

SOCIETA' ITALIANA DI MEDICINA DEL LAVORO E IGIENE INDUSTRIALE
(SIMLII)

Prot. n. 10/06/SIMLII

VERBALE DEL CONSIGLIO DIRETTIVO

Roma, 23 maggio 2006: ore 10.00

Risultano presenti i Consiglieri: Prof. Ambrosi Luigi, Prof. Abbritti Giuseppe, Prof. Apostoli Pietro, Prof. Bergamaschi Antonio, Dr. Bianco Paolo, Dott. Iacovone Maria Teresa, Dr. Messineo Agostino, Dr. Ossicini Adriano, Prof. Picciotto Diego, Prof. Romano Canzio, Prof. Soleo Leonardo, Prof. Vinci Francesco.

Risultano assenti giustificati i Consiglieri: Prof. Bertazzi Pier Alberto, Prof. Bovenzi Massimo, Prof. Germanò Domenico, Dr. Iavicoli Sergio, Prof. Imbriani Marcello, Prof. Sanna Randaccio Francesco, Prof. Sannolo Nicola.

Risultano assenti giustificati i Presidenti Onorari Proff.ri Casula Duilio, Candura Francesco e Castellino Nicolò.

Risultano assenti giustificati il Prof. Saia Bruno, Coordinatore della Sezione nazionale Medicina Preventiva dei Lavoratori della Sanità, ed il Prof. Franchini Innocente, Coordinatore della Sezione nazionale Collegio dei Docenti Universitari di Medicina del Lavoro "Bernardino Ramazzini".

Risulta presente il Revisore dei Conti Prof. Seghizzi Paolo, mentre risultano assenti giustificati il Dr. Gelormini Alfonso e il Dr. Liotti Francesco.

Risulta presente il Dr. Ernesto Ramistella del Gruppo di lavoro Medici del Lavoro Competenti.

Assume le funzioni di Presidente il Prof. Luigi Ambrosi e quelle di Segretario il Prof. Leonardo Soleo.

Il Presidente, avendo constatato la presenza della maggioranza dei Consiglieri, dichiara aperta la seduta convocata con lettera del 2 maggio 2006 prot. n. 5/SIMLII/2006 per discutere il sottoindicato Ordine del Giorno.

=====^^^=====^^^=====

ORDINE DEL GIORNO

1. Comunicazioni del Presidente
2. Approvazione verbali del 14.2.06 e del 17.3.06
3. Situazione organizzazione Congresso ICOH 2006 e Montesilvano 2006
4. Dimissioni Prof. Apostoli da componente Consiglio Direttivo SIMLII nel Consiglio Amministrazione del Consorzio
5. Gruppo di lavoro Medici del Lavoro Competenti: nomina Coordinatore e Regolamento
6. Stampa linee guida trasversali
7. Contributo pervenuto dalla Regione Toscana
8. Ridefinizione delle macroregioni

Il Prof. Abbritti riferisce di aver partecipato a Milano ad una riunione in qualità di coordinatore nazionale ICOH, per la verifica dello stato di avanzamento dell'organizzazione del congresso ICOH 2006.

In quella sede ha appreso che le pubblicazioni degli Atti Congressuali consisteranno in:

- un fascicolo della Medicina del Lavoro di circa 300 pagine ove saranno riportate le relazioni congressuali in inglese, da consegnare a tutti gli iscritti;
- un fascicolo di circa 106 pagine della Medicina del Lavoro che riporterà le relazioni congressuali in inglese delle due giornate di SIMLII in ICOH, da consegnare a tutti gli iscritti;
- un thesaurus sui congressi ICOH + un CD, da consegnare a tutti gli iscritti;
- un libro degli abstract su Medicina del Lavoro, da dare a tutti gli iscritti.

Il Prof. Apostoli fa presente, ed altri Consiglieri si associano, che SMLII ha fornito un notevole contributo scientifico ad ICOH 2006. Oltre al fascicolo della Medicina del Lavoro, citato da Abbritti, infatti, SIMLII ha prodotto un volumetto in inglese che riporta 5 Linee guida i cui argomenti sono di interesse sovranazionale. Tale volumetto sarà stampato in inglese e dato a tutti gli iscritti. Inoltre SIMLII, nelle quattro sessioni pomeridiane, contribuisce con 34 comunicazioni pubblicate in italiano sul GIMLE e presentate sotto forma di poster in inglese, e offre Euro 5.000,00 per i colleghi dei paesi in via di sviluppo.

In riferimento alla stampa delle Linee guida in inglese, Apostoli ricorda che il Consiglio approvò la stampa di 4000 copie al costo di Euro 11.000, da dare agli iscritti ICOH. Poiché l'organizzazione del Congresso ICOH 2006 ha comunicato che sono sufficienti soltanto 2500 copie del volume, il Segretario ha chiesto un nuovo preventivo a PI-ME.

Soleo riferisce che il preventivo proposto da PI-ME per la stampa di 2500 copie delle Linee guida in inglese è di Euro 9.200,00 IVA assolta.

Il Consiglio all'unanimità approva il preventivo per la stampa di 2500 copie delle Linee guida anzidette e invita il Segretario a comunicare l'approvazione del preventivo a PI-ME.

d. Congresso di Montesilvano

Il Presidente informa che il Prof. Boscolo, che sta curando l'organizzazione del 69° Congresso Nazionale SIMLII a Montesilvano, ha chiesto al Consiglio di supportarlo nella individuazione dei moderatori per le diverse sessioni congressuali. A tal fine il Consiglio all'unanimità, dopo breve discussione, individua i seguenti moderatori:

- I Sessione: Compiti del Medico del Lavoro alla luce dei decreti applicativi delle Direttive Comunitarie. Moderatori: Ambrosi L., Vinci F., Bertazzi P.A.

- II Sessione: La nuova tabella delle Malattie Professionali. Moderatori: Germanò D., Ossicini A., Bergamaschi A.

- III Sessione: Stima dell'esposizione ed effetti sull'apparato respiratorio degli inquinanti aerodispersi nell'ambiente di lavoro. Moderatori: Carta P., Abbritti G., Imbriani M.

- IV Sessione: Linee guida sugli infortuni sul lavoro. Moderatori: Apostoli P., Bianco P., Picciotto D.

-V Sessione: Organi di vigilanza e medici competenti per la prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro. Moderatori: Boscolo P., Cristaudo A., Iavicoli S.

Il Consiglio invita il Segretario a trasmettere le decisioni assunte al Prof. Boscolo.

4. Dimissioni Prof. Apostoli da componente Consiglio Direttivo SIMLII nel Consiglio Amministrazione del Consorzio

Il Presidente comunica di aver ricevuto il 21 aprile 2006 dal Prof. Apostoli una E-mail dal seguente contenuto:

“Chiar.mo Prof. L. Ambrosi,
Presidente SIMLII
Sede

Comunico le mie irrevocabili dimissioni da componente del CA del Consorzio nel quale era stato designato da SIMLII. Pertanto chiedo che al prossimo Direttivo Nazionale sia prevista la mia sostituzione.

Cordiali saluti.
P. Apostoli”

Interviene il Prof. Apostoli che illustra le ragioni di quanto comunicato al Presidente il 21.4.06. La decisione scaturisce da una esplicita sfiducia manifestata nei suoi confronti dall'Amministratore Delegato del Consorzio in conseguenza della pubblicazione sul Sole 24 ore di un articolo sulla Formazione di Eccellenza SIMLII, a firma di Abbritti e Apostoli.

Dichiara, inoltre, di aver consegnato una dettagliata memoria di quanto accaduto nel corso dell'ultimo Consiglio di Amministrazione del Consorzio.

Il Prof. Abbritti ricorda come il Prof. Apostoli abbia contribuito al rapporto con la Fondazione S. Maugeri per la formazione del Consorzio.

