



UNIVERSITA' POLITECNICA DELLE MARCHE

Facoltà di Medicina e Chirurgia

Corso di Laurea in: ASSISTENZA SANITARIA

Tesi di laurea:

**Il contributo dell'Assistente Sanitario nell'Epidemiologia Occupazionale.
Indicazioni dall'esperienza del ReNaTuNS**

Relatore: Prof. **Calisti Roberto**

Tesi di Laurea di: **Troka Anxhela**

Anno accademico 2023-2024

INDICE

Introduzione.....	4
Capitolo 1. L'Epidemiologia Occupazionale: concetti generali e realtà operative in Italia ..	7
1.1 L'Epidemiologia Occupazionale: definizione, principi, obiettivi e strumenti.....	7
1.2 Realtà di Epidemiologia Occupazionale operative in Italia (Infor.Mo, MalProf, ReNaM, ReNaTuNS, Registro Nazionale dei Tumori a più Bassa Frazione Eziologica Occupazionale)	8
1.2.1 Il sistema di sorveglianza degli Infortuni Mortali e Gravi - Infor.MO	10
1.2.2 Il sistema di sorveglianza delle malattie professionali - MalProf.....	12
1.2.3 Il Registro Nazionale dei Mesoteliomi - ReNaM.....	14
1.2.4 Il Registro Nazionale dei Tumori Naso-Sinusali - ReNaTuNS.....	15
1.2.5 Il Registro Nazionale dei Tumori a più Bassa Frazione Eziologica Occupazionale	19
Capitolo 2. Il ReNaTuNS e la rete territoriale dei COR	22
2.1 I COR del ReNaTuNS - Operatività	22
2.2 Le fonti informative del COR ReNaTuNS	26
2.2.1 Quadro generale	26
2.2.2 Le SDO – Approfondimento.....	27
Capitolo 3. I TuNS nelle Marche: la casistica del COR Marche (1988 – 2024)	33
Capitolo 4 Dal Profilo Professionale al ruolo dell'Assistente Sanitario in Epidemiologia Occupazionale: considerazioni e proposte.....	37
Considerazioni	43
Documenti tecnici di riferimento	45
Ringraziamenti.....	63

Introduzione

Perché la scelta di questo titolo?

Il titolo di questa tesi è stato scelto con l'obiettivo di evidenziare le potenzialità offerte dalla figura professionale dell'Assistente Sanitario all'interno della Medicina del Lavoro e dell'Epidemiologia Occupazionale, un mondo vasto e complesso in cui il ruolo di tale figura è, ancora oggi, poco conosciuto e poco valorizzato.

Questa tesi intende dare un pur piccolo contributo al superamento di questo stato di cose a partire dall'analisi, a titolo di esempio, del lavoro prezioso che viene svolto dall'Assistente Sanitario nel contesto delle attività del Registro Nazionale dei Tumori Naso-Sinusali (ReNaTuNS) in Italia.

La cancerogenesi è, anche nell'ambito della patologia occupazionale, una tematica importante particolarmente delicata, perché tocca malattie complessivamente frequenti e di grande impatto sia sulla Sanità Pubblica, sia sulla vita dei pazienti e dei loro cari.

Anche secondo le stime più prudenti, in Italia i nuovi casi di tumore professionale sono dell'ordine di diverse migliaia all'anno, causando ogni anno un numero di decessi molto superiore a quello degli infortuni lavorativi.

È quindi prioritario che il Servizio Sanitario Pubblico italiano non solo monitori in modo sistematico l'andamento della patologia neoplastica nel suo complesso, ma anche si impegni a identificare e comprendere i casi individuali e i cluster di casi che riconoscano un'origine in tutto o in parte professionale, ricostruendo quanto più esattamente possibile la rete di causazione di queste malattie: lo scopo finale è quello di prevenirle o, quanto meno, di diagnosticarle precocemente quando, purtroppo, non si sia stati in grado di evitarne l'insorgenza.

Si tratta di uno scenario di azione ampio e tutt'altro che semplice, per il sommarsi di tanti motivi che comprendono le latenze dei tumori, spesso molto lunghe, le difficoltà di raccogliere le storie lavorative dei pazienti e la complessità dei processi necessari per ricostruire, principalmente su base anamnestica ma anche tramite altre fonti, il profilo delle esposizioni e dei rischi di ciascun malato.

Per fare tutto questo occorrono una rete organizzativa ufficializzata, l'operatività di sistemi di sorveglianza e registri di patologia specificamente dedicati ai tumori professionali, un numero adeguato di professionisti che siano in grado di raccogliere, gestire e analizzare le informazioni necessarie, a partire da quelle anamnestiche, sempre nel rispetto dei pazienti e dei loro cari e garantendo criteri di partecipazione ed equità.

Un passaggio fondamentale è costituito, a tale riguardo, proprio dalla necessità di avere sistematicamente a disposizione delle anamnesi dettagliate e affidabili, preferibilmente sulla base di questionari standardizzati su base nazionale: su questi materiali, se la loro qualità, la loro completezza e la loro leggibilità sono adeguate, medici del lavoro e igienisti industriali potranno cercare di ricostruire a quali agenti cancerogeni siano stati esposti i pazienti, in quali periodi della loro vita, per quante ore alla settimana, ovvero quanti giorni all'anno, o simili, e con quale intensità.

Ma come è possibile disporre in modo non solo occasionale di anamnesi che rispondano alle necessità sopra dette?

I principi metodologici e le tecniche dell'intervista epidemiologica fanno "da sempre" parte del patrimonio culturale dell'Assistente Sanitario, anche se tutto questo è nella massima parte dei casi finalizzato ad inchieste per malattie infettive e intossicazioni alimentari in ambito di Igiene Pubblica; tradizionalmente, nel corso degli studi universitari e dell'addestramento pratico durante le attività di tirocinio, un'attenzione molto minore viene, ancora oggi, dedicata alla conduzione di interviste epidemiologiche dedicate agli infortuni lavorativi e alle malattie professionali in Medicina del Lavoro e in Epidemiologia Occupazionale.

Attualmente, ancor meno entrano nella formazione teorica e pratica dell'Assistente Sanitario le tematiche della costruzione e della gestione di sistemi informativi dedicati agli infortuni lavorativi e alle malattie professionali, compresi i tumori professionali.

Si è detto che lo scopo principale della Medicina del Lavoro e dell'Epidemiologia Occupazionale è la prevenzione: questa si fa anche, e in parte molto ampia, tanto tramite una comunicazione del rischio rispettosa dei vincoli di realtà (a iniziare dalle barriere culturali e linguistiche: è inutile e scorretto pretendere di comunicare in modo tecnicistico e astruso, incomprensibile per ampie fasce di popolazione) quanto tramite programmi di promozione della salute che sviluppino nei datori di lavoro, nei lavoratori e nei loro Rappresentanti per la Sicurezza, nei medici, negli igienisti industriali la consapevolezza di dove stiano i problemi di salute e di come sia possibile, oltre che doveroso, affrontarli.

Questo della comunicazione e della promozione delle azioni utili per la salute e la sicurezza delle persone non è forse uno dei ruoli centrali della figura dell'Assistente Sanitario?

Capitolo 1. L'Epidemiologia Occupazionale: concetti generali e realtà operative in Italia

1.1 L'Epidemiologia Occupazionale: definizione, principi, obiettivi e strumenti

L'epidemiologia, nel suo complesso, studia la frequenza e la distribuzione nelle popolazioni degli eventi avversi per la salute e la sicurezza ed i fattori e le circostanze che li determinano, utilizzando il metodo statistico per sistematizzare i dati e fornire la base per studi descrittivi, analitici e sperimentali.

Gli obiettivi dell'epidemiologia riguardano la descrizione degli stati di salute e di malattia nelle popolazioni, l'interpretazione degli eccessi e dei deficit di incidenza e di mortalità, l'individuazione dei possibili determinanti di salute e malattia, la valutazione dell'efficacia (o meno) degli interventi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.

L'epidemiologia occupazionale è una sezione della disciplina dell'epidemiologia generale che ne utilizza i metodi per studiare gli effetti sulla salute e sulla sicurezza dovuti alle esposizioni ai rischi presenti in ambiente di lavoro, descrivendo i fenomeni in termini di frequenza, gravità e distribuzione nel tempo e nello spazio di specifici eventi avversi.

Per le finalità dell'epidemiologia occupazionale sono indispensabili:

- ❖ una ricostruzione sistematica e affidabile delle esposizioni riconoscibili nella storia di un paziente, così come di individui sani (tanto che siano soggetti “a rischio”, quindi potenzialmente candidabili per interventi mirati di prevenzione e/o di promozione della sicurezza e della salute e/o di diagnosi precoce, sia che si tratti di “controlli” in studi di epidemiologia analitica);
- ❖ una valutazione delle reti di causazione degli infortuni e delle malattie da lavoro, che integri i suddetti profili di esposizione con le migliori e più aggiornate conoscenze scientifiche in campo eziologico.

In effetti, tutta la ricerca nel campo della salute e della sicurezza sul lavoro dovrebbe servire a scopi preventivi, di promozione della sicurezza e della salute, o quanto meno di diagnosi precoce efficace.

Un ulteriore obiettivo dell'epidemiologia occupazionale, solo in apparenza collaterale, è quello di poter trasferire il valore delle conoscenze raccolte nella valutazione delle popolazioni lavorative alla popolazione generale, spesso più difficile da studiare perché in essa le esposizioni patogeneticamente significative sono più disperse e/o di durata inferiore e/o di minore intensità. Il perseguimento di questo obiettivo richiede indagini approfondite sui nessi causali tra esposizioni a specifici rischi e specifiche entità patologiche. ¹

1.2 Realtà di Epidemiologia Occupazionale operative in Italia (Infor.Mo, MalProf, ReNaM, ReNaTuNS, Registro Nazionale dei Tumori a più Bassa Frazione Eziologica Occupazionale)

In Italia attualmente sono attivi due sistemi di sorveglianza dei danni da lavoro, dedicati rispettivamente agli infortuni mortali e gravi (Infor.Mo) e alle malattie da lavoro (MalProf) e tre registri per il monitoraggio degli effetti dell'esposizione professionale ad agenti cancerogeni.

Questi ultimi sono:

- ❖ il Registro Nazionale dei Mesoteliomi (ReNaM), una delle esperienze più importanti in termini di qualità dei dati prodotti, copertura territoriale e affidabilità scientifica dei risultati;
- ❖ il Registro Nazionale dei Tumori Naso-Sinusali (ReNaTuNS);
- ❖ il Registro Nazionale dei Tumori a più Bassa Frazione Eziologica Occupazionale.

Solo il ReNaM preesisteva al Dlgs 81/08 “Testo Unico sulla Salute e Sicurezza sul lavoro”, il cui articolo 244 ha definito una regolamentazione complessiva e un’architettura generale della registrazione dei tumori professionali, stabilendo:

- ❖ che si dovesse realizzare una rete completa di Centri Operativi Regionali (COR), coordinata in origine dall’Istituto Superiore per la Sicurezza e Prevenzione sul Lavoro (ISPESL), dedicata a costituire e mantenere dei sistemi di monitoraggio dei

¹ Checkoway, H., Pearce, N., Hickey, JL, & Dement, JM (1990). Analisi della latenza nell'epidemiologia occupazionale. *Archives of Environmental Health: An International Journal*, 45 (2), 95-100.

rischi occupazionali da esposizione ad agenti chimici cancerogeni e dei danni alla salute che ne conseguono, anche in applicazione di Direttive e Regolamenti comunitari;

- ❖ che da parte dei medici delle strutture sanitarie pubbliche e private, nonché degli istituti previdenziali e assicurativi pubblici o privati, si dovesse procedere alla notifica sistematica dei casi di neoplasie da loro ritenuti attribuibili ad esposizioni lavorative ad agenti cancerogeni, e alla segnalazione dei suddetti casi all'ISPESL, indirizzando le loro comunicazioni ai rispettivi Centri Operativi regionali (COR) di riferimento;
- ❖ che, in origine, dovesse essere istituito presso l'ISPESL un registro nazionale dei casi di neoplasia di sospetta origine professionale, con sezioni rispettivamente dedicate:
 - a. ai casi di mesotelioma, sotto la denominazione di Registro Nazionale dei Mesoteliomi (ReNaM);
 - b. ai casi di neoplasie delle cavità nasali e dei seni paranasali, sotto la denominazione di Registro Nazionale dei Tumori Naso-Sinusali (ReNaTuNS);
 - c. ai casi di neoplasie a più bassa frazione eziologica professionale riguardo alle quali venissero identificati cluster di casi possibilmente rilevanti, sulla base di eccessi di incidenza o/o di mortalità con una possibile significatività epidemiologica in rapporto a rischi occupazionali.

A partire dal 2009 la funzione di coordinamento di tali registri è stata poi collocata presso una struttura centrale dell'INAIL, denominata DiMEILA (Dipartimento di Medicina, Epidemiologia, Igiene del Lavoro e Ambientale), che ha assorbito la struttura, le funzioni e il personale dell'ISPESL.

I risultati dell'attività di Infor.MO, di MalProf e dei tre registri dei tumori di origine occupazionale vengono pubblicati in rapporti periodici e articoli scientifici.

Si evidenzia che recentemente (si veda la Gazzetta Ufficiale pubblicata il 26 settembre 2024) l'Italia ha recepito una direttiva dell'Unione Europea che, tra le altre cose, stabilisce di trattare congiuntamente da un lato i rischi da agenti cancerogeni e quelli da agenti tossici per la riproduzione, dall'altro i tumori professionali e i danni alla salute causati dai suddetti agenti tossici per la riproduzione.

L'art. 244 del Dlgs 81/08 è stato per questo integrato prevedendo che, in aggiunta ai tre registri tumori di cui sopra, si vada prossimamente a realizzare anche un quarto Registro specializzato, dedicato ai danni alla salute da agenti tossici per la riproduzione. Questo renderà ancora più complesso, ma ancora più utile, il lavoro svolto dai COR e quindi, al loro interno, dagli Assistenti Sanitari.

Si trattano brevemente di seguito i principali sistemi di sorveglianza e registrazione degli infortuni e delle malattie da lavoro attivi in Italia.

1.2.1 Il sistema di sorveglianza degli Infortuni Mortali e Gravi - Infor.MO

Il sistema di sorveglianza nazionale degli infortuni mortali e gravi, denominato Infor.MO, è stato sperimentalmente avviato nel 2002 tramite un progetto di ricerca svolto in collaborazione tra le Regioni e le Province Autonome e l'ISPESL, che successivamente è confluito, come già detto, in INAIL DiMEILA.



Anche dopo il termine di questa prima fase, relativa al triennio 2002-2004, il sistema ha proseguito la sua attività di monitoraggio e analisi dei suddetti eventi infortunistici assumendo carattere sistematico e strutturale.

Infor.MO raccoglie, sistematizza nella forma di report standardizzati, analizza e rende pubblicamente disponibili e analizzabili, per tutti gli scopi di prevenzione, un ampio set di informazioni provenienti dalle inchieste infortuni condotte dai Servizi per la Prevenzione e la Sicurezza negli Ambienti di Lavoro del Servizio Sanitario pubblico.

