

P. Apostoli

Editoriale

A proposito di linee guida e altri strumenti per aggiornare, orientare, validare le attività del Medico del Lavoro

Ordinario di Medicina del Lavoro, Dipartimento di Medicina Sperimentale e Applicata, Sezione di Medicina del lavoro e Igiene Industriale, Università degli Studi di Brescia; Coordinatore del gruppo di lavoro nazionale SIMLII "Linee Guida in Medicina del Lavoro"

RIASSUNTO. È parso opportuno proporre alla discussione la problematica degli strumenti di aggiornamento ed orientamento tecnico scientifico (linee guida, consensus document, protocolli, norme di buona tecnica, buone prassi) in Medicina del Lavoro tenendo conto di quanto realizzato nel programma di produzione delle Linee Guida in Medicina del Lavoro che SIMLII ha avviato nel 2002 e che ha visto pubblicate al 2007 20 LG con 3 aggiornamenti e 2 consensus document; del DLgs 81/2008, testo unico, che per la prima volta nella nostra legislazione ha definito concetti quali LG, norma tecnica, buone prassi, prevedendone entità di produzione approvazione validazione e diffusione, ed alcuni ambiti applicativi, del Programma Nazionale delle Linee Guida, ora inserito nel Sistema Nazionale delle Linee Guida, avviato dall'Istituto Superiore di Sanità, imprescindibile riferimento per una disciplina (ancora) appartenente all'area Medica. Nel programma, dopo aver sottolineato che se vi era da un lato un certo consenso su alcune caratteristiche e finalità degli strumenti, dall'altro non veniva posto alcun vincolo o regola sui loro modi di produzione, venivano illustrate le principali caratteristiche e metodologie di produzione di linee guida, consensus document, criteri di appropriatezza, technology assessment. Si sottolinea l'importanza di una chiara ed univoca definizione dei concetti e termini da adottare, dell'integrazione tra i diversi strumenti, della metodologia della loro produzione a partire dalla differenziazione di LG evidence e non evidence based, dell'approfondimento degli aspetti economici etici e della dichiarazione dei possibili conflitti di interesse.

Parole chiave: linee guida, documenti di consenso, buone pratiche, norme tecniche, medicina del lavoro, evidence based prevention, orientamento professionale, aggiornamento.

ABSTRACT. THE GUIDE LINES AND OTHER SCIENTIFIC AND TECHNICAL INSTRUMENTS FOR IMPROVING UPDATING AND VALIDATING THE OCCUPATIONAL PHYSICIAN ACTIVITIES. From 2002 to 2007 the Italian Society of Industrial Medicine and Industrial Hygiene (S.I.M.L.I.I.) produced, in the context of the specific Education and Accreditation Programme for occupational physicians, more than 20 guide lines and consensus document on the most important and controversial themes for our Discipline. These instruments have aimed not only to improve the effectiveness of preventive actions but also to constantly adopt rigorous methodologies based where possible on evidence based medicine procedures. The Italian Occupational physicians agree with guidelines of our Scientific Society, but it appears now to be necessary to critically evaluate our experience, at the light of the new Framework Act for the occupational safety and health "Decreto legislativo 81/08" signed by the President of the Italian Republic on April 9, 2008, which firstly included in a legislative act terms such as technical normative, good practices, guide lines.

Another important, mandatory reference, for a Medical Discipline as Occupational Medicine remains, in this debate is, in our Country, the National Program for Guide Lines edited By Italian National Health Institute since 2002 and part of current National System of Guide Lines concerning preparation, dissemination, updating, implementation of guide lines in Medicine. In this paper the main aspects related to different kind of instruments such as guide lines, consensus conference reports, technology assessment, good practices, technical normative, focusing in particular the argument identification, methodology, relationship between different instruments and their production and diffusion, economical and ethical issues and possible conflict of interest.

Key words: guide lines, consensus documents, good practices, occupational medicine, evidence based prevention.

1 - Perché discuterne ora

In Medicina si è registrata, negli ultimi due decenni, una notevole diffusione di Linee Guida (LG) e di altri strumenti (consensus document, procedure, protocolli, standard operativi), i cui principali motori sono stati individuati nel rapido sviluppo delle conoscenze e degli strumenti di intervento, nel mutare della domanda di prestazioni e servizi, nell'aumentato peso degli aspetti economici seguito alla crisi del welfare state e nell'adozione, anche in sanità, delle procedure di accreditamento e certificazione. Le LG sono state inquadrare come affermazioni sistematicamente sviluppate per supportare le decisioni in specifiche circostanze, per attuare interventi efficaci o come raccomandazioni di comportamento, elaborate mediante un processo di revisione sistematica della letteratura e delle opinioni di esperti. Esse hanno avuto lo scopo dichiarato di assistere i Medici, nel pieno rispetto della loro autonomia e libertà decisionale, nella scelta delle modalità assistenziali più appropriate, avendo come fondamento l'evidenza scientifica od il consenso degli esperti che le proponevano (1, 2, 3).

Nel dibattito sull'introduzione e diffusione delle LG è riemersa la questione della Medicina come "scienza"- "arte" o come scienza dell'"esatto" o del "possibile", stigmatizzando di volta in volta il prevalere di crudi positivismi

sulla relazione empatica medico-paziente o, all'opposto, il prevalere di atti privi di giustificazioni scientifiche, scollegati, in altre parole, dall'evidence based medicine che si andava delineando. Fin dall'inizio è stato poi colto il rilievo che potevano assumere le aspettative degli stakeholders, (nel nostro caso datori di lavoro, lavoratori, enti di controllo), individuate come elementi in grado di condizionare le modalità di produzione e diffusione delle LG. Tali aspettative erano legate alla percezione dell'importanza dei problemi da una parte e la fiducia riposta nella possibilità di affidare a tali strumenti la loro soluzione, la applicabilità e costi dall'altra (4, 5).

Alla base della scelta di SIMLII di puntare già dal 2001 alla predisposizione in Medicina del Lavoro di strumenti come le LG è stato posto, coerentemente con alcune delle affermazioni prima fatte, il convincimento che la nostra Disciplina avesse specificità, complessità, rapidità di evoluzione tali da consigliare, alla Società Scientifica che maggiormente rappresentava in Italia i Medici del Lavoro, di mettere a loro disposizione adeguati strumenti conoscitivi ed applicativi. È stata quindi una scelta di difesa e promozione del nostro ruolo, della nostra identità e della nostra competenza, intesa non come requisito fissato dalle leggi, ma come capacità di rispondere al meglio alle esigenze esplicite ed implicite di chi a noi si rivolgeva (6).

Come noto la produzione delle LG è stata da noi collegata fin dall'inizio al programma di accreditamento di eccellenza per l'aggiornamento delle conoscenze e delle capacità professionale dei Medici del Lavoro e per un suo formale riconoscimento varato negli stessi anni. Le LG sono così rientrate tra gli strumenti principali di tale processo, utili insieme a corsi, convegni, workshop, attività di ricerca, a garantire l'aggiornamento delle conoscenze su temi di recente sviluppo, ed un innalzamento del livello culturale scientifico tecnico del Medico del Lavoro (7). La prima fase del programma, di durata triennale, si è conclusa, positivamente per più di 350 Medici del Lavoro, nel 2007.

In anni più recenti è stata posta la questione del raccordo, nella fase di elaborazione ed in quello di applicazione, dello strumento LG con altri (di cui, a volte, sono erroneamente ritenuti sinonimi) quali protocolli, procedure, standard operativi, consensus document. In generale essi si dovrebbero configurare come tecnologie in grado di aiutare il Medico a identificare e scegliere le modalità più appropriate di intervento e a diminuire quindi la parte di variabilità non giustificata nelle sue scelte. La differenza tra loro non è solo, o tanto, semantica, ma rimanda a concetti quali l'estensione delle raccomandazioni, la loro fondatezza sull'evidenza, il grado di consenso riscosso e quindi il vincolo che può derivare per chi le deve applicare. Nonostante però la mole di esperienze e l'ampiezza delle discussioni, il dibattito sull'effettivo valore di queste tecnologie è tutt'altro che concluso, specie quando si debba tenere conto oltre che degli aspetti più propriamente sanitari delle loro implicazioni economiche (8, 9, 10).