Il Prof. Seghizzi ricorda come le incomprensioni siano sorte a causa della insufficiente comunicazione e dei conseguenti equivoci interpretativi. Ribadisce, inoltre, la irrinunciabilità del ruolo svolto dal Prof. Apostoli come proponente e realizzatore del Consorzio e del rapporto fra SIMLII e Fondazione Salvatore Maugeri.

Intervengono Soleo e altri Consiglieri, che si dicono rammaricati per quanto accaduto, ricordando come il Consorzio resta ancora il riferimento per le attività di Accreditamento di Eccellenza SIMLII, almeno fino al 2007.

Il Consiglio, dopo approfondita discussione, prende atto delle dimissioni del Prof. Apostoli da componente SIMLII nel Consorzio e decide all'unanimità di non nominare alcun sostituto.

5. Gruppo di lavoro Medici del Lavoro Competenti: nomina Coordinatore e Regolamento

Il Presidente comunica che il 7 aprile 2006 a Roma si è riunito il Gruppo di Lavoro Medici del Lavoro Competenti SIMLII. In tale occasione il Gruppo di Lavoro ha nominato coordinatore il Dr. Ernesto Ramistella, già invitato a partecipare alle riunioni del Consiglio Direttivo, ed ha predisposto un Regolamento che il Consiglio deve approvare. Il Verbale della riunione del gruppo di lavoro Medici del Lavoro Competenti (Allegato 1) ed il Regolamento (Allegato 2) sono stati trasmessi a tutti i Consiglieri dal Segretario il giorno 2 maggio 2006.

Il Consiglio, dopo breve discussione, approva all'unanimità il verbale della riunione del Gruppo di Lavoro Medici del Lavoro Competenti ed il Regolamento.

6. Stampa linee guida trasversali

Il Segretario riferisce di aver contattato la PI-ME Editrice, che stampa le Linee guida del Consorzio, richiedendo un preventivo di spesa per la stampa di 1500 copie delle due Linee guida sulla Valutazione del rischio e sulla Sorveglianza sanitaria.

La PI-ME in data 5.4.06 ha fatto pervenire un preventivo di Euro 5.250,00 per la stampa di 1500 copie delle Linee guida sulla Valutazione del rischio e di Euro 8.925,00 per la stampa di 1500 copie delle Linee guida sulla Sorveglianza sanitaria.

Il Consiglio, dopo breve discussione, approva all'unanimità la spesa di Euro 14.175,00 IVA assolta per la stampa di 1500 copie delle due Linee guida da fornire agli iscritti del Congresso SIMLII di Montesilvano.

Il Segretario provvederà a comunicare a PI-ME le decisioni del Consiglio. Inoltre, il Segretario richiederà a PI-ME un preventivo di spesa per la stampa dello Statuto e del Regolamento SIMLII da consegnare agli iscritti al Congresso di Montesilvano.

Il Prof. Apostoli, Coordinatore per la produzione delle Linee guida, ripropone al Consiglio il problema della preparazione delle Linee guida sugli irritanti respiratori, che è in notevole ritardo rispetto agli impegni assunti dal Coordinatore. Egli invita il Presidente a contattare il Prof. Sanna Randaccio per verificare la possibilità di proporre un nuovo Coordinatore.

Il Prof. Apostoli propone di affidare il coordinamento delle Linee guida sulla Promozione della salute al Prof. Antonio Bergamaschi. Il Consiglio approva all'unanimità.

Il Prof. Bergamaschi comunica che sono quasi pronte le Linee guida su handicap e lavoro.

7. Contributo pervenuto dalla Regione Toscana

Il Presidente informa che è pervenuto un avviso di pagamento alla SIMLII dalla Regione Toscana, quale contributo richiesto dal Prof. Vincenzo Cupelli per il Congresso organizzato a Firenze dal 16 al 18 novembre 2005, dell'importo di Euro 5.164,57.

Il Consiglio Direttivo, all'unanimità, facendo seguito alla richiesta pervenuta dal Prof. Cupelli decide di tenere a sua disposizione la somma di Euro 5.164,57.

8. Ridefinizione delle macroregioni

Alcuni Consiglieri ritengono di rivedere la collocazione della Sezione Regionale Sarda nell'ambito delle tre macroaree individuate dal Regolamento nell'art. 24.

Il Consiglio, dopo breve discussione, ritiene all'unanimità di ricollocare la Sezione Regionale Sarda tra le macroaree del Sud, anziché tra quelle del Centro, modificando l'art. 24 del Regolamento.

9. Iscrizioni e cancellazioni

Hanno presentato la domanda di iscrizione alla SIMLII:

ANDREINA	Elena	MARCECA	Patrizia
ANSELMO	Felice Antonio	MARRONE	Giuseppina
ARCADIPANE	Concetta	MISTRETTA	Giovanna
BASTIANINI	Sabrina	PAGANINI	Fabrizio

BIONDO	Valeria	PANARACE	Lucia
BORCHINI	Rossana	PARIS	Sonia
BRUNO	Stefano	PERRETTA	Vladimiro
BURGIO	Carlo	RANDELLINI	Elio
CAMINITA	Maria Letizia	RIBALLO	Paolo Gioacchino
CARADONNA	Maria	RIVOLTA	Giuseppe
CASALE	Maria Cristina	ROSSI	Luigi
COCCO	Simonetta	SALANO	Riccardo
COGNOLA	Maurizio	SIMONCINI	Marina
COIA	Maura	SPINELLI	Simonetta
DI PIETRO	Antonio	SUDANO	Domenica
FIGLIOLA	Francesco	TAFFI	Giulio
FORNARI	Riccardo	TARQUINI	Monia
FOTI	Tiziana	TRANCHINA	Ernesto
GIUBILEO	Lorenzo	VALENTI	Enzo
GIUNTA	Angelo	VEGNA	Valerio
GRIGNASCHI	Paola Antonella	VELARDO	Rosa Maria
LASTELLA	Michele	VENTURINI	Carlo
LEGNAZZI	Valentina		

Il Consiglio approva all'unanimità le domande anzidette.

Il Dr. Faccioli Croce Nadeja chiede di essere depennato da socio SIMLII.

Il Consiglio approva all'unanimità la richiesta del Dr. Faccioli Croce Nadeja.

10. Varie ed eventuali

a. Collaborazione con la Società Italiana di Medicina dello Sport

Il Presidente comunica di aver ricevuto, insieme al Prof. Apostoli, una lettera dal Presidente della Società Italiana di Medicina dello Sport con la quale si chiedeva alla SIMLII di definire un gruppo di lavoro misto per studiare i problemi relativi alla sicurezza dei campi di calcio in materie plastiche.

Il Consiglio, dopo breve discussione, ha ritenuto la proposta valida ed ha approvato all'unanimità un gruppo di lavoro composto da Ambrosi, Apostoli, Picciotto e Abbritti del Consiglio Direttivo e dal socio Di Lorenzo Luigi, per lo studio insieme ai medici sportivi delle problematiche anzidette.

b. Documento di Consenso

Il Presidente informa che il gruppo di lavoro composto da Apostoli, Bertazzi e Iavicoli ha messo a punto una flowchart per l'adozione di Documenti di Consenso da parte della Società.

Il Prof. Apostoli illustra brevemente il documento che viene approvato all'unanimità dal Consiglio dopo breve discussione (Allegato 3).

c. Assegnazione quote regionali

Il Segretario comunica che per l'anno sociale 2005 i soci in regola con il pagamento della quota sociale sono stati il 53.1% (Tabella 1). Nella tabella 1 sono anche riportate le quote spettanti alle singole Sezioni regionali.

