

INSTITUTUL DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, BUCUREȘTI
SECȚIA MEDICINA MUNCII
CENTRUL NAȚIONAL DE COORDONARE METODOLOGICĂ
ȘI INFORMARE PRIVIND BOLILE PROFESIONALE

AUTORI:
Dr. Adriana Todea
Dr. Aurelia Ferencz

CU CONTRIBUȚIA LOGISTICĂ:
Asist. Ecaterina Scorțan
Analist progr. Maria Dumbrăveanu



**MORBIDITATEA
PROFESIONALĂ
ÎN ROMÂNIA
ÎN 2006**

- 2007 -

REGISTRUL OPERATIV NAȚIONAL AL BOLILOR PROFESIONALE

**Este interzisă reproducerea lucrării
fără acordul autorilor.**

Date de contact:

Institutul de Sănătate Publică București,

Str. dr. Leonte Anastasievici, nr. 1-3,

Tel: 021-3183620/int 203, 213

Fax: 021-3183414

e-mail: adrianat@ispb.ro/aferencz@ispb.ro

**Orice informații suplimentare se eliberează pe
baza unei solicitări oficiale,
cu acordul prealabil al conducerii institutului.**

CUPRINS

<u>CUVÂNT INTRODUCATIV.....</u>	<u>5</u>
<u>REZUMAT</u>	<u>7</u>
<u>INTRODUCERE</u>	<u>10</u>
Definirea problemei	10
Legislația în domeniul medicinei muncii în România.....	17
Organizarea activității curente de medicina muncii în România (exceptând sistemul de pregătire profesională de specialitate)	19
Circuitul declarării bolilor profesionale (HG 1425 din 2006).....	20
Costurile bolilor profesionale	24
<u>PROGRAME PHARE ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII ÎN MUNCĂ.....</u>	<u>25</u>
<u>RELAȚIA DINTRE MEDICINA MUNCII ȘI SĂNĂTATEA PUBLICĂ.....</u>	<u>26</u>
Programul Național de Sănătate Publică - Subprogramul Medicina Muncii	27
<u>DATE PRIVIND SITUAȚIA MEDICILOR DE MEDICINA MUNCII DIN ROMÂNIA ...</u>	<u>28</u>
<u>MORBIDITATEA PROFESIONALĂ ÎN ROMÂNIA. ASPECTE EVOLUTIVE</u>	<u>30</u>
<u>ASPECTE SPECIFICE ALE MORBIDITĂȚII PROFESIONALE ÎN ROMÂNIA.....</u>	<u>37</u>
Silicoza și silico-tuberculoza	44
Boli profesionale provocate de expunerea la fibre de azbest	50
Intoxicațiile profesionale.....	52
Plumbul	54
Solvenții organici	55
Monoxidul de carbon.....	57
Cromul	57
Astmul bronșic profesional	58
Bolile profesionale ale pielii.....	60
Boli profesionale cauzate de expunerea la zgomot	62
Boli profesionale prin expunere la vibrații mecanice	63
Bolile infecțioase profesionale.....	65
Hepatita acută virală	65
Leptospiroza profesională	65
Tuberculoza profesională.....	66
Cancerul profesional.....	66
Boli profesionale cauzate de suprasolicitarea diferitelor aparate și sisteme... 	68
Munca femeilor	70
Munca tinerilor	71
<u>DISCUȚII.....</u>	<u>72</u>
<u>CONCLUZII</u>	<u>73</u>
<u>BIBLIOGRAFIE.....</u>	<u>75</u>

ANEXE	77
Evoluția morbidității profesionale în România pe grupe de agenți cauzali în perioada 1996-2006	77
Tabel cu bolile profesionale cu declarare obligatorie	85
Hotărâri de guvern cu referire la sănătatea în muncă.....	99

Cuvânt introductiv

Sănătatea lucrătorilor este cerința primordială și stă la baza preocupărilor tuturor specialiștilor care lucrează în echipă în domeniul sănătății și securității în muncă, în vederea evaluării factorilor de risc profesional și a influenței lor asupra stării de sănătate, prin depistarea precoce a bolilor profesionale.

Actuala lucrare se constituie într-un studiu epidemiologic descriptiv care interpretează datele statistice și evaluează tendințele evolutive ale morbidității profesionale în România, prin prisma experienței specialistului de medicina muncii.

Prezenta lucrare este editată anual și reactualizată permanent cu datele primite din teritoriu (și anume Fișele BP2 din 42 de județe), dar și cu cele mai noi date existente pe plan european în domeniul statisticii bolilor profesionale.

Mulțumim pe această cale Centrului de calcul, Statistică sanitară și Documentare medicală pentru colaborare și ajutorul dat privind verificarea exactității datelor statistice și faptului că am reușit să cimentăm de-a lungul anilor o strânsă colaborare între două specialități care își regăsesc reciproc sprijinul și locul convenit ca 2 verigi ale aceluiași sistem, fără de care existența sistemului nu ar fi posibilă.

Dorim ca studiul actual să ofere informații utile atât specialiștilor de medicina muncii, cât și tuturor celor responsabili de profilaxia îmbolnăvirilor profesionale și să constituie un instrument util de identificare a relației dintre factorii de risc din mediul de munca și afectarea sănătății salariaților.

Considerăm, de asemenea, că rolul prezentului studiu este de a facilita introducerea și consolidarea în România a conceptului comun de „sănătate și securitate în muncă” și de a fi o poartă deschisă de trecere de la conceptul de boală profesională la cel de „sănătate în muncă”.

AUTOARELE

Rezumat

Lucrarea are drept scop descrierea evoluției morbidității profesionale în România, aspecte legate de expunerea la factorii de risc ai mediului de muncă care determină această morbiditate, dinamica modificărilor în timp ale structurii "clasice", ca și aspectele noi, legate de introducerea noilor tehnologii, cu riscuri noi de expunere la agenți nocivi profesionali.

Principalele evidențe care reflectă aceste aspecte sunt reprezentate de:

- datele reale ale morbidității și mortalității profesionale incluzând statistici asupra incidenței bolilor profesionale la nivel național pe ramuri de activitate, agenți nocivi profesionali, profesii.
- comparațiile între datele înregistrate pe ramuri de producție, profesii, agenți nocivi existenți la nivelul locului de muncă.
- datele privind absenteismul medical.
- comparațiile dintre datele statistice din România și cele existente în alte țări ale Europei.

Lucrarea cuprinde și prezentarea problematicii legate de:

- perspective de dezvoltare ale conceptului de sănătate și securitate în muncă în România în relație cu modul în care acest concept se dezvoltă în Comunitatea Europeană;
- transpunerea legislației CE în țările europene aflate în perioada de tranziție;
- estimarea riscului profesional de expunere la substanțe toxice, azbest, radiații ionizante;
- date utile programelor de sănătate și securitate în muncă, instruirea și comunicarea riscului profesional către patroni și lucrători în domeniul sănătății și securității în muncă.

Începând din anul 2006 au fost transpuse în România un număr de 28 de directive europene dintre care menționăm următoarele:

- Directiva cadru **89/391/CEE** a Consiliului Comunității Europene din 12 iunie 1989 pentru promovarea îmbunătățirii sănătății și securității lucrătorilor la locul de muncă; Directiva **83/477/CEE** a Consiliului Comunității Europene din 19 septembrie 1983 privind protecția lucrătorilor față de riscurile expunerii la azbest la locul de muncă; Directiva **90/270/CEE** a Consiliului Comunității Europene 29 mai privind cerințele minime de securitate și sănătate referitoare la utilizarea echipamentelor cu ecran de vizualizare; Directiva nr. **80/1107/CEE** și Directiva nr. **88/642/CEE** referitoare la protecția lucrătorilor împotriva riscurilor legate de expunerea la agenți chimici, fizici și biologici; Directiva nr. **90/394/CEE** cu privire la protecția lucrătorilor contra riscurilor legate de expunerea la agenți cancerigeni;
- Directiva nr. **86/188/CEE** cu privire la protecția lucrătorilor contra riscurilor legate de expunerea la zgomot în timpul muncii. Noua legislație a determinat introducerea conceptului de sănătate și securitate în muncă în România în concordanță cu cerințele europene. Lucrarea se constituie într-un studiu epidemiologic de tip descriptiv al evoluției incidenței bolilor profesionale din România în anul 2006 cu comparații și aprecieri evolutive față de anii anteriori.

Creșterea numărului de rezidenți în medicina muncii, ca și pregătirea de medici specialiști de medicina muncii care au promovat concursul de admitere la a 2-a

specialitate, va determina o creștere a calității activității de sănătate în muncă la nivel național.

competență în medicina de întreprindere va duce la o mai bună cuprindere și cercetare a patologiei profesionale care apare ca urmare a expunerii la factorii nocivi ai locului de muncă.

Silicoza, boală profesională de o mare gravitate domină tabloul bolilor profesionale.

Se înregistrează un număr tot mai mare de cazuri de boli profesionale provocate de expunerea profesională la zgomot, patologie comună statelor Uniunii Europene, zgomotul fiind o noxă larg răspândită ce caracterizează tehnologiile moderne.

Examenle medicale la angajare, ca și examenle medicale periodice, dispensarizarea cazurilor de boală profesională în vederea recuperării capacității de muncă pierdute, au un caracter preponderent preventiv, și rolul de a depista modificări provocate de expunerea la agenți nocivi ai mediului de muncă înainte de apariția unor afecțiuni ireversibile.

Misiunea specialiștilor de medicina muncii din Direcția de sănătate publică este și de a acționa prin activități desfășurate în cadrul legislativ creat prin HG 292/2007 și Ordinul 570/2007 privind evaluarea și finanțarea programelor naționale de sănătate ale Ministerului Sănătății Publice, Obiectivul 4.4.: protejarea sănătății și prevenirea îmbolnăvirilor asociate factorilor de risc profesionali

Summary

The study aims to describe the trend of occupational morbidity in Romania, its correlation with the exposure to risk factors in the workplace, the dynamic of changes in time of the "classic" structure, as well as new aspects related to assessment of new technologies.

These aspects are reflected mainly by:

- real data regarding the occupational morbidity and mortality, including statistics about the incidence of occupational diseases at national level, by industry type, exposure, occupations;
- comparisons between data from different areas of activity, occupations, occupational agents;
- data regarding medical leave of absence;
- comparisons between data from different European countries and Romania.

The study also contains topics regarding:

- the developing prospects of the occupational health and safety (OHS) concept in Romania, in relation to its way of development in European Community;
- EC legislation implementation in the European countries in transition;
- occupational risk assessment in exposure to hazardous substances, asbestos, ionising radiation;
- useful data for the OHS programs, training and risk communication to the employers and employees in the OHS field and protection of the surrounding environment.

Beginning in 2006, 28 EU Directives have been implemented in Romania, out of which we mention the following:

- Council Directive 89/391/EEC of 12 June 1989 on the introduction of measures to encourage improvements in the safety and health of workers at work

- Council Directive 83/477/EEC of 19 September 1983 on the protection of workers from the risks related to exposure to asbestos at work (second individual Directive within the meaning of Article 8 of Directive 80/1107/EEC)
- Council Directive 90/270/EEC of 29 May 1990 on the minimum safety and health requirements for work with display screen equipment (fifth individual Directive within the meaning of Article 16 (1) of Directive 89/391/EEC)
- Directive no. **80/1107/CEE** and Directive no. **88/642/CEE** on the protection of workers from the risks related to exposure to chemical, physical and biological agents at work; Directive no. **90/394/CEE** on the protection of workers from the risks related to exposure to carcinogens at work;
- Directive nr. **86/188/CEE** on the protection of workers from the risks related to exposure to noise at work.

The new legislation induced the implementation in Romania of the concept of occupational health and safety, according to European demands.

The study consists in a descriptive epidemiological study of the evolution of occupational diseases' incidence in 2006 in Romania, with comparisons and evolutive assessments in relation to previous years.

Increasing the number of residents in occupational health as well as the training of occupational specialists who passed the exam of entering in the second specialty will increase the quality of occupational health activity on national level. Silicosis, occupational disease of high gravity, prevails over other occupational diseases. There is an increased number of occupational diseases due to noise, a current disease in the European Union's states due to the ubiquity of noise in the modern technologies.

Medical examination upon employment, as well as periodical medical examinations, monitoring occupational diseases in order to recover lost work capacity, are mostly prophylactic, having the role to discover changes induced by the exposure to harmful agents in the work place, long before irreversible diseases occur.

The mission of occupational physicians in the Public Health Authorities is also to act through activities included in the Government Decision 292/2007 and Order 570/2007 regarding the evaluation and financing of national health programs of the Ministry of Public Health, Objective 4.4: Protecting health and preventing occupational related diseases.

Introducere

Definirea problemei

Medicina muncii reprezintă disciplina medicală care studiază relația fiziologică și relația patologică dintre organismul uman și muncă în vederea recomandării măsurilor care să permită desfășurarea activității profesionale în condiții fiziologice și igienice pentru menținerea capacității de muncă la un nivel ridicat, prevenirea bolilor profesionale și a bolilor legate de profesiune.

Într-o concepție nouă, Medicina muncii reprezintă știința multidisciplinară, care studiază efectul muncii asupra sănătății lucrătorilor precum și efectul sănătății lucrătorilor asupra aptitudinii în muncă. Are ca obiect principal prevenția, dar a fost și continuă să fie implicată și în identificarea, investigarea și tratamentul bolilor profesionale.

Sănătatea și securitatea în muncă este un concept modern, care reprezintă produsul valorilor individuale și de grup, al atitudinilor, competențelor, comportamentelor, obiceiurilor ce determină angajarea, stilul și eficiența programelor de sănătate și securitate în muncă. O bună cultură a sănătății și securității muncii la nivelul unei unități se caracterizează prin comunicare bazată pe încredere reciprocă, percepție comună a importanței sănătății și a securității muncii și pe încredere în eficacitatea măsurilor de prevenție.

În prezent actualul concept este extins la cel de „sănătate, securitate în muncă și protecția mediului limitrof întreprinderii”, și este privită ca o obligație și o responsabilitate a patronului (Directiva-cadru Europeană nr. 391/ din 12 iunie 1989 privind introducerea măsurilor de îmbunătățirii a sănătății și securității la locul de muncă, Legea nr. 119 din 14 iulie 2006 a securității și sănătății în muncă, publicată în Monitorul Oficial, Partea I nr. 646 din 26/07/2006).

Schimbările structurale economice, apariția întreprinderilor mici și mijlocii, numeroasele activități din domeniul privat, flexibilitatea pieței locurilor de muncă își pun amprenta asupra stării de sănătate a populației active, implicând tot mai mult necesitatea prezența medicului de medicina muncii în toate aceste domenii.

La sectoarele economice „tradiționale” din industrie și agricultură se adaugă anual noi ramuri în domeniul serviciilor pentru populație, a dezvoltării sectoarelor bazate pe informatică și a noilor tehnologii ce implică alte tipuri de solicitări pe piața muncii: solicitări neuro-psihoice, expunerea la câmpuri electromagnetice, suprasolicitarea aparatului vizual, a sistemului osteo-musculo-scheletic etc. Problema prevenirii riscurilor de expunere a lucrătorilor din sectorul sanitar prin asigurarea serviciilor de medicina muncii în unitățile sanitare de toate categoriile reprezintă o altă prioritate a României.

În perioada ultimilor 10 ani, conform datelor statistice, numărul lucrătorilor din România s-a redus treptat. Din punctul de vedere al medicului de medicina muncii situația s-a complicat deoarece el trebuie să

răspundă unor cerințe legate de stabilirea aptitudinii pentru locul de muncă a unei forțe de muncă în continuă schimbare. Fiecare nou loc de muncă înseamnă o nouă examinare profilactică. Reorientarea șomerilor pe meserii în funcție de starea de sănătate este tot misiunea medicului de medicina muncii. Și tot în acest context marile unități economice au fost reorganizate în unități mai mici (cea mai mare parte privatizate).

Numărul real al salariaților din agricultură ca și problematica de medicina muncii din acest domeniu este puțin cunoscută (se știe astfel că o mare parte a șomerilor cu diverse boli profesionale, cum ar fi silicoza, au migrat către agricultură sau alte activități, fără ca să existe posibilitatea de a se urmări evolutiv starea de sănătate a acestora).

Zilnic apar unități noi productive sau furnizoare de servicii pentru populație, cu tehnologii noi, riscul profesional al acestor condiții de muncă nefiind cuantificat.

Sănătatea în muncă - Repere internaționale

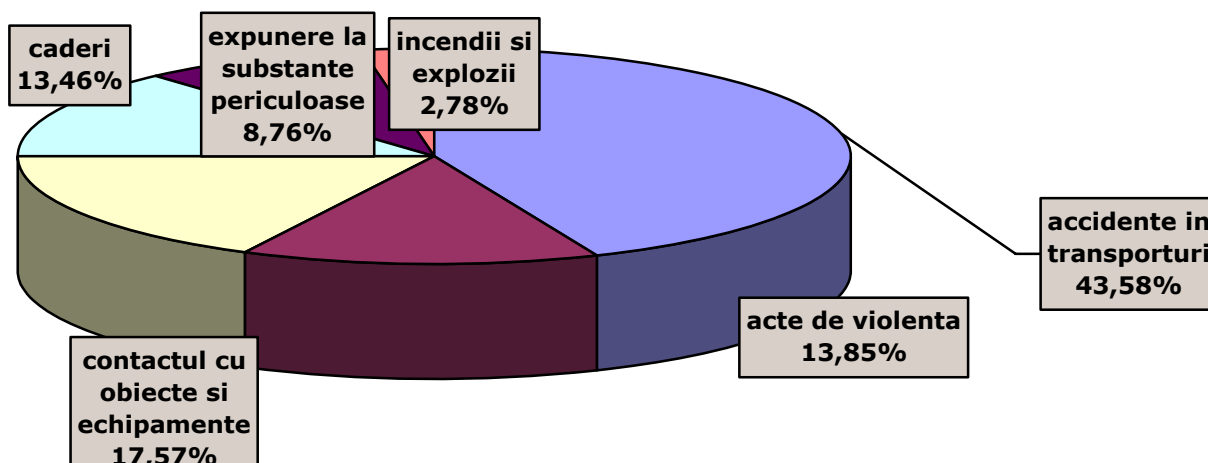
Statele Unite ale Americii – Bureau of Labor Statistics¹ – BLS

Statisticile naționale privind bolile profesionale, evidențiază faptul că, din punct de vedere numeric, acestea nu sunt raportate periodic, comparativ cu numărul accidentelor mortale. Conform OSHA (Occupational Health and Safety Agency – Agenția de Sănătate și Securitate în Muncă, SUA), boala profesională este definită ca „orice stare anormală sau afecțiune, alta decât cele rezultate din accidentele de muncă, produsă prin expunerea la factori asociați activității profesionale”. Din mai multe motive, bolile profesionale, spre deosebire de accidentele de muncă, sunt dificil de recunoscut. Bolile profesionale sunt „aisberguri” ce reprezintă o provocare pentru specialiștii din sănătate și securitate în muncă. În adâncuri se ascunde un număr mare de cazuri de boli profesionale nerecunoscute sau neraportate. Numărul cazurilor de boli profesionale raportate în statisticile naționale reprezintă doar vârful aisbergului.

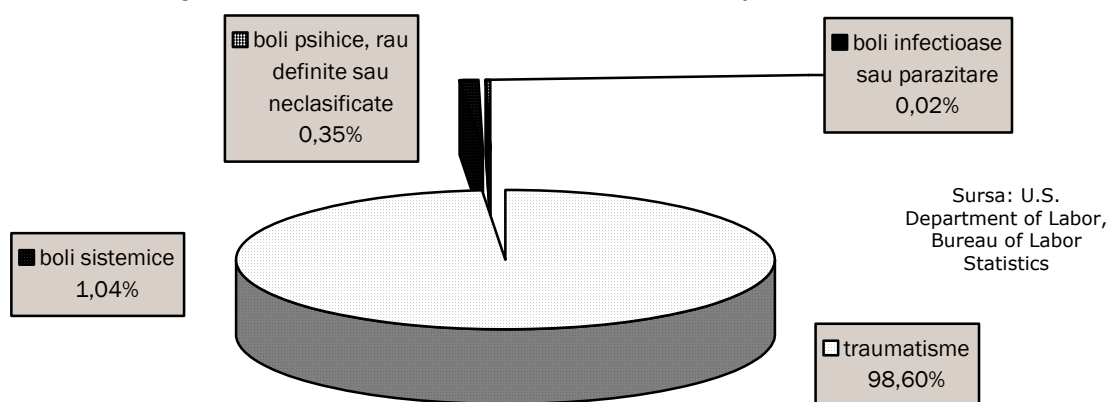
Înainte de a fi prevenite, bolile profesionale trebuie recunoscute². Graficele de mai jos se bazează pe statisticile Biroului de Statistici Profesionale (Bureau of Labor Statistics) din SUA. Acestea arată date statistice privind decesele, accidentele de muncă recunoscute și raportate la o populație activă de 126 milioane de locuitori.

¹ www.bls.gov/

² Sursa: Haz-Map® 2005 (<http://www.haz-map.com/iceberg.htm>)



Figură 1 Situația accidentelor de muncă mortale pe cauze în SUA în 2005³



Figură 2 – 1.8 milioane de accidente sau boli profesionale raportate care au dus la incapacitate temporară de muncă¹

În 1996, cele 123.190 boli sistemice care au dus la incapacitate temporară de muncă, cuprind următoarele afecțiuni:

- | | |
|--|-------|
| • boli ale sângelui și organelor hematoformatoare: | 16 |
| • boli ale sistemului nervos central | 54 |
| • sindrom de tunel carpian: | 29937 |
| • polineuropatie toxică: | 240 |
| • fotooftalmie acută a sudorului: | 5109 |
| • rinită alergică: | 51 |
| • pneumonie: | 46 |
| • legioneloză: | 17 |
| • astm bronșic extrinsec: | 403 |
| • pneumoconioze: | 45 |
| • dermatite: | 6884 |

³ Sursa: U.S. Department of Labor, Bureau of Labor Statistics (BLS), în cooperare cu agenții de stat, federale, orașul New York, Recensământul Accidentelor de muncă fatale.

În total, în 1996, au fost raportate în SUA 5,8 milioane de accidente de muncă și boli profesionale care au dus la incapacitate temporară de muncă, au necesitat îngrijiri medicale, acordarea primului ajutor, au dus la pierderea conștienței, restrângerea activității, a mișcării sau la schimbarea locului de muncă.

Din cele 5,8 milioane de cazuri raportate, 439.002 au fost boli profesionale, după cum urmează⁴:

Diagnostic	Nr. cazuri (mii)
Total	439,0
Boli prin suprasolicitare	281,1
Alte boli profesionale	65,3
Boli cutanate	58,1
Boli respiratorii prin inhalare de agenți chimici	24,4
Boli profesionale determinate de agenți fizici	22,4
Intoxicații	4,8
Boli pulmonare prin expunere la pulberi	3,5

Evidențele Biroului de Statistici Profesionale sunt obținute din diverse surse, cum ar fi certificate de deces, documente privind compensațiile acordate de agențiile de asigurări și rapoarte ale agențiilor de stat și federale, astfel asigurându-se o acuratețe cât mai ridicată a datelor. Pentru anumite afecțiuni, cum ar fi cele produse prin expunerea la substanțe cancerigene, de multe ori este dificil de corelat diagnosticul cu locul de muncă, datorită timpului mare de latență, acestea nefiind corect recunoscute și raportate. Aceste afecțiuni pe termen lung pot fi mai bine cuantificate prin măsuri de supraveghere (examene medicale periodice).

Tabelul următor rezumă metodele și rezultatele unui studiu: „Accidentele de muncă și bolile profesionale în SUA: Estimarea costurilor, morbidității și mortalității”⁵. Autorii au analizat statisticile naționale din sursele de informații disponibile și au aplicat metoda riscului atribuit proporțional, în care un anumit procent din numărul total de decese și boli din SUA este atribuit profesiei, pe baza „cele mai bune estimări”. Foarte interesantă este presupunerea făcută în atribuirea proporției de cazuri de afecțiuni cardiovasculare (angină și infarct miocardic) și cerebrovasculare (atac cerebral): „Estimarea de 5-10% din bolile cardiovasculare și cerebrovasculare se bazează pe numărul studiilor care arată că stresul psihosocial și de la locul de muncă cauzează un excedent de morbiditate și mortalitate și că expunerea la anumite substanțe chimice comune, cum ar fi plumbul, monoxidul de carbon și solvenții organici au efecte adverse asupra inimii”.

⁵ Leigh JP, Markowitz SB, Fahs M, Shin C, Landrigan PJ. – Occupational injury and illness in the United States. Estimates of costs, morbidity, and mortality, Arch Intern Med. 1997 Jul 28;157(14):1557-68

		<i>Metoda folosită pentru estimarea incidenței anuale</i>
Decese legate de locul de muncă	6500	s-au folosit aceste proporții ale deceselor atribuibile profesiei: 6-10% pentru cancer 5% pentru boli cardiovasculare și cerebrovasculare
Decese prin boli	60.300	10% pentru boli respiratorii cronice 100% pentru pneumoconioze 1-3% pentru afecțiuni ale sistemului nervos și renale
Accidente de muncă	13,2 milioane	Au fost incluși angajații guvernamentali, presupunând o subraportare în Statistica Anuală a BLS, datorată influențelor economice Au fost incluse cazurile din Statistica Anuală a BLS (457.400 în 1992) + angajați guvernamentali (92.010)
Boli profesionale	862.200	proporția cazurilor atribuibile profesiei 6-10% pentru cancer 5-10% pentru ischemia cardiacă cronică 5-10% pentru afecțiuni cerebrovasculare 10% pentru boli pulmonare obstructive cronice

Uniunea Europeană – EUROSTAT⁶

Încă de la formarea Comunității Europene, s-a constatat că deciziile, planificarea și implementarea politicilor comunitare trebuie să se bazeze pe date statistice de încredere și comparabile. Astfel, s-au pus bazele Sistemului Statistic European (ESS – European Statistical System) cu scopul de a oferi date statistice comparabile la nivel european.

EUROSTAT nu este unic. ESS constă din Eurostat și birouri de statistică, ministere, agenții și bănci centralizate, care colectează date și compilează statistici în scopuri naționale și europene. ESS funcționează ca o rețea în care rolul Eurostat-ului este unul de conducător al armonizării statisticilor, în cooperare strânsă cu institutele de statistică naționale. Activitatea ESS se concentrează mai ales asupra zonelor politicii UE, dar, cu odată cu extensia politicilor UE, armonizarea a fost extinsă în aproape toate domeniile statistice.

ESS coordonează, de asemenea, activitatea as cu cea a unor organizații internaționale, cum ar fi OECD (Organizația pentru Cooperare și

⁶ <http://epp.eurostat.cec.eu.int/>

Dezvoltare Economică), ONU, Fondul Monetar Internațional și Banca Mondială.

În 1997 au fost adoptate trei documente majore, care au conferit pentru prima dată statisticilor comunitare o bază legală solidă.

Aceste documente asigură o bază durabilă pentru viitoarele provocări statistice provenite din integrarea europeană. Acestea veghează asupra autonomiei Eurostat, asigurând, la nivel constituțional, principiile imparțialității, independenței științifice și confidențialității statistice, care sunt bazele statistice într-o societate democratică. Documentele subliniază separarea dintre politică și administrație, pe de o parte, și statisticile comunitare, pe de altă parte. În sfârșit, acestea scot în evidență fiabilitatea, obiectivitatea, eficiența costurilor și subsidiaritatea, care întăresc parteneriatul dintre Eurostat și autoritățile statistice ale statelor membre.

În afara cooperării strânse cu organizațiile internaționale menționate, Eurostat colaborează cu țări din afara UE. O sarcină cheie pentru Eurostat este coordonarea îmbunătățirii sistemelor statistice în țările candidate și în curs de dezvoltare. Au fost elaborate programe speciale cu țările din Europa Centrală și de Est (Phare) și cu noile țări independente din fosta URSS (programul Tacis: *Technical Aid to the Commonwealth of Independent States*). De asemenea, Eurostat colaborează strâns și cu birourile naționale de statistică din țările mediteraneene și din multe țări ale Africii.

Comisia (Unitatea E/3-a Eurostat „Educație, Sănătate și alte domenii sociale” și Directoratul General de Muncă și Afaceri Sociale - Unitatea D/5 „Sănătate, Siguranță și Igienă la Locul de Muncă”) au adresat această problemă prin lansarea în 1995 a unui proiect pilot, privind colectarea de date din cazuri recunoscute în Uniunea Europeană, pentru 31 de articole ale Programului European al Bolilor Profesionale. (Statistica Europeană a Bolilor Profesionale - EODS – proiectul pilot). Evaluarea datelor acestui proiect pilot a fost realizată de către Institutul Finlandez de Sănătate Profesională (Finnish Institute of Occupational Health) - (FIOH). Raportul a concluzionat că: „evaluarea proiectului pilot EODS a identificat multe probleme privind comparabilitatea datelor, care poate fi însă evitate prin îmbunătățirea bazei de date”. Printre altele, s-au concluzionat următoarele: „datele - privind bolile profesionale recunoscute - nu reflectă numai modalitatea în care se declanșează astfel de boli, ci și modul în care conceptul de „boală profesională” a fost definit în sistemul de securitate socială”; este indicat, de asemenea, ca „fiecare dată să fie utilizată în prevenirea și în evaluarea impactului acestei boli”.