L'opportunità di articolazione tra i diversi strumenti, richiama un'altra questione, a mio avviso, di rilievo ed a cui già è stato fatto riferimento ricordando l'esperienza dell'accREDITAMENTO di eccellenza SIMLII: il rapporto tra aggiornamento scientifico e orientamento tecnico professio-

nale. Se si concorda che per "aggiornamento" si intende acquisizione, miglioramento adeguamento delle conoscenze teorico pratiche e per "orientamento" l'insieme di raccomandazioni per svolgere al meglio un compito, non può sfuggire l'importanza di poter disporre di più strumenti e di saperne adeguatamente ricordare l'impiego. Nel manuale del Programma Nazionale delle LG dell'Istituto Superiore di Sanità (ora inserito nel Sistema Nazionale delle Linee Guida, SNLG) è stato sottolineato che se le elaborazioni condotte da un lato aiutavano a comprendere e definire caratteristiche e finalità delle LG, dall'altro non veniva posto alcun vincolo o regola riguardo alla loro produzione. E proprio in questo contesto si registrava come esistessero prodotti differenti, risultato di processi tra loro molto diversi e come si potesse avere a che fare con strumenti che andavano da testi-capitoli di testo, privi di qualunque riferimento a metodi di produzione e spesso anche di bibliografia, a rappresentazioni schematiche mediante diagrammi di flusso senza alcuna revisione critica dell'argomento. Ne sono state proposte, come vedremo, quattro tipi di strumento: le linee guida vere e proprie, i documenti delle consensus conference, i criteri di appropriatezza, i technology assessment (11, 12).

Con la pubblicazione avvenuta a fine aprile 2008 sulla Gazzetta Ufficiale del DLgs 81/2008 (13), più noto come Testo Unico, si è proceduto alla definizione per la prima volta nella nostra legislazione di concetti come LG, norma tecnica, buone prassi, richiamandole in alcuni articoli riguardanti funzionamento di organi istituzionali o contenuti della riunione periodica, formazione, informazione ed addestramento, valutazione di alcuni rischi. Quanto previsto dal DLgs 81/08 andrà pertanto messo in relazione con le esperienze internazionalmente riconosciute, con quelle del citato SNLG ed anche con quelle condotte, per quanto più da vicino ci riguarda, dalla stessa SIMLII.

Tutto ciò consiglia, a mio avviso, di proporre a chi è più direttamente interessato a questa problematica, ma anche a tutti i Medici del Lavoro, la discussione su alcuni aspetti metodologici ed applicativi riguardanti gli strumenti di aggiornamento scientifico e di orientamento professionale in Medicina del Lavoro, soprattutto in vista dell'adeguamento dei programmi che la nostra Società Scientifica si accinge a varare.

2 - La prevenzione tra leggi e norme di orientamento tecnico

Un'efficace attività preventiva di infortuni e malattie da lavoro, è sempre stata il risultato della interazione di molteplici fattori: leggi, azioni delle parti sociali, norme ed azioni proprie dei Medici del Lavoro e in generale dei tecnici della prevenzione. Tali fattori hanno diversamente interagito tra loro e sono diversamente risultati influenti a seconda del periodo storico, delle realtà lavorative e delle condizioni economiche, sociali e politiche. Le leggi in quanto tali dovrebbero garantire livelli (minimi) di prevenzione e la loro estensione a tutte le realtà lavorative, a partire da quelle con minore tutela sindacale. Perché questo risultato sia raggiunto è però necessario, come diffusamente ribadito in questi mesi, che dell'applicazione delle

leggi sia garantito un adeguato controllo. Negli anni novanta del secolo scorso e nei primi dell'attuale vi è stata una rilevante produzione legislativa: chi l'ha fatto ha contato più di cinquanta atti legislativi di diversa emanazione ed importanza, i più rilevanti dei quali sono stati i DLgs 277/91, 626/94, 230/95, 242/1996, 359/1999, 66/2000, 25/2002, 195/2003, 235/2003, 187/2005, 257/2006. È pubblicato verso la fine dell'aprile 2008 il DLgs 81 che si propone tra l'altro di unificare e rendere tra loro coerenti molti dei decreti prima ricordati. Credo di essere facile profeta nel prevedere su di esso un diffuso e vivace dibattito.

Il ruolo delle parti sociali, datori di lavoro e lavoratori, mantiene, a mio avviso, una evidente centralità. Sono loro infatti a poter decidere di organizzare tutela della salute, della sicurezza, in modo più stringente ed efficace di quanto preveda la legge oppure, come ancora spesso accade di decidere il contrario. Nel primo caso la prevenzione non sarà più vista come un vincolo esterno, imposto da norme spesso ritenute complesse e fonti di costi aggiuntivi per le aziende, ma come una parte non più eludibile della gestione aziendale. In questa scelta datori di lavoro, lavoratori e loro rappresentanti, consulenti tecnici (tra cui i Medici del Lavoro), troveranno sostegno alla loro azione proprio dalle norme e dai diversi strumenti di orientamento scientifico e tecnico (14).

Fino all'emanazione del TU si era spesso discusso ed auspicato un approccio grazie al quale alla legge fossero affidati compiti di indirizzo generale ed alla normativa tecnica-di buona prassi gli aspetti attuativi. In questo senso alcune linee di tendenza potevano essere colte nei decreti su sostanze chimiche, vibrazioni e rumore (15). Le norme tecniche sono, come noto, documenti emanati da enti riconosciuti (UNI ISO EN) nei quali si definiscono le caratteristiche (prestazionali, organizzative, ambientali, di sicurezza) di un prodotto, di un processo o di un servizio. Le norme di buona pratica o buona prassi sono invece indicazioni formulate sulla base delle migliori conoscenze esistenti in un determinato ambito operativo destinate ad agevolare la soluzione dei problemi che si presentano. Esse sono emanate da entità quali Società od Associazioni scientifiche, Istituzioni Universitarie, gruppi di ricercatori il cui riconoscimento ad emanare raccomandazioni proviene dal credito e dal prestigio che essi hanno presso gli utilizzatori. In un simile approccio, venivano riconosciuti e valorizzati riferimenti e ruoli tecnici e professionali e quindi si puntava ad una loro maggiore responsabilizzazione, fondandola proprio sulla garanzia di una adeguata (possibilmente certificata con strumenti come quello dell'accreditamento) competenza, sottolineando inoltre, in tempi non sospetti, il valore come strumenti di regolazione della competizione tra professionisti. Puntare al miglioramento delle conoscenze e delle capacità professionali appariva strategico specie per una Disciplina Medica come la nostra che a seguito delle rilevanti trasformazioni del lavoro e dei rischi per salute e sicurezza dei lavoratori avvenute negli ultimi 20-30 anni, è stata chiamata ad aggiornare le proprie conoscenze in molteplici ambiti: da quelli clinici tradizionali, a quelli tossicologici ed epidemiologici, da quelli ergonomici e psicologici a quelli tecnologici e sociologici (7).

3 - L'esperienza SIMLII

Le basi del programma LG di SIMLII sono state poste nei due congressi nazionali di Sorrento e Roma del 2000 e 2001, dopo un approfondito e partecipato dibattito metodologico, del quale mi piace qui ricordare il contributo, su alcune parti anche critico, di Antonio Grieco (16, 17).

La scelta degli argomenti da trattare venne fatta partendo dalle tematiche evidenziate nel nostro Congresso Nazionale di Genova del 1999 come meritevoli di messa a punto (18) e da altre che successivamente il Direttivo Nazionale, anche tenendo conto degli stimoli provenienti da istanze nazionali o regionali, ha deciso di inserire nel piano di lavoro.