Il Segretario propone al Consiglio di attribuire alle Sezioni regionali per l'anno 2005 quanto riportato nella tabella, che corrisponde ad Euro 15,00 a socio in regola con la quota sociale, cioè il 18.75% della quota sociale annuale.

TABELLA 1

SEZIONE	ISCRITTI AL 2005	QUOTE PAGATE AL 2005		TOTALE ASSEGNATO IN EURO
		N	%	
PIEMONTE-AOSTA	117	75	74.3	1.125,00
LOMBARDIA	374	230	61.5	3.450,00
LIGURIA	24	15	62.5	225,00
TRIVENETO	188	105	55.8	1.575,00
EMILIA	110	79	71.2	1.185,00
TOSCANA	110	66	60.0	990,00
MARCHE	50	27	54.0	405,00
UMBRIA	112	72	64.3	1.080,00
LAZIO-ABRUZZO	595	284	47.7	4.260,00
MOLISE	12	5	42.0	75,00
CAMPANIA	202	79	39.1	1.185,00
PUGLIA-BASILICATA	182	111	61.0	1.665,00
SICILIA-CALABRIA	321	130	40.5	1.950,00
SARDEGNA	51	22	43.1	330,00
TOTALE	2448	1300	53.1	19.500,00

Il Consiglio, dopo breve discussione, approva all'unanimità la proposta del Segretario.

d. Documento di Consenso su MCS

Il Presidente informa che il gruppo di lavoro composto da Mutti, Apostoli e Romano ha inviato il Documento finale sulla MCS. Egli ricorda che il Documento fu presentato in una seduta pubblica al Congresso SIMLII di Parma. Successivamente il Documento è stato rivisto con la partecipazione di Lotti, Manzo, Carrer e Magnavita.

Il Documento finale è pervenuto al Segretario il 18 maggio 2005 e nella stessa giornata è stato trasmesso ai Consiglieri.

Il Documento di Consenso sulla MCS viene approvato all'unanimità dal Consiglio Direttivo.

Il Consiglio ritiene che il Documento di Consenso su MCS debba essere pubblicato sul sito della SIMLII e su quello del Medico Competente oltre che sulle due riviste "La Medicina del Lavoro" ed il "Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia".

e. Gruppo di lavoro per l'attuazione delle innovazioni introdotte dallo Statuto e Regolamento per le elezioni degli Organi Collegiali

Il Prof. Apostoli segnala l'urgenza dell'attuazione delle innovazioni introdotte dallo Statuto e dal Regolamento per le elezioni degli Organi Collegiali della SIMLII, tenuto conto che il termine per la presentazione delle candidature scade il 26 agosto 2006.

Pertanto egli invita la Commissione composta da Ambrosi, Soleo, Romano e Ossicini ad essere operativa.

Il Consiglio prende atto.

f. Commissione parlamentare d'inchiesta su infortuni e Medici competenti

Il Prof. Romano richiama l'attenzione del Consiglio sulla comunicazione trasmessa ai Consiglieri dal Dr. Alfonso Cristaudo a proposito della Commissione parlamentare senatoriale d'inchiesta sugli infortuni e Medici competenti.

Il Dr. Cristaudo così scrive:

“La Commissione ha lavorato dal marzo 2005 al marzo 2006. Sono stati trattati anche temi di interesse per i medici competenti e per le Scuole di Specializzazione.

La Commissione, per le parti di nostro interesse, ha espresso le seguenti considerazioni nel capitolo 2 :

"Riguardo alla figura del medico competente, una controversa novella al decreto legislativo n. 626 (operata in sede di conversione del decretollegge 12 novembre 2001, n. 402) ha esteso l'ambito dei soggetti legittimati.

Essa ha infatti ammesso, come titolo, anche le specializzazioni in igiene e medicina preventiva o in medicina legale e delle assicurazioni (mentre in precedenza si faceva riferimento solo alle specializzazioni attinenti alla medicina del lavoro o industriale, oltre ai soggetti autorizzati ai sensi della norma transitoria del 1991).

Sussiste l'esigenza di una rimediazione di tale ampliamento, ferma restando, in caso di adozione di interventi normativi restrittivi, la definizione di disposizioni transitorie in favore dei soggetti ora ammessi, che consentano loro la prosecuzione dell'attività, se svolta già da un certo lasso di tempo, subordinandola, in ipotesi, allo svolgimento di una formazione integrativa. Naturalmente, la revisione dei titoli di legittimazione dovrebbe essere accompagnata, a regime, anche da un elevamento, nella programmazione delle università, del numero di posti relativo alle specializzazioni ancora ammesse".

Così chiosa nelle conclusioni: *"In merito alla categoria del medico competente e, in particolare, alla possibilità di adozione di un intervento restrittivo sui titoli di legittimazione per tale professione, si rinvia ad alcune considerazioni e proposte svolte nella parte generale della relazione (capitolo 2)".*

La Relazione è visibile al seguente indirizzo:

http://www.senato.it/documenti/repository/commissioni/infortuni/documento_conclusivo/22-bis-n5.PDF

A tale proposito ho inserito una news nel sito www.medicocompetente.it

Con molti saluti
Alfonso Cristaudo”

Il Consiglio ritiene che la Commissione senatoriale abbia giustamente richiamato la questione dell'art. 1 bis, sulla quale occorrerà continuare a discutere con gli igienisti e medici legali da un lato e con gli organi ministeriali dall'altro.

g. Accordo sindacato/datori di lavoro europei su silice/silicosi/cancro

Il Prof. Romano informa il Consiglio di un accordo tra sindacati e parti datoriali europei in cui si ritiene la silice capace di provocare silicosi e la silicosi il cancro polmonare e in cui si richiama l'attenzione delle diverse parti sociali sul promuovere sempre più la prevenzione della silicosi per evitare il cancro polmonare.

Il Consiglio prende atto.

La seduta è tolta alle ore 13.00

Il Segretario
Prof. Leonardo Soleo

Il Presidente
Prof. Luigi Ambrosi

ALLEGATO 1

VERBALE DELLA RIUNIONE Gruppo di Lavoro Medici del Lavoro Competenti SIMLII

Roma, 7 aprile 2006: ore 10.30

Presso i locali dell'Istituto di Medicina del Lavoro, siti al II piano di Via Vittorio Emanuele, 244 in Roma, si è svolta in data odierna la prima riunione del Gruppo di Lavoro Medici del Lavoro Competenti SIMLII (di seguito nominato GdL), come da delibera dell'Assemblea SIMLII del 7 novembre 2005 in Parma.

Il GdL è così composto: Andrea Capri, Alfonso Cristaudo, Assunta De Rosa, Claudio Gili, Mario Giorgianni, Ernesto Ramistella, Cristiano Ravalli, Guglielmo Trovato.

Tutti presenti.

Alle ore 11.00 viene aperta ufficialmente la riunione.

I colleghi Cristaudo e Ramistella, promotori della mozione approvata in sede di Assemblea SIMLII, illustrano l'Ordine del Giorno.

- 1) Formalizzazione della costituzione del Gruppo di Lavoro
- 2) Proposta di Regolamento
- 3) Proposta di Programma di lavoro
- 4) Nomina del Coordinatore
- 5) Varie ed eventuali

- 1) Formalizzazione della costituzione del Gruppo di Lavoro

I colleghi Cristaudo e Ramistella, in qualità di promotori dell'iniziativa, formalizzano la costituzione del GdL.

- 2) Proposta di Regolamento

Il dr. Ramistella propone una bozza di regolamento del GdL. Dopo ampia discussione il GdL approva all'unanimità un Regolamento composto da 11 articoli («allegato A» al presente verbale).

- 3) Proposta di programma di lavoro

Il GdL identifica 5 macro aree che saranno oggetto dell'attività dei prossimi mesi.

