione del **PERCORSO** Diagnostico-Terapeutico (PDTA) e di Riabilitazione-Sorveglianza con allocazione del paziente nel posto più opportuno e vicino per le sue necessità (*Efficacia*: solo ciò che è utile; *Efficienza*: minor costo; *Omogeneità*: raccomandazioni cliniche condivise)

Obiettivi: • qualità delle cure; • sostenibilità; • riduzione dei tempi diagnostici.

Il progetto della Rete Oncologica della Regione Sardegna (ROR) è stato deliberato nel Gennaio 2018.

Ci si è ispirati al modello più diffuso, che è quello del «Comprehensive Cancer Care Network» (CCCN): modello di Rete gestita e coordinata da un'AUTORITÀ CENTRALE, che include tutte le strutture presenti nel territorio, considerate di uguale livello, e che ne costituiscono i nodi.

L'Obiettivo di questa scelta è l'OMOGENEITÀ delle prestazioni in tutto il territorio regionale.

Fanno parte integrante della Rete anche gli Ospedali e le Case di Comunità (Strutture Territoriali).

Sono stati dunque previsti: • un Coordinamento Oncologico Regionale; • un Comitato Scientifico Regionale; • i Centri Oncologici di Riferimento (i nodi della rete); • i CAS (punti di accesso per i pazienti nella Rete); • i GIC (Gruppi interdisciplinari di cura per patologia), cui spetta il compito di tracciare il percorso dei pazienti nella rete, di preparare i PDTA (percorsi assistenziali diagnostico-terapeutici) regionali e locali, attraverso l'utilizzo consapevole ed ottimale delle risorse disponibili in loco; • le Strutture territoriali collegate alla rete.

Prevista inoltre, ed essenziale, la seguente dotazione tecnica:

- Piattaforma informatica gestita centralmente;
- Cartella oncologica informatica regionale;
- Valutazione qualità: indicatori di Performance e di Risultato.

A che punto siamo con la Rete Oncologica in Sardegna? I lavori sono ancora in corso... Ecco un breve riassunto dell'iter legislativo:

- 20/12/2017 Decreto Assessoriale n.36: Nomina del Coordinamento Oncologico Regionale
- 30/01/2018 D.R. n. 4/25: Pubblicazione del Documento Programmatico della Rete Oncologica Sarda (R.O.R)
- 10/09/2018 Decreto Assessoriale n. 4797/36: Costituzione dei Gruppi Interdisciplinari di Cura (GIC) Regionali per il Carcinoma della Mammella e per il Tumore del Colon-Retto
- 2019-2022 IL GRANDE VUOTO. EFFETTO LOCKDOWN?

• 17/11/2023 Deliberazione 38/49 RAS: Livelli e strumenti della Rete Oncologica Sarda.

• Confermato il modello organizzativo CCCN.

Istituito il Molecular Tumor Board (MTB) regionale per le indagini biomolecolari

Redatti i Regolamenti per composizione e funzionamento GIC e CAS

Redatte Linee di Indirizzo per la Pro-

gettazione dei PDTA oncologici locali (successiva approvazione regionale/delibera)

- 31/01/2024 Pubblico avviso per manifestazione d'interesse per l'individuazione dei Componenti del Comitato Scientifico della rete oncologica regionale (di cui non conosciamo ancora gli esiti).

Lo Stato Italiano ha delegato il controllo di qualità delle varie Reti Oncologiche Regionali all'AGENAS. In particolare Accordo Stato-Regioni del 17/04/2019: istituzione presso AGENAS dell'Osservatorio per il monitoraggio delle Reti Oncologiche Regionali (R.O.R.).

Nel 2023 è stata pubblicata da AGENAS la quinta indagine nazionale sulle R.O.R.

In assenza di Nodi della Rete formalmente indicati dalla Regione, ed è il caso della Sardegna, l'AGENAS si è rivolta nella nostra isola allo studio di alcuni indicatori estrapolati dai dati del Piano Nazionale Esiti (PNE) per la chirurgia, delle Schede di dimissione ospedaliera (SDO) e da un Questionario compilato in Assessorato.

Per iniziare sono stati inclusi in attività di Rete tutti i Centri chirurgici che mostrano un'attività/volumi di produzione per l'anno 2022 per singola patologia superiori ai valori di soglia pre-

stabiliti, facendo riferimento al PNE. In particolare:

K mammella: strutture con 150 -135 interventi/aa, come da DM 70/2015;

K colon: strutture con 50 interventi/aa;

K retto: strutture con 25 interventi/aa;

K polmone: strutture con 85 interventi/aa;

K prostata: strutture con 50 interventi/aa;

K ovaio e K utero: strutture con 20 interventi/aa.

Sono stati poi analizzati indicatori ricavati dalle SDO (schede di dimissione ospedaliera) riguardanti le sette patologie oncologiche maggiori, e relativi a:

- presa in carico da strutture della rete (ricoveri residenti);

- indice di Fuga Fuori Regione (ricoveri fuori regione);

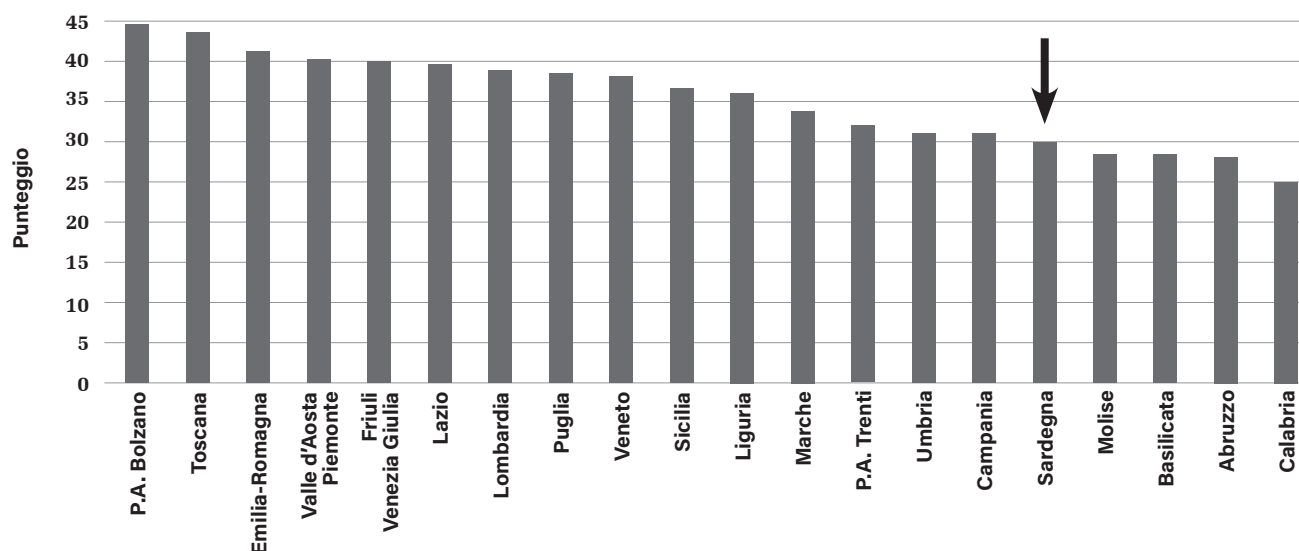
- tempi attesa in strutture Rete (% ricoveri entro 30 gg da prenotazione);

- indicatore Composito-Indice sintetico SDO: da 0 a 50.

Per quanto riguarda l'Indice Sintetico Complessivo (ISCO) del 2022 la Sardegna, secondo AGENAS, si è posizionata sul valore di 51,75 ovvero nel range di performance "medio".

È stato analizzato un Questionario con items sulla "salute" della Rete Oncologica Regionale, rivolti alla ricerca di "*Segnali di Rete*". Di seguito gli esiti per quel che riguarda la Regione Sardegna.

Figura 1. Indice Sintetico SDO per regione. **Fonte:** AGENAS "Quinta indagine nazionale sullo stato di attuazione delle Reti Oncologiche Nazionali", rapporto 2023, 13.12.2023.



Esistono alcuni segnali di rete positivi per quel che riguarda:

- l'Organismo di Coordinamento della Rete che si riunisce periodicamente;
- centri di Riferimento deliberati/legittimati per concentrazione della casistica;
- il Coordinamento funzionale formalizzato della Rete dei Tumori Rari;
- l'integrazione dei Servizi della ROR con l'attività territoriale, come da DM 77/2022;
- la definizione da parte della ROR (e formalizzazione?) di un PDTA per le seguenti neoplasie: K mammella e K retto, con promozione della sua diffusione e attuazione attraverso atti deliberativi presso le Aziende che compongono la rete;
- la formalizzazione del consulto tra professionisti intra-regionali (*second opinion*), quando è opportuno, con erogazione di un referto con valenza medico-legale.

Questi invece i segnali di rete negativi:

- non è stato deliberato un Coordinatore della Rete;
- mancanza di percorsi integrati con la Rete delle cure palliative (cure simultanee);
- nella ROR non è attivo un Registro Tumori Regionale con finanziamenti dedicati;
- non vi è evidenza che la ROR, in rapporto con il Registro Tumori, curi la produzione periodica di analisi dei dati e l'individuazione e applicazione di azioni di riallineamento/miglioramento sulla base delle analisi effettuate;
- assenza di un Registro Tumori «dinamico» che si alimenta negli episodi di cura;
- mancano Commissioni specifiche per aree di intervento sui nuovi farmaci e test genetico-molecolari (anche se opera il Molecular Tumor Board o MTB);
- non esiste una cartella clinica informatizzata che si implementa ad ogni accesso;
- non esiste una Rete Regionale dei

Centri di Senologia come da DM Salute 2/4/2015 n.70 visibile sui portali telematici della Regione (LEA 2018: PDTA formalizzati nei Centri senologici ad alto volume che garantisca Standard di cura elevati).

Una precisazione importante: di per sé è estremamente positivo che sia stato formalizzato nella Rete il MTB, ma è opportuno che esso interagisca con un team comprendente anche i clinici, per garantire ad ogni paziente interventi appropriati ed equi nell'ambito della diagnostica molecolare avanzata e medicina di precisione.

Come è ben noto, infatti, attualmente la diagnosi istologica deve essere associata a quella molecolare (test genomici delle nuove biotecnologie).

I test per la profilazione genomica estesa NEXT GENERATION SEQUENCING (NGS) per prescrizione di farmaci a bersaglio molecolare utilizzati nella ricerca oncologica sono in rapido aggiornamento, ed il numero dei geni coperto dai pannelli commerciali è molto variabile (>500), ma i geni previsti dai LEA attuali sono 47.

Ciò perché nella pratica clinica l'utilizzo di queste tecniche deve essere limitato a:

- neoplasie selezionate;
- target molecolari effettivamente azionabili, cioè con robuste documentazioni di reale efficacia di farmaci a bersaglio molecolare approvati per l'uso in Italia.

La Legge 233 del 29/12/2021 pianifica le norme per l'istituzione di Centri Tecnologici accreditati per le indagini genomiche tumorali o Molecular Tumor Board (MTB) nell'ambito delle Reti Oncologiche Regionali, e l'individuazione dei centri specialistici per l'esecuzione dei test per la profilazione genomica estesa NGS. Il MTB deve essere pensato nella ROR come strumento di condivisione e contaminazione di saperi diversi per una corretta identificazione del paziente, del momento del percorso terapeutico, e della mutazione, per le migliori possibilità terapeutiche (Piano

Oncologico Nazionale 2023-2027).
In questo modo la ROR risponde alla necessità di garantire a tutti i pazienti, indipendentemente dalla struttura assistenziale dove sono seguiti, uguali opportunità di accesso alle terapie innovative.
Come si è già detto, l'AGENAS ha voluto verificare lo stato di salute della

ROR Sarda studiando anche i seguenti parametri:

- presa in carico da strutture della rete (ricoveri/SDO residenti);
- indice di Fuga Fuori Regione (ricoveri/SDO fuori regione);
- tempi di attesa in strutture Rete (% ricoveri entro 30 giorni dalla prenotazione).

Figura 2. Presa in carico da strutture di Rete. **Fonte:** AGENAS “Quinta indagine nazionale sullo stato di attuazione delle Reti Oncologiche Nazionali”, rapporto 2023, 13.12.2023.
Nota: l’evidenza è la presa in carico da parte della Rete solo del 50% circa dei tumori polmonari e del 40% di quelli prostatici, ma non è molto elevata neanche per le alte neoplasie, a parte il tumore mammario.

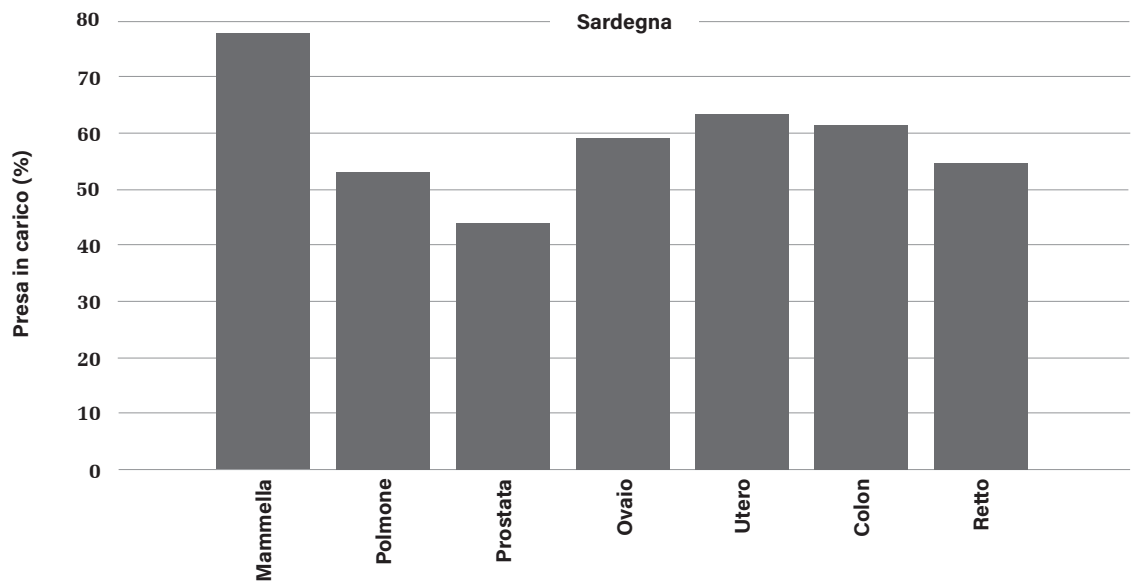


Figura 3. Indice di fuga fuori regione/P.A. **Fonte:** AGENAS “Quinta indagine nazionale sullo stato di attuazione delle Reti Oncologiche Nazionali”, rapporto 2023, 13.12.2023.
Nota: l’indice di fuga Fuori Regione è abbastanza elevato per i tumori polmonari (poco meno della metà dei casi), ma non è basso neanche per quelli prostatici e mammari.

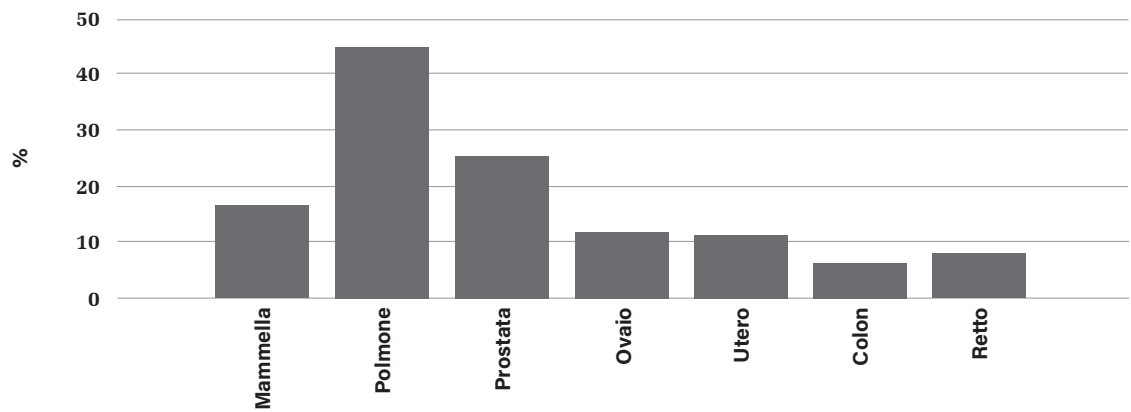
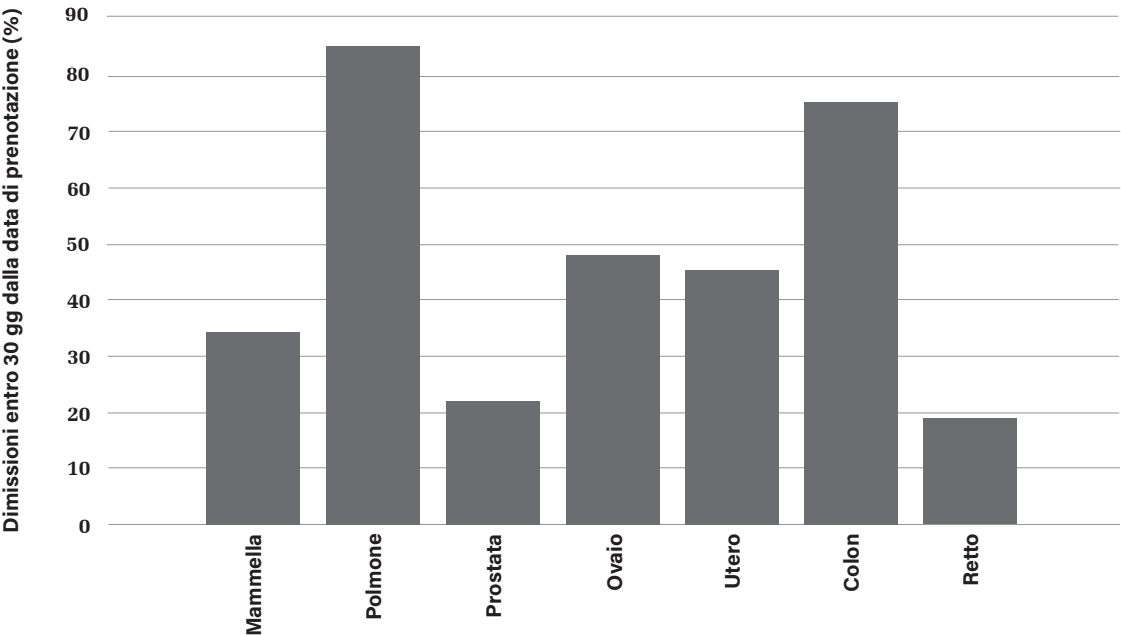


Figura 4. Tempi di attesa in strutture della Rete. **Fonte:** AGENAS “Quinta indagine nazionale sullo stato di attuazione delle Reti Oncologiche Nazionali”, rapporto 2023, 13.12.2023.

Nota: solo il 30% delle donne con tumore mammario riesce a essere preso in carico entro 30 giorni dalla data di prenotazione nelle strutture oncologiche sarde. Ancor più bassa la percentuale nei tumori della prostata e del retto.



Le conseguenti osservazioni e raccomandazioni dell’AGENAS sono:

- presa in carico non soddisfacente su tutto il territorio regionale: non adeguata copertura di Centri per prestazioni chemio e radioterapiche con spostamenti elevati intraregionali;
- criticità per ASL Ogliastra, Oristano, Carbonia-Iglesias per estrema difformità di copertura del territorio per prestazioni ambulatoriali di chemio e radioterapia;
- attivare e finalizzare i processi per la transizione digitale;
- utilizzo di Indicatori per orientarsi nelle scelte di *governance*.

L’Agenas ha poi voluto valutare i volumi di attività chirurgica per singola patologia, basandosi sui dati del PNE (Piano Nazionale Esiti), ed insieme la presenza nei vari centri chirurgici del GOM (Gruppo Oncologico Multidisciplinare) “formalizzato”, che ne caratterizza e certifica l’attività multidisciplinare, e pertanto cure caratterizzate da appropriatezza oncologica e presa in carico globale sin dall’inizio del percorso terapeutico.

La sintesi delle raccomandazioni di AGENAS sono le seguenti:

- implementare la *governance* sui PDTA del paziente e sviluppo della rete (trovare risorse economiche);
- ridurre i tempi d’attesa piuttosto elevati per tutte le patologie (reale interscambiabilità del paziente all’interno dei nodi);
- integrare e potenziare la rete con le strutture operanti al di sopra della soglia, con GOM e accesso al MTB (Molecular Tumor Board) (K mammella); si rende necessaria la discussione multidisciplinare del singolo caso clinico nelle strutture con volumi adeguati;
- ottimizzazione dei servizi e sostenibilità delle chirurgie ad alto impatto e ad alta specialistica:
 - 1.K mammella, prostata, ginecologici, colon-retto e polmone solo nei centri identificati dalla rete e dotati di GOM (Gruppo Oncologico Multidisciplinare).
 - 2.K Pancreas e Stomaco: concentrare la casistica in pochi centri con expertise e GOM.

Figura 5. Volume di ricoveri per intervento chirurgico per tumore della mammella. Anno 2022.
Fonte: AGENAS “Quinta indagine nazionale sullo stato di attuazione delle Reti Oncologiche Nazionali”, rapporto 2023, 13.12.2023.
Nota: in Sardegna non è presente il GOM.

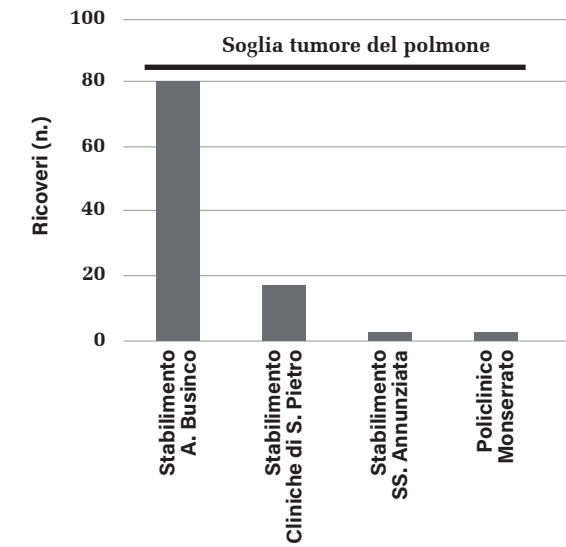
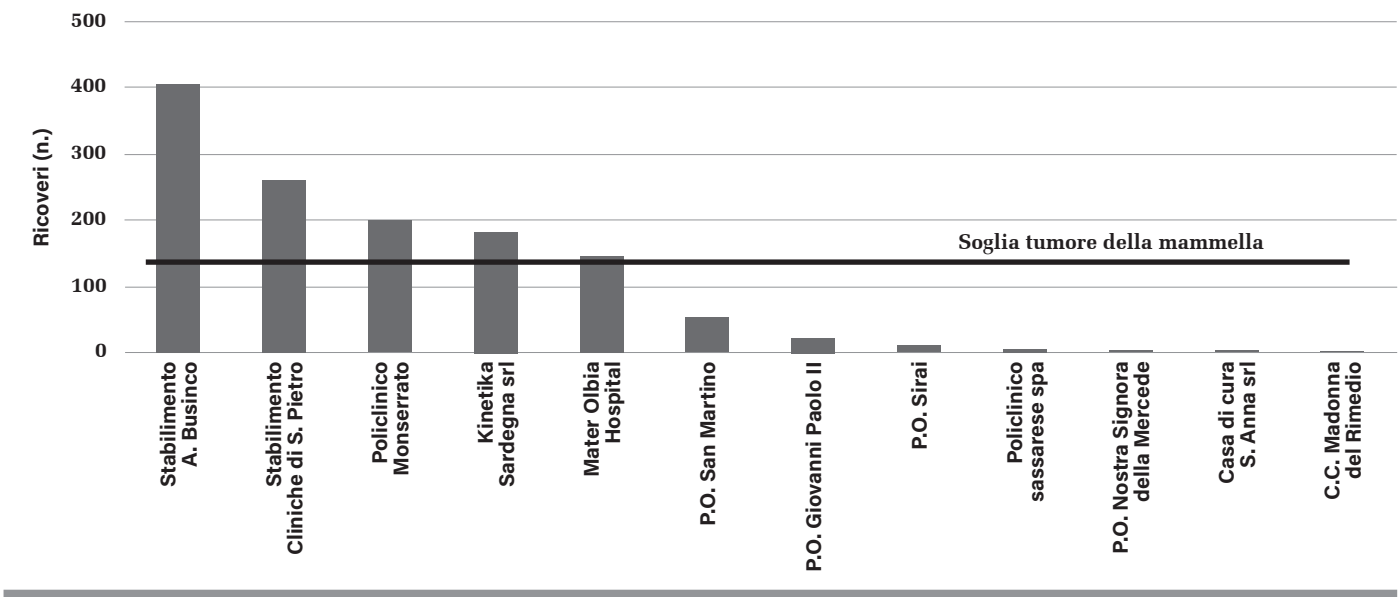
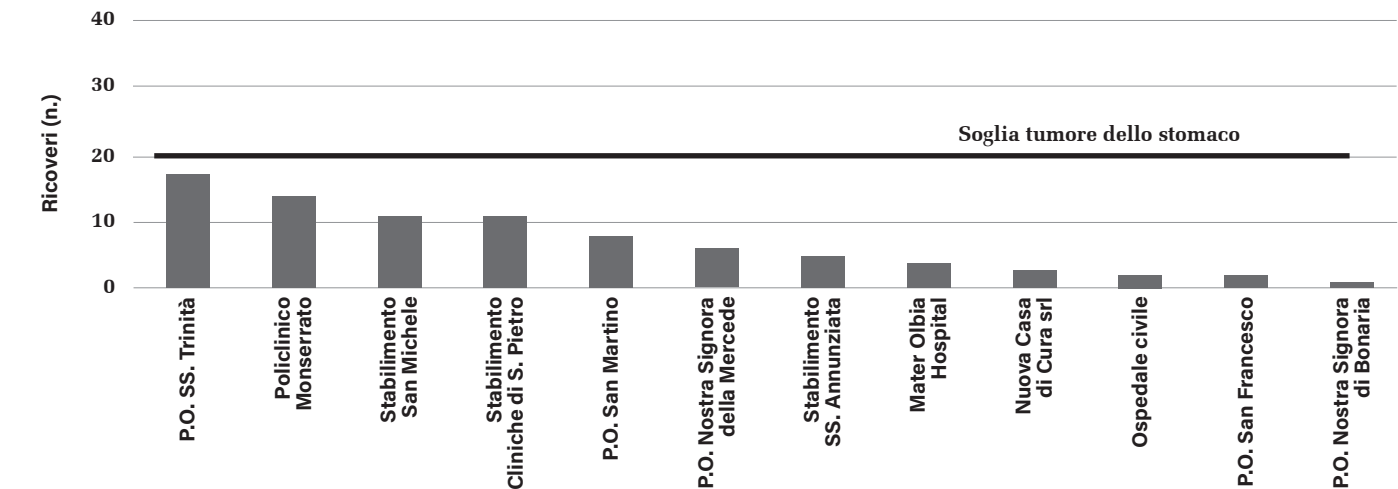


Figura 6. Volume di ricoveri per intervento chirurgico per tumore del polmone. Anno 2022.
Fonte: AGENAS “Quinta indagine nazionale sullo stato di attuazione delle Reti Oncologiche Nazionali”, rapporto 2023, 13.12.2023.
Nota: tutti i centri sono al di sotto del valore soglia.

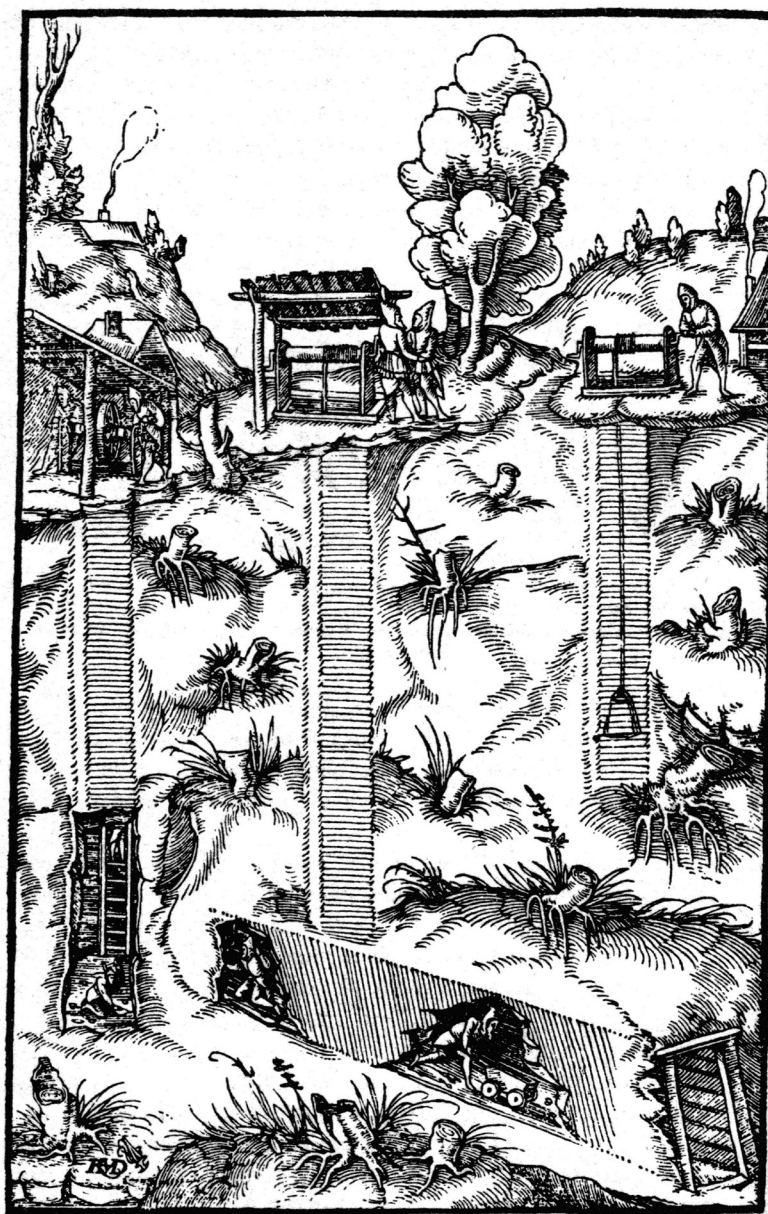
Figura 6. Volume di ricoveri per intervento chirurgico per tumore dello stomaco. Anno 2022.
Fonte: AGENAS “Quinta indagine nazionale sullo stato di attuazione delle Reti Oncologiche Nazionali”, rapporto 2023, 13.12.2023.



CONCLUSIONI

- Registro Tumori e Rete Oncologica Regionale sono strutture strettamente connesse fra loro perché di supporto vicendevole.
- Entrambe tuttora appaiono come un'opera incompiuta, necessaria invece alla promozione della salute della popolazione sarda.
- Occorre uscire da atteggiamenti

autoreferenziali e di parte, per affinare strategie collaborative, competenti ed operose, fra mondo politico e istituzionale, associazioni scientifiche, operatori sanitari, ed utenti al fine di porre davvero la promozione della salute di ogni cittadino al centro del sistema, e poter abitare finalmente l'I-SOLA CHE ANCORA NON C'E'.



Il progetto SINTESI

Di Luigi MINERBA*

PREMESSA

L'investimento E.1 "Salute, ambiente, biodiversità e clima" del Piano Nazionale per gli Investimenti Complementari (PNC) mira a far fronte ai rischi storici ed emergenti sulla salute derivanti dai cambiamenti ambientali e climatici. Questo investimento è collegato all'istituzione del Sistema Nazionale Prevenzione Salute dai rischi ambientali e climatici (SNPS), in linea con l'approccio "One Health" o "Planetary Health" di cui alla legge 28 giugno 2016, n. 132 "Istituzione del Sistema nazionale a rete per la protezione dell'ambiente e disciplina dell'Istituto superiore per la protezione e la ricerca ambientale.

L'obiettivo generale è la **costituzione di un sistema di sorveglianza permanente** per ambiente e salute in siti contaminati, con interventi mirati per la prevenzione di effetti avversi per la salute e contrasto alle disuguaglianze, tale obiettivo si raggiunge attraverso le seguenti azioni principali:

1.1 Rafforzamento delle strutture e dei servizi: Miglioramento delle infrastrutture, delle capacità umane e tecnologiche e della ricerca applicata a livello nazionale, regionale e locale

1.2 Programmi operativi pilota: Sviluppo e implementazione di 2 specifici programmi operativi pilota per la definizione di modelli di intervento integrato salute-ambiente-clima in siti contaminati selezionati di interesse nazionale.

1.3 Formazione continua: Avvio di un programma nazionale di formazione continua in salute-ambiente-clima, anche a livello universitario, per affrontare i rischi sanitari associati ai determinanti ambientali e ai cambiamenti climatici

1.4 Ricerca applicata: Promozione e finanziamento di ricerca applicata con approcci multidisciplinari in specifiche aree di intervento salute-ambiente-clima

1.5 Piattaforma di rete digitale: Creazione di una piattaforma di rete digitale nazionale SNPA-SNPS per l'acquisizione, l'elaborazione, l'integrazione, l'analisi, l'interpretazione e la condivisione di dati di monitoraggio e sorveglianza su salute-ambiente-clima

Questi interventi sono progettati per rafforzare la capacità, l'efficacia, la resilienza e l'equità del Paese nell'affrontare gli impatti sanitari associati ai rischi ambientali e climatici, contribuendo a uno sviluppo sostenibile e a una crescita economica sicura.

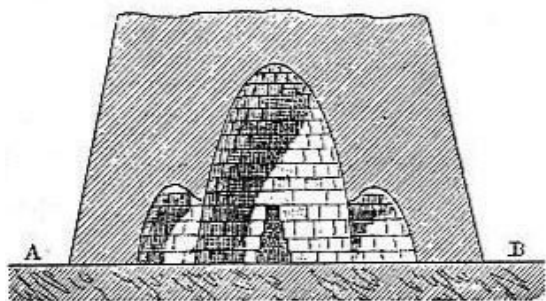
IL PROGETTO SINTESI

Finanziato dal Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione sanitaria, vede coinvolte 14 Regioni e 22 siti d'interesse Nazionale, tra cui la regione Sardegna con i due siti Sulcis-Iglesiente-Guspinese e Porto Torres. **Capofila/Proponente:** Regione Puglia tramite AReSS Puglia.

La popolazione interessata complessi-

** Laboratorio di Statistica e Programmazione socio-sanitaria, Dipartimento di Scienze Mediche e Sanità Pubblica, Università degli Studi, Cagliari*

vamente è di 2.739.000 abitanti di cui SIN Porto Torres con estensione (mare) 2748 ha, estensione (terra): 1874 ha, Comuni interessati Porto Torres, Sassari, popolazione residente: 147.005 abitanti, tipo di inquinante/Sorgente di esposizione: Area portuale, industrie chimiche, discariche di rifiuti pericolosi e/o misti, centrali elettriche, impianti petrolchimici e/o raffinerie. SIN Sulcis Iglesiente con estensione (mare) 32416 ha, estensione (terra) 10639 ha Comuni interessati: Arbus, Assemini, Buggerru, Calasetta, Capoterra, Carbonia, Carloforte, Domus De Maria, Domusnovas, Fluminimaggiore, Giba, Gonnese, Gonnosfanadiga, Guspini, Iglesias, Masainas, Musei, Narcao, Nuxis, Pabillonis, Perdaxius, Piscinas, Portoscuso, Pula, San Gavino Monreale, San Giovanni Suergiu, Santadi, Sant'Anna Arresi, Sant'Antioco, Sarroch, Siliqua, Teulada, Tratalias, Uta, Vallermosa, Villa San Pietro, Villacidro, Villamassargia, Villaperuccio. Popolazione residente: 251.976 abitanti, tipo di inquinante/Sorgente di esposizione: Industrie chimiche, discariche di rifiuti pericolosi e/o misti, miniere di carbone. Il progetto ambizioso che rappresenta un'importante opportunità per rilanciare la funzione epidemiologica nella nostra regione ed avviare azioni di promozione e prevenzione rivolti alla popolazione interessata.



Il modello di intervento prevede la messa a punto e valutazione di efficacia di interventi di prevenzione primaria e secondaria per ridurre l'impatto sanitario delle patologie attribuibili all'ambiente e alle disuguaglianze sociali, con il mandato di stimolare la **conduzione di studi di popolazione randomizzati** controllati che affrontino con modalità innovative (nel disegno, nella progettazione e conduzione dell'intervento, negli esiti di conoscenza e di risultato) il **tema delle disuguaglianze sociali in seguito ad esposizioni ambientali**, dal punto di vista: della misura dei differenziali nelle diverse dimensioni (esposizione, vulnerabilità agli effetti, accesso ai servizi e alle cure appropriate); delle strategie di contrasto adeguate. Gli interventi potranno essere di **prevenzione primaria individuale** (es. educazione alla salute, fumo, alcol, sostanze, obesità, gravidanza, infanzia, ecc.) e **collettiva** (riduzione delle esposizioni ambientali nel contesto territoriale di interesse) e di **prevenzione secondaria** (es. tumori, malattie croniche degenerative, salute mentale), attraverso programmi di sorveglianza attiva, percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali mirati per la presa in carico e la **rimodulazione dell'offerta dei servizi sanitari e socio-sanitari**, volti alla promozione della salute e alla riduzione dei differenziali sociali di salute.

Il progetto mira a costituire un sistema di sorveglianza permanente ambiente e salute in siti contaminati in cui gli elementi di conoscenza disponibili, sia sul piano ambientale che epidemiologico, consentano di strutturare interventi mirati per la prevenzione primaria e secondaria di effetti avversi per la salute associati alle contaminazioni, in una prospettiva di contrasto alle disuguaglianze. Il progetto è articolato nei seguenti obiettivi specifici:

1. Ricognizione dei dati disponibili di
 - a. contesto socio-economico e delle fonti di pressione ambientale;

b. contaminazione ambientale nelle diverse matrici;

c. esposizione della popolazione, profilo di salute, descrizione dell'offerta sanitaria e consumo di prestazioni.

2. Disegno/consolidamento degli strumenti di sorveglianza epidemiologica e dei dati di epidemiologia descrittiva, con analisi dei trend (effetto calendario e coorte) anche considerando i dati di deprivazione socio-economica; saranno condotti studi di coorte di soggetti professionalmente esposti.

a. Registro Tumori di popolazione: attività di consulenza per il consolidamento e l'aggiornamento del registro tumori in conformità alla vigente normativa, partecipando alle attività previste nel programma.

3. Disegno di studio analitico per valutare/aggiornare l'associazione tra esposizioni ambientali, posizione socioeconomica ed esiti sanitari nella popolazione generale e in gruppi vulnerabili (coorti residenziali di popolazione e coorti di nascita); studi caso-controllo; indagine sull'esposizione agli inquinanti ambientali nelle scuole. In collaborazione con le due Università sarde saranno condotti, secondo il protocollo definito dal coordinamento del sotto-obiettivo, studi caso-controllo, di popolazione o lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria o sui principali ospedali a cui afferiscono i residenti del SIN, privilegiando specifiche sedi tumorali selezionate in base alla natura dell'esposizione dei SIN.

4. Metodi e strumenti per la descrizione dei differenziali sociali nell'esposizione, vulnerabilità e nell'accesso ai servizi.

5. Predisposizione di un portale web del Sistema di Sorveglianza Permanente Ambiente e Salute per la comunicazione trasparente e tempestiva dei dati ambientali, epidemiologici e di contesto.

6. Costituzione di tavoli intersettoriali con la partecipazione della cittadinanza per l'individuazione dei bisogni di

salute prioritari e le priorità di risanamento ambientale.

7. Disegno partecipato di piani territoriali di intervento e gestione del rischio per la riduzione dei differenziali di esposizione, attraverso valutazioni di impatto ambiente e salute di area e la costruzione di scenari decisionali alternativi, a supporto della programmazione strategica di sviluppo sostenibile del sito:

a. Contribuire a una evoluzione del modello valutazione del rischio (Risknet) migliorandone le potenzialità prospettiche attraverso una migliore definizione: del modello di esposizione dal sito contaminato alla popolazione; degli esiti di salute associati a quella specifica esposizione; degli impatti e della loro evoluzione negli scenari di bonifica progressiva;

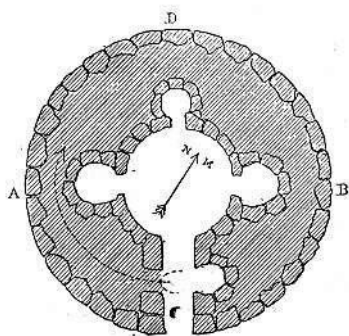
b. Migliorare la conoscenza reciproca tra chi si occupa di epidemiologia ambientale e chi di caratterizzazione dei siti contaminati e progetti di bonifica, per migliorare l'efficienza e l'efficacia delle azioni di sanità pubblica e la capacità di stimare l'impatto sugli esiti di salute;

8. Disegno di un programma di sorveglianza sanitaria attiva sui gruppi maggiormente esposti e vulnerabili per:

a. Revisione delle evidenze di letteratura sull'efficacia degli interventi di promozione della salute e prevenzione nei SIN;

b. Definizione di accordi tra SRPS-ARPA/SNPA con il sistema dell'assistenza primaria e distrettuale, anche attraverso la condivisione dei flussi informativi, per le attività di prevenzione e promozione della salute; saranno promossi accordi con i medici dell'assistenza primaria e assistenza distrettuale e con i medici competenti al fine di creare una rete di sorveglianza epidemiologica sugli interventi di diagnosi e assistenza alla popolazione;

c. interventi di prevenzione primaria, compresi educazione sanitaria e comunicazione del rischio, sui fattori di rischio individuali;



d. miglioramento dell'estensione e dell'adesione agli screening oncologici LEA;

e. messa a punto di percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali per la presa in carico di segni e sintomi di malattie potenzialmente associate con i fattori di rischio ambientali presenti nelle aree in studio;

f. Iniziative a favore della promozione della salute respiratoria, anche con riferimento alla valutazione della fattibilità dell'implementazione di screening del tumore del polmone in soggetti ad alto rischio;

g. messa a punto di percorsi di sorveglianza sanitaria degli ex esposti amianto;

i. implementazione degli strumenti di sanità digitale per migliorare l'accesso alle prestazioni sanitarie (teleconsulto, telerefertazione, televisita, telemonitoraggio), la presa in carico e la comunicazione tra specialisti, in un'ottica di equità;

9. Sarà previsto un programma di monitoraggio dei risultati in rapporto alle risorse investite, in accordo con la metodologia messa a punto nel programma.

SINTESI DELLE AZIONI

1. Ricognizione dei dati disponibili:

- Contesto socio-economico e fonti di pressione ambientale.
- Contaminazione ambientale nelle diverse matrici.
- Esposizione della popolazione, profilo di salute, offerta sanitaria e consumo di prestazioni.

2. Sorveglianza epidemiologica:

- Consolidamento degli strumenti di sorveglianza e registri di patologia.
- Studi analitici per valutare l'associazione tra esposizioni ambientali e esiti sanitari.

3. Descrizione dei differenziali socio-economici:

- Analisi dei differenziali nell'esposizione ai fattori di rischio ambientali e nell'accesso alle prestazioni sanitarie.

4. Portale web:

- Creazione di un portale per la comunicazione trasparente e tempestiva dei dati ambientali ed epidemiologici.