I principali aspetti metodologici furono quelli di uno sviluppo secondo un processo multidisciplinare; il riferimento alle migliori evidenze disponibili; la definizione dei meccanismi di implementazione ed aggiornamento. In altre parole si optò per il modello propositivo-formativo con uno schema predeterminato di elaborazione esplicitato nella introduzione di ogni LG. Sono stati garantiti tempi, modalità di discussione e redazione seguendo un percorso nel quale la prima versione della LG, derivata dall'assemblaggio degli elaborati delle varie aree di lavoro in cui i gruppi di lavoro si erano articolati, era sottoposta al vaglio di tutti i componenti. Le Lg erano poi inviate a revisori esperti esterni al gruppo di lavoro, e a Medici del Lavoro che ne valutavano l'applicabilità. Le eventuali osservazioni erano esaminate e si procedeva alla stesura del documento per l'esame e l'approvazione del Direttivo della Società ed alla presentazione del testo approvato e classificato come draft in sede di convegni specifici (e per alcune LG pubblicato sul sito della Società). Il documento era messo in discussione con invito a fare pervenire entro tre mesi le osservazioni per procedere al recepimento di osservazioni e integrazioni ritenute rilevanti dal gruppo di lavoro. Dopo approvazione del testo definitivo si passava alla pubblicazione della LG nella apposita collana (19).

Alla fine del 2007 risultavano pubblicate da PIME editore (20) le seguenti LG: rumore, cancerogeni, videoterminali, disturbi muscolo scheletrici arto superiore, vibrazioni, solventi, lavori atipici e turni, radiazioni non ionizzanti, patologie del rachide, valutazione del rischio, sorveglianza sanitaria, agenti sensibilizzanti, dermatopatie e lavoro, metalli piombo, fitofarmaci, cadmio mercurio nichel e cromo, rischio biologico in sanità, monitoraggio biologico, primo soccorso vaccinazioni, disabilità e lavoro (21).

Nel 2006-7 sono stati inoltre pubblicati i seguenti aggiornamenti: Disturbi Muscolo scheletrici dell'arto superiore; Vibrazioni meccaniche; Cancerogeni (22).

L'aggiornamento sul rumore è stato trasformato in una seconda edizione di LG. Attualmente risultano in stampa le LG di rumore; rischio biologico in ambiti non sanitari; movimentazione pazienti; sorveglianza sanitaria in edilizia. Sono invece in preparazione i seguenti aggiornamenti: videoterminali; radiazioni non ionizzanti.

Sono inoltre stati prodotti due "consensus document", ritenuti preferibili in natura circoscritta della tematica e insufficiente/ frammentaria/ contraddittoria base scientifica.

Nel congresso di Parma del 2005 (23) ne sono stati individuati due: la multiple chemical sensitivity; la problematica silice e cancro. È stato seguito un iter seppure non ancora formalizzato che è partito con la valutazione del Direttivo della problematica, la costituzione dei gruppi di lavoro, la proposizione nel congresso delle posizioni pro e contro, il dibattito in sede congressuale e nei tre mesi successivi, presentazione del documento finale con approvazione formale da parte del Direttivo Nazionale.

Un percorso particolare ha seguito l'altro documento di consenso, elaborato e presentato sempre a Parma come LG e poi trasformato su decisione del gruppo di lavoro, approvata dal Direttivo Nazionale, in documento di consenso a seguito della dimostrazione della difficoltà di motivare e proporre raccomandazioni su molti degli aspetti trattati (24).

ISPESL e S.I.M.L.I.I nel 2006 hanno promosso un'indagine conoscitiva per indagare la conoscenza ed utilizzo delle LG (25).

La ricerca ha coinvolto 483 medici soci che hanno valutato e 11 LG ad allora edite: rumore, cancerogeni, videoterminali, patologie dell'arto superiore, vibrazioni, solventi, NIR, lavori atipici e turni, valutazione del rischio, movimentazione manuale dei carichi, sorveglianza sanitaria.

L'88,6% del campione totale era conoscenza della pubblicazione di LG, contro il 9,3% che dichiara di non esserne a conoscenza ed un 2,1% di non risposte.

Tra coloro che hanno dichiarato di essere a conoscenza della pubblicazione di LG, si è indagato su quali fossero le LG più utilizzate. Al primo posto sono risultate quelle sul rumore (12,1%), seguite da quelle sui videoterminali (11,9%) e sulla sorveglianza sanitaria (10,4%); seguono con minima differenza in percentuale, quelle sulle patologie arto superiore (10,2%), sui cancerogeni (10,1%) e sulla movimentazione manuale dei carichi (9,9%).

Da un'analisi più dettagliata è emerso che:

- le LG sul rumore sono quelle più utilizzate dai medici competenti che operano nell'Università (75,8%) e da quelli che lavorano in azienda privata (74,8%);
- le LG sui videoterminali sono le più utilizzate dai medici competenti delle aziende private (69,9%) e da quelli delle aziende pubbliche (67,3%);
- le LG sulla sorveglianza sanitaria sono quelle più utilizzate dai medici competenti che operano presso l'Università (81,8%), da quelli che lavorano in aziende pubbliche (67,3%) e da quelli che operano presso le ASL (66,0%);
- le LG sulle patologie degli arti superiori sono quelle più utilizzate dai medici competenti che operano presso azienda privata (68,5%), da quelli che operano presso Università (66,7%), da quelli che lavorano in aziende pubbliche (65,4%);
- le LG sui cancerogeni sono quelle più utilizzate dai medici competenti che operano presso azienda privata (63,6%), da quelli che lavorano in enti vari (61,1%).

Sono state classificate ad "alto grado di importanza" le LG sulla movimentazione manuale dei carichi (50,9%), seguite da quelle sulle patologie degli arti superiori (48,2%) e da quelle sulla sorveglianza sanitaria (47,6%).

L'introduzione di LG è stata accolta con favore dai medici del lavoro/medici competenti; molto utile per il 66%

degli intervistati, utile anche se in alcuni casi non necessaria dal 27%. Un numero molto basso di soci (1%) le ha giudicate inutili.

4 - Il Sistema Nazionale Linee Guida

Le indicazioni del Programma Nazionale delle LG dell'Istituto Superiore di Sanità (oggi inserito, come visto, nel SNGL) varato nel 2002 ed aggiornato nel 2004 (12) meritano di essere riprese sia per la valutazione critica della esperienza SIMLII in vista di futuri programmi, sia per la discussione di quanto previsto nel Testo Unico.

Quattro sono i possibili strumenti di orientamento tecnico scientifico.

- le LG quando il tema da trattare è vasto e può essere suddiviso in quesiti principali e secondari che non riguardano solo la dimensione clinica, ma anche quella organizzativa e gestionale; è necessario formulare raccomandazioni di comportamento relative alle diverse dimensioni del problema;
- le consensus conference: il tema da trattare è limitato e può essere suddiviso in pochi quesiti specifici. La controversia riguarda soprattutto la dimensione scientifica (di qualità delle prove);
- i criteri di accuratezza vengono considerati quando il tema da trattare richiede un approfondimento molto specifico e si vogliono produrre raccomandazioni dettagliate;
- i technology assessment: il problema riguarda una tecnologia specifica di cui si devono valutare non solo degli aspetti clinici ma anche quelli organizzativi, gestionali, economici e sociali.

Per le LG è stata richiamata un'ampia variabilità per modalità di produzione; caratteristiche degli esperti; modalità organizzative; dimostrazione di validità ed applicabilità. Sono inoltre stati sottolineati aspetti più attinenti alla applicabilità ed accettazione delle LG; alla loro chiarezza, flessibilità; alla definizione di indicatori opportuni per monitorare e valutare efficienza ed efficacia nel conseguimento degli obiettivi.

