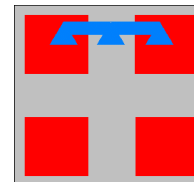




A.S.L. CN1
*Azienda Sanitaria Locale
di Cuneo, Mondovì e Savigliano*



REGIONE PIEMONTE

SERVIZIO PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO

**COR TUNS 2015: esperienze a confronto
Grugliasco, 17/04/2015**

**ASSISTENTE SANITARIO
DR. VILMA GIACHELLI SPRESAL A.S.L. CN2**





RICERCA DEI FATTORI CAUSALI DI ORIGINE PROFESSIONALE

➡ **1985** il nostro S.Pre.S.A.L. ha iniziato a monitorare i casi di tumori naso-sinusali di origine professionale insorti in lavoratori del territorio dell'A.S.L. CN2 con l'obiettivo di individuare le eventuali situazioni a rischio.

➡ **1999** il Servizio ha altresì iniziato la collaborazione con il COR-TuNS dell'ASL CN1 nell'ambito della somministrazione del Questionario-studio su ambiente e salute (questionario opportunamente predisposto dallo stesso Osservatorio) ai soggetti afferenti al territorio di competenza dell' A.S.L. CN2.

RECLUTAMENTO DEI CASI

Le segnalazioni che pervengono al nostro Servizio, riguardano soggetti residenti o che hanno lavorato nel territorio di competenza dell'ASL CN2 e consistono principalmente nelle segnalazioni del **COR – TuNS** o nei **certificati di malattia**

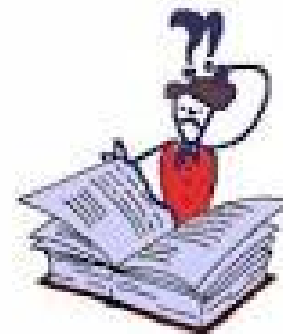
Il COR – TuNS raccoglie tutti i casi di malattia, anche quelli extraprofessionali, per cui possiamo ritenere che siano giunti alla nostra osservazione tutti i casi di nostra competenza.





A.S.L. CN1
*Azienda Sanitaria Locale
di Cuneo, Mondovì e Savigliano*

dal 1985 al 2014



Sono giunti al nostro Servizio **15 casi** di tumore naso sinusale.

Tutti i soggetti, tranne uno, erano residenti nell'A.S.L. CN2.

In 10 casi si è rilevata un'alta correlazione con l'attività lavorativa svolta

7 esposizioni a polveri di legno

3 a polveri di cuoio



Per quanto attiene alle esposizioni a polvere di legno, **in 7 casi sono avvenute in attività di falegnameria**, con tempi di esposizione variabili tra i 16 e i 46 anni, mentre in un solo caso l'esposizione è stata di 3 anni. **Un caso ha riguardato un palchettista** che è stato esposto per 33 anni.



I **3 casi** di esposizione a **polveri di cuoio** riguardano dei calzolai, con tempi di esposizione variabili tra gli 11 e i 36 anni.

In **2** casi l'esposizione a **polveri di cuoio** è avvenuta sia in aziende sul territorio dell'ASL CN2 che al di fuori.



In 3 casi vi è stata un'esposizione a **cancerogeni sospetti** (idrocarburi policiclici aromatici -I.P.A.; fumi di saldatura; polvere di silice).

In 1 caso non è stata riscontrata un'esposizione professionale ragionevolmente attribuibile

1 caso ha riguardato una **casalinga**.





