

Le patologie muscoloscheletriche lavoro-correlate: l'appropriatezza nell'invio dei pazienti a strutture di secondo livello

M.M. RIVA, MARISA SANTINI, G. MOSCONI

Unità Operativa Ospedaliera Medicina del Lavoro – Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Bergamo

KEY WORDS

Work related Musculo Skeletal Disorder (WMSD); construction industry; occupational physician; general practitioner

SUMMARY

«*Work related musculoskeletal disorders: appropriateness of the requests of clinical consultation in Occupational Medicine Departments*». **Background and Objectives:** *The authors analyze the results of the clinical assessment of patients suffering from suspected work-related muscular-skeletal disorders (WMSDs), observed during the course of 2008 in the Department of Occupational Medicine of the Ospedali Riuniti hospital in Bergamo. The aim was to analyse the appropriateness of the requests of clinical consultation, comparing the cases sent by general practitioners and by occupational physicians.* **Methods:** *We assessed 149 patients (mean age 47 years, DS 9.4; mean work seniority 29.5 years, DS 10.2), investigating 218 disorders in different muscular-skeletal segments. The majority of patients (63.7%) for whom a clinical consultation was requested were sent by general practitioners, 32.9% by occupational physicians, 3.4% by the National Insurance Institute for Occupational Accidents and Diseases (INAIL). The assessment was made in two steps: first a clinical and instrumental definition of the disorders, prescribing the necessary medical investigations were the diagnosis was not already clear; secondly a definition of the aetiology, requesting documentation about working conditions when this was not clear from the medical history, experience and literature, or making an inspection.* **Results:** *A majority of the patients (40.2%) were employed in the construction industry. Regarding symptoms, 54.4% of the subjects reported low back pain, 74.5% upper limb disorders (some of the patients reported several problems in different segments). The clinical diagnosis was already clear at the first consultation for 62.8% of all cases; for the other 37.2% it was necessary to prescribe some instrumental examinations or specialistic (neurologic, psychiatric, orthopaedic) medical examinations. We concluded for a diagnosis of WMSDs in 99 (45.4%) of the 218 cases (50% of the assessments requested by occupational physicians, 45.3% of the assessments requested by general practitioners). The most frequent reason for rejecting an occupational aetiology was the lack of correlation between type of disease and occupational exposure, both for patients referred by occupational physicians (58.1%) and by general practitioners (51.8%).* **Discussion:** *The results demonstrated that the appropriateness requests for clinical consultation was identical for general practitioners and occupational physicians. All physicians showed a high degree of attention for the upper limb disorders, which is a topical subject of great epidemiological interest. General practitioners and occupational physicians need to take more advantage of the diagnostic support and clinical evaluations offered by Occupational Medicine Departments and Universities for WMSDs.*

Pervenuto il 25.5.2009 - Accettato il 2.7.2009

Corrispondenza: Matteo Marco Riva, Unità Operativa Ospedaliera Medicina del Lavoro - Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Bergamo, Largo Barozzi 1, 24128 Bergamo - Tel. 035/269196 - Fax 035/266866 - E-mail: mriva@ospedaliriuniti.bergamo.it

RIASSUNTO

Abbiamo analizzato la casistica dei soggetti giunti a valutazione nel corso del 2008 presso l'ambulatorio dedicato alla diagnosi delle WMSD della UOOML di Bergamo. Lo scopo del presente lavoro è di illustrare l'appropriatezza dell'invio dei pazienti alla struttura di secondo livello, confrontando la casistica proveniente dai Medici di Medicina Generale e dai Medici Competenti. Abbiamo valutato 149 pazienti (età media del campione 47 anni, DS 9,4; anzianità lavorativa media 29,5 anni, DS 10,2), indagando, in totale, 218 distretti corporei. In merito alla commitment, la maggior parte dei soggetti, il 63,7%, è stata inviata dal Medico di Medicina Generale, il 32,9% dal Medico Competente, il 3,4% dall'INAIL. Nel 62,8% dei casi l'inquadramento diagnostico era completo, nel restante 37,2% abbiamo effettuato accertamenti strumentali e/o consulenze specialistiche per giungere ad una diagnosi certa. Il settore lavorativo di provenienza maggiormente rappresentato nel campione in esame è quello dell'edilizia: 40,2% dei Pazienti. Nella popolazione in esame, il 54,4% riferiva disturbi al rachide lombo-sacrale, il 74,5% all'arto superiore (presenza di Pazienti affetti da disturbi polidistrettuali). Delle 218 patologie valutate, 99 (45,4%) sono state ritenute lavoro-correlate. In particolare abbiamo riscontrato una patologia lavoro-correlata nel 50% dei casi giunti a osservazione su invio del Medico Competente e nel 45,3% dei casi inviati dai Medici di Medicina Generale. Il più frequente motivo di esclusione della co-eziologia professionale è stato il mancato rispetto del criterio di "adeguatezza qualitativa", sia per i casi ricusati inviati dal Medico Competente (58,1%), che per quelli da Medico di Medicina Generale (51,8%). I risultati documentano per i Medici Competenti ed i Medici di Medicina Generale una sovrapposibile capacità di selezione dei casi meritevoli di approfondimento. Elevata attenzione è stata posta alle patologie a carico dell'arto superiore, segno di crescente attenzione ad un tema di estrema attualità e rilevanza epidemiologica. È auspicabile che da parte degli specialisti in Medicina del Lavoro e dei Medici di Medicina Generale siano maggiormente sfruttate le strutture ospedaliere e/o universitarie di secondo livello di Medicina del Lavoro.