Nel SNLG per porre ordine nella materia viene proposto un passaggio che mi pare fondamentale anche per i nostri futuri programmi: distinguere tra «*evidence-based guidelines*» e «*not evidence-based guidelines*». Vengono anche suggerite le tre questioni epistemologiche che le differenziano:

- la multidisciplinarietà del gruppo responsabile della produzione della linea guida;
- la valutazione sistematica delle prove scientifiche disponibili quale base per le raccomandazioni formulate;
- la classificazione delle raccomandazioni in base alla qualità delle prove scientifiche che le sostengono.

Passando agli altri strumenti viene ricordato che la conferenza di consenso trae origine dalle elaborazioni dei National Institutes of Health statunitensi, quale raccomandazione da parte di una "giuria" al termine di una consultazione discussione di esperti, che presentano la problematica e la sua soluzione da diversi punti di vista. La "giuria" definisce le risposte e fissa una presentazione pubblica che deve consentire un dibattito sulle raccomandazioni elabo-

rate. I limiti principali di questo approccio sono stati identificati nella limitatezza dei quesiti; nella carenza della revisione sistematica delle prove disponibili; nel peso eccessivo dato alle posizioni degli esperti; nel tempo limitato a disposizione.

Per la valutazione di appropriatezza, messa a punto dai ricercatori della Rand Corporation (USA), si propone un modello strutturato di produzione del consenso, fondandolo sulla necessità di integrare la valutazione delle prove scientifiche con l'esperienza e il giudizio multidisciplinare degli esperti.

Infine il technology assessment che consiste nella valutazione delle tecnologie sanitarie, mediante il loro impiego nella pratica clinica. Esso è mirato a fornire a chi deve prendere decisioni le informazioni necessarie per fare scelte appropriate sul piano dell'efficienza, enfatizzando le implicazioni con quelle cliniche, quelle organizzative, gestionali, economiche e sociali.

5 - Il DLgs 81/2008 - Testo Unico

Rispetto agli strumenti che stiamo esaminando in questa sede, il DLgs 81/2008-Testo Unico (13) riporta, nel Titolo 1 le seguenti definizioni:

- «norma tecnica»: specifica tecnica, approvata e pubblicata da un'organizzazione internazionale, da un organismo europeo o da un organismo nazionale di normalizzazione, la cui osservanza non sia obbligatoria;
- «buone prassi»: soluzioni organizzative o procedurali coerenti con la normativa vigente e con le norme di buona tecnica, adottate volontariamente e finalizzate a promuovere la salute e sicurezza sui luoghi di lavoro attraverso la riduzione dei rischi e il miglioramento delle condizioni di lavoro, elaborate e raccolte dalle regioni, dall'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro (ISPESL), dall'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL) e dagli organismi paritetici di cui all'articolo 51, validate dalla Commissione consultiva permanente di cui all'articolo 6, previa istruttoria tecnica dell'ISPESL, che provvede a assicurarne la più ampia diffusione;
- «linea guida»: atti di indirizzo e coordinamento per l'applicazione della normativa in materia di salute e sicurezza predisposti dai Ministeri, dalle regioni, dall'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro (ISPESL) e dall'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL) e approvati in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

Non vengono riportate le definizioni di altri strumenti poi citati in alcuni articoli quali "norma tecnica non armonizzata"; "codici di condotta"; "codici di comportamento".

Gli strumenti di cui alle definizioni, sono poi richiamati nei seguenti articoli:

- Articolo 6 Comma 8.
La Commissione consultiva permanente per la salute e sicurezza sul lavoro ha il compito di: d) validare le buone prassi in materia di salute e sicurezza sul lavoro;

- Articolo 9 Comma 2.
L'ISPESL, l'INAIL e l'IPSEMA operano in funzione delle attribuzioni loro assegnate dalla normativa vigente, svolgendo in forma coordinata, per una maggiore sinergia e complementarietà, le seguenti attività:
 - i) elaborazione e raccolta e diffusione delle buone prassi di cui all'articolo 2, comma 1, lettera v);
 - l) predisposizione delle LG di cui all'articolo 2, comma 1, lettera z);
- Articolo 9 Comma 6
L'ISPESL, nell'ambito delle sue attribuzioni istituzionali, opera avvalendosi delle proprie strutture centrali e territoriali, garantendo unitarietà della azione di prevenzione nei suoi aspetti interdisciplinari e svolge le seguenti attività:
 - m) partecipa alla elaborazione di norme di carattere generale e formula, pareri e proposte circa la congruità della norma tecnica non armonizzata ai requisiti di sicurezza previsti dalla legislazione nazionale vigente;
 - o) diffonde, previa istruttoria tecnica, le buone prassi di cui all'articolo 2, comma 1, lettera v);
- Articolo 35
Nella riunione periodica: possono essere individuati
 - a) codici di comportamento e buone prassi per prevenire i rischi di infortuni e di malattie professionali;
 - b) obiettivi di miglioramento della sicurezza complessiva sulla base delle LG per un sistema di gestione della salute e sicurezza sul lavoro;
- Articolo 36
Nella formazione informazione ed addestramento, il datore di lavoro provvede affinché ciascun lavoratore riceva una adeguata informazione:
 - b) sui pericoli connessi all'uso delle sostanze e dei preparati pericolosi sulla base delle schede dei dati di sicurezza previste dalla normativa vigente e dalle norme di buona tecnica;
- Articolo 181 Valutazione dei rischi fisici
 - 1. Nell'ambito della valutazione di cui all'articolo 28, il datore di lavoro valuta tutti i rischi derivanti da esposizione ad agenti fisici in modo da identificare e adottare le opportune misure di prevenzione e protezione con particolare riferimento alle norme di buona tecnica ed alle buone prassi.

Un implicito richiamo a strumenti di aggiornamento può essere ritrovato nel comma 1 dell'articolo 39 laddove si dice che il medico competente opera secondo "i principi della medicina del lavoro". Val forse la pena, una volta ricordato che tale richiamo era già presente nella 230/95, sottolineare che per quanto riguarda la "necessità" del programma di educazione continua in medicina ai sensi del decreto 19/6/1999 (comma 3 articolo 38) la quota non inferiore del 70% dei crediti va conseguita in una disciplina nuova di conio "Medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro". "Degli" ambienti di lavoro, se non è da intendere "negli" ambienti potrebbe rimandare a contenuti e competenze un po' diverse da quelle dell'articolo 38 "titoli e requisiti del medico competente" ed alla conseguente necessità di tenerne conto negli strumenti atti a conseguirli aggiornarli. L'articolo 25 "obblighi del medico com-

petente” contiene alla lettera b del comma 1 due richiami non altrimenti chiariti (ad esempio nelle definizioni): quello secondo cui la sorveglianza sanitaria è svolta secondo “protocolli” definiti in funzione dei rischi specifici e “tenendo in considerazione” “gli indirizzi scientifici più avanzati”.

Le buone prassi richiamano concetti quali l’essere soluzioni organizzative procedurali; essere coerenti con leggi e norme buona tecnica; essere adottate volontariamente; essere rivolte all’ottenimento della promozione (e la prevenzione?); queste norme sono elaborate e raccolte, pare di capire, anche elaborate, da Regioni, dall’ISPESL, dall’INAIL, - dagli organismi paritetici. Sono poi validate dalla Commissione consultiva permanente. L’ISPESL è coinvolto nella loro elaborazione e raccolta, conducendo un’istruttoria tecnica e provvedendo ad assicurarne la più ampia diffusione. Alcuni problemi in ordine alla scelta degli argomenti, ai condizionamenti localistici, alla qualificazione, potrebbero, a mio avviso porsi per l’elaborazione e la raccolta agli Organismi Paritetici, che sono “gli organismi costituiti a iniziativa di una o più associazioni dei datori e dei prestatori di lavoro comparativamente più rappresentative sul piano nazionale, quali sedi privilegiate per: la programmazione di attività formative e l’elaborazione e la raccolta di buone prassi a fini prevenzionistici.

