

Codice A1409D

D.D. 17 dicembre 2024, n. 906

**DGR 22 aprile 2024, n. 23-8469 di approvazione del "Protocollo Regionale di sorveglianza sanitaria per lavoratori ex-esposti ad amianto". Approvazione dei modelli attuativi della procedura di sorveglianza sanitaria dei soggetti ex esposti ad amianto. Modifica della D.D. n. 291 del 26 aprile 2024.**



**ATTO DD 906/A1409D/2024**

**DEL 17/12/2024**

## **DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE**

**A1400B - SANITA'**

**A1409D - Prevenzione, sanità pubblica, veterinaria e sicurezza alimentare**

**OGGETTO:** DGR 22 aprile 2024, n. 23-8469 di approvazione del “Protocollo Regionale di sorveglianza sanitaria per lavoratori ex-esposti ad amianto”. Approvazione dei modelli attuativi della procedura di sorveglianza sanitaria dei soggetti ex esposti ad amianto. Modifica della D.D. n. 291 del 26 aprile 2024.

Premesso che:

gli effetti dannosi per la salute umana associati all’esposizione ad amianto sono ampiamente documentati in letteratura e sono principalmente a carico dell’apparato respiratorio a seguito dell’inalazione delle fibre di amianto;

l’indice di mortalità delle patologie oncologiche correlate con l’esposizione ad amianto è alto e correlato al rischio a cui sono stati potenzialmente esposti i lavoratori delle imprese che hanno utilizzato amianto nel ciclo produttivo o che hanno condotto attività di smaltimento o bonifica;

il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 concernente la definizione e l’aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza all’Allegato 1 recante “Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica”, in particolare nell’area di intervento C6, prevede la Sorveglianza Sanitaria degli ex esposti a cancerogeni e a sostanze chimiche/fisiche;

in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano è stata sancita in data 22 febbraio 2018 , con repertorio n. 39/CSR, apposta Intesa, ai sensi degli artt. 2, comma 1, lettera a) e 3 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n. 281, la quale definisce azioni e procedure per attivare, da parte delle Regioni e delle Province autonome il Protocollo di Sorveglianza Sanitaria dei lavoratori ex esposti ad amianto;

il Piano Nazionale della Prevenzione 2020 – 2025 (PNP), approvato con l’Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano n. 127/CSR del 6 agosto 2020 e recepito dalla Regione Piemonte con DGR n. 12-2524 dell’11/12/2020 stabilisce di attivare percorsi di sorveglianza sanitaria dedicati a lavoratori ex esposti e offrire interventi di counseling a gruppi di

esposti ed ex esposti ad amianto.

Dato atto che:

la Legge regionale 14 ottobre 2008, n. 30 prescrive l'attivazione di forme di registrazione di esposti ed ex esposti e, sentiti la commissione consiliare competente ed il Centro regionale per la ricerca, sorveglianza e prevenzione rischi da amianto, prescrive l'adozione di protocolli di sorveglianza sanitaria per soggetti esposti ed ex esposti ad amianto;

la Deliberazione del Consiglio Regionale 1 marzo 2016, n. 124 - 7279 "Piano di protezione dell'ambiente, di decontaminazione, di smaltimento e di bonifica ai fini della difesa dai pericoli derivanti dall'amianto (Piano regionale amianto) per gli anni 2016 – 2020", all'Allegato A definisce che sono affidati al Registro dei Mesoteliomi l'aggiornamento e il completamento del registro degli ex esposti attraverso la consultazione delle fonti di dati elencate;

la Deliberazione della Giunta Regionale 29 dicembre 2021, n. 16-4469 - Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 e approvazione del modello organizzativo per il Coordinamento regionale della prevenzione, individua tra le linee strategiche di intervento il Macro Obiettivo "Implementazione, coordinamento e valutazione dei sistemi e degli interventi di sorveglianza sanitaria degli ex esposti ad amianto";

con la Deliberazione della Giunta Regionale 29 dicembre 2023, n. 9-8040 Approvazione del documento "Tutela della salute e sicurezza sul lavoro. Documento strategico 2024 - 2026 per i Dipartimenti di Prevenzione" (di seguito Documento strategico), sono state fornite linee di indirizzo strategiche definendo programmi di prevenzione triennale per gli anni 2024-2026, finanziati con i fondi regionali derivanti da sanzioni amministrative ex D.Lgs 758/1994 e trasmessi dalle ASL, con particolare riferimento, tra le altre cose, al rilancio della rete di medicina del lavoro e ricerca attiva delle malattie professionali ed all'attività di realizzazione del Programma di sorveglianza sanitaria dei soggetti ex esposti ad amianto, con relativo potenziamento delle strutture coinvolte;

