



**VERSO UNA  
OBBLIGATORIA ATTIVITÀ  
EPIDEMIOLOGICA PER I  
CANCEROGENI CERTI  
USATI NEI LUOGHI DI  
LAVORO: ALCUNI RISCHI.**

Enzo Merler <sup>(1)</sup>  
Domenica Sottini <sup>(2)</sup>  
Gino Barbieri <sup>(3)</sup>

*THE COLLECTION OF  
EPIDEMIOLOGICAL DATA  
AT THE LEVEL OF  
LOCAL HEALTH UNIT AND  
THE HAZARD OF  
NEGATIVE APTITUDES.*

Nella legge di Riforma Sanitaria del 1978 lo svolgimento di attività epidemiologiche da parte delle strutture del SSN competenti per la prevenzione delle malattie causate da esposizione ad agenti tossici usati nei luoghi di lavoro risultava espressamente previsto.

Gli articoli 24 e 27 della legge 833 indicavano come compito istituzionale di queste strutture la programmazione di "indagini epidemiologiche", e suggerivano che fossero organizzati flussi informativi utili ad identificare obiettivi per indagini sanitarie e priorità di interventi.

Successive leggi regionali (ad esempio, tra le prime, quella di Lombardia, Veneto e Toscana), avevano, con la stessa logica, indicato che a queste strutture dovessero pervenire dalle aziende dati relativi alle sostanze chimiche usate e che queste strutture dovessero redigere piani di lavoro in qualche modo derivanti da una ricognizione dei rischi e da stime sulla frequenza di patologie.

Si è trattato tuttavia di norme legislative che, se indicavano come pertinente la pianificazione di indagini sanitarie, non mostravano alcuna concettualizzazione di quali potessero essere i modelli di indagine ed i possibili obiettivi da raggiungere. Nel testo di Riforma e nelle attuazioni regionali, non venivano prefigurate specifiche strutture di supporto, finanziamenti e personale per lo svolgimento di queste attività.

Si può oggi commentare questa legislazione, considerando che - in positivo - la sua vaghezza ha consentito una grande libertà nella scelta di programmi epidemiologici da parte dei Servizi per la tutela della salute nei luoghi di lavoro.

Per fare un esempio discusso altrove, è esistita una partecipazione ad indagini epidemiologiche sul rischio neoplastico da esposizione a sostanze chimiche (1) con certa o sospetta evidenza di cancerogenicità attraverso lo svolgimento di numerosi studi di coorte o caso-controllo, in genere in collaborazione con strutture specialistiche. Il contributo dei Servizi

<sup>(1)</sup> U.O. Epidemiologia,  
Centro per lo Studio e la  
Prevenzione Oncologica,  
USL 10/E, Firenze

<sup>(2)</sup> U. O. Tutela della  
Salute nei Luoghi  
di Lavoro,  
USL 41, Brescia

<sup>(3)</sup> Tutela della Salute  
nei Luoghi di Lavoro,  
USL 36, Iseo (Bs)

ha riguardato, ad esempio, l'acquisizione di dati di fonte aziendali e sanitari; la valutazione sulla presenza e intensità della esposizione avvenuta nelle aziende attraverso valutazioni critiche sulla tecnologia in uso, le sostanze chimiche presenti, i risultati di indagini ambientali; la partecipazione alla costruzione di criteri per la valutazione retrospettica della esposizione; la valutazione critica dei risultati.

In negativo, invece, la indicazione di compiti così vaghi non ha permesso ai Servizi di superare resistenze ed ostacoli, quando presenti.

Questi sono derivati in primo luogo dall'essere i Servizi inseriti, in quasi tutte le Regioni, tra le strutture di igiene e sanità pubblica ed a queste sottoposte, a strutture quindi che non avevano storicamente creduto e praticato l'epidemiologia e che non avevano un interesse alla valutazione ed al controllo dell'impatto sanitario nei lavoratori delle esposizioni ad agenti tossici.

I Servizi od i singoli operatori sono stati spesso impediti nella attuazione di indagini o sono stati deviati verso interpretazioni riduttive. Veniva affermato, nel negare la pertinenza di attività epidemiologiche, che lo svolgimento di studi va delegato ad altre strutture, identificate in quelle di ricerca, essendo ai servizi territoriali espressamente delegati altri compiti (questa volta sì) analiticamente indicati dalla legislazione; che le indagini epidemiologiche "distraggono" energie e personale verso attività la cui ricaduta è indiretta e non facilmente spendibile in indicazioni preventive; che non esiste il bisogno di effettuare stime dell'impatto e di ricavare scelte di priorità di interventi poichè le strutture sanitarie sono orientate a trattare qualunque patologia e di scelte di priorità si era sempre fatto egregiamente a meno.