Il protocollo operativo di Infor.MO, quindi, è teso a definire e illustrare in modo chiaro e sistematico le modalità di accadimento degli eventi, cercando di identificare non solo i fattori causali immediatamente prossimi agli eventi medesimi (*“catena causale corta”*) ma anche

la rete degli elementi di contesto e di altri fattori causali che, seppure meno prossimi, hanno aumentato la probabilità e/o la gravità dell'incidento ("*catena causale lunga*").²

Le inchieste dei Servizi per la Prevenzione e la Sicurezza negli Ambienti di Lavoro sono svolte per la massima parte da tecnici della prevenzione, senza alcun coinvolgimento diretto degli Assistenti Sanitari; questi però possono dare un contributo importante, proprio sulla base della loro formazione specifica, nella fase di socializzazione delle indicazioni per la prevenzione che nascono dalle inchieste.

Vale la pena di evidenziare che DoRS, Centro di Documentazione per la Promozione della Salute della ASL TORINO 3 – Regione Piemonte, nato nel 1998 e che ha sede a Grugliasco (Torino), a partire da dette inchieste ha sviluppato un approccio originale che trasforma i documenti tecnici in "*storie narrate*" in un linguaggio accessibile a tutti; queste vengono rese disponibili a tutti sul sito di Storie d'Incidente DoRS.

"La "svolta narrativa" all'interno degli studi scientifici avviene quando la conoscenza narrativa è legittimata come una delle diverse e possibili fonti informative, rimarcando l'importanza dell'integrazione tra la narrazione e l'evidenza tecnico-scientifica come strumento per favorire il rapporto tra le conoscenze evidence-based e le esperienze sul campo. (...) La condivisione delle soluzioni e dei problemi ha permesso di prendere in considerazione anche i determinanti dell'incidento legati al contesto e all'organizzazione che di solito sono ignorati perché non collegati direttamente alla violazione di norme. "(dal sito di Storie d'Incidente)"³.

Le storie di incidente possono essere utilizzate in molti contesti di comunicazione del rischio e di promozione della sicurezza e della salute, ad esempio durante corsi di formazione per i lavoratori e i loro Rappresentanti per la Sicurezza, così come per gli studenti delle scuole superiori (in particolare, ma non esclusivamente, quelli degli Istituti Tecnici e Professionali); in questo scenario, la collaborazione tra tecnici della prevenzione e Assistenti Sanitari può essere particolarmente ricca di sviluppi.

² Autori: G. Campo, A. Guglielmi, C. Piz, M. Dei - Comunicazione e grafica: V. Rey, A. Di Pietro * *INAIL Ricerca DPO, Referente Infor.MO per il Coordinamento Tecnico Interregionale Prevenzione*, AUSL7 di Siena - Referente Regione Toscana.

³ Storie di Incidento: <<https://www.storiedincidento.dors.it/>>

1.2.2 Il sistema di sorveglianza delle malattie professionali - MalProf

Il sistema di sorveglianza delle malattie professionali MalProf, nato nel 1999 anche esso come progetto di ricerca, ha assunto in seguito un carattere strutturale all'interno di INAIL DiMEILA, così contribuendo al buon funzionamento del Sistema Informativo Nazionale per la Prevenzione (SINP) istituito dall'art. 8 del Dlgs 81/2008 e successivamente ripreso dal *“Patto per la tutela della salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro”* recepito con DPCM 17.12.2007 e dal Decreto Ministeriale 252/2021.

Il sistema MalProf si articola in un “centro nazionale” collocato presso INAIL DiMEILA e in una rete di Centri Operativi Regionali (COR), così come avviene per i Registri dei Tumori Professionali di cui all'art. 244 del Dlgs 81/2008, dei quali si parlerà di seguito.

MalProf viene alimentato direttamente dagli operatori dei Servizi per la Prevenzione e la Sicurezza negli Ambienti di Lavoro del Servizio Sanitario Pubblico sulla base dei dati da essi stessi raccolti e valutati, o comunque ad essi pervenuti da altre fonti, comprese le semplici segnalazioni di malattie possibilmente o probabilmente correlate al lavoro, che arrivano ai Servizi tramite qualsiasi modalità.

Il sistema MalProf costituisce già oggi una forma di realizzazione concreta del Registro Nazionale delle Malattie Causate dal Lavoro ovvero ad Esso Correlate di cui all'art. 10 del Dlgs 38/2000. Esso può essere utilizzato anche per l'aggiornamento delle liste e delle tabelle delle malattie professionali indennizzabili, essendo predisposto per accogliere dati su tutte le patologie di cui sia stata ipotizzata un'origine professionale e non solo su quelle già comprese nelle tabelle stabilite per legge; utilizza i codici ATECO per la codifica dei comparti produttivi (cioè delle attività delle aziende in cui le persone hanno lavorato) e i codici ISTAT per la codifica delle mansioni svolte.

Il sistema intende rendere disponibile, per tutte le finalità di Sanità Pubblica, un quadro quanto più possibile rappresentativo ed esaustivo delle patologie che affliggono i lavoratori, comprese quelle che giungono all'evidenza clinica successivamente al pensionamento dei lavoratori medesimi; è mirato ad analizzare quanto meglio sia possibile i nessi causali tra patologie e specifiche esposizioni lavorative nel corso di specifici periodi lavorativi.

Partendo dai dati caricati nel sistema MalProf, INAIL DiMEILA e i COR sinergicamente concorrono alla produzione e alla diffusione di report nazionali e di fact sheet (cioè di schede informative mirate a comparti e patologie specifici), a supporto della programmazione, della

conduzione e della verifica di efficacia (o meno) di programmi di prevenzione occupazionale; i singoli COR possono anche produrre e diffondere report su scala regionale.



Sistema di sorveglianza delle malattie professionali



Gli Assistenti Sanitari possono concorrere all'alimentazione di MalProf, in primo luogo, tramite la produzione di anamnesi lavorative, standardizzate o meno, e al caricamento sul sistema delle informazioni rilevanti che da esse derivano; possono inoltre contribuire all'analisi dei dati, all'allestimento dei report e al loro utilizzo per azioni di prevenzione e promozione della salute e della sicurezza.

1.2.3 Il Registro Nazionale dei Mesoteliomi - ReNaM

Il Registro Nazionale dei Mesoteliomi (ReNaM), istituito dal Decreto Legislativo n. 277/1991 e poi definitivamente regolato dal Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 308/2002, inizialmente ha avuto la propria sede nazionale presso l'Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro (ISPESL), in seguito e fino ad oggi è stato trasferito presso INAIL DiMEILA.

Gli obiettivi del ReNaM sono:

- ❖ la stima dell'incidenza del mesotelioma maligno in Italia;
- ❖ l'analisi della diffusione territoriale della patologia;
- ❖ la definizione delle modalità di esposizione all'amianto, agente cancerogeno implicato nella genesi della patologia;
- ❖ l'identificazione di sorgenti ancora ignote di contaminazione ambientale da amianto.



Il ReNaM si struttura come una rete nazionale ad articolazione regionale: ha la propria sede nazionale presso il suddetto INAIL DiMEILA a Roma e un Centro Operativo Regionale (COR) presso ciascuna delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e di Bolzano.

Ciascun COR ha il compito di identificare e registrare tutti i casi di mesotelioma insorti nei residenti del territorio di competenza, di raccogliere e sistematizzare la loro storia professionale, residenziale, familiare e ambientale, di attribuire un profilo di esposizione a ciascuno dei soggetti malati, di contribuire alla redazione e alla diffusione di report utili alla prevenzione.

Le raccolte anamnestiche avvengono sulla base di un questionario standardizzato nazionale.

È evidente quale ruolo fondamentale possano svolgere gli Assistenti Sanitari nelle inchieste anamnestiche, nell'alimentazione del registro, nell'analisi e nella diffusione dei dati che ne derivano.

1.2.4 Il Registro Nazionale dei Tumori Naso-Sinusali - ReNaTuNS

Il Registro Nazionale dei Tumori Naso-Sinusali (ReNaTuNS) ha come obiettivo la sorveglianza e l'analisi epidemiologica di tutti i tumori che insorgono all'interno delle cavità nasali e dei seni paranasali (Tumori Naso-Sinusali - TuNS), con focus su quelli che possono riconoscere un'origine professionale, in aderenza a quanto previsto nell'art. 244 del D.Lgs. n. 81/2008.

Così come era avvenuto per il ReNaM, il Legislatore ha ritenuto necessaria l'istituzione del ReNaTuNS partendo dalle seguenti considerazioni:

- ❖ i TuNS sono nel complesso tumori rari, in quanto hanno un'incidenza decisamente bassa nella popolazione generale (meno di un nuovo caso ogni 100.000 abitanti per ogni anno), ma assai meno rari in alcune categorie di lavoratori esposti a specifici fattori di rischio quali le polveri di legno, le polveri di cuoio, il Cromo VI ed altri, per la qual cosa rientrano tra i tumori “ad alta frazione eziologica occupazionale”,
- ❖ si tratta di patologie gravi, non di rado mortali, comunque nella massima parte dei casi severamente invalidanti, per cui costituiscono un reale problema di Sanità Pubblica;
- ❖ proprio per il fatto che si tratta di tumori “ad alta frazione eziologica occupazionale”, si tratta anche di malattie in larga parte prevenibili.

In altri termini, approfondire le conoscenze sui fattori di rischio presenti negli ambienti di lavoro permette di pensare e programmare in modo finalizzato attività mirate sia di prevenzione primaria, con lo scopo di ridurre l'impatto della malattia nella popolazione, sia di diagnosi precoce efficace nei gruppi di lavoratori a maggior rischio.

Oltre la metà dei TuNS è costituita da tumori epiteliali maligni riconducibili principalmente agli istotipi degli adenocarcinomi, dei carcinomi squamocellulari e dei carcinomi indifferenziati.

Da stime del pool dei Registri Tumori italiani:



- ❖ l'incidenza dei TuNS risulta variabile, nelle varie parti del Paese, tra circa 0.2 e circa 1.9 nuovi casi per 100.000 persone per anno negli uomini e tra circa 0.1 e circa 0.6 nuovi casi per 100.000 persone per anno nelle donne;
- ❖ la sopravvivenza media a 5 anni dalla diagnosi di TuNS è del 47% negli uomini e del 51% nelle donne;
- ❖ i casi di TuNS prevalenti in tutta Italia nel 2006 erano 3157 (1956 uomini, 1201 donne).

Un'elevata incidenza di TuNS è stata osservata nella lavorazione del legno / produzione di manufatti in legno, nella lavorazione di cuoio e pellami in genere nei comparti calzaturiero e pellettiero, nelle raffinerie del Nichel.

Dal punto di vista epidemiologico, è risultata particolarmente forte l'associazione tra gli adenocarcinomi (soprattutto del sottotipo cosiddetto "*intestinale*", per la somiglianza delle cellule di tali neoplasie alle loro corrispondenti nell'intestino crasso) e le polveri di "*legno duro*" (vale dire, di latifoglie) e di cuoio.

Seppure con minor forza, comunque sono consistenti anche le associazioni tra altri tipi istologici di TuNS e le suddette polveri di "*legno duro*" e di cuoio, nonché le associazioni tra tutti i tipi epiteliali di TuNS e un set di agenti definito da IARC (l'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro che ha sede in Francia, a Lione) nel Gruppo 1 ("*agenti cancerogeni per l'uomo*") e nel Gruppo 2A ("*agenti probabilmente cancerogeni per l'uomo*").

IARC ha stabilito una relazione causale certa tra i TuNS e le polveri di cuoio, le polveri di legno (di tutti i tipi: quindi, non solo quelle di "*legno duro*"), i composti del Nichel, il fumo di tabacco e una relazione causale probabile tra i TuNS e i composti del Cromo esavalente e la formaldeide.

Incrementi del rischio di TuNS sono evidenziati da studi epidemiologici in rapporto a numerosi gruppi di popolazione lavorativa: agricoltori, addetti al settore tessile e chimico, fornai e pasticceri, lavoratori dell'edilizia, saldatori.

Stime recenti riportano, per i TuNS, una frazione eziologica professionale occupazionale del 46% negli uomini e dell'20.1% nelle donne.

Tabella 1. Agenti e circostanze di esposizione che la IARC ha valutato come cancerogeni certi o probabili nella causazione dei TuNS

SUFFICIENTE EVIDENZA	LIMITATA EVIDENZA
Produzione alcol isopropilico	Carpenteria e falegnameria
Composti di Nichel	Composti del Cromo
Fumo di Tabacco	Formaldeide
Radio226 e prodotti di decadimento	Lavorazioni Tessili
Radio228 e prodotti di decadimento	
Polveri di legno	
Polveri di cuoio	

I periodi di latenza (cioè gli intervalli di tempo tra l’inizio dell’esposizione ad agenti cancerogeni e la diagnosi) che vengono più comunemente riferiti nella letteratura scientifica sono compresi tra 20 e 40 anni, ma non di rado sono anche decisamente più lunghi di 40 anni e, inoltre, in casi sporadici sono inferiori a 20 anni.

Dal Manuale Operativo del ReNaTuNS (ottobre 2020),

“Gli obbiettivi del ReNaTuNS in Italia sono:

- ❖ *stimare l’incidenza dei casi di tumore naso-sinusale in Italia;*
- ❖ *raccogliere informazioni sulla pregressa esposizione ad agenti correlati al rischio di tumore naso sinusale;*
- ❖ *valutare la rilevanza dell’esposizione a fattori di rischio occupazionale;*
- ❖ *costituire una base informativa per studi analitici di epidemiologia occupazionale;*
- ❖ *fornire informazioni relative alla esposizione a fini preventivi e medico-assicurativi.”*

Anche l’architettura del ReNaTuNS si basa sui Centri Operativi Regionali (COR), istituiti in analogia a quelli già da tempo sperimentati in Italia ai fini del Registro Nazionale Mesoteliomi ReNaM.

Attualmente sono attivi in modo formalizzato e trasmettono regolarmente i dati ad INAIL DiMEILA i COR di Piemonte, Lombardia, Provincia Autonoma di Trento, Emilia-Romagna, Toscana, Marche e Lazio; esperienze di sperimentazione sono attualmente in corso nelle altre Regioni e nella Provincia Autonoma di Bolzano.

ReNaTuNS contiene oggi dei record individuali relativi a tutti i casi di tumore maligno epiteliale primitivo delle fosse nasali e dei seni paranasali, con diagnosi certa o probabile, con epoca di incidenza tra il 1989 e il 2024: i dati per gli anni più recenti, compreso quello in corso, sono incompleti.

Per ciascun caso registrato e ogni volta che sia possibile, ReNaTuNS procede a una valutazione per la sua validazione diagnostica (o meno) e, ogni volta che la diagnosi risulti confermata o quanto meno probabile, alla definizione del profilo di esposizione basata sulla raccolta dettagliata della storia lavorativa ed extra-lavorativa, con focus su alcuni stili di vita tra cui principalmente il fumo attivo, alla codifica dei settori lavorativi e delle mansioni, alla revisione delle informazioni raccolte e alla loro traduzione in termini di livello di esposizione.

Le raccolte anamnestiche, condotte anche in questo caso tramite un questionario standardizzato nazionale, sono condotte nella massima parte dei casi da Assistenti Sanitari o da medici, più raramente da altre figure professionali.

Gli Assistenti Sanitari contribuiscono anche all'alimentazione del registro caricandovi i dati raccolti e all'utilizzo delle informazioni che ne derivano per interventi di prevenzione, informazione e promozione della salute.

I profili di esposizione vengono definiti da esperti igienisti industriali o altrimenti da medici. Il sistema di sorveglianza epidemiologica dei casi incidenti di TuNS con metodi di ricerca attiva e di raccolta e analisi standardizzate delle storie professionali, residenziali e familiari dei soggetti ammalati è di particolare rilevanza in Italia, dove il numero di esposti ai fattori di rischio è piuttosto elevato.

