

REPUBBLICA ITALIANA



**REGIONE SICILIANA
PRESIDENZA
UFFICIO AMIANTO**

**PROTOCOLLO SANITARIO
REGIONALE STANDARDIZZATO
PER GLI ACCERTAMENTI SANITARI IN MATERIA DI AMIANTO
(ART. 11, C. 1, L. R. 29 APRILE 2014, N°10)**

OTTOBRE 2015

PREMESSE

Questo Ufficio Amianto, in collaborazione con le Aziende sanitarie provinciali, con le Facoltà di Medicina e chirurgia delle Università siciliane, con i rappresentanti dei medici di medicina generale e con l'INAIL ha definito ai sensi dell'art. 11, c. 1, l. r. 29 aprile 2014, n. 10 il Protocollo sanitario regionale standardizzato per gli accertamenti sanitari in materia di amianto.

La proposta di un protocollo di sorveglianza sanitaria degli ex esposti ad amianto deve essere finalizzata a garantire politiche di assistenza sanitaria ad una categoria di cittadini che, impropriamente esposta a cancerogeni occupazionali, richiede un'adeguata attenzione da parte del S.S.N..

L'azione prospettata deve poter permettere anche il giusto riconoscimento medico legale ed indennizzo a cittadini la cui patologia professionale, con buona certezza, resterebbe occulta.

È importante stabilire i criteri per i quali tale assistenza sanitaria permetta di minimizzare i costi, ridurre il numero di esami invasivi ed ottimizzare i possibili risultati raggiungibili, avendo chiara la differenza tra quello che è l'offerta di assistenza sanitaria che la Regione mette a disposizione degli ex-esposti ad amianto e un programma mirato di screening.

Considerato che:

- Per le patologie non neoplastiche correlate all'amianto è possibile effettuare una diagnosi precoce, e in particolare per l'asbestosi è possibile l'adozione di provvedimenti di prevenzione terziaria utili a limitare un aggravamento della funzionalità respiratoria dovuto ad altre cause sia professionali che extra-professionali (es. cessazione del fumo, vaccinazioni, ...).
- Relativamente alla diagnosi precoce delle patologie neoplastiche:
 - per il mesotelioma maligno non è attuabile alcuna procedura sanitaria in grado di cambiare la storia naturale della malattia;
 - per il tumore del polmone, sulla base dello studio NLST3 un numero crescente di organizzazioni ha fatto propria la raccomandazione di sottoporre a screening con TAC a bassa dose: 1) i lavoratori di 50-70 anni con esposizione ad amianto e una storia di fumo analoga a quella dei soggetti inclusi nello studio NLST (almeno 20 pack/years o ex-fumatore da meno di 15 anni); 2) i lavoratori di 50-70 anni con esposizione ad amianto con o senza una storia di fumo, che abbiamo una stima del rischio di tumore polmonare simile a quella dei soggetti inclusi nello studio NLST.
 - l'uso di accertamenti radiologici deve essere modulato in base ai principi della giustificazione e ottimizzazione previsti dalla attuale legislazione (D. Lgs. 230/95, D. Lgs. 187/2000). La posizione di cautela di non indicare l'obbligo di esecuzione di accertamenti radiologici che comportano rischi per la salute presente nella Direttiva 2003/18/CE (recepita dalla legislazione italiana) è ribadita dal Senior Labour Inspectors Committee.
 - così come per il fumo si considera un "ex fumatore" non più a rischio di tumore polmonare aumentato rispetto a un attuale fumatore dopo 15 anni che ha smesso di fumare, altresì ci sono studi che evidenziano come dopo 30 anni dalla fine dell'esposizione ad amianto il rischio di sviluppare un tumore sia pari a 1.0, ovvero che il rischio sia pari a quello della popolazione generale [B.Järholm]. Anche negli

Atti della Conferenza Internazionale sul Monitoraggio e Sorveglianza delle malattie asbesto correlate di Helsinki del 10-13 febbraio 2014, si propone “che il follow-up dei lavoratori altamente esposti all'amianto venga proseguito (almeno) fino a 30 anni dopo la cessazione dell'esposizione”.

AZIONI

a) Assistenza di primo livello

È offerta al lavoratore che viene valutato ex esposto avvalendosi sia dei codici ATECO dell'azienda presso cui il lavoratore ha svolto la sua attività, sia dei dati forniti dal rapporto RENAM per valutare possibili attività svolte che presentano, anche se solo a livello territoriale, alta incidenza di mesoteliomi.

