

L'opportunità di una Direttiva della CEE a tutela delle condizioni di salute dei lavoratori esposti a piombo appare evidente, e tanto più opportuno in un Paese come l'Italia, in cui le norme attualmente in vigore in materia sono di fatto quelle generiche comprese nel D.P.R. 303 del 1956, documento in cui non entrano alcuni concetti fondamentali della moderna tossicologia, come quello di monitoraggio biologico, di livello di azione, di valore limite. La Direttiva CEE sul piombo introduce tali concetti operativi.

La Direttiva propone di fatto la piombemia (PbB) come l'indicatore biologico più affidabile per la valutazione della esposizione in corso. Tale impostazione appare corretta e totalmente condivisibile (essendo di fatto la PbB l'indicatore globalmente meglio correlato con l'andamento dei vari indicatori clinici e subclinici di effetto della esposizione a piombo), purchè le determinazioni vengano effettuate presso laboratori affidabili e soggette ad adeguati controlli di qualità. Le difficoltà insite in un tale tipo di esame hanno di fatto spesso condotto, soprattutto in passato ma ancora attualmente, all'uso delle sole ZPP o dell'ALAU (vale a dire di indicatori di effetto), di assai più semplice determinazione, per individuare casi di eccessivo assorbimento di piombo. In particolare, l'uso delle ZPP è stato proposto come metodo di monitoraggio biologico per la maggior semplicità di esecuzione e minor costo economico nei confronti della piombemia, l'accessibilità della metodica a laboratori modesti, la minore traumaticità se eseguita con la puntura del dito, la possibilità di essere praticata anche sul posto di lavoro con strumenti portatili.

Anche nel recente documento di un gruppo di esperti italiani (Alessio, 1988) l'indicatore proposto è la piombemia e l'uso della ZPP va limitato alle sole situazioni in cui non esistano laboratori affidabili sotto controllo centralizzato di qualità per il dosaggio della PbB.