5. Partecipazione dei cittadini:

- Costituzione di tavoli intersettoriali con la partecipazione della cittadinanza per individuare i bisogni di salute prioritari e le priorità di risanamento ambientale.

6. Interventi di prevenzione e promozione della salute:

- Implementazione di programmi di sorveglianza sanitaria attiva per gruppi vulnerabili.
- Interventi di prevenzione primaria e secondaria, inclusi screening oncologici e promozione della salute respiratoria.

Soggetti coinvolti

Assessorato dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale, Assessorato della programmazione, bilancio, credito e assetto del territorio.

AZIENDA REGIONALE DELLA SALUTE (ARES SARDEGNA) INDIVIDUATO QUALE SOGGETTO ATTUATORE PER LA REALIZZAZIONE DEL MODELLO DI INTERVENTO (Delib. G.R. n. 29/26 del 7.8.2024)

ASSLL -DIPARTIMENTI DI PREVENZIONE / DISTRETTI SOCIOSANITARI DEI TERRITORI INTERESSATI
UNIVERSITÀ DI CAGLIARI E SASSARI
ARPAS
IZS

Il ruolo del Registro Tumori: uno strumento necessario per la salute della collettività

Di Dott.ssa Maria Teresa IONTA *

L'esigenza di avere un Registro Tumori Regionale che sia univoco, effettivo ed efficace, nasce "dal basso" prima di tutto, perché sono i cittadini, i portatori di interesse, che lo chiedono a gran voce, come un loro diritto. È per questo motivo che alcune Associazioni rappresentative dei cittadini insieme ad Associazioni di pazienti ed ex pazienti, si sono riunite il 25 ottobre 2024 per ascoltare, in presenza anche dell'Autorità Politica, le relazioni degli addetti ai lavori, esperti nel settore, provenienti dalla stessa Sardegna e dal resto d'Italia. Ma l'esigenza non è solo quella che viene "dal basso" ma, come si evince dalle relazioni, la esigenza viene anche "dall'alto" in quanto la presenza attiva del Registro Tumori offre alla comunità scientifica il materiale per fare ricerca medica ed epidemiologica a tutto vantaggio dei cittadini stessi, che ne usufruiranno direttamente, e serve alle Istituzioni preposte alla attivazione e promozione dei servizi utili alla salute della intera comunità.

In conclusione, le informazioni apprese durante il convegno, sono state di grande interesse per la comprensione del ruolo dei Registri Tumori, come appunto titola il Convegno, e per l'approfondimento di cosa sono i Registri Tumori, quali sono le loro funzioni e quale è la loro utilità.

Dopo tanta attesa, in ottemperanza a quanto enunciato dal Decre-

to del Ministero della Salute del 01.08.2023, (Gazzetta Ufficiale n.203 del 31.08.2024), la Sardegna muove i primi passi verso la istituzione di un Registro Tumori Regionale ove vengono convogliati i flussi provenienti dai Registri delle 3 macroaree (Nord, Centro e Sud) della Sardegna che, una volta elaborati, confluiranno nel Registro Nazionale.

I Registri Tumori sono un sistema di sorveglianza epidemiologica sofisticato, complesso, indispensabile e unico non avendo analoghi in altre patologie.

Pur essendo una registrazione, non sono una mera elencazione di numeri, ma attraverso la registrazione dei nuovi casi di tumori (casi incidenti), distinti per sede e per morfologia, rilevano quante persone residenti in un determinato territorio e in un determinato periodo di tempo sono malate di cancro e che tipo di tumore hanno. Rilevano, inoltre, la distribuzione geografica e la variazione nel tempo dei casi di tumore, gli eventuali eccessi o riduzioni, dell'incidenza all'interno di un medesimo territorio, o rispetto ad altri territori. Attraverso le informazioni dei registri si è in grado di individuare i fattori associati a tale variazione di frequenza della malattia (fattori di rischio, stili di vita, esposizioni professionali), utili per indirizzare i provvedimenti mirati di prevenzione primaria (campagne

** Presidente
Associazione
Sarda
di Prevenzione,
Assistenza
Oncologica
ODV*

di educazione sanitaria, vaccinazioni contro virus oncogeni, bonifica degli agenti inquinanti) e secondaria (programmi di screening), e dei percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali, di cui forniscono evidenze e efficacia. I Registri rilevano la prevalenza dei tumori (dato estremamente utile ai decisori politici per organizzare la risposta assistenziale), forniscono una valutazione complessiva della risposta del Servizio Sanitario Nazionale al bisogno di salute in ambito oncologico, mediante dati di sopravvivenza e mortalità (importanti indicatori della qualità e della efficacia dei servizi e delle cure messe in atto dal nostro servizio sanitario).

In estrema sintesi, il Registro Tumori è una preziosa fonte inesauribile di informazioni e uno strumento indispensabile per una programmazione sanitaria ottimale, per una valutazione di efficacia delle misure di prevenzione e per una valutazione su accesso, qualità e appropriatezza delle cure.

I cittadini stessi, avendo la oppor-

tunità di conoscere i dati e i risultati elaborati dei Registri, si sentiranno più coinvolti nell' adottare scelte di vita salutari, come evitare di fumare e mangiare sano, e nel pretendere e ottenere la riduzione alle esposizioni a cancerogeni ambientali (incluse le esposizioni occupazionali), nonché di pretendere e ottenere una equa copertura della prevenzione secondaria che, attraverso gli screening istituzionali, sono in grado di ridurre la mortalità e aumentare la sopravvivenza.

Lo screening oncologico è un intervento di Sanità Pubblica su una popolazione apparentemente sana allo scopo di individuare precocemente una neoplasia al fine di ridurre la mortalità e aumentare la sopravvivenza. Più precoce è la diagnosi migliore è la prognosi. Perché uno screening sia efficace, deve vere una soglia minima di adesione, da parte della popolazione avente diritto, di almeno il 50%. Al momento gli screening istituzionali, standardizzati sono 3: tumore della mammella, tumore del colon-retto e tumore della cervice uterina (Tabella 1).

Sede	Genere	Età	Esame	Frequenza
mammella	femmine	50-69*	mammografia	2 anni
cervice	femmine	25-29 30-64	PAP-Test HPV-DNA	3 anni 5 anni
colon-retto	maschi e femmine	50-69**	Sangue occulto fecale	2 anni

Tabella 1. Screening istituzionali disponibili.

*In alcune regioni, 45-74 anni.

** In alcune regioni, fino a 74 anni.

Globalmente, in Italia, è presente un persistente e consistente trend in diminuzione della mortalità oncologica: si stimano quasi 300.000 le morti per tumore evitate in Italia tra il 2007 e il 2019. **La riduzione della mortalità e l'aumento della sopravvivenza è un**

notevole progresso della oncologia italiana nel suo complesso, grazie ai suoi programmi di prevenzione primaria (stili di vita max fumo, ambiente max amianto), di diagnosi e terapie innovative e di programmi di screening organizzati, che, purtroppo, non

sono evidentemente equamente distribuiti in tutta la nostra nazione, perché i dati che provengono dai Registri Tumori ci dicono che a fronte di una ridotta incidenza di tumori nel Meridione di Italia (Sud e Isole), la prognosi è peggiore, particolarmente per i tumori oggetto di screening. Un'attenta valutazione delle informazioni mette in evidenza la stretta correlazio-

ne tra la diffusione e la adesione agli screening e la sopravvivenza nelle diverse Regioni Italiane. Come si evince dalle tabelle 2 e 3 le Regioni del Nord Italia, ove la diffusione e la adesione agli screening è molto alta si registra una sopravvivenza a 5 anni (tabella 4) decisamente superiore rispetto al Sud Italia e Isole ove la copertura degli screening è decisamente più bassa.

Screening organizzati	Mammella	Cervice	Colon-retto
Estensione 2015	63%	80%	58%
Estensione 2016	54%	93%	48%
Estensione 2017	48,85%	64,2%	34,3%
Estensione 2023	61%	76,9%	55,9%
Italia	93,6%	111,0%	94,3%
Nord Italia	101,3%	106,7%	99,0%

Tabella 2. Livello di copertura degli screening in Sardegna.
Fonte: Osservatorio Nazionale Screening (ONS).

Screening organizzati	Mammella	Cervice	Colon-retto
Estensione 2015	43%	42%	34%
Estensione 2016	45,7%	37,6%	36,1%
Estensione 2017	49,7%	38,7%	35,7%
Estensione 2023	44%	41,2%	32,3%
Italia	55%	41,5%	34,9%
Nord Italia	65,3%	51,6%	46,1%

Tabella 3. Livello di adesione agli screening in Sardegna.
Fonte: Osservatorio Nazionale Screening (ONS).

Regione	Tutte le sedi		Colon-retto	Mammella	Cervice
	Uomini	Donne	Totale	Donne	Donne
Piemonte	53%	63%	64%	88%	69%
Liguria	51%	61%	61%	87%	73%
Lombardia	54%	63%	66%	87%	70%
Trentino-Alto Adige	53%	63%	66%	87%	71%
Veneto	55%	64%	65%	88%	71%
Friuli Venezia Giulia	53%	61%	64%	88%	63%
Emilia-Romagna	56%	65%	69%	89%	72%
Toscana	56%	65%	68%	88%	61%
Umbria	54%	63%	67%	86%	76%
Campania	50%	59%	59%	84%	64%
Puglia	52%	61%	61%	85%	61%
Sardegna	49%	60%	58%	85%	58%
Sicilia	52%	60%	60%	85%	64%

Tabella 4. Sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi di tumore. Confronto tra regioni.
Fonte: Dati AIRTUM-AIOM 2019.

La maggiore sopravvivenza, per i tumori oggetto di screening, nonché la migliore qualità di vita, è dovuta al riscontro di un numero più elevato di tumori in stadio precoce (stadio I) nelle regioni ad alta copertura screening (Nord-Italia) rispetto alle regioni a bassa copertura (Sud e Isole), in cui prevale, invece, la diagnosi di tumore in stadio più avanzato (III e IV). La sopravvivenza a 5 anni per i tumori della mammella al I stadio, infatti, è pari a circa il 98%, mentre quella per gli stadi più avanzati (III

e IV) è circa il 60%. (Donatella Puliti: AIRTUM studio IMPATTO 2015). Per i tumori del Colon-Retto, la rimozione delle lesioni precancerose identificate tramite lo screening ha ridotto l'incidenza dei tumori infiltranti (-33% maschi e -21% femmine). L'adesione a 2 inviti permette di stimare una riduzione della mortalità del 65% nei maschi e 54% nelle femmine (*British Journal of Cancer* 2022 L.Bucchi et al; *Clinical Gastroenterology and Hepatology* 2022 F.Baldacchini et al.)



È da sottolineare, inoltre, che il gradiente geografico Nord- Sud così profondo per i tumori oggetto di screening, è evidente anche per la sopravvivenza globale, per tutti i tumori: 49% e 60% per maschi e femmine in Sardegna rispetto alla media italiana di 54% e 63%, con un picco di 56% e 65%, rispettivamente, per maschi e femmine, in alcune Regioni del Nord Italia. Potrebbe valere la pena di seguire nel tempo questo trend negativo e verificare se, oltre alla insufficiente prevenzione secondaria, insistano nel territorio sardo altri fattori condizionanti la prognosi (prevenzione primaria e/o accesso a diagnosi precoci e a terapie innovative). In Italia, nel 2023 erano previsti 395.000 nuovi casi di tumore (a eccezione dei tumori della cute diversi dal melanoma): 208 mila negli uomini e 187 mila nelle donne. Al primo posto resta il carcinoma della mammella (55.900 casi), seguito da quello del colon-retto (50.500), dal polmone (44 mila), dalla prostata (41.100) e dalla vescica (29.700). Si prevede che nei prossimi 20 anni il numero assoluto di tumori aumenterà, in media, dell'1,3 per cento circa per gli uomini e dello 0,6 per cento circa per le donne. (Aiom, Airtum, Fondazione Aiom, PASSI, PASSI d'Argento e Siapec-Iap "I numeri del cancro" 2023). Non abbiamo dati epidemiologici aggiornati per la Sardegna. Non avendo una ottimale copertura dei Registri sul territorio sardo, i dati sono

frutto di proiezioni e dati probabilistici. Gli ultimi dati disponibili sono quelli pubblicati nel 2019 da AIOM-AIRTUM "I numeri del Cancro": in Sardegna, per il 2019, sono stati previsti 10.200 nuovi casi (6.000 uomini e 4.200 donne). I tumori più frequenti fra gli uomini sono quelli del colon-retto (1.000) e della prostata (1.000), fra le donne quello della mammella (1.300). Nella popolazione generale i 5 tumori più frequenti sono quelli colon-retto (1.500), mammella (1.300), prostata (1000), polmone (900) e vescica (620). Nel 2019, in territorio sardo, erano presenti 80.000 persone vive con diagnosi di cancro (dato di prevalenza).

Il numero dei casi incidenti in Italia per il 2023 è stato definito un vero e proprio tsunami.

Rispetto a quanto previsto per il 2020 (376.600), l'incremento è di oltre 18mila casi, in parte legato al notevole incremento della popolazione anziana, (dovuto al fenomeno baby-boomers degli anni '50-'60', che ha fatto sì che negli anni '20 del 2000 si assisterà ad un incremento di 60-75enni, fascia di età notoriamente più esposta ad ammalarsi di cancro), in parte all'incremento annuale crescente, ma soprattutto al riscontro di tutti quei tumori non diagnosticati nel 2020, periodo in cui la pandemia da Covid-19 e il lock down successivo hanno causato un rallentamento dei flussi di dati e, soprattutto, assenza o forte ritardo nell'esecuzione dei test di screening, in tutto il Paese. I dati nazionali relativi al 2020 dimostrano che, per quanto riguarda lo screening mammografico solo il 30% delle donne invitate ha eseguito il test (12% per il Sud e Isole) (figura 1); per lo screening colon-retto solo il 17% (5% Sud e Isole) (figura 2); per lo screening della cervice uterina 23% (12% Sud e Isole) (figura 3) (I numeri del Cancro 2023). La risalita è stata lenta e graduale fino ai dati del 2023 riportati nelle figure 2 e 3.

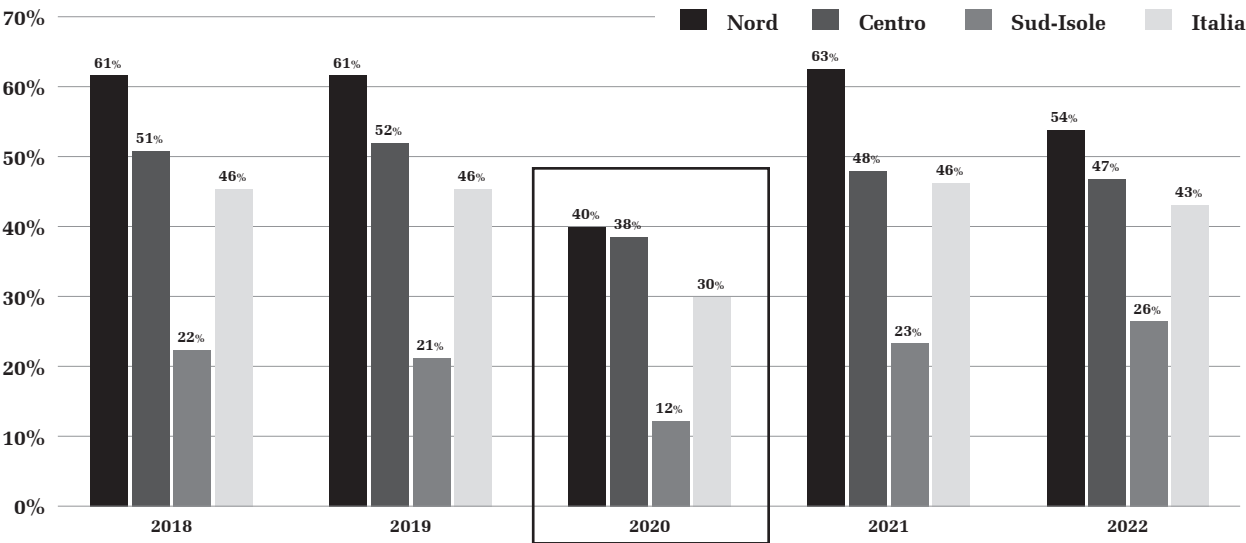


Figura 1. Risposta per gruppi di regioni allo screening mammografico (evidenziato “effetto Covid” del 2020).

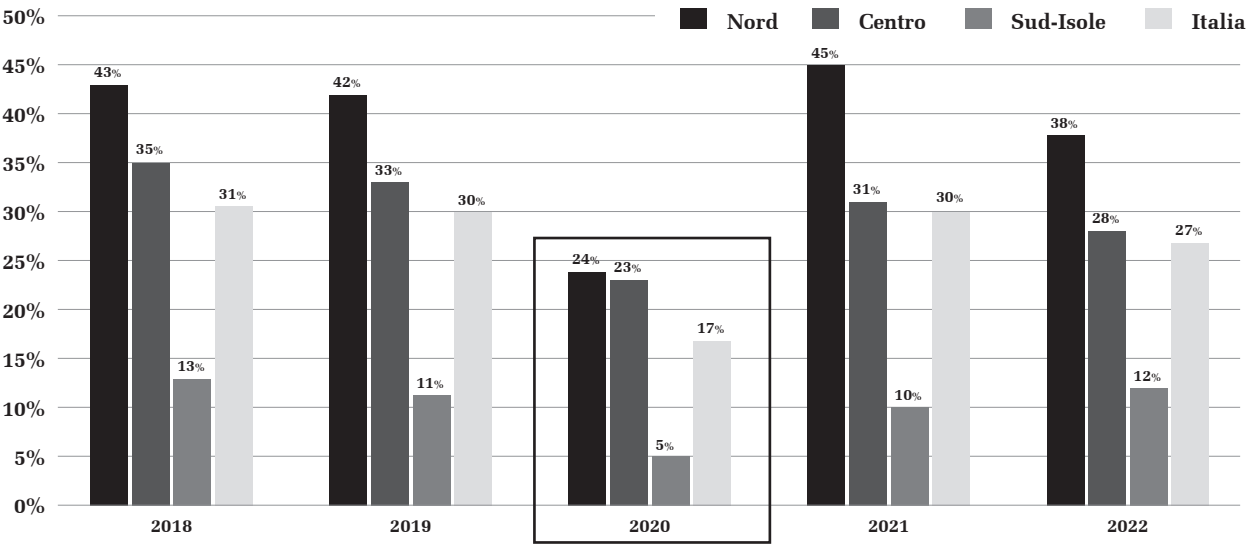


Figura 2. Risposta per gruppi di regioni allo screening coloretale (evidenziato “effetto Covid” del 2020).

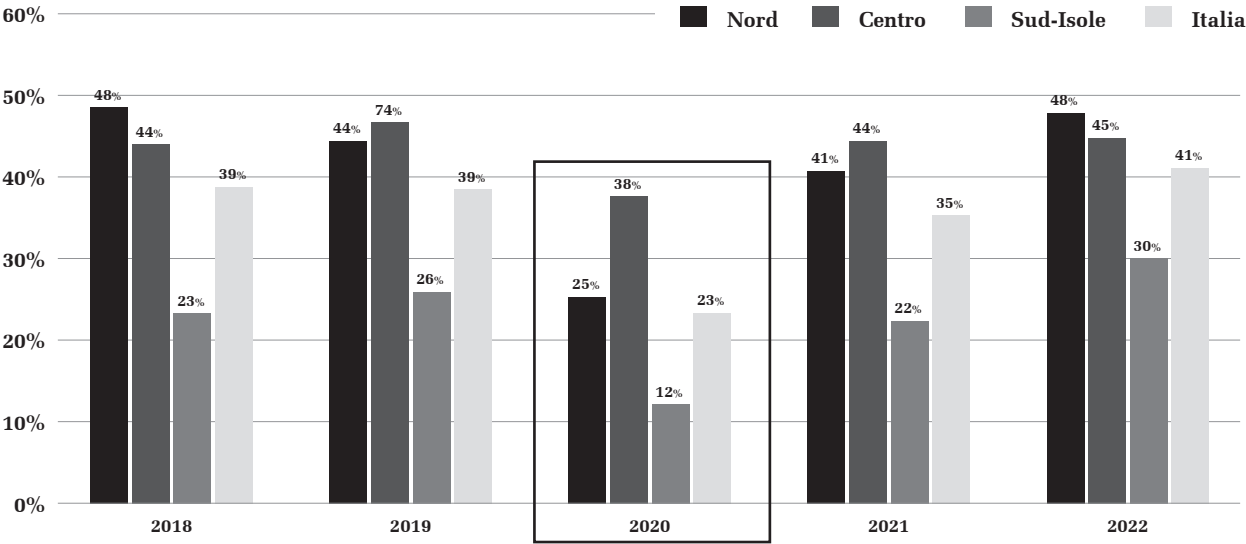


Figura 3. Risposta per gruppi di regioni allo screening cervicale (evidenziato “effetto Covid” del 2020).

L'Osservatorio Nazionale Screening ha monitorato i ritardi per regione al termine del 2020, rilevando una riduzione, rispetto al 2019, di oltre 980.000 inviti (-27%) e di 750.000 esami (-38%) per lo screening mammografico, con un ritardo medio nazionale di 4 mesi e mezzo, stimando una mancata diagnosi di 3.324 tumori mammari. Quasi 2 milioni di inviti in meno per lo screening coloretale con 1300 tumori non diagnosticati e oltre 7.000 adenomi avanzati; oltre un milione gli inviti mancati per lo screening della cervice e 2.700 lesioni non identificate.

Le neoplasie, non rilevate in questo periodo, saranno, pertanto, attese negli anni successivi, ma in stadi più avanzati e con prognosi peggiori.

Il National Cancer Institute, per il 2020, sottolinea le possibili ripercussioni dei ritardi diagnostici (e in particolare dell'interruzione dei programmi di screening) sulla mortalità oncologica. Per cancro della mammella e cancro del colon-retto, si ipotizza un eccesso di circa 10.000

decessi con un effetto particolarmente marcato nei prossimi 2 anni e poi via via più contenuto, pur con ripercussioni fino al 2030 (*Science* 19 Jun 2020: Vol. 368, Issue 6497, pp. 1290)

Secondo i dati ISTAT, il numero dei morti in Sardegna degli ultimi 3 anni (pre e post-pandemia) risultano essere 4.823 per il 2019, 5.129 per il 2020, 5.244 per il 2021.

A Dicembre 2022, il Consiglio Europeo ha emanato le nuove raccomandazioni sugli screening oncologici, con l'obiettivo che ha il sapore di una sfida: gli Stati Membri sono chiamati a garantire l'offerta di screening organizzato per il tumore della mammella, della cervice uterina e del colon-retto al 90% dei cittadini europei aventi diritto, entro il 2025. Accanto ai programmi già esistenti e ormai consolidati, l'Europa chiede di muovere passi fattivi verso la istituzione di nuovi programmi di screening istituzionali, in particolare quelli per il polmone, la prostata e, in contesti ad elevata incidenza, per lo stomaco (tabella 5).

Tipo di screening	Teniche di screening
Screening mammografico	Implemento delle età
Screening cervicale	vaccino/test HPV-DNA
Screening coloretale	SOF*
Screening per il tumore della prostata	PSA (+ triage con risonanza magnetica) e sorveglianza attiva
Screening del tumore del polmone	TAC spirale a basse dosi

* L'obiettivo è l'offerta ad almeno al 90 % degli aventi diritto entro il 2025

Tabella 5. Programmi di screening raccomandati dall'Unione Europea.

Fonte: Improving cancer Screening in the European Unione – SAPEA Evidence Review Report n.10

Nel caso dei 3 screening consolidati (ricompresi tra i Livelli Essenziali di Assistenza (Lea - DPCM 12 Gennaio 2017), l'Italia potrebbe vincere la sfida solo operando un aumento sostanziale dell'offerta al Sud e Isole d'Italia, non tralasciando ogni sforzo e iniziative per aumentare la partecipazione da parte dei cittadini aventi diritto, facendo riacquistare fiducia e fidelizzazione verso il servizio sanitario pubblico.

Confidiamo, pertanto, che, oltre al piano al Piano Oncologico Nazionale 2023-2027 e al Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, **il Piano Nazionale Equità per la Salute 2021-2027** (Decisione di esecuzione della Commissione Europea C 8051 del 4 novembre 2022), che si avvale del Fondo Sociale Europeo (FSE) e del Fondo Europeo per lo sviluppo regio-

nale (FESR), focalizzato sulla Macroarea Sud-Isole (Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Puglia, Sardegna, Sicilia) metta in atto azioni volte al potenziamento strutturale e organizzativo in ambito di screening con particolare attenzione a quelle categorie di persone che si trovano in condizioni di svantaggio e di particolare vulnerabilità, risolvendo, finalmente l'ormai atavico gradiente geografico Nord-Sud d'Italia.

Confidiamo, inoltre, che l'attività del neonato Registro Tumori della Regione Sardegna, prosegua in modo continuativo e sistematico, rappresentando una preziosa fonte di informazioni per le attività di ricerca epidemiologica, per la prevenzione primaria e secondaria e per le politiche di programmazione sanitaria, a beneficio di tutta la comunità sarda.



Interventi e saluti

Emilio MONTALDO

Presidente Ordine dei medici di Cagliari

Ho solo portato i saluti dell'Ordine dei medici di Cagliari.

Comunque ho rilevato tre punti sul registro tumori che hanno destato la mia attenzione e li ho lì esposti:

1. il registro tumori non è, e non può essere, semplicemente un elenco di pazienti ammalati di tumore;

2. in un'ottica di prevenzione primaria e secondaria o di una diagnosi precoce è assolutamente necessario che il registro tumori abbia diverse caratteristiche:

a. abbia un preciso criterio topografico con delimitazione accurata delle aree con percentuali ben definite dal tipo di tumore, dalla prevalenza generale e tipologica dei tumori in determinate aree, caratterizzate da una prevalenza e incidenza di particolare interesse;

b. rilevare con precisione, in un'ottica "One Health", le attività produttive (e non solo) di qualsiasi tipo che insistono nelle varie aree: industriali, minerarie o estrattive in genere, produzione e trasporto di energia, ma anche allevamento, casearie-latte, agricole/ortofrutticole, insediamen-

ti militari teatri di esercitazione, che possono in qualche modo alterare il bio equilibrio della zona, esercitando una alterazione dell'aria, dei suoli, delle acque di superficie e di falda, dei sottosuoli.

I punti a e b vanno naturalmente confrontati e intersecati tra loro per rilevare le congruenze incidenti.

3. Abbia un criterio di longitudinalità che tenga in considerazione due aspetti molto importanti:

a. di salute, di prevenzione terziaria, per i pazienti guariti long survivors, che però portano le tracce di ciò che fu fatto al tempo per guarire: interventi chirurgici, radio/chemioterapia e quant'altro, che hanno lasciato segni rilevanti in termine di salute sugli organi e gli apparati che furono al tempo coinvolti nelle cure e non necessariamente sedi del tumore;

b. un aspetto etico che porti al diritto inalienabile dell'"oblio" della malattia oncologica che ha colpito una persona poi guarita. Il "ricordo burocratico-amministrativo" eterno, sempre presente, di una malattia tumorale, segna indelebilmente una persona, rendendola soggetta a discriminazioni del tutto illegittime e molto penose e mortificanti per la stessa.

Giampaolo LILLIU

Presidente di AREAS (Associazione Regionale ex Esposti Amianto)

Grazie per averci invitato a questo convegno, premesso che il nostro intervento è limitato alla nostra storia

sul tema amianto, speriamo che sia utile al confronto.

Siamo gli ex dipendenti delle fabbriche di produzione di manufatti in cemento amianto, presenti dal 1960 fino al 1994 in provincia di Oristano, CEMA SARDA – SAR-

DIT spa di proprietà ETERNIT-FIBRONIT-SACILIT. Dal 1994 “sorvegliati sanitari” in quanto ex esposti amianto. Protagonisti negli anni ‘70, ‘80 e ‘90 della più importante battaglia di civiltà in materia di diritto alla salute tutela dell’ambiente e per un lavoro in sicurezza che ha portato alla approvazione della legge nazionale 257/92 ad oggi non applicata in tutti i suoi articoli nel silenzio assordante delle istituzioni. La Sardegna ha visto dagli anni 60 uno sviluppo economico sociale industriale non sostenibile, con il risultato di avere oggi un territorio a rischio ambientale e sanitario a causa di attività industriali altamente inquinanti, tra cui le due fabbriche Eternit che sono state e sono causa dei tumori per esposizione professionale e per esposizione ambientale.

Nel 2005 la Sardegna si è dotata della legge 22, norme del piano regionale di protezione decontaminazione bonifica dell’ambiente ai fini della difesa dai pericoli dall’amianto, ad oggi non applicata in tutti i suoi articoli a partire dalla mancata concreta attivazione del registro regionale delle patologie correlate all’amianto; inoltre, la legge prevede che ogni anno si debba svolgere la conferenza regionale amianto. Dal 2005 si è svolta una sola conferenza: nel 2014 ad Oristano. Il tutto nel silenzio tombale delle istituzioni ed enti.

Per confermare importanza del registro tumori con dati più possibili reali il procuratore di Torino Dott. Guariniello, durante il processo Eternit, ha istituito presso la sua procura una squadra di esperti con il compito di creare il registro dei tumori delle patologie correlate all’amianto, strumento utile a difesa dei lavoratori deceduti a causa della fibra killer e per dare giustizia ai loro familiari.

Il registro dei tumori è uno strumento importante per garantire la salute della collettività, anche se non sempre si registrano i dati reali e in vari

casi sono sottostimati, ci auguriamo che non sia voluto.

Crediamo che sia indispensabile una maggiore collegialità e coordinamento tra vari enti e istituti che hanno ruoli e compiti nel gestire il registro tumori.

Per confermare quanto da noi sostenuto, vi invitiamo a leggere e analizzare i dati del rapporto delle patologie correlate all’amianto dell’Istituto Superiore di Sanità (con riferimento agli anni 2010/2020). Crediamo che sia necessario aprire un confronto tra le parti al fine di dare un giudizio unitario.

Importante poter analizzare dati reali che siano finalizzati a iniziative mirate per il decremento dei casi di tumore, eliminando le cause che provocano le patologie; non fermiamoci solo alle analisi dei dati o al fondo vittime amianto o di volta in volta ai processi, attività necessarie e importanti, ma interventi a consuntivo non legati al decremento dei tumori.

Per questo bisogna investire risorse per la ricerca medica contro i tumori; nello specifico, il mesotelioma pleurico, tumore “orfano” di farmaci. Ancora oggi abbiamo in generale un insufficiente sistema di prevenzione sanitario.

Nello specifico gli ex esposti amianto sono fortemente critici nei confronti della struttura sanitaria regionale in merito al protocollo di sorveglianza sanitaria scaturito da un tavolo tecnico regionale non rappresentativo, in quanto in assenza delle associazioni degli ex esposti amianto.

Inoltre sono stati cancellati i protocolli di sorveglianza sanitaria provinciali, molto più incisivi in materia di prevenzione per migliorare il protocollo; tra le varie nostre richieste inserimento dei famigliari - assistenza psicologica ecc. Si potrebbe pensare anche di attivare un servizio per la ricerca di fibre asbesto nell’espettorato degli ex esposti, sono tante le cose per migliorare il protocollo.

Rosa Maria CALIANDRO

Ha svolto il lavoro di Medico di Medicina generale a Nuoro. partecipò all'Assemblea costitutiva di Medicina democratica a Bologna nel 1976 con Prof. Giulio A. Maccacaro

Saluto di Medicina Democratica al convegno: questo pomeriggio ci siamo riuniti, non a caso in uno spazio del maggiore ospedale oncologico della nostra regione per parlare del ruolo del registro tumori: uno strumento necessario per la salute della collettività. Ci è sembrato quindi non solo doveroso ma indispensabile partire dagli studi di un grande ricercatore quale fu Giulio Alfredo Maccacaro del quale quest'anno ricorre il centenario della nascita e prematuramente scomparso nel 1977.

Maccacaro fu un grande innovatore e visionario, infatti a lui dobbiamo se il metodo della ricerca scientifica epidemiologica (il suo Istituto in via Venezian a Milano era l'istituto di statistica medica e biometria) si estese allo studio dei determinanti ambientali, sociali e lavorativi delle malattie.

Con le sue ricerche contribuì alla crescita e alla diffusione sia nelle facoltà che nella società civile dell'importanza della prevenzione.

Egli infatti promosse la nascita di Medicina Democratica, associazione che comprendeva non solo operatori sanitari ma anche operai, cittadini, intellettuali, ricercatori per un nuovo approccio alla salute e alle malattie.

Negli stessi anni fondò la rivista Epidemiologia e prevenzione e la rivista Medicina Democratica.

Maccacaro applicò il metodo scientifico della ricerca epidemiologica e della statistica in modo innovativo sia perché ricercava le cause delle malattie là dove insorgevano ma soprattutto perché rivolgeva lo

sguardo alle persone e alle loro vite inserite nel contesto sociale e lavorativo facendole diventare protagoniste. Questo è lo sguardo che ha permesso dopo anni di dinieghi ed omissioni che agli operai di Ottana (ENICHEM) deceduti per neoplasie fosse riconosciuta la morte causata da esposizione a sostanze cancerogene la cui presenza in quella fabbrica fu negata per anni.

Maccacaro capì che l'Accademia l'avrebbe ostacolato e così si rivolse direttamente ai giovani che in quegli anni nelle facoltà di medicina italiane portavano avanti le lotte per il diritto allo studio e per un approccio innovativo della medicina non più rivolto solo alla cura ma soprattutto alla prevenzione.

Oggi le sfide che attendono i giovani medici ed in generale gli operatori sanitari sono sia le stesse, perché di fabbrica e in fabbrica si continua a morire (è anche questo il motivo se oggi siamo qui a ribadire l'importanza del registro tumori) sia nuove, quali il cambiamento climatico, la crisi delle risorse primarie (acqua), le nuove pandemie.

Nello stesso tempo i progressi della ricerca scientifica applicata alla medicina, la digitalizzazione, l'intelligenza artificiale miglioreranno le capacità di diagnosi e cura e, se ben utilizzate, contribuiranno a colmare il divario fra aree forti ed aree deboli del pianeta.

Mi auguro quindi che i progressi scientifici comportino un uso più democratico delle conoscenze e che i futuri operatori sanitari non dimentichino l'insegnamento di Maccacaro soprattutto l'importanza dello sguardo alle vite delle persone.



Rosanna CADELANO
Medico, Comitato Sa Luxi

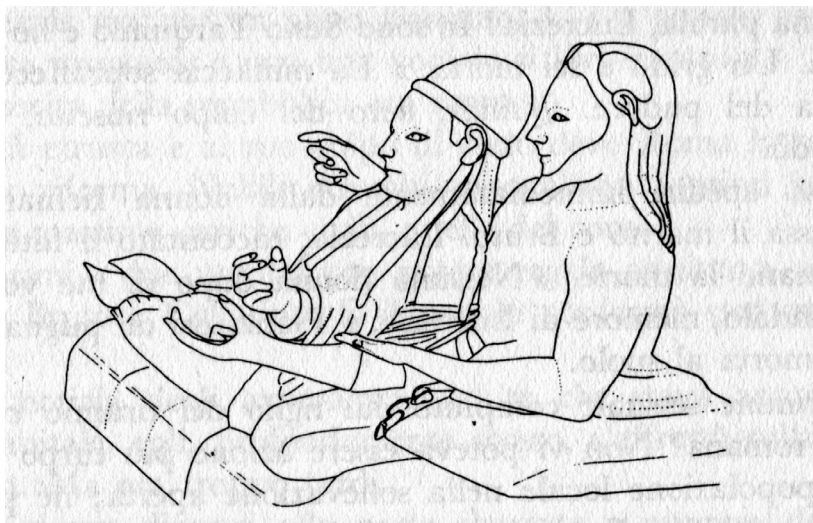
Buonasera a tutti, io oggi rappresento il Comitato Sa Luxi e sono qui per raccontare la nostra storia per chi ancora non la conosce. Oggi per noi è un grande giorno: si realizza un grande sogno che è quello di essere arrivati ad aver coinvolto nel nostro messaggio del Registro Tumori esperti e tante associazioni di cittadini. Ma chi è Sa Luxi? Noi nasciamo come comitato di cittadini che operano per far conoscere alla popolazione l'importanza del Registro Tumori: uno strumento prezioso per la nostra salute ma anche come strumento di equità nel ridurre le disuguaglianze di salute e nel promuovere opportunità eque per accedere alla salute e ai servizi. Ma perché siamo nati? Per spiegare ciò non posso non partire dal nostro carissimo Carlo Masu, che allo scoprire di avere un tumore cerca aiuto con gli amici per potersi curare nella ricerca di un Registro Tumori. Da qui la nostra partenza e il nostro lavoro che dura da circa 10 anni. Abbiamo superato tre legislature pensando sempre di trovare l'occasione giusta per cercare un confronto con l'assessore di turno ma niente di fatto.

Abbiamo organizzato Sit-in in tante piazze, nelle fiere, nelle strade, in tante occasioni ed eventi per avere dalla nostra parte le istituzioni per poter realizzare questo Registro.

Eppure sembrava semplice spiegare alle persone che bastavano solo due paroline: incidenza e prevalenza dei tumori, per aprire un mondo di possibilità per la nostra sopravvivenza. Intanto ci ha lasciato il nostro amato Carlo, ci ha lasciato Marco e anche Peppino. Ma noi non ci siamo arresi perché abbiamo promesso che non avremmo mollato in nome della loro malattia "il tumore". È vero che "l'unione fa la forza" ed è vero che a volte bisogna partire dal basso ma la conoscenza è lo strumento che ci fa arrivare all'obiettivo, perché si ha la consapevolezza di ciò che si vuole dire e fare; ma a volte non basta, ci si sente impotenti.

Decidiamo di coinvolgere gli esperti che lavorano per realizzare il Registro e le altre associazioni. Oggi siamo qui con voi che avete accettato il nostro invito e vi ringraziamo della vostra presenza e della vostra collaborazione: che sia oggi l'inizio della buona strada.

Grazie a tutti.



Gli equivoci della prevenzione

Di Ezio LACONI*

Nell'opera teatrale di Jules Romain "Knock, o il trionfo della medicina", capolavoro assoluto pubblicato nel 1923, vi è, tra le tante intuizioni, un riferimento specifico al ruolo che la macchina pubblicitaria andava assumendo e avrebbe sempre più assunto nei decenni successivi nella pratica della medicina. La scena famosa è quella del banditore che, dietro pagamento, comunica alla popolazione, intenta agli acquisti nel mercato rionale, che il nuovo medico del paese, il Dr. Knock, effettuerà visite gratuite il lunedì di ogni settimana.

Questa scena contiene due elementi di strategia pubblicitaria. Uno diretto, rappresentato dal banditore che diffonde la notizia riguardante l'attività del nuovo medico. L'altro indiretto, ma ben più significativo e coinvolgente, che consiste nell'annuncio delle visite gratuite. Una gratuità che non è finalizzata a venire incontro ai bisogni di assistenza di chi è senza mezzi e non può quindi permettersi una regolare visita a pagamento, ma piuttosto ad ampliare il bacino d'utenza delle prestazioni pagate e quindi il "giro di affari" dello stesso medico. Non a caso l'opera di Romain è da ritenersi uno degli esempi più efficaci di denuncia della mercificazione della salute (e della pratica medica), contro cui avevano peraltro già messo in guardia i "padri" della medicina occidentale, Ippocrate e Galeno.

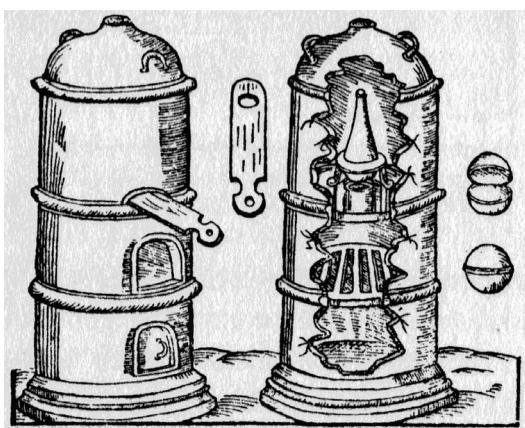
Questi elementi corruttivi magistralmente sottolineati da Jules Romain, sono invece oggi talmente consuetudinari che passano ormai inosservati e non attribuiamo loro il rilievo che meriterebbero. Sono disciolti talmente bene nell'"acqua in cui nuotiamo" che li consideriamo normali compagni di viaggio nell'esercizio della pratica medica.

È mia opinione che sia necessario un serio lavoro di riflessione e di rielaborazione per individuare, denunciare e adoperarsi per rimuovere tali distorsioni che contribuiscono a perpetuare e anzi rendere sempre più pervasiva la mercificazione della salute. Dobbiamo smontare le vere e proprie trappole ideologiche che vi sono state costruite attorno e di cui spesso cadiamo vittime inconsapevoli.

LE "GIORNATE DELLA PREVENZIONE"

Pensiamoci un attimo: cosa sono oggi le numerose "giornate della prevenzione", che si tengono in tutta Italia, in tutte le stagioni, a tutte le latitudini, se non una gigantesca e incessante campagna pubblicitaria che, al di là delle intenzioni di chi la promuove, riproduce molto, negli effetti concreti, la scena ricordata del Dr. Knock? Abbiamo in Italia, e ancor più in Sardegna, un Servizio Sanitario pubblico estremamente carente, per usare un eufemismo. Di fatto, non esiste la

** Medico,
docente
Università
di Cagliari,
Medicina
Democratica
Sardegna*



possibilità per i comuni mortali di prenotare una visita specialistica in tempi utili in presenza di un sospetto diagnostico di qualsiasi natura e gravità. Esiste solo l'opzione delle visite intramoenia o, più frequentemente, del ricorso al privato, comunque a pagamento. In un tale contesto, organizzare "giornate della prevenzione", con annesse visite gratuite, ha lo stesso risultato pratico di allora: porta inevitabilmente ad un aumento della domanda di assistenza, peraltro non sempre giustificata, a tutto vantaggio della medicina privata votata agli affari, la sola in grado di rispondere a questa domanda. Le "giornate della prevenzione" non sono una soluzione! Tutt'altro. Dobbiamo pretendere che la possibilità di essere assistiti in caso di necessità sia sempre disponibile, senza dover dipendere dalla buona volontà di chi organizza queste iniziative estemporanee dall'effetto quantomeno discutibile. Tantopiù che la prevenzione di cui si parla in questi contesti coinvolge quasi sempre le responsabilità e i comportamenti individuali, mai quelli collettivi.

GLI SCREENING

In questo ambito, meritano importanti considerazioni gli stessi test di screening, in particolare quelli oncologici.

Prima considerazione: vengono in genere presentati al grosso pubbli-

co come **La Prevenzione per eccellenza**, facendo intendere che si tratti del principale, se non dell'unico strumento disponibile per evitare il rischio di sviluppare patologie gravi oltre il limite di curabilità. Questo modo di impostare il problema non solo è errato dal punto di vista scientifico, ma è anche fuorviante da un punto di vista culturale. La vera prevenzione è, come noto, quella primaria, che si fonda sulla rimozione, o quantomeno la riduzione dell'esposizione ai possibili fattori di rischio legati alla patologia specifica. In quanto tale, dipende solo in parte dall'individuo, mentre è più pesantemente legata agli ambienti di vita e di lavoro, a determinanti socio-economici di salute, alla qualità dell'aria che si respira, dell'acqua che si beve e del cibo che si mangia. Tutte variabili il cui monitoraggio e controllo sono in capo alla comunità, più che al singolo. Ignorare questa dimensione e ridurre la prevenzione agli screening significa invece scaricare la responsabilità proprio sul singolo, assolvendo al contempo le istituzioni comunitarie da ogni impegno verso tutela della salute. La salute, da tema politico per eccellenza, viene derubricato a problema che riguarda l'individuo, in cui il grado di condivisione con la comunità diventa marginale.