Le «LG» sono inquadrare, come visto, tra gli atti di indirizzo e coordinamento per l’applicazione della normativa in materia di salute e sicurezza. In quest’ultima accezione dovrebbero, verosimilmente, orientare su come trattare argomenti SIMLII o come conformare i comportamenti di diverse figure, circa l’applicazione della legge. Preconizzano cioè un qualcosa di “diverso” dalla volontaria adesione fatta in base ad un convincimento ed una scelta ragionata e libera del professionista per operare al meglio.

I produttori delle LG sono in parte gli stessi ed in parte diversi da quelli delle “buone prassi”. Uno di essi il Ministero della salute oggi aggregato in quello dello welfare ha un suo organo (l’ISS) che opera con il citato SNLG. Infine le LG sono approvate, non più dalla Commissione Consultiva permanente, ma “in sede di” Conferenza Stato Regioni.

6 - Alcuni spunti di discussione

I modelli della evidence-based Medicine-Prevention ai quali LG ed altri strumenti sempre più dovrebbero richiarsi, richiedono un elevato consolidamento delle conoscenze prima di decidere quali azioni andrebbero suggerite. L’esigenza di prove di evidenza in Medicina del lavoro, deve però essere valutata anche alla luce di altri principi, come quello di precauzione che trova applicazione in tutti i casi in cui una preliminare valutazione scientifica indichi che vi sono ragionevoli motivi di temere possibili effetti sulla salute e sicurezza dei lavoratori (26). Secondo Foà e Bordiga (27) le azioni cautelative da adottare in azienda dopo la identificazione dei possibili pericoli per la salute e la sicurezza possono andare da interventi di “prudent avoidance” (cioè la prescrizione di misure a basso costo per ridurre esposizioni potenzialmente dannose ancorché non vi siano previsioni scientificamente giustificate di riduzione

del rischio), a misure di entità intermedia (sorveglianza sanitaria) fino a provvedimenti più radicali.

Gli strumenti di aggiornamento ed orientamento di cui stiamo parlando traggono fondamento, e quindi vincolo ed ampiezza di applicazione, dalle loro caratteristiche, in primis dalla loro evidenza scientifica. Questo aspetto è ben evidenziato nel SNLG non solo nella distinzione tra LG “evidence e non evidence based”, ma anche nella previsione di diversi strumenti a seconda del grado di evidenza e di capacità di risposta (dai consensus document ai technology assessment). L’elemento principale di orientamento sulla “qualità” degli strumenti è dato comunque dalla possibilità di dimostrarne la validità dimostrandone efficacia o appropriatezza (28), questione che vale forse la pena di riprendere.

L’efficacia indica il rapporto tra risultati e obiettivi: si è stati efficaci se si sono raggiunti gli obiettivi di struttura, di processo, di esito definiti. L’efficacia nella pratica si misura mediante la rilevazione di indicatori di esito, studi di follow up e mediante la misura del raggiungimento di risultati per così dire obiettivi: L’efficacia nella pratica è quella che deriva dalla osservazione del funzionamento routinario dei servizi, attraverso la misura del raggiungimento degli obiettivi: nel caso della prevenzione occupazionale riduzione percentuale di malattie o infortuni; aumento di prodotti o servizi come riduzione delle assenze, ma anche aumentata soddisfazione per il proprio lavoro. Come noto essa è stata fortemente collegata dalla evidence based medicine intesa come coscienzioso, esplicito e accorto uso delle migliori evidenze disponibili per prendere decisioni in ambito medico.

Nella definizione di appropriatezza di servizi e prestazioni sanitari non è possibile tracciare nette delimitazioni e si consiglia ancora di inquadrarla secondo due prospettive: quella professionale per cui è appropriato ciò che è di efficacia provata ed ha effetti sfavorevoli “accettabili” rispetto ai benefici; quella organizzativa per cui è appropriato l’intervento che “consuma” un’adeguata definita quantità di risorse.

Viene spesso sottolineato come l’appropriatezza, rappresenti oggi e nel nostro Paese, un mezzo per fronteggiare la cronica carenza di risorse, privilegiando ad esempio il riconoscimento delle inapproprietezze in eccesso (sia professionali, sia organizzative) la cui riduzione può offrire immediati benefici ai bilanci economici. L’appropriatezza si trova così espressa come adesione a standard o requisiti prefissati con un possibile grado di arbitrarietà nella loro fissazione, sottolineando come gli strumenti per definire gli standard virtualmente coincidono con quelli relativi al loro monitoraggio. Andrebbe al contrario posto l’accento sulla necessità che i criteri di appropriatezza vengano definiti con riferimento prioritario ed esplicito alle migliori evidenze disponibili, pur adattandole ai diversi contesti operativi.

La dimostrazione di efficacia o di appropriatezza con metodi come quelli utilizzati per un farmaco o un intervento chirurgico, appare problematico nella attuale Medicina del Lavoro, nella quale sempre meno abbiamo a che fare con patologie, ma con quadri sfumati nell’area del disturbo disagio (quindi con forti connotazioni soggettive e

relative) o con probabilità di eventi che si vogliono evitare o meglio che si devono prevenire con il rispetto in primis di leggi che non possono essere eluse.

Altri aspetti che a me paiono rilevanti sono quelli della scelta degli argomenti dei risvolti economici, dell'etica e dei conflitti di interesse, delle implicazioni medico legali. È stato dimostrato che la scelta degli argomenti può di per se condizionare l'avvio di una corretta produzione dei vari strumenti di orientamento, potendo orientare risorse economiche ed umane verso determinati temi ed escludendone altri. Alcuni criteri generali dovranno essere considerati anche nei nostri programmi futuri, quali la rilevanza clinico-epidemiologica, misurata sulla sua diffusione (numero di lavoratori interessati da un determinato problema) sulla morbilità e mortalità delle patologie associate; la disponibilità di strumenti di intervento; l'esistenza di incertezze nelle indicazioni di intervento. Sarà anche opportuno "pesare" in modo adeguato le richieste degli stake holders, richieste che sicuramente rispondono ad esigenze esplicite ed immediate, ma che possono presentare limiti sono legati alla loro transitorietà o all'influenza esercitata dall'esterno ad esempio dai mass media o da portatori di interessi economici (29).

Passando ai problemi economici, le LG sono spesso percepite da chi le applica come strumenti per contenimento dei costi più che per il miglioramento delle prestazioni (loro efficacia o appropriatezza), dimenticando che in ogni caso esse consentono l'identificazione ed il soddisfacimento di bisogni. Alcune componenti economiche quali costo legato alla elaborazione, diffusione e implementazione e la valutazione dell'impatto sul sistema in seguito all'implementazione di una linea guida andrebbero considerate.

Un aspetto su cui è stata attirata l'attenzione di chi produce LG è quello dei potenziali conflitti di interesse. Essi sono molteplici e possono derivare da condizionamenti culturali e professionali; da quelli legati a necessità di contenimento dei costi; dai criteri di scelta delle entità e membri coinvolti nei gruppi di lavoro e dei loro potenziali conflitti di interesse attribuibili a rapporti di consulenza o collaborazione. Nel programmare la produzione degli strumenti di orientamento tecnico queste situazioni andrebbero prese in considerazione prevedendone la dichiarazione (30). Nel nostro ambito disciplinare sarebbe forse opportuno estendere l'ambito di possibile conflitto ad attività svolte per autorità giudiziarie, entità o istituzioni come quelle previste da DLgs 81/2008 che potrebbero beneficiare o essere danneggiati dal contenuto delle raccomandazioni.

