

CAPITOLO 5: APRIRE LA *BLACK BOX* DEI PROGRAMMI E TESTARE SUL CAMPO IL METODO

L'artista mostrerà una scatola di cristallo, di dimensioni ridotte, piena d'inchiostro. Per dimostrare che è veramente inchiostro ciò che il recipiente contiene introdurrà parte di un cartoncino bianco e dopo averlo estratto mostrerà che la porzione immersa si è macchiata d'inchiostro. Inoltre, con un cucchiaino, prenderà una porzione di liquido e visibilmente la depositerà in un piatto, in modo che si possa dimostrare che si tratta veramente d'inchiostro. Fatte tali dimostrazioni, l'artista coprirà la scatola con un fazzoletto, e dopo alcuni passaggi magnetici lo toglierà: l'inchiostro si sarà trasformato in acqua cristallina in cui si vedranno nuotare svariati pesci rossi.

A. de Armenteras,
Enciclopedia di magia, illusionismo e presdigitazione
(in: Felipe Benitez Reyes *In via del tutto eccezionale*)

Per motivi di chiarezza espositiva abbiamo trattato, nei capitoli precedenti, delle possibili vie metodologiche per la ricerca di prove di efficacia in sanità pubblica, lasciando al presente capitolo la parte delle applicazioni. In realtà la storia naturale della ricerca metodologica del gruppo italiano per la EBP è stata improntata ad una mescolanza di teoria e di pratica, trovando l'una giovamento dall'altra. In questa sezione esponiamo la "pratica" che più è servita a sfidare la nostra ricerca metodologica e che di per sé ha dato risultati apprezzabili nella routine quotidiana degli operatori della prevenzione.

5.1 Legge Finanziaria 2001 ¹

La legge Finanziaria per il 2001 ha previsto l'abolizione di regolamenti obsoleti al fine di razionalizzare alcuni interventi di medicina preventiva e di uniformare la legislazione italiana a quella degli altri stati membri dell'Unione Europea. In tabella 5.1 è sintetizzato il contenuto degli articoli 92 e 93-bis della legge.

E' stato questo un momento estremamente istruttivo nella crescita del gruppo EBP, durante il quale abbiamo iniziato a capire e ad approfondire i

meccanismi che regolano i rapporti fra evidenze tecniche e scientifiche e politica. Proprio come abbiamo descritto più teoricamente nel paragrafo 3.8, la forza dell'evidenza non è la sola ed unica componente che viene considerata allor quando ci si trova di fronte a decisioni politiche (modificare una legge), ma è solo una delle componenti, soppesata insieme a molte altre. Esiste certamente un rapporto di qualche misura fra la forza delle evidenze e il peso che queste avranno nelle decisioni politiche e crediamo che valga quindi la pena lavorare in modo rigoroso per produrre evidenze credibili. Siamo anche convinti che la legge finanziaria non sia uno strumento adatto per regolare questioni tecniche di sanità pubblica, e non è azzardato affermare che in questo caso si è legiferato nello stesso senso delle prove di efficacia solo ed unicamente per motivi di costi.

Due sono le osservazioni importanti da fare. Prima di tutto, e senza entrare nel merito specifico di questa Legge, la linea di condotta che riteniamo migliore non è quella della abrogazione *tout court*. L'abrogazione di una legge comporta il cambiamento di un programma di sanità pubblica, in modo più o meno profondo. Il cambiamento dovrebbe essere inquadrato all'interno dell'intero programma di sanità pubblica (PSP) e il nuovo PSP, all'indomani dell'abrogazione, dovrebbe comunque avere una coerenza interna, rispondere ad una logica propria, forse diversa dalla somma di tutte le azioni e di tutto il lavoro, che ricade, con calcoli di budget, all'interno del PSP. Da un punto di vista meramente teorico l'abrogazione di norme, così come abbiamo visto fare (e come abbiamo auspicato) nella Legge Finanziaria 2001, fa perdere un'importante occasione di crescita culturale sia agli operatori della prevenzione sia ai politici e ai legislatori. In altre parole viene meno il meccanismo di compartecipazione di tutti i portatori di interesse. Il lavoro del gruppo italiano per la EBP tende a proporre PSP che hanno sia coerenza interna sia con l'obiettivo di salute prescelto. Ciò si può perseguire tagliando i rami secchi, ma più spesso il processo passa attraverso una ri-ingegnerizzazione di tutto il PSP.

In secondo luogo, la discussione parlamentare dei 2 articoli cui ci riferiamo è stata lunga, molto sofferta e ha subito numerosi rimaneggiamenti prima di vedere la luce nella veste che qui riproponiamo. Sono state varie volte incluse ed escluse diverse categorie, e queste decisioni sono state prese sulla base della negoziazione e della mediazione politica e non sulla base dell'evidenza. D'altra parte, abolire una legge che impone un controllo sanitario, per quanto obsoleto ed inutile, è un passo difficile da compiere. Anche dalla parte degli operatori della prevenzione esistono difficoltà di comprensione di tale provvedimento. Non tutto il mondo scientifico e degli operatori è compattamente concorde sull'inutilità di un programma o di una procedura e nella decisione di eliminare un servizio bisogna anche considerare il clima che si creerà nel gruppo di operatori che per anni ha implementato un PSP che, improvvisamente, diventa inutile. La mentalità della medicina certificativa è ancora molto radicata nel nostro Paese ² e la ritualità che viene collegata a questi "certificati" è difficile da sradicare con un pamphlet di prove di efficacia ³. Ci

troveremo più volte, in occasione diverse, ad avere a che fare con simili considerazioni sociologiche.

Tabella 5.1: Legge Finanziaria 2001, testo ed interpretazione degli articoli 92 e 93-bis.

Legge 23.12.2000 n.388 Ridefinizione di alcune norme di medicina preventiva		
RIF.	TESTO	"TRADUZIONE"
Art. 92, capo 14: Interventi vari di interesse sanitario	A decorrere dal 1 gennaio 2001 le disposizioni di cui all'articolo 14 della legge 30 aprile 1962, n. 283, e successive modificazioni, e agli articoli 37, 39, 40 e 41 del regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 26 marzo 1980, n. 327, non si applicano al personale saltuariamente impiegato dagli organizzatori di sagre, fiere e manifestazioni a carattere religioso, benefico o politico.	
Art 93-bis Ridefinizione di alcune misure di medicina preventiva	1. Al fine di razionalizzare alcuni interventi di medicina preventiva e di uniformare la legislazione italiana a quella degli altri Stati membri dell'Unione europea, a decorrere dalla data di entrata in vigore del regolamento di cui al comma 2 sono abrogati:	
	l'articolo 10, comma 1, della legge 14 dicembre 1970, n. 1088, all'articolo 22, primo comma, le parole da "eseguire le reazioni" fino a "della scuola media" ...	i. soggetti cutinegativi, dal quinto al quindicesimo anno di età, figli di tubercolotici o coabitanti in nuclei familiari di ammalati o ex ammalati di tubercolosi; ii. i soggetti cutinegativi, figli del personale di assistenza in servizio presso ospedali sanatoriali; iii. soggetti cutinegativi, dal quinto al quindicesimo anno di età, che si trovano in zone depresse ad alta morbosità tubercolare; iv. i soggetti cutinegativi, addetti ad ospedali, cliniche ed ospedali psichiatrici; v. gli studenti di medicina, cutinegativi, all'atto della loro iscrizione alle università; vi. i soldati, cutinegativi, all'arruolamento.
	... nonché l'articolo 49 del decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1967, n. 1518; ...	Abolisce l'obbligo della visita medica periodica per tutto il personale della scuola...(vale a dire più di un milione di italiani)
	... l'articolo 5 ed il capo I del titolo III del decreto del Presidente della Repubblica 27 ottobre 1962, n. 2056; ...	Aboliscono l'obbligo di effettuare il controllo sulla eventuale presenza di sifilide: i. in tutti i soggetti che devono presentare certificati di sana costituzione per concorsi, assunzioni... ii. nonché per i militari all'inizio e alla fine del loro servizio militare.
	... l'articolo 2, quarto comma, del decreto del Presidente della Repubblica 7 settembre 1965, n. 1301; ...	Abolisce l'obbligo di effettuare le rivaccinazioni antitetaniche ogni quattro anni.
	... l'articolo 1 del decreto del Capo del Governo 2 dicembre 1926, pubblicato nella <i>Gazzetta Ufficiale</i> n. 287 del 14 dicembre 1926...	Abolisce l'obbligatorietà della vaccinazione antitifida per: i. il personale degli ospedali, ii. delle lavanderie iii. e degli addetti al ciclo del latte.
	... Sono altresì abrogate le disposizioni di cui all'articolo 7 della legge 25 luglio 1956, n. 837, che prevedono l'obbligatorietà dell'esecuzione dell'accertamento sierologico della lue ai fini del rilascio del certificato di sana e robusta costituzione e di altri adempimenti amministrativi	
	2. Con un regolamento da emanarsi entro il 30 giugno 2001 ai sensi dell'articolo 17, comma 2, della legge 23 agosto 1988, n. 400, sono individuate, in relazione alle mutate condizioni sanitarie del Paese, le condizioni nelle quali è obbligatoria la vaccinazione contro la tubercolosi nonché le modalità di esecuzione delle rivaccinazioni della vaccinazione antitetanica.	
3. Le regioni possono, nei casi di riconosciuta necessità e sulla base della situazione epidemiologica locale, disporre l'esecuzione della vaccinazione antitifida in specifiche categorie professionali».		