Seconda considerazione: fare screening in un contesto in cui non si è in grado di garantire la continuità dell'assistenza in caso di esito positivo è non solo ingiusto, ma addirittura paradossale. Si comunica a un individuo che c'è un potenziale problema con la sua salute, e poi lo si abbandona a sé stesso. Anche il presidente degli Stati Uniti Obama fu fortemente criticato per aver reso gratuiti gli screening ma non l'eventuale percorso di diagnosi e cura successivo, che è rimasto inaccessibile per molte famiglie delle classi disagiate. Con il risultato che alla povertà si è aggiunta la disperazione di chi sa che potrebbe

avere una malattia, anche grave, ma non la può curare. Ma il paradosso, a ben vedere, è già a monte: che senso ha implementare campagne di screening su una popolazione teoricamente sana e comunque asintomatica se a chi è già sintomatico non si assicura un'adeguata assistenza gratuita, come è esperienza diffusa in Italia e in Sardegna? L'evidente paradosso si risolve solo nella logica della medicina degli affari (privata), che promuove la malattia, non la salute, con l'esplicito intento di trarne profitto.

Un'ultima considerazione, strettamente scientifica, che però impatta sull'efficacia stessa degli screening. Il progredire delle conoscenze ci ha reso sempre più edotti della presenza di numerose alterazioni nei nostri organi che potrebbero essere diagnosticate come tumori ma che in realtà non mettono a rischio la salute dell'individuo (*Science*, 348: 880, 2015). Queste alterazioni aumentano con l'età e possono essere individuate attraverso le procedure di screening solitamente utilizzate, esponendoci quindi al rischio di quelle che vengono definite "sovradiagnosi". Di diagnosi, cioè, che individuano lesioni che non hanno rilevanza clinica e che portano poi a sovratrattamenti, cioè a ricoveri e terapie non necessarie. Il caso più famoso è quello dei tumori tiroidei in Corea del Sud, dove si osservò un incremento di 20 volte dell'incidenza di neoplasie papillari, che passò da 4 a oltre 80 casi per 100.000 da inizio anni '90 al 2010, senza alcuna variazione della mortalità. Tale aumento fu attribuito all'introduzione dello screening ecografico, che fu in seguito sospeso dal governo coreano in quanto fu riconosciuto essere all'origine di

un enorme numero di sovradiagnosi e di conseguenti sovratrattamenti (inclusa la rimozione chirurgica della tiroide!) (*N Engl J Med* 2014; 371:1765-1767; November 6, 2014). Dopo la sospensione dello screening c'è stata rapida diminuzione dei casi, ma si è avuto poi un nuovo incremento a partire dal 2015. Questo è stato attribuito alla capillare campagna promozionale a favore dello screening diffusa sui social media da parte di medici professionisti coreani che, nonostante non abbia un supporto scientifico e non sia sostenuta dalle autorità sanitarie ufficiali, continua a trovare comunque il favore del pubblico (*BMC Public Health* volume 24, Article number: 942, 2024).

Questa problematica coinvolge teoricamente tutte le procedure di screening e raramente viene evidenziata quando si implementano questi programmi. Un recente studio mette in evidenza come la maggior parte dei medici ignori l'esistenza stessa del problema (*PLOS ONE*, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0315247> February 3, 2025). È evidente come l'entità delle sovradiagnosi, non facile da quantificare, incida anche sulla determinazione dell'efficacia complessiva dello screening, un tema complesso e ancora dibattuto nella letteratura scientifica specialistica.

È essenziale recuperare la dimensione collettiva e comunitaria delle problematiche legate alla nostra salute. L'insistenza sulla medicina di precisione, personalizzata, fondata sulla genetica individuale può apparire ammaliante. Oltre a basarsi su discutibili premesse scientifiche, è molto fuorviante e pericolosa sul piano culturale e politico.

La miglior cura è la prevenzione

Di Francesco CARTA*

Il Convegno sul Registro Regionale Tumori, tenutosi a Cagliari presso l'Ospedale Oncologico il 25 ottobre 2024, si è svolto in un momento di particolare crisi del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale, tale da indicare una vera e propria grave emergenza, che colloca la Sardegna al primo posto per percentuale di abbandono delle cure e all'ultimo posto per i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Le liste d'attesa sono inaccettabili; per avere visite tempestive bisogna spesso farle a pagamento; le strutture ospedaliere sono in grave sofferenza; la medicina territoriale è inadeguata; aumenta la migrazione sanitaria extraregione. La carenza dei medici di famiglia e delle strutture territoriali è una delle principali emergenze: interi territori sono privi dell'assistenza di base (medicina generale e pediatria), mancano oltre 467 medici di base (su circa 1.200 previsti) e oltre 400 mila persone (su una popolazione di 1 milione e 600.000 abitanti) sono senza medico di libera scelta. Le gravi carenze della medicina territoriale si ripercuotono negativamente sul funzionamento complessivo della sanità; sono trascurate la prevenzione primaria e quella secondaria, l'educazione ambientale, sanitaria e quella alimentare per corretti stili di vita.

Di conseguenza cresce il ricorso (spesso improprio) al Pronto soccorso, che diventa per larghe fasce di

popolazione il primo e unico accesso al Servizio sanitario pubblico.

La stessa crisi dell'organizzazione ospedaliera è aggravata dalla carenza o assenza della medicina territoriale, che dovrebbe rappresentare il primo accesso alle cure del servizio sanitario. Si rende indispensabile e urgente una riorganizzazione della sanità, a cominciare da quella territoriale delle cure primarie e di prossimità. Una riorganizzazione dal basso, a partire dall'esistente, che spesso è sotto utilizzato e disorganizzato.

Per fare ciò la Regione Sardegna si deve dotare di un Piano socio-sanitario regionale aggiornato che parta da un'analisi dei dati epidemiologici, demografici e sanitari, che esamini la situazione esistente, le strutture disponibili e funzionanti, quelle mancanti e proponga delle soluzioni per dare risposte alle esigenze di salute della popolazione. È necessaria una programmazione che coinvolga la cittadinanza attraverso la Consulta regionale con la partecipazione attiva dei rappresentanti degli operatori delle professioni sanitarie, degli enti locali e delle associazioni dei cittadini affetti da patologie e disabilità.

Recenti dati ISTAT indicano che la principale causa di morte in Sardegna è rappresentata dai tumori, che superano le malattie cardiovascolari. Come ampiamente dimostrato dai relatori intervenuti al convegno del 25 ottobre 2024, il registro regionale dei

**Medicina
Democratica
Sardegna*

tumori fornisce informazioni indispensabili per un'adeguata programmazione sanitaria e interventi di prevenzione primaria e secondaria.

Molti tumori sono soggetti a guarigione, specie se diagnosticati e curati tempestivamente. Inoltre, si rende necessario intervenire sui determinanti di salute socio-economici e ambientali per attuare la prevenzione primaria.

Vanno programmate le bonifiche ambientali nei siti inquinati e nei Siti di Interesse Nazionale (SIN) individuati dal Ministero dell'Ambiente (in Sardegna SIN n. 34 Sulcis-Iglesiente e Guspinese e n. 40 Aree industriali di Porto Torres).

Il sesto rapporto SENTIERI indica nei SIN un aumento del rischio di morte e di ospedalizzazione, anche in età pediatrica e giovanile, e un aumento dei tumori e delle patologie da inquinamento ambientale. Gli esperti giudicano preoccupanti tali risultati per i due SIN ubicati in Sardegna. Sono necessarie adeguate risposte di bonifica ambientale e nei luoghi di lavoro per ridurre gli infortuni e le malattie professionali, in crescita.

La prevenzione e diagnosi precoce sono in grado di ridurre le malattie e salvare vite umane. Ciò è ancor più vero in una situazione di emergenza sanitaria a causa della crisi che il SSN pubblico sta attraversando.

Dotarsi del Registro regionale dei tumori, rafforzare quelli territoriali e il servizio epidemiologico regionale è un compito prioritario. Si potranno ricavare importanti informazioni e conoscenze in grado di guidare una adeguata programmazione sanitaria. È indispensabile e fondamentale l'attuazione del Registro Tumori della Regione Sardegna, già istituito con la L.R. n. 21 del 7/11/2012, mai applicata, con l'eccezione dei registri territoriali di Sassari e Nuoro, per le circoscrizioni nord e Sardegna centrale, regolarmente accreditati dall'Associazione Italiana Registro Tumori (AIRTUM).

La crisi economica e sociale, l'aumento delle povertà e delle disuguaglianze, determinano un aggravarsi del disagio psichico e della salute mentale fin dall'età infantile. Gli interventi precoci e preventivi sono indispensabili per ridurre lo sviluppo delle malattie mentali e la cronicizzazione delle stesse. Oggi i centri di salute mentale sono inadeguati e scarsamente accoglienti.

Per far fronte alla carenza di medici di base sono stati istituiti gli Ambulatori Straordinari di Continuità Territoriale (ASCOT) per i cittadini senza medico. Sono proposte emergenziali, utili in questa fase, ma non sono la soluzione.

Nel giugno 2008 la Regione Sardegna deliberò per l'istituzione delle prime 34 Case della salute. Negli anni precedenti si era sviluppato un interessante dibattito su queste innovative forme di organizzazione sanitaria, col contributo di Medicina Democratica, con la collaborazione di Fulvio Aurora, di associazioni di base, della Cgil, con la partecipazione di Bruno Benigni e dell'Assessore alla sanità di allora Nerina Dirindin.

Il 2/12/2015 fu approvata una DGR su "Linee di indirizzo per la riqualificazione delle cure primarie" in seguito al lavoro di un tavolo tecnico appositamente istituito che aveva il compito di elaborare un "Modello Sardegna di cure primarie per il rilancio dell'assistenza territoriale", si trattava di sperimentare la coesistenza delle case della salute con la medicina generale e medici di famiglia. Purtroppo tali decisioni non furono mai applicate come necessario e le criticità della sanità territoriale si aggravarono. Il 10/10/2017 in Consiglio regionale della Sardegna approvò la riorganizzazione della rete ospedaliera, con riduzione dei posti letto (in applicazione del DM 70/2015) senza una precedente riorganizzazione territoriale.

Oggi la riorganizzazione della medi-

cina territoriale, delle cure primarie e di prossimità prevede l'applicazione del DM n. 77 del 23 maggio 2022. Vanno riorganizzate le strutture esistenti e create le nuove (case e ospedali di comunità, centri di assistenza e urgenza), rafforzando l'associazionismo nella medicina generale e creando le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), forme organizzative monoprofessionali della Medicina Generale, mettendo in rete i professionisti. Va incrementato il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e la telemedicina. Solo così si potranno porre le basi per garantire la gestione delle malattie croniche a livello territoriale e le cure di prossimità.



Bisogna dare urgente risposta alla più grave emergenza causata dalla mancanza di personale sanitario, medico e infermieristico, e di altre figure professionali. La principale risorsa del servizio sanitario pubblico è il personale. Sono necessarie assunzioni straordinarie di personale sanitario, ricorrendo anche ai medici stranieri disponibili, per la sanità specialistica ospedaliera e territoriale.

La richiesta in tal senso è stata avanzata in un convegno svoltosi a Sorgho nel mese di dicembre 2024 dal Comitato SOS Barbagia Mandrolisai, dalla comunità Montana e da tutti i sindaci del territorio, in presenza della responsabile dell'associazione dei medici cubani e di esperti della Regione Calabria che ha assunto circa

400 medici cubani con ottimi risultati e riscontro positivo da parte della popolazione e delle ASL. Il contratto è stato rinnovato per altri due anni.

Nelle nostre strutture territoriali vanno create e incentivate le equipe multidisciplinari e multiprofessionali nelle Case di Comunità col coinvolgimento primario dei medici di medicina generale. Esse potranno contribuire alla riorganizzazione della sanità, a partire dal basso, e garantire il diritto universalistico alla salute.

Pur salvaguardando le competenze tecniche delle ASL, riteniamo inoltre che i comuni e i sindaci debbano assumere non solo un ruolo consultivo ma anche propositivo e decisionale nella programmazione sanitaria nelle ASL e nei Distretti (Conferenze socio-sanitarie territoriali e Comitati di Distretto) e nell'elaborazione di un Piano socio-sanitario regionale per garantire l'integrazione socio-sanitaria, dare risposte di prossimità alle esigenze di salute della popolazione, garantire la gestione delle malattie croniche nei territori, con l'adozione dei Percorsi Diagnostici e Terapeutici Assistenziali (PDTA) per le specifiche patologie a maggior rilevanza.

I Direttori generali dovrebbero avere competenza tecnica e non politica, rispondere agli interessi della sanità pubblica e al piano socio-sanitario.

Un ragionamento specifico va fatto su ARES (Azienda regionale della Salute), struttura di centralizzazione del potere a livello regionale, che rappresenta una esternalizzazione della gestione della sanità, toglie potere e competenze all'Assessorato e alle stesse ASL. Conta circa 1.100 dipendenti, di cui 156 dirigenti, provengono prevalentemente dalle ASL. Le sue competenze vanno limitate e ridimensionate. Le funzioni e competenze di ARES andrebbero assegnate all'Assessorato e alle ASL.

Con il recente commissariamento delle ASL da parte della Giunta della Regione Autonoma della Sardegna

(27 aprile 2025) si vorrebbe attuare un'inversione di tendenza che finora non c'è stata. Una riorganizzazione dal basso si rende a maggior ragione indispensabile.

Il DM 77/22, prevede la costituzione delle nuove strutture per riorganizzare la sanità:

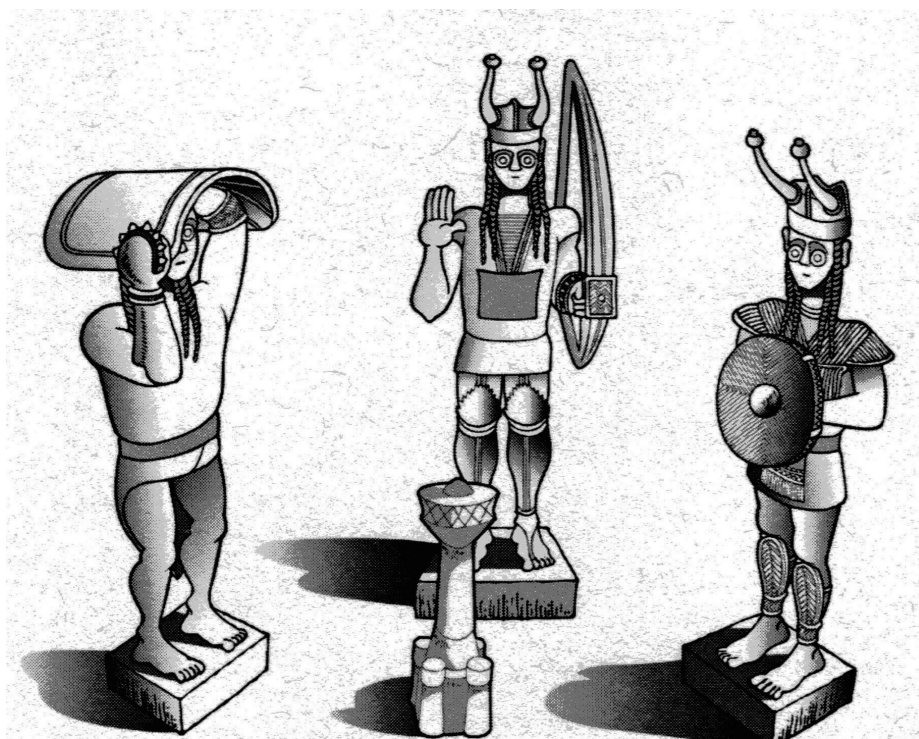
le Case e gli Ospedali di Comunità dovrebbero avere un ruolo centrale nella riorganizzazione dal basso della sanità territoriale. Noi sosteniamo con convinzione tali proposte e ci battiamo per la loro attuazione.

Contro lo smantellamento della sanità negli ultimi anni si è sviluppato in Sardegna un importante movimento di protesta e di proposta in difesa della sanità pubblica. Si è costituito un Coordinamento dei Comitati sardi per la sanità pubblica al quale hanno aderito molti comitati territoriali e

associazioni, tra cui Medicina Democratica. Si sono promosse importanti manifestazioni di massa e si è aperto un confronto critico con le istituzioni comunali (compresa l'ANCI), regionali e con le singole ASL.

Tra le tante rivendicazioni il Coordinamento dei comitati si batte per il finanziamento della sanità pubblica, per garantire l'assistenza gratuita in tutti i territori, la realizzazione delle Case di comunità con relativo personale sanitario e amministrativo, per garantire le attività a livello distrettuale, permettere la gestione di prossimità e domiciliare; inoltre, si batte per l'istituzione del Registro Regionale dei Tumori.

Siamo convinti che la miglior cura sia la prevenzione, non la privatizzazione della sanità, né la mercificazione della salute.



Registro Tumori della Sardegna: sarà la volta buona?

Emilio USULA*

È stata meritoriamente presentata, discussa e approvata all'unanimità in CR una mozione per dare piena attuazione al RT Regionale. Bisogna precisare subito che si tratta un progetto che ha origine da oltre 30 anni ma che mai ha trovato piena realizzazione e attuazione. Il RT è strumento indispensabile per la conoscenza dello stato di salute di una popolazione, delle cause di malattia, di morte, e sulle cause di maggiore incidenza di determinate patologie neoplastiche, in determinate aree o territori. Strumento imprescindibile per avviare azioni di prevenzione primaria, di diagnosi precoce e di adeguato trattamento delle malattie tumorali. Più in generale di corretta e adeguata gestione della salute dei cittadini. Risale a oltre trent'anni orsono, il primo "passo politico". Da allora un susseguirsi di mozioni, delibere di Giunta, odg e interrogazioni da più parti senza mai arrivare ad una concreta attuazione del Registro come realtà operativa a copertura dell'intero territorio Regionale. In modo evidente, a più riprese, e da più parti, da tanti politici il RT è stato percepito e inteso (e certamente questo avviene ancora), come un semplice strumento di raccolta dati cui attingere come giustificativi per denunce estemporanee e cui hanno fatto seguito talvolta, azioni amministrative e gestionali senza chiari progetti altrettanto estemporanei o piani operativi definiti. Talvolta, (peggio) per assegnare incarichi a centri se non a singoli professionisti da promuovere o

da sostenere. Ne sono derivate, spesso, scelte estemporanee, anacronistiche e prive di una reale consapevolezza del ruolo e di necessità di opportune competenze e capacità per incarichi di quella valenza. Purtroppo anche l'intervento dell'assessore Bartolazzi in Consiglio ha lasciato non poche perplessità per alcune inesattezze anche gravi, presenti nella sua dichiarazione. Riconosciamogli certamente le buone intenzioni ma alcuni punti meritano maggior chiarezza e precisazione. Lui afferma che solo il registro di Sassari era attivo dimenticando quello di Nuoro-Oristano che ha avuto un riconoscimento formale dall'Airtum (registro tumori Nazionale). Riconoscimento certificato da prestigiose riviste specializzate. In cui lo stesso Bartolazzi compare come prefatore!! Cagliari nonostante tanti buoni intenti non ha mai visto un vero avvio rimanendo sempre una entità nebulosa e confusa con ruoli direzionali e gestionali alternantesi spesso anche in modo contraddittorio e conflittuale. Questa condizione "monca" ha comportato un chiaro impedimento alla realizzazione del RT a copertura Regionale. Con la Giunta Pigliaru si è anche arrivati a una condizione paradossale di incarico formale diretto a un professionista del Lazio quale dirigente del non ancora operativo registro sardo. Da sottolineare che lo stesso professionista proveniva da una Regione (Lazio), a sua volta priva di questa complessa struttura su base regionale. La pandemia Covid ha

**Medicina
Democratica
Sardegna*

poi contribuito a bloccare ulteriormente l'iter attuativo del Registro negli anni successivi, durante la Legislatura Solinas, certamente ancora più del Covid, la causa principale del blocco va attribuita alla totale incapacità e assenza di interesse dei decisori politici a riprendere e risolvere l'annosa questione del Registro Tumori Regionale. Ora come l'araba fenice che si riprende dalle proprie ceneri, il tema sembra riprendere forza e nuova energia. Non sarà certamente la "semplice" anche se apprezzabilissima, approvazione di una mozione ad assicurare la realizzazione di questo ineludibile strumento di gestione della sanità e della salute dei Cittadini sardi. Ora siamo in una fase che personalmente definisco contraddittoria. Da una parte un certo risveglio e rinnovato impegno del Consiglio (mozione Frau) e contemporaneamente la proposta di giunta per una "cabina di regia" per la gestione delle patologie oncologiche. Come interpretare questo scenario? Dobbiamo considerare con fiducia e sincera aspettativa come un risveglio di consapevolezza politica nella giusta direzione di dotare FINALMENTE la Sardegna del suo tanto atteso e altrettanto disatteso Registro Tumori Regionale. È necessario individuare una figura esperta, che conosca la realtà dei territori della Sardegna! Che abbia già dimostrato le capacità e le competenze di cui si parlava, anche se fosse un professionista da richiamare dalla pensione cui attribuire risorse e personale e pieno mandato con copertura operativa su tutto il territorio regionale, con mandato di almeno 2 anni cui far seguire una stretta verifica sui risultati ottenuti e la messa a fuoco di criticità e possibili soluzioni, magari in un ruolo guida della famosa "cabina di regia", solo così questa legislatura potrebbe concludersi con il Registro tumori regionale finalmente realizzato e in grado di dare il suo enorme contributo a una gestione più coerente dei bisogni di salute dei cittadini Sardi. Questa Legislatura, questa giunta, ha una occasione straordinaria,

deve saperla cogliere con un po' più di umiltà e tanta buona volontà!

CONSIGLIO REGIONALE DELLA SARDEGNA XVII Legislatura

Mozione n. 32

FRAU-COCCO-DI NOLFO sulla necessità urgente di attivare procedure organizzative per il funzionamento e il potenziamento del registro tumori della Regione.

Il Consiglio Regionale, premesso che con l'articolo 1, comma 2, lettera a) della legge regionale 7 novembre 2012, n. 21 (Disposizioni urgenti in materia sanitaria connesse alla manovra finanziaria e modifica di disposizioni legislative sulla sanità) è stato istituito il registro tumori della Regione Sardegna, di seguito denominato RTRS;

- con il successivo regolamento regionale n. 2 del 14 novembre 2016 (Norme per il funzionamento del Registro tumori della Regione Sardegna, istituito con legge regionale 7 novembre 2012, n. 21), di seguito regolamento, è stato disciplinato il funzionamento del predetto registro;
- con la determinazione n. 1245 del 7 novembre 2018 (prot. n. 26059/2018) è stato istituito e disciplinato il flusso informatico del RTRS, predisposto da un gruppo tecnico del 31 ottobre 2018;
- con la legge 22 marzo 2019, n. 29 (Istituzione e disciplina della Rete nazionale dei registri dei tumori e dei sistemi di sorveglianza e del referto epidemiologico per il controllo sanitario della popolazione), è stato istituito il registro nazionale dei tumori e del referto epidemiologico;
- con decreto del Ministro della salute del 1° agosto 2023 è stato disciplinato l'uso del registro nazionale tumori che viene alimentato dai registri delle regioni e delle province autonome;

VISTE:

- la deliberazione della Giunta regionale 16 giugno 2015, n. 30/21 (Adozione Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018), con la quale è stato adot-

tato il Piano regionale di prevenzione (PRP) 2014-2018 che, nell'ambito del programma P-8.1 "Sorveglianza epidemiologica salute/inquinanti ambientali", prevede l'attivazione del registro regionale tumori, con la messa a regime delle attività di raccolta, sistematizzazione, analisi e conferma dei casi di neoplasia su tutto il territorio regionale;

- la deliberazione della Giunta regionale 26 giugno 2018, n. 33/9 (Rimodulazione e proroga al 31.12.2019 del Piano Regionale di Prevenzione (PRP) 2014-2018, adottato con la deliberazione della Giunta regionale n. 30/21 del 16.6.2015), con la quale è stata prorogata al 31 dicembre 2019 la vigenza del PRP rimodulato secondo i criteri stabiliti nell'intesa Stato-Regioni; rep. Atti 247/CSR del 21 dicembre 2017, fermo restando il Quadro logico regionale;

VISTI INOLTRE:

- il regolamento che disciplina il registro tumori;
- la determinazione del Direttore generale della sanità 21 settembre 2017, n. 940 (Istituzione del gruppo tecnico regionale del registro tumori (GRTum), con il mandato prevalente di programmare le azioni per l'avvio e la messa a regime del RTRS definendo gli aspetti tecnici e organizzativi per il funzionamento);
- il disciplinare tecnico flussi informativi sanitari, approvato con determinazione del Direttore generale della sanità 7 novembre 2018, n. 1245 (Definizione e attribuzione di attività, atti e provvedimenti alle SS.CC. e SS.SS.DD. afferenti Dipartimento Area Tecnica);

CONSIDERATO che:

- il RTRS prevede un'articolazione di tipo federato, costituito da una struttura unitaria di coordinamento, il coordinamento regionale del registro tumori (CRRT) da "un data warehouse" centralizzato e da tre registri tumorali locali (RTL), ciascuno corrispondente ad una macroarea del territorio della Sardegna e ubicato presso il dipartimento

di prevenzione competente per territorio, così distinti:

- registro tumori nord Sardegna, comprendente la circoscrizione territoriale delle aree socio-sanitarie locali (ASSL) di Sassari e Olbia;
- registro tumori Sardegna centrale, comprendente la circoscrizione territoriale delle ASSL di Nuoro, Ogliastra e Oristano;
- registro tumori sud Sardegna, comprendente la circoscrizione territoriale delle ASSL di Cagliari, Medio Campidano e Sulcis Iglesiente;
- la struttura deputata a raccogliere i dati provenienti dai tre registri tumori locali per l'elaborazione delle informazioni epidemiologiche e statistiche ai fini di programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria è il "data warehouse" centralizzato del RTRS, collocato presso l'Osservatorio epidemiologico regionale (OER) della Direzione generale della sanità della Regione;
- la deliberazione della Giunta regionale 23 febbraio 2024, n. 5/40 (Registro tumori della Regione Sardegna. Indirizzi organizzativi), e la deliberazione della Giunta regionale 15 febbraio 2024, n. 4/58 (Registro tumori della Regione Sardegna. Individuazione del Centro di riferimento regionale, ai sensi del decreto del Ministro della Salute 1° agosto 2023) hanno individuato il Dipartimento sanità digitale e innovazione tecnologica dell'Azienda regionale della salute (ARES), quale centro di riferimento regionale (CRR) del RTRS, ai sensi del decreto del Ministro della salute 1° agosto 2023 (Registro nazionale tumori);

RILEVATO che il predetto impianto del RTRS non è mai stato completato, dal momento che il registro tumori del nord Sardegna e quello della Sardegna centrale, entrambi accreditati a livello nazionale presso l'Associazione italiana registri tumori (AIRTUM) e internazionale presso l'International Agency for Research on Cancer (IARC), sono già attivi e operanti rispettivamente

dal 1993 e dal 2002, mentre il registro tumori del sud Sardegna non è ancora operativo e necessita dell'accreditamento che sarebbe in fase di definizione, anche alla luce delle modifiche richieste dal Garante della privacy, in coerenza con le nuove norme vigenti per i dati sanitari e la loro diffusione, anche a uso statistico e scientifico;

EVIDENZIATO che:

- la pandemia Covid-19 oltre ad accrescere le problematiche del sistema sanitario regionale, dovute principalmente alla progressiva riduzione del personale sanitario, ai continui ridimensionamenti dei servizi assistenziali e sanitari in tutti i territori, specialmente in quelli più interni della Sardegna, ha avuto pesanti riflessi sulla capacità di prevenzione e assistenza oncologica;
- a livello europeo e internazionale nel solo anno 2022 sono stati diagnosticati circa 20 milioni di nuovi casi di tumore e si sono verificati quasi 10 milioni di decessi per cancro (fonte IARC);
- le previsioni per il 2050, che tengono conto delle proiezioni di crescita della popolazione mondiale e del suo progressivo invecchiamento, suggeriscono che le persone che scopriranno di avere un tumore saranno circa 35 milioni (fonte Associazione italiana ricerca sul cancro – AIRC);
- nel 2023, in Italia, erano stimate 395.000 nuove diagnosi di cancro (nel 2020 erano 376.600), 208.000 negli uomini e 187.000 nelle donne, con un incremento di oltre 18.000 casi in tre anni e nei prossimi due decenni il numero assoluto annuo di nuove diagnosi oncologiche in Italia aumenterà in media dell'1,3 per cento per anno negli uomini e dello 0,6 per cento per anno nelle donne;
- i decessi in Sardegna sono stati nel 2021 il 33,01 per cento con 5244 casi, diventando la prima causa di morte, in aumento del 1,01 per cento, rispetto al 32 per cento del 2020, e addirittura al di sopra della media nazionale che è il 29,4 per cento. In Sardegna, dunque ri-

spetto alla media e al nord Italia ci si ammala di meno ma si muore di più (da ISTAT 2022);

ATTESO che:

- il completamento e la piena operatività del registro tumori consentirebbe la quantificazione dell'incidenza, prevalenza e sopravvivenza, delle patologie oncologiche nonché di avere un quadro completo e dati certi su numeri, caratteristiche e condizioni dei pazienti affetti da tumori nell'Isola;
- la piena operatività del registro non possa prescindere dalla definizione di un sistema di flusso e gestione dei dati che abbia alla base il referto istologico definitivo in coerenza con i codici *snomed* del servizio di anatomia patologica della Sardegna, che consenta la registrazione dei casi certi e unici con identificazione in ciascun servizio di anatomia patologica di uno specialista patologo di riferimento responsabile del database interno, in rete con gli altri nodi del sistema a livello regionale;
- la piena operatività del RTRS è funzionale al corretto trasferimento dei dati regionali al database nazionale;
- il RTRS, svolgendo una funzione di identificazione tempestiva dei problemi sanitari emergenti, è universalmente riconosciuto quale strumento fondamentale per l'organizzazione, il controllo e la valutazione degli interventi di sanità pubblica, nell'ambito della programmazione per la prevenzione, diagnosi e cura delle patologie neoplastiche;

RITENUTO, pertanto, necessario e improcrastinabile procedere al completamento e potenziamento del RTRS considerata anche la sua funzione preventiva in attuazione dei principi comunitari quali il principio di precauzione e il principio del "chi inquina paga", funzioni di indirizzo, di controllo degli standard e dei sistemi e metodi utilizzati, di valutazione della qualità e dell'uniformità nella raccolta e gestione dei dati.

Cagliari, 20 gennaio 2025

La Sanità in Sardegna

Di Giancarlo NONIS*

Nel 1978 nasceva il SSN con la legge 833, che cancellava, per chi aveva un lavoro, il sistema degli enti mutualistici e le casse mutue, mentre i disoccupati erano assistiti direttamente dai Comuni (se avevano fondi a disposizione). Si crearono i comitati di gestione USL (Unità Sanitarie Locali), nei quali le comunità, attraverso i propri rappresentanti – in genere i Sindaci –, realizzavano l'assistenza sanitaria e quella sociosanitaria.

La L. n. 502/1992 trasformò le USL in Aziende Sanitarie Locali (ASL), gli enti ospedalieri in aziende, con nomina di amministratori che, alla pari dei CEO privati, hanno un solo compito: fare cassa, facendo quadrare i bilanci, che spesso sono solo una sommatoria di spese previste dai Servizi sanitari ed avallate a piè di lista, senza contraddittorio.

I dirigenti dei servizi vengono nominati dai Manager direttori generali, a loro volta nominati dagli assessori, spesso anche loro dei tecnici scelti per appartenenza partitica. La politica con la "P" maiuscola comincia a franare, si esternalizzano molti servizi dalla logistica, alla manutenzione, fino a questi ultimi anni dove ci si affida a cooperative di medici ed infermieri per garantire un minimo di sicurezza.

In Sardegna e, in generale, nel sud Italia ci si ammala di meno ma si muore di più rispetto alle ricche Regioni del nord continentale. I dati che seguono

sono gli ultimi accertati nell'isola.

Questo è dovuto:

- sia alla carenza nella prevenzione – ad esempio per gli screening della mammella (mancano i radiologi), per i pap test, per la cervice uterina;
- sia alle attese troppo lunghe per la diagnosi anatomopatologica e del colon retto per le lesioni nell'intestino (polipi precancerosi). L'AOU di Cagliari ha ritardi di 5 mesi nella definizione e consegna dei referti.

In Sardegna i decessi nel 2021 sono stati 5244 (ultimi dati certi ISTAT parlano del 33,01%), diventando i tumori prima causa di morte nell'isola e superando le malattie cardiovascolari.

È ancora assente, nonostante le promesse elettorali, il Registro regionale dei tumori. Persiste ancora, con gravi carenze di organico, il lavoro dei registri di Sassari e Nuoro, mentre Cagliari ha perso anche il suo Direttore dell'Osservatorio Epidemiologico regionale, importantissimo per eseguire una foto della situazione delle patologie nell'isola.

I decessi sono in aumento dell'1,01% rispetto al 32% del 2020 e, addirittura, sono al di sopra di quattro punti rispetto al dato nazionale del 29,4 %. Secondo dati ISTAT circa il 20% della popolazione rinuncia alle cure, ovvero oltre 300.000 sardi. La crisi che attanaglia gli ospedali porta inevitabilmente 14.000 persone a curarsi nel resto d'Italia – quasi sempre in Lombardia – e questi viaggi tra il 2019 e

**Medicina
Democratica
Sardegna*



il 2020 sono costati al SSR (Servizio Sanitario Regionale) oltre 72 milioni, registrando 200 decessi in più rispetto al 2021.

Il numero chiuso nelle facoltà di medicina e professioni sanitarie e la mancata programmazione ormai da troppi anni, ha portato all'impossibilità di sostituire medici, infermieri e tecnici. Il blocco del *turnover*, ovvero delle mancate assunzioni a seguito dei pensionamenti. Dopo la pandemia si è corso ai ripari inserendo medici specializzandi nelle corsie, con scarsi risultati pratici.

In Sardegna la spesa sanitaria è arrivata a quasi 3,5 miliardi di euro, praticamente la metà del Bilancio regionale del 2024. Al 31 dicembre 2024 mancavano 467 medici di medicina generale (tali sono le zone carenti bandite per il ruolo unico della medicina generale), su un totale di 1.200 i medici di prossimità. Molti ambulatori sono chiusi e in conseguenza gli assistiti si riversano nei Pronto soccorso ospedalieri, con accessi impropri. L'aumento dei massimali fino a 1.800 assistiti riduce il tempo che il medico può dedicare a ciascun assistito e aumenta il carico burocratico a livelli insostenibili. Altri dati: i posti letto in Europa sono in media 524 ogni 100.000 abitanti, mentre in Sardegna, attualmente, sono solo 304 e nel 2010 erano 343 (dunque, i vari assessori che si sono succeduti hanno tagliato i posti let-

to, perlopiù negli ospedali periferici, a vantaggio dei due poli di Cagliari e Sassari).

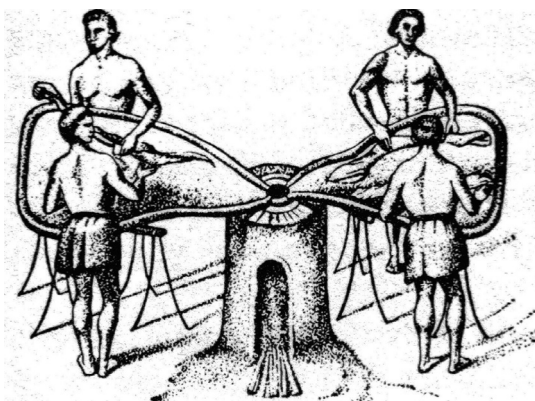
Persistono in Sardegna patologie territorializzate, come ad esempio la sclerosi multipla tra i giovani nel guspinese-villacidrese. Abbiamo il record, assieme alla Finlandia, del diabete mellito di tipo 1 (quello infantile) e assieme a quello degli adulti e di tipo ignoto arriviamo ad oltre 80.000 persone. È da sottolineare che il diabete mellito di tipo 2 – il cosiddetto diabete dell'adulto – è in costante e drammatica crescita per vari motivi: tra i principali, gli inadeguati modelli di vita, una scorretta e squilibrata alimentazione unitamente a una scarsa o totalmente assente attività fisica.

Sono stati ridotti già 10 anni fa i dipartimenti per le malattie psichiatriche da 8 a 3 (in sostanza uno al nord, al centro e al sud).

Abbiamo solo due Servizi per la oncematologia pediatrica: nell'ospedale Cao ex Microcitemico e presso l'AOU di Sassari. Non abbiamo un solo centro per la chirurgia pediatrica, e i neonati e adolescenti devono essere inviati con un aereo militare che costa 50.000 euro per un'ora di volo, privando il Servizio ospedaliero di un rianimatore e di un infermiere, che devono rientrare con un volo commerciale, se sono fortunati, in giornata.

Da quindici anni avremmo dovuto realizzare le Case di Comunità ex Case della Salute, ovvero dei presidi territoriali, esterni ai presidi ospedalieri, per filtrare le urgenze (codici bianchi e gialli) onde evitare di ingolfare i Pronto soccorsi con attese di ambulanze anche di 48 ore.

L'organizzazione delle Cure primarie si basa sui Distretti, la cui funzionalità è stata ampiamente trascurata. In Sardegna nel 2008 furono finanziate le prime Case della salute con delibera della Giunta regionale. La Legge regionale n. 23 del 17/11/2014 modificò tre leggi precedenti e adottò norme urgenti per la Riforma del sistema sani-



tario regionale, introducendo le Case della salute e gli Ospedali di comunità. Il 02/12/2015, dopo il confronto con un tavolo tecnico di operatori sanitari appositamente istituito, fu approvata una DGR sul sistema regionale delle cure territoriali con le Linee di indirizzo per la riqualificazione delle Cure primarie. Si voleva sperimentare un modello sardo di Cure primarie. L'applicazione del DM 77/2022 che garantirebbe i LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) a livello territoriale. Attualmente abbiamo 4 Case di Comunità su 50 previste (precedentemente erano 80) in servizio attivo. Per gli Ospedali di Comunità si tratta di una farsa: su 33 previsti si è trasformato un piano di Medicina Generale dell'Ospedale Delogu, DEA di Primo Livello nella ASL 5 di Oristano; mentre più scaltri sono stati nella ASL 1 di Sassari, in quanto nel vicino paese di Ploaghe un ex Ente di Beneficenza acquisito dalla Regione è diventato il secondo Ospedale di Comunità. Si sente l'assenza di un Piano Sanitario discusso e votato in Consiglio Regionale. Questo ha portato a varie mini riforme attuate dall'assessore di turno. Si è istituita un'agenzia, chiamata prima ATS e ora Ares, che deve appaltare gli acquisti e realizzare i concorsi per i dipendenti, risparmiando così su centinaia di gare di appalto e decine di concorsi tra ASL, aziende universitarie e speciali. Ma l'Ares

non deve programmare o sanzionare l'attività dei direttori generali: sarà l'Assessorato a registrare il loro operato e la presentazione obbligatoria dei Bilanci. A proposito di questi l'Agenas (Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali) può accedere solo ai dati forniti dalle due AOU di Sassari e Cagliari e l'Arnas Brotzu con i suoi ospedali S. Michele, Businco e da gennaio 2026 anche il Cao.

Nel 2025, dopo quasi un anno dalle elezioni e con un programma elettorale carico di aspettative in campo sanitario, a parte la perdurante assenza del Registro regionale dei tumori, nel Consiglio Regionale è stata approvata la L.R. n.8 del 13/03/2025 in Materia di riordino del Sistema Sanitario Regionale (sic!). Noi di Medicina Democratica lo chiameremo sempre Servizio così come istituito nel lontano 1978. In pratica una legge decisa dalla Giunta regionale per sostituire o spostare tutti i DRG, senza verificare il singolo operato ad esempio sulle spese in Bilancio. Agenas riceve solo i Bilanci delle due Università e della Azienda Speciale Brotzu, dato che in base alla Autonomia in campo finanziario che ci siamo dati ci libera da questi vincoli, ma non altrettanto da quelli della applicazione del DM 77/2020 e tantomeno dai Punti Nascita che hanno bisogno di 500 nati all'anno per poter essere certificati dal Ministero. Data la crescente denatalità in Sardegna, si sono persi tutti i punti nascita periferici.

La L.R. n. 8 del 2025 prevede nuovi Centri direzionali regionali che dovranno coordinare i vari Dipartimenti esistenti.

- Il Dipartimento regionale di prevenzione (DRP) composto dai dipartimenti delle singole ASL, per la Promozione della Salute, con sede nella ASL 7 del Sulcis, dove è presente il più vasto SIN (Sito d'Interesse Nazionale) d'Italia che parte dalla Laguna di S. Gilla per coprire tutte le aree minerarie fino a S. Gavino e tutta la

fascia costiera compresa il polo metallurgico di Portovesme nel comune di Portoscuso e le isole di Carloforte e S. Antioco e il poligono militare di Teulada.

- Il Dipartimento regionale per la Salute Mentale e dipendenze localizzato presso la ASL 2 della Gallura, composto dai dipartimenti delle singole ASL, con relativo direttore.

- Il Centro regionale per la Riabilitazione e lo sviluppo dell'Autonomia presso la ASL 5 di Oristano, con funzioni di supporto tecnico scientifico della regione e del servizio sanitario regionale in materia di presa in carico riabilitativa della persona.

Ogni singolo Centro Regionale disporrà di 150.000 euro annuali in sottrazione dal normale bilancio della ASL di riferimento, non è chiaro se i Dipartimenti Regionali saranno a carico di questa voce nuova di bilancio.

Per ultimo, ma non per importanza, segnaliamo l'accorpamento dell'ospedale Cao-Microcitemico con l'Arnas Brotzu. Ricordiamo che l'Ospedale Cao ospita: i due Servizi per i pazienti Talassemici pediatrici e adulti; l'oncoematologia pediatrica; il Servizio per l'accertamento delle gravidanze a rischio; la Neuropsichiatria infantile gestita dalla Università; il CNR; il Centro per le Malattie Rare. Inoltre è stato deciso l'accorpamento dell'ospedale Marino Regina Margherita di Alghero con la ASL 1 di Sassari, ma proseguirà – previa apposita Convenzione – ad essere seguito dall'Università di Sassari come avveniva precedentemente.

L'art. 37 della LR n. 8 /2025 prevede:
- L'“Ospedale dei Bambini”, nell'ambito dell'Atto Aziendale nelle Disposizioni in materia di specializzazione dell'Arnas Brotzu che dovrà aggregare

le competenze dell'area materno-infantile per svolgere funzioni di coordinamento della rete pediatrica e neonatologica regionale.

- Avvio del percorso finalizzato al riconoscimento ministeriale di istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) dell'Arnas Brotzu, che diventerà, a conclusione del percorso di riconoscimento, IRCCS Ospedaleiro-universitario Brotzu.