INTRODUZIONE

In Regione Lombardia sono presenti sul territorio le unità Operative Ospedaliere di Medicina del Lavoro (UOOML). Questi servizi ospedalieri, così come le cliniche del lavoro universitarie, rappresentano centri di secondo livello a cui i Medici di Medicina Generale ed i Medici Competenti, oltre che l'INAIL e le ASL, possono inviare pazienti affetti da patologie di sospetta eziologia occupazionale per approfondimenti (8, 9). Si tratta di centri di Medicina del Lavoro che garantiscono il necessario supporto specialistico ai colleghi del territorio nei casi di idoneità lavorative complesse e/o di diagnosi di patologie occupazionali. Si occupano inoltre di attività di ricerca su temi legati alla prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (2, 10).

Scopo del presente lavoro è analizzare, nell'ambito delle patologie muscoloscheletriche lavoro-correlate, l'appropriatezza dell'invio dei pazienti alla struttura di secondo livello, confrontando la casistica proveniente dai Medici di Medicina Generale e dai Medici Competenti.

La scelta di concentrare l'attenzione sul tema delle patologie muscoloscheletriche è stata dettata dalla crescente rilevanza che occupano nell'insieme delle malattie lavoro-correlate (13, 20), sia per quanto riguarda il numero di segnalazioni ed indennizzi da parte dell'ente assicuratore, sia per la forte ripercussione che sovente esse hanno sulla capacità lavorativa dei soggetti che ne sono affetti (3, 4, 25).

MATERIALI E METODI

Presso la UOOML di Bergamo, analogamente a quanto avviene nelle altre province lombarde, è attivo un ambulatorio dedicato alla valutazione delle patologie muscoloscheletriche lavoro-correlate.

Per lo scopo del presente lavoro abbiamo deciso di analizzare i dati delle visite effettuate nel corso del 2008, che avessero come oggetto della richiesta la valutazione di sospetta patologia muscoloscheletrica lavoro-correlata. Non sono stati inseriti nell'analisi i casi che hanno avuto accesso alla nostra struttura per altre ragioni (visite preventive, valuta-

zione dell'idoneità etc.), anche se in alcuni di questi è stata inoltrata una segnalazione di malattia lavoro-correlata alle autorità competenti.

Le valutazioni cliniche sono state effettuate da specialisti in Medicina del Lavoro, che si sono avvalsi all'occorrenza della consulenza di specialisti in Ortopedia, Fisiatria e Neurofisiopatologia. Per i casi in cui la diagnosi non era sufficientemente documentata al momento dell'accesso, sono stati inoltre prescritti gli accertamenti strumentali necessari a definire il quadro clinico (RM, TC, RX, ecografia dei vari distretti, elettromiografia etc.) (1, 11).

Per quanto concerne la valutazione igienistica, nei casi in cui la raccolta anamnestica, i dati di letteratura e la conoscenza delle realtà produttive del territorio non sono risultate sufficienti a chiarire la modalità, l'intensità e la durata dell'esposizione, è stata inoltrata richiesta di documentazione alle aziende, in merito alla descrizione della mansione ed alla valutazione dei rischi (6, 21), in alternativa si è provveduto a verifiche dirette attraverso sopralluoghi negli ambienti di lavoro (22).

La definizione delle patologie lavoro-correlate è dunque avvenuta in presenza di una diagnosi certa, di esposizione professionale coerente con il danno (rapporto qualitativo, quantitativo e cronologico adeguati, secondo quanto definito dai dati di letteratura) (7) e previa esclusione di altre patologie o fattori di rischio extralavorativi (tra cui anche il fisiologico invecchiamento) che potessero giustificare il quadro clinico (11, 23). L'introduzione nel corso del 2008 delle "Nuove tabelle delle malattie professionali nell'industria e nell'agricoltura" (DM 28 aprile 2008), che hanno finalità assicurativa e dunque diversa da quella statistico-epidemiologica dell'elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia ai sensi dell'art. 139 del D.P.R. n. 1124/1965 (ultimo aggiornamento: D.M. 14 gennaio 2008), non ha di fatto modificato la nostra procedura di valutazione.