A.S.L. CN1
*Azienda Sanitaria Locale
di Cuneo, Mondovì e Savigliano*



FUMATORI 11

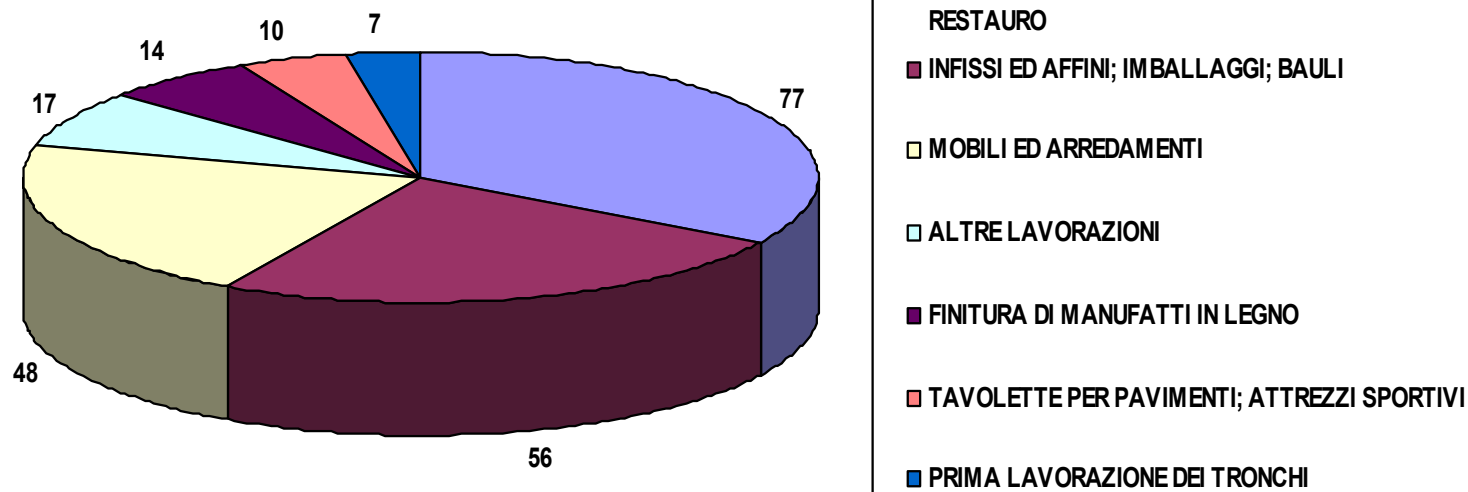
NON FUMATORI 3

DATO NON DISPONIBILE 1 (POLVERI DI LEGNO)

RICAPITOLANDO

**NESSO CAUSALE TRA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE E TuNS
nel territorio dell'ASL CN2**

EVIDENZA SUFFICIENTE		EVIDENZA LIMITATA		ASSENTE
Esposizione nel territorio dell'A.S.L. CN2	Esposizione fuori A.S.L. CN2	Esposizione nel territorio dell'A.S.L. CN2	Esposizione fuori A.S.L. CN2	
8	2	2	1	2



Dati tratti da sito Inail - flussi informativi - comparto legno
 n° aziende del comparto (dati 2013) 229
 n° addetti del comparto (dati 2012) 709



CONCLUSIONI



Nel corso dei circa trent'anni di attività dell' Osservatorio dei TuNS dell'ASL CN2 è stato possibile osservare che l'incidenza dei tumori dei seni nasali e paranasali nel nostro territorio risulta particolarmente bassa, essendosi verificato circa 1/3 dei casi attesi, sulla base dei dati di letteratura.

Per quanto attiene, invece, al nesso di causa tra l'esposizione lavorativa e la malattia, i nostri risultati confermano quanto descritto in letteratura per quanto riguarda le categorie professionali maggiormente colpite da tale patologia: i falegnami e i calzalai.

OSSERVATORIO REGIONALE PERMANENTE PER LA RICERCA ATTIVA DELLE PATOLOGIE NASO-SINUSALI
QUESTIONARIO – STUDIO SU AMBIENTE E SALUTE

Il presente questionario ha la finalità di evidenziare la presenza di una eventuale correlazione tra patologia delle cavità nasali e pregresse attività lavorative svolte dal paziente.

NOME E COGNOME

SESSO

F ☐

M ☐

LUOGO DI NASCITA

DATA DI NASCITA |__|__|__|

INDIRIZZO

(via) (numero) (città) (cap)

NUM. TELEFONO

TITOLO DI STUDIO

ETA' CONSEGUIMENTO |__|

STATO CIVILE

CF

(Solo per le donne) OCCUPAZIONE PRINCIPALE DEL CONIUGE

ULTIMA OCCUPAZIONE DEL CONIUGE

NOTE

SEZIONE A: TABACCO E FUMO

(Una persona è fumatore/fumatrice se fuma regolarmente almeno una sigaretta al giorno oppure una pipa o un sigaro alla settimana, per almeno un anno o per periodi più brevi ma che, sommati, risultino un anno)

HA MAI FUMATO, O USATO TABACCO DA FIUTO?

/// NO

ANDARE ALLA SEZIONE SUCCESSIVA

/// SI

COMPILARE IL SEGUENTE PROSPETTO:

Tipo di tabacco

Età di inizio

Quantità giornaliera!

Marca di sigarette/sigari/tabacco

Filtro Uso attuale?

Se no, età di cessazione Sigarette

SEZIONE C: FREQUENZA DI SCUOLE TECNICHE

(Sono qui compresi gli Istituti Tecnici che implicano la frequenza di laboratori con attività pratiche, quali quelli per periti industriali, le analoghe scuole professionali e di formazione professionale, nonché i corsi e tirocini per attività manuali)

HA MAI FREQUENTATO SCUOLE TECNICHE?

