

SENATO DELLA REPUBBLICA

VIII LEGISLATURA

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

INDAGINE CONOSCITIVA SULLE MALATTIE TUMORALI

1° Resoconto stenografico

SEDUTA DI GIOVEDÌ 22 LUGLIO 1982

Presidenza del Presidente PITTELLA

INDICE

PRESIDENTE	Pag. 3, 4, 5 e <i>passim</i>	BIANCO	5,28
CIACCI (PCI)	17	CRESPI	7, 17
GROSSI (PCI)	17	MALTONI Cesare	6, 11, 20
MERZARIO (PCI)	14	MALTONI Giancarlo	3, 19, 22 e <i>passim</i>
MITROTTI (MSI-DN)	11, 20	SANTI	4, 15, 25
MONACO (MSI-DN)	11	TONATO	9, 21
ROSSANDA (PCI)	16, 20 24		

Interviene il sottosegretario di Stato per la sanità Magnani Noya.

Intervengono, altresì, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, i professori Angelo Raffaele iBanco, del Policlinico di Napoli; Massimo Crespi, dell'Istituto Regina Elena di Roma; Cesare Maltoni, dell'Istituto di oncologia di Bologna; Giancarlo Maltoni, dell'Istituto di oncologia di Firenze; Leonardo Santi, dell'Istituto oncologico di Genova; Domenico Stalteri, segretario della Lega nazionale per la lotta contro i tumori di Milano; Maurizio Tonato del Policlinico di Perugia.

I lavori hanno inizio alle ore 11,30.

Indagine conoscitiva sulle malattie tumorali: audizione di esperti

P R E S I D E N T E . L'ordine del giorno reca lo svolgimento dell'indagine conoscitiva sulle malattie tumorali.

Porgo il benvenuto della Commissione ai professori Angelo Raffaele Bianco, Massimo Crespi, Cesare Maltoni, Giancarlo Maltoni, Leonardo Santi, Domenico Stalteri e Maurizio Tonato.

Egregi professori, desideriamo avere da voi una esposizione tecnica, la più sintetica possibile sulla tematica in questione, per passare poi alla parte propositiva anche attraverso le domande che vi verranno poste.

Avverto anche che l'indagine continuerà con l'audizione di mercoledì prossimo e successivamente, sulla base di una prima serie di considerazioni, si potrà proporre al Presidente del Senato la continuazione dell'indagine mediante eventuali sopralluoghi nei luoghi dove si procede alla sperimentazione, alla terapia e allo studio della malattia tumorale.

Vorrei dare subito la parola al professor Giancarlo Maltoni sul problema che riguarda prevalentemente le dimensioni di questa grave e drammatica malattia, con particolare riguardo ai dati inerenti al nostro Paese.

M A L T O N I G I A N C A R L O . Onorevoli senatori, il problema dei tumori nel nostro Paese è in questo momento particolarmente grave in quanto sul nostro territorio è presente un andamento crescente, per quanto riguarda i dati di mortalità (quelli di frequenza non sono conosciuti in quanto manca una registrazione obbligatoria della morbosità per cancro in Italia, così come succede invece in altri paesi), desunto soltanto dalle statistiche ISTAT.

Ora, sappiamo che bisogna tener presenti due elementi circa la validità di queste statistiche. Il primo riguarda un problema di correttezza nella formulazione della diagnosi reale di morte da parte del medico curante, per quanto attiene i sistemi di rilevazione, tanto che sono state avanzate da più Regioni osservazioni critiche sul metodo nonché proposte di correttivi per migliorare la qualità stessa dell'informazione di base che si registra all'atto di morte del paziente.

L'altro elemento importante da tenere presente è che per fortuna, soprattutto per alcune forme neoplastiche, esiste oggi una divaricazione sempre maggiore tra frequenza della malattia (incidenza della malattia), e mortalità per quella stessa malattia, per cui i dati di mortalità non sempre documentano la realtà del fenomeno.

Ciò nonostante, riferendosi ai dati di mortalità disponibili, dobbiamo dire che negli ultimi dieci anni abbiamo assistito ad un aumento costante delle morti per tumore maligno e che, tra queste morti, alcune forme particolarmente sfavorevoli hanno giocato un ruolo importante.

Negli ultimi tre anni è salito al primo posto nella mortalità per tumori il cancro del polmone che ha superato quello dello stomaco che deteneva in Italia il massimo livello di mortalità; sono in aumento i tumori dell'apparato digerente e, in particolare, del colon-retto; è in lieve flessione, da quattro-cinque anni, come ho detto, il tumore dello stomaco ma, nonostante questo, tale forma tumorale è sempre al secondo posto dopo quella del polmone come causa di morte per tumore maligno; sta aumentando, nonostante i mezzi diagnostici dispo-

nibili e le possibilità terapeutiche di oggi, il cancro della mammella che, per ciò che verrà detto in seguito da altri colleghi, si presterebbe bene ad un programma di diagnosi precoce.

Questo dimostra che, probabilmente, l'aumento della frequenza di questa malattia è notevolmente superiore rispetto ai dati di mortalità che sono, nonostante tutto, in aumento. Questa probabile differenza è dovuta ai mezzi di cura ed al miglioramento dei tempi di diagnosi, però certamente potrebbe essere fatto molto di più per combattere questo tipo di neoplasia maligna.

Vi sono poi altre forme di minore importanza e, tra queste, sottolineo che esistono ancora in Italia tumori dovuti certamente a cause professionali ed a condizioni ambientali particolari soprattutto per quel che si riferisce ad alcuni tipi di lavoratori. Si tratta anche qui di un capitolo tutto da affrontare.

Su questa base vorrei concludere dicendo che l'obiettivo da porsi è quello di un intervento complessivo contro il fenomeno delle neoplasie nel nostro Paese, che va affrontato da vari punti di vista: quello della prevenzione primaria, della diagnosi precoce, della terapia e riabilitazione.

Credo che un'organizzazione effettiva degli interventi in questi settori, allo stato attuale, tenuto conto del livello delle nostre strutture, sia inesistente non soltanto dal punto di vista metodologico, ma anche da quello delle strutture universitarie, ospedaliere e territoriali. A tutto questo si deve arrivare con un notevole aumento di spesa, ma il problema principale è quello di migliorare l'organizzazione, il collegamento e gli indirizzi della ricerca nel settore.

P R E S I D E N T E . Ringrazio il professor Giancarlo Maltoni e do la parola al professor Leonardo Santi, dell'Istituto oncologico di Genova.

S A N T I . Se mi è permesso, signor Presidente, vorrei esprimere il nostro apprezzamento per questa iniziativa presa dalla Commissione sanità del Senato; è, infatti, sempre stata una notazione di costume quel-

la di una certa separazione, in Italia, tra i problemi tecnico-scientifici che vengono lasciati alla gestione degli addetti ai lavori e i problemi politici affrontati in termini solamente legislativi.

Noi abbiamo di fronte l'esperienza notevole, anche a consuntivo, del *Cancer Act* americano nella quale passo per passo, naturalmente direi, vi è sempre una verifica compiuta dal Senato americano nei confronti delle modifiche necessarie in relazione agli orientamenti via via espressi in base a risultati riferiti dal mondo scientifico.

Si tratta di passaggi importanti perchè, altrimenti, si possono avere gli echi dei dibattiti interni all'attività scientifica senza però entrare nel vivo dei problemi.

Sottolineo questo problema in relazione, soprattutto, alle scelte da compiere. Mentre viene, infatti, affermato da taluni che la prevenzione primaria è un aspetto importante, non va sottovalutato che essa può fornire elementi non chiari al momento di affrontare una problematica in quanto certe risposte — data la lunghezza dei tempi di latenza dei tumori — potranno venire solo tra 30-40 anni e va anche tenuto presente — allo stesso tempo — che tutto questo può essere confutato da dimostrazioni scientifiche quali quelle relative, per esempio, ai fumatori i quali è ormai accertato che, cessando di fumare, vengono a riassumere il rischio dei non fumatori.

Pertanto, questo è uno degli aspetti che penso possa essere utile, come esempio, per consentire di fare delle scelte che non siano accettabili soltanto in termini di priorità terapeutica di intervento.

Un'altra osservazione da fare riguarda la necessità di affrontare un piano complessivo della lotta contro il cancro che non sia soltanto di tipo sanitario, e quindi di competenza del comparto sanitario. Oggi abbiamo infatti in Italia una problematica che viene gestita nell'ambito del CNR, un'altra, come ipotesi, da gestire nell'ambito del piano sanitario nazionale ed un'altra ancora, dietro una nostra sollecitazione, che viene seguita da una Commissione oncologica nazionale presso il Ministero della pubblica istruzione, senza tuttavia che vi sia una co-

municazione tra tutti questi centri se non con riferimento alle singole persone che si trovano, talvolta, a far parte di più di un organismo.

Se si vuole dunque affrontare il problema della lotta contro i tumori bisogna innanzitutto impostare un programma unitario che tenga conto del superamento delle singole competenze ministeriali e non.

Detto questo, vorrei aggiungere, a fronte di quanto detto dal professor Giancarlo Maltoni, che dobbiamo aver presente l'estrema variabilità di incidenza del cancro, ormai dimostrata fra nazione e nazione ed anche all'interno di uno stesso paese. Bene dunque ha fatto Maltoni a citare i dati complessivi ma bisogna anche tener conto che l'estrema variabilità è un problema che si pone in modo particolare. Ad esempio, per il tumore al polmone l'incidenza che si verifica nel Friuli-Venezia Giulia non è la stessa di alcune province meridionali o dell'Italia centrale dove tuttora il cancro gastrico (che invece in tutti i paesi occidentali ha subito una flessione notevole) è molto esteso.

Se si vuole attuare una strategia, questa va dunque attuata in termini di valutazione delle singole realtà; in questo senso i registri tumori, anche se fatti solo a titolo di saggio, non bastano anche perchè questi, oltre al fatto di non costituire un settore separato da tutto l'assetto della sanità pubblica, assorbono spese che, invece, potrebbero essere più utilmente incentrate in direzione di indagini epidemiologiche mirate. Infatti, tali registri non hanno mai messo in evidenza un tumore professionale rispetto ad un tumore dovuto all'ambiente di vita, ma hanno evidenziato soltanto un andamento.

Dunque, con tutte le approssimazioni che anche i rilevamenti ISTAT possono dare, si può arrivare ad un orientamento sull'andamento dal quale poi ricavare elementi per osservazioni epidemiologiche mirate, ripeto, in grado di rispondere alle singole situazioni.

P R E S I D E N T E . Ringrazio il professor Santi e cedo la parola al professor Angelo Raffaele Bianco del Policlinico di

Napoli al quale chiediamo un contributo per quanto riguarda l'indagine epidemiologica sul problema complessivo del cancro.

B I A N C O . Io veramente, e di ciò vorrei scusarmi con il Presidente, preferirei affrontare un argomento che ritengo di notevole interesse, e cioè quello della didattica e della ricerca scientifica in oncologia a livello universitario.

È con piacere che vedo in questa sede il professor Santi che, con me, fa parte della commissione oncologica del Ministero della pubblica istruzione, che si è costituita di recente. In questa commissione abbiamo subito affrontato il problema della didattica e della ricerca scientifica per quanto riguarda l'oncologia. Direi che il problema della didattica è essenziale perchè, se vogliamo costituire delle strutture efficienti, dobbiamo avere degli operatori sanitari che conoscano il problema e siano in grado di affrontarlo in modo adeguato.

Purtroppo, nelle facoltà mediche italiane l'insegnamento dell'oncologia ha un ruolo molto secondario. In effetti, non esiste alcun *curriculum* degli studi che preveda l'oncologia come esame obbligatorio, mentre esistono diverse scuole di oncologia che forse potrebbero anche essere potenziate, come pure potrebbero essere potenziati gli studi in generale in questo campo.

In oncologia anche il problema della ricerca è importante perchè rappresenta un elemento fondamentale per la didattica. Sappiamo che non si può fare della buona didattica se non si fa della buona ricerca; il buon docente cioè deve essere, anzitutto, un ricercatore.

Questo è quindi un problema che, secondo me, deve essere affrontato attraverso la programmazione di coordinamento cui accennava prima il Presidente.

Come può intervenire il Ministero della sanità in questa attività di coordinamento? Credo che il coordinamento possa attuarsi proprio attraverso la Lega nazionale per la lotta contro i tumori che potrebbe, per esempio — e il professor Santi ci può forse dare dei suggerimenti in questo senso —

fungere da *trait d'union* tra il Ministero della pubblica istruzione e quello della sanità nella programmazione dell'insegnamento e della ricerca scientifica in oncologia nelle strutture universitarie.

P R E S I D E N T E. Credo che sia il caso di parlare, sia pure in termini sintetici, della prevenzione primaria e secondaria. Il professor Cesare Maltoni, potrebbe a riguardo esprimere qualche considerazione.

