

**SENATO DELLA REPUBBLICA**

**VIII LEGISLATURA**

**12<sup>a</sup> COMMISSIONE PERMANENTE**

**(Igiene e sanità)**

**INDAGINE CONOSCITIVA SULLE MALATTIE TUMORALI**

**2° Resoconto stenografico**

**SEDUTA DI MERCOLEDÌ 28 LUGLIO 1982**

**Presidenza del Presidente PITTELLA  
indi del Vice Presidente FORNI**

## INDICE

PRESIDENTE:		
— FORNI (DC) . . . . .	Pag. 44, 46, 53	
— PITTELLA (PSI) . . . . .	31, 39, 61 e <i>passim</i>	
ARGIROFFI (PCI) . . . . .	33, 35, 38 e <i>passim</i>	
BELLINZONA (PCI) . . . . .	52, 63	
CARLASSARA (PCI) . . . . .	51	
CIACCI (PCI) . . . . .	51	
FIMOGNARI (DC) . . . . .	46 59	
GROSSI (PCI) . . . . .	46	
LA RUSSA (MSI-DN) . . . . .	39	
MAGNANI NOYA, <i>sottosegretario di Stato</i> <i>per la sanità</i> . . . . .	61	
MERZARIO (PCI) . . . . .	50	
MITROTTI (MSI-DN) . . . . .	36, 39, 46 e <i>passim</i>	
ROSSANDA (PCI) . . . . .	37, 51, 54 e <i>passim</i>	
CASTELLO . . . . .	Pag. 39, 57	
COVELLI . . . . .	53, 54	
RUSSO . . . . .	53	
SACCANI . . . . .	44	
SACCANI JOTTI . . . . .	45	
SALVATI . . . . .	42, 57, 58	
TERRACINI . . . . .	41, 55	
VERONESI . . . . .	31, 33, 35 e <i>passim</i>	

*Interviene il sottosegretario di Stato per la sanità Magnani Noya.*

*Intervengono, altresì, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, i professori Manuel Adolfo Castello, dell'Università di Roma; Alberto Costa, dell'Istituto di cura dei tumori di Milano; Italo Covelli, del Policlinico di Napoli; Alfredo Lavitola, del Policlinico di Napoli; Nicolino Russo, del Policlinico di Napoli; Ferruccio Saccani, dell'Arciospedale di Reggio Emilia; Gloria Saccani Jotti della Sezione della Lega nazionale per la lotta contro i tumori di Reggio Emilia; Franco Salvati, dell'Ospedale Forlanini di Roma; Benedetto Terracini, dell'Università di Torino; Umberto Veronesi, dell'Istituto di cura dei tumori di Milano.*

*I lavori hanno inizio alle ore 10,25.*

**Presidenza  
del Presidente PITTELLA**

**Indagine conoscitiva sulle malattie tumorali:  
audizione di esperti.**

**P R E S I D E N T E .** L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sulle malattie tumorali. Ricordo che nella precedente seduta del 22 luglio scorso abbiamo ascoltato i professori Bianco, Crespi, Cesare Maltoni, Giancarlo Maltoni, Santi, Stalteri e Tonato.

Procediamo oggi all'audizione di altri esperti.

Ringrazio i professori Castello, Costa, Covelli, Lavitola, Russo, Saccani, Saccani Jotti, Salvati, Terracini e Veronesi per aver accolto il nostro invito di partecipare ai lavori della Commissione.

Do senz'altro la parola al professor Veronesi.

**V E R O N E S I .** Signor Presidente, vorrei iniziare questa esposizione con la presentazione di alcune diapositive che possono servire come base informativa ed ele-

mento di fondo per la discussione che potrà svolgersi.

Queste immagini sono una piccola frazione dell'enorme universo del cancro e devo dire, prima d'iniziare, che siamo tutti molto lieti che il Senato abbia preso questa iniziativa, perchè riteniamo che il problema del cancro stia diventando, come mi pare sia percezione da parte di tutti, non un problema della nostra salute, ma « il » problema.

Dico questo perchè in una recente serie di indagini fatte in molti paesi, in cui con un questionario si chiedeva alle famiglie « qual è il vostro problema oggi », tutti si aspettavano risposte come l'inflazione, la disoccupazione o la possibile guerra nucleare; invece l'80 per cento delle risposte è stato: il nostro problema è quello del cancro. Quindi dobbiamo renderci conto che c'è una enorme aspettativa perchè vengano prese delle iniziative. Presento qualche diapositiva che può dare le dimensioni numeriche e quantitative del problema e anche qualche suggerimento di come ci si può muovere in questo intricatissimo e complessissimo tema.

Ogni anno nel mondo muoiono di cancro dieci milioni di persone; quindi, in un anno, il cancro miete più morti di quanti ne abbia fatti la seconda guerra mondiale. Questa è la vera guerra che noi abbiamo davanti. In Italia i morti per cancro sono 125.000 all'anno, circa un quarto di tutti i decessi. Una persona su quattro, oggi come oggi, muore di tumore e si calcola che negli anni Ottanta una persona su tre sarà colpita da tumore maligno. La cosa importante, tuttavia, è che l'incidenza del cancro, cioè la frequenza dei tumori, aumenta del due per cento l'anno nei paesi occidentali, mentre la mortalità aumenta con una gradualità inferiore: lo 0,9 per cento. Le due curve, quindi, dal 1900 ad oggi hanno subito questa divaricazione e questo è un dato molto importante, perchè se nonostante l'aumento dell'incidenza, la mortalità aumenta di una frazione inferiore, vuol dire che c'è una quantità sempre maggiore di casi che vengono curati. La differenza in questa forbice è la frazione di casi che, pur ammalandosi, non muoiono e

vengono curati. Come vedete, oggi circa il 40 per cento della totalità viene curata; agli inizi del secolo nessuno veniva guarito. Noi pensiamo che questo aumento della guaribilità tenda a crescere. Come ho detto, un quarto dei morti nel nostro paese è dovuto al cancro e possiamo dire che si tratta proprio di una diffusione quasi epidemica. La mortalità è aumentata, anche se non in maniera molto accentuata; dal 1960 al 1980 si è passati da 150 casi per centomila abitanti l'anno a 230 casi circa l'anno. Una cosa importante è che noi siamo abituati a parlare di cancro in generale; in realtà la nostra tendenza e il nostro suggerimento è che si parli di diversi tipi di cancro; non si può parlare di carcinoma in genere, ma bisogna parlare di carcinoma dello stomaco, di carcinoma della mammella, di carcinoma polmonare, di leucemia e così via, perchè ognuno di questi ha caratteristiche biologiche, comportamentali, istologiche, di diffusione, di guaribilità totalmente diverse. Sono, in altre parole, malattie che hanno in comune solo un certo carattere di proliferazione cellulare, ma che dal punto di vista pratico di espressione patologica sono totalmente diverse l'una dall'altra. Infatti uno degli aspetti è quello epidemiologico e la frequenza di alcuni tumori è stazionaria, alcuni sono addirittura in diminuzione. Tutti sanno che il tumore dello stomaco, che era quello più frequente negli anni Trenta, oggi sta fortemente diminuendo e negli Stati Uniti si prevede addirittura la sua totale scomparsa entro dieci anni. È in diminuzione anche il carcinoma del collo dell'utero, però sfortunatamente altri hanno preso il loro posto e soprattutto quello polmonare, che ha assunto delle proporzioni enormi e un incremento vertiginoso. Se non ci fosse quest'ultimo, tutti i tumori sarebbero globalmente in diminuzione. Il problema del cancro, quindi, oggi sarebbe in fase di lenta e parziale risoluzione, ma è mantenuto, dal punto di vista della frequenza e della mortalità, a livelli elevati dalla presenza di questa insidiosa e gravissima malattia che è il carcinoma polmonare.

Un'altra ragione per tenere differenziati i tumori l'uno dall'altro è l'enorme differenza

di guaribilità: mentre il cancro dell'utero e quello della mammella raggiungono insieme il 60-70 per cento di curabilità, altri non guariscono quasi mai perchè a tutt'oggi non vi sono mezzi efficaci per combatterli.

Vediamo il miglioramento delle guarigioni; in alcuni casi, purtroppo, non c'è stato un miglioramento (pancreas, stomaco e polmoni) negli ultimi anni; per altri, i linfomi ad esempio, cioè tumori che prendono origine dalle ghiandole linfatiche, c'è un balzo in avanti che va dal 30 per cento di guaribilità nel 1960 al 60 per cento negli anni Ottanta. C'è stata una vera rivoluzione nell'ambito della terapia di queste malattie. Anche il carcinoma della mammella ha fatto riscontrare un notevole incremento e a parità di stadio della malattia si è passati, come guaribilità, dal 45 per cento a quasi il 60 per cento. Il tumore del testicolo, quasi costantemente mortale, che solo venti anni fa aveva una guaribilità del 25 per cento, oggi guarisce in una forte percentuale dei casi e noi prevediamo che fra dieci anni non rappresenti più un problema grave per il paziente, poichè speriamo che possa raggiungere il 90 per cento di guaribilità. Anche la leucemia acuta, nonostante sia ancora una malattia gravissima, ha fatto registrare dei miglioramenti; una malattia che era inesorabilmente considerata mortale sino a pochi quinquenni fa, oggi riesce ad essere controllata intorno al 20-30 per cento dei casi e riteniamo che per il futuro ci sia molto spazio per conquistare ulteriori progressi.

Qualche dato: 210.000 persone che si ammalano di tumore ogni anno, 100.000 che devono essere curate per recidive della malattia comportano dieci milioni di giornate di degenza con un costo assistenziale complessivo che si aggira intorno ai 1.200 miliardi di lire. Si calcola che altri mille miliardi possano essere considerati come costo aggiuntivo legato alla caduta della produttività da parte di questo esercito di pazienti, quindi il costo per il paese si aggira intorno ai duemila miliardi ogni anno.

Uno dei problemi di interesse anche politico è l'enorme divario che esiste nel nostro paese in questo campo tra zone diverse. Se vi sono delle città e delle regioni bene at-

trezzate, anche all'avanguardia, vi sono delle larghe sacche di arretratezza sanitaria, soprattutto nel campo dei tumori, che portano ad un divario considerevole che è alla radice di questi fenomeni dolorosi di emigrazione di famiglie intere di pazienti, da una parte all'altra del paese alla ricerca di una terapia migliore. Ma quello che è ancora più grave è che questa emigrazione non è solo interna, perchè ogni anno un flusso di pazienti si reca in altri paesi, flusso valutabile intorno ai 10-15.000 pazienti l'anno (quindi una quantità considerevole) che rappresenta un fatto certamente grave per un paese civile che vede i propri pazienti di malattie più serie dover ricorrere a terapie all'estero perchè non si è in grado, o così ritiene il paziente, di predisporre cure adeguate in Italia.

Voglio presentare questa diapositiva perchè quando recentemente sono stato all'*Institut Gustave Roussy*, che è uno dei tanti istituti oncologici francesi, ho notato come proprio per far fronte a questa massa di cancerosi emigrati dall'Italia hanno dovuto addirittura fare dei reparti appositi, con personale che parla italiano, con infermieri che parlano italiano. Hanno anche predisposto un rapporto annuale, nel caso del *Roussy* addirittura mensile, su questi emigrati. Ciò per noi rappresenta oltre che un fatto doloroso, anche un motivo di frustrazione; perchè noi che siamo coinvolti nella lotta a questa malattia ci rendiamo conto di non essere in grado di curarla, o quanto meno di non essere in grado di soddisfare le necessità del nostro paese.

A R G I R O F F I . Quanto ci costa questa emigrazione?

V E R O N E S I . Diecimila persone ogni anno, con una retta ospedaliera, non onnicomprensiva come da noi, di 400.000 lire giornaliere per venti giorni, il calcolo è presto fatto. Si tenga conto che tutta la ricerca sul cancro costa all'Italia intorno ai dieci miliardi. Ho volutamente presentato questa diapositiva alla Commissione perchè c'è un interesse politico a questo problema e que-

sto interesse non è soltanto nei riguardi dell'oncologia e di questo doloroso fenomeno migratorio, ma proprio nell'essenza della riforma sanitaria vissuta dal pubblico: non è un problema burocratico, amministrativo, è un problema di miglioramento dell'assistenza, di miglioramento delle guarigioni; la percezione da parte della popolazione di questa messianica rivoluzione sanitaria era che si potesse essere curati meglio e il cancro è il punto di riferimento.

Dicevo che l'impegno per il cancro, se affrontato seriamente e correttamente, credo possa dare un grande impulso all'attuazione della riforma sanitaria.

Che cosa succede fra i pazienti affetti da tumore? Il 35 per cento, globalmente, viene recuperato; il grafico che vi presento è di qualche anno fa e quindi questo 35 per cento oggi può essere tranquillamente portato al 40 per cento; c'è un 20-25 per cento di malati che sono persi perchè la malattia è certamente incontrollabile: coi mezzi a nostra disposizione oggi non saremmo in grado di controllare questa situazione; si tratta di pazienti che potranno trovare una soluzione solamente se potremo finanziare la ricerca sul cancro. Ci sono poi queste due parti, indicate in giallo e in rosso nella diapositiva, che potrebbero essere l'argomento di fondo di un'azione politica. Il 20 per cento viene perso perchè la terapia che è stata applicata non è stata adeguata; il 25 per cento viene perso perchè il paziente è arrivato troppo tardi. Si tratta quindi di una frazione non trascurabile di casi e anche se questi dati si riferiscono ad una soluzione ideale non facilmente raggiungibile, una parte di questo 45 per cento dovrebbe, con mezzi adeguati, essere recuperata. Se potessimo recuperare anche soltanto il 20-30 per cento di questo 45, già arriveremmo ad una guaribilità dei tumori abbastanza soddisfacente.

A R G I R O F F I . Come gioca la prevenzione?

V E R O N E S I . La prevenzione gioca nell'impedire che la malattia si manifesti. E torno al discorso di fondo. Che cosa pos-

siamo fare? Quali sono gli strumenti disponibili? Il primo è la prevenzione primaria, cioè l'eliminazione di fattori causali, conosciuti o ipotizzati, che possano condurre a una diminuzione della frequenza della malattia, a impedire che la malattia si manifesti. Però devo dire che se anche oggi fossimo in grado, miracolosamente, di eliminare tutti i fattori cancerogeni ambientali, non avremmo ugualmente risolto il problema. Innanzitutto c'è una frazione di tumori che non è dovuta a cause ambientali; non dimentichiamo che il cancro è una malattia antichissima, presente ancor prima dell'uomo (tumori sono stati trovati nelle ossa di un dinosauro del periodo mesozoico) e i tumori erano già ben conosciuti e spiegati ai tempi della civiltà assirobabilonense, quando non c'era industria chimica, non c'era inquinamento e quindi non si poteva parlare di una cancerogenesi di matrice industriale. Esiste certamente una cancerogenesi naturale: è noto che nell'Africa del Sud tra la popolazione negra c'è un'enorme quantità di carcinomi primari del fegato dovuti in gran parte al tipo di alimentazione, cioè ad arachidi che contengono una muffa che provoca il cancro (l'aflatossina); in Giappone esistono aree di grande presenza di tumori dello stomaco, legati a fattori in gran parte sconosciuti.

Ciononostante, la prevenzione primaria è senz'altro un obiettivo fondamentale.

Peraltro, il secondo grande problema di tale prevenzione è che se anche oggi fossimo in grado di eliminare tutti i cancerogeni, sia ambientali che naturali, per almeno altri dieci anni continueremmo ad avere la stessa frequenza di tumori. In altre parole la contaminazione con un cancerogeno porta ad un tumore dopo un lungo periodo latente; ossia se oggi mi contamina con un cancerogeno, il cancro mi verrà tra dieci anni. Quindi, pur eliminando tutti i fattori cancerogeni, per altri dieci anni continueremmo ad avere i risultati della contaminazione: non è da aspettarsi un risultato immediato, ma è un'azione indispensabile, fondamentale, prioritaria, anche se a lungo termine.

