



**COUNCIL OF
THE EUROPEAN UNION**

Brussels, 29 November 2012

17009/12

SAN 304

NOTE

from: Italian delegation
to: Council
Subject: **Employment, Social Policy, Health** and Consumer Affairs Council meeting
on 6 and 7 December 2012

Asbestos health threats: working towards a common EU strategy
- Information from the Italian delegation
(Other business item)

Delegations will find in the Annex an information note on the above-mentioned subject.

Asbestos health threats: working towards a common EU strategy

LE PATOLOGIE ASBESTO-CORRELATE: conoscenza e gestione.

Background

È da tempo noto che le fibre di asbesto - una famiglia di silicati fibrosi resistenti al calore, agli acidi e agli alcali - tendono a separarsi in fibre estremamente sottili, dotate della capacità di penetrare soprattutto, ma non solo, nelle vie respiratorie, provocando patologie differenti (tra le quali l'asbestosi, le patologie pleuriche fino al mesotelioma, e forme interessanti l'ovaio ed altre sierose), tutte caratterizzate da un lungo intervallo di latenza tra l'inizio dell'esposizione e la comparsa della malattia, intervallo che è in genere di decenni.

Un fattore determinante di tale fenomeno è dato dalle caratteristiche fisico-chimiche delle diverse fibre; altri fattori determinanti nel condizionare l'attività biologica delle fibre nell'organismo umano sono la composizione chimica, la reattività di superficie e la biodurabilità delle fibre.

Le principali vittime dell'asbesto sono i lavoratori esposti nella produzione di materiali e nella gestione dei rifiuti che lo contengono. E' inoltre ormai noto che l'asbesto può rappresentare un rischio di natura ambientale, oltre che per i lavoratori che vi sono stati esposti e i loro familiari, i quali possono respirare le particelle portate a casa ad esempio con gli abiti da lavoro.

L'esposizione ad amianto infatti può avvenire anche in ambito non lavorativo, come ampiamente dimostrato e riportato nella recente Monografia n. 100 della IARC, del 2011. E' stato studiato il rischio di mesotelioma in conseguenza dell'esposizione ambientale sia antropica (per la residenza nei pressi di siti con importanti sorgenti di esposizione), sia di origine naturale. Nella casistica del Registro Nazionale italiano dei Mesoteliomi circa l'8-10% dei casi per i quali sono state ricostruite le modalità di esposizione è risultato esposto per motivi ambientali (la residenza) o per motivi familiari (la convivenza con familiari professionalmente esposti).

Come per tutti gli agenti cancerogeni non esiste una "soglia" di sicurezza al di sotto della quale il rischio sia nullo. *"L'esposizione a qualunque tipo di fibra e a qualunque grado di concentrazione in aria va pertanto evitata"* sostiene l'Organizzazione Mondiale della Sanità, già nel 1986.

L'Italia è stata fino alla fine degli anni '80 il secondo maggiore produttore europeo di amianto in fibra dopo l'unione Sovietica e il maggiore della Comunità Europea, ma - a partire dal 1992 - l'uso dell'amianto è stato bandito.

Altri Paesi, europei e non, hanno bandito l'amianto, ma resta da gestire la presenza di materiali contenenti amianto il cui deterioramento può essere causa di gravi problemi.

Le autorità sanitarie devono pertanto confrontarsi con un fenomeno grave, che peraltro non è stato valutati immediatamente tale, ed al quale si è cominciato a porre rimedio solo alla fine degli anni '80 dello scorso secolo, con il citato bando dell'utilizzo dell'amianto e l'adozione, in alcuni Paesi, di misure per la rimozione in sicurezza dell'amianto deteriorato che è in condizioni di disperdere fibre.