Le implicazioni medico legali riprese nel SNGL vanno tenute nella debita considerazione specie se si pone mente alle novità introdotte nel Testo Unico. Le LG devono essere utilizzate a fini medico-legali «con prudenza ed equilibrio», tenendo presente non solo la discrezionalità tecnica dell'agire del medico nel singolo caso, ma anche la coesistenza in un determinato contesto storico di più alternative scientificamente convalidate. Il medico nella sua pratica clinica deve confrontarsi con il contenuto di una linea guida che, se correttamente elaborata e aggiornata, può contenere le «regole dell'arte» astrattamente applicabili. Peraltro la responsabilità della scelta del trattamento da pratica-

re compete al medico che ha in cura il paziente e, quindi, spetta al sanitario verificare se nel caso di specie si deve seguire l'indicazione contenuta nella linea guida ovvero è opportuno discostarsene a ragion veduta. Le LG non sono infatti vincolanti per legge e, quindi, non sussiste alcun obbligo di automatica applicazione. Le LG, se correttamente interpretate, non deresponsabilizzano quindi il medico, ma rendono invece più evidente il suo dovere di motivare le sue scelte. Non vi può essere infatti autonomia professionale senza responsabilità che, in senso ampio, significa anche adeguata motivazione delle scelte compiute (31-32).

In conclusione, i punti su cui si dovrebbe articolare l'auspicabile dibattito tra coloro che sono interessati a questi temi e, come anticipato, tra tutti i Medci del Lavoro che decideranno di parteciparvi, possono così essere sintetizzati:

- come scegliere i temi da trattare, considerando quanto finora fatto e gli aggiornamenti previsti;
- revisione delle procedure di produzione dei diversi strumenti a partire dalla multidisciplinarietà, dalle modalità delle revisioni sistematiche della letteratura per arrivare alla graduazione delle raccomandazioni ed alla individuazione degli indicatori di monitoraggio;
- integrazione delle LG vere e proprie con altri strumenti (quali consensus document, protocolli, technology assessment); loro impiego (differenziato) nelle attività di aggiornamento ed in quelle di orientamento;
- rapporto di tali strumenti, propri delle Discipline Mediche, di cui ancora la Medicina del Lavoro fa parte, con quelli previsti dal DLgs 81/2008 e quindi rapporto della nostra Società Scientifica con le entità identificate da TU nella produzione approvazione controllo nell'uso dei diversi strumenti (Ministeri, Regioni, comitati paritetici, ISPESL, INAIL);
- definizione di ruoli ed eventuali conflitti tra chi produce, raccoglie, valida, controlla nella fase applicativa i diversi strumenti di aggiornamento ed orientamento;
- definizione della politica editoriale e di diffusione che favorisca una maggiore circolazione di LG ed altri strumenti compresa quella via internet; traduzione (sintesi) in inglese e diffusione internazionale.

Non si potrà in ogni caso prescindere dal giudizio già espresso da chi ha avuto modo di conoscere le LG SIMLII. Secondo il 52% degli intervistati le LG dovrebbero essere caratterizzate da un'impostazione pratico-applicativa, mentre il 10% ritiene che dovrebbero costituire soprattutto uno strumento di aggiornamento scientifico e il restante 38% preferirebbe LG di impostazione mista. Il 72% del campione, inoltre, ritiene che le LG dovrebbero riguardare tematiche specifiche e il 27% ritiene che debbano essere di tipo metodologico. Infine, l'introduzione della tematica delle LG in quella dell'accreditamento è pienamente condivisa dal 78% del campione (38).

Come tutti gli interventi in ambito medico anche i nostri dovrebbero essere vincolati a dimostrabili basi scientifiche e, aggiungo, ad un significativo beneficio derivante dalla loro applicazione. Numerosi autorevoli lavori pubblicati in questi ultimi anni hanno sottolineato come questo sia di difficile realizzazione, ma come chi cura formazione aggiornamento orientamento professionale non possa esimersi dall'impegno per garantirne qualità e trasparenza.