M A L T O N I C E S A R E. Signor Presidente, vorrei fare anch'io una brevissima premessa per dire a lei, ai colleghi che sicuramente queste cose le sanno, ma soprattutto a molti dei commissari, che il problema dei tumori è un problema molto grosso, soprattutto per gli effetti che ne derivano, dal momento che le forme tumorali sembrano siano al terzo posto tra le cause di mortalità. Infatti non è vero, secondo me, che il tumore è al secondo posto in tale triste classifica, in quanto come cause reali di morte, le malattie cardiocircolatorie o cardiovascolari, insieme alle morti *per senectus*, sono senz'altro in numero maggiore.

Comunque, in realtà, come cause reali dirette sono, probabilmente, al primo posto, e ciò viene confermato anche dai dati accertati nello Stato di New York per iniziativa delle compagnie di assicurazione sulla vita, sempre molto precise, in base ai quali si rileva che negli ultimi quindici anni vi è stato un aumento del 7 per cento dell'incidenza dei tumori e una diminuzione dell'8 per cento delle malattie cardiocircolatorie.

Questi dati stanno ad indicare l'andamento delle curve di malattie che costituiscono cause di morte e dimostrano che nei Paesi industrializzati il tumore continuerà ad incidere in misura crescente. Tale questione è di notevole gravità, tanto più che la natura oncologica è legata a cause che molto spesso originano non soltanto tumori, ma anche malformazioni embrionali: vi sono cause di mutagenesi che potranno ripercuotersi anche sulle future generazioni.

Il problema, infatti, è molto più complesso, tanto da non coinvolgere, a differenza di altre malattie, soltanto la comunità scientifica oncologica o sanitaria, ovvero i soli strumenti di controllo della salute pubblica, ma anche altri settori della società e dello Stato. Quindi il problema dei tumori non può essere ghetizzato a livello soltanto medico, ma diventa veramente un problema sociale generale che comprende quello sulla prevenzione primaria e secondaria.

L'opinione pubblica e gli enti locali, se non sono sufficientemente responsabilizzati nei confronti della prevenzione primaria, rischiano di avere le idee confuse, anche perchè entrambi subiscono la pubblicistica un po' miracolistica sui fasti e nefasti dell'intervento medico come risolutivo.

Per quanto riguarda i presupposti necessari alla prevenzione primaria, occorre tener presente che la maggior parte dei tumori sono di origine esogena (in alcune parti nella misura del 90 per cento, in altre per oltre l'80 per cento, in altre ancora per il 75 per cento). La maggior parte trae origine da agenti ambientali che possono individuarsi facilmente: essi sono costituiti dagli alimenti, dagli ambienti di lavoro, dai farmaci, dall'acqua, dal suolo e, più in generale, dallo stile di vita.

Per converso, un'altra ragione dell'importanza di questo punto è che il tumore, una volta insorto, in molti casi non è risolvibile medicalmente; ci sono alcuni tumori che, diagnosticati precocemente, possono essere guariti, ma la maggior parte, classificabili tutt'oggi come tumori diffusi, non è guaribile, e dobbiamo precisare che anche tumori che siano diagnosticati allo stato precoce sono per loro propria natura, molto spesso, non guaribili.

Rimane, quindi, la prevenzione primaria come elemento di « emendamento a monte » per controllare la malattia.

Per quel che riguarda l'ambiente, di cui dicevo prima, nei paesi in via di sviluppo esso è caratterizzato da un alterato rapporto uomo-ambiente che determina tumori e che può essere identificato in una serie di situazioni carenziali, contaminamenti naturali, infestazioni e altre situazioni legate al

sottosviluppo stesso. Ma nei paesi industrializzati come il nostro, il potenziale cancerogeno ambientale è dovuto ad industrializzazione, con conseguenti emissioni di contaminanti e di scorie, a diffusione di beni di consumo rischiosi, a situazioni di stile di vita pure rischiose, come il fumo, l'uso e l'abuso di anticoncezionali, l'impiego incongruo di farmaci, eccetera.

Per quanto riguarda i paesi industrializzati, deve essere data alla prevenzione primaria la posizione che le spetta. Infatti, il *Cancer Act* americano, che è l'unica legge che si occupa dei tumori, ha posto la prevenzione primaria come il punto cui tendere per eliminare i tumori, e le altre misure come ancillari, coatte, necessitate dalla popolazione ammalata che, in qualche modo, va curata. A nostro avviso esiste un intervento possibile a livello specialistico di ricerca scientifica. Voglio ricordare quanto ha detto il collega Bianco e cioè che chi sa, fa e chi non sa, insegna; mi sembra però importante dire anche che la ricerca deve essere fatta da chi ne è in grado.

A livello di ricerca scientifica e specialistica la strategia possibile deve essere tesa all'identificazione degli agenti cancerogeni mediante ricerche epidemiologiche e sperimentali nonché controlli sulla popolazione; alla quantificazione del rischio, che va assolutamente considerato, per cui dobbiamo dire cosa è più adatto e non pretendere di poter dire a priori cosa è bianco e cosa è nero; allo studio del meccanismo d'azione, con particolare riguardo all'effetto di misure di protezione; all'individuazione di precursori tumorali; all'identificazione delle interrelazioni tra cancerogenesi, tossicologia classica, mutagenesi e teratogenesi; al censimento dei rischi in correlazione con istituzioni di altre nazioni o sovranazionali, sino a proporre dei protocolli scientifici di controllo dell'ambiente.

Per quanto riguarda il livello applicativo, esso deve realizzarsi attraverso la collaborazione delle strutture statali con gli enti locali, in particolare con le USL e con le diverse componenti sociali, per consentire l'applicazione di appropriate misure di controllo e

per mettere in atto, a livello politico, tutte quelle misure che possano limitare l'esposizione agli agenti cancerogeni, ivi compresa una corretta informazione del pubblico, non delegata, ma gestita in prima persona dagli enti locali.

P R E S I D E N T E. Sullo stesso argomento della prevenzione, che mi sembra particolarmente importante e centrale per il problema dei tumori, vorrei anche chiedere al professor Crespi qualcosa riguardante la prevenzione secondaria e gli orientamenti della ricerca in questo settore.

C R E S P I. Cercherò di essere breve e conciso, ma devo esporre alcuni concetti di base che mi sembrano essenziali per impostare il problema.

Il primo punto è il seguente: la prevenzione secondaria viene per lo più identificata con un termine straniero che ormai è entrato nell'uso corrente: lo *screening*. In effetti una delle metodologie che offre possibilità reali di prevenzione secondaria è quella di sottoporre individui asintomatici, e quindi in piena salute, ad una serie di operazioni diagnostiche preliminari per vedere se sono veramente sani o se, per caso, esistono delle condizioni predisponenti, le cosiddette lesioni precancerose, o un tumore in atto, all'insaputa del soggetto.

Interventi di questo tipo, che detti così sembrano di semplice esecuzione, comportano invece una serie notevole di complessità tecniche e in realtà sono realizzabili e fattibili solo in particolari situazioni e se applicati in base a precisi programmi; occorre inoltre tenere in considerazione il loro elevato costo. Da ciò consegue che l'impiego delle strutture sanitarie per questo tipo di operazioni è in genere malsopportato dalle strutture stesse, che non assumono volentieri tali impegni, tanto è vero che le grandi campagne di *screening*, nel passato, hanno subito forti critiche a livello di rapporto costo-beneficio e quindi di priorità di scelta.

Va anche detto però che in alcuni settori (volendo, potremmo anche entrare nel dettaglio) i risultati degli *screening* sono stati

di notevole rilievo. Certo, per alcuni tumori si è trattato solo di fare una diagnosi anticipata. In questo caso il soggetto muore pur sempre di tumore ed alla stessa data in cui sarebbe morto se la diagnosi fosse stata fatta più tardi, alla comparsa dei sintomi chimici; si tratta, quindi, di un'anticipazione di diagnosi che allunga la degenza ma non la sopravvivenza. Per altri tumori invece, mediante lo *screening*, questa realtà viene modificata, per cui la sopravvivenza « reale » dell'individuo si modifica radicalmente, ed in molti casi si ottiene una vera e propria guarigione. Oggi questo è fattibile tecnicamente per alcune neoplasie, come ad esempio quelle della cervice uterina, della mammella e del colon-retto. Per tale ragione, nella relazione sui problemi oncologici denominata « Piano oncologico nazionale » presentata da una commissione di esperti al Ministro della sanità da molti mesi, era richiesto in termini inequivocabili che nell'ambito delle priorità del Piano sanitario nazionale venisse programmata l'esecuzione del *PAP-test* su tutta la popolazione femminile a rischio, usufruendo di tutte le strutture pubbliche dove esistano garanzie di livello tecnico tali da dare sufficiente affidabilità di una diagnosi corretta.

È, questa, una soluzione fattibile a livello di costi, che può garantire risultati di grande rilievo sulla mortalità da cancro dell'utero, e che risulta possibile nella attuale realtà delle nostre strutture sanitarie.

Per gli altri tipi di tumore sui quali la prevenzione secondaria è possibile (tumori della mammella e del colon-retto) venivano, in tale relazione, indicate delle precise linee guida di intervento.

Per i tumori della mammella, ad esempio, una rigorosa campagna di educazione sanitaria nei confronti delle donne in età di rischio sui temi e le tecniche dell'autopalpazione del seno, nonché la istituzione di presidi sanitari territoriali di riferimento, potrebbero modificare, anticipandolo, lo stadio del tumore al momento della diagnosi, con importanti effetti sulla sopravvivenza, sulla « qualità di vita » delle pazienti (interventi meno radicali) e sul tasso di guarigione.

Un altro problema è quello di attivare dei programmi di prevenzione secondaria (*screening*) per quanto concerne i tumori del colon-retto che, come ci ha detto il professor Giancarlo Maltoni, sono in netto aumento in Italia. Si è infatti passati da 14 a 24 morti su centomila abitanti negli ultimi venti anni: una mortalità quindi quasi raddoppiata ed un'incidenza ancora più elevata.

Sono questi tre tipi di tumori sui quali è possibile attivare programmi precisi. Tutto ciò è però fattibile solo se il sistema sanitario si muove nel suo complesso; potremo riprendere forse l'argomento più in là nella discussione, ma penso che partendo da queste premesse tecniche si può pensare all'opportunità di intraprendere, anche da parte del Parlamento, un'azione propositiva. Del resto, la legge di riforma sanitaria, che è stata così sofferta ma che comunque rappresenta un grosso fatto innovativo, pone la prevenzione al primo posto. Però come questa prevenzione vada poi realizzata, in fin dei conti, pochi lo sanno o non lo sa nessuno.

Per la prevenzione primaria esiste la necessità di una serie di misure coordinate da parte delle strutture centrali e periferiche della sanità, che mettano in grado i presidi operativi di svolgere fattivamente opera di prevenzione ai vari livelli. In questo campo sappiamo che sta per partire una grossa campagna di educazione sanitaria, che della prevenzione primaria è parte integrante, da parte del Ministero della sanità, nel quadro del piano denominato « Azione Donna », in cui uno degli argomenti principali è la prescrizione dei tumori femminili. Ma, io mi domando con una certa angoscia, quali saranno i presidi tecnici cui queste donne potranno far riferimento per andare a farsi controllare, dopo aver recepito positivamente i principi di educazione sanitaria impartiti nell'ambito di detto piano? Noi stiamo ad esempio operando in varie USL territoriali di Roma per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero e della mammella e ci troviamo di fronte un fenomeno preoccupante: operiamo su fasce abbastanza vaste di popolazione a basso livello socio-economico, in cui l'inci-

denza di tali tumori è maggiore; delle donne invitate, un gruppo risponde, altre no. Le esperienze di altri *screening* all'estero ed anche in Italia, ad esempio a Bologna, insegnano che l'aggregazione di tumori è spesso maggiore nel gruppo che non risponde. Ecco quindi l'importanza che le campagne di educazione sanitaria siano strettamente connesse al contesto delle iniziative operative e non da esso avulse. È questo un problema di grande rilevanza, che forma la base di modelli di intervento a livello territoriale che comunque, nella realtà sanitaria attuale del nostro paese, sono iniziative sporadiche, basate sull'entusiasmo di singole istituzioni, che a questo punto svolgono funzioni vicarianti di quelli che dovrebbero essere invece i doveri delle USL e delle Regioni.

Un altro punto fondamentale riguarda il fatto che nessuno è in grado di valutare l'efficienza delle iniziative prese. Questo problema si sente sia a livello di ricerca, sia a livello di valutazione di programma di intervento e, devo dirlo francamente, mi fa piacere che sia presente il Sottosegretario per la sanità, onorevole Magnani Noya, perchè debbo confessare che tutti noi sentiamo una grossa carenza tecnica da parte del Ministero della sanità. Non basta infatti stimolare delle ricerche, stimolare delle attività, se poi nessuno valuta se queste sono fatte bene o male. Con la pubblicistica che abbiamo a disposizione è facile suonare la grancassa e dare grande risonanza a qualsiasi iniziativa; ma vorremmo anche poter giudicare quello che è valido e quello che non è valido, quali sono gli sbagli fatti e come si possono correggere. Sono necessari, in altre parole, strumenti informativi e di valutazione e questi, in campo oncologico preventivo, sono i registri dei tumori, le analisi epidemiologiche « *ad hoc* », il monitoraggio dei parametri di valutazione delle metodiche diagnostiche. Tutte cose che mancano, che servono, che costano poco e rendono molto.