Riguardo alla casistica italiana, ReNaTuNS ha identificato sia esposizioni significative in scenari già noti, per i lavoratori nei settori della lavorazione del legno e del cuoio / dei pellami, sia anche in altri scenari occupazionali inattesi.

Dai risultati di ReNaTuNS emergono anche casi con esposizione definita "ignota", da approfondire al fine di identificare fattori di rischio sconosciuti o non valutati e proporre nuove ipotesi eziologiche.

1.2.5 Il Registro Nazionale dei Tumori a più Bassa Frazione Eziologica Occupazionale

Le neoplasie a frazione eziologica occupazionale più bassa di quelle che si osservano per i mesoteliomi e i TuNS si caratterizzano per i seguenti aspetti:

- ❖ si tratta di tumori molto più frequenti nella popolazione generale di quanto non siano i suddetti mesoteliomi maligni e TuNS;
- ❖ soltanto una percentuale modesta di questi tumori insorge in persone che, durante la loro vita lavorativa, sono state esposte ad agenti cancerogeni in ambiente di lavoro;
- ❖ poiché, come si è detto, si tratta di tumori frequenti nella popolazione generale, una percentuale pur modesta di essi che sia dovuta ad agenti cancerogeni in ambiente di lavoro (e quindi è classificabile come malattia professionale) corrisponde a un importante gettito di casi in numero assoluto.



Ciò è di grande rilevanza in termini di Sanità Pubblica: anche per il caso dei tumori a più bassa frazione eziologica occupazionale è importante conoscere sempre di più e meglio la presenza e la distribuzione spaziale e temporale dei relativi fattori di rischio occupazionale e realizzare programmi mirati per la loro prevenzione.

Sempre con l'art. 244 del Dlgs 81/08, il Legislatore ha quindi disposto che anche per le "neoplasie a più bassa frazione eziologica occupazionale" venisse istituita una forma di registrazione sistematica dedicata. L'approccio metodologico del registro dedicato ai tumori a più bassa frazione eziologica occupazionale non può peraltro che essere profondamente diverso da quella dei Registri che studiano i mesoteliomi e i TuNS, che partono dalla rilevazione e dallo studio approfondito di ciascun caso individuale per giungere all'analisi epidemiologica dell'insieme della casistica.

Per la “bassa frazione eziologica occupazionale” si procede all’inverso, come segue:

- ❖ si parte dall’analisi statistica dei dati di popolazione, incrociando i dati delle SDO (Schede di Dimissione Ospedaliera) relativi a determinate tipologie di tumore con quelli delle storie lavorative presenti negli archivi contributivi dell’INPS, che consentono di collegare il nominativo di ciascun paziente a un determinato scenario lavorativo codificato secondo i codici ATECO, anche con la specifica del fatto che si tratti di un “*white collar*” (vale a dire, sostanzialmente, di un lavoratore che opera principalmente in uffici) oppure di un “*blue collar*” (vale a dire, sostanzialmente, di un lavoratore che opera principalmente in produzione);
- ❖ si individuano, per ciascuna delle tipologie di tumore in studio, quegli aggregati di casi che si configurano come “*cluster*”, a motivo di un eccesso di incidenza della neoplasia rispetto alla popolazione generale;
- ❖ tra tutti i cluster, si selezionano quelli per i quali vi siano indicazioni dell’appropriatezza di un approfondimento;
- ❖ si procede quindi, come in ReNaM e in ReNaTuNS, alla raccolta anamnestica individuale dei casi appartenenti ai cluster selezionati, utilizzando un apposito questionario standardizzato nazionale;
- ❖ si procede, sempre come in ReNaM e in ReNaTuNS, con l’attribuzione a ciascun paziente di un profilo di esposizione a un set di agenti occupazionali, tenendo conto anche di altri fattori che possono aver contribuito alla genesi della malattia, tra cui principalmente (ma non solo) il fumo di tabacco;
- ❖ si conclude, come in ReNaM e in ReNaTuNS, con l’analisi epidemiologica dei dati raccolti e la definizione dei nessi di causalità tra i profili di esposizione e la causazione della neoplasia.

Va precisato che l’approccio epidemiologico di questo Registro, noto con l’acronimo OCCAM (OCcupational CAncer Monitoring), è basato su un disegno di studio del classico tipo caso-controllo: sia i casi sia i controlli vengono selezionati a partire da archivi informatizzati correnti (quello delle suddette SDO e le anagrafi regionali degli assistiti).

Le modalità operative di acquisizione dei dati mediante fonti amministrative di dati, i criteri di selezione per l’approfondimento dei profili e l’attribuzione dell’esposizione professionale, il questionario anamnestico e le modalità di classificazione e codifica dell’esposizione dei

tumori sono definiti dal Manuale operativo, redatto dall'INAIL in collaborazione con i COR delle regioni aderenti, tra cui le Marche.

Questo approccio sta producendo alcune prime stime di associazione tra sede anatomica di insorgenza di neoplasia e comparti produttivi in cui il paziente ha lavorato; ciò ha permesso di evidenziare alcuni possibili nessi causali tra l'insorgenza di tumori in determinate sedi anatomiche e il fatto di aver lavorato in determinati ambienti di lavoro.

Capitolo 2. Il ReNaTuNS e la rete territoriale dei COR

In questo capitolo verranno trattate in modo più dettagliato le modalità operative del ReNaTuNS e della rete territoriale dei relativi COR, approfondendo il ruolo che in esse viene svolto dall'Assistente Sanitario e prospettando le opportunità di sviluppo che tale figura professionale offre all'intero sistema.

2.1 I COR del ReNaTuNS - Operatività

L'attività dei COR del ReNaTuNS è finalizzata a contribuire al raggiungimento degli obiettivi del ReNaTuNS, già riportati al paragrafo 1.1.4, e deve svolgersi secondo quanto indicato nel Manuale Operativo ReNaTuNS (2020).

Come già anticipato più sopra, anche per il ReNaTuNS è stata pensata, e al momento in gran parte realizzata, un'organizzazione territoriale e funzionale che prevede la presenza di un COR (Centro Operativo Regionale) per ogni Regione / Provincia autonoma; ad oggi alcuni dei COR svolgono appieno le proprie funzioni, mentre altri di più recente istituzione si trovano in una condizione di avvio più o meno avanzato della propria operatività. Ogni COR ReNaTuNS deve realizzare una rete collaborativa con tutti gli altri COR presenti a livello nazionale e con INAIL DiMEILA, che ha funzioni di supporto e coordinamento. Il corretto funzionamento della rete è indispensabile per garantire “la qualità dei dati raccolti e gestiti dal ReNaTuNS e l'efficacia delle attività di sorveglianza epidemiologica e di ricerca...”. Come definito dal Manuale Operativo, i COR TuNS devono “costituire e gestire nel tempo un archivio di tutti i nuovi casi di tumore naso-sinusale diagnosticati nella popolazione residente nell'area geografica di ... pertinenza, in modo continuativo e sistematico”, con il preciso scopo di contribuire a perseguire gli obiettivi del ReNaTuNS.

A differenza di quanto avviene nei registri tumori cosiddetti “generalisti”, che raccolgono dati anagrafici e di diagnosi relativi a tutti i casi di patologia oncologica insorti nei residenti dei territori di pertinenza, ma senza effettuare ulteriori approfondimenti finalizzati ad esempio all'individuazione degli aspetti eziologici, il COR deve “raccolgere le informazioni di tipo anatomico-clinico / diagnostico e anagrafiche con maggiore livello di dettaglio, oltre a informazioni suppletive, anamnestiche e/o documentali, utili a individuare eventuali

occasioni di esposizione ad agenti causali noti o sospetti per i TuNS nel corso della storia di vita e di lavoro dei soggetti ammalati”.

Ancora, i COR TuNS devono lavorare secondo modalità operative standardizzate di raccolta e gestione dei dati, in modo da garantirne la qualità e la confrontabilità con quelli prodotti dagli altri COR.

Come da Manuale Operativo, l’operatività di un COR ReNaTuNS si può sintetizzare nei punti descritti di seguito.

- ❖ Rilevazione di tutti i casi, anche sospetti, di tumore maligno primitivo di cavità nasali e seni paranasali insorti in persone che, al momento della diagnosi, siano residenti nel territorio di pertinenza (i casi così definiti sono le unità statistiche di rilevazione). La rilevazione dei casi dovrebbe essere per la maggior parte “passiva”: “tutte le fonti informative inviano ai COR TuNS la documentazione a loro disposizione inerente a ciascun caso, anche sospetto, di tumore maligno naso-sinusale. In parallelo a questa rilevazione passiva, i COR TuNS condurranno una ricerca attiva dei casi presso le fonti interessate...”.
- ❖ Ricerca attiva dei casi. Con cadenza almeno annuale, i COR provvedono alla ricerca attiva dei casi presso le fonti informative individuate dal Manuale Operativo, e presso eventuali altre fonti, per assicurare il più possibile la completezza della casistica.
- ❖ Definizione dei casi. I COR TuNS acquisiscono tutti i dati clinici ed anche anagrafici, che sono necessari per una definizione il più accurata possibile sia della diagnosi, sia della “competenza per territorio”. In particolare, ai fini dell’inclusione nel Registro il “caso” è la persona per la quale sia stata posta diagnosi di tumore maligno primitivo, la cui sede di prima insorgenza (topografia) sia a livello della mucosa delle cavità nasali e/o dei seni paranasali e il cui tipo istologico (morfologia) sia uno di quelli compresi nell’elenco riportato nel Manuale Operativo ReNaTuNS. Perché il caso sia di competenza di un determinato COR, la prima diagnosi di neoplasia maligna deve essere posta in un momento in cui la persona sia residente nel territorio di competenza del COR medesimo (Regione o Provincia Autonoma). Sulla base degli elementi raccolti, i COR TuNS provvedono alla definizione diagnostica dei casi, in base alla quale essi vengono classificati come:

- a. “tumore maligno naso-sinusale epiteliale “certo””: caso con diagnosi di TuNS avvalorata da imaging ed esame cito-istologico;
 - b. tumore maligno naso-sinusale epiteliale “probabile””: caso senza diagnosi istologica, ma con diagnosi clinica e riscontro radiologico con TC o RMN”.
 - c. Tutte le persone la cui diagnosi non rispetti i criteri sopra esposti vengono definite come “*non casi*” per il ReNaTuNS, e la loro posizione viene archiviata come tale.
- ❖ Registrazione dei casi. I COR TuNS provvedono ad inserire nel proprio Registro le persone classificate come caso “certo” o “probabile”; coloro che al momento della prima diagnosi risultassero residenti in diversa Regione / Provincia Autonoma vengono segnalati al COR territorialmente competente oppure, in assenza di esso, vengono segnalati ad INAIL DiMEILA, che ne cura la registrazione.
- ❖ Definizione dell’esposizione ad agenti correlati al rischio di tumore naso-sinusale. Per ogni caso inserito nel proprio Registro, i COR TuNS provvedono alla raccolta di un’anamnesi, con l’obiettivo di acquisire dati sulle esposizioni ad agenti cancerogeni noti o sospetti per essere causa di TuNS. L’anamnesi deve essere condotta tramite la somministrazione di un questionario anamnestic standard, utilizzato su tutto il territorio italiano. Il questionario contiene sezioni dedicate alla raccolta di informazioni sull’abitudine al fumo, su eventuali altre patologie delle alte vie respiratorie sofferte in passato, su eventuali terapie effettuate, sulla storia lavorativa, su hobby, convivenza con persone che lavoravano in casa, dimore vicine ad attività artigianali/industriali. Tutte le domande hanno lo scopo di evidenziare pregresse esposizioni ad agenti presenti sia in ambiente di lavoro sia in ambiente di vita, che siano noti o meno per avere un ruolo causale anche solo sospetto nella genesi dei TuNS. Per garantire la massima qualità delle informazioni, l’anamnesi dovrebbe essere raccolta direttamente dal paziente, di persona. In caso di impossibilità, possono essere adottate modalità diverse: anamnesi a parenti stretti, colleghi di lavoro, con modalità telefonica, in videochiamata whatsapp. I COR provvedono alle raccolte anamnestiche avvalendosi della collaborazione dei Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, e anche con personale proprio, secondo i casi.

- ❖ Codifica, inserimento dei questionari nel data base, export periodici verso INAIL DiMEILA. Preliminare all'inserimento delle informazioni nel database è la codifica della storia lavorativa. Essa consiste nel “tradurre” in codici quanto riportato nelle sezioni “Tipo di produzione” (vale a dire: descrizione accurata dell'attività / produzione dell'azienda in cui la persona ha lavorato) e “Mansione” (vale a dire: descrizione accurata dell'attività svolta dal lavoratore). Questo passaggio è necessario in quanto il database “chiede” che vengano inseriti i codici di comparto e di mansione; è altresì un passaggio che richiede competenza specifica, cura e precisione: la traduzione in codici di quanto scritto per esteso deve essere fedele, per garantire che i dati inseriti siano di sufficiente “qualità” (i dati sono oggetto di elaborazioni statistiche, i cui risultati devono essere “di qualità”). Fino a non molto tempo fa i COR attivi in Italia hanno inserito i dati in un software locale, provvedendo ad effettuare export del database ad INAIL DiMEILA con cadenza almeno annuale. Recentemente è stato realizzato un Software nazionale che lavora on line e in rete (ReNaTuNSWeb); al momento attuale alcuni COR di recente istituzione utilizzano esclusivamente il ReNaTuNSWeb, altri ancora il software “in locale”, provvedendo ai necessari export periodici e contemporaneamente sperimentando l'inserimento di almeno una parte dei casi anche in ReNaTuNSWeb.
- ❖ Attribuzione dei livelli di esposizione ad agenti cancerogeni già noti o sospetti per essere causa di TuNS. Presso i COR TuNS, questa operazione viene effettuata da parte di esperti in Igiene Industriale che, esaminando le storie lavorative delle persone intervistate, individuano i cancerogeni ai quali le stesse sono state esposte, per poi stabilire i “livelli di esposizione” ai cancerogeni stessi (es. esposizione “certa”, “probabile” o “possibile” a polveri di cuoio in un operaio calzaturiero; esposizione “improbabile” nel caso in cui non sia stata evidenziata alcuna esposizione a cancerogeni per un determinato periodo di lavoro).
- ❖ Follow-up sullo stato in vita. Con cadenza annuale i COR verificano lo stato in vita di tutti i casi inseriti nel proprio Registro ed acquisiscono i dati delle cause di morte (schede ISTAT di morte) per coloro che dovessero risultare deceduti, provvedendo ad aggiornare il database con le informazioni raccolte.

2.2 Le fonti informative del COR ReNaTuNS

2.2.1 Quadro generale

Come riportato nel Manuale operativo ReNaTuNS (2020), per le attività di rilevazione passiva e attiva dei casi i COR devono fare riferimento a specifiche fonti informative “primarie” e “secondarie”.

- ❖ Fonti informative primarie (vedi lista degli allegati tecnici)
 - a. *Archivi dei Servizi di Anatomia Patologica pubblici e privati*: rappresentano il principale canale informativo per la rilevazione dei casi di TuNS; la documentazione (referti istologici) presenta un’alta qualità sia in termini di completezza che di omogeneità; generalmente la rilevazione dei casi si basa sulla segnalazione ai COR da parte degli anatomo-patologi mediante l’apposita scheda di segnalazione.
 - b. *Archivi dei Reparti di Otorinolaringoiatria, Chirurgia Maxillo-Facciale e Radioterapia*: la rilevazione dei casi si basa sulla segnalazione ai COR da parte dei medici (otorinolaringoiatri, chirurghi maxillo-facciali, radioterapisti) mediante un’apposita scheda di segnalazione;
 - c. *Servizi territoriali di prevenzione, igiene e salute nei luoghi di lavoro*: sono individuati come parte della rete informativa ReNaTuNS per la segnalazione di casi non pervenuti ai COR dalle principali fonti informative, e per il loro fondamentale contributo alla definizione della esposizione.