con la Deliberazione della Giunta Regionale 22 aprile 2024 n. 23-8469 è stata recepita l'Intesa tra Stato, Regioni e Province autonome del 22 febbraio 2018, rep. Atti 39/CSR, sull'adozione del Protocollo di Sorveglianza Sanitaria dei lavoratori ex esposti ad amianto ed è stato approvato un documento di indicazioni sulla sorveglianza sanitaria dei soggetti ex esposti ad amianto denominato "Protocollo Regionale di sorveglianza sanitaria per lavoratori ex-esposti ad amianto" (di seguito "Protocollo Regionale");

con la medesima Deliberazione della Giunta Regionale, tra le altre cose, è stato demandato al Settore regionale competente "Prevenzione, sanità pubblica, veterinaria e sicurezza alimentare il compito di dare attuazione alla stessa, nonché di costituire un gruppo di lavoro, per lo svolgimento delle funzioni stabilite nel protocollo citato con una composizione definita in continuità con il gruppo di esperti che ha supportato il settore regionale nella redazione del protocollo di cui sopra;

con la Determina Dirigenziale del Settore regionale competente Prevenzione, sanità pubblica, veterinaria e sicurezza alimentare della Direzione sanità n. 291 del 26 aprile 2024 è stato costituito il gruppo di lavoro di cui all'alinea precedente, secondo le indicazioni della DGR 22 aprile 2024 n. 23-8469 ed, al fine di attuare la procedura di sorveglianza sanitaria dei lavoratori ex esposti ad amianto descritta dal Protocollo Regionale, sono stati approvati i moduli elencati di seguito:

- Allegato 1 - Richiesta di preadesione al programma di sorveglianza sanitaria ed iscrizione nell'elenco regionale ex esposti ad amianto e relativa informativa privacy ex artt. 13 e 14 del

Regolamento UE 2016/679 (cd. GDPR);

- Allegato 2 - Questionario – definizione pregressa esposizione ad amianto;
- Allegato 3 - Questionario C.E.C.A. (Comunità europea del carbone e dell'acciaio) per la rilevazione dei sintomi respiratori;
- Allegato 4 - Risultati delle visite e degli esami strumentali;
- Allegato 5 - Modello per la raccolta dei dati di sintesi della sorveglianza sanitaria dei lavoratori ex esposti ad amianto, Conforme all' ALLEGATO B dell'Intesa tra Stato, Regioni e Province autonome del 22 febbraio 2018, rep. Atti 39/CSR, “dati di sintesi delle regioni e province autonome della sorveglianza sanitaria degli ex esposti ad amianto (visite effettuate, accertamenti radiologici e funzionali, patologie diagnosticate)”.

Considerato che, su proposta del gruppo di lavoro, si è ritenuto di modificare i moduli approvati con la citata D.D. n. 291 del 26 aprile 2024, che devono essere considerati dei modelli adattabili alle esigenze degli S.Pre.S.A.L. delle ASL sentito il Settore regionale competente, in base alle finalità di seguito descritte:

- Allegato 1: modificato per un incremento del livello di dettaglio e delle informazioni in esso contenute, per la parte relativa alla richiesta di preadesione al programma di sorveglianza sanitaria ed iscrizione nell'elenco regionale ex esposti ad amianto;
- Allegati 2,3,4,5: modificati per consentire le integrazioni con i sistemi operativi e con finalità di semplificazione.

Dato atto che:

gli allegati sono stati condivisi con il DPO di Regione Piemonte ed il DPO dell'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino nell'ambito delle rispettive competenze, i quali con mail del 23 aprile 2024 hanno espresso parere positivo riguardo ai contenuti in materia di tutela dei dati personali;

le modifiche all'Allegato 1 sono state condivise con il DPO dell'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, per la parte di competenza, nell'incontro avvenuto in data 11 dicembre 2024.

Ritenuto, pertanto, opportuno:

approvare i modelli di seguito elencati, adattabili alle esigenze degli S.Pre.S.A.L. delle ASL sentito il Settore regionale competente, allegati alla presente determinazione:

- Allegato 1 - Richiesta di preadesione al programma di sorveglianza sanitaria ed iscrizione nell'elenco regionale ex esposti ad amianto e relativa informativa privacy ex artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 (cd. GDPR);
- Allegato 2 - Questionario – definizione pregressa esposizione ad amianto;
- Allegato 3 - Rilevazione dei sintomi respiratori e risultati delle visite e degli esami strumentali;
- Allegato 4 - Modello per la raccolta dei dati di sintesi della sorveglianza sanitaria dei lavoratori ex esposti ad amianto;

modificare, per le motivazioni sopra espresse, la D.D. n. 291 del 26 aprile 2024, nella parte relativa all'approvazione dei moduli.

Dato atto che quanto disposto dal presente provvedimento non comporta oneri di spesa a carico del bilancio regionale.

Attestata la regolarità amministrativa del presente provvedimento ai sensi della DGR n. 8-8111 del 25 gennaio 2024.