În România, EUROSTAT a încheiat un protocol de colaborare cu Institutul Național de Statistică și cu Centrul Național de Coordonare Metodologică și Informare privind bolile profesionale (din cadrul Institutul de Sănătate Publică București), în scopul de a obține armonizarea treptată a datelor comparabile și veridice, precum și a indicatorilor ce reflectă bolile profesionale în Europa. Lansarea fazei 1 a EODS, ale cărei date au fost

raportate, începând cu anul 2001, în 14 State Membre, reprezintă primul pas al acestui proiect progresiv, aflat în prezent în derulare.

În cadrul acestui program, datele centralizate conturează un tablou al morbidității profesionale la nivel european diferit de cel românesc.

Astfel, în perioada 2000-2002, pe primele locuri se situează bolile profesionale determinate de suprasolicitare osteo-musculară, urmate de BP determinate de zgomot, BP cutanate, sindromul Raynaud ș.a.m.d. Silicoza, care predomină în morbiditatea profesională din România, se află la nivel european abia pe locul 10, surclasată de azbestoză și mezoteliom pleural prin expunere la azbest.

Diagnostic	Nr. cazuri
Total	50253
Boli profesionale produse de agenți fizici, din care:	34784
-boli profesionale osteoarticulare produse prin suprasolicitare	23313
-hipoacuzie sau surditate	8615
-Sindrom Raynaud	2515
-boli profesionale osteoarticulare produse prin vibrații mecanice	317
Boli profesionale produse prin inhalarea de substanțe și agenți neincluși la alte categorii, din care:	7153
-mezoteliom prin expunere la azbest	1471
-astm bronșic	1256
-azbestoză	1090
-silicoză	405
-cancer pulmonar prin expunere la azbest	247
-rinită alergică	262
Boli profesionale cutanate produse de substanțe și agenți neincluși la alte categorii	6628
Boli profesionale infecțioase și parazitare, din care:	740
-hepatită virală	248
-tuberculoză	139
Boli profesionale necunoscute	560
Boli profesionale produse de agenți chimici	388

Anual accidentele de muncă și bolile profesionale produc peste 150.000 de victime în Uniunea Europeană. Cel puțin 31.000 de decese pot fi atribuite substanțelor periculoase la locurile de muncă, inclusiv azbestului. "Vrem să vedem managerii și lucrătorii lucrând împreună pentru a realiza locuri de muncă la care nu pot fi identificate pericole. O forță de muncă motivată, sănătoasă și în siguranță va contribui la îmbunătățirea productivității și competitivității europene." Spunea d-nul Dr. Jukka Takala, noul director al Agenției Europene pentru Securitate și Sănătate în Muncă (2006)

Legislația în domeniul medicinei muncii în România

În România, principalele acte legislative, care stau la baza activității de medicina muncii sunt:

– Legea nr. 319 din 14 iulie 2006 a securității și sănătății în muncă și HG nr. 1425/2006 privind Normele de aplicare ale acestei legi. Așa cum prevede în Directiva Cadru Europeană 89/391/CEE, Normele Generale de protecția muncii/2002, Legea nr. 319 din 14 iulie 2006 a securității și sănătății în muncă prezintă detaliat obligațiile angajatorului (Capitolul III, Art.7):

Angajatorul are obligația să implementeze măsuri pe baza următoarelor principii generale de prevenire:

- a) evitarea riscurilor;
- b) evaluarea riscurilor care nu pot fi evitate;
- c) combaterea riscurilor la sursă;
- d) adaptarea muncii la om, în special în ceea ce privește proiectarea posturilor de muncă, alegerea echipamentelor de muncă, a metodelor de muncă și de producție, în vederea reducerii monotoniei muncii, a muncii cu ritm predeterminat și a diminuării efectelor acestora asupra sănătății;
- e) adaptarea la progresul tehnic;
- f) înlocuirea a ceea ce este periculos cu ceea ce nu este periculos sau cu ceea ce este mai puțin periculos;
- g) dezvoltarea unei politici de prevenire coerente care să cuprindă tehnologiile, organizarea muncii, condițiile de muncă, relațiile sociale și influența factorilor din mediul de muncă;
- h) adoptarea, în mod prioritar, a măsurilor de protecție colectivă față de măsurile de protecție individuală;
- i) furnizarea de instrucțiuni corespunzătoare lucrătorilor.

Potrivit Legii nr. 319 din 14 iulie 2006 a securității și sănătății în muncă, boala profesională este definită ca fiind: afecțiunea care se produce ca urmare a exercitării unei meserii sau profesii, cauzată de agenți nocivi fizici, chimici ori biologici caracteristici locului de muncă, precum și de suprasolicitarea diferitelor organe sau sisteme ale organismului, în procesul de muncă.

În Normele metodologice de aplicare ale acestei legi este prezentată pe larg procedura de: semnalare, cercetare și declarare a bolilor profesionale. Bolile profesionale a căror declarare, cercetare și evidență sunt obligatorii sunt cuprinse în Anexa nr. 22 din Normele metodologice (HG 1425/2006); bolile legate de profesie și principalele lor cauze potențiale sunt detaliate în Anexa nr. 23 a normelor de aplicare.

Evidența bolilor profesionale, ca și a bolilor multifactoriale, constituie documentația de bază în evaluarea stării de sănătate a lucrătorilor în raport cu factorii de risc, precum și în vederea stabilirii unor măsuri eficiente de profilaxie.

- Legea privind asigurarea pentru accidente de muncă și boli profesionale nr. **346**/M.O. nr.454 din 27 iunie 2002, ca și Ordinul nr. **848** din 22 decembrie 2004 privind Normelor metodologice de aplicare a Legii nr. 346/2002 stabilesc procedurile privind asigurarea pentru accidente de munca si boli profesionale, cu modificările și completările ulterioare.
- Codul muncii (Legea **53**/2003) stabilește regulile generale privind aplicarea conceptului de sănătate și securitate în muncă la Titlul V, ca și protecția salariaților prin servicii medicale
- Ordinul Ministerului sănătății și familiei nr. **875**/8 noiembrie 2002 publicat în Monitorul oficial nr. 840/21 noiembrie 2002 stabilește atribuțiile medicului de medicină generală/medicină de familie cu competență în medicina de întreprindere
- Ordonanța de urgență privind protecția maternității la locul de muncă nr. **96**/M.O. nr.750 din 27 oct. 2003 care introduce noțiunea de concediu de risc maternal, pentru protecția sănătății mamei și a fătului.(120 zile calendaristice).Ordinul nr. **188** din 23 februarie 2004 privind constituirea Registrului operativ național al bolilor profesionale și a Centrului național de coordonare metodologică și informare privind bolile profesionale care legiferează înființarea acestui centru la nivelul Institutului de Sănătate Publică București.

Conform Ordinului 188, atribuțiile acestei structuri sunt:

- a) reprezintă forul metodologic care asigură asistență și îndrumare tehnică profesională în domeniul bolilor profesionale;
 - b) asigură diseminarea informațiilor de interes public privind îmbolnăvirile profesionale și riscurile asociate expunerii profesionale;
 - c) organizează și gestionează baza de date privind bolile profesionale;
 - d) analizează dinamica bolilor profesionale la nivel național;
 - e) asigură elaborarea rapoartelor periodice și ori de câte ori este nevoie privind evoluția îmbolnăvirilor profesionale într-un teritoriu sau la nivel național;
 - f) furnizează datele de morbiditate profesională necesare efectuării de studii și activități de cercetare;
 - g) asigură diseminarea informațiilor rezultate din analiza și interpretarea datelor către sursele de la care au provenit;
 - h) colaborează cu alte instituții implicate în activități cu impact asupra sănătății lucrătorilor.
- Legea privind statutul specific al medicului de medicină a muncii nr.**418** din 18 octombrie 2004 (modificată prin Legea nr. 48 din 13.03.2007) precizează faptul că funcția de medic de medicină a muncii este exercitată numai de medicul specialist sau primar de medicina muncii, cu drept de liberă practică.

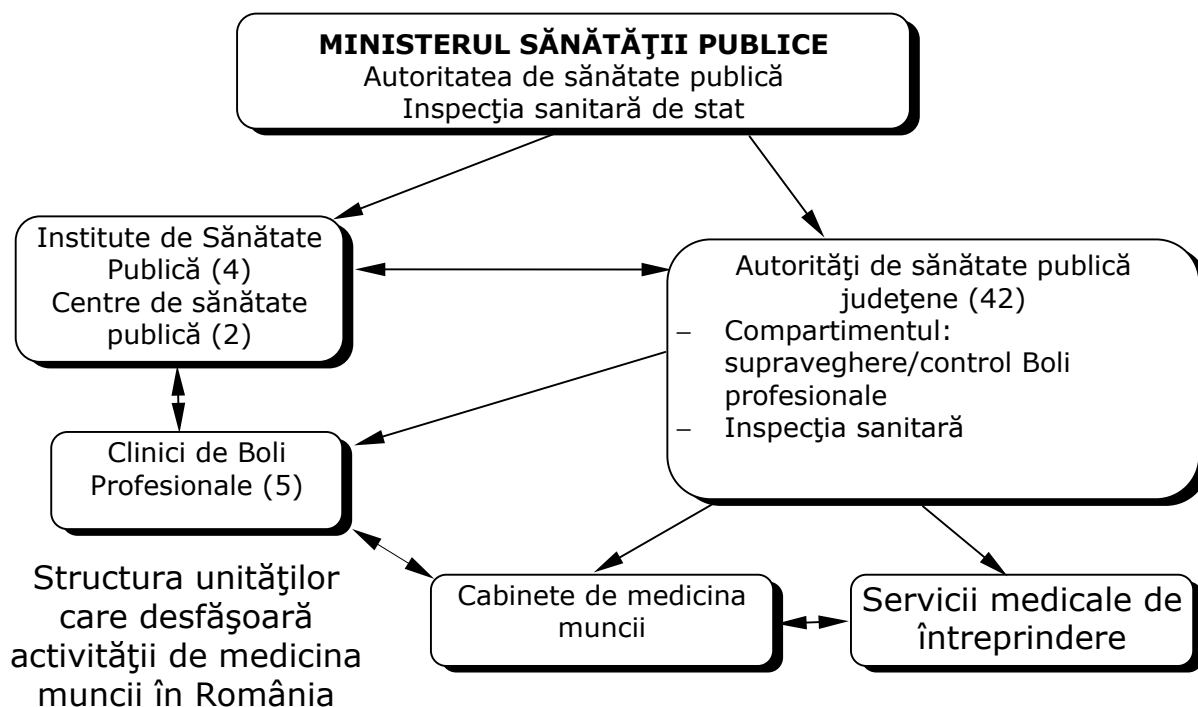
Medicul de medicină a muncii este pregătit prin rezidențiat care constă din parcurgerea unui program complet în pregătirea de specialitate, care durează 4 ani aprobat de Ministerul Sănătății Publice și Colegiul Medicilor din România și confirmat prin promovarea examenului de specialitate.

În anul 2006, la inițiativa Ministerului Muncii, Familiei și Egalității de Șanse, au fost promulgate 15 hotărâri de guvern cu referire la sănătatea în muncă.

Organizarea activității curente de medicina muncii în România (exceptând sistemul de pregătire profesională de specialitate)

Instituții medicale implicate în desfășurarea activității de medicina muncii Potrivit Ord. M.S.P.885 din 16 mai 2007 pentru modificarea și completarea Regulamentului de organizare și funcționare a autorităților de sănătate publică, în aceste unități activitatea de medicina muncii se desfășoară în cadrul: Serviciului /Birou/Compartiment: Supraveghere/Control Boli profesionale.

Structurile de medicina muncii și relațiile funcționale dintre ele sunt prezentate în schema următoare:



1. Serviciile de sănătate la locul de muncă: sunt reprezentate de diferite forme de organizare a activității de medicina muncii:

- cabinete medicale, centre medicale de diagnostic și tratament, sau alte forme de organizare majoritatea de tip privat.

2. Compartimentele de supraveghere/control Boli profesionale din Autoritățile de sănătate publică județene sunt unități cu personalitate juridică aflate în subordinea Ministerului sănătății publice.

3. Secțiile de medicina muncii din **institutele** București, Cluj, Iași, Timișoara și centrele de sănătate publică din Târgu-Mureș și Sibiu, au activități de cercetare, dar și de asigurare a suportului tehnic al politicilor de strategie și programe de sănătate privind problematica de medicina muncii din teritoriul arondat.

4. Clinicile de boli profesionale și secțiile cu paturi de la nivelul spitalelor, la nivelul cărora se realizează: diagnosticul, tratamentul și planul de dispensarizare pentru cazurile de boală profesională (București, Cluj, Craiova, Iași, Târgu-Mureș, Timișoara, Arad, Baia Mare, Deva, Brașov, Brăila, Turnu Severin, etc.).

Circuitul declarării bolilor profesionale (HG 1425 din 2006)

Cercetarea bolilor profesionale reprezintă procedura efectuată în mod sistematic, cu scopul de a stabili caracterul de profesionalitate a bolii semnalate.

Semnalarea bolilor profesionale - procedura prin care se indică pentru prima oară faptul că o boală ar putea fi profesională.

Raportarea bolilor profesionale este procedura prin care se transmit informații referitoare la bolile profesionale declarate potrivit legii la Centrul national de coordonare metodologică și informare privind bolile profesionale și la Centrul Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional și Informatic în Domeniul Sănătății București.

a) Semnalarea bolilor profesionale

- suspiciunile de boli profesionale se vor semnala obligatoriu de către totii medicii care depistează astfel de îmbolnăviri, indiferent de specialitate și locul de muncă, cu prilejul oricarei prestații medicale: examene medicale profilactice, consultații medicale de specialitate.
- medicul care suspectează o boală profesională completează fișa de semnalare BP1, și trimite bolnavul cu această fișă la unitatea sanitară de medicina muncii, respectiv clinica de boli profesionale sau cabinetul de medicina muncii din structura spitalelor, în vederea precizării diagnosticului de boală profesională.
- medicul specialist de medicina muncii examinează bolnavul, stabilește diagnosticul de profesionalitate și completează fișa de semnalare BP1 pe care o trimite oficial la autoritatea de sănătate publică județeană, respectiv a municipiului București, în termen de maximum 7 zile de la precizarea diagnosticului de profesionalitate.

b) Cercetarea bolii profesionale

- după primirea fișei de semnalare BP1, medicul specialist de medicina muncii din cadrul autorității de sănătate publică județene sau a municipiului București cercetează în termen de 7 zile, având în vedere ruta profesională, cauzele îmbolnăvirii profesionale.
- cercetarea se face în prezența angajatorului sau a reprezentantului acestuia ori, după caz, a persoanelor fizice autorizate în cazul profesiilor liberale.
- are drept scop confirmarea sau infirmarea caracterului profesional al îmbolnăvirii respective și se finalizează cu redactarea și semnarea procesului verbal de cercetare a cazului de boală profesională.
- procesul-verbal de cercetare este semnat de toți cei care au luat parte la cercetare, menționându-se în mod special cauzele îmbolnăvirii, responsabilitatea angajatorilor și măsurile tehnice și organizatorice necesare, pentru prevenirea unor cazuri similare.

- în situația în care una dintre părțile implicate nu este de acord cu concluziile stabilite în procesul-verbal se adresează, în scris, în termen de 30 de zile de la data primirii procesului-verbal de cercetare a cazului de boală profesională, Comisiei de experți de medicina muncii acreditați de Ministerul Muncii, Familiei și egalității de șanse și de Ministerul Sănătății Publice.
- procesul-verbal de cercetare a cazului de boală profesională se înmânează angajatorului, medicului care a semnalat îmbolnăvirea pentru evidența îmbolnăvirilor profesionale și pentru a urmări realizarea măsurilor prescrise, precum și medicului de medicina muncii din autoritatea de sănătate publică județeană sau a municipiului București.
- pe baza confirmării caracterului profesional al îmbolnăvirii, medicul de medicina muncii care a efectuat cercetarea declară cazul de îmbolnăvire profesională, completând fișa de declarare a cazului de boală profesională BP2.

c) Declararea bolii profesionale

- dosarul de cercetare pentru declararea bolilor profesionale se păstrează la autoritatea de sănătate publică județeană sau a municipiului București și va cuprinde următoarele documente:
 - opisul documentelor din dosar;
 - istoricul de expunere profesională (documentul care certifică ruta profesională, și anume copie de pe carnetul de muncă) și, după caz, nivelul măsurat al noxelor sau noxa identificată;
 - copie de pe fișa de identificare a riscurilor profesionale de la dosarul medical de medicina muncii;
 - istoricul stării de sănătate la locul de muncă (documentul eliberat de medicul de medicina muncii care asigură asistența de medicina muncii la unitatea respectivă);
 - document medical care precizează diagnosticul de boală profesională (biletul de ieșire emis de clinica/secția de medicina muncii din structura spitalelor sau adeverința medicală emisă de medicul de medicina muncii care a precizat diagnosticul de boală profesională, în cazul în care bolnavul nu a fost internat) și copii ale unor investigații necesare pentru susținerea diagnosticului de profesionalitate;
 - procesul-verbal de cercetare a cazului de boală profesională;
 - copie de pe fișa de semnalare BP1.
- declararea bolilor profesionale se face de către autoritatea de sănătate publică județeană sau a municipiului București din care face parte medicul de medicina muncii care a efectuat cercetarea.
- dacă unitatea la care s-a produs îmbolnăvirea a fost desființată la momentul precizării diagnosticului de boală profesională, cazul respectiv se poate declara prin fișa de declarare BP2 pe baza documentelor prevăzute.
- cazurile de pneumoconioze, și cancerul profesional se înregistrează la ultimul angajator unde a lucrat bolnavul și unde exista factorii de risc ai

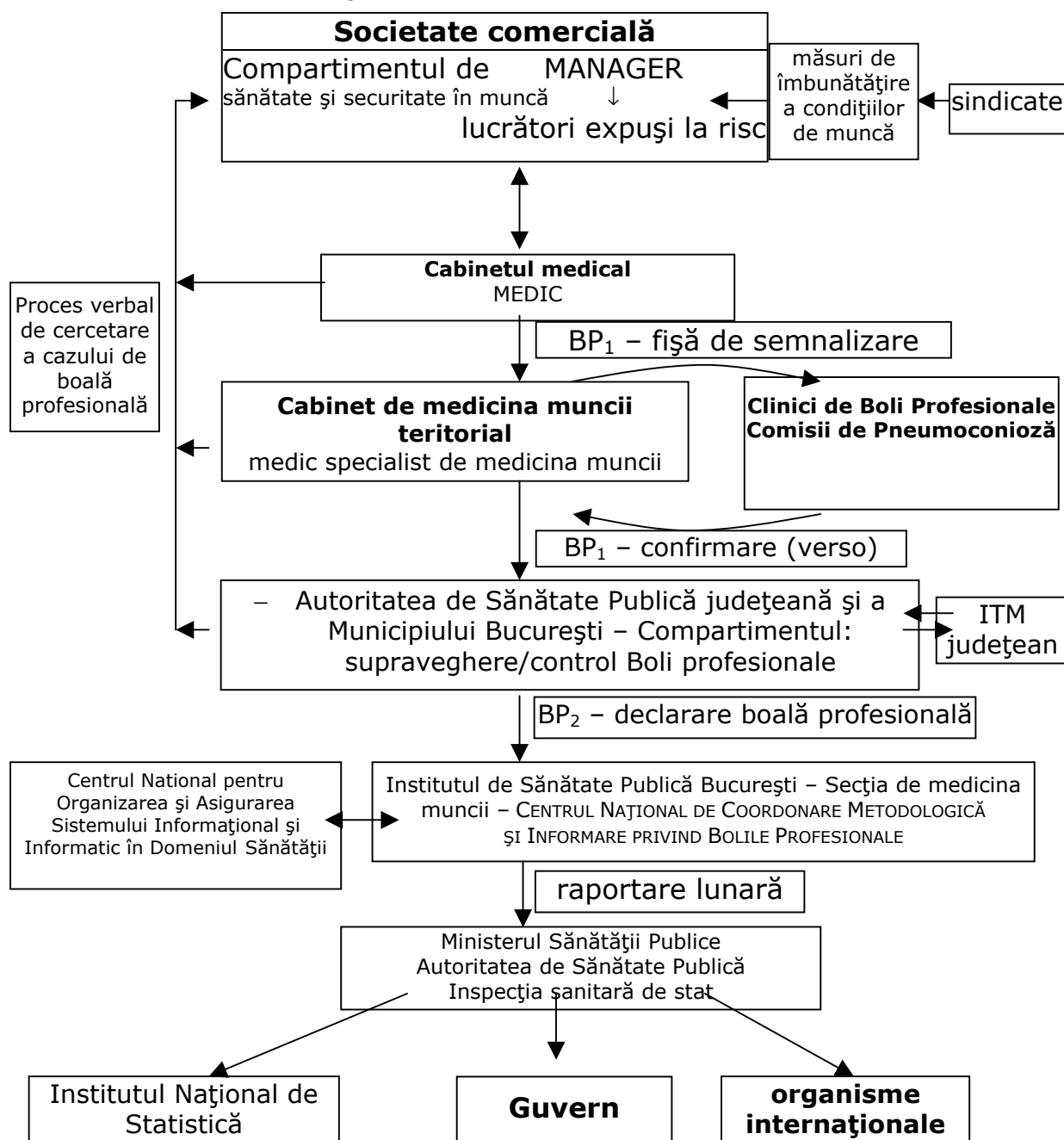
bolii profesionale respective evidențiați prin documente oficiale de la autoritatea de sănătate publică;

- bolile profesionale cu diagnosticul de pneumoconioză se confirmă numai pe baza diagnosticului precizat de către comisiile de pneumoconioze de la nivelul clinicilor de boli profesionale.

d) Raportarea bolilor profesionale

- bolile profesionale nou-declarate se raportează în cursul lunii în care s-a produs îmbolnăvirea, de către autoritatea de sănătate publică județeană, la Centrul național de coordonare metodologică și informare privind bolile profesionale din cadrul Institutului de Sănătate Publică București, la Centrul Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional și Informatic în Domeniul Sănătății București, precum și la structurile teritoriale ale asiguratorului stabilite conform legii.
- copia fișei de declarare BP2 se va înmâna lucrătorului diagnosticat cu boală profesională.
- la nivelul Centrului național de coordonare metodologică și informare privind bolile profesionale se constituie Registrul operativ național informatizat al bolilor profesionale, reactualizat lunar.
- Centrul național de coordonare metodologică și informare privind bolile profesionale reprezintă forul metodologic care asigură asistență și îndrumare tehnică profesională în domeniul bolilor profesionale. Centrul transmite informațiile de interes public privind bolile profesionale tuturor instituțiilor implicate în activități cu impact asupra sănătății lucrătorilor.
- Lista bolilor profesionale ale caror declarare, cercetare și evidență sunt obligatorii este prevăzută în Anexă.
- structurile de medicina muncii din cadrul autorităților de sănătate publică județene vor raporta cu o periodicitate anuală Centrului național de coordonare metodologică și informare privind bolile profesionale situația absenteismului medical prin boli profesionale pentru cazurile nou-declarate în anul respectiv.
- intoxicația acută profesională se declară, se cercetează și se înregistrează atât ca boală profesională, cât și ca accident de muncă.

CIRCUITUL INFORMAȚIONAL ÎN DOMENIUL BOLILOR PROFESIONALE



Figură 3 Circuitul declarării bolii profesionale

Costurile bolilor profesionale

În condițiile actuale, problema costurilor din sectorul sanitar este mai actuală ca oricând, punându-se în discuție atât din punct de vedere al balanței costuri preventive-costuri curative, cât și al prejudiciului adus celui vătămat prin prisma Legii 346 /2002 privind asigurarea pentru accidente de muncă și boli profesionale.

În Canada, de exemplu, în anul 1989 au fost plătite despăgubiri pentru 17.290 cazuri de boală profesională. Conform legislației din această țară, cele mai multe cazuri au cuprins: intoxicații acute, dermatite și boli provocate de efectele radiațiilor ionizante și neionizante.

În Australia⁷, în perioada 2000-2001, costul despăgubirii lucrătorilor cu accidente sau boli profesionale a fost cel mai ridicat în minerit, cu o medie 14.800\$/caz, în condițiile în care în acest sector s-a înregistrat și cea mai ridicată rată de incidență raportată (35 la o mie de angajați, înregistrându-se 21 cazuri de accidente și boli profesionale cu decese și 2609 cazuri fără deces). Ca mecanism de producere, cele mai mari despăgubiri au fost acordate pentru stresul mental (medie 17400\$/caz), urmat de acțiunea toxicelor (medie 16900\$/caz).

Tabel 1 Număr cazuri despăgubiri pentru boli profesionale și accidente în Australia în perioada 1999-2000

<i>Natura bolii/accidentului</i>	<i>Nr. cazuri</i>
Accidente și intoxicații	117817
Boli ale sistemului nervos și organelor de simț	6285
Boli ale sistemului musculo-scheletal	5055
Boli ale pielii și țesutului subcutanat	884
Boli ale aparatului digestiv	3208
Boli infecțioase și parazitare	372
Boli ale aparatului respirator	353
Boli ale aparatului cardiovascular	152
Neoplasme	118
Tulburări mentale	4807
Alte boli	214
Total	139265

Asigurarea pentru accidente de muncă și boli profesionale se fundamentează pe următoarele principii:

- asigurarea este obligatorie pentru toți cei ce utilizează forță de muncă angajată cu contract individual de muncă;
- riscul profesional este asumat de cei ce beneficiază de rezultatul muncii prestate;
- fondul de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale se constituie din contribuții diferențiate în funcție de risc suportate de către angajatori sau de către persoanele fizice care încheie asigurarea.

⁷ Sursa: National Occupational Health and Safety Commission – Compendium of Workers' Compensation Statistics, Australia, 2000-01, decembrie 2002.

Programe Phare în domeniul sănătății în muncă

În România s-au desfășurat și sunt în curs de desfășurare numeroase proiecte Phare de către diferite instituții care au urmărit introducerea și dezvoltarea **conceptului de sănătate și securitate în muncă** care aparțin în marea lor majoritate Ministerului muncii Familiei și Egalității de șanse. La unele dintre acestea au participat și specialiști din Ministerul Sănătății Publice. Vom cita câteva:

- Proiectul România –Danemarca privind conceptul de sănătate și securitate în muncă în România Sept. 1993.
- Proiectul în cooperare: Romania-Germania-Danemarca-Marea Britanie RO/93/05/01 privind *„Îmbunătățirea eficienței sistemului românesc de inspecția muncii* cu implicarea tuturor partenerilor sociali: Transpunerea unor Directive europene, constituirea comitetelor de sănătate și securitate în muncă la nivelul întreprinderilor, relația cost/beneficiu în lumina noii legislații; raportarea și utilizarea datelor legate de accidente de muncă etc. Inspectorii de muncă au fost instruiți în domeniul inspecției și al evaluării riscului profesional.
- Proiectul Phare în cooperare România-Franța RO/99/IB/OT01, 2000-2002, privind transpunerea în legislația românească a 8 Directive europene, și dezvoltarea inspecției muncii; dezvoltarea unui centru pilor privind sănătatea și securitatea în muncă la nivelul Institutului de boli infecțioase „Matei Balș” din București.
- Proiectul Phare în cooperare România-Suedia RO/IB/99/CO-01, 2002-2004: Formarea de formatori în domeniul inspecției muncii. Promovarea sănătății la locul de muncă în întreprinderile mici și mijlocii.
- Proiectul Phare România/04/IB/SO/01 „Implementarea legislației armonizate în domeniul sănătății și securității în muncă în întreprinderile mici și mijlocii” derulat de Inspecția muncii din România în parteneriat cu Agenția europeană pentru Integrare și Dezvoltare economică – Austria.

Proiectul “Ajutor European/119644/D/SV/RO – Îmbunătățirea eficienței sistemului românesc de supraveghere a medicinei muncii și control al bolilor profesionale, boli legate de muncă și leziuni datorate riscului profesional” a fost preluat de *Academia Austriacă de Medicina Muncii în colaborare cu CEEN Consulting GmbH, VAEB, OMV și ROMTENS Foundation* și lansat prin ordin administrativ pe 14 decembrie 2005. Contractul s-a încheiat la data de 20 ianuarie 2007.

Scopul general al proiectului contractat a fost sporirea eficienței și eficacității serviciilor românești de medicina muncii și creșterea cunoștințelor populației române, în general, și a partenerilor sociali/ cei care iau deciziile (Guvernul), în particular, despre medicina muncii ca factor major de sănătate publică.