Certamente un'azione indispensabile e fondamentale potrà essere portata avanti solo con una strategia a lungo termine. Oggi ipotizziamo che l'80 per cento, forse più, dei tumori è dovuto a cause ambientali e quindi il problema della prevenzione è quello di ricercare le cause ambientali, capire il loro meccanismo d'azione e il loro modo di agire in questa direzione. Dico capire il meccanismo d'azione perchè una delle più importanti linee di ricerca oggi è proprio quella di bloccare il cancerogeno nell'organismo. Quest'ultimo entra nell'organismo, subisce una certa trasformazione metabolica e quindi provoca il danno a livello cromosomico che scatena la malattia. Una delle grandi linee di ricerca, sapendo che è difficile eliminare i cancerogeni dall'ambiente, è quella di ricorrere a degli antidoti che, introdotti nell'organismo, possano bloccare il cancerogeno nel suo percorso; essa si chiama anticancerogenesi e sta avendo oggi un grande sviluppo. Il problema principale è quello di trovare delle sostanze adatte allo scopo; recentemente c'è stata una grossa esplosione di interesse per i derivati della vitamina A che, in condizioni sperimentali, hanno dimostrato, somministrati ad animali in laboratorio, di essere in grado di impedire le trasformazioni cellulari dovute ai cancerogeni. Hanno quindi un'azione di blocco, di vera prevenzione perchè impediscono che il carcinoma si manifesti.

Un'altra fondamentale linea di ricerca è quella della diagnosi precoce; c'è una frazione di pazienti che vengono persi perchè i tumori vengono individuati troppo tardi e questo è in molti casi il più incidente fattore negativo.

Esiste una gran parte di tumori maligni che non danno alcun segno di sè e che, alla loro formazione, rimangono totalmente e subdolamente occulti. Gran parte delle altre malattie danno un segnale della loro presenza, ad esempio una febbre elevata, un dolore, un malessere, qualche segno che può richiamare validamente l'attenzione del paziente e del medico; il tumore invece si sviluppa in maniera asintomatica e si manife-

sta solo quando ha raggiunto una certa dimensione. Ecco perchè la nuova tendenza non è più quella di attendere che il tumore dia dei sintomi per poterlo individuare e curare, ma di andarlo a cercare nella persona che non ha sintomi: questa si chiama diagnosi preclinica. Si tenta, con indagini di massa, di andare a ricercare un ipotetico tumore in popolazioni in cui si presuppone che ci sia un elevato rischio di presenza della malattia; si cerca cioè di individuare precocemente, agendo su intere zone geografiche e grandi filoni di sviluppo, la possibilità percentuale di insorgenza del tumore. Lo scopo finale è quello del miglioramento dei mezzi di cura.

Sulla cancerogenesi dell'uomo si può affermare che ci sono due grandi fonti di inquinamento (tabacco e alcool), anche se una divisione pratica che permetta poi di studiare interventi per scoprire da dove provengano le cause di malattia a cui la popolazione è esposta (ad esempio sul posto di lavoro, o a causa delle acque, o per raggi cosmici, o a causa di inquinamenti ambientali, in cui cioè il comportamento individuale è di poco conto) può essere solo di controllo e di tipo legislativo.

C'è una cancerogenesi, diciamo così, ambientale ed una cancerogenesi da consumo, dovuta ad esempio all'abuso di fumo di tabacco. In quest'ultima frazione di cancerogenesi è importante non solo la prevenzione medica e sociale, ma anche l'educazione individuale. Perciò una strada per intervenire positivamente contro i tumori è quella di una adeguata formazione ed educazione al riguardo. Un esempio che tutti conoscono ma su cui non si parla mai abbastanza è che si spendono ogni anno seimila miliardi in fumo di sigarette.

**A R G I R O F F I.** Lei ha parlato di cancerogenesi dovute a radiazioni, ma mi pare che ci sia un dato storico importante che forse lei dovrebbe approfondire: quanti casi di cancerogenesi esistono, ad esempio, nelle zone colpite dalle esplosioni nucleari?

**V E R O N E S I.** I dati in proposito sono stati molto pubblicizzati e non vale la

pena di ripeterli qui. Le radiazioni non provocano tutti i tipi di tumore, ma prevalentemente leucemie, tumori della mammella e della tiroide. Questi sono i tre grandi tipi di tumore riscontrati nelle aree interessate da esplosioni nucleari.

I carcinomi della tiroide nei bambini che erano sottoposti, da neonati, ad una irradiazione del timo per ipertrofia del timo, fanno parte della cancerogenesi medica. Intorno agli anni Cinquanta-Sessanta era molto di moda irradiare i bambini, quando nascevano col timo molto grosso che creava degli ostacoli respiratori. L'irradiazione portava ad una riduzione della massa timica ma i risultati negativi, purtroppo, si sono visti solo dopo molti anni: questi bambini andavano incontro ad un carcinoma della tiroide.

Ho già parlato del problema delle terapie che non sono considerate adeguate nel nostro paese, come in molti altri paesi del mondo, perchè l'evoluzione della cancerologia clinica è stata rapidissima negli ultimi dieci anni — una vera rivoluzione dal nostro punto di vista — ma non è stata seguita con altrettanta rapidità dal miglioramento delle strutture mediche. Per una buona frazione di questo secolo la chirurgia era l'unico trattamento per i tumori; solo dopo un certo anno si è aggiunta la radioterapia. Si potevano così combinare queste due terapie. Dopo gli anni Sessanta è intervenuta la chemioterapia. Oggi non si ritiene di poter curare adeguatamente i tumori se questi tre mezzi terapeutici di cura — chirurgico, radioterapeutico e chemioterapico — non vengono combinati, coordinati e utilizzati al massimo delle loro potenzialità attraverso una sapiente distribuzione del loro ruolo in maniera simultanea e conseguenziale.

Tali terapie combinate si applicavano nel 1980 ad almeno il 60 per cento dei pazienti con tumore; oggi siamo arrivati al 90 per cento. In seguito a ciò il programma e la decisionalità del processo terapeutico, invece che dipendere da una scelta individuale, viene a dipendere da un insieme di competenze e di decisioni. Perciò, per raggiungere un certo iter decisionale, bisogna creare delle strutture che permettano

a queste esigenze di realizzarsi; non basta più negli ospedali la struttura attuale basata sull'autonomia decisionale totale — perchè questa è la legge — del primario che ha in cura quel paziente in quel momento, ma occorre qualcosa che permetta che il paziente sia salvaguardato da questa decisione individuale — che può essere giustissima ma anche sbagliata — attraverso una struttura dipartimentale che obblighi l'istituzione a creare un piano terapeutico concordato per ogni paziente con tumore. Ciò può sembrare una cosa banale e semplice ma, nella realtà dei fatti, oggi avviene che raramente questa decisione collettiva si realizzi.

**MITROTTI.** Quali le motivazioni che hanno portato all'abbattimento percentuale dell'intervento con chirurgia e radioterapia e ad una fase stazionaria per le altre terapie?

**VERONESI.** A mio parere non sarebbe desiderabile che vi fossero soltanto la chirurgia o la radioterapia.

**MITROTTI.** Non mi riferivo alla terapia combinata, quanto alle considerazioni che hanno indotto gli operatori del settore a rinunciare a questi tipi di terapie.

**VERONESI.** In realtà non si possono paragonare le terapie individuali e quelle combinate, perchè queste ultime sono nate per rispondere ad esigenze diverse. Diciamo che nei tumori ci sono tre grandi aree di interessamento. Una è la chirurgia e, in effetti, per curare il tumore forse basterebbe la sola chirurgia; ma c'è poi un'area che chiamiamo « regionale » che segue la strada della crescita e dello sviluppo del tumore a cui fa seguito una fase « generale » che si interessa delle ripercussioni di fondo sull'organismo colpito da tumore. A questo punto avviene che, se la chirurgia può essere in grado di dare buoni frutti quando il tumore è molto localizzato, qualche volta non è in grado di rimuovere tutte le situazioni ed ecco che la radioterapia si affianca al trattamento chirurgico con un trattamento dell'apparato linfatico. Per controllare la malattia a distanza, cioè le cellule che sono arri-

vate ad esempio nel fegato o nelle ossa, occorre una terapia generale che non è una terapia nè chirurgica nè radiologica, ma è una terapia medica. Ecco che le tre terapie hanno delle funzioni diverse che danno il massimo dei risultati quando vengono combinate tra di loro. All'interno di questo schema generale ci sono altre situazioni ancor più interessanti, ad esempio quando la stessa radioterapia può prendere il posto della chirurgia per ridurre l'intensità dell'intervento.

Uno dei nostri principali obiettivi è quello di migliorare le percentuali di guarigione. Ma c'è poi un secondo obiettivo di grossa importanza che è quello di migliorare la qualità della cura, se non addirittura riuscire ad evitare l'amputazione (della mammella ad esempio). Questo è un obiettivo importante perchè evita il grave danno psicologico di una mutilazione che certamente deteriora la qualità della vita. Quindi, è importante che tutte le divisioni in un ospedale concentrino i loro sforzi creando una struttura permanente che può fare capo ad un centro di oncologia clinica che permetta di coordinare le terapie e renderle più efficaci.

C'è un elenco di inadeguatezze di trattamento negli ospedali che vanno ricondotte a delle carenze organizzative che, credo, tutti conosciamo perchè conosciamo la difficoltà del nostro sistema sanitario ad adeguarsi al progresso delle conoscenze.

Ho presentato questa diapositiva proprio in funzione di quello che dicevo prima, cioè della necessità di un trattamento coordinato e combinato: la Francia, l'Unione Sovietica, la Polonia e l'ultimissima legislazione americana, hanno creato una rete di centri antitumorali (in Francia sono 25 divisi in maniera dipartimentale, quindi in modo strettamente geografico) che hanno lo scopo di concentrare quella parte di patologie tumorali che più di altre hanno la necessità di trattamenti combinati; in queste istituzioni una frazione di pazienti viene concentrata in modo da avere una massima utilizzazione di apparecchiature molto sofisticate e complesse ed è noto quanto queste costano e quanto sia inutile distribuirle in tanti ospedali; si concentrano quindi le competenze, si concentrano dei laboratori per studiare a



fondo ogni tipo di tumore in maniera molto sofisticata col risultato finale di migliorare la qualità dei trattamenti. Questa è una delle ragioni per cui la Francia è all'avanguardia in questo campo ed è un punto di richiamo per i pazienti non solo dall'Italia. Naturalmente queste istituzioni hanno anche compiti di ricerca, come previsto dalla vecchia legge del 1946, una delle prime del presidente De Gaulle.

Tuttavia, le percentuali di guarigione sono difficili da stabilire e il confronto è difficile perchè gli ospedali non danno dati. Peraltro, sempre in Francia, c'è una federazione dei centri antitumorali che pubblica ogni anno un grosso documento sui risultati ottenuti circa le guarigioni, le sopravvivenze, eccetera e devo dire che sono dati molto importanti che dimostrano come si sia ai livelli di maggior redditività dell'intervento sanitario.

R O S S A N D A . Tutta la rete ospedaliera francese è superiore alla nostra.

V E R O N E S I . Una struttura identica c'è, per esempio, in Unione Sovietica, dove, in maniera anche ingiusta secondo me, tutti i pazienti con tumori devono essere ricoverati in istituti oncologici: c'è una legge molto radicale, come è possibile in un paese a pianificazione diretta, che comporta l'ospedalizzazione solo in istituti oncologici. Nonostante io diriga un istituto oncologico, non vedo la necessità che ciò avvenga: è necessario soltanto per una certa frazione di pazienti. Preciso che i 25 centri oncologici francesi ricoverano circa il 30 per cento di tutti i cancerosi francesi: si tratta di centri di dimensioni medie, con 200, 300 massimo 600 letti.

In quella diapositiva che ho mostrato prima c'è una frazione di casi che non controlliamo e non possiamo controllare in nessun modo e qui torna ad essere importante il problema della ricerca: dobbiamo essere consapevoli che il problema del cancro verrà risolto dalla ricerca; si possono fare dei grandi sforzi nel campo assistenziale, ma è sempre una lotta impari, costosa, mentre la ricerca può, da un giorno all'altro, risolvere

tutti i problemi se avremo fortuna e se avremo anche le intuizioni. Però per fare ricerca bisogna anche investire; non si può pensare che i ricercatori nascano e proliferino senza una politica della ricerca. Gli Stati Uniti si sono messi all'avanguardia col *Cancer Act*, una legge speciale contro il cancro, che prevede fra l'altro quei famosi centri oncologici in numero di circa 40. Per quanto riguarda la ricerca in quel paese si prevede un finanziamento notevole: intorno ai 2.000 miliardi; gli altri paesi sono profondamente lontani, anni luce addirittura, dagli Stati Uniti, però tutti si barcamenano intorno ai 150-200 miliardi di lire, e la Francia sui 100 miliardi soltanto per la ricerca oncologica. L'Italia è sui 15 miliardi l'anno. Voglio dare un'idea delle dimensioni: negli USA 44 miliardi di dollari rappresentano il totale della spesa per la ricerca per il campo delle malattie tumorali; in proporzione, gli stanziamenti non sono certo trascurabili. È da tenere presente come in Italia non ci sia ancora una coscienza oncologica, cioè la percezione che il problema del cancro deve essere affrontato e risolto in futuro dalla ricerca. I finanziamenti sono tuttavia notevolmente aumentati; c'è stato un certo risveglio negli ultimi anni. Siamo però partiti quasi da zero, perchè nel 1970 non c'erano finanziamenti, se non sporadici, attraverso i canali universitari; oggi siamo arrivati ai 15-20 miliardi l'anno. È aumentato anche il numero dei ricercatori: oggi ci sono circa 1.200-2.000 laureati che si occupano esclusivamente di cancro. Questa che vi presento è la distribuzione dei fondi: gran parte viene dal Consiglio nazionale delle ricerche, circa l'80 per cento, poi via via tutti gli altri, compresa l'Associazione italiana per la ricerca sul cancro (AIRC) che è una istituzione privata che raccoglie circa due miliardi l'anno.

Nonostante l'esiguità dei finanziamenti, la ricerca italiana ha dato molta soddisfazione ai ricercatori. I ricercatori sul cancro italiani sono molto conosciuti nel mondo per una serie di scoperte e contributi importantissimi. Innanzitutto la scoperta delle antracicline, i farmaci oggi più potenti del mondo nella lotta al cancro. Anche il medrossipro-

12<sup>a</sup> COMMISSIONE

2° RESOCONTO STEN. (28 luglio 1982)

gesterone è stato scoperto in Italia; tutto il problema della chemioterapia aggiuntiva nel cancro della mammella è stato proposto dall'Italia; l'unico studio importante sulla possibilità di eliminare la mastectomia è stato fatto in Italia e questo ha avuto risonanza mondiale; l'ABVD è una nuova formula per i linfomi maligni che sta superando quella americana del MOPP; la terapia perfusionale con ipertermia è italiana ed è stata scoperta proprio qui a Roma; gli studi sui melanomi sono oggi a un punto tale che non c'è programmazione nel mondo che non faccia riferimento agli studi italiani.

ARGIROFFI. Come mai tanta differenza con gli americani, pur dotati di tanti mezzi?

VERONESI. C'è una ragione; gli americani hanno investito gran parte delle loro risorse nella ricerca di base. In un paese più povero come il nostro si è investito nella ricerca sui pazienti e dirò anche che siamo stati fortunati e abbiamo avuto intuito; adesso gli americani si sono accorti che non si può più sperimentare solo sugli animali di laboratorio: la grande illusione degli ultimi 50 anni è stata fidarsi troppo del modello sperimentale. Il topolino che era stato il punto di riferimento per tutte le ricerche sui tumori fino a qualche anno fa è stato abbandonato perchè oggi è possibile coltivare in laboratorio le cellule umane.

Noi italiani siamo stati tra i primi nel mondo ad avere questa coltura. Oggi l'Italia è avanzata in questo campo; infatti, molti laboratori hanno le colture in vitro di cellule tumorali di pazienti a cui è stato somministrato un certo farmaco, per capire, dalla reazione, se, per quel tipo di tumore, esso sia efficace.

Abbiamo la fortuna, non soltanto qui in Italia, ma in tutta l'Europa, di avere una grande eterogeneità di pazienti. I dati italiani sono omogenei nonostante le nostre lamentele; infatti in tutti gli Stati americani ormai il trattamento e lo studio dei vari casi, è reso difficile dalla presenza di una struttura privatistica medica. Anche nelle grandi

strutture noi verremmo ad avere una maggiore omogeneità nei programmi.

Al *Memorial Hospital*, che è il più grande centro oncologico d'America, non si riesce ad avere un coordinamento ed una cooperazione ragionevoli perchè ogni chirurgo ha il suo paziente, e ciascuno non accetta l'idea di una politica terapeutica coordinata. Ciò è dovuto ad un sistema sanitario ospedaliero basato direttamente su una struttura privatistica individuale. Ogni medico ha il suo paziente che desidera curare, senza interferenze di altri medici, specialmente il paziente più grave; la terapia sarà senz'altro efficace (peraltro già molto avanzata negli Stati Uniti) ma non si presta alla ricerca su grande scala perchè ogni malato viene curato con metodi diversi dagli altri.