- ❖ Fonti informative secondarie
 - a. *Archivio delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)*: viene utilizzato principalmente come fonte per il controllo di completezza della casistica raccolta tramite altre fonti;
 - b. *Registri Tumori di popolazione*: presentano un archivio che si può ritenere aggiornato in modo completo solo dopo tre-quattro anni dalla data di incidenza dei casi.
 - c. *Archivio dei decessi per causa*: le schede di morte, per i notevoli limiti di qualità delle informazioni riportate, non possono essere considerate una fonte di

primaria importanza per la ricerca dei casi. L'utilizzazione di questa fonte informativa consente di recuperare i casi persi alla rilevazione attiva presso le fonti principali. Questi casi dovranno essere verificati con la raccolta di notizie presso i medici di medicina generale e l'eventuale esame della cartella clinica.

2.2.2 Le SDO – Approfondimento

In Italia è attivo il sistema delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) che riporta per ciascuna dimissione l'identificazione del paziente (dati anagrafici e/o codice fiscale) e i codici delle patologie da cui è affetto. Nonostante alcune imprecisioni nella codifica, le SDO rappresentano un sistema a basso costo per identificare i casi di tumore di nuova diagnosi. Il flusso informativo delle SDO è uno strumento utile sia per analisi ed elaborazioni in ambito sanitario, sia per analisi di carattere clinico-epidemiologico e di esito. Mediante le SDO si identificano i casi di nuova diagnosi residenti in una determinata area geografica e occorsi in un periodo recente.

Le procedure operative e i contenuti per la compilazione e trasmissione delle SDO sono previsti dai Decreti del Ministro della Sanità 26/07/1993 e 380/2000 e s.m.i. Le informazioni raccolte comprendono caratteristiche anagrafiche del paziente, caratteristiche del ricovero e caratteristiche cliniche. Tale fonte consente una rapida individuazione dei casi di cui sarà necessaria la consultazione della cartella clinica.

Le SDO adottano la codifica della nona classificazione delle malattie (ICD-9), che classifica i tumori maligni naso-sinusali con codice di diagnosi 160 (tutti da 160.0 a 160.9 eccetto 160.1 che riguarda i tumori dell'orecchio medio e della tromba di Eustachio); tali codici corrispondono ai C30 e ai C31 della decima classificazione delle malattie (ICD-10).

2.3 Il COR ReNaTuNS delle Marche

Il Centro Operativo Regionale (COR) delle Marche per il ReNaTuNS deve la propria esistenza e il proprio mandato a norme di legge nazionali e regionali:

- ❖ il Dlgs 09/04/2008 n. 81 e s.m.i. “La Salute e La Sicurezza nei Luoghi di Lavoro” che, all’Art. 244 “Registrazione dei Tumori” prevede la costituzione del registro nazionale

dei casi di sospetta origine professionale con sezioni dedicate, tra gli altri, ai casi di neoplasia delle cavità nasali e dei seni paranasali;

- ❖ i Livelli Essenziali di Assistenza – DPCM 12/01/2017 Allegato 1 Area C.1 “sorveglianza epidemiologica dei rischi e dei danni correlati al lavoro”;
- ❖ la Deliberazione della Giunta Regionale (Marche) 2229 del 28/12/2009 che istituisce tra l’altro “... il Registro Regionale dei casi di neoplasia di sospetta origine professionale delle cavità nasali e dei seni paranasali...”.

Il COR delle Marche ha di fatto iniziato la propria attività nel corso del 2011. Si trova presso l’Unità Operativa Complessa (UOC) Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro – Epidemiologia Occupazionale (SPreSAL Epi Occ) dell’Azienda Sanitaria Territoriale (AST) di Macerata, ed è parte integrante della rete dei COR ReNaTuNS presenti a livello nazionale.

Il gruppo di lavoro del COR ReNaTuNS delle Marche è composto da un Medico del Lavoro e da un’Assistente Sanitaria che vi opera a tempo pieno (da non molto tempo è entrata nell’organico anche un’altra Assistente Sanitaria, che si sta formando nell’ambito dell’operatività inerente il ReNaTuNS e che lavorerà a tempo pieno per il COR Marche del Registro delle neoplasie a più Bassa Frazione Eziologica Occupazionale, di recente attivazione e che ha sede sempre presso il Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro – Epidemiologia Occupazionale di AST Macerata).

Si descrivono di seguito le attività del COR Marche ReNaTuNS, dettagliando, in relazione alle varie fasi operative, quali sono le figure professionali coinvolte in funzione delle specifiche competenze.

- ❖ **Rilevazione di tutti i casi, anche sospetti, di tumore maligno primitivo di cavità nasali e seni paranasali insorti in persone che, al momento della diagnosi, siano residenti nelle Marche.**

La rilevazione dei casi, che dovrebbe essere per la maggior parte “passiva” (nel senso che dovrebbero essere medici e strutture sanitarie a segnalare “attivamente” i casi al COR) , nel caso del COR Marche avviene principalmente mediante la ricerca attiva, a partire dalle SDO relative ai ricoveri, sia presso strutture marchigiane, sia presso strutture di altre Regioni, di

persone residenti nelle Marche, per le quali i codici diagnosi siano di tumore naso sinusale, o che abbiano subito interventi quali biopsie o esami microscopici nel naso e seni paranasali.

Chi fa che cosa:

- a. Assistente Sanitaria: richiede ed acquisisce i file delle SDO (circa a metà di ogni anno vengono richieste le SDO relative ai ricoveri dell'anno precedente, in quanto i dati si possono considerare "consolidati");
- b. Assistente Sanitaria: provvede alla decodifica dei dati SDO (a partire dai codici dei reparti, delle strutture di ricovero, dei dati di diagnosi, dei dati di intervento) e seleziona i casi sospetti di TuNS, verificando che non siano già presenti nel database;
- c. Assistente Sanitaria: acquisisce i dati anagrafici dei casi sospetti dall'Anagrafe Regionale Centralizzata degli Assistiti (ARCA);
- d. Assistente Sanitaria: richiede, acquisisce e seleziona i dati clinici necessari alla definizione della diagnosi (referti di Anatomia Patologica, di esami strumentali quali TC e RMN, di visite specialistiche, cartelle cliniche) presso le strutture di diagnosi e cura identificate tramite i codici inseriti nelle SDO;
- e. Assistente Sanitaria: realizza, mantiene nel tempo ed aggiorna le reti con tutte le strutture presso le quali sia conservata e disponibile la documentazione necessaria alla definizione dei casi (essenzialmente le fonti informative primarie), operando in modo da promuovere efficacia nella comunicazione e nella collaborazione;
- f. Assistente Sanitaria: cura la gestione e la corretta archiviazione, sia cartacea sia su supporto informatico, di tutta la documentazione inerente all'attività di rilevazione (richieste in corso ed evase, dati clinici ed anagrafici acquisiti).

❖ **Definizione dei casi.**

Chi fa che cosa:

- a. Medico del Lavoro: valuta la documentazione clinica acquisita e in base ad essa classifica i casi sospetti come "casi certi", "casi probabili" o "non casi";
- b. Assistente Sanitaria: accantona in archivio separato, cartaceo ed informatico, i "non casi".

Qualora venga identificato un caso con diagnosi “certa” o “probabile” che al momento della diagnosi risultasse residente in una Regione (o Provincia Autonoma) diversa dalle Marche, l’Assistente Sanitaria provvede alla segnalazione dello stesso al COR TuNS competente per territorio.

❖ **Registrazione dei casi.**

Chi fa che cosa:

- a. Assistente Sanitaria, da sola o con il Medico del Lavoro, inserisce nel database informatico i dati parziali (ovvero i soli dati anagrafici e di diagnosi) dei casi, sia certi che probabili, ed archivia la relativa documentazione cartacea ed informatica;
- b. Assistente Sanitaria: acquisisce da ARCA i nominativi ed i recapiti telefonici e di posta elettronica dei medici di medicina generale, il cui ruolo è fondamentale per la presa di contatto con i pazienti e i loro familiari.

❖ **Definizione dell’esposizione ad agenti correlati al rischio di tumore naso-sinusale.**

Chi fa che cosa:

- a. Medico del Lavoro: contatta, telefonicamente o tramite e-mail, il Medico di Medicina Generale, al quale chiede di fare da tramite con il caso (o un suo sostituto), per concordare un appuntamento finalizzato alla raccolta anamnestica. Nell’occasione il Medico del Lavoro presenta il ReNaTuNS e le sue finalità ed acquisisce informazioni sullo stato di salute e sulle condizioni emotive del paziente, anche allo scopo di capire e concordare quale sia il miglior approccio possibile (in alcuni casi viene considerato preferibile rivolgersi ad un familiare stretto, la qual cosa diventa obbligatoria quando il caso sia purtroppo già deceduto);
- b. Assistente Sanitaria: tenendo conto delle informazioni acquisite dal Medico del Lavoro, contatta il paziente (o altro sostituto) per concordare un appuntamento per la raccolta anamnestica; questa dovrebbe avvenire preferibilmente di persona, la qual cosa tra l’altro garantisce una migliore qualità del dato acquisito; a questo proposito Assistente Sanitaria propone un incontro presso il Servizio di appartenenza (SPreSAL Epi Occ) o presso il domicilio del paziente; quando

preferito dalla persona, l'incontro avviene tramite videochiamata whatsapp o semplice telefonata; quando il caso viene segnalato da una struttura di ricovero presso la quale si trova la persona, l'Assistente Sanitaria effettua l'anamnesi in ospedale, prendendo contatto con il paziente previa l'intermediazione del personale della struttura stessa;

- c. Assistente Sanitaria: somministra il questionario anamnestico standardizzato in uso per il ReNaTuNS al paziente (o ad un suo sostituto, se del caso).

❖ Codifica, inserimento dei questionari nel data base, attribuzione dei livelli di esposizione a cancerogeni noti o sospetti per essere causa di TuNS, “firma” dei casi, export periodici verso INAIL DiMEILA.

Chi fa che cosa:

- a. Assistente Sanitaria: rivede il questionario, rilevando eventuali “incoerenze interne” e provvedendo alle necessarie integrazioni; se necessario contatta di nuovo telefonicamente la persona intervistata per acquisire precisazioni ed informazioni eventualmente mancanti;
- b. Assistente Sanitaria: codifica la storia lavorativa, utilizzando i codici di comparto ATECO e di mansione ISTAT;
- c. Assistente Sanitaria: inserisce il questionario nel database “in locale”;
- d. Medico del Lavoro e Assistente Sanitaria: rivedono il questionario inserito, verificando la correttezza e completezza di tutti i dati (anagrafici, di diagnosi, relativi alle esposizioni); per ogni periodo lavorativo inserito, il Medico del Lavoro effettua l'attribuzione delle esposizioni e dei livelli di esposizione ad agenti cancerogeni già noti o sospetti per essere causa di TuNS; Medico del Lavoro “firma” il caso, cioè, consolida i dati inseriti;
- e. Assistente Sanitaria: effettua periodicamente, in genere con cadenza annuale, l'export dei dati del Registro verso INAIL DiMEILA, dove ha sede il ReNaTuNS. Presso il COR Marche, in via sperimentale sono stati inseriti 12 casi anche nel Software ReNaTuNSWeb: INAIL DiMEILA è in grado di leggere direttamente i dati di questi casi.

❖ **Follow-up sullo stato in vita**

Chi fa che cosa:

- a. Assistente Sanitaria: con cadenza annuale verifica lo stato in vita di tutti i casi inseriti nel Registro del COR Marche e richiede ed acquisisce le schede ISTAT di morte per coloro che risultano deceduti, provvedendo ad aggiornare il database con le informazioni raccolte.

Capitolo 3. I TuNS nelle Marche: la casistica del COR Marche (1988 – 2024)

La casistica del COR Marche ReNaTuNS comprende casi incidenti a partire dal 1988 e, chiaramente, procede quotidianamente a tutt'oggi.

La rilevazione dei TuNS nella popolazione marchigiana può considerarsi esaustiva a partire dall'anno 2004 (con un "buco" solo per gli anni 2005 e 2007 che ad oggi non è stato possibile colmare) fino all'anno 2020 compresi. Per gli anni che precedono il 2004 si è avuta senz'altro un'importante perdita di casi in quanto la rilevazione è iniziata in modo sistematico soltanto nel 2011; i casi diagnosticati in precedenza, emersi soltanto in via incidentale come casi prevalenti, costituiscono al 30.09.2024 un assieme di 71 unità lungo l'arco di 16 anni, quindi con una media di 4,44 casi all'anno (decisamente inferiore al valore atteso, che assunta la popolazione marchigiana come prossima a 1.500.000 abitanti, è di circa 12 casi all'anno).

Per i 17 anni dal 2004 al 2020 compresi nelle Marche sono risultati incidenti 206 casi di TuNS in totale, con una media di circa 12,11 casi all'anno (modicamente superiore al valore atteso, per quanto detto più sopra).

I casi di TuNS noti al COR Marche alla data del 30.09.2024 per gli anni successivi al 2020 sono i seguenti:

- ❖ 12 per il 2021;
- ❖ 11 per il 2022;
- ❖ 8 per il 2023;
- ❖ 1 per il 2024.

Per questi quattro anni, particolarmente per il 2023 e per l'anno in corso, ci si attende un'importante integrazione del numero dei casi incidenti.

Il complesso dei 309 casi di cui sopra presenta, come ci si poteva attendere;

- ❖ un'importante differenza tra quelli maschili e quelli femminili: gli uomini risultano molto più a rischio delle donne, come del resto in tutte le analisi epidemiologiche disponibili;
- ❖ una frequenza che si mantiene bassa fino a comprendere la classe di età 40-44 anni di età alla diagnosi e si impenna poi rapidamente per le classi di età a crescere.

La figura che segue sintetizza tali evidenze.