5.2 Il progetto SALeM ⁴

Il progetto SALeM è stato per molti mesi il fulcro attorno a cui si è svolta l'attività del nostro gruppo. Una volta fissati alcuni parametri metodologici abbiamo deciso di cimentarci sul campo, scegliendo un PSP con un giusto mezzo di complessità e che fosse già stato oggetto di approfondimenti da parte di alcuni membri del gruppo, in modo da poterci esercitare principalmente con la metodologia.

L'oggetto del dossier SALeM (Salute Apprendisti e Minori avviati al Lavoro) è la valutazione dell'efficacia del PSP "sorveglianza sanitaria di apprendisti e minori avviati al lavoro in settori non a rischio" (ex art 9 comma 3 e comma 8 D.Lvo 345/99).

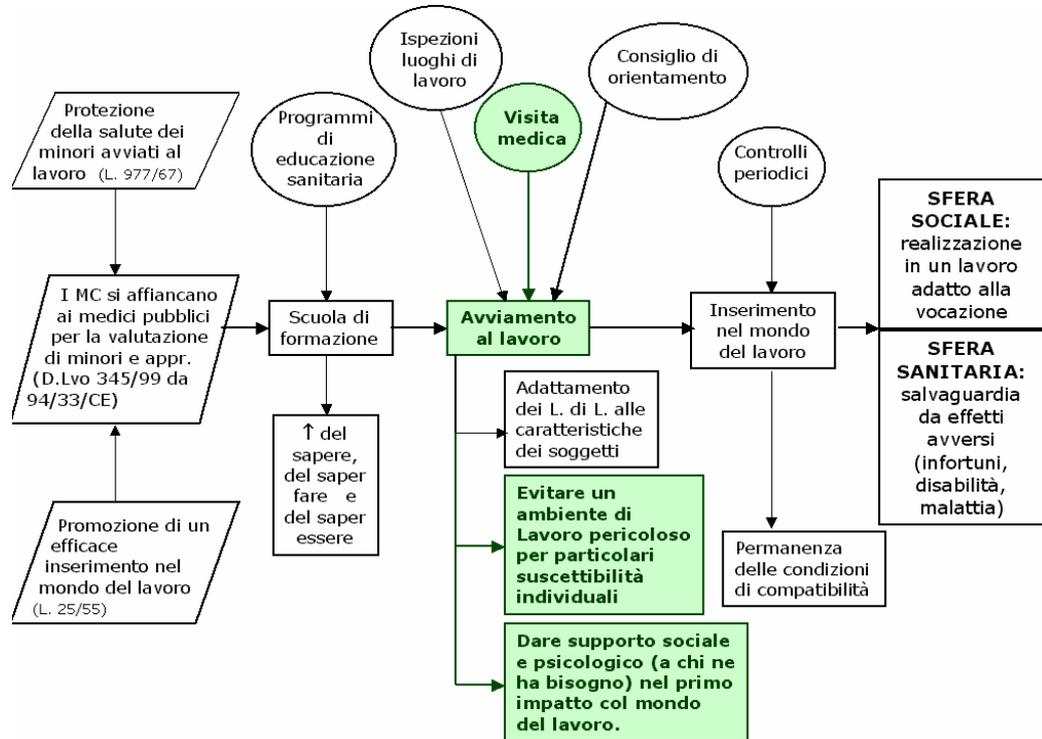
I Servizi del Dipartimento di Prevenzione delle ASL hanno il compito, per mandato istituzionale, di valutare l'idoneità psico-fisica degli apprendisti fino a 29 anni e dei minori avviati al lavoro in settori "non a rischio". Ciò si traduce in una visita medica e, a discrezione del medico del DP, in una serie di esami di laboratorio e di eventuali ulteriori accertamenti. Il prodotto finale di questa filiera è l'espressione del giudizio di idoneità attraverso un certificato di idoneità, di inidoneità, o di idoneità parziale con limitazioni. Lo scopo dichiarato della procedura sanitaria, non codificata da linee guida, è di evitare che il minore o l'apprendista venga a contatto con un ambiente di lavoro ostile per particolari suscettibilità individuali. L'analisi del PSP è in grafica nella figura 5.2

Si può stimare che ogni anno nel nostro Paese vengano effettuate non meno di 180mila visite mediche a giovani apprendisti e minori avviati a lavorazioni non a rischio, comportando un impegno di risorse stimabile in circa € 10,5 milioni, solamente per i costi legati a visite mediche ed esami integrativi ⁵.

Le visite mediche agli apprendisti e ai minori avviati al lavoro nascono in Italia a partire da un movimento di sensibilizzazione dell'inizio del '900 che promuoveva la particolare protezione di alcune categorie di lavoratori (minori e donne). Leggi e normative sono via via cambiate, spesso sovrapponendosi a norme vecchie mai abrogate.

La normativa di matrice europea recepita con il Dlvo 345 del 1999 è stata l'ultima emanazione in merito. Tale normativa ha comportato il passaggio della sorveglianza sanitaria dei minori/apprendisti dai medici del lavoro dei servizi dei dipartimenti di prevenzione ai medici competenti, consulenti dei datori di lavoro. Questi ultimi, nell'impostazione legislativa europea, sono debitori verso i propri dipendenti di numerosi obblighi di tutela, tra i quali quella sanitaria. Tutto questo sposta il centro della tutela dall'ambito del potere d'intervento dello Stato a quello dei doveri dell'imprenditore.

Figura 5.2: Il programma di sanità pubblica per la "sorveglianza sanitaria di apprendisti e minori avviati al lavoro in settori non a rischio" (ex art 9 comma 3 e comma 8 D.Lvo 345/99). Su sfondo grigio l'oggetto della valutazione sottoposto a revisione.