Planul de lucru general a stabilit activități cu scopul de a realiza obiectivele generale și specifice, constând din trei componente:

- Componenta A: Construirea și dezvoltarea instituțională
- Componenta B: Informarea și promovarea medicinei muncii
- Componenta C: Educația și formarea specialiștilor de medicina muncii

Toate componentele și rezultatele corespondente au avut scopul de a întări capacitatea instituțională a instituțiilor beneficiare și au fost monitorizate de către Ministerul Sănătății Publice și Comitetul Executiv de Conducere înființat să monitorizeze proiectul, cu consultarea Comitetului de Cooperare Tehnică care constă din șefii departamentelor de medicina muncii din institutele de sănătate publică și centrele de sănătate publică, medici specialiști de medicina muncii din clinicile de medicina muncii și unii medici specialiști de medicina muncii din cadrul serviciilor medicale private, universități etc.

Dintre rezultatele acestui proiect trebuie să menționăm alături de progresele în implementarea legislației CE și o serie de aspecte concrete privind înregistrarea datelor în sistem.

Astfel, comparabilitatea datelor va fi asigurată prin colaborarea dintre țări prin Organizația Mondială a Sănătății sau bilateral.

Un element de informare publică va fi inclus în programul național pentru informare privind sănătatea în muncă. Media trebuie eficient aprovizionată cu informații științifice asupra sănătății și securității în muncă de către instituțiile de cercetare naționale și structurile profesionale.

Relația dintre Medicina Muncii și Sănătatea Publică

În numeroase țări, medicina muncii și sănătatea publică funcționează total separat. În unele state, o parte din pregătirea inițială a rezidenților din domeniul sănătății publice și al medicinei muncii are loc în același timp.

În România, secțiile de stat de medicina muncii aparțin institutelor sau centrelor de sănătate publică, respectiv direcțiilor de sănătate publică.

Cele două specialități au în comun un număr de cunoștințe necesare din domeniul comun. În primul rând, printre acestea se afla epidemiologia. Odată cu apariția și extinderea conceptului de promovare a sănătății la locul de muncă în Europa, cele două specialități au un interes comun în promovarea sănătății. Cu toate acestea, medicina muncii a ajuns la stadiul în care are cerințe foarte specifice în diferite industrii. A evoluat separat în majoritatea țărilor.

Institutele de sănătate publică din România au în structură compartimente cu medici specialiști de sănătate publică cu activități în domeniul promovării sănătății la locul de muncă (fumatul la locul de muncă, alcoolismul etc.)

Programul Național de Sănătate Publică - Subprogramul Medicina Muncii

Ministerul Sănătății Publice este în prezent coordonatorul și finanțatorul programelor și subprogramelor de sănătate. Aceste programe (cu obiectivele, activitățile, metodologia lor, cu indicatorii de monitorizare și evaluare, cu responsabilitățile naționale și locale) sunt stabilite în fiecare an printr-un ordin ministerial care stabilește prevederile pentru fiecare program. Pentru 2006 s-a elaborat Ordinul de Ministru nr. 86/06.02.2006, privind aprobarea programelor și subprogramelor naționale de sănătate finanțate de la bugetul de stat pentru 2006. În cadrul programului 1 de sănătate, subprogramul 1.4 (evaluarea stării de sănătate și a factorilor de risc) au fost incluse și obiective și activități cu privire la medicina muncii. Prevederile privind medicina muncii din subprogramul 1.4 au fost următoarele:

Obiectiv 4: Protejarea sănătății și prevenirea îmbolnăvirilor asociate factorilor de risc din mediul de viață și de muncă

Activități

- Instruire și formare profesională;
- Evaluarea factorilor de risc ocupaționali;
- Cercetarea caracterului de profesionalitate a cazurilor de boală în vederea declarării bolilor profesionale;
- Acțiuni de evaluare, comunicare de risc și informare asupra riscului profesional;
- Monitorizarea incidenței bolilor profesionale și a absenteismului medical prin boală profesională;
- Armonizare legislativă, formare profesională în domeniul medicinei muncii;
- Alte acțiuni destinate rezolvării priorităților locale.

În cadrul acestui program activitățile care s-au desfășurat în institutele regionale de sănătate publică au fost:

- Elaborarea metodologiilor de monitorizare și inspecție pe domenii specifice;
- Instruirea personalului structurilor teritoriale pentru aplicarea metodologiei;
- Coordonarea metodologică a activităților de monitorizare și control pe domenii specifice, analiza datelor colectate și elaborarea rapoartelor naționale;
- Controlul implementării metodologiilor în teritoriul arondat;
- Valorificarea rezultatelor rapoartelor naționale;
- Acreditarea și constituirea laboratoarelor regionale;
- Efectuarea de studii și cercetări în domeniul stării de sănătate în relație cu factorii de risc din mediul de viață și de muncă;
- Monitorizarea și raportarea îndeplinirii planurilor de implementare specifice pentru integrarea europeană;
- Instruire de specialitate și formare profesională;

- Elaborarea de proiecte de acte normative in domeniul specific;
- Achiziția de iod stabil în vederea iodoprofilaxiei persoanelor expuse la radiații ionizante.

S-au realizat indicatorii fizici și de eficiență privind efectele factorilor de risc ai mediului de muncă asupra sănătății expușilor care au fost raportați la Ministerul sănătății publice.

Date privind situația medicilor de medicina muncii din România

Ca urmare a datelor primite din teritoriu ca urmare a unei inițiative dezvoltate în cadrul proiectului Phare, a fost reactualizată baza de date privind numărul, repartitia pe instituții a medicilor specialiști de medicina muncii din România, date care au fost solicitate în luna august-septembrie 2006.

Datele primite de la nivelul Autorităților de sănătate publică sunt prezentate în tabelul următor:

Tabel 2.: Distribuția medicilor de medicina muncii după județ și instituții

Județ	Nr. medici - Autoritatea de Sănătate Publică Inspecție	Nr. medici - Institutul/ Centrul de Sănătate Publică	Nr. medici - Clinici de Medicina Muncii	Nr. medici - Sector privat	Nr. medici - Alte situații	Nr. total
Alba	0	0	0	2	2	4
Arad	2	0	2	9	2	15
Argeș	1	0	0	4	2	7
Bacău	2	0	0	4	3	9
Bihor	0	0	1	2	2	5
Bistrița-N.	1	0	0	1	0	2
Botoșani	0	0	0	0	0	0
Brașov	3	0	0	3	7	13
Brăila	0	0	0	2	0	2
Buzău	1	0	0	1	1	3
Caraș-S.	3	0	0	0	3	6
Călărași	0	0	0	0	0	0
Cluj	3	7	10	7	5	32
Constanța	0	0	0	5	1	6
Covasna	1	0	0	0	1	2
Dâmbovița	0	0	0	1	2	3
Dolj	1	0	1,5	1	2	5,5
Galați	0	0	0	3	1	4
Giurgiu	0	0	0	1	0	1
Gorj	1	0	0	3	1	5
Harghita	3	0	0	1	0	4
Hunedoara	1	0	0	1	2	4

Județ	Nr. medici - Autoritatea de Sănătate Publică Inspecție	Nr. medici - Institutul/ Centrul de Sănătate Publică	Nr. medici - Clinici de Medicina Muncii	Nr. medici - Sector privat	Nr. medici - Alte situații	Nr. total
Ialomița	0	0	0	0	0	0
Iași	2	9	4	7	3	25
Ilfov	0	0	0	5	0	5
Maramureș	1	0	0	9	0	10
Mehedinți	1	0	0	0	3	4
Mureș	2	1	2	1	3	10
Neamț	1	0	0	2	0	3
Olt	0	0	0	2	0	2
Prahova	1	0	0	2	2	5
Satu-Mare	0	0	0	2	1	3
Sălaj	0	0	0	0	1	1
Sibiu	2	1	1	0	2	14
Suceava	2	0	0	2	0	4
Teleorman	1	0	0	0	0	1
Timiș	2	2	4	7	0	14
Tulcea	1	0	0	0	0	1
Vaslui	0	0	0	0	1	1
Vâlcea	0	0	0	1	4	5
Vrancea	0	0	0	4	0	4
M.București	5	12	7	16	4	44
România	44	32	32	111	61	289

Număr total medici specialiști: 289

Repartiția medicilor pe tipuri de unități:

- ASP-Inspecție 16%
- institute 12%
- clinici 12 %
- sector privat 39%
- alte situații: 21%.

Județe care nu au medici specialiști de medicina muncii:

- Botoșani
- Călărași
- Ialomița

În ultimii ani a crescut numărul locurilor de rezidențiat în specialitatea de medicina muncii 50 de locuri anual, de asemenea sunt și specialiști care au ales să facă medicina muncii ca o a 2-a specialitate, fiind în curs de pregătire **165** de viitori specialiști, ceea ce va aduce un plus de calitate asistenței de specialitate acordată lucrătorilor.

Morbiditatea profesională în România. Aspecte evolutive

În România, conform raportărilor anuale efectuate de medicii de medicina muncii din Autoritățile de Sănătate Publică (Tabel 3), un procent de **45,64%** din numărul mediu scriptic de angajați sunt expuși uneia sau mai multor noxe la locul de muncă, datele prezentate fiind relative în condițiile perioadei actuale, în care au loc schimbări rapide la nivelul economiei.

Tabel 3 Distribuția lucrătorilor expuși la noxe pe județe în 2006⁸

Județ	Angajați	Expuși	%	Județ	Angajați	Expuși	%
Alba	92282	18564	20,12	Ialomița	42412	21539	50,79
Arad	135388	35183	25,99	Iași	92577	56193	60,70
Argeș	154043	93658	60,80	Ilfov	43093	2365	5,49
Bacău	169251	53306	31,50	Maramureș	92682	23219	25,05
Bihor	187551	15270	8,14	Mehedinți	39111	15445	39,49
Bistrița	78032	33628	43,10	București	187150	84790	45,31
Botoșani	69168	40507	58,56	Mureș	129482	43722	33,77
Brăila	34972	21466	61,38	Neamț	90309	53838	59,62
Brașov	48681	17008	34,94	Olt	89707	20830	23,22
Buzău	91880	32342	35,20	Prahova	67684	39075	57,73
Călărași	44096	20404	46,27	Sălaj	35030	15526	44,32
Caraș	37126	32696	88,07	Satu-Mare	103244	74934	72,58
Cluj	186700	72860	39,03	Sibiu	165000	30511	18,49
Constanța	89603	57970	64,70	Suceava	110191	75369	68,40
Covasna	31317	12535	40,03	Teleorman	56897	7410	13,02
Dâmbovița	42134	34462	81,79	Timiș	318800	290090	90,99
Dolj	41674	22565	54,15	Tulcea	13955	1890	13,54
Galați	123926	73584	59,38	Vâlcea	79447	31958	40,23
Giurgiu	9205	5457	59,28	Vaslui	55277	11816	21,38
Gorj	78083	50656	64,87	Vrancea	34432	22697	65,92
Harghita	125100	19448	15,55	Total pe țară	3892514	1776541	45,64
Hunedoara	175822	89755	51,05				

În anul 2006 asistăm la o schimbare a modului în care unii patroni înțeleg problema sănătății și a securității în muncă. La nivelul firmelor cu capital străin există bine încetățenită politică sănătății și a securității în muncă. Există și situații în care angajatorii privesc examenele medicale profilactice ca pe o obligație impusă de lege și nu ca un ajutor benefic asupra stabilirii capacității și aptitudinilor în muncă pentru fiecare lucrător. La nivelul Autorităților de sănătate publică din țară, ca urmare a condiționării eliberării autorizației sanitare de funcționare de

⁸ Tabelul conține numărul de lucrători expuși din județele Alba, Bihor, Gorj, și București din anii anteriori, deoarece nu au fost raportate date recente

obligativitatea examinării profilactice a stării de sănătate al lucrătorilor, s-a schimbat atitudinea patronilor față de problema sănătății și a securității în muncă.

Din 2006 s-a intensificat procesul de formare în domeniul medicinei muncii a medicilor de întreprindere, ca o noutate fiind și pregătirea cadrelor medii din acest domeniu. Un mare ajutor l-a avut finanțarea primită prin Programele Phare privind organizarea de pregătire de specialitate a specialiștilor de medicina muncii la nivelul centrelor universitare din țară, pe baza unei curricule agreeate la nivel european.

Din datele statistice primite în anul 2006 de la colegii medici de medicina muncii din Autoritățile de sănătate publică, pe primul loc în cadrul expunerii se clasează **suprasolicitarea aparatului locomotor** (363.798 expuși, 20,48% din totalul lucrătorilor expuși la noxe), urmată de **zgomot** (317.468 expuși, 17,87% din totalul lucrătorilor expuși la noxe), iar ca activitate, industria confecțiilor din textile, blănuri și piele (135.417 expuși, 7,62% din total), agricultura (128.762 expuși, 7,25% din total), construcții (120.625 expuși, 6,79% din total), sănătate și asistență socială (117.334 expuși, 6,6% din total).

Expunerea la noxe fizice, biologice și suprasolicitare reprezintă 65,77% din totalul lucrătorilor expuși la noxe, la noxe chimice, 17,39%, iar la pulberi, 16,82%.

Tabloul repartiției pe ramuri de activitate ne permite să apreciem faptul că în România s-a produs o schimbare în sensul alinierii alături de celelalte țări europene, cu o altă structura a economiei. Nu este lipsit de interes faptul că în Europa, cel mai mare număr de boli profesionale și absenteism medical este determinat de prin afecțiuni osteo-musculo-articulare datorate suprasolicitărilor existente la locul de muncă.

Această schimbare în structura expunerii va determina schimbări mari ale tabloului viitor al morbidității profesionale. Cunoașterea acestor modificări va duce la reorientarea gândirii medicale de medicina muncii către acele ramuri în care există o mai mare probabilitate de apariție a bolilor profesionale.

Tabel 2 Repartiția personalului expus la factori nocivi pe ramuri de activitate în 2006⁹

RAMURA	Expuși	%
Ind. confecțiilor din textile, blănuri și piele	135417	7,62
Agricultură, vânătoare și servicii anexe	128762	7,25
Construcții și materiale de construcție	120625	6,79
Sănătate și asistență socială	117334	6,60
Învățământ	111897	6,30
Industria de mașini și echipamente	69250	3,90
Vânzarea, întreținerea și repararea autovehiculelor (fără reparațiile executate în întreprinderi de tip industrial) și a motocicletelor; comerț cu amănuntul a carburanților pentru autovehicule	65079	3,66
Producția de mobilier și alte activități industriale n.c.a.	64236	3,62
Producția și furnizarea de energie electrică și termică, gaze și apă	61181	3,44
Fabricarea lemnului și a produselor din lemn și plută, cu excepția mobilei; fabricarea articolelor din împletitură de pai și alte materiale	54910	3,09
Industria construcțiilor metalice și a produselor din metal(exclusiv mașini, utilaje și instalații)	54546	3,07
Industria metalurgică	50493	2,84
Tăbăcirea și finisarea pieilor; fabricarea articolelor de voiaj și marochinărie, a harnașamentelor și încălțămintei	49460	2,78
Industria alimentară și a băuturilor	49094	2,76
Fabricarea produselor textile	43924	2,47
Transporturi terestre; transporturi prin conducte	39991	2,25
Fabricarea substanțelor, a produselor chimice și a fibrelor și firelor sintetice și artificiale	37602	2,12
Industria mijloacelor de transport rutier	32604	1,84
Alte activități de servicii prestate în principal întreprinderilor	32421	1,82
Alte activități de servicii colective, sociale și personale	29124	1,64
Extracția hidrocarburilor și servicii anexe	25812	1,45
Industria de mașini și aparate electrice	24992	1,41
Silvicultură, exploatare forestieră și servicii anexe	24730	1,39
Administrație publică și apărare; asigurări sociale din sistemul public	24346	1,37
Hoteluri și restaurante	22367	1,26
Comerț cu amănuntul (cu excepția autovehiculelor și motocicletelor); repararea bunurilor personale și gospodărești	21681	1,22

⁹ Tabelul conține numărul de lucrători expuși din județele Alba, Bihor, Gorj, și București din anii anteriori, deoarece nu au fost raportate date recente și nu conține date privind expușii pe ramuri de la Ilfov, care nu raportează expușii pe ramuri.

RAMURA	Expuși	%
Extracția și prepararea cărbunelui	21452	1,21
Prelucrarea cauciucului și a maselor plastice	18065	1,02
Asanarea și îndepărtarea gunoaielor; salubritate și activități similare	16407	0,92
Transporturi pe apă	16261	0,92
Poștă și telecomunicații	16103	0,91
Activități ale instituțiilor financiare și bancare cu excepția activităților de asigurări și a caselor de pensii	15352	0,86
Industria unor produse din minerale nemetalice	15063	0,85
Reciclarea deșeurilor și resturilor de materiale	14925	0,84
Industria de echipamente, aparate de radio, televiziune și comunicații	14160	0,80
Captarea, purificarea și distribuția apei	13635	0,77
Industria de prelucrare a petrolului, cocsificarea și tratarea combustibililor nucleari	12584	0,71
Cercetare-dezvoltare	12144	0,68
Alte ramuri	10759	0,61
Activități ale personalului angajat în gospodării personale	10495	0,59
Comerț cu ridicata (cu excepția autovehiculelor și motocicletelor)	10221	0,58
Edituri, poligrafie și reproducerea înregistrărilor pe suport	8260	0,46
Extracția și prelucrarea minereurilor metalifere	7284	0,41
Industria altor mijloace de transport	7161	0,40
Informatică și activități conexe	6889	0,39
Alte activități extractive	6848	0,39
Activități conexe și auxiliare de transport, activități ale agențiilor de voiaj	4905	0,28
Industria celulozei, hârtiei și cartonului	4524	0,25
Activități recreative, culturale și sportive	3482	0,20
Industria de mijloace ale tehnicii de calcul și de birou	3193	0,18
Activități asociative diverse	2880	0,16
Industria de aparatură și instrumente medicale, de precizie, optică și ceasornicărie	2733	0,15
Activități de asigurări și ale caselor de pensii, cu excepția asistenței sociale obligatorii	2708	0,15
Extracția și prelucrarea minereurilor radioactive	1594	0,09
Industria tutunului	1243	0,07
Piscicultură și pescuit	1004	0,06
Transporturi aeriene	596	0,03
Tranzacții imobiliare	588	0,03
Activități ale organizațiilor și organismelor extrateritoriale	486	0,03
Activități auxiliare ale instituțiilor financiare	466	0,03
Închirierea mașinilor și echipamentelor fără operator și a bunurilor personale și gospodărești	193	0,01

**Tabel 3 Repartiția incidenței bolilor profesionale
în anul 2006 pe ramuri¹⁰**

Ramura	Nr. expuși	Nr. cazuri noi	Incidența la 100‰⁰⁰⁰⁰ expuși
Total pe țară	1776541	910	51,22
Extracția și prepararea minereurilor metalifere	7284	173	2375,07
Industria altor mijloace de transport	7161	31	432,90
Industria metalurgică	50493	199	394,11
Activități recreative, culturale și sportive	3482	12	344,63
Industria mijloacelor de transport rutier	32604	100	306,71
Industria altor produse din minerale nemetalice	15063	24	159,33
Extracția și prepararea cărbunelui	21452	22	102,55
Cercetare-dezvoltare	12144	12	98,81
Industria de mașini și echipamente	69250	65	93,86
Industria de mașini și aparate electrice	24992	21	84,03
Alte activități extractive	6848	5	73,01
Extracția petrolului și gazelor naturale (exclusiv prospecțiunile)	25812	14	54,24
Industria textilă și a produselor textile	43924	18	40,98
Activități anexe și auxiliare de transport, activități ale agențiilor de turism	4905	2	40,77
Industria construcțiilor metalice și a produselor din metal (exclusiv mașini, utilaje și instalații)	54546	21	38,50
Industria de aparatură și instrumente medicale, de precizie, optice și ceasornicărie	2733	1	36,59
Silvicultura, exploatarea forestieră și economia vânatului	24730	9	36,39
Industria alimentară și a băuturilor	49094	17	34,63
Producția de mobilier și alte activități industriale n.c.a.	64236	20	31,14
Comerț cu ridicata (cu excepția autovehiculelor și motocicletelor)	10221	3	29,35
Gospodărirea resurselor de apă, captarea, tratarea și distribuția apei	13635	4	29,34
Industria de prelucrare a lemnului (exclusiv producția de mobilă)	54910	15	27,32

¹⁰ Tabelul conține numărul de lucrători expuși din județele Alba, Bihor, Gorj, și București din anii anteriori, deoarece nu au fost raportate date recente și nu conține date privind expușii pe ramuri de la Ilfov, care nu raportează expușii pe ramuri.

Ramura	Nr. expuși	Nr. cazuri noi	Incidența la 100‰₀₀₀₀ expuși
Recuperarea deșeurilor și resturilor de materiale reciclabile	14925	4	26,80
Sănătate și asistență socială	117334	31	26,42
Alte activități de servicii prestate în principal întreprinderilor	32421	8	24,68
Industria chimică și a fibrelor sintetice și artificiale	37602	9	23,93
Industria de prelucrare a țigăiului, cocsificarea cărbunelui și tratarea combustibililor nucleari	12584	2	15,89
Hoteluri și restaurante	22367	3	13,41
Construcții	120625	15	12,44
Edituri, poligrafie și reproducerea înregistrărilor pe suporturi	8260	1	12,11
Agricultură și servicii auxiliare	128762	14	10,87
Industria pielăriei și încălțămintei	49460	5	10,11
Industria confecțiilor de îmbrăcăminte	135417	13	9,60
Comerț cu amănuntul (cu excepția autovehiculelor și motocicletelor); repararea bunurilor personale și gospodărești	21681	2	9,22
Transporturi terestre: transporturi prin conducte	39991	3	7,50
Producția, transportul și distribuția de energie electrică și termică, gaze și apă caldă	61181	4	6,54
Industria de prelucrare a cauciucului și a maselor plastice	18065	1	5,54
Administrație publică	24346	1	4,11
Învățământ	111897	4	3,57
Alte activități de servicii	29124	1	3,43
Vânzarea, întreținerea și repararea autovehiculelor și a motocicletelor; comerț cu amănuntul al carburanților pentru autovehicule	65079	1	1,54
Pescuitul și piscicultura	1004	0	0,00
Extracția și prepararea minereurilor radioactive	1594	0	0,00
Industria tutunului	1243	0	0,00
Industria celulozei, hârtiei și cartonului	4524	0	0,00
Industria de mijloace ale tehnicii de calcul și de birou	3193	0	0,00

Ramura	Nr. expuși	Nr. cazuri noi	Incidența la 100‰₀₀₀₀ expuși
Industria de echipamente, aparate de radio, televiziune și comunicații	14160	0	0,00
Transporturi pe apă	16261	0	0,00
Transporturi aeriene	596	0	0,00
Poștă și telecomunicații	16103	0	0,00
Activități ale instituțiilor financiare și bancare, cu excepția activităților de asigurări și ale caselor de pensii	15352	0	0,00
Activități de asigurări și ale caselor de pensii cu excepția celor din sistemul public de asigurări sociale	2708	0	0,00
Activități auxiliare ale instituțiilor financiare și de asigurări	466	0	0,00
Tranzacții imobiliare	588	0	0,00
Închirierea mașinilor și echipamentelor fără operator și a bunurilor personale și gospodărești	193	0	0,00
Informatică și activități conexe	6889	0	0,00
Asanarea și îndepărtarea gunoaielor; salubritate și activități similare	16407	0	0,00
Activități asociative diverse	2880	0	0,00
Activități ale personalului angajat în gospodăria personală	10495	0	0,00
Activități ale organizațiilor și organismelor extrateritoriale	486	0	0,00

Aspecte specifice ale morbidității profesionale în România

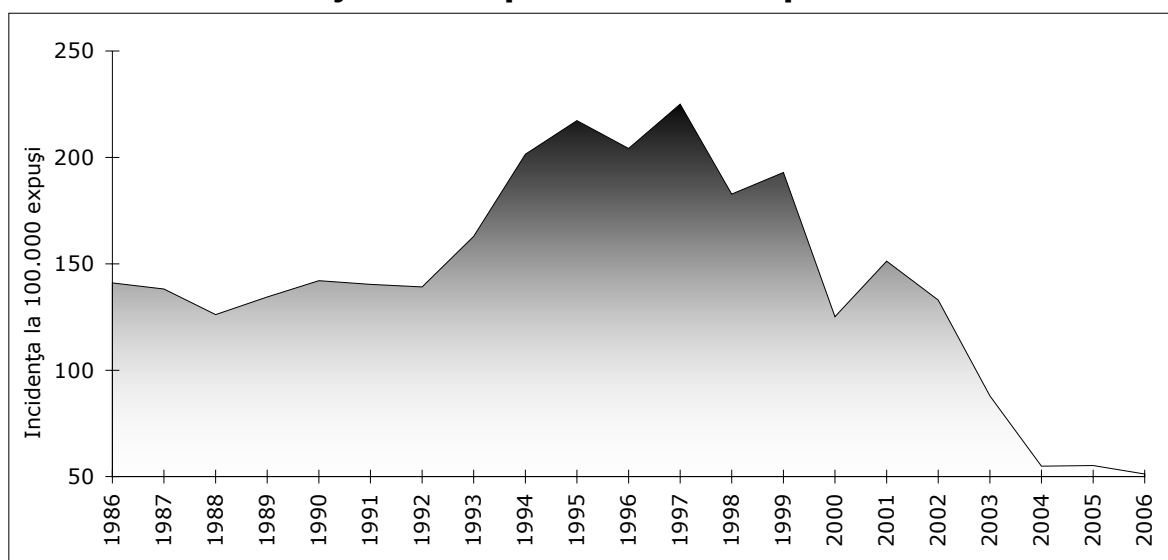
Cunoașterea structurii morbidității profesionale are o importanță deosebită în condițiile în care aceasta reprezintă efectul expunerii profesionale la agenți nocivi din mediul de muncă și care, odată precizată, poate fi remediată prin măsuri tehnico-organizatorice profilactice.

Situația incidenței bolilor profesionale în România, în perioada anilor 1977-2006, este prezentată în tabelul următor:

Tabel 4 Evoluția incidenței bolilor profesionale în perioada 1977-2006

Anul	Număr cazuri noi	Incidența (%0000 expuși)	Anul	Număr cazuri noi	Incidența (%0000 expuși)
1977	2498	285,2	1992	1506	139,1
1978	2766	299,8	1993	1562	162,9
1979	2832	291,1	1994	1875	201,5
1980	2310	240,7	1995	2031	217,3
1981	2568	264,8	1996	2015	204,2
1982	2464	253,8	1997	2060	225,0
1983	2231	227,5	1998	1828	182,79
1984	1683	171,3	1999	1802	192,92
1985	1498	151,5	2000	1576	125,19
1986	1426	141,0	2001	2238	151,28
1987	1384	138,2	2002	2508	132,98
1988	1294	126,1	2003	1376	87,95
1989	1423	134,4	2004	990	54,90
1990	1470	142,1	2005	1002	55,19
1991	1414	140,4	2006	910	51,22

Grafic 1 Incidența bolilor profesionale în perioada 1986-2006





Figură 4 Distribuția incidenței bolilor profesionale în 2006 în România¹¹

În perioada 1960-1980 incidența bolilor profesionale a fost crescută, ulterior ea a început să scadă evident, până în 1988-89, nu atât prin măsuri tehnico-organizatorice profilactice, cât mai ales prin diverse metode de falsificare statistică, așa cum cunoaștem din practica epocii respective.

Analizând evoluția îmbolnăvirilor profesionale, în ultimii 11 ani (1995-2006), constatăm o menținere aproape la același nivel în anii 1986-1989 și apoi o creștere evidentă în anii 1992-1997.

În perioada 2004-2006, asistăm la o scădere dramatică a incidenței morbidității profesionale, fapt care poate avea mai multe explicații, deoarece, după cum cunoaștem, există numeroși "actori" implicați în această problemă. Vom identifica în continuare câteva dintre aceste explicații:

- Îmbunătățirea condițiilor de muncă; există numeroase situații în care, trebuie să recunoaștem, noile tehnologii introduse, alături de politici ale companiilor care pun accent pe măsuri energice de ordin profilactic, înlătură expunerea la o serie de agenți nocivi fizici, chimici, biologici, suprasolicitări neuro-psiho-senzoriale din mediul de muncă, creează condiții de muncă sigure și sănătoase;

¹¹ Figura conține numărul de lucrători expuși din județele Alba, Bihor, Gorj, și București din anii anteriori, deoarece nu au fost raportate date recente.

- dificultatea de a cunoaște cu exactitate numărul lucrătorilor expuși este cauzată de: schimbările frecvente ale profilurilor societăților economice, migrația forței de muncă munca la negru, etc.
- existența a numeroase cazuri de boli profesionale neraportate din diverse motive: fie necunoașterea acestora în sensul stabilirii relației cu mediul de muncă, nerecunoașterea în mod voit de către unii angajatori a acestor cazuri, teama bolnavilor că își vor pierde locul de muncă ("healthy worker syndrome"- care apare, de altfel și în țările puternic industrializate).
- neefectuarea examenului medical periodic la un număr mare de lucrători expuși la noxe sau/și neefectuarea în toate cazurile, a investigațiilor medicale de specialitate, care să aducă date specifice pentru diagnosticul de boală profesională, fapt motivat de serioase deficiențe de dotare.