Si potrebbe tamponare la gravissima situazione negli organici ospedalieri, operando come in Calabria dove si è contrattualizzata un'Agenzia della Repubblica di Cuba che ha fatto arrivare già 400 medici e infermieri specializzati e inseriti negli ospedali per coprire i vuoti nei loro organici. La qualità della Sanità cubana è certificata anche dalla pandemia da covid 19. Infatti, nonostante il Blocco commerciale, (sanzioni imposte dagli U.S.A. che impediscono rapporti commerciali con il resto del mondo, che sarebbe a sua volta sanzionato se lo facesse) ha realizzato il vaccino Soberana, certificato dall'OMS come valida alternativa e a un costo inferiore a quello delle multinazionali della farmacopea mondiale, controllata quasi esclusivamente sempre dagli U.S.A. Gli italiani già 60 anni fa andavano a Cuba per la chirurgia oculistica e hanno sperimentato e provato l'efficacia di uno spray nasale per tumori virali nei bambini. Spero ed auspico che anche in Sardegna, quanto prima, l'attuale Giunta regionale elimini gli ostacoli che finora hanno impedito l'esame di questa proposta avanzata dai Comitati e da amministrazioni locali che attendono una risposta. Anche questa non sarebbe una proposta risolutiva, ma allevierebbe la grave carenza di personale.

Tutela della salute e venti di guerra

Antonello MURGIA*

Da un po' di anni chi ci governa sembra aver dimenticato che la tutela della salute, come di qualsiasi altro diritto umano fondamentale, implica valutazioni e decisioni che non riguardano solo il servizio preposto a quella tutela, ma anche la politica più in generale e l'economia.

Se studi autorevoli evidenziano che, fra i determinanti di salute, i fattori socio-economici incidono per il 40-50%, i fattori ambientali per il 20-30% ed i servizi sanitari per il 10-15%, significa che le politiche per ridurre le disuguaglianze e per migliorare l'ambiente sono fondamentali anche in questo ambito e le misure di contrasto alla povertà e alla disoccupazione sono non solo provvedimenti di equità sociale, ma anche efficaci trattamenti per la salute. Bene ha fatto perciò l'ISTAT che, per misurare la condizione generale (e dunque anche sanitaria) della popolazione, ha introdotto l'indice BES, Benessere Equo e Sostenibile, che il Parlamento nel 2016 ha deciso di includere nel Bilancio dello Stato.

Ma il Parlamento non ne ha saputo tenere gran conto: per fare solo un esempio, allo scoppio della guerra in Ucraina non solo è stata permessa la speculazione che ha fatto schizzare in alto i prezzi dei prodotti energetici, ma non è stata rispettata la promessa elettorale di tassare al 50% gli ingentissimi extraprofitti che ne sono derivati per le società energetiche. Som-

me che avrebbero potuto risollevare le sorti di una sanità abbandonata ad un duplice assalto: quello quarantennale della sanità privata che aspirava ad accaparrarsi prestazioni e relativi guadagni (obiettivo ormai raggiunto nell'assistenza ospedaliera e abbondantemente superato da tempo in quella territoriale sia residenziale che non, specialistica ambulatoriale e riabilitativa) e quello recente dell'industria bellica.

Se per decenni abbiamo assistito all'offensiva liberista che predicava il minor impegno dello Stato e l'affidamento salvifico al mercato, operazione favorita dal processo di aziendalizzazione della sanità con annessi criteri per il contenimento della spesa (blocco del turn over nelle strutture pubbliche e definanziamento del Servizio Sanitario Nazionale), la corsa al riarmo attuale conosce, da parte delle stesse forze politiche ed economiche un approccio opposto, di "keynesismo di guerra": lo Stato, disprezzato negli altri settori, viene qui sollecitato pressantemente ad enormi investimenti non solo al fine dichiarato di garantire la pace (cheché ne dicano gli storici), ma come motore di sviluppo, di traino di tutta l'economia. E l'impegno per il riarmo è accompagnato da un'adeguata campagna "simpatia" delle forze armate nelle scuole e nella società, come lo screening condotto il 10 e l'11 maggio nel porto di Cagliari a bordo della nave

**Medico,
Coordinatore ANPI
della Sardegna,
Sezione
di Medicina
Democratica
Sardegna*

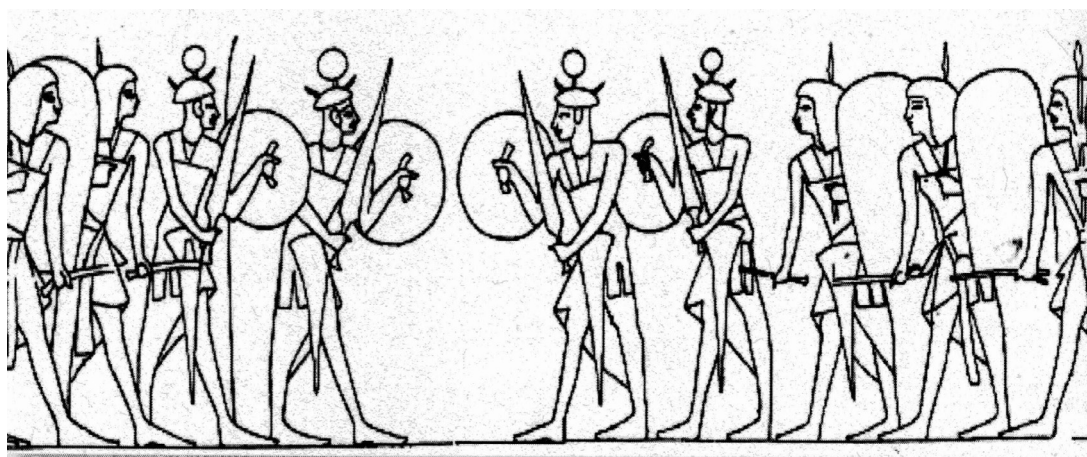
portaerei “Trieste” a favore delle classi quarte della scuola primaria, durante l’esercitazione “Joint Stars for Charity 2025” con la partecipazione di personale sanitario sia militare che dell’Ospedale pubblico “Brotzu. Gli esami che il SSR e l’ARNAS “Brotzu” non riescono ad erogare o erogano con ritardi di molti mesi, sono stati concessi, ad un piccolo campione di bambini, non nei luoghi deputati alla tutela della salute, ma su una nave da guerra costata 1 miliardo e 117 milioni di euro, circa 6 volte la spesa sanitaria pubblica annuale della Regione Sardegna. Quello delle liste d’attesa è uno dei problemi più gravi per i pazienti sardi, una quota crescente dei quali rinuncia a curarsi o, quando può, ricorre a prestazioni private a pagamento. La ricerca effettuata dal Centro Studi della CGIL ha evidenziato che nel 2024 il 17,2% dei sardi ha rinunciato a prestazioni sanitarie, quasi il doppio della già preoccupante media nazionale (9,9%). E, altro dato che non può non preoccupare, si tratta di una percentuale in rapida crescita: nel 2023 la percentuale era del 13,7 con un aumento del 25% in un solo anno.

Assistiamo ad un vero e proprio cambio di paradigma: la Costituzione materiale va discostandosi sempre più dalla Costituzione formale della

Repubblica e dai suoi principi fondamentali (così accade anche per istruzione, lavoro, libertà, etc.) e la guerra non solo torna ad essere un mezzo “normale” per risolvere le controversie internazionali, ma si erge (v. “Libro bianco per la difesa europea-Previdenza 2030”) a elemento centrale del progetto di “sviluppo” dell’Italia e della UE. Qualche esempio a conferma di questa evoluzione:

- nel 2023 il Governo Meloni ha contrattato con la Commissione europea il taglio fra il 20 e il 27% delle varie voci dei fondi della Missione 6 (Salute) del PNRR che erano destinati in gran parte a ridurre le pesanti carenze nell’assistenza territoriale;
- Del patto di stabilità europeo (Fiscal Compact), introdotto nel 2013 e sospeso fra il 2020 e il 2023 per l’emergenza pandemica, è stata riautorizzata la sospensione a partire da quest’anno, ma solo per le spese del riarmo;
- la spesa militare portata al 5% del PIL non è sostenibile per l’Italia e non sarà raggiunta (anche perché l’accordo relativo non è vincolante), ma favorirà comunque il dirottamento (già in atto) delle risorse dagli altri settori, anche da quello della salute, verso l’industria degli armamenti.

La prospettiva a breve-medio termine per la salute dei cittadini non è



quindi di una riduzione delle gravi carenze che affliggono il SSN, ma di un loro incremento che potrebbe essere devastante per la parte più debole della popolazione.

Il nuovo scenario internazionale e le decisioni assunte dalla UE colpiscono in particolare la Sardegna che, gravata dal peso del 60% delle servitù militari italiane, aveva ricevuto, in particolare in occasione di tornate elettorali, la promessa di una loro riduzione e vive invece il potenziamento delle servitù stesse (v. riattivazione dell'aeroporto militare di Decimomannu per l'addestramento di piloti di caccia), della produzione e vendita di armi (v. fabbrica di bombe RWM di Domusnovas), delle esercitazioni militari con eserciti di vari Continenti e con il coinvolgimento negli ultimi anni anche di territori non destinati stabilmente a servitù. Uno dei problemi gravi di tali servitù è l'inquinamento dei poligoni di Capo Teulada e Salto di Quirra, che richiederebbe una bonifica, mai avviata per i costi proibitivi preventivati; così al momento gli interventi per la tutela della salute si limitano all'interdizione anche agli stessi militari delle

aree più compromesse dall'inquinamento. E se studi pilota avevano raccomandato approfondimenti, finora mai condotti, sulla salute animale e umana nel territorio circostante i poligoni, la facile previsione è che inquinamento e malattie conseguenti aumenteranno consensualmente alla maggiore attività militare.

La tutela della salute in Italia è insoddisfacente in quanto il SSN è sottofinanziato e sotto organico da tempo, ma l'ondata militarista che sta percorrendo l'Europa aggraverà pesantemente il problema a causa degli effetti non solo diretti, ma anche indiretti della guerra. Occorre tornare allo spirito della Costituzione, alla cultura dei diritti e al ripudio della guerra, alla riduzione delle disuguaglianze e alla costruzione di relazioni culturali ed economiche che favoriscano la soluzione pacifica delle controversie internazionali. Per dirla con l'Associazione Italiana di Epidemiologia che due anni fa lanciò un appello sottoscritto da 20 Società scientifiche sanitarie, **“il diritto universale alla salute richiede la pace e rifiuta la guerra”**.

La sindrome alcolica fetale

Di Giorgio MADEDDU*

Sospettata da millenni, la sofferenza fetale da abuso alcolico materno viene oggi con acronimo anglosassone definita FAS (*fetal alcoholic syndrome*).

STORIA

Bibbia, Giudici, 13 L'angelo del Signore apparve alla moglie di Manoach «...era sterile e non aveva mai partorito. Si astenga e non mangi nessun prodotto della vigna, né beva vino o bevanda inebriante». Gravidanza fisiologica, nacque Sansone.

1834 L'inglese Dott. Dobbing così ricorda nelle sue memorie: «...i figli di madri alcoliste hanno un aspetto anormale, languido, sofferente».

1889 Il Dott. Sullivan medico delle carceri di Liverpool relazionò al mondo scientifico quanto aveva nella sua esperienza decennale osservato. «Elevata mortalità infantile e inusuale percentuale del 56% di malformazioni congenite tra i figli delle alcoliste, tale incidenza si riduceva fino a sovrapporsi alla popolazione di controllo quando la gravidanza procedeva in carcere dove era impossibile reperire alcolici».

1900 Il francese Dott. Nicloux, acuto ostetrico francese, dimostrò che l'etanolo supera la barriera placentare. Somministrò del vino ad una partoriente e un'ora dopo dosò l'etanolo nel sangue del cordone ombelicale rivelandola identica a quella del sangue materno.

1968 Lemoine in Francia e Jones in Inghilterra dichiarano che l'abuso alcolico in gravidanza determina la Fetopatia Alcolica (FAS).

1989 CARBONIA

CENTRO DON VITO SGUOTTI

Una sera di autunno arrivò una telefonata dal tribunale dei minori di Cagliari, chiese alla comunità di accogliere una Signora con una storia definita senza mezzi termini "importante e complessa", dopo 5 gravidanze concluse con tre fetopatie alcoliche (bambini in adozione) e 2 aborti non si trovava una soluzione all'abuso della Paziente momentaneamente sola con un marito da alcuni mesi in carcere. La Signora, che chiameremo Rosa, venne a Carbonia tutte le settimane accompagnata dai Servizi Sociali del suo paese, accettò il programma terapeutico, si inserì nel gruppo di auto aiuto e dopo sei mesi di sobrietà passammo ai colloqui mensili. Festeggiammo l'anniversario della sua sobrietà con una notizia inaspettata: «Aspetto un bambino». Restai senza fiato..., la storia clinica di Rosa raccontava che poco più di un anno addietro aveva accettato una sterilizzazione tubarica e ora era incinta?

Pensai o meglio, non pensai, andai la settimana successiva in Clinica Ginecologica allora al San Giovanni di Dio di Cagliari e... senza dubbio l'intervento era descritto ma risultò inefficace.

* Medico
di Medicina
Generale
Iglesias,
Medicina
Democratica
Sulcis Iglesiente

La gravidanza andò avanti splendidamente nacque un bel bambino che oggi vive tra noi senza i genitori entrambi deceduti. La vita professionale di un medico nasconde imprevisti, capitano se riesci a coglierli incontri speciali, imprevedibili, anche esperienze significative, puoi andare oltre, puoi rimuoverle, scordartele ma possono emozionarti, farle tue, trascinarli.

La storia che ho raccontato era la mia prima esperienza con una Paziente che rischiava la quarta gravidanza con Fetopatia Alcolica ma si concludeva con un parto fisiologico.

Provai una sensazione indimenticabile, avvertii il senso di una professione speciale, unica. Essere utile alla Vita altrui, poter prevenire le sofferenze, niente di straordinario, la missione di un medico. Da quel momento ogni incontro con le Alcoliste e Tossicodipendenti che ospitavamo al Centro Alcológico "Don Vito Sguotti" di Carbonia di cui ero il responsabile sanitario, si arricchiva di informazioni e condivisioni orientando le giovani non tanto alla negazione della gravidanza quanto alla possibilità "eroica" di viverla in totale sobrietà da alcol, sostanze e tabacco.

Per tanti anni (con il gruppo dei Pazienti in trattamento) abbiamo affiancato decine di Alcoliste e perfezionato un progetto di vera prevenzione e diagnosi precoce proponibile a tutti i medici di famiglia, ai consultori ai ginecologi. Non abbiamo registrato un solo caso di FAS e questo riscontro ci incoraggiò a divulgare tra la comunità questa esperienza. Tutti i comuni del Sulcis Iglesiente partecipano alla "Festa della Sobrietà" che periodicamente animiamo per valorizzare l'impegno di Pazienti e Familiari, un tempo naufraghi nel mare della dipendenza, alla sobrietà. Tutte le amministrazioni comunali hanno accolto la nostra premura e la parola d'ordine da oltre trenta anni: "Gravidanza in Sobrietà" è accettata e divulgata quotidianamente.

1996 Traduciamo la monografia arrivata dagli Stati Uniti "Alcohol related birth defects" (difetti di nascita alcol correlati) e l'Assessorato della Sanità Sarda la sostiene e divulga.

2012 la Provincia Carbonia Iglesias garantì le spese tipografiche di una pubblicazione in migliaia di copie divulgate in tutti i servizi sociali della Sardegna.

Emergeva a quel punto un nuovo obiettivo: creare le condizioni affinché tutti i medici in Sardegna avessero la possibilità di partecipare alla prevenzione della FAS da protagonisti senza dover "inviare" la Paziente al ginecologo di riferimento perdendo in questo caso tempo prezioso e rischiando dopo tanto lavoro di affievolire il "rapporto umano" essenziale ma altrettanto fragile tra queste Pazienti.

2013 Alcuni consiglieri regionali del Sulcis Iglesiente, Locci, Dessi, Cocco Pietro il 31 luglio 2013 presentano la proposta di legge n. 546 ma la Giunta Cappellacci troppo vicina alle imminenti elezioni trascurò la possibilità di approfondire l'argomento, poco elettorale.

2014 il Consiglio Regionale della Sardegna approva all'unanimità (50 consiglieri) il 13 giugno la Legge N. 12 "Interventi regionali per la Prevenzione della Fetopatia Alcolica".

Ero presente con una delegazione di Volontari Alcolisti e Alcoliste che per anni avevano battuto il Sulcis Iglesiente per sostenere con amore la sobrietà in gravidanza. Consegnai a numerosi consiglieri la nostra brochure con l'apertura di Hemingway, un autorevole esponente del centro destra si avvicinò e complimentò per la sacralità che quella giornata anche per lui rappresentava:

Oggi non è un giorno qualunque di tutti i giorni che verranno, ma ciò che farai tutti i giorni che verranno dipende da quello che farai oggi.

LEGGE REGIONALE N. 12 DEL 2014: LEGGE FANTASMA

L'entusiasmo di quella giornata non si trasforma in azione ma si scontra con gli ostacoli che come prataioli in autunno emergevano e si moltiplicavano, niente si trasforma in realtà, chi può avere interesse a contrastare una legge "Salva Vita"? Questo interrogativo andrebbe proposto a quanti votarono la Legge 12/2014 e per quali interferenze, interessi clientelari, meschinità o carenze ormonali non si diede attuazione al dispositivo promosso dalla Comunità Regionale?

Deluso ma non sconfitto tentai, ripetutamente, un incontro con Pigliaru, Arru e Ganau che il 13 giugno presentarono con enfasi la legge, scomparsi. Inviai una lettera ai tre esponenti del PD per esprimere nell'ottobre 2018 la mia delusione: Centro Destra e Centro Sinistra si dimostrano geneticamente simili, intercambiabili, campagne elettorali scoppiettanti di buone intenzioni; patetici e ipocriti incoraggiamenti al Volontariato "risorsa insostituibile da valorizzare e sostenere". Balle, i politici, quasi tutti i politici, corteggiano il Volontariato quando lo ritengono funzionale al proprio interesse, potere, visibilità; quando invece il Volontariato non chiede assistenza o contributi al potente di turno ma lavora, studia, propone in autonomia e senza servilismi quanto la "Strada e la Vita" insegnano, l'entusiasmo si trasforma in distanza, sospetto, indifferenza e come in questa circostanza, meschino boicottaggio. I politici apprezzano i servi, meno chi ha idee e ormoni.

19 giugno 2019 Insisto, chiedo di incontrare il nuovo Assessore regionale alla Sanità il Dott. Nieddu. La delibera della giunta regionale 57/50 del 21 novembre 2018 (a seguito delle nostre costanti insistenze) stabiliva un LEA aggiuntivo regionale che con il codice D98 garantiva la gratuità degli accertamenti. Feci in giro dei CUP da Iglesias fino ad Oristano, nessuno aveva in lista il D98. Ricordai all'Assessore

che Lui è inadempiente come chi l'aveva preceduto; colloquio infruttuoso, raccontai le vicende dei sette anni dopo il varo della legge, chiaramente non conosceva il tema, ma, pensando di rassicurarmi, mi congedò con «Penso io a illuminare i CUP della Sardegna sull'esenzione D98 si tratta di un difetto di comunicazione». Il tono, solo quello, ricordava Clint Eastwood, la storia è di Pinocchio.

9 settembre 2019 Comunicato stampa del "sardista" Solinas e del "leghista" Nieddu: In occasione della giornata mondiale sulla prevenzione della Fetopatia Alcolica, così dichiarano:

«La regione si è dotata di una legge specifica e i numeri dicono che dobbiamo prestare la massima attenzione al fenomeno. La Prevenzione diventa un tema di fondamentale importanza». Propaganda!!!

Dopo 11 anni non registriamo alcuna iniziativa.

Obiettivi della Legge in sintesi:

a. prevenzione e promozione culturale (art. 4) mai decollata;

b. esenzione della compartecipazione alla spesa (art. 3) mai garantita.

La legge all'art.3 prevede che con LEA regionale si garantiva la gratuità di due accertamenti (GammaGT e Transferrina Desialata) non presenti nel D.M. del 10/09/98 a firma Rosy Bindi.

I due marker di abuso alcolico (associati a quanto normalmente proposto) in fase preconcezionale nelle prime settimane di gravidanza permetterebbe di individuare a tutti i medici sardi le Signore che anche senza patologie alcol correlate evidenti, utilizzano alcolici, in quel momento pericolosi.

I due marker gratuiti dalla legge, richiesti in tutti i casi di aborto diagnosticati alla dimissione dalle ginecologie italiane come "spontanei" potrebbero ottenere una eziologia in alcol correlati con la possibilità di intraprendere con la Paziente un percorso di adeguamento delle abitudini alcoliche o della dipendenza.

Assumere alcolici in gravidanza espone il feto a gravi malformazioni e al ritardo mentale, la gestante all'aborto e al parto prematuro.

I bambini affetti da F.A. hanno identica aspettativa di vita dei loro coetanei, 75 anni, rappresentano non solo strazio, angoscia e sofferenza per la famiglia e la comunità ma anche un impegno economico non indifferente. L'invalidità illimitata con accompagnamento, Legge 20 e 162, insegnante di sostegno per mediamente 13 anni e spese sanitarie varie giunge ad una spesa sociale di un milione e mezzo di euro che non peserà soltanto su noi ma la trasmetteremo in eredità ai nostri figli.

La Regione ha risparmiato i fondi per la prevenzione della FAS in Sardegna, la legge prevedeva 150 mila euro per tre anni ma ha investito milioni di euro in banalità per il loro storico e meschino clientelismo, un anno di prevenzione FAS per una serata in piazza con un cantante di mezza tacca.

In questi ultimi undici anni i cinquanta firmatari dell'era Pigliaru – Arru non si sono impegnati a rivendicare quanto avevano sostenuto, una parte di loro è stata riconfermata anche nei cinque anni di Solinas – Nieddu e alcuni sono ancora presenti nel "Campo Largo" di Alessandra Todde e tra la minoranza in Consiglio Regionale. Nessuno sollecita l'attuazione e sostegno alla prima legge europea che

desidera offrire strumenti scientifici e di solidarietà per una Vita Debole abbandonata al pregiudizio e alla solitudine. Chi mostra interesse per le malattie rare si è certamente accorto che oggi è presente un codice di esenzione per i Bambini con FAS dopo la diagnosi (RP0040) ma la legge regionale proponeva anche al ministero della sanità la prevenzione primaria e la diagnosi precocissima.

Sgomenta la variazione di bilancio 2024 della regione sarda che dispensa finanziamenti a pioggia, pedissequa alle indicazioni dei consiglieri. A quanti votarono la Prevenzione della Fetopatia Alcolica propongo di riflettere e vergognarsi perché hanno accolto l'assestamento di bilancio (22 milioni e mezzo di euro) per: Padel per tutti a Sassari (50.000 euro), Centro Ricreativo della regione (70.000), Abetendi Paschisedda (30.000 Euro a San Nicolò Arcidano), Pace in Terra Santa (Castelsardo 150.000) e altri finanziamenti non essenziali che solo il clientelismo può considerare una priorità.

Dimenticavo, la sagra del carciofo 10.000 euro, e a Neoneli non poteva mancare "Wine, Fregula e Cassola" 30.000 euro. Campo Largo Sardegna, è arrivato il tuo turno: se ci sei, batti un colpo.

Il Villaggio che non difende la Vita Debole non ha futuro.

Osservazioni sui modelli energetici in Sardegna imposti e subiti. Il perché non si possono ignorare le conoscenze scientifiche

Claudia ZUNCHEDDU*

Intervento al Convegno di Isde Medici per l'Ambiente del 30 maggio 2025 "Quale energia per la salute di oggi e del futuro"

È il tema che attualmente primeggia sui tavoli della politica e anima il dibattito nei territori sardi.

Non si può parlare di energia da qualsiasi fonte, sia fossile che rinnovabile, senza parlare di salute. Qualsiasi intervento che alteri gli equilibri della natura, richiede al nostro sistema biologico un adattamento non sempre possibile ed è facile ammalarsi. Questa è la ragione per la quale, noi Medici per l'Ambiente, chiediamo al mondo politico, di essere ascoltati. Se 30 anni fa avessero ascoltato la comunità scientifica sugli effetti del benzene, dell'amianto e di altri inquinanti, non pagheremmo ancora oggi un tributo altissimo in termini di malattie, di vite umane e di costi sociali. Il disastro ambientale in Sardegna affonda le radici in 65 anni di politiche economiche sbagliate e poco lungimiranti. Tra gli anni '50 e '60 coincisero due fenomeni che determinarono grandi sconvolgimenti sociali, economici, culturali e sanitari. La militarizzazione di vastissimi territori, oltre 23 mila ettari, destinati a esercitazioni di guerra e a sperimentazioni dell'industria bellica, e l'importazione della nuova cultura industriale con il Petrolchimico, che sino ad oggi ha avuto anche la funzione di apripi-

sta per numerose attività inquinanti. Chi ha voluto e guidato quei fenomeni di trasformazione sociale, non comprende quali sarebbero stati i costi sociali, economici e ambientali, nonché le ricadute sulla salute per le collettività. Per noi Medici per l'Ambiente, è incomprensibile come questa esperienza sia ancora oggi ignorata da chi ha potere decisionale in Sardegna. Preoccupa che anche alle recenti richieste di Isde, di poter partecipare ai tavoli di discussione sulla questione energetica, dando il proprio contributo scientifico, la classe dirigente sarda non dia alcuna risposta.

Qualsiasi scelta energetica per il futuro, non può prescindere dal vissuto. L'inquinamento ambientale in Sardegna, è tale che con il DL 152/1998 si impose allo Stato di perimetrare tre SIN (siti d'interesse nazionale per le bonifiche): Sulcis-Iglesiente-Guspinese, Porto Torres e La Maddalena. Nel 2013 il SIN di La Maddalena (ex sito militare) è stato declassato a SIR. Le competenze per le bonifiche passarono dal Ministero della Difesa alla Regione. Una questione controversa. Di fatto alla riduzione del numero dei SIN non corrisponde la riduzione dell'inquinamento ambientale. La Sardegna detiene il primato in Ita-

* Isde Sardegna



lia, per l'estensione dei suoi SIN con 35.164 ettari di superficie a mare, seguita dalla Sicilia con 16.910 ettari e con 21.625 ettari di superficie a terra, seguita da Puglia con 10.552 e dalla Sicilia con 7.488 ettari.

Il SIN Sulcis-Iglesiente-Guspinese, con una superficie a mare di 32.416 ettari, è primo in Italia, mentre per superficie a terra con 19.751 ettari, è terzo in Italia.

Il SIN Porto Torres (aree industriali) ha un'estensione a mare di 2.748 ettari e a terra di 1.874 ettari.

Dati che giustificano gli altissimi rischi per la salute in Sardegna. Un residente su tre vive all'interno di aree inquinate.

A confermare le criticità sulla salute delle popolazioni è lo Studio Epidemiologico sulla mortalità in Sardegna, comune per comune, dal 2012 al 2017, voluto da ISDE Sardegna e da illustri studiosi d'oltre Tirreno. Nel

corso del convegno sono stati presentati i dati aggiornati sulla mortalità per tumori del seno e del colon-retto, dal 2012 al 2020.

Lo Studio Epidemiologico di ISDE, riconosciuto dal Ministero e l'attività di sorveglianza epidemiologica delle popolazioni che vivono nei SIN, con attenzione all'infanzia e ai temi delle disuguaglianze, da parte dell'Istituto Superiore di Sanità con il sostegno del Ministero della Salute, di fatto a ben poco sono serviti ai fini delle bonifiche.

Il tema cruciale sulla Prevenzione è tra le nostre preoccupazioni. Il cambiamento dei sistemi produttivi, con seri piani di decarbonizzazione per evitare attività inquinanti e che le persone si ammalino, ad oggi non è nei programmi di chi ha potere decisionale. Inoltre la Prevenzione secondaria, sotto forma di sorveglianza sanitaria, seppur indispensabile, è

fortemente penalizzata dall'inefficienza del Sistema sanitario pubblico. Le difficoltà di accesso ai controlli con sistemi di screening impediscono di individuare e curare precocemente le malattie, oltre a penalizzare il monitoraggio delle diagnosi accertate. I costi per il sistema sanitario pubblico in definitiva, sono spropositati.

Per Isde la Transizione Ecologica come superamento di un sistema produttivo irrispettoso dell'ambiente, è una necessità. Ciò non può prescindere da una Transizione Energetica che abbandoni definitivamente le fonti fossili, dalla gestione democratica delle fonti rinnovabili, a partire dai bisogni delle comunità, dalla loro partecipazione alle scelte, da un Piano energetico chiaro e dalla diffusione della cultura del risparmio energetico.

La crisi climatica è un'emergenza del pianeta. L'area mediterranea è tra le più esposte ai danni derivanti dal riscaldamento globale, tra fenomeni meteorologici estremi, siccità e desertificazione. Fenomeni che purtroppo in Sardegna hanno avuto inizio nella seconda metà dell'800 con la deforestazione per fornire le traversine per i treni in Italia e in Europa.

In pochi decenni 500.000 ettari di foreste si ridussero a meno di 100.000. Con il mutamento della vocazione boschiva e con il cambio d'uso delle terre, cambiò drasticamente il nostro Ambiente e l'Ecologia. Ci furono grandi trasformazioni sociali, cambiamenti climatici, siccità e l'inizio della desertificazione.

Questa è la ragione per la quale sorvolando le isole gemelle, Corsica e Sardegna, si noterà la prima boscosa e verde, la seconda con i colori della desertificazione.

Alle colpe dei Savoia della seconda metà dell'800, si sommano le responsabilità politiche di chi, dalla metà del 900 ha creduto e voluto che in nome del progresso, si importasse una cultura industriale, con i famigerati nuovi modelli di sviluppo, estra-

nei alle vocazioni dei nostri territori, dell'Ambiente e dell'Ecologia.

Il dibattito in corso sui tavoli della politica e il malcontento della società sarda, vertono su un grande equivoco: l'aggressione illimitata ai nostri territori in nome delle Fonti Rinnovabili. Un fenomeno speculativo sistemico, assimilabile alla deforestazione dell'800.

Ancora una volta i Medici per l'Ambiente, che chiedono al mondo politico maggiore cautela, sono inascoltati. Non c'è stata alcuna emancipazione della classe dirigente rispetto al valore del patrimonio ambientale.

Non è vero che centinaia di impianti tra eolico e fotovoltaico, siano esenti da ricadute sulla salute umana e degli ecosistemi.

La Sardegna, nonostante tutto, è tra le terre più ricche di Biodiversità al mondo. Per la sua antichità e l'isolamento geografico è la regione a maggior numero di specie endemiche sia vegetali che animali, ma è anche vero che interi ecosistemi sono a rischio di estinzione. La crisi delle Biodiversità, per l'inquinamento ambientale, incendi, cambiamenti climatici, distruzione degli habitat e diffusione di nuove malattie, viene ritenuta dagli studiosi della storia della Terra degli ultimi 500 milioni di anni, la 6° estinzione di massa. Negli ultimi 500 anni risultano scomparse dal pianeta tra il 7,5% e il 13% delle specie conosciute, cioè dalle 150.000 alle 260.000 specie. Si tratta di un evento ecologico, principalmente da cause antropiche, con tassi di estinzione molto superiori a quelli naturali e in tempi più celeri. Con la quinta estinzione di massa, di 66 milioni di anni fa, scomparso il 75% delle specie viventi, compresi i dinosauri.

È con questa riflessione sulla vita nel pianeta e sull'ambiente con i diversi fattori storici, culturali, sociali e sanitari, che noi medici ISDE, riteniamo le relazioni istituzionali, parte integrante dell'ampio concetto di Ambiente.

“Figli di un dio minore”: i lavoratori esposti all’amianto a Ottana e altrove in Sardegna

**Intervista di Carmina Conte
Sabina Contu, Presidente AIEA Sardegna**

Di Carmina CONTE* e Sabina CONTU**

Avvocata Sabina Contu, presidente Aiea Sardegna, fino al 2016 era negata l’esistenza di amianto nella fabbrica ex Enichem Fibre di Ottana, nella Sardegna Centrale, tale da giustificare il diniego dell’esistenza di patologie amianto correlate fra gli ex lavoratori di quell’insediamento industriale, entrato in produzione ad aprile del 1974, passato attraverso varie proprietà e definitivamente chiuso nel 2003, con 450 lavoratori lasciati a terra: quando è iniziata la battaglia di Aiea Sardegna per il riconoscimento dei diritti degli ex lavoratori ammalati e morti per amianto?
La lunga strada per il riconoscimento delle malattie amianto correlate in Sardegna è iniziata grazie all’esposto denuncia, presentato nel 2016 alla Procura della Repubblica di Nuoro, congiuntamente da Piergiorgio Duca, allora presidente di Medicina Democratica con Fulvio Aurora, allora segretario nazionale di Aiea ODV e Mario Murgia presidente di Aiea Val Basento. In quell’esposto si denunciava la morte di alcuni lavoratori a causa di patologie tabellate, quali carcinomi polmonari e della laringe nonché mesoteliomi, il tumore sentinella della presenza di amianto. Già nel 1997 vi erano stati dei morti per mesotelioma e carcinoma polmonare tra cui Gino Cherchi, il primo caso di

mesotelioma pleurico, cui fece seguito Giovannino Moro di Olzai, responsabile del laboratorio chimico di Ottana, affetto da mesotelioma, deceduto l’11 gennaio del 2006. Ci sono stati altri tre casi di mesotelioma pleurico, in totale 5, e sono tutti morti.

La morte di Giovannino Moro ha segnato una sorta di spartiacque in questa lotta dei *figli di un dio minore*, quali sono i lavoratori sardi delle ex fabbriche industriali della Sardegna, come disse un giornalista sardo, Michele Tatti: i lavoratori sardi, infatti, erano gli unici in Italia ad essere stati tagliati fuori dai benefici della legge 257 del 1992 e dai decreti ministeriali del 1998, ma soprattutto dalla tutela sanitaria attiva, che consiste nella introduzione del Registro di sorveglianza per gli ex esposti amianto con visite polmonari gratuite e spirometria a cura dell’ Azienda Sanitaria Locale. In Sardegna questo divario fu colmato dalla Regione solo nel 2005 con la legge regionale 22 del 16 dicembre, ma soltanto con la battaglia di Aiea Sardegna, iniziata dieci anni dopo, i lavoratori conoscevano l’importanza di questo strumento e potevano iniziare il percorso di tutela sanitaria, iscrivendosi e svolgendo regolarmente le visite. Non solo: il lodevole lavoro dello Spresal di Nuoro, tra i più attivi con la dottoressa Rita Pintore, ha per-

**Giornalista,
Ufficio Stampa
di Medicina
Democratica*

*** Associazione
Italiana Esposti
Amianto, Sardegna*

messo anche le denunce di malattie professionali.

La vicenda di Giovannino Moro mi ha spinto ad approfondire la questione amianto con l'aiuto e l'incoraggiamento di Mario Murgia. Innanzitutto perché è una vicenda che mi ha colpito personalmente essendo io legata da un rapporto affettivo e familiare con lui e la sua famiglia, avendone sposato il figlio. In secondo luogo ho avuto modo di conoscere Mario Murgia, un profondo conoscitore della fabbrica gemella di Ottana, a Pisticci (Matera), nata nel 1962, e amico di tanti lavoratori sardi che a Pisticci erano andati a fare il corso di formazione per l'Anic Fibre prima di essere assunti ad Ottana. È stato lui, instancabile e generoso maestro, che mi ha informata e mi ha chiesto di iniziare questo percorso di riconoscimento, non solo per la famiglia di Giovannino Moro ma per una serie di casi già noti nel suo archivio personale.

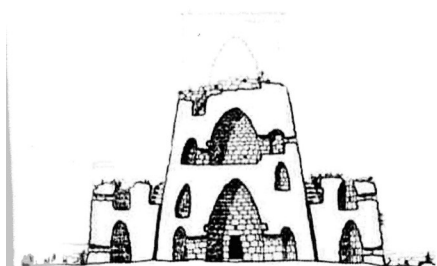
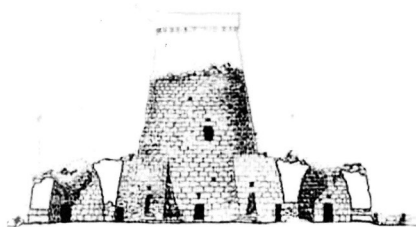
Mario Murgia, sardo di Muravera, a Pisticci era entrato giovanissimo nel 1970, a 19 anni, da capoturno a responsabile tecnico di processo in 4 reparti diversi e ci aveva lavorato per oltre trent'anni: da anni, in qualità di presidente AIEA Val Basento, aveva avviato una dura battaglia in Basilicata per il riconoscimento dei diritti dei lavoratori di Pisticci malati e morti a causa dell'amianto, riuscendoci per centinaia di casi. Ma già dal 2008 aveva lanciato anche in Sardegna l'allarme per Ottana, inscaltato dalle istituzioni. Perché Mario Murgia aveva iniziato questa opera di sensibilizzazione in Sardegna a proposito dei Lavoratori ex Enichem Fibre di Ottana?

L'attività di Mario Murgia aveva un precorso già di 15 anni, costellato di riconoscimenti pensionistici, di malattie professionali per centinaia di ex lavoratori di Pisticci, ma soprattutto aveva fatto una grande lotta per l'introduzione di protocolli di sorve-

glianza sanitaria nella Val Basento in Basilicata. Mario Murgia si presentava alla sua Sardegna già con un repertorio di 10 anni di riconoscimenti importanti in Basilicata, con azioni di stimolo alle istituzioni preposte, quali Regione e aziende sanitarie locali, e azioni giudiziarie, iniziate dapprima in sede previdenziale, in attuazione della legge 257 del '92, relativa a tutti i lavoratori esposti, e poi anche con azioni di riconoscimento delle diverse patologie per tanti lavoratori che si erano ammalati nell'industria. Si parlava già da allora di 600 riconoscimenti. Secondo l'analisi e lo studio fatti da Mario Murgia l'industria chimica di Ottana, nata 16 anni dopo Pisticci, avrebbe vissuto la stessa, identica tragedia, con centinaia di malati e morti a causa dell'amianto, con un differenziale di tempo appunto di 16 anni circa. L'Enichem di Ottana, chiamata anche Anic Fibre o Chimica e Fibra del Tirso, considerata il fiore all'occhiello dell'Industria italiana, si apprestava a diventare una fabbrica di lutti e sofferenze.

Qual è il motivo per cui non veniva presa nemmeno in considerazione la possibilità che a Ottana ci fossero dei malati legati a patologie amianto correlate e addirittura dei morti? Chi è che aveva stabilito che l'amianto ad Ottana non c'era o ce n'era troppo poco?

La risposta non è stata e non è facile poiché il problema fondamentale è stato il mancato riconoscimento per tutti i lavoratori delle industrie sarde nell'atto di indirizzo ministeriale del 1998, all'indomani della legge 257 del 1992 che bandiva l'amianto dalle industrie. La Sardegna è stata l'unica regione d'Italia a non aver avuto questo riconoscimento di esposizione, qualificata con decreto ministeriale, poiché, probabilmente per una scelta sindacale e politica, si era preferito escludere il diritto al pensionamento anticipato al lavoratore al fine di



mantenere dei posti di lavoro nelle industrie sarde, che comunque erano ormai destinate al fallimento.

C'è quindi una corresponsabilità anche del sindacato nel mancato riconoscimento della presenza e della pericolosità dell'amianto nelle industrie sarde non solo ad Ottana ma anche a Porto Torres e non solo. Sebbene vada detto che la CGIL, con la segreteria nazionale di Maurizio Landini, con l'iniziativa del 14 aprile 2018 a Ottana, ha svolto una riflessione importante su ciò che è accaduto e si è messa a disposizione. E ancora, nell'area industriale di Assemini, nella sede ex Rumianca, le bonifiche sono iniziate nel 2014 e non sono ancora terminate. Indubbiamente sì, la responsabilità non è soltanto della Regione Sardegna ma anche del sindacato: la classe sindacale si era posta il problema di tutelare la salute di questi lavoratori, ma di fatto aveva sottovalutato il problema dell'amianto, laddove invece già in altre regioni d'Italia questo problema

era emerso proprio in sede di Ministero delle Politiche Sociali e del Lavoro quando nel 1998 e nel 2008 furono redatti gli atti di indirizzo ministeriale.

Un altro ostacolo al riconoscimento delle malattie professionali è stato un documento dell'Inail. Si tratta della cosiddetta relazione CONTARP?

La CONTARP, Consulenza Tecnica Accertamento Rischi e Prevenzione centrale e regionale, era un importante ufficio interno dell'Inail, che nel 2023 ha cambiato denominazione, che regolamenta i riconoscimenti, in quanto deputata a valutare il rischio lavorativo. Più tardi si scoprì che in realtà le relazioni riferite all'Enichem Fibre di Ottana erano state 15 e che solo alcune, come quella del 2013, negavano questo diritto in relazione alle mansioni. Pertanto ci fu una sorta di equivoco che ha danneggiato per molti anni questi lavoratori. La svolta ci fu il 13 luglio 2017 a Nuoro, con la visita della Commissione parlamentare di inchiesta sul fenomeno degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali, presieduta da Camilla Fabbri, chiamata da AIEA. Da quell'incontro partì l'attivazione di un tavolo tecnico prefettizio, come richiesto da Aiea, organizzato dalla Prefettura di Nuoro, presieduto dalla allora Prefetta Carolina Bellantoni con la direttrice regionale Inail di allora Enza Scarpa, con la partecipazione dell'Ispettorato del lavoro presieduto da Graziano Costa, Lo SPRESAL con Giorgio Marracini e l'università di Cagliari con il Prof Pierluigi Cocco, oltre i sindacati CISL e CGIL. Finalmente lo Stato italiano, dopo anni di negazionismo, ha riconosciuto che ad Ottana c'era il problema amianto.

Quindi, in buona sostanza, fino al 2016 circa tutte le domande di ex lavoratori di Ottana che venivano fatte in base alla legge 257 del '92 per il riconoscimento dei diritti venivano pressoché in automatico respinte,

perché in buona sostanza si riteneva che non ci fosse amianto in quantità tali da giustificare le patologie denunciate: che cosa ha rappresentato la svolta e il cambio di passo nella vicenda di quegli sfortunati ex lavoratori, che man mano si ammalavano di gravi patologie e poi morivano?

Allora, le relazioni CONTARP INAIL, che erano venute fuori all'indomani della entrata in vigore della legge che bandiva l'amianto e che erano obbligatorie per legge, avevano passato al setaccio tutti i sistemi industriali in Italia e avevano evidenziato come alcuni lavoratori erano esposti all'amianto, e in che misura erano esposti, e come altri lavoratori invece non erano esposti. In Sardegna nulla di tutto ciò accadde. Infatti, la legge ancorava il riconoscimento dei benefici previdenziali ad una unità di misura di esposizione delle fibre litro-amianto, per cui il problema era proprio quello di valutare questa tipologia di esposizione. Per quanto riguarda il sito di Ottana le relazioni CONTARP furono numerose, come già detto, ma in particolare una negava il riconoscimento ai cosiddetti lavoratori strumentisti, mentre invece lasciava uno spazio di riconoscimento per i lavoratori meccanici: tutto questo però inizialmente non era conosciuto né i lavoratori né agli operatori della stessa INAIL, che negavano in maniera tranchant le domande amministrative di riconoscimento.

Quindi possiamo dire che fino al 2016 non c'era stato nessun riconoscimento per patologie amianto correlate da parte dell'INAIL?

Sì, possiamo dire che fino a quella data i riconoscimenti erano stati inesistenti e la battaglia di AIEA è stata infatti importante, fondamentale su una duplice in strada: la prima, quella di avviare i lavoratori alla sorveglianza sanitaria attiva, perché così i lavoratori potevano recarsi presso il registro esposti amianto, che era stato

paradossalmente istituito in Sardegna 10 anni prima, e cioè nel 2005 con la legge regionale 22 e che faceva sì che la Sardegna fosse la prima in Italia per il registro esposti amianto. Però, di fatto non era pubblicizzato, per cui solo pochissimi lavoratori si iscrivevano a quel registro di sorveglianza sanitaria, mentre con la battaglia di AIEA nel giro di un paio di mesi, nel solo registro di Nuoro si è passati da 200 iscritti al registro SPRESAL esposti amianto a mille unità nel 2016.