Abbiamo poi il problema dei ricercatori, tutti lo conoscono. Molti vengono bloccati in questa grande compagine che invecchia e simultaneamente si creano dei grossi conflitti individuali perchè non vi sono posti adeguati e sufficienti, per cui se a 30 anni andava bene un posto di assistente, a 45 no. D'altra parte non tutti possono diventare primari, non tutti possono diventare direttori. C'è quindi una conflittualità repressa. Vi è una frammentazione della ricerca in molte istituzioni burocratiche diverse e complesse e questo non penso debba sussistere. Per avere un buon ricercatore occorrono molti anni, quindi non possiamo pretendere di inserire un giovane nel campo della ricerca se non siamo sicuri di tenerlo dieci anni per ottenere dei risultati apprezzabili (bisogna tenere presente che per avere un buon ricercatore ci vogliono almeno cinque anni); per fare questo è necessario un finanziamento adeguato. Ecco perchè se non ci sono i finanziamenti, non si può andare avanti; con questi fondi *una tantum* si torna indietro: a cosa ci servono infatti dieci miliardi in una volta sola? Preferiamo un finanziamento continuo molto più modesto ma progressivo che ci permetta di creare le strutture e di reperire il personale. Quando il Consiglio nazionale delle ricerche ha presentato un progetto finalizzato, nel 1979 dopo molti anni di preparazione, siamo riusciti a attuarlo con ricercatori ita-

liani che ci hanno permesso di avere dei dati chiari e decifrabili.

Credo di avere utilizzato al massimo tutti i ricercatori che erano disponibili per questa avventura. Presenterò una bozza di programma che è il risultato di uno studio che ho fatto recentemente su richiesta del Ministro della sanità e che mi auguro in futuro possa diventare operante. Ho preparato questi programmi che sono in buona parte ricavati anche dal lavoro di una Commissione nominata dal Ministro della sanità circa due anni fa e della quale faceva parte anche il professor Terrcini qui presente; ho portato delle copie di questo lavoro e le ho distribuite ai presenti. In esso, vengono proposti una serie di provvedimenti nel campo della prevenzione primaria:

1) nuovi registri tumore (almeno uno al Centro ed uno al Sud); 2) costituzione di uffici regionali per il controllo del rischio cancerogeno ambientale; 3) un'azione più efficace contro il fumo di sigaretta; 4) estensione del PAP-test a tutta la popolazione femminile in modo da renderlo quasi obbligatorio al fine di eliminare quasi totalmente la mortalità in questo tipo di tumore; 5) diffusione sistematica della pratica dell'auto-palpazione del seno creando una campagna su questo metodo di diagnosi precoce; 6) studi pilota per la diagnosi precoce del tumore del colon-retto tramite ricerca del sangue occulto nelle feci.

Infine, al punto 7 e al punto 8, si fa riferimento alla creazione e alla istituzione (a livello sperimentale) di un dipartimento di oncologia clinica in ogni regione.

Oggi non esiste in Italia neanche un grosso ospedale che funzioni in modo serio e bene organizzato in materia di oncologia clinica. Torno a ripetere che ogni tipo di tumore è diverso dall'altro e ciascuno deve essere curato interdisciplinariamente; negli ospedali esistono dei progetti in tal senso. Per la lotta contro il cancro, bisogna creare le basi per migliorare quelle strutture che per adesso funzionano solo parzialmente, come le strutture sociali, economiche e culturali.

È molto difficile preparare un programma unificato con altri paesi che, come gli Stati Uniti, hanno creato una organizzazione che fa dei protocolli di diagnosi e di terapia diversi dai nostri. Praticamente gli Stati Uniti vanno avanti per conto loro. Perché si possa rendere operativo questo programma generale è bene prendere in esame separatamente ciascuno degli otto punti nei quali è stato suddiviso.

**P R E S I D E N T E .** Ringrazio il professor Veronesi per l'interessante esposizione che ci ha voluto fare.

**L A R U S S A .** Vorrei chiedere chiarimenti al professor Veronesi in ordine ai dati da lui forniti.

**A R G I R O F F I .** Anche io ritengo opportuno avere dei chiarimenti.

**M I T R O T T I .** Desidero porre al professor Veronesi talune questioni in relazione a quanto abbiamo udito e visto.

**P R E S I D E N T E .** Prima di dare la parola ai colleghi che intendono porre quesiti al professor Veronesi in ordine al suo intervento e alle diapositive che ci ha mostrato, ritengo opportuno ascoltare gli altri professori che partecipano alla audizione.

Do pertanto la parola al professor Castello, che so essersi interessato da molti anni di questa problematica, perchè ci dica se in particolare i numeri e i parametri che abbiamo visto in questa panoramica che ci è stata proposta, corrispondono anche alla prima decade di età e cioè all'età infantile. Prenderanno successivamente la parola gli altri esperti.

**C A S T E L L O .** Credo di essere l'unico oncologo pediatra nel gruppo di persone presenti in quest'aula oggi; vorrei dire che nel mio campo le cose sono diverse. L'idea che il tumore possa colpire anche i bambini viene inconsciamente respinta persino da noi me-

dici: questa è una delle cause che spesso porta ad una diagnosi tardiva della malattia. Le statistiche sull'incidenza dei tumori infantili sono diverse da quelle che ci ha esposto il professor Veronesi. Non abbiamo delle cifre esatte in Italia; ci possiamo basare su dati e percentuali di altri paesi e rapportarli all'Italia. Secondo queste statistiche si rileva che l'incidenza delle neoplasie maligne in età pediatrica varia da 10 a 16 casi per 100.000 soggetti al di sotto dei 15 anni. Circa 12 milioni di bambini al di sotto dei 15 anni fanno parte della popolazione italiana, quindi avremmo un numero totale di nuovi casi di tumore all'anno di 1.800. Questi casi vengono trattati normalmente per un periodo di due anni e controllati per altri tre. Ciò vuol dire che il gruppo di bambini sotto terapia e fuori terapia in periodo di controllo nel nostro paese è costituito da circa 5.000 soggetti.

Dunque, i tumori infantili sono relativamente rari, ma costituiscono la principale malattia causa di morte dei bambini. E questo già ci dà una idea dell'importanza del problema.

Bisogna dire che i tumori che colpiscono l'infanzia sono molto diversi da quelli che colpiscono l'adulto. Se facciamo un esame sull'origine dei tumori dell'adulto, vediamo che l'85 per cento — cioè la stragrande maggioranza — proviene dall'ectoderma, mentre il 90 per cento circa dei tumori infantili proviene dai tessuti di sostegno, dal mesoderma: quindi, i tumori risultanti sono completamente diversi.

Abbiamo sentito parlare prima di carcinoma. Nel bambino, la parola carcinoma è quasi sconosciuta, è una rarità. Abbiamo, per un terzo dei casi le leucemie, e poi i tumori del sistema nervoso centrale, neuroblastomi, nefroblastomi, linfomi, sarcomi, eccetera.

Tutto ciò sta a significare che le terapie sono molto differenti, già solo per il fatto che i tipi di tumore nel bambino sono diversi. Ed è diversa anche la distribuzione a seconda dell'età. Mentre nell'adulto il tumore tende a prevalere man mano che l'età progredisce, nel bambino il grosso dei tumori

(46 per cento) si ha nei primi quattro anni di vita.

Sono differenti anche le persone che devono trattare il bambino, vale a dire l'*équipe* che si deve occupare di questi casi. Il bambino deve essere curato, seguito da un oncologo pediatrico; deve essere operato da un chirurgo pediatrico; se fosse possibile, dovrebbe anche esistere il radiologo pediatrico ed il patologo pediatrico. Questo risultato si raggiunge invece solamente in pochi centri specializzati. Ci deve essere, poi, più personale paramedico specializzato che sappia aver a che fare con il bambino e con i genitori del bambino: un altro aspetto, questo, che non ha rilevanza nella cura dei tumori degli adulti.

Quando si parla delle differenze fra l'adulto ed il bambino, c'è da sottolineare anche i notevoli problemi psicologici riguardanti il bambino ed i genitori nei casi che vanno dalla malattia cronica alla morte. È già più o meno stabilito ciò che si deve dire a seconda delle varie età, anche perchè, talvolta, il bambino immagina cose peggiori di quelle che succederanno in realtà.

Vediamo, dunque, quali interventi si possono fare e dove si può agire per modificare le cose. Una delle cose più importanti è fare ciò che diceva il professor Veronesi riguardo ai centri: bisogna individuare il numero dei centri che devono trattare il bambino, e che devono avere la « superspecializzazione » dell'oncologia pediatrica. Altrimenti, può succedere ciò che ho sentito alcuni anni fa a Firenze in una riunione su chirurgia neonatale, cioè che se si creano tanti centri di chirurgia neonatale, ci sarà un chirurgo che opererà un solo neonato l'anno. E se si continua ad aumentare il numero dei centri di oncologia pediatrica, alla fine vedremo pochissimi malati l'anno, e nessuno riuscirà a curarli bene, nessuno riuscirà a fare dei protocolli di terapia standardizzata.

Quindi, in primo luogo occorre individuare quali sono i centri e potenziarli. In secondo luogo si potrebbe predisporre un programma di divulgazione dei sintomi dei tumori infantili, ai fini della possibilità della diagnosi precoce. Credo che, per ora, in on-

ologia pediatrica non si possa fare molto di più. Ci sono alcuni tumori (come il neuroblastoma, che è un tumore secernente) per i quali si potrebbe fare il *dépistage* precocemente, attraverso il dosaggio delle catelcolamine urinarie.

Dobbiamo arrivare alla diagnosi precoce, che è oggi il modo migliore per prevenire tutti i tipi di tumore, specialmente quelli del bambino, e dobbiamo cercare di incanalare i bambini colpiti nei centri idonei, che trattino solo il paziente pediatrico.

Vorrei far avere alla Commissione un nostro opuscolo di divulgazione, per mostrare cosa è stato fatto negli ultimi anni. Per alcuni tumori e per le leucemie (come ci ha fatto vedere il professor Veronesi, anche se la tabella riguardava sia gli adulti che i bambini), la sopravvivenza è passata da quasi zero a circa il 30 per cento nei centri idonei che trattano queste malattie. Ma anche per altri tumori infantili vi sono stati dei progressi enormi; siamo passati dall'8 per cento di sopravvivenza nel 1914 a più dell'80 per cento al giorno d'oggi. Per altri tumori, invece, la percentuale di sopravvivenza non ha subito notevoli variazioni, ma le idonee terapie hanno consentito di migliorare la qualità della vita dei bambini affetti.

Questo per dire che la terza forma di intervento potrebbe essere quella di potenziare i programmi di ricerca, programmi che già stiamo facendo a livello italiano, attraverso il CNR, l'Associazione italiana di ematologia e oncologia pediatrica, ed i grandi gruppi europei di ricerca e terapia in genere, tramite la Società internazionale di oncologia pediatrica.

*TERRACINI.* Sono in ferie ed il materiale che gentilmente mi è stato fatto pervenire mi è arrivato da poco. Vorrei comunque ridimensionare nozioni e concetti che spesso compaiono sugli organi d'informazione pubblica. In Italia — questo lo ha già detto il professor Veronesi — muoiono 120.000 persone all'anno di tumore e, grosso modo, si può stimare, come si legge comunemente sui giornali, che qualcosa tra il 60 e l'80 per cento dei tumori maligni nei paesi occidentali è di origine ambienta-

le. Ciò deriva dallo studio dell'andamento delle frequenze tumorali nelle popolazioni emigranti, che si ritiene conservino una propria componente genetica ma acquisiscano l'esposizione ambientale del nuovo paese (come i giapponesi che sono andati negli Stati Uniti, o gli italiani che sono andati negli Stati Uniti, o i siciliani che sono emigrati in Piemonte); ciò porta a constatare che circa i due terzi dei tumori sono dovuti all'ambiente, inteso nei termini più lati (modo di nutrirsi, malattie infettive, clima, eccetera). Molto più recentemente — quattro anni fa per la precisione — ha suscitato molto clamore un'analisi fatta da alcuni ricercatori dell'Istituto nazionale del cancro americano che mirava specificamente a stabilire qual è la quota di tumori dovuta all'ambiente di lavoro. Da quell'indagine emergevano alcuni problemi metodologici che sono poi stati immediatamente segnalati da una controindicazione fatta dall'industria americana. Questi studi sono molto difficili e gli strumenti a disposizione sono pieni di trabocchetti.

In seguito a tali indagini sono state compiute analisi più accurate fra cui la più recente di sir Richard Doll (forse il più grande epidemiologo oggi esistente) sulla mortalità per cancro negli USA. Questa ha portato a concludere che, in primo luogo, la frequenza dei tumori nel loro complesso negli USA ha cessato di aumentare da alcuni anni. Tuttavia andando a vedere i comportamenti per le singole localizzazioni tumorali, si scopre che non tutte le forme si comportano allo stesso modo.

In secondo luogo, le stime delle proporzioni dei tumori attribuibili a specifiche cause che emergono negli Stati Uniti — e che probabilmente si applicano anche alle altre popolazioni dei paesi occidentali — mettono in risalto che circa il 30 per cento dei tumori potrebbe essere prevenuto eliminando il fattore di rischio rappresentato dal fumo di tabacco. La proporzione di tumori, dovuta all'ambiente di lavoro è circa il 4 per cento. Questo vorrebbe dire, in un paese come l'Italia, qualcosa come 5.000 morti per cancro da lavoro l'anno. Questa proporzione del 4 per cento è riferita a tutta

la popolazione ma, se viene riferita alla sola popolazione attiva, cresce sensibilmente. Il punto, però, non è tanto discutere se sia il 4 per cento o l'8 per cento o altra percentuale, ma stabilire quanti di questi casi vengono effettivamente riconosciuti e quanti luoghi di lavoro sono identificati come sedi dove avviene una esposizione a fattori cancerogeni e che quindi richiedono misure di bonifica ambientale. Qui c'è certamente un grosso vuoto di conoscenza tra una stima — peraltro prudentiale — fatta a tavolino, ed i casi che si possono effettivamente individuare e che permettono di identificare delle situazioni in cui sono applicabili misure di prevenzione adeguate.

Realisticamente credo che la prevenzione primaria dei tumori richieda efficaci campagne contro il fumo del tabacco. Devo però dire che vanno assolutamente evitate delle campagne — come ne abbiamo avute qui in Italia — con atteggiamenti trionfalistici o prive di qualsiasi momento di verifica al proprio interno.

È stata qui segnalata la mancanza in Italia di una legislazione adeguata che individui e prenda misure nei confronti dei cancerogeni ambientali e soprattutto nell'ambiente di lavoro. Questo è certo necessario, ma in attesa di nuove leggi è importante che le informazioni scientifiche esistenti vengano adeguatamente pubblicizzate, al fine di identificarne le situazioni lavorative che permettono interventi di bonifica attraverso la legislazione vigente. Il terzo settore dov'è pensabile e plausibile intervenire molto in fretta con misure di prevenzione primaria è quello dell'esposizione ai cancerogeni cosiddetti « iatrogenici », cioè determinati dalle stesse misure sanitarie, terapeutiche, diagnostiche di cui la più importante è costituita dall'uso incontrollato delle radiazioni.

Verosimilmente la ricerca complessiva che si sta compiendo oggi in Italia è largamente carente. Le misure di prevenzione da prendere sono nel complesso da attribuire a competenze che sono al di fuori delle istituzioni di ricerca. Le campagne antifumo oggi richiedono interventi a livello di unità sanitarie locali, di Regioni, di presidi, mentre le

esigenze della ricerca — sia di quella epidemiologica che di quella tossicologica, che sta alla base di molte misure preventive — sono fortemente legate ai grossi centri di ricerca biologica.

Volevo sottolineare ancora due cose. Il professor Veronesi ha messo al primo posto l'istituzione di due registri tumori. Questo probabilmente permetterà, attraverso dei confronti più approfonditi delle frequenze effettive dei casi diagnosticati nelle diverse regioni, l'avvio di nuove ricerche epidemiologiche.

A questo fine esiste anche un altro strumento redditizio e largamente sottoutilizzato, rappresentato dai dati di mortalità che produce l'ISTAT a intervalli regolari. Forse la messa in moto di un meccanismo più snello da parte dell'ISTAT favorirebbe la disponibilità di questi dati a livelli regionali o di unità sanitaria locale.

L'ultimo punto che vorrei sottolineare è che l'epidemiologia, così come la tossicologia applicata alla cancerogenesi, è oggi in Italia materia molto giovane e nuova; per quel che riguarda l'epidemiologia, da parte dell'Istituto superiore di sanità c'è stato uno sforzo enorme, nell'ultimo anno o due, di preparazione di operatori a livello periferico, di unità sanitarie locali. Probabilmente sarà necessario potenziare nei prossimi anni questo tipo di preparazione e definire un piano più organico di preparazione e di addestramento di epidemiologi in Italia. Non dimentichiamo che, oggi come oggi, l'Italia è probabilmente il paese nell'Europa occidentale dove si fa più ricerca epidemiologica, esclusa l'Inghilterra e i paesi scandinavi. Questo esprime un interesse che emerge nelle strutture periferiche, che però probabilmente prima o poi dovrà essere reso più articolato.