Nel portare a termine questa trasformazione legislativa, tuttavia, si è lasciata intatta la prassi relativa a quella porzione di giovani avviati al lavoro in settori nei quali la valutazione del rischio non evidenzia la necessità di alcuna sorveglianza sanitaria da parte di un medico competente. In tali casi (basti pensare ad ampie fasce del settore terziario, impiegati, servizi, commercio ecc.) persiste l'obbligo di sorveglianza sanitaria all'avvio al lavoro espletata dal personale sanitario del SSN.

La domanda fondamentale che si è posta alla base di questo dossier è stata: quali sono le prove di efficacia di questa pratica di lavoro e, quindi, ha senso continuare a investire risorse da parte del SSN su questo tema, alla luce delle trasformazioni del quadro organizzativo decise dal legislatore con la normativa recentemente approvata? Inoltre: esistono basi logiche o scientifiche su cui fondare il programma in oggetto?

L'approccio utilizzato per rispondere nel modo più rigoroso possibile a questi interrogativi è stato multidisciplinare. Sono state prese in considerazione diverse

tecniche di indagine (tabella 5.3). Il lavoro è inoltre il prodotto di due gruppi di ricercatori che hanno svolto separatamente ed in sequenza il proprio compito, il primo raccogliendo le prove e il secondo valutando tali prove ed esprimendo raccomandazioni sull'efficacia del PSP.

Tabella 5.3: Le diverse metodologie usate per affrontare diverse componenti del progetto SAlEM.

CAPITOLO	METODOLOGIA
Analisi delle basi scientifiche contestualizzate all'epoca di introduzione/proposta del programma	Analisi storica narrativa
Revisione sistematica di letteratura scientifica	Revisione sistematica di letteratura
Indagine sulle pratiche di lavoro a livello europeo	Survey fra esperti
Bilancio dei risultati del PSP	Raccolta dati
Raccolta di opinioni da parte di stakeholders	Stakeholders' analysis
Valutazione del PSP	Valutazione di esperti indipendenti

Il primo capitolo è dedicato sia all'analisi storica della legislazione (si veda sopra) e della pratica in Italia sia alla ricerca sistematica di letteratura sull'argomento. Inquadrare nella giusta luce storica la nascita e l'evoluzione delle leggi che governano il programma e prendere in considerazione le caratteristiche epidemiologiche che avevano portato all'espressione del bisogno di tale programma ci è sembrato utile per avere una pietra di paragone con le condizioni attuali. Infatti, come abbiamo avuto modo di discutere lungo il corso di questo scritto, l'efficacia pratica dei programmi di sanità pubblica è indissolubilmente legata al luogo e al tempo di ogni intervento.

Abbiamo accostato a questa analisi storica la ricerca sistematica di letteratura con lo scopo di valutare, secondo criteri rigidi ma sufficientemente inclusivi, lo stato dell'arte così come riportato in letteratura. La metodologia di ricerca, ampiamente trattata nel dossier originale ⁴, ha previsto la consultazione in cieco di varie banche dati (Meline, Cochrane Library, PsycINFO, Google, AskERIK e CCOHS ⁶).

Il primo importante problema riguarda il numero e le peculiarità delle banche dati consultate. Infatti, se è comune nella pratica degli operatori sanitari consultare risorse come Medline e la Cochrane Library, non è altrettanto frequente consultare banche dati non mediche e di taglio sociologico. E' stato difficile arrivare a queste

banche dati e soprattutto è stato complicato scoprirne peculiarità ed un valido modo di consultarle.

Il secondo problema affrontato è stata la scarsa specificità delle parole chiave usate. Ciò è dovuto non tanto ad inesperienza dei ricercatori, né a personali ed opinabili traduzioni in inglese da parte degli autori, bensì alla peculiarità del lessico della sanità pubblica, alle consuetudini linguistiche nel Paese in cui lo studio è stato condotto e, spesso, alla legislazione in vigore ⁷.

Per la ricerca degli articoli abbiamo proceduto usando un "setaccio" a maglie progressivamente più strette, scartando man mano, secondo criteri via via più stretti gli articoli non pertinenti (in figura 5.4 vi è una rappresentazione grafica del processo).

Figura 5.4: il processo di ricerca sistematica di letteratura.

FASE 1	FASE 2	FASE 3	FASE 4	FASE 5
Consultazione banche dat con parole chiave. 2 persone in cieco.	Lettura e prima scrematura dei record. 1 persona	Analisi di ogni record. 2 persone in cieco.	Ricerca articoli originali. 1 persona	Lettura critica secondo griglia (vedi testo). 2 persone in cieco.
3948 record	224 record	31 record	18 articoli	2 articoli

E' stato preparato un documento riassuntivo per i 224 articoli della seconda fase, riportando per ogni articolo solamente titolo e abstract, omettendo gli autori, la rivista, la data e la lingua di pubblicazione, in modo da non essere influenzati da nessuna informazione al di fuori del contenuto dell'articolo.

Due persone hanno revisionato in cieco il documento escludendo gli articoli non pertinenti (fase 3). In caso di mancato accordo l'inclusione o l'esclusione veniva discussa e si è sempre arrivati ad un accordo. Da questa selezione sono stati quindi scelti 31 articoli ossia 0,78% rispetto al totale delle fonti generate con la ricerca online. Tutti questi articoli erano stati trovati esclusivamente con la ricerca sulla banca dati Medline.

Di questi 31 articoli siamo stati in grado di ottenere copia solamente di 18, sia contattando l'autore sia cercando le riviste attraverso il sistema bibliotecario italiano. Le difficoltà nel reperire molti di questi articoli è stata notevole, a causa della diffusione prettamente locale delle riviste, della data di pubblicazione e del budget del progetto.

Ogni articolo ottenuto in copia è stato letto da una persona. La valutazione degli articoli da includere è stata fatta da 2 persone. Per la valutazione di ogni singolo articolo è stata applicata una griglia elaborata dal gruppo di lavoro australiano che abbiamo avuto più volte occasione di citare ⁸. Tale griglia offre una guida approfondita all'interpretazione della qualità dell'articolo portando alla

decisione di includere o meno tale articolo nell'analisi. Inoltre ha l'indubbio merito di riuscire a focalizzare i punti salienti e le criticità del lavoro in analisi, ma la decisione dell'inclusione o della esclusione non è rigida.

Al fine di procedere a una verifica di completezza del lavoro di recupero della bibliografia pertinente si è deciso anche di utilizzare un cospicuo indice "compilato a mano", secondo le tradizionali tecniche di raccolta bibliografica, che uno dei ricercatori aveva provveduto a creare a partire dal 1988 fino al presente.

Anche attenendosi a criteri inclusivi, nessun articolo fra quelli esaminati si è dimostrato pienamente aderente alla nostra domanda di ricerca, dimostrando quindi un vuoto di studi sull'argomento specifico. I lavori considerati rispondevano di volta in volta ad una sola delle 2 variabili considerate nella ricerca (giovani e lavorazioni non a rischio): studiavano gli apprendisti ma in lavorazioni a rischio, oppure studiavano classi di lavoratori impiegati in produzioni non a rischio, ma tra questi i giovani costituivano solo un sottogruppo e non l'oggetto principale del lavoro. Abbiamo comunque deciso di includere nella fase finale della revisione i due articoli, dai quali riuscivamo a ritagliare i dati sui lavoratori giovani avviati al lavoro in settori non a rischio ⁹⁻¹⁰.

Il secondo capitolo è dedicato ad una lettura sinottica delle leggi e delle pratiche negli altri Paesi Europei. Ciò nella convinzione che diffusione e omogeneità nelle modalità operative tra diversi sistemi sanitari siano indizi indiretti di validità di un PSP. La survey, che rimane nell'ambito del giudizio qualitativo, ha contribuito ad inquadrare il problema.