Un ultimo punto riguarda la definizione dei gruppi di popolazione a rischio. Pensare a degli *screening* generalizzati su tutta la popolazione è cosa finanziariamente insop-

portabile in una sanità che viene falciata ogni volta che c'è da risparmiare qualche lira. Diciamo allora che se riuscissimo a definire dei profili di rischio del cittadino sulla base di una serie di parametri ambientali, lavorativi e personali, per cui divenga possibile predire chi ha una maggiore probabilità di ammalare di tumore, sarebbe possibile così selezionare delle categorie prioritarie su cui attuare degli interventi. Penso che questo sia uno degli obiettivi assolutamente più significativi ed importanti della ricerca chimico-epidemiologica sui tumori, per poter attuare quella che si definisce prevenzione « mirata ».

Un'ultima considerazione di carattere legislativo: la recente imposizione del *ticket*, attuata mediante la legge finanziaria, ha avuto sulle nostre iniziative di prevenzione un effetto micidiale. Infatti tutta questa faticosa opera di educazione sanitaria, paziente e capillare, viene vanificata dal fatto che quando invitiamo delle persone a venire a sottoporsi a degli accertamenti preventivi poi gli chiediamo di pagare il *ticket*. Questo è un fatto gravissimo, anche perchè l'imposizione del *ticket* è stata indiscriminata, investendo con un egualitarismo sospetto la struttura sanitaria pubblica e privata. Penso che una opportuna iniziativa parlamentare potrebbe correggere in tempi brevi questa spiacevole situazione.

P R E S I D E N T E . Ringrazio il professor Crespi e do la parola al professor Tonato.

T O N A T O . Farò una considerazione generale che riguarda il problema della terapia. Sono un oncologo clinico e in particolare un oncologo medico. Forse ci si aspettava da me una contrapposizione a quanto hanno sostenuto gli illustri esperti che mi hanno preceduto nell'esposizione, invece non è affatto così. Sono perfettamente d'accordo con quanto è stato riferito nel senso che la terapia non può avere una posizione di quasi esclusivo privilegio negli sforzi contro le neoplasie ma deve essere integrata con una attività conoscitiva, quindi

epidemiologica, ed anche preventiva senza la quale molti dei nostri sforzi risulteranno vani.

Detto questo, però, occorre fare alcune riflessioni su quelle che sono le possibilità terapeutiche di cui al giorno d'oggi disponiamo. Direi che c'è un senso di pessimismo forse esagerato e non solo da parte del pubblico ma anche da parte della classe medica non addetta ai lavori. Le possibilità terapeutiche nell'ambito delle neoplasie sono state messe a fuoco recentemente da una inchiesta fatta negli Stati Uniti, dall'*American Cancer Society*. È stato calcolato che, considerate tutte le neoplasie, con esclusione di quelle cutanee e di quelle uterine *in situ* facilmente curabili, è possibile ottenere una guarigione in quasi la metà dei pazienti ed anche forse in oltre il 50 per cento dei casi se verranno realizzate alcune forme di terapie integrate che stanno dando qualche buon risultato in certe forme tumorali. Se consideriamo la situazione in Italia constatiamo che il numero dei nuovi casi di neoplasia si aggira intorno ai 200.000 per anno e possiamo pensare, trasferendo i dati americani nella nostra realtà, di poter ottenere una possibile guarigione in circa ottantamila persone. Questo si riferisce ai risultati non soltanto della terapia medica ma anche delle altre forme di trattamento delle neoplasie (interventi chirurgici e radioterapici) che vanno riservate alle forme localizzate in cui è possibile un trattamento radicale.

I risultati ottenuti in alcune forme morbose dalla chemioterapia in questi ultimi anni sono stati alquanto promettenti. In alcuni casi non più suscettibili di intervento chirurgico o radioterapico l'adozione di una terapia medica ha portato alla guaribilità di una frazione non trascurabile di pazienti. Mi riferisco per esempio al carcinoma del testicolo in fase avanzata, a certe forme di leucemia, ad alcuni sarcomi e linfomi. Sono neoplasie che colpiscono una popolazione giovane con una età media al di sotto dei trentacinque anni. Queste possibilità di guarigione di forme avanzate di tumori che colpiscono soprattutto i giovani devono essere considerate un obiettivo primario che si raggiunge

però solo se siamo in grado di attuare un programma diagnostico e terapeutico ottimale. Da qui la necessità per questi pazienti di essere avviati in centri specialistici che, soli, possono assicurare questo livello elevato di assistenza medica.

A questo proposito si può dire che l'oncologia clinica italiana è in una situazione di alta considerazione anche a livello internazionale per la presenza in Italia di alcune importanti istituzioni oncologiche — tra esse l'Istituto nazionale dei tumori di Milano — che godono di notevole prestigio per i risultati ottenuti e pubblicati sulla stampa scientifica internazionale più qualificata. A questo aspetto un po' particolare non corrisponde però nella generalità delle situazioni, un livello di assistenza medica complessiva altrettanto valida. Sappiamo che l'emigrazione dei nostri pazienti in Francia, in Svizzera e nel resto d'Europa è alta, ed è un fenomeno tristemente noto.

Questo probabilmente perchè c'è carenza di strutture nel territorio; ci sono regioni italiane in cui non c'è una istituzione oncologica! Questi pazienti non sanno a chi rivolgersi e quindi affluiscono al Nord, venendo a gravare in maniera determinante anche sui grossi centri, che pure hanno una notevole potenzialità, rendendoli insufficienti. Da qui deriverebbe la necessità di meglio organizzare nel territorio queste strutture oncologiche, in modo da dare, anche nelle stesse sedi regionali, la possibilità di un'assistenza qualificata.

A questo proposito direi che l'informazione e l'educazione sanitaria sono molto carenti nel senso che spesso non si conoscono quelle che sono le possibilità legate alle terapie, nè si conoscono le disponibilità locali o regionali.

Siamo invece continuamente bersagliati da richieste di persone, che hanno familiari affetti da neoplasie, che per esempio « vogliono » farmaci nuovi, sperimentati in Giappone o altrove, o addirittura l'Interferon. Questo perchè i *mass media* danno questo tipo di informazioni, in un'ottica che è rivolta soprattutto alla notizia che fa colpo, invece che tendere ad una informazione edu-

cativa che deve essere, parte integrante dell'educazione sanitaria della popolazione.

PRESIDENTE. I senatori che intendano porre quesiti in ordine agli interventi sin qui ascoltati ne hanno facoltà.

MONACO. Vorrei chiedere maggiori chiarimenti sul fatto che percentuali del 90-95 per cento dei tumori (se non ho capito male) sono di patogenesi esogena. Vorrei, se fosse possibile, un chiarimento su come si arriva a determinare questa percentuale, dato che per i tumori della mammella, dell'utero e delle ovaie è difficile vedere la genesi esogena.

MALTONI CESARE. Questa conclusione è frutto di valutazioni e conoscenze degli agenti cancerogeni. Abbiamo dei paesi a bassissima incidenza di tumori della mammella, dell'esofago e dello stomaco e ne abbiamo alcuni altri che sono a media o alta incidenza. Studiando gli emigrati è risultato che popolazioni ad altissima incidenza di tumori andando in zone a bassa incidenza dello stesso tumore hanno visto ridurre il tumore stesso (gradualmente nella prima, seconda o terza generazione) ai bassi livelli del nuovo posto in cui si sono trasferite. Questo dimostra che i tumori dipendono dall'ambiente; se un cinese dalla provincia di Pechino va ad abitare nella provincia di Canton smette di morire di cancro all'esofago; se un cinese di Canton va ad abitare negli Stati Uniti smette di morire di cancro epatico.

I paesi ad alta e media incidenza vanno rapportati a paesi a bassa incidenza, la quale sia la più vicina ad una espressione genetica non condizionata dagli agenti esterni. Facendo tutte le differenziali si è visto che se per i vari tipi di tumori le popolazioni potessero vivere nei paesi in cui l'ambiente determina la bassa incidenza, la percentuale dei tumori sarebbe ridotta del 90-95 per cento. La differenza tra i paesi a bassa ed alta incidenza è chiaramente dovuta a fattori ambientali, come è stato dimostrato.

MITROTTI. Voglio dichiarare che parlo come profano della materia, non essendo quella medica la mia qualifica professionale. Parlo e sono presente in questa discussione perchè ultimamente sono rimasto coinvolto in casi di ammalati di tumore ed ho avvertito l'impegno morale di approfondire le conoscenze e di portare un contributo, sia pure ridotto, all'eco di una richiesta, che sempre più si fa avanti nei cittadini, di un intervento se non risolutore, quanto meno sottolineatore di un interesse dello Stato per questo problema.

Ritengo che l'indagine debba prospettare un quadro organico di risposte che aiuti e faciliti il compito del legislatore nel dare il suo contributo poderoso. Non è questo il caso di accendere gli animi in contrapposizioni tra il campo strettamente tecnico, che ha ben fondati motivi di rivalsa verso il legislatore, e il legislatore, che può tentare di assumere posizioni alibistiche nei confronti di un settore medico che ultimamente è stato, forse a torto, troppo bistrattato.

A me preme tentare di intravedere un possibile punto di raccordo tra queste posizioni che offra al tempo stesso una soluzione programmata. Ritengo che si possa scindere la materia di questo colloquio collocandone una parte in un aspetto relativo all'esame politico (aspetto legislativo per se stesso) e l'altra in un campo tecnico specialistico, entro il quale vanno collocati interventi specialistici. Vorrei esaurire subito l'aspetto politico per dire che ci attendiamo dagli specialisti del settore un suggerimento qualificato in fatto di caratterizzazione. È noto che le soluzioni legislative hanno acceso contrapposizioni periferiche in fatto di rivendicazioni di primari all'interno della impostazione.

Mi sembra che facendo tesoro anche dei riferimenti colti o sfiorati dai tecnici si debba intravedere, e quindi si debba sottoscrivere come proposta, una caratterizzazione sovregionale dell'intervento dello Stato per il settore specifico dei tumori. Ogni delega settorializzata o regionalizzata ritengo che tenda a svuotare di potenzialità un discorso politicamente valido; quindi chiedo confer-

ma di questo aspetto. All'interno di questa decisione, che è primaria, ovviamente vanno settorializzati dei ruoli, graduando le responsabilità e i compiti ai diversi livelli, dal regionale al comunale.

Esaurita questa impostazione politica devo dire che l'impegno e l'apporto tecnico che si possono ricavare da questa audizione dovrebbero aiutare il legislatore a definire e progettare un reticolo e prima ancora ad acquisire quella mole di dati e analisi, già del resto raccolti in diverse legislazioni. Ma al tempo stesso, data la vastità del problema e data l'enorme quantità di dati, ritengo che sia utile prevedere un contributo che può venirci dal settore tecnico, anche qui per zone distinte. C'è un campo preventivo entro il quale praticamente non è possibile apporre dei cerchi di confine, almeno per quello che si sa e si conosce. C'è invece un campo terapeutico ben definito perchè ben definiti sono i limiti della operatività medica nel settore. Ritengo che anche sotto questo aspetto il contributo debba essere scisso.

Chiedo agli addetti ai lavori che nella loro esposizione collochino esplicitamente i propri suggerimenti in un settore o nell'altro, perchè è chiaro che il settore di intervento terapeutico è quello in moto perpetuo, quello continuamente attivo, quello che non consente soste, quello che pone i problemi tutti i giorni. Per quello non ci può essere un rinvio alla risultante di questo lavoro-indagine; per quello bisognerà vivere giorno per giorno del bagaglio di esperienze di ieri con l'aggiunta delle esperienze dell'oggi. Quindi anche per questo tipo di problemi ritengo sia utile, nel corso degli interventi tecnici, che si guardi ad una loro collocazione in modo da definire questa materia per poterla utilizzare ai fini legislativi, se risultato ultimo è quello di dare un supporto legislativo all'azione specifica.

Sotto questo aspetto e con queste premesse mi sembra che l'analisi dei dati possa avere questa distinzione e che sia necessario procedere ad un inventario delle strutture, proprio nell'ottica di una progettazione e di una definizione di un reticolo di interventi. In questo reticolo già possono intra-

vedersi dei capisaldi individuali nel tipo di normativa e nel tipo di strutture esistenti e nella qualità e quantità degli operatori esistenti. È utile che da questo colloquio il legislatore possa ricavare un quadro globale sia del fenomeno quantificato per zone che del fenomeno correlato ai presidi esistenti.