Abbiamo valutato 149 pazienti (età media del campione 47 anni, DS 9,4; anzianità lavorativa media 29,5 anni, DS 10,2), per un totale di 218 distretti corporei indagati. Nella tabella 1 vengono riportati i dati divisi per genere.

Il 40,2% dei pazienti proveniva dal settore edile, l'11,4% dal settore metalmeccanico, il 10,7% dal tessile, l'8,7% dal settore della chimica/gomma/materie plastiche. Il restante 29% della popolazione proveniva da altri settori (autotrasporti, editoria, sanità, panificazione etc.).

La tabella 2 riporta l'elenco dei 218 distretti che sono stati sottoposti a valutazione su richiesta dei medici (il totale è per ovvie ragioni superiore al numero dei pazienti).

RISULTATI

Sono 95 i pazienti (63,7% del campione) giunti alla nostra attenzione su invio del Medico di Medicina Generale, 49 (32,9%) su invio del Medico Competente, 5 (3,4%) per una consulenza chiesta dall'INAIL.

Più frequente nei pazienti inviati dal Medico di Medicina Generale un interessamento polidistrettuale: delle 218 patologie sottoposte a valutazione infatti solo 62 (28,4%) sono giunte su segnalazione dei Medici Competenti, 148 (67,9%) quelle inviate dai Medici di Medicina Generale (figura 1).

L'inquadramento diagnostico all'accesso è risultato completo nel 62,8% dei casi, è stato invece necessario ricorrere ad approfondimenti strumentali nel 37,2% (33,1% per i casi inviati dai Medici di Medicina Generale, 45,2% per quelli provenienti dai Medici Competenti). Sono 120 in tutto gli accertamenti strumentali a cui abbiamo dovuto ricorrere (conteggiando due volte gli esami eseguiti bilateralmente) per la definizione certa della patologia. Sono il 17,7% le patologie totalmente prive di un

Tabella 1- Popolazione inviata alla UOOML nel corso del 2008 per sospetta patologia muscoloscheletrica lavoro-correlata
Table 1 - Patients observed throughout 2008 to assess WMSDs

Sesso	N.	Età media	Dev. St.	Anzianità lav. globale media	Dev. St.
Femmina	39	47,36	7,8	26,18	8,7
Maschio	110	46,94	9,9	30,75	10,5

Tabella 2 - Distretti sottoposti a valutazione
Table 2 - Musculo skeletal segments examined

Distretto	N: di casi valutati	Età media	Dev. St.	Anzianità lav. globale media	Dev. St.
Rachide lombosacrale	81	46,6	8,8	29,2	10,2
Spalla	46	51,3	8,7	33,8	9,6
Polso	30	48,3	9,5	30,1	9,5
Gomito	20	51,7	9,5	32,5	9,4
Mano	15	45,2	11,2	27,2	11,9
Ginocchio	11	43,1	12,5	26,8	12,5
Rachide cervicale	8	52,25	4,7	35	4,7
Anca	3	53,3	6	40,6	6
Rachide dorsale	2	46,5	9,2	30,5	6,3
Piede	2	53,5	6,4	35	7

inquadramento diagnostico giunte dai Medici Competenti, 8,1% quelle dei Medici di Medicina Generale.

La patologia a carico del rachide lombosacrale è stata motivo di invio nel 54,4% della popolazione, quella dell'arto superiore nel suo complesso nel 74,5% dei pazienti. In molte circostanze lo stesso paziente è stato inviato per valutazione di più distretti.

Delle 218 patologie valutate, 99 (45,4%) sono state ritenute lavoro-correlate (figura 2). Nella tabella 3 riportiamo in dettaglio le valutazioni per singolo distretto; nella tabella 4 invece i dati sono raggruppati in base al settore di provenienza dei pazienti (la distribuzione correla con la rilevanza dei rischi lavorativi e con la prevalenza delle attività produttive nel territorio).

Nel 50% dei casi giunti a osservazione su invio del Medico Competente abbiamo concluso a favore di una patologia lavoro-correlata; la percentuale scende di poco (45,3%) per i casi inviati dai Medici di Medicina Generale, che tuttavia hanno mandato alla nostra attenzione un numero superiore di pazienti. Degli 8 casi inviati dall'INAIL, solamente 1 è stato ritenuto lavoro-correlato.