In linea generale, si tratta di un PSP che più di altri risulta regolato da normative. Per quanto riguarda l'Unione Europea (UE) la specifica legislazione ¹¹ è ormai entrata in vigore in tutti i Paesi dell'Unione. Essa lascia ampia discrezionalità ai singoli governi di adattare gli aspetti operativi alle particolari esigenze nazionali. Anche la ILO, agenzia che sotto l'egida dell'ONU si occupa dei problemi legati al lavoro, si interessa da molto tempo del problema della protezione dei minori, ma sempre con particolare attenzione a settori ritenuti a particolare rischio per la salute ¹²⁻¹³⁻¹⁴. Le iniziative dell'ILO nel campo della legislazione protettiva del lavoro, contrariamente a quelle dell'UE, non hanno carattere vincolante e ogni stato è libero di aderire o meno a questi che si configurano come veri e propri trattati internazionali.

La compilazione di una mappa europea di pratiche sanitarie rivolte a minori e apprendisti avviati al lavoro è stata realizzata a partire da due fonti principali di dati:

1. una survey realizzata tramite distribuzione di un questionario; E' stato approntato un documento in inglese costituito da una lettera introduttiva

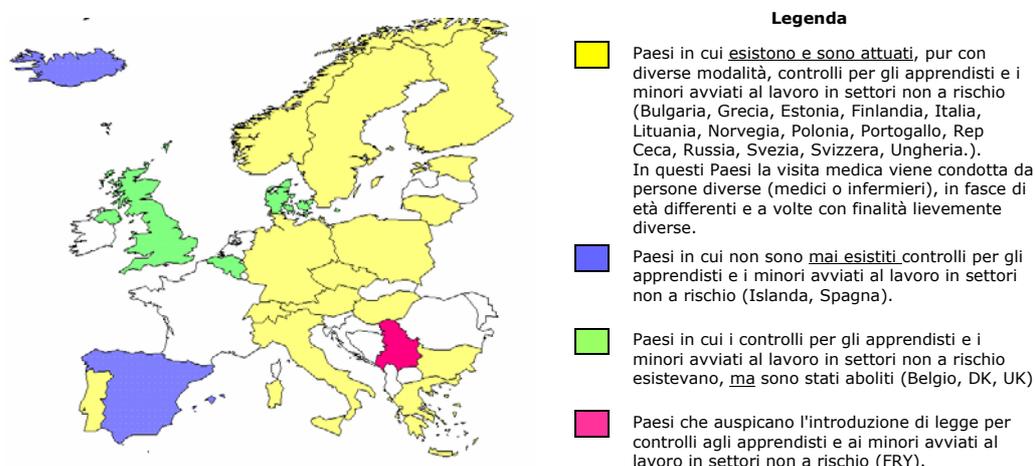
che conteneva la descrizione del PSP Italiano e da un questionario che chiedeva di dettagliare le modalità operative del PSP indagato e, nel caso il PSP fosse stato abbandonato, di descrivere le motivazioni di tale scelta e le eventuali "prove" d'inefficacia alla base della decisione. Il questionario è stato distribuito usando due diversi canali. Sulla base di conoscenze personali sono stati individuati i colleghi stranieri a cui inviare il questionario. In ogni caso a rispondere sono stati operatori coinvolti in prima persona nell'effettuazione del PSP. La seconda via di distribuzione dello stesso questionario è stata favorita dall'ISPESL di Roma, in qualità di centro di focal point italiano della agenzia europea per la salute e la sicurezza sui luoghi di lavoro

2. la ricerca in banca-dati elettronica su Internet della legislazione internazionale ¹⁵ raccolta e mantenuta dalla ILO. I dati ILO sono stati confrontati, ove possibile, con i risultati dei questionari ricevuti (privilegiando in caso di discordanze il questionario). Si è comunque provveduto a escludere le informazioni troppo datate, risalenti a prima degli anni 90.

Esistono, nel campo indagato, numerose difformità di applicazione di leggi pur simili ed è stato difficile riuscire ad interpretare, a seconda della storia locale, le forme delle leggi e i PSP in cui si esprimevano. Il Programma non viene applicato in tutti gli stati europei, ma per motivi diversi (figura 5.5 e sinossi in tabella 5.6).

In conclusione si può senza dubbio affermare che molti paesi adottano il PSP oggetto di valutazione, ma prevalentemente destinandolo a minori e apprendisti avviati al lavoro in settori che presentano rischi professionali ben definiti. Tre paesi (Belgio, Danimarca e Regno Unito) hanno abolito tale pratica, senza tuttavia basare la propria decisione su prove di efficacia. Nei paesi in cui il PSP è tuttora adottato la varietà di contenuti nel suo espletamento è notevole. Non sempre la visita medica rappresenta il momento più rilevante, mentre sono segnalate esperienze nelle quali l'occasione del contatto con il giovane è utilizzata per azioni di educazione sanitaria e counseling, di efficacia peraltro mai valutata. Resta comunque aperta la discussione sul peso da attribuire alle diverse pratiche nei diversi Paesi.

Figura 5.5: risultati della survey europea su leggi e procedure simili a quella indagata nel Progetto SALeM. I dati qui sono integrati anche dalla consultazione delle banche dati ILO e WHO.



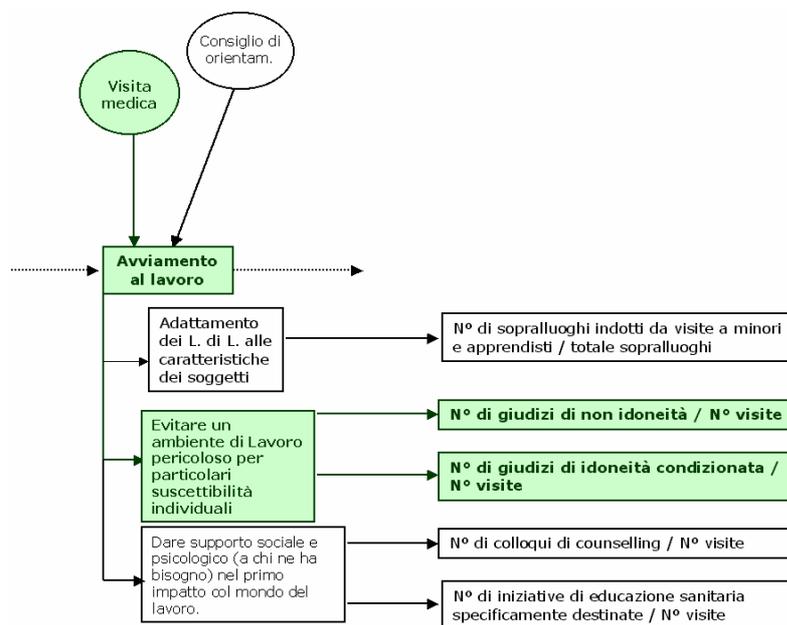
Il terzo capitolo consiste in una classica raccolta di dati presso le ASL italiane (26 risposte su 199 ASL pari al 13.1%). Il questionario approntato non è stato testato prima della sua diffusione, ma solo lungamente discusso in alcuni incontri. Scopo del questionario era la raccolta di dati relativi all'attività di controllo, ad una stima dei costi e ad un'analisi delle ricadute effettuate dai servizi di medicina del lavoro dei DP nel periodo gennaio-settembre 2001. Ossia premeva conoscere il numero e l'esito delle visite mediche e il loro costo. La distribuzione dei questionari è avvenuta sia tramite la rete della SNOP (Società Nazionale di Operatori della Prevenzione) sia attraverso canali più istituzionali facilitati dalla Regione Emilia Romagna. La percentuale di risposta è stata bassa e le generalizzazioni dei risultati che seguono deve tenere conto di questo limite.