- a) Ruolo e qualifica del medico del lavoro competente;
- b) Rapporti contrattuali del medico del lavoro competente;
- c) Strumenti informativi del medico del lavoro competente, semplificazioni burocratiche, procedure e rapporti con gli Enti pubblici;
- d) Qualità del lavoro del medico del lavoro competente, preparazione e percorsi formativi;
- e) Rapporti con gli organi di vigilanza.

Vengono pertanto formalizzati 5 sottogruppi che si occuperanno nello specifico di approfondire le problematiche delle 5 macro aree e di fornire possibili soluzioni.

Si occuperanno dei sottogruppi:

- a: Dr. Alfonso Cristaudo e Dr. Mario Giorgianni;
- b: Dr. Andrea Capri e Dr. Cristiano Ravalli;
- c: Dr. Claudio Gili e Dr. Guglielmo Trovato;
- d: Dr.ssa Assunta De Rosa e Dr. Ernesto Ramistella

Il punto «e» sarà oggetto di specifica trattazione nell'ambito del prossimo congresso nazionale SIMLII a Montesilvano (Pescara), che si terrà dal 26 al 28 Ottobre 2006.

I referenti dei sottogruppi inviteranno altri medici del lavoro competenti iscritti SIMLII alla partecipazione ai lavori, al fine di coinvolgere il più possibile le diverse componenti e rappresentanze dell'attività del medico del lavoro competente.

- 4) Nomina del Coordinatore

Il GdL, in considerazione dell'impegno, della costanza e passione dimostrata nell'intraprendere questa iniziativa, su proposta del Dr. Alfonso Cristaudo nomina, all'unanimità, il Dr. Ernesto

Ramistella quale Coordinatore del GdL. Viene, altresì, nominata Vice-Coordinatrice la collega Assunta De Rosa.

5) Varie ed eventuali

Si stabilisce di diffondere l'attività del GdL sui siti: www.simlil.net e www.medicocompetente.it. In quest'ultimo, in particolare, verrà attivata una sezione appositamente dedicata all'attività del GdL e dei sottogruppi, raccogliendo i commenti, suggerimenti e proposte di tutti i medici del lavoro competenti registrati al sito e iscritti alla SIMLII.

Verrà inoltre inoltrata una newsletter periodica a tutti coloro che, all'atto dell'iscrizione al sito, hanno aderito a tale servizio, al fine di rendere completa e tempestiva l'informazione degli iscritti.

La riunione termina alle 15.45 con i ringraziamenti del Coordinatore, dr. Ernesto Ramistella, per la fiducia accordatagli dai componenti del GdL, certo che la futura attività sarà intensa ma nel contempo ricca di soddisfazioni per tutti i medici del lavoro competenti che ci pregiamo di rappresentare all'interno della nostra SIMLII.

ALLEGATO 2

SOCIETA' ITALIANA DI MEDICINA DEL LAVORO E IGIENE INDUSTRIALE (S.I.M.L.I.I.)

REGOLAMENTO

GRUPPO DI LAVORO MEDICI DEL LAVORO COMPETENTI Anno 2006

Articolo 1 (Definizione)

Tra gli iscritti alla Società Italiana di Medicina del Lavoro ed Igiene Industriale (appresso indicata come "SIMLII"), che svolgono attività fondamentale di Medici Competenti, viene costituito il "Gruppo di Lavoro Medici del Lavoro Competenti" (appresso indicato come "GdL").

Il Gruppo di Lavoro si propone come organo propositivo nei confronti dei medici del lavoro competenti (appresso indicati come "MeLC") e degli organi nazionali della Società.

Articolo 2 (Durata)

Il GdL dura in carica 4 anni e viene rinnovato contestualmente al rinnovo del Consiglio Direttivo Nazionale SIMLII.

Articolo 3 (Composizione)

Possono far parte del GdL esclusivamente i soci SIMLII laureati in Medicina e Chirurgia e specialisti in Medicina del Lavoro [o autorizzati all'attività di medico competente ai sensi dell'art. 55 del D.Lgs. 277/91] che svolgono prevalentemente attività professionale di «medico competente» ai sensi della normativa vigente.

Esso è costituito da 8 componenti, di cui 2 designati dal Consiglio Direttivo Nazionale e 6 quali espressione delle tre macro-regioni di cui allo statuto e al regolamento SIMLII.

Nel caso di dimissioni o di defezione di uno dei componenti si procede per cooptazione nella prima riunione successiva all'evento, nelle more della nuova nomina da parte del CD nazionale SIMLII o della macro-area relativa.

Articolo 4 (Scopi)

Il GdL ha lo scopo di favorire il più completo sviluppo della Società, in accordo con gli obiettivi statutari, nonché di stimolare e promuovere la partecipazione attiva di tutti i soci «Medici del Lavoro Competenti» e ha il compito, nelle linee di sviluppo generali della Società, di esaminare e di studiare gli aspetti specifici nei confronti delle attività proprie del Medico del Lavoro Competente nel rispetto dell'art.1 comma 2.

Il «Gruppo di Lavoro Medici del Lavoro Competenti» si configura come uno strumento specifico della Società italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale e agisce su mandato del Consiglio Direttivo Nazionale, in accordo con gli obiettivi statutari della stessa Società.

Il GdL si propone di:

- A.** rappresentare i MeLC nei settori pertinenti nella difesa degli interessi legittimi della disciplina;
- B.** stimolare iniziative intese a tutelare e promuovere il ruolo della disciplina nelle attività professionali specifiche;
- C.** promuovere attività organizzative, formative e di ricerca;
- D.** promuovere rapporti della SIMLII con altri organismi internazionali, nazionali, regionali e locali operanti nel settore della Medicina del Lavoro per favorire l'aggiornamento professionale periodico dei MeLC;
- E.** stimolare la SIMLII con progetti per l'elaborazione e l'analisi di proposte per normative nazionali o comunitarie;
- F.** esprimere pareri e giudizi su rilevanti questioni di interesse specifico dei MeLC nell'ambito della disciplina, anche a richiesta della Presidenza e del Consiglio Direttivo Nazionale.

Articolo 5 (Iniziative)

Per promuovere gli scopi prefissati il GdL potrà:

- A. divulgare le proposte normative suggerite dal GdL e dalla SIMLII in merito alle attività dei MeLC e promuoverne la discussione;
- B. promuovere le Linee Guida SIMLII, stimolando la discussione tra i MeLC al fine della loro diffusione e di progressivi adeguamenti alle realtà operative dei contenuti scientifici proposti;
- C. promuovere eventi, seminari e convegni per la presentazione e discussione di argomenti di carattere normativo, scientifico e operativo di interesse per i MeLC;
- D. promuovere sottogruppi di lavoro a cui potranno partecipare i MeLC sulla base dell'adesione volontaria e delle specifiche competenze;
- E. informare periodicamente i MeLC delle iniziative assunte, anche tramite i siti internet ww.simlii.net e www.medicocompetente.it
- F. promuovere ogni altra iniziativa atta a favorire le finalità del GdL

Articolo 6 (Riunioni)

Il GdL si riunisce ogni qualvolta se ne ravvisi la necessità e, comunque, almeno due volte l'anno.

Una riunione del GdL è di regola convocata nell'ambito del Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina del Lavoro ed Igiene Industriale.

Il GdL elegge al suo interno il Coordinatore e il Vice-Coordinatore, che durano in carica quattro anni.

Le riunioni sono presiedute dal Coordinatore o, in sua assenza, dal Vice-Coordinatore e deliberano a maggioranza dei voti dei presenti. Non sono ammesse deleghe. Le riunioni sono valide in presenza di almeno 5 componenti.

In occasione della riunione annuale viene presentata una relazione al Consiglio Direttivo Nazionale SIMLII sulle proposte di attività che si intende intraprendere, relazione che deve essere sottoposta all'approvazione del Consiglio Direttivo stesso.