Analizzando nello specifico il settore edile, il maggiormente rappresentato nel campione e nella provincia di Bergamo, emerge che delle 42 patologie per le quali è stata richiesta valutazione dal Medico Competente il 50% sono state ritenute lavoro-correlate (in linea con la media complessiva), in riferimento ai 45 casi inviati dal Medico di Medicina Generale la percentuale sale al 68,8% (superiore a quella che si ottiene considerando tutti i settori).

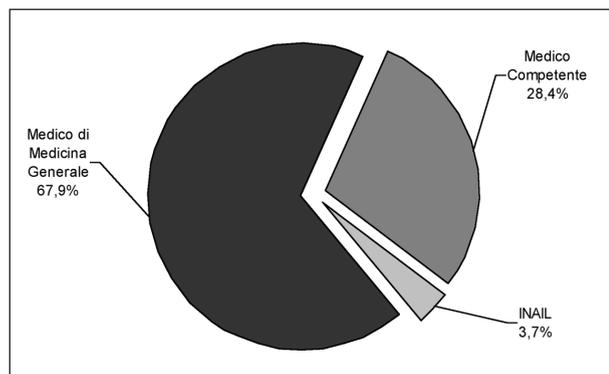


Figura 1 - Provenienza delle 218 patologie sottoposte a valutazione nel corso del 2008

Figure 1 - The 218 diseases assessed in the course of 2008 grouped according to physicians requesting clinical consultation

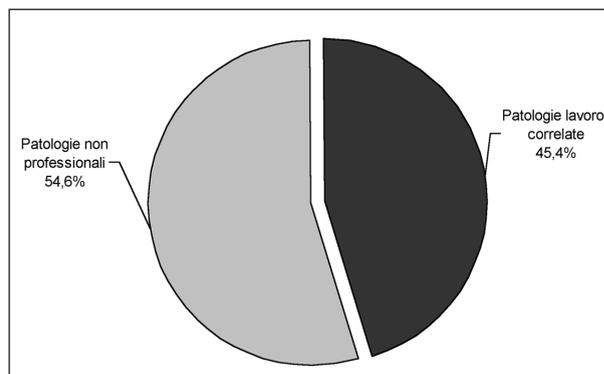


Figura 2 - Esito della valutazione relativa all'origine professionale di 218 patologie

Figure 2 - Assessment of the 218 diseases: outcomes of work-related cases

Tabella 3 - Esito delle valutazioni per singolo distretto*Table 3 - Musculo skeletal segments: outcomes*

Distretto	N. di casi valutati (A)	Lavoro-correlate (B)	Non lavoro-correlate A/B	Rapporto
Anca	3	-	3	-
Ginocchio	11	5	6	0,8
Gomito	20	10	10	1
Mano	15	6	9	0,66
Piede	2	-	2	-
Polso	30	18	12	1,5
Rachide cervicale	8	-	8	-
Rachide dorsale	2	-	2	-
Rachide lombosacrale	81	34	47	0,72
Spalla	46	26	20	1,3

Tabella 4 - Esito delle valutazioni per settore di provenienza*Table 4 - Subjects and their professional sector: outcomes*

Settore	N. di casi valutati	Lavoro-correlate (A)	Non lavoro-correlate (B)	Rapporto A/B
Agricolo/lorovivaistico	8	4	4	1
Alberghiero	1	1	-	-
Alimentare	2	1	1	1
Autotrasporti	5	2	3	0,66
Chimico	9	4	5	0,8
Commercio	4	-	4	-
Edilizia	88	52	36	1,44
Editoria	3	1	2	0,5
Elettromeccanico	2	-	2	-
Gomma	4	2	2	1
Industria del vetro	1	1	-	-
Industria del legno	2	-	2	-
Lapidei	6	5	1	5
Legno	1	1	-	-
Materie plastiche	7	1	6	0,16
Metalmeccanica	22	8	14	0,57
Panificazione	1	-	1	-
Sanitario	5	1	4	0,25
Servizi	15	4	11	0,36
Servizi estetici	3	1	2	0,5
Terziario	5	4	1	4
Tessile	24	6	18	0,33

Il dato non è influenzato dal fatto che tramite il Medico di Medicina Generale possono giungere a valutazione anche i lavoratori autonomi (popolazione lavorativa non sottoposta a sorveglianza sani-

taria); i casi di questo tipo infatti sono risultati complessivamente 7 e di questi solo 3 ritenuti lavoro-correlati. Considerando tutti i settori di provenienza, le patologie valutate in lavoratori autonomi

Tabella 5 - Et  ed anzianit  lavorativa dei pazienti provenienti dal settore edile*Table 5 - Patients employed in construction industry: mean age and mean working seniority*