I dati raccolti dai diversi DP sono stati un punto decisivo del dossier e che ha portato a stimare i costi e l'efficacia del programma. Abbiamo usato come indicatori il numero di giudizi di idoneità sul totale delle visite del periodo assegnato (Gennaio-Settembre 2001) e il numero di giudizi di inidoneità condizionata sul numero totale delle visite. Gli indicatori considerati sono in grafica nella figura 5.7.

Tabella 5.6: sinossi dei dati salienti ricavati dalla survey europea e dalla ricerca sulla banca dati ILO.

Paese	Controlli per i NON a rischio?	NOTE sul programma di sanità pubblica implementato.
Austria	SI	Il tipo di visita e la qualifica del medico variano a seconda dell'età dell'assistito e del tipo di lavorazione. Per minori (<18 aa) avviati a lavorazioni non pericolose e con turni diurni non è richiesto nessun titolo specialistico. Per tutti gli altri casi (> 18 aa e lavorazioni a rischio) è richiesta una autorizzazione del ministero del lavoro.
Belgio	NO	L'obbligo esisteva fino al 1999: visita annuale per qualunque lavoro. La "Royal Decision" del 3 Maggio 1999 ha abolito le vecchie leggi sugli esami periodici ai minori e apprendisti.
Bulgaria	SI	4 visite mediche/anno per i < 16 anni
DK	NO	Controlli obbligatori fino al 1985. Ora: ambulatorio di counselling e orientamento professionale multidisciplinare, cui partecipano un medico o infermiere.
Estonia	SI	Riguarda tutti i giovani fino a 26 anni
Finlandia	SI	Obbligatori per < 18 anni. I controlli non si effettuano SE il lavoro è < 3 mesi, SE esiste documentazione medica recente, se il lavoro è considerato "leggero" (es. citato: white collar). La visita è svolta indifferentemente da un medico o da un infermiere. Viene fornito counselling
Francia	Vedi note	Riferimenti molto vaghi. Esistono atti amministrativi riguardanti giovani e apprendisti.
Germania	SI	La visita medica è codificata per legge e può essere effettuata da qualunque medico.
Gran Bretagna	NO	Controlli obbligatori di legge fino al 1974 poi aboliti tout. La valutazione veniva fatta durante la scuola superiore. Le informazioni venivano riportate al "Career Service". Ora è il Career Service che stabilisce la necessità di una visita in base all'analisi del rischio del posto di lavoro.
Grecia	SI	Visita annuale fino al raggiungimento dei 18 anni. La visita va ripetuta ad ogni cambiamento di lavoro. Sono previste norme di prevenzione infortuni per i minori, la cui implementazione è a carico del datore di lavoro.
Irlanda	Vedi note	Le informazioni sono specifiche solo su comparti a rischio (piombo).
Islanda	NO	Questo tipo di controlli non è mai esistito
Lituania	SI	Controlli svolti (solo su < 18 anni) dai MMG.
Norvegia	SI	Corpo normativo apparentemente molto complicato in cui numero e periodicità delle visite varia per i minori di 18 anni a seconda dell'impiego.
Polonia	SI	Controlli sanitari combinati con un breve corso di educazione sanitaria il cui costo (del solo corso) è a carico del datore di lavoro.
Portogallo	SI	La legge specifica categorie non a rischio per cui è previsto l'esame medico obbligatorio e gratuito per i minori di 18 anni.
Rep. Ceca	SI	
Russia	SI	Visite obbligatorie per i < 18 anni. Il testo riportato è confuso anche perché coesistono ancora codici della vecchia URSS e leggi delle nuove repubbliche.
Spagna	NO	Questo tipo di controllo non è mai esistito.
Svezia	NO	La visita medica è obbligatoria e può essere effettuata da qualunque medico
Svizzera	SI	Esiste l'obbligo di legge, ma è diversamente applicato nei vari cantoni. Interventi di educazione sanitaria c/o le scuole professionali. I dati fanno parte di un archivio nazionale.
Ungheria	SI	
Yugoslavia	Vedi note	Nulla è stabilito per legge ma è nell'uso offrire orientamento professionale al termine della scuola dell'obbligo. Il team appartiene al SSN ed è multidisciplinare. Viene offerto esame fisico completo. I medici Yugoslavi sperano che tale pratica sia resa obbligatoria in futuro.

Figura 5.7: Riprendendo il diagramma schematico del PSP: gli indicatori considerati. Su sfondo grigio l'oggetto della valutazione sottoposto a revisione.



Il numero di visite, pari a 26.259 per il campione considerato, corrisponde al numero di soggetti visitati (la finestra temporale di nove mesi esclude in pratica la possibilità di visite ripetute sullo stesso soggetto). Dal questionario risulta che le inidoneità sul numero totale di visite corrispondono allo 0,67‰ (9 su un totale di 13.373 visite) e che le inidoneità con limitazioni sono 9,4‰ visite (126 su un totale di 13.373 visite). I costi generati dal programma sono molto alti. Si stima che ogni visita effettuata costi € 56.39 e ciò comporta un impegno di risorse stimabile in circa € 10,5 milioni, solamente per i costi legati a visite mediche ed esami integrativi. Per fornire un paragone pratico, la somma stanziata nel 2001 (stesso anno dei nostri calcoli) dal Ministero del Lavoro per la ricerca è stata di € 1,6 milioni ⁴.

Il quarto capitolo è una analisi delle opinioni dei soggetti socialmente coinvolti dal PSP, che in termini tecnici viene definita come *Stakeholders' analysis*. Per vari motivi è stato un capitolo faticoso in primis perché non siamo riusciti a convogliare efficacemente tutti i portatori di interesse che avremmo voluto. Di fatto la decisione di chi deve entrare a pieno titolo nella discussione è opinabile e d'altro canto un gruppo di ricercatori non ha autorevolezza sufficiente per richiamare tutte le persone necessarie all'analisi. Dobbiamo anche notare che questa tecnica, ampiamente diffusa nei paesi anglosassoni, è di utilizzo difficoltoso nel nostro Paese.

Infine il quinto capitolo è la revisione del materiale raccolto nei primi quattro capitoli da parte di un gruppo di ricercatori indipendenti, che non hanno collaborato alla fase di raccolta delle prove di efficacia.

Le prove raccolte a favore dell'efficacia del PSP sono state vagliate in cieco. Ai ricercatori è stato fornito tutto il corpus di dati raccolti (nella stessa veste dei primi quattro capitoli del lavoro originale) ed è stata consegnata una griglia attraverso la quale è stato chiesto di valutare il livello qualitativo delle informazioni raccolte, di esprimere un giudizio circa l'efficacia del PSP e di formulare una raccomandazione finale.

Unanimente le prove raccolte sono state giudicate insufficienti, ma l'efficacia del PSP in oggetto è stata ritenuta comunque improbabile. Poiché non esistono né elementi in grado di affermare l'utilità del PSP in esame, né elementi logici che permettano una riprogettazione del programma di sanità pubblica così come prescritto dalla Legge. Il gruppo di valutatori raccomanda l'abbandono del programma ed eventualmente la sua sostituzione con altre procedure di provata efficacia.