Questo reticolo, così come lo intravedo io, così come mi augurerei risultasse definito da questo lavoro di intesa con il settore, può e deve essere completato da tutte quelle collocazioni intermedie aventi funzioni ancillari. Dobbiamo infatti rilevare che se esiste un grossissimo problema preventivo, che tale è in base all'enorme massa dei cittadini da controllare, esistono anche tante occasioni preventive da utilizzare, dato che in fin dei conti ogni contatto del cittadino con la struttura sanitaria o dell'ammalato con il medico può essere un momento preventivo da far fruttare.

È chiaro che ci deve essere un'intesa che porta anzitutto ad una programmazione e organizzazione di questo tipo di lavoro, che altrimenti sarebbe fine a se stesso (sarebbe mortificante anche per il medico vedere vanificato il valore preventivo del suo intervento). In questo senso devo proprio sottolineare le parole che ho ascoltato: non serve programmare la prevenzione se non c'è nessuno che valuta gli interventi che si sono effettuati. C'è anche un'azione di recupero delle occasioni preventive. Per questo aspetto (ripeto che non sono un tecnico) mi auguro un intervento di dettaglio da parte degli operatori, di chi è in trincea, di chi è in prima linea di fronte a questo male, intervento che aiuti il legislatore a recuperare certi momenti potenzialmente utili all'interno di una normativa che è *in itinere*, che potrà modificare la normativa già esistente o porsi autonomamente, finalizzata a questo tipo di interventi.

Quello che mi sembra utile sottolineare è anche l'organizzazione di un'osmosi di esperienze, perchè anche il particolare intervento dello Stato che organizza e fluidifica le esperienze tra i vari centri esistenti mi sembra che sia destinato a portare un contributo valido ai risultati che una strut-

tura sanitaria deve proporsi e perseguire. Se le esperienze rimangono nel chiuso di determinate « cattedrali », ritengo che a somma ultimata siano destinate anche a fruttificare meno del loro potenziale nell'ambito entro il quale sono rinchiusi. Ritengo che un'esperienza per poter essere messa a frutto debba subire il confronto con altre esperienze; per ottenere questo è necessario che l'esperienza circoli, che sia magari criticata o sopportata. C'è il problema di creare delle segmentazioni operative nell'ambito dei parametri di riferimento, così come sono stati individuati.

Chiudo con un riferimento che ha motivato anche una mia richiesta specifica alla Commissione e che è alla base del mio recente interesse per la materia sanitaria: parlo delle altre terapie, dell'altra medicina, e dico un nome per tutte (anche se forse potrò sembrare blasfemo): « siero Bonifacio », anche se la parola siero è fuori luogo.

Si voglia o non si voglia, sono soluzioni — fideistiche o meno, valide o meno, legittime o meno — terapeutiche che hanno finito con il coinvolgere larga parte dei cittadini che purtroppo sono stati toccati da questo male. Non sto qui ad emettere giudizi; mi vesto dei panni umili della mia incapacità ad emetterli e rilancio il problema. E questo rilancio lo faccio con una notazione pesante nei confronti delle strutture dello Stato, fiducioso in un sereno giudizio degli addetti, dei professionisti della materia.

L'addebito allo Stato è che ha consentito per più di 30 anni che la gente coltivasse certe illusioni — se così vogliamo definirle — o che un possibile rimedio ristagnasse nella disattenzione di chi ha il dovere di provvedere in materia. Nell'un caso o nell'altro la cosa è grave e non c'è niente che assolva il debito dello Stato di far chiaro su questa materia.

Ultimamente si è accesa una polemica e non sto qui a ripeterla perchè è fuori dal campo tecnico specifico di cui oggi ci occupiamo. Certo è che da oltre confine è arrivato in Italia un prodotto che si dice abbia delle caratteristiche analoghe. Quindi

c'è da pensare che un altro Stato abbia rivolto interesse a questo tipo di terapia rilevandone, anche se gli aspetti possono essere minimi, un ausilio per taluni o anche tutti i casi. Ebbene, ritengo che la doverosità professionale degli operatori del settore e la loro capacità non li possano mai mettere nelle condizioni di rifiutare una valutazione e un giudizio. Non si chiede cioè una sottoscrizione di validità, si chiede un debito di coscienza da assolvere: il debito di una sperimentazione e di una valutazione. Ritengo che nel campo degli interventi contro il tumore esista da tempo questo neo. Chi crede nella professionalità medica ritengo che maturi al massimo grado una sensibilità tale che deve portare a far chiaro nel campo proprio perchè, se si vogliono interventi risolutivi, non c'è spazio perchè circolino all'interno del campo operativo terapie, professionisti, o comunque rimedi fideistici che inquinano il campo stesso. È necessario, dopo 30 anni di silenzio, che dal campo medico e da parte dello Stato venga fuori un impegno teso a far chiarezza su queste altre possibilità, che forse sono anche da collocare su una strada nuova tutta da scoprire o che forse, invece, sono delle mistificazioni. Non si lasci ancora senza risposta questo interrogativo.

Non più tardi di ieri ho partecipato, in Piazza Santi Apostoli, ad una manifestazione di familiari di ammalati di cancro. Si trattava di gente sulla cui età non sto a fare commenti ma che non ha esitato a presentarsi a *sandwich*, con un cartello davanti e uno di dietro, sui quali c'era questo interrogativo: perchè non si risponde? È mai possibile che il problema del cancro, che la realtà degli ammalati, che certe certificazioni anche mediche debbano cadere nel nulla di fronte ad una richiesta di chiarezza?

Ecco, il mio compito qui, oggi, si risolve nel girare questo interrogativo agli addetti ai lavori e voglio avere fiducia che proprio dai lavori di questa Commissione venga quanto meno un aiuto ad una risposta. Sarà poi il Ministero che se ne assumerà la paternità, però gli operatori che abbiamo l'onore di avere di fronte oggi so-

no tra i più qualificati per dare un contributo fondato perlomeno sui propri convincimenti. Questo aiuterà o rincuorerà il Ministero a prendere il coraggio a due mani per arrivare in fondo al problema.

P R E S I D E N T E . Ringrazio il senatore Mitrotti per il suo interessante intervento. Però nel dare la parola al senatore Merzario e agli altri colleghi che lo seguiranno vorrei raccomandare, per ragioni di tempo, maggiore brevità e magari domande più puntuali.

M E R Z A R I O . Guardando adesso il promemoria, mi sono reso conto che, forse in maniera un pochino enfatica, si parla di contraddittorio tra gli onorevoli senatori e gli esperti invitati; ma io cercherò di evitare stimoli contraddittori non fosse altro perchè dovevano essere oggi presenti in quest'Aula autorevoli colleghi che hanno maggiore dimestichezza tecnico-scientifica con il tema in discussione. La materia infatti è tale da consigliare noi « laici » a non invadere il campo con presunzioni di concorrenzialità velleitaria e possibilmente evitando polemiche personali, anche perchè, tra l'altro, non è questa la sede per comporre eventuali divergenze. Dopo di me parlerà la senatrice Rossanda ed io mi auguro che rimedi in parte alla forzata assenza degli altri colleghi medici impegnati in Aula.

Preliminarmente ho una domanda di chiarimento da rivolgere, e, in verità, devo dire che è stata incoraggiata dall'assunto iniziale del professor Santi allorquando ha avuto modo di apprezzare, attraverso un parallelismo con l'esperienza del Senato americano, il nostro tentativo — perchè di tentativo si tratta e non di altro — di congiunzione tra politica e scienza. Per semplificare (ma il professor Santi sa benissimo che il rapporto è molto più complesso ed articolato per poter ridurlo in sintesi), dobbiamo quindi vedere come riusciamo a collegare queste due grandi componenti evitando separazioni che si sono dimostrate nocive in questi ultimi anni. La mia domanda è stata altresì incoraggiata dal professor

Bianco quando faceva riferimento alla esperienza didattico-scientifica.

A me pare che gli stessi dati sintetici, che avremo modo poi di rilevare meglio dal resoconto stenografico, forniti dai due professori Maltoni, sono preziosi perchè, almeno per la mia parte politica, offrono un quadro unitario del problema. Conviene aggiungere subito che unitari dovrebbero essere anche gli interventi di cura nonchè le misure di sostegno organizzativo e finanziario a questo settore. E quindi sviluppo subito il mio ragionamento entrando nel vivo della domanda con una duplice rapidissima premessa.

Questa mattina, consultando gli atti del Consiglio sanitario nazionale, ho ricavato la notizia che all'inizio di questo anno si è provveduto ad assegnare le quote di finanziamento per la ricerca scientifica biomedica utilizzando la parte corrente del fondo sanitario nazionale. Dell'importo globale di 5 miliardi e 300 milioni, la parte più rilevante — giustamente mi pare — è stata assegnata al settore oncologico. Si tratta di 2 miliardi e 400 milioni rispetto ai 950 milioni per le malattie dell'infanzia, ai 1.050 milioni per il settore cardiovascolare, ai 450 milioni per il settore neurologico e ai 450 milioni per il settore ortopedico. Ovviamente, i beneficiari in base alla normativa vigente in materia, sono i cosiddetti istituti di cura a carattere scientifico, sulla riconferma dei quali e sul cui riconoscimento è meglio non soffermarsi perchè introdurremmo elementi polemici. Facciamo finta che siano tutti (ma non lo sono affatto) degni della massima considerazione. Ciò che vorrei rilevare — ed in questo senso rivolgo la domanda agli illustri ospiti — è che il Consiglio sanitario nel decidere la ripartizione delle somme ha inserito a verbale i seguenti tre punti: primo, la Commissione per la ricerca biomedica deve definire « al più presto » gli indirizzi generali e i criteri operativi cui gli istituti di cura dovranno conformarsi; secondo, l'attività di detti istituti deve essere concentrata verso gli aspetti di ricerca finalizzata; terzo, i programmi di ricerca delle istituzioni private stabiliti in base a convenzioni de-

vono essere sempre coerenti con gli indirizzi concordanti con le strutture pubbliche del servizio sanitario.

Sono trascorsi da allora sette mesi e non sappiamo se il « più presto » è un imperativo o un generico auspicio di buona volontà. Comunque, voglio rilevare che per il settore oncologico la questione merita di essere riconsiderata, anche perchè vi confesso — e qui mi svesto delle mie prerogative di lombardo — di non aver capito a quale logica obbediscono i criteri di assegnazione. I vari istituti beneficiano di 575 milioni a testa, quelli di Roma di 675, e alla fine i conti tornano perchè si arriva al totale di 2.400.000.000 di lire. Senza partigianeria, ripeto, verso alcuna area geografica, non mi pare che sia giusto livellare con eguali parametri i criteri di assegnazione, a meno che si tratti solo di un esperimento iniziale. Mi auguro che vi sia il proponimento di premiare la ricerca effettiva e non di dare contributi forfettari che rischiano, poi, di frustrare quei programmi elaborati con maggiore serietà di supporto scientifico.

Passo alla seconda premessa e concludo. Ho letto in altri documenti che vi è stato un coordinamento dell'attività di ricerca in forma cooperativistica: è stato cioè affidato all'istituto di Milano il compito di facilitare un rapporto di collaborazione con Genova, Roma e Napoli, oltre che con altri centri di ricerca oncologica. A questo progetto finalizzato, che è stato definito « controllo della crescita neoplastica », avrebbe lavorato un Consiglio scientifico composto da nove direttori, che a loro volta avrebbero elaborato dei sottoprogetti. Quel che mi colpisce negativamente è che l'importo di 6 miliardi e 230 milioni è stato ripartito « fra 296 gruppi di ricerca » sparsi su tutto il territorio nazionale. Io ho apprezzato tutti i vostri interventi ma, appellandomi alla vostra esperienza, esterno questa riflessione: voi considerate produttivo, efficace, incisivo un programma così frastagliato, affidato preventivamente alla sensibilità dei singoli, dei primari, degli illustri studiosi più che alle strutture vere e proprie? Considerate cioè produttivo un programma frantumato negli indirizzi, nelle tecniche di inda-

gine, nei centri di coordinamento — senza che si capisca peraltro quale dovrebbe essere il centro motore di questa operazione —, nella valutazione delle ricerche e nell'impiego dei mezzi finanziari?