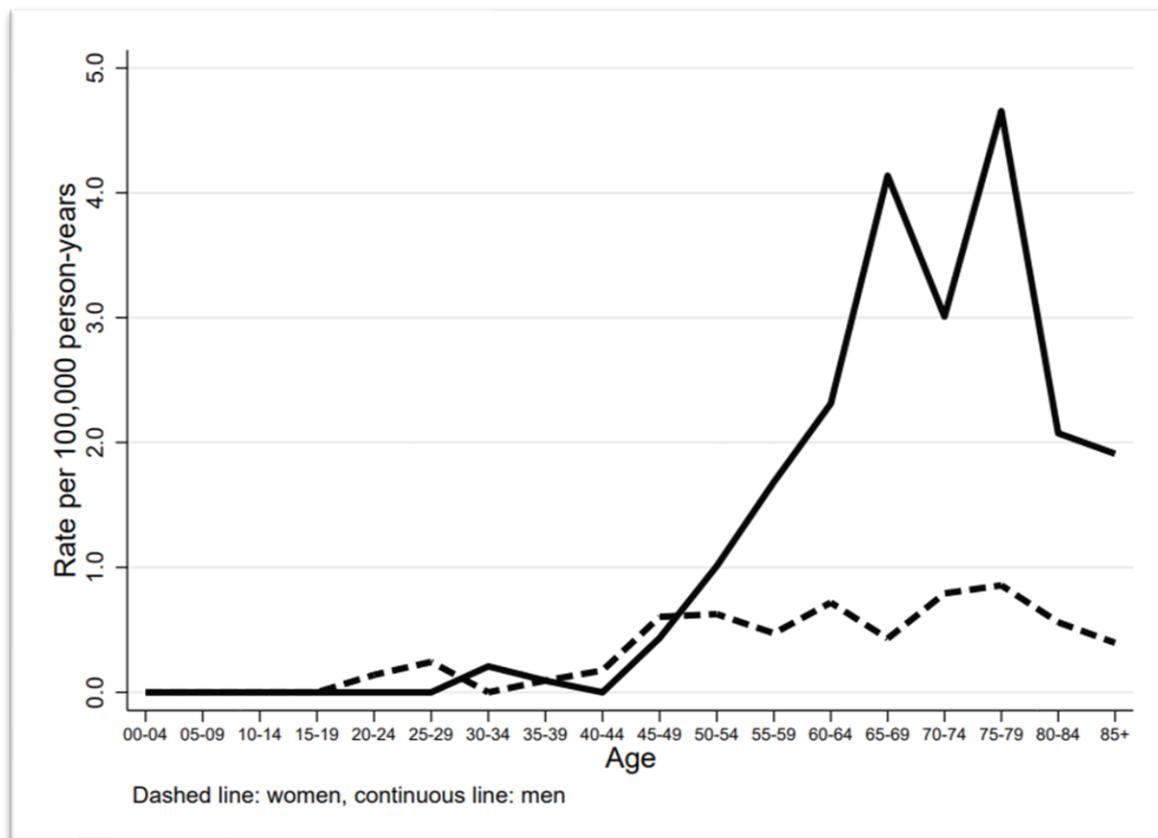


Figura 1. DISTRIBUZIONE PER ETÀ' ALLA DIAGNOSI

Se i TuNS sono particolarmente rari fino alla classe di età 40-44 anni compresa, va comunque evidenziato che alcuni casi si verificano anche in soggetti decisamente giovani per tale classe di patologie; in questo sottogruppo emergono, in particolare, tanto una presenza di femmine decisamente più elevata di quella che si osserva nel complesso della casistica, quanto una presenza di soggetti nati al di fuori dell'Italia decisamente più elevata di quella che si osserva nel complesso della casistica.

Sul totale dei casi di cui sopra sono state condotte analisi statistiche territoriali a cura del dott. Dario Consonni, della Clinica di Medicina del Lavoro dell'Università degli Studi di Milano – IRCCS Cà Granda Ospedale Policlinico Maggiore di Milano, che ha prodotto un'analisi dell'incidenza per Comune di residenza al momento della diagnosi e una mappatura regionale dei casi, sempre articolata per Comune di residenza al momento della diagnosi, come da figura che si riporta di seguito.

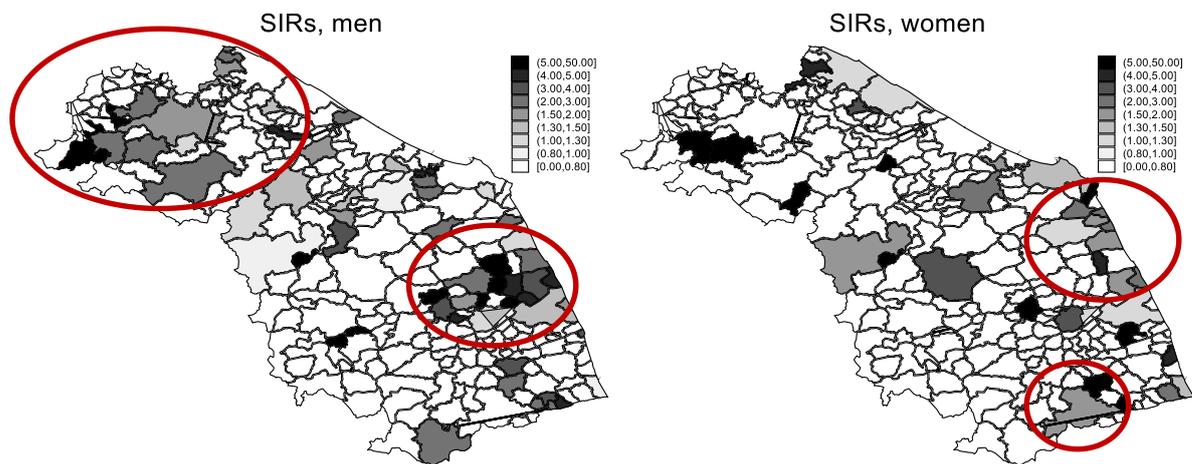


Figura 2. MAPPA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INCIDENZA DEI CASI ReNaTuNS SUL TERRITORIO REGIONALE DELLE MARCHE, ANALIZZATI PER COMUNE DI RESIDENZA DEL PAZIENTE AL MOMENTO DELLA DIAGNOSI

Questa mappatura fornisce due indicazioni estremamente rilevanti in termini di Sanità Pubblica e di azioni da realizzare sia sul versante della prevenzione occupazionale sia su quello della sorveglianza sanitaria mirata di gruppi di lavoratori a rischio:

- ❖ in numerosi Comuni delle Marche si ha un'incidenza di TuNS superiore a 2 casi per 100.000 abitanti all'anno e anche, non eccezionalmente, perfino superiore a tale valore (finanche a più di 5 casi per 100.000 abitanti all'anno), quindi decisamente superiore a quella media nazionale che è di meno di 1 caso per 100.000 abitanti all'anno;
- ❖ i Comuni ad elevata incidenza di TuNS si raggruppano principalmente in un'area interna della Provincia di Pesaro-Urbino e in un'area che si colloca a cavallo della fascia costiera delle Province di Macerata e di Fermo.

Le situazioni di incidenza elevata sono a volte generate soltanto dal manifestarsi di uno o due casi di TuNS in Comuni a bassa numerosità di popolazione (così anche nel caso del cluster in un'area interna della Provincia di Ascoli Piceno); può quindi trattarsi di emergenze sporadiche prive di significato epidemiologico.

Per numerose altre situazioni si tratta invece di un numero di casi fino a 10, elevato in riferimento a patologie così rare soprattutto quando ciò si verifichi in Comuni con una popolazione di numerosità media o addirittura bassa.

Queste evidenze assumono particolare rilevanza epidemiologica quando i Comuni ad alta incidenza di TuNS si raggruppano in cluster:

- a) che corrispondono a scenari di rischio noti;
oppure
- b) che non corrispondono a scenari di rischio noti e che quindi impongono un approfondimento epidemiologico per comprendere se alla base del dato vi siano profili di esposizione finora non evidenti e da affrontare.

L'aggregazione di Comuni emersa in Provincia di Pesaro corrisponde sostanzialmente al "*polo del legno*" particolarmente importante in quel territorio, soprattutto in rapporto alla fabbricazione di mobili componibili.

L'aggregazione di casi emersa nelle Province di Macerata e Fermo corrisponde sostanzialmente al "*polo del cuoio*" particolarmente importante in quel territorio, soprattutto in rapporto alla fabbricazione di calzature.

Tutto questo fornisce elementi fondamentali affinché possano operare efficacemente sia i decisori che devono effettuare scelte strategiche di Sanità Pubblica, sia i singoli operatori sanitari che si confrontano con i TuNS, sia sul versante clinico (a iniziare dalla diagnosi precoce) sia su quello della prevenzione.

Capitolo 4 Dal Profilo Professionale al ruolo dell'Assistente Sanitario in Epidemiologia Occupazionale: considerazioni e proposte

In questo capitolo si cercherà di individuare quali sono, nel profilo professionale, i punti principali ai quali si possono ricondurre il ruolo e l'operatività dell'Assistente Sanitario che lavora presso il COR ReNaTuNS delle Marche.⁴

Il Decreto del Ministero della sanità del 17 gennaio 1997, n.69 (Regolamento concernente la individuazione della figura e relativo profilo professionale dell'Assistente Sanitario) proclama:

“È individuata la figura professionale dell'Assistente Sanitario con il seguente profilo: l'Assistente Sanitario è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale, è addetto alla prevenzione, alla promozione ed alla educazione per la salute” (Art.1 comma 1).

“L'attività dell'Assistente Sanitario è rivolta alla persona, alla famiglia e alla collettività; individua i bisogni di salute e le priorità di intervento preventivo, educativo e di recupero” (Art.1 comma 2).

“L'Assistente Sanitario:

- a) identifica i bisogni di salute sulla base dei dati epidemiologici e socioculturali, individua i fattori biologici e sociali di rischio ed è responsabile dell'attuazione e della soluzione e degli interventi che rientrano nell'ambito delle proprie competenze;*
- b) progetta, programma, attua e valuta gli interventi di educazione alla salute in tutte le fasi della vita della persona;*

⁴ *Massacesi Stefania.* Approccio con il paziente e la famiglia nella conduzione dell'intervista per l'accertamento dell'eziologia professionale e ambientale dei tumori. in Rapporti ISTISAN 2006, 109-16; la traduzione dell'articolo in Lingua Spagnola è stata inclusa nel volume (pagg. 171-79), pubblicato a ottobre 2006, degli atti del Convegno sulla Salute Occupazionale e Ambientale organizzato da IFA Ecuador e tenutosi in Quito (Ecuador) nel marzo 2005

c) *collabora alla definizione delle metodologie di comunicazione, ai programmi ed a campagne per la promozione e l'educazione sanitaria;*

(...)

f) *attuа interventi specifici di sostegno alla famiglia, attiva risorse di rete anche in collaborazione con i medici di medicina generale ed altri operatori sul territorio e partecipa ai programmi di terapia per la famiglia;*

(...)

p) *svolge le proprie funzioni con autonomia professionale anche mediante l'uso di tecniche e strumenti specifici;*

q) *svolge attività didattico-formativa e di consulenza nei servizi, ove richiesta la sua competenza professionale;*

r) *agisce sia individualmente sia in collaborazione con altri operatori sanitari, sociali e scolastici, avvalendosi, ove necessario, dell'opera del personale di supporto;*

(...)

(Art 1 comma 3);

“L’Assistente Sanitario contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all’aggiornamento relativo al proprio profilo professionale”. (Art. 1 comma 4)

“L’A.S. opera, per quanto di sua competenza, nell’ambito della prevenzione primaria, secondaria e terziaria, della promozione della salute, dell’educazione alla salute individuale, familiare, di gruppo, di collettività ed istituzionale, della ricerca epidemiologica e sanitario-sociale, della medicina sociale, dell’igiene, della sanità pubblica, dell’assistenza sanitaria e sociosanitaria integrata.” (AsNAS - Codice Deontologico dell’Assistente Sanitario, Art. 3 comma 1)

Considerando il ruolo che l’Assistente Sanitario svolge all’interno del COR Marche ReNaTuNS, si è deciso di mettere in luce i collegamenti tra i punti pertinenti del profilo professionale e la sua effettiva operatività all’interno del Servizio.

- ❖ *“identifica i bisogni di salute sulla base dei dati epidemiologici e socioculturali, individua i fattori biologici e sociali di rischio ed è responsabile dell'attuazione e della soluzione e degli interventi che rientrano nell'ambito delle proprie competenze”*

L'Assistente Sanitario, per quanto di sua competenza, collabora alla ricerca e alla raccolta di dati (diagnostici, di esposizione a fattori di rischio presenti negli ambienti di lavoro e di vita, di esposizione a fattori di rischio dovuti ad abitudini personali – hobby, fumo di tabacco). Effettua la registrazione sistematica e standardizzata delle informazioni raccolte, in modo da renderle utilizzabili ai fini delle analisi epidemiologiche. I risultati di tali analisi, condotte sia a livello locale (COR Marche), sia a livello nazionale (ReNaTuNS) contribuiscono a rafforzare le conoscenze sui fattori di rischio già noti per essere causa dei TuNS e ad individuare eventuali ulteriori fattori di rischio meritevoli di essere studiati nell'ipotesi che possano avere un ruolo causale nella genesi di queste patologie. Le evidenze sui fattori di rischio, sulla loro distribuzione geografica e sulle modalità con cui avvengono le esposizioni possono essere utilizzate per pensare, programmare ed attuare interventi di prevenzione e promozione della salute rivolti al singolo, alle comunità e alla popolazione generale.

- ❖ *“progetta, programma, attua e valuta gli interventi di educazione alla salute in tutte le fasi della vita della persona”*

L'Assistente Sanitario nell'ambito delle proprie attività incontra i malati, i loro familiari, colleghi di lavoro e altri. In tali contesti instaura un rapporto, di volta in volta personalizzato, che permette di evidenziare bisogni di salute (sia chiaramente espressi dalla persona, sia percepiti dall'operatore sanitario). Ciò permette di creare occasioni per fornire le informazioni sanitarie necessarie e, se del caso, per suggerire di intraprendere strade utili a modificare comportamenti non salutari (ad esempio, percorsi finalizzati alla cessazione dell'abitudine al fumo). Tutto ciò richiede cura nel creare ambienti (setting) favorevoli alla comunicazione; un intervento di questo tipo, rivolto sia alla persona sia ai suoi familiari, è particolarmente impegnativo in quanto il contatto ha caratteristiche di occasionalità. Non può perciò configurarsi come intervento di educazione alla salute propriamente detto, che prevede tra l'altro la precisa individuazione di obiettivi, di una popolazione target, la predisposizione di uno specifico programma.

- ❖ *“collabora alla definizione delle metodologie di comunicazione, ai programmi ed a campagne per la promozione e l'educazione sanitaria”*
- e
- ❖ *“svolge attività didattico-formativa e di consulenza nei servizi, ove richiesta la sua competenza professionale”*

L'Assistente Sanitario collabora alla programmazione ed attuazione di iniziative di comunicazione verso tutti i portatori di interesse. In particolare partecipa alla predisposizione dei dati epidemiologici prodotti dal COR ReNaTuNS delle Marche, in modo da renderli comprensibili e fruibili dagli interessati e, in collaborazione con gli altri operatori del Servizio, concorre alla definizione delle modalità comunicative efficaci finalizzate a far conoscere il ReNaTuNS e le evidenze scientifiche derivanti dalla sorveglianza epidemiologica dei TuNS. Inoltre, l'Assistente Sanitario partecipa come discente e come docente ad attività di formazione continua, orientate a potenziare le competenze della propria figura professionale e delle altre figure, in particolare riguardo alle attività dei Registri delle neoplasie occupazionali attivi (ReNaTuNS e Registro delle neoplasie a più bassa frazione eziologica occupazionale).

- ❖ *“attua interventi specifici di sostegno alla famiglia, attiva risorse di rete anche in collaborazione con i medici di medicina generale ed altri operatori sul territorio e partecipa ai programmi di terapia per la famiglia”*

L'Assistente Sanitario attiva e mantiene nel tempo risorse di rete sia per le attività di rilevazione, definizione e registrazione dei casi, sia per quelle di presa di contatto con pazienti o loro sostituti, al fine di raccogliere l'anamnesi tramite il questionario in uso per il ReNaTuNS. Ai fini della rilevazione, definizione e registrazione dei casi l'assistente sanitario prende contatti con la struttura che fornisce i dati di ricovero – SDO (Agenzia Regionale Sanitaria) e con tutte quelle presso le quali sia conservata e reperibile la documentazione clinica necessaria alla definizione dei casi (essenzialmente le fonti informative primarie); per acquisire i dati anagrafici l'Assistente Sanitario utilizza l'accesso all'Anagrafe Regionale Centralizzata degli Assistiti (ARCA). Per l'acquisizione dei dati di esposizione, l'Assistente Sanitario prende contatto con il Medico di Medicina Generale, il

quale può fornire informazioni importanti come: la correttezza della diagnosi, lo stato di salute e la consapevolezza della malattia da parte del paziente, il contesto socio-familiare, il programma terapeutico, la possibilità di condurre un'intervista diretta o la disponibilità a un colloquio da parte dei parenti.