Il capitolo dedicato alla valutazione ha dato risultati rapidi e che sono in linea con molte delle osservazioni raccolte dai compilatori del dossier. E' risultato evidente che molte difficoltà nascono nella valutazione dell'efficacia di un programma già in uso. Se infatti da un lato abbiamo a disposizione dati numerici su cui ragionare, è vero che la porzione di un PSP, estratta dal suo contesto diventa, una volta valutata negativamente, di difficile gestione. E' evidente che il metodo per valutare l'efficacia attesa di programmi da introdurre usa metodologie diverse e forme di implementazione differenti. Al momento attuale, però, l'Italia può ragionevolmente valutare programmi di implementazione corrente, e deve dipendere, per la valutazione di efficacia di programmi di futura introduzione, quasi esclusivamente da informazioni che giungono da altri sistemi sanitari (Australia, Canada, Gran Bretagna, Olanda, Paesi Scandinavi, Stati Uniti) o da organizzazioni sanitarie sovra governamentali (OMS).

I commenti alla fine del lavoro sono molti. Prima di tutto c'è da notare che non è stata operata nessuna analisi logica del PSP prima di iniziare la sua valutazione. E' stata una scelta deliberata, operata per permetterci una sorta di esercitazione pratica, ma ricordiamo qui che molto probabilmente il PSP non avrebbe superato la fase di analisi logica, se questa fosse stata operata.

Come si vede dalla figura 5.2 abbiamo sottoposto a valutazione solo una piccolissima parte dell'intero programma e questo costituisce di certo un limite della nostra analisi, poiché così facendo non si riesce ad avere una idea precisa

delle forze che intercorrono fra le varie componenti. Abolire la visita medica, ci è stato obiettato, provocherebbe la "perdita" di molte occasioni di contatto con giovani avviati al lavoro. Infatti spesso i DP usano il mezzo della visita medica per offrire informazione e/o educazione sanitaria su argomenti di sicurezza sul luogo di lavoro o su altre tematiche di prevenzione. Questo concetto è risultato chiaro in due diversi punti dello studio: nel questionario inviato ai DP e nelle informazioni ricavate dall'indagine europea.

Crediamo che queste obiezioni siano falsi problemi. Seguendo il filo della nostra metodologia è difficile esprimere un giudizio sull'efficacia di counselling, informazione ed educazione sanitaria quando non si hanno a disposizione le prove di efficacia. Per quanto lodevole l'iniziativa dei colleghi che colgono l'occasione del contatto con i giovani per fornire strumenti di prevenzione, crediamo che sia difficile ed arbitrario arrivare a stabilire se queste iniziative hanno un valore aggiunto per la comunità. In ogni caso, ammettendo che abbiano un valore aggiunto tale da giustificare il mantenimento del PSP così come vige tutt'oggi, crediamo che sia culturalmente sbagliato lasciare il PSP così come è, ma andrebbe riorganizzato, dopo ricerca e valutazione, alla luce di prove di efficacia del counselling, dell'informazione e dell'educazione sanitaria, poiché a queste azioni corrispondono professionalità che non sempre i medici del lavoro possiedono. Sarebbe quindi auspicabile che la valutazione condotta si allargasse anche a queste nuove aree emerse dallo studio.

Ci siamo inoltre interrogati sulla fattibilità da parte degli operatori di gestire ed approfittare di revisioni sistematiche di letteratura. E' stata questa una fase dello studio che ha richiesto molto tempo e lo sviluppo di competenze specifiche. La sanità pubblica è un ambito di frontiera con *altre* discipline che hanno *altre* letterature e *altri* metodi. Il confronto è stato spesso difficile ed inoltre non esiste una professionalità specifica nel SSN italiano deputata ad assistere i medici in questa funzione. Tradizionalmente infatti, nel nostro Paese, la figura del bibliotecario è molto più vicina alla figura del custode che non a quella del ricercatore.

Una volta completato il dossier non è però finito il compito, almeno secondo quanto il gruppo si propone di perseguire. Il dossier, che è circolato informalmente negli ambienti della prevenzione e formalmente ospitato per intero dalle pagine del sito del Laboratorio di Epidemiologia dell'ISS ⁴, è ora in corso di pubblicazione sotto forma di articolo scientifico. Abbiamo inoltre creduto utile fornire un riassunto, in apertura alla versione integrale, dedicato a categorie particolari di stakeholders, ossia ai policy makers, cercando in tal modo di annullare la differenza di linguaggio fra ricercatori e manager.

Il primo risultato positivo del Dossier SALeM è stata la presa di posizione espressa dal presidente della commissione provinciale ex art. 27 D.Lgs 626/94 della provincia di Lodi. In un documento del 21.10.2002 si invitava, sulla base del dossier SALeM, a delegare al medico competente la sorveglianza sanitaria dei minori non esposti a rischio specifico, a ridurre i compiti dei medici del lavoro dei servizi del SSN limitatamente alle visite per i minori non esposti a rischio (assunti dalle imprese per le quali non vige l'obbligo di nomina del medico competente) ed infine viene sottolineato che non vige l'obbligo di visita medica di idoneità per gli apprendisti maggiorenni non esposti a rischio. Tale presa di posizione non è vincolante e non ha valore di norma ma raggiunge comunque l'obiettivo di diminuire il carico di accertamenti ¹⁶.

Recentemente, inoltre, la Regione Lombardia, ha emanato una legge ¹⁷ relativa a certificazioni in materia di igiene e sanità pubblica. Tale norma disciplina appunto la certificazione e viene sancito che "non sono richiesti o rilasciati da servizi delle Aziende Sanitarie Locali della Regione Lombardia i seguenti certificati: (...) Certificato di idoneità fisica per l'assunzione di minori". Si può obiettare che nemmeno questa deliberazione si sovrappone perfettamente al contenuto del dossier SALeM, tuttavia ci sembra che tale decisione vada nello stesso senso delle conclusioni del dossier.

5.3 Note e bibliografia

1. Legge 23 dicembre 2000, n. 388 *Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2001)* pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 302 del 29 dicembre 2000 Supplemento Ordinario n. 219 <http://www.parlamento.it/parlam/leggi/00388l.htm> [accesso 17.09.2003]
2. Giorgio Ferigo *Il certificato come servizio* Ed Forum Udine
3. C Vetere *La gestione ritualistica dell'igiene degli alimenti*. Salute e Territorio 69, 1989; 2-6
4. A Baldasseroni, S Bernhardt, D Cervino, A Gardini, L Salizzato *Sorveglianza Apprendisti al Lavoro e Minori (progetto SALeM): valutazione di efficacia del programma di sanità pubblica di sorveglianza di apprendisti e minori avviati al lavoro in settori non a rischio*. EpiCentro, portale di Epidemiologia del Laboratorio di Epidemiologia dello ISS. Tutti i materiali e il rapporto finale del progetto SALeM si trovano, liberamente fruibili, in rete, pubblicati da EpiCentro, portale del Centro Nazionale di Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS:

