Quam artem exerceat?

Il contributo del medico competente nella diagnosi e *follow-up* dei lavoratori affetti da disturbi respiratori nel sonno

Paola Mason

Che il contributo dell'attività di lavoro rispetto all'insorgenza di una malattia in un paziente fosse sempre meritevole di essere considerato ce lo insegnò Bernardino Ramazzini nel 1700. Egli, infatti, nel suo *De morbis artificum diatriba*, sollecitava i medici del tempo ad aggiungere alle domande anamnestiche ippocratiche anche quella relativa all'*ars* esercitata ritenendola una possibile fonte di alterazione della salute dei lavoratori.

Nel tempo, la figura del medico del lavoro si è evoluta profondamente, passando da "medico competente [...] certificatore del grado di resistenza dei lavoratori all'azione di agenti nocivi" (secondo quanto indicato dal Regio Decreto del 24 aprile del 1927) a "consulente globale" in tema di salute e sicurezza, sia per i lavoratori e le lavoratrici che per i datori di lavoro.

A partire dagli anni Novanta il concetto di "sorveglianza sanitaria dei lavoratori" ha iniziato a rappresentare uno strumento finalizzato al mantenimento della salute del lavoratore e alla sua protezione, anche attraverso la valutazione dell'esposizione a specifici rischi (per esempio, agenti chimici, lavoro a turni, stress, etc.) e degli eventuali effetti biologici precoci.

Secondo il D.Lgs. 81/2008 (*alias* "Testo Unico") all'art. 25, il medico competente (ovvero il medico che coopera con il datore di lavoro ai fini della valutazione dei rischi ed è nominato dallo stesso per effettuare la sorveglianza sanitaria) "collabora con il datore di lavoro e con il servizio di prevenzione e protezione alla valutazione dei rischi, anche ai fini della programmazione, ove necessario, della sorveglianza sanitaria, alla predisposizione della attuazione delle misure per la tutela della salute e della integrità psico-fisica dei lavoratori, all'attività di formazione e informazione nei confronti dei lavoratori, per la parte di competenza [...] Collabora inoltre alla attuazione e valorizzazione di programmi volontari di promozione della salute, secondo i principi della responsabilità sociale".

In questa cornice normativa che cerca di valorizzare gli interventi di prevenzione primaria (per esempio, abolizione del rischio all'origine) e secondaria (per esempio, diagnosi precoce) si è inserito poi an-

U.O.C. Medicina del Lavoro, A.O.U. di Padova; Medicina del Lavoro, Dipartimento di Scienze Cardio-Toraco-Vascolari e Sanità Pubblica, Università degli studi di Padova, *paola.mason.1@unipd.it*

che l'approccio del National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) che nel 2011 ha lanciato la strategia "Total Worker Health", anch'essa basata sull'integrazione della prevenzione e della promozione della salute sul posto di lavoro.

È in tale contesto che si dirige verso una presa in carico, non solo in termini preventivi, ma anche di promozione della salute, che il medico competente risulta uno degli attori protagonisti, sia per supportare la diagnosi sia per garantire un buon *follow-up* dei pazienti con disturbi respiratori del sonno (DRS).

Il medico competente ha infatti l'opportunità di visitare, e i lavoratori esposti a rischi lavorativi non se ne possono esimere, non solo coloro che iniziano una nuova attività lavorativa, o hanno in previsione un cambio di mansione, ma anche, periodicamente, tutta la coorte di esposti a rischi di un'azienda, spesso essendo l'unico costante custode dell'evoluzione della loro salute nel tempo.

È noto che i DRS influenzano pressoché tutti gli aspetti della sfera sanitaria, mostrando una biunivocità con le condizioni di salute: essi contribuiscono allo sviluppo o all'aggravamento di molte patologie, così come molte malattie, in particolare neurologiche, metaboliche, cardiovascolari e respiratorie, causano DRS.

Le conseguenze della sottodiagnosi dei DRS impattano sulla persona, sulla società e, non da ultimo, sulle aziende, in termini di salute ma anche di costi sociali e produttività.

Per tale ragione è fondamentale venga garantita da un lato una diagnosi precoce da parte di chi svolge prevenzione secondaria (per esempio, il medico competente), ma siano dall'altro forniti ai lavoratori e alle lavoratrici gli strumenti necessari per

sharafmaksumov

gestire i DRS in relazione ai rischi presenti in ambiente di lavoro.