Una volta che siano stati appurati lo stato in vita e le condizioni di salute, l'Assistente Sanitario contatta direttamente la persona per fissare un appuntamento per la raccolta anamnestica, durante la quale verrà ricostruita la sua storia di vita e di lavoro. Nell'impossibilità di incontrare direttamente il paziente, l'Assistente Sanitario sente i parenti prossimi per fissare l'intervista con loro. Deve essere cura dell'Assistente Sanitario chiarire agli interlocutori che i dati acquisiti saranno elaborati ed utilizzati per scopi statistici e di ricerca e che il personale che li utilizzerà è vincolato alla riservatezza sia dalle norme vigenti (d.lgs. 101/2018), sia dalla necessità del rispetto del segreto professionale. Peraltro, l'Assistente Sanitario deve chiarire all'intervistato che l'obiettivo dello studio è quello di raccogliere informazioni sullo stato di salute, le abitudini di vita e le attività lavorative svolte fino al momento dell'intervista, per approfondire i profili di esposizione dei singoli periodi lavorativi. Quando il Medico del Lavoro, valutata l'anamnesi, stabilisce che il TuNS sia una malattia professionale, cioè una malattia contratta a causa e in occasione di lavoro, questi redige il Certificato di Malattia Professionale. Ciò comporta per il malato la possibilità di ricevere benefici assicurativi dall'INAIL, qualora la patologia venga riconosciuta come di origine lavorativa. In questi casi l'Assistente Sanitario collabora nel fornire la documentazione specifica e le informazioni utili ad iniziare il percorso assicurativo, contribuendo così ad offrire ulteriore sostegno al paziente ed ai familiari.

❖ *“svolge le proprie funzioni con autonomia professionale anche mediante l'uso di tecniche e strumenti specifici”*

L'Assistente Sanitario utilizza in particolare la tecnica dell'intervista. Il momento dell'intervista epidemiologica ad un paziente tumorale è delicato, perché l'intervistatore (in questa realtà il più delle volte è un Assistente Sanitario) entra improvvisamente in un mondo che è in equilibrio fragile, sempre ammesso che un equilibrio vi sia. L'impatto emotivo non può che essere significativo sia per l'intervistatore sia per l'intervistato, al quale bisogna garantire il massimo rispetto, pur sempre mantenendo l'obiettivo di raccogliere le

informazioni che sono necessarie per la ricerca, per le attività di prevenzione, per le attività di tutela del paziente e/o dei suoi familiari quando vi sia il diritto a un giusto riconoscimento da parte dell'INAIL, l'Ente assicuratore pubblico che in Italia ha il mandato di indennizzare le persone che abbiano subito un infortunio sul lavoro o soffrano di una malattia professionale.

- ❖ *“agisce sia individualmente sia in collaborazione con altri operatori sanitari, sociali e scolastici, avvalendosi, ove necessario, dell'opera del personale di supporto”*

L'Assistente Sanitario svolge la propria attività mantenendo contatto e collaborazione continua con gli operatori del proprio Servizio di appartenenza e con i molti operatori presenti ed operativi nelle strutture che costituiscono le reti necessarie al funzionamento del ReNaTuNS (fonti primarie e secondarie, medici di medicina generale), ma anche i pazienti, i loro familiari, i loro colleghi di lavoro, senza i quali il ReNaTuNS non potrebbe produrre i dati epidemiologici utili alla descrizione dell'andamento della malattia, alla ricerca, alla pianificazione di interventi di prevenzione.

Considerazioni

Questa esperienza ha lo scopo di mettere in luce il ruolo dell'Assistente Sanitario che lavora presso il COR ReNaTuNS Marche, un ambito di lavoro che non è molto conosciuto in generale e, in particolare, non è sufficientemente rappresentato tra tutti quelli che invece sono considerati più tradizionalmente affini alla professione. Si tratta invece di un setting operativo che offre molte possibilità di applicazione delle competenze che un Assistente Sanitario può esprimere.

Sarebbe importante dare maggiore visibilità e comunicare sulle possibilità di impiego degli Assistenti Sanitari in questo ed altri contesti di lavoro, che si potrebbero definire “di nicchia”, a partire dai programmi di formazione universitaria. La riflessione su quali sono gli ambiti nei quali un Assistente Sanitario lavora tradizionalmente, ma anche su quali sono “tutti” quelli esistenti e in cui potrebbe lavorare, è fondamentale per accrescere la consapevolezza su quanto si possa investire nello sviluppo delle competenze e nella crescita professionale, ancora prima dell'ingresso nel mondo del lavoro.

Il rapporto con l'utenza è una competenza che si acquisisce nel tempo, iniziando in primo luogo all'università durante le lezioni teoriche ed i tirocini pratici e successivamente rinforzandosi con l'esperienza durante il lavoro.

Nel corso delle lezioni teoriche sarebbe interessante e formativo dare spazio anche ad esperienze pratiche, ad esempio simulazioni di anamnesi e di interviste epidemiologiche, che potrebbero già far “vivere” un'esperienza ancora prima di provarla durante il tirocinio.

Nell'ambito del COR ReNaTuNS Marche, l'utente da cui si raccoglie l'anamnesi è un malato, non sempre è in condizioni fisiche accettabili tali da consentire un incontro totalmente sereno. I pazienti tumorali richiedono una particolare sensibilità per le loro condizioni emotive; l'Assistente Sanitario deve essere specificamente formato, e consapevole che la sua formazione deve essere continua, deve proseguire oltre il livello acquisito nell'ambito della preparazione universitaria di base. Ciò per essere in grado di entrare con il garbo e il rispetto necessari nel mondo di questi pazienti, inevitabilmente in equilibrio delicato, e di raccogliere da loro le informazioni necessarie alla Sanità Pubblica, rendendo i pazienti medesimi consapevoli dell'importanza delle informazioni che forniscono per tutti gli scopi di prevenzione e di diagnosi precoce.

Il COR Marche ReNaTuNS registra i casi di TuNS che si verificano nella popolazione marchigiana residente. Lo si può pensare, anche, come una realtà nella comunità, che stabilisce canali comunicativi con i Marchigiani malati di TuNS e i loro familiari, allo scopo di fornire dati descrittivi della malattia, di fare ricerca, di produrre informazioni utili alla prevenzione, di assistere e sostenere, per quanto di competenza, i malati e i loro cari. Tra le altre, le attività di comunicazione possono contribuire a diffondere maggiore consapevolezza su questa grave malattia nelle persone, nelle famiglie, nelle comunità lavorative in cui vi siano gruppi ad alto rischio, nelle istituzioni.

L'Assistente Sanitario ha senz'altro le competenze necessarie per lavorare a pieno titolo in un COR ReNaTuNS, tanto più se saprà orientare la propria formazione continua allo sviluppo e al rafforzamento, tra le altre, delle proprie competenze comunicative, indispensabili nel lavoro in rete, nei rapporti con gli utenti, nel migliorare la propria capacità nel **“prendersi cura”** e nel **“dare sostegno”**.⁵

⁵ Massacesi Stefania. Il ruolo dell'Assistente Sanitario con focus sulla prevenzione, educazione e promozione della salute: Attualità e opportunità di sviluppo nel Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di lavoro - Epidemiologia occupazionale (SPreSAL Epi Occ). Anno 2022. Corso di promozione della salute- Università di Modena di Reggio Emilia-Unimore - Luoghi di Prevenzione.

Documenti tecnici di riferimento

❖ *Decreto del Ministero della sanità del 17 gennaio 1997, n.69*

Decreto Ministeriale 17 gennaio 1997, n. 69

Regolamento concernente la individuazione della figura e relativo profilo professionale dell'assistente sanitario

IL MINISTRO DELLA SANITÀ

Visto l'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante: «Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421», nel testo modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517;

Ritenuto che, in ottemperanza alle precitate disposizioni, spetta al Ministro della sanità di individuare con proprio decreto le figure professionali da formare ed i relativi profili, relativamente alle aree del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione;

Ritenuto di individuare con singoli provvedimenti le figure professionali;

Ritenuto di individuare la figura dell'assistente sanitario;

Visto il parere del Consiglio superiore di sanità, espresso nella seduta del 15 maggio 1996;

Udito il parere del Consiglio di Stato espresso nella adunanza generale del 19 dicembre 1996;

Vista la nota, in data 17 gennaio 1997 con cui lo schema di regolamento è stato trasmesso, ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, al Presidente del Consiglio dei Ministri;

Adotta il seguente regolamento:

Art. 1

1. È individuata la figura professionale dell'assistente sanitario con il seguente profilo: l'assistente sanitario è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale, è addetto alla prevenzione, alla promozione ed alla educazione per la salute.
2. L'attività dell'assistente sanitario è rivolta alla persona, alla famiglia e alla collettività; individua i bisogni di salute e le priorità di intervento preventivo, educativo e di recupero.
3. L'assistente sanitario:
 - a) identifica i bisogni di salute sulla base dei dati epidemiologici e socio-culturali, individua i fattori biologici e sociali di rischio ed è responsabile dell'attuazione e della soluzione e degli interventi che rientrano nell'ambito delle proprie competenze;
 - b) progetta, programma, attua e valuta gli interventi di educazione alla salute in tutte le fasi della vita della persona;
 - c) collabora alla definizione delle metodologie di comunicazione, ai programmi ed a campagne per la promozione e l'educazione sanitaria;
 - d) concorre alla formazione e all'aggiornamento degli operatori sanitari e scolastici per quanto concerne la metodologia dell'educazione sanitaria;
 - e) interviene nei programmi di pianificazione familiare e di educazione sanitaria, sessuale e socio-affettiva;
 - f) attua interventi specifici di sostegno alla famiglia, attiva risorse di rete anche in collaborazione con i medici di medicina generale ed altri operatori sul territorio e partecipa ai programmi di terapia per la famiglia;
 - g) sorveglia, per quanto di sua competenza, le condizioni igienico-sanitarie nelle famiglie, nelle scuole e nelle comunità assistite e controlla l'igiene dell'ambiente e del rischio infettivo;
 - h) relaziona e verbalizza alle autorità competenti e propone soluzioni operative;
 - i) opera nell'ambito dei Centri congiuntamente o in alternativa con i Servizi di educazione alla salute, negli uffici di relazione con il pubblico;

- l)* collabora, per quanto di sua competenza, agli interventi di promozione ed educazione alla salute nelle scuole;
 - m)* partecipa alle iniziative di valutazione e miglioramento alla qualità delle prestazioni dei servizi sanitari rilevando, in particolare, i livelli di gradimento da parte degli utenti;
 - n)* concorre alle iniziative dirette alla tutela dei diritti dei cittadini con particolare riferimento alla promozione della salute;
 - o)* partecipa alle attività organizzate in forma dipartimentale, sia distrettuali che ospedaliere, con funzioni di raccordo interprofessionale, con particolare riguardo ai dipartimenti destinati a dare attuazione ai progetti-obiettivo individuati dalla programmazione sanitaria nazionale, regionale e locale;
 - p)* svolge le proprie funzioni con autonomia professionale anche mediante l'uso di tecniche e strumenti specifici;
 - q)* svolge attività didattico-formativa e di consulenza nei servizi, ove richiesta la sua competenza professionale;
 - r)* agisce sia individualmente sia in collaborazione con altri operatori sanitari, sociali e scolastici, avvalendosi, ove necessario, dell'opera del personale di supporto.
4. L'assistente sanitario contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale.
 5. L'assistente sanitario svolge la sua attività in strutture pubbliche e private, in regime di dipendenza o libero professionale.

Art. 2

1. Il diploma universitario dell'assistente sanitario, conseguito ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, abilita all'esercizio della professione, previa iscrizione al relativo albo professionale.



A s . N . A . S .
Associazione Nazionale Assistenti Sanitari
Presidenza Nazionale
via Mirandola, 13 - 26100 Cremona
tel: 3355931092
E-mail: presidenza@asnas.it - Sito web: <http://www.asnas.it>

Associazione riconosciuta maggiormente rappresentativa a livello nazionale per la professione di Assistente Sanitario
Decreti Ministero della Salute 14 aprile 2005 e 19 giugno 2006

Codice deontologico dell'Assistente Sanitario

Approvato dal Consiglio Direttivo Nazionale nella seduta del 1.12.2012

Articolo 1

Oggetto e campo di applicazione

1. Il presente Codice Deontologico individua impegni, doveri e responsabilità nell'esercizio della pratica professionale dell'Assistente Sanitario (di seguito A.S.), allo scopo di assicurare il corretto esercizio, il decoro, la dignità ed il prestigio della professione.
2. Le disposizioni del presente Codice Deontologico sono vincolanti per tutti gli A.S. iscritti all'Associazione Nazionale Assistenti Sanitari, siano essi dipendenti o libero professionisti; la loro inosservanza è sanzionata come da art. 9.

Articolo 2

Principi

1. L'A.S. è il professionista sanitario della prevenzione, della promozione e dell'educazione per la salute.
2. L'A.S. rispetta i diritti fondamentali dell'uomo e tutela e promuove la salute, intesa come stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e come fondamentale diritto della persona e interesse della collettività.
3. La professione di A.S. si fonda sul valore della promozione della salute come processo che mette in grado le persone e le comunità di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla.
4. L'A.S. nella pratica della promozione della salute e della sanità pubblica assume i seguenti valori etici e principi fondamentali:
 - a) portare beneficio: attenzione focalizzata sui miglioramenti della salute della popolazione non solo del singolo individuo (efficacia degli interventi nella realtà)
 - b) evitare il danno (attenzione a bilanciare benefici-danni nella popolazione generale perché un intervento che porta beneficio ad alcuni può recare danno ad altri)
 - c) equità nella salute (giustizia sociale e distributiva)
 - d) rispetto (stima di sé a livello individuale e rispetto per quanto gli altri fanno e per come lo fanno, a tutti i livelli dall'individuale alla comunità)
 - e) empowerment individuale e di comunità, ossia il processo dell'azione sociale attraverso il quale le persone, le organizzazioni e le comunità acquisiscono competenza sulle proprie vite, al fine di cambiare il proprio ambiente sociale e politico per migliorare l'equità e la qualità di vita
 - f) sostenibilità (nel tempo, attenzione alle risorse umane e ambientali, sviluppo sostenibile, programmazione politica)
 - g) responsabilità sociale condivisa per la salute
 - h) partecipazione (fare le cose con le persone, non alle persone o per le persone)
 - i) apertura/trasparenza (uso dei principi etici, documentazione, dialogo costruttivo)

- j) responsabilità rispetto ai risultati, all'uso delle risorse, alla conformità ai valori etici della promozione della salute.
5. L' A.S. si pone al servizio delle persone, delle famiglie, dei gruppi, delle comunità e delle molteplici aggregazioni sociali per contribuire alla diffusione di una cultura di prevenzione, allo sviluppo della promozione della salute ed al successo delle relative strategie.
6. L' A.S. riconosce la dimensione collettiva della salute, premessa etico-culturale su cui pensare, costruire e condurre l'intervento preventivo, educativo e di recupero sia a livello familiare che individuale.
7. L' A.S. si impegna a rimuovere ostacoli e pregiudizi sulla salute che possono limitare l'autonomia dell'individuo condizionandone la libertà di scelta.
8. L'A.S. si impegna a promuovere, progettare, programmare e realizzare interventi finalizzati a raggiungere gli obiettivi che l'OMS ha definito in rapporto ai problemi prioritari di salute, con un approccio teso a:
- a) far acquisire alle persone un significato positivo della salute, in modo tale da far l'uso migliore delle proprie capacità fisiche, mentali e sociali;
 - b) stimolare le persone e la comunità, adeguatamente informate e motivate, a partecipare in modo attivo alla definizione delle loro priorità in termini di azioni di salute;
 - c) attivare strategie e comportamenti atti a fronteggiare situazioni di nuove patologie emergenti di interesse comunitario che richiedono attività di ricerca e coinvolgimento della popolazione;
 - d) coinvolgere i molti settori della società che sono implicati nell'assicurare la salute e la protezione da rischi infettivi, ambientali, economici e psico-sociali;
 - e) avere un sistema sanitario orientato a soddisfare i bisogni di base della comunità attraverso servizi che siano ubicati il più vicino possibile al luogo di vita e di lavoro delle persone, che siano di facile accesso, che forniscano prestazioni valide sul piano della qualità, dell'appropriatezza e della sicurezza e coinvolgano la comunità nella gestione delle istituzioni socio-sanitarie complementari.
9. Per quanto riguarda gli aspetti associativi, il riferimento è rappresentato dallo Statuto dell'AsNAS, approvato il 26.01.2002, modificato il 23.02.2002 e il 1.12.2012.

