

Firenze, Villa Lemmi, 3 marzo 2017

Emersione delle malattie professionali:
strumenti a disposizione del medico del lavoro/medico competente

*Programmi sanitari e coerenza con il
documento di valutazione dei rischi ai fini
della diagnosi di malattia professionale*

Dr Fabio Capacci

Medico del lavoro

Azienda sanitaria USL Toscana Centro

Area Funzionale PISLL

Setting Firenze

- Perché è diffusa l'incoerenza fra sorveglianza sanitaria e DVR?
 - Necessità di adattarsi al sistema?
 - Difetti nella “norma”?
 - elevato contenuto formale
 - rigidità
 - sottovalutazione del conflitto sociale fra salute e mercato
 - assenza di tutele previdenziali per il lavoratore in difficoltà

Le difficoltà del medico competente

- Distanza dai momenti di gestione dell'azienda
- Sfiducia da parte dei lavoratori
- Difficoltà nel perseguire obiettivi di
 - prevenzione primaria, scarso coinvolgimento nel percorso di valutazione e gestione dei rischi;
 - prevenzione secondaria, difficile esprimere giudizi d'idoneità "operativi", che non danneggino il lavoratore;
 - riconoscimento del danno, difficile l'accesso a percorsi diagnostici specialistici;
 - tutela medico legale, redazione di referto e certificazione di malattia professionale più dannosa per il lavoratore che non di aiuto.

Coerenza fra programmi sanitari e DVR: quale modello od obbiettivo?

- *Approccio formale*: proteggere i datori di lavoro ed i medici competenti dalle “incursioni” dell’organo di vigilanza
- oppure
- *Approccio orientato alla prevenzione*: agire con criteri di efficacia rispetto agli obbiettivi di prevenzione sopra richiamati

Sorveglianza sanitaria *formale*

- la ritualità della periodicità e la pedissequa correlazione fra pericolo presente e relativo accertamento diventano sostanza;
- Il loro monitoraggio acquista il valore di indicatore di efficacia;
- l'*overtesting* diventa strumento di lavoro;
- l'estraneità del medico competente rispetto a datore di lavoro e lavoratori ne è la prevedibile conseguenza.

Sorveglianza sanitaria orientata alla prevenzione

- La partecipazione del medico alla vita aziendale, il rapporto con i lavoratori, la formazione e l'informazione, sostituiscono la cadenza fissa degli accertamenti
- Privilegia l'accertamento su richiesta, come previsto dalla dir.eur. 391/89 che garantisce la sorveglianza sanitaria ai lavoratori ma affida a loro la facoltà di richiederla
- E' programmata sulla base del rischio residuo, tenendo conto dell'intensità dell'esposizione, dei meccanismi patogenetici del danno, dell'efficacia diagnostica degli strumenti disponibili e dell'utilità per il lavoratore
- Quanto maggiori sono i successi dell'azione preventiva, tanto meno necessari gli accertamenti sanitari;
- Il miglior indicatore di efficacia e di coerenza con il DVR è la riduzione del numero degli accertamenti necessari

Due approcci ben diversi al ruolo di medico competente

- La preferenza per programmi sanitari orientati alla prevenzione potrebbe apparire scontata, ma non è così
- In realtà è concettualmente difficile, economicamente problematica, ma, soprattutto, poco apprezzata.
- I progetti sulla congruenza fra sorveglianza sanitaria e DVR, previsti dai Piani Nazionale e Regionale di Prevenzione lasciano ampiamente incerto il modello verso cui tendere
- Anche per la vigilanza, il controllo degli aspetti formali è la via più facile
- L'assenza di linee guida clinico diagnostiche e di igiene industriale fanno il resto ed a vincere è quasi sempre il modello formale.