Tale assistenza prevede:

- Anamnesi fisiologica, familiare, patologica prossima e remota, per raccogliere informazioni su altri possibili fattori di rischio, occupazionali e non, e valutare lo stato di salute dell'ex-esposto.
- Visita medica con un medico del lavoro con somministrazione di un questionario respiratorio standardizzato (CECA) ed esame clinico con particolare riguardo all'apparato respiratorio e addominale. La visita medica è in grado di modulare gli step diagnostici eventuali.
- Spirometria di base per il rilievo di alterazioni delle curve volume-tempo e flusso-volume in relazione ai principali quadri patologici amianto-correlati. [La diffusione del CO è utile su indicazione clinica sul singolo soggetto per rilevare eventuali danni diffusivi a carico della membrana alveolo-capillare (v. Assistenza di secondo livello)].
- Counselling per la riduzione dei rischi da esposizioni occupazionali e voluttuarie (fumo) fornendo strumenti per motivare il soggetto e sostenerlo nel cambiamento di stili di vita qualora necessario e richiesto. Il counseling consente inoltre di: fornire informazioni sulle patologie legate alla esposizione ad asbesto e sull'opportunità di sospendere l'esposizione a polveri o irritanti delle vie respiratorie; dare indicazioni sulle pratiche medico-legali; informare il soggetto sulla necessità di tornare, in caso di comparsa di sintomi respiratori, comunicando la pregressa esposizione, per reinquadrare la situazione e procedere agli eventuali accertamenti del caso; consigliare eventuali vaccinazioni per patologie polmonari, e sensibilizzare il soggetto su altre concorrenti patologie respiratorie; inviare il soggetto a richiesta a un corso di disassuefazione dal fumo.
- Vaccinazione contro l'influenza e lo pneumococco per i soggetti che risultano affetti da asbestosi per ridurre il rischio di mortalità da polmonite in soggetti con già alterazioni patologiche a livello polmonare.
- Accertamento radiologico come da flow-chart di seguito proposta, ovvero in base a quanto emerge dalla stima dell'esposizione, al tempo trascorso dall'ultima esposizione, alla presenza o meno di accertamenti radiologici del torace negli ultimi 3 anni.
 - L'Rx del torace è utile per la diagnosi delle patologie benigne asbesto-correlate (asbestosi e placche pleuriche); i rilievi radiografici dovrebbero essere interpretati sulla base della classificazione ILO delle radiografie per pneumoconiosi, sottoposta a

revisione, ed eventualmente riletti da un lettore esperto, preferenzialmente un B-reader. Il lettore B-reader è un medico formato e certificato dal NIOSH dopo specifico percorso formativo standardizzato (The Niosh B reader certification course), esperto per la lettura di radiogrammi del torace per pneumoconiosi secondo il metodo ILO BIT. È importante creare gruppi di riferimento multidisciplinari interregionali (Medici del Lavoro e Radiologi) in grado di applicare le linee guida ILO sulla radiologia delle pneumoconiosi a cui inviare, da parte dei diversi Centri di sorveglianza degli ex esposti ad amianto, i radiogrammi dei soggetti visitati, per una corretta applicazione della Classificazione ILO anche a fini medico legali, svolgendo in tal modo una azione sempre più mirata alla definizione ed inquadramento delle pneumoconiosi, in particolare di quelle da esposizione a fibre d'amianto.

- La TAC del torace è in grado di identificare meglio le patologie interstiziali in caso di Rx torace dubbio (cioè quando lettori esperti non sono d'accordo sulla presenza o meno di alterazioni Rx Torace, i riscontri Rx torace non sono chiari o sono presenti alterazioni pleuriche estese che possono rendere difficile l'individuazione di alterazioni parenchimali). Fondamentale è la standardizzazione degli esami radiologici, sia a livello di tecnica impiegata che di lettura dei referti. La TAC dovrebbe essere eseguita utilizzando la più aggiornata tecnologia "scanner multislice" e algoritmi di ricostruzione ad alta risoluzione. L'esposizione a radiazioni ionizzanti deve essere mantenuta al livello più basso possibile.