Articolo 3

Esercizio dell'attività professionale

1. L'A.S. opera, per quanto di sua competenza, nell'ambito della prevenzione primaria, secondaria e terziaria, della promozione della salute, dell'educazione alla salute individuale, familiare, di gruppo, di collettività ed istituzionale, della ricerca epidemiologica e sanitario-sociale, della medicina sociale, dell'igiene, della sanità pubblica, dell'assistenza sanitaria e socio -sanitaria integrata.
2. L'A.S. svolge la propria attività rivolgendosi:
- a) alla persona, in tutte le fasi della vita ed in ogni stato di salute e condizione sociale, lavorativa e scolastica;
 - b) alla famiglia, in tutte le sue tipologie;
 - c) alla collettività, in ogni forma organizzata e non.
3. Il campo di attività e di responsabilità dell'A.S. è determinato dai contenuti:
- a) del D.M. 17 gennaio 1997 n.69 di individuazione della figura dell'assistente sanitario e del relativo profilo professionale
 - b) degli ordinamenti didattici del corso di laurea in Assistenza Sanitaria della Classe L/SNT/4 Classe delle lauree in Professioni sanitarie della prevenzione e del corso di laurea magistrale in Scienze delle professioni sanitarie della prevenzione nell'ambito professionale

dell'assistenza sanitaria LM/SNT/4 Classe delle lauree magistrali nelle Scienze delle professioni sanitarie della prevenzione

- c) dei corsi di perfezionamento, di alta formazione e master universitari
- d) di altri corsi di formazione post-base accreditati
- e) del presente codice deontologico
- f) di norme statali o atti della Conferenza Stato-Regioni inerenti l'attività dell'A.S. e/o dei laureati nella Classe L/SNT/4 Classe delle lauree in Professioni sanitarie della prevenzione (ad es. DLgs 9 aprile 2008 n. 81 art. 32 comma 5)

L'A.S. svolge altresì attività di:

- a) didattica;
- b) ricerca scientifica;
- c) direzione di servizi

4. L'A.S. svolge le proprie funzioni con autonomia professionale anche mediante l'uso delle seguenti tecniche e strumenti specifici:

- a) il colloquio/counseling, l'intervista e la consulenza;
- b) la raccolta dei dati anamnestici e di informazioni sulla salute e il benessere della popolazione e la partecipazione alla relativa comunicazione del rischio;
- c) le tecniche di gestione di banche dati, registri e schedari;
- d) la visita domiciliare;
- e) l'inchiesta epidemiologica;
- f) l'indagine-studio epidemiologico;
- g) tecniche di pianificazione dei bisogni di comunità;
- h) tecniche di gestione di progetti per la diagnosi precoce;
- i) l'educazione sanitaria individuale e di gruppo;
- j) il dispositivo gruppale;
- k) le tecniche didattiche e di formazione;
- l) le tecniche e gli strumenti per la tutela degli utenti;
- m) le tecniche di monitoraggio della salute;
- n) la vaccinazione;
- o) la sorveglianza sanitaria ed epidemiologica;
- p) le tecniche di profilassi diretta delle malattie infettive;
- q) le tecniche di monitoraggio biologico applicate alle malattie infettive, alla medicina del lavoro, legale, sociale, mentale e delle dipendenze;
- r) il controllo dell'assunzione farmaci e chemioprolissi;
- s) le prove cutanee;
- t) la relazione e il verbale;
- u) la vigilanza e il controllo, anche come incaricato U.P.G.;
- v) ogni altro atto o condotta comunque riconducibile agli obiettivi della prevenzione, educazione sanitaria e promozione della salute.

5. L'A.S. svolge la sua attività in strutture pubbliche o private, o in regime liberoprofessionale, con autonomia tecnico-professionale, fatte salve le competenze previste per la professione medica e per le altre professioni sanitarie.

Articolo 4

Responsabilità nei confronti della professione

1. L'A.S. contribuisce a contrastare ogni situazione che possa configurare l'esercizio abusivo della professione.
 2. L'A.S. iscritto all'Associazione Nazionale Assistenti Sanitari è tenuto a conoscere, rispettare, diffondere e impegnarsi per applicare e far applicare, dai colleghi coi quali collabora, il presente Codice Deontologico.
 3. L'A.S. iscritto all'Associazione Nazionale Assistenti Sanitari presta la massima collaborazione e disponibilità nei rapporti con l'AsNAS, partecipando alle riunioni e alle assemblee nazionali, regionali e provinciali, esercitando il diritto di voto attivo e passivo come previsto dallo Statuto e più in generale partecipando alla vita dell'Associazione e valorizzandone l'immagine.
 4. L'A.S. eletto negli organi statutari dell'AsNAS deve adempiere all'incarico con diligenza e imparzialità nell'esclusivo interesse della professione e della sua mission; deve osservare prudenza e riservatezza nell'espletamento dei propri compiti.
 5. L'A.S. è tenuto alla propria formazione continua al fine di garantire prestazioni adeguate, sicure e di qualità e che induca:
 - a) maturità ed equilibrio per affrontare le complesse problematiche connesse alla professione;
 - b) consapevolezza delle proprie dinamiche personali nella relazione con persone, famiglie, gruppi sociali, anche attraverso la supervisione;
 - c) un alto livello di competenza teorico-pratica;
 - d) impegno nella ricerca sul campo di intervento e nell'ambito didattico e scientifico;
 - e) promozione, sviluppo e divulgazione della propria esperienza.
- In caso di prestazione nuova o della quale non ha sufficiente esperienza l'A.S. procede solo dopo avere preventivamente ottenuto specifica formazione e/o supervisione e/o consulenza al fine di garantire la sicurezza e tutelare la salute della persona e della collettività.
6. Il conseguimento dei crediti formativi stabiliti dal programma di educazione continua in medicina (ECM) è requisito indispensabile per l'esercizio della professione di A.S.
L'A.S. socio dell'AsNAS è tenuto a collaborare e ad agevolare il controllo, da parte dell'AsNAS, della propria situazione relativa all'ECM.
L'A.S. socio dell'AsNAS, in caso di mancato conseguimento del numero di crediti formativi previsti nel triennio di riferimento dal programma ECM, salvo le riduzioni e/o esenzioni previste nelle determinazioni della Commissione nazionale per la formazione continua e/o dai contratti collettivi di lavoro, è sottoposto a sanzioni disciplinari come da art. 9.
 7. L'A.S. è tenuto ad una collaborazione leale e corretta con i colleghi e gli altri professionisti sanitari, sociali e scolastici, e promuove un sistema di rete integrato fra gli interventi per dare risposte adeguate e realizzare una buona comunicazione interpersonale, anche in riguardo al "raccordo interprofessionale" di cui all'art.1, comma 3, lett. o) del DM 17.01.1997 n. 69.
 8. L'A.S. è tenuto a fornire ai colleghi con cui collabora informazioni sulle specifiche competenze e sulla metodologia applicata e chiede il rispetto delle norme etiche e deontologiche sottese alla professione.
 9. L'A.S. si impegna a svolgere la propria professione secondo principi e metodi scientificamente corretti e validati; ove sia necessario individuare nuove procedure di intervento si dovrà attenere alle regole della deontologia proprie della ricerca scientifica.

Articolo 5

Responsabilità nei confronti della persona

1. L'A.S. esplica la sua competenza professionale per promuovere l'autodeterminazione, l'autonomia e le potenzialità della persona creando le condizioni per farla partecipare in modo consapevole alle fasi dell'intervento professionale.
2. Nello svolgimento dell'attività professionale l'A.S. agisce con prudenza evitando di arrecare danni alla persona.
3. L'A.S. fornisce alla persona ampia informazione sui diritti, vantaggi e svantaggi, impegni, risorse, programmi e strumenti professionali e ne riceve esplicito consenso direttamente dalla persona interessata o da chi la rappresenta legalmente.
4. Le prestazioni professionali a persone minorenni o interdette sono subordinate al consenso di chi esercita la potestà genitoriale o di tutela. Sono fatti salvi i casi in cui le prestazioni professionali avvengano su ordine dell'Autorità legalmente competente o in strutture legislativamente preposte.
5. L'A.S. rispetta rigorosamente opinioni, valori, modi di essere della persona anche se non condivisi e svolge l'intervento professionale nel pieno rispetto della persona e della sua privacy.

Articolo 6

Segreto professionale e riservatezza

1. L'A.S. è tenuto al segreto professionale e lo esige da coloro con i quali collabora e che possono avere accesso, di fatto e di diritto, alle informazioni private e riservate.
2. La rivelazione del segreto professionale è consentita solo per gli obblighi di legge.
3. L'A.S. nella raccolta dei dati e nella collaborazione alla costituzione e gestione di banche dati deve garantire il diritto delle persone alla riservatezza, nel rispetto delle norme di legge.
4. L'A.S. nel rapporto con enti, colleghi ed altri professionisti fornisce solo i dati e le informazioni attinenti e strettamente indispensabili alla definizione dell'intervento.

Articolo 7

Responsabilità nei confronti della collettività

1. L'A.S. deve impegnare la propria competenza professionale al servizio della collettività e deve contribuire allo sviluppo di politiche sanitarie e sociali a favore della salute.
2. L'A.S. deve predisporre ricerche e progetti orientati al benessere della collettività agendo in modo da ampliare le opportunità di tutte le persone e con particolare attenzione alle persone in situazioni di svantaggio personale o sociale.
3. L'A.S. deve rendersi interprete dei bisogni di salute, individuali e di gruppo dei cittadini, creando consapevolezza e favorendo il processo di crescita e sviluppo della collettività.
4. In caso di calamità, catastrofi, gravi emergenze o epidemie, l'A.S. si mette a disposizione dell'organizzazione di appartenenza o dell'autorità competente.

Articolo 8

Responsabilità nei confronti dell'organizzazione di appartenenza

1. L'A.S. deve contribuire alla vita dell'organizzazione di appartenenza con un rapporto leale verso la stessa usando i canali appropriati e collaborando alle azioni di sviluppo previste dai piani e atti aziendali.
2. L'A.S. chiede il rispetto del suo profilo professionale e della sua autonomia professionale, valorizzando l'immagine della professione sia all'interno che all'esterno dell'organizzazione di appartenenza.
3. L'A.S. deve tendere a sviluppare l'attività professionale a livelli funzionali diversi per consentire la massima efficacia dell'intervento e l'esplicazione massima possibile delle potenzialità della figura

anche a livelli dirigenziali, nel mondo delle aziende e delle università, e più in generale negli ambiti di pertinenza, e deve avanzare opportunità di aggiornamento e formazione.

4. L'A.S. deve tendere alla armonizzazione massima possibile degli aspetti professionali, ordinistici e sindacali, realizzando raccordi con i relativi organismi rappresentativi, per la migliore tutela degli AA.SS. in attività di lavoro, e per la promozione di iniziative di aggiornamento e formazione.

Articolo 9 **Sanzioni disciplinari**

1. L'inosservanza delle disposizioni del presente Codice Deontologico e/o qualunque azione od abuso od omissione comunque disdicevole al decoro, alla dignità o al prestigio o al corretto esercizio della professione, comporta l'avvio del procedimento disciplinare di cui all'art. 4 dello Statuto, al termine del quale possono essere applicate sanzioni disciplinari graduate e proporzionate in relazione alla gravità delle violazioni poste in essere. L'organo autonomo preposto all'adozione dei provvedimenti disciplinari è il Collegio dei Probiviri.

2. Il procedimento disciplinare è promosso d'ufficio nonché a seguito di denuncia o segnalazioni provenienti dall'autorità giudiziaria o di denuncia o di segnalazioni sottoscritte provenienti da enti o da privati. Non si dà seguito a denunce o segnalazioni anonime.

3. Le sanzioni disciplinari sono:

- a) l'avvertimento
- b) la censura
- c) la sospensione
- d) la cessazione

a) L'avvertimento consiste in un richiamo scritto comunicato personalmente all'interessato per l'infrazione commessa con esortazione a non reiterarla. L'avvertimento si infligge per le trasgressioni più lievi di quelle sanzionabili con la censura, che non hanno comportato riflessi negativi sul decoro e sulla dignità della professione;

b) La censura è una dichiarazione di biasimo resa pubblica per l'infrazione commessa. E' inflitta nei casi di abusi o di mancanze che siano lesivi del decoro e della dignità della professione. La censura è sempre applicata dopo tre provvedimenti di avvertimento nell'arco di cinque anni;

c) La sospensione è l'interruzione temporanea della qualità di socio da uno a sei mesi a seconda della gravità dell'infrazione. La sospensione comporta, oltre alla decadenza da eventuali cariche associative, l'ineleggibilità a cariche associative per due anni dal termine della sospensione. E' inflitta per infrazioni che possano arrecare grave nocumento a persone, altri colleghi e/o enti, oppure generare una estesa risonanza negativa per il decoro e la dignità della professione a causa della maggiore pubblicità del fatto. Nei casi di maggiore gravità, la sanzione della sospensione può essere motivatamente inflitta in via cautelare provvisoria al momento dell'apertura del procedimento disciplinare. La sospensione è sempre applicata dopo tre provvedimenti di censura nell'arco di cinque anni;

d) La cessazione è la cancellazione permanente della qualità di socio per l'A.S. che con la sua condotta abbia compromesso gravemente la sua reputazione e/o il decoro, il prestigio, la dignità della professione in modo tale da rendere incompatibile la sua permanenza nell'Associazione. La cessazione è sempre applicata se, nell'arco di cinque anni, dopo due sospensioni l'A.S. viene condannato ad una terza. L'A.S. cessato dall'Associazione può essere iscritto alla stessa purché siano trascorsi cinque anni dal provvedimento di cessazione e risulti che la persona abbia tenuto, dopo la cessazione, irreprensibile condotta.