/// NO

ANDARE ALLA SEZIONE SUCCESSIVA

/// SI

COMPILARE IL SEGUENTE PROSPETTO

Denominazione della scuola

Tipo di attività pratiche o di laboratorio

Età (o anno) di inizio

Età (o anno) di termine

Per ogni periodo lavorativo (almeno 6 mesi continuativi nello stessa occupazione in un'azienda) probabilità e intensità di esposizione attribuite sulla base delle seguenti informazioni:

- tipo di produzione dell'azienda
- dimensioni dell'azienda
- mansione dell'intervistato
- descrizione, frequenza e durata dei compiti svolti nella mansione
- dimensioni dell'ambiente di lavoro
- descrizione dei macchinari presenti nell'ambiente di lavoro
- sostanze chimiche utilizzate dall'intervistato
- proporzione del tempo di lavoro trascorso all'aperto
- presenza di fumi, polveri, gas e vapori nell'ambiente di lavoro
- uso di mezzi di protezione individuali
- presenza ed efficienza dei sistemi di ventilazione e di aspirazione localizzata nell'ambiente di lavoro
- numero di persone che lavoravano in prossimità dell'intervistato
- descrizione delle attività svolte dalle persone che lavoravano in prossimità dell'intervistato
- sostanze chimiche utilizzate dalle persone che lavoravano in prossimità dell'intervistato

SEZIONE D: LISTA DELLE OCCUPAZIONI

(Includere anche i periodi di disoccupazione, il servizio militare, l'attività di "casalinga")

N. progressivo

Anno di inizio

Anno di fine

Descrizione del lavoro

Nome e indirizzo della fabbrica

Descrizione della sua attività

LAVORAZIONI DEL LEGNO (FALEGNAMERIA, SEGHERIA, MOBILIFICI E SIMILI)

Periodo della storia lavorativa cui si riferisce la scheda:

Numero di riga	Periodo	Azienda
	Dal (anno) _____ al (anno) _____	

Descrizione del reparto dove ha lavorato:

In segheria

In produzione di pannelli truciolare

In produzione di pannelli di compensato

In produzione di mobili, infissi

Palchettista

Produzione barche in legno

Produzione imballaggi

Altro,

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

(specificare)_____

Denominazione	Addetti	Lung x larg x alt	Descrizione della lavorazione
		<div>_____ x _____ x _____</div>	<div>_____</div> <div>_____</div> <div>_____</div>

Postazione	N. in reparto	Usata personalmente	Periodo	Ore/settim.	Interno/esterno	Aspirazione localizzata	Di cui con aspirazione localizzata efficiente
Carteggiatura manuale		[Sì] [No]				[Sì] [No]	[Sì] [No]
Carteggiatura a macchina		[Sì] [No]				[Sì] [No]	[Sì] [No]
Levigatura		[Sì] [No]				[Sì] [No]	[Sì] [No]
Altre macchine:sega a nastro, sega circolare, troncatrice, pialla a filo, pialla a spessore, fresatrice (dette sagomatici o toupies), trapani, combinate		[Sì] [No]				[Sì] [No]	[Sì] [No]
Altre		[Sì] [No]				[Sì] [No]	[Sì] [No]
		[Sì] [No]				[Sì] [No]	[Sì] [No]

Esegua trattamenti antimuffa?	Modalità	Sostanze	Frequenza
[Sì] [No] [Non so]	<input type="checkbox"/> a immersione <input type="checkbox"/> in autoclave <input type="checkbox"/> a pennello	<input type="checkbox"/> arsenico <input type="checkbox"/> mercurio <input type="checkbox"/> clorofenoli	_____ ore/giorno _____ giorni/anno

Esegua pulizie?	In che modo effettuava le pulizie?
[Sì] [No] [Non so]	_____ _____ _____ _____ _____ _____

Dispositivi di protezione individuale:

Usava mezzi di protezione personali (mascherina)?	Tipo di mascherina	Attività durante la quale era indossata	Numero di ore durante cui era indossata
[Sì] [No] [Non so]	[] di carta [] di plastica con filtri		

Eseguiva operazioni di		
Verniciatura?	[Sì] [No] [Non so]	Se sì => compilare la scheda per la verniciatura/incollaggio
Incollaggio?	[Sì] [No] [Non so]	
Sverniciatura?	[Sì] [No] [Non so]	



SCALA POLVEROSITA'

- 0 NON VISIBILE**
- 1 VISIBILE CONTRO LUCE**
- 2 VISIBILE SULLE SUPERFICI**
- 3 VISIBILE SULLA PERSONA**
- 4 SCARSA VISIBILITA' (NUVOLE DI POLVERE)**

SCHEDA PER LA VERNICIATURA/INCOLLAGGIO

1) Le vernici oppure gli impregnanti o le colle venivano applicati:

a spruzzo [], con pennello [], o con rullo []?