Interesse per la sanità pubblica

Da un punto di vista di sanità pubblica vi è interesse soprattutto a prevedere l'evoluzione dell'epidemia di mesotelioma maligno in seguito alla progressiva adozione nei Paesi occidentali di misure di contenimento dell'esposizione ad amianto o di vero e proprio bando. Negli Stati Uniti ed in Svezia, dove i consumi di amianto sono diminuiti più precocemente, si assiste già ad una diminuzione dei tassi di mortalità e di incidenza. In Paesi come Olanda o Gran Bretagna, invece, la frequenza di MM è ancora in crescita, pur con un possibile rallentamento. Laddove i consumi sono cresciuti, come nei Paesi in via di sviluppo, le limitate statistiche disponibili suggeriscono che l'epidemia sia attualmente al suo esordio.

Le proiezioni pubblicate per l'Italia, basate su differenti modelli, hanno previsto un picco di circa 800-1.000 decessi all'anno tra il 2010 ed il 2020 o tra il 2012 e il 2025, seguito da un declino relativamente rapido.

Si tratta di numeri che possono non far trasparire la gravità del fenomeno e il dramma dei pazienti e dei loro familiari, ma le Autorità sanitarie non possono non dare rilevanza a tale fenomeno e adottare idonee contromisure.

La gestione di tale problematica, peraltro, non può prescindere dalla partecipazione attiva di tutti gli stakeholders ivi compresi i pazienti, attraverso le loro associazioni, le NGO, le forze sociali, oltre a quella del mondo scientifico e clinico che si occupa della materia.

In tale ottica, l'Italia ha recentemente organizzato (Venezia, 22-24 novembre u.s.) una Conferenza governativa, che ha visto la partecipazione di tutte le componenti sopra richiamate, oltre a quella di giuristi, scienziati ed esperti clinici, per poter giungere ad una proposta di piano operativo comprensivo delle linee di azione per le diverse problematiche identificate.

Proposte operative

In tale scenario, l'Italia ritiene che l'Unione europea possa svolgere un ruolo fondamentale: un'azione concordata a livello comunitario, tra la Commissione e gli Stati membri, può costituire uno strumento che ha migliori possibilità di risultare efficace rispetto ad attività limitate al livello nazionale, in quanto diretto in maniera omogenea e con pari diritti, a tutti i cittadini dell'Europa a 27 ed in quanto può basarsi su un numero di risorse più adeguato alla gestione di forme patologiche di per sé rare.

A tal fine l'Italia auspica innanzitutto, che la tematica possa trovare interesse tale da meritare l'appoggio degli altri SM e della COMM, anche a seguito della odierna comunicazione, ed inoltre si possa operare congiuntamente, attraverso forme di collaborazione che ricorrano a tutti gli strumenti messi a disposizione dal sistema comunitario, per:

- migliorare la conoscenza epidemiologica del fenomeno in Europa, ed il trend di casi delle diverse patologie asbesto-correlate, attraverso la raccolta ed esame di alcuni dati statistici sanitari nei diversi Paesi e la creazione di appositi network contenenti le informazioni cliniche in formato standardizzato
- migliorare la conoscenza della suscettibilità individuale alle diverse patologie asbesto-correlate e le capacità di diagnosi precoce, anche con la costituzione di banche di campioni biologici e l'identificazione di marcatori biologici di diagnosi precoce, mettendo in rete le risorse scientifiche disponibili nei diversi SM e prevedendo il finanziamento di iniziative di ricerca e di joint actions in argomento;
- migliorare le capacità di stadiazione e gestione dei pazienti affetti dalle patologie asbesto-correlate, anche attraverso l'introduzione di nuovi farmaci e tecniche operatorie, prevedendo - per le più rare quali il mesotelioma - la creazione di un network clinico tra le diverse strutture specializzate nella gestione di tali pazienti, nell'ambito della direttiva 2001/24/UE sui servizi sanitari transfrontalieri.

L'Italia confida che questa richiesta, dettata dall'interesse della tutela dei nostri cittadini, trovi la condivisione degli altri SM e della COMM e che si possa, lavorando insieme, giungere in tempi rapidi ad una significativa riduzione dei casi di patologie asbesto-correlate e ad un rilevante miglioramento della prognosi dei pazienti affetti da tali forme di malattia.