Le apnee ostruttive nel sonno (OSA) sono i DRS più noti e più comuni. Nei lavoratori affetti da OSA, come conseguenza dell'ipossiemia intermittente, delle variazioni di pressione intratoracica e dei ripetuti *arousal*, si manifestano un'attivazione del sistema simpatico e delle cascate infiammatorie, la comparsa di disfunzione endoteliale e di ipercoagulabilità, alterazioni del metabolismo lipidico, nonché l'amplificarsi dei meccanismi dello stress ossidativo e dell'insulino-resistenza. Per tali ragioni, questi soggetti presentano un rischio elevato di malattie cardiovascolari, cerebrovascolari e metaboliche, che vanno attentamente monitorate in termini di diagnosi precoce anche da parte del medico competente.

Peraltro, durante il giorno i lavoratori potranno lamentare una eccessiva sonnolenza, a causa della cattiva qualità del sonno che è frammentato dai continui microrisvegli e privato degli stadi più profondi e quindi più ristoratori. Sia l'eccessiva sonnolenza diurna che i danni cerebrovascolari inducono a loro volta effetti negativi sulle funzioni neurocognitive, in particolare su quelle mnesiche e attentive, nonché

sulle capacità esecutive e sulle funzioni neuro-cognitive globali.

Mansioni a elevato rischio infortunistico sono di certo poco confacenti per pazienti affetti da OSA non diagnosticati e non adeguatamente trattati, in particolare quelle per le quali (mansioni) la componente attentiva e di responsabilità siano elevate, per esempio professioni sanitarie, attività in quota, mansioni che prevedano l'impiego di gas tossici o la guida di mezzi, per citare le più frequenti.

Lo *screening* dei DRS dovrebbe essere inserito nelle attività di sorveglianza sanitaria del medico competente per lavoratori a rischio, tanto più che non richiede un significativo impegno di tempo, a beneficio dei lavoratori e delle lavoratrici e dell'impresa, vista la stretta correlazione esistente fra sonnolenza e *performance* lavorativa e quindi rischio di incidenti e/o infortuni.

Pur riconoscendo che la valutazione della sonnolenza è una procedura complessa, in quanto coinvolge un fenomeno multidimensionale per il quale non esiste un *marker* specifico, durante la visita, tuttavia, il medico competente deve saper individuare quei lavoratori a rischio di alterazione del ciclo sonno-veglia, o che già presentano un quadro di eccessiva sonnolenza diurna (possibilmente valutata mediante scala Epworth), tenendo conto che il lavoratore spesso non è consapevole del suo grado di sonnolenza e che le caratteristiche dell'organizzazione del lavoro potrebbero favorirne l'insorgenza. Da non trascurare, inoltre, il ruolo delle comorbilità nel promuovere l'insorgenza di OSA, nonché l'importanza degli stili di vita individuali nel causare sonnolenza patologica: il lavoratore potrebbe non dormire il numero di ore di cui avrebbe bisogno, in modo volontario e continuativo, per motivi diversi, quali attività sociali e aspetti ludici.

Un semplice strumento di *screening* atto a evidenziare disturbi della vigilanza è rappresentato dal questionario predisposto specificamente per il medico compe-

tente in collaborazione con l'Associazione Italiana di Medicina del Sonno (AIMS)[1].

Tale questionario considera sinteticamente le caratteristiche fisiologiche individuali riguardo al sonno (durata, qualità e caratteristiche del sonno attuale); segni e sintomi evocativi di un disturbo del respiro nel sonno; presenza di sonnolenza diurna o di colpi di sonno; presenza di patologie che possono causare disturbi della vigilanza; assunzione di farmaci e altre sostanze psicoattive; esposizione professionale a neurotossici; caratteristiche del lavoro a turni e notturno. Anche se un po' datato (2008) esso è uno strumento esplorativo e conoscitivo molto importante al fine di acquisire utili elementi per discriminare i lavoratori che non presentano disturbi della vigilanza da quelli che necessitano o di un controllo periodico più ravvicinato o di prescrizioni o limitazioni temporanee alla loro idoneità alla mansione, magari anche nell'attesa di un approfondimento specialistico presso i Centri con *expertise* riconosciuto nei DRS.