Si è trattato di una battaglia che possiamo definire storica e cioè da un'area della Sardegna in cui veniva negata la presenza di amianto in misura tale da giustificare morti e malati, si è arrivati alla iscrizione nel registro esposti amianto di centinaia di ex lavoratori e ai primi riconoscimenti?

Ma per arrivare a questo c'è stata una battaglia corale di ex lavoratori, che sono andati letteralmente di casa in casa a ricercare gli ex compagni di lavoro, gli ex compagni di fabbrica per vedere in che condizioni fossero e da lì pian piano è venuto fuori un quadro drammatico, in cui c'era già la presenza di numerosissimi ex lavoratori malati di carcinomi in varie parti del corpo, di mesoteliomi: mettendo insieme tutti questi tasselli si è redatto un archivio di malati e morti di patologie professionali legate all'amianto. Ma ripeto, grazie all'impegno di questi ex lavoratori che hanno affiancato la AIEA, con abnegazione e sacrificio personale, si è riusciti ad individuare decine centinaia di ex lavoratori con patologie amianto correlate. Come è stata costruita questa rete? Innanzitutto perché sono stati questi ex lavoratori di Ottana a creare l'AIEA, io sono stata soltanto una ambasciatrice di questi lavoratori come Francesco Tolu, Saverio Ara, chiamati anche 'lupi grigi' e il compianto Giuseppe Pilia, morto per carcinoma peritoneale proprio mentre continuava a combattere per i diritti di tutti, che

purtroppo ora non c'è più, ma non dimentichiamo il contributo prezioso che ci ha dato. Questi sono soltanto alcuni esempi: sono stati proprio loro, fra i protagonisti delle grandi lotte per la salvezza di Ottana negli anni '80 e '90 del secolo scorso, che si sono uniti in un 'idem sentire' e hanno, diciamo così, fatto un passa parola con tutti i loro ex colleghi di lavoro e hanno riposto nelle mie mani tutta una serie di documenti anche aziendali importanti, che fino ad ora non avevano avuto il coraggio di tirare fuori: quindi, questo stare insieme, questa empatia reciproca ci ha permesso di ottenere un poco di giustizia.

Questa azione corale e in rete è nata proprio anche dalla constatazione che tanti lavoratori, nel frattempo, morivano uno dopo l'altro e di cui da un paese all'altro si aveva notizia.... io mi ricordo una fase in cui morivano come mosche e uno dopo l'altro di patologie veramente inquietanti. Uno dei casi più gravi e drammatici è la vicenda del reparto AT 07: su 25 lavoratori presenti, ecco ben 17 erano morti di tumore, sempre nel 2016-2017.

Ricordo due lavoratori in particolare, uno è Giuseppe Bua, che, ha posto fine alla sua vita di gravi sofferenze sparandosi in testa: aveva avuto due carcinomi devastanti, il primo laringeo, che gli ha tolto la voce per sempre e l'altro al polmone, eppure aveva resistito e lottato con tutte le sue forze, partecipando a tante iniziative e testimoniando in prima persona. un altro Billia Cinellu di Tresnuraghes, morto dopo aver avuto anche lui ben 8 tumori. Il suicidio di Giuseppe Bua purtroppo ha notevolmente complicato il suo riconoscimento anche in sede INAIL in via amministrativa, per il quale si è arrivati ad un percorso giudiziario che ancora non si è concluso, ma sul quale siamo fiduciosi possa concludersi positivamente.

L'amianto quindi c'era ed è attestato anche dai documenti che avevate re-

cuperato, dove erano indicate le tonnellate di amianto avviate in discarica, ma di amianto ce n'era ancora, come dimostrarono immagini girate all'interno dei capannoni ancora esistenti: erano state avviate le bonifiche, cosa è successo da allora?

Le bonifiche erano un altro elemento di prova a nostro favore: ben 12 decreti della ASL emessi per bonificare il sito di Ottana, e anche questo è stato possibile grazie alle testimonianze dei lavoratori, alla loro memoria. Senza la memoria delle vittime e dei sopravvissuti nulla si può fare, questa è stata la grande lezione di Ottana, oltre al principio di precauzione, ovvero già si sapeva che la polvere di amianto faceva male e si è ignorato il pericolo per anni, segnando la vita di migliaia di lavoratori. In altri Paesi del mondo ancora è impiegato e questo deve farci riflettere.

Le bonifiche industriali sono iniziate già nel 1988 quindi già prima che la legge dell'amianto bandisse l'amianto e c'erano già le prime direttive aziendali Enichem che dal 1988 in poi volevano rimuovere l'amianto. I lavoratori infatti raccontavano che erano venuti gli americani vestiti come gli astronauti dello spazio a rimuovere tutto il materiale che c'era e che tutti i lavoratori li prendevano in giro perché dicevano «Cosa ci fanno questi vestiti da astronauti?» In realtà questi erano operatori di ditte specializzate tra cui la società Demont, che eseguivano a livello internazionale bonifiche specializzate.

Quindi, le bonifiche sono documentate: i documenti della ASL che sono state prodotti all'INAIL e sono stati prodotti anche in giudizio davanti al Tribunale di Nuoro, laddove l'azienda e l'INAIL non avevano invece voluto riconoscere l'esposizione a questa sostanza.

Si è passati quindi alla azione relativa anche alla denuncia in tribunale, quando è cominciata?

Allora, bisogna dire che l'azione giudiziaria in tribunale è stata residuale, perché la grande campagna di movimento popolare e l'azione forte con le istituzioni, tra cui l'intervento della commissione Fabbri al Senato, l'intervento presso il tavolo tecnico della Prefettura di Nuoro hanno permesso di riconoscere in via amministrativa quasi 60 casi attraverso il tavolo tecnico.

Certo in determinati casi è stato necessario ricorrere al tribunale, soprattutto per una serie di patologie, che non venivano ricomprese nelle cosiddette patologie tabellate, tra cui per esempio il tumore al polmone, che era una malattia tabellata, ma non così il tumore al colon o il tumore alla laringe: per queste patologie affini ma non riconosciute legislativamente, si è dovuto ricorrere comunque al tribunale con un percorso giudiziario complicato e complesso, che però ha contribuito a creare una mentalità e un'attenzione anche nella giurisprudenza sarda di sensibilizzazione a questo tipo di problematiche. Di questa sensibilità giuridica se ne sono avvantaggiati non soltanto i lavoratori esposti all'amianto, ma anche a tantissimi altri lavoratori affetti da patologie comunque riscontrate nell'industria sarda, a prescindere dall'esposizione all'ambiente.

Possiamo dire che c'è stata una sorta di movimento di popolo che ha coinvolto anche le comunità locali gli amministratori locali, gli stessi sindaci, che hanno supportato gli ex lavoratori in questa battaglia per i riconoscimenti?

Sì è stata una battaglia di popolo e anche sociale che ha coinvolto i sindaci, penso al sindaco di Orani Antonio Fadda, penso al sindaco di Orotelli Nannino Marteddu e al sindaco di Ottana Franco Saba. Penso anche ai deputati di riferimento di quelle zone, come per esempio Michele Piras, allora l'unico deputato sardo, che fece

l'interpellanza urgente al Governo il 13 novembre 2015 e come il senatore Silvio Lai, che fece l'interrogazione al Senato il 12 gennaio 2016. Come ricordo l'allora consiglieri regionali Daniela Forma e Daniele Cocco, che ricordo con piacere, partecipò l'unico, insieme a Michele Piras, a quella manifestazione con la quale noi avviammo la battaglia in primo piano nei confronti di quelli che noi ritenevamo i veri colpevoli, ovvero l'INAIL e la regione Sardegna. Parliamo della manifestazione che ebbe sede a Ottana, parliamo della conferenza stampa ad Ottana, nella quale venne presentata la denuncia delle manchevolezze della CONTARP INAIL. Ma parliamo anche, nello stesso tempo, dell'avvio di un dialogo costruttivo con le Istituzioni, in particolare, con la Prefettura di Nuoro, al fine di indurre un tavolo tecnico che mettesse insieme tutti i soggetti tra cui anche sindacati, lo SPRESAL, l'Università e la stessa INAIL, per poter poi rimuovere l'ostacolo che erano i documenti amministrativi dell'INAIL e potere così dare l'avvio ai riconoscimenti dei lavoratori ammalati, ma soprattutto delle vedove.

Le vedove di Ottana, le vedove dei lavoratori uccisi dall'amianto, hanno avuto un ruolo fondamentale nella ricostruzione della tragedia vissuta da tanti ex lavoratori e dalle loro famiglie?

Sì le vedove, donne lacerate da una sofferenza indicibile per la perdita dolorosa dei loro congiunti, sono state fondamentali: con la loro testimonianza hanno sconfitto un retaggio antico, che era quello di non parlare di un familiare malato, soprattutto se di patologie come il cancro, perché nella cultura sarda la malattia grave di un familiare è sempre stata un po' una sorta di segreto da tenere in casa, invece queste donne coraggiose sono uscite allo scoperto: hanno denunciato la morte dei loro mariti, le loro



malattie e si sono poste in prima linea per il riconoscimento dei loro diritti. Stiamo parlando di piccole comunità, molti lavoratori vivevano anche tutti nella stessa via, penso a Via Prade Cavada di Orani, dove ci sono ben quattro vedove di ex lavoratori di Ottana, morti per carcinomi vari, vivevano tutti nella stessa strada e andavano al lavoro insieme.

C'è una storia particolarmente toccante e significativa la storia della vedova di Gavoi che cosa era accaduto?

La vedova di Gavoi Antonella Pirisi, vedova di Adriano Angius, morto nel 2005, a 54 anni di carcinoma polmonare, è stata la prima che ha fatto una battaglia in solitudine, anche prima che nascesse questo movimento: attraverso una battaglia legale durata nove anni, che l'ha portata fino alla Corte d'Appello di Sassari. Solo allora ha potuto ottenere un riconoscimento

di "vedova di amianto", ma ha perso però tutti i diritti relativi a un'azione risarcitoria nei confronti dell'azienda, perché è andata in prescrizione. Ecco l'altro quid, l'altro problema è stata la prescrizione: di fatto gli ex lavoratori di Ottana sono entrati in campo nella richiesta di risarcimenti e di riconoscimenti molto più tardi di altri lavoratori di altre aree del nostro Paese: questo è accaduto perché non c'era il riconoscimento base e cioè quello della presenza di amianto in maniera pericolosa!

Quindi, per tutta la vicenda che abbiamo cercato di riassumere, gli ex lavoratori di Ottana sono entrati in campo molto tardi; che cosa ha comportato tutto ciò?

Beh per alcune vedove ha comportato la perdita totale di tutti i diritti, così come per alcuni lavoratori, perché erano già ormai scaduti ampiamente i termini, come quello dell'11 giugno 2005 per le segnalazioni all'INAIL, e anche altre date per cui alcuni di questi lavoratori sono di fatto rimasti senza giustizia.

Ci sono ancora in corso dei procedimenti per la richiesta di riconoscimento e per la richiesta di risarcimento?

Sotto il profilo risarcitorio non c'è nessuna richiesta, mentre sotto il profilo delle cause c'è ancora qualche causa in corso, perché nel frattempo ci son stati i decessi anche di malattie non strettamente correlate all'amianto, ma legate alle zone industriali come per esempio il linfoma non Hodgkin o i tumori gastrointestinali.

Quindi, accanto alla battaglia per il riconoscimento delle patologie amianto correlate è partita anche la battaglia per il riconoscimento delle malattie di tipo professionale, correlate alla presenza di altri veleni o altre sostanze dannose: c'è qualche caso risolto o avviato risoluzione?

Certo una battaglia importante è quella del tribunale di Nuoro per la vedova Urbano che ha ottenuto il primo riconoscimento in Sardegna per due linfomi non Hodgkin follicolari, ovvero il lavoratore ammalatosi e deceduto per un linfoma legato strettamente alla trielina: Michelino Urbano di Orgosolo lavorava a Ottana e lavorava proprio nel reparto di uno degli stabilimenti dove vi era anche l'amianto. Ma la sua malattia, che ha comportato atroci sofferenze negli ultimi dieci anni della sua vita, è stato proprio un linfoma non Hodgkin follicolare: è stata una grande sentenza, che ha rivelato soprattutto una grande sensibilità sia degli ausiliari del giudice ma anche della stampa isolana, che ha dato un grande rilievo a questo atto di giustizia per questo lavoratore. Una causa durata ben 9 anni e conclusa nello scorso mese di aprile in tribunale a Nuoro.

Abbiamo un'idea anche approssimativa di quanti sono i morti fra gli ex lavoratori di Ottana classificabili come morti per patologie legate all'amianto?

Dal punto di vista del riconoscimento possiamo parlare di oltre 200 lavoratori e la cosa più importante è che quasi il 60% di questi procedimenti si sono tutti conclusi in via amministrativa con un riconoscimento pacifico, senza dover ricorrere alle autorità giudiziarie. Ricordiamoci che però l'iniziativa giudiziaria è stata necessaria ed è tuttora necessaria per alcune patologie che non ricadono in questi riconoscimenti classici, come il tumore al polmone. Il dato importante è che di questi oltre 200 riconoscimenti, 100 sono da attribuire a persone decedute e quindi relative a rendite approntate dall'INAIL e quindi in favore delle vedove.

Abbiamo un'idea di quanti possano essere fra i superstiti di Ottana le persone con patologie legate all'amianto o ad altri veleni, che però non hanno fatto richiesta di riconoscimento?

L'idea precisa noi non ce la possiamo avere, perché il picco delle malattie e delle morti dell'amianto è previsto al 2027, quindi da qui al 2027 è ancora un'incognita. Però possiamo ben dire che dopo il 2027 non dovremmo più conoscere malati di mesotelioma relativi alle zone industriali, ma da attribuire piuttosto a un mesotelioma di natura ambientale.

Ci sono ancora procedimenti per il riconoscimento dei diritti di ex lavoratori in corso?

Sì, ci sono ancora dei riconoscimenti in corso: sono una ventina nei tribunali di Nuoro-Sassari e Cagliari-Oristano, questi però sono una piccola cifra rispetto alla mole dei riconoscimenti di cui vi ho parlato: la battaglia dell'amianto però non è ancora conclusa, perché oltre alla tutela della salute e dei lavoratori esiste un problema di fondo che è il dato ambientale. L'amianto è ubiquitario, è ovunque, in particolare oltre che nelle zone industriali è nei tetti di strutture per esempio presenti nelle campagne nelle aziende agropastorali, nelle grandi città e ancora in certi paesi, per cui bisogna ora spostare la nostra battaglia sotto il profilo della tutela della salute e sotto il profilo della tutela ambientale. A Ottana nei primi anni '70 fu propagandato un sogno da parte delle classi politiche dirigenti di allora, quello di una fabbrica che avrebbe dato lavoro fra occupati diretti e indotto a 11.000 persone. Nella fase di massima produzione forse si è arrivati a 3.000 occupati. Posti di lavoro costati una cifra umana e sociale incalcolabile.

Nocività della filiera del Fluoro. A quale punto siamo?

Di Marco CALDIROLI*

Nel numero di questa rivista 240-241 (stampato nel 2020) abbiamo percorso i punti salienti della filiera del fluoro, dal minerale ai rivestimenti antiaderenti in teflon delle padelle evidenziando passo passo gli impatti ambientali della produzione e del loro uso, in particolare dei derivati organici (polimeri fluorurati). Un percorso che partiva da una miniera sarda e dalla Fluorsid di Assemini e finiva con la contaminazione planetaria da PFAS. Da allora sono state numerose le iniziative per rendere evidenti i problemi di contaminazione e i rischi, anzi i danni acclarati, dovuti alla diffusione di molecole “eterne”, non degradabili dall’ambiente e dal nostro organismo. Nuove conoscenze sono state acquisite o sono emerse per confermare i danni ambientali e sanitari da PFAS e sostanze simili.

In questo articolo vorremmo riprendere quel nostro contributo per capire in quale punto ci troviamo del percorso di inversione della tendenza di contaminazione ambientale e dei nostri corpi in particolare dell’ampio universo delle “materie plastiche” sia “micro” che “macro”.

Per farlo ripercorriamo le “stazioni” della filiera come rappresentate in quel numero.

LA MINIERA SILIUS E LE MATERIE CRITICHE

Il dossier di quel numero si apriva con il caso della Fluorsid di Assemi-

ni, impianto che lavora il minerale fluorite in precedenza estratto dalla vicina miniera Silius (Genna Tres Montis) sfruttata dagli anni ‘50 al 2007 (1) con concessioni per Bario, Fluoro e Piombo e qualsivoglia altro minerale.

L’avvio di una “transizione energetica” che vede l’elettricità quale vettore energetico preferenziale ha fatto emergere nuove criticità geopolitiche che in luogo del petrolio hanno messo in primo piano quei materiali necessari per il funzionamento delle apparecchiature elettriche in particolare quelle per la comunicazione, la mobilità e la vita di ogni giorno.

Si fa riferimento non solo alle “terre rare” indispensabili per i nuovi apparati elettrici (dai cellulari, al web, alla mobilità individuale) ma al più ampio regno delle “materie critiche” o meglio “materie prime essenziali”. Si tratta di quelle materie prime per cui l’Europa (il mercato della Unione Europea) soffre per inadeguata produzione nei propri confini, come a suo tempo (e ancora oggi) per i combustibili fossili derivati da petrolio e gas naturale.

Anche il “digitale” necessita di materie “fisiche” da ottenere da quell’ecosistema chiuso che è il pianeta che ci ospita, pertanto ogni scelta nella estrazione e nel ciclo di vita e di “consumo” delle materie essenziali determina, come nell’ambito dei combustibili fossili, impatti significativi per la nostra esistenza.

* *Medicina
Democratica
Castellanza*

Tema connesso con quello più generale della “economia circolare” – a sua volta dentro il “*green deal*” europeo ora messo in discussione anche dal “Rearm UE” – per evitare ulteriori elementi di collasso ambientale che si aggiungerebbero a quelli già in opera e semplificabili nelle cause della “crisi climatica”.

Per rimanere al fluoro, l'Europa ha un tasso di dipendenza per l'approvvigionamento di fluorite dall'esterno del 66 % (principali produttori mondiali: Cina, Messico e Mongolia). L'attenzione sulle materie essenziali posta dall'Unione Europea è principalmente indirizzata a cercare un incremento dell'approvvigionamento interno, ridurre la dipendenza dall'esterno in modo “sostenibile” intendendo con questo definire regole per l'estrazione “accettabili” dalla popolazione e tenere sotto controllo la filiera integrale, fino al riciclo delle materie contenute nelle merci “a fine vita” (2). Una nuova (diversa?) epoca estrattivista si profila nel prossimo futuro.

In Italia è stato istituito presso il Ministero dell'Ambiente un “tavolo tecnico materie critiche” (decreto ministeriale 15.09.2022) con ampie competenze e costituito sia da enti pubblici che da rappresentanti delle associazioni industriali coinvolte, e già piovono proposte di nuovo avvio o riavvio di ricerche e concessioni minerarie in molte parti d'Italia.

In Sardegna sono state individuate (3) cinque aree “interessanti”: **1.** terre rare nelle rocce magmatiche in almeno quattordici aree dal nord al sud della regione; **2.** solfuri misti (rame, piombo, zinco e argento) nel centro della regione (riapertura miniera “Funtana Raminosa”); **3.** mineralizzazioni idrotermali a fluorite, barite e terre rare centro/sud regione in zone già ampiamente sfruttate in passato e ove è la miniera di Silius (zona del Sarrabus); **4.** mineralizzazione a tungsteno (stagno, arsenico, bismu-

to, molibdeno) zona sud occidentale (zona di Iglesias) in aree già conosciute e sfruttate in passato; **5.** mineralizzazione a rame, molibdeno e oro, zona sud occidentale (zona di Siliqua). Trasversali a queste iniziative di ripresa o ricerca ex novo, l'intenzione di intervenire sui rifiuti (“sterili”) estrattivi del passato, che definiscono il paesaggio nelle zone minerarie con colline e/o costoni artificiali ed in cui la presenza di “terre rare” (ovvero a una bassa percentuale che in passato non era sufficiente per una lavorazione) potrebbe attivare interventi di “recupero” e, se non di bonifica, di miglioramento della situazione ambientale.

Come si vede la miniera di Silius – un tempo fornitrice esclusiva di fluorite per gli impianti Fluorsid di Assemini (CA) – è dentro questo percorso ovvero lo anticipa: entro la fine del 2025 è prevista la ripresa dell'estrazione di fluorite (si stima la disponibilità di 3 milioni di tonnellate), nel plauso apparente delle comunità locali che attendono il ripristino di un centinaio di posti di lavoro. Quanto sopra ad opera della società bresciana Sma Srl che ha rilevato la concessione e riattivato le autorizzazioni.

Nel complesso ISPRA ha censito 91 miniere di fluorite attive in passato in Italia e ha individuato come “interessanti” diversi siti nel bergamasco, nel bresciano ed in trentino, oltre a quelle sarde e laziali (Bracciano) per i quali si ritiene economicamente e tecnicamente possibile il riavvio.

A livello mondiale sono stati censite e stimate “risorse” di minerale fluorite per 500 milioni di tonnellate, con l'attuale prelievo per la produzione di acido fluoridrico e da qui l'intera filiera del fluoro ve ne è a sufficienza per 100 anni (fattori geopolitici permettendo): siamo nella stessa situazione delle fonti fossili di energia e “mattoni di base” per l'industria chimica organica rispetto a una prospettiva diversa e a minore impatto, oc-

corre volerla politicamente a partire dalla ricerca e l’innovazione, come è già stato detto, l’era paleolitica non si è chiusa per mancanza di pietre...

**IMPIANTI FLUORSID
DI ASSEMINI, DOPO LE VICENDE
GIUDIZIARIE... “PREMI”
E FINANZIAMENTI**

Nel precedente dossier si dava l’informazione della conclusione delle vicende giudiziarie che hanno interessato direttamente diversi dirigenti della Fluorsid di Assemini con un patteggiamento a fine luglio 2019 comprensivo di un piano di disinquinamento da 22 milioni di euro. Questo piano è però rimasto in gran parte inattuato, come formalmente riscontrato dai Carabinieri Forestali nel marzo 2025. Senza fretta, il sindaco di Assemini ha emanato recentemente una ordinanza per imporre le bonifiche promesse. Eppure non solo gli interventi erano dovuti dal gestore per effetto del procedimento giudiziario pregresso ma erano altresì urgenti

anche considerando la situazione di contaminazione generalizzata nel SIN del Sulcis Iglesiente per altre cause connesse ad altre attività inquinanti presenti in particolare nella area industriale di Macchiareddu (come pure a Porto Scuso e Porto Vesme). Nel periodo tra il patteggiamento e nuovi procedimenti in fase di avvio per mancata bonifica, Fluorsid è stata “premiata” dal Ministero dell’Ambiente con il giudizio positivo di compatibilità ambientale e la conseguente nuova autorizzazione integrata ambientale dal 2020 è definita, dopo diverse modifiche, con il Parere Istruttorio Conclusivo, reso dalla Commissione AIA con nota del 31/03/2025. Questi atti hanno autorizzato una serie di modifiche impiantistiche (4) che, in un tipico approccio economicistico, uniscono obiettivi di ammodernamento impiantistico per migliori rese produttive ad un incremento netto della capacità produttiva come sintetizzato nella tabella che segue. Sotto il profilo ambientale la nuova

Prodotto	Capacità produttiva autorizzata al 2018	Capacità produttiva autorizzata al 2025 (AIA del 2020)
Acido solforico	340.000 t/a	340.000 t/a
Acido fluoridrico	65.000 t/a	77.500 t/a
Prodotti fluorurati	100.000 t/a	119.000 t/a
Fluoruri di calcio sintetico (“bi-scotti fluoridrici)	30.000 t/a	40.000 t/a
Gesso granulato	200.000 t/a	320.000 t/a
Anidride macinata	80.000 t/a	Impianto in stato di conservazione
Produzione energetica	85.000 MWh/a	103.000 MWh/a

Tabella 1. Modifiche (incrementi) nella capacità produttiva Fluorsid dal 2020

AIA determina invece dei peggioramenti nella configurazione emissiva anziché dei miglioramenti. L'accorpamento di quattro punti di emissione in un unico nuovo camino (E40) di maggiore portata, produce un incremento delle emissioni autorizzate (a pieno regime).

Punto di emissione	E9-E3-E28-E10 (AIA 2015)*	E40 (AIA 2023)**
Portate Nmc/h	19.000 (somma)	35.000
Limite di ossidi di zolfo	250	200
Emissioni annue di ossidi zolfo	38,61 tonn	55,44 tonn
Limiti di acido fluoridrico	2,5	5,0
Emissioni annue di acido fluoridrico	0,392 t	1,386 t

Tabella 2. Modifiche nella configurazione emissiva autorizzata dei reattori di produzione acido fluoridrico e fluoruro di alluminio 2015-2023.

* Parere istruttorio conclusivo Commissione Ministero Ambiente – AIA del 9.07.2015

** Parere istruttorio conclusivo Commissione Ministero Ambiente riesame - AIA Fluorsid del 21.07.2023.

Quindi, oltre al danno della contaminazione pregressa e della mancata bonifica, una nuova autorizzazione che incrementa anche le quantità di fluoro, e non solo, che possono essere emesse, a norma, dagli impianti.

A fine 2024 il gestore ha presentato una ulteriore richiesta di modifica riguardante la realizzazione di un impianto pilota per la produzione di fluorite sintetica e silice precipitata (amorfa) a partire da acido esafluorosilicico. Questo intervento viene proposto come promosso e finanziato dalla EUROPEAN CLIMATE, INFRASTRUCTURE AND ENVIRONMENT EXECUTIVE AGENCY (CINEA) nell’ambito di finanziamenti europei “Project 101148346 — LIFE23-ENV-IT-LIFE-SYNFLUOR”. Qualora l’impianto pilota consenta di produrre fluoruro di calcio sintetico e silice precipitata, Fluorsid si è impegnata a costruire, entro 5 anni dalla conclusione del progetto, un

nuovo impianto per la produzione di circa 120.000 t/anno di CaF_2 (fluoruro di calcio) e circa 30.000 t/anno di silice (amorfa) precipitata, nell’ambito dell’incremento di disponibilità europea di prodotti del fluoro-materia critica.

«Il Gestore dichiara che non ci sarà produzione di rifiuti dal processo e si otterrà fluorite sintetica, destinata alla produzione di HF, con una filosofia “green” che non contempla l’esaurimento delle risorse naturali non rinnovabili, riducendo il consumo di energia per la loro produzione». Sono i termini con cui il Ministero dell’Ambiente “valida” l’iniziativa. In sintesi Fluorsid coglie ogni occasione propizia per sostenere e ampliare le produzioni, analogo “spirito” non appartiene agli enti locali per richiedere le bonifiche stabilite dal patteggiamento giudiziario.

Eppure, negli stessi anni che precedo-

no le modifiche impiantistiche il docufilm della Associazione Life After Oil (regia di Massimiliano Mazzotta, uscito a giugno 2022) “Chemical Bros” aveva documentato il contesto sociale, ambientale e i relativi effetti negativi, in cui operavano le principali aziende del settore del fluoro (in particolare Fluorsid e Miteni) come pure la tossicità della filiera nel suo complesso, fino ai PFAS.

Una iniziativa parallela a quella più ampia della rassegna cinematografica Life After Oil che si tiene in Sardegna (negli ultimi anni a Villanovaforru) che viene sostenuta anche da Medicina Democratica (<https://www.lifeafteroil.org/>).

Un effetto “collaterale” del docufilm è stata la vicenda mediatica relativa alla produzione della Birra Ichnusa (lo stabilimento Heineken che la produce è ad Assemini) e la presenza o meno di significative concentrazioni di fluoro. La vicenda è stata rinverdata da una recente puntata di Report.

In occasione della uscita del docufilm si era attivato uno scambio di battute tra Medicina Democratica che ha fatto fare analisi sulla birra, con esiti contrastanti a seconda del laboratorio incaricato, ed Heineken che ne contestava la validità. In sintesi quello che emerge, e questo non è certamente valido solo per il fluoro e/o per la birra, è che vi è una inadeguata attenzione normativa sulla presenza di contaminanti in alcuni alimenti di ampio consumo: se sulla frutta e sui prodotti orticoli al consumatore si cercano i pesticidi, sulle bevande non si cercano metalli o contaminanti organici presupponendo che si utilizzi all’origine acqua, e altri ingredienti, “a norma”. Quindi abbiamo ragione noi quando segnaliamo il rischio e ha ragione Heineken quando dichiara che nessuna norma è stata violata... perché non vi sono norme né metodiche analitiche riconosciute sulla birra (o altre bevande, vino escluso). Rimangono due questioni in essere: la prima riguarda la produzione di

un alimento che ha bisogno di acqua di buona qualità ma utilizza quella disponibile in una area SIN con falde sotterranee contaminate (non solo da fluoro), la seconda è che nonostante le richieste (anche da parte di Report) l’ASL di Cagliari non ha messo a disposizione i rapporti analitici ufficiali dell’acqua impiegata nella produzione Ichnusa.

Sugli aspetti epidemiologici del SIN Sulcis-Iglesiente, nell’articolo del numero 240/241 si dava conto anche dei risultati dello studio epidemiologico Sentieri. In questo numero, Domenico Scanu, di ISDE, coautore di quell’articolo, aggiorna il tema delle evidenze e conoscenze degli effetti sanitari della perdurante contaminazione dell’area.

I FREON

E IL BUCO DELL’OZONO OGGI

Nel numero 240/241 si dava conto della “storia” della produzione dei composti cloro-fluorocarburi (e cugini derivati dal bromo) ampiamente utilizzati come propellenti nei prodotti aerosol, nella refrigerazione (condizionatori casalinghi inclusi) e nelle schiume antincendio nonché l’andamento del principale effetto del rilascio in atmosfera di questi gas : l’allargamento del “buco dell’ozono” ai Poli del pianeta con il relativo indebolimento progressivo delle difese naturali ai raggi solari e cosmici.

Il Protocollo di Montreal del 1987 (modificato da ultimo nel 2024) ha introdotto divieti e obblighi di sostituzione dei clorofluorocarburi (CFC) e simili, con composti meno problematici ed è uno dei pochi casi in cui un “bando” internazionale ha “funzionato”. Nell’articolo si riportavano le informazioni al 2016/2017. Consultando oggi il sito del Segretariato UNEP per l’ozono possiamo dire che da allora sono stati compiuti ulteriori passi in avanti ovvero significative riduzioni nella produzione e quindi nel rilascio di queste sostanze alogenate (il fluoro è un alogeno come il cloro). La

stima è una eliminazione del 99 % (il rimanente 1 % è costituito principalmente da idrofluorocarburi – HCFC) corrispondenti a una riduzione di circa 1,8 milioni di tonnellate espresse come ODP (Potenziale di riduzione dell'ozono)

Gli effetti positivi sono molteplici: ripresa fisica dello strato di ozono dal 2000 con recuperi diversificati che fanno stimare un ritorno delle concentrazioni di ozono stratosferico (parte alta dell'atmosfera terrestre) ai valori del 1980 intorno al 2066 per l'Antartide, al 2045 per l'Artico e intorno al 2040 per le latitudini medie.

Avendo i CFC effetti anche sulla crisi climatica (sono gas ad effetto serra) la loro riduzione porta a un decremento atteso del “riscaldamento globale” tra 0,5°C e 1°C entro il 2050 (tra il 1990 e il 2010 sono state evitate 135 miliardi di tonnellate di CO₂ equivalente da questo settore). I problemi incrementali netti sono palesemente altrove.

La protezione ambientale fornita dallo strato di ozono stratosferico, la riduzione delle radiazioni UV-B efficaci (più pericolose per la pelle), ha evitato la perdita di fotosintesi e quindi di capacità di trattenere i gas serra, per un equivalente di 325-690 miliardi di tonnellate di carbonio. Minori “scottature” e conseguente maggiore prevenzione di casi di cancro alla pelle e di cataratta (l'EPA americana stima che il completamento della attuazione del Protocollo di Montreal preverrà circa 443 milioni di casi di cancro della pelle, 2,3 milioni di decessi per cancro della pelle e 63 milioni di casi di cataratta per le persone nate negli anni 1890-2100).

Il divieto e la sostituzione dei CFC si stima che equivalga, cumulativamente tra 1987 e 2060, a risparmi tra 1,8 trilioni di dollari in benefici per la salute globale (1,109 trilioni di dollari solo per il cancro della pelle) e quasi 460 miliardi di dollari in danni evitati all'agricoltura, alla pesca e ai materiali esposti.

Necessita l'estensione piena del Protocollo, ovvero il divieto e la sostituzione per gli HFC, aumentati negli ultimi anni proprio quali sostituti dei CFC, Halon e altri. L'obiettivo dell'emendamento di Kigali (2024) al Protocollo è la riduzione graduale di 18 molecole HFC ad alto potenziale di riscaldamento globale di oltre l'80% (in CO₂ equivalente) rispetto al livello di base, nei prossimi 30 anni, con l'obiettivo di evitare (ridurre rispetto alla situazione attuale) fino a 0,5°C di riscaldamento globale entro la fine del secolo. Tale obiettivo potrà essere raggiunto anche con l'incremento della efficienza energetica delle apparecchiature di raffreddamento del 10-50%, riducendo significativamente i costi energetici per i consumatori e le imprese e potenzialmente raddoppiando l'impatto climatico positivo dell'emendamento. Come si vede, non ci si può cullare sugli “allori” ma occorre continuare in questa direzione il cui successo è sicuramente un esempio da seguire per intervenire su altre sostanze estremamente pericolose ed in particolare che si accumulano nell'ambiente (e da qui nell'uomo e nella donna) come i PFAS.

LE PRODUZIONI DI FLUOROPOLIMERI E LA CONTAMINAZIONE AMBIENTALE DA PFAS. DAI PROCESSI AL DEFATICANTE INTERVENTO NORMATIVO

Nel numero 240/241 abbiamo parlato diffusamente della filiera produttiva delle principali molecole (polimeri in primo luogo) fluoro-organiche ed in particolare degli stabilimenti di Trissino (VI) ex Miteni e di Spinetta Marengo (AL), gruppo Solvay.

Il 26 giugno 2025 il Tribunale di Assise di Vicenza ha emesso la sentenza di primo grado (disastro ambientale doloso e avvelenamento delle acque) per la contaminazione del suolo, del sottosuolo, delle acque superficiali e delle falde sotterranee utilizzate per le produzioni agricole e l'uso umano

da sostanze fluorurate inclusi PFAS di prima (PFOA/PFOS) e seconda generazione (come cC6O4, GenX). Medicina Democratica è stata riconosciuta parte civile nel processo e l'abbiamo seguito in tutte le sue fasi, da quelle del rinvio a giudizio (2019) ma ancor prima a seguito dell'emersione dell'inquinamento nel Veneto nel 2013.

Riportiamo il commento di Edoardo Bai di ISDE in merito alla sentenza.

«La giudice Crea, assieme alla giudice a latere Cuzzi e ai giudici popolari, hanno senza dubbio scritto una pagina importante nella storia ambientale, italiana ma non solo. È una pronuncia ancora non definitiva, inoltre le motivazioni della sentenza non sono ancora state depositate. Tuttavia alcune prime indicazioni possono essere tratte: anzitutto le condanne comminate ad undici dei quindici imputati per avvelenamento doloso delle acque e per disastro ambientale innominato attestano come non solo che tali condotte abbiano determinato un danno significativo e potenzialmente irreversibile all'ambiente ma anche che sia stata messa in pericolo l'incolumità pubblica della popolazione residente.

In filigrana si legge altresì il riconoscimento della nocività delle sostanze PFAS che sono state immesse dalla Miteni nelle matrici ambientali e che si sono bioaccumulate negli esseri umani esposti. Nocività e tossicità che erano state minimizzate, se non addirittura negate, dai consulenti delle difese, impegnati in aula a destituire di fondamento una letteratura scientifica imponente sulla pericolosità di questi composti. Era stata messa in dubbio anche la classificazione IARC di PFOA come cancerogeno certo per l'uomo, sostenendo che l'Istituto di riferimento di tutto il mondo per i giudizi di cancerogenicità non è credibile.

La condanna di alcuni imputati per i capi di imputazione legati alle sostanze più recenti, quali il GenX e il cC6O4, utilizzate dalla Solvay di Alessandria

come alternative ai due composti più pericolosi, il PFOA e il PFOS non sono così innocue come si vuol far credere. Nonostante la messa al bando delle due molecole citate più sopra, dunque, il problema non è stato risolto: il pericolo persiste.

Infine, tra le varie letture che possono essere fatte al dispositivo della sentenza, senza aver ancora contezza del ragionamento seguito dalla Corte, merita menzione la prospettazione dei procuratori Blattner e Fietta, che hanno parlato di Miteni come impresa criminale. Impostazione avallata dal collegio giudicante che ha ravvisato la continuazione delle condotte illecite nonostante i cambi di gestione e di proprietà dell'impresa. Si è trattata, in estrema sintesi, di una strategia aziendale finalizzata ad eludere le spese e i costi ambientali. Per profitto, per indifferenza rispetto alle conseguenze possibili su persone e ambiente, per deliberata scelta. Una condotta criminale che ha bypassato tutti gli obblighi normativi e le prescrizioni amministrative esistenti; società e dirigenti che hanno volontariamente celato alle autorità e al pubblico informazioni rilevanti sullo stato della contaminazione in essere, sulla portata dei danni divenuti progressivamente irreversibili.

Uno dei perni attorno ai quali queste condotte si sono sviluppate in Miteni è stato il dottor Costa, non imputato in questo processo, per il quale è stata chiesta la remissione degli atti alla Procura per verificare eventuali profili di corresponsabilità. Costa è stato il medico di fabbrica prima e il medico competente poi, e, per oltre un trentennio, ha rivestito un ambiguo doppio ruolo: da una parte era deputato alla salvaguardia della salute dei lavoratori, dall'altro tutelava gli interessi Miteni nei confronti degli organismi di controllo. Ha pubblicato gli esami eseguiti per 20 anni ai dipendenti Miteni: nessuna malattia riscontrata, tranne un aumento della colesterolemia e dell'uricemia. Ha partecipato al gruppo di

lavoro internazionale dei produttori di promosso da Dupont e 3M, dove venivano discusse le patologie dei dipendenti delle aziende causate dall'esposizione.

I risultati dei controlli effettuati dalle aziende sono stati tenuti nascosti alle autorità per 20 anni, finché, per ordine della magistratura, Dupont è stata costretta a consegnarli.

Nel processo è stata attestata la dolosa noncuranza delle opere di manutenzione ordinaria e straordinaria necessarie a contenere il problema da parte di Mitsubishi ed ICIG, dichiarate responsabili solidalmente per l'inquinamento causato dal "gioiellino" Miteni", così descritto in aula da uno degli imputati, l'ingegner Guarracino.

Purtroppo in questa sentenza non sono stati riconosciuti i danni sofferti dai lavoratori, la categoria più esposta e flagellata dalla contaminazione dai PFAS. Le motivazioni non sono ancora note.

La condanna dei responsabili ha previsto 141 anni di carcere complessivamente, 10 anni in più delle richieste dell'accusa. La presenza di una giuria popolare ha sicuramente esercitato la sua influenza.

Anche questa condanna, esemplare, contiene una grande ingiustizia. I risarcimenti in capitale sono stati concessi ad alcune associazioni, agli abitanti della zona inquinata, ma negati ai dipendenti della Miteni quasi a sottolineare il fatto che ci sono persone più tutelate di altre.

È stato imposto anche il risarcimento dei danni a 300 parti civili, per 75 milioni di euro in totale. I comuni cittadini hanno ricevuto soltanto 15.000 euro a testa. Discorso a parte per il Ministero della sanità che riceverà 56 milioni di euro. Come già detto, i 53 lavoratori che si sono costituiti parte civile non riceveranno nulla. Un precedente processo per le patologie causate dai PFAS ai lavoratori Miteni è stato archiviato. La condanna, purtroppo, riguarda soltanto 11 dirigenti della Mitsubishi e

della ICIG, ma nessun dirigente della Enichem, che ha posseduto per 8 anni la Miteni. Per il giudice le prove riguardano soltanto condotte dolose successive al 2005, ed Enichem ha venduto le sue quote a Mitsubishi nel 1996.

Le motivazioni sono risibili: le acque potabili sono state inquinate dai reflui della Rimar, già proprietà di Marzotto, e in seguito dalla Miteni, passata dalla proprietà di Enichem, Mitsubishi e ICIG. Hanno contribuito dal primo all'ultimo sversamento; i PFAS sono infatti conosciuti come "Inquinanti eterni" perché nessun mezzo conosciuto è in grado di degradarli.

La sentenza, così come concepita, crea un paradosso. Enichem infatti è controllata dallo Stato, che ne possiede le azioni per il 30% del totale, e usufruisce del potere di veto attraverso il meccanismo del Golden Power.

Pur non essendo riconosciuta la responsabilità di Enichem, il Ministero dell'Ambiente, parte dello Stato Italiano, riceverà 56 milioni di euro di risarcimento riconducibili almeno in parte alle attività di quella azienda controllata dallo stesso Stato».

Come richiamato da Edoardo Bai, durante il procedimento la IARC ha pubblicato una monografia aggiornata dedicata alla cancerogenicità di PFOA e PFAS che ha smentito la tesi delle difese che queste sostanze, al più, fanno aumentare un po' il colesterolo.

Il PFOA è stato classificato come cancerogeno umano certo (gruppo 1) mentre il PFOS come cancerogeno probabile (gruppo 2B) in una monografia IARC apparsa durante il processo Miteni (5). Il meccanismo di cancerogenesi riconosciuto per entrambe le sostanze è quella di indurre alterazioni epigenetiche con una azione immunosoppressiva oltre a conclamata genotossicità. Le evidenze in termini di sede di neoplasie correlate con l'esposizione lavorativa e/o ambientale presentano adeguate evidenze nei tumori agli organi genitali maschili.

Sul tema ci preme rendere memoria a Enzo Merler, medico del lavoro ed epidemiologo, deceduto il 09.03.2024, e autore, tra l'altro, di un fondamentale studio epidemiologico sulla mortalità dei lavoratori della Miteni i cui risultati erano riassunti a p. 73 del dossier di Medicina Democratica 240/241: pur essendo riferito a una coorte ridotta numericamente evidenziava una mortalità in eccesso significativa rispetto ai rischi associati ai PFAS.

Durante il processo è stato dedicato molto tempo e pagine alla questione della pericolosità dei sostituti a “catena corta” introdotti alla Miteni dal 2013, utilizzati fino al fallimento nel 2018 e tuttora utilizzati dall'altro produttore di polimeri fluorurati, il gruppo Solvay con impianti a Spinetta Marengo (AL).