Riassumendo non vorrei aver dato la sensazione di voler dissacrare il clima, però il professor Santi sa che quando abbiamo parlato della Lega per la lotta contro il cancro e delle campagne contro il fumo, di soldi si è trattato, perchè senza mezzi finanziari non solo non si fa ricerca ma non si fa neanche promozione di educazione sanitaria. Questo aspetto finisce per acquistare un particolare interesse giacchè senza il supporto materiale non ci sarà il razionale impiego delle poche risorse sanitarie, tanto più in questa stagione politica nella quale il Governo vuole sottoporre la sanità ad un'altra « cura dimagrante ». Ora, non vorrei cadere in quel deprecato giudizio che giustamente dava il professor Crespi quando ha parlato di « micidiali colpi di ticket »: sarebbe il massimo della beffa e del danno se, oltre ai *tickets* già sperimentati, che sono in parte falliti e male organizzati, dovessimo poi, come prospettiva, rinunciare anche a quel poco che il piano sanitario prevede per la ricerca oncologica. Davvero questa audizione, che è stata da molti apprezzata e che ci siamo dati da fare per promuovere, non otterrebbe alcun risultato se non ci proponessimo — e questo lo rimetto alla Presidenza — di affrontare questi problemi con molta concretezza, fermo restando il valore inestimabile del vostro aiuto e dei vostri consigli di carattere scientifico.

Ho voluto introdurre l'elemento finanziario perchè il mio timore era che questa audizione si concludesse senza orientamenti di carattere operativo.

S A N T I . Il senatore Merzario ha fatto una citazione che riguarda due aspetti...

P R E S I D E N T E . Vorrei proporre di ultimare le domande e poi, se ci sono dei chiarimenti da dare, i professori potranno darli; sempre che questo non vi dispiaccia.

R O S S A N D A . Ringrazio chi ha fornito una serie di informazioni particolarmente aggiornate; fra l'altro abbiamo ricevuto due documenti ricchi di dati che purtroppo non ho potuto leggere avendoli ricevuti in casella soltanto questa mattina e può darsi che proprio in questi documenti si trovi la risposta ad alcune delle mie domande. Vorrei pertanto preliminarmente porre un solo quesito, forse banale, per il quale mi scuso della mia ignoranza; se cioè la crescita della mortalità e quindi anche dell'incidenza dei tumori avviene in tutte le classi di età o se è in qualche maniera parallela all'aumento della vita media.

Ma più importante è aver riscontrato in tutti gli interventi — con grande piacere perchè qualche volta nel confrontarsi coi tecnici si trovano atteggiamenti disparati — un atteggiamento estremamente omogeneo nel rilevare l'importanza, la necessità e l'urgenza dello sviluppo della prevenzione e nel sottolineare che sia l'attività di ricerca epidemiologica, di prevenzione primaria e di educazione sanitaria, sia l'attività terapeutica, hanno un carattere, se ho ben capito, chiaramente pluridisciplinare, nel senso che richiedono parecchie competenze diverse e interventi di vario livello. Questo mi pare che ci ponga un problema abbastanza serio, sulle possibilità di proposta da parte della nostra Commissione, di interventi sanitari basati su un modulo organizzativo dipartimentale. Noi sappiamo bene che il sistema sanitario italiano, nonostante tutto, resiste a darsi dei moduli di organizzazione pluridisciplinare in dipartimenti o modelli affini. Gli ospedali, gli ex ospedali, gli istituti resistono ad aprirsi alla comunicazione con i servizi di territorio. Quindi mi chiedo se la dimensione numerica e la carica emotiva del problema dei tumori maligni non aprano la strada alla ricerca, da parte del Ministero e delle Regioni, di un modello di riorganizzazione di servizio che possa affermarsi. In qualche maniera ciò potrebbe contrastare la tendenza all'irrigidimento di strutture come gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico. Noi ci siamo battuti contro, ma oggi che l'operazione è stata fatta, anche con estensioni

incomprensibili, ci chiediamo in quali termini si propone che questi istituti si colleghino al servizio territoriale. Il problema è altrettanto serio, secondo me, per quanto riguarda la didattica, perchè è sicuramente vero che la didattica medica versa in una situazione critica, e non solo per l'oncologia. Mi dispiace che sia assente il senatore Bompiani, perchè con lui lavoriamo nel comitato ristretto per la riforma degli studi di medicina che prevede interventi di riorganizzazione della didattica. Anche questa pone lo stesso problema di pluridisciplinarietà, anzi a mio parere pone un problema specifico di sede della didattica e della sua articolazione pluridisciplinare; a me non risulta che nelle facoltà di medicina di tutt'Italia qualcuno abbia proposto un dipartimento per l'insegnamento dell'oncologia; in genere i dipartimenti clinici non sono stati proposti affatto. Va definito pertanto non solo il ruolo degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e delle altre istituzioni non universitarie nella didattica, in particolare nella formazione specialistica, ma anche quale analogo ruolo possano avere le aggregazioni ospedaliere, di cui alcune qui sono rappresentate. Mi pare che il bisogno di organizzazione nell'insegnamento che richiede l'oncologia contrasti col modello della istituzione monocattedra, che vige nelle facoltà di medicina, nello schema della « tabella XVIII ». Mi sembra contrasti anche con il recente decreto del Presidente della Repubblica 10 marzo 1982, n. 162, sull'ordinamento delle scuole di specializzazione e perfezionamento e ancora con la legge sulla docenza universitaria e il relativo decreto delegato. Sarebbe interessante che la commissione istituita presso il Ministero della pubblica istruzione agisse con una spinta di modernizzazione; sarebbe un grande contributo al progetto di riforma che andremo a discutere. Ricordo che nel disegno di legge di riforma degli studi di medicina presentato dal nostro Gruppo è anche prevista una comunicazione, una continuità, fra istituti di ricerca, università e dipartimenti delle Unità sanitarie locali. Vorrei insomma chiedere se e in quali modi pensate di poter contribui-

12^a COMMISSIONE

1° RESOCONTO STEN. (22 luglio 1982)

re a un indirizzo nazionale sia sul piano dell'organizzazione che sul piano della didattica.

G R O S S I . Vorrei sapere se dai dati complessivi disponibili sulla sopravvivenza e sulla guarigione esiste un dato disaggregato sulle condizioni della sopravvivenza.

In molti casi ci sono interventi demolitori oppure radiazioni massicce; nello stesso caso della chemioterapia si hanno delle condizioni di sopravvivenza puramente respiratorie; di qui la domanda, che avrà riflessi nelle scelte da fare, circa l'esistenza di un dato disaggregato del grado di recupero o di guarigione, o di sopravvivenza prolungata e sulle condizioni in cui questo si ottiene, per lo meno coi mezzi che abbiamo oggi a disposizione.

C I A C C I . Qui è stato messo in primo piano il problema della prevenzione, come rilevavano i senatori Rossanda e Merzario. Vorrei chiedere quale dovrebbe essere lo strumento specifico, lo strumento permanente che facesse da traino di un'attività di indirizzo, di educazione, di coordinamento. C'è il servizio sanitario nazionale che prevede delle strutture, ancora in costruzione, abbastanza efficienti a regime. Ma nello specifico, poichè è stata evocata qui anche la Lega per la lotta ai tumori la quale non mi sembra che nuoti nell'oro mi domando se c'è bisogno di uno strumento, data la consistenza del problema che stiamo trattando, diretto alla prevenzione, che mi pare esigenza preminente.

P R E S I D E N T E . Prego i nostri ospiti di rispondere ai quesiti che sono stati rivolti loro.

C R E S P I . Desidero fare questo secondo intervento per rispondere in parte ad alcune delle richieste che qui sono state avanzate. C'è l'impressione, non personale, ma verificata nel corso degli ultimi quattro o cinque anni a vari livelli, anche politici, che sia necessario un atto di coraggio se si vuol dare la giusta rilevanza, nell'ambito degli interventi dello Stato, al proble-

ma dei tumori (e per quel che è stato detto finora il problema tumori è la grande battaglia di questa fine di secolo, che tutti i paesi industrializzati si trovano a dover affrontare). Un atto di coraggio, che ha anche delle pesanti implicazioni politiche e che si concretizza nell'affrontare questa realtà con interventi particolari. Una simile proposta crea immediatamente degli ovvii fenomeni di rimbalzo negativi; è stato da poco creato il Servizio sanitario nazionale e si è pensato, con questa struttura, di essere in grado di rispondere a tutti i problemi della salute. Purtroppo si sta dimostrando che ciò non è vero, anche perchè il Servizio sanitario nazionale non è ancora a regime. Ma la sensazione è che ci voglia un ulteriore atto di coraggio da parte dello Stato, ed il Parlamento mi sembra la sede più qualificata per essere propositiva, in questo senso, nel riconoscere cioè, che il problema tumori si estende anche a monte delle specifiche tematiche bio-mediche, e che quindi necessita di tutta una serie di misure ottenibili solo con un intervento combinato. Come si può attuare questo intervento combinato? La proposta che da tempo noi abbiamo discusso e cercato di portare avanti è la creazione di un Comitato oncologico nazionale, permanente sul piano funzionale. Mediante tale Comitato sarebbe possibile proporre anche per il nostro paese una struttura modellata sul *Cancer Act* americano, e quindi « coerente », per la lotta contro i tumori. Ovviamente con finanziamenti non certo comparabili, visto che le cifre — esatte! — citate dal senatore Merzario sono ridicole, perchè quando si parla di un finanziamento di cinquecento e tanti milioni l'anno per un istituto a carattere scientifico, per far funzionare la parte corrente della ricerca, ciò significa tutt'al più acquistare, forse, una centrifuga refrigerata, o qualche altra piccola strumentazione da laboratorio: si tratta di cifre che destano pena e ilarità. Questo Comitato oncologico nazionale permanente, dotato di ampi poteri e di una serie di organismi tecnici collaterali in grado di vagliare quello che viene fatto sulla base di una reale valutazione scientifica e

di efficienza degli interventi, darebbe modo di poter disporre di un'entità in grado di compiere le grandi scelte e di vagliare i risultati di queste scelte.

Comunque, il problema più acuto in questo momento è la mancanza di fondi. Non voglio qui riportare i dati drammatici del bilancio del nostro Istituto, perchè so che la nostra amministrazione sta facendo circolare promemoria molto documentati sull'argomento. Ora la ricerca ha necessità di fondi, necessità anche di poter spendere questi fondi con tempestività, su programmi precisi e a lungo termine, gestiti da ricercatori capaci.

Una parte propositiva che la Commissione igiene e sanità del Senato potrebbe realizzare — e che io mi permetto di proporre — è intanto una indagine conoscitiva sulla situazione del problema oncologico in Italia basata su un minimo di dati in più, senza possibilmente trasformare questa indagine conoscitiva in un allungamento dei tempi necessari a passare a proposte concrete, come purtroppo è successo per tante altre iniziative a cui, nella nostra carriera, abbiamo partecipato nel corso di tanti anni, e che abbiamo visto affossarsi gradualmente per esaurimento naturale, o in seguito a repentini cambiamenti di indirizzo politico. Noi siamo venuti qui, credo tutti, con genuino entusiasmo e, quindi, non vorremmo ritrovarci malamente frustrati, una volta di più. Pertanto, nel quadro di questa indagine conoscitiva e a nome del nostro Istituto il quale, per recenti questioni giudiziarie, è stato molto chiacchierato, rivolgo un invito ai senatori interessati a venire a vedere di persona la nostra realtà che, per fortuna, non è solo quella che compare nelle cronache giudiziarie dei giornali.

Per quanto riguarda la mancanza di comunicazione fra strutture territoriali ed Istituti a carattere scientifico, i quali vivrebbero appesi come in un limbo al di sopra di una certa realtà sanitaria territoriale, devo dire che, per esperienze fatte personalmente a tutti i livelli, si tratta in genere di una separatezza voluta dagli organismi territoriali. Da parte di questi esiste infatti un rifiuto causato da quello che è uno dei

grandi mali del nostro Paese: l'orgoglio di casta professionale. Un professore universitario, un primario ospedaliero, si sentirebbero grandemente sminuiti a seguire indicazioni o programmi elaborati presso un Istituto a carattere scientifico, perchè ritengono di sapere già tutto sui tumori, in base a quell'orgogliosa difesa di prerogative individuali che tanto pernicioso si rivela per la crescita sanitaria e scientifica del nostro Paese.

Non vorrei rispondere sul problema del « siero Bonifacio », perchè penso che altri qui presenti possano farlo meglio di me. Vorrei solo dire che oggi esistono metodologie codificate a livello internazionale per vagliare l'attività di un farmaco e che comportano tutta una serie di saggi preclinici a cui il dottor Bonifacio non si è mai voluto sottoporre. Il problema della valutazione di efficacia di un farmaco direttamente sull'uomo innesta problemi di tale importanza e di tale difficoltà che non è stato possibile risolverli nemmeno per sostanze molto più attive del « siero Bonifacio »; non vedo pertanto perchè questa sostanza non debba essere sottoposta al normale *iter* di questo tipo di sperimentazioni.

Ultima questione, in risposta alla senatrice Rossanda, è quella riguardante l'analisi dei dati di mortalità per tumore disaggregati secondo i vari gruppi di età. Si tratta cioè di prendere in considerazione gli individui nati in certi anni, per esempio dal 1900 al 1905, dal 1905 al 1910 e via di seguito, per vedere nei diversi gruppi come variano le cause di morte. Da questo tipo di analisi si può concludere che certi tumori sono in aumento, altri invece in diminuzione, proprio in dipendenza di quelle cause ambientali cui ci riferivamo e che si sono via via modificate nell'arco di questi tre quarti di secolo. Quindi, la crescita di mortalità per tumori è reale, è altresì differenziata per tipo di tumore ed è dipendente dall'anno di nascita, e quindi dalle abitudini diverse e dalle situazioni ambientali diverse che hanno caratterizzato il periodo di vita dell'individuo.