Articolo 7 (Coordinatore)

Il Coordinatore ha la rappresentanza del GdL, convoca e presiede le riunioni, adempie a tutte le funzioni demandate dal presente regolamento.

Può prendere, in casi urgenti, decisioni in attesa della successiva approvazione da parte del Consiglio direttivo nazionale SIMLII in occasione della prima riunione del medesimo.

Il Coordinatore del GdL partecipa alle riunioni del Consiglio Direttivo Nazionale SIMLII in qualità di invitato, senza diritto di voto, come da specifica delibera del medesimo Consiglio Direttivo.

Articolo 8 (Vice-coordinatore)

Il Vice-Coordinatore è eletto all'interno del GdL contestualmente all'elezione del Coordinatore e subentra al coordinatore nei casi di impedimento dello stesso.

In generale redige i verbali delle riunioni e li trasmette al Consiglio Direttivo nazionale della Società italiana di Medicina del Lavoro ed Igiene Industriale; assiste il Coordinatore nel disbrigo delle pratiche e lo coadiuva nella stesura della relazione programmatica annuale.

Articolo 9 (Sede)

Il GdL ha sede presso la sede della Società Italiana di Medicina del Lavoro ed Igiene Industriale.

Articolo 10 (Fondi)

La nomina a componente del GdL o la partecipazione a sottogruppi di lavoro non dà luogo ad alcun compenso, neanche sotto forma di gettoni di presenza o altre forme – dirette o indirette – di distribuzione. Eventuali rimborsi delle spese sostenute per garantire la partecipazione dei componenti alle riunioni possono essere reperiti tra i MeLC iscritti alla SIMLII o con altre modalità di autofinanziamento.

Il Consiglio Direttivo Nazionale SIMLII può stabilire forme di finanziamento di specifiche iniziative.

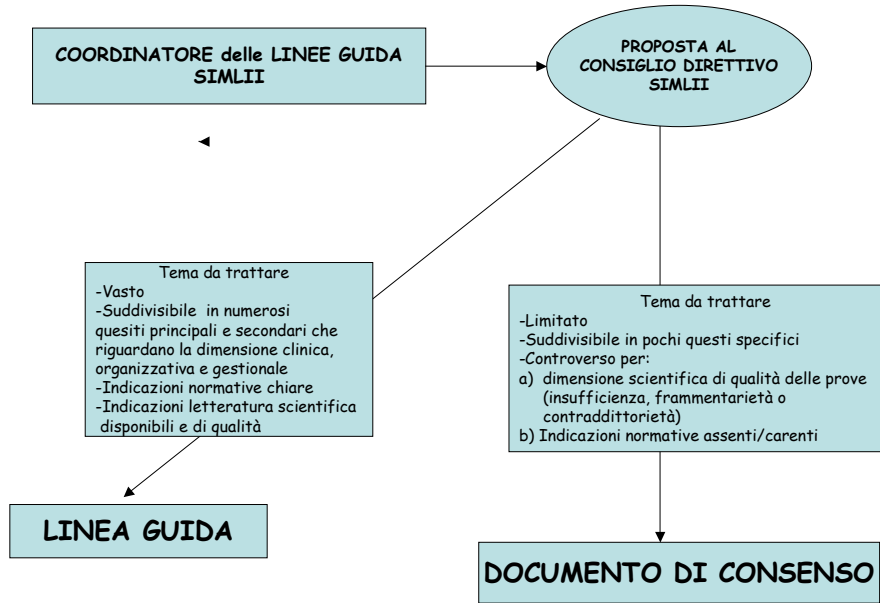
Articolo 11 (Entrata in vigore)

Il presente Regolamento è stato redatto in occasione della prima riunione del GdL ed entrerà in vigore in seguito all'approvazione del Consiglio Direttivo Nazionale SIMLII.

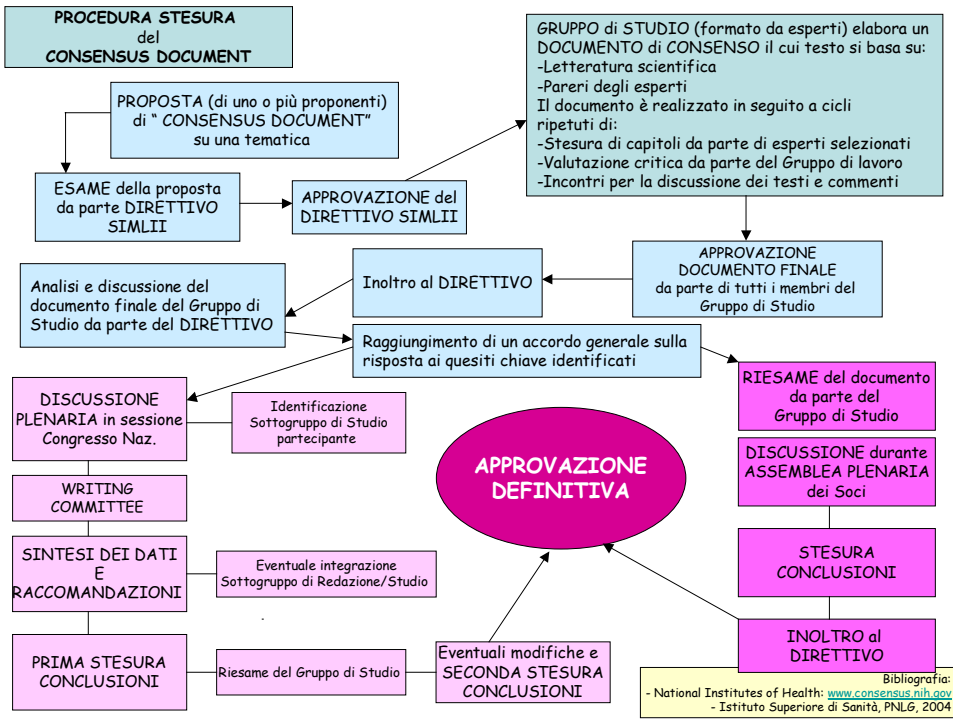
Eventuali modifiche del Regolamento possono essere proposte in sede di riunione annuale e devono essere sottoposte alla approvazione del suddetto Consiglio Direttivo.

Roma, 7 Aprile 2006

ALLEGATO 3



Bibliografia:
 - National Institutes of Health: www.consensus.nih.gov
 - Istituto Superiore di Sanità, PNL6, 2004



Bibliografia:
 - National Institutes of Health: www.consensus.nih.gov
 - Istituto Superiore di Sanità, PNL6, 2004

ALLEGATO 4

DOCUMENTO DI CONSENSO SULLA MULTIPLE CHEMICAL SENSITIVITY (MCS)

Premesse

Il tema della multiple chemical sensitivity (MCS) è da tempo dibattuto dalla comunità scientifica della nostra e di altre aree disciplinari, che hanno ripetutamente espresso la loro difficoltà a riconoscerla come entità nosografica definibile. Questa tematica è stata affrontata per la prima volta in Italia 10 anni or sono, in occasione del Simposio internazionale su Salute umana e ambiente (Salsomaggiore, 25-30 settembre, 1994). Nell'ultimo decennio, sono stati pubblicati numerosi studi e documenti sulla MCS (circa 500 pubblicazioni reperibili con Medline ed oltre 93.000 citazioni attraverso Google Scholar). Nonostante la gran mole di documenti, non sono disponibili risposte decisive ai quesiti sugli aspetti incerti e controversi, riguardanti sia la natura delle manifestazioni che i possibili meccanismi eziopatogenetici. Nonostante tali incertezze, sono state promosse negli ultimi anni diverse iniziative a livello nazionale e regionale, per ottenere il riconoscimento della MCS come malattia rara e, quindi, la possibilità di accertamenti pressoché illimitati a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

La MCS viene descritta come una multiforme sintomatologia attribuibile ad un disagio scatenato dalla presenza di sostanze chimiche, in assenza di segni obiettivi. La natura dei sintomi dichiarati e la loro combinazione appaiono assai complesse e mutevoli (Winder, 2002). Numerosissimi studi hanno tentato di correlare la MCS con vari parametri ematochimici, senza giungere a risultati coerenti (Baines et al., 2004; Fiedler e Kipen, 2001; Fiedler et al., 2004; Leznoff, 1997; Dearman e Kimber, 2002; Miller et al., 1999). Altri hanno posto in relazione la MCS con particolari genotipi metabolici (McKeown-Eyssen et al., 2004), senza però dimostrare alcuna relazione tra il metabolismo di determinate sostanze chimiche e gli effetti ad esse attribuiti. Infine, sono state proposte numerose ipotesi per cercare di spiegare i meccanismi alla base delle manifestazioni (Kipen e Fiedler 2002 a e b).