**Presidenza  
del Vice Presidente FORNI**

**SALVATI.** Parlerò focalizzando quanto Veronesi ha detto sui tumori del polmone, data la mia estrazione professionale (operaio nell'ospedale Forlanini, ora completamente trasformato rispetto all'ospedale di

tipo sanatoriale che era in ospedale polispecialistico a larga componente pneumologica di cui quella tubercolare rappresenta ormai la minoranza mentre sempre più rilevante è quella neoplastica). Vorrei quindi iscriverne questa mia larga esperienza acquisita in campo oncologico nella tematica conosciuta proposta da questa Commissione perchè ritengo che ben si inserisca con quanto ha detto Veronesi.

Ciò che mi stimola è quanto egli ha detto a proposito del cancro polmonare, cioè che senza questo tipo di tumore le malattie tumorali sarebbero in diminuzione. Ciò corrisponde alla nostra esperienza, che ci dice come ben il 18 per cento di ricoveri si riferisca alla patologia pneumologica. Circa la metà di questi ricoveri sono primi ricoveri; a questo fa da contraltare quanto Veronesi ha così bene evidenziato circa la scarsa guaribilità globale. Se non ricordo male, in un diagramma presentato da Veronesi, si rilevava che le possibilità di avere dei risultati favorevoli riguardano essenzialmente la prevenzione primaria: diagnosi precoce e terapia. Su questo non mi soffermo troppo; Terracini ha sottolineato l'importanza della sorveglianza degli ambienti di lavoro, sorveglianza, ritengo, intesa come *screening*, e condivido perfettamente la sottolineatura circa gli effetti del fumo di tabacco. Nell'ambito dei tumori polmonari noi oggi distinguiamo due grandi gruppi biologicamente differenziati rispetto alla loro evoluzione clinica: uno, che è rimasto meno favorevole nonostante i progressi realizzati anche con la terapia combinata, i cosiddetti non microcitomi e l'altro, quello dei microcitomi, in cui si comincia a intravedere, non solo nella letteratura ma anche nella nostra esperienza italiana (e in particolare nella nostra esperienza personale), non certo una guaribilità, ma una linea di tendenza che ricorda quanto è avvenuto nei linfomi, quando — e lo ricordo ai colleghi che hanno la mia stessa età — cominciammo a vedere in questi ultimi una tendenza alla guaribilità, traguardo che oggi è divenuto raggiungibile. C'è quindi una netta differenziazione da fare tra queste due forme di tumori polmonari e io

la vorrei fare in rapporto ad altri elementi che chiamano in causa taluni fattori sui quali è doveroso richiamare l'attenzione dei politici in genere e della Commissione sanità del Senato in particolare. Cioè che questa tendenza alla lunga sopravvivenza che oggi, in questo secondo tipo di tumori — i microcitomi —, viene segnalata anche a tre anni, si determina soprattutto nella cosiddetta malattia limitata, cioè, non già in una fase di estensione della stessa ma nella fase in cui la malattia è ancora circoscritta. È un concetto molto importante perchè ci richiama la sottolineatura della importanza della diagnosi preclinica e quindi la necessità di investimenti a questo scopo finalizzati; ma ci richiama purtroppo l'evidenza della inadeguatezza delle strutture proprio in questo settore, anche perchè noi, per essere in grado di definire l'estensione della malattia dobbiamo procedere ad una serie di indagini per le quali purtroppo, nonostante i grossi centri oncologici siano sempre più affollati e intasati, non ci viene fornita l'attrezzatura sufficiente. Faccio l'esempio del nostro complesso ospedaliero della USL RM/16, credo il più grande d'Europa (San Camillo, Spallanzani e Forlanini), in cui per una tomografia assiale computerizzata, che oggi è un elemento importante per stabilire se il tumore polmonare è ancora in fase limitata ovvero è già esteso, abbiamo dei tempi medi di attesa che viaggiano intorno ai 35-40 giorni. Ciò è assolutamente inconcepibile se considerate che in altri paesi i tempi sono dell'ordine dei dieci giorni, al massimo. Ed è doveroso sottolineare che l'inadeguatezza delle strutture ci porta, ovviamente, anche ad una scarsa valutabilità di talune casistiche, ma soprattutto ai gravi ritardi nella tempestività degli interventi terapeutici.

Giustamente Veronesi ha detto che l'attendibilità di taluni centri non può essere valutata proprio perchè viene fatta una distinzione basata su criteri che mancano degli aspetti di verifica, aspetti importanti e imprescindibili.

L'importanza di poter disporre delle attrezzature necessarie per una tempestiva dia-

gnosi di questo gruppo di neoplasie (quelle polmonari) sta nella conseguente possibilità di intervenire rapidamente nel modo ottimale onde ottenere a livello di terapie combinate quei risultati che ci fanno auspicare una inversione di tendenza anche nel campo dei tumori polmonari. Qui condivido pienamente la sottolineatura che il professor Veronesi ha fatto su questi aspetti. È chiaro che le singole terapie da sole vanno deflettendo di numero man mano che si prende coscienza di come, con una integrazione delle varie modalità di terapia, si possa arrivare a risultati migliori.

Ho voluto mettere in rilievo, nell'ambito delle neoplasie primitive del polmone, questo particolare tipo di neoplasia, il microcitoma, proprio perchè è quello che, a mio giudizio, richiede per la sua gravità uno sforzo maggiore nella predisposizione di centri sul genere di quelli francesi di cui si è già avuta occasione di parlare in questa sede. Tali centri dovranno essere in grado di esprimere in tempi brevi, dei risultati attendibili.

Le divisioni pneumologiche a prevalente indirizzo oncologico degli ospedali generali sono carenti di quel complesso di supporti necessari al raggiungimento ottimale di tali risultati. Tutto ciò chiama in causa una minore redditività rispetto alle potenziali possibilità e di questo siamo costretti a fare denuncia. Il problema dei fondi è essenziale. Tale problema purtroppo, come abbiamo potuto vedere anche dall'ultimo schema che ci ha prospettato Veronesi sui programmi, slittava dal centro alla periferia e cioè alle Regioni, le quali però chiamano in causa la ripartizione e l'assegnazione di questi fondi a livello centrale. È certamente un compito più regionale che centrale. È necessario eliminare le deficienze delle strutture ospedaliere utilizzando con maggiore impegno quelle risorse che vengono fornite dagli strumenti legislativi. Abbiamo cercato, di concerto con il CNR, di portare avanti con impegno nell'ambito della FOMICAR (Forza operativa nazionale per il carcinoma polmonare) un programma di ricerca clinica applicata sul cancro del polmone da affian-

care alla prevenzione e ci auguriamo di poter concludere, entro la fine dell'anno, un protocollo orientativo per fornire dei punti di riferimento a quanti operano nel settore oncologico polmonare.

Concludo accettando l'invito che Veronesi ha fatto circa la costituzione di appositi dipartimenti sperimentali di oncologia clinica e circa la loro possibile settorialità. È sotto gli occhi di tutti quanto il gruppo delle neoplasie polmonari sia importante in quanto contribuisce a divaricare sempre più le curve dell'incidenza e della mortalità delle neoplasie, essendo del 30 per cento la quota di mortalità per questo tipo di tumore.

È necessario poter raccogliere dei risultati — che finora sono stati molto scarsi nell'ambito di queste neoplasie — in base alle esperienze di una più larga casistica. Giustamente si portava l'esempio dei casi che si disperdono, non solo nella loro entità numerica, ma anche nella loro significatività e nella scarsa possibilità di poter fare dei rilievi. Laddove c'è la possibilità di farli, a me sembra doveroso evidenziare, sempre rimanendo nell'ambito della ricerca, la fase importantissima della impostazione del protocollo, per poter dare dei contributi, delle finalizzazioni che mi sembrano necessarie e che sono richieste dalla triste realtà dei tumori polmonari che oggi fanno pendere il piatto della bilancia in senso negativo.

**P R E S I D E N T E .** Ringrazio i professori Castello, Terracini e Salvati per i loro interventi. Informo che i professori Lavitola, Covelli e Russo hanno espresso la loro disponibilità a intervenire in sede di replica rispondendo esaurientemente alle domande dei senatori.

Proseguiamo pertanto la nostra audizione con gli interventi dei professori Saccani e Saccani Jotti.

**S A C C A N I .** La lotta contro i tumori deve basarsi sulla prevenzione primaria e secondaria. Il problema della prevenzione non può prescindere dall'altro problema a monte che è quello dell'educazione sanitaria; infatti senza una adeguata preparazione sa-



nitaria non è possibile una prevenzione diretta. Si deve distinguere tra educazione sanitaria ed educazione professionale; partendo dunque da tale presupposto, nel nostro centro abbiamo affrontato questo problema. Direi che è molto più difficile l'educazione professionale, perchè la preparazione medica è molto carente a livello universitario, specialmente nel campo specifico dell'oncologia e ancora più della prevenzione; quindi molto più proficua e gratificante è risultata per noi l'educazione sanitaria. I temi specifici che abbiamo affrontato sono quelli del tumore del polmone, della mammella, dell'utero e del colon. Uno dei temi dominanti nella prevenzione dei tumori del polmone è quello relativo al fumo del tabacco. Abbiamo potuto constatare che i discorsi inerenti al problema del fumo spesso non sono ascoltati perchè non graditi. La maggior parte dei fumatori adulti continua imperterrita a fumare.

Abbiamo pensato allora ad un tipo di educazione sanitaria fatta soprattutto fra i giovani, anzi tra i giovanissimi, nelle scuole elementari. Siamo rimasti stupiti per l'interesse che questo tipo di argomento ha destato nei ragazzi, i quali si sono fatti portavoce presso le loro famiglie di quanto era stato loro insegnato. Ma la nostra esperienza è andata oltre. Abbiamo capito che i migliori interlocutori dei giovani sono i giovani, per cui, tramite la Lega italiana per la lotta contro i tumori, abbiamo istruito un gruppo di giovanissimi, creando una scuola di oncologia in grado di addestrarli a portare il messaggio della prevenzione nelle scuole e fra i loro coetanei. Questo gruppo ha ottenuto dei risultati sorprendenti; di esso si è fatta coordinatrice la dottoressa Gloria Saccani Jotti, la quale dopo illustrerà la sua esperienza con il materiale raccolto.

Nel nostro centro poi abbiamo istituito il *day hospital*, struttura che offre certamente molti vantaggi, ma procura anche notevoli difficoltà, in quanto non consente la degenza. Questo istituto, che per pazienti affetti da malattie guaribili può anche andare bene, per la maggior parte delle malattie tumorali che dopo un certo perio-

do di trattamento hanno fase finale infausta, non è adatto.

Quindi il problema della degenza è un problema importantissimo che nel nostro ospedale, a Reggio Emilia, non è stato ancora risolto per ragioni politiche. Spero che presto questo discorso sia superato. Il problema è comunque quello di realizzare una certa collaborazione negli ospedali; anche per noi è molto difficile fare in modo che tutti collaborino e seguano i protocolli di terapia e di diagnosi.

**SACCANI JOTTI.** Voglio ringraziare la Commissione per l'opportunità che ci viene offerta di presentare la nostra attività, il nostro modo di intendere la lotta contro i tumori, che è centrato sulla ristrutturazione delle menti nelle generazioni future. La *Cancer Task Force* è la sezione giovanile della Lega italiana della lotta contro i tumori di Reggio Emilia ed è il primo esperimento italiano di *public education about cancer* applicata. Attualmente opera solo a Reggio Emilia.

Dal 1977 il nostro gruppo è noto non soltanto a livello nazionale ma anche all'estero. I membri, tutti volontari, sono giovani di età diverse, con preparazione culturale estremamente eterogenea, i quali dopo aver seguito un corso per acquisire le nozioni preliminari di oncologia, operano attivamente nel campo della prevenzione. La nostra struttura non ha alcuna pretesa scientifica e l'obiettivo che si propone di perseguire è quello di informare per prevenire. Se è vero che la prevenzione è al momento attuale la punta di diamante nella strategia della lotta contro i tumori, è anche impossibile attuarla se il pubblico non è correttamente informato. Alla base di ogni intervento deve sempre stare il concetto che in medicina non vi è progresso se non vi è partecipazione e non vi è partecipazione se non vi sono educazione e informazione. È indubbio che l'approccio con il pubblico è estremamente impegnativo e soprattutto molto difficoltoso.

Operiamo quindi nel tentativo di modificare sin dall'inizio nella popolazione l'atteggiamento con cui va affrontato il problema dei tumori e riteniamo che per fare ciò sia

12<sup>a</sup> COMMISSIONE

2° RESOCONTO STEN. (28 luglio 1982)

estremamente necessario fornire ai giovani informazioni semplici, ma pur sempre scientificamente corrette, sulla natura del cancro e sui mezzi diagnostici e terapeutici. In tal modo i giovani acquisiscono una nuova predisposizione mentale e riescono ad affrontare la malattia in termini più razionali. A ciò si aggiunge che a loro volta riescono a tradurre ulteriori atteggiamenti educativi, perchè la nostra esperienza è che i ragazzi sono il miglior canale per raggiungere i genitori. Pertanto, con questa prospettiva, ci rechiamo nelle varie scuole della città per attuare una vera educazione sanitaria sui tumori. I risultati sono estremamente soddisfacenti e la nostra attività si intensifica di anno in anno. Gli studenti addirittura partecipano attivamente a congressi internazionali quale quello svoltosi lo scorso novembre a Venezia sul tema « Fumo e giovani ». Nel 1981 abbiamo realizzato un manuale di educazione sanitaria sui tumori.

Un settore di cui ci occupiamo in modo particolare è quello della grafica. Uno dei poster da noi realizzati per la lotta contro il fumo è stato scelto come copertina da una rivista americana.

Tra le nostre attività più recenti debbono essere citate due indagini conoscitive: la prima, riguardante il tumore della mammella, che è stata svolta sulle donne afferenti per la prima volta al centro di senologia della divisione di oncologia di Reggio Emilia; la seconda, invece, che raccoglie i risultati di una indagine sul fumo svolta su un campione di mille studenti — cinquecento del Nord e cinquecento del Sud — per studiare la differenza comportamentale nei confronti del fumo al Nord e al Sud. Questi risultati verranno presto resi pubblici.

Attualmente comunque i nostri programmi si sono ampliati. Molti di noi si sono laureati, o sono paramedici e quindi è nata l'esigenza di occuparsi anche di educazione professionale. Abbiamo preso accordi con le autorità sanitarie locali e in autunno faremo un corso di addestramento sulla mammella per ostetriche. Avremmo poi intenzione di effettuare un questionario da distribuire agli studenti per conoscere quali sono le loro conoscenze sul cancro e qual'è la

loro opinione sull'insegnamento dell'oncologia nelle università italiane. Speriamo, data l'importanza dell'argomento, di ottenere aiuti e collaborazione. A questo punto, prima di concludere, vorrei precisare che siamo convinti che la strategia di prevenzione non può limitarsi alla sola informazione, ma deve potere incidere anche su meccanismi economici. La vera politica di prevenzione deve infatti essere una politica che tenga conto anche degli interessi delle multinazionali.

**P R E S I D E N T E .** Abbiamo così terminato la prima fase della nostra audizione. Do ora la parola agli onorevoli senatori che intendono porre quesiti e richieste di chiarimento ai nostri ospiti.

**F I M O G N A R I .** Vorrei conoscere quali risultati sono stati ottenuti nella ricerca sui tumori di origine virale e quali rapporti questi abbiano in particolare con la leucemia. Vorrei anche conoscere gli eventuali collegamenti con altri virus e in particolare con le malattie sociali di origine virale.

**G R O S S I .** Il dato relativo alle morti comparso in una tabella del 1980 era di centoventimila, mentre il professor Terracini ha parlato di centotrentamila. Vorrei sapere come mai questo numero varia in crescita.

La seconda domanda riguarda i criteri di guaribilità, e cioè se esiste una differenziazione concettuale tra i recuperati e i guariti. Inoltre vorrei chiedere quali sono i punti fondamentali della ricerca per la diagnosi preclinica e sierologica.