**Tabel 5 Cazuri noi de îmbolnăviri profesionale
în perioada 1996-2006**

Boala	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
TOTAL CAZURI	2015	2060	1828	1802	1576	2238	2508	1376	990	1002	910
Silicoză	594	582	735	649	530	501	411	428	269	209	268
-silicoză	566	519	680	635	521	498	408	421	264	203	264
-silicotbc	29	63	52	14	6	8	3	7	5	6	14
BP determinate de zgomot	337	395	211	386	386	696	890	292	258	213	153
Intoxicații	355	392	338	287	184	288	432	259	173	200	146
-cu Pb	248	273	237	238	129	187	324	210	149	172	106
-cu CO	17	34	16	12	17	35	29	11	7	2	15
Astm bronșic	250	265	199	118	120	144	197	108	89	98	105
Boli prof. determinate de vibrații	121	120	100	106	74	141	65	31	51	56	32
Bolile pielii	147	89	64	36	48	45	64	49	23	23	10
Bronșita cronică		84	43	44	60	48	61	44	26	71	62
Boli infecțioase, parazitare	28	39	44	35	34	232	212	35	36	42	20
BP prin suprasolicitare prof. din care:	15	27	21	14	39	50	60	41	27	46	49
- laringe					4	9	0	0	2	2	1
- ap. locomotor					21	34	31	33	24	34	47
- vizuală					14	0	5	8	0	2	1
- neuro-psiho-senzorială					0	2	6	0	1	0	0
Azbestoză	26	21	6	55	5	2	6	24	7	12	10
Bisinoză	28	26	16	32	17	10	0	3	1	0	0
Ulcer, perforație de sept nazal (crom)	15	5	13	11	9	7	9	7	1	1	1
Cancer profesional	5	3	3	2	1	2	6	2	1	1	3

Boala	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Rinita alergică	14	6	6	3	5	4	18	0	1	0	3
Afecțiuni oculare	9	2	4	1	3	17	22	2	0	0	5
Alte boli profesionale	139	4	25	24	61	51	55	52	27	30	43

În ceea ce privește cancerul profesional, în anul 2006 au fost declarate trei cazuri noi de cancer profesional, (există 27.727 expuși la noxe cancerigene). Cancerul profesional poate apare la 15-20 ani de expunere la noxele cancerigene respective (uneori chiar și mai mult), ceea ce face ca persoanele în cauză să fie pensionate la data diagnosticării cancerului, când nu mai sunt analizate antecedentele profesionale ale acestora; o altă motivație este legată și de dificultățile de diagnostic în faze incipiente, mai ales în condițiile – din păcate de neînțeles – ale dezinteresului multor persoane pentru propria sănătate și, deci, implicit, ignorarea importanței examenului medical periodic.

Analiza repartiției numerice a cazurilor pe ramuri de producție arată că în țara noastră, în 2006, cele mai multe cazuri de îmbolnăvire profesională au fost declarate în ramura **metalurgiei** (199 cazuri – 22,87% din totalul bolilor profesionale declarate) în ramura **extracției minereurilor metalifere** (173 cazuri – 19,01%) și în **industria mijloacelor de transport rutier** (100 cazuri – 10,99%).

Tabel 6 Distribuția cazurilor noi de boli profesionale pe ramuri în 2006

Ramura	Nr. cazuri noi	% din total cazuri noi
Industria metalurgică	199	21,87
Extracția și prepararea minereurilor metalifere	173	19,01
Industria mijloacelor de transport rutier	100	10,99
Industria de mașini și echipamente	65	7,14
Industria altor mijloace de transport	31	3,41
Sănătate și asistență socială	31	3,41
Industria altor produse din minerale nemetalice	24	2,64
Extracția și prepararea cărbunelui	22	2,42
Industria construcțiilor metalice și a produselor din metal (exclusiv mașini, utilaje și instalații)	21	2,31
Industria de mașini și aparate electrice	21	2,31
Producția de mobilier și alte activități industriale n.c.a.	20	2,20
Industria textilă și a produselor textile	18	1,98
Industria alimentară și a băuturilor	17	1,87
Industria de prelucrare a lemnului (exclusiv producția de mobilă)	15	1,65
Construcții	15	1,65
Agricultură și servicii auxiliare	14	1,54
Extracția petrolului și gazelor naturale (exclusiv	14	1,54

Ramura	Nr. cazuri noi	% din total cazuri noi
prospecțiunile)		
Industria confecțiilor de îmbrăcăminte	13	1,43
Cercetare-dezvoltare	12	1,32
Activități recreative, culturale și sportive	12	1,32
Silvicultura, exploatarea forestieră și economia vânatului	9	0,99
Industria chimică și a fibrelor sintetice și artificiale	9	0,99
Alte activități de servicii prestate în principal întreprinderilor	8	0,88
Alte activități extractive	5	0,55
Industria pielăriei și încălțăminteii	5	0,55
Recuperarea deșeurilor și resturilor de materiale reciclabile	4	0,44
Producția, transportul și distribuția de energie electrică și termică, gaze și apă caldă	4	0,44
Gospodărirea resurselor de apă, captarea, tratarea și distribuția apei	4	0,44
Învățământ	4	0,44
Comerț cu ridicata (cu excepția autovehiculelor și motocicletelor)	3	0,33
Hoteluri și restaurante	3	0,33
Transporturi terestre: transporturi prin conducte	3	0,33
Industria de prelucrare a țițeiului, cocsificarea cărbunelui și tratarea combustibililor nucleari	2	0,22
Comerț cu amănuntul (cu excepția autovehiculelor și motocicletelor); repararea bunurilor personale și gospodărești	2	0,22
Activități anexe și auxiliare de transport, activități ale agențiilor de turism	2	0,22
Edituri, poligrafie și reproducerea înregistrărilor pe suport	1	0,11
Industria de prelucrare a cauciucului și a maselor plastice	1	0,11
Industria de aparatură și instrumente medicale, de precizie, optice și ceasornicărie	1	0,11
Vânzarea, întreținerea și repararea autovehiculelor și a motocicletelor; comerț cu amănuntul al carburanților pentru autovehicule	1	0,11
Administrație publică	1	0,11
Alte activități de servicii	1	0,11

În industria metalurgică predomină intoxicațiile (107 cazuri noi) și astmul bronșic profesional (49 cazuri noi); în extracția și prepararea minereurilor

metalifere predomină silicoza (126 cazuri noi), hipoacuzia (21 cazuri noi), și sindromul Raynaud (19 cazuri noi); în industria mijloacelor de transport rutier predomină silicoza (52 de cazuri noi), urmată de hipoacuzie (20 cazuri noi);.

Astfel prezentată, prin numărul cazurilor noi, epidemiologia descriptivă a bolilor profesionale în România se constituie într-un tablou privind cazurile de îmbolnăvire „clasice”, bine definite și cunoscute prin prisma relației factor de risc mediu de muncă-boală.

La nivel mondial, tabloul clasic este în schimbare, deoarece, prin îmbunătățirea condițiilor de muncă, alte „riscuri” amenință sănătatea lucrătorilor: tehnologiile moderne aduc cu ele o serie de factori de risc, care, cumulați, pot constitui premiza unor afectări grave ale celor expuși; mișcările multiple, mici, repetitive, aduc cu sine o serie de afecțiuni osteo-musculo-articulare.

Zgomotul rămâne în continuare un flagel de care omenirea nu poate scăpa. Și în țara noastră aceste îmbolnăviri au un număr mare de cazuri raportate în creștere față de anii anteriori.

Medicului specialist de medicina muncii îi revine în prezent responsabilitatea de a depista toate aceste afecțiuni și de a sesiza pe cei investiți cu menirea de a crea prin măsuri tehnice și organizatorice, un mediu de muncă sanogen.

Situația pe județe a bolilor profesionale declarate în 2006 este prezentată în Tabel 7.

Tabel 7 Repartiția incidenței bolilor profesionale în anul 2006 pe județe¹²

Județ	Nr. cazuri noi	Expuși	Incidența %/0000 expuși	Județ	Nr. cazuri noi	Expuși	Incidența %/0000 expuși
Maramureș	180	23219	775,23	Galați	19	73584	25,82
Dolj	135	22565	598,27	Bacău	13	53306	24,39
Olt	68	20830	326,45	Dâmbovița	7	34462	20,31
Brașov	46	17008	270,46	Vrancea	4	22697	17,62
Sibiu	82	30511	268,76	Argeș	11	93658	11,74
Sălaj	19	15526	122,38	Hunedoara	10	89755	11,14
Harghita	21	19448	107,98	Constanța	6	57970	10,35
Bistrița	29	33628	86,24	Vâlcea	2	31958	6,26
Alba	14	18564	75,41	Neamț	3	53838	5,57
Mehedinți	10	15445	64,75	Ialomița	1	21539	4,64
Cluj	46	72860	63,13	Timiș	6	290090	2,07
București	48	84790	56,61	Bihor	0	15270	0,00
Gorj	24	50656	47,38	Botoșani	0	40507	0,00
Iași	26	56193	46,27	Călărași	0	20404	0,00
Arad	14	35183	39,79	Covasna	0	12535	0,00
Mureș	17	43722	38,88	Giurgiu	0	5457	0,00
Caras	12	32696	36,70	Ilfov	0	2365	0,00
Buzău	11	32342	34,01	Satu-Mare	0	74934	0,00

¹² Tabelul conține numărul de lucrători expuși din județele Alba, Bihor, Gorj, și București din anii anteriori, deoarece nu au fost raportate date recente.

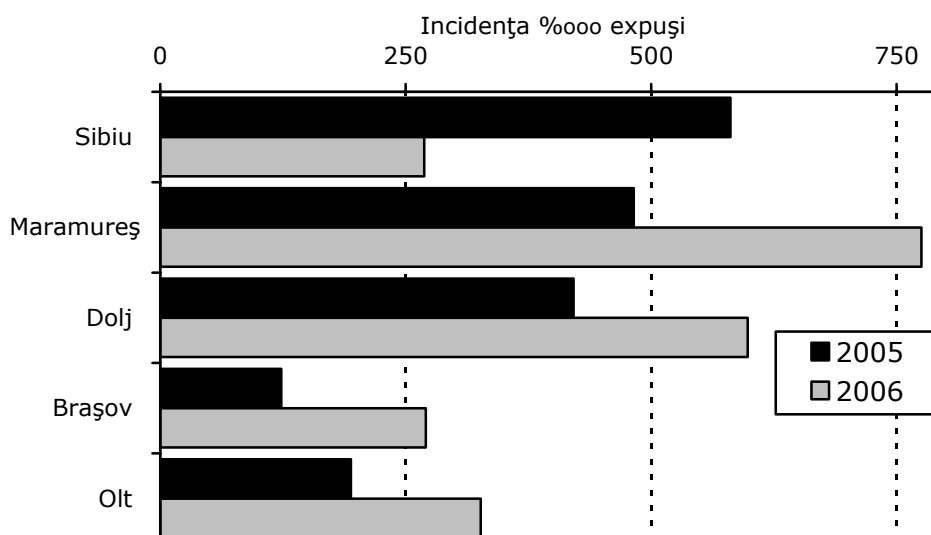
Județ	Nr. cazuri noi	Expuși	Incidența % ⁰⁰⁰⁰ expuși	Județ	Nr. cazuri noi	Expuși	Incidența % ⁰⁰⁰⁰ expuși
Brăila	7	21466	32,61	Suceava	0	75369	0,00
Prahova	11	39075	28,15	Tulcea	0	1890	0,00
Teleorman	2	7410	26,99	Vaslui	0	11816	0,00

Un număr de 5 județe au avut o incidență mult crescută și 5 județe o incidență minimă, față de media pe țară (51,22%⁰⁰⁰⁰) în anul 2006 după cum urmează:

Tabel 8

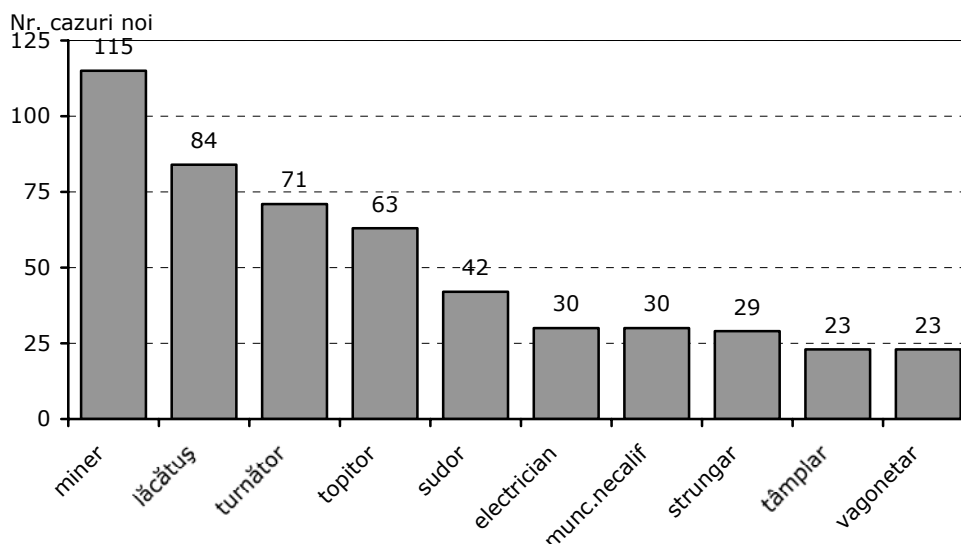
Județ	Nr. cazuri noi	Nr. expuși	Incidența % ⁰⁰⁰⁰ expuși	Județ	Nr. cazuri noi	Nr. expuși	Incidența % ⁰⁰⁰⁰ expuși
Maramureș	180	23219	775,23	Constanța	6	57970	10,35
Dolj	135	22565	598,27	Vâlcea	2	31958	6,26
Olt	68	20830	326,45	Neamț	3	53838	5,57
Brașov	46	17008	270,46	Ialomița	1	21539	4,64
Sibiu	82	30511	268,76	Timiș	6	290090	2,07

Diferențele teritoriale oglindesc, în primul rând, deosebirile existente în profilul ramurilor de producție și al agresivității factorilor de risc ce depășesc de multe ori limitele admise. Nu putem nega, însă, faptul că de multe ori preocupările susținute ale unor medici de medicina muncii, privind o mai bună depistare a cazurilor noi de boli profesionale au determinat o creștere numerică a numărului cazurilor noi în aceste județe.



Grafic 2 Județele cu incidențe crescute ale morbidității profesionale

Făcând o statistică a repartiției cazurilor noi de boală profesională pe profesii (grafic 5) observăm că pe primele locuri se situează, cu cele mai multe cazuri de îmbolnăvire: lăcătușii (107 cazuri noi), minierii (96 cazuri noi), topitorii (93 cazuri noi), turnătorii (87 cazuri noi), sudorii (58 cazuri noi) și electricienii (24 cazuri noi).



Grafic 3 Repartiția cazurilor noi de boală profesională pe principalele profesii în 2006

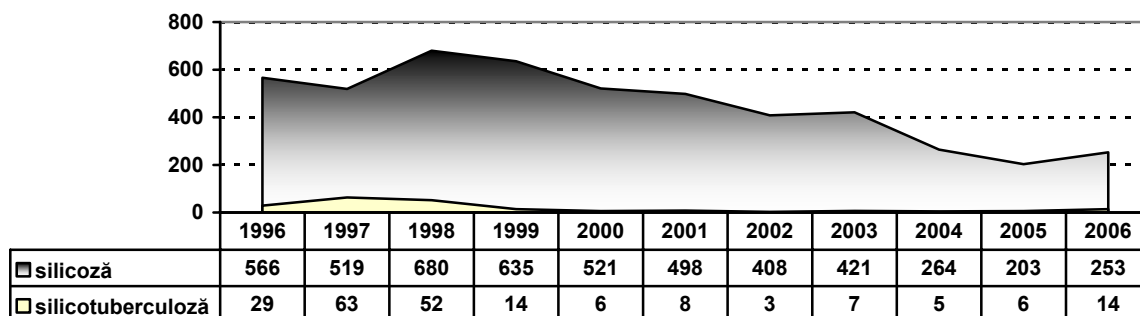
Silicoza și silico-tuberculoza

Silicoza este o boală cronică pulmonară datorată acumulării particulelor de dioxid de siliciu liber cristalin în plămân și reacțiilor tisulare produse în urma acestei acumulări prin distrugerea structurii alveolare, reacția de tip colagen a interstițiului pulmonar, ireversibilitatea reacției interstițiale pulmonare.

Deși silicoza este una dintre cele mai vechi boli profesionale cunoscute, ea omoară anual mii de oameni pretutindeni în lume. Este o boală incurabilă provocată de inhalarea pulberilor cu conținut de dioxid de siliciu liber cristalin. Este ireversibilă din punct de vedere evolutiv, și ceea ce este mai important este faptul că această boală progresează chiar și după încetarea expunerii. Expunerile la concentrații foarte crescute sunt asociate cu un timp de latență redus, și o progresie foarte rapidă a bolii din punct de vedere evolutiv.

Pulberile cu conținut de dioxid de siliciu liber cristalin apar în mediul de muncă în momentul prelucrării materialelor cu acest conținut. Munca în mine, cariere de piatră, la prelucrarea sticlei, ceramicii, pulberilor abrazive, au un risc înalt de expunere la pulberile silicogene.

Tabel 9 Evoluția numerică a cazurilor de silicoză și silico-tuberculoză în ultimii 10 ani



În România, conform raportărilor existente¹³, un număr de 35.037 muncitori sunt expuși la pulberi silicogene (1,97% din totalul expușilor la noxe profesionale).

Ca urmare a expunerii în timp la pulberi silicogene, în anul 2006 s-a înregistrat un număr de 268 cazuri noi de silicoză (Tabel 10) în 25 de județe.

Tabel 10 Incidența silicozei la nivel teritorial¹⁴

Județ	Nr. expuși	Nr. cazuri	Incidența ‰ expuși	% cazuri declarate ≥ st. II
Dolj	102	51	50000,00	29,41
Brașov	494	20	4048,58	10
Maramureș	3511	113	3218,45	0
Arad	70	2	2857,14	0
Olt	704	15	2130,68	13,33
Bistrița	470	9	1914,89	22,22
Gorj	57	1	1754,39	0
Neamț	117	2	1709,40	0
Prahova	683	7	1024,89	42,86
Brăila	121	1	826,45	0
Bacău	246	2	813,01	0
Sălaj	391	3	767,26	0
Harghita	883	6	679,50	16,67
Iași	655	4	610,69	0
Cluj	997	6	601,81	33,33
București	1347	8	593,91	37,5
Timiș	200	1	500,00	0

¹³ Județele Alba, Bihor, Gorj, și București includ datele raportate în anii anteriori, iar Ilfov nu raportează expușii pe tipuri de expunere

¹⁴ Tabelul conține numărul de lucrători expuși din județele Alba, Bihor, Gorj, și București din anii anteriori, deoarece nu au fost raportate date recente și nu conține date privind expușii pe ramuri de la Ilfov, care nu raportează expușii pe noxe.

Județ	Nr. expuși	Nr. cazuri	Incidența % ⁰⁰⁰⁰ expuși	% cazuri declarate ≥ st. II
Mehedinți	544	2	367,65	50
Argeș	1203	4	332,50	25
Caras	857	2	233,37	50
Alba	584	1	171,23	0
Dâmbovița	1529	1	65,40	0
Hunedoara	10026	5	49,87	40
TOTAL ȚARĂ	35037	268	764,90	13,43

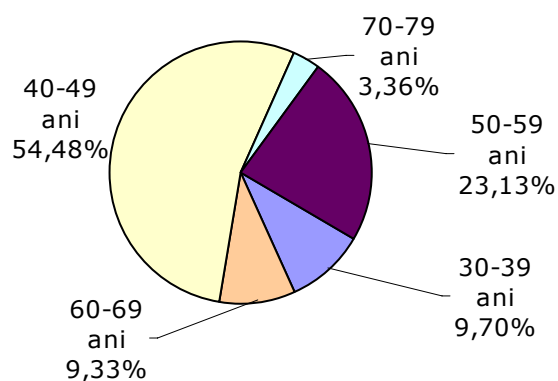
În anul 2006, bolile profesionale cauzate de pulberi silicogene s-au situat pe primul loc, din punct de vedere al numărului de îmbolnăviri profesionale: 29,45% (268 cazuri din totalul de 910), nivel ridicat dacă avem în vedere gravitatea acestei afecțiuni.

Pe grupe de vârstă, cel mai mare număr de cazuri se înregistrează la **40-49 ani (146 cazuri)**, urmată de grupa de vârstă 50-59 ani (62 cazuri) și 30-39 ani (26 cazuri), aspect ce se corelează cu vechimea expunerii.

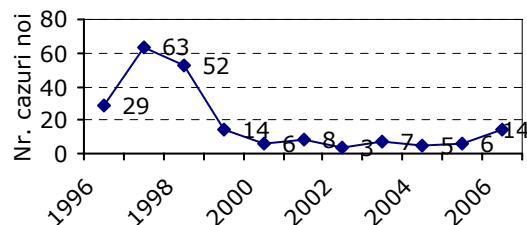
Din totalul de 268 cazuri de silicoză, un număr de 14 cazuri sunt asociate cu tuberculoza, ceea ce reprezintă un procent de 5,22%.

Faptul că există bolnavi cu tuberculoză activă în mediul silicogen, constituie un mare risc, deoarece răspândirea tuberculozei în mediul silicogen se face mult mai repede decât în alte condiții.

Repartiția teritorială în România a cazurilor de silicoză este evident determinată de profilul ramurilor de producție și de riscul silicogen



Grafic 3 Distribuția cazurilor noi de silicoză și silico-tuberculoză pe grupe de vârstă



Grafic 5 Evoluția numerică anuală a silico-tuberculozei

existent la nivelul fiecărui județ.

Urmărindu-se corelația dintre ramura de producție și durata medie de expunere (în ani) până la apariția silicozei stadiul I, se observă că, în industria mijloacelor de transport rutier, silicoza apare după 10,22 ani, în industria altor mijloace de transport, după o perioadă medie de expunere de 11,50 ani, iar în extracția și prepararea minereurilor metalifere, după 18,8 ani.

Tabel 11 Corelația dintre ramura de producție și durata medie de expunere

Ramura	Nr. cazuri noi	Durata medie de expunere până la apariția 1pqr (ani)
Cercetare-dezvoltare ¹⁵	1	8,00±0,00
Industria mijloacelor de transport rutier	9	10,22±9,45
Industria altor mijloace de transport	2	11,50±0,70
Extracția și prepararea minereurilor metalifere	120	18,80±5,37
Industria altor produse din minerale nemetalice	10	20,70±8,17
Industria metalurgică	11	20,81±4,11
Industria de mașini și echipamente	16	20,81±4,84
Alte activități extractive	1	21,00±0,00
Industria construcțiilor metalice și a produselor din metal (exclusiv mașini, utilaje și instalații)	3	24,00±6,00
Alte activități de servicii prestate în principal întreprinderilor	1	32,00±0,00

Situația numărului de cazuri noi de silicoză pe profesii, corelată cu durata medie de expunere până la apariția stadiului 1 p, q, r este următoarea:

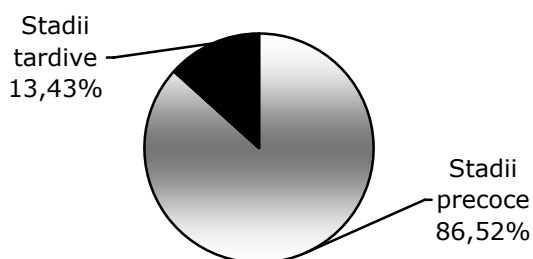
Tabel 12 Durata medie de expunere până la apariția 1pqr la cele mai frecvente ocupații expuse

Nr. cazuri	Nr. cazuri	Durata medie de expunere până la apariția 1pqr (ani)
miner	63	17.39±4.37
vagonetar	19	19.15±4.99
mecanic subteran	8	19.25±8.44
sablator	8	19.25±8.44
lăcătuș subteran	8	19.62±2.32
turnător	20	20.40±8.06

Rezultă din datele de mai sus că, riscul cel mai mare în apariția silicozei în anul 2006 a fost în profesiile de miner, turnător, vagonetar și sablator. Repartiția incidenței cazurilor pe stadii este următoarea:

¹⁵ Întreprindere de prospectiuni geologice

Stadiu	Nr. cazuri
I	174
I/II	58
II	15
II/III	14
III	7



Exemplificăm în continuare repartitia cazurilor noi de silicoză pe stadii și ramuri de producție:

Tabel 13

Ramura	I	I/II	II	II/III	III	Total
Extracția și prepararea cărbunelui	0	3	1	1	0	5
Extracția și prepararea minereurilor metalifere	120	4	2	0	0	126
Alte activități extractive	1	0	3	0	0	4
Industria altor produse din minerale nemetalice	10	4	0	0	0	14
Industria metalurgică	11	7	0	3	1	22
Industria construcțiilor metalice și a produselor din metal (exclusiv mașini, utilaje și instalații)	3	3	0	2	1	9
Industria de mașini și echipamente	16	7	2	0	0	25
Industria mijloacelor de transport rutier	9	28	5	7	3	52
Industria altor mijloace de transport	2	1	0	1	1	5
Construcții	0	0	1	0	0	1
Cercetare-dezvoltare	1	0	0	0	0	1
Alte activități de servicii prestate în principal întreprinderilor	1	1	1	0	1	4
Total	174	58	15	14	7	268

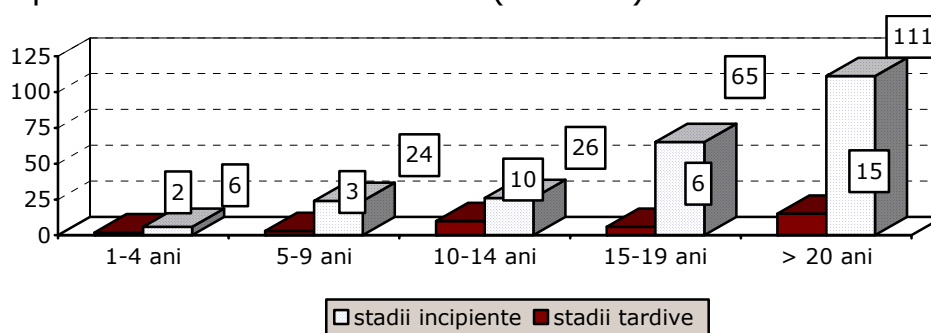
Menționăm în continuare județele în care există un număr mare de cazuri depistate în stadii tardive:

Tabel 14 Județele cu număr mare de cazuri depistate în stadii tardive

Județ	Total	din care:		
		II	II/III	III
Dolj	51	6	6	3
București	8	0	2	1
Olt	15	0	1	1
Brașov	20	1	0	1
Harghita	6	0	0	1

Judet	Total	din care:		
		II	II/III	III
Prahova	7	0	3	0
Hunedoara	5	1	1	0
Argeş	4	0	1	0
Bistriţa	9	2	0	0
Cluj	6	2	0	0
Caraş	2	1	0	0
Galaţi	1	1	0	0
Mehedinţi	2	1	0	0

Repartiţia cazurilor noi de silicoză pe grupe de vechime, la data depistării, exprimată procentual este următoarea (Grafic 7):



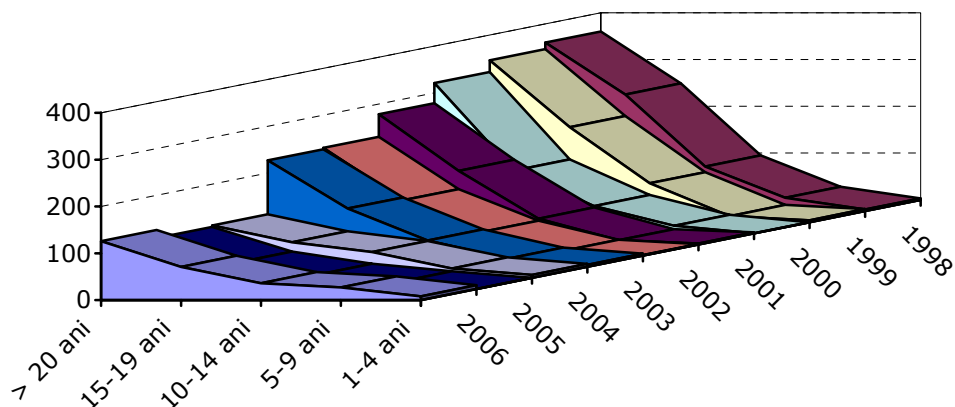
Grafic 4 Proporția cazurilor de silicoză depistate pe stadii

Există un număr redus de cazuri depistate în stadii incipiente, la grupele cu vechimi mai mici, fapt explicabil prin corelația firească boală- durată de expunere-conținut în dioxid de siliciu cristalin din pulberea respirabilă.