Committenza	Et� media	Dev. St.	Anzianit� lavorativa media	Dev. St.
Medico Competente	45,4	10	30,7	9,8
Medico di Medicina Generale	52,3	8,9	36,9	10,4

Tabella 6 - Cause che hanno condotto ad escludere l'eziologia professionale per 119 patologie (in molti casi pi  di una per ogni paziente)*Table 6 - Reasons for rejecting occupational aetiology for 119 diseases (in many cases more than one for each patient)*

Motivo di esclusione dell'eziologia professionale	N. di casi
Mancato rispetto del criterio di adeguatezza qualitativa	63
Significative comorbidit�	45
Mancato rispetto del criterio di adeguatezza quantitativa dell'esposizione	44
Fisiologica senescenza	20
Mancato rispetto di un adeguato rapporto cronologico con l'esposizione	15
Pregressi traumi	14
Esposizioni extraprofessionali	12

sono state complessivamente 13 (tutte su invio del Medico di Medicina Generale), di queste 7 sono state ricondotte ad eziologia professionale.

Elementi che differenziano i pazienti provenienti dal settore edile inviati dal Medico di Medicina Generale da quelli che sono stati inviati dal Medico Competente sono l'et  media e, di conseguenza, l'anzianit  lavorativa media, pi  basse di circa 6-7 anni nel secondo gruppo (tabella 5). Questa differenza diviene meno significativa se si considerano i pazienti provenienti da tutti i settori, non solo dall'edilizia: in questo caso le medie differiscono di 2-3 anni circa.

Nella tabella 6 sono riassunte, in maniera schematica, le ragioni (in molti casi pi  di una per lo stesso paziente) che hanno condotto ad escludere l'eziologia professionale in 119 patologie.

Emerge che la prima causa di non attribuzione ad eziologia professionale del quadro clinico   il mancato rispetto del criterio di "adeguatezza qualitativa" (7), ovvero la patologia in oggetto non poteva essere correlata al tipo di esposizione. Di 31 patologie "ricusate" a pazienti inviati dal Medico Competente, 18 (58,1%) hanno come principale ragione il mancato rispetto del criterio di "adeguatezza qualitativa"; il rapporto   di 42 su 81 (51,8%)

per quanto riguarda i pazienti inviati dal Medico di Medicina Generale.

Ultimo risultato che vogliamo riportare   relativo ai casi in cui non   stata diagnosticata alcuna patologia, neanche non professionale. Questo   avvenuto in 6 casi (su 31 ricusati, 19,35%) inviati dai Medici Competenti, in 5 casi (su 81 ricusati, 6,17%) inviati dai Medici di Medicina Generale.

DISCUSSIONE

La prima osservazione che scaturisce dalla lettura dei risultati   che la maggior parte dei pazienti   giunta alla UOOML su indicazione del Medico di Medicina Generale (63,7% dei pazienti, 67,9% delle patologie). Il dato potrebbe essere interpretato come una carenza da parte dei Medici Competenti, ma   pi  probabile che questi, avendone la competenza, abbiano proceduto alla definizione e segnalazione delle patologie lavoro-correlate autonomamente, senza il conforto di un accertamento di secondo livello.

Contrasta con quanto sopra il fatto che, essendo coinvolta in questo studio una popolazione in et  lavorativa e con l'obbligo di sorveglianza sanitaria, la

maggior parte delle patologie lavoro-correlate individuate in soggetti inviati dal Medico di Medicina Generale sembrerebbero “sfuggite” all’attenzione dei Medici Competenti che avevano in carico i pazienti. Ne deriva che o non sono state identificate o sono state ritenute, a nostro parere erroneamente, non correlabili all’attività lavorativa. Il risultato è quello di accrescere il ben noto problema della sottosegnalazione delle patologie professionali (14, 19).

Meritevole di essere sottolineata l’attenzione posta, oltre che al distretto del rachide lombosacrale, anche all’arto superiore nel suo complesso (1, 19), motivo di invio alla UOOML di 3 lavoratori su 4, a sottolineare la rilevanza delle patologie a carico di questo distretto (12, 15) e della crescente attenzione posta al loro riconoscimento da parte dei medici. Come si evince dalla tabella 3, spalla, gomito e polso sono risultati anche i distretti contraddistinti da una maggiore appropriatezza nell’invio (maggiori i casi ritenuti lavoro-correlati rispetto ai non lavoro-correlati), soprattutto se confrontati con la patologia del rachide lombosacrale.