**M I T R O T T I .** La materia suggerisce diversi spunti. Forse si dovrà alla mia carenza specifica nel settore medico questa mia accresciuta sete informativa. Mi sforzerò doverosamente di contenere nel minimo questa mia richiesta di chiarimenti, aggiungendo in taluni casi alcuni commenti che vogliono sottolineare motivi di perplessità che vengono da una correlazione di talune affermazioni con la Relazione generale

sullo stato della ricerca scientifica e tecnologica in Italia.

Comincerò, con una valutazione che potrà sembrare blasfema in una occasione eminentemente scientifica qual è quella odierna, ma taluni riferimenti, almeno in due punti, dell'intervento del professor Veronesi mi portano a porre interrogativi su questa materia. È stato detto che sta assumendo vasto significato, all'interno di un indirizzo specifico nel campo tumorale, l'anticancerogenesi, che tende a bloccare il cancro nell'organismo. Come metodologia dell'intervento non è stato fatto riferimento a cure specifiche. Allora dirò un nome per tutti, anche se può sembrare blasfemo: il « siero Bonifacio ». Voglio con questo riferirmi a terapie che si pongono al di fuori della medicina ufficiale, magari avendo finalità diverse, ma che attraverso la loro applicazione — se parliamo del « siero Bonifacio » abbiamo un trentennio di applicazione tollerata — non hanno dato esiti negativi. Di fronte allo spettro applicativo, che pure avrà una casistica, qual è la posizione della medicina ufficiale? A questo problema, già affrontato nell'altra seduta, è stata data una risposta, affermando la necessità di indagini precliniche. Mi risulta che nel 1970 una commissione specifica le ha avviate a conclusione presso l'Istituto Regina Elena.

Un altro punto specifico che ha richiamato la mia attenzione si colloca nel campo della prevenzione e cura. Non sto a delimitare il confine tra prevenzione e cura essendo difficilissimo per quanto mi riguarda. Sotto questo aspetto la medicina ufficiale che cosa ha fatto? È un interrogativo che pongo e col quale vorrei integrare i dati in mio possesso. Per quanto ho raccolto dagli interventi precedenti, mi sembra che la distinzione che è stata fatta sui diversi piani chirurgici, radioterapici e chemioterapici praticamente risponde a diversi stadi della malattia tumorale. La linea di tendenza, se devo riferirmi ai grafici e ad altre eminenti affermazioni è quella che tende ad aggredire il tumore salvaguardando lo stato generale del soggetto.

Mi sembra che oggi le implicazioni dei fatti tumorali portino ad affrontare e pri-

vilegiare un metodo di intervento ed una terapia che sia di carattere generale. L'incidenza parla da sé: il 20 per cento delle diagnosi effettuate in ritardo offrono soggetti in cura che non danno tanto spazio ad interventi locali o regionali; in alcuni casi solitamente offrono delle implicazioni talmente vaste per cui necessariamente si deve arrivare a soluzioni di intervento di carattere generale.

Questa tendenza, questo stato forzoso, sul piano operativo mi sembra che dovrebbe privilegiare un tipo di intervento ed un metodo che non trascurassero metodologie come quella alla quale mi sono richiamato. Del resto, questo è stato il senso di talune affermazioni: l'ottimizzazione degli interventi è quella che dovrebbe puntare alla qualità della vita.

Ho sempre apprezzato un dato che è stato offerto circa la riduzione dell'entità dell'intervento chirurgico: se questo è un obiettivo e un traguardo, ritengo che lo è sempre e comunque per il professionista valido e serio. Per raggiungere questo traguardo, e quindi solidificare metodologie adeguate che riescono ad abbattere l'entità dell'intervento chirurgico, cosa è stato fatto?

È stato detto della lievitazione dei finanziamenti al CNR con un'incidenza quasi doppia come abbiamo constatato dai grafici. Per quanto mi riguarda ritengo che questa incidenza sia notevolmente abbattuta da quello che è il tasso di inflazione. Non mi sono illuso che a differenza di anni il raffronto in milioni o miliardi degli stanziamenti conservi significatività sul piano della potenzialità dei fondi concessi.

Ritengo che quegli indici andassero corretti con l'inflazione intervenuta in quegli anni.

Di fronte a questa realtà, che per primo censuro, c'è una contro-realtà: quella della mancata attribuzione dei fondi stanziati nel 1979 per quanto riguarda la ricerca finalizzata nelle Regioni. Si tireranno in ballo senz'altro le responsabilità politiche, e ve ne sono. Però vorrei sapere, gli addetti ai lavori, gli specialisti in campo medico cosa hanno tentato di fare, cosa suggeriscono perchè non si arrivi ad una necessità cre-

12<sup>a</sup> COMMISSIONE

2° RESOCONTO STEN. (28 luglio 1982)

scente di incentivazione dei fondi di ricerca, al blocco di questi fondi e al suo conseguenziale abbattimento?

Abbiamo due dati accertati: la mancata attribuzione dei fondi per il 1979 e la dichiarata povertà del Ministero della sanità (il ministro Altissimo ha denunciato qui al Senato che mancano 2.400 miliardi per arrivare a fine anno).

Di fronte a questa situazione è chiaro che i primi fondi ad essere tagliati sono quelli della ricerca. Il problema è di carattere politico, ma è anche di carattere tecnico, perchè se da parte dei tecnici viene un aiuto o una predisposizione di un sistema operativo e organizzativo valido, i fondi non potranno non essere reperiti.

Sotto questo aspetto è da lamentare, uno stadio di difficoltà notevole derivante dalla moltiplicazione di centri decisionali. È stato fatto un censimento che dimostra la molteplicità degli organismi esistenti: comitato per la biologia, comitato per la medicina, comitato nazionale per le scienze biologiche e mediche, comitati regionali di assegnazione dei fondi del servizio sanitario nazionale, commissione di cui al decreto del Presidente della Repubblica n. 617 per la ricerca biomedica, commissione centrale per la ricerca biomedica prevista dal piano sanitario, nonché commissioni per le ricerche insediate in ciascun ateneo, eccetera, e la serie non è esaustiva.

Si deve aggiungere anche che il CNR, forzato da una serie di considerazioni, è stato portato a privilegiare non contratti di ricerca, ma contributi di finanziamento che consentano ai destinatari anche l'acquisto di attrezzature. Questo dovrà essere riconosciuto con un giudizio sereno e obiettivo che dovrebbe provenire dai diretti interessati. Questo tipo di intervento può essere di ausilio solo in senso troppo ristretto, troppo settorializzato e molto poco coordinato. La classe medica lo dovrebbe rifiutare per principio, proprio perchè carente alla base, non raccordabile all'interno di un quadro chiaro di intervento nel settore del problema tumorale.

Se il problema dei tumori, così come è stato detto e come non ho difficoltà a rico-

noscere, è il problema principe, il primo dei problemi, perchè da parte degli operatori del settore non viene un freno a questo modo legislativo errato che purtroppo il Parlamento partorisce?

È incomprensibile (è inutile che qui ce lo nascondiamo) che molto del prodotto legislativo risenta di determinate spinte corporativistiche, di interessi particolari. Mettiamoci dentro tutto quello che di negativo possiamo metterci. Ma se per il settore politico può essere ravvisabile una degenerazione di questo tipo, non può essere accettabile il fatto che a subirla sia un settore, quello medico, il più specialistico, che in occasioni come queste sottoscrive dichiarazioni di primato per il problema dei tumori.

Questi aspetti mi hanno lasciato e mi lasciano perplesso. Si può puntare l'indice contro la classe politica, si può fare il processo al Parlamento e vi sono molti capi di accusa. Quali sono, però, le valutazioni che vengono dal settore medico di fronte ad un quadro siffatto?

Se consideriamo il quadro degli stanziamenti che sono stati fatti per gruppi di ricerca, si vede come certi settori che dovrebbero essere trainanti e primari diventino le « cenerentole »; si vede come, anche quantitativamente, in quanto unità operative, certi settori siano al di sotto di altre unità operative. Questo è un aspetto che colgo nella veste di legislatore, ma che gli addetti ai lavori conoscono, non fosse altro perchè è materia professionale.

Di fronte a tutto questo, quale posizione assumere? Forse spingo la classe medica a varcare il confine di un impegno professionale e scientifico specifico, ma in questi casi, ossia in sede di avvio e impostazione di un problema enorme, si deve chiedere alla professionalità medica il coinvolgimento politico nelle scelte, in quanto si potranno accreditare al politico, al parlamentare tutti i buoni propositi di questa terra, come si potranno addebitargli tutti i cattivi propositi, ma l'elemento determinante sarà la valutazione fondata che può venire unicamente dagli addetti ai lavori. Gli addetti ai lavori, signori professori, siete voi.

Mi aspetto, nella veste di umile parlamentare, che lo scossone al potere legislativo venga da quel settore medico che, lo dobbiamo dire, in taluni casi beneficia di questo degrado legislativo. Se si deve fare un processo, lo si faccia tentando di sceverare le colpe, e ciascuno si deve assumere le proprie.

Stiamo riscoprendo assieme il problema dei tumori, soprattutto lo sta riscoprendo il politico, e proprio questo fatto è stato sottolineato come dato positivo attraverso questa indagine conoscitiva. Questo problema ha alle spalle una storia, una sequela di errori e di incertezze sulle quali non può essere messa la pietra tombale con la volontà di avviarlo a soluzione. Si deve guardare al passato perchè non si rinnovino e non si perpetuino gli errori di ieri. Su questo aspetto, non so se per cortesia nei confronti dei parlamentari o per deliberata scelta, non è venuta una critica puntuale.

Io ritengo che la critica serva e sia utile: se avete da parlare male dei politici fatelo pure, affinchè ciascuno di fronte alle vostre accuse documentate si assuma la responsabilità di ignorarle o di prenderne doverosamente atto.

**A R G I R O F F I .** Vorrei chiedere al professor Castello di rispondere alla seguente domanda: perchè i tumori del bambino sono considerati e sono oggettivamente diversi? Si tratta di una diversità relativa al momento anagrafico, nel quale va indicata e puntualizzata la condizione patologica del bambino come portatore di neoplasie, oppure di una diversa forma di follia cellulare di tipo prevalentemente onco-biologico?

L'altra domanda è questa: quali centri di ricerca e di terapia paidoncologica esistono?

La prima domanda che vorrei poi porre al professor Terracini, è la seguente: quante presenze in ambito di patologia da lavoro con esiti cancerogeni non controllate e non controllabili sono esistite e storicamente sono state accertate in Italia? Mi riferisco, per esempio, al terribile episodio di Seveso; a Seveso, nel corso della lavorazione tecnica, non fu mai possibile stabilire durante la produzione di cosa si trattasse. Le forze del

lavoro, i sindacati, i medici, i tecnici che vi operavano furono sempre esclusi dalla conoscenza dei processi di lavoro, che erano importantissimi sul piano cancro-genetico, ma che venivano decisi fuori dall'Italia ed ospitati dall'Italia passando al di sopra della struttura sanitaria, dello stesso Parlamento e delle istituzioni elettive locali.

La seconda domanda che vorrei rivolgere al professor Terracini è questa: a proposito di ciò che egli diceva sulle ricerche epidemiologiche, per le quali si assume che l'Italia si collochi al primo posto, esistono fattori di presumibile interdipendenza tra elementi oncogenetici e percentuali di malattie infettive derivanti dalla sporcizia? Vi sono regioni italiane, nel Mezzogiorno, dove esistono percentuali gravissime di malattie infettive e dove risulta difficilissimo sul piano della percentualizzazione epidemiologica indicare e chiarire dei confini precisi. Basta pensare cosa significa da noi l'epatite virale, che è un flagello costante, oppure le malattie da tifo e paratifo o altre sindromi presenti in Italia come dato endemico costante.

Al professor Veronesi vorrei chiedere qual è secondo lui la percentuale di fattori naturali, di fronte a quelli riscontrabili nella genesi oncologica, da mancanza di una corretta informazione e valutazione delle scelte politiche più generali, che possono condurre ad un'amplificazione della presenza oncogenetica in certi fattori di determinazione di causalità, che probabilmente non sono stati ricercati e dei quali mi pare si sia parlato poco, avendone accennato soltanto la dottoressa Saccani a conclusione del suo intervento.

È possibile l'eliminazione dei fattori causali a parere del professor Veronesi? Certo, i medici hanno primariamente il dovere di dire queste cose. Essi non sono una classe, o una casta, ma una categoria di lavoro. Una casta può nascere ed essere identificabile in tutte le istituzioni e in tutte le fasce di condizionamento determinato dal lavoro; le grandi corporazioni, le categorie del lavoro del Medioevo o dell'era rinascimentale ne danno una chiara testimonianza. Ma noi medici non siamo una casta, siamo una fa-

scia di soggetti di intervento lavorativo dove esistono poveri e ricchi.

Ciò è tanto vero che gli scandali che investono certi operatori sanitari lasciano fuori la maggioranza. Ciò non toglie che all'interno delle categorie mediche vi siano problemi di denuncia, di scelta, e anche di indicazioni di interventi. Vi è stata, per esempio, la dichiarazione importantissima degli ottanta Premi Nobel a proposito della responsabilità che i medici debbono ravvisare e di cui debbono sentirsi portatori conoscendo, oppure fingendo di ignorare, i gravissimi rischi che intere fasce umane corrono oggi di fronte a scelte generali che possono essere corrette. Non a caso, poco fa, ho interrotto il professor Veronesi: basti pensare a ciò che è accaduto a Hiroshima e a Nagasaki. Non si può essere tanto ipocriti da dire: « Ma qui non bombarderanno mai ». Chi ce lo garantisce? Abbiamo il diritto e il dovere di dire che oggi può succedere qualcosa di infinitamente più grave di ciò che è accaduto in quelle due città. Penso dunque che i medici abbiano una loro responsabilità, che tuttavia non elimina quella altrui.

Al professor Salvati vorerei chiedere quali punti specifici di richiesta esistono nel Mezzogiorno e dove esistono. La dottoressa Sacani parlava di prevenzione e di educazione sanitaria, ed è giustissimo. Penso però che la chiave di volta della situazione sia una ricerca veramente più ampia e responsabile; altrimenti si tratta del tentativo di chiudersi nella torre d'avorio di una qualificazione e di una ricerca specialistica del tutto astratta. So, ad esempio, che nel Mezzogiorno esistono difficoltà di ricovero per i malati di tumore. È sempre una tragedia umana. I nostri ospedali tendono a rifiutare i più gravi perchè non sono autosufficienti; io ritengo invece che un ammalato di tumore all'ultimo stadio non possa non essere considerato il primo cittadino che ha bisogno di una cura privilegiata da parte della collettività.

Mi pare che il professor Veronesi abbia parlato della responsabilità dell'alcool nei tumori. Vorrei qualche chiarimento in proposito. Infine, chiedo che cosa si intendesse quando si è parlato di « fatti politici ».

M E R Z A R I O . Le osservazioni che intendo formulare completano la serie di domande che ho posto al primo gruppo di nostri interlocutori nella precedente seduta. Tocca certamente a noi politici evitare perdite di tempo per raggiungere le finalità che intendiamo perseguire nel legiferare. Mi riferisco agli strumenti da utilizzare per una efficace ed organica prevenzione delle neoplasie. Sulle dimensioni allarmanti del fenomeno non credo valga la pena di soffermarsi. Nella documentazione che ci è stata consegnata prima di questa audizione ho trovato una pagina di resoconto della nostra Commissione di alcuni anni fa; tranne qualche tardiva e infelice battuta ministeriale, peraltro rilasciata presso l'altro ramo del Parlamento, non mi pare che la valutazione allora elaborata dal professor Veronesi sia stata contestata; alludo in particolare alle cifre concernenti le vite che si potrebbero salvare mediante diagnosi precoci e interventi più efficaci. Tradotto nel linguaggio al quale siamo abituati in questa sede, il bilancio si riduce a milioni di giornate di degenza, a perdita di produttività, ad un danno finanziario valutato, allora, in 1.500 miliardi. Tenendo conto della svalutazione intervenuta in questi ultimi anni, siamo oggi attorno ai 2.000 miliardi. Anche gli ospiti della scorsa settimana ci hanno detto che nel settore oncologico gli stanziamenti non bastano, non sono coordinati, non sono finalizzati. Ma sarebbe di ben magra consolazione concludere che su questa denuncia obiettiva siamo tutti d'accordo!

Per essere concreti occorre invece ricordare che è *in itinere* il piano sanitario nazionale che, quando sarà finalmente varato, susciterà non poche delusioni. E il ministro Andreatta non potrà rimediare ai danni sanitari con i soliti « tagli ». Con una terminologia che ha il sapore di saggio culturale, nel piano triennale vengono ipotizzati tre obiettivi: diagnosi precoce, prevenzione e miglioramento dei servizi; e sono indicati otto punti che risultano molto al di sotto rispetto alle esigenze che qui sono state rappresentate.