La nostra disciplina è stata coinvolta per studiare la possibile origine lavorativa della MCS. Il Consiglio Direttivo Nazionale della SIMLII ha pertanto deciso di discutere l'argomento, al fine di ricercare una posizione dei medici del lavoro italiani su questo argomento che fosse la più condivisa possibile ed ha al riguardo approvato un documento di lavoro, discusso nella seduta plenaria del 7 ottobre 2005 nell'ambito del 68° Congresso Nazionale (Parma, 5-8 ottobre 2005). La sessione è stata introdotta da una relazione del prof M Lotti e conclusa dal prof L Manzo. In quella occasione, sono stati presentati i contributi di P Carrer et al. e di B Papaleo et al. e si è registrato un ampio dibattito.

Ottenuti i commenti scritti al documento, è stata convocata una nuova riunione a Parma (4 marzo 2006), espressamente finalizzata alla stesura della versione definitiva del documento di consenso, prima della definitiva approvazione da parte del Consiglio direttivo della SIMLII.

Alla riunione sono stati invitati tutti coloro che avevano partecipato alla stesura del documento di lavoro o che avevano fornito un contributo nel corso della sessione sopraccitata nell'ambito del 68° Congresso Nazionale della SIMLII. Oltre alle giustificazioni per le assenze, i due assenti giustificati hanno inviato le loro osservazioni scritte, di cui si è tenuto conto nella stesura del documento finale.

1 Definizioni

A metà anni '50, in ambito allergologico, TG Randolph (1956) aveva suggerito il termine di “malattia ambientale” per descrivere ciò che non era riuscito a incasellare nella nosologia allora disponibile, a proposito di un gruppo di suoi assistiti che manifestava reazioni negative a sostanze chimiche. In questi primi tentativi di definizione i disturbi venivano attribuiti ad una sorta di “incapacità di adattamento” a vari composti chimici presenti in cosmetici, benzina, fumi di scarico, additivi alimentari, oggetti o arredi di uso comune.

La prima definizione organica di MCS è quella di Cullen et al (1987) come **“disordine acquisito caratterizzato da sintomi ricorrenti, a carico di più organi ed apparati, che insorgono in risposta ad una esposizione dimostrabile a sostanze chimiche, anche a concentrazioni molto inferiori a quelle che sono in grado di causare effetti sulle condizioni di salute nei soggetti appartenenti alla popolazione generale”**.

L'International Programme on Chemical Safety (IPCS) dell'OMS ha proposto nel 1996 una definizione su cui un gruppo di esperti ha raggiunto un esplicito consenso: **“un disturbo acquisito con molteplici sintomi ricorrenti associato a diversi fattori ambientali tollerati dalla maggioranza della popolazione, non spiegabile per mezzo delle attuali conoscenze internistiche o psichiatriche”**. In quella sede, la MCS era stata definita anche come “Idiopathic Environmental Intolerance”, per sottolineare come i sintomi erano non solo riferiti ad esposizioni a sostanze chimiche ma anche a fattori di rischio fisico, quali i campi elettromagnetici.

Questo concetto è stato ripreso da Sparks (2000), che – in alternativa alla MCS – ha proposto l'indicazione di Intolleranza Ambientale Idiopatica (IAI), definita come **“malattia cronica ricorrente, causata dall'incapacità di una persona a tollerare una sostanza chimica ambientale o una classe di sostanze chimiche esogene”**. La IAI rappresenterebbe, a detta dei proponenti, una complessa interazione gene-ambiente, la cui vera causa è attualmente sconosciuta, per la quale è individuabile (ma non sempre) un evento precipitante (come, ad esempio, annusare una sostanza) ed una risposta che coinvolge uno o più organi o sistemi. A seconda delle sue caratteristiche (prevalere di disturbi somatici o psicologici) può essere confusa con fenomeni allergici o con malattie psichiatriche.

La IAI è stata inoltre messa in relazione (o ha ampie aree di sovrapposizione) con altre problematiche complesse e di difficile riconoscimento ed inquadramento, quali la intolleranza ai cibi, la malattia della guerra del golfo, la fibromialgia, la fatica cronica, il colon irritabile, la ipoglicemia cronica, l'epatite autoimmune da farmaci, la malattia delle discariche di sostanze tossiche, la malattia da amalgami dentali, la sintomatologia da MTBE (Staudermayer et al. 2003 a e b). A conferma dell'impossibilità ad inquadrare la MCS come entità nosologica, si ricordano infine altre definizioni proposte, quali “malattia ambientale”, “sintomi multi-organo debilitanti scatenati da esposizioni multiple”, “disordine connesso a somatizzazione”, “timore irrazionale delle sostanze chimiche” “attacchi di panico associati a stimoli non nocivi”.

2 Criteri proposti per il riconoscimento della MCS

Il primo tentativo di fissare alcuni criteri per la standardizzazione della raccolta dei sintomi e della loro classificazione è stato quello di Cullen et al (1987) e riguardava la compatibilità tra sintomatologia ed esposizione a sostanze chimiche, la supposta relazione fra esposizione ed insorgenza della sintomatologia e l'esclusione di altre patologie note. In un lavoro di Lax e Henneberger (1995), analizzando i dati di alcune centinaia di soggetti ritenuti affetti da MCS, è stato dimostrato che solo il 6.4% soddisfaceva i criteri diagnostici di Cullen sopra sintetizzati.

I criteri di riconoscimento della MCS attualmente più applicati sono quelli proposti in un documento di consenso (Anonimo, 1999 – noti anche come criteri di Bartha et al.):

- [1] condizione cronica
- [2] con sintomi ricorrenti in modo riproducibile
- [3] in risposta a bassi livelli di esposizione
- [4] a sostanze chimiche multiple e non correlate e che
- [5] migliora o scompare quando gli agenti scatenanti sono rimossi.
- [6] La MCS comporta inoltre una sintomatologia a carico di più organi o sistemi.

3 Diffusione del fenomeno

I sostenitori dell'esistenza della MCS ne hanno descritto una maggiore diffusione tra soggetti di sesso femminile, di età compresa tra 25 e 50 anni, tra chi permane per molte ore all'interno di edifici sigillati o comunque chiusi, tra chi vive e lavora in città ad elevato inquinamento e tra gli utilizzatori di detersivi, deodoranti, profumi, detergenti, insetticidi e diserbanti (Caress, 2004). In ambito occupazionale, sono più colpiti dai disturbi tipici gli utilizzatori di sostanze chimiche, specie di composti chimici volatili, quali i solventi organici, o appartenenti ad alcune categorie lavorative, come agricoltori, edili, vigili urbani, parrucchieri, ma soprattutto casalinghe (Watanabe, 2003).