Per quanto riguarda infine la sopravvivenza del malato di tumore, è stato giustamente

mente osservato che questa non dipende, se non in minima parte, dalla terapia medica dei tumori, ma piuttosto dall'insieme delle misure terapeutiche e dallo stadio raggiunto dalla neoplasia al momento della diagnosi; una percentuale sostanziale di questa sopravvivenza dipende dalla radicalità dell'atto chirurgico, ma ricordiamoci che nell'80-90 per cento dei casi è lo stadio del tumore che condiziona il destino del malato. Le terapie mediche complementari, attuate mediante farmaci antitumorali, spesso sono estremamente gravose per il paziente e il beneficio di sopravvivenza che da esse si ricava non è assolutamente controbilanciato dalla « qualità di vita » a cui spesso si costringe il paziente stesso.

MALTONI GIANCARLO. Vorrei aggiungere qualcosa a proposito della mortalità. Considerando le classi di nascita — la mortalità è considerata per 100.000 abitanti in rapporto al tasso di età — si ha che alla crescita di incidenza di certi tumori (come è anche sperimentato nella controparte animale e si riproduce esattamente nell'uomo) corrisponde sempre un'anticipazione dell'età colpita. Quindi, non si tratta soltanto di un aumento proporzionale nelle varie fasce d'età, ma di un'anticipazione che viene a colpire in termini sociali, prescindendo da termini esistenziali, gli anni a vivere delle fasce di popolazione che dovrebbero avere una previsione di vita maggiore. A Bologna da un *dépistage* condotto su 270.000 donne, di cui 230.000 sotto controllo per il collo dell'utero e 140.000 per la mammella, è drammaticamente risultata un'anticipazione di incidenza negli anni di età tra i 20 e 30 che un tempo era una rarità. Sono rimasto particolarmente scosso dalla diagnosi di un carcinoma mammario in una ragazza di non ancora 16 anni.

Un'altra domanda molto pertinente è stata quella sulla sopravvivenza e sulla qualità di vita. Noi conosciamo l'esattezza della percentuale del 45 per cento riportata negli Stati Uniti, ma si deve tener conto di un dettaglio: negli Stati Uniti la guarigione non è intesa nel senso in cui la intendiamo noi. Noi consideriamo guarigione la scom-

parsa duratura della malattia, la quale non viene più ad incidere sulla durata della vita residua. Negli Stati Uniti usano il termine *cure*, guarigione, per indicare un tumore che ha avuto un qualche beneficio da una terapia che, eventualmente, si sia anche risolta in un prolungamento della vita di attesa.

Pertanto, il termine *cure* non è da identificarsi in quello da noi usato per indicare la guarigione definitiva senza diminuzione della vita di attesa. I dati sono disponibili e, se lo si ritiene, possiamo farne omaggio alla Commissione.

Per quanto riguarda la qualità di vita è da tenere in considerazione il prezzo della cura: prezzo in termini di fenomeni collaterali, di effetti non voluti e tossici. Il professor Tonato ha citato alcuni tumori che totalizzano l'1 per cento delle forme neoplastiche: leucemia linfatica, tumori testicolari, eccetera. Ebbene, in un recente congresso, in cui erano presenti oncologi pediatri, venivano evidenziati con molta onestà *deficit* fisici, *deficit* psicologici, *deficit* intellettivi, mancato inserimento nel contesto sociale e anche familiare. Per cui, nel documento firmato da esperti e da coloro che avevano partecipato in maniera attiva ai lavori, veniva lanciato un grido di avvertimento in questo senso: cerchiamo di valutare anche questi effetti prima di allargare quel tipo di terapia.

Una risposta debbo dare al senatore Merzario il cui commento mi è piaciuto molto perchè ha fatto cenno ad alcuni nostri vizi cronici: l'istituzionalizzazione e la delega, che non si sa chi l'abbia data, a chi sia stata data, perchè e su quale base siano avvenute certe aggregazioni. Quindi, credo che un censimento delle istituzioni operative ed un bilancio della operatività andrebbero fatti. Mi riferisco ad un censimento di quello che si sta facendo e delle strutture; e per questo mi associo a quanto ha detto il professor Crespi sulla costituzione di un Comitato oncologico permanente, il quale si dovrebbe proporre alcuni punti prioritari che a mio avviso sono tre o quattro: il censimento delle strutture esistenti e della loro produttività; la redazione di mappe di rischi con la identificazione dei rischi maggiori e

delle popolazioni sottoposte a questi rischi; l'emanazione di una normativa sull'applicazione delle terapie.

Ho vissuto in questi ultimi 10 anni in maniera diretta e di persona certe esperienze e ricordo che quando negli anni '70 vi è stato il « boom » nel quadro della prevenzione primaria, il fatto che fosse venuto in luce il fattore dei rischi ambientali ha ovviamente alimentato alcune aberrazioni già esistenti. E cioè: da un lato vi era chi demagogicamente vedeva sostanze cancerogene dappertutto e dall'altro vi erano le industrie a livello competitivo che tra loro tendevano a minimizzare. Allora lo Stato e la stessa CEE si sono trovati di fronte al problema di quali fossero i risultati cui bisognava dare credibilità. Ed è venuta fuori a livello internazionale (prima negli Stati Uniti, poi nella CEE ed infine anche in Giappone) una normativa che stabiliva quali erano i presupposti minimi in base ai quali poteva affermarsi se una sostanza fosse cancerogena o meno, come dovesse essere condotta l'indagine, come dovesse essere elaborata, come dovesse essere composta la Commissione di qualità incaricata del controllo periodico.

Ora, ritengo che questo sia stato fatto molto presto, in pochi anni, perchè i problemi che si andavano a toccare erano scottanti: erano problemi socio-economici e problemi politici importanti. Ma vogliamo noi dire che 400.000 ammalati di cancro in Italia non rappresentano un problema altrettanto scottante?

R O S S A N D A . Se ho ben capito si tratta di indagini sulla situazione ambientale.

M A L T O N I C E S A R E . Si tratta di nuove pratiche di laboratorio per saggi sperimentali, accertare se una sostanza è cancerogena o meno. Ed allora si indicano le specie che vanno usate, la durata del trattamento, eccetera, con dei controlli da parte della Commissione, con l'accesso alla possibilità di decisione da parte di tutte le agenzie nazionali ed internazionali che dovranno recepire la normativa e (quello che più conta) con la documentazione che va conservata

per 15 anni e che deve essere aperta a chi deve legiferare.

Ora, una cosa come questa credo che andrebbe attuata anche per arrivare a quel bilancio di rischi e benefici. Con questo rispondo anche al senatore Mitrotti il cui intervento mi è sembrato molto giusto perchè ha rivelato un'enfasi della problematica visuta. Come consideriamo queste terapie, diciamo, non ufficiali? Direi che se avessimo un minimo di normativa o meglio una normativa adeguata per valutarle, le stesse terapie prima di essere reclamizzate sui rotocalchi e prima di accendere delle speranze nei pazienti dovrebbero essere sperimentate e controllate. Ma direi che queste terapie hanno avuto un loro spazio per due ragioni ben distinte: primo, perchè chi ha un parente canceroso le tenta tutte; secondo, perchè molte famiglie, avendo tentato tante terapie ufficiali, si saranno chieste come mai fossero ufficiali e perchè, tutto sommato, non tentare anche quelle non ufficiali. Allora, una normativa più seria verrebbe a togliere anche questo alibi alle terapie non ufficiali.

M I T R O T T I . Mi consenta un'interruzione. Non è obiettivo morale del medico, del professionista, evitare quanto più è possibile di intervenire su corpo umano? In altre parole, non è comunque violenza l'intervento dall'esterno sul corpo umano? E l'obiettivo ottimale di qualsiasi terapia non dovrebbe essere quello di lasciare il bisturi da parte?

M A L T O N I C E S A R E . La filosofia di Gandhi aveva come base il grande motto: primo, non nuocere. Nel caso di malattie così drammatiche come i tumori si può anche rischiare di nuocere un po' per regalarlo molto. Bisogna vedere se il nocumento è inferiore, uguale o superiore al vantaggio. Questa è la somma algebrica dell'intervento. Ed in proposito io dico che il censimento delle strutture esistenti, la mappa dei rischi ed una normativa che regoli l'assistenza ai pazienti sono cose che andrebbero fatte.

T O N A T O. Non vorrei che dopo questa aspra critica delle terapie oncologiche, fatta dal professor Maltoni, si decidesse di non curare più i tumori.

Posso accettare parte delle critiche che il professor Maltoni ha rivolto nei confronti di alcuni dati comparsi nella letteratura, ed ammetto che il problema degli effetti collaterali delle terapie antitumorali è di rilevante importanza. Tuttavia, l'obiettivo è quello di ridurre questi effetti collaterali con terapie più selettive, e non quello di colpevolizzare tutti gli interventi terapeutici.

Consideriamo per esempio i bambini con leucemia linfoblastica acuta. Ormai è esperienza comune in tutto il mondo che oltre il 50 per cento di questi bambini sopravvivono oltre i dieci anni senza segni di malattia. Questo è un dato che se non è confortante in tutti i casi non dà però il diritto di affermare che non bisogna proseguire negli sforzi che si sono fatti. Ripeto, oltre il 50 per cento dei bambini vivono oltre 10 anni e si possono considerare guariti perchè la storia naturale di questa malattia dimostra che se la ricaduta non avviene nei primi tre-quattro-cinque anni non avviene più. Lo stesso si può dire per il linfoma di Hodgkin, malattia non frequentissima ma che colpisce le classi più giovani e che è guaribile in oltre il 70 o 80 per cento dei casi, con lo stesso criterio di sopravvivenza a lungo termine, oltre 10 anni, senza segni di malattia.

Naturalmente, gli effetti collaterali in questi pazienti hanno una certa rilevanza, ma il gioco vale senz'altro la candela. In altri casi invece i risultati della terapia sono decisamente inferiori e da ciò deriva l'opportunità di fare un bilancio di quello che ci proponiamo e che possiamo raggiungere e dei costi che ciò comporta, prima di decidere di applicare qualche terapia. Ed in determinati casi di neoplasie non operabili che non rispondono alle radioterapie o ad altri interventi terapeutici l'oncologo deve avere il coraggio e la consapevolezza di decidere per la non applicabilità di alcuna terapia assumendosi la responsabilità di questa decisione che comunque deve essere vista come rivolta al bene del paziente. Diverso è invece il

caso di pazienti, con stadi avanzati di malattia non più rispondente, che vengono sottoposti a nuovi trattamenti per finalità di ricerca clinica pur senza un chiaro obiettivo di risposta. È ovvio che in tali casi devono essere rispettati tutti i presupposti dell'etica professionale e della sperimentazione rigorosamente medica. Il problema degli effetti collaterali nella popolazione « guarita » o per lo meno lungosopravvive è comunque ugualmente rilevante e deve giustificare ogni sforzo per rendere il nostro trattamento il più selettivo possibile. L'obiettivo ideale sarebbe quello di renderlo personalizzato, in rapporto alla particolare situazione di età, generale e biologica, del paziente.

In tal senso si stanno delineando varie possibilità. Lo dimostra per esempio il fatto che alcuni interventi riduttivi per il carcinoma della mammella in un contesto di terapia integrata danno risultati, a distanza, uguali a quelli dell'intervento radicale, consentendo però un notevole vantaggio dal punto di vista pratico e psicologico. Quindi, l'obiettivo degli sforzi coordinati in questo settore è quello del raggiungimento di una terapia efficace con effetti collaterali minimi.

Purtroppo, quelli che ancora si pagano sono gli effetti inevitabili che però, a parte alcune considerazioni fatte sui casi non rispondenti, non devono distogliere gli sforzi del clinico dall'obiettivo reale da raggiungere. Oggi, trattare in modo inadeguato un bambino con una leucemia linfoblastica o un adulto giovane con un carcinoma avanzato del testicolo per paura degli effetti collaterali credo che sia veramente deplorabile!

Dal punto di vista di questa finalità e degli sforzi da compiere per raggiungerla è indispensabile un coordinamento, anche a livello periferico, di tutte le possibilità terapeutiche di vario tipo.

Parlavo poco fa di questi problemi con il professor Maltoni e posso dire che nella regione Umbria si stanno facendo tentativi per coordinare gli interventi del radioterapista, dell'oncologo medico, del chirurgo con tutte le altre varie competenze oncologiche, ma questi tentativi urtano contro molte diffi-

coltà; abbiamo bisogno soprattutto di un coordinamento funzionale, cioè di un raccordo operativo tra le varie parti che deve essere visto e considerato in una visione multidisciplinare che, secondo me, è essenziale per il conseguimento di certi risultati.