La insufficiente preparazione culturale e il mancato sviluppo di programmi promossi o coordinati da strutture nazionali o regionali, ha indotto un altro comportamento. Ha favorito la interpretazione totalmente

autonoma, indiscussa e riduttiva dei "compiti" epidemiologici con lo sviluppo esclusivo da parte dei Servizi di attività di raccolta (più) sistematica di dati. Per fare alcuni esempi, sono state promosse attività di registrazione degli infortuni sul lavoro ricavati dagli ospedali del territorio o di quelli avvenuti in singole aziende; sono state lanciate attività per disporre dei nomi commerciali dei prodotti usati, per acquisire i risultati di accertamenti sanitari periodici eseguiti ai dipendenti, attività tutte svolte, in generale, senza coordinamento e scambio di informazioni con USL limitrofe, spesso senza una previsione di obiettivi da raggiungere e di utilizzi programmati, come se il possesso di dati generasse di per sé la comprensione dei fenomeni ed in particolare fosse possibile utilizzare dati raccolti senza alcuna sistematicità per esprimere stime di frequenza e valutazione dei determinanti.

La situazione così sommariamente delineata dovrebbe in un prossimo futuro subire alcune trasformazioni come conseguenza non di una autoriforma, della fine di un vuoto di programmi nazionali o per una riduzione delle differenze tra regioni, ma per gli effetti del recepimento di alcune Direttive comunitarie.

Il Decreto Legislativo 277 del 15 agosto 1991 recepisce un insieme di Direttive CEE. All'art. 4 comma 2 lettera q, stabilisce che per le sostanze regolamentate - rumore, piombo e amianto - vengano istituiti Registri dei soggetti che risulteranno esposti ai livelli più elevati (art. 49, 21 e 35, rispettivamente). In maniera diversa ed in un certo senso complementare, relativamente all'amianto, la legge 257 del 27 marzo 1992 sulla cessazione dell'impiego dell'amianto stabilisce che dovrà essere tenuta e trasmessa (art. 9, lettera b) una registrazione degli esposti, indipendentemente dal livello di esposizione ammesso.

La legge 277 stabilisce inoltre la centralizzazione all'ISPESL - struttura alla quale viene quindi attribuito un nuovo ruolo - delle informazioni mediche e della storia di esposizione dei nuovi casi di mesotelioma e di asbestosi (art. 36).

Entrambe le leggi prevedono da parte delle aziende la trasmissione alle strutture del SSN dei dati relativi all'utilizzo ed ai livelli di esposizione sul luogo di lavoro.

Deve ancora essere recepita, invece, la Direttiva sugli agenti cancerogeni (Direttiva CEE 90/394 del 28 giugno 1990).

La Direttiva prevede, per le sostanze in Allegato, la conservazione sistematica dei dati nominativi dei soggetti esposti (art. 12, comma c), diversamente identificabili rispetto al passato perché le aziende dovranno comunicare di utilizzare nei cicli di lavoro le sostanze oggetto della Direttiva e gli elenchi vanno tenuti indipendentemente dai livelli di esposizione presenti. Indica infine l'obbligo di segnalare l'insorgenza di casi di neoplasia in questi esposti, per obiettivi conoscitivi e medico-assicurativi (art. 14 comma 8).

Da tempo, si attende la uscita di una nuova Tabella italiana delle Malattie Professionali (le patologie che, se insorte in relazione alle esposizioni lavorative elencate, devono comportare al soggetto affetto o i suoi familiari un indennizzo economico quando causa di inabilità o decesso).

Benché le decisioni sulla nuova Tabella siano state prese ancora una volta attraverso un gruppo di lavoro

che rappresenta le "parti sociali" senza una esplicita e indipendente valutazione delle conoscenze epidemiologiche, si conosce che il nuovo testo ammetterà all'indennizzo i casi di tumore di alcuni organi insorti in esposti ad alcuni agenti e tra questi interessa riferire dei tumori polmonari che insorgeranno in coloro che sono stati esposti ad amianto.

In conclusione, la raccolta di informazioni sulle esposizioni, la conservazione di dati sugli esposti, la identificazione di casi di malattia in esposti, la ricostruzione della storia lavorativa e dell'avvenuta esposizione in soggetti colpiti da alcune malattie diventeranno obblighi istituzionali dei Servizi territoriali e configureranno "in nuce" una attività "epidemiologica" obbligata.