Tentativi di valutazione di prevalenza e di incidenza di MCS sono stati compiuti da Mooser (1987), che aveva sostenuto che percentuali di popolazione comprese tra il 2 ed il 10% potevano aver avuto problemi di MCS. Altri autori hanno ritenuto tali percentuali troppo elevate e proposto valori più intorno all'1% (Cullen e coll., 1992). Successive indagini hanno dimostrato che la percentuale dipendeva dai criteri diagnostici e classificatori. Se si adottavano criteri standardizzati, la percentuale scendeva e solo lo 0.2% avrebbe avuto conferma di MCS (Bell e coll., 1996).

In California, su circa 4000 soggetti, il 16% circa degli intervistati segnalava una elevata sensibilità alle più comuni sostanze chimiche mentre il 6% circa riferiva che gli era stata diagnosticata una MCS (Kreutzer, 1999). In un'altra indagine condotta sempre negli USA su circa 1500 soggetti scelti casualmente il 13% circa riferiva ipersensibilità alle comuni sostanze chimiche ed il 3% di aver avuto una diagnosi medica di MCS (Caress, 2004).

Le attuali evidenze di MCS dipendono dai metodi usati nella selezione e identificazione dei casi (Joffres et al., 2005). Per spiegare la variabilità dei dati, possono essere chiamati in causa i metodi usati (in genere intervista, quasi sempre telefonica). Gli studi sono in genere di prevalenza, presentano ampie oscillazioni, ma sono riferiti soprattutto a soggetti di sesso femminile, di età compresa fra 30 e 45 anni, stato socio-economico medio-alto ed elevata scolarizzazione.

4 La posizione delle autorità sanitarie americane

Poiché questo fenomeno è nato negli USA ed è arrivato con l'abituale latenza e consueto ritardo a muovere anche da noi attenzioni ed interessi, vale la pena vedere come oggi, dopo anni di discussioni, il fenomeno è inquadrato e considerato dalle autorità sanitarie negli USA. Secondo il National Institute of Environmental Health Sciences (NIEHS) la MCS è un mistero medico e la comunità medica risulta divisa tra chi ritiene che la MCS esista davvero e chi non ne riconosce l'esistenza (NIEHS, 2002). Lo stesso NIEHS confronta le due posizioni:

1. "alcuni medici sono d'accordo sul fatto che la MCS sia un disturbo medico scatenato dall'esposizione a composti chimici presenti nell'ambiente, spesso iniziato da una elevata esposizione di breve durata (rottura di o travasi da grandi recipienti) o da modeste esposizioni di maggiore durata (esposizioni in uffici mal ventilati). Una volta instaurata la MCS, basterebbero le concentrazioni infinitesimali di sostanze chimiche presenti in oggetti di uso quotidiano, come cosmetici, saponi, inchiostri dei giornali, ecc. per scatenare le reazioni. I sintomi riportati comprendono mal di testa, arrossamenti della cute, dispnea, depressione, fatica, perdita di memoria e confusione mentale".

2. “Altri, nella comunità medica, non accettano la MCS come un vero disturbo medico. Il CDC per esempio non la riconosce come una diagnosi medica. Inoltre, non vi sono definizioni mediche ufficiali della MCS, in parte perché sintomi ed esposizioni sono spesso uniche e variano enormemente tra i pazienti. In particolare, alcuni medici sono scettici sul fatto che livelli di esposizione così bassi ed assolutamente tollerati da chiunque possano scatenare sintomi drammatici in pochissimi soggetti.”

L’American Medical Association nega che la MCS sia una condizione clinica, mancando evidenze scientifiche conclusive al riguardo”.

5 La posizione SIMLII

La posizione della SIMLII si rende necessaria in merito a due questioni fondamentali e pertinenti: esiste un quadro configurabile come MCS ? Se sì, può tale quadro essere messo in relazione causale con fattori di rischio professionali?

Circa l’esistenza della MCS, va innanzitutto rilevato come la denominazione stessa – che non casualmente è cambiata nel corso degli anni – si presti ad alcune annotazioni critiche:

- Multiple: l’aggettivo “multiple” è applicato ad esposizioni che in realtà non sono neppure identificabili né, tanto meno, oggettivabili in termini di composizione, modalità e durata del contatto o delle conseguenze per l’organismo.
- Chemical: che si tratti di agenti chimici non sembra documentabile, ma solo ipotizzato per esclusione. Anzi, in alcuni tentativi di definizione, come quella riportata a conclusione del già citato workshop svolto sotto l’egida dell’IPCS, viene chiamata in causa, come possibile fattore scatenante, anche l’esposizione ad onde elettromagnetiche. -
- Sensitivity: il termine, traducibile come “sensibilità”, indica un parametro che in fisiologia umana è riferito alle funzioni del sistema nervoso, in particolare al livello della percezione sensoriale. Non ha significato patologico, che in genere comporta – al contrario – una diminuzione delle capacità percettive, come avviene in alcune neuropatie assonali, prevalentemente sensitive. (nota: il termine sensitivity sembra voler indicare una condizione di “anomala suscettibilità”, che si esprimerebbe sotto forma di dispercezione sensoriale).

Mentre la logica vorrebbe che si procedesse ad uno sforzo di individuazione delle basi e dei meccanismi sottesi alle definizioni originariamente proposte, si sta assistendo al contrario ad un rincorrersi di varie definizioni e terminologie che di fatto denotano la difficoltà da una parte a ricondurre ad una singola entità fenomeni fortemente differenziati e dall’altra a dare consistenza a forme di disagio e di difficoltà di adattamento che rimangono sfuggenti. In altre parole, anziché ammettere la difficoltà a definire una causa perché cause oggettivabili non si conoscono, si corre il rischio di attribuire a sostanze chimiche presenti negli ambienti di vita o di lavoro disturbi o disagi – di origine endogena e nella maggior parte dei casi riferibili alla sfera psichica – di gravità variabile da sindromi ansiose-depressive a severe patologie psicotiche.

Non appaiono accettabili i richiami a volte fatti circa l’esistenza di similitudini confermate tra MCS ed altre situazioni, come la problematica connessa con gli amalgami dentali e la sick building syndrome. La prima è infatti stata esclusa come possibile fonte non solo di “intossicazione”, ma anche di assorbimento biologicamente rilevante da evidenze scientifiche internazionali e nazionali (si veda il parere del Consiglio Superiore di Sanità ed i risultati dello studio multicentrico nazionale MIUR sul mercurio). Sulla sick building syndrome la nostra disciplina ha fornito contributi rilevanti all’inquadramento eziologico e nosologico, aggiornati nel corso Congresso Nazionale di Sorrento del 2004.

A oggi, non appare ragionevole sostenere il riconoscimento di uno stato di “malattia“ in generale e di “malattia professionale” in particolare (neppure ricorrendo ai criteri classificatori del DM 27/04/2004, lista delle possibili malattie professionali) a quadri per i quali non siano stati

individuati fattori eziologici (praticamente tutti i possibili composti chimici e molti di quelli fisici) dei quali si ignorino eventuali meccanismi patogenetici (praticamente tutti, ad eccezione, per adesso, di quelli mutageni o cancerogeni). Inoltre, per essi non si dispone di interventi efficaci per risolvere o ridurre il disturbo-disagio, se non ipotizzando forme di isolamento eticamente, praticamente ed economicamente improponibili.

Le procedure di riconoscimento non appaiono oggi scientificamente sostenibili. L'assenza di chiari riferimenti eziologici, patogenetici e diagnostici comporta una serie di rischi, i principali dei quali appaiono quelli legati alla sostanziale auto-referenzialità. Si finirebbe così per sostenere un circuito vizioso, che nasce con accertamenti di ordine tossicologico non motivati, che a loro volta innescano una spirale di ulteriori costose pratiche diagnostiche. Alla fine si giungerebbe ad una "diagnosi" inutile, perché riferita a patologia di dubbia esistenza e, comunque, non affrontabile con interventi razionali di tipo diagnostico, terapeutico o preventivo.