Vorrei aggiungere qualcosa a quanto detto circa la prospettata necessità di sperimentare il « siero Bonifacio » e mi rifaccio ad un'esperienza americana. Negli Stati Uniti si è verificato un caso molto simile con una sostanza introdotta illegalmente dal Messico, il laetrile, largamente usata dai pazienti per i quali la scienza ufficiale non offriva più possibilità terapeutiche.

Le richieste dell'opinione pubblica e della parte politica hanno fatto sì che si arrivasse alla sperimentazione a livello del *National Cancer Institute* di questa sostanza nonostante il parere contrario del mondo scientifico. La ricerca è costata due milioni di dollari e ha interessato un numero considerevole di casi sottoposti ai più rigorosi criteri di valutazione. Purtroppo i risultati dell'esperienza sono stati del tutto negativi.

Riallacciandomi a quanto detto dal professor Crespi, ribadisco anch'io la necessità di tutta un'esperienza antecedente prima di arrivare alla sperimentazione diretta sull'uomo; quando questo esame preliminare di tipo farmacologico, tossicologico, eccetera ha dato risultati positivi, solo allora un prodotto potrà essere preso in considerazione per la sperimentazione clinica.

MALTONI GIANCARLO. Brevisissimamente, signor Presidente, perchè altri colleghi hanno già risposto alla domanda se l'aumento della frequenza dei tumori sia relativa all'aumento della vita media ed all'altra sulla qualità possibile della sopravvivenza nel caso accertato di tumore.

Per parte mia aggiungo che vi è un aumento della frequenza dei tumori maligni legato anche all'aumento della vita media, non vi è dubbio; però, l'aumento è in parte prevalente svincolato da questo fenomeno e legato invece, probabilmente, all'altro fenomeno citato dal professor Maltoni *senior*,

che è quello dell'aumento dei fattori cancerogeni nell'ambiente.

Vi è ancora da dire che c'è da aspettarsi un ulteriore aumento di quattro-cinque anni della vita media se si potrà ridurre in modo consistente la perdita della vita legata al cancro.

Questa è una prima risposta.

La seconda, circa la qualità della sopravvivenza, porta a dire che questa è direttamente legata al tipo specifico e selettivo di terapia che può essere praticata sul paziente affetto da cancro; questa scelta selettiva della terapia dipende però, a sua volta, dalla precocità della diagnosi per cui, in definitiva, la diagnosi precoce si può dire che « modula » la vita futura del soggetto affetto da questa malattia.

In aggiunta a quanto diceva prima il professor Crespi dico che la diagnosi precoce del cancro, che se organizzata in modo particolare sulla collettività sana assume l'aspetto della prevenzione secondaria dei tumori maligni, è importante perchè consente non solo l'accertamento delle forme neoplastiche in fase presintomatica ma perchè consente talvolta, ed anche spesso, l'accertamento di lesioni preneoplastiche, cioè di quelle lesioni che nell'arco di otto-dieci-quindici anni potranno evolvere in lesioni maligne.

Questo fatto è stato riconosciuto clamorosamente nel caso del cancro del collo dell'utero; oggi io credo che programmi di lotta estensiva a questa neoplasia non devono essere rivolti all'accertamento precoce del cancro del collo dell'utero bensì all'accertamento delle lesioni che stanno a monte ed è per questo che programmi di questo tipo dovrebbero partire da un'età molto più giovanile rispetto al passato e cioè, a mio giudizio ed a giudizio di molti altri, dall'inizio dell'attività sessuale della donna. Questo è un esempio importante da tener presente.

Ancora, nel caso del cancro della mammella e del colon-retto, due tumori in aumento ed importanti come frequenza complessiva nella vita del nostro Paese, legati alla società tipica del nostro e di altri Paesi occidentali, si può dire che anche essi sono suscettibili di diagnosi precoce per le loro caratte-

ristiche di sede e di storia naturale della malattia; questi due tumori, se accertati precocemente, consentono oggi l'instaurazione di terapie che garantiscono un'alta qualità di sopravvivenza, (mi riferisco alla terapia chirurgica conservativa per la mammella che a Firenze viene praticata sempre di più con una sopravvivenza forse ancora maggiore rispetto alle mastectomizzate totali) con la continuazione di un'ottima vita sociale e di relazione. Lo stesso dicasi per il tumore del colon-retto perchè, in ambedue i casi, si arriva ad un ottimo reinserimento nella vita familiare e sociale.

Per quanto riguarda la ricerca io ritengo che la ricerca scientifica in campo oncologico, come in generale tutta la ricerca biomedica, non debba essere appannaggio di questa o di quella struttura; certamente, alcune strutture nascono e si caratterizzano per svolgere un'attività di ricerca, ma le stesse strutture che vogliono fare questo devono poi inserirsi nell'ambito dell'assistenza, a meno che non si tratti soltanto di laboratori di base. Se essi vogliono portare un contributo reale alla lotta contro i tumori, devono inserirsi nell'ambito dei programmi regionali di attività in questo settore collegandosi strettamente con le altre strutture esistenti sul territorio, a cominciare dalle Regioni, per costituire un punto di riferimento e di aggregazione per lo sviluppo dell'attività oncologica quali sono quelle della prevenzione, della terapia e della riabilitazione.

La ricerca, secondo me, deve essere oggi fatta da tutte le strutture, a parte quelle che sono tipicamente deputate a far questo, oltre alle Università, che dimostrano di avere interesse e di essere in grado di poterla svolgere; devono essere coinvolte dunque tutte le strutture del Servizio sanitario nazionale non escluse anche le strutture territoriali e provinciali, tanto è vero che la convenzione tra Università e Servizio sanitario — che oramai a livello nazionale è in fase di stipula definitiva — prevede proprio l'estensione dei rapporti tra insediamenti universitari ed insediamenti del Servizio sanitario nazionale per lo sviluppo non solo della ricerca ma anche della didattica all'interno delle strutture.

D'altra parte, credo che se si vuole insegnare ai medici a fare la prevenzione del cancro bisogna mandarli a lavorare nelle strutture di prevenzione per fare loro conoscere le esperienze che vengono da queste unità.

Questo è un esempio tipico per dimostrare come la struttura universitaria strettamente considerata non possa fare nè ricerca nè prevenzione del cancro senza essere collegata alle altre realtà che operano nel settore.

Un altro aspetto della ricerca si riferisce al CNR; si è parlato del progetto della crescita neoplastica, di un progetto finalizzato, ed io condivido il parere un po' critico sull'eccessiva dispersione (quasi a pioggia) del finanziamento esistente, parcellizzato in molteplici strutture, per realizzare questo tipo di ricerche, al punto che si rischia di perdere settori fondamentali. Però voglio sottolineare — e me ne corre l'obbligo perchè lo ritengo giusto — che questo progetto ha portato un notevole contributo, quanto meno a livello di stimolazione culturale e di interesse scientifico, nell'approfondimento dei problemi della lotta contro i tumori; tale contributo è giunto, se non altro, aggregando una serie di competenze anche non strettamente universitarie, e quindi finalmente di tipo territoriale, intorno a questi problemi, soprattutto per quanto riguarda la ricerca applicativa nel settore dell'oncologia.

Vorrei fare un'ultima osservazione che è veramente un'osservazione personale, anche se si rifà a quelle che sono state fatte da altri colleghi ed amici. La lotta contro il cancro è un problema troppo grande per essere abbandonato alle singole iniziative regionali. Con questo non voglio affermare che le Regioni non siano in grado di sostenerla; vi sono però Regioni più dotate e sensibili, che hanno maggiori risorse e che quindi possono prendere più precocemente e correttamente delle iniziative, mentre ve ne sono altre che non ne prendono, e questo finisce con l'accentuare quella migrazione interna che invece, nell'equilibrio previsto dalla riforma della legge sanitaria, si vuole eliminare.

Se si vuole dare una corretta sistemazione sanitaria, ai fini dell'applicazione della legge, e se si vuole lottare affinché l'intervento

sia efficace in tutto il Paese, è necessaria una iniziativa dello Stato che si dovrà esprimere, da parte del Ministero della sanità, come una operazione di coordinamento, e che potrebbe avvalersi di un organo tecnico del tipo di quello che è stato suggerito precedentemente dai colleghi. Voglio dire che l'occasione perchè ciò si possa realizzare è imminente: credo sia in discussione il primo Piano sanitario nazionale il quale, tra l'altro, riguarda solamente periodi di tre anni e quindi decisioni che possono essere prese per questo primo periodo e che possono essere riviste e corrette per il prossimo triennio.

Strumento primo potrebbe essere quello di costituire un gruppo di lavoro all'interno del Ministero in un rapporto di impiego particolare (ma non entro in dettaglio a questo proposito) in applicazione del progetto prioritario previsto su scala nazionale e finalizzato alla lotta contro il cancro, per controllare tale applicazione e, soprattutto, per individuare alcuni elementi fondamentali ed immediati da portare avanti.

Inoltre potrebbero essere individuati, sempre nell'ambito del Piano sanitario nazionale, alcuni interventi specifici che dovrebbero essere prontamente perseguiti a livello regionale, vincolando anche le risorse finanziarie a questo tipo di indirizzi. In questo caso si condizionerebbero anche gli interventi regionali in questa materia.

Tre sono, io credo, gli aspetti fondamentali di un intervento, possibilmente rapido, nell'attuale realtà del Paese per la lotta contro i tumori. Prima di tutto, la prevenzione che è della massima importanza e la previsione di tante disposizioni nella legge 23 dicembre 1978, n. 833, (articoli 1, 2 e da 20 a 24) dedicati a questo tema lo dimostra; però di fatto è ancora sviluppata in modo insufficiente. Poche sono le iniziative esistenti che tendono ad un buon livello di razionalizzazione nel settore oncologico, anche per quanto riguarda la terapia, come diceva prima il collega. Credo, quindi, che un obiettivo importante sia almeno quello di elevare in tutto il Paese lo *standard* diagnostico e terapeutico nella lotta contro il cancro. Per far ciò è necessario lavorare intorno al pro-

blema dei protocolli diagnostici e terapeutici, che peraltro sono già in fase di stesura presso un'apposita commissione costituita all'interno del Ministero della sanità.

Nell'ambito di questo impegno, che i medici di base ritennero di assumersi durante l'approvazione della Convenzione unica sul loro trattamento economico-normativo, deve essere chiarita la necessaria linea applicativa della prevenzione primaria.

R O S S A N D A . Su questo punto parlerà il Presidente della Lega tumori, il professor Santi.

M A L T O N I G I A N C A R L O . Perchè sia migliorato il livello diagnostico è necessario un coinvolgimento dei medici di base a livello di attività distrettuale e un miglior rapporto tra medici di base e strutture delle USL, una maggiore informazione del personale medico e paramedico e una maggiore attività delle strutture sanitarie sulla popolazione.

Il secondo elemento importante riguarda, invece, il collegamento fra le strutture esistenti. È impensabile individuare oggi delle strutture specifiche per il cancro in tutto il Paese; è possibile però utilizzare quelle esistenti collegandole in modo da individuare dei modelli funzionalmente operativi regione per regione e fra unità sanitarie locali all'interno della stessa regione. Sarà allora più facile capire quale sia l'attività che non può essere svolta dalle singole unità sanitarie locali per proprio conto, perchè alcune hanno le strutture funzionanti e altre no. Deve quindi essere fatto salvo il principio per cui la diagnosi precoce, la diagnosi e la terapia del cancro costituiscono un problema di attività nazionali che interessano i servizi propri di più unità sanitarie locali. Quindi, la questione del lavoro di gruppo fra strutture, oltre che fra operatori, rappresenta, secondo me, un notevole passo in avanti.

Voglio fare un'ultima osservazione riguardante il problema della prevenzione di cui si è tanto parlato. Spero che oltre ad applicarla in modo più continuativo, si cerchi anche di realizzare una prevenzione che sia valuta-

bile in termini di reali benefici apportati. Credo che il primo Piano sanitario dovrebbe individuare alcune aree territoriali dove sia possibile realizzare subito, fin dal primo momento, i programmi di prevenzione e di diagnosi precoce per alcune neoplasie di maggiore rilievo sociale.

Abbiamo sentito parlare di una « azione donna »: io, come diceva prima anche il professor Crespi, personalmente mi preoccupo della mancanza di strutture alle spalle di questo programma e ciò soprattutto in alcune aree; ovviamente, un programma di diagnosi precoce ha valore soprattutto se si pone in primo luogo l'obiettivo di recare il minor danno possibile alla popolazione.

Quando si parla della popolazione sana e si cerca di individuare dei soggetti affetti da cancro, si dovrebbe essere sicuri della qualità della diagnosi, altrimenti si rischia di realizzare tanta terapia sbagliata, facendo sì che persone, che altrimenti starebbero in ottima salute, diventino degli invalidi.