Tutto ciò premesso,

**IL DIRIGENTE**

Richiamati i seguenti riferimenti normativi:

- il D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165;
- la L.R. 28 luglio 2008, n. 23;
- la Risoluzione del Parlamento Europeo del 14 marzo 2013(2012/2065 (INI));
- il Regolamento UE 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016;
- il D.P.R. 8 agosto 1994;
- il D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, modif. dal Decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101;
- il D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81;
- il D.P.C.M.12 gennaio 2017;
- la Legge regionale 14 ottobre 2008, n. 30;
- la D.C.R.1 marzo 2016, n. 124 - 7279;
- la D.G.R. 11 dicembre 2020, n. 12-2524;
- la D.G.R. 29 dicembre 2021, n. 16-4469;
- la D.G.R. 29 dicembre 2023, n. 9-8040;
- la D.G.R. 22 aprile 2024 n. 23-8469;
- la D.D. n. 291 del 26 aprile 2024;

*determina*

1. di approvare i modelli di seguito elencati, adattabili alle esigenze degli S.Pre.S.A.L. delle ASL sentito il Settore regionale competente, allegati alla presente determinazione:

- Allegato 1 - Richiesta di preadesione al programma di sorveglianza sanitaria ed iscrizione nell'elenco regionale ex esposti ad amianto e relativa informativa privacy ex artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 (cd. GDPR);
- Allegato 2 - Questionario – definizione pregressa esposizione ad amianto;
- Allegato 3 - Rilevazione dei sintomi respiratori e risultati delle visite e degli esami strumentali;
- Allegato 4 - Modello per la raccolta dei dati di sintesi della sorveglianza sanitaria dei lavoratori ex esposti ad amianto;

2. di modificare, per le motivazioni richiamate in premessa la D.D. n. 291 del 26 aprile 2024, nella parte relativa all'approvazione dei moduli;

3. di dare atto che quanto disposto dal presente provvedimento non comporta oneri di spesa a carico del bilancio regionale.

Avverso la presente determinazione è ammesso ricorso ordinario entro il termine di 60 giorni innanzi al T.A.R.

La presente determinazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. 12 ottobre 2010, n. 22.

La presente determinazione non è soggetta a pubblicazione ai sensi del D.Lgs. 33/2013.

IL DIRIGENTE (A1409D - Prevenzione, sanità pubblica, veterinaria  
e sicurezza alimentare)

Firmato digitalmente da Bartolomeo Griglio

Si dichiara che sono parte integrante del presente provvedimento gli allegati riportati a seguire <sup>1</sup>, archiviati come file separati dal testo del provvedimento sopra riportato:

1. All.1\_-\_Preadesione\_aggiornata\_17dic2024\_b.pdf
2. All.\_2\_-\_Questionario\_mod\_ReNaM\_08\_lug2024.pdf
3. All.\_3\_rilevazione\_sintomi\_e\_risultati\_11giu2024.pdf
4. All.\_4\_-\_Modello\_Sintesi\_dati\_sorveglianza\_sanitaria.pdf



Allegato

---

<sup>1</sup> L'impronta degli allegati rappresentata nel timbro digitale QRCode in elenco è quella dei file pre-esistenti alla firma digitale con cui è stato adottato il provvedimento

ALLEGATO 1

**RICHIESTA DI PREADESIONE AL PROGRAMMA DI SORVEGLIANZA  
SANITARIA ED ISCRIZIONE NELL'ELENCO REGIONALE EX ESPOSTI  
AD AMIANTO**

*(L.R. 14 ottobre 2008, n. 30; D.G.R. 23-8469 del 22 aprile 2024)*

*Autocertificazione - Dichiarazione sostitutiva di certificazione (art. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000  
n. 445 )*

Il/la sottoscritto/a:

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_ SESSO: F  M

DATA DI NASCITA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

INDIRIZZO:

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Provincia(\_\_\_\_)C.A.P. \_\_\_\_\_

NUMERO DI TELEFONO \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di accedere al programma di sorveglianza sanitaria gratuita e di essere iscritto nell'Elenco Regionale Ex Esposti ad Amianto ai sensi della Legge Regionale 14 ottobre 2008, n. 30 e della D.G.R. 23-8469 del 22 aprile 2024.