Criteri generali per riconoscimento di malattia professionale

- **Diagnosi clinica**
 - Anamnesi
 - Qualità degli accertamenti diagnostici
 - Etica professionale
- **Ricostruzione dell'esposizione**
 - Anamnesi lavorativa
 - Documento di valutazione dei rischi
 - Monitoraggio diretto delle esposizioni
 - Indagini di comparto

Accertamenti diagnostici in Medicina del Lavoro

- Diagnostica fondamentalmente “eziologica”, richiede un collaudato rapporto fra medico del lavoro e specialista.
- Il caso paradigmatico della radiodiagnostica delle pneumoconiosi:
 - **tecnica dedicata:** (NIOSH 2011) anodo rotante, focal spot 1.0 millimetro, filtri standard, controllo delle fluttuazioni di energia elettrica, generatore da almeno 300 mA a 125 kVp or 35 kW, imaging minimo 35×43 cm or 1505 cm², pixel pitch massimo di 200 µm, matrice minimo 3.75 megapixel (MP) e profondità di punto 10; risoluzione spaziale almeno 2.5 per mm sia in verticale che in orizzontale ecc.
 - **standardizzazione delle letture:** ILO per RX (anche digitali) ed ICOERD per TC;
 - **formazione dello specialista:** certificazione del lettore;
 - **confronto fra specialista e medico del lavoro:** caratteristiche dell'esposizione respiratoria a polveri e ad altri inquinanti, primo fra tutti il fumo, devono guidare l'interpretazione delle immagini
- **Necessaria una Rete diagnostica per la medicina del lavoro (INAIL, Dipartimenti di Prevenzione, Istituti universitari, ecc.)**

Etica della medicina del lavoro ed autonomia del medico competente

- Medicina del lavoro, spesso al centro di conflitti sociali ed interessi contrapposti (datori di lavoro/lavoratori, fornitori di materie prime/imprese, medici competenti/datori di lavoro ecc.)
- Importanza dell'etica professionale e dell'assenza di conflitto d'interesse: il ruolo *super partes* dei Dipartimenti di Prevenzione necessita di autorevolezza
- Peso di attori economici nell'alterare (minimizzare od esasperare) le conoscenze sugli effetti patogenetici di inquinanti (RN Proctor, L Schiebinger, "*Agnology - The making and unmaking of ignorance*")
- Diverso valore della diagnosi clinica nei diversi ambiti (sorveglianza sanitaria, inchiesta giudiziaria, riconoscimento assicurativo, rivendicazione sindacale, interesse dell'impresa, ecc.)
- Variabili socio economico determinano la fluttuazione nel tempo dell'attenzione e dei riconoscimenti di malattia professionale, secondo meccanismi non sempre trasparenti.

Alcuni esempi

- **silicosi**: ampiamente riconosciute negli anni 60-70, anche come compensazione in settori in crisi; oggi negate nonostante il persistere di esposizioni;
- **amianto**: benefici previdenziali per gli ex esposti, nati come riconoscimento previdenziale per aiutare la dismissione delle lavorazioni con amianto, hanno visto ampliarsi i criteri di riconoscimento fino ad epoche ed esposizioni discutibili;
- **patologie osteoarticolari**:
 - in crescita esponenziale da circa 10 anni a fronte di una riduzione del rischio (contrarsi del manifatturiero), in assenza di strumenti utili alla gestione delle inidoneità.
 - Legate alla fisiopatologia dell'invecchiamento al lavoro oltre che a causa di lavoro.
 - Non è molto utile al lavoratore, se una presunta causalità da lavoro prende il posto di seri provvedimenti previdenziali per la gestione delle inidoneità (lavori usuranti, scivoli pensionistici per patologia o per inidoneità specifica, ecc.).

La ricostruzione dell'esposizione

Anamnesi lavorativa

- Fondamentale elemento diagnostico per definire una esposizione **efficace**.
- Spesso carente nel documentare o descrivere il lavoro potenzialmente a rischio e, soprattutto l'intensità, durata, latenza dell'esposizione in relazione alla patologia riscontrata.
- Scarsa dimestichezza con i parametri descrittivi dell'esposizione e sua intensità:
 - dosi ponderate,
 - dose cumulativa,
 - confronto di dosi fra lavoratori e popolazione (es. per cancerogeni ubiquitari responsabili di tumori a bassa frazione eziologica).
 - confronto fra prevalenza del danno fra lavoratori e popolazione generale (esempio soglie uditive)