Iniziative come quelle promosse per il riconoscimento dell'origine lavorativa della MCS in assenza di risolutivi chiarimenti da tutti (apparentemente e da più di dieci anni) auspicate, ma finora non ottenute, si configurano come attività non convenzionali (alternative) nell'ambito della Medicina del Lavoro. Il Direttivo Nazionale della SIMLII, anche a seguito del dibattito che si è tenuto nel corso dell'ultimo Congresso Nazionale, fa propri e propone all'attenzione dei propri soci i punti sopra riportati, che appaiono pienamente coerenti con i criteri di valutazione condivisi dalla comunità scientifica.

Poiché alla MCS, così come alla sua evoluzione IAI, non è tuttora riconosciuta una obiettiva base scientifica, il medico del lavoro dovrebbe astenersi dal formulare diagnosi – o anche solo sospetti diagnostici – che esulano da una base scientifica.

Il Medico del Lavoro dovrebbe mantenere i suoi interventi in ambiti nei quali siano fatti salvi i principi della riferibilità dei disturbi presentati ad esposizioni caratterizzabili per tipo, modalità e dose, della dimostrazione di plausibili meccanismi patogenetici e della ricerca di un più ampio supporto di dati specialistici laboratoristici o strumentali.

Bibliografia

ACOEM Position Statement. Multiple chemical sensitivities: idiopathic environmental intolerance. American College of Occupational and Environmental Medicine. *J Occup Environ Med*, 1999;41:940-942.

Anonimo. [No authors listed] Multiple chemical sensitivity: a 1999 consensus. *Arch Environ Health*. 1999 May-Jun;54(3):147-9.

Ashford NA and Miller CS: *Chemical Exposures: Low Levels and High Stakes*, 2nd edition. Wiley & Sons, New York, 1998.

Baines CJ, McKeown-Eyssen GE, Riley N, Cole DE, Marshall L, Loescher B,

Baines CJ, McKeown-Eyssen GE, Riley N, Cole DE, Marshall L, Loescher B, Jazmaji V: Case-control study of multiple chemical sensitivity, comparing haematology, biochemistry, vitamins and serum volatile organic compound measures. *Occup Med (Lond)*. 2004;54:408-18.

Bartha L, Baumzweiger W et al.: Multiple Chemical Sensitivity. A 1999 Consensus; 1999, *Arch Environ Health*, 54: 147-149

Bell IR, Amend D, Peterson JM, Schwartz GE, Miller CS: Neuropsychiatric and somatic characteristics of young adults with and without self-reported chemical odor intolerance and chemical sensitivity. *Arch Environ Health*, 1996;51:9-20.

Bell IR, Schwartz GE, Baldwin CM, Hardin EE, Klimas NG, Kline JP et al: Individual intolerance in neural sensitization and the role of context in illness from low-level environmental chemical exposure. *Environ Health Perspect*, 1997;105 suppl 2:539-547.

Caress SM, Steinemann AC: Prevalence of Multiple Chemical Sensitivities: a population-based study in the Southeastern United States. *Am J Public Health*, 2004;94:746-747.

Cullen MR, Pace PE, Redlich CA: The experience of the Yale occupational and environmental medicine clinics with multiple chemical sensitivities, 1986-1991. *Toxicol Ind Health*, 1992;8:15-19.

Cullen MR: The worker with multiple chemical sensitivities: an overview. *Occup Med*, 1987;2:655-661.

Dalton P, Hummel T: Chemosensory function and response in idiopathic environmental intolerance. *Occup Med*, 2000;15:539-556.

Dearman RJ, Kimber I. Cytokine profiling and chemical allergy. *Toxicol Appl Pharmacol*. 2002 Dec 15;185(3):228-9

Fiedler N, Giardino N, Natelson B, Ottenweller JE, Weisel C, Lioy P, Lehrer

Fiedler N, Kipen HM. Controlled exposures to volatile organic compounds in sensitive groups. *Ann N Y Acad Sci*. 2001 Mar;933:24-37. Review.

Greene GJ, Kipen HM. The vomeronasal organ and chemical sensitivity: a hypothesis. *Environ Health Perspect*. 2002 Aug;110 Suppl 4:655-61. Review.

IPCS, Conclusions and recommendations of a workshop on multiple chemical sensitivity. *Regul Toxicol Pharmacol*, 1996;24:188-189.

- Jazmaji V. Case-control study of multiple chemical sensitivity, comparing haematology, biochemistry, vitamins and serum volatile organic compound measures. *Occup Med (Lond)*. 2004 Sep;54(6):408-18. Epub 2004 Sep 3.
- Joffres MR, Sangalli T, Fox RA: Physiologic and symptomatic responses to low-level substances in individuals with multiple chemical sensitivity: a randomized controlled blinded pilot booth study. *Environ Health Perspect*, 2005;113:1178-1183.
- Kreutzer R, Neutra RR, Lashuay N: Prevalence of people reporting sensitivities to chemicals in a population-based survey. *Am J Epidemiol*, 1999; 150:1-12.
- Lax MB, Henneberger PK: Patients with multiple chemical sensitivities in an occupational health clinic: presentation and follow up. *Arch Environ Health*, 1995; 51: 425-431.
- Leznoff A. Provocative challenges in patients with multiple chemical sensitivity. *J Allergy Clin Immunol*. 1997 Apr;99(4):438-42.
- McKeown-Eyssen G, Baines C, Cole DE, Riley N, Tyndale RF, Marshall L, Jazmaji V: Case-control study of genotypes in multiple chemical sensitivity: CYP2D6, NAT1, NAT2, PON1, PON2 and MTHFR. *Int J Epidemiol*. 2004; 33:971-978.
- Miller CS, Gammage RB, Jankovic JT. Exacerbation of chemical sensitivity: a case study. *Toxicol Ind Health*. 1999 Apr-Jun;15(3-4):398-402.
- Mooser SB: The epidemiology of Multiple Chemical Sensitivities (MCS). *Occup Med* 1987; 2:663-681.
- Ohman-Strickland P, Kelly-McNeil K, Kipen H. Responses to controlled diesel vapor exposure among chemically sensitive Gulf War veterans. *Psychosom Med*. 2004 Jul-Aug;66(4):588-98.
- oxide/peroxynitrite. *Med Hypotheses*. 2001 Aug;57(2):139-45.
- Pall ML. Common etiology of posttraumatic stress disorder, fibromyalgia, chronic fatigue syndrome and multiple chemical sensitivity via elevated nitric
- Randolph TG: The specific adaptation syndrome. *J Lab Clin*, 1956;48:934-941.
- Sparks PJ: Idiopathic Environmental Intolerance; overview. *Occup Med* 2000; 145: 497-517
- Staudermayer H, Leznoff A, Phillips S: Idiopathic Environmental Intolerance: Part 2 a causation analysis applying the Bradford Hill's criteria to the psychogenic theory. *Toxicol Rev* 2003;22:247-261
- Staudermayer H, Leznoff A, Phillips S: Idiopathic Environmental Intolerance: Part 1 a causation analysis applying the Bradford Hill's criteria to the toxicogenetic theory. *Toxicol Rev* 2003;22:235-246
- U.S. Environmental Protection Agency. Indoor Air Quality and Work Environment Study: multivariate statistical analysis of health, comfort, and odour perceptions as related to personal and workplace characteristics, 1991;21-M-3004:32-33.
- Watanabe N, Tonori H, Aizawa Y: Multiple Chemical Sensitivity and Idiopathic Environmental Intolerance *Environ Health Prev Med* 2003;7:264-272.
- Winder C: Mechanism of Multiple Chemical Sensitivity. *Toxicol Letters*, 2002;128:85-97.