Abbiamo visto questa mattina un appunto del professor Veronesi che riguarda la

12<sup>a</sup> COMMISSIONE

2° RESOCONTO STEN. (28 luglio 1982)

« bozza programmatica »; vi mediteremo sopra perchè nel documento si prefigura uno strumento organizzativo sul quale può essere legittimo manifestare qualche dubbio. Mi chiedo comunque come si potrà recuperare il *gap* tra ciò che si dibatte nei simposi scientifici e la realtà dei tagli indiscriminati alle spese per la sanità, che è ancora considerata un settore improduttivo. Non è credibile che con lo stanziamento previsto si possa fare ricerca, diagnosi e battaglia organizzata contro i tumori. Non vorrei che ci si illudesse: per tre anni, almeno, battaglie organiche non se ne faranno e non è settarismo indicare anticipatamente che le responsabilità gravano sul Governo.

R O S S A N D A . Il collega Merzario ha posto il problema dell'insufficienza dei fondi per la ricerca. Vorrei porre una domanda che ho già posto ai nostri interlocutori della scorsa settimana, senza ricevere risposta. Mi interessa in particolare di riforma degli studi di medicina e dei piani didattici. Come immaginate che si possano coordinare le attività didattiche della quota di oncologi presenti nell'ambiente universitario con la quota che lavora in istituzioni a carattere scientifico, o comunque fuori dell'ambito universitario? Avevamo previsto una ipotesi di diffusione degli istituti scientifici. La scarsa presenza di insegnamento di oncologia, ed anche il suo necessario carattere di pluridisciplinarietà, come possono trovare una risposta negli ordinamenti universitari e degli istituti? Mi chiedo, in particolare, se si ritenga corretto che si proponga una scuola di specializzazione extrauniversitaria e che si favorisca in qualche modo la formazione di dipartimenti per l'insegnamento dell'oncologia nelle facoltà mediche che finora sono state scarsamente produttrici di proposte di questo genere.

C A R L A S S A R A . Con quali criteri si definiscono le cancerogenicità? Ci si riferisce a criteri *a posteriori* o sperimentali, o « anche » sperimentali? È possibile avere un elenco delle sostanze, in ordine alla estensione del loro consumo?

In questa fase, inoltre, mi pare che in Italia sarebbe opportuno cercare di utilizzare al massimo le conoscenze già acquisite, e mi pare che vi sia una carenza di cose note. Poichè i nostri interlocutori sono prevalentemente uomini di ricerca, hanno evidenziato soprattutto aspetti che essi vivono quotidianamente. Ma a me pare, ripeto, che oggi non resti altro che « spostare i quadranti » e basarci sulle conoscenze già acquisite; altrimenti, attraverso la preparazione professionale, vedremo i primi frutti tra molti anni. Bisogna pensare ad un programma di rapido utilizzo delle strutture ospedaliere attuali, con un'azione razionale e programmata che coinvolga quanto meno tutte le Regioni nella fase di promozione delle strutture sanitarie esistenti nell'ambito delle USL.

Questo mi pare sarebbe un tema di notevole impegno che darebbe dei frutti. Già abbiamo spontaneamente qualche cosa ma bisogna trasformare dei punti isolati in una rete di collegamento che in parte risolverebbe anche il problema.

C I A C C I . Mi scuso perchè sono già intervenuti tutti o quasi tutti i senatori del Gruppo comunista della Commissione. Farò alcune semplici domande di carattere politico-organizzativo dato che i colleghi medici del mio Gruppo sono entrati nello specifico della malattia, della ricerca. Una prima domanda che faccio a me stesso e che faccio agli esperti è la seguente: quello di una efficace lotta contro i tumori, è un problema di direzione? Qui si è fatto riferimento alla struttura dipartimentale degli ospedali. A questo proposito le insufficienze finora registrate dipendono da una carenza legislativa o da una carenza di direzione amministrativa e politico-amministrativa? Si è fatto riferimento alle Regioni; anche qui esiste un problema di legislazione regionale o un problema di direzione di organizzazione sulla base di norme già esistenti? E così a livello centrale e ministeriale. Voi che operate nel settore conoscete le leggi che riguardano questi aspetti. Esiste un problema di nuove leggi — si è fatto qui riferimento alla legge americana sul cancro — specifiche sul

cancro o è un problema di direzione operativa sulle basi delle norme attuali? Probabilmente, alla luce di queste audizioni andrà rivisto il piano sanitario. Quelle due o tre paginette dovrebbero onestamente essere riviste in fase di varo definitivo del piano. Comunque la domanda credo sia chiara. Naturalmente possono esistere tutti e due gli aspetti, quello di carattere legislativo e quello di carattere politico-direzionale. Ma qual è, secondo voi, il problema prevalente? Si lamenta spesso una eccessiva legiferazione del nostro paese. In quanto a leggi ne facciamo molte. Quella che manca infatti è l'applicazione delle leggi, cioè la direzione pratica della politica in ogni settore. Un'altra domanda si riferisce ad un problema specifico. Ci sono anche carenze nel mondo medico? La Federazione nazionale degli Ordini dei medici ha posto al centro il problema? Ha mobilitato la categoria per fare pressioni sul mondo politico?

Un'ultima domanda riguarda la prevenzione primaria. Non che ci siamo battuti per questo aspetto della prevenzione siamo contenti di vedere come nel mondo medico venga, appunto, posto l'accento specialmente sulla prevenzione primaria. È, questa, un'opera di lungo respiro. Pensate cosa ci vorrà per intervenire concretamente nel settore della prevenzione primaria. Ecco, anche qui, il collegamento tra mondo politico, mondo medico, mondo amministrativo. Secondo voi può essere migliorato questo collegamento? Mi riferisco in particolare ai problemi del fumo e del traffico. Per quanto riguarda il primo, c'è una legge che ne vieta la pubblicità. Tuttavia, mi è stato detto che giornali e industrie pagano in anticipo multe. Vanno agli uffici a pagare la multa che subiranno per la trasgressione. Per quanto riguarda il traffico, invece, (soprattutto nei grandi centri urbani come Milano, Torino, Napoli, Palermo, eccetera), siamo veramente a punte enormi di inquinamento, di incidenza diretta. Qui sarebbe molto interessante ricollegarsi ad un discorso anche di carattere energetico. La prevenzione primaria non è da demandare a qualche altro. Invece si sente dire spesso dal medico di base che egli non può fare

la prevenzione perchè questa spetta ad altri. Certi medici protestano perchè la prevenzione declassa il medico, ha un funzione di carattere amministrativo.

Chiudo il mio intervento dicendo che a me interessa sapere da voi quello che deve essere fatto e quello che ritenete si possa fare, in collegamento soprattutto con le amministrazioni regionali e locali, da parte del mondo politico e parlamentare.

**B E L L I N Z O N A .** Voglio sottolineare la necessità di fare una verifica collegiale, nei limiti in cui è possibile in una audizione, delle prospettive, nell'ambito delle disponibilità finanziarie del fondo sanitario nazionale, di un intervento specifico in direzione della formazione dei quadri o della ricerca o ancora della diffusione di una certa cultura sanitaria tra la popolazione. Le disponibilità nell'immediato futuro sono assolutamente inadeguate, come ha detto, molto esaurientemente mi pare, il senatore Merzario.

L'altra questione che voglio sottolineare abbastanza esplicitamente è questa: mi sembra di aver colto, in modo garbato ma opportuno, riserve e critiche sullo stato della legislazione italiana per quanto attiene alla medicina in generale e in modo particolare per quanto riguarda il settore dell'oncologia, ed altresì una critica, niente affatto blasfema, rispetto al fondo sanitario e alle sue prospettive. Penso che, sul piano organizzativo, si debba far tesoro anche delle esperienze straniere per avere più efficaci strumenti di intervento in questa direzione. Inoltre, sono d'accordo con quanto diceva il professor Veronesi, ossia che le estremizzazioni di certe strutture organizzative non si adattano al sistema sanitario italiano; cioè non si devono concentrare tutti gli ammalati in strutture esclusivamente oncologiche, nè si deve annacquare il problema dell'oncologia nelle varie divisioni ospedaliere, ma occorre realizzare il livello dipartimentale.

Quindi, la domanda specifica che voglio porre risulta, in modo evidente, provocatoria. Si sta notando in questi ultimi tempi una tendenza, almeno nei centri maggiori che si



12<sup>a</sup> COMMISSIONE

2° RESOCONTO STEN. (28 luglio 1982)

occupano seriamente di questi problemi, ad ottenere uno strumento: il riconoscimento di istituto di ricovero e cura a carattere scientifico; pensate che tale riconoscimento garantisca meglio la loro attività? Se vogliamo girare la domanda, si può chiedere: l'attività avrà modo di svolgersi più proficuamente all'interno del Servizio sanitario nazionale o *a latere*? Perchè è fuori dubbio che gli istituti di ricovero a carattere scientifico sono *a latere* del Servizio sanitario nazionale.

**P R E S I D E N T E .** Si è così conclusa la serie di interventi e di domande da parte dei senatori. Per quanto riguarda le risposte vorrei dare la precedenza agli invitati che ancora non sono intervenuti.

**R U S S O .** L'educazione sanitaria è senz'altro un argomento fondamentale.

**Presidenza  
del Presidente PITTELLA**

(Segue **R U S S O**) . Vorrei porre l'accento proprio sull'educazione sanitaria dei giovani che ritengo (e qui mi riallaccio alle parole della senatrice Rossanda) debba essere avviata già nei primi anni di scuola. Purtroppo assegniamo soltanto all'università questo compito così importante. L'oncologia è una branca fondamentale della medicina generale, una branca sussidiaria, che deve tener conto dei fini didattici e scientifici per la preparazione dei giovani; diversamente si rischia, alla distanza, come giustamente diceva il professor Veronesi, di incidere negativamente sul risultato finale.

Oggi assistiamo al fenomeno di alcuni medici laureati che purtroppo si pongono ancora il problema di che cosa sia il cancro. È quindi senz'altro importante e pregevole porre l'accento sullo spazio da assegnare alle università per quanto concerne l'oncologia ed istituire altresì nuove scuole di specializzazione, regolandole con norme precise. Inoltre, nell'ambito degli stessi servizi sanitari o delle stesse università, bisogna

mirare a conglobare e unificare le direttive di ricerca, di assistenza e soprattutto di terapia, affinché le forze operative non vadano disperse per i singoli casi, risolti di volta in volta, per ogni malato, con un certo programma terapeutico letto qualche giorno prima su una rivista aggiornata. Assistiamo così ad una carenza didattica perchè non esiste un indirizzo unitario; quindi, ripeto, è importante istituire delle scuole di specializzazione per la formazione professionale, sanitaria ed educativa dei giovani medici, ma è altrettanto necessario creare dei dipartimenti, dove si possa studiare e operare, in analogia ai più famosi centri, già esistenti in Francia o in altre nazioni, e dove si fanno precisi programmi settimanali o quindicinali.

**C O V E L L I .** Data l'ora tarda, non approfitterò certo della pazienza dei senatori e dei colleghi presenti: voglio solo fare qualche riflessione su quanto è stato detto.

Secondo me il problema di base è soprattutto di natura culturale: la crisi della cultura in Italia è generale e si ripercuote nel caso specifico sulla situazione che si è venuta a creare, soprattutto in riferimento al problema della ricerca scientifica. La ricerca in Italia è estremamente carente, soprattutto se la valutiamo globalmente e la compariamo con la ricerca scientifica degli altri paesi cosiddetti civili. Ci sono certamente dei piccoli centri i quali, o con fondi nazionali o più spesso con fondi di provenienza *extra* nazionale, rappresentano all'estero il nostro Paese in modo altamente qualificante. Ma esiste anche il *background*, lo sfondo che, ad avviso mio e di molti stranieri, non è certo lusinghiero. Dobbiamo avere il coraggio di dire queste cose. Aggiungerei di più: questa enorme sperequazione tra gruppuscoli molto noti all'estero per una valida ricerca e la base non dipende sempre ed esclusivamente dal fattore denaro. Ho sentito parlare di cifre, di bilanci, eccetera... Non sono molto d'accordo con quelli che vogliono rapportare quasi esclusivamente in termini di denaro l'entità o la sommatoria di questo o quel beneficio ai risultati delle pre-

stazioni a livello scientifico. Ci sono laboratori che, con una spesa relativamente esigua, riescono ad ottenere risultati qualificanti e un reale progresso; però ci sono anche laboratori che disperdono questo denaro, non lo utilizzano o lo sottoutilizzano con risultati molto precari, addirittura qualche volta controproducenti.

Occorre studiare il problema dai vari punti di vista. Innanzi tutto consideriamo ciò che bisogna fare dal punto di vista sociale, cioè quello che fa la dottoressa Saccani, auspicando che questo tipo di attività si moltiplichi. Andiamo in periferia, nelle scuole elementari, nelle scuole medie, nei licei, per far conoscere il problema, con degli schemi semplici ed elementari, non solo dal punto di vista squisitamente giornalistico.

Per quanto riguarda l'aspetto organizzativo e strutturale, la senatrice Rossanda parlava delle cattedre di oncologia: ma, mi perdoni, lei crede veramente che sia possibile creare un oncologo qualificato da un giorno all'altro? O vogliamo continuare con la politica delle « etichette », dei titoli?

R O S S A N D A . È proprio questo che non voglio.

C O V E L L I . Oggi scrivo « oncologo sperimentale » vicino al mio nome e divento il cattedratico di questa disciplina. Ma tra questo e il fatto di essere veramente in grado di operare nel campo dell'oncologia ce ne vuole...

R O S S A N D A . Se ho ben capito, lei è contro la titolarità della cattedra. Anch'io sono contro.

C O V E L L I . Penso che la ricerca, quella soprattutto che sta alla base, sia rivolta principalmente in una fascia di età che va tra i venti, i trenta e i trentacinque anni, dopo di che la ricerca attiva viene gradatamente a diminuire. Oggi non è difficile che abbiamo, ad esempio, un giovane laureato che si trovi in una delle tante situazioni di precarietà; con una sanatoria questi può entrare in ruolo e quindi, collo-

carsi stabilmente in un posto nel quale è praticamente inadeguato perchè culturalmente impreparato. Come poi possiamo pretendere una seria ricerca se colui che sarebbe preposto a svolgerla — e mi assumo la responsabilità di quel che dico — non ne è suo malgrado preparato?

Vorrei richiamare l'attenzione dei chiarissimi senatori e colleghi su un altro punto, trattato in maniera corretta e precisa dal professor Veronesi. Mi permetto di dire che, secondo me, se rivediamo una, due o al massimo tre diapositive del professor Veronesi in maniera critica e alla luce di quelli che sono stati gli interventi di tutti gli onorevoli senatori qui presenti, in non più di cinque-dieci minuti sarà possibile dare una risposta lucida, precisa, sintetica e unitaria alle composite istanze avanzate nei molti interventi. Noi tecnici non possiamo legiferare, possiamo al massimo dare dei suggerimenti o fare delle osservazioni quando siamo invitati per le audizioni; le leggi le fate voi. Vorrei dire che, nel momento in cui si legifera o si indicano nuovi concorsi (che peraltro oggi non si fanno più), è necessario tenere ben presente che a distanza di decenni si può verificare un degrado culturale. Ecco il *gap*. Negli Stati Uniti ad esempio questo *gap* non si avverte; in Italia invece esiste solo qualche gruppo, come quello di Gaetano Salvatore, un centro di Napoli nel quale lavoro anch'io, o il gruppo di Lello Bianco, che sono sullo stesso piano o a volte superiori agli stessi colleghi americani; naturalmente non parlo del gruppo del professor Veronesi solo perchè questi è presente. Ma purtroppo una gran massa di ricercatori che operano in Italia evita spesso ogni contatto con gli stranieri perchè cosciente della propria scarsa competitività.

Chiedo scusa se mi sono dilungato, ma volevo che in un intervento « alla napoletana » — chi è meridionale se ne rende conto — in maniera cioè emotiva ed irrazionale, trasparisse dalle mie parole questa lancia spezzata a favore della ricerca scientifica, dei giovani ricercatori, nonchè della verifica e del controllo dei centri di ricerca ai quali va dato il denaro che occorre.

12<sup>a</sup> COMMISSIONE2<sup>o</sup> RESOCONTO STEN. (28 luglio 1982)

È necessario in altre parole adottare una politica operante più su basi sociali e tesa verso una conoscenza capillare della problematica oncologica, incentivando soprattutto e ad ogni livello i programmi di natura socio-culturale.