Documenti di valutazione del rischio

- Fonte di dati sull'esposizione più comunemente utilizzata, anche
 - dall'organo di vigilanza, per individuare violazioni;
 - dall'INAIL, per definire l'efficacia causale dell'esposizione al fine del riconoscimento di malattia professionale.
- Ciò crea equivoci che hanno contribuito a rendere il DVR strumento spesso formale, inutilizzato per la gestione del rischio
- **La percentuale di DVR di qualità “accettabile” secondo indagini eseguite sul rischio chimico in Toscana è risultata fra il 10-20 %**

Limiti tecnici del DVR come strumento di valutazione dell'esposizione

- La ricostruzione dell'esposizione pregressa è materia, ad elevata complessità, tanto più oggi, che il mercato del lavoro è caratterizzato da precarietà e variabilità.
- Il DVR dovrebbe definire il rischio residuo al termine del percorso di gestione e non descrivere il rischio pregresso
- Il suo obiettivo è fornire indicazioni per la gestione del rischio residuo e per i piani di miglioramento
- L'assistenza alla piccola impresa da parte dei Dipartimenti di Prevenzione, quantomeno sugli aspetti metodologici della valutazione e gestione del rischio, avrebbe ricadute importanti in termini di prevenzione, contribuendo a ridurne l'odierna impostazione formale.

Monitoraggio diretto delle esposizioni

- Considerato il metodo migliore per valutare l'esposizione, con alcuni limiti
- Richiede ottimi professionisti in igiene industriale ed ha costi proibitivi per la piccola impresa che rappresenta la maggioranza delle aziende nei nostri territori.
- Variabilità fra operatori ed a seconda delle strategie di indagine
- Le strategie d'indagine dipendono dagli obbiettivi che ci si prefigge:
 - **Prevenzione:** la ricerca di indicazioni utili alla riduzione di un fattore di rischio richiede campionamenti pre-post presso macchine od impianti, in postazione fissa in prossimità di eventuali punti critici per rischio di dispersione di inquinanti;
 - **Valutazione dell'esposizione per singolo soggetto o per mansioni:** da eseguire al termine della completa realizzazione delle misure di prevenzione, con campionamenti personali, utili a migliorare l'organizzazione del lavoro, valutare strumenti di prevenzione quali l'uso dei DPI, definire i programmi sanitari;
 - **Ricerca epidemiologica:** per assegnare un valore di esposizione a comparti o mansioni; campionamenti personali su specifiche fasi lavorative stimano la componente attiva dell'esposizione, campionamenti di area valutano la componente passiva.

Indagini di comparto

- Integrate dalla letteratura scientifica e contestualizzate alla realtà territoriale attraverso indagini sul campo, costituiscono probabilmente il miglior approccio alla valutazione dell'esposizione o, almeno, il più realistico.
- Al sistema pubblico spetta la gestione di strumenti come le Banche dati, sul modello di quella predisposta per i rischi fisici (portale agenti fisici INAIL-ISPEL), la predisposizione ed approvazione di buone prassi per la gestione dei rischi, indispensabili per il funzionamento del sistema di prevenzione e per scalzare pratiche formali prive di documentata efficacia preventiva.
- In tutti i sistemi sociali avanzati la sicurezza e l'igiene del lavoro sono regolamentati dal Pubblico attraverso un livello tecnico scientifico, che elabora i riferimenti e le regole tecniche ed un livello operativo che ne verifica ed incentiva l'applicazione.
- In Italia il riferimento tecnico scientifico Pubblico è poco percepito e, per questo motivo, il riferimento professionale prevalente è quello normativo (dlgs 81/08).
- E' auspicabile il coordinamento fra soggetti pubblici su progetti di valutazione per comparto o per rischio (programmazione delle misure, standardizzazione del metodo, scelta di un campione significativo, verifica e validazione dei risultati e messa a disposizione dei risultati a datori di lavoro e consulenti attraverso banche dati).

- Costruire una rete diagnostica per la medicina del lavoro orientata alla diagnosi eziologica (INAIL, Dipartimenti di Prevenzione, Istituti universitari ...)
- Assistenza alle imprese sugli aspetti metodologici della valutazione dei rischi per contribuire a restituire efficacia a questo strumento
- Coordinamento di soggetti pubblici su progetti di valutazione per comparto o per rischio e sulla redazione di linee guida e buone prassi



Grazie per l'attenzione