A tal fine dichiara:

di essere stato esposto ad amianto

<b>Azienda in cui è avvenuta l'esposizione a amianto</b>	<b>Comune della Sede Operativa dell'Azienda di esposizione</b>	<b>Mansione svolta dal richiedente</b>	<b>Anno inizio esposizione</b>	<b>Anno fine esposizione</b>

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre:

- di aver letto e compreso l'informativa privacy relativa alla preadesione e l'informativa privacy relativa all'attività di sorveglianza sanitaria;
- di essere a conoscenza dell'art.75 del D.P.R. 28.12.2000, n.445 relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Amministrazione, a seguito di controllo, riscontri la non veridicità del contenuto della suddetta dichiarazione.
- di essere a conoscenza delle sanzioni penali cui incorre in caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**ALLEGATO 2**

**QUESTIONARIO  
DEFINIZIONE PREGRESSA ESPOSIZIONE AD AMIANTO**

COGNOME E NOME

\_\_\_\_\_

SESSO: F  M

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ LUOGO DI NASCITA

\_\_\_\_\_

INDIRIZZO:

VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

COMUNE \_\_\_\_\_ PROVINCIA(\_\_\_\_\_) C.A.P. \_\_\_\_\_

NUMERO DI TELEFONO \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

MEDICO CURANTE \_\_\_\_\_

QUAL E' IL TITOLO DI STUDIO DA LEI RAGGIUNTO?

\_\_\_\_\_

(Specifichi il numero degli anni di frequenza scolastica se non è stato conseguito un titolo:  )

QUAL E' IL SUO STATO CIVILE? sposato/convivente  vedovo  nubile/celibe

=====

Data convocazione \_\_\_\_\_

Data dell'intervista \_\_\_\_\_

Intervistatore \_\_\_\_\_ (non è l'operatore)



## SEZIONE B: LISTA DELLE OCCUPAZIONI

*Indicare i periodi di disoccupazione, il servizio militare ed i periodi in cui faceva la casalinga a tempo pieno.*

**PER UOMINI:** HA FATTO IL SERVIZIO MILITARE?    SI     NO     NON SO   
**SE SÌ** *compila la scheda specifica*

Adesso, vorrei chiederle quali lavori o occupazioni ha svolto. Quindi, dopo aver preparato una lista, le chiederò di darmi alcuni dettagli su ogni posto di lavoro e attività.

*	Anno di inizio	Anno di fine	Tipo di lavoro (occupazione)	Descrizione del lavoro	Nome e indirizzo della fabbrica o della ditta

*Al termine compila le schede specifiche di lavoro del questionario.*

## SEZIONE C: STORIA MEDICA

1) E' AFFETTO DA PATOLOGIE CRONICHE? (es. diabete, ipertensione, infarto cardiaco, insufficienza renale, tumore, ecc...)

---

---

---

---

---

---

---

2) E' MAI STATO CURATO PER UN LUNGO PERIODO PER MALATTIE DEI POLMONI O DEL TORACE?

SI  NO  NON SO

- Placche pleuriche monolaterali
- Placche pleuriche bilaterali
- Asbestosi
- Fibrosi pleurica diffusa
- Mesotelioma pleurico
- Tumore al polmone
- Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)/ enfisema polmonare/bronchite cronica
- Altro \_\_\_\_\_

PER CIASCUNA DELLE PATOLOGIE RIPORTATE DESCRIVERE ↓

---

---

---

---

---

---

---

3) E' STATO SOTTOPOSTO A TAC DEL TORACE NEGLI ULTIMI 3 ANNI?

SI  NO  NON SO

SE SI' PER QUALE MOTIVO?

---

---

---

---

---

---

---

4) RICEVE O HA RICHiesto UN INDENNIZZO PER MALATTIA PROFESSIONALE DEI POLMONI O DEL TORACE?

SI  NO  NON SO

SE SI' PER QUALE MOTIVO

---

---

---

---

---

---

---

# SCHEDE SPECIFICHE STORIA PROFESSIONALE

## SCHEDA INDUSTRIA / ARTIGIANATO/ALTRO

(scheda da utilizzare per ogni attività lavorativa svolta dal soggetto in questi settori)

Scheda relativa all'impiego svolto presso l'azienda.....Nel periodo.....

Indirizzo.....

N° totale di dipendenti.....

Azienda: attiva  chiusa  non so

**1. Tipo di produzione /prodotti finiti**.....

.....

**2. Rapporto di lavoro:**

a tempo pieno	<input type="checkbox"/>	
a tempo parziale	<input type="checkbox"/>	ore al giorno.....
stagionale	<input type="checkbox"/>	mesi nell'anno.....

**3. Descrizione generale dell'ambiente di lavoro e tempo trascorso**.....

.....

**4. Descrizione dell'ambiente in cui lavorava:**

- Dimensioni.....Numero di dipendenti.....
- Tipo dei macchinari e numero.....

.....

.....

**5. Mansione o tipo di attività svolta**

.....

.....

- Macchine e materiale utilizzati.....
- Anni di utilizzo.....
- Eventuali lavori insoliti o particolari, frequenza e durata

.....

**6. Tipo di attività eventualmente svolta da altri nelle vicinanze**.....

.....

**7. C'erano polveri, gas, vapori dove lavorava?**  SI  NO

- Se sì, da dove provenivano?

.....

.....

