

## Criteri per la diagnosi e l'attribuzione di una malattia muscoloscheletrica occupazionale

Gentile Editore,

Insieme a 12 medici del lavoro che operano, o hanno operato, in strutture di prevenzione del Servizio Sanitario Nazionale e in università, ho letto con interesse l'articolo di FS Violante concernente i criteri per la diagnosi e l'attribuzione delle patologie muscoloscheletriche di origine occupazionale (8) e desidero esprimere le seguenti osservazioni condivise.

Il contributo si pone l'obiettivo di "[...] definire esplicitamente quali siano le informazioni necessarie per la diagnosi e l'attribuzione di una malattia muscoloscheletrica occupazionale basata sull'evidenza scientifica".

Apprezziamo lo sforzo compiuto per suggerire spunti di riflessione su questi argomenti, presentando proposte di percorsi diagnostici e di valutazione del nesso di causa basati sulle evidenze scientifiche: a questo proposito tuttavia non si deve nascondere la soggettività che ogni ricercatore può esprimere nell'interpretazione dei dati di letteratura, che potrebbe portare a conclusioni diametralmente opposte nell'attribuzione del nesso causale. L'evidenza scientifica, in sostanza, non è di per sé un criterio di oggettività (6).

Riteniamo comunque utile per un dibattito più ampio fra Medici del Lavoro esprimere alcune osservazioni condivise relative ad alcuni argomenti affrontati nell'articolo (8).

Il primo concerne la disponibilità di criteri per la diagnosi e l'attribuzione delle "malattie muscoloscheletriche occupazionali (MSD)" e la lamentata "[...] mancanza di un quadro comune per definire se una MSD sia occupazionale." Per inciso, questa frase dovrebbe postulare la scelta di un acronimo diverso da MSD, se questo include il termine "occupazionale". Ma tornando al problema della asserita mancanza di un "quadro comune" possiamo convenire sulla osservazione di una disomogeneità di approccio tra i diversi paesi e nei diversi elenchi delle malattie professionali da questi adottati, talvolta privi di criteri diagnostici e di attribuzione esplicitati.

Questo scenario non riguarda tuttavia il nostro Paese dove lo sforzo di definizione di criteri chiari e condivisi per la diagnosi e l'attribuzione delle malattie muscoloscheletriche lavoro-correlate (WMSD) è invece stato compiuto, anche riguardo alle patologie dell'arto superiore (UL-WMSD), da parte di gruppi di esperti, società scientifiche e istituzioni.

Ne è un esempio il documento di consenso del gruppo di

lavoro multidisciplinare coordinato da ISPSP nel 2003, che ha esplicitato una proposta per la definizione della certezza diagnostica e per la valutazione del nesso di causa (3).

Ne rappresenta un secondo esempio il documento di consenso presentato nel 2005 dal gruppo di lavoro coordinato dal centro EPM della Clinica del Lavoro di Milano (4).

Un terzo documento di consenso è stato proposto nelle Linee Guida formulate dalla Società Italiana di Medicina del Lavoro (SIMLII) nel 2006 (1).

Sulle patologie da movimentazione manuale dei carichi nel 1998 si erano aggiornate le Linee Guida elaborate a cura del Coordinamento tecnico delle Regioni, in collaborazione con ISPEL e ISS (6).

Riguardo ai criteri e ai metodi per la valutazione del rischio di sovraccarico biomeccanico degli arti superiori quanto proposto e sperimentato a livello nazionale nel solco delle esperienze maturate in quegli anni, è poi entrato inoltre a far parte degli standard tecnici adottati dalla ISO (5).

Sorprende pertanto osservare come Violante si proponga di suggerire "[...] una cornice metodologica per lo sviluppo di criteri per la diagnosi clinica e l'attribuzione di MSD occupazionali..." ignorando completamente quanto in precedenza realizzato in Italia da gruppi di esperti e società scientifiche.