Questo potrebbe trovare ragione nel fatto che i medici tendono ad inviare alla UOOML i casi di patologia dell’arto superiore in cui è più evidente l’associazione con l’attività lavorativa. Meno appropriato sembrerebbe l’invio dei casi di patologia a carico del rachide, forse anche perché si tratta di una patologia più diffusa nella popolazione generale (17, 30). Nella nostra esperienza sono i pazienti stessi peraltro a rivendicare con maggiore convinzione il riconoscimento di una causa lavorativa nella genesi dei disturbi a carico del rachide più che per altri distretti, esercitando a volte “pressioni” sui medici affinché vengano effettuati approfondimenti in proposito.

Consideriamo complessivamente buona l’appropriatezza dei casi inviati: il 45,4% delle patologie presentava caratteristiche clinico/strumentali e di esposizione tale da essere ritenuta lavoro-correlata; soprattutto riteniamo positivo che i Medici di Medicina Generale abbiano mostrato una capacità di selezione dei pazienti pressoché sovrapponibile a quella dei Medici Competenti. Da approfondire invece le ragioni per le quali le specifiche competenze mediche ed igienistiche degli specialisti non hanno consentito loro di avere una maggiore accu-

ratezza nel selezionare i casi meritevoli di approfondimento.

Il settore edile, molto rappresentato nella provincia di Bergamo e caratterizzato da un noto sovraccarico per le strutture muscoloscheletriche (16, 18, 26, 29), oltre ad essere risultato quello da cui sono giunti la maggior parte dei pazienti, spesso con patologia polidistrettuale, si è contraddistinto anche per la maggiore appropriatezza nell’invio da parte dei medici (sempre intesa come numero di casi ritenuti lavoro-correlati rispetto ai non lavoro-correlati, tabella 4). Una ragione di questa attenzione all’edilizia può essere trovata nelle numerose iniziative locali promosse dalla UOOML, dall’ASL e dagli enti bilaterali (CPT e Scuola Edile) in materia di prevenzione e sicurezza nel settore delle costruzioni, che hanno reso Bergamo una provincia di riferimento per la tutela della salute in edilizia (27).

Dai risultati sembrerebbe dunque che Medici Competenti e Medici di Medicina Generale abbiano nel complesso una sovrapponibile capacità di selezione dei casi meritevoli di approfondimento. Il dato relativo al settore edile risulta tuttavia più lusinghiero per i Medici di Medicina Generale: il 68,8% di patologie lavoro-correlate tra i casi inviati da questi contro il 50% tra coloro giunti su invio del Medico Competente. La differenza di età media ed anzianità lavorativa tra i due gruppi di pazienti, più anziani quelli inviati dai Medici di Medicina Generale (tabella 5), e la più frequente polidistrettualità di patologia, fa ritenere che i casi meritevoli di approfondimento individuati dai Medici di Medicina Generale sono quelli in cui è presente un quadro clinico più conclamato e più facilmente correlabile al lavoro, mentre quelli inviati dai Medici Competenti si presentano più di frequente in fasi precoci, quando a volte è ancora possibile attuare interventi di prevenzione sia primaria che secondaria (2, 5, 28).

Ci rimangono alcuni dubbi sulla qualità della sorveglianza sanitaria effettuata dai Medici Competenti delle imprese dove operano i lavoratori con patologia professionale manifesta ed inviati alla UOOML dai Medici di Medicina Generale (24), il cui intervento ha garantito che potessero ottenere quantomeno una tutela assicurativa (23).

Il dato che a nostro parere deve destare maggiore preoccupazione è quello relativo alle cause che

hanno portato ad escludere l'eziologia professionale nella metà circa dei casi sottoposti a valutazione. Se per quanto riguarda i Medici di Medicina Generale, non esperti della materia, è comprensibile una limitata conoscenza del rapporto tra esposizione e patologia, è criticabile a nostro parere che oltre la metà dei casi (58,1%) "ricusati" ai Medici Competenti abbiano come ragione principale il mancato rispetto del criterio di "adeguatezza qualitativa".

Consapevoli dei limiti delle considerazioni sino a qui esposte, anche per la esigua consistenza del campione studiato, motivo per il quale seguiranno a raccogliere dati e ad approfondire il tema, nondimeno proviamo ad avanzare alcune riflessioni.

Le patologie lavoro-correlate diagnosticate a pazienti giunti su invio del Medico di Medicina Generale hanno coinvolto prevalentemente lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria in azienda. La diagnosi in questi casi è giunta tardivamente e spesso quando il coinvolgimento era già polidistrettuale. Dubbi rimangono dunque sulla qualità della sorveglianza sanitaria applicata dai Medici Competenti di queste aziende, che tra le altre cose non avrebbero consentito ai lavoratori di beneficiare della dovuta tutela assicurativa, oltre che contribuire al problema della sottostima delle malattie professionali (19, 24).