• C'erano impianti di aspirazione funzionanti?  SI  NO

- Se sì, di che tipo?.....

**8. Utilizzava dispositivi di protezione individuale contro le polveri?**  SI  NO

- Se sì, di che tipo e in che periodo.....

.....

- Per quale lavoro utilizzava le protezioni.....

- Utilizzava dispositivi di protezione individuale contro il calore?  SI  NO
- Se sì, di che tipo ed in che periodo .....
- Con quale materiale erano costruiti .....
- Per quale lavoro erano utilizzati.....

**9. C'erano fonti di calore?**  SI  NO

- Se sì specificare.....

**10. Erano presenti tubazioni coibentate?**  SI  NO Se sì specificare:

- Con quale materiale.....  NON SO
- Cosa trasportavano.....  NON SO
- Ha visto effettuare opere di manutenzione che comportavano rimozione del coibente ?.....
- Chi effettuava la loro manutenzione.....  NON SO
- Le pareti, i soffitti o le strutture metalliche erano rivestite da materiale di coibentazione?  
 SI  NO  NON SO
- Se sì, specificare:.....

**11. Per il suo lavoro lei impiegava o veniva a contatto diretto con:**

- |  | Di che tipo |
|--|-------------|
| • - Solventi <input type="checkbox"/>  | .....       |
| • - Vernici <input type="checkbox"/>   | .....       |
| • - Abrasivi <input type="checkbox"/>  | .....       |
| • - Silice <input type="checkbox"/>  | .....       |
| • - Cemento <input type="checkbox"/>   | .....       |
| • - Fibrocemento/Cemento-Amianto/ <i>Eternit</i> <input type="checkbox"/>    | .....       |
| • - Amiantite <input type="checkbox"/>                                       | .....       |
| • - Talco <input type="checkbox"/>   | .....       |
| • - Fibre minerali (lana di vetro, di roccia, ecc.) <input type="checkbox"/> | .....       |
| • - Fibre tessili o tessuti <input type="checkbox"/>                         | .....       |
| • - Asbesto/amianto <input type="checkbox"/>                                 | .....       |
| • - Altro minerale fibroso <input type="checkbox"/>                          | .....       |
| • - Agenti fisici - radiazioni <input type="checkbox"/>                      | .....       |
| • -Altro specificare <input type="checkbox"/>                                | .....       |

**12. Oltre alle mansioni già descritte svolgeva anche lavori di manutenzione?**  SI  NO

- Se sì descrivere cosa effettuava (se necessario riempire un'altra scheda "industria").....

**13. In caso di mansioni di manutenzione, descrivere il lavoro svolto:**

.....

.....

## SCHEDA AGRICOLTURA

*(scheda da utilizzare per ogni attività lavorativa svolta dal soggetto in questo settore)*

Scheda relativa all'impiego svolto presso l'azienda.....Nel periodo.....

Indirizzo.....

N° totale di dipendenti.....

Azienda: attiva  chiusa  non so

### 1. Descrizione della mansione e dell'attività svolta

.....  
.....

- Descrizione del tipo di produzione e dell'ambiente in cui lavorava

.....  
.....  
.....

### 2. Rapporto di lavoro: a tempo pieno a tempo parziale stagionale

- Ore al giorno..... Mesi nell'anno.....

### 3. Descrizione del reparto in caso di attività svolta in cantine, aziende vinicole o di altre bevande.

- Dimensioni.....

- Numero di dipendenti.....

- Come definirebbe il locale dove lavorava abitualmente?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Impianto all'aperto       | <input type="checkbox"/> Deposito/Magazzino |
| <input type="checkbox"/> Cantina                   | <input type="checkbox"/> Ufficio            |
| <input type="checkbox"/> Laboratorio artigiano     | <input type="checkbox"/> Laboratorio        |
| <input type="checkbox"/> Altro (specificare) ..... |   |

- Che tipo di bevanda veniva prodotta? (Tipi di vino, birra, distillati, bevande gassate, sciroppi, altro)

.....  
.....

- Che mansione svolgeva? .....

.....

- E' mai stato addetto alla filtrazione?  SI  NO  NON SO

- Se sì, specificare per quanto tempo mediamente per ogni settimana:

..... Dal ..... Al .....

- Quali filtri venivano utilizzati?

- |                                    |                                  |   |                                 |
|------------------------------------|----------------------------------|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cellulosa | <input type="checkbox"/> Amianto | <input type="checkbox"/> Sacchi di tela | <input type="checkbox"/> Non so |
|------------------------------------|----------------------------------|---|---------------------------------|

Altro (specificare): .....

- Erano presenti impianti di distillazione?  SI  NO  NON SO

4. Usava protezioni personali ?  SI  NO  NON SO

- Se sì, quali e di quale materiale erano fatte .....