2) Era solito lavorare in un ambiente:

chiuso [] o all'aperto []?

3) In prossimità della zona della verniciatura, era presente una cappa

di aspirazione dei vapori?

Si [] No []

4) Saprebbe descriverne il tipo?

- ❖ a braccio snodato []
- ❖ banco aspirante []
- ❖ cabina di verniciatura []

Durante l'uso delle vernici indossava mascherine a copertura del naso e della bocca? Si[] No []

6) Se sì, dopo averle utilizzate, dove le riponeva?

- all'interno dello stesso locale Si[] No []**
- in un locale diverso Si [] No []**
- in un armadio Si[] No [])**

7) Ogni quanto tempo venivano sostituite?

.....
8) Saprebbe descriverne le caratteristiche?

Si[] No []

9) Se sì, erano:

- bianche con piccoli elastici []**
- bianche con un piccolo filtro nella parte anteriore []**
- erano vere e proprie maschere che coprivano anche gli occhi []**
- altro.....**

GENERALE scheda mansione, periodo lavorativo n. _____ nella lista delle occupazioni

Azienda in cui ha lavorato

**Descrizione azienda e
reparto:**

**Descrizione operazioni
svolte:**

**Sostanze usate e modalità
d'uso:**

**Descrizione operazioni svolte da
altri:**

**Sostanze usate da altri nello stesso
reparto:**

**Frequenza delle operazioni
descritte:**



A.S.L. CN1
*Azienda Sanitaria Locale
di Cuneo, Mondovì e Savigliano*

**Mezzi di protezione
usati:** _____

**Presenza di fumi, polveri,
vapori:** _____

**Causa di fumi, polveri,
vapori:** _____

**Imbrattamento mani, capelli,
abiti:** _____

**Effettuazione di
pulizie:** _____

SEZIONE E: LISTA DELLE ATTIVITA': occupazione e tempo libero

B. Anamnesi rino-sinusale

B.1 Ha sofferto di sinusite?

☐ SÌ ☐ NO ☐ NON SO

Come è stata effettuata la diagnosi? ☐ visita specialistica ☐ esame radiologico ☐ NON SO

Anno della diagnosi

È stato ricoverato per sinusite? ☐ SÌ ☐ NO ☐ NON SO

È stato effettuato trattamento chirurgico? ☐ SÌ ☐ NO ☐ NON SO

B.2 Ha sofferto di polipi nasali?

☐ SÌ ☐ NO ☐ NON SO

Come è stata effettuata la diagnosi? ☐ visita specialistica ☐ NON SO

Anno della diagnosi

È stato effettuato trattamento chirurgico? ☐ SÌ ☐ NO ☐ NON SO

I polipi sono recidivati? ☐ SÌ ☐ NO ☐ NON SO

È stato operato di nuovo? ☐ SÌ ☐ NO ☐ NON SO

Quante volte?

B.3 Ha sofferto di ipertrofia dei turbinati?

☐ SÌ ☐ NO ☐ NON SO

Anno della diagnosi

Ha effettuato trattamento chirurgico (turbinectomia)? ☐ SÌ ☐ NO ☐ NON SO

B.4 Ha sofferto di rinite allergica?