Giudichiamo positivo il fatto che i Medici di Medicina Generale ricorrano con maggiore frequenza degli specialisti a strutture di secondo livello, peraltro dopo avere già effettuato nella maggior parte dei casi un buon inquadramento clinico e strumentale delle patologie (in questo occorre considerare che hanno sicuramente a disposizione maggiori strumenti dei Medici Competenti). Per favorire i rapporti con le strutture ospedaliere e per migliorare l'appropriatezza e la tempestività dell'invio di pazienti (punto debole emerso dai risultati), riteniamo sia utile promuovere attraverso gli ordini professionali incontri e corsi di aggiornamento per i Medici di Medicina Generale.

Importante elemento dell'operato dei Medici Competenti che hanno usufruito della UOOML nel percorso diagnostico, è invece il fatto che siano giunti ad identificare più tempestivamente le patologie lavoro-correlate, garantendo anche la possibi-

lità di intervenire con una prevenzione almeno secondaria (2, 10).

Sicuramente positiva l'attenzione posta da parte dei medici (di Medicina Generale e specialisti) alle patologie a carico dell'arto superiore, segno di crescente attenzione ad un tema di estrema attualità e rilevanza epidemiologica (4).

Riteniamo invece un dato critico il numero di casi in cui la valutazione è stata chiesta da parte di Medici Competenti in merito a patologie che non potevano essere determinate dal tipo di esposizione in ambito lavorativo (mancato rispetto del criterio di "adeguatezza qualitativa"). Per consentire a tutti gli specialisti di mantenere alta la capacità di definire la giusta e coerente relazione tra esposizione professionale e danno (23), riteniamo sia opportuno proseguire nella direzione tracciata dalla Società Italiana di Medicina del Lavoro ed Igiene Industriale (SIM-LII), garantendo costante produzione di Linee Guida sui temi di maggiore interesse ed organizzando percorsi formativi e di aggiornamento.

È auspicabile, vista la disponibilità sul territorio ed il supporto che possono offrire, che da parte degli specialisti in Medicina del Lavoro e dei Medici di Medicina Generale vengano maggiormente sfruttate le strutture ospedaliere e/o universitarie di secondo livello di Medicina del Lavoro.

NO POTENTIAL CONFLICT OF INTEREST RELEVANT TO THIS ARTICLE WAS REPORTED

BIBLIOGRAFIA

1. AAVV: *Work-related neck and upper limb musculoskeletal disorders*. European Agency for Safety and Health at Work, 1999
2. APOSTOLI P, BOVENZI M, OCCHIPINTI E, e coll: *Linee Guida per la prevenzione dei disturbi e delle patologie muscolo scheletriche dell'arto superiore correlati con il lavoro. Prima revisione*. Pavia: Tipografia Pime Editrice Srl, 2006
3. BALLETTA R, ORSINI D, BONACCORSO F, e coll: *Le malattie da lavoro correlate da sovraccarico biomeccanico. Le prime casistiche esaminate all'INAIL. I protocolli diagnostici. Le malattie da CTD denunciate negli anni 1996-1999: l'andamento del fenomeno e la criteriologia medicolegale. Atti del 62° Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale*, Genova, 1999