5. Erano presenti caldaie?  SI  NO Se sì, specificare:

- Tipo e posizione.....
- Chi effettuava la manutenzione.....
- 

6. Erano presenti tubazioni coibentate?  SI  NO Se sì, specificare:

- Con che materiale e cosa trasportavano.....
- Chi effettuava la manutenzione.....
- Ha visto effettuare opere di manutenzione sulle coibentazioni?.....

7. C'era un essiccatoio in azienda?  SI  NO Se sì, specificare:

.....

8. Ha mai usato sacchi di juta per i cereali, le olive o altro?  SI  NO Se sì specificare:

- Erano nuovi o riciclati?.....
- Se erano riciclati, si ricorda cosa c'era scritto sopra? .....

9. Ha mai usato mangimi per alimentazione di animali?  SI  NO Se sì, specificare

- Tipo di mangime e animale alimentato .....
- Periodo e modalità di somministrazione .....

10. Ha mai usato lettiere per stalle?  SI  NO

Se sì, specificare di che tipo.....

.....

11. Ha mai fatto riparazioni degli edifici?  SI  NO

- Se sì, cosa?.....

.....

• Ha mai utilizzato cemento-amianto (*eternit*)?  SI  NO

• Lo ha anche lavorato ?.....

12. Ha mai riparato mezzi meccanici?  SI  NO Se sì specificare

- Quali e che tipo di lavoro.....  
.....

**13. Ha mai utilizzato cascami tessili o altro per alleggerimento dei terreni?**  SI  NO Se si specificare

- Periodo e provenienza dei cascami.....
- Tipo di altro materiale utilizzato.....

## SCHEDA STORIA MILITARE

**1. Ha fatto il militare?** Di leva  Di carriera  NO

• Se sì, quando? Dal ..... al .....

• In tempo di guerra?  SI  NO

**2. In quale arma ha fatto il servizio militare?** .....

• Dove? ..... Dal ..... al .....

• Con quali mansioni? .....

**3. Durante il servizio militare ha mai lavorato alla riparazione di mezzi meccanici?**  SI  NO

• Se sì, specificare il tipo di mezzo e di intervento:

.....  
.....

**4. Ha mai guidato carri armati o mezzi blindati?**  SI  NO

• Se sì, specificare il tipo di mezzo:

.....  
.....

**5. Ha mai fatto parte di squadre antincendio?**  SI  NO

• Se sì specificare se ha fatto uso di materiali in amianto o contenenti amianto.....

.....

**6. Era addetto a depositi di polvere da sparo o depositi di munizioni?**  SI  NO

• Se sì specificare il tipo di edificio e l'attività svolta:

.....

**7. Se ha fatto il militare in marina specificare:**

• Era imbarcato?  SI  NO

• Se sì, su che tipo di unità navale?.....Anno di costruzione.....

• Con quali mansioni?.....

NOTA: Se è stato prigioniero, chiedere se ha svolto attività lavorative particolari e descriverle sulla scheda per attività lavorative.

## SCHEDA VALUTAZIONE CONCLUSIVA

**Il paziente risulta ex esposto ad amianto dall'anamnesi occupazionale?**  Sì  No

- Esposizione professionale certa
- Esposizione professionale probabile
- Esposizione professionale possibile
- Esposizione professionale improbabile/assente

Anno presunto di cessazione dell'esposizione occupazionale ad amianto: \_\_\_\_\_

Se esposto, indicare il livello di esposizione risultante dall'anamnesi occupazionale

- Alta/media esposizione  Bassa esposizione

**Il paziente deve essere inserito nel percorso di sorveglianza sanitaria regionale?**  Sì  No

Livelli di accertamento previsto:

Deve essere inviato al 1° livello?  Sì  No

1° livello in Follow-up

sono già disponibili esiti degli accertamenti di primo livello?  Sì  No

1° livello no Follow-up per cessata esposizione da più di 30 anni

sono già disponibili esiti degli accertamenti di primo livello?  Sì  No

Deve essere inviato al 2° livello?  Sì  No

2° livello in Follow-up

sono già disponibili esiti degli accertamenti di secondo livello?  Sì  No

Inviato per accertamenti successivi al 2° livello (aggravamento)

sono già disponibili esiti degli accertamenti di secondo livello?  Sì  No

## VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DELL'INTERVISTA

L'INTERVISTATORE/TRICE ESPRIMA LA SUA VALUTAZIONE CIRCA LA COMPLETEZZA E COOPERAZIONE.