În aprecierea gravității silicozei trebuie să se țină seama, în primul rând de situația bolnavilor și a familiilor acestora, dar și de consecințele economice grave a creșterii costurilor sociale: scăderea capacității de muncă, pensionarea timpurie, cheltuieli necesare îngrijirii bolnavilor etc.

Tabel 15 Distribuția cazurilor de silicoză pe grupe de vechime

Anul	Total cazuri	1-4 ani expunere	5-9 ani expunere	10-14 ani expunere	15-19 ani expunere	> 20 ani expunere
1997	582	5	28	64	164	321
1998	735	3	28	95	249	360
1999	649	4	13	83	203	346
2000	530	0	16	58	134	321
2001	501	2	9	55	157	278
2002	410	1	10	51	118	230
2003	428	4	17	56	124	227
2004	269	6	20	55	76	112
2005	209	0	14	30	56	109
2006	267	8	27	36	71	126



Grafic 5 Evoluția cazurilor noi de silicoză pe grupe de vechime, la data depistării

Concepte moderne de abordare a cazurilor de silicoză

Potrivit datelor furnizate de MEDLINEPLUS, silicoza prezintă 3 forme de manifestare:

- silicoza acută: până la 5 ani de expunere
- silicoza accelerată: între 5-10 ani de expunere
- silicoza cronică: la 10- 20 ani de expunere

În concordanță cu această clasificare, în România există 8 cazuri noi declarate la nivelul județului Dolj și Olt care au ca specific apariția silicozei după o perioadă *foarte scurtă* de expunere (datele prezentate au fost extrase din Fișele BP₂ de declarare a cazurilor de boală profesională transmise de la aceste județe.), astfel:

Județ	Număr cazuri	Ani vechime
Dolj	2	1
	1	2
	1	3
	3	4
Olt	1	2

Boli profesionale provocate de expunerea la fibre de azbest

Îngrijorate de utilizarea continuă, pe scară largă, a azbestului, UE și BIM au convocat, în septembrie 2003, Conferința Europeană a Azbestului, la Dresda, în Germania. Gerd Albracht, președintele conferinței, a subliniat: „milioane de muncitori au fost expuși fibrelor de azbest. Anual apar 20.000 de cazuri de cancer pulmonar și 10.000 de cazuri de mezoteliom numai în rândul populației din vestul Europei, Scandinavia, America de Nord, Japonia și Australia, dar riscul expunerii din țările în curs de dezvoltare este mult mai mare. În aceste țări, azbestul este ca o bombă cu ceas, care va duce al o creștere explozivă a bolilor determinate de expunerea la azbest în următorii 20-30 de ani. Datorită puternicelor inițiative la nivel național, european și internațional, numeroase țări au interzis importul și utilizarea azbestului. Alte țări sunt în curs de a-l

interzice. Producția totală a lumii a scăzut cu mai mult de 50% din anii '70. Cu toate acestea, anual se produc încă 2 milioane de tone de azbest, iar utilizarea sa este în creștere tocmai în țările în curs de dezvoltare."

Conferința a adoptat **„Declarația de la Dresda de Protecție a muncitorilor împotriva azbestului”**, textul acesteia putând fi găsit în mai multe limbi la www.asbestkonferenz2003.de/.¹⁶

Fibra de azbest, sub toate formele ei, se înscrie în categoria substanțelor periculoase (cancerigene); astfel dintre toate tipurile de fibre existente, se cunosc 3 forme care se utilizează mai frecvent: crisotilul, sau azbestul alb extras din Canada și utilizat pe scară largă în SUA, amositul, sau azbestul cafeniu care provine din Africa de Sud și crocidolitul, sau azbestul albastru, care se extrage din Africa de sud și din Australia. Cele 3 țări care dețin primele locuri în lume în ceea ce privește producția de azbest sunt: Canada, Rusia și China (din 2000).

Datorită nivelului ridicat de risc asupra sănătății omului, este necesar să fie controlată prin măsuri speciale de securitate a muncii.

Pătrunse în organism pe cale respiratorie, fibrele de azbest acționează asupra organismului și determină următoarele forme patologice de boală, care pot apărea izolat sau combinate:

- fibroza pulmonară parenchimatooasă care afectează grav funcția pulmonară cu evoluție ireversibilă în timp;
- azbestoza pleurală;
- carcinomul bronho-pulmonar;
- mezoteliomul pleural sau pulmonar.

La aceste forme se adaugă cancere cu alte localizări: esofagian, gastric, colon și rect.

Varietățile de azbest de tipul crisotilului și antofilitului au acțiune puternică fibrogenă, crocidolitul și amozitul provoacă azbestoză pleurală și mezoteliom.

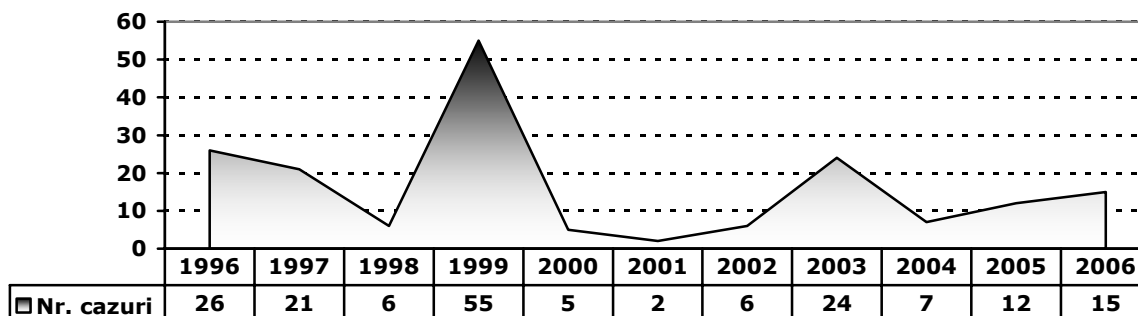
Modificările patologice apar după aproximativ 15-20 de ani de retenție a fibrei în organismul expus, fiind în corelație cu intensitatea expunerii.

În SUA se admite ca limită admisă valoarea de 0,2 fibre pe cm³ de aer la o expunere medie de 8 ore pe schimbul de lucru. Se admite valoarea de 1 fibră pe cm³ ca limită scurtă de expunere pe o durată maximă de 30 minute în timpul unui schimb de lucru.

Potrivit HG nr. 1875 din 22/12/2005 publicată în Monitorul Oficial, Partea I nr. 64 din 24/01/2006, angajatorii trebuie să ia măsuri pentru ca nici un lucrător să nu fie expus la o concentrație de azbest în suspensie în aer mai mare de 0,1 fibre/cm³, măsurată în raport cu o medie ponderată în timp pe o perioadă de 8 ore.

În țara noastră au fost depistate, la locurile de muncă cu expunere la azbest și cu vechime mre în expunere în ultimii ani cazuri de azbestoză, situația fiind prezentată în tabelul următor.

¹⁶ Mai multe date tehnice și activitățile BIM legate de azbest, pot fi găsite în prezentarea conferinței la: <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/accidis/asbestos-dresden1.pdf>.

Tabel 20 Evoluția numărului de cazuri noi de azbestoză

În 2006, s-au înregistrat 15 cazuri de boli profesionale provocate prin expunerea la azbest (la un total de 7.119 expuși) în județele Buzău, Constanța, Dâmbovița și Gorj, după cum urmează:

Județ	Diagnostic	Nr. cazuri	Vechime medie
Buzău	Azbestoză pleurală	1	7
	Azbestoză	6	24
	Bronșită cronică	3	17,33
Constanța	Azbestoză	2	25,5
	Neoplasm laringian	1	5
Dâmbovița	Mezoteliom pleural	1	30
Gorj	Azbestoză	1	34

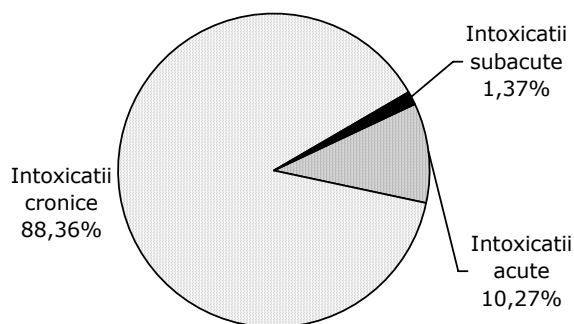
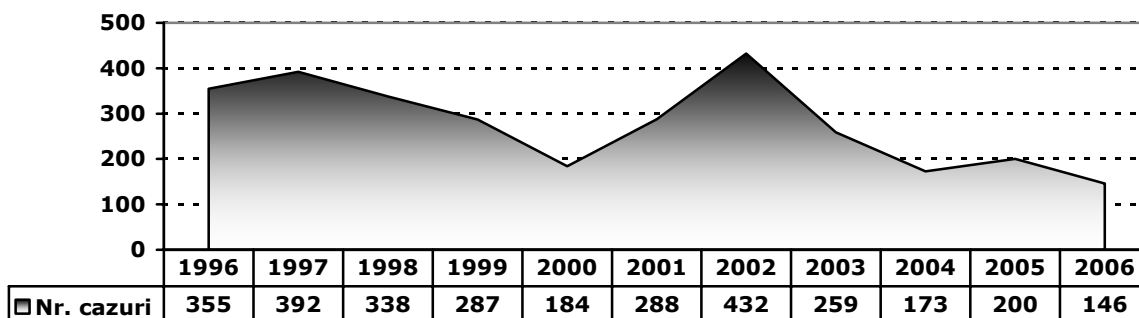
În ultimii ani, la nivelul Comunității Europene, statele membre au instituit reglementări legislative stricte prin care se interzice utilizarea azbestului sau a materialelor cu conținut de fibre de azbest. România s-a aliniat la aceste tendințe printr-un proiect legislativ de monitorizare strictă a utilizării azbestului la locurile de muncă și prin participare la un program național de prevenire a riscului de îmbolnăvire prin expunere la azbest.

Intoxicațiile profesionale

Intoxicațiile profesionale ocupă locul al treilea în structura pe cauze a cazurilor noi de îmbolnăvire. În anul 2006 au fost declarate 146 cazuri noi de intoxicație profesională, reprezentând un procent de 16,04% din totalul îmbolnăvirilor profesionale în România.

Cele mai numeroase cazuri sunt cele cronice (88,4%) din totalul cazurilor declarate, potrivit Figură 5.

Tabel 16 Evoluția numărului de cazuri de intoxicații în perioada 1996-2006



Figură 5 Repartiția cazurilor noi de intoxicații: forme clinice în 2006

Tabel 17 Repartiția numerică a cazurilor pe agenți etiologici

Cauza	Nr. cazuri
Plumb	106
Monoxid de carbon	15
Solvenți organici	10
Benzen și compuși	5
Gaze și vapori iritanți	3
Compuși cianici	1
Fenol	1
Hidrocarburi aromatice	1
Mangan	1
Mercur	1
Oxid de zinc	1
Tricloretilenă	1

Plumbul

În țara noastră riscurile majore ale expunerii la plumb sunt datorate utilizării industriale a acestuia. Astfel, este folosit în industria acumulatorilor, în rafinării de plumb, în industria ceramicii, a coloranților de plumb ș.a.

Emanațiile industriale pot contribui și ele în numeroase zone geografice la creșterea concentrațiilor de plumb în aer, alimente, și în apă.

Plumbul metalic se topește la 327°C, dar emite vapori la 450°C; cu cât crește temperatura plumbului topit, cu atât crește cantitatea de vapori emisă. De aceea este important din punct de vedere practic ca plumbul topit, lichid folosit pentru fabricarea unor obiecte prin turnare, să nu depășească temperatura de 450°C pentru a nu emite vapori.

În locurile de muncă unde se formează și/sau topesc, se recuperează aliaje de plumb, există risc de intoxicație cu plumb, deoarece topirea celorlalte metale componente ale aliajelor (stibiu, zinc) necesită temperaturi de peste 500°C, deci temperaturi la care plumbul va emite vapori.

Saturnismul reprezintă tipul clasic de intoxicație cronică produs prin cumulara lentă a noxei în organism. Datorită utilizării industriale a plumbului pe scară largă în numeroase ramuri industriale și ca urmare a existenței unui mare număr de muncitori expuși la risc, saturnismul rămâne centrul interesului de ordin practic și științific în analiza morbidității profesionale.

În România lucrează în condiții de expunere la plumb un număr de 7.693 muncitori (datele pentru județele Alba, Bihor, Gorj și București sunt cele raportate în anii anteriori, deoarece nu au fost raportate date recente și nu avem date privind expușii de la Ilfov, care nu raportează expușii pe tipuri de expunere, unele dintre aceste județe având expuneri importante la plumb).

În anul 2006 s-a înregistrat un număr de 106 intoxicații cu plumb, vechimea medie de expunere a cazurilor înregistrate fiind de 15,23 ani.

Cele mai numeroase cazuri de intoxicație cronică cu plumb, ca urmare a expunerilor îndelungate (ani), s-au înregistrat în județele Sibiu și Maramureș, iar cele mai frecvente profesii sunt prezentate în Tabel 18.

Tabel 18 Vechimea medie la care apare intoxicația cu plumb, pe profesii

Ocupație	Nr. cazuri	Vechime medie
Topitor	48	15.04±7.02
Lăcătuș	12	12.66±12.49
Muncitor necalificat	9	10.33±10.89
Preparator concentrate miniere	8	13.0±0.00
Electrician	4	22.75±3.59
Mecanic	4	18.75±5.05
sudor	4	14.50±15.15

Data fiind gravitatea cazurilor, și sub aspectul formelor cronice, sechelare (Tabel 19), se impune la aceste locuri de muncă, luarea de măsuri energice și eficiente de sănătate și securitate în muncă, în vederea reducerii concentrațiilor nocive de plumb, prezente în atmosfera mediului de muncă, cauzatoare de îmbolnăviri profesionale.

Tabel 19 Distribuția cazurilor noi de intoxicații cu plumb în funcție de manifestările clinice asociate

Diagnostic	Nr. cazuri
Colică saturnină	53
Anemie secundară	32
Nefropatie	6
Sd. asteno-vegetativ	6
Sd. pseudoreumatismal	3
Hiperuricemie	1

Solvenții organici

Cei mai utilizați solvenți organici sunt:

- Alcoolii (metanol, etanol)
- Eterii glicoli
- Esterii (acetat de etil și acetat de butil)
- Cetonele (acetona)
- Hidrocarburile halogenate (clorura de metilen, tricloretilen)
- Hidrocarburile aromatice (benzen, toluen, stiren, xilen)

Reprezintă substanțe care, din punct de vedere structural, aparțin diverselor clase chimice, dar care, în ansamblul lor, au o serie de proprietăți comune, îndeosebi de natură chimică și care justifică gruparea lor în limitele aceluiași cadru. Aceste acțiuni de tip nespecific constau în: acțiune iritativă asupra mucoaselor și tegumentelor, acțiune ebrio-narcotică. Acțiunile specifice constau în acțiuni particulare fiecărui solvent organic.

Potrivit cercetărilor francezi, principalele locuri de muncă cu expunere la solvenți organici sunt:

- prepararea, utilizarea, manipularea solvenților organici
- tratarea rășinilor naturale și sintetice
- utilizarea de lacuri, vopsele, emailuri, adezivi
- utilizarea solvenților ca agenți de extracție, de impregnare, de curățire, ca decapanți, dizolvenți sau diluanți

În România, conform datelor statistice, lucrează 101.470 expuși la solvenți organici (incluzând benzen și compușii săi, nitro- și amino-derivații hidrocarburilor aromatice și sulfura de carbon; din nou; datele referitoare la județele Alba, Bihor, Gorj și București sunt cele raportate în anii anteriori, deoarece nu au fost raportate date recente și nu avem date privind expușii de la Ilfov, care nu raportează expușii pe tipuri de expunere).

Ca urmare a acestei expuneri în anul 2006 s-au înregistrat 11 cazuri de intoxicație cronică cu solvenți organici (Tabel 20).

Tabel 20 Repartiția pe județe a cazurilor de intoxicație cu solvenți organici

Județ	Diagnostic	Cauza	Nr. cazuri
Sălaj	Intoxicație cr.	Solvenți organici	7
	Intoxicație cr.	Fenol	1
Neamț	Intoxicație cr.	Toluen, benzine, acetonă	1
București	Intoxicație cr.	Hidrocarburi aromatice	1
Iași	Intoxicație cr.	Solvenți organici	1
Dolj	Intoxicație cr.	Tricloretilenă	1
Constanța	Intoxicație ac.	Benzen	1
Cluj	Intoxicație cr.	Toluen, xilen	1
	Intoxicație cr.	Toluen	1
	Intoxicație subacută	Toluen, naphta	1
Bistrița	Intoxicație cr.	Solvenți organici	1
	Intoxicație cr.	Solvenți organici	1

Din clasa hidrocarburilor trebuie menționate în primul rând **hidrocarburile aromatice**: benzen, toluen, xilen, etilbenzen.

Deși utilizarea benzenului pur ca solvent este interzisă în țara noastră, iar în alte țări este limitată la cel mult 1%, totuși, prezența sa în amestecurile de solvenți pentru lacuri și vopsele este o realitate, în 2006, din datele primite de la Autoritățile de sănătate județene existând 11.404 expuși la benzen și compuși¹⁷.

În anul 2006 s-au declarat 4 cazuri de intoxicație profesională cronică datorate expunerii la xilen și toluen (Tabel 20).

Dintre hidrocarburile aromatice benzenul este una dintre cele mai periculoase substanțe datorită toxicității sale ridicate mai ales asupra sistemului hematoformator. Concentrațiile mari ale benzenului afectează sistemul nervos central. Efectele sale acute sunt de scurtă durată și sunt considerate a fi reversibile. Pericolul cel mai mare în expunerea la benzen îl constituie toxicitatea sa cronică rezultată în urma absorbției repetate de cantități mici de solvent în timp și apariția bolilor hematologice, tip leucemii. Toluenu este unul dintre cei mai utilizați solvenți organici având capacitatea de a dizolva grăsimile, rășinile, cauciucul, gudronul și servind drept solvent pentru lacuri și vopsele. Toluenu comercial, este impurificat în proporție de 5-15% cu benzen.

¹⁷ Județele Alba, Bihor, Gorj și București includ datele raportate în anii anteriori, iar Ilfov nu raportează expușii pe tipuri de expunere.

Monoxidul de carbon

Sursele industriale de monoxid de carbon sunt foarte numeroase, fiind reprezentate de toate operațiile în cursul cărora există o ardere incompletă (pentru obținerea de căldură sau energie) sau încălzite puternic, materiale care conțin carbon (cărbune, lemn, gaze naturale, păcură, benzină, sau oricare altă substanță organică). În cazul combustiei, riscul survine atunci când arderea se face incomplet, printr-un aport insuficient de oxigen.

Menționăm că în anul 2006 s-au înregistrat 15 cazuri de intoxicație acută cu monoxid de carbon, dintre care șapte soldate cu deces (Tabel 21).

Tabel 21 Repartiția cazurilor de intoxicație cu monoxid de carbon pe județe

Județ	Diagnostic	Nr. cazuri	Decese
Caraș	Intoxicație acută	8	7
Hunedoara	Intoxicație acută	5	0
București	Intoxicație acută	1	0
Sălaj	Intoxicație cronică	1	0

Aceste îmbolnăviri s-au produs din cauza unor deficiențe grave tehnologice care au cauzat pătrunderea noxei (monoxidul de carbon) în atmosfera locurilor de muncă la concentrații care au depășit cu mult concentrația admisibilă de vârf.

În 2006 au lucrat 91.403 muncitori expuși la monoxid de carbon¹⁸.

Cromul

Expunerea profesională reprezintă cea mai importantă sursă de contaminare cu crom. Cromul și compușii săi sunt prezenți în zonele de muncă astfel: la fabricarea cromaților, bicromaților, a pigmentilor, la tăbăcirea pieilor, la acoperirile metalice, la obținerea materialelor refractare.

Se cunosc bine formele clinice și modificările patologice cauzate de cromul hexavalent. Efectele asupra tegumentelor și a mucoaselor, manifestările asupra aparatului respirator, modificările gastrointestinale, efectul cancerigen și mutagen sunt cele mai importante căi de acțiune ale ionilor de crom asupra organismului.

Bolile profesionale produse de expunerea la crom (2 cazuri), reprezintă 0,21% din totalul morbidității profesionale în România, având o incidență de 85,65‰⁰⁰⁰⁰ expuși (datele pentru Județele Bihor, Covasna și București sunt cele raportate în anii anteriori, iar Ilfov nu raportează expușii pe tipuri de expunere).

Literatura de specialitate, publicațiile, mai amintesc și de efectele hepato-și nefrotoxice, reacțiile imunologice, modificările cardiovasculare și de

¹⁸ Datele pentru județele Alba, Bihor, Gorj și București sunt cele raportate în anii anteriori, deoarece nu am primit date recente și nu avem date privind expușii de la Ilfov, pe tipuri de expunere.

efectele asupra dinților. Studiile experimentale efectuate pe animalele de laborator au evidențiat acțiunea cancerigenă pulmonară a compușilor cromului hexavalent. Toxicitatea metalului depinde de proprietatea oxidantă a cromului hexavalent, care este iritant, cu acțiune toxică necrozantă asupra citoplasmei.

Compușii cromului trivalent sunt mai puțin toxici, deoarece sunt puțin absorbiți și se combină cu proteinele în straturile superficiale ale pielii pentru a forma compuși stabili. Acestei proprietăți i se datorează faptul că produșii cromului trivalent nu produc dermită sau ulcer de crom, nu au proprietăți mutagene.

Intoxicațiile profesionale produse de acțiunea cromului asupra organismului, în funcție de intensitatea și locul de acțiune asupra organismului, au prezentat în anul 2006 următoarele forme clinice:

Tabel 22 Forme clinice ale intoxicației cu crom în anul 2006

Județ	Diagnostic	Nr. cazuri noi
Mureș	Perforație sept nazal	1
Dolj	Astm bronșic profesional	1

Afecțiunile cronice pulmonare sunt provocate de vaporii de acid cromic, care determină bronșită cronică prin mecanismul de iritare a căilor aeriene bronșice; bicromatul de potasiu (Cr^{6+}) produce sensibilizarea organismului cu localizare la nivelul bronhiilor. Cazuri de intoxicații cronice cu crom s-au înregistrat la galvanizare, cromaj electrolitic, operație în timpul căreia, din băile de cromaj se degajă vapori de apă care antrenează acidul cromic („ceață de crom”).

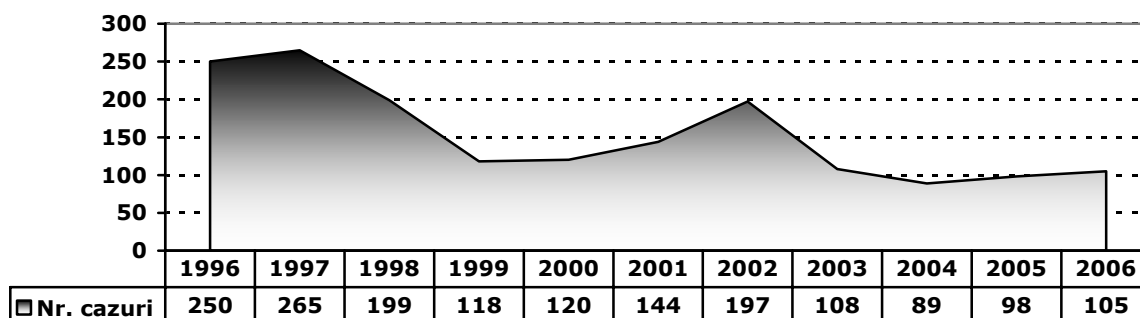
Astmul bronșic profesional

Reprezintă o boală caracterizată prin apariția bronhospasmului reversibil, cu wheezing, care apare din cauza și după o expunere profesională la substanțe prezente în atmosfera locurilor de muncă. Astmul profesional (iritativ - indus) este un concept acceptat de Tarlo Broder, în timp ce Brooks ș.a. l-au denumit cu termenul de „sindrom de disfuncție reactivă a căilor aeriene”, incluzând hiperreactivitatea căilor aeriene ca rezultat al expunerii de scurtă durată la substanțele chimice menționate. Din experiența clinică se constată că astmul bronșic apare mult mai frecvent la muncitorii din locurile de muncă cu expunere la praf, fum și vapori. În literatura de specialitate există descrise, numeroase cazuri de astm bronșic profesional apărute ca urmare a expunerii la izocianați, lemn tropical etc.

Mecanismele de apariție a astmului bronșic, după o expunere de lungă durată la aer poluat, sunt în discuție. Probabil se produce o reacție cronică inflamatorie a mucoaselor, sub acțiunea aerului poluat, așa cum sugerează unele cazuri apărute după expuneri de scurtă durată la concentrații crescute ale unor agenți ca: ozon, clor, fosgen, acid clorhidric și acid sulfuric, ca și în urma poluării nespecifice cu gaze de ardere.

Numărul total al cazurilor de îmbolnăvire prin astm bronșic profesional, în anul 2006 înregistrează o ușoară creștere în comparație cu 2005, astfel:

Tabel 23 Distribuția numerică anuală a cazurilor noi de astm bronșic profesional



Cele mai frecvente îmbolnăviri s-au înregistrat ca urmare a expunerilor repetate la agenți cauzali ca:

Grup de cauze	Cauză	Nr. cazuri
Gaze și vapori iritanți	Fluor și compuși	50
	Gaze și vapori iritanți neprecizate	5
	Clor	4
	Acetonă, clor	1
	Gaze de sudură, uleiuri minerale	1
	Gaze, fumuri de turnătorie	1
	Colofoniu	1
	Trioxid de azot, oxizi de azot, amoniac	1
	Latex, amoniac	1
	Amoniac, hidrogen sulfurat	1
	Oxizi de azot	1
Pulberi textile	Amestec pulberi textile	11
	Lână, bumbac	1
	Bumbac	1
Pulb. organice iritante, alergizante	Lemn	7
	Făină	6
	Cereale	2
	Iritanți, sensibilizanți bronșici	1
	Funghi, praf	1
	Descuamații animale	1
	Pulbere antibiotice	1
	Pulberi vegetale	1
Solvenți organici	Tricloretilena	1
Crom	Crom	1
Alți solvenți organici	Metilendifenil	1
Alte pulberi	Pulberi anorganice neprecizate	1
	Pulberi diverse neprecizate	1

Îngrijorătoare sunt cele 50 de cazuri de astm bronșic profesional determinate de expunerea la fluor și compuși, morbiditate în creștere în fiecare an (în 2006 au fost declarate 39 cazuri noi), cauzată în mare parte lipsei interesului angajatorilor pentru o prevenție eficientă a expunerii la acest tip de noxe.

Distribuția teritorială a cazurilor de astm bronșic profesional relevă faptul că cele mai multe cazuri au fost depistate în județele: Olt, Brașov, și București.

Tabel 24 Distribuția cazurilor de astm bronșic profesional pe județe

Județ	Nr. cazuri astm	% din total BP declarate	Județ	Nr. cazuri astm	% din total BP declarate
Olt	49	72,06	București	3	6,25
Cluj	8	17,39	Arad	2	14,29
Dolj	8	5,93	Prahova	2	18,18
Argeș	5	45,45	Alba	1	7,14
Brăila	4	57,14	Brașov	1	2,17
Mureș	4	23,53	Dâmbovița	1	14,29
Vrancea	4	100,00	Ialomița	1	100,00
Bacău	3	23,08	Iași	1	3,85
Bistrița	3	10,34	Sălaj	1	5,26
Gorj	3	12,50	Teleorman	1	50,00

Bolile profesionale ale pielii

În condiții profesionale, pielea este organul cel mai expus la variate noxe ale mediului de muncă, de natură fizică, chimică, biologică, ceea ce determină o frecvență crescută a bolilor cutanate profesionale în raport cu celelalte îmbolnăviri produse de acești factori.

Dermatozele profesionale sunt provocate de expunerile directe zilnice, repetate, la substanțe diverse cu care organismul vine în contact la locul de muncă.

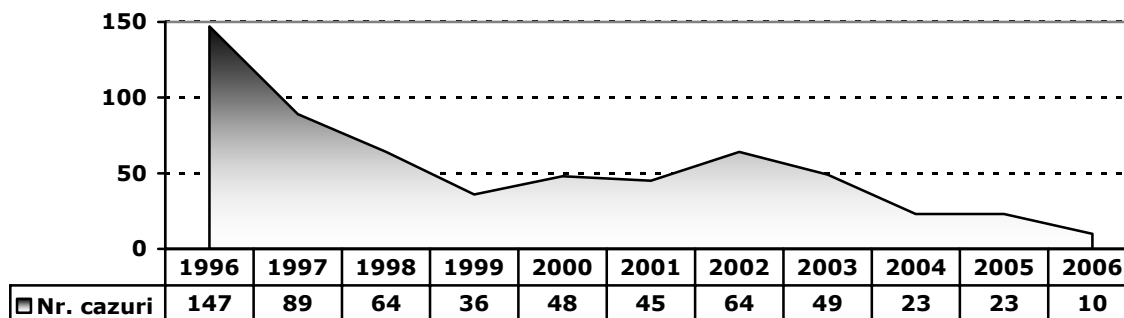
În țara noastră, din datele raportate există un număr de 62.796¹⁹ muncitori care lucrează în condiții de expunerea la diverși agenți patogeni cu acțiune iritantă sau alergizantă asupra pielii.