La terapia con pressione positiva continua applicata alle vie aeree (CPAP) è il trattamento principale dell'OSA ed è nota migliorare significativamente la sonnolenza sia oggettiva che soggettiva nei pazienti affetti da OSA. Coerentemente con questi risultati, l'uso della CPAP sembra migliorare le prestazioni lavorative nei pazienti con OSA. Ulfberg e coll.[2] hanno valutato 152 pazienti con OSA (AHI > 20) che hanno risposto a quattro domande riguardanti le prestazioni lavorative auto-percepite prima e dopo l'uso della CPAP. Dopo la CPAP, i pazienti avevano significativamente meno probabilità di segnalare difficoltà a concentrarsi su nuovi compiti, ad apprendere nuovi compiti e a svolgere compiti monotoni ($p < 0,01$). Gli autori hanno concluso che "dato che i pazienti con OSA sono motivati nell'uso della CPAP, i risultati di questo studio in aperto indicano che il trattamento CPAP può essere efficace nel migliorare le prestazioni lavorative soggettive". Risultati simili sono stati ottenuti da Mulgrew e coll.[3], che hanno esaminato 33 pazienti con OSA (AHI > 5) che utilizzavano CPAP. In questo studio, nei pazienti trattati con CPAP, ci sono stati miglioramenti significativi nella gestione del tempo (limitato il 26% delle volte vs 9%; $p = 0,001$), le relazioni interpersonali mentali (16% vs 11%, $p < 0,009$) e le dimensioni dell'*output* lavorativo sul questionario sulle limitazioni lavorative. Scharf e coll.[4] hanno anche studiato 316 pazienti in Ohio, dove hanno visto l'uso della CPAP aumentare la produttività lavorativa soggettiva da 6,8 a 8,4 ($p < 0,001$) (misurata su una scala a 10 punti).

L'attività di sorveglianza sanitaria, che si svolge nella fascia di età in cui la prevalenza dell'OSA è più elevata ed è obbligatoria anche su coloro che non ritengono di avere motivi per recarsi dal medico di Medicina Generale, riveste pertanto un ruolo cardine nell'individuazione precoce della malattia, ma anche nello stimolare, nel corso delle visite mediche periodiche, l'aderenza al trattamento con CPAP.

Nel 2016 (D.M. 3 febbraio 2016), considerato non solo il recepimento dell'antecedente (2014) normativa europea ma in particolare la necessità di assicurare criteri di valutazione omogenea sul territorio nazionale nella valutazione dell'idoneità alla guida di soggetti affetti o sospettati di essere affetti da DRS con apnee ostruttive notturne, sono state emanate delle specifiche indicazioni operative (contenute nella G.U. n. 41 del 19-2-2016). Tali indicazioni, che vedono protagonista il medico monocratico e non il medico competente, sono però relative solo a uno specifico gruppo di

soggetti ovvero i richiedenti rilascio o rinnovo della patente.

Occorre inoltre ricordare che molti lavoratori autonomi a rischio per OSA non sono sottoposti a sorveglianza sanitaria ai sensi del D.Lgs. 81/08, e quindi sfuggono al medico competente con ricadute di salute individuale e pubblica non irrilevanti.

Sarebbe dunque necessario venissero proposte nel nostro Paese ulteriori linee guida e normative specifiche per la prevenzione dei DRS nei luoghi di lavoro e per la promozione dell'igiene del sonno, non solo per quanto riguarda le attività di guida, al fine di rimuovere o almeno ridurre tutti quei fattori di rischio ambientali che è noto possano concorrere all'insorgenza dei DRS e proteggere i lavoratori e la collettività.

Ambienti di lavoro non sufficientemente tutelati in termini di ergonomia delle postazioni di lavoro, microclima, illuminazione e organizzazione del lavoro (per esempio, di turnistica poco compatibile con sani stili di vita, alimentari e del sonno) possono promuovere l'insorgenza dei DRS o inficiare l'esito delle terapie e dei trattamenti in corso.

In ragione di quanto fin qui sintetizzato, il medico competente è da ritenersi attore protagonista in una sapiente regia di cooperazione con il legislatore, al fine di ottimizzare non solo una diagnosi precoce dei DRS, ma anche di garantire una corretta presa in carico del lavoratore e di monitorare, per quanto di sua competenza, l'aderenza alle terapie e al trattamento ventilatorio.

Bibliografia

1) Roscelli F, Spaggiari MC. *Un questionario sui disturbi del sonno per la sorveglianza sanitaria dei lavoratori*. G Ital Med Lav Erg 2008;30(Suppl 3):10-8.
2) Ulfberg J, Jonsson R, Edling C. *Improvement of subjective work performance among obstructive sleep apnea patients after treatment with continuous positive airway pressure*. Psychiatry Clin Neurosci 1999; 53:677-9.
3) Mulgrew AT, Fox N, Ayas NT, Ryan CF. *Diagnosis and initial management of obstructive sleep apnea without polysomnography: a randomized validation study*. Ann Intern Med 2007;146:157-66.
4) Scharf MB, Stover R, McDannold MD, et al. *Outcome evaluation of long-term nasal continuous positive airway pressure therapy in obstructive sleep apnea*. Am J Ther 1999;6:293-7.