Bibliografia

- 1) Field MJ, Lohr KN (eds). Guidelines for Clinical Practice: from development to use. 1992, Institute of Medicine, National Academy Press, Washington, DC.
- 2) Grimshaw J, Russell I. Achieving health gain through clinical guidelines. I: Developing scientifically valid guidelines. *Quality in Health Care* 1993; 2: 243-248.
- 3) Grilli R, Penna A, Liberati A. Migliorare la pratica clinica: come promuovere e implementare linee guida. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 1995.
- 4) Shaneyfelt TM, Mayo-Smith MF, Rothwangl J. Are guidelines following guidelines? The methodological quality of clinical practice guidelines in the peer-reviewed medical literature. *JAMA* 1999; 281: 1900-05.
- 5) Shekelle PG, Woolf SH, Eccles M, Grimshaw J. Developing guidelines. *BMJ* 1999; 318: 593-596.
- 6) Apostoli P, Signorini S, Sanna Randaccio F. Le LG nella formazione e nell'accreditamento del medico del lavoro. *G Ital Med Lav Erg* 2001; 23: 3, 224-229.
- 7) Abbritti G, Apostoli P, Iavicoli S, Murgia N, Muzi G, Soleo L, Ambrosi L. L'accreditamento di eccellenza della società italiana di medicina del lavoro e igiene industriale. *Med Lav* 2003; 34, 413-420.
- 8) Apolone G, Banfi F. Proposta di un modello e di una tassonomia utili a valutare le LG. *Ricerca e pratica* 1999; 15: 116-124.
- 9) Grilli R, Magrini N, Penna A, Mura G, Liberati A. Practice guidelines developed by specialty societies: the need for a critical appraisal. *Lancet* 2000; 355: 103-06.
- 10) Liberati A, Sheldon TA, Banta HD. EUR-ASSESS Project Subgroup report on Methodology. Methodologica guidance for the conduct of health technology assessment. *Int J Technol Assess Health Care* 1997; 13: 186-219.
- 11) <http://www.sngl.it>
- 12) PNLG Manuale Metodologico: come produrre, diffondere e aggiornare raccomandazioni per la pratica clinica Redazione Maria Luisa Clementi Arti Grafiche Passoni srl, Milano, 1ª edizione 2002, aggiornamento maggio 2004.
- 13) Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007 n.123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro. GU n. 101 del 30-04-2008- S. O. n. 108.
- 14) Apostoli P Medicina del Lavoro e qualità, *G Ital Med Lav Erg*, 1998; 20: 211-217.
- 15) Apostoli P. La prevenzione occupazionale tra norme di legge, norme tecniche e norme di buona prassi. *Med Lav* 2006, Quad 1: 7-12.
- 16) Atti del 63° Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina del Lavoro ed Igiene Industriale, Sorrento Novembre 2000, *Folia Medica* 2000, 71: 1-108.
- 17) Atti del 64° Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina del Lavoro ed Igiene Industriale, Roma Ottobre 2001, *G It Med Lav Erg* 2001, 23: 199-230.
- 18) Atti del 62° Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina del Lavoro ed Igiene Industriale Genova Settembre - Ottobre 1999. *Lavoro e Medicina* 1999, 1, 1-191.
- 19) Apostoli P, Ambrosi L. Introduzione alle linee guida del programma di aggiornamento ed accreditamento per il medico del lavoro promosso da SIMLII. Apostoli P, Imbriani M, Soleo L, Abbritti G, Ambrosi L (Eds). Volume 1 pagg IV-XII. PIME EDITRICE Pavia, 2003.
- 20) tipografia@pime-editrice.it
- 21) LINEE GUIDA SIMLII
Merluzzi F (coordinatore), Bartolucci GB, Bosio D, Di Credico N, Marazzi P, Marellò G, Orsini S, Pira A, Pira E, Romano C, Sala E, Solero P, Sonnino A. Linee guida per la prevenzione dei danni uditivi da rumore in ambiente di lavoro. In: Apostoli P, Imbriani M, Soleo L, Abbritti G, Ambrosi L (Eds). Linee guida per la formazione continua e l'accreditamento del medico del lavoro - Volume 1. Pavia: Tipografia Pime Editrice, 2003.
- Pira E (coordinatore), Detragiache E, Discalzi G, Mutti A, Ghigo D, Iavicoli S, Apostoli P. Linee guida per la sorveglianza sanitaria degli esposti ad agenti cancerogeni e mutageni in ambiente di lavoro. In: Apostoli P, Imbriani M, Soleo L, Abbritti G, Ambrosi L (Eds). Linee guida per la formazione continua e l'accreditamento del medico del lavoro - Volume 2. Pavia: Tipografia Pime Editrice, 2003.
- Romano C (coordinatore), Piccoli B, Bergamaschi A, Di Bari A, Gulino A, Iacovone T, Muzi G, Troiano P, Apostoli P. Linee guida per la sorveglianza sanitaria degli addetti ad attività lavorativa con videoterminali. In: Apostoli P, Imbriani M, Soleo L, Abbritti G, Ambrosi L (Eds). Linee guida per la formazione continua e l'accreditamento del medico del lavoro - Volume 3. Pavia: Tipografia Pime Editrice, 2003.
- Apostoli P (coordinatore), Bovenzi M, Occhipinti E, Romano C, Violante F, Cortesi I, Baracco A, Draicchio F, Mattioli S. Linee guida per la prevenzione dei disturbi e delle patologie muscolo scheletriche dell'arto superiore correlati con il lavoro (Upper Extremity Work-related Musculoskeletal Disorders - UE WMSDs). In: Apostoli P, Imbriani M, Soleo L, Abbritti G, Ambrosi L (Eds). Linee guida per la formazione continua e l'accreditamento del medico del lavoro - Volume 4. Pavia: Tipografia Pime Editrice, 2003.
- Bovenzi M (coordinatore), Angotzi G, Apostoli P, Negro C, Versini W. Linee guida per la prevenzione dei disturbi e delle patologie da esposizione a vibrazioni meccaniche negli ambienti di lavoro. In: Apostoli P, Imbriani M, Soleo L, Abbritti G, Ambrosi L (Eds). Linee guida per la formazione continua e l'accreditamento del medico del lavoro - Volume 5. Pavia: Tipografia Pime Editrice, 2003.
- De Rosa E (coordinatore), Bartolucci GB, Cottica D, Imbriani M, Malavolti DO, Mutti A, Perbellini L. Linee guida per la sorveglianza sanitaria degli esposti a solventi organici - Stirene. In: Apostoli P, Imbriani M, Soleo L, Abbritti G, Ambrosi L (Eds). Linee guida per la formazione continua e l'accreditamento del medico del lavoro - Volume 6. Pavia: Tipografia Pime Editrice, 2003.
- Ottega F (coordinatore), Giovanazzi A, L'Abbate N, Righi E, Terrana T, Trenta G. Linee guida per la sorveglianza sanitaria degli esposti a radiazioni non ionizzanti. In: Apostoli P, Imbriani M, Soleo L, Abbritti G, Ambrosi L (Eds). Linee guida per la formazione continua e l'accreditamento del medico del lavoro - Volume 7. Pavia: Tipografia Pime Editrice, 2003.
- Messineo A, Iacovone T (coordinatori), Bergamaschi A, Candura U, Costa G, Iavicoli S, Persechino B, Soleo L. Linee guida per la sorveglianza sanitaria degli addetti a lavori atipici e a lavori a turni. In: Apostoli P, Imbriani M, Soleo L, Abbritti G, Ambrosi L (Eds). Linee guida per la formazione continua e l'accreditamento del medico del lavoro - Volume 8. Pavia: Tipografia Pime Editrice, 2004.
- Bartolucci GB (coordinatore), Bovenzi M, Cassano F, Cortesi I, Cottica D, Giachino GM, Manno M, Mutti A, Nano G, Pira E, Scapellato ML, Selis L, Soleo L, Apostoli P. Linee guida per la valutazione del rischio. In: Apostoli P, Imbriani M, Soleo L, Abbritti G, Ambrosi L (Eds). Linee guida per la formazione continua e l'accreditamento del medico del lavoro - Volume 8. Pavia: Tipografia Pime Editrice, 2004.
- Colombini D (coordinatore), Occhipinti E, Cairoli S, Menoni O, Ricci MG, Battevi N, Violante F, Mattioli S, Draicchio F. Linee guida per la prevenzione dei disturbi e delle patologie muscolo-scheletriche del rachide da movimentazione manuale di carichi. In: Apostoli P, Imbriani M, Soleo L, Abbritti G, Ambrosi L (Eds). Linee guida per la formazione continua e l'accreditamento del medico del lavoro - Volume 10. Pavia: Tipografia Pime Editrice, 2004.
- Soleo L (coordinatore), Romano C, Abbritti G, Bartolucci GB, Basso A, Bergamaschi A, Bertazzi PA, Bianco P, Bovenzi M, Coggiola M, Cortesi I, Cristaudo A, Gelormini A, Giachino GM, Gigante MR, Iacovone MT, Imbriani M, Magrini A, Mosconi G, Murgia N, Mutti A, Negro C, Pira E, Riboldi L, Saia B, Apostoli P. Linee guida per la sorveglianza sanitaria. In: Apostoli P, Imbriani M, Soleo L, Abbritti G, Ambrosi L (Eds). Linee guida per la formazione continua e l'accreditamento del medico del lavoro - Volume 11. Pavia: Tipografia Pime Editrice, 2004.
- Saia B (coordinatore), Carosio A, Marcer G, Moscato G, Romano C. Linee guida per la sorveglianza sanitaria degli esposti a rischio da sensibilizzazione correlato all'esposizione lavorativa. In: Apostoli P, Imbriani M, Soleo L, Abbritti G, Ambrosi L (Eds). Linee guida per la formazione continua e l'accreditamento del medico del lavoro - Volume 12. Pavia: Tipografia Pime Editrice, 2004.

Sartorelli P (*coordinatore*), Angelini G, Ayala F, Bonamonte D, Crippa M, Fenga C, Flori L, Larese Filon F, Leghissa P, Lisi P, Papale A, Romano C, Valsecchi R. Linee guida per la prevenzione delle dermatiti da contatto professionali. In: Apostoli P, Imbriani M, Soleo L, Abbritti G, Ambrosi L (Eds). Linee guida per la formazione continua e l'accreditamento del medico del lavoro - Volume 13. Pavia: Tipografia Pime Editrice, 2005.

Apostoli P (*coordinatore*), Abbritti G, Alessio L, Bartolucci GB, Carta P, Foà V, Mutti A, Muzi G, Sannolo N, Soleo L, Trevisan A. Linee guida per la sorveglianza sanitaria degli esposti a: 1-elementi metallici; Apostoli P (*coordinatore*), Abbritti G, Alessio L, Carta P, Flore C, Foà V, Sala E, Sannolo N, Soleo L, Muzi G, Mutti A. Linee guida per la sorveglianza sanitaria degli esposti a: 2-piombo inorganico. In: Apostoli P, Imbriani M, Soleo L, Abbritti G, Ambrosi L (Eds). Linee guida per la formazione continua e l'accreditamento del medico del lavoro - Volume 14. Pavia: Tipografia Pime Editrice, 2005.

Maroni M (*coordinatore*), Aprea MC, Catenacci G, Colosio C, De Pasquale G, Moretto A, Musti M, Ronchin M, Tiramani M, Tommasini M. Linee guida per la sorveglianza sanitaria dell'esposizione professionale a prodotti fitosanitari. In: Apostoli P, Imbriani M, Soleo L, Abbritti G, Ambrosi L (Eds). Linee guida per la formazione continua e l'accreditamento del medico del lavoro - Volume 15. Pavia: Tipografia Pime Editrice, 2005.