*TERRACINI*. Desidero in primo luogo rispondere al rilievo sulle piccole discrepanze riguardanti le cifre relative ai morti per tumore in Italia esposte dal collega Veronesi e da me. L'ISTAT pubblica i dati con ritardo e quindi mancano le stime per gli ultimi anni, ma non è cosa di grande importanza; preme invece sottolineare come l'aumento del numero assoluto di morti per cancro, di anno in anno in Italia, esprima fatti avvenuti molto tempo fa. In altri paesi, dove sono state analizzate le statistiche di mortalità per periodo solare, dalle nascite delle persone, è stato constatato che per le generazioni più giovani i decessi dovuti al cancro sono in numero minore rispetto al passato. È possibile che anche in Italia si giunga a questo.

Sono stati menzionati i fanghi di Scarlino e di Seveso; qui ma anche altrove, sono state individuate nell'ambiente sostanze cancerogene « non controllate»: i cancerogeni di uso e di produzione industriale sono almeno cento, centocinquanta sostanze, ma non sappiamo abbastanza dove e come vengano usate. Non prenderei quindi Scarlino e Seveso come gli esempi più emblematici. Seveso rappresenta molto bene una situazione in cui ci si è accorti che i lavoratori dell'ICMESA (e la popolazione) erano sottoposti a materiali cancerogeni (anche se finora non mi risulta che vi siano stati più morti per cancro). La questione ha coinvolto problemi d'informazione, di consapevolezza da parte della gente, di controllo degli impianti industriali, di denuncia all'autorità pubblica; il « problema cancro » esemplifica tutti questi problemi ma ne rappresenta una piccola parte.

*ROSSANDA*. Non è chiuso.

*TERRACINI*. Non è chiuso e certo tra qualche anno ne sapremo di più. Ma

non credo che la valutazione complessiva della drammaticità della situazione possa dipendere da qualche caso di cancro che si può o meno verificare. Il problema maggiore è quello di renderci conto che se ne sa abbastanza per poter, con un lavoro poliziesco che richiede ovviamente una base scientificamente corretta, accertare dove avvengano le esposizioni, a quali sostanze, e in che misura ciò possa essere ritenuto fattore di rischio per il cancro.

L'inventario nazionale delle sostanze chimiche e delle loro proprietà tossicologiche dovrebbe rappresentare un momento innovativo.

È stata fatta una domanda sulla corrispondenza tra cause di povertà e di malattie infettive e malattie tumorali. Per quello che posso dire, sono due fenomeni di eguale gravità: non vi è una corrispondenza geografica né di settori di popolazione; vi sono certamente alcuni cancri che, nella scala sociale, colpiscono maggiormente i ceti meno abbienti ed in modo minore quelli più abbienti, come i cancri del polmone e del collo dell'utero. Questa però non è una legge generale; non mi sentirei di affermare che vi sia una corrispondenza tra malattie infettive e sporcizia da un lato e cancro dall'altro.

*ARGIROFFI*. In certi casi, si ha una percentuale inferiore, forse, perchè la diagnosi è molto più difficile. Si è stabilito che, in Svezia, già alcuni anni fa, da una statistica risultava l'esistenza di una maggior quantità di cancri dell'utero che in Arabia e ciò era dovuto al fatto che in questo paese le donne non vanno dal ginecologo.

*TERRACINI*. Si tratta di un problema di disponibilità di fondi, ma anche di disponibilità di competenze e metodologie. La questione è quella di avere osservatori epidemiologici in grado di fare le domande giuste, nonchè di un coinvolgimento dell'opinione pubblica, in termini di coscienza di cosa ci si può aspettare dalle strutture sanitarie, evitando strumentalizzazioni. Ci si deve cioè rendere conto del fatto che

qualunque intervento di sanità pubblica, dalle campagne antifumo alle diagnosi precoci del cancro del collo dell'utero, richiede momenti di verifica continui. Se l'intervento è utile, ciò che importa è l'identificare i settori di popolazione per i quali l'accesso all'intervento o al servizio è difficile.

Questo è molto ben dimostrato in tutti i paesi nei quali la ricerca epidemiologica è integrata con quella sociologica: le campagne antifumo, ad esempio sono molto meglio recepite dai laureati che da chi ha fatto soltanto la scuola elementare.

Al commento della senatrice Rossanda sulla riforma dei piani didattici vorrei rispondere che, pur essendo io in una posizione marginale e defilata rispetto al problema dell'oncologia, ritengo che la soluzione del problema stesso risieda nella presenza di medici di base recettivi e consapevoli dell'importanza delle verifiche. I medici, poi, dovrebbero essere in grado di rilevare situazioni che possono essere interessanti in termini di cause delle malattie; la maggior parte delle nostre conoscenze sui tumori emergono dall'intelligenza di medici i quali si sono resi conto di trovarsi di fronte a situazioni inconsuete e meritevoli di essere approfondite.

Dovremmo ancora avere medici di base in grado di individuare le persone cui spetta un indennizzo per malattie professionali. Ho l'impressione che oggi, in Italia, vengano largamente sottoriconosciuti gli aventi diritto ad indennizzi per malattie professionali, cominciando dai tumori professionali. Certo, l'obiettivo principale è evitare le esposizioni cancerogene. L'enunciazione di questo obiettivo, e l'affermarsi della filosofia della « modernizzazione del medico » non qualificano però il fatto che chi si ammala gravemente non venga neppure indennizzato.

Al senatore Carlassara, senza entrare nel merito di come si definisce la cancerogenicità, vorrei far presente che oggi il problema non si presenta più in termini giornalistici e scandalistici, cioè con l'affermazione che una certa sostanza è cancerogena e un'altra no; vi sono delle possibilità di ri-

conoscere diversi livelli di evidenza scientifica, con diverso grado, dei rischi associati ad una sostanza.

Si è visto che la diffusione di questo tipo di conoscenza, nelle sue articolazioni deputate alla salute nel luogo di lavoro, è perfettamente recepita; è abbastanza facile creare un dialogo tra i detentori delle informazioni scientifiche, con servizio e gli utenti di questo.

Del senatore Ciacci, che ha posto delle domande estremamente difficili, mi ha fatto impressione l'indicazione che ha dato della inefficienza dell'attuale legislazione e della facilità di eluderla. Penso che essa certamente dovrebbe essere resa più severa, ma credo che qualsiasi problema di educazione sanitaria — e questo è un problema di tal genere — vada affrontato con un metodo scientifico e non soltanto con una diversa severità.

Per finire, riguardo alle domande che ha posto il senatore Bellinzona, vorrei fare presente che oggi una parte di attività di ricerca, sia nel settore della biologia dei tumori, sia nel settore della biologia delle prevenzioni viene fatta negli istituti universitari.

Questa attività si imbatte in alcune difficoltà, come la molteplicità delle funzioni universitarie, ma nei fatti si può svolgere abbastanza facilmente.

**A R G I R O F F I .** Non volevo fare una affermazione apodittica a proposito del legame tra malattie da miseria e da sudiciume ed elementi di cancerogenicità. Mi riferivo specificatamente alla diffusione epidemiologica relativa all'epatite virale alla quale va certamente ricondotta una delle cause delle lesioni epatiche. Non ho certo la pretesa di lamentarmi con voi; volevo dire che certo la prevenzione non è un dato medico e non bisogna confonderla con la profilassi. È solo nella profilassi che le scelte politiche hanno un loro significato nella lotta contro i flagelli che ogni anno ritualmente determinano epidemie in Calabria o in Sicilia.

La seconda osservazione è quella relativa alle cose che sono state dette su Seveso.

Sono cose giuste, ma il problema è un altro: Seveso è stato studiato a *posteriori*. Se parliamo di cancro da ambiente poniamo automaticamente il problema dei controlli sui processi di produzione che a Seveso erano completamente sconosciuti e che hanno costituito la causa politica di quello che è successo.

**C A S T E L L O .** Mi è stato chiesto perchè il trattamento dei tumori nei bambini è diverso. Il bambino è un essere che cresce e già per questo è quindi diverso. Va poi spiegato che i tumori sono diversi biologicamente e quindi la terapia per il bambino è diversa da quella per l'adulto. Ci sono, ad esempio, due tipi di rachitismo che non possiamo trattare con la medesima terapia. Lo stesso avviene con i tumori: i farmaci sono più o meno gli stessi, la ricerca di base può coincidere ma tutta la fase successiva è completamente differente. Non so se avete mai visto un bambino sperduto in una corsia di adulti.

**A R G I R O F F I .** In qualsiasi ospedale.

**C A S T E L L O .** In qualsiasi ospedale che non abbia un reparto pediatrico.

Mi si chiedeva quali sono i centri di oncologia pediatrica. Grosso modo sono quelli universitari, a parte l'Istituto dei tumori di Milano. Al nord sono sei: Torino, Padova, Bologna, Genova, Trieste e Pavia (in più vi è Milano) dove si curano le leucemie e i linfomi. Al centro ve ne sono tre: Pisa, Firenze e Roma; al sud quattro: Napoli, Bari, Palermo e Catania.

Il problema cui facevo riferimento prima esiste a Roma. V'è l'Ospedale pediatrico « Bambin Gesù », v'è l'Università Cattolica; le leucemie si trattano in parte nella clinica pediatrica di Roma, in parte nell'Università Cattolica, in parte presso la cattedra di ematologia.

V'è anche il problema dello specialista, cioè se ci deve essere uno specialista verticale od orizzontale. Nella cura del malato ematologico dalla nascita, data la continua diminuzione delle nascite, pare che ognuno cerchi di appropriarsi del terreno altrui.

Quindi questo problema dipende molto dai fattori individuali relativi alle persone che si occupano di queste terapie.

I centri, quindi, che si occupano di oncologia pediatrica sono complessivamente quattordici in altrettante città italiane. Direi che questo numero non dovrebbe essere ulteriormente aumentato perchè sono più che sufficienti.

Alla senatrice Rossanda volevo far presente che, per quanto concerne alcune specializzazioni, a Roma stiamo vivendo una esperienza nuova rispetto al resto d'Italia. Circa due anni fa la clinica pediatrica di Roma e l'ospedale del « Bambin Gesù » hanno firmato un accordo per il quale la clinica pediatrica utilizza anche i letti del « Bambin Gesù ».

Al senatore Ciacci direi che le insufficienze nel campo dell'oncologia pediatrica sono enormi perchè questa branca è sempre stata una appendice studiata da pochi. L'Organizzazione mondiale della sanità non ha un solo programma di oncologia pediatrica. Non credo che l'intervento delle unità sanitarie locali possa avere un ruolo significativo dato che tale terapia è molto specialistica.

Vorrei inoltre approfittare di questa audizione per invitare la Commissione a visitare il nostro servizio di oncologia pediatrica e a valutare quali sono le carenze e quali sono le cose che facciamo.

**S A L V A T I .** Al senatore Argiroffi credo di avere già risposto in parte.

Mi era stata rivolta una domanda, cioè quali fossero i punti specifici di ricerca in generale, al di fuori della specializzazione della oncologia pediatrica, nel Mezzogiorno. Devo citare il centro di Napoli con le sue strutture universitarie e in particolare con l'Istituto di patologia generale. Altri centri di ricerca globale non mi sembra che esistano: a Palermo ci si occupa di chemioterapia; nella stessa Bari vi è una divisione di oncologia, ma più che di ricerca si tratta di centri di oncologia che si occupano anche — ma forse non tutti a livello ottimale — di ricerca.

L'altro problema posto dal senatore Argirotti è quello della difficoltà di recepire questi malati oncologici nel Mezzogiorno e quindi dello smistamento di essi verso i centri del nord e del centro. Questo è un grosso problema che purtroppo risentiamo soprattutto qui a Roma. Infatti vi è una grossa affluenza di malati oncologici in fase preterminale notevole, rispetto a quella di malati in fase diagnostica o terapeutica utile (direi una quota dell'80 per cento di malati in fase preterminale avanzata). A volte l'ospedale «Regina Elena» che quasi sempre è fortemente sopraffollato, con prenotazioni a mesi ci indirizza malati polmonari a metastatizzazioni diffuse e addirittura con fratture ossee. Non è concepibile, per lo stesso rispetto del malato, che ciò debba avvenire; non si può far partire un malato da Reggio Calabria o da Palermo e farlo venire a Roma in un viaggio senza alcuna speranza. Non so quali potrebbero essere i rimedi più razionali per un tale fenomeno, ma certamente ve ne sono: si tratta di vagliarli, per poter ricoverare tali malati negli ospedali del Mezzogiorno.

ARGIROTTI. Si potrebbe disporre il ricovero obbligatorio.

SALVATI. Sì, ma entreremmo nel campo della coercizione.

ARGIROTTI. Obbligatorio per i medici non per i malati. I medici non devono poter rifiutare il ricovero.

SALVATI. Per quanto riguarda le divisioni ad alta specializzazione quale quella che dirigo, ci pone in crisi il problema dei posti letto: non possiamo intasarli con malati in fase preterminale a danno dei malati in fase di diagnosi il più tempestiva possibile o di quelli ancora suscettibili di terapie antitumorali specifiche.

ARGIROTTI. Nel Mezzogiorno, abbiamo più posti letto del necessario, e possiamo metterli a disposizione dei cancerosi in fase preterminale: il vero problema

è che c'è bisogno di un'assistenza ampia e complessa che non è affatto assicurata.

SALVATI. Il riferimento della senatrice Rossanda mi vede concorde per quanto riguarda la preparazione e la cultura oncologica di cui siamo carenti. Sono d'accordo nel favorire queste scuole di specializzazione (vi è già un corso nella scuola medica ospedaliera della Regione Lazio), ma questa preparazione deve essere guidata e prestabilita, altrimenti non si ottiene alcun risultato positivo.

Ma vorrei sottolineare questo aspetto anche e soprattutto per ciò che riguarda la legislazione attuale per le scuole per infermieri professionali, problema che sottopongo con particolare sottolineatura alla Commissione. Tra gli insegnamenti di queste scuole non vi è l'oncologia, mentre ormai la diffusione dei tumori comporta un'assistenza del tutto peculiare; è necessario pertanto che questi infermieri professionali siano preparati in tal senso. Per quattro anni ho ottenuto la possibilità di tenere un corso di questo tipo, ma una volta cessata la direzione che me lo ha concesso, ciò non è stato più possibile. Il corso è richiesto dagli stessi allievi, i quali si trovano poi impreparati di fronte a questo particolare tipo di assistenza, durante il tirocinio che svolgono nei reparti. La mia proposta è questa: inserire l'insegnamento dell'oncologia nelle scuole per infermieri professionali.

Mi è stato anche chiesto se gli istituti di ricerca e di cura a carattere scientifico siano caratterizzati da una maggiore redditività nel settore rispetto alle altre strutture. Questo interrogativo è provocatorio, di grave tentazione per chi opera con impegno nel settore ed è costretto a vedersi limitato in maniera eccezionale. Stamattina è stato quasi addebitato, come carenza grave, a noi medici il non essere di sufficiente spinta per far prevalere certi concetti. Respingo decisamente questo addebito, che semmai ritorco a voi politici in generale. In particolare voglio limitarmi a citare il caso della unità sanitaria locale RM/16 dove esiste un rigetto dei politici rispetto a questo tipo di contatto

con quanti si occupano in prima linea del problema oncologico.

Ci sarà il politico sensibilissimo, ma questa è una eccezione; per cui, di fronte a questo rigetto, a questa repulsione, poco, per non dire nulla, si può fare. Non nego che noi medici possiamo avere una sorta di deformazione professionale e, nella particolare professionalità, una deformazione in senso oncologico; ma questa deformazione va integrata e contemperata con la specifica deformazione che « probabilmente » anche alcuni politici hanno. Nella mia divisione vedo i consiglieri del comitato di gestione soltanto quando debbono interessarsi di persone che hanno insistito per far ricoverare.

Mi chiedo, dopo l'incontro di questa mattina, quanto di proficuo abbiamo portato ai fini dei vostri lavori, qual è la quota di realizzabilità del nostro contributo, quanto vi abbiamo aiutato nel vostro legiferare. Indubbiamente, carenze mediche ci sono, ma per tutti noi impegnati in questo settore credo si possano limitare ad una quota molto bassa. Più che le carenze legislative, sono le carenze organizzative e direzionali ai singoli livelli regionali, comunali e di unità sanitaria locale quelle che si sentono maggiormente. È doveroso riconoscerlo, e ancora più doloroso affermarlo; vi è uno scarso utilizzo delle risorse di cui disponiamo. L'intervento politico dovrebbe tendere proprio a « legare » le strutture periferiche che ora ho citato alla realizzazione di certe direttive centrali, finalizzando anche gli stanziamenti. Ho avuto occasione di vedere stanziamenti fatti un paio di anni fa dall'Assessorato alla sanità della mia Regione, dai quali non si poteva certo rilevare grande sensibilità al problema.