La riunione di esperti internazionali a Helsinki nel 2000 raccomandava di definire uno schema per una classificazione internazionale comune delle anomalie polmonari e pleuriche rilevate con TAC nei lavoratori esposti all'amianto al fine dell'identificazione precoce delle malattie dell'amianto maligne e non, paragonabile alla classificazione internazionale 1980 ILO delle radiografie di pneumoconiosi. Questa classificazione (ICOERD: International Classification of Occupational and Environmental Respiratory Diseases) è stata attualmente ulteriormente sviluppata in modo da essere utilizzabile per tutte le patologie professionali ed ambientali

L'uso della classificazione ICOERD è raccomandata nel Documento di consenso di Helsinki 2014.

Lo schema ICOERD può ovviare alla riscontrata elevata variabilità nella lettura e interpretazione della TAC del torace di approfondimento diagnostico nei soggetti esposti a polveri e fibre pneumoconiogene.

È un sistema semiquantitativo, in quanto si attribuiscono valori a dei reperti.

L'uso dell'ICOERD potrà tradursi in una maggior concordanza tra radiologi solo se ci si attiene in maniera puntuale al confronto con immagini di riferimento che riducano la componente altrimenti soggettiva nell'interpretazione dei reperti polmonari. La finalità è quella di standardizzare i reperti rendendoli comparabili per lo stesso lettore nel tempo e tra lettori diversi.

b) Assistenza di secondo livello

È prevista in caso di percorsi di approfondimento diagnostico-terapeutico sul singolo soggetto. Accertamenti radiologici (TAC, PET-TC, Eco addome, ...), esami ematochimici o visite

specialistiche (otorinolaringoiatrica, pneumologica, chirurgica, ...) vanno effettuati su indicazione clinica (sintomi e/o obiettività positiva per problemi a carico dell'apparato respiratorio e addominale). Le indagini riguardanti l'apparato addominale devono essere considerate nei soggetti con una storia di alta esposizione ad amianto.

c) Periodicità delle visite successive

Si prevede che i soggetti con medio-alta esposizione che risultano alla prima visita negativi da un punto di vista clinico-strumentale, compresi quelli con placche pleuriche minime, vengano di norma rivisti ogni 3 anni, sempre su loro domanda.

Per i soggetti affetti da asbestosi e/o placche pleuriche diffuse è necessario prevedere un follow-up, di norma annuale, con prove di funzionalità respiratoria, eventualmente associate ad esami radiologici (la cui tipologia deve essere decisa in funzione del singolo caso), per valutare l'evoluitività della patologia.

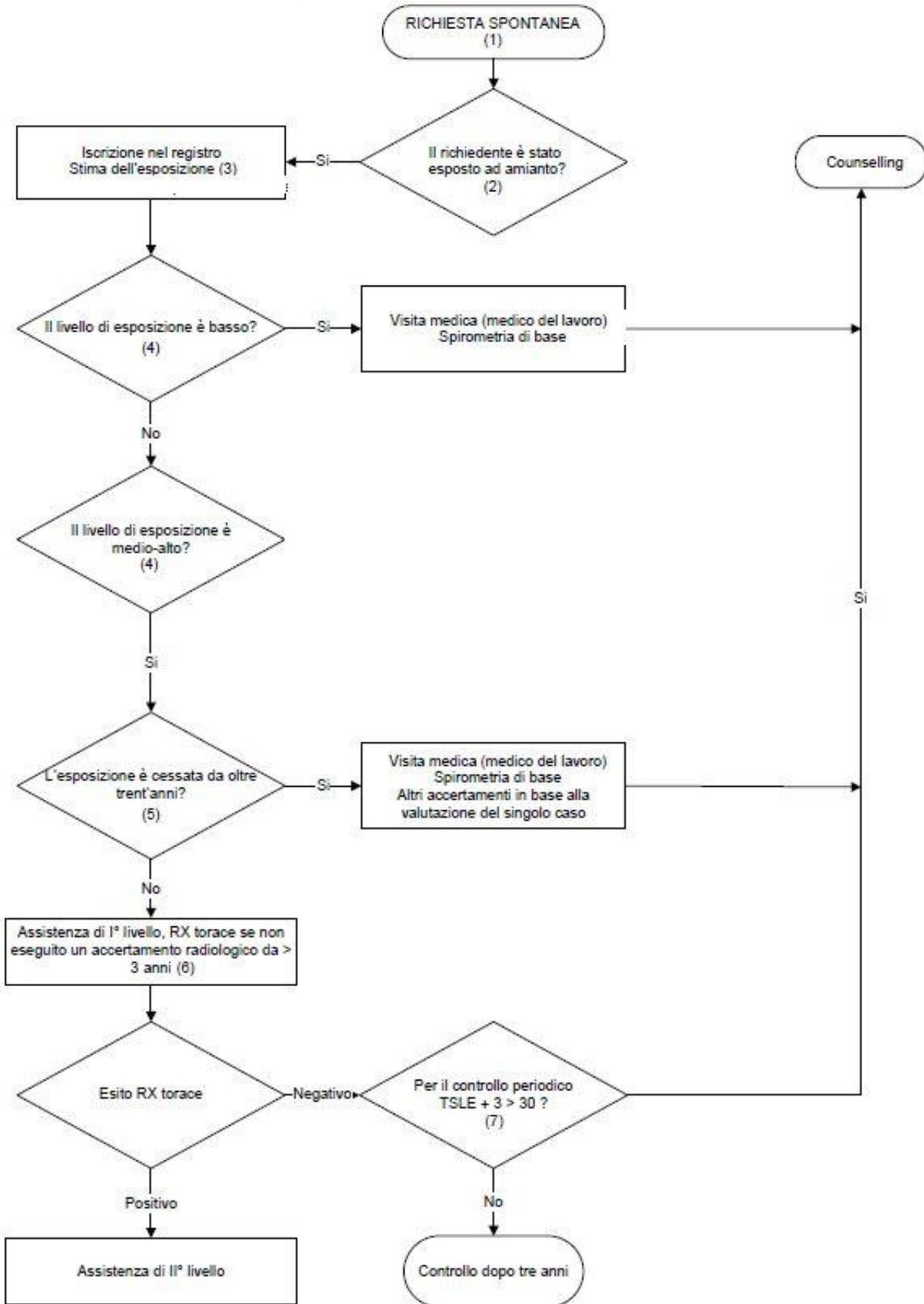
Per le patologie tumorali il follow up sarà quello previsto per la specifica malattia.