Apariția bolilor profesionale ale pielii este rezultatul expunerii profesionale ca și a lipsei sau a neutilizării echipamentului de lucru și de protecție.

Diagnosticul de profesionalitate este condiționat de demonstrarea nu numai a circumstanțelor profesionale care au indus boala, a agenților etiologici (noxele), dar și a caracteristicilor clinico-evolutive proprii acestor afecțiuni. De aceea, diagnosticul corect este rodul colaborării dintre medicul de medicina muncii și medicul specialist dermatolog, iar cercetarea locului de muncă oferă elemente obiective, de expunere profesională la noxa sau noxele incriminate.

În cadrul tabloului general al îmbolnăvirilor profesionale din România, bolile pielii au pondere de 1,09% din totalul morbidității profesionale, menținându-se din punct de vedere al numărului de cazuri pe aceeași tendință de scădere a anilor anteriori, comparativ cu începutul anilor '90.

¹⁹ Datele pentru județele Alba, Bihor, Gorj și București sunt cele raportate în anii anteriori, deoarece nu am primit date recente și nu avem date privind expunșii de la Ilfov, pe tipuri de expunere.



Grafic 6 Distribuția numerică anuală a cazurilor noi de boli profesionale ale pielii

Există o mare diversitate de agenți etiologici care determină apariția dermatozelor ortoergice și alergice profesionale.

Apariția în anul 2006 a unui număr de 10 cazuri de dermatoze profesionale (Tabel 25), provocate de factori ca: uleiuri, carburanți, diizocianați, conduce la concluzii utile în optimizarea practicii de medicina muncii. Debutul bolii, datele clinice, evoluția leziunilor cutanate după întreruperea expunerii, sunt de importanță majoră în stabilirea diagnosticului de profesionalitate și în confirmarea naturii ortoergice sau alergice a dermatozei respective. Situația impune din partea factorilor responsabili luarea măsurilor de protecție, simple și la îndemână, privind procurarea și utilizarea echipamentului de protecție adecvat expunerii profesionale (mănuși, unguente de protecție) în scopul prevenirii acestor manifestări. De asemenea, subliniem importanța examenului medical la angajare și periodic, cu rol în depistarea persoanelor atopice la toxice din mediul de muncă care, în timp, prin expunere, pot determina apariția dermatozelor profesionale alergice. Igiena pielii, unguentele de protecție a pielii și întreținerea echipamentului de lucru în stare corespunzătoare de curățenie sunt alte elemente, care pot contribui la prevenirea apariției dermatozelor profesionale.

Tabel 25 Repartiția cazurilor noi de boli profesionale cutanate pe agenți cauzali

Cauza	Nr. cazuri
Iritante cutanate fără precizare	2
Carburanți	1
Diizocianați	1
Formol	1
Guler cu plumb	1
Nichel, cobalt, comp. acrilici	1
Pulberi alergizante fără precizare	1
Toluen, acetat de etil, acetonă	1
Uleiuri minerale	1

Boli profesionale cauzate de expunerea la zgomot

Zgomotul profesional reprezintă un complex de sunete cu intensități și înălțimi variate, cu caracteristici diferite (impulsive, pure audibile), ritmice sau aritmice, produse continuu de mașini, instrumente, aparate, sau discontinuu de mijloace de transport, vocea omenească, în timpul activității profesionale.

Hipoacuzia profesională reprezintă scăderea permanentă (de etiologie profesională) a pragului auditiv (deficit auditiv definitiv) la frecvența de 4.096 Hz, cu peste 30 dB inclusiv, după aplicarea corecției de presbiacuzie, de tip percepție, în general bilaterală și simetrică, fără interesarea frecvențelor conversaționale.

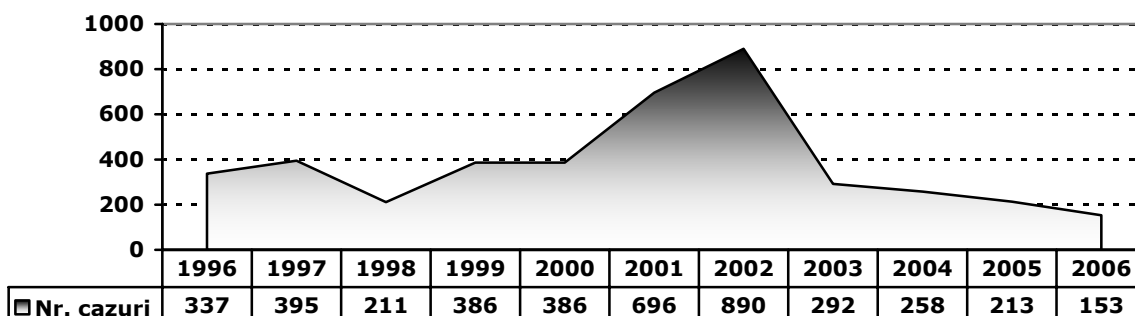
Surditatea profesională reprezintă scăderea permanentă de etiologie profesională a pragului auditiv (deficit auditiv definitiv), la frecvențele conversaționale, cu peste 25 dB inclusiv (media aritmetică a valorilor la 500-1000-2001 Hz.), după aplicarea corecției de prezbiacuzie, de tip percepție, în general bilaterală și simetrică.

Zgomotul devine factor etiologic principal în apariția hipoacuziei și surdității profesionale când depășește limita maximă admisă pentru expunere profesională zilnică la zgomot de 87 dB(A), admisă în țara noastră. Expunerea profesională la zgomot se stabilește pe baza anamnezei profesionale, dovedită prin acte oficiale privind vechimea în muncă în mediul cu zgomot și prin determinări de zgomot la locul de muncă. Din anamneză, se obțin informații privind dotarea și utilizarea echipamentului de protecție individual (antifoane) și colectiv (cabine fonoizolante, materiale fonoabsorbante).

În vederea stabilirii diagnosticului de profesionalitate al pierderii de auz sunt necesare buletinele de determinări ale intensității zgomotului în mediul de muncă și audiograma la angajare.

Din datele raportate se constată că în România există un număr de 317.468 muncitori²⁰ expuși la zgomot.

Numărul cazurilor noi declarate de boli profesionale determinate de expunerea la zgomot a înregistrat o continuă creștere până în anul 2002, urmată de o tendință de scădere în ultimii 3 ani.



Grafic 7 Evoluția numărului de cazuri noi de hipoacuzii și surdități în ultimii 10 ani

²⁰ datele pentru județele Alba, Bihor, Gorj și București sunt cele raportate în anii anteriori, deoarece nu au fost raportate date recente și nu avem date privind expușii de la Ilfov, care nu raportează expușii pe tipuri de expunere

Numărul de cazuri înregistrat în 2006 cuprinde atât surditățile profesionale: 18 cazuri, cât și hipoacuziile profesionale: 135 cazuri. În 2006, hipoacuziile s-au produs după o perioadă de expunere profesională medie de 21,45 ani, iar surditățile profesionale după 25,22 ani. Cele mai numeroase cazuri de hipoacuzie și surditate cauzate de expunerea la zgomot s-au înregistrat în județele Alba, Brăila, Harghita și Cluj.

Tabel 26 Distribuția cazurilor noi de surditate și hipoacuzie pe județe și vechime medie până la apariția bolii

Județ	Nr. cazuri	Vechime medie
Brașov	25	24,76±5,34
Maramureș	22	18,90±7,79
Harghita	14	20,07±12,35
Gorj	12	17,50±5,33
Iași	12	26,66±6,14
Cluj	11	20,63±10,80
București	9	30,88±6,00
Bistrița	8	10,25±5,14
Mehedinți	7	28,00±3,36
Alba	5	17,20±9,85
Dolj	5	23,60±7,98
Mureș	4	20,25±10,53
Sălaj	4	21,00±4,08
Sibiu	3	22,33±15,94
Timiș	3	23,00±9,84
Dâmbovița	2	27,50±6,36
Galăț	2	24,50±2,12
Argeș	1	30,00±0,00
Bacău	1	20,00±0,00
Brăila	1	24,00±0,00
Caras	1	18,00±0,00
Prahova	1	20,00±0,00

Boli profesionale prin expunere la vibrații mecanice

Vibrațiile reprezintă un complex de oscilații mecanice ale corpurilor solide care se transmit direct corpului omenesc, de frecvențe, amplitudini, accelerații și viteze diferite, produse continuu sau discontinuu de unelte, mașini fixe, mijloace de transport etc, în timpul exercitării activității profesionale.

Se estimează că 1,7-3,6% dintre lucrătorii țărilor europene sunt expuși la vibrații periculoase transmise sistemului umăr-mână. Un studiu efectuat în Marea Britanie arată că în această țară există un număr de 1 milion de expuși la vibrații ce depășesc limita accelerației de 2,8 m/sec². Cercetătorii olandezi au evidențiat faptul că 4-8% dintre salariați sunt expuși vibrațiilor transmise întregului corp din mediul de muncă.

Vibrația transmisă sistemului mână-braț reprezintă vibrația mecanică generatoare de riscuri pentru sănătatea și securitatea lucrătorilor, în

special de tipul afecțiunilor vasculare, leziunilor osoase sau articulare, afecțiunilor neurologice sau musculare;

Vibrația mecanică, în cazul în care este transmisă întregului corp, generează riscuri pentru sănătatea și securitatea lucrătorilor, în special lombalgie și traumatisme ale coloanei vertebrale.

O serie de factori cum ar fi vârsta, fumatul, existența prealabilă a unor afecțiuni ale aparatului locomotor, circulator, sistem nervos periferic sau alți factori ai mediului de muncă existenți concomitent cu vibrațiile mecanice de tipul microclimat rece, zgomot etc., potențează efectul acestora.

Principalele profesii, în care expunerea profesională a sistemului mână-braț la vibrații cu frecvențe cuprinse între 20-150 Hz, cu accelerație, amplitudine și viteză de peste 1 m.a., pe o durată de timp medie de 18,28 ani au fost: miner și sablator.

În România, în 2006 au fost declarați 75.783 angajați expuși la vibrații (datele pentru județele Alba, Bihor, Gorj și București sunt cele raportate în anii anteriori, deoarece nu au fost raportate date recente și nu avem date privind expușii de la Ilfov, care nu raportează expușii pe tipuri de expunere).

Ca urmare a acestei expuneri, au fost declarate 25 cazuri de sindrom Raynaud profesional și 7 cazuri de sindrom osteo-articular.

Tabel 27 Distribuția cazurilor noi de boli profesionale determinate de expunerea la vibrații pe județe

Județ	Diagnostic	Nr. cazuri
Maramureș	Sd. Raynaud	19
Bistrița	Sd. osteo-articular	2
	Sd. Raynaud	3
Bacău	Sd. osteo-articular	1
	Sd. Raynaud	1
Cluj	Sd. osteo-articular	2
Dolj	Sd. osteo-articular	1
	Sd. Raynaud	1
București	Sd. osteo-articular	1
Vâlcea	Sd. Raynaud	1

Recunoașterea riscului profesional de apariție a bolii se face prin cunoașterea procesului tehnologic, determinarea și aprecierea caracteristicilor fizice ale trepidățiilor. Controlul medical profilactic are în vedere alături de examenul clinic general efectuarea testului de provocare la rece și a indicelui de recuperare după testul presor la rece, deosebit de utile în depistarea și diagnosticarea corectă a cazurilor de îmbolnăvire.

Conform HG 1876 din 22/12/2005, atunci când, în urma supravegherii sănătății, se constată că un lucrător suferă de o boală identificabilă sau manifestări ale efectelor adverse asupra sănătății, pe

care un medic sau un medic de medicina muncii le consideră a fi rezultatul expunerii la vibrații mecanice la locul de muncă, angajatorul trebuie:

a) să fie informat cu privire la orice rezultate semnificative ale supravegherii sănătății, cu respectarea secretului medical;

b) să revizuiască evaluarea riscului profesional;

c) să revizuiască măsurile prevăzute pentru eliminarea sau reducerea riscurilor profesionale;

d) să țină seama de recomandările medicului de medicina muncii sau ale direcțiilor de sănătate publică județene și a municipiului București, pentru punerea în aplicare a oricăror măsuri necesare pentru eliminarea sau reducerea riscului, să aibă în vedere posibilitatea de a atribui lucrătorului un alt post de lucru unde nu există riscuri de expunere;

e) să asigure supravegherea continuă a sănătății și să ia măsuri pentru a fi reexaminată starea de sănătate a oricărui alt lucrător care a fost expus în mod similar.

Bolile infecțioase profesionale

Reprezintă acele boli infecțioase care se produc la expușii ce vin în contact cu diverse surse de infecție, care apar în mod obligatoriu la personalul sanitar care îngrijește bolnavi infecțioși.

În 2006, s-au înregistrat 21 de cazuri de boli infecțioase, incidența fiind de 21,99‰ de expuși (datele pentru județele Alba, Bihor, Gorj și București sunt cele raportate în anii anteriori, deoarece nu au fost raportate date recente și nu avem date privind expușii de la Ilfov, care nu raportează expușii pe tipuri de expunere).

Hepatita acută virală

Infecția cu virusurile hepatitice se manifestă sub formă sporadică, endemo-epidemică, iar sub formă epidemică, în special în rândul persoanelor cărora li s-a administrat sânge sau derivate de sânge, precum și la personalul medico-sanitar care vine în contact cu sânge sau produse din sânge de la bolnavi.

În țara noastră, în anul 2006 s-au declarat 3 cazuri de hepatite virale la personalul din sectorul sanitar (două cu virus hepatitic C și una cu virus A), în acest sector fiind declarați 66.850 expuși (incidența hepatitei virale pe ramură fiind, deci, de 4,48‰ expuși) (datele pentru județele Alba, Bihor, Gorj și București sunt cele raportate în anii anteriori, deoarece nu au fost raportate date recente și nu avem date privind expușii de la Ilfov, care nu raportează expușii pe tipuri de expunere).

Leptospiroza profesională

Leptospiroza face parte din categoria zoonozelor. Persoanele cele mai expuse sunt acelea care lucrează în zone inundate sau mlăștinoase, în orezării etc., unde leptospirele au o mai mare capacitate de rezistență (agricultori, mineri), precum și cele care lucrează venind în contact cu animalele bolnave (zootehnicieni, veterinari, lucrătorii din abatoare, îngrijitorii de animale de laborator). Sexul masculin este cel mai afectat prin profesione (100% din cazuri). Sezonul preferat al bolii, în zonele

temperate este cel de vară-toamnă. Anotimpul ploios și inundațiile favorizează răspândirea leptospirozelor.

În anul 2006, nu au fost declarate cazuri noi de leptospiroză profesională.

Tuberculoza profesională

În mediul infecțios, din spitale și sanatorii, profesiunile de medic, autopsier, laborant, infirmieră etc., venind în contact cu bolnavul sunt expuse îmbolnăvirii prin tuberculoză profesională. Numeroase studii epidemiologice arată că personalul medico-sanitar din mediul tuberculos are un risc de a face boala de 2-3 ori mai crescut decât media populației. Riscul de îmbolnăvire în mediul infectant apare net ridicat, în special pentru anergici (lipsiți de protecția relativă a unei primoinfecții).

În țara noastră, în anul 2006 s-au declarat 16 cazuri noi de tuberculoză profesională la personalul medico-sanitar. Pe județe, situația este prezentată în

Tabel 28:

Tabel 28 Repartiția pe județe a cazurilor de tuberculoză declarate în 2006

Județ	Diagnostic	Nr. cazuri
București	Tuberculoză pulmonară	7
Dolj	Stenoză ureterală tuberculoasă	1
	Tuberculoză pulmonară	2
Arad	Tuberculoame	1
Cluj	Tuberculoză pulmonară	1
Dâmbovița	Tuberculoză cavitară BK+	1
Gorj	Tuberculoză pulmonară	1
Harghita	Tuberculoză pulmonară	1
Teleorman	Tuberculoză pulmonară	1

Cancerul profesional

Cancerle profesionale sunt procese neoplazice datorate unor factori specifici anumitor profesiuni, prezenți în condiții obișnuite la anumite locuri de muncă: agenți carcinogeni profesionali. Carcinogenii profesionali sunt agenți variați la care lucrătorul este expus în condiții obișnuite de lucru, capabili să provoace apariția unei neoplazii sau să crească incidența acestora. După natura lor, carcinogenii profesionali sunt de natură fizică sau chimică, cei din urmă fiind cu mult mai numeroși și responsabili de 80% din totalul cancerelor profesionale. La nivel mondial statisticile arată factorii profesionali ca etiologi pentru această boală. Astfel, în Canada riscul de cancer prin expunere la factori profesionali este de 10% al 3-lea ierarhic după tutun și alimentație²¹.

În concordanță cu rezultatele cercetărilor pe plan mondial, dar ținându-se cont și de o serie de aspecte specifice ale activității cu expunere profesională din țara noastră, s-au stabilit, în conformitate cu HG nr.1093

²¹ Sursa: Chronic Diseases în Canada 1992;13 (No.1, Suppl.):S26

din 16/08/2006 privind cerințele minime de securitate și sănătate pentru protecția lucrătorilor împotriva riscurilor legate de expunerea la agenți cancerigeni sau mutageni la locul de muncă, principalele substanțe, preparate și procedee care pot duce la apariția cancerului sunt:

TIPURI DE AGENȚI

cu acțiune cancerigenă sau mutagenă

A. Lista substanțelor, preparatelor și procedeelelor care pot duce la apariția cancerului

1. Fabricarea auraminei
2. Lucrări care implică expunerea la hidrocarburi policiclice aromate prezente în funingine, gudron de cărbune sau smoală de ulei
3. Lucrări care implică expunerea la pulberi, fumuri sau aerosoli rezultați la prăjirea și electrorafinarea matelor de nichel
4. Procedeele de fabricare cu acid concentrat a alcoolului izopropilic
5. Lucrări care implică expunerea la pulberi de lemn de esență tare. O listă a tipurilor de lemn de esență tare există în volumul 62 al monografiilor referitoare la evaluarea riscurilor de carcinogenitate la om, intitulată "Wood Dust and Formaldehyde" - "Pulbere de lemn și formaldehidă", publicate de Centrul Internațional de Cercetări asupra Cancerului, Lyon, 1995.

B. Alte tipuri de acțiune cancerigenă

Agenți fizici:

a) radiația solară în exces;

b) radiații ionizante.

În România, conform datelor raportate de direcțiile de sănătate publică județene, lucrează un număr de 27.727 muncitori cu expunere la noxe cancerigene (datele pentru județele Alba, Bihor, Gorj și București sunt cele raportate în anii anteriori, deoarece nu au fost raportate date recente și nu avem date privind expușii de la Ilfov, care nu raportează expușii pe tipuri de expunere).

Tabel 29 Distribuția angajaților expuși la noxe potențial cancerigene

Substanțe sau cauze potențial cancerigene	Total angajați expuși
4-Amino-bifenil	90
Arsen și compuși	411
Azbest	7255
Benzen	8050
Benzidină	272
Crom hexavalent și compuși	1622
Clorură de vinil	770
Gudron și smoală	6131
2-Naftil-amină (beta naftil amină)	158
Nichel și compuși de nichel	1176
Radiații ionizante	7339
Talc cu conținut de fibre de azbest	5

În anul 2006 au fost declarate 3 cazuri noi de cancere profesionale, după cum urmează:

Diagnostic	Cauza	Ocupație	Ani vechime
Neoplasm laringian	Fibre azbest	Lăcătuș	5
Carcinom epidermoid de corzi vocale	Suprasolicitare	Instrumentist	41
Mezoteliom peritoneal	Crocidolit	Electrician	30

Faptul că se declară un număr mic de cazuri noi are următoarele explicații: diagnosticul cert de profesionalitate este dificil în numeroase cazuri, datorită etiologiei multifactoriale a acestei afecțiuni; posibilitățile de diagnostic precoce al bolii sunt reduse, atât din cauze obiective (dotare insuficientă cu personal de specialitate și aparatură necesară); absența unei dotări corespunzătoare de depistare precoce; perioada lungă de latență a bolii (ani) face ca, de cele mai multe ori, diagnosticul să fie pus după părăsirea de către lucrător a locului de muncă cu expunere, de aici rezultând necunoașterea profesionalității bolii, dar și a riscului cancerigen al locului de muncă respectiv. HG nr.1093 din 16/08/2006 prevede ca toate cazurile de cancer identificate ca rezultat al expunerii în muncă la un agent cancerigen sau mutagen să fie declarate. Lista nominală actualizată a lucrătorilor implicați în activitățile pentru care rezultatele evaluării evidențiază un risc pentru sănătate, cu precizarea expunerii la care ei au fost supuși întocmită de către angator și dosarul medical trebuie păstrate cel puțin 40 de ani de la încetarea expunerii.

În cazul în care întreprinderea își încetează activitatea, angajatorul trebuie să predea autorităților de sănătate publică județene și a municipiului București documentele prevăzute

Boli profesionale cauzate de suprasolicitarea diferitelor aparate și sisteme

Tulburările musculo-scheletice reprezintă un ansamblu de simptome și leziuni la nivelul structurilor organismului care permit omului să se miște și să muncească. În diverse țări europene problema bolilor prin suprasolicitare osteo-musculo-articulară este abordată diferit în funcție de cotele de compensare stabilite și de ponderea incidenței acestora în statistici. Astfel, în Germania, afecțiunile prin suprasolicitarea membrului superior nu sunt luate în evidență ca boli profesionale, singura categorie de boli fiind afecțiunile coloanei vertebrale lombare. În alte țări, dimpotrivă, sunt considerate ca boli profesionale afectarea prin suprasolicitare în procesul muncii a membrului superior cauzată de efort fizic intens (Italia), sau cauzată de muncă la videoterminală în țări cu o mare cuprindere a sectorului de informatică (Olanda). În Danemarca, începând cu aprilie 2001, bolile prin suprasolicitarea coloanei vertebrale dorsale în procesul muncii, la presiunea sindicatelor, au fost introduse în lista bolilor profesionale provocate de agenți fizici („grupa E”). În Statele Unite ale Americii, în anul 2004 s-au raportat 402.700 cazuri de boli și accidente de muncă cu ITM cauzate de suprasolicitarea osteo-musculo-

articulară, reprezentând un procent de 32% din total, 63,1% din acestea fiind declarate la bărbați²².

În România, lista bolilor cu declarare obligatorie cuprinde numeroase boli provocate de suprasolicitarea fizică a aparatului locomotor. Se declară, varicele foarte accentuate ale membrilor inferioare, complicate cu tulburări trofice sau cu procese inflamatorii (tromboflebite), cauzate de poziția ortostatică îndelungată. Enumerarea acestor situații arată faptul că afecțiunile musculo-scheletice pot apare în toate sectoarele de activitate. Este un punct de plecare de la datele clinice pe care medicul de medicina muncii prin rolul său de consilier al întreprinderii le va stabili, el fiind coordonatorul acțiunilor de prevenire a afecțiunilor musculo-scheletice. Repercusiunile asupra stării de sănătate a individului se regăsesc la nivelul întreprinderii: absenteism, scăderea productivității și a calității muncii etc. În 2006, conform datelor raportate de direcțiile de sănătate publică județene, au lucrat 807.332 angajați în condiții de expunere la factori de suprasolicitare (363.798 la suprasolicitare aparat locomotor, 196.401 la suprasolicitare vizuală, 77.076 suprasolicitare laringe, 170.057 suprasolicitare neuropsihosenzorială)²³.

Ca urmare a acestei expuneri, în 2006 s-au declarat, la nivelul țării, 49 cazuri noi de îmbolnăvire profesională datorate suprasolicitării diferitelor aparate și sisteme, repartizate după cum apare în Tabel 30.

Enumerarea acestor situații arată faptul că afecțiunile musculo-scheletice pot apare în toate sectoarele de activitate, nemaifiind strict apanajul ramurilor industriale.

Repercusiunile asupra stării de sănătate a individului sunt multiple: absenteism, scăderea productivității și a calității muncii etc., problema suprasolicitării musculo-osteo-articulare fiind răspândită în domeniul profesional și fiind o mare cauzatoare de absenteism, chiar dacă numărul cazurilor declarate este în prezent încă redus.

Tabel 30²⁴ Repartiția cazurilor noi de boli profesionale prin suprasolicitare

Județ	Diagnostic	Nr. cazuri
Dolj	Sindrom de coloană vertebrală	12
	Sindrom de aparat locomotor	4
	Discopatie lombară și cervicală	2
	Discopatie lombară	2
București	Varice	3
	Spondilatroză dorso-lombară	2
	Tendinită flexori degete bilaterală	1
	Carcinom epidermoid cordal	1
	Discartroză L4-L5, L5-S1	1

²² <http://www.bls.gov/iif/oshwc/osh/case/ostb1509.pdf>

²³ datele pentru județele Alba, Bihor, Gorj și București sunt cele raportate în anii anteriori, deoarece nu au fost raportate date recente și nu avem date privind expușii de la Ilfov, care nu raportează expușii pe tipuri de expunere

²⁴ Datele din tabel reproduc exact conținutul fișelor BP₂ de declarare de boală profesională, responsabilitatea înscrisurilor aparținând celor care au semnat fișele

Județ	Diagnostic	Nr. cazuri
Cluj	Varice	3
	Periartrită scapulo-humerală	1
	Sindrom de canal carpian	1
	Artroză lombară	1
Alba	Spondilartroză lombară	2
	Discopatie lombară	1
	Epicondilită de cot stâng	1
Arad	Spondilită lombo-sacrată L4-S1	1
Iasi	Boală artrozică	2
Bistrita	Discopatie lombară L4-L5	1
Maramureș	Gonartroză stângă	1
	Astenopie acomodativă	1
Caraș	Varice	1
Constanța	Coxartroză, spondiloză cervicală	1
Gorj	Discopatie lombară	1
Mureș	Sindrom de canal carpian	1
Sălaj	Spondilartroză lombară	1

Munca femeilor

Legislația României cuprinde o serie de reglementări specifice pentru protecția femeii la locul de muncă în special privind protecția sănătății și/sau securității salariatelor gravide și/sau mame la locurile lor de munca. (Codul muncii, Normele generale de protecția muncii, OU 96/2003 privind protecția maternității și normele de aplicare).

Referitor la bolile profesionale, în anul 2006 s-au înregistrat 218 boli profesionale la femei.

Ramurile economiei cu cel mai mare număr de boli profesionale au fost:

Ramura	Nr. cazuri
Industria mijloacelor de transport rutier	39
Sănătate și asistență socială	25
Industria metalurgică	23
Industria de mașini și echipamente	16
Industria textilă și a produselor textile	14
Industria confecțiilor de îmbrăcăminte	13
Industria alimentară și a băuturilor	11

Boli profesionale înregistrate cel mai frecvent au fost:

Diagnostic	Nr. cazuri
Silicoză	51
Astm bronșic	46
Bronșită cronică	29
Boli determinate de suprasolicitare	24
Boli infecțioase	17
Boli determinate de zgomot	13
Intoxicații	9
Afecțiuni cutanate	7

Munca tinerilor

Conform legislației europene: Recomandarea Biroului Internațional al Muncii Nr. 146, referitoare la vârsta minimă de angajare, vârsta minimă trebuie să fie aceeași în toate sectoarele economice.

Recomandarea mai stipulează că țările membre vor avea drept obiectiv creșterea la 16 ani a vârstei minime de angajare sau la nivelul precizat în articolul 2 din Convenția privind vârsta minimă din 1973. Acolo unde vârsta minimă de angajare menționată în articolul precizat, este încă sub 15 ani, se vor lua măsuri urgente ca aceasta să ajungă la acel nivel.

În țara noastră, potrivit Codului muncii, persoana fizică dobândește capacitate de muncă la împlinirea vârstei de 16 ani și poate încheia un contract de muncă în calitate de salariat și la împlinirea vârstei de 15 ani, cu acordul părinților sau al reprezentanților legali, pentru activități potrivite cu dezvoltarea fizică, aptitudinile și cunoștințele sale, dacă astfel nu îi sunt periclitate sănătatea, dezvoltarea și pregătirea profesională.

Încadrarea în muncă a persoanelor sub vârsta de 15 ani este interzisă.

În cazul tinerilor în vârstă de până la 18 ani durata timpului de muncă este de 6 ore pe zi și de 30 de ore pe săptămână, nu pot presta muncă suplimentară și muncă de noapte.

Potrivit informațiilor furnizate de Agenția europeană pentru sănătate și securitate în muncă tinerii au o rată mai ridicată a accidentelor de muncă decât angajații mai în vârstă, din mai multe motive care includ lipsa de pregătire, experiență și conștientizare a necesității respectării măsurilor de protecția muncii, lipsă de maturitate, atât fizică, cât și mentală și tipurile de locuri de muncă în care sunt plasați. Acest lucru are consecințe atât pentru înșiși tinerii respectivi, cât și pentru angajatorii și coordonatorii lor, precum și pentru organismele decizionale. De asemenea, un rol în această problemă îl au cei implicați în aplicarea măsurilor de protecția muncii, educație, precum și responsabilii care iau decizii în acest domeniu.