La seconda osservazione riguarda la valutazione da fare sulla presenza di fattori di rischio extra-lavorativo, relativamente frequenti nella popolazione generale e tra i lavoratori esposti a rischio di sovraccarico biomeccanico, in particolare dell'arto superiore, come nel caso del sovrappeso/obesità, del diabete, delle gravidanze ed altro ancora; argomento trattato da Violante nel paragrafo "Ponderazione dei fattori di rischio non occupazionali nell'attribuzione". La classificazione suggerita per la presenza di questi fattori, nell'insieme valutata come "dominante" e "non dominante" rispettivamente presente in "misura pertinente" e in "misura ridotta" lascia spazio a interpretazioni arbitrarie sul "peso" da assegnare a questi fattori di rischio. Inoltre, come osservabile in tabella 4, un possibile scenario caratterizzato da esposizione occupazionale "praticamente certa" e fattori di rischio non occupazionali "dominanti" non viene preso in considerazione. Si tratta di un argomento certamente complesso, non limitato solo a risvolti medico-legali e meritevole di adeguati approfondimenti. Tuttavia, ci si chiede cosa impedisca di utilizza-

re, anche in questo contesto come in altri, il semplice riconoscimento dei fattori di rischio non occupazionali come possibile “concausa” della patologia, che non sottrae rilevanza ai rischi occupazionali e non richiede improbabili tentativi di attribuirne un ruolo in termini quantitativi. Al proposito, l’attuale orientamento giurisprudenziale appare chiaro, come evidenziato nella Circolare INAIL del 2006 (2): “[...] nel caso in cui risulti accertato che gli agenti patogeni lavorativi siano dotati di idonea efficacia causale rispetto alla malattia diagnosticata, quest’ultima dovrà essere considerata di origine professionale, pur se sia accertata la concorrenza di agenti patogeni extra-lavorativi (compresi quelli genetici) dotati anch’essi di idonea efficacia causale, senza che sia rilevante la maggiore o minore incidenza nel raffronto tra le concause lavorative ed extra-lavorative”.

Infine, osserviamo che contrariamente a quanto affermato nella dichiarazione sul conflitto di interessi Violante è stato consulente di parte aziendale in procedimenti penali concernenti patologie da sovraccarico biomeccanico; il conflitto di interessi dovrebbe sempre essere espresso, a maggior ragione quanto si tratta di contributi di carattere metodologico che si intendono proporre alla generalità dei lettori.

**Pietro Gino Barbieri**

Medico del lavoro, già direttore Servizio PSAL ASL Brescia

#### BIBLIOGRAFIA

1. Apostoli P, Bovenzi M, Occhipinti E et al. Linee Guida per la prevenzione dei disturbi e delle patologie muscolo scheletriche dell’arto superiore correlati con il lavoro (Upper Extremity Work-related Musculoskeletal Disorders – UE WMSDs). Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale, vol 4, prima revisione. Tipografia Pime Editrice. Pavia 2006
2. Circolare INAIL. Criteri da seguire per l’accertamento della origine professionale delle malattie denunciate. Roma, febbraio 2006
3. Colombini D, Occhipinti E, Cairoli S et al. Musculoskeletal conditions of the upper and lower limbs as an occupational disease: what kind and under conditions. Consensus document of a national working-group. ISPEL. *Med Lav* 2003;94(3):312-329
4. Colombini D, Menoni O, Occhipinti E et al. Criteria for classification of upper limb work-related musculo-skeletal disorders due to biomechanical overload in occupational health. Consensus document by an Italian Working Group. *Med Lav* 2005;96 Suppl 2:5-26
5. Colombini D, Occhipinti E. Scientific basis of the OCRA method for risk assessment of biomechanical overload of upper limb, as preferred method in ISO standards on biomechanical risk factors. *Scand J Work Health* 2018;44(4):436-438
6. Punnett L. Musculoskeletal disorders and occupational exposures: How should we judge the evidence concerning the causal association? *Scand J on Public Health* 2014;42(Suppl 13):49-58
7. Linee Guida per l’applicazione del D.LGS 626/94. Documento n. 14, La movimentazione manuale dei carichi. Coordinamento delle regioni e delle Province autonome, ISPEL e ISS. 1998.
8. Violante FS. Criteria for diagnosis and attribution of occupational musculoskeletal disease. *Med Lav* 2020;111,4:249-268