Ho molto apprezzato la proposta avanzata da Veronesi di individuare alcuni centri attualmente funzionanti da aggregare in una configurazione multicentrica che potrebbe essere, a sua volta, collegata con gli istituti di ricerca, come elementi di guida che mi sembrano indispensabili. Queste strutture, anche divisionali in seno a ospedali generali, vanno utilizzate al massimo della loro potenzialità e vanno proprio per questo « privile-

giate » in un piano generale e articolato, per evitare dispersioni e per migliorare i risultati nei singoli settori dell'oncologia, quello dei tumori polmonari in particolare.

**F I M O G N A R I .** Abbiamo parlato dei viaggi senza speranza. Chiedo al professor Veronesi cosa ne pensa del diritto alla morte che ha un malato di cancro.

**V E R O N E S I .** Sono spiacente di non poter ripresentare le diapositive che ho mostrato prima alla Commissione.

Ho esordito dicendo che quello del cancro è un universo; quindi cominciamo a renderci conto che è una materia vastissima. Occorre una migliore legislazione? Occorre la legislazione; è uno strumento opportuno ed efficace, ma non sufficiente. Occorre un lungo processo di educazione e di formazione perchè si creino le strutture adatte per rendere operativa la legislazione. In America è stata approvata una legge di poche righe, nelle quali il Senato americano riconosce l'importanza del cancro, dichiara di voler intervenire, dice che è interessato a migliorare i settori della prevenzione, della diagnosi e della terapia creando centri specialistici, e stanziava a questo fine 3.000 miliardi, dando mandato al Governo di studiare i modi per rendere efficace la legge stessa. Tale legge obbliga una commissione di senatori ed esperti a lavorare per due anni. Il senatore Merzario ha lamentato che si continui a parlare senza risolvere niente, ed ha ragione. Noi parliamo molto, ma non abbiamo la forza di valutare nei fatti la concretezza delle cose e di tradurre tutto il processo di analisi in azioni concrete. D'altra parte, è inutile approvare leggi se prima non si è stabilito che cosa si vuole; solo allora sarà facile trovare lo strumento legislativo per interpretare le necessità riscontrate. Le decisioni sono politiche e debbono essere prese tra i politici e gli esperti, senza che nessuno accusi l'altro di tirarsi indietro; altrimenti continueremo a rivederci una volta all'anno, ma senza giungere ad alcuna conclusione.

In questo momento vi sono almeno altre dieci sedi, nel mondo, nelle quali si dibatte

il tema che oggi ci vede riuniti. Il problema è di difficilissima soluzione.

Per quanto riguarda l'origine virale, vi è stata una forte discrepanza tra quanto si osservava negli animali da laboratorio, nei quali tutti i tumori sono di origine virale, e quanto si poteva osservare nell'uomo. Abbiamo il dubbio che una parte dei tumori umani possano essere originati da virus, ma tale dubbio non è stato mai provato. Solo una minima parte dei tumori umani è certamente di origine virale. Il problema dei tumori del fegato collegati al virus dell'epatite non è stato ancora risolto.

Il senatore Grossi ha posto una domanda circa le prospettive di una diagnosi sierologica precoce. Questo è un campo al quale affidiamo molte speranze.

Si tratta dei marcatori biologici che vengono prodotti da sostanze immunologiche di tipo antigene che vengono generate dal tumore in quantità infinitesimali e sono fortunatamente abbastanza specifici come tipo di tumore. Il problema di rilevarle è complesso; con le tecniche attuali della analisi e con le tecniche immunologiche si sono fatti enormi passi avanti e oggi ne esistono alcune che vengono usate nella pratica clinica. Basta ricordare l'alfafetoproteina per i tumori epatici o molto più recentemente i marcatori biologici per i tumori al testicolo, che sono ormai provati come utili. Il problema sarà di vedere la loro specificità e sensibilità per trasferirli all'indagine di massa. Il campo è aperto e promettente e confidiamo che questo nuovo corso possa risolvere domani una parte dei nostri problemi di diagnostica.

Il senatore Mitrotti ha toccato un aspetto molto delicato, definendo blasfemo il parlare del « siero Bonifacio ». Non è così; penso che sia legittimo parlarne.

Abbiamo avuto altri tipi di siero precedentemente al « siero Bonifacio », all'esterno, come si dice, dell'*iter* della medicina ufficiale. Credo che sarebbe un grave errore dividere la medicina ufficiale da quella non ufficiale e pensare alla classe medica come un gruppo corporativo arroccato su posizioni da difendere ad ogni costo, e vedere dall'al-

tra parte, persone che vorrebbero portare un contributo e verrebbero rigettate.

Questa immagine appartiene alla storia ed è una immagine un po' romantica che è fuori dalla medicina.

Non esiste più in realtà questa frattura.

Oggi il dibattito è su altri temi; si tratta di vedere quanto c'è di scientifico, di non scientifico e di antiscientifico nella medicina in genere e nella terapia o nel raccordo della cura dell'uomo in particolare.

Il dibattito su questi temi è aperto. Mi vanto insieme a Terracini di essere tra quelli che hanno tentato di condurre la medicina entro canali scientifici, cercando di sfrondarla da quello che c'è di non medico, da motivi e aspetti emozionali, individuali e commerciali ed anche dalla scorrettezza professionale ai fini di un interesse individuale.

Ci sono tanti aspetti negativi e abbiamo fatto uno sforzo per cercare di ridurli in ambiti di una sempre maggiore verificabilità.

Mi ricordo come chirurgo di essere stato tra i primi a Milano a battermi contro le indiscriminate appendicectomie degli anni 60; tutti i bambini venivano operati di appendicectomia e di tonsillectomia. Ci siamo battuti contro l'uso non provato dell'interferone, che non è la medicina alternativa, ma è il massimo della produzione sofisticata dei laboratori della medicina ufficiale. Esso è stato introdotto clandestinamente come terapia antitumorale prima ancora di provarne l'efficacia.

Se il « siero Bonifacio » fosse provato saremmo i primi ad aprirgli le porte, ma finora non è stato provato. Parla uno che ha vissuto e vive nel mondo del cancro da quando era giovane; non ho mai visto un malato di cancro guarito dal « siero Bonifacio ». Non ho niente contro il « siero Bonifacio », del quale bisogna però dire che ha una produzione singolare, in quanto viene estratto da urine e feci di capre, maschi contro i carcinomi e femmine contro i sarcomi. Questo ci lascia perplessi e sorpresi: perchè le capre e non altri animali? Le capre non hanno tumori, tutti sono a conoscenza di questo dato grazie alla medicina comparativa. Se l'animale vive in condizioni selvatiche non è soggetto



12<sup>a</sup> COMMISSIONE

2° RESOCONTO STEN. (28 luglio 1982)

a forme tumorali; se invece diventa domestico aumentano i tumori. I gatti e i cani hanno gli stessi tumori dell'uomo perchè vivono nello stesso ambiente. Le capre sono in condizioni di vita poco domestiche e quindi non hanno tumori. Se la capra visse nel nostro ambiente ne avrebbe come noi.

Sono d'accordo con quanto detto la scorsa volta dagli altri colleghi: tutto va provato, anche se proviene dalla medicina ufficiale. Sono stato frainteso quando ho detto che gli americani hanno usato molto i metodi sperimentali e non direttamente l'uomo come strumento. Questo non faremo mai.

Credo di essere stato il primo in Italia ad aver creato un comitato etico nel mio istituto, che aveva lo scopo (e lo ha ancora) di vagliare ogni proposta di studio sull'uomo. Questo comitato (il cui presidente era Maccacaro, persona assolutamente affidabile in questa direzione) è composto da otto esperti e da tre non medici, uno psicologo, un avvocato e una persona nominata dall'interno allo scopo di difendere i diritti del malato contro l'oppressione e l'invadenza (anche in buona fede) del ricercatore, che, spinto dal suo desiderio di conoscere, qualche volta può non essere obiettivo.

Devo dire che una quantità di proposte di ricerca sono state inesorabilmente scartate e così sarebbe oggi scalata dall'istituto la proposta di provare il « siero Bonifacio » sui pazienti. Mancano in questo momento dei dati sufficienti di tipo preliminare biologico e biochimico. Non si sa di che cosa è composto questo siero e questo fatto non può essere accettato, sia che si tratti di scienza che di non scienza.

Dobbiamo essere consapevoli di quello che facciamo per convincere il malato dell'opportunità di quello che sta provando.

M I T R O T T I . Cosa si aspetta per procedere in questo senso? Mi sembra che il prodotto sia circolante; un indirizzo garantito di ricerca su questo prodotto dovrebbe portare a questo scopo.

V E R O N E S I . C'è una commissione, nominata dal Ministro, che sta studiando i

mezzi per vedere quanto è percorribile questa strada.

M I T R O T T I . Sono moltissimi anni che si parla del siero.

M A G N A N I N O Y A , *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Avevamo richiesto al produttore l'invio del siero, ma egli non lo ha inviato e non vuole dirci di che cosa è composto.

P R E S I D E N T E . Faremo su questo argomento un'audizione particolare.

V E R O N E S I . C'è una domanda molto importante circa il finanziamento della ricerca e sul modo in cui il finanziamento stesso viene gestito. Il cattivo uso dei fondi regionali è un discorso complesso che non vorrei affrontare, ma è un argomento che merita qualche commento. Penso che il difetto d'origine sia alla base: nonostante il mio istituto ne sia un possibile beneficiario, credo che le Regioni non dovrebbero gestire questi fondi.

Penso che la ricerca spetti al potere centrale; questa spettanza è istituzionale in tutti i paesi d'Europa, escluso soltanto l'esempio tedesco, e ciò è il punto debole della ricerca tedesca. Tutti i paesi riconoscono alla ricerca un respiro nazionale per ragioni ovvie: per evitare duplicazioni, perchè deve essere programmata, perchè il benessere deve essere collettivo e articolato a livello nazionale, perchè la ricerca per sua definizione deve essere nazionale.

M I T R O T T I . È la tessitura che riempie le maglie.

V E R O N E S I . Infatti i fondi regionali non sono utilizzati perchè non si riesce a commissionare una ricerca abbastanza differenziata da quella nazionale a canali istituzionali e scientifici, in maniera che non sia duplicazione di altre ricerche fatte in tutte le regioni alla stessa maniera, causando così una disseminazione a pioggia dei finanziamenti.

Quindi, a mio parere, c'è stato un difetto d'origine.

**M I T R O T T I.** Perché si genera questa differenziazione a tutti i costi, che a volte è improduttiva.

**V E R O N E S I.** Il senatore Argiroffi ha fatto una quantità di domande, cui hanno risposto gli altri colleghi. Sul problema del coinvolgimento politico della classe medica è stato espresso un giusto rilievo; a volte noi non sembriamo disponibili. Ma è difficile chiederci di prendere una posizione individuale, se non in casi eccezionali, come firmare manifesti contro la proliferazione nucleare. Qui il problema vero è la ristrutturazione oncologica nazionale, a livello pratico. Siamo disponibili, ripeto, e abbiamo chiesto molte volte ai politici di fare qualcosa, in qualche maniera. Il dialogo è sempre presente ma il nostro sistema politico rende un po' difficile una continuità logica e coerente di intenti. Penso però che forse una Commissione parlamentare possa rappresentare un elemento abbastanza solido e stabile nel tempo, più che le autorità ministeriali, per garantire una certa programmazione oppure una certa fase d'istruzione, perchè altrimenti non sapremmo a chi rivolgerci. Il problema è troppo vasto per essere studiato in sede regionale, e non sarebbe del resto giusto che una Regione avesse delle facoltà ed un'altra no; quindi deve essere affrontato a livello nazionale. Il Ministero può dare qualche suggerimento, ma occorre un gruppo ristretto di persone, che abbia la volontà di dedicarsi a tale compito, con molto tempo disponibile.

La senatrice Rossanda ha fatto un commento molto giusto sulle scuole di specializzazione. Noi siamo però molto legati in questo; il nostro sistema è inquinato da falsi specialisti e tutti sanno che la specializzazione si prende frequentando qualche giorno all'anno, pagando le tasse, andando a dare qualche esame. Tali connotazioni riguardano tutte le specialità. Da studente rimasi soppreso nel vedere come potessi essere dichiarato dottore in medicina e chi-

rurgia senza aver preso in mano un bisturi; poi ho visto anche che avrei potuto, iscrivendomi alla specialità di chirurgia, divenire dopo cinque anni specialista, sempre senza aver mai preso in mano un bisturi. Quindi lo specialista in oncologia può anche non aver mai visto un paziente affetto da tumore.

Ora, va benissimo l'insegnamento universitario, in gran parte teorico, ma occorre anche un *curriculum* ed una valutazione dei fatti per cui un chirurgo, se non dimostra d'aver fatto duemila interventi chirurgici, non può essere dichiarato specialista, così come l'oncologo non può essere dichiarato tale se non ha curato tumori. Il 90 per cento dei medici negli istituti non sono specialisti in oncologia ma sono tutti ottimi oncologi, il che vuol dire che esiste una grandissima divaricazione tra realtà e teoria.

La stessa specialità in oncologia è mal definita, perchè essere oncologo non vuol dire niente: può essere oncologo un radio-terapista, un pediatra e via dicendo, tutti possiamo esserlo; ma è necessario definire meglio, formulare proposte ragionevoli, che rispondano alle reali esigenze.

**A R G I R O F F I.** Occorrono dipartimenti, altrimenti manderemo sempre la gente a Milano.

**V E R O N E S I.** Siamo poi ossessionati da pressioni ingiuste; questo è un altro argomento affrontato dal senatore Carlarsara, cioè il modo di diffondere l'informazione. Sappiamo molte cose ormai ma non riusciamo a raggiungere chi dovrebbe tradurle in pratica con i malati. Una recente iniziativa è partita da noi: l'Istituto di Milano è al servizio della crescita oncologica del Paese ed abbiamo creato dei gruppi di medici che si sono aggregati con lo scopo finale di diffondere nel Paese degli *standards* diagnostico-terapeutici applicabili ovunque, purchè si concentri un minimo di competenza. Ho detto prima che il problema del cancro alla mammella può essere diverso da quello del cancro allo stomaco. Non mi sembra di dover aggiungere altro in proposito.

Infine, il senatore Bellinzona ha fatto un'ultima domanda, molto centrata: qual è il ruolo degli istituti di carattere scientifico? Io sono direttore di un istituto del genere, ma mi sentirei molto in difficoltà nel dare una risposta in merito; risposta che però vorrei dare, perchè, dopo una legge poco coerente con se stessa nei vari articoli e dopo uno sforzo per identificare ed enucleare non solo il significato ma anche le strutture attribuite al suddetto tipo di istituto, ci si è disgregati ed oggi si è finiti in una quantità di istituzioni non aventi tale scopo.

B E L L I N Z O N A . Non è che abbia qualcosa contro la ricerca, ma quello che bisogna far capire è che l'istituto scientifico, in tutte le parti del mondo, nasce come struttura eccezionale, per affrontare temi di eccezionale attualità, per dare una risposta rapida e trasferibile a tutto il Paese su come risolvere certi problemi di sanità pubblica. Il problema del cancro è problema eccezionale; vediamo di mettere insieme competenze maggiori, istituzioni specializzate che ci dicano che cosa fare. Sono istituzioni che nascono dalle necessità epidemiologiche del momento e che non devono essere di ricerca in genere, come il Policlinico di Milano o quello di Pavia, perchè la ricerca universitaria, pur essendo sacrosanta, ha soprattutto lo scopo di approfondire argomenti di base che seguono

logica e fatti di gruppo. Ciò è molto utile e tale da portare a scoperte importanti ma non è ricerca finalizzata al problema particolare esistente in questo campo. La ricerca scientifica finalizzata è quella che ha lo scopo di raggiungere obiettivi già predeterminati dal Paese nell'ambito di una patologia conosciuta.

Quindi il settore è successivamente allargato, e tutti sappiamo che vi sono state ragioni non scientifiche ma di opportunità commerciale, oltre che scientifica; il che ha gettato in una cupa disperazione noi che vediamo la necessità di rendere più efficace e produttiva la ricerca.

PRESIDENTE. Ringrazio vivamente tutti gli intervenuti, e rivolgo loro l'invito a far pervenire alla Commissione eventuali memorie scritte in ordine agli argomenti trattati.

La fase delle audizioni è quindi conclusa.

I lavori dell'indagine potranno eventualmente proseguire con sopralluoghi ad istituti specializzati in ambito nazionale.

Il seguito dell'indagine conoscitiva sulle malattie tumorali è pertanto rinviata ad altra seduta.

*I lavori terminano alle ore 14,25.*

---

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