Quindi sostengo che queste attività di prevenzione devono essere fatte nelle aree dove, per il momento, ciò è possibile (almeno per il primo triennio), e che, di conseguenza, devono essere individuati degli strumenti idonei di valutazione di tali attività, di modo che, per il prossimo triennio, si possa estendere questo programma alle aree che attualmente non utilizzano strutture che hanno dimostrato e dimostrano di valere. In ciascuna regione dovrebbe esistere almeno una struttura speciale dedicata alla prevenzione dei tumori. Intorno ad essa dovrebbero poi costruirsi le altre strutture.

S A N T I. Se mi consente, signor Presidente, vorrei fare alcune personali osservazioni. La prima è la seguente: sono convinto che il problema da affrontare in questo momento non sia quello di riconoscere soltanto la mancanza di fondi, ma anche quello della loro utilizzazione e soprattutto quello del modo in cui vengono compiute certe scelte.

In secondo luogo, non vorrei aver dato l'impressione a tutti voi che esista una contrapposizione reciproca tra prevenzione, cu-

ra e riabilitazione, ma ho forse posto in maggiore evidenza la prevenzione per sottolineare i ritardi vistosi. Nessuno è contro la terapia, ovviamente, ma nel campo della prevenzione, della riabilitazione e della terapia del dolore vi sono carenze enormi che occorre affrontare in modo prioritario.

Un altro aspetto è quello cui avevo accennato all'inizio e che mi viene riconfermato anche dai vari interventi dei senatori, e cioè la necessità di un piano organico sui tumori non limitato soltanto all'apparato sanitario.

Al senatore Merzario, che cita il CNR e il piano di finanziamento del fondo sanitario nazionale, vorrei dire che dobbiamo tener presente che molto spesso alcune strutture beneficiano di facilitazioni a scapito di altre. Manca, cioè, una pianificazione proprio perchè non esiste una visione globale, e ciò crea conseguenze anche sui risultati che potrebbero essere ottenuti.

Detto questo, risponderei brevemente, secondo il mio punto di vista, ad alcune osservazioni che sono state fatte. La senatrice Rossanda poneva prima il problema dell'aumento della mortalità in tutte le età. Teniamo presente che i tumori rappresentano la prima causa di morte per una fascia importante, infantile, fino ai 14 anni e che, inoltre, i tumori sono chiamati la malattia dei lavoratori specializzati perchè colpiscono le fasce di età lavorative ed hanno, quindi, un riflesso economico per la produzione.

Vorrei poi richiamare l'attenzione sul fatto che oggi i tumori diventano un motivo di conflitto di interessi industriali enormi, per cui la lotta è senza esclusioni di colpi e il problema dei tumori viene individuato come uno degli aspetti che servono alla competitività in questo settore. Mi sono occupato in questi giorni di un problema che coinvolge una provincia meridionale, con un'economia basata su un prodotto naturale qual è quello del bergamotto, che oggi è al centro di una polemica con i produttori di aromi sintetici della Francia, che si aggiunge all'altra polemica, che tutti conosciamo, relativa ai vini italiani che non si vuole vengano ulteriormente esportati. Oltre al problema

reale vi sono pure talune mistificazioni, che servono a turbare l'obiettivo reale, la reale pericolosità. Esso, quindi, necessita proprio di essere affrontato in termini corretti per i riflessi economici che comportano.

Ci sono anche altri aspetti. Basti pensare al monitoraggio delle aree inquinate — ad esempio Seveso — che poi rimangono tali a lungo termine, ancora per alcuni decenni futuri, proprio per l'aspetto di pericolosità oncologica che può essere anche acuta.

Per quanto riguarda la terapia vorrei aggiungere due considerazioni.

È stato detto prima che i risultati di guarigione negli Stati Uniti si aggirano intorno al 45 per cento. Adesso non entro nelle notazioni precedenti ma mi limito a dire che gli stessi indici di sopravvivenza non ci sono per l'Italia. E questo perchè? Perchè mancano terapie o tecniche chirurgiche adeguate, o mancano attrezzature sofisticate, o mancano perchè manca una metodologia di lavoro integrata, che invece è propria dei paesi dove si raggiungono questi livelli — da correggere o meno — di maggiore sopravvivenza.

Questo è l'aspetto che, secondo me, deve essere affrontato in termini corretti e precisamente in due modi: da una parte garantire un trattamento integrato di capacità diverse delle neoplasie; dall'altra elevare lo *standard* di qualificazione dei medici curanti, altrimenti le « cattedrali nel deserto » ci saranno sempre. Queste possono far bene il loro compito ma non servono allo scopo che vogliamo conseguire.

Questi sono gli aspetti prioritari per quanto riguarda la terapia.

Per il resto, devo dire che importanti sono alcune forme di intervento legislativo.

Innanzitutto, per quanto concerne la questione del « siero Bonifacio » — non entro nel dettaglio; potremo discutere quando si vuole — devo dire che da un'indagine fatta da noi come Lega italiana per la lotta contro il tumore si è rilevato che i comitati etici del nostro Paese nelle strutture ospedaliere e universitarie sono quasi inesistenti. I comitati etici sono quelli che dovrebbero provvedere a identificare, sulla sperimentazione

clinica controllata idonea, le terapie mediche non pronte e quelle esportate. Gli Stati Uniti molto spesso commissionano ad altri paesi, fra cui l'Italia, terapie che loro non fanno perchè hanno dei vincoli in base ai quali non le possono applicare. Questo non si sa e poi viene detto che vi è un flusso di dollari verso l'Italia per le nostre qualificazioni scientifiche, mentre sotto c'è anche un aspetto di impossibilità per loro di procedere. Ecco perchè, quando andiamo a vedere certe sperimentazioni, troviamo che dietro vi sono gli americani, il Sudamerica, l'Italia.

Secondo me, allora, occorre che vi sia una garanzia per i cittadini, una normativa per le sperimentazioni cliniche controllate, una metodologia che garantisca dai farmaci anche validi ma non correttamente applicabili, come l'interferone (un ciclo di terapia ci è venuto richiesto da una unità sanitaria locale per un ammontare di 45 milioni e la richiesta non è stata soddisfatta), e garantisca, dall'altra parte, da terapie non provate.

Un altro aspetto legislativo importante — mi sia consentito — è quello relativo ad alcuni aspetti della prevenzione primaria. È stato fatto prima un riferimento alla percentuale di tumori di origine ambientale in senso lato.

Noi siamo contro la diatriba che oggi c'è nel mondo scientifico internazionale, di contrapporre lo stile di vita ai fattori ambientali, perchè la riteniamo falsa e deviante. Con lo stile di vita si intende responsabilizzare l'individuo, senza pensare che tale responsabilità è sempre il prodotto di un certo tipo di organizzazione: parlo anche dell'abitudine al fumo, che rientra senz'altro nell'ambito della responsabilità individuale, ma che non può neppure prescindere da una pressione pubblicitaria. Per quanto concerne il fumo, infatti, assistiamo ormai ad una forma di propaganda libera. Ho parlato con i carabinieri del NAS i quali sono avviliti dal fatto di dover applicare delle multe che vengono pagate in anticipo: vengono portate 65.000 lire ai carabinieri in anticipo perchè su una certa rivista uscirà la pubblicità di una sigaretta. Un altro sbaglio che molto spesso anche la co-

munità scientifica italiana si presta ad aval-
lare è quella della sigaretta meno nociva.
Questo, ripeto è un altro errore scientifico
che deve essere valutato.

Riteniamo, poi, che la contrapposizione
tra stile di vita e fattori ambientali è falsa
anche per un altro motivo, perchè esiste
una interazione tra le sostanze.

Ho voluto parlare di questi problemi in
una sede che ha appunto il compito di legi-
ferare sugli stessi.

Vorrei accennare ancora, se mi viene con-
sentito, a due aspetti.

Per quanto concerne gli istituti di carat-
tere scientifico, non desidero certamente
aprire questo ampio capitolo, ma soltanto
far presente che è necessario procedere a
sanzionare alcune norme di riferimento in
sede legislativa.

L'istituto di carattere scientifico, a mio
avviso ha ragione d'essere perchè mette
insieme in una stessa sede laboratori di ricer-
ca, possibilità terapeutiche e consente di ot-
tenere, quindi, un lavoro contestuale, sem-
pre però che vi siano certe premesse, che
vi siano i posti-letto, che vi sia per questi po-
sti-letto soltanto la riserva di malati a pro-
tocollo, cioè per terapie rare che trovano
la necessità di una concentrazione o che be-
neficano di terapie integrate. Questo può
essere utile, come utile può essere il trasfe-
rimento di protocolli da consegnare a tutto il
comparto della sanità, con una verifica,
quindi, del peso della ricerca sperimentale
integrata e non separata insieme all'assisten-
za, che è in funzione della ricerca.

Questo è l'aspetto che secondo me dovre-
bbe essere verificato e, soprattutto, non la-
sciato a se stante. Molto spesso tali istituti
sorgono inizialmente come frutto di lasciti o
fondazioni. Successivamente essi debbono
però essere inseriti nella riforma; solo allora
infatti si troverà quell'intreccio che qui è
stato da tutti auspicato.

Per quanto riguarda la Lega contro i tu-
mori, riteniamo che può colmare alcune
carenze, che può integrarsi e che può servi-
re anche al Ministero della sanità, alle Re-
gioni e alle unità sanitarie locali per una
sua dinamica che integra la partecipazione

della popolazione alle strutture pubbliche.
Essa può svolgere compiti di informazione e
di educazione sanitaria, di formazione perma-
nente di operatori; può coordinare le atti-
vità delle associazioni volontarie, che molto
spesso assumono un aspetto positivo nel no-
stro Paese in quanto possono servire a por-
tare avanti il discorso su specifici temi.

Infine qui si è parlato di qualità della
vita. Ora qualità della vita non significa
soltanto garantire una vita migliore dal pun-
to di vista della sofferenza, ma anche ga-
rantire che i malati che hanno subito una
mutilazione o che devono essere sottoposti
a terapie possano accedere alle strutture con
facilità, mentre viceversa trovano sempre
delle difficoltà; quindi si deve garantire una
distribuzione di centri contro il dolore nel
nostro paese.

Rispondo soltanto all'ultima domanda che
era stata posta a tutti noi: la possibilità di
uno strumento unitario della prevenzione.
Concordo anch'io sui laboratori privati, pe-
rò voglio dire questo: ci sono in questo cam-
po della prevenzione primaria da recuperare
anche dei ritardi. Infatti non basta dire che
oggi, per esempio, il rapporto alimentazio-
ne-tumori, di cui tutti riconoscono l'impor-
tanza, non ha ancora sbocchi pratici; non
li ha perchè l'impegno di ricerca in questo
campo non è stato sufficiente, così come per
altri aspetti.

Infine esiste oggi una commissione per
la cancerogenesi e mutagenesi. Quali sono
i limiti di questa commissione? È una com-
missione esclusivamente tecnica e non pre-
vede le forze sociali nel suo interno; per
questo motivo l'atto successivo, cioè quello
della valutazione, è carente. C'è soltanto
un'espressione tecnica: i tecnici sono otti-
mi, ma la valutazione, che per la complessità
del rapporto tra rischio e beneficio non può
essere attribuita ai tecnici, deve trovare l'ap-
porto di più soggetti.

Questi sono i limiti di una commissione
che ha svolto e svolge una funzione positi-
va. Si tratta di identificare dove potrà es-
sere collocata, se nell'Istituto superiore di
sanità o nell'Istituto per il lavoro, eccetera.

Si potranno avere invece risposte effica-
ci se si arriverà ad un piano organico che

tenga conto non soltanto di aspetti sanitari, ma di aspetti della didattica e di aspetti anche della ricerca, secondo un progetto efficace.

B I A N C O . Volevo solamente dare un chiarimento ai rilievi del professor Maltoni. Quando parlavo della didattica in rapporto alla ricerca mi riferivo al fatto che è la fase della ricerca che deve avere la precedenza, e non viceversa. Un buon docente deve essere prima un ricercatore, perchè la ricerca fornisce le basi per l'insegnamento. Il problema si ricollega a quello che diceva prima la senatrice Rossanda sulla didattica universitaria in generale. Ciò, secondo me, è dovuto al fatto che la ricerca scientifica in Italia è carente, e lo è per mancanza di fondi, di collegamenti e di strutture. È un gros-

so problema che dovremmo affrontare seriamente.

P R E S I D E N T E . L'importanza del tema e l'appassionato confronto di idee ci ha portato ad un'ora avanzata del pomeriggio. Credo che possiamo terminare questo incontro avvertendo gli onorevoli senatori che i lavori dell'indagine proseguiranno mercoledì prossimo. Ringrazio gli intervenuti e dichiaro conclusa l'audizione.

I lavori terminano alle ore 14,35.

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI
Il consigliere parlamentare delegato per i resoconti stenografici
DOTT. ANTONIO RODINO DI MIGLIONE