Trevisan A (*coordinatore*), Borella Venturini M, Di Marco L, Bartolucci GB, Bergamaschi E, Franchini I, Mutti A. Linee guida per la sorveglianza sanitaria degli esposti a: 1-cadmio e suoi composti; Mutti A (*coordinatore*), Bergamaschi E, Cirila P, De Flora S, Foà V, Franchini I, Apostoli P. Linee guida per la sorveglianza sanitaria degli esposti a: 2-cromo e suoi composti; Soleo L (*coordinatore*), Russo A, Elia G, Foà V. Linee guida per la sorveglianza sanitaria degli esposti a: 3-mercurio inorganico; Apostoli P (*coordinatore*), Foà V, Mangili A, Di Scalzi G, Valsania MC, Mutti A, Pira E. Linee guida per la sorveglianza sanitaria degli esposti a: 4-nichel e suoi composti. In: Apostoli P, Imbriani M, Soleo L, Abbritti G, Ambrosi L (Eds). Linee guida per la formazione continua e l'accreditamento del medico del lavoro - Volume 16. Pavia: Tipografia Pime Editrice, 2005.

Alessio L (*coordinatore*), Porru S, Aparo UL, Bassetti D, Beltrame A, Buzzi F, Cipolloni L, Germano T, Lombardi R, Longo F, Palmi S, Papaleo B, Patacchia L, Persechino B, Placidi D, Polato R, Puro V, Saia B, Signorini S, Sossai D, Verani P, Vonesch N, Zanetti C. Linee guida per la sorveglianza sanitaria dei lavoratori della sanità esposti a rischio biologico. In: Apostoli P, Imbriani M, Soleo L, Abbritti G, Ambrosi L (Eds). Linee guida per la formazione continua e l'accreditamento del medico del lavoro - Volume 17. Pavia: Tipografia Pime Editrice, 2005.

Mutti A (*coordinatore*), De Palma G, Manini P, Baccarelli A, Bartolucci GB, Carta P, Dell'Omo M, Foà V, Ghittori S, Iavicoli S, Imbriani M, Manno M, Perbellini L, Pira E, Apostoli P. Linee guida per il monitoraggio biologico. In: Apostoli P, Imbriani M, Soleo L, Abbritti G, Ambrosi L (Eds). Linee guida per la formazione continua e l'accreditamento del medico del lavoro - Volume 18. Pavia: Tipografia Pime Editrice, 2006.

Bianco P (*coordinatore*), Anzelmo V, Abbate C, Bergamaschi A, Biggi N, Bovenzi M, Giorgianni M, Lacca G, Lasorsa G, Magrini A, Messineo A, Ossicini A, Porru S, Soleo L, Tomei F, Apostoli P, Castellino N. Linee guida: 1- per il primo soccorso nei luoghi di lavoro (art. 15 D.Lgs. 626/94); Bianco P (*coordinatore*), Anzelmo V, Castellino N. Linee guida: 2- per le vaccinazioni negli ambienti di lavoro. In: Apostoli P, Imbriani M, Soleo L, Abbritti G, Ambrosi L (Eds). Linee guida per la formazione continua e l'accreditamento del medico del lavoro - Volume 19. Pavia: Tipografia Pime Editrice, 2006.

Bergamaschi A (*coordinatore*), Bagnara S, Bolchin R, Ciardiello L, Cunego A, Gallo V, Leocata G, Livigni L, Magnavita G, Magnavita N, Magrini A, Mennoia NV, Messori C, Piccoli B, Sed B, Scip G, Stefanovich S. Disabilità e lavoro. In: Apostoli P, Imbriani M, Soleo

L, Abbritti G, Ambrosi L (Eds). Linee guida per la formazione continua e l'accreditamento del medico del lavoro - Volume 20. Pavia: Tipografia Pime Editrice, 2006.

22) LINEE GUIDA Aggiornamenti

Apostoli P (*coordinatore*), Bovenzi M, Occhipinti E, Romano C, Violante F, Cortesi I, Baracco A, Draicchio F, Mattioli S. Linee guida per la prevenzione dei disturbi e delle patologie muscolo scheletriche dell'arto superiore correlati con il lavoro (Upper Extremity Work-related Musculoskeletal Disorders - UE WMSDs). In: Apostoli P, Imbriani M, Soleo L, Abbritti G, Ambrosi L (Eds). Linee guida per la formazione continua e l'accreditamento del medico del lavoro - Volume 4 - Prima revisione. G Ital Med Lav Erg 2006; Allegato al Vol. XXVIII n. 3.

Bovenzi M (*coordinatore*), Angotzi G, Apostoli P, Negro C, Versini W. Linee guida per la prevenzione dei disturbi e delle patologie da esposizione a vibrazioni meccaniche negli ambienti di lavoro. In: Apostoli P, Imbriani M, Soleo L, Abbritti G, Ambrosi L (Eds). Linee guida per la formazione continua e l'accreditamento del medico del lavoro - Volume 5 - Prima revisione. G Ital Med Lav Erg 2007; Allegato al Vol. XXIX n. 2.

Pira E (*coordinatore*), Detragiache E, Discalzi G, Mutti A, Ghigo D, Iavicoli S, Apostoli P. Linee guida per la sorveglianza sanitaria degli esposti ad agenti cancerogeni e mutageni in ambiente di lavoro. In: Apostoli P, Imbriani M, Soleo L, Abbritti G, Ambrosi L (Eds). Linee guida per la formazione continua e l'accreditamento del medico del lavoro - Volume 2 - Prima revisione. G Ital Med Lav Erg 2007; Allegato al Vol. XXIX n. 3.

23) Atti del 68° Congresso Nazionale SIMLII, Parma ottobre 2005. A cura di A Mutti, M Goldoni Temi controversi in Medicina del Lavoro pp 51-63. MUP Editore, Parma, ottobre 2005.

24) Documento di consenso. Cesana G (*coordinatore*), Albini E, Bagnara S, Benedetti L, Bergamaschi A, Camerino D, Cassitto MG, Costa G, Ferrario M, Gilioli R, Iavicoli S, Livigni L, Lucchini R, Magrin ME, Menni C, Monaco E, Persechino B, Petyx M, Riboldi L, Romano C, Sed B. Valutazione, prevenzione e correzione degli effetti nocivi dello stress da lavoro. In: Apostoli P, Imbriani M, Soleo L, Abbritti G, Ambrosi L (Eds). Linee guida per la formazione continua e l'accreditamento del medico del lavoro - Volume 21. Pavia: Tipografia Pime Editrice, 2006

25) Iavicoli S, Rondinone BM, Abbritti G, Apostoli P, Soleo L, Persechino B. Formazione continua e accreditamento di eccellenza della SIMLII: risultati di un'indagine conoscitiva tra i soci. Med Lav 2008; 99, 145-156.

26) European Commission 1999. Guidelines on the application of precautionary principle. HB/hbd 98.DGXXIV EC.

27) Foà V, Bordiga A. Il principio di precauzione: è applicabile in medicina del lavoro G Ital Med Lav Erg 2003; 25: 303-333.

28) Mosconi G, Cassina T, Catenacci G, Ditaranto D, Frigeri G, Imbriani M, Merluzzi F, Mutti A, Riboldi L, Roscelli F, Saretto G, Toffoletto F, Violante F, Apostoli P. Ricerca e dimostrazione formale della evidenza ed efficacia in Medicina del lavoro G Ital Med Lav Ergon. 2006 Jan-Mar; 28(1 Suppl): 135-48.

29) Batista RN, Hodge MJ. Setting priorities and selecting topics for clinical practice guidelines. CMAJ 1995; 153: 1233-36.

30) Morin K, Rakatansky H, Riddick FA Jr, Morse LJ, O'Bannon JM 3rd, Goldrich MS, Ray P, Papanikolaou GN, Ioannidis JP. Declaring competing interests. Types of competing interests would be of interest. BMJ 2001; 323: 1187-88.

31) Fiori A. La medicina legale della responsabilità medica. Giuffrè Editore, 1999: 511-515.

32) Terrosi Vagnoli E, Le linee guida per la pratica clinica: valenze e problemi medico-legali, Rivista It Med Legale 1999; 189-223.