L'epidemiologia "per decreto" che sarà imposta ai Servizi contiene, a parte aspetti positivi, almeno due rischi rilevanti.

Non si vuole qui commentare la introduzione nei luoghi di lavoro di livelli "ammissibili" di concentrazione di sostanze tossiche ed il fatto che le strutture di vigilanza e prevenzione vengano chiamate ad individuare e combattere la presenza di concentrazioni "non accettabili". Anche per sostanze cancerogene - per esposizioni cioè per le quali può esistere la presenza di aumento del rischio (una aumentata insorgenza di neoplasie) a qualunque livello di esposizione ("le attuali conoscenze scientifiche non consentono di fissare un livello al di sotto del quale si possono escludere rischi per la salute", come recita la premessa della Direttiva) - si introducono esposizioni "accettabili". Si attua così un rilevante cambiamento rispetto agli orientamenti legislativi ai quali finora eravamo abituati.

Il recepimento delle Direttive CEE citate potrebbe indirizzare l'attività dei Servizi verso la gestione del rischio neoplastico più che verso la eliminazione dell'uso delle sostanze cancerogene.

E' ben vero che la Direttiva afferma principi generali (premessa e art.4) che indicano l'obiettivo della sostituzione se "tecnicamente possibile" e che per l'amianto le politiche nazionali sono per la cessazione del suo uso ma le Direttive sono ispirate alla filosofia della gestione controllata del rischio cancerogeno. Questa è proposta in una versione certamente più moderna e responsabile rispetto alla gestione pur svolta in passato ma non ammessa esplicitamente.

Una riduzione dell'ipocrisia sociale, una più sistematica quantificazione dei danni, il compenso economico ai soggetti colpiti vanno considerati positivamente, ma dovrebbero essere vissuti dagli operatori della "prevenzione" come insoddisfacenti e non sufficienti.

In secondo luogo la legislazione sui cancerogeni a cui ci siamo riferiti struttura attività di controllo rivolte verso cancerogeni "certi", riconosciuti, per i quali cioè esistono dati epidemiologici o sperimentali adeguati.

Per i cancerogeni "sospetti", per i quali cioè i dati epidemiologici sono inadeguati pur esistendo dati sperimentali di diversa evidenza (in particolare la categoria 3 secondo la dizione CEE) sono indicate politiche di gestione del rischio che sfumano verso il considerarle dal punto di vista pratico come sostanze semplicemente tossiche.

Da questa impostazione deriva almeno il fatto che non sarà programmato di raccogliere per gli esposti

alle sostanze "sospette" gli stessi dati "epidemiologici" programmati per gli esposti a cancerogeni certi. Questo atteggiamento contrasta con la ricerca epidemiologica che viene ritenuto opportuno sviluppare. La International Agency for Research on Cancer e la stessa CEE fin dal 1986 in un documento congiunto avevano indicato la rilevanza di indirizzare l'attività di ricerca verso i cancerogeni "sospetti", di limitare l'atteggiamento a ripetere indagini epidemiologiche per cancerogeni "certi" e avevano suggerito di attivare alcuni modelli di ricerca in grado di identificare eccessi di tumore in gruppi lavorativi finora non indagati e per i quali i fattori di rischio restano da esplorare (2).

E' ben possibile che, in una situazione di non adeguata maturità culturale e nella limitatezza di programmi e strutture dedicate all'epidemiologia occupazionale che contraddistingue da alcuni decenni la situazione italiana, l'avvio per obbligo di attività "epidemiologiche" possa costituire un ostacolo ad intraprendere o a partecipare contemporaneamente alla

ricerca per la identificazione di altri fattori di rischio. Potrebbe, ancora, non essere sufficiente a trasformare i servizi territoriali da semplici raccoglitori di dati in soggetti partecipi, oltre che autonomamente capaci, di intraprendere e sollecitare le ricerche opportune. Del resto e' necessario che i servizi territoriali provvedano a dislocare risorse adeguate per l'identificazione ed il controllo del rischio e del danno da sostanze cancerogene, affinché le scadenze normative non risultino meri adempimenti burocratici.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1 MERLER E, MILIGI L, RICCI P, SENIORI COSTANTINI A, SIMONATO L, VINEIS P. Rischi cancerogeni da esposizioni lavorative. Studi svolti in Italia 1975-1989 e stima dei rischi attribuibili. *Fed Med* 3: 231-236, 1990.
- 2 IARC/CEE. Priorità nella epidemiologia dei tumori da esposizione lavorativa (presentazione e commento in: *Rassegna di Medicina dei Lavoratori* 6: 348-355, 1987).