☐ SÌ ☐ NO ☐ NON SO

Anno della diagnosi

Ha effettuato esami per allergia? ☐ SÌ ☐ NO ☐ NON SO

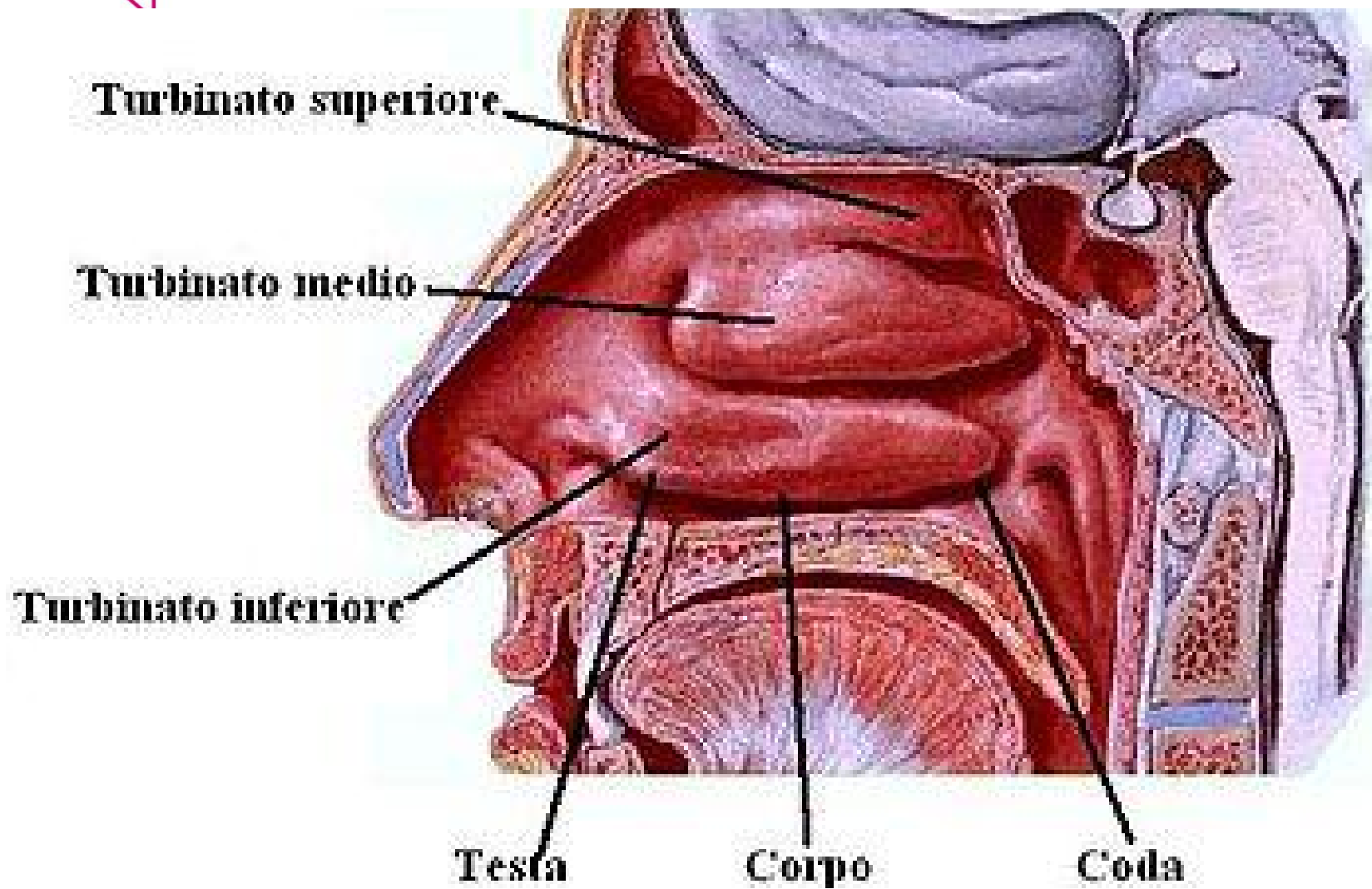
Risultato..... ☐ non ricordo

B.5 Ha sofferto di altre patologie rino-sinusali?

☐ SÌ ☐ NO ☐ NON SO

Se sì, quali

Ha effettuato prolungate terapie?





A.S.L. CN1
Azienda Sanitaria Locale
di Cuneo, Mondovì e Savigliano



Ipertrofia della mucosa del turbinato inferiore lato destro

B.6 Ha utilizzato per periodi prolungati spray nasali? ☐ SI ☐ NO
☐ NON SO

Se si: **Tipo di prodotto**

Frequenza di utilizzo durante l'anno

Per quanti anni

B.7 (Se è una donna), ha utilizzato estrogeni?

□ SI, come contraccettivo □ SI, come terapia sostitutiva

☐ SI, a scopo terapeutico ☐ NO ☐ NON SO

Se sì, per quanto tempo

B.8 Ha effettuato radioterapia al volto? (non per tumore del naso)

☐ SI ☐ NO ☐ NON SO

Le è stata riconosciuta dall'INAIL la malattia professionale?

☐ SI ☐ NO ☐ NON SO

Se sì, per quale malattia?

Le è stata riconosciuta una rendita? **SI NO da quando? con che percentuale?**

E' stata già inoltrata la pratica all'INAIL di riconoscimento per la malattia professionale?

☐ SI ☐ NO ☐ NON SO