d) Adempimenti medico-legali

In caso di riscontro di patologia correlabile alla pregressa esposizione all'amianto è necessario attivare una serie di adempimenti medico-legali, ed in particolare:

1. Primo certificato medico di malattia professionale.
2. Denuncia sanitaria di malattia professionale ai sensi dell'art. 139 del DPR 1124/65.
3. Referto all'Autorità Giudiziaria ai sensi degli art. 365 c.p. e 334 c.p.p.

FLOW CHART per gli ex esposti ad amianto.



Legenda alla tabella FLOW CHART:

1. Richiesta spontanea: sorveglianza passiva.
2. Ex esposto: soggetto che ha lavorato in passato esposto all'amianto.
3. Stima dell'esposizione: uso del metodo JSM – a 17 o 6 determinanti - o valutazione in base all'anno di inizio dell'esposizione.
4. Livello: è utile integrare differenti metodi quali-quantitativi che insieme possono indirizzare il medico nella stima dell'esposizione.
 - utilizzando il metodo JSM si arriva a un valore numerico di stima del rischio, per cui il riferimento è il valore limite di esposizione per l'amianto fissato dal D.Lgs 81/08 a 0,1 fibre per centimetro cubo di aria (o 0,1 ff/ml o 100 ff/L), e quindi il livello “basso” è inferiore a tale TLV, mentre il livello “medio-alto” è superiore;
 - utilizzando l'anno di inizio dell'esposizione come surrogato del valore numerico di stima del rischio, il livello basso può essere ipotizzato quando l'anno di inizio è dopo il 1986, mentre il livello medio-alto può essere ipotizzato quando l'anno di inizio è prima del 1986. Se il livello è basso: visita medica, spirometria di base, counselling (in alternativa diversa decisione in ambito regionale in base a importanti esposizioni domestiche e/o ambientali che caratterizzano alcuni territori).
5. Se il livello è medio-alto: si valuta il tempo trascorso dall'ultima esposizione (TSLE, Time since last exposure). Si calcola per differenza (data visita – data fine esposizione). Si prosegue se il TSLE è almeno 30 anni.
6. Rx torace consigliato in caso non ci fossero precedenti esami radiologici negli ultimi 3 anni.
7. Aggiungere 3 anni al valore precedente di TSLE. Se il valore aggiornato di TSLE non è almeno 30 anni, si consiglia un nuovo controllo dopo tre anni.