4. BERNARD BP: *Musculoskeletal Disorders and Workplace Factors. A critical review of epidemiologic evidence for work-related musculoskeletal disorders of the neck, upper extremity, and low back*. National Institute of Occupational safety and Health, 1997
5. BOVENZI M, ANGOTZI G, APOSTOLI P, e coll: *Linee Guida per la prevenzione dei disturbi e delle patologie da esposizione a vibrazioni meccaniche negli ambienti di lavoro. Prima revisione*. Pavia: Tipografia Pime Editrice Srl, Pavia, 2007
6. CAPODAGLIO EM, FACIOLI M, BAZZINI G: La valutazione del rischio connesso ad attività lavorative ripetitive: sperimentazione di diversi metodi proposti dalla letteratura. *G Ital Med Lav Erg* 2001; 23: 467-476
7. CAZZANIGA A, CATTABENI CM: *Compendio di medicina legale e delle assicurazioni*. UTET, 1999
8. COGGIOLA M, ROMANO C, BARACCO A, e coll: Criteri per la denuncia ex D.M. 27/4/04 delle spondilodiscopatie del tratto lombare e dell'ernia discale lombare. *G Ital Med Lav Erg* 2005; 27: 401-406
9. COLOMBINI D, MENONI O, OCCHIPINTI E, e coll: Criteri per la trattazione e la classificazione di casi di malattia da sovraccarico biomeccanico degli arti superiori nell'ambito della medicina del lavoro. Documento di consenso di un gruppo di lavoro nazionale. *Med Lav* 2005; 96: 5-26
10. COLOMBINI D, OCCHIPINTI E, CAIROLI S, e coll: *Linee Guida per la prevenzione dei disturbi e delle patologie muscolo-scheletriche del rachide da movimentazione manuale dei carichi*. Pavia: Tipografia Pime Editrice Srl, 2004
11. COLOMBINI D, OCCHIPINTI E, CAIROLI S, e coll: Le affezioni muscolo-scheletriche degli arti superiori e inferiori come patologie professionali: quali e a quali condizioni. Documento di consenso di un gruppo di lavoro nazionale. *Med Lav* 2003; 94: 312-329
12. DAVIS L, WELLMAN H, PUNNETT L: Surveillance of work-related carpal tunnel syndrome in Massachusetts, 1992-1997: a report from the Massachusetts Sentinel Event Notification System for Occupational Risks (SENSOR). *Am J Ind Med* 2001; 39: 58-71
13. FRANK JW, KERR MS, BROOKER AS, et al: Disability resulting from occupational low back pain. Part I: What do we know about primary prevention? A review of the scientific evidence on prevention before disability begins. *Spine* 1996; 21: 2908-2929
14. FRIEDRICH M, CERMAK T, HEILLER I: Spinal troubles in sewage workers: epidemiological data and work disability due to low back pain. *Int Arch Occup Environ Health* 2000; 73: 245-254
15. HANRAHAN LP, HIGGINS D, ANDERSON H, et al: Project SENSOR: Wisconsin surveillance of occupational carpal tunnel syndrome. *Wis Med J* 1991; 90: 82-83
16. LATZA U, KARMAUS W, STÜRMER T, et al: Cohort study of occupational risk factors of low back pain in construction workers. *Occup Environ Med* 2000; 57: 28-34
17. LEE P, HELEWA A, GOLDSMITH CH, et al: Low back pain: prevalence and risk factors in an industrial setting. *J Rheumatol* 2001; 28: 346-351
18. LEMASTERS GK, ATTERBURY MR, BOOTH-JONES AD, et al: Prevalence of work related musculoskeletal disorders in active union carpenters. *Occup Environ Med* 1998; 55: 421-427
19. MANI L, GERR F: Work-related upper extremity musculoskeletal disorders. *Prime Care* 2000; 27: 845-864
20. MOLTENI G, DE VITO G, SIAS N, GRIECO A: Epidemiologia delle alterazioni muscoloscheletriche da sovraccarico biomeccanico. *Med Lav* 1996; 87: 469-481
21. MOORE JS: Biomechanical models for the pathogenesis of specific distal upper extremity disorders. *Am J Ind Med* 2002; 41: 353-369
22. OCCHIPINTI E, COLOMBINI D: Alterazioni muscoloscheletriche degli arti superiori da sovraccarico biomeccanico: metodi e criteri per l'inquadramento dell'esposizione lavorativa. *Med Lav* 1996; 87: 491-525
23. OCCHIPINTI E: Patologie cronico-degenerativa dell'apparato muscolo-scheletrico da sovraccarico biomeccanico: orientamenti per l'inquadramento dell'esposizione lavorativa a fini preventivi ed assicurativi. *G Ital Med Lav Erg* 2004; 26: 419-420
24. PAVESI G, BANCONE C, BARTOLOZZI F, e coll: Le malattie professionali sono sottostimate in edilizia? *G Ital Med Lav Erg* 2006; 28 (3 Suppl): 70-71
25. PUTZ-ANDERSON V, BERNARD BP, BURNS SE, et al: *A critical review of epidemiologic evidence for work-related musculoskeletal disorders of the neck, upper extremity, and low back*. NIOSH Publication 1997, 97-141
26. RIVA MM, MOSCONI G: Le patologie muscoloscheletriche lavoro-correlate nel settore edile. *G Ital Med Lav Erg* 2008; 30 (Suppl 2): 83-84
27. RIVA MM, PAVESI G, BANCONE C, e coll: Incidenza delle malattie professionali in edilizia. Il ruolo della prevenzione. *G Ital Med Lav Erg* 2006; 28: 351-352
28. ROTHENBACHER D, BRENNER H, ARNDT V, et al: Disorders of the back and spine in construction workers: prevalence and prognostic value for disability. *Spine* 1997; 22: 1481-1486
29. STÜRMER T, LUESSENHOOP S, NETH A, et al: Construction work and low back disorder. Preliminary findings of the Hamburg construction worker study. *Spine* 1997; 22: 2558-2563
30. TUBACH F, LECLERC A, LANDRE MF, PIETRI-TALEB F: Risk factors for sick leave due to low back pain: a prospective study. *J Occup Environ Med* 2002; 44: 451-458