DEVE ESSERE UTILIZZATA LA SEGUENTE SCALA:

BASSO=1; INTERMEDIO=2; SODDISFACENTE=3

COMPLETEZZA	COOPERAZIONE
Da 1 a 3	Da 1 a 3

ALLEGATO 3

**RILEVAZIONE DEI SINTOMI RESPIRATORI E RISULTATI DELLE  
VISITE E DEGLI ESAMI STRUMENTALI**

**QUESTIONARIO C.E.C.A. PER LA RILEVAZIONE  
DEI SINTOMI RESPIRATORI**

(estratto da Questionario C.E.C.A. 1987 modificato)

DATA COMPILAZIONE \_\_\_\_\_

**Tosse**

Tossisce abitualmente quando si alza?  Si  No

Tossisce abitualmente di giorno o di notte?  Si  No

Tossisce in tal modo quasi tutti i giorni/notte per 3 mesi all'anno?  Si  No

A che età ha cominciato a tossire \_\_\_\_\_ (anni)

**Espettorazione**

Espettora abitualmente quando si alza?  Si  No

Espettora abitualmente di giorno o di notte?  Si  No

Espettora in tal modo quasi tutti i giorni/notte per 3 mesi all'anno?  Si  No

A che età ha incominciato ad espettorare \_\_\_\_\_ (anni)

Negli ultimi 3 anni, ha dovuto interrompere le sue normali attività per almeno 3 settimane a causa di un eccesso di tosse o di espettorazione?  Si  No

### **Dispnea**

Ha problemi a camminare per un'altra causa che non sia un'affezione cardiaca o polmonare?

Sì  No

Ha difficoltà di respirazione quando sale una rampa di scale al suo passo normale?  Sì  No

Ha difficoltà di respiro quando cammina con altre persone della sua età ad un passo normale in pianura?  Sì  No

Deve fermarsi per riprendere fiato quando cammina in pianura al suo passo normale?

Sì  No

Ha difficoltà di respirazione quando si veste o si sveste?  Sì  No

A che età ha osservato che il suo respiro non era più normale \_\_\_\_\_ (anni)

### **Sibili respiratori ed oppressione toracica**

Ha mai avuto sibili respiratori?  Sì  No

Si è mai svegliato al mattino con una sensazione di oppressione toracica?  Sì  No

### **Crisi d'asma**

Ha mai avuto mancanza di respiro durante il giorno mentre è a riposo?  Sì  No

Ha mai avuto mancanza di respiro dopo uno sforzo fisico?  Sì  No

È stato mai svegliato da una crisi di difficoltà respiratoria?  Sì  No

Un medico le ha mai detto che soffre d'asma?  Sì  No

A che età ha presentato la prima crisi? (in anni) \_\_\_\_\_

A che età ha presentato l'ultima crisi? (in anni) \_\_\_\_\_

Che lei sappia ha qualche parente che soffre d'asma?  Sì  No



## Scheda per RX Torace

Il referto è normale?  Si  No  Non conclusivo

Conferma classificazione ILO?  Si  No

### Classificazione ILO

---

---

---

Interstiziopatia reticolare prevalente in campo medio-inf. comp. con asbestosi  
 No  Circoscritta  Diffusa

Interstiziopatia nodulare prevalente in campo medio-sup comp. con silicosi  
 No  Circoscritta  Diffusa

Placche pleuriche calcifiche o no, indicative di pregr. esposizione asbesto  
 No  Pleura Costale  Pleura Diaframmatica

Ispessimento pleurico diffuso?  Si  No

Versamento pleurico?  No  Monolaterale  Bilaterale

Nodulo o massa polmonare sospetta per Ca?  Si  No  
Se si, da definire?  Si  No

Sede nodulo/massa polmonare sospetta per Ca. \_\_\_\_\_

---

Pleuropatia sospetta per mesotelioma?  Si  No

Se si, Lato?  Sx  Dx

Altri reperti rilevanti \_\_\_\_\_

---

## Scheda per TAC Torace

Il referto è normale?  Sì  No  Non conclusivo

### Se alterato specificare:

TC parenchima: piccole opacità ramificate?  No  Circoscritte  Diffuse

Reticolazione inter/intralobulare sub pleurica?  No  Circoscritta  Diffusa

Linee curve subpleuriche/linee settali?  No  Sporadiche  Numerose

Honeycombing?  No  Circoscritto  Diffuso

Micronodulazione campi sup?  No  Non significativa  Chiara

Atelettasia rotonda?  Sì  No

Nodulo o massa polmonare sospetta per Ca?  Sì  No

Se sì, da definire?  Sì  No

Sede nodulo/massa polmonare sospetta per Ca. \_\_\_\_\_

Altri reperti parenchimali rilevanti \_\_\_\_\_

Placche pleuriche calcifiche o no?