- <http://www.epicentro.iss.itebp/pro-salem.htm> [accesso 21.08.2003]
5. Il calcolo è stato eseguito basandosi sui dati del rilevamento trimestrale delle Forze Lavoro ISTAT 2001 per la classe d'età 15-19 anni presumendo che tutti i giovani avviati al lavoro in tale fascia d'età fossero eligibili per la visita medica. Sono stati considerati come settori "non a rischio" quelli classificati dal censimento ISTAT 2001 come addetti al Commercio, Altri Servizi e Delle Istituzioni, escludendo quindi gli addetti all'Industria. Il costo attribuito ad ogni visita è quello calcolato dalla raccolta di dati presentata nel capitolo 3 del Dossier (€ 56,36 costo medio globale per visita). E' da notare come la stima del numero di visite così realizzata è in buon accordo con quanto si potrebbe estrapolare generalizzando i dati raccolti nel campione non rappresentativo di servizi che hanno risposto al questionario di raccolta dati.
 6. Ricerca sistematica di letteratura: i data base interrogati. (vedi tabella in fondo alla bibliografia)
 7. A titolo di esempio e di indicazione pratica per la riproducibilità della ricerca sistematica segnaliamo che *Apprentice** e *pre-employment* sono state 2 parole chiave molto usate, in varie combinazioni, ma si sono prestate ad impreviste interpretazioni. Nel mondo francofono la parola *apprentice* è soprattutto legata agli studenti di scuole professionali che svolgono parte del tirocinio al di fuori della scuola presso imprese e laboratori privati. In questi Paesi, gli operatori che si occupano degli *apprentices* non fanno capo alla medicina occupazionale, ma alla medicina scolastica. La parola *pre-employment*, nel mondo anglo-sassone si riferisce ad una diversa concezione delle visite, svolte nella fase di preassunzione e che possono portare (ad esempio negli Stati Uniti) ad una vera e propria decisione circa l'assunzione o la non assunzione.
 8. L Rychetnik, M Frommer *A proposed schema for evaluating evidence on public health interventions;* " Version 4. National Public Health Partnership, Melbourne 2002
http://www.nphp.gov.au/workprog/p_hpractice/schema.htm
[accesso 16.09.2003]
 9. WL de Kort, LG. Fransman, FJH van Dijk *Preemployment medical examinations in a large occupational health service.* Scand J Work Environ Health 1991;17:392-7 In fondo alla bibliografia vi è una scheda riassuntiva del contributo Olandese e le motivazioni dei ricercatori per l'inclusione dello studio nella ricerca sistematica di letteratura.
 10. WL de Kort, HW Post Uiterweer, FJH van Dijk *Agreement on medical fitness for a job.* Scand J Work Environ Health 1992;18:246-51 In fondo alla bibliografia vi è una scheda riassuntiva del contributo Olandese e le motivazioni dei ricercatori per l'inclusione dello studio nella ricerca sistematica di letteratura.
 11. Direttiva n.94/33/CE
 12. Si veda ad esempio la legislazione internazionale ILO *Convenzione relativa all'esame medico obbligatorio dei fanciulli e degli adolescenti impiegati a bordo delle navi, n° 16* del 20.11.1922 a cui hanno aderito 80 Paesi nel mondo. Dati tratti da: banca dati legislativa ILO <http://www.ilo.org/ilolex/> [accesso 18.09.2003]. Da questa pagina va cercato il numero della convenzione e/o della raccomandazione; ISPESL
<http://www.ispesl.it/laborbase/Data/1921ILOc16e.htm#top>
[accesso 18.09.2003].
 13. Si veda anche *Convention concerning Medical Examination of Young Persons for Fitness for Employment Underground in Mines* entrata in vigore il 23.06.1965. Dati tratti da; banca dati ILO
<http://www.itcilo.it/english/actrav/telearn/osh/legis/c124.htm>
[accesso 18.09.2003]
 14. Si veda la *Convention concerning Medical Examination for Fitness for Employment in Industry of Children and Young Persons*, entrata in vigore il 29.12 1950. Dati tratti dalla banca dati ILO
<http://www.itcilo.it/english/actrav/telearn/osh/legis/c124.htm>
[accesso 18.09.2003]
 15. <http://natlex.ilo.org/> sito pubblico e gratuito [accesso 18.09.2003]
 16. Un estratto di tale documento è stato pubblicato sul numero 1 del gennaio 2003 di SNOP IN-FORMA, newsletter della Società Nazionale degli Operatori per la Prevenzione. La newsletter è liberamente consultabile all'indirizzo <http://www.snop.it/>
[accesso 18.09.2003]

17. Legge Regionale n° 12 del 4.08.2003 Norme relative a certificazioni in materia di igiene e sanità pubblica. Pubblicata sul Bollettino Ufficiale Regionale della Regione Lombardia n° 32/2003, 1° supplemento ordinario, 11.09.2003. Il documento è liberamente consultabile dalla pagina web della Regione Lombardia <http://www.infopoint.it/pdf/2003/02321.pdf> [accesso 18.09.2003]

Riferimento nota 6: ricerca sistematica di letteratura: i data base interrogati.

Banca Dati	NOTE
Medline	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi interpellato il 27.03.01 e il 20.05.01.
Cochrane Library	http://www.update-software.com/cochrane/ banca dati della Cochrane Collaboration che promuove ed indicizza revisioni sistematiche di letteratura. La banca dati è liberamente consultabile sono in alcune parti.
PSYC-INFO	http://www.apa.org/psycinfo/ banca dati della American Psychological Association, interpellata il 20.07.01.
GOOGLE	http://www.google.com motore di ricerca generalista, interpellato perché in grado di indicizzare anche i file in formato *pdf, e quindi in grado di cercare anche i documenti di buona pratica e i rapporti di varie agenzie, difficilmente pubblicati sulla stampa medico-scientifica.
ASKERIK:	http://www.askeric.org/ (Educational Resources Information Center) basato negli Stati Uniti, indicizza soprattutto lavori Pubblicati in aree educazionali, psicologiche e sociali.
CCOHS	La base di dati CCOHS raggruppa i database: NIOSHTIC, OSH, HSLINE e CISLO è consultabile all'indirizzo: http://ccinfoweb.ccohs.ca/bibliographic/search.html e il suo accesso è controllato. NIOSH è il data base del NIOSH, National Institute of Occupational safety and Health, CDC Atlanta; OSH copre il Data base del NIOSH ed indicizza anche gli articoli di giornali (nord americani) dal 1998, lavori presentati a congressi research reports e riviste scientifiche peer reviewed; HSLINE copre materiali vari, orientati alla salute e sicurezza provenienti da diverse aree [Ingegneria, Manifatturiero, Agricoltura, Miniere, Sostanze pericolose, Igiene Occupazionale, Trasporti, sicurezza Offshore, Tecnologia nucleare, Inquinamento industriale, Welding e Robottica]; Il data base CISILO si occupa dell'indicizzazione della letteratura occupazionale [salute e sicurezza] coprendo anche la parte legislativa di tutte le nazioni appartenenti al network. Include documenti in inglese e anche in altre lingue [Francese, Tedesco, Russo, Lingue scandinave, Italiano, Spagnolo, Giapponese, Polacco e Portoghese].

Riferimento alla nota 9: WL de Kort, LG. Fransman, FJH van Dijk *Preemployment medical examinations in a large occupational health service*. Scand J Work Environ Health 1991;17:392-7

