

Le malattie da agenti chimici negli ambienti di lavoro oggi.

Un'esperienza della Regione

Piemonte: PriOR

Dario Mirabelli

Civitanova Marche 30 ottobre 2009

Introduzione

- Convenzione ILO del 1925 n. 18 per il riconoscimento delle malattie professionali (da piombo e mercurio, e l'antrace)
- Aggiornata ripetutamente (42/1934, che includeva tra l'altro la silicosi ed i tumori cutanei, e 121/1964)
- L'assicurazione obbligatoria, e quindi la possibilità di riconoscimento ed indennizzo, furono introdotte in Italia nel 1943 per la silicosi e l'asbestosi.
- Lista di malattie indennizzabili ampliata, in parallelo all'ILO, ma come in quasi tutti i Paesi industrializzati, con sistema della lista chiusa, fino ad anni recenti.

Sottodiagnosi e sottonotifica

- Difficoltà di riconoscimento delle malattie aspecifiche e ad eziologia multifattoriale.
- Tumori polmonari. Frazione eziologica nella popolazione generale (proporzione di casi attribuibile alle esposizioni professionali, tra tutti i casi insorti nella popolazione generale):
 - 1992-1993 a Torino 10% (uomini),
 - oggi Lombardia 17% (uomini).
- Sebbene la frazione eziologica tra gli esposti sia molto più alta, l'identificazione dei casi di possibile origine professionale nella pratica clinica corrente è difficile.
- Sviluppo di sistemi di sorveglianza ad hoc

Sorveglianza delle esposizioni

Esposti a IPA: 537.000 nel 1970
519.000 nel 2000

Calo dei livelli di esposizione (per cessazione delle lavorazioni ad alta esposizione)

Tumori polmonari attribuibili a IPA: 67/100.000 nel 1970
3/100.000 nel 2000

- Finlandia: FIORE (ASA)
- Francia: INRS (COLCHIC)
- Germania: gli IFA (IFA)
- UK: lo HSE gestisce il registro delle misure di esposizione
- Italia: ISPESL gestisce il registro delle esposizioni a cancerogeni e delle misure di esposizione a cancerogeni (SIREP)
- Survey:
 - USA: NIOSH-NOES (1984-1985)
 - UE: Carex (1990-1993) e Woodex (2000)

Sorveglianza delle esposizioni

- Finlandia: FIOH gestisce il registro delle esposizioni a cancerogeni (ASA)
- Francia: INRS detiene il registro delle misure di esposizione (COLCHIC)
- Germania: gli istituti federali di ricerca occupazionale gestiscono il registro delle misure di esposizione
- UK: lo HSE gestisce il registro delle esposizioni
- Italia: ISPESL gestisce il registro delle misure di esposizione
- Survey:
 - USA: NIOSH-NCI (1984-1985)
 - UE: Carex (1990-1993) e Woodex (2000)

Su 21.8 milioni di lavoratori dipendenti al censimento italiano dell'industria 2001:

19% esposto ad almeno un cancerogeno sul lavoro.

Sorveglianza delle malattie

- Sistemi di rilevazione ad hoc:
 - USA: SENSOR varie malattie, attraverso rete di medici sentinella
 - UK: SWORD e OPRA malattie respiratorie, inclusi tumori, tutti gli pneumologi ed i medici del lavoro
- Sistemi di utilizzo di dati correnti, in genere attraverso sistemi di record-linkage:
 - UK Decennial Supplements dell'OPCS/ONS: mortalità per professione, costruendo i denominatori degli occupati sulla base dei dati censuari (trazione secolare)
 - Coorti censuarie per la professione, mortalità o incidenza da record-linkage con fonti nominative: dagli anni '70, oggi NOCCA (Svezia, Norvegia, Finlandia, Danimarca e Islanda)
 - Italia: OCCAM (sviluppo recente)

PRIOR

- 1996 (epoca ante-OCCAM):
 - Piemonte: importante storia industriale
 - Diminuire la sottodiagnosi e sottonotifica delle malattie professionali
 - A partire dalle patologie ad elevata frazione eziologica
- Sorveglianza attiva da parte degli SPreSAL
- Mediante predisposizione di reti di rilevazione ad hoc:
 - Sui mesoteliomi maligni, come estensione e completamento della rete di rilevazione del Registro Mesoteliomi
 - Sui tumori naso-sinusali, nuova rete sul modello di quella per i mesoteliomi
 - Sulle patologie allergiche (asma bronchiale e dermatiti da contatto) con stansensibilizzazione ad agenti di uso industriale, nuova rete

Strategia e organizzazione

- Strategia
 - Creare una rete di collaborazione tra servizi diagnostici per garantire adeguato approfondimento delle diagnosi;
 - Creare un sistema di segnalazione ai (e tra i) servizi di prevenzione;
 - Fornire un supporto ai servizi di prevenzione per l'investigazione dell'eziologia.
- Organizzazione
 - un centro di coordinamento (il Servizio di Epidemiologia dell'ASL di Grugliasco)
 - quattro osservatori, presso altrettanti servizi di prevenzione
 - un operatore aggiuntivo a spese della regione in ogni servizio di prevenzione: operatore di ruolo amministrativo, con compiti di rilevazione casi, prima intervista, gestione dei flussi informativi

Evoluzione

- Dal 1998 il supporto regionale è cessato;
- Il registro mesoteliomi (RMM, preesistente a PRiOR e gestito dal Servizio di Epidemiologia dei Tumori dell'Università di Torino) ha proseguito l'attività, sviluppandola ulteriormente (secondo le linee-guida RENAM) anche grazie al completamento della rete di rilevazione permesso da PRiOR;
- Il registro tumori naso-sinusali è divenuto osservatorio permanente presso la ASL di Saluzzo, nonostante al momento non sia in grado di garantire la registrazione completa dei casi su scala regionale;
- Gli osservatori su asma professionale e dermatiti allergiche da contatto non sono più attivi.

Conclusioni

- OCCAM non era ancora stato concepito. Strumento potente per la ricerca di casi correlati alla professione per malattie aspecifiche e ad eziologia multifattoriale. OCCAM non è invece lo strumento migliore per lo studio delle malattie ad alta frazione eziologica.
- Raccolta passiva di segnalazioni di malattia professionale non può generare stime attendibili dell'incidenza, nemmeno per le malattie ad alta frazione eziologica.
- Occorrono reti di rilevazione ad hoc (e strumenti per controllare la completezza di rilevazione), obbligatorie oggi per MM e TNS.
- Richiedono risorse dedicate per poter funzionare. Nell'esperienza del Piemonte le aziende sanitarie non hanno mostrato capacità (o volontà) autonoma di investimento.