Este tema Campaniei pe care Agenția europeană o va desfășura în luna octombrie 2006 în țările europene.

În țara noastră în anul 2006 nu s-au înregistrat cazuri de boli profesionale la angajați sub 18 ani.

Discuții

Lucrarea de față ilustrează sinteza comentată a fișelor de declarare a cazurilor noi de boală profesională BP₂ așa cum au fost diagnosticate de către unitățile medicale din rețeaua de medicina muncii din întreaga țară. Noul TABEL CU BOLILE PROFESIONALE CU DECLARARE OBLIGATORIE din Anexa 22 din Normele metodologice de aplicare ale Legii 319/2006, (HG 1425/2006); este util medicilor de medicina muncii în încadrarea corectă a diagnosticului de profesionalitate pentru fiecare caz nou de boală profesională. Precizăm și faptul că neînscrisura în fișa BP₂ și neîncadrarea corectă a diagnosticului de boală profesională (conform Tabelului de boli profesionale cu declarare obligatorie) va determina anularea fișei BP₂ și pierderea drepturilor ce se cuvin acordate bolnavului respectiv.

Reamintim acest lucru deoarece am primit și primim numeroase cazuri de fișe BP₂ cu diagnosticul de BOALĂ PROFESIONALĂ care nu se regăsesc în tabelul bolilor profesionale declarabile, sau, ale căror diagnostice au formulări ambigue (de exemplu: sindrom alergic, fără alte precizări). Continuăm să primim formulare BP₂, care sunt fișe de declarare a BOLILOR PROFESIONALE, care conțin în diagnostic expresia „BOALĂ LEGATĂ DE PROFESIUNE”. Odată stabilită profesionalitatea unui caz, acesta devine „BOALĂ PROFESIONALĂ” și poate fi declarat nominal prin formularul BP₂. Ceea ce nu s-a înțeles, poate, încă, este faptul că formularul BP₂ este un **document medico-legal**, iar cel care își pune parafa și semnătura pe acest formular, poartă întreaga responsabilitate privind legalitatea datelor înscrise.

Actualul circuit al declarării bolilor profesionale nu mai poate fi privit ca fiind facultativ, că în formularul BP₂ se poate scrie orice, că fișele BP₂ pot ajunge la destinația stabilită prin lege (!) în orice moment al anului, trimestrial, anul următor, sau deloc (așa cum se întâmplă în unele județe), și că oricine poate modifica acest circuit după propriile nevoi.

Din colegialitate, nu am nominalizat cazurile de încălcare a legislației, acestea fiind comunicate și discutate direct cu cei în cauză.

Reamintim, obligativitatea raportării cazurilor noi de boală profesională prin formularul BP₂ de către autoritatea de sănătate publică județeană, respectiv a municipiului București, la Centrul național de coordonare metodologica și informare privind bolile profesionale din cadrul Institutului de Sănătate Publică București, la Centrul Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional și Informatic în Domeniul Sănătății București, precum și la structurile teritoriale ale asigurătorului stabilite conform legii. (HG 1425/2006, Art.165) ÎN CURSUL LUNII ÎN CARE S-A CONFIRMAT ÎMBOLNĂVIREA.

Vrem să mulțumim tuturor colegilor din țară care ne transmit lunar fișele BP₂ cu corectitudine și profesionalism așa cum sunt județele: Brașov, Olt, Bacău, Sibiu, Mureș, al căror exemplu ar trebui urmat de toate celelalte județe.

Concluzii

Studiul morbidității profesionale în România evidențiază o serie de aspecte de ansamblu, dar și specifice care ne conduc la următoarele concluzii:

1. Identificarea corectă a riscurilor profesionale și supravegherea acestora la locul de muncă reprezintă domeniul de bază al activității medicilor de medicina muncii; în acest context se impune accesul la servicii de medicina muncii pentru toți lucrătorii din România, indiferent de locul de muncă, pentru cuprinderea reală a acestor probleme.
2. Medicul de medicina muncii este consilier al angajatorului în problemele de sănătate, membru al comitetului de sănătate și securitate în muncă, având datoria de a semnaliza și comunica riscurile profesionale, pentru luarea de către cei responsabili a unor măsuri precoce de profilaxie tehnico-organizatorică și medicală.
3. Medicul de medicina muncii îndeplinește rolul de a reabilita și reintegra profesional bolnavii în evidență cu boli profesionale sau cu boli cronice aflați în dispensarizare activă ca și de refacere a capacității de muncă pentru cei bolnavi.
4. Monitorizarea dinamicii tabloului morbidității profesionale de către medicul de medicina muncii are rolul de a surprinde, grupurile țintă expuse, impactul pe care noile tehnologii îl au asupra organismului în mediul de muncă.
5. Medicul de medicina muncii are sarcina de a efectua evaluarea riscului profesional pentru sănătate a condițiilor de muncă urmărind respectarea legislației în vederea profilaxiei îmbolnăvirilor profesionale.
6. Stresul profesional, legat de creșterea responsabilității în muncă, de competiție, de incertitudinea locului de muncă, determină creșterea rolului pe care trebuie să-l aibă psihologul de specialitate în vederea profilaxiei unor afecțiuni declanșate sau agravate de suprasolicitarea neuropsihosenzorială la locul de muncă.

Actualul studiu trebuie să constituie un semnal de alarmă atât pentru conducătorii locurilor de muncă, cât și pentru medicii care monitorizează starea de sănătate a salariaților, în scopul remedierii situațiilor cu impact negativ asupra sănătății lucrătorilor.

În acest sens, este important să fie imprimată în conștiința publică și, în primul rând, a celor expuși unor factori de risc, necesitatea unor preocupări constante pentru sănătate; efectuarea corectă a examenului medical la angajare, a adaptabilității, prezentarea la examenele medicale periodice este un mijloc de depistare incipientă a bolilor, de evitare a apariției formelor grave de îmbolnăvire, de cele mai multe ori ireversibile.

Bibliografie

1. Baranski B., Biemas P. "Guidelines on Quality Management în Multidisciplinary Occupational Health Services World Health Organization. Regional Office for Europe, 1998, 9-12.
2. Depu Dong, Guijuan Xu, Yogui Sun, Pilie Hu. Lung cancer among workers exposed to silica dust în Chinese refractory plants. Scand J Work Environ Health 1995; 21; suppl 2; 69-72.
3. Dreyer L., Andersen A. "Occupation" Danish Cancer Society APMIS Suppl. 76 Vol 105: 68-79, 1997.
4. Elinder C- G, Fridberg, L Kjellströmt, Nordberg G, Oberdoester G. Biological Monitoring of Metals. Monographs-Chemical Safet y. World Health Organisation. Geneva; 1994; 41-69.
5. Enăchescu D. Sănătatea publică și management sanitar. Ed. All, 1995.
6. Garcia Gomez M., Kogevinas M,, "Estimate of mortality from occupational cancer and of carcinogen exposure în the workplace în Spania în 90'y" Gaceta Sanitaria, 10(54): 143-51, 1996 May-Jun.
7. Gerhardsson Lars, MD, George Kazantzis, MD, Andrejs Schütz, PhD, Evaluation of selected publications on reference values for lead în blood, Scand J Work Environ Health 1996; vol 22; No 5; 325-33.
8. Guthrie D George, Jr, PhD, Peter J Heaney, PhD, Mineralogical characteristics of silica polymorphs în relation to their biological activities, Scand J Work Environ Health 1995; vol 21; suppl 2; 5-8.
9. Høghstedt Christer, Work, Health and Environment în an International Perspective, UFA Bulletin; no 7; January; 1993.
10. Journal of Occupational & Environmental Medicine,39(5):415-25, 1997 May.
11. Kenneth D Rosenman, MD, Marthe J Stanbury, MS, Mary Jo Relly, MS, Mortality among persons with silicosis reported to disease surveillance systems în Michigan and New Jersey în the United States, Scand J Work Environ Health 1995; 21; suppl 2; 73-6.
12. Kimiko Klein A, PhD, John P Cristopher, Ph D, Evaluation of crystalline silica as a threshold carcinogen, Scand J Work Environ Health, 1995; 21; suppl 2; 95-8.
13. Kraut A, "Estimates of the Extent of Morbidity and Mortality Due to Occupational Diseases în Canada, Americal Journal of Industrial Medicine 25: 267-278, 1994.
14. Laczka I, Ghinea D, Cojocar C, Evoluția riscului și a îmbolnăvirilor prin silicoză în Județul Satu Mare pe perioada 1968-1995, Revista română de medicina muncii, Vol, 46; Nr 1-2; 1996; 848-52.
15. Magyarosi Iuliana, Dienes S, Contribuții epidemiologice la evaluarea riscului silicogen în industria minieră, Revista Română de medicina muncii, Vol 46; nr, 1-2; 1996 838-45.
16. MuhleH Kittel B Ernst H, Mohr U, Neoplastic lungs lesions în rat after chronic exposure to cristalline silica, Scand J Work Environ Health, 1995; suppl 21; 27-9.
17. Niculescu Toma, Manual de patologie profesională, Editura medicală Vol 1; București; 1985.
18. Niculescu Toma, Manual de patologie profesională, Editura medicală;Vol 2; București; 1987; 67-114, 177-98.
19. Niculescu Toma, Manual de patologie profesională, Editura medicală;Vol 3; București; 2002
20. Niculescu Toma Medicina Muncii, ed. Medmun 2003, București.
21. Niculescu Toma, Rusea Daniela „Adezivii în practica medicinei muncii, Ed. Medmun, București; 2007, 24-7;
22. Organisation Mondiale de la Santé, Criterés d'hygiene d'environnement, Le bruit, Geneve; 1980; 12; 41-4.
23. Osterode Wolf, MD, "Hemorheology în occupational lead exposure", Scand J Work Environ Health,1996; vol 22; No 5; 369-73.
24. Päivikki Susitaival, MD, Liisa Husman, MD, Antero Holemén, MD, Maija Hors, Manheimo, MD, Dermatoses determined

- în a population of farmers în a questionnaire-based on clinical study including methodology validation, Scand J Work Environ Health 1995;21; 30-5.
25. Rice L Faye, MPH, Leslie T Stayner, PhD, Assessment of silicosis risk for occupational exposure to crystalline silica, Scand J Work Environ Health 1995; 21; suppl 2; 87-90.
 26. Timo Partanen, PhD, Juhani Jaakkola, L Tech, Antti Tossavainen, D Tech, Silica, silicosis and cancer în Finland, Scand J Work Environ Health 1995; 21; suppl 2; 84-6.
 27. Todea Adriana -Boli profesionale în actualitate, Editura Viața medicală, București, 2000;
 28. Toma I., Berilă I. - Activitatea din sere în condiții caniculare, MEDMUN, București, 2001, Revista Română de Medicina Muncii, Vol. 51, nr. 1.
 29. Verkasalo K Pia, Magnetic fields and leukaemia-risk for adults living close to power lines, Scand J Work Environ Health 1996; vol 22; suppl 2: 13-4.
 30. Voiculescu M, Boli infecțioase Vol 2; Editura medicală; București; 1990; 344-70.
 31. World Health Organisation, Criterés d'hygiene d'environnement, Cromium, Genevé; 1982; 61; 15-9.
 32. World Health Organisation, Criterés d'hygiene d'environnement, Plomb, Genevé; 1078; 3; 16-20.
 33. World Health Organisation, Medicina la locul de muncă în anii 1990, Biroul regional pentru Europa Nr,1; 1991.
 34. *** - Anuarul statistic al stării de sănătate, Centrul de calcul și statistică sanitară și documnetare medicală, București, 2004.
 35. *** - Books of Abstracts, 25th International Congress on Occupational Health, Stockholm, 1996219-229.
 36. ***-"Pour une relance de la politique communautaire en santé au travail" co-éditioon BTS/CES 3 décembre, 2001.
 37. *** Legea nr. 319 din 14 iulie 2006 a securității și sănătății în muncă.
 38. ***HG nr. 1425/2006 privind Normele de aplicare ale Legii securității și sănătății în muncă.
 39. ***HG nr. 355/2007 privind supravegherea sănătății lucrătorilor.
 40. Newsletter of the European trade Union technical Bureau for Health and Safety nr.21 june, 2003 12-8.

Anexe

Evoluția morbidității profesionale în România pe grupe de agenți cauzali în perioada 1996-2006

Grupe de agenți cauzali	Anii	Cazuri	% din total boli profesionale	Incidența (% ₀₀₀ expuși)	Total personal expus
1. Boli profesionale prin pulberi silicogene	1996	594	29,47	573,84	120.382
	1997	582	28,25	584,49	99.573
	1998	735	40,2	890,62	82.526
	1999	649	36,0	940,19	69.028
	2000	529	33,57	1.130,80	46.781
	2001	501	22,39	917,45	54.608
	2002	411	16,39	881,96	46.601
	2003	428	31,10	1012,20	42.284
	2004	269	27,17	218,37	123.186
	2005	209	20,9	573,84	36.421
	2006	268	29,45	764,91	35.037
2. Boli profesionale prin pulberi textile (bumbac, în cânepă)	1996	158	7,84	244,74	64.558
	1997	196	9,51	325,61	60.194
	1998	118	6,5	211,73	55.731
	1999	73	4,05	156,73	46.576
	2000	59	3,74	84,54	69.790
	2001	39	1,74	60,39	64.579
	2002	17	0,68	21,70	78.338
	2003	22	1,60	34,91	63.025
	2004	19	1,92	21,08	90.126
	2005	13	1,3	14,62	88.915
	2006	20	2,19	210,70	91.000
2.a. Boli profesionale prin pulberi organice sensibilizante și iritante (ricin, lemn, tutun, făină, pulb. cereale)	1998	36	1,96		
	1999	40	2,21		
	2000	42	2,66	70,21	59.824
	2001	40	1,79	43,97	90.976
	2002	48	1,91	43,68	109.879
	2003	21	1,52	53,87	38.981
	2004	31	3,13	32,71	94.767
	2005	19	1,9	16,65	114.108
	2006	32	3,51	27,70	115.528
3. Boli profesionale prin pulberi de azbest	1996	26	1,29	1454,95	1.787
	1997	21	1,01	1336,72	1.571
	1998	8	0,4	465,38	1.719
	1999	56	3,10	5000,00	1.120
	2000	7	0,44	402,30	1.740
	2001	4	0,18	215,40	1.857
	2002	9	0,36	295,37	3.047
	2003	35	2,54	385,80	9.072
	2004	11	1,11	128,22	8.579
	2005	12	1,2	154,52	7.766
	2006	15	1,64	210,70	7.119

Grupe de agenți cauzali	Anii	Cazuri	% din total boli profesionale	Incidența (% ₀₀₀ expuși)	Total personal expus
4. Boli profesionale prin alte feluri de pulberi (silicați, ciment, talc, caolin, cărbune)	1996	105	5,21	52,05	201.710
	1997	55	2,67	29,52	186.253
	1998	10	0,54	5,24	190.477
	1999	9	0,49	5,23	171.997
	2000	10	0,63	9,59	104.317
	2001	12	0,54	6,71	178.958
	2002	9	0,36	4,94	182.322
	2003	11	0,80	7,03	156.493
	2004	12	1,21	5,82	206.234
	2005	30	2,99	18,30	163.914
	2006	11	1,2	5,94	185.231
5. Boli profesionale prin plumb și compuși	1996	250	12,40	1214,41	20.586
	1997	273	13,25	1452,74	18.792
	1998	238	13,01	1291,37	18.430
	1999	238	13,20	1359,14	17.511
	2000	129	8,19	1.135,76	11.358
	2001	187	8,36	1.499,36	12.472
	2002	324	12,92	2.169,84	14.932
	2003	210	15,26	2.709,68	7.750
	2004	149	15,05	1.283,16	11.612
	2005	172	17,2	1.985,91	8.661
	2006	106	11,64	1.377,88	7.693
6. Boli profesionale prin mercur și compuși	1996	1	0,04	43,59	2.294
	1997	5	0,24	280,89	1.780
	1998	4	0,2	270,27	1.480
	1999	0	0,00	0,00	1.539
	2000	0	0,00	0,00	1.321
	2001	0	0,00	0,00	1.641
	2002	0	0,00	0,00	1.169
	2003	0	0,00	0,00	1.159
	2004	1	0,10	107,76	928
	2005	0	0	0,00	979
	2006	1	0,1	124,38	804
7. Boli profesionale prin crom și compuși	1996	31	1,53	554,26	5.593
	1997	16	0,77	304,76	5.250
	1998	35	1,9	716,33	4.886
	1999	22	1,22	545,63	4.032
	2000	12	0,76	658,26	1.823
	2001	13	0,58	534,10	2.434
	2002	47	1,87	1.940,55	2.422
	2003	9	0,65	466,80	1.928
	2004	2	0,20	82,17	2.434
	2005	3	0,3	104,60	2.858
	2006	2	0,22	85,65	2.335

Grupe de agenți cauzali	Anii	Cazuri	% din total boli profesionale	Incidența (% ₀₀₀ expuși)	Total personal expus
8. Boli profesionale prin metale, metaloizi și compuși	1996	28	1,38	183,65	15.246
	1997	27	1,31	173,76	15.538
	1998	22	1,2	171,45	12.831
	1999	10	0,55	98,37	10.165
	2000	17	1,08	168,13	10.111
	2001	28	1,25	183,85	15.230
	2002	12	0,48	81,40	14.742
	2003	8	0,58	122,04	6.555
	2004	17	1,72	161,92	10.499
	2005	12	1,2	130,56	9.191
	2006	12	1,32	132,36	9.066
9. Boli profesionale prin benzen și omologi	1996	12	0,59	96,34	12.455
	1997	14	0,67	99,00	14.141
	1998	4	0,2	35,02	11.421
	1999	3	0,16	26,32	11.395
	2000	8	0,51	97,30	8.222
	2001	6	0,27	54,27	11.056
	2002	16	0,64	140,25	11.408
	2003	9	0,65	72,35	12.439
	2004	2	0,20	17,36	11.523
	2005	6	0,6	45,98	13.049
	2006	9	0,99	78,92	11.404
10. Boli profesionale prin alți solvenți organici (hidrocarburi clorurate, alcooli, cetone, acizi organici eteri)	1996	31	1,53	55,84	55.514
	1997	16	0,77	27,73	57.690
	1998	26	1,42	49,54	52.476
	1999	22	1,22	36,15	60.843
	2000	31	1,97	57,78	53.655
	2001	22	0,98	35,04	62.783
	2002	27	1,08	33,06	81.674
	2003	29	2,11	52,21	55.550
	2004	6	0,61	8,00	75.032
	2005	19	1,9	27,06	70.211
	2006	18	1,98	27,07	66.490
12. Boli profesionale prin nitro- și aminoderivați ai hidrocarburilor aromatice (anilina, benzidina)	1996	0	0,00	0,00	16.109
	1997	1	0,04	5,84	17.102
	1998	0	0,00	0,00	13.794
	1999	0	0,00	0,00	17.024
	2000	1	0,06	5,36	18.666
	2001	10	0,45	57,16	17.496
	2002	1	0,04	4,85	20.614
	2003	2	0,15	7,77	25.743
	2004	0	0,00	0,00	24.253
	2005	0	0,00	0,00	25.068
	2006	0	0,00	0,00	23.219

Grupe de agenți cauzali	Anii	Cazuri	% din total boli profesionale	Incidența (% ₀₀₀ expuși)	Total personal expus
13. Boli profesionale prin sulfură de carbon	1996	2	0,09	102,77	1.946
	1997	3	0,14	306,43	979
	1998	3	0,16	854,7	351
	1999	0	0,00	0,00	174
	2000	0	0,00	0,00	341
	2001	1	0,04	224,72	445
	2002	1	0,04	194,17	515
	2003	0	0,00	0,00	264
	2004	0	0,00	0,00	517
	2005	0	0,00	0,00	427
	2006	0	0,00	0,00	357
14. Boli profesionale prin alți compuși organici (fenol, naftalină clorură de vinil)	1996	27	1,80	376,00	7.180
	1997	9	0,43	42,14	21.353
	1998	1	0,05	4,37	21.411
	1999	7	0,38	27,93	25.054
	2000	6	0,38	27,45	21.860
	2001	0	0,00	0,00	27.105
	2002	7	0,28	25,07	27.919
	2003	5	0,36	23,67	21.123
	2004	0	0,00	0,00	28.386
	2005	0	0,00	0,00	22.267
2006	0	0,00	0,00	21.108	
15. Boli profesionale prin hidrogen sulfurat	1996	2	0,09	29,26	6.833
	1997	2	0,09	33,16	6.030
	1998	0	0,00	0,00	5.608
	1999	0	0,00	0,00	5.251
	2000	0	0,00	0,00	5.239
	2001	0	0,00	0,00	3.795
	2002	6	0,24	189,87	3.160
	2003	0	0,00	0,00	3.380
	2004	0	0,00	0,00	3.485
	2005	1	0,1	25,65	3.898
2006	0	0,00	0,00	3.299	
16. Boli profesionale prin gaze și vapori iritanți (clor, acid sulfuric, acid acetic, formol, amoniac, acetaldehidă)	1996	68	3,37	59,56	114.162
	1997	133	6,45	121,00	109.916
	1998	119	6,50	111,86	106.380
	1999	71	3,94	73,67	96.374
	2000	87	5,52	99,34	87.578
	2001	163	7,28	148,05	110.095
	2002	242	9,65	197,80	122.344
	2003	109	7,92	139,14	78.336
	2004	69	6,97	67,73	101.874
	2005	118	11,8	117,72	100.235
	2006	133	14,62	129,16	102.977

Grupe de agenți cauzali	Anii	Cazuri	% din total boli profesionale	Incidența (% ₀₀₀ expuși)	Total personal expus
17. Boli profesionale prin monoxid de carbon	1996	18	0,89	15,55	115.743
	1997	34	1,65	32,06	106.020
	1998	16	0,87	18,19	87.947
	1999	12	0,66	18,04	66.503
	2000	18	1,14	21,55	83.530
	2001	35	1,56	38,91	89.957
	2002	29	1,16	26,68	108.680
	2003	11	0,80	13,88	79.226
	2004	7	0,71	8,28	84.546
	2005	2	0,2	2,37	84.358
	2006	15	1,65	16,41	91.403
18. Boli profesionale prin compuși cianici	1996	4	0,19	77,71	5.147
	1997	2	0,09	44,66	4.478
	1998	12	0,65	276,88	4.334
	1999	3	0,16	99,40	3.018
	2000	1	0,06	40,87	2.447
	2001	3	0,13	101,83	2.946
	2002	3	0,12	66,84	4.488
	2003	1	0,07	35,59	2.810
	2004	0	0,00	0,00	2.608
	2005	2	0,2	58,77	3.403
	2006	2	0,22	66,40	3.012
19. Boli profesionale prin substanțe pesticide	1996	17	0,84	212,12	8.014
	1997	-	-	-	6.414
	1998	9	0,49	149,97	6.001
	1999	2	0,11	28,58	6.997
	2000	5	0,32	64,39	7.765
	2001	6	0,27	78,98	7.597
	2002	0	0,00	0,00	9.527
	2003	2	0,15	33,71	5.933
	2004	0	0,00	0,00	7.402
	2005	4	0,4	49,18	8.134
	2006	1	0,1	13,58	7.365
20. Boli profesionale prin alte noxe chimice	1996	13	0,64	43,84	29.649
	1997	4	0,19	13,94	28.691
	1998	6	0,30	21,96	27.310
	1999	2	0,11	6,46	30.950
	2000	2	0,13	7,51	26.643
	2001	0	0,00	0,00	29.623
	2002	18	0,72	49,27	36.537
	2003	1	0,07	4,45	22.495
	2004	0	0,00	0,00	35.582
	2005	2	0,2	6,92	28.889
	2006	3	0,33	8,64	34.717

Grupe de agenți cauzali	Anii	Cazuri	% din total boli profesionale	Incidența (% ₀₀₀ expuși)	Total personal expus
21. Boli profesionale prin noxe cu acțiune iritantă, alergizantă asupra pielii	1996	81	4,01	121,47	66.683
	1997	83	4,02	106,38	78.017
	1998	38	2,07	64,15	59.227
	1999	31	1,72	60,06	51.615
	2000	38	2,41	70,74	53.716
	2001	40	1,79	60,10	66.555
	2002	37	1,48	46,88	78.919
	2003	42	3,05	77,42	54.250
	2004	22	2,22	35,20	62.494
	2005	20	2,00	32,66	61.237
		2006	7	0,77	11,15
22a. Boli profesionale prin microclimat cald	2000	38	2,41	36,95	102.829
	2001	4	0,17	3,65	109.709
	2002	3	0,12	2,32	129.499
	2003	18	1,31	17,44	103.223
	2004	0	0,00	0,00	170.787
	2005	0	0,00	0,00	132.947
		2006	0	0,00	0,00
22b. Boli profesionale prin microclimat rece	2000	2	0,13	2,23	89.644
	2001	0	0,00	0,00	130.352
	2002	0	0,00	0,00	134.586
	2003	0	0,00	0,00	92.967
	2004	0	0,00	0,00	93.826
	2005	0	0,00	0,00	108.907
		2006	0	0,00	0,00
23. Boli profesionale prin radiații ionizante	1996	4	0,19	59,26	6.749
	1997	-	-	-	5.745
	1998	0	0,00	0,00	4.645
	1999	0	0,00	0,00	4.900
	2000	0	0,00	0,00	5.366
	2001	1	0,04	18,11	5.521
	2002	1	0,04	10,99	9.101
	2003	0	0,00	0,00	9.084
	2004	0	0,00	0,00	9.755
	2005	0	0,00	0,00	9.663
	2006	0	0,00	0,00	8.826
24a. Boli profesionale prin zgomot	2000	386	24,49	173,76	222.146
	2001	696	31,10	212,55	327.451
	2002	890	35,49	264,97	335.885
	2003	292	21,22	98,65	295.999
	2004	258	26,06	80,22	321.611
	2005	213	21,3	64,44	330.558
		2006	153	16,81	48,19

Grupe de agenți cauzali	Anii	Cazuri	% din total boli profesionale	Incidența (% ₀₀₀ expuși)	Total personal expus
24b. Boli profesionale prin vibrații, trepidații	2000	73	4,63	97,59	74.804
	2001	141	6,3	145,77	96.728
	2002	65	2,59	76,81	84.621
	2003	31	2,25	44,61	69.486
	2004	50	5,05	68,81	72.665
	2005	56	5,59	73,32	76.379
	2006	32	3,52	42,23	75.783
25a. Boli profesionale prin suprasolicitare profesională a aparatului locomotor	2000	21	1,33	7,80	269.316
	2001	34	1,52	11,5	304.962
	2002	34	1,36	9,38	362.343
	2003	33	2,40	10,46	315.620
	2004	24	2,42	6,36	377.188
	2005	42	4,19	10,78	389.634
	2006	47	5,16	12,92	363.798
25b. Boli profesionale prin suprasolicitare profesională a laringelui	2000	4	0,25	8,48	47.177
	2001	9	0,40	17,49	51.471
	2002	0	0,00	0,00	54.554
	2003	0	0,00	0,00	62.210
	2004	2	0,20	3,84	52.146
	2005	2	0,20	2,10	95.085
2006	1	0,1	1,30	77.076	
25c. Boli profesionale prin suprasolicitare profesională vizuală	2000	14	0,89	11,19	125.147
	2001	0	0,00	0,00	138.356
	2002	5	0,2	2,72	183.655
	2003	8	0,58	4,57	175.152
	2004	0	0,00	0,00	147.081
	2005	2	0,20	0,99	202.870
2006	1	0,1	0,51	196.401	
25d. Boli profesionale prin suprasolicitare profesională neuropsihică	2000	0	0,00	0,00	107.454
	2001	2	0,09	2,17	92.353
	2002	6	0,24	4,42	135.609
	2003	0	0,00	0,00	143.640
	2004	1	0,10	0,87	115.398
	2005	0	0,00	0,00	138.125
2006	0	0,00	0,00	170.057	
26. Boli profesionale prin agenți biologici patogeni	1996	67	3,32	566,88	11.819
	1997	39	1,89	202,14	19.293
	1998	44	2,40	240,50	18.295
	1999	35	1,94	337,18	10.381
	2000	35	2,22	71,61	48.877
	2001	232	10,37	526,67	44.050
	2002	214	8,53	296,99	72.056
	2003	35	2,54	43,86	79.807
	2004	36	3,64	48,57	74.122
	2005	42	4,19	43,27	97.072
2006	21	2,31	21,99	95.490	