Con il decreto di fissazione dell'udienza preliminare del 15.01.2024 è infatti iniziato il procedimento contro alcuni dirigenti di Solvay Specialty Polimers Italy Spa e la corresponsabilità civile dell'impresa, per gli inquinamenti dovuti alle attività degli impianti di Spinetta Marengo, già oggetto, come ricordavamo nel numero di Medicina Democratica, di condanna definitiva nel dicembre 2019, per le pregresse contaminazioni. Il processo è ancora nella fase preliminare e le imputazioni riguardano la “legge ecoreati,” ovvero le modifiche introdotte nel codice penale nel 2015, quali “disastro ambientale” colposo “per la diffusa contaminazione delle acque sotterranee da cromo esavalente, da solventi clorurati e da fluoruri” con omesso risanamento della pregressa contaminazione del sito (anche a seguito della precedente sentenza). Oltre al perdurare dell'inquinamento del terreno e delle falde le imputazioni riguardano una accertata, «diffusa e cospicua concentrazione di PFAS» [...] «indice della mancata integrale tenuta delle tubature interne». Insomma per il permanere di impianti “colabrodo” che alla “vecchia” contaminazione

ne hanno aggiunta di ulteriore per le vecchie e nuove sostanze impiegate nella produzione principale di fluoropolimeri. Un inquinamento avvenuto nel frattempo in cui si moltiplicavano i “botta e risposta” sulla minore tossicità e cumulabilità ambientale dei sostituti a catena corta (sul tema si veda tra l'altro <https://www.medicinademocratica.org/wp/?p=10380> “PFOA>PFAS>C6O4: dalla padella alla padella, settembre 2020).

Eppure, anche in questo caso, analogo a Fluorsid, non più tardi del 29.10.2021 la Provincia di Alessandria, nonostante l'opposizione motivata delle associazioni tra cui Medicina Democratica, rilasciava una modifica alla Autorizzazione Integrata Ambientale dell'impresa all'incremento nell'utilizzo di PFAS (cC6O4) richiamando la necessità dell'adempimento delle precedenti prescrizioni tra cui quella che «deve essere garantita la assoluta tenuta della rete idrica e l'eliminazione delle perdite dovute non solo a tubazioni ma anche ad emissioni diffuse» ... Forse occorre prima verificare l'avvenuto adempimento di tale prescrizione previgente e poi discorrere di modifiche e/o incrementi.

È pacifico che la tutela della salute e dell'ambiente non possa essere “delegata” alla giustizia ma ancora una volta solo verifiche puntuali e rigorose connesse all'obbligo dell'azione penale risultano costituire uno dei pochi strumenti in grado di poter dare qualche risultato. Se si arriva all'azione penale, in casi del genere, significa che l'azione amministrativa di controllo non ha prodotto adeguate tutele per l'ambiente e le popolazioni esposte.

LE RESTRIZIONI NON DETERMINANO FLESSIONI NELLA PRODUZIONE E NEL MERCATO DI MATERIEPLASTICHE E PFAS

I motivi per cui occorre intervenire drasticamente nei confronti dei PFAS sono sintetizzati nel “manifesto” del-

le associazioni europee ed italiane cui partecipa Medicina Democratica:

«Perché i PFAS devono essere vietati:

• **fatto 1:** *l'uso diffuso dei PFAS ha creato un'eredità tossica irreversibile di contaminazione globale.*

• **fatto 2:** *l'inquinamento da PFAS sta già colpendo le comunità in tutta Europa e oltre.*

• **fatto 3:** *i PFAS si accumulano nel nostro corpo e in quello dei nostri figli.*

• **fatto 4:** *l'esposizione ai PFAS rappresenta una minaccia immediata per la salute umana.*

• **fatto 5:** *l'inquinamento da PFAS sta alimentando la crisi della biodiversità.*

• **fatto 6:** *l'inquinamento da PFAS è una minaccia per la nostra acqua potabile.*

• **fatto 7:** *la presenza di PFAS nei prodotti crea un ostacolo all'economia circolare e un problema di rifiuti, ancora da risolvere.*

• **fatto 8:** *esistono già soluzioni prive di PFAS, ma i PFAS continuano a essere aggiunti inutilmente a molti prodotti di consumo.*

• **fatto 9:** *tutti i PFAS devono essere limitati come un unico gruppo per proteggere le generazioni attuali e future»*

(Fonte: <https://banpfasmanifesto.org/it/>)

Le restrizioni e quindi il divieto di produzione per i due principali sottogruppi “storici” (PFOA e PFOS) sono stati introdotte inizialmente con la Convenzione di Stoccolma sugli inquinanti organici persistenti (POPs), la Convenzione è stata recepita dalla UE nel 2004 ma solo nel 2019 questi PFAS sono stati inclusi negli obblighi conseguenti. Le deroghe “concesse” si sono esaurite il 4.07.2025.

Per gli altri PFAS, in particolare quelli a “catena corta”, la UE con la “Strategia in materia di sostanze chimiche per la sostenibilità. Verso un ambien-

te privo di sostanze tossiche” (2020) ha indicato un percorso di intervento per la riduzione e parziale eliminazione dei PFAS. Sono in campo le procedure per introdurre restrizioni anche per gruppi di PFAS a catena corta, l'ultimo documento europeo dell'Agenzia Chimica Europea (ECHA) è di agosto 2025 e propone un percorso diverso, con la volontà di affrontare la questione nel suo insieme anziché per singole sostanze o gruppi chimicamente omogenei. È comunque escluso un divieto esteso rispetto alla introduzione di divieti d'uso specifici e i tempi di attuazione non saranno inferiori a 12 anni (dopo l'approvazione della normativa prevista per il 2029...) accompagnati da deroghe “a tempo indeterminato” per settori considerazioni essenziali.

L'introduzione di restrizioni e divieti europei nei confronti dei PFAS oltre a presentarsi finora come una rincorsa senza fine (a un nuovo divieto/restrizione spunta una nuova molecola, sempre classificabile come PFAS, introdotta sul mercato fino a una revisione completa delle evidenze di pericolosità) non sembra abbia avuto effetti sul mercato complessivo dei fluoropolimeri, anzi, l'epoca digitale richiede sempre più prodotti con caratteristiche tali che la risposta più semplice e immediata è costituita dai derivati organici del fluoro in compagnia con i PFAS.

Gli studi (es. *Global Fluoropolymer Market 2017-2029* – Mordor Intelligence) mostrano e prevedono, dopo le flessioni nel periodo Covid, incrementi tali da raddoppiare (2029) il volume globale di fluoropolimeri rispetto al 2017 (302.300 t), per un paragone rispetto alla produzione mondiale di tutte le tipologie di materie plastiche si pensi che nel 2023 il valore stimato era di 400 milioni di tonnellate, il comparto dei fluoropolimeri occupa pertanto un valore intorno allo 0,1% rispetto alla produzione mondiale di plastiche.

Gli incrementi sono distribuiti in modo quasi uniforme per i principali impieghi (aerospaziale; produzione di autoveicoli, in particolare quelli elettrici alimentati con batterie al litio; costruzione, apparecchiature elettriche, elettroniche inclusi personal computer e cellulari; produzione di macchine e altri usi industriali come valvole, tubazioni ecc, imballaggi). Va detto che in Europa l’incremento è stato diversificato, se tra il 2015 e il 2020 (non sono disponibili dati pubblici più recenti) si sono triplicati gli usi nell’ambito della “energia rinnovabile”, il settore dei prodotti a contatto con gli alimenti sono diminuiti del 50 % (incluse le “padelle” – *cookware*) e del 25% per quanto riguarda gli imballaggi alimentari mentre sono quantitativamente stabili le applicazioni in campo medico, farmaceutico e tessile. Aggiorniamo la tabella presentata nel numero 240-241.

Tipologie di impieghi	Quantità impieghi nel 2015	Quantità impieghi nel 2020	Valore produzione 2015 (milioni di euro)	Valore produzione 2020 (milioni di euro)
Settore trasporti (lubrificanti e additivi)	18.500 t	15.500 t	300	280
Industria chimica ed energetica (rivestimenti anticorrosione)	16.500 t	11.000 t	220	200
Prodotti di consumo (pentole antiaderenti)	3.500 t	2.000 t	60	30
Elettronica (semiconduttori)	3.500 t		50	
Imballaggi per alimenti e farmaci	3.000 t	2.000 t	40	30
Applicazioni tessili e in edilizia	3.000 t	1.500	40	40
Equipaggiamenti medicali	1.500 t	500 t	20	20
Prodotti per impianti ad energia rinnovabile (es rivestimenti celle otovoltaiche, pale eoliche)	500 t	500 t	5	20
Altri utilizzi	2.000 t	3.000	30	60
Totale	52.000 t	40.000 t	780	740

Tabella 3. Quantità di fluoropolimeri utilizzati in settori produttivi in Europa (2015-2020), tonnellate e anno e valore economico.

Fonte: Plastics Europe.

Fonte: Fluoropolymer Product Group of Plastics Europe Update of market data for the socio economic analysis (SEA) of the European fluoropolymer industry Final report 2022

Sempre *Plastics Europe* indica che «i produttori di fluoropolimeri in Europa prevedono una forte crescita del mercato dei fluoropolimeri a medio termine (ad esempio, entro il 2025) a causa della ripresa dalla pandemia di COVID-19 che ha compresso il mercato nel 2020, l'anno dei dati di base mostrati sopra. La crescita dovrebbe proseguire nel lungo termine (ad esempio, fino al 2050), in parte trainata dall'aumento della domanda in diversi settori chiave influenzati dai mega-trend globali come la transizione energetica e la digitalizzazione» ricordando che «complessivamente, mentre circa 4.500 dipendenti sono impiegati direttamente nella produzione di fluoropolimeri, si stima che l'occupazione associata al valore aggiunto indiretto e indotto potrebbe essere dell'ordine di 4.400 persone. Ciò suggerisce che circa 8.900 persone in totale sono sostenute direttamente e attraverso effetti indiretti e indotti dalla produzione di fluoropolimeri. Ciò non include l'occupazione nei settori che utilizzano fluoropolimeri, che è di molti multipli superiore».

Sono gli immensi interessi che stanno dietro a queste cifre che hanno contribuito al fallimento degli accordi sul Trattato globale contro l'inquinamento da plastica, nell'agosto 2025; grazie ai paesi grandi esportatori di petrolio e maggiormente impegnati nel settore petrolchimico (un settore in cui spiccano innovazioni tecnologiche per passare direttamente dal petrolio alle plastiche “saltando” la parte di raffinazione e lavorazione delle sostanze di base): la richiesta è stata di non mettere in discussione la produzione ma impegnarsi di più su gestione dei rifiuti e loro riciclo.

Anche le aziende dei fluoropolimeri infatti dichiarano di essere attente al destino finale di queste materie plastiche dichiarando di essere sulla buona strada per il riciclo, in particolare tramite decomposizione del PTFE, portando alla formazione di TFE, esafluoro-

propilene o octafluorociclobutano in misura minore, riutilizzabili nella medesima filiera o mineralizzazione di fluoropolimeri in acque subcritiche (un processo “cugino” a quello dell'ossidazione ad umido più volte sostenuto da Medicina Democratica per i trattamenti di rifiuti ad elevata tossicità e bassa degradabilità, quale alternativa all'incenerimento) senza neoformazione di PFAS durante queste operazioni (*Recycling and the end of life assessment of fluoropolymers: recent developments, challenges and future trends* in *Chemical Society Reviews*, n. 13/2023).

Una situazione che ci ricorda che il problema delle plastiche (e dei rifiuti in genere) sta nella prevenzione e riduzione della loro produzione e non nel riciclo, anche perché poi troviamo soggetti come Montello Spa (in provincia di Bergamo) che, «nell'ottica dell'economia circolare» (testuale), propongono un nuovo inceneritore per i “residui” dal trattamento degli imballaggi in materiali plastici.

PER SBLOCCARE LA SITUAZIONE: È POSSIBILE SOSTITUIRE I PFAS?

Oltre all'azione di pressione “dal basso” e tramite le associazioni ambientaliste e di tutela della salute, per lo sblocco e/o l'accelerazione della normativa di divieto (bando) dei PFAS, vecchi e nuovi, appare importante sostenere le richieste di ricerca di sostituti non fluorurati. Nel numero 240-241 abbiamo pubblicato l'Appello di Madrid del 1° maggio 2015 ove si richiedevano interventi risoluti e risolutori sulla contaminazione dei PFAS a partire dalla loro (non)produzione. Dal lato opposto, invece, rammentiamo la presa di posizione di Mario Draghi, ottobre 2024, nell'ambito del rapporto “La competitività europea” ove ha sostenuto la indispensabilità dei PFAS proprio in quanto non sarebbero disponibili sostituti in alcune importanti filiere produttive.

Il tema della sostituzione è reso par-

ticolarmente difficile per l'estrema numerosità di impieghi dei PFAS, pressoché in tutte le filiere produttive. Occorre quindi agire su queste e non direttamente sulla produzione dei PFAS in quanto questi non hanno, di per sé, alcun impiego diretto come prodotti al consumo ma sono costituenti di altri prodotti o servono per produrli.

Occorre infatti distinguere tra le diverse applicazioni dei PFAS (ovvero dei polimeri fluorurati), a seconda della filiera vi sono conoscenze mature e possibilità attuali di sostituzione con sostanze non fluorurate diversificate. L'individuazione delle alternative viene considerata tenendo conto di fattori quali la pericolosità, le performance e la fattibilità economica. Il primo step è comunque quello di tenere conto della funzione dei fluoropolimeri rispetto al prodotto, funzioni che sono diversificate e che dovranno essere mantenute dai sostituti.

Tra i documenti recenti che hanno interessato questo tema vi sono quelli dell'Agenzia Europea per la Chimica (6), Chemtrust e Chemsec (7) queste ultime associazioni internazionali no profit, che si sono occupate nel dettaglio anche del tema dei sostituti. Anche Greenpeace ha proposto una sintesi dei sostituti (disponibile su <https://www.greenpeace.org/static/planet4-italy-stateless/2024/10/ee2b3ce4-pfas-alternative.pdf>).

Sono stati fatti passi avanti negli ultimi anni, se si cerca... si trova (8).

Ad esempio nel campo degli imballaggi a contatto con alimenti (carte e cartoni oleofobici – in grado di contenere prodotti a base di grassi come quelli da fast-food, il burro, le pizze ecc), le materie plastiche “tradizionali” (polietilene, polivinilalcol, polietilentereftalato) sono sostituiti idonei, hanno lo svantaggio di essere meno riciclabili rispetto a quelli a base celulosica ove viene applicato il film polifluorurato. Ma è certamente pos-

sibile superare questo problema con polimeri biodegradabili (compostabili) pur con costi maggiori.

Nel campo dell'abbigliamento (scarpe sportive e attrezzatura per escursioni) ove l'applicazione dei polimeri fluorurati è legata a prestazioni idro e oleorepellenti alternative non fluorurate sono derivati delle paraffine e del silicone che non riescono ancora a fornire idonee prestazioni oleorepellenti.

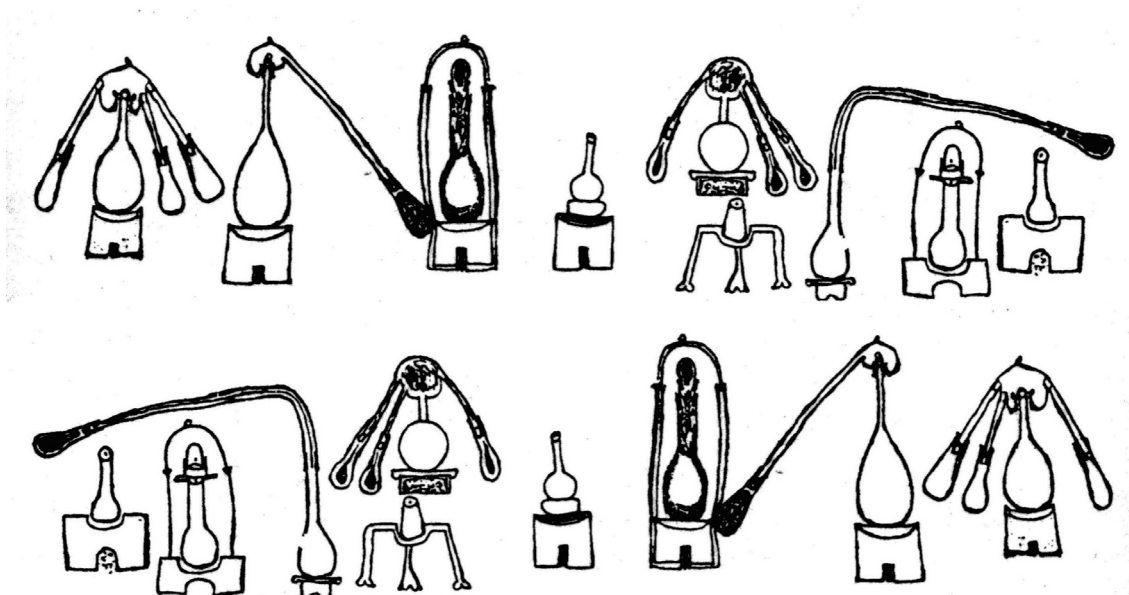
Uno dei nodi cruciali è quello della produzione di polimeri fluorurati ove i PFAS fungono da “aiuto” nelle emulsioni di processo: negli incontri tra ECHA e le imprese queste ultime hanno assicurato di disporre di sostituti non fluorurati (idrocarburi “normali”) (9) per parte dei polimeri mentre non sono ancora stati individuati sostituti per polimeri in impieghi particolarmente performanti (settore aerospaziale, dispositivi medici) comunque non prima di 10 anni (2032).

PASSI AVANTI PER RIDURRE I DISTURBATORI ENDOCRINI?

Nel numero 240-241 abbiamo dato ampio spazio, con gli interventi di Edoardo Bai, Vincenzo Cordiano e Francesco Bertola, alle subdole proprietà dei PFAS e di altre sostanze di costituire degli interferenti endocrini che agiscono negativamente sugli ormoni andando a mettere in discussione l'equilibrio del nostro organismo soprattutto dei bambini sia durante la gestazione che nei primi anni di crescita.

Il 31 marzo 2023 è stato pubblicato sulla Gazzetta ufficiale europea il Regolamento 2023/707 che modifica il regolamento (CE) n. 1272/2008 (CLP) per quanto riguarda i criteri per la classificazione, l'etichettatura e l'imballaggio delle sostanze e delle miscele.

La novità è rappresentata dall'inserimento dell'interferenza endocrina tra i pericoli riconosciuti e “classificati”



dalla UE ai fini della protezione dei lavoratori (ma anche dei consumatori perché parliamo di etichettatura come di possibili restrizioni d'uso): una identificazione giuridicamente vincolante dei pericoli legati agli interferenti endocrini.

La norma definisce interferente endocrino «la sostanza o miscela che altera una o più funzioni del sistema endocrino, causando effetti nocivi su un organismo integro, la sua progenie, le popolazioni o le sottopopolazioni» e il suo effetto nocivo è indicato come «il cambiamento a livello di morfologia, fisiologia, crescita, sviluppo, riproduzione o ciclo vitale di un organismo, un sistema, una popolazione o una sottopopolazione che causa una riduzione della capacità funzionale o della capacità di compensare ulteriori stress o un aumento della suscettibilità ad altri fattori».

Aspetto importante è il riconoscimento che una miscela (ovvero un "prodotto" costituito da più sostanze, pensiamo ad esempio a un detergente) viene classificata nel suo insieme come pericolosa come interferente endocrino se la concentrazione nella miscela anche di una unica sostanza con tale proprietà è uguale o superiore allo 0,1 % in peso, in analogia con

le sostanze/miscele classificate come cancerogene: ne "basta poco" per classificare pericoloso tutto il prodotto/miscela.

Dare a un problema come questo una veste normativa significa obbligare tutti gli interlocutori (istituzioni, associazioni, sindacati, filiera produttiva e di utilizzo) a considerarlo "universalmente" e affrontarlo con gli strumenti della normativa stessa per proteggere sia le persone che l'ambiente. Un passo indispensabile, anche se non risolutivo di per sé. Vedremo in futuro se, coerentemente con l'approccio del regolamento REACH, verranno definite restrizioni e divieti per specifiche sostanze o gruppi di sostanze per questa specifica caratteristica di pericolo.

Solo per dare una provvisoria chiusura, è possibile capire da questa pur sintetica e parziale carrellata aggiornata sui rischi della filiera del fluoro, che di strada per una efficace tutela delle persone e dell'ambiente, ce ne è ancora molta da fare, certo è che, senza la pressione delle persone e delle associazioni, difficilmente si faranno passi avanti in tempi ragionevoli tanto più in un periodo di messa in discussione degli obiettivi del "new green deal" europeo.

Note

1. Una “storia integrale” delle miniere di fluorite, inclusa in filoni di argento, piombo, zinco, barite, e della estrazione in tutta la regione fino al 2019 è contenuta nel libro di Bruno Cauli “Storia delle miniere di fluorite in Sardegna”, La Bussola del Geologo, 2025.
2. «Nell’Unione europea i principi dell’UE per le materie prime sostenibili sono applicabili alle fasi di estrazione e trasformazione delle materie prime non energetiche e all’intero ciclo di vita delle catene del valore dei minerali, dalla prospezione alla post-chiusura, nonché alla produzione di materie prime secondarie da flussi di rifiuti di estrazione come rocce sterili, rifiuti di lavorazione/sterili» Principi dell’UE per le materie prime sostenibili, 2021.
3. ISPRA 2024, “Programma nazionale di esplorazione”, https://www.mase.gov.it/portale/documents/d/guest/materie_prime_critiche_pne-pdf
4. Variazione del sistema di essiccamento della fluorite; Variazioni al processo di produzione dell’acido solforico; Variazioni al processo di produzione e stoccaggio acido fluoridrico; Variazioni al processo di produzione del fluoruro di alluminio; Installazione di un nuovo sistema di granulazione del gesso; Conversione energetica dello

stabilimento a gas naturale liquido (GNL); Dismissione dell’impianto di produzione della criolite sintetica, delle linee di generazione HF (L1, L2, L3 ed L4), dei reattori di generazione AlF₃ (R1, R2 ed R3) e messa in stato di conservazione.

5. IARC (2025). Perfluorooctanoic acid (PFOA) and perfluorooctanesulfonic acid (PFOS). *IARC Monogr Identif Carcinog Hazards Hum.* 135:1–754.

6. Annex to the ANNEX XV RESTRICTION REPORT PROPOSAL FOR A RESTRICTION, 22.03.2023 redatto dalle istituzioni della Germania, Danimarca, Olanda, Norvegia

7. Chemtrust, Frequently Asked Questions: PFAS and the green transition, luglio 2024 <https://chemtrust.org/wp-content/uploads/FAQ-Green-Transition-2024-1.pdf> si veda anche <https://chemsec.org/app/uploads/2024/05/Beyond-PFAS-Technical-textiles.pdf>

8. *An Overview of Potential Alternatives for the Multiple Uses of Per and Polyfluoroalkyl Substances*, Romain Figuiere, Luc T. Miaz, Eleni Savvidou and Ian T. Cousins, *Environ. Sci. Technol.* 2025,59,2031–204)

9. Riguardano PTFE (ovvero il Teflon) con usi estesi tra cui le pentole e il polivinilidenfluoruro (PVDF) usato nell’idraulica e come anticorrosivo nelle vernici

Razzismo istituzionale e detenzione amministrativa, da extrema ratio a modello di gestione dei “flussi migratori” nel contesto generale delle politiche repressive e securitarie: la zona grigia del diritto in cui tutto vale e la dignità si annulla, strumento di sfoggio della violenza di Stato

Di Teresa FLORIO*

Sono onorata di aprire questo momento di approfondimento e di denuncia, che segue una mattina che ricorderemo, speriamo la prima di una lunga serie, di alta valenza simbolica, che ha visto Marco Cavallo (che non ha bisogno qui di presentazioni) arrivare in corso Brunelleschi, a pochi giorni dalla riapertura del CPR di Torino.

Ringrazio a nome della rete Mai più Lager - No ai CPR chi è qui oggi, l'Università di Torino, SIMM E SISM Torino.

In questo particolare contesto, nel quale la platea è almeno in parte composta da figure professionali che - quantomeno potenzialmente - potrebbero essere in qualche modo coinvolte da quanto accade nei CPR se

non nel loro stesso funzionamento, si impone, di questi tempi, l'urgenza di confrontarsi e assumere conclusioni univoche e chiare e quanto più estese possibile sul sistema della detenzione amministrativa. Questo, sia sotto il particolare profilo della sua intrinseca e ormai pacifica patogenicità, sia sotto quello della pericolosissima deriva manicomiale che tale sistema sta registrando, quale luogo che finisce per rinchiudere quelli che vengono considerati nei fatti i reietti dei reietti dei reietti della nostra società: i capri espiatori sui quali concentrare la violenza di Stato finalizzata alla prova muscolare propagandistica. Il tutto, sapientemente reso necessario e urgente dalla narrazione di una perenne emergenza autoreferenziale e autoalimentata, davanti alla quale poter

** attivista Rete
Mai più lager
No ai CPR*

finalmente rispondere con il pugno di ferro, per la tranquillizzante tutela dei valori e della sicurezza della nazione.

L'evoluzione storica dell'istituto e politica del nostro paese negli ultimi anni – che ha visto anche il ruolo propulsivo di una certa sinistra, non esente da colpe e gravissime responsabilità che sarebbe l'ora di riconoscere, per compiere un passo decisivo in avanti – ha vissuto un precipitare degli eventi che ci conduce oggi al dover parlare di un argomento – quello della detenzione amministrativa – che fino a ieri potevamo definire in qualche modo di nicchia, o quale *extrema ratio*, e che invece sempre più si sta configurando come sistema eletto a modello di gestione dei cosiddetti flussi migratori. Un sistema guardato “con interesse” dall'intera Europa e non solo, in cui fanno da cavia migliaia di persone ogni anno. Un numero che rischia di ampliarsi a dismisura, specie se dovesse essere approvato il regolamento europeo sui rimpatri la cui discussione è da poco stata avviata, nell'alveo dello scellerato Patto Migrazione e Asilo che gli ha tracciato la strada, mettendo peraltro una pietra tombale non solo sui già inconsistenti diritti dei migranti economici, ma sullo stesso diritto di asilo (consacrato dalla nostra Costituzione, non dimentichiamolo), giunto alla totale erosione con la concomitante devastazione del sistema di accoglienza.

A conferma di questo dilagare della detenzione amministrativa, si pensi anche solo al processo che dai centri di rimpatrio variamente denominati, dal 1998 in poi, ha progressivamente portato all'applicazione della privazione della libertà personale in assenza di reato non solo alle persone prive di permesso di soggiorno, e solo in quanto tali, ma anche alle persone richiedenti asilo alla frontiera (si pensi a Pozzallo e Porto Empedocle,

apripista dell'esperimento albanese), che fino a qualche anno fa avrebbero goduto di apposito titolo di soggiorno; e si pensi, prima ancora, al periodo delle navi quarantena, e poi al moltiplicarsi dei cosiddetti “luoghi idonei” dai quali nel giro di quattro giorni sempre più spesso vengono effettuate deportazioni fulminee dalle impenetrabili celle dei commissariati senza alcuna garanzia. Fino ai nostri giorni, con la minacciata istituzione di “hub” in paesi terzi nei quali potrebbe, se attuati, essere rastrellato e deportato potenzialmente un consistente numero di persone c.d. “irregolari” già presenti sul nostro territorio, con scene non troppo lontane da quelle alle quali si sta per ora assistendo soltanto da lontano, in terra statunitense.

Il tutto sta avvenendo in un contesto che si inserisce perfettamente nel quadro della sempre più ampia repressione e restrizione delle libertà di tutte e di tutti e non solo delle persone migranti; che, come noto, con il pretesto del binomio “sicurezza immigrazione”, costituiscono il banco di prova e l'occasione per strette repressive e introduzioni di nuovi reati. Mi si permetta anche solo di nominare il DDL 1660, le fattispecie sempre più estese di daspo a limitare il movimento di alcune determinate categorie di persone, le dilaganti zone rosse (istituite per capodanno poi previste fino al 31 marzo e che c'è da scommettere saranno prorogate all'infinito), e l'inasprimento in generale di reati inequivocabilmente finalizzati alla repressione del diritto alla protesta (anche in carcere e CPR) e al dissenso, della lotta per la casa e per il lavoro.

Sono lieta dunque di ritrovarmi l'ingrato compito di fornire un contesto anche giuridico all'istituto dei CPR. Ingrato compito, sia perché non vorremmo che questo contesto vi fosse,

nel nostro ordinamento, sia perché in definitiva non è neppure semplice individuarlo, perché nei fatti non c'è.

Perché, a cercare di minacciare (ma nei fatti senza alcun effetto deterrente) la libertà di chi scampa dai lager esternalizzati dal nostro paese in Libia o ai rastrellamenti delle autorità tunisine da noi sovvenzionate che disperdono nel deserto, e a vessare chi di queste persone sopravvive alle drammatiche traversate per mare e per terra e giunge sul nostro territorio, sta un istituto, quale quello della detenzione amministrativa, che nel nostro ordinamento non è stato neppure riconosciuto degno di una disciplina articolata: esso resta relegato a poche righe di uno striminzito articolo 14 del Testo Unico dell'immigrazione, ai cui altisonanti proclami di principio a difesa dei diritti umani fanno eco le grida che si levano dalle celle dei CPR delle nostre città, quando vi sono i pestaggi di decine di agenti in tenuta antisommossa a danno di diciottenni colpevoli di aver reclamato diritti, o tentativi di suicidio (la famosa "corda", in gergo), o le urla dei malati lasciati nel totale abbandono e nel degrado.

Per non dire dell'assurdità del riferimento, di detto art. 14, al "tempo strettamente necessario" per l'esecuzione del provvedimento di espulsione, ormai dilatatosi fino a 18 mesi, che in Europa si sta lavorando per portare a 24.

Ebbene, l'aver accuratamente evitato, per la detenzione amministrativa, la previsione di un'articolata disciplina normativa (quale ad esempio quella esistente per l'ordinamento penitenziario), ha deliberatamente fatto di questo istituto il regno della discrezionalità massima, dell'arbitrio totale senza controllo, nelle mani di figure per così dire amministrative, quali le forze di polizia ma soprattutto

i funzionari delle Prefetture di riferimento e le loro *longa manus*, ossia gli imprenditori selezionati per la gestione dei centri, a fare dell'abuso dei diritti fondamentali un vero e proprio business.

E se tale scenario è terreno fertile per lo stabilirsi di condizioni di trattenimento senza mezzi termini disumane e inaccettabili per una società civile e democratica (che forse non siamo), quel che ci preme sempre ribadire è che l'avversione verso questi luoghi, zone grigie del diritto nelle nostre città, prescinde dalle condizioni di trattenimento, che pure sono inevitabile e sistematica conseguenza intrinseca del sistema stesso, come dimostrano 27 anni di detenzione amministrativa in Italia, in qualunque centro comunque gestito, e anzi anche quando sotto diretto monitoraggio della Procura della Repubblica, come ha tristemente dimostrato il caso del commissariamento del CPR di Milano nel 2024, nel corso del quale si sono verificati abusi a dir poco sconcertanti che non abbiamo mancato di denunciare e diffondere.

Perché è bene ricordare che, a prescindere da dette inevitabili condizioni di trattenimento, l'istituto che qui ci occupa è da ripudiare radicalmente in quanto, per definizione, massimo emblema di razzismo istituzionale. E questo perché, almeno allo stato, non accadrà mai a un cittadino o a una cittadina italiana:

- di essere privato della libertà personale senza l'imputazione di un reato;
- di essere imprigionato senza almeno la prospettiva di un processo (ma solo dopo un'udienza non più lunga di 300 secondi, alla quale si arriva senza alcuna informazione e spesso senza neppure il telefono e la possibilità di sentire un legale);
- non capiterà di perdere la propria libertà per mano di un giudice che non è neppure togato ma della inferiore categoria degli "onorari";

- e soprattutto non gli capiterà di subire l'umiliazione e la violenza della deportazione forzata in un paese che non vedeva magari da decenni lasciando qui affetti, relazioni, famiglia e vita.

Tutto questo, già nella teoria, sarebbe appunto sufficiente a pretendere l'abolizione di questi luoghi. Senonché, come detto, ormai centinaia di faldoni, migliaia di megabyte di video e immagini, decine di report, esposti e denunce – ai quali possiamo vantarci di aver dato un considerevole contributo – attestano appunto, le condizioni di violenza generalizzata e diffusa che impernia e pervade il mondo della detenzione amministrativa: da quella della morfologia dell'opprimente struttura architettonica più che carceraria, alla violenza subita, alla violenza assistita a quella autoinfertasi. E dove e quando non è violenza, è sedazione, con vergognose camicie di forza farmacologiche, nelle quali finisce l'atto di cura del medico e inizia l'atto politico di farsi strumento del potere costituito per l'attuazione della violenza di Stato. Per non dire della costante abnegazione dell'obbligo di referto e degli obblighi fondamentali di deontologia medica.

Per decenni lo si è taciuto anche perché non lo si è potuto dimostrare e toccare con mano. Ma oggi, alla luce delle enormità di prove raccolte (e

nel buio di almeno 40 morti di CPR) va reclamato a gran voce che i luoghi di detenzione amministrativa sono luoghi di deliberata violenza, oltre che prima ancora luoghi di sistematica violazione dei diritti fondamentali anche costituzionali quali (oltre la libertà personale e il diritto alla salute), quello alla difesa e il diritto di asilo. E l'assurdità del tutto sta anche nel fatto che essi stanno a sanzionare un mero illecito amministrativo, quale è quello dell'essere privi, magari per averlo perso dopo decenni, di un titolo di soggiorno: un illecito che allo stato non si può non commettere, in assenza di concrete vie di regolarizzazione per chi si trova sul territorio, nel nostro ordinamento.

Non voglio rubare altro tempo prezioso a questa giornata ricchissima. Vi ringraziamo fin d'ora per la pazienza e per l'attenzione che vorrete dedicare a queste prossime ore, che speriamo possano gettare un seme o anzi un granello (che magari componga una tempesta) di sabbia, in grado di inceppare un sistema ormai comprovato come patogeno e incompatibile con i principi fondamentali della democrazia e della società civile, e soprattutto con il rispetto del diritto alla salute; e contro il quale è sempre più urgente prendere posizione, anche e soprattutto da parte di chi al diritto alla salute ha consacrato la propria vita professionale e non solo.

CPR, ovvero l'istituzione da negare

Di Francesco TONOLI*

In un report del 2022 (1), l'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS ha denunciato le gravissime condizioni di salute delle persone migranti sottoposte a detenzione amministrativa, riconoscendo come fattore di rischio principale la detenzione amministrativa stessa. Fra i vari studi citati nel report, una meta-analisi del 2020 (2) dimostra come la detenzione amministrativa abbia un effetto distruttivo non solo sulla salute fisica delle persone ad essa sottoposte, ma anche sulla loro salute mentale, in misura proporzionale alla durata della detenzione amministrativa stessa. Questo è vero sia in termini di prevalenza di patologie psichiatriche che di incidenza di comportamenti autolesivi. Le diagnosi più comuni sono risultate essere depressione (prevalenza = 73,5%), disturbi d'ansia (prevalenza = 64,7%) e PTSD (prevalenza = 46,4%). I soggetti migranti sottoposti a regime di detenzione amministrativa, inoltre, presenterebbero maggiore prevalenza di patologie psichiatriche sia rispetto a soggetti migranti residenti in comunità, sia a soggetti detenuti in carcere. In sintesi, la detenzione amministrativa sarebbe un fattore di rischio per la salute mentale indipendentemente da altri elementi potenzialmente coinvolti nell'associazione. Secondo un altro studio del 2012 (3), il 66% dell'* partecipant* - persone migranti in detenzione am-

ministrativa - aveva già almeno una patologia psichiatrica od organica che richiedeva un trattamento di qualche tipo. Di quell* già affetti da una patologia psichiatrica, praticamente tutt* avrebbero subito un peggioramento; mentre di quell* che non erano già affetti da patologie psichiatriche, il 93% ne avrebbe sviluppate. Sarebbe impossibile sciogliere qui i nodi di causalità che stanno alla radice alle statistiche riportate. In una systematic review del 2018 (4), si legge: *«Nel complesso, i risultati suggeriscono come la detenzione [amministrativa, ndr] aggravi il carico di sofferenza mentale dell* richiedent* asilo e dell* rifugiat* e che la detenzione [amministrativa, ndr] stessa debba essere considerata un'esperienza traumatica di per sé. [...] È importante tenere in considerazione molteplici espressioni di sofferenza e vulnerabilità, che non dovrebbero essere ridotte alle concettualizzazioni occidentali»*. Per quanto riguarda il panorama italiano, lo statuto giuridico della detenzione amministrativa è rappresentato plasticamente dai cosiddetti CPR (Centri di permanenza per il rimpatrio). L'inchiesta del 2023 di Luca Rondi e Lorenzo Figoni per Altreconomia (5), in particolare, ha denunciato il sistematico abuso di psicofarmaci che avviene all'interno di queste strutture. Ciò è supportato, oltre che dalle innumerevoli testimo-

* medico Rete
Mai più lager
No ai CPR



nianze in prima persona, dalle percentuali di psicofarmaci sul totale dei farmaci acquistati: 64% nel CPR di via Corelli a Milano, 44% nel CPR di Ponte Galeria a Roma, 23% nel CPR di corso Brunelleschi a Torino, giusto per citarne alcuni. I farmaci più acquistati sono benzodiazepine (soprattutto clonazepam, la cui unica indicazione autorizzata in Italia è il trattamento di crisi convulsive), antipsicotici (quetiapina, olanzapina) e antiepilettici. Si tratta per lo più di farmaci fondamentalmente “sedativi”: il loro utilizzo non denota una reale presa in carico dal punto di vista psichiatrico, quanto piuttosto la necessità di placare stati d’ansia e di agitazione in acuto; detto altrimenti, indica una volontà di neutralizzare quelle forme di espressione che potrebbero intralciare il funzionamento delle strutture stesse. In effetti, nei CPR si effettuano pochissime visite specialistiche psichiatriche: in quello di Milano, solo 8 fra ottobre 2021 e dicembre 2022. Secondo le direttive, inoltre, la presenza di un disturbo psichiatrico renderebbe il soggetto non idoneo alla “vita in comunità ristretta”, dunque al trattenimento nei CPR. Eppure, gli psicofarmaci sono i

farmaci più utilizzati al loro interno. A questo proposito, si parla spesso del rischio di “deriva manicomiale” che serpeggierebbe in questi centri. Ma esiste davvero tale rischio? Proviamo ad abbozzare una risposta. Nel 1975 viene pubblicato per la collana Nuovo Politecnico di Einaudi “Crimini di pace”, curato da Franco Basaglia e sua moglie Franca Ongaro. Si tratta di un lavoro collettivo che raccoglie interventi di intellettuali di estrazione diversa, fra cui Michel Foucault, Noam Chomsky, Robert Laing ed Erving Goffman. Il sottotitolo è emblematico e recita “Ricerche sugli intellettuali e sui tecnici come addetti all’oppressione”. Intellettuale e tecnico sono qui da interpretare secondo la definizione di Antonio Gramsci nei Quaderni del carcere (7): l’intellettuale come depositario di un sapere teorico; il tecnico come depositario di un sapere pratico. In questa definizione sono inclusi a pieno titolo medic*, infermier*, psicolog* e operator* sanitari di ogni tipo. In quanto tali, intellettuali e tecnici si configurerebbero come funzionari e commessi dell’ideologia dominante, dunque dell’oppressione ad essa sottesa. Ciò avverrebbe sulla base della

delega del potere implicita nel proprio mandato professionale, il quale assume così, inevitabilmente, una connotazione inevitabilmente politica. Il potere necessita di questa delega per potersi legittimare e auto-sostenere, e al contempo la nasconde subdolamente sotto l'apparente neutralità del discorso scientifico. Basaglia parla a questo proposito di "violenza mistificata". Sulla base della delega, agendo il proprio sapere specifico, l'intellettuale/tecnico (in questo caso, l* medic*) alimenterebbe inconsapevolmente il carattere normativo della scienza (la medicina). Particolarmente calzante in questo senso, nel caso dei CPR, è la già citata visita di "idoneità": uno strumento che serve a giustificare da un punto di vista scientifico, dunque neutrale, la detenzione di persone migranti. Per tornare al manicomio, Basaglia lo considera a tutti gli effetti una "istituzione totale", in continuità con il carcere e altri dispositivi analoghi. Il termine "istituzione totale" viene utilizzato per la prima volta in "Asylums" dal sociologo Erving Goffman, il quale la definisce come «*il luogo di residenza e di lavoro di gruppi di persone che – tagliate fuori dalla società per un considerevole periodo di tempo – si trovano a dividere una situazione comune, trascorrendo parte della loro vita in un regime chiuso e formalmente amministrato*». (8) Secondo Basaglia, ciò che accomuna le istituzioni totali «*è la violenza esercitata da chi ha il coltello dalla parte del manico, nei confronti di chi è irrimediabilmente succube. [...] è la netta divisione fra chi ha il potere e chi non ne ha*». (9) In quanto istituzione totale, il manicomio è di per sé stesso patogeno, ovvero produce malattia. Al suo interno, la malattia non viene curata, bensì alimentata, per essere poi sfruttata dal potere nell'esercizio della propria funzione normativa. L'obiettivo ideale di una vera psichiatria di cura e di liberazione («*stimola-*

re nel malato l'appropriazione e la soggettivazione della malattia», nelle parole di Basaglia) è pertanto impossibile da concepire all'interno del manicomio. Riprendendo la nostra domanda: no, non c'è il rischio di una deriva manicomiale all'interno dei CPR, perché nei CPR il manicomio è già la realtà. Per la sua natura intrinsecamente patogena e contenitiva, anche il CPR è un'istituzione totale. Allo stesso tempo, la psichiatria all'interno di un'istituzione totale non può che essere una psichiatria di stampo manicomiale. Come si è visto, infatti, la psichiatria nei CPR si riduce a una gestione sedativa di tipo farmacologico, oltre che "fisico-architettonico". Da questa prospettiva, il manicomio costituirebbe il modo di darsi dell'istituzione totale rispetto alla problematica specifica della patologia psichiatrica. Analogamente, il CPR sarebbe il modo di darsi dell'istituzione totale rispetto al problema delle migrazioni, e la detenzione amministrativa il substrato giuridico per la sua realizzazione. La persona detenuta viene dunque "destorificata". La temporalità della sua esistenza è violentemente congelata, la sua singolarità ridotta a un numero identificativo. Tutto questo la costringe a un'ulteriore forma di alienazione, legata alla natura di "migrante" artificialmente prodotta e attribuitale. La specificità del CPR rispetto al manicomio "classico" risiede forse in questo, cioè nell'essere un'istituzione profondamente razzista e di stampo coloniale. Le uniche possibilità che rimangono al tecnico che si trovi a lavorare in una realtà simile (il manicomio, dunque il CPR) sono il riformismo e il perfezionamento tecnico. Entrambe le opzioni comportano, tuttavia, l'integrazione dell'oppressione attuale in un nuovo modello "positivo", sempre più sofisticato ma sempre strutturalmente oppressivo. Secondo Basaglia, al contrario, l* terapeuta si muove continuamente in

una “dimensione negativa”. Il che si traduce in un instancabile sforzo di distruzione e superamento dello status quo, della più recente configurazione del potere. Scrive Basaglia: «*Il tecnico che vuole agire a difesa e a tutela di chi chiede il suo aiuto e la sua opera può usare gli strumenti che la scienza gli offre solo se riesce a farli diventare mezzi di liberazione e non di oppressione. La scienza – così come la legge – nasce sempre come esigenza di tutela e di liberazione dell'uomo, ma è facile si traduca in un nuovo strumento di oppressione. La tecnica – così come la legge – può*

dunque essere usata come strumento di liberazione se riusciamo ogni volta a comprendere i bisogni reali cui si deve rispondere, evitando di presumere o di accettare che la scienza e la legge servano a rispondere ai bisogni dei tecnici o della società che li delega» (6). Il CPR è il manicomio, si potrebbe dire che è una forma aggiornata del manicomio.