Descrizione dell'intervento	
Scopo	Valutazione delle pratiche correnti di esami medici in sede di pre-employment.
Responsabile	Direzione generale per il lavoro, Ministero affari sociali e lavoro, Olanda
Luogo	Olanda
Periodo	1 Gennaio 1983 → 31 Dicembre 1988 (6 anni)
Strategia	Studio osservazionale
Descrizione	<p>I ricercatori hanno considerato i record medici derivanti dagli esami di pre-employment, di 105039 candidati ad un posto di lavoro nella pubblica amministrazione olandese lungo il corso di 6 anni. Tale numero rappresenta la quasi totalità dei candidati. Il campione è stato diviso in 2 grosse categorie: i soggetti ritenuti non idonei all'esame medico e i soggetti giudicati idonei. L'articolo fornisce anche molti dettagli sul sistema di visite mediche per il pubblico impiego, grossolanamente simili a quelle vigenti in Italia.</p> <p>Il campione è stato stratificato per vari parametri (sesso, età, tipo di lavoro per cui la domanda veniva inoltrata, e categorie diagnostiche in caso di diagnosi) ed è stata ricercata l'associazione statisticamente significativa fra uno o più di questi parametri e il parere negativo alla visita medica.</p>
Risultati	<p>La percentuale di inidoneità è bassa (<1%) per quasi tutte le categorie di lavoro. Risulta essere più alta (circa 4%) in quelle categorie che di per sé, pur non essendo a rischio, impongono una prestanza più elevata (categorie in cui è coinvolta la sicurezza pubblica, come polizia). Il solo fattore che appare essere statisticamente correlato con una più alta percentuale di inidoneità è l'età > 50 anni</p>
Conclusioni degli autori	<p>Possono essere schematizzate come segue.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. La categoria di lavoro appare essere un determinante più forte rispetto alla visita medica per stabilire l'idoneità. b. Nelle categorie di lavoro con una percentuale di inidoneità molto bassa (<1%) la visita medica in sede di pre-employment ha uno scarso se non nullo valore aggiunto pertanto la pratica di tali visite mediche deve essere valutata in modo molto critico. c. Quando la visita medica ha lo scopo di ridurre l'assenteismo lavorativo bisognerebbe seriamente considerare l'abbandono di questa pratica almeno nelle categorie lavorative con percentuali basse (<1%) di inidoneità. <p>Poiché circa il 20% di queste visite mediche esita in una diagnosi (che non è però determinante dal punto di vista dell'idoneità) ci si dovrebbe orientare su un servizio che offra consigli per un lavoro "su misura" del soggetto</p>
Valutazione	
Commento	<p>Lo studio preso in esame è estremamente ricco di dati che aiutano ad inquadrare il setting e il contesto politico, economico e "filosofico" dello studio stesso. Per stessa ammissione degli autori il campione esaminato non può essere rappresentativo della intera forza lavoro olandese (e quindi nemmeno italiana), ma ha il raro pregio di prendere in considerazione una popolazione non esposta a rischio professionale. Inoltre dai dati riportati nello studio si evince che la popolazione è costituita per il 5% da soggetti di età < 20 anni e per il 64.2 % da soggetti di età 20-29 anni, quindi quasi il 70% dei soggetti presi in considerazione dallo studio Olandese ricade nella fascia di età di cui il nostro studio si occupa. In tal senso questo studio è da considerarsi pertinente per la nostra analisi di letteratura.</p>

Riferimento nota 10: WL de Kort, HW Post Uiterweer, FJH van Dijk *Agreement on medical fitness for a job*. Scand J Work Environ Health 1992;18:246-51

Descrizione dell'intervento	
Scopo	Valutazione dell'accordo sul giudizio idoneità/inidoneità fisica ad una occupazione non a rischio espresso da un panel di medici del lavoro in sede di esame medico di pre-employment
Responsabile	Direzione generale per il lavoro, Ministero affari sociali e lavoro, Olanda
Luogo	Olanda
Periodo	1 Gennaio 1983 → 31 Dicembre 1988 (6 anni)
Strategia	Concordanza tra osservatori
Descrizione	La popolazione base da cui i ricercatori hanno attinto per lo studio è la stessa descritta in nota 9, ossia i record medici derivanti dagli esami di pre-employment, di 105.039 candidati ad un posto di lavoro nella PA olandese lungo il corso di 6 anni. Da questo campione i ricercatori hanno estratto a caso un totale di 90 soggetti con giudizio di idoneità, considerati "casi". Questi soggetti appartenevano tutti a 3 categorie lavorative: amministrazione, pulizie/catering (caratterizzate da una percentuale di idoneità <1%) e sicurezza (percentuale di idoneità del 4%). Per ciascun caso i ricercatori hanno selezionato un "controllo", ossia un soggetto giudicato fisicamente idoneo all'interno della stessa categoria lavorativa. I ricercatori hanno quindi preparato 180 schede anamnestiche complete con i dati disponibili dai record della pubblica amministrazione. Un panel di 5 medici del lavoro con almeno 9 anni di esperienza nelle visite di pre-employment ha rivisto in cieco le cartelle, distribuite in modo random, esprimendo un giudizio "positivo", "negativo" o "nessun giudizio possibile".
Risultati	I risultati si basano sul confronto dei giudizi del panel di esperti e del servizio di salute e sicurezza governativo olandese (GOS). Poiché i casi hanno spesso fatto ricorso per una più approfondita valutazione della loro idoneità, i ricercatori hanno confrontato 2 esiti diversi del GOS, dopo la prima valutazione medica e dopo l'eventuale ricorso. I risultati sono chiaramente espressi in figura, tratta dal lavoro originale.
Conclusioni degli autori	<p>Possono essere schematizzate come segue</p> <ol style="list-style-type: none"> In generale il livello di concordanza all'interno del panel e fra panel e GOS è piuttosto basso. I ricercatori riconoscono un possibile bias dovuto al fatto che il GOS ha potuto avere contatti personali con i soggetti, mentre ciò non era previsto per il panel. D'altro canto tutti i membri del panel hanno ricevuto identica documentazione, e anche l'accordo all'interno del GOS non è alto. I soggetti giudicati dal GOS facevano parte di un campione molto ampio, mentre i 180 soggetti sottoposti al panel erano "scelti". La percentuale di idoneità del panel è inferiore rispetto a quella del GOS, ma ciò può essersi verificato per un fenomeno di regressione sulla media. L'alta percentuale di falsi positivi e falsi negativi riscontrata in questo studio ha apparentemente un forte impatto sulla validità del programma di sanità pubblica di giudicare idonei o non idonei i soggetti. I ricercatori, sulla base del presente studio, stimano che la sensibilità di questo programma di sanità pubblica sia intorno al 50%. Considerando la lunga esperienza dei componenti del panel non pare possibile che un ulteriore accordo fra panel e GOS possa essere raggiunto. <p>I ricercatori sottolineano che lo studio non ha lo scopo di giudicare il programma di sanità pubblica nelle sue fasi, né ritengono che lo studio possa avere validità al di fuori dell'Olanda, tuttavia sottolineano che la mancanza di consenso fra professionisti di lunga esperienza debba essere considerato come una criticità importante all'interno del programma stesso poiché un buon accordo è un prerequisito per una alta validità del programma.</p>
Valutazione	
Commento	Il presente studio va interpretato anche nel contesto di quanto riportato nella tabella sottostante, poiché entrambi gli articoli si riferiscono alla stessa popolazione. La decisione di includere questo studio nell'analisi di letteratura è stata a lungo discussa dai curatori, tuttavia le riflessioni dei ricercatori olandesi sembrano pertinenti per la situazione del programma di sanità pubblica italiano analizzato in questo dossier

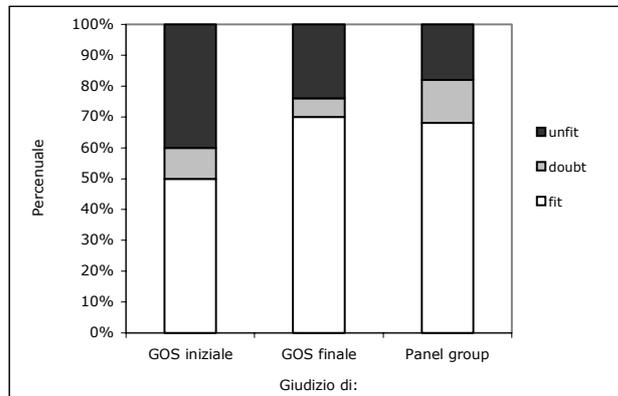


Figura riferita alla nota 10: risultati dell'esame medico in sede di pre-employment nella popolazione in studio. Il risultato (GOS-finale, 2° colonna) del GOS (Governmental Occupational Health and Safety Service) si riferisce ai risultati ottenuti dopo riesame dei soggetti che erano stati giudicati temporaneamente inidonei e dei soggetti giudicati inidonei ma che hanno fatto appello contro la prima decisione del GOS.