4. Il tipo e l'entità di ciascuna sanzione sono determinati in relazione ai seguenti criteri:

- a) intenzionalità del comportamento;
- b) grado di negligenza, imprudenza, imperizia, tenuto conto della prevedibilità dell'evento;
- c) responsabilità connessa alla posizione di lavoro;
- d) grado di danno o di pericolo causato;
- e) presenza di circostanze aggravanti o attenuanti;
- f) concorso fra più professioni e/o operatori in accordo tra loro;
- g) recidiva e/o reiterazione;
- h) collaborazione e disponibilità nel procedimento disciplinare.

5. Le sanzioni disciplinari della censura, della sospensione e della cessazione non sono deontologicamente compatibili con l'assunzione e/o il mantenimento delle cariche di Consigliere nazionale, regionale o provinciale o di Revisore dei Conti nazionale, regionale o provinciale. L'incompatibilità è riferita alla durata del mandato elettivo o comunque alla durata della sospensione e/o della cessazione se superiore.

Disposizioni finali

L'Associazione è tenuta a consegnare e/o inviare ai nuovi Soci il Codice deontologico ed a promuovere comunque una adeguata pubblicità anche tramite periodiche occasioni di aggiornamento e di approfondimento sui suoi contenuti e sulla sua applicazione.

❖ *Scheda di segnalazione dei casi di TuNS per i Servizi di Anatomia Patologica*

ReNaTuNS - Sorveglianza epidemiologica dei tumori naso-sinusal
Manuale operativo

**APPENDICE 1
SCHEDA DI SEGNALAZIONE PER I REPARTI DI ANATOMIA PATOLOGICA**

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ___/___/_____

Residenza _____

Reparto di provenienza _____

Medico di riferimento _____ Tel. _____

Diagnosi _____ Anno diagnosi _____

Livello di diagnosi: certa probabile

Basata su: 1) citologia Sì No

2) istologia Sì No

3) autopsia Sì No

Tipo istologico (barrare con una x il campo di interesse)

Morfologia	Codice ICD-O
I Gruppo - Carcinomi a cellule squamose e varianti	
<input type="checkbox"/> Carcinoma a cellule squamose cheratinizzante	8071/3
<input type="checkbox"/> Carcinoma a cellule squamose non-cheratinizzante	8072/3
<input type="checkbox"/> Carcinoma a cellule squamose NAS	8070/3
<input type="checkbox"/> Carcinoma verrucoso	8051/3
<input type="checkbox"/> Carcinoma a cellule squamose basaloide	8083/3
<input type="checkbox"/> Carcinoma a cellule squamose papillare	8052/3
<input type="checkbox"/> Carcinoma squamoso a cellule fusate	8074/3
<input type="checkbox"/> Carcinoma a cellule squamose acantolitico	8075/3
<input type="checkbox"/> Carcinoma adenosquamoso	8560/3

<input type="checkbox"/> Carcinoma linfoepiteliale	8082/3
<input type="checkbox"/> Carcinoma NUT	8023/3
II Gruppo - Adenocarcinomi	
<input type="checkbox"/> Adenocarcinoma di tipo intestinale	8144/3
<input type="checkbox"/> Adenocarcinoma di tipo non-intestinale o NAS	8140/3
<i>Tumori di tipo salivare</i>	
<input type="checkbox"/> Carcinoma adenoideo cistico	8200/3
<input type="checkbox"/> Carcinoma a cellule acinose	8550/3
<input type="checkbox"/> Carcinoma mucoepidermoide	8430/3
<input type="checkbox"/> Carcinoma mioepiteliale	8982/3
<input type="checkbox"/> Adenocarcinoma polimorfo a basso grado	8525/3
<input type="checkbox"/> Carcinoma epiteliale-mioepiteliale	8562/3
<input type="checkbox"/> Carcinoma a cellule chiare, NAS	8310/3
<input type="checkbox"/> Carcinoma ex adenoma pleomorfo	8941/3
<input type="checkbox"/> Carcinoma secretorio	8502/3
<input type="checkbox"/> Carcinoma dei dotti salivari	8500/3
III Gruppo - Carcinomi Neuroendocrini	
<input type="checkbox"/> Carcinoma neuroendocrino ben differenziato (carcinoide tipico)	8240/3
<input type="checkbox"/> Carcinoma neuroendocrino moderatamente differenziato (carcinoide atipico)	8249/3
<input type="checkbox"/> Carcinoma neuroendocrino poco differenziato a piccole cellule	8041/3
<input type="checkbox"/> Carcinoma neuroendocrino poco differenziato a grandi cellule	8013/3
<input type="checkbox"/> Carcinoma neuroendocrino combinato	8045/3
<input type="checkbox"/> Carcinoma neuroendocrino, NAS	8246/3
IV Gruppo - Altre Neoplasie Epiteliali	
<input type="checkbox"/> Carcinoma, NAS	8010/3
<input type="checkbox"/> Carcinoma indifferenziato naso-sinusale	8020/3
<input type="checkbox"/> Teratocarcinosarcoma	9081/3
Tumore maligno	8000/3

Note _____

Medico segnalante _____ Tel. _____

Ente di appartenenza o Timbro _____

Data ___/___/___

Firma _____

Fax _____ email _____

❖ Scheda di segnalazione dei casi di TuNS per i Reparti diversi da Anatomia Patologica

ReNaTuNS - Sorveglianza epidemiologica dei tumori naso-sinusal
Manuale operativo

**APPENDICE 2
SCHEDA DI SEGNALAZIONE PER I REPARTI DIVERSI DA ANATOMIA
PATOLOGICA**

Cognome _____ Nome _____
 Data di nascita ___/___/____ Comune di nascita _____
 Residenza _____ Tel. _____
 (via, numero civico, comune, provincia)

Paziente ricoverato presso UO _____
 N. cartella _____ Data ricovero ___/___/____
 Data dimissione ___/___/____

Ente di appartenenza _____
 Medico curante _____ Tel. _____
 Diagnosi (specificare e allegare anche copia del referto e/o altra documentazione) _____

Sede Cavità nasali Seno mascellare Seno etmoidale
 Seno frontale Seno sferoidale Altro _____

In base a:
 Istologia del _____ n° _____ Data ___/___/____
 RX del _____ n° _____ Data ___/___/____
 TC del _____ n° _____ Data ___/___/____
 RNM del _____ n° _____ Data ___/___/____
 Autopsia del _____ n° _____ Data ___/___/____
 Altro (specificare) _____ n° _____ Data ___/___/____

103

Note _____

Medico segnalante _____ Tel. _____

Data ___/___/___

Firma _____

Fax _____ email _____

❖ Modello richiesta di copia di scheda di morte ISTAT

	Servizio Sanitario Nazionale Regione Marche Azienda Sanitaria Territoriale di Macerata	UOC PSAL Epidemiologia Occupazionale direttore dott. Roberto Calisti 62012 Civitanova Marche – via Ginocchi 1/A tel 0733 823834 - 823819 – 823846 – 823838 pec: ast.macerata@emarche.it
---	---	---

Prot / Id

INVIATA UNICAMENTE VIA PEC

Al Servizio Igiene e Sanità Pubblica - SISP
AST XXXX - Marche
via
CITTA'

PEC:

Oggetto: **MARCHE COR ReNaTuNS - richiesta di copia di scheda di morte ISTAT**

Per i fini istituzionali* del Registro Nazionale dei Tumori Naso-Sinusali (ReNaTuNS), per il quale lo scrivente Servizio è COR (Centro Operativo Regionale) delle Marche, si chiede di ricevere copia della scheda di morte ISTAT relativa alla persona di seguito generalizzata.

COGNOME	NOME	DATA NASCITA	LUOGO NASCITA	ULTIMA RESIDENZA	DATA DECESSO	LUOGO DECESSO

La documentazione può essere inviata via PEC (indirizzo in intestazione), oppure in forma cartacea per posta (indirizzo in intestazione), oppure via email a uno dei seguenti indirizzi:

AAAA

BBBB

**PER RISPOSTE VIA PEC O PER POSTA CARTACEA SI PREGA DI SPECIFICARE IN
OGGETTO / INDIRIZZO:**

**“ALL’ATTENZIONE DEL DR. ROBERTO CALISTI – DIRETTORE UOC SPRESAL EPI OCC
PRESSO IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE SEDE DI CIVITANOVA MARCHE”**

Ringrazio in anticipo per la collaborazione, cordialmente

dott. Roberto CALISTI
direttore SPreSAL Epi Occ AST MACERATA - Marche
responsabile COR Marche ReNaTuNS
cell. 340 7162341

* art. 244 DLgs 81/2008 e delibera di Giunta della Regione Marche n. 2229 del 28.12.2009

Regione Marche - Azienda Sanitaria Territoriale di Macerata
Sede legale: Via Annibaldi, 31/L - 62100 Piediripa di Macerata - Tel. 073325721
pec: ast.macerata@emarche.it C.F. e P.IVA 02095680431

❖ **Modello richiesta di copia di referti istologici**

	<p>Servizio Sanitario Nazionale Regione Marche</p> <p>Azienda Sanitaria Territoriale di Macerata</p>	<p>UOC PSAL Epidemiologia Occupazionale direttore dott. Roberto Calisti</p> <p>62012 Civitanova Marche – via Ginocchi 1/A tel 0733 823834 - 823819 – 823846 – 823838</p> <p>pec: ast.macerata@emarche.it</p>
---	---	--

Prot / Id

INVIATA UNICAMENTE VIA E-MAIL / VIA PEC

Dott.
Direttore
UOC Anatomia e Istologia Patologica
Presidio Ospedaliero
Via – città
e-mail / Pec

Oggetto: **MARCHE COR ReNaTuNS – richiesta di copia di referti istologici**

Per i fini istituzionali * del Registro Nazionale dei Tumori Naso-Sinusali (ReNaTuNS), per il quale lo scrivente Servizio è COR (Centro Operativo Regionale) delle Marche, si chiede di ricevere copia dei referti di esami istologici presenti nei Vostri archivi, relativi alla persona di seguito generalizzata.

COGNOME	NOME	DATA NASCITA	LUOGO NASCITA	INTERVENTO / BIOPSIA	REFERTI RICHIESTI / DETTAGLI
				GG/MM/AAAA: BIOPSIA NEOFORMAZIONE PERIOORBITALE DESTRA PRESSO OSPEDALE DI XX. DIAGNOSI DI "...TUMORI MALIGNI DEL SENO ETMOIDALE".	DATI DA LETTERA DI DIMISSIONE DEL GG/MM/AAAA – ISTITUTO DI CURA XX - DA SDO 2023. SI CHIEDE DI RICEVERE COPIA DEL REFERTO/ DA BIOPSIA E DEGLI ALTRI EVENTUALMENTE PRESENTI NEGLI ARCHIVI, ANCHE ANTECEDENTI E SUCCESSIVI AL 2023, ATTINENTI ALLA DIAGNOSI.

La documentazione può essere inviata via PEC (indirizzo in intestazione), oppure in forma cartacea per posta (indirizzo in intestazione), oppure via email ad uno dei seguenti indirizzi:

AAAA

BBBB

PER RISPOSTE VIA PEC, PER POSTA CARTACEA O VIA FAX SI PREGA DI SPECIFICARE IN OGGETTO / INDIRIZZO:

“ALL’ATTENZIONE DEL DR. ROBERTO CALISTI – DIRETTORE UOC SPRESAL EPI OCC PRESSO IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE SEDE DI CIVITANOVA MARCHE”

Ringrazio in anticipo per la collaborazione, cordialmente

dott. Roberto CALISTI
direttore SPreSAL Epi Occ AST MACERATA - Marche
responsabile COR Marche ReNaTuNS
tel. 0733 823834

* art. 244 DLgs 81/2008 e delibera di Giunta della Regione Marche n. 2229 del 28.12.2009

❖ **Modello richiesta di copia di documentazione da cartella clinica**

	Servizio Sanitario Nazionale Regione Marche Azienda Sanitaria Territoriale di Macerata	UOC PSAL Epidemiologia Occupazionale direttore dott. Roberto Calisti 62012 Civitanova Marche – via Ginocchi 1/A tel 0733 823834 - 823819 – 823846 – 823838 pec: ast.macerata@emarche.it
---	---	---

Prot / Id

INVIATA UNICAMENTE VIA PEC

Alla Direzione Sanitaria
Azienda Ospedaliero – Universitaria di XX
Via - Città

PEC:

Oggetto: **MARCHE COR ReNaTuNS – richiesta di copia di documentazione da cartella clinica**

Per i fini istituzionali * del Registro Nazionale dei Tumori Naso-Sinusali (ReNaTuNS), per il quale lo scrivente Servizio è COR (Centro Operativo Regionale) delle Marche, **si chiede di ricevere copia della documentazione utile alla definizione della diagnosi (in particolare: referti di esami istologici, TAC, RMN, PET, dati anamnestici, relazioni mediche da visite specialistiche e consulenze, lettere di dimissione)**, presente nella cartella clinica relativa alla persona di seguito generalizzata.

**COGNOME nome, nato/a il GG/MM/AAAA a Comune ,
residente a in via, n.**

Per il/la paziente risulta un ricovero presso la Vostra Struttura – Reparto, nel periodo dal GG/MM/AAAA al GG/MM/AAAA (dati da SDO 2023).

La documentazione può essere inviata via PEC (indirizzo in intestazione), oppure in forma cartacea per posta (indirizzo in intestazione), oppure via email a uno dei seguenti indirizzi:

AAAA

BBBB

**PER RISPOSTE VIA PEC O PER POSTA CARTACEA SI PREGA DI SPECIFICARE
IN OGGETTO / INDIRIZZO:**

**“ALL’ATTENZIONE DEL DR. ROBERTO CALISTI – DIRETTORE UOC SPRESAL EPI OCC
PRESSO IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE SEDE DI CIVITANOVA MARCHE”**

Ringrazio in anticipo per la collaborazione, cordialmente

dott. Roberto CALISTI
direttore SPreSAL Epi Occ AST MACERATA - Marche
responsabile COR Marche ReNaTuNS
tel. 0733 823834

* art. 244 DLgs 81/2008 e delibera di Giunta della Regione Marche n. 2229 del 28.12.2009

Ringraziamenti

Ringrazio...

Prof. Barbadoro Pamela, per essere stata la nostra miglior presidente del corso di laurea, la nostra docente, e per essere stata sempre fiduciosa nei confronti degli Assistenti Sanitari;

Dott.ssa. Fraboni Stefania, per essere stata il nostro primo direttore ADP e per averci dato le prime indicazioni e consigli nella partenza di questo corso di laurea;

Dott.ssa D'Ignazi Roberta, per aver portato le sue novità come direttore ADP ed aver condiviso le conoscenze e soprattutto nell'aver avuto sempre fiducia in me;

L'assistente sanitaria dr.ssa Massacesi Stefania, per la sua pazienza, l'empatia e la gentilezza che ha dimostrato nei miei confronti aiutandomi a superare gli ostacoli e per essere diventata il mio "*problem solving*";

Dott.ssa Napolitano Daniela, per il suo sostegno durante lo svolgimento della tesi;

tutti i professori che hanno contribuito nella mia formazione;

i miei compagni di corso per avermi affiancata in tutti questi tre anni supportandomi e standomi vicini alle mie difficoltà linguistiche;

A tutte quelle persone meravigliose che hanno dato anche quel piccolo contributo nel rendere questo percorso fattibile;

Uno speciale ringraziamento...

alla piccola Amaranta, per essere stata così brava, per aver avuto tutta la pazienza di accettare la mancanza della mamma e per avendomi permesso di seguire tutto il percorso teorico e pratico universitario.