In quanto istituzione totale, è impossibile al suo interno una psichiatria che si giochi su un piano di cura, e come tale va radicalmente rifiutato. Essere contro il manicomio, significa essere contro i CPR.

Note

1. Europe, W. H. O. R. O. for. (2022). *Addressing the health challenges in immigration detention, and alternatives to detention: A country implementation guide*. World Health Organization. Regional Office for Europe.

2. Baggio, S., Gonçalves, L., Heeren, A., Heller, P., Gétaz, L., Graf, M., Rossegger, A., Endrass, J., & Wolff, H. (2020). *The Mental Health Burden of Immigration Detention: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis*. *Criminology - The Online Journal*, 219-233 Seiten. <https://doi.org/10.18716/OJS/KRIMOJ/2020.2.7>

3. Zimmerman, S. E., Chatty, D., & Nørredam, M. L. (2012). *Health needs and access to care in immigration detention: Perceptions of former detainees*. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 8(4), 180–185. <https://doi.org/10.1108/17479891211287094>

4. Von Werthern, M., Robjant, K., Chui, Z., Schon, R., Ottisova, L., Mason, C., & Kato-

na, C. (2018). *The impact of immigration detention on mental health: A systematic review*. *BMC Psychiatry*, 18(1), 382. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1945-y>

5. Rondi, L., & Figoni, L. (2023). *Rinchiusi e sedati: L'abuso quotidiano di psicofarmaci nei Cpr italiani*. Altreconomia. <https://altreconomia.it/rinchiusi-e-sedati-labuso-quotidiano-di-psicofarmacinei-cpr-italiani/>

6. Basaglia, F., & Ongaro, F. (A c. Di). (1975). *Crimini di pace. Ricerche sugli intellettuali e sui tecnici come addetti all'oppressione*. Einaudi.

7. Gramsci, A. (1930). *Gli intellettuali e l'organizzazione della cultura*. In Quaderni dal carcere. Einaudi.

8. Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the Condition of the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Anchor Books.

9. Basaglia, F. (Ed.). (1968). *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*. Einaudi.

CPR, detenzione amministrativa e criticità di salute

Di Nicola COCCO*

Il diritto alla salute delle persone migranti viene spesso violato e disatteso nei paesi di accoglienza, in particolare in alcune condizioni etero-determinate. Il noto paradigma della medicina delle migrazioni dell'“effetto migrante sano” (1) è stato sostituito da diversi anni da quello dell'“effetto migrante esausto”: le condizioni del percorso migratorio e, in particolare, le condizioni di vita nei Paesi di accoglienza determinano uno stato di salute reale e percepito nettamente peggiore rispetto a quelle della popolazione residente (2). Ci sono contesti in cui il patrimonio di salute delle persone migranti viene ulteriormente se non completamente depleto, ad esempio la detenzione carceraria e la detenzione amministrativa dei soggetti considerati “irregolari” (3): quest'ultima è la privazione della libertà sulla base del mancato possesso di documenti quali il permesso di soggiorno (un illecito amministrativo e non un reato). In tali contesti di restrizione la capacità di gestione e salvaguardia delle proprie condizioni di salute rischia di essere talmente condizionata da poter parlare di un vero e proprio “effetto migrante detenuto”. Ne è una dimostrazione l'ampia prevalenza di problematiche di salute mentale (in particolare disturbo d'ansia, depressione e disturbo da stress post-traumatico) sofferte dalle persone migranti in detenzione am-

ministrativa, che è maggiore rispetto alla popolazione generale e alla stessa popolazione detenuta in carcere (4). Le criticità di salute della detenzione amministrativa sono state sollevate a livello internazionale da diversi studi (5): in particolare, l'indeterminatezza legata alla natura stessa della detenzione amministrativa e del rischio di rimpatrio/deportazione influisce potentemente sulla salute mentale delle persone migranti (6).

L'ufficio regionale europeo della World Health Organization (WHO) ha pubblicato nel 2022 un documento in cui denuncia i rischi per la salute delle persone migranti sottoposte a detenzione amministrativa. (7) In Italia, i principali luoghi di detenzione amministrativa sono denominati Centri di Permanenza per il Rimpatrio (CPR). La gestione della salute delle persone migranti detenute in tali luoghi è appaltata al personale sanitario assunto dagli enti gestori privati, senza la richiesta di titoli o formazione specifica in ambito di medicina detentiva e medicina delle migrazioni. Numerosi report e inchieste di attori indipendenti (8) nonché del Garante Nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale (9) hanno evidenziato le condizioni degradate e degradanti dei CPR, in termini igienico-sanitari e dello stato delle persone migranti detenute. Queste presentano spesso gravi problematiche di salute

** infettivologo
Rete Mai più
lager No ai CPR,
Società Italiana
di Medicina
delle Migrazioni
(SIMM)*

fisica e mentale, esacerbate dal contesto del CPR stesso nonché dalle difficoltà di accesso a standard sanitari di qualità garantiti dal Sistema Sanitario Nazionale (SSN). All'interno dei CPR vige un vero e proprio regime di abbandono delle persone migranti, che spesso hanno solo il loro corpo per poter manifestare forme di protesta e/o disperazione, con numerosissimi casi di autolesionismo, tentativi di suicidio e suicidi compiuti: per quanto manchino dati ufficiali o in letteratura relativi alla situazione italiana (eventi singoli e diverse situazioni sono riportate e descritte ampiamente durante le attività ispettive delle figure garanti istituzionali e della società civile, cfr. *supra* note 8 e 9), gli atti definiti "anti-conservativi" sono all'ordine del giorno nei contesti di detenzione amministrativa dei migranti (ad esempio nel Regno Unito in quattro centri di detenzione per migranti sono stati registrati 1.743 eventi che hanno richiesto interventi e trattamenti in un periodo di 2099 giorni, dati aggiornati a novembre 2023) (10). È stato spesso descritto un vero e proprio "continuum di violenza" che permea la quotidianità dei CPR, in cui alla violenza auto-inflitta sul proprio corpo risponde la violenza delle forze dell'ordine e del personale del CPR, inclusa spesso la violenza dell'azione inadeguata del personale sanitario. Si arriva a veri e propri quadri di normalizzazione del circuito di violenza e deumanizzazione (basti pensare che le persone detenute vengono per lo più chiamate con il numero che viene loro assegnato all'ingresso e non con il loro nome), che amplifica la frequenza dei gesti anticonservativi e di protesta in cerca di una possibilità di "sfuggire" alla morsa detentiva del CPR (11).

La detenzione può attualmente essere prolungata fino a 18 mesi in attesa dell'attuazione dell'ordine di rimpatrio/deportazione, che nei fatti viene attuata in meno del 40% dei casi (12)

e con modalità traumatiche: il rimpatrio viene quasi sempre effettuato senza preavviso, di notte, con le forze di polizia che irrompono in numero considerevole nei locali di pernottamento dei CPR, prelevano la persona da rimpatriare concedendo pochi minuti per raccogliere i propri effetti personali in sacconi di plastica neri come quelli usati per la spazzatura, fare una telefonata ed essere sottoposto a una visita medica che dovrebbe certificare che la stessa persona è in condizioni idonee a poter affrontare un viaggio di rimpatrio (*fit-to-travel*), ma che spesso si traduce in una visita di facciata (13). Queste caratteristiche, oltre a mettere in discussione l'"efficienza" di un dispositivo fortemente propagandato dai governi che si sono succeduti in Italia negli ultimi dieci anni, rende ancora più violenta l'operazione di rimpatrio/deportazione, dal momento che il suo carattere "probabilistico" e meramente vessatorio "accade" sulla pelle della persona detenuta, senza nessuna possibilità di conoscenza, comprensione e margine di azione, con comprensibili ricadute sulla sua salute mentale (14). Tali criticità hanno poi come corollario l'accertato abuso e misuse di psicofarmaci (15).

Secondo la normativa vigente (16), l'invio di una persona migrante in un CPR necessita di una valutazione sanitaria della stessa da parte di un medico afferente al SSN ("valutazione di idoneità alla vita in comunità ristretta"); negli anni tale strumento si è concretizzato quasi sempre come mero nulla osta che escluda rischi di malattie infettive, senza una reale valutazione dello stato di salute globale della persona presa in esame. Tale accertamento da parte dei medici del SSN pone importanti criticità, per cui, in linea con quanto espresso dalla WHO, la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), in collaborazione con la "Rete Mai più lager - No ai CPR" e con l'Associazione per gli Studi Giuridici sull'Immigrazione

(ASGI) all'inizio del 2024 ha lanciato una Campagna di presa di coscienza per chiedere a tutto il personale sanitario italiano maggiore consapevolezza sulle condizioni e sui rischi per la salute delle persone migranti sottoposte a detenzione amministrativa nei CPR, e nello specifico ai medici cui viene richiesta la valutazione dell'idoneità alla vita in comunità ristretta in tali luoghi di eseguire tale valutazione non rilasciando più l'idoneità a nessuna persona migrante: tale richiesta è stata motivata e sostanziata con numerose evidenze e dopo il confronto con specialisti del settore e bioeticisti, che hanno contribuito a raccogliere ed esporre le motivazioni di sanità pubblica, di deontologia medica e medico-legali per cui è lecito (se non necessario) per il personale sanitario non valutare più nessuna persona come idonea alla vita nei CPR (17). In particolare, oltre alle già citate condizioni patologiche che caratterizzano i CPR, l'analisi della valutazione di idoneità richiesta per il CPR e il confronto multidisciplinare hanno evidenziato gravi violazioni del Codice di Deontologia Medica italiano sia nei termini di una impossibilità di eseguire una reale valutazione delle condizioni di salute nella modalità in cui viene richiesta dalle autorità di polizia, in assenza di consenso informato né mediazione culturale adeguata (18), sia sul ruolo del medico in quanto tutore della salute della persona che si trova a valutare: il medico ha l'obbligo di proteggere il proprio paziente, specie se in condizioni di vulnerabilità, "in particolare quando ritiene che l'ambiente in cui vive non sia idoneo a proteggere la sua salute, la dignità e la qualità di vita" (19). Le evidenze già citate mostrano chiaramente come i CPR rappresentino dei luoghi di rischio per la salute e per la vita delle persone migranti, ed è dunque deontologicamente lecito che il medico si adoperi per evitare che chiunque vi venga recluso.

La Campagna è attualmente in corso e sta avendo una risonanza nazionale; a livello internazionale ha suscitato interesse aprendo un dibattito sul ruolo del personale sanitario per una prospettiva abolizionista della detenzione amministrativa delle persone migranti (20).

È stato inoltre recentemente lanciato un appello rivolto a tutti i professionisti della salute (medici, infermieri, psicologi, assistenti, etc.) che chiede la chiusura dei CPR in quanto contesti di degrado, sofferenza e abbandono, e che mette in discussione la possibilità che il personale sanitario possa prestare servizio in tali luoghi, sia livello nazionale che all'estero (ad esempio nei centri attualmente in costruzione in Albania in seguito al Patto siglato con l'Italia per l'esternalizzazione delle persone migranti considerate "irregolari") (21). Ciò sta già accadendo in alcune realtà (Macomer in Sardegna e Ponte Galeria a Roma), dove la presenza di psichiatri del SSN che prestano la loro attività professionale all'interno del contesto del CPR rischia non solo di non poter fornire un supporto inadeguato alle persone con problemi di salute mentale, ma anche di "normalizzare" la presenza delle stesse in questi luoghi (22), in cui l'incastro psicopatogeno di detenzione, isolamento, abbandono e abuso di psicofarmaci evidenzia la china di vere e proprie derive manicomiali, come già denunciato in alcuni CPR: sono state denunciate le condizioni di persone con chiari problemi di salute mentale abbandonate nella sporcizia, o l'utilizzo di strumenti di coercizione meccanica come le manette e di stanze di isolamento "atraumatiche" (completamente svuotate per evitare atti autolesivi), in tutti i casi in assenza di chiari percorsi di presa in carico psichiatrica (e in deroga alla stessa Direttiva del Ministero dell'Interno del 19 maggio 2022, che all'art. 3 indica chiaramente i "disturbi psichiatrici" come crite-

rio di inidoneità al trattenimento nei CPR) (23).

Una maggiore attenzione sul buco nero di diritti, politica e informazione rappresentato dalla detenzione amministrativa è resa sempre più urgente dalla recente approvazione da parte del Parlamento Europeo del “Patto europeo per le migrazioni e l’asilo” che, tra i vari punti che sviliscono il diritto di asilo in Europa, include il massiccio ricorso alla detenzione amministrativa alla frontiera per le persone migranti che fanno richiesta di asilo: tale documento richiede un’at-

tenta riflessione sui rischi per la salute delle persone migranti, insita nelle violazioni di diritti che già molte realtà attiviste e associazioni umanitarie hanno evidenziato (24).

Per riprendere la lezione di Franco Basaglia, non esiste possibilità di cura dove non c’è rispetto dei diritti (25): i CPR e la detenzione amministrativa rappresentano una vera e propria emergenza sanitaria in cui sono a rischio i diritti, la salute e la vita delle persone migranti, ma anche la dignità della professione medica e della società tutta.

Note

1. Razum, O. (2008). *Migrant Mortality, Healthy Migrant Effect*. In: Kirch, W. (eds) *Encyclopedia of Public Health*. Springer, Dordrecht. doi: 10.1007/978-1-4020-5614-7_2188
2. Neuman, S. *Are immigrants healthier than native residents?* IZA World of Labor 2014: 108 doi: 10.15185/izawol.108
3. Lungu-Byrne, Cassie & Germain, Jenny & Plugge, Emma & Hout, Marie-Claire. (2020). *Contemporary Migrant Health Experience and Unique Health Care Needs in European Prisons and Immigration Detention Settings*. *International Journal of Forensic Mental Health*. 20. 1-20. doi: 10.1080/14999013.2020.1821129.
4. von Werthern M, Robjant K, Chui Z, et al. *The impact of immigration detention on mental health: a systematic review*. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1):382. Published 2018 Dec 6. doi: 10.1186/s12888-018-1945-y
5. Van Hout MC, Lungu-Byrne C, Germain J. *Migrant health situation when detained in European immigration detention centres: a synthesis of extant qualitative literature*. *Int J Prison Health*. 2020;16(3):221-236. doi: 10.1108/IJPH-12-2019-0074
6. Verhulsdonk, Irina & Shahab, Mona & Molendijk, Marc. (2021). *Prevalence of psychiatric disorders among refugees and migrants in immigration detention: systematic review with meta-analysis*. *BJPsych Open*. 7. doi: 10.1192/bjo.2021.1026
7. WHO Regional Office for Europe. *Addressing the health challenges in immi-*

gration detention, and alternatives to detention: a country implementation guide. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2022, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/353569>

8. Si segnalano in particolare i report della “Rete mai più lager – No ai CPR” (*Delle pene senza delitti. Istantanea del CPR di Milano*. Report dell’accesso presso il Centro di Permanenza per il Rimpatrio di Milano, via Corelli n. 28, del Senatore Gregorio De Falco nelle giornate del 5 e 6 giugno 2021, e *Delle pene senza delitti. Istantanea del CPR di Milano – Un anno dopo*), dell’ASGI (cfr. <https://www.asgi.it/tag/cpr/>) e del Naga (Al di là di quella porta - Un anno di osservazione dal buco della serratura del Centro di Permanenza per il Rimpatrio di Milano).

9. Per i report più recenti del Garante Nazionale, cfr. https://www.garantenazionaleprivatiliberta.it/gnpl/pages/it/homepage/dettaglio_contenuto/?contentId=CN-G15448&modelId=10019

10. Taylor D. *Self-harm incident nearly every day in UK immigration detention, data shows*. *The Guardian*, 27 novembre 2023

<https://www.theguardian.com/uk-news/2023/nov/27/self-harm-incident-nearly-every-day-in-uk-immigration-detention-data-shows>

11. Per un’analisi completa dei circuiti di violenza, normalizzazione e deumanizzazione cfr. Volpato C. *Deumanizzazione. Come si legittima la violenza*, Laterza – Bari, 2014.

12. Cfr. ActionAid. *Trattenuti - Una radiografia del sistema detentivo per stranieri*, ActionAid Italia, Università di Bari, 2023
13. Cfr. Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale, *Linee guida sul monitoraggio dei rimpatri forzati – seconda edizione*, 2022
<https://www.garantenazionaleprivatiliberta.it/gnpl/resources/cms/documents/23ab168803a17df21168c9ef0c295f90.pdf>
14. Harrigan, N.M., Koh, C.Y. & Amirrudin, A. *Threat of Deportation as Proximal Social Determinant of Mental Health Amongst Migrant Workers*. *J Immigrant Minority Health* 19, 511–522 (2017). <https://doi.org/10.1007/s10903-016-0532-x>
15. Rondi L, Figoni L. *Rinchiusi e sedati: l'abuso quotidiano di psicofarmaci nei Cpr italiani*. *Altreconomia*, 1° aprile 2023
<https://altreconomia.it/rinchiusi-e-sedati-labuso-quotidiano-di-psicofarmaci-nei-cpr-italiani/>
16. Art. 3 della Direttiva del Ministero dell'Interno del 19 maggio 2022 (https://www.interno.gov.it/sites/default/files/2022-06/direttiva_ministro_lamorgese_19.5.2022_accessibile.pdf)
17. <https://www.asgi.it/allontamento-espulsione/idoneita-alla-vita-nel-cpr-appello-ai-medici-necessaria-la-presenza-di-coscienza/>
18. Codice di Deontologia Medica, artt. 3, 6, 24.
19. Codice di Deontologia Medica, art. 32
20. Doctors should not declare anyone fit to be held in immigration detention centres. *BMJ*. 2024;384:q531. Published 2024 Mar 1. doi:10.1136/bmj.q531, <https://www.bmj.com/content/384/bmj.q531>
21. Cfr. https://www.change.org/p/appello-per-operator-della-salute-contro-i-centri-di-permanenza-per-il-rimpatrio?recruiter=1341459589&recruited_by_id=59ed5f10-2c27-11ef-bf18-1bb7dd89d8b0&utm_source=share_petition&utm_campaign=share_petition&utm_term=share_for_starters_page&utm_medium=copylink&utm_content=cl_sharecopy_490104211_it-IT%3A1
22. In deroga all'art. 3 della sopra citata Direttiva del Ministero dell'Interno del 19 maggio 2022, che indica i “disturbi psichiatrici” tra i criteri di non idoneità alla vita nel CPR.
23. Cfr. https://www.facebook.com/NoaiCPR/videos/-loasi-3non-abbiamo-pi%C3%B9-parole-ma-parlano-le-immaginiquesta-%C3%A8-la-persona-che-vi-/334240385869108?locale=it_IT
24. Cfr. Tiberio L. *Il nuovo Patto europeo per le migrazioni e l'asilo avrà conseguenze umanitarie devastanti*. Valigia Blu, 11 aprile 2024.
25. Basaglia F, Ongaro F. (a cura di). *Crimini di pace - Ricerche sugli intellettuali e sui tecnici come addetti all'oppressione*. Einaudi – Torino, 1975.

Il manicomio e la colonia. La detenzione amministrativa come incontro di due storie della follia

Di Luca CERAOLO*

Nelle pagine che portano il titolo *La scienza e la criminalizzazione del bisogno*, Franco Basaglia e Franca Ongaro, soffermandosi sul modo attraverso cui il sapere psichiatrico mette a lavoro una serie di spiegazioni e categorie totalmente sorde all'esperienza delle persone internate nei manicomi, appartenenti alla classe proletaria e sotto-proletaria, interpellano la sofferenza di queste ultime domandando: «Come possiamo conoscerne le motivazioni profonde, se tutta la psichiatria manicomiale si fonda sulla destorificazione dell'individuo?».

Il testo prosegue con un parallelo tra il manicomio e il carcere, tra la follia e la delinquenza:

Questo tipo di delinquente non ha storia, o meglio la sua storia è solo storia dei suoi reati: i precedenti penali. È delinquente per natura, così come il disoccupato è pigro e fannullone per natura. Non ci sono cause, motivazioni psicologiche, sociali, economiche che giustificano o spiegano il suo gesto, se non appunto la delinquenza stessa che diventa allora biologica, connaturata nell'indole, nella razza, nel carattere somatico (Basaglia e Ongaro, 1975: 134; corsivo mio).

Sono parole che permettono di ricordare un altro scritto, apparso nel 1918 a firma di uno psichiatra francese, Antoine Porot, fondatore di quella che è conosciuta come la Scuola di Etnopsichiatria di Algeri, che in queste *Note di psichiatria musulmana* così descri-

veva i nordafricani che avevano preso parte alla Grande Guerra: «Blocco informe di primitivi per la maggior parte profondamente ignoranti e creduloni, assai lontani dalla nostra mentalità e dalle nostre reazioni, che non avevano mai conosciuto la più piccola delle nostre preoccupazioni morali» (Porot, 1918: 377). Va da sé la reazione di stupore davanti al fatto che queste anime semplici, credulone, primitive, infantili e suggestionabili potessero provare, lontane da casa a combattere una guerra non loro, un sentimento complesso come la nostalgia (1).

La scelta di partire da questo accostamento è legata al fatto che i due estratti costituiscono le istantanee che catturano non solo due momenti, ma due storie della follia. Da un lato, Basaglia e Ongaro tracciano la continuità del sistema asilare – nel testo parlano di «interscambiabilità delle istituzioni» – tra il manicomio e il carcere, incardinandosi nella storia della follia europea, quella segnata dall'epoca del Grande Internamento (Foucault, 1961), dalla volontà di escludere i folli e le anormali.

Dall'altro lato, le pagine di Porot affondano le proprie radici in un'altra storia sociale della follia: quella della colonia. Il carattere pervasivo del progetto coloniale si è contraddistinto per l'intento programmatico di messa in opera delle forme di dominazione, controllo e sfruttamento delle popolazioni native attraverso la logica di

*dottorando
di ricerca
Rete Mai più lager
No ai CPR

appropriazione dei corpi e delle menti perpetrata anche tramite il paradigma igienista e biomedico (2): la politica della diagnosi nelle colonie era funzionale non a tracciare una linea di separazione tra “folli” da patologizzare e “normali”, ma a patologizzare l’africano in quanto tale, affermando costantemente la sua inferiorità.

Il folle emerge in Africa, nei resoconti storici dell’epoca coloniale, non come rappresentate dell’Altro, quanto piuttosto, e più spesso, rappresentante di un *essere insufficientemente “Altro”*. [...] La preoccupazione dominante negli scritti che ho considerato è meno quella dell’africano folle e piuttosto quella dell’africano *tout court*, con una continua riaffermazione della sua alterità (Vaughan, 1991: 118).

Perché pare fondamentale tentare di compiere lo sforzo di mettere in dialogo questi profili delle storie della follia con l’attuale congiuntura del governo delle migrazioni e dell’istituto giuridico della detenzione amministrativa? Perché il manicomio insieme alla colonia?

La premessa si individua nel collocare il tentativo di adottare la prospettiva di Basaglia come lente per proporre un’analisi sulla detenzione amministrativa su un terreno che sia attento a non monumentalizzarne la figura. Il percorso dell’esperienza anti-istituzionale è stato caratterizzato da dialoghi,



contraddizioni, alleanze e conflitti attraversati in maniera collettiva: Franco Basaglia e una sinéddoche che racchiude nomi, storie e pensieri (Setaro, 2024). Dire Franco Basaglia significa dire Franca Ongaro, Franco Rotelli, Agostino Pirella, Letizia Comba, Peppe dell’Acqua, Michele Riso e tanti altri nomi, quelli delle persone internate nei manicomi, troppi per evocarli tutti. Urge sottolinearlo perché uno dei lasciti più importanti dell’esperienza anti-istituzionale deve essere rintracciato nel metodo che ha lasciato in eredità: un addestrarsi ad abitare collettivamente le contraddizioni che sorgono nella struttura sociale a partire dal valore dell’esperienza e dei vissuti delle persone che si trovano a essere escluse da questa struttura.

L’esperienza anti-istituzionale si radica nella volontà di riportare la questione dell’istituzionalizzazione della follia ai meccanismi di controllo e gestione della stessa attraverso la produzione di un sapere borghese – quello psichiatrico – che risponda ai bisogni di classe della struttura sociale (Basaglia e Ongaro, 1975).

Si tratta, volgendo lo sguardo alla detenzione amministrativa e ai CPR, di compiere il tentativo di immaginare una nuova «costellazione critico-pratica» (Di Vittorio, 2019) che riesca a riconnettere la questione specifica alla struttura sociale del mondo odierno. Il fenomeno chiamato in causa è quello della mobilità: qual è l’istituzione deputata a rispondere a questo fenomeno in modo che soddisfi i bisogni della struttura sociale?

Senza entrare nel dettaglio dell’evoluzione delle politiche in materia di migrazioni, basti ricordare come l’economia morale dell’asilo abbia vissuto diverse fasi, dispiegandosi all’insegna dell’oscillazione tra un economicismo volto all’inclusione di forza-lavoro a basso costo e un umanitarismo progressivamente segnato dalla cultura del sospetto. Entro questo movimento oscillatorio, troppo spesso viene ta-

ciuto l'ingombrante e spettrale ritorno della colonia, le cui strategie disciplinari hanno consegnato al presente un'eredità rintracciabile in quella «*necropolitica* dei confini» (Khosravi, 2010: 60; cfr. Mbembe, 2016) che costituisce la contemporanea modalità di gestione del fenomeno migratorio da parte degli Stati-nazione occidentali.

Il confine come istituzione sociale (Mezzadra e Neilson, 2013) si riproduce attraverso l'istituto giuridico della detenzione amministrativa e la gestione securitaria delle frontiere fornendo la base per la produzione delle condizioni di criminalizzazione che spostano la «questione migrazione» sul piano della «questione criminale» (Campesi, 2003; 2011).

In un testo recentemente pubblicato, Wael Garnaoui e Montassir Sakhi propongono un'analisi sulla genealogia del confine evidenziando il carattere di continuità che intercorre tra colonizzazione e «Schengenizzazione», arrivando a concludere:

For the colonized, and their descendants alike, movement has always been a matter captured by the most sophisticated devices of power. From checkpoints in colonized territories to contemporary Schengen visa systems, movement has always been an issue of government and the domestication of colonial and postcolonial populations (Garnaoui e Sakhi, 2024: 28).



In questo momento storico, il protocollo siglato tra Italia e Albania anticipa l'intento programmatico di implementare ulteriormente la prassi della detenzione amministrativa sul territorio nazionale e l'attuazione delle disposizioni contenute nel Patto europeo sull'Immigrazione: segnatamente, l'introduzione di procedure accelerate basate sulla provenienza – la questione dei c.d. “Paesi Sicuri” –, la prassi di detenzione alla frontiera, il carattere finzionale e mobile della stessa, e un regolamento sullo screening che individua nella dimensione biologica il terreno privilegiato per l'esercizio di pratiche di irregolarizzazione, criminalizzazione (Khosravi, 2022) e selezione di corpi «deportabili» (De Genova, 2002). Questa selezione avviene attraverso valutazioni di professioniste e professionisti della salute: ancora una volta, come già in epoca coloniale, il sapere medico si trova a essere complice di prassi di violenza ed esclusione di corpi senza storia.

Gli scritti di Frantz Fanon risultano decisivi nell'indagare la continuità rispetto al ruolo giocato dal sapere medico e psichiatrico tra la colonia e gli Stati-nazione, disvelando il razzismo scientifico e l'elisione della storia di violenza e dominio cui tale sapere è asservito: dalle critiche alla Scuola di etnopsichiatria di Algeri di Porot alle pagine sferzanti sulla *sindrome nordafricana*, in cui viene descritto l'“incontro” tra pazienti immigrati e l'istituzione sanitaria francese, posta davanti all'incapacità di comprendere la sofferenza di questi ultimi, di applicare l'osservazione “oggettiva” dello sguardo scientifico a quei corpi che mettevano in crisi e facevano vacillare la norma alla base del proprio pensiero: «ogni sintomo suppone una lesione» (Fanon, 1952: 129).

Ed è in questa necessità di contrastare la *destorificazione*, di re-intrecciare i fili della storia e della struttura sociale con le biografie individuali, che

il confine – inteso come dispositivo in cui è possibile individuare la cifra comune tra due «figure dell’alterità: l’indigeno in epoca coloniale [...] [e] lo straniero nel mondo postcoloniale» (Fassin e Rechtman, 2007: 327) – entra in dialogo con la violenza delle istituzioni totali e con il ruolo dei tecnici. La detenzione amministrativa vede confluire, nel più ampio quadro del governo delle migrazioni e dei confini, la storia del grande internamento e la storia coloniale.

Agire in queste istituzioni della violenza, rifiutando la delega di semplici funzionari dell’ordine pubblico, implicita nel nostro ruolo di tecnici, significa svelarne praticamente la logica, dando – a chi vive al loro interno come oggetti contenuti o soggetti contenenti – la possibilità di una presa di coscienza pratica del meccanismo su cui si fondano (Basaglia e Ongaro, 1975: 127).

Presa di coscienza pratica che le stesse persone detenute nei CPR hanno mostrato e continuano a mostrare tramite rivolte, atti di protesta e attraverso i propri corpi, quelli esposti allo sguardo medico e destinati anche per mano di una firma su un foglio che attesta l’idoneità a uno spazio di contenimento ed esclusione. Corpi che, se si è disposti e disposti a riconoscere il sopraevocato *continuum* della colonia, impongono di ascoltare «lo spettro della Storia, il brusio della memoria, il rumore della lotta» (Beneduce, 2010: 21) e – nel proposito di innescare collettivamente processi di consapevolezza e liberazione – lasciano risuonare la densità del monito con cui Mariama Sylla e Thierno Amadou Balde (2024: 8) chiudono la prefazione a un libro di recente pubblicazione: «Che non succeda più a nessuno. Non stanno dormendo, Moussa e Ousmane non stanno dormendo».

Note

1. *L’impulsivité criminelle de l’indigène nord-africain. Ses facteurs e Le primitivisme des indigènes nord-africains: ses incidences en pathologie mentale* sono i titoli di due ulteriori testi di Antoine Porot (scritti insieme a suoi collaboratori e pubblicati, rispettivamente, nel 1932 e nel 1939).

2. Esemplificativa in questo senso e la figura del “portatore”, il cui corpo veniva sottoposto alla faticosa prova di trasportare a piedi pesi per lunghi tratti e diveniva facile preda della proliferazione di malattie endemiche. Ciò portò i medici delle colonie a compiere il tentativo di migliorarne le condizioni operando una razionalizzazione dello sfruttamento di questa forza lavoro, in accordo a un «“modello di penetrazione pacifica attraverso le misure igieniste” [...] [in cui] curare il corpo diventa un potente mezzo di pacificazione» (Beneduce, 2010: 97-98) nell’ambito di un’economia del controllo sociale che si proponeva di sostituire i saperi locali della medicina tradizionale.

Bibliografia

- Balde T. A. e Sylla M. (2024), «Prefazione». In Figoni L. e Rondi L., *Gorgo CPR. Tra vite perdute, psicofarmaci e appalti milionari*. Altreconomia: Milano, pp. 6-8.
- Basaglia F. e Ongaro F. (a cura di) (1975), *Crimini di pace. Ricerche sugli intellettuali e i tecnici come addetti all’oppressione*. Einaudi: Torino (ried. 2018, Baldini Castoldi: Milano).
- Beneduce R. (2010), *Corpi e saperi indocili. Guarigione, stregoneria e potere in Camerun*. Bollati Boringhieri: Torino.
- Campesi G. (2003), «Il controllo delle nuove classi pericolose. Sotto-sistema penale di polizia ed immigrati». In *Dei Delitti e delle Pene*: 1, 3, pp. 146-243.
- Campesi G. (2011), «La norma e l’eccezione nel governo delle migrazioni. Lampedusa, le rivolte arabe e la crisi del regime confinario europeo». In *Jura Gentium. Rivista di filosofia del diritto internazionale e della politica globale*: 1, pp. 93-132.
- De Genova N. (2002), «Migrant “Illega-

lity” and Deportability in Everyday Life». In *Annual Review of Anthropology*: 31, pp. 419-447.

- Di Vittorio P. (2019), «Costellazioni. Tra presente e passato: la salute mentale e le sfide della trasmissione». In Di Vittorio P. e Cavagnero B. (a cura di), *Dopo la legge 180. Testimoni ed esperienze della salute mentale in Italia*. Franco Angeli: Milano.
- Fanon F. (1952), «La “sindrome nordafricana”». In Id. (2011), *Decolonizzare la follia. Scritti sulla psichiatria coloniale* (a cura di R. Beneduce). OmbreCorte: Verona, pp. 92-103.
- Fassin D. e Rechtman R. (2007), *L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime*. Éditions Flammarion: Paris [trad. it. 2020, *L'impero del trauma. Nascita della condizione di vittima*. Meltemi: Roma].
- Foucault M. (1961), *Histoire de la folie à l'âge classique*. Gallimard, Paris.
- Garnaoui W. e Sakhi M. (2024), *From Colonization to Schengenization. Socio-history of Migrations from the Maghreb to Europe*. Rosa Luxemburg Stiftung [online].
- Khosravi S. (2010), *'Illegal' Traveller;*

An Auto-Ethnography of Borders. Palgrave Macmillan: London [trad. it. 2019, *Io sono confine*. Èleuthera: Milano].

- Khosravi S. (2022), «Prefazione». In Esposito F., Caja È. e Mattiello G. (a cura di), *Corpi reclusi in attesa di espulsione. La detenzione amministrativa in Europa al tempo della sindemia*. Edizioni SEB27: Torino, pp. 5-9.
- Mbembe A. (2016) [2003], *Necropolitica*. Ombrecorte: Verona.
- Mezzadra S. e Neilson B. (2013), *Border as Method, or, the Multiplication of Labor*. Duke University Press: Durham and London [trad. it. 2014, *Confini e frontiere. La moltiplicazione del lavoro nel mondo globale*. Il Mulino: Bologna].
- Porot A. (1918), «Notes de psychiatrie musulmane». In *Annales Médico-Psychologiques*, 10^{ème} serie: IX, pp. 377-384.
- Setaro M. (a cura di) (2024), *Fare l'impossibile. Ragionando di psichiatria e potere*. Donzelli: Roma.
- Vaughan M. (1991), *Curing Their Ills. Colonial Power and African Illness*. Polity Press: Cambridge.

Tra Cura e Complicità: una riflessione critica sul lavoro psicologico in contesti di detenzione amministrativa

Di Francesca ESPOSITO*

Nel cuore del sistema di detenzione amministrativa per persone razzializzate come straniere, ovvero non-cittadine, si consuma una contraddizione profonda: quella tra l'intenzione di curare e il contesto strutturalmente patogeno entro cui quella stessa cura dovrebbe aver luogo. Come riferito quasi quindici anni fa da un/a operatore/trice sanitario/a nel corso di una testimonianza all'Inchiesta Popolare sulla detenzione delle persone migranti da parte dello Stato australiano (*the People's Inquiry into Detention*):

«Potresti avere il servizio di salute mentale più efficiente del mondo [n.d.a. the Rolls Royce of mental health services] a Baxter [n.d.a. centro di detenzione amministrativa australiano, attivo dal 2002 al 2007, chiuso a seguito di proteste], e non credo che farebbe la minima differenza, perché l'ambiente è così tossico che non si può curare nulla in modo significativo».

(Briskman e Goddard, 2007, p. 96)

Questo paradosso costituisce il punto di partenza della presente analisi.

Nonostante alcuni studi sembrano suggerire che una riforma del sistema di detenzione amministrativa sia possibile – anzi, auspicabile – e che in tali contesti un intervento psicologico e/o di cura eticamente sostenibile possa essere realizzato (vedi, ad esempio, von Werthern et al., 2018),

la mia esperienza di circa 15 anni sul campo (come attivista e ricercatrice) e le evidenze generate nel corso del tempo (a livello nazionale e internazionale) mi portano ad affermare tutt'altro. Ovvero, che la collaborazione delle/i professioniste/i della cura con le strutture di detenzione amministrativa – ambienti definiti come *torturing environments* (Manek, Galán-Santamarina, e Pérez-Sales, 2022; Pérez-Sales, 2016) – risulti, dal punto di vista etico, insostenibile. Stabilendo un parallelo tra il sistema di detenzione amministrativa e altri luoghi di incarcerazione e tortura – come Abu Ghraib – Isaacs (2016) sostiene che le/i professioniste/i dell'area sanitaria possano finire per legittimare forme di tortura attraverso il proprio coinvolgimento nei centri di detenzione. Ogni professionista si trova dunque di fronte a un dilemma morale: accettare o meno di lavorare in questi contesti, rischiando di legittimare, di fatto, ciò che equivale a una forma di tortura. Zion (2004), Briskman et al. (2012) e Dudley (2016) riprendono questo argomento, esplorando le questioni etiche legate al lavoro delle/dei professioniste/i della salute nei centri di detenzione per migranti in Australia. Gli autori sollevano interrogativi sui conflitti derivanti dalla cosiddetta “doppia lealtà”: da un lato verso i/le pazienti, ovvero le persone detenute, dall'altro

* psicologa
e organizzatrice
comunitaria,
ricercatrice
Università
di Bologna

verso le istituzioni e gli enti gestori di appartenenza. Tali ruoli conflittuali, che riflettono contraddizioni strutturali insite nel sistema stesso, risultano spesso inconciliabili e minano la capacità delle/dei professioniste/i di fornire cure efficaci e indipendenti. In particolare, Dudley afferma che “queste politiche strumentalizzano le professioni d’aiuto per giustificare gli abusi statali e alimentare l’assuefazione e l’indifferenza dell’opinione pubblica” (2016, p. 15), richiamando altri abusi perpetrati dallo Stato nel contesto della ‘guerra al terrore’ e, seppur con le dovute cautele, esempi storici come la Germania nazista. Anche Essex (2019) invita le/i clinici a prendere una posizione più attiva contro le politiche di detenzione, arrivando a sostenere la necessità di un rifiuto totale della partecipazione a tali contesti – in particolare all’interno delle strutture detentive offshore, come quelle istituite dall’Australia sull’isola di Nauru e a Manus, in Papua Nuova Guinea, e più recentemente in Albania dal governo italiano. Winters et al. (2023), dal canto loro, adottano una posizione ancora più radicale, affermando che la lieve mitigazione dei danni offerta dalle/dei professioniste/i della salute operanti in contesti di detenzione e deportazione non è sufficiente a compensare i danni derivanti dal sostegno a un sistema progettato per perpetuare la sofferenza umana. In questa prospettiva, le/gli autrici/autori fanno appello alle organizzazioni professionali nell’ambito della salute mentale – ordini, associazioni, federazioni, ecc. – affinché si oppongano all’impiego di professioniste/i nei centri di detenzione offshore.

La maggior parte di questi contributi si concentra sul contesto di detenzione australiano – tra i più duri e oppressivi al mondo – spesso preso a modello da politici e sostenitori di approcci repressivi contro la cosiddetta “immigrazione illegale”.

Estendendo questa critica al contesto della detenzione amministrativa italiana, nel 2021, insieme ad altre/i colleghe/i, abbiamo analizzato le profonde tensioni affrontate dalle/dei professioniste/i che operano nei cosiddetti CPR (Centri di Permanenza per i Rimpatri; precedentemente Centri di Identificazione ed Espulsione – CIE), tra cui anche psicologhe e psicologi, costrette/i a navigare quotidianamente tra ruoli conflittuali: “assistenza” e “controllo”, “cura” e “sorveglianza”, “protezione” e “repressione” (Esposito et al., 2021). I valori umanitari che caratterizzano queste/i lavoratrici e lavoratori si scontrano con la logica coercitiva che permea la detenzione, lasciandole/i spesso nell’impossibilità di apportare cambiamenti concreti e, al contempo, esponendole/i al rischio concreto di diventare complici nella normalizzazione della violenza sancita dallo Stato e riprodotta all’interno di queste strutture carcerarie — frequentemente a scapito del loro stesso benessere emotivo e professionale. Sulla base delle evidenze raccolte nella nostra ricerca, concludevamo già nel 2021 che gli sforzi volti a “umanizzare la detenzione” risultano insufficienti e non sono, da soli, in grado di generare un cambiamento significativo.

Questa posizione critica è stata recentemente recepita e tradotta in azione attraverso una campagna rivolta al personale medico, promossa dalla Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), dalla Rete “Mai più lager – No ai CPR” e dall’Associazione per gli Studi Giuridici sull’Immigrazione (ASGI). La campagna propone di decretare, su basi etiche e deontologiche, l’inidoneità di qualsiasi persona alla detenzione amministrativa, indipendentemente dal suo quadro clinico specifico (Cocco et al., 2024). Sebbene queste azioni significative siano state intraprese da professioniste/i nell’area della salute, la voce degli psicologi e delle psico-

loghe resta ancora debole su questo tema, nonostante i tentativi di avviare un dibattito più ampio (Esposito et al., 2024).

Di seguito, presento alcune riflessioni tratte da questo lavoro di ricerca e, più in generale, dalle osservazioni maturate nel corso di quindici anni di studio. Mi concentrerò in particolare sul ruolo del lavoro psicologico in contesti di privazione della libertà, esplorando le diverse posizioni che psicologhe e psicologi possono assumere di fronte al danno sistemico e alla natura intrinsecamente patogena della detenzione amministrativa. In sintesi, questi esempi evidenziano l'impossibilità strutturale, in tali ambienti, di contribuire in modo significativo al benessere individuale o a processi di trasformazione istituzionale.

OLTRE L'ILLUSIONE DELL'UMANIZZAZIONE: PSICOLOG* IN CONTESTI DI DETENZIONE AMMINISTRATIVA

Spesso, le psicologhe e gli psicologi presenti nei contesti di detenzione amministrativa, così come altre/i professioniste/i della salute, si ritrovano a lavorare in questi centri senza una chiara consapevolezza della loro natura. Con una preparazione minima e pochi strumenti critici a disposizione, queste/i professioniste/i finiscono per essere attratti in sistemi profondamente violenti, mascherati dalla parvenza di neutralità della cura. Come illustrato da una psicologa durante il mio lavoro di ricerca al CPR di Ponte Galeria:

«[...] poi dopo mi hanno telefonato dicendomi che insomma serviva al CIE [n.d.a. ex denominazione attuali CPR] di Ponte Galeria. Mah mi hanno detto un Centro di Identificazione, però non è che mi hanno spiegato bene tutto com'era eh. Io poi mi so andata a informà[re] su internet, su internet ho visto cose insomma diciamo forti, molto.

Per- per come poi la penso io e quindi ho detto vabbè andiamo a vedere».

Ignare, o solo parzialmente consapevole, delle difficoltà che si troveranno ad affrontare, queste/i professioniste/i entrano nei centri di detenzione amministrativa con intenzioni perlopiù benevole, nella speranza di poter “fare la differenza” nella vita quotidiana delle persone detenute. Talvolta, vi è persino un certo “fascino” – o almeno una curiosità – legato all’idea di lavorare in contesti così estremi (come evidenziato dalla testimonianza precedente). Tuttavia, la realtà si rivela ben più complessa e moralmente problematica di quanto inizialmente immaginato. Come sottolineato da un'altra psicologa, successivamente diventata anche direttrice di un centro di detenzione:

«[...] non so diventa un po' un incastro quando ci stai dentro, nel senso che pensi “sì però qualcuno li deve pure aiutare, cioè almeno in questo momento supportarli” nello stesso tempo però sai che non riesci a... in qualche modo a rispondere a quella che è la tua mission effettiva e quindi c'è questa, questa... in qualche modo ti trovi incastrato in questa situazione tra il dire “vabbè comunque vanno aiutati” sì, però il contesto è talmente istituzionalizzato e cronicizzato, un mandato in cui non riesci più di tanto a interferire, in cui non puoi interferire, e quindi poi diventa effettivamente difficile rispondere a quelli che sono i tuoi valori e quindi sicuramente, no, da questo punto di vista, c'è... si vive un grosso conflitto quando si è dentro al CIE».