Grupe de agenți cauzali	Anii	Cazuri	% din total boli profesionale	Incidența (% ₀₀₀ expuși)	Total personal expus
27. Boli profesionale prin expunere la unde electro-magnetice de înaltă frecvență	1996	1	0,04	50,78	1.969
	1997	-	-	-	-
	1998	-	-	-	nu avem date
	1999	-	-	-	nu avem date
	2000	1	0,06	10,92	9.154
	2001	0	0,00	0,00	10.673
	2002	0	0,00	0,00	20.447
	2003	0	0,00	0,00	19.424
	2004	1	0,10	5,50	18.167
	2005	0	0,00	0,00	18.390
		2006	0	0,00	0,00
28. Boli profesionale prin expunere la radiații ultraviolete	1997	2	0,09	83,12	16.711
	1998	2	0,10	12,68	15.764
	1999	1	0,05	5,90	16.933
	2000	0	0,00	0,00	18.390
	2001	2	0,09	7,41	26.984
	2002	2	0,08	1,83	109.126
	2003	0	0,00	0,00	58.168
	2004	0	0,00	0,00	61.734
	2005	0	0,00	0,00	51.296
		2006	0	0,00	0,00

ANEXA 2

Tabel cu bolile profesionale cu declarare obligatorie**Neoplazii**

BOALA	NOXĂ PROFESIONALĂ
Neoplasm hepatic și al ductelor biliare intrahepatice Angiosarcom hepatic	Arsen și compuși
	Clorura de vinil
	Compuși de arsen
	Virusuri hepatitice B și C
Neoplasm al cavității nazale și/sau sinusurilor	Crom hexavalent și compuși
	Fabricarea alcoolului izopropilic prin procedeul acidului concentrat
	Nichel și compuși
	Pulberi de lemn (esențe tari)
Neoplasm laringian	Azbest
Neoplasm bronhopulmonar	Arsen și compuși
	Azbest
	Beriliu
	Bisclormetileter și derivați
	Cadmiu și compuși
	Carbura de tungsten
	Clotmetil-metileter
	Clorura de vinil
	Cobalt
	Compuși de arsen
	Crom hexavalent și compuși
	Dioxid de siliciu liber cristalin
	Gaze muștar
	Hidrocarburi aromatice (din funingine, negru de fum ș.a.)
	Nichel și compuși
	Oxizi de fier
Radon și produși de dezintegrare ai radonului (inclusiv la mineritul subteran al hematitei)	
Talc cu conținut de azbest	
Uleiuri minerale	
Neoplasm osos și al cartilajului articular al membrilor și cu alte localizări	Radiații ionizante
Neoplasme ale pielii: -epiteliom spinocelular –epiteliom bazocelular -Melanom malign -Boala Bowen (carcinom in situ)	Arsen și compuși
	Hidrocarburi aromatice (din bitum, creozot, gudroane, negru de fum, produși de gazeificare a cărbunelui, smoală ș.a.)
	Radiații ionizante
	Uleiuri minerale
Mezoteliom pleural Mezoteliom peritoneal	Azbest
Neoplasm al vezicii urinare	Amino- și nitroderivați aromatici Auramina Benzen Benzidină și derivați Ciclofosamidă

BOALA	NOXĂ PROFESIONALĂ
	Fabricarea auraminei Hidrocarburi aromatice (din funingine, gudroane, negru de fum ș.a.) Uleiuri minerale
Neoplasm al tractului digestiv	Gaze muștar
	Hidrocarburi aromatice (din funingine, gudroane, negru de fum ș.a.)
	Uleiuri minerale
Glioblastom	Derivați de nitrozuree și nitrozoguanidine
Neoplasm mamar Neoplasm al tractului genital feminin	Hormoni sexuali (diethylstilbestrol și altele)
Neoplasm al tractului genital masculin	Hidrocarburi aromatice (din funingine, gudroane, negru de fum, și altele)
Leucemii	Benzen și derivați
	Etilen-oxid (oxid de etilenă)
	Radiații ionizante
Alte afecțiuni maligne cauzate de expunerea profesională obiectivizată și evaluată la unul sau mai mulți agenți din lista IARC	Agenți cancerigeni certți din lista IARC

Alte boli și modificări hematologice non-maligne

BOALA PROFESIONALĂ	NOXĂ PROFESIONALĂ
Anemie hemolitică dobândită	Butil de staniu
	Hidrogen arseniat (arsina)
	Medicamente
	Naftalina
	Trinitrotoluen ș.a.
Anemii aplastice	Benzen
	p-Butilbenzen
	o-Diclorbenzen
	DDT
	Hexaclorociclohexan (Lindan)
	Monoclorbenzen
	Pentaclorfenol
	Radiații ionizante
	Trimetilbenzen (pseudocumen)
	Trinitrotoluen ș.a.
Anemie secundară	Arsen și compuși Cimen (paracimol) Clorura de metil (monoclorometan) Compuși organofosforici și organoclorurați Crezoli Fosfor și compuși Mesitilen Metilcelosolv Monoxid de carbon Nitro- și cloronitroderivați aromatici Pirocatechină Pirogalol Plumb Silicat de etil

BOALA PROFESIONALĂ	NOXĂ PROFESIONALĂ
	Tricloretilenă și altele
Agranulocitoza	Benzen
	Radiații ionizante
	Trinitrotoluen și altele
Methemoglobinemie	Amino- și nitroderivați
	Hidrogen arseniat
	Oxizi de azot
	Pirocatechina
	Pirogalol
	Rezorcina și altele

Afecțiuni psihice și comportamentale

BOALA PROFESIONALĂ	NOXĂ PROFESIONALĂ
Sindrom posttraumatic	Traumatisme craniene prin accident de muncă

Boli neurologice

BOALA PROFESIONALĂ	NOXĂ PROFESIONALĂ
Parkinsonism secundar	Mangan (dioxid de mangan)
	Mercur și compuși
	Monoxid de carbon
	Sulfură de carbon
Alte afecțiuni extrapiramidale și tulburări de motilitate: -ataxie cerebeloasă/ tremor intențional	Acrilamida
	Furfural
	Hidrocarburi alifatiche halogenate
	Hidrogen fosforat (fosfina, trihidrura de fosfor)
	Mangan
	Mercur și compuși
	Toluen
și altele	
Mononeuropatia membrelor superioare: -Sindrom de tunel carpian -Sindromul de tunel cubital Guyon -Sindromul epitrohleo-olecranian -Sindromul de tunel radial -Alte mononeuropatii ale membrelor superioare Sindrom de compresie a nervului sciatic popliteu extern	Mișcări repetitive Vibrații Poziții extreme ale articulațiilor (în special asocierea acestor factori de risc)
Polineuropatie	Acrilamida
	Borrelia (maladia Lyme)
	Brucella (bruceloza cronică)
	Ciclohexan
	Compuși de arsen
	Etilen-oxid
N-Hexan	

BOALA PROFESIONALĂ	NOXĂ PROFESIONALĂ
	Hidrocarburi alifactice halogenate (pentacloretan, tetraclorețan, tetraclorura de carbon ș.a.) și alți solvenți organici
	Mercur
	Metil-N-butil-cetona
	Pesticide organofosforice
	Plumb
	Sulfura de carbon
	Taliu
	Virusul hepatitic C
	Virusul varicelo-zosterian
	Vibrații ș.a.
Sindrom de compresie a nervului sciatic	Poziții vicioase
Neuropatie	Acrilamidă Arsen și compuși Borrelia (maladia Lyme) Brucella (bruceloza cronică) Compuși organofosforici Dimetil aminopropionitril Etilen-oxid (oxid de etilenă) Hidrocarburi alifactice halogenate Hidrocarburi alifactice (N-hexan, ciclohexan și altele) Hidrocarburi aromatice Mercur Metil-N-butil-cetona Plumb Sulfura de carbon Taliu Virusul hepatitic C Virusul varicelo-zosterian Vibrații și altele
Mielită	Borrelia (maladia Lyme) Bromură de metil (monobrommetan) Brucella (bruceloza cronică) și altele
Nevrită trigeminală	Hidrocarburi alifactice halogenate Nitro- și aminoderivați aromatici și altele
Encefalopatia toxică	Acetonitril Alcooli Aldehyde Amine aromatice și derivați Arsen și compuși Cetone Decaboran Dimetilformamidă Dimetilsulfoxid (DMSO) Esteri Eteri Glicoli Hidrocarburi alifactice și aromatice Hidrocarburi alifactice halogenate Hidrogen arseniat

BOALA PROFESIONALĂ	NOXĂ PROFESIONALĂ
	Mercur și compuși Monoxid de carbon Nitroderivați alifatici Nitro- și cloronitroderivați aromatici Pentaboran Plumb și compuși Solvenți organici (amestecuri) Staniu și compuși Tetrahidrofuran și altele
Paralizii	Compresii mecanice

Boli ale analizatorului vizual

BOALA PROFESIONALĂ	NOXĂ PROFESIONALĂ
Conjunctivite	Alergeni și iritanți profesionali
	Radiații infraroșii
	Radiații ionizante
	Virusuri, bacterii, și altele
Cheratite	Acid clorhidric
	Acid fluorhidric
	Amoniac
	Arsen și compuși
	Benzochinone
	Cianamida calcică
	Clor
	Creozot
	Crezoli
	Dioxid de sulf
	Etilen-oxid (oxid de etilenă)
	Fenoli (fenol, pirocatechină, pirogalol, rezorcina și altele
	Formiat de metil
	Hydrochinona
	Hydrogen sulfurat
	Piridine
	Quinoleina
	Alergeni și iritanți profesionali
	Radiații infraroșii
	Radiații ionizante
	Radiații ultraviolete
	Seleniu
	Silicat de metil
Streptococcus suis	
Sulfura de carbon	
Virusuri, și altele	
Cataractă	Dinitrocrezol
	Dinitrofenol
	Etilen-oxid (oxid de etilenă)
	Laseri
	Microunde
	Naftalina
	Radiații infraroșii
	Radiații ionizante

BOALA PROFESIONALĂ	NOXĂ PROFESIONALĂ
	Trinitrotoluen și altele
Nistagmus	Iluminat inadecvat în mine
Astenopie acomodativă	Suprasolicitări vizuale, în special în condiții de iluminat nefiziologice cantitativ și calitativ
Nevrită optică	Alcool alilic
	Alcool metilic (metanol)
	Arsen și compuși
	Hidrocarburi alifatice halogenate
	Mercur
	Naftalină
	Nitro- și aminoderivați aromatici
	Piridine
	Sulfura de carbon
Taliu	
Ambliopie Diplopie Amauroză	Bromura de metil (monobrommetan)
	Carbamați heterociclici anticolineste
	Clorura de metil (monoclorometan)
	Hidrogen fosforat (fosfina, trihidrura de fosfor)
	Monoxid de carbon
	Pesticide organofosforice și carbamice
	Sulfura de carbon
Taliu	
Uveită Endoftalmie	Streptococ

Boli ale analizatorului auditiv

BOALA PROFESIONALĂ	NOXĂ PROFESIONALĂ
Hipoacuzie Surditate	Zgomot peste LMA
	Substanțe chimice ototoxice (arsen, bromura de metil, n-butil alcool, compuși organomercuriali, mangan, mercur, monoxid de carbon, plumb, stiren, sulfura de carbon, toluen, tricloretilena ș.a.)
	Explozii cu afectarea timpanului
	Perforații ale timpanului cu scânteii sau metale topite
	Traumă barometrică
	Traumatisme cu interesarea urechii medii și a timpanului
	Traumatisme cu interesarea stancii temporale
	Curent electric

Boli ale aparatului cardio-vascular

BOALA PROFESIONALĂ	NOXĂ PROFESIONALĂ
Sindromul Raynaud	Vibrații cu acțiune la nivelul membrelor superioare
	Clorura de vinil (monomer)
	Rășini epoxidice
Varice ale membrelor inferioare complicate cu tulburări trofice sau cu tromboflebite	Ortostatism prelungit static sau asociat cu manipulare de greutate
Tromboflebita de efort a membrelor superioare	Efort cu mișcări ample ale membrelor superioare
Tromboflebita profundă a membrelor inferioare	Poziție șezândă prelungită la conducătorii profesioniști de vehicule și utilaje

Boli ale aparatului respirator

BOALA	NOXĂ PROFESIONALĂ
Silicoză Silicotuberculoză	Dioxid de siliciu liber cristalin
Azbestoza	Azbest
Pneumoconioza minerului la cărbune	Cărbune
Aluminoză pulmonară	Aluminiu
Berilioză	Beriliu
Sideroză	Oxizi de fier
Stanoză	Staniu
Pneumoconioze cauzate de alte pulberi anorganice (necologene)	Antimoniu (stibiu), bariu, caolin, cobalt, crom, fibre minerale artificiale, mică, nefelină – apatită, nichel, olivină, oxid de ceriu, perlit, pulberi anorganice mixte, talc, tantal, titan, tungsten, vanadiu, wolfram, zirconiu ș.a.
Fibroză pulmonară	Ardezie
	Carburi metalice (frite)
	Clorura de vinil
	Medicamente (unele citostatice, ș.a.)
	Metale grele (cobalt și altele)
	Radiații ionizante
	Substanțe chimice (gaze, fumuri și vapori) – inclusiv gaze de furnal, gaze de sudură ș.a.
	Șisturi
Afecțiuni pulmonare benigne: pleurezie benignă, atelectazii rotunde, plăci pleurale	Azbest ș.a.
Bisinoză	Bumbac, bagasa, cânepă, in, iuta, sisal, kapoca
Bronhoalveolita alergică extrinsecă (pneumonia prin hipersensibilizare)	Acarieni Actinomicete termofile Aer condiționat Alge Alginați Amiodarona Amoebe Anhidride (ftalică, hexahidroftalică, himică, tetracloroftalică, tetrahidroftalică, trimelitică ș.a.) Antigene animale (inclusiv din dejecții) Artropode Aur (sărurile de aur) Bacterii aeropurtate Bagasa Blănuri Brânzeturi Bumbac Cafea verde (pulbere) Carmin (pigment din gărgărițe) Ceai (pulbere) Cereale (grâu, orz, secară ș.a.) Compost Enzime din detergenți

BOALA	NOXĂ PROFESIONALĂ
	Făină Fân (în special mucegăit) Fungi (comestibili și microscopici) Hamei Hârtie (pastă) Hipofiză (pulbere) Izocianați Lemn (pulberi) Malt Mumii (învelișurile lor textile) Neghina sorgului Nuca de cocos Paprika Pește (făină de pește) Piretroide Plută Procarbazona Rășini epoxidice Reactivul Paulis Sisal Soia (coajă) Trestie de zahăr Tutun Uleiuri de răcire Variola (cruste variolice) ș.a.
Sindromul toxic al pulberilor organice (boala de siloz ș.a)	Pulberi organice
BPOC	Pulberi organice și anorganice, gaze, fumuri, vapori
Rinite	Alergeni și iritanți profesionali
Ulcer nazal și/sau perforația septului nazal	Acid clorhidric
	Acid fluorhidric
	Arsen și compuși
	Clorura de potasiu
	Clorură de sodiu
	Crom și compuși
	Lemn (pulberi) și altele
Laringita	Alergeni profesionali
	Suprasolicitare vocală profesională cronică
Noduli ai corzilor vocale ("nodulii cântăreților")	Suprasolicitare vocală profesională cronică
Iritația și inflamația căilor aeriene superioare:	Substanțe chimice (gaze, fumuri și vapori)
RADS (Reactive airways dysfunction syndrome = Sindrom reactiv de căi aeriene)	Substanțe chimice (gaze, fumuri și vapori)
Astm bronșic alergic și astm bronșic non-alergic (iritativ)	Alergeni și iritanți respiratori profesionali
Bronșita Bronșiolita	Azbest
	Bioxid de siliciu liber cristalin
	Pulberi organice
	Substanțe chimice (gaze, fumuri și vapori)

BOALA	NOXĂ PROFESIONALĂ
Pneumopatia cauzată de sisteme de aer condiționat și de umidifiere a aerului	Agenți vehiculați prin sistemele de aer condiționat și de umidifiere a aerului
Pneumonia chimică	Substanțe chimice (gaze, fumuri și vapori), uleiuri minerale (pneumonia lipoidică), zinc și alte metale (febra de fum)
Edem pulmonar acut	Substanțe chimice (gaze, fumuri și vapori)
Emfizem pulmonar	Efort respirator cronic (la suflători).

Bolile ficatului

BOALA	NOXĂ PROFESIONALĂ
Hepatite toxice	Substanțe chimice hepatotoxice: arsen și compuși, brom, benzen, clorură de vinil, dinoseb, dinoterbe, eter clormetilic, eter dicloretilic, etilenclorhidrina, fenoli, halotan, hidrocarburi alifactice halogenate, ioxinil, nitro- și cloronitroderivați aromatici, și altele ș.a.
Hepatite infecțioase	Amoebe
	Brucella
	Rickettsii (Febra Q)
	Virusuri hepatitice ș.a.

Boli ale pielii și țesutului subcutanat

BOALA	NOXĂ PROFESIONALĂ
Dermatită alergică de contact: a)-eczema alergică de contact	Antigene animale și vegetale, adezivi, biocide, cauciuc, coloranți, cosmetice, detergenți, esențe arome, explozivi, fotoprotectoare, gaze de luptă, medicamente (unele anestezice de contact, antibiotice, antifungice imidazolice, chinina, corticoizi, nitrofurazona, sulfamide ș.a.), metale și compușii lor, rășini naturale și sintetice (monomeri), revelatori fotografici, solvenți organici, substanțe de contrast, substanțe de curățat, uleiuri de răcire ș.a.
b)-eczema fotoalergică de contact	Fotoalergeni
c)-eritrodermie	Insectofungicide arsenicale și mercuriale
	Tricloretilena
	Tetraclorotilena ș.a.
d)-dermatita de contact la proteine	Proteine vegetale și animale
e)-eritem polimorf	Alergeni ce induc eritem polimorf
f)-erupție lichenoidă	Alergeni ce induc erupții lichenoide
g)-dermatită limfomatoidă	Alergeni ce induc dermatită limfomatoidă
h)-dermatită purpurică de contact (purpură alergică de contact)	Adjuvanți ai cauciucului, balsamul de Peru, coloranți (de tipul <i>Disperse</i> și <i>Basic</i> , parafenilendiamina și derivați ș.a.), cumarine, dimetilol-dihidroxi-etilenuree, dimetilol-dihidroxi-propilenuree, dimetilol-propilenuree, fibre de sticlă, lâna, medicamente (aprotinina, chinidina, flavonoide, mefenazina, peroxidul de

BOALA	NOXĂ PROFESIONALĂ
	benzoiul ș.a.), plante (mușchii de copac, păstârnac, sumac ș.a.), rășini melamin-formaldehidice, rășini ureo-formaldehidice, sulfura de carbon, tetrametilol-acetilendiuree ș.a.
i)-dermatită de contact sistemică	Alergeni ce induc dermatită de contact sistemică
Dermatita ortoergică de contact :	
a)-dermatita de uzură	Pulberi anorganice (de ciment, metalice, minerale, vata de sticlă, zgura ș.a.), pulberi organice (lemn ș.a.), microtraumatisme repetate ș.a.
b)-dermatita iritativă (propriu-zisă)	Detergenți, produse petroliere, reactivi chimici, săpunuri, solvenți organici, uleiuri și lubrefianți, umezeală („eczema menajeră”) ș.a.
c)-dermatita caustică (arsura chimică)	Acizi și baze tari
	Alumino-silicații de calciu (ciment)
	Compuși de arsen
	Fosfor și compuși
	Var nestins (oxid de calciu) ș.a.
d)-dermatita fototoxică de contact	Substanțe fototoxice
Dermatita de contact mixtă (alergică și iritativă)	Alergeni și iritanți cutanați
Urticarie, angioedem (edem Quincke), șoc anafilactic	Alergeni ce induc urticarie
	Presiune cutanată, spectrul solar (radiații infraroșii, vizibile și ultraviolete), temperaturi extreme, vibrații
Radiodermita	Radiații ionizante
Sclerodermie seronegativă (fără autoanticorpi, HLA-negativă)	Clorura de vinil, tricloretilena, tetracloretilena, pesticide, rășini epoxidice (vapori) ș.a.
Acnee profesională	Compuși halogenați, gudron de huilă, produse petroliere, uleiuri ș.a.
Porfirie cutanată tardivă (tarda)	Hexaclorbenzen
	Virusul hepatitic C ș.a.

Boli ale sistemului musculo-scheletal și ale țesutului conjunctiv

BOALA	NOXĂ PROFESIONALĂ
Bursite	Manipulare de greutate Mișcări repetitive Microtraumatisme repetate Poziții extreme, forțate (vicioase) prelungite sau violente, cu suprasolicitarea și traumatizarea articulațiilor: supraîncordări, presiuni, torsiuni, tracțiuni Vibrații
Epicondilit	
Sinovite, tendinite, tenosinovite	
Leziuni de menisc	
Artroze	
Periartrite	
Deformări ale coloanei vertebrale	
Discopatii, inclusiv hernia de disc	
Fracturi osoase	

Boli ale aparatului excretor

BOALA PROFESIONALĂ	NOXĂ PROFESIONALĂ
Nefropatie toxică	Acrilonitril
	Aldrin
	Benzochinone
	Butil-toluen terțiar
	Clor
	Crezoli
	Cumen
	N,N-Dimetilformamida
	Dimetilsulfat
	Dioxan
	Eter etilic
	Eteri de glicoli
	Etil-benzen
	Etilenclorhidrina
	Etilenglicol și derivați
	Fenoli și derivații lor halogenați și nitrați
	Fosfor și compuși
	β-Propiolactona
	Hidrazine
	Hydrocarburi halogenate alifatic
	Hydrogen arseniat
	Metale grele și compuși (cadmiu, crom, mercur, plumb, vanadiu ș.a.)
	Nitro- și cloronitroderivați aromatici
	Paraquat (Dipiridillium)
	Piridine
	Pirogalol
Silicat de metil și de etil	
Stiren	
Tetralină (tetrahidronaftalină)	
Triazine	
Nefropatie infecțioasă	Brucella
	Hantavirus
	Mycobacterium tuberculosis
	Streptococ beta-hemolitic din grupul A ș.a.

Boli profesionale cauzate de expunerea la agenți fizici neclasificate anterior

BOALA	NOXĂ PROFESIONALĂ
Colaps caloric, crampe calorice, șoc caloric	Microclimat cald
Hipotermie, degerături	Microclimat rece
Îmbolnăviri datorate compresiunilor sau decompresiunilor	Presiuni atmosferice crescute (hiperbarism) sau scăzute (hipobarism)
Boala de vibrații: -Sindrom osteo-musculo-articular -Sindrom digestiv -Sindromul Raynaud -Sindrom neurologic	Vibrații
Boala de iradiere (sindrom acut de	Radiații ionizante

BOALA	NOXĂ PROFESIONALĂ
iradiere)	
Sindroame neuro-cardio-vasculare și endocrine	Câmpuri electrice și magnetice Radiații electromagnetice neionizante din banda microunde și radiofrecvență

Boli infecțioase și parazitare

BOALA	NOXĂ PROFESIONALĂ
Tuberculoza	Mycobacterium tuberculosis (uman și animal)
Hepatita A, B, C, E	Virus hepatitic A, B, C, E
Leptospiroza	Leptospira
Bruceleza	Brucella
Tetanos	Clostridium tetani
Boli infecțioase și parazitare pentru care riscul de infectare a fost evaluat	Agenți biologici

BOALA PROFESIONALĂ	NOXĂ PROFESIONALĂ
Intoxicații acute, subacute și cronice profesionale și consecințele lor	Acid azotic
	Acid cianhidric
	Acid sulfuric
	Acizi organici
	Acrilonitril
	Alcool butilic {Butanol}
	Alcool izopropilic
	Alcool metilic (Metanol)
	Amine alifatic
	Amine alifatic halogenate
	Antimoniu (stibiu) și compuși
	Antracen
	Arsen și compuși
	Benzen sau omologii ai acestuia (omologii benzenului sunt definiți prin formula: C_nH_{2n-6})
	Benzochinone
	Beriliu și compuși
	Bitum
	Brom
	1,4 - Butandiol
	Cadmiu și compuși
	Carbazol și compuși
	Cetone: acetona, cloracetona, bromacetona, hexafluoracetona, metil etil cetona, metil n-butil cetona, metil izobutil cetona, diacetona alcool, oxid metil izoftalic, 2-metilciclohexanona
	Cianuri și compuși
	Clor
	Crom și compuși
	Derivați halogenați, fenolici, nitriți, nitrați, sau sulfonați ai hidrazilor
	Dietilen glicol
	Disulfura de carbon
	Esteri organofosforici
	Esterii acidului azotic

BOALA PROFESIONALĂ	NOXĂ PROFESIONALĂ
	Eteri: metil eter, etil eter, izopropil eter, vinil eter, diclorizopropil eter, guaiacol, metil eter și etil eter ai etilenglicolului
	Etilenglicol
	Fenoli halogenați
	Fenoli sau omologi
	Fluor și compuși
	Formaldehida
	Fosfor și compuși
	Fosgen (oxiclorura de carbon)
	Funingine, negru de fum
	Gaz, petro lampant
	Gudroane
	Hidrazine
	Hidrocarburi alifatiche derivate din benzină
	Hidrocarburi alifatiche halogenate
	Hidrocarburi aromatice (inclusiv policiclice HPA)
	Hidrocarburi aromatice halogenate
	Hidrogen sulfurat
	Iod
	Izocianați
	Mangan și compuși
	Mercur și compuși
	Monoxid de carbon
	Naftalen (naftalină) sau omologi ai ei (omologul este definit prin formula C_nH_{2n-12})
	Naftoli halogenați
	Naftoli sau omologi
	Nichel și compuși
	Nitro și aminoderivați aromatici
	Nitroderivați ai glicolilor și ai glicerolului
	Nitroderivați alifatici
	Nitrofenoli și omologi
	Oxizi alchilarilici halogenați
	Oxizi de azot
	Oxizi de sulf
	Parafină
	Plumb și compuși
	Produse petroliere
	Prođuși de distilare a cărbunelui
	Smoală
	Sulfonați alchilarilici halogenați
	Uleiuri minerale
	Vanadiu și compuși
	Vinilbenzen și divinilbenzen și altele

LISTA SUPLIMENTARĂ
Alți factori profesionali considerați posibil nocivi

Anhidride aromatice și compuși
Argint
Ciocolată, zahăr și făină cauzând carii dentare
Decalina
Difenil
Difenil oxid
Fibre minerale
Fibre sintetice
Mercaotani
Metacrilonitril
Ozon
Platina
Sidef
Terpene
Thiopene
Tioalcooli
Tioeteri
Tîofenoli

Notă:

Tabelul cu bolile profesionale cu declarare obligatorie va fi revizuit periodic și va rămâne deschis și pentru alte boli pentru care se face dovada relației noxă/suprasolicitare profesională - boală profesională.

ANEXA 3

Hotărâri de guvern cu referire la sănătatea în muncă

Nr. HG	Titlul	Nr și data M.O.
1875	Hotărâre privind protecția sănătății și securității lucrătorilor față de riscurile datorate expunerii la azbest	64 din 24/01/2006
1876	Hotărâre privind cerințele minime de securitate și sănătate referitoare la expunerea lucrătorilor la riscurile generate de vibrații	81 din 30/01/2006
300	Hotărâre privind cerințele minime de securitate și sănătate pentru șantierelor temporare sau mobile	252 din 21/03/2006
493	Hotărâre privind cerințele minime de securitate și sănătate referitoare la expunerea lucrătorilor la riscurile generate de zgomot	380 din 03/05/2006
1028	Hotărâre privind cerințele minime de securitate și sănătate în muncă referitoare la utilizarea echipamentelor cu ecran de vizualizare	710 din 18.08.2006
1049	Hotărâre privind cerințele minime pentru asigurarea securității și sănătății lucrătorilor din industria extractivă de suprafață sau subteran	727 din 25.08.2006
1050	Hotărâre privind cerințele minime pentru asigurarea securității și sănătății lucrătorilor din industria extractivă de foraj	737 din 29.08.2006
1051	Hotărâre privind cerințele minime de securitate și sănătate pentru manipularea manuală a maselor care prezintă riscuri pentru lucrători, în special de afecțiuni dorsolombare	713 din 21.08.2006
1058	Hotărâre privind cerințele minime pentru îmbunătățirea securității și protecția sănătății lucrătorilor care pot fi expuși unui potențial risc datorat atmosferelor explozive	737 din 29.08.2006
1091	Hotărâre privind cerințele minime de securitate și sănătate pentru locul de muncă	739 din 30.08.2006
1093	Hotărâre privind stabilirea cerințelor minime de securitate și sănătate pentru protecția lucrătorilor împotriva riscurilor legate de expunerea la agenți cancerigeni sau mutageni la locul de muncă	757 din 06.09.2006
1092	Hotărâre /16 august 2006 privind protecția lucrătorilor împotriva riscurilor legate de expunerea la agenți biologici în muncă	762 din 07.09.2006
1136	Hotărâre privind cerințele minime de securitate și sănătate referitoare la expunerea lucrătorilor la riscuri generate de câmpuri electromagnetice	769 din 11.09.2006
1135	Hotărâre /30 august 2006 privind cerințele minime de securitate și sănătate în muncă la bordul navelor de pescuit	772 din 12.09.2006
1218	Hotărâre nr. din 06/09/2006 privind stabilirea cerințelor minime de securitate și sănătate în muncă pentru asigurarea protecției lucrătorilor împotriva riscurilor legate de prezența agenților chimici	845 din 13/10/2006