No  Pleura costale monolat.-sporadica  Pleura costale monolat.-numerose

Pleura costale bilaterale.-sporadica  Pleura costale bilaterale-numerose

Pleura diaframm. monolat.-sporadica  Pleura diaframm. Monolat.-numerose

Pleura diaframm. Bilaterale-sporadica  Pleura diaframm. Bilaterale-numerose

Ispessimento pleurico diffuso?  No  Monolaterale  Bilaterale

Versamento pleurico?  No  Monolaterale  Bilaterale

Sospetto di mesotelioma maligno    Sì  No

Altri reperti pleurici rilevanti \_\_\_\_\_

Conferma classificazione ICOERD?  Sì  No

Se sì, Classificazione ICOERD

---

---

---

### **Scheda per Spirometria semplice**

Il referto è normale?  Si  No  Non conclusivo

Esito Spirometria?  Deficit ostruttivo  Restrittivo  Misto  Nulla da segnalare

Note accertamento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Scheda per Spirometria globale**

Il referto è normale?  Si  No  Non conclusivo

Esito Spirometria?  Deficit ostruttivo  Restrittivo  Misto  Nulla da segnalare

Note accertamento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Scheda per Diffusione Alveolo-Capillare (DLCO)

Diffusione alveolo-capillare del monossido di carbonio:

Aumentato  Ridotto con KCO normale

Ridotto con KCO ridotto  Nulla da segnalare

Il referto è normale?  Sì  No  Non conclusivo

Note accertamento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Scheda per PET**

Il referto è normale?  Si  No  Non conclusivo

Note accertamento \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Esiti delle visite**

**Esito visita pneumologica**

Note \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Esito visita radiologica**

Note \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Esito visita oncologica**

Note \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Scheda per Altro

Specificare altro accertamento \_\_\_\_\_

---

Il referto è normale?  Sì  No  Non conclusivo

Note accertamento \_\_\_\_\_

---

---

### Risultato esami clinico/strumentali:

- Negativo
- Placche pleuriche monolaterali
- Placche pleuriche bilaterali
- Asbestosi
- Fibrosi pleurica diffusa
- Mesotelioma pleurico
- ⇒ Tumore al polmone
- ⇒ Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)/ enfisema polmonare/bronchite cronica
- ⇒ Altro, specificare \_\_\_\_\_

## **Scheda Adempimenti Legali per ciascuna patologia**

Diagnosi \_\_ (elenco delle patologie definite nella scheda)

Primo certificato e Denuncia/segnalazione?  Si  No

Se si, Data primo certificato e denuncia/segnalazione \_\_\_\_\_

Aggravamento malattia e Denuncia/segnalazione?  Si  No

Se si, Data denuncia/segnalazione \_\_\_\_\_

Percentuale di riconoscimento \_\_\_\_\_

Referto?  Si  No

Se si, Data referto \_\_\_\_\_

Comunicazione al COR (solo in caso di mesotelioma)  Si  No

Se si, Data comunicazione al COR \_\_\_\_\_

## Scheda Follow-up

Anno dell'ultima visita \_\_\_\_\_

ATTENZIONE: fissare la visita:

- dopo 3 anni se il soggetto è risultato negativo e sono passati meno di 30 anni dalla cessazione dell'esposizione.
- dopo 1 anno se il soggetto è risultato positivo per una patologia correlata all'esposizione ad amianto (eccetto placche pleuriche)

Previsto ? SI  NO

Anno presunto della prossima visita (tra 1 anno) \_\_\_\_\_

Anno presunto della prossima visita (tra 3 anni) \_\_\_\_\_

È stata inviata una sintesi al medico curante?  Si  No

**ALLEGATO 4**

## MODELLO PER LA RACCOLTA DEI DATI DI SINTESI DELLA SORVEGLIANZA SANITARIA DEI LAVORATORI EX ESPOSTI AD AMIANTO

Conforme all' *ALLEGATO B dell'Intesa tra Stato, Regioni e Province autonome del 22 febbraio 2018, rep. Atti 39/CSR* "dati di sintesi delle regioni e province autonome della sorveglianza sanitaria degli ex esposti ad amianto (visite effettuate, accertamenti radiologici e funzionali, patologie diagnosticate)"

Regione o Provincia Autonoma		Anno di riferimento	
<b>1. Tabella monitoraggio e accertamenti sanitari</b>	<b>I Fase di controllo</b>	<b>Controllo periodico</b>	<b>II Fase di controllo</b>
N. Pazienti			
Accertamenti radiologici			
Radiografie del torace			
Tac Torace			
Accertamenti di funzionalità respiratoria			
Spirometria globale			
Diffusione alveolo capillare del CO			
Altri accertamenti			
Specificare			
<b>2. Patologie professionali amianto-correlate e altre eventuali patologie corrispondenti a quelle definite in letteratura scientifica come di evidenza limitata</b>	<b>Prima segnalazione</b>	<b>Segnalazione aggravamento</b>	<b>Casi controllati e già segnalati INAIL</b>
Placche / ispessimenti pleurici			
Asbestosi polmonare			
Neoplasia polmonare			
Mesotelioma pleurico			
Altro mesotelioma			
Neoplasia laringe			
Neoplasia ovarica			
Altre patologie amianto- correlate osservate			
Specificare			