Questa testimonianza offre uno spaccato delle tensioni etiche ed emotive che psicologhe e psicologi – e, più in generale, le/i professioniste/i della salute – si trovano ad affrontare nei contesti detentivi, mettendo in luce la dissonanza tra l'etica personale e la violenza istituzionale, nonché il

profondo senso di intrappolamento che nasce dal tentativo di conciliare una dimensione di cura con il mandato imposto da queste nuove istituzioni totali (Goffman, 1961). Solleva inoltre interrogativi sulle assunzioni umanitarie-liberali, secondo cui la neutralità professionale o la sola presenza terapeutica basterebbero, in qualche misura, a umanizzare sistemi intrinsecamente disumanizzanti.

Per affrontare la sofferenza emotiva derivante da tali paradossi e dilemmi e per dare un senso al proprio ruolo, queste/i professioniste spesso si aggrappano all'idea che, anche se la detenzione non rappresenta una soluzione ottimale alla gestione del fenomeno migratorio, finché questi centri esistono, «tanto vale che forse a occuparsene ci sia qualcuno che lo faccia con lo spirito... adatto [a servizio delle persone detenute]» (intervista con il direttore di un ente gestore). L'urgenza di «fare del bene» in circostanze tanto costrittive e limitanti emerge con chiarezza nelle parole della psicologa riportate sopra: «sì però qualcuno li deve pure aiutare». Questa giustificazione è tra le più frequentemente ad-



dotte da chi sceglie di lavorare in questi contesti, spesso nella convinzione di poterli cambiare «da dentro».

Un altro meccanismo attraverso cui chi lavora in contesti di detenzione amministrativa giustifica, anche moralmente, la propria partecipazione a questi ambienti e le contraddizioni del proprio intervento è il ricorso alla definizione della detenzione come un atto sancito dalla legge. In questo modo, le azioni individuali delle/dei professioniste/i, con i limiti e le problematicità ad esse relativi, vengono giustificate dai vincoli imposti da autorità esterne e sovradeterminanti. Questo aspetto è stato documentato anche in studi condotti in altri paesi (vedere ad esempio, Puthooppambal, Ahlberg e Bjerneld, 2015). Come affermato da una delle psicologhe intervistate:

«[...] è lo stato che ha deciso questa legge, di metterli là. Quindi tu non c'entri niente, primo. Che io me le so[no] detto a me perché sennò non me riuscivo manco a spiegà[re] come potevo io andare in quel posto. Quindi me so detta: "Tanto se deve cambià[re] qualcosa deve cambià[re] la legge". Finché la legge non cambia questi posti ci saranno, e finché ci saranno comunque secondo me devi cercare di trattare con le persone in maniera più umana possibile perché noi diciamo di essere un paese democratico, evoluto».

Di fronte a questo senso di impotenza, fare quel che si può diventa spesso la regola d'azione per queste/i professioniste/i che, in qualche modo, devono arrivare a fine mese e portare uno stipendio a casa (Esposito et al., 2021). Tuttavia, rimanere in questi spazi comporta per psicologhe e psicologi il rischio di diventare complici della stessa violenza che intendono mitigare con il loro intervento. Questa complicità può assumere diverse forme: dal tacito avallo della violenza inflitta alle persone detenute, espresso attraverso il silenzio, alla negligen-

za dei propri doveri di cura tramite la partecipazione ai meccanismi di abbandono e indifferenza organizzata che caratterizzano questi luoghi, fino alla collaborazione attiva nell'infliggere sofferenza e danno, come nel caso degli sforzi per sopprimere la resistenza delle persone detenute o per facilitare la loro deportazione da parte delle forze di polizia. Nel suo premiato libro *No Friend But the Mountains* (2018), in cui racconta la sua esperienza di incarcerazione per mano dello Stato australiano, Behrouz Boochani descrive alcune di queste forme di complicità tra il potere medico/psicologico e quello securitario/repressivo dell'apparato detentivo. In un episodio particolarmente emblematico, narra la vicenda di un uomo detenuto noto come "Il Profeta", brutalmente aggredito dagli agenti della G4S (la multinazionale della sicurezza che gestiva il campo di detenzione dell'isola di Manus) (1), chiamati "I Rinoceronti". Dopo il pestaggio, interviene il team medico. Boochani descrive così la scena (2018):

Quando arrivano ad assistere Il Profeta, i Rinoceronti si sono completamente ritirati. Sì. Nelle menti dei Rinoceronti è certo che quando il team medico mobilitato entra nello spazio, loro devono ritirarsi e dichiarare l'operazione un successo. Quella donna. Cioè una delle infermiere. O una delle dottoresse. O una delle psicologhe... Cioè, una di queste donne. Una donna inginocchiata sul corpo storpiato. Questo corpo schiacciato sotto le ginocchia. Il corpo del Profeta.

Dopo avergli sussurrato qualcosa all'orecchio, la psicologa/infermiera/dottoressa descritta nel racconto somministra "delle pillole" per abbattere completamente la resistenza del Profeta, un atto agghiacciante che denuncia fino a che punto la "cura" possa essere pervertita per soppri-

mere la dissidenza e controllare chi si ribella all'oppressione del sistema detentivo.

Questo episodio richiama fatti recenti avvenuti in Italia, dove la tragica convergenza tra violenza medica e detentiva è emersa in seguito allo scandalo del CPR di Palazzo San Gervasio, vicino Potenza. Nel gennaio 2023, il programma televisivo *Striscia la Notizia* ha trasmesso filmati scioccanti che documentavano condizioni di vita disumane e gravi abusi nei confronti delle persone detenute nel centro. Una scena particolarmente straziante mostrava un uomo immobilizzato, a cui veniva somministrato forzatamente un mix di farmaci – tra cui Rivotril, Tavor e Talofen – mentre il personale medico e gli agenti di polizia lo minacciavano e umiliavano. Nel gennaio 2025, il Tribunale di Potenza ha aperto un processo storico contro 27 imputati, tra cui poliziotte/i, operatori/trici del centro di detenzione, legali e professionisti/e dell'area sanitaria. Queste/i ultime/i sono stati accusate/i di sedare sistematicamente i detenuti, talvolta in modo occulto o forzato e sempre senza consenso informato, per sottometterli, in una grave violazione dell'etica medica e dei diritti umani. Inizialmente, tra le accuse c'era anche il reato di tortura, segnando un momento storico nell'approccio giuridico italiano agli abusi perpetrati nei CPR. Tuttavia, tale accusa è stata successivamente derubricata a maltrattamenti dal Giudice per le Indagini Preliminari. Al di là degli episodi di attiva partecipazione alla tortura inflitta dallo Stato – e da chi ne assume le funzioni operative, come gli enti gestori – ciò che più frequentemente accade in questi luoghi torturanti (Manek, Galán-Santamarina, & Pérez-Sales, 2022; Pérez-Sales, 2016) è che la/lo psicologa/o tenti di rispondere a un'espressione di sofferenza senza affrontarne realmente le cause profonde, legate alla condizione stessa

di detenzione. La sofferenza viene così trattata come qualcosa di “curabile” a prescindere dal contesto in cui è generata. In tali circostanze, tuttavia, le/i professioniste/i si trovano di fronte a un paradosso: iniziare un atto terapeutico può, in alcuni casi, arrecare più danni che astenersene. Come denunciano Behrouz Boochani e colleghi (2020, p. 3):

«Lo psicologo ha il dovere di fornire servizi di salute mentale alle persone detenute. Ma quello che fa è raccogliere informazioni sulle persone e scrivere rapporti da inviare all’immigrazione. L’immigrazione poi usa queste informazioni per pianificare come torturare le persone, per fare pressione su di loro. È molto possibile che [psicologhe/i] non siano nemmeno consapevoli di quello che esattamente stanno facendo. Come descrivo nel libro [No Friends But the Mountains], quando qualcuno si ammala, lo fanno passare attraverso un sistema burocratico con lo scopo di torturarlo. Immaginate che tengano qualcuno in una gabbia e ci mettano dentro delle/gli psicologhe/i. Quindi la/o psicologa/o sostiene di aiutare queste persone, ma le persone restano nella gabbia. [...] Loro [psicologhe/i] fanno parte del sistema, il sistema li sta solo usando».

CONCLUSIONI: SU FALSI DILEMMI E LA PARADOSSALE IMPOSSIBILITÀ DELLA CURA

Analizzando le esperienze degli operatori sanitari impegnati nei centri di detenzione australiani, Birsman, Zion e Loff (2012) concludono che né la “benevola disobbedienza” né la “cura empatica” sono efficaci nel contrastare la realtà della detenzione amministrativa. Le mie osservazioni, suffragate dai dati esposti sopra, confermano questa tesi.

Molte psicologhe e psicologi entrano in questi luoghi con l’intenzione di “fare del bene”, ma si scontrano presto con i limiti imposti dalla na-

tura coercitiva e disumanizzante del contesto detentivo, che mina e neutralizza ogni tentativo di intervento terapeutico. Le strategie messe in atto per affrontare questo paradosso – come rifugiarsi nel rispetto della legalità, ridefinire il proprio ruolo in termini umanitari/assistenziali, o concentrarsi sulla salute individuale delle persone detenute a prescindere dal contesto in cui si trovano – spesso finiscono per consolidare, piuttosto che scardinare, la normalizzazione di questa violenza torturante istituzionalizzata. Anche le relazioni che sembrano segnate da empatia restano spesso inscritte in strutture gerarchiche articolate attorno a processi di razzializzazione, all’interno delle quali il personale tende a distinguere tra migranti “meritevoli” e “non meritevoli”, secondo logiche morali e culturalmente stereotipate (Esposito et al., 2021). In questi casi, l’empatia si rivela parziale, selettiva e priva di un orizzonte realmente trasformativo. Come riferito da Harold Bilboe, uno psicologo che ha lavorato al centro di detenzione di Woomera e citato durante la prima Inchiesta australiana sui bambini in Detenzione (Essex 2019, p. 5):

«Per quanto lavorassi con i clienti, non potevo cambiare la causa del comportamento, l’origine del loro stress. È come se un paziente arrivasse in ospedale con un chiodo conficcato nella mano e tu gli dessi iniezioni di petidina per il dolore, ma non rimuovessi il chiodo. Questo è esattamente ciò che sta succedendo a Woomera. Ci sono persone là con chiodi nelle mani, le tratteniamo, ma non curiamo la causa. Quindi, il trauma, la tortura, l’infezione cresce. Non la curiamo, la stiamo solo contenendo».

In tali contesti, la figura della/o psicologa/o può, contro la propria volontà, diventare uno strumento del sistema: un mediatore della repressione,

un sedativo della protesta, un volto umano che contribuisce a legittimare l'inumanità del sistema detentivo. Nonostante le migliori intenzioni, la scelta di queste/i professioniste/i di lavorare nei centri di detenzione amministrativa – istituzioni di segregazione razziale, espressione di un razzismo di stato – finisce dunque per rafforzare una eredità culturale coloniale. Un'eredità che posiziona l'individuo bianco come figura salvifica, che, nel tentativo di aiutare, o "salvare", diventa complice del sistema e finisce per legittimare l'esistenza di tali istituzioni torturanti.

Alla luce di ciò, appare evidente che "umanizzare la detenzione" non può, da sola, rappresentare una prospettiva di cambiamento. Qualsiasi intervento di cura/terapeutico che non sia accompagnato da un processo di trasformazione più ampio e profondo rischia infatti di contribuire – sebbene in modo non intenzionale – alla conservazione dello status quo, perpetuando le disuguaglianze di potere e la matrice coloniale su cui esso si fonda. Nel caso specifico del lavoro psicologico, tali azioni potrebbero configurarsi come una violazione del dovere etico sancito nel 2016 dall'American Psychological Association, che impone di non partecipare, facilitare, assistere o impegnarsi in alcun modo in atti di tortura, definiti come "qualsiasi atto mediante il quale un dolore o una sofferenza severi, fisici o mentali, siano inflitti intenzionalmente a una persona, o in qualsiasi altro comportamento crudele, disumano o degradante" (APA, 2017).

Solo adottando una posizione critica – ovvero spostando la contraddizione al livello più alto delle strutture sociopolitiche ed economiche di potere, come suggeriscono Franco e Franca Ongaro Basaglia (1975) – si può cominciare a immaginare un'alternativa a questo sistema. Ciò implica interrogare e agire sulle condizioni che rendono possibile e legittima la

detenzione amministrativa, come i processi di illegalizzazione e la costruzione della pericolosità migrante, riconoscendo il carattere intrinsecamente patogeno e strutturalmente violento di quest'ultima. In assenza di tale presa di posizione, ogni presunto "atto di cura" rischia di tradursi in complicità, mascherata sotto un'apparenza di neutralità. In altre parole, psicologhe e psicologi finiscono per diventare "addetti all'oppressione" (Basaglia e Basaglia Ongaro, 1975). Peggio ancora, possono contribuire attivamente alla perpetuazione della violenza istituzionalizzata attraverso la riproduzione, più o meno consapevole, di nocivi psicologismi (cfr. Martín-Baró, 2018).

Il cambiamento reale richiede dunque pratiche collettive di cura orientate da una consapevolezza politica, condivisa e radicale delle disuguaglianze che strutturano il regime dei confini e il sistema di detenzione amministrativa che ne è crudele espressione. Come notava Franco Basaglia parlando dell'abolizione del manicomio, "il rovesciamento di una realtà drammatica e oppressiva" non può "attuarsi senza una violenza polemica nei confronti di ciò che si vuol negare, coinvolgendo nella critica i valori che consentono e perpetuano l'esistenza di una tale realtà" (2018, 19). Questo significa interrogare e rifiutare non solo l'esistenza stessa dei centri di detenzione, ma anche le logiche di criminalizzazione della libertà di movimento che li sostengono, assumendo una posizione etica e professionale che non si limiti ad "alleviare", ma che si impegni attivamente a smantellare le condizioni che generano tale sofferenza politicamente indotta.

Fino ad allora, chi opera in questi contesti sarà inevitabilmente esposto al rischio di diventare – consapevolmente o meno – un ingranaggio di un apparato che deumanizza, isola e reprime.

Note

1. <https://www.g4s.com/what-we-do/care-and-justice>

Referenze

- American Psychological Association (APA). (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct (2002, Amended 2010, 2016)*. <https://www.apa.org/ethics/code>
- Basaglia, F. e Basaglia Ongaro, F. (1975). Crimini di Pace. In F. Basaglia e F. Basaglia Ongaro (eds.), *Crimini di Pace. Ricerche sugli intellettuali e sui tecnici come addetti all'oppressione*. Einaudi.
- Basaglia, F. (2018). *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*. Baldini Castoldi.
- Boochani, B. (2018). *No Friend But the Mountains: Writing from Manus Prison*. Pan Macmillan.
- Boochani, B., Flores, D., Sibanda, A., Mujakachi, V., Temboman, Fafa, Huzzard, R., CapeDavenport, L., Sirriyeh, A., Lewis, A., Lonergan, G., Conlon, D., Bennett, B., e Tofighian, O. (2020). Transnational Communities For Dismantling Detention: From Manus Island To The UK. *Community Psychology in Global Perspectives*, 6(1), 108-128.
- Briskman, L., e Goddard, C. (2007). Not in my name: The people's inquiry into immigration detention. In D. Lusher e N. Haslam (eds), *Yearning to Breathe Free* (pp. 90-99). The Federation Press.
- Briskman, L., Zion, D., e Loff, B. (2012). Care or collusion in asylum seeker detention. *Ethics and Social Welfare*, 6(1), 37-55.
- Cocco, N., Alves da Costa, F., Esposito, F., Van Hout, M. C., de Cordova, F., Tavoschi, L., Borsellino, P., Montaldo, C., e Ponti, C. (2024). Doctors should not declare anyone fit to be held in immigration detention centres. *British Medical Journal*, 384, q531.
- Dudley, M. (2016) Helping professionals and Border Force secrecy: effective asylum-seeker healthcare requires independence from callous policies. *Australasian Psychiatry*, 24(1), 15-18.
- Esposito, F., Ornelas, J., Scirocchi, S., Tomai, M., Di Napoli, I., e Arcidiacono, C. (2021). "Yes, But Somebody Has to Help Them, Somehow:" Looking at the Italian Detention Field through the Eyes of Professional Non-state Actors. *International Migration Review*, 55(1), 166-194.
- Esposito, F., Rebelo, D., Olanrewaju, M., Vine, M., Fernandes-Jesus, M., Bodden, D., Kalokoh, A., & Olson, B. (2024). A community psychology for migrant justice: Critically examining border violence and resistance during the COVID-19 syndemic. *American Journal of Community Psychology*, 73, 27-43.
- Essex, R. (2019). Do codes of ethics and position statements help guide ethical decision making in Australian immigration detention centres?. *BMC Medical Ethics* 20, 52.
- Goffman, E. (1961). *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Anchor Books, Doubleday & Company, Inc..
- Isaacs, D. (2016). Are healthcare professionals working in Australia's immigration detention centres condoning torture? *Journal of Medical Ethics: Journal of the Institute of Medical Ethics*, 42(7), 413-415.
- Manek, J., Galán-Santamarina, A., e Pérez-Sales, P. (2022). Torturing environments and multiple injuries in Mexican migration detention. *Humanities & social sciences communications*, 9(1), 263.
- Martín-Baró, I. (2018). *Psicologia della liberazione* (a cura di Mauro Croce e Felice Di Lernia). Bordeaux edizioni.
- Pérez-Sales, P. (2016). *Psychological torture: definition, evaluation and measurement* (Illustrated Edn). Routledge.
- Puthoopparambil, S. J., Ahlberg, B. M., e Bjerneld, M. (2015). "It is a thin

line to walk on”: challenges of staff working at Swedish immigration detention centres. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 10, 25196.

- Winters, J. P., Owens, F., e Winters, E. (2023). Dirty work: well-intentioned mental health workers cannot

ameliorate harms in offshore detention. *Journal of medical ethics*, 49(8), 563–568.

- Zion, D. (2004). Caring for detained asylum seekers, human rights and bioethics. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 28(6), 510-512.



Interventi ed esperienze

Peppe DELL'ACQUA

Psichiatra Forum di Salute Mentale

Sono molto interessato a questo incontro e al vostro lavoro. Nei miei cinquant'anni di attività, ho attraversato queste storie continuamente e in modo tangenziale, ma non sono mai riuscito a occuparmene direttamente. Tuttavia, le ho sempre sfiorate e ne ho sempre parlato con i miei compagni che hanno lavorato in quest'ambito, oltre che con le associazioni di volontariato attive a Trieste.

Gli interventi che mi hanno preceduto avrebbero già esaurito, anche in maniera brillante, quello che c'è da dire sulla presenza di Basaglia e sul suo modo di agire, lavorare, pensare, scrivere. Mi resterebbe poco da aggiungere, in questo senso.

Mi sono sforzato di rispondere alla domanda di Nicola: «Cosa avrebbe detto Basaglia?». La verità è che non ho una risposta. Mi sono però riservato di raccontare una storia che forse gli amici e i compagni di Torino conoscono già.

Siamo alle Conferenze brasiliane. Verso alla fine degli anni Settanta, alla vigilia della sua scomparsa, Basaglia visita varie parti del Brasile. Il ritmo è serrato: Basaglia va in un ospedale psichiatrico, accompagnato dagli amici brasiliani, e la sera, in qualche luogo, tiene delle conferenze, sempre molto affollate. Si tratta di un momento particolare per il Brasile: ci si sta allontanando dalla dittatura militare, mentre cominciano ad affermarsi i movimenti per la lotta contro il manicomio. È in questo contesto che Basaglia visita il Paese.

Uno di questi giorni, viene accompagnato a Barbacena, uno dei quartieri dell'ospedale psichiatrico, a circa 200 km da Rio de Janeiro. Visita il centro insieme agli amici brasiliani, passa il pomeriggio a pensare e così viene l'ora della conferenza. La sala, anche quella sera, è piena e in attesa. Basaglia viene chiamato sulla pedana, riceve il microfono. Ha la parola ma non parla, non dice nulla. Passano minuti, per chi è lì presente, angosciati, pesanti. Qualcuno sostiene passino dieci minuti, finché qualcuno trova il coraggio di sollecitarlo con un «Allora?». Basaglia pronuncia dunque le seguenti parole: «*Oggi ho visto un lager, non ho niente da dire*».

Ecco, di fronte ad avvenimenti perduranti come questo – sono anni, ormai, che ci siamo assuefatti non solo ai CPR, ma alle morti di persone in massa – come non pensare a questa radicalità del pensare e del dire? Come non pensare al silenzio di Basaglia? Un silenzio che ci vuole comunicare che non abbiamo parole, che non ci sono parole. E che forse, in alternativa, andrebbero immaginati gesti, azioni per far fronte a questi massacri.

Ne parlo spesso con i miei compagni e colleghi che lavorano nei CPR. C'è chiaramente una cultura che sembra aver soppiantato, dimenticato, trascurato, meglio: non aver mai conosciuto le azioni non solo trasformative, ma anche rivoluzionarie che hanno accompagnato il lavoro di Basaglia e di altri. Prima è stato ricordato Agostino Pirella, il quale fu professore di psichiatria proprio a Torino - sembra non essere stato conosciuto né pervenuto.

Diventa fuori luogo citare Erving Goffman nelle giunte regionali o nelle amministrazioni pubbliche. Diventa fuori luogo ricordare che esiste una pratica e un pensiero di Basaglia, discusso con tanti altri uomini e donne che su questo hanno riflettuto e ci hanno lasciato parole preziose.

Io non so parlare di Basaglia in termini teorici, non ho mai affrontato il suo pensiero come bene ha fatto chi mi ha preceduto in questo convegno. Ho apprezzato davvero tantissimo quanto è stato detto prima - parole e ricerche non si possono perdere. Dovremmo infatti rivederci, discuterne su vari livelli.

Tuttavia, non posso non andare a quelle che sono state le radici del pensiero di Basaglia. Quando Basaglia entra nel manicomio di Gorizia, si trova di fronte una situazione simile a quella di Barbacena: «Non ho parole», dice. Ciò che vede lo ammutolisce: le percosse, le chiavi sulla cintura dell'infermiere, le persone distese nei cortili, l'andirivieni su e giù degli uomini e delle donne, le divise, le persone isolate, le persone contenute...

Ma quello che colpisce Basaglia, e che colpisce anche noi oggi, che ci deve colpire sempre di più, delle istituzioni totali e dei CPR, è ciò che Basaglia stesso dice sui quei luoghi nel novembre/dicembre del '61: «*Qui ci sono 550 internati, ma non c'è più nessuno*».

Io credo che, questa affermazione, che ci siano 150 immigrati, che ce ne siano 200, 300, 2, 1, 0: – comunque – *non c'è più nessuno*. Questa affermazione ha il valore che aveva per Basaglia, valore che noi non dobbiamo perdere.

Pensate che tutte queste testimonianze che sono state fatte, quello che fanno questi internati, questi immigrati, l'autolesionismo, mangiare le lamette, fare il digiuno, urlare, sbattere la testa nel muro, ingoiare pezzi di vetro e altre cose del genere, sono tutte azioni estreme che hanno a che

vedere con la forza dei tentativi nelle istituzioni totali. La forza che rende invisibili, la forza che rende senza parola. Mangiare vetri significa recuperare per qualche secondo una parola che costa.

Allora, che cosa dobbiamo recuperare del percorso che abbiamo fatto nel secolo passato, a partire dagli anni 30, da quelle filosofie, e io non sono un filosofo, un sociologo, un antropologo, ma che ho cercato di cogliere nei loro passi, bene dobbiamo continuare a sviluppare questa azione, questa speculazione su che cosa significa quando alcuni di noi, ci dicono che ci parlano del corpo.

Quella medicina e quella psichiatria e quello sguardo che si concretizza nei campi di concentramento, cioè nei CPR, quella medicina che mette in evidenza, che ingrandisce e rende preponderante la presenza di quello che questi studi hanno chiamato il corpo anatomico. Il corpo anatomico, per distinguerlo, compare nel momento stesso in cui scompare il corpo visibile. Questo passaggio, che sembra solo lessicale, significa cancellazione, l'annientamento di una storia, di una parola, di una cultura, di una religione, di una sofferenza, di un dolore, ma soprattutto di un sentimento, di una passione.

Noi per definire queste persone, queste migliaia di persone, non dobbiamo parlare di immigrato, di clandestino. Parlare di immigrato significa far scomparire in questa identità fittizia la soggettività, la singolarità, la storia, il fuoco della partecipazione e del coraggio che questi ragazzi e queste ragazze hanno portato con loro per arrivare in questo nostro paese.

Per contribuire a questo nostro lavoro che è così ricco e importante, posso dire ancora qualcosa, e spero che sia gioiosa. A Torino volevo esserci, volevo venire con Marco Cavallo, sono cinquant'anni che vado in giro con lui. Credo che voi l'abbiate visto, ma credo di sì. Ecco, il cavallo lotta per

tutti gli esclusi, Marco Cavallo è stato dovunque, Marco Cavallo è stato nelle carceri, nei manicomi, nei collegi, nelle scuole, continua dopo 50 anni a dirci qualcosa ed è un messaggio che dobbiamo raccogliere.

Marco Cavallo si è fatto prendere dal desiderio. Infatti, con tutti voi, con Nicola ne abbiamo parlato, a partire da questo pomeriggio così importante, abbiamo cominciato a pensare qualche settimana fa, che il cavallo che ha girato per tutti i manicomi d'Italia, che è stato fondamentale negli ospedali psichiatrici giudiziari, vuole tornare a camminare e vuole andare

nei CPR di questo paese. Ne abbiamo individuati 4 o 5 ma nelle prossime settimane e mesi ne individueremo altri. Il cavallo dovunque va tira fuori le storie, le passioni, l'essenza ineliminabile degli umani.

Ecco, noi dobbiamo continuare a fare questo. Più raccontiamo di questi ragazzi e di queste ragazze, e voi lo vedete io sono vecchio e mi commuovo per queste cose, questi che vengono qui è perché tutti hanno una storia, tutti hanno un dolore tutti hanno un amore: è questo di cui dobbiamo parlare. Immigrati, clandestini, sono parole che dobbiamo cancellare.

Camilla PONTI
Psicologa Rete Mai più lager
No ai CPR

Fabrizio De André, nel testo della canzone "Nella mia ora di libertà" scrisse:

*«Certo bisogna farne di strada
da una ginnastica d'obbedienza
fino ad un gesto molto più umano
che ti dia il senso della violenza
però bisogna farne altrettanta
per diventare così coglioni
da non riuscire più a capire
che non ci sono poteri buoni».*

La psicologia occidentale è nata e si è mantenuta nel corso del tempo come strumento di controllo di categorie di persone oppresse, marginalizzate, colonizzate e come forma di patologizzazione delle forme di resistenza e della rabbia di suddette persone.

Frantz Fanon ha sempre evidenziato come la psicologia e la psichiatria occidentali non tenessero conto, appositamente, di come il concetto di salute mentale sia politico, in quanto profondamente influenzato dalle diverse forme di violenza e oppressione subite. Inoltre, ha sottolineato come queste discipline siano state imprescindibili nella genesi e nel mantenimento di quello che viene definito razzismo

scientifico, da una parte validando e sostenendo il suprematismo bianco e, dall'altra, patologizzando e inferiorizzando culture non europee e occidentali.

Per fare qualche esempio di come la psicologia e la psichiatria occidentale abbiano sostenuto violenze e oppressioni sistemiche e sistematiche basti pensare alle teorie di Lombroso sulla devianza, per le quali essa poteva essere dedotta dai tratti somatici di una persona - idea che ancora oggi è alla base della profilazione razziale da parte delle FDO - o alla teorizzazione da parte del medico statunitense Samuel Cartwright della drapetomania, un presunto disturbo mentale creato ad hoc per patologizzare le persone ridotte in schiavitù e deportate dal continente africano. Infatti, la drapetomania considerava patologico il desiderio di scappare dallo schiavismo e dalla deumanizzazione razziale e le diverse forme di resistenza portate avanti contro gli schiavisti bianchi delle piantagioni.

Per fare un esempio più recente, in Minnesota si sta cercando di far passare un disegno di legge che riconosca come l'opporsi a Trump sia una patologia mentale, chiamata *Trump Derangement Syndrome*.

Dunque, la psicologia e la psichiatria

occidentali si sono spesso prestate a legittimare la patologizzazione del dissenso, del disagio, della marginalizzazione sociale, dell'opposizione alla cultura capitalista e patriarcale che ci circonda. E si sono prestate ad essere strumento di controllo del potere statale.

Una delle massime espressioni di questa affiliazione la incontriamo nell'esaminare il ruolo della psicologia all'interno delle istituzioni totali, tra cui carcere e CPR. Un aspetto imprescindibile da comprendere quando si ragiona intorno al ruolo della psicologia nel mantenimento delle istituzioni totali è che esse sono create appositamente per infliggere estrema sofferenza psicofisica e per controllare e sottomettere chi sta al loro interno.

Il carcere è sostenuto da un apparato classista e razzista all'interno del quale la ricchezza e la bianchezza, soprattutto quando si parla di alcune tipologie di reati, sono determinanti imprescindibili nella certezza della pena e i tribunali stessi sono luoghi di esercizio del potere e mantenimento del privilegio. La legge non è uguale per tutti*, la legge cambia a seconda del possedere o meno dei documenti in regola, cambia a seconda della possibilità di poter investire economicamente nella propria difesa, cambia a seconda dell'avere o meno un privilegio abitativo o dell'indossare o meno una divisa. Il carcere non è sempre esistito: è diventato la forma privilegiata di esecuzione della pena durante l'ascesa del capitalismo, quando il potere centrale ha deciso che, per la macchina capitalistica, chi si allontanava dalla norma andava punito non solo fisicamente – come in precedenza con le pene corporali o la pena di morte – ma anche mentalmente, al fine di sfruttarlo come forza lavoro gratuita, controllarlo per poi reinserirlo all'interno degli ingranaggi produttivi. Se da una parte le carceri sono uno strumento imprescindibile nel mantenimento dei baratri socio-economici che caratterizzano il nostro tessuto sociale, dall'altra i CPR sono odierni mezzi di segregazione razzia-

le e oppressione coloniale “in casa”. Entrambe queste istituzioni totali hanno lo scopo di dominare chi, per un motivo o per l'altro, esce dalla norma capitalista e razziale che sorregge la nostra società. E, a favore di questo esercizio di potere, infliggono dolore costante. Nel solo 2024, le carceri italiane hanno registrato 88 persone che si sono tolte la vita mentre erano nelle mani dello Stato. Nel 2025, secondo l'associazione Antigone, siamo già a 20 persone che termine e gli atti di autolesionismo sono all'ordine del giorno. E, parlando di salute mentale e istituzioni totali, la domanda da porsi è: in un ambiente torturante, deumanizzante, è patologico reagire con estrema sofferenza? È fragile chi compie questi gesti? È malato? Oppure, è malata e patogena l'istituzione che crea e mantiene suddette condizioni, che hanno lo scopo implicito ma ben definito di istigare, direttamente o meno, alla morte? Anche gli abusi della polizia non sono occasionali. Sono sistemici, sono alla base della cultura dei CPR e delle carceri, come abbiamo visto di nuovo nelle torture avvenute all'interno del carcere minorile di Milano Cesare Beccaria da parte di oltre 20 agenti. Che scopo può avere picchiare un quindicenne con sacchi di sabbia se non quello di annichilirlo e controllarlo tramite l'esercizio della paura e la privazione?

Tutela della salute mentale e istituzione totale è un ossimoro. Sicuramente le intenzioni personali di chi lavora all'interno di questi luoghi possono essere positive e in un'ottica di solidarietà. Tuttavia, questo atteggiamento fa parte di un retaggio mentale coloniale, per il quale più che decostruirsi e lottare per un cambiamento radicale e collettivo, ci si affilia alle istituzioni presenti per “fare del buono da dentro”. Ma come si può sanare forme di violenze sistemiche con un intervento individuale? L’“aiuto” che si può dare è infantilizzante e sempre basato su un'asimmetria di potere che ricorda costantemente alla persona il proprio ruolo di sottomissione. sempre basa-

to su un'asimmetria di potere che ricorda costantemente alla persona il proprio ruolo di sottomissione. Non si può riformare qualcosa che è stato creato con la primaria funzione di annichilire e controllare. Basaglia ci ha insegnato come una "bonifica" dei manicomi non fosse possibile, e come l'unica via sia quella dell'abolizionismo.

La comunità psicologica occidentale, umanamente e deontologicamente, deve lavorare per decostruire questi luoghi di tortura istituzionalizzata, pensare a futuri abolizionisti collettivi alternativi anticapitalisti, decoloniali e antirazzisti, e riconoscere come il ruolo della psicologia – e il conseguente concetto di salute mentale – sia

sempre e comunque politico. Se la psicologia, come pratica clinica e teorica, si pone in una posizione di neutralità, significa che già di base è posizionata a favore dell'oppressione.

Come collettiva psicologia anticarceraria stiamo per lanciare una lettera di sensibilizzazione e presa di coscienza della categoria riguardo al ruolo – complice – dell'* professionist* della salute mentale nei luoghi di privazione della libertà personale, in particolare all'interno dei CPR. Speriamo che l* colleg* siano pront* ad agire l'unica obiezione di coscienza accettabile: quella contro la tortura di Stato legalizzata, si sono uccise. All'interno dei CPR, i tentati suicidi, i suicidi portati a termine.

I 10 “scandali” della detenzione amministrativa

Rete mai più lager - No ai CPR

La detenzione amministrativa delle persone migranti è:

- istituzione totale su base razzista e coloniale
- sistematica violazione dei diritti umani e del diritto di movimento
- patogena e psicopatogena
- regime di abbandono e deriva manicomiale
- criminalizzazione e marginalizzazione
- normalizzazione della violenza e della deumanizzazione
- tortura e violenza di Stato
- irredimibile, non “migliorabile” né passibile di ‘alternative’ accettabili
- non compatibile con lavoro sanitario e umanitario
- pericoloso precedente di privatizzazione della detenzione

La comprensione e la consapevolezza di questi aspetti che, per quanto normalizzati nel discorso pubblico, dovrebbero essere “scandalosi”, può essere uno dei punti di partenza per

una posizione radicalmente abolizionista.

Sono infine alla base di numerose iniziative di confronto, sensibilizzazione e azione, come la Campagna di presa di coscienza per i medici “certificatori” lanciata nel 2024 da SIMM, Rete mai più lager - No ai CPR e ASGI (1), che sta raccogliendo decine di “valutazioni di inidoneità” alla vita nei CPR per le persone migranti, e “Il viaggio di Marco Cavallo nei CPR”(2), che nel corso del 2025 porterà uno dei simboli della lotta basagliana alle istituzioni totali proprio davanti ai CPR di tutt'Italia.

Note

1. Cfr. <https://www.asgi.it/allontamento-e-spulsione/idoneita-alla-vita-nel-cpr-appello-ai-medici-necessaria-la-presa-di-coscienza/>

2. Cfr. <https://www.news-forumsalutementale.it/il-viaggio-di-marco-cavallo-nei-centri-di-permanenza-per-il-rimpatrio/>

Referenti di Medicina Democratica

Movimento di Lotta per la Salute – O.N.L.U.S.

SEGRETERIA NAZIONALE

• Via dei Carracci n° 2, 20149 Milano
segreteria@medicinademocratica.org
medicina.democratica.onlus@pec.it

Sottoscrizione della quota associativa annua alla O.N.L.U.S. o per la donazione per ricevere la Rivista

IBAN: IT31D0503401708000000018273
presso Banca Popolare di Milano
oppure con bollettino postale sul
c/c **001016620211**.

Redazione e diffusione della Rivista

e-mail:
medicinademocraticaets@gmail.com
Sede M.D. della provincia di Varese,
Via Roma n° 2, 21053 – Castellanza (VA)

Ufficio stampa

medicinademocraticastampa@gmail.com
tel. 393.1377616

CALABRIA

• Ferruccio Codeluppi, via Villini
Damiani 15/O, 89822 Serra San Bruno
(CZ) tel. 096.371231
• Alberto Cunto, via della Repubblica
46, 87028 Praia a Mare
tel./fax 0985.74030; cell. 388.3649126
e-mail: albertocnt@libero.it

EMILIA-ROMAGNA

• Bruna Bellotti, via Bellaria 55, 40139
Bologna - e-mail: dirsensbar@yahoo.it
• Luca Negrogno, c/o Istituzione G.F.
Minguzzi, via San Felice 25, 40122
Bologna
e-mail: luca.negrogno@gmail.com
• Monfredini Roberto, via Montegrappa
15, Solignano di Castelvetro (MO)
tel. 338.4566388
e-mail: robertomonfredini@gmail.com
• Amedeo Corsi, Viale G. Carducci 33,
47921, Rimini - tel. 335.7314256
e-mail: amedeo.corsi@gmail.com

LAZIO

• Paolo Flamini, Via Renato Fucini 288,
00137 Roma
tel. 392.6171245
e-mail: iflamini@tin.it

PIEMONTE

• Sezione di Alessandria: Tino Balduzzi,
tel. 345.6111117
e-mail: tino.balduzzi@gmail.com
• Claudio Cesaroni, vicolo Contratti 4,
14100 Asti - tel. 375.5835758
e-mail: claudiocesaroni46@gmail.com
• Renato Zanolì, via G. Emanuel 16,
10136 Torino - tel. 011.392042
cell. 338.4054068
e-mail: renatozanoli@libero.it
• Enzo Ferrara, c/o Centro Studi Sereno
Regis, via Garibaldi 13, 10122 Torino
cell. 339.8555744
e-mail: enzoferarra@serenoregis.org
• Cavagna Carla, via Mossotti 3, 28100
Novara - tel. 0321.612944

cell. 333.6090884

e-mail: carla.cavagna@libero.it

• Dario Miedico, Arona (NO) - tel.
335.265547; e-mail: nuovoulisse@alice.it

LOMBARDIA

• Sede M.D. Milano, Via dei Carracci 2,
20149 Milano
• Sede M.D. della Provincia di Varese,
via Roma 2, 21053 Castellanza
e-mail:
medicinademocraticaets@gmail.com
• Piergiorgio Duca, via Bramante 23,
20154 Milano
e-mail: piergiorgio.duca@unimi.it
• Silvana Cesani, via Borgo Adda 3,
20075 Lodi - tel. 0371.423481
cell. 335.7595947
• Stefano Debbia, via S. Giovanni 11,
21053 Castellanza (VA)
tel. 0331.500385; fax: 0331.501792
e-mail: debbiaste@libero.it
• Elisabeth Cosandey, viale Campania 4,
20077 Melegnano (MI)
tel. 02.9836928
• Marco Caldiroli, via Quintino Sella
115, 21052 Busto Arsizio (VA)
e-mail: marcocaldiroli@alice.it
• Vittorio Agnoletto
e-mail: vagnoletto@primapersone.org
• Antonino Cimino - cell. 335.6847823
e-mail: ciminoantonino@gmail.com
• Gabriella Liberini, Sezione MD
di Brescia - tel. 339.6976563
e-mail: 60liberini@gmail.com
• Alberto Marino, Sezione MD
di Brescia, Via Valene 9e, 25087 Salò
(BS), tel. 0365.520830 - cell. 338.8329981
e-mail: caafnm@libero.it
• Matteo Orlandi, via Biancardi 9, 26900
Lodi - cell. 392.2485840
• Laura Valsecchi
tel. 339.5278048; e-mail: l.valsecchi@
medicinademocratica.org

PUGLIA

• Tonino d'Angelo, via Cantatore 32/N,
71016 San Severo (FG)
• Maurizio Portaluri, Brindisi
cell. 348.5123872
e-mail: portaluri@hotmail.com
• Riccardo Ierna - e-mail: ricierna@libero.it

CAMPANIA

• Paolo Fierro, Traversa Privata
Maffettone 8, 80144 Napoli
tel. 327.4514127
e-mail: tabibfierro@hotmail.com

BASILICATA

• Sede M.D. Matera, via E. De Martino
65, 75100 Matera
• Mario Murgia, via Martino 47, 75100
Matera - tel. 340.7882621; email: info@
associazioneespostiamiantovalbasento.
it

TOSCANA

• Sede M.D. Firenze, Circolo Lavoratori
di Porta al Prato, Via delle Porte Nuove
33, 50144 Firenze

• Gino Carpentiero, via Montebello 39,
50123 Firenze - tel. 055.285423
cell. 347.5481255
e-mail: ginocarpentiero@gmail.com
• Quinti Lalla Krusciovas, Sezione
Famiglie Vittime Sul Lavoro
cell. 366.9739035
• Marco Paganini - cell. 334.3970707
e-mail: paganini.paolamarco@libero.it
• Maurizio Marchi, via Cavour 4, 57013
Rosignano Solvay (LI)
cell. 328.4152024; e-mail: maurizio.
marchi1948@gmail.com
• Marcello Palagi, via XX Settembre 207,
54031 Avenza (MS) - tel. 0585.857562
e-mail: eco.apuano@virgilio.it
• Alfonso Baldi, Massa - tel. 338 5469143
e-mail: alfonbal@me.com
• Del Soldato Maria, via di Porto 279/A,
Massarosa (LU)
e-mail: giannini3@virgilio.it
• Alessandro Rombolà, via Luca
Giordano 7/a, 50132 Firenze
tel. 055.2638296
cell. 335.1596795
e-mail: alessandro.rombola@gmail.com

VENETO

• Franco Rigosi, via Napoli 5, 30172
Mestre (VE) - tel. 041.952888
e-mail: franco.rigosi@gmail.com
• Maria Chiara Rodeghiero, piazza
Biade 11, 36100 Vicenza
e-mail: rodeghieromc@gmail.com;
• Paolo Nardin, via Don Sante Ferronato
44/2, 33030 Pianiga (VE)
tel. 349.7447189
e-mail: paolonardin48@alice.it

MARCHE

• Loris Calcina, via Campanella 2,
60015 Falconara Marittima (AN)
tel. 333.9492882
e-mail: lokalci@libero.it

LIGURIA

• Sede M.D., Via Crispi 18 rosso,
17100 Savona - tel. 0192.051292
e-mail: medidemosa Savona@tiscali.it
• Maurizio Loschi, via Luccoli 17/7,
17072 Albisola Mare (SV)
tel. 0194.86341; cell. 347.4596046
e-mail: maloschi@alice.it
• Eraldo Mattarocci - cell. 348.6039079
e-mail: ermatta@yahoo.it
• Avv. Rita Lasagna, Piazza della Vittoria
14/18 17100 Savona - cell. 335.6152757
• Valerio Gennaro, via Trento 28, 16145
Genova - cell. 340.3436554; e-mail:
valerio.gennaro52@gmail.com
• Marco Spezia - cell. 348.5863171;
e-mail: sp-mail@libero.it
• Luca Trentini, via Vecchia di Biassa
36, 19123 La Spezia - tel. 347.9475350
e-mail: lutren@libero.it

SARDEGNA

• Francesco Carta, via Toscanini
7, 09170 Oristano - e-mail:
medicinademocratica.sardegna@gmail.
com

**Petrolio materia accatastata
in miliardi di anni
e scaturita da energia pura
ora consumata in frazioni di secondo
per mandare avanti un mondo
che è sempre più una prigione**

**Miliardi di anni
per scandire gesti
fra terra e mestieri
e in un attimo che dura oramai
da quando è cominciata l'era industriale
lavorare a cancellare terra, mare
arti e mestieri.**

GABRIELLA BERTINI

