

Rapporti tra Medicina Generale e Medicina del Lavoro. Risultati di un'indagine condotta su medici di medicina generale della Provincia di Monza e della Brianza

MICHELE AUGUSTO RIVA¹, MICHAEL BELINGHERI², ELISABETTA CASTIGLIONI¹,
MARIA CHIARA BONAZZI³

¹Unità Operativa Complessa Medicina del Lavoro, Ospedale San Gerardo, ASST di Monza

²Scuola di Specializzazione in Medicina del Lavoro, Università degli Studi di Milano

³Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Milano Bicocca

KEY WORDS: Occupational health; primary health care; Basic Occupational Health Services; Italy

PAROLE CHIAVE: Medicina del lavoro; cure primarie; servizi di medicina del lavoro di base; Italia

SUMMARY

«Primary Health Care and Occupational Health. Results from a survey on general practitioners in the Province of Monza and Brianza». **Background:** The World Health Organization has been asking for greater collaboration between occupational medicine and primary care for many years. **Objectives:** To investigate the knowledge of general practitioners (GPs) working in a province of Lombardy about occupational health issues and their experiences with work-related problems among their patients. **Methods:** Data were collected by telephone interview to GPs, using a 25-item questionnaire. **Results:** 111 GPs answered to the questionnaire (66.5% of the sample). Only 34.2% of the doctors knew the current regulation of occupational medicine in Italy. The GPs considered that the main work-related disease among their patients were musculoskeletal disorders and work-related stress. 90% of doctors stated to have sent at least one of their patients to an occupational medicine clinic. Only 9% declared to have notified at least one occupational disease. Among GPs who suggested how to improve the relationship between primary care and occupational medicine, 44% proposed training courses on this topic. Only 16.2% said to have attended an occupational health course during university studies. **Conclusions:** Italian GPs have poor knowledge about occupational medicine and they also have difficult relationships with occupational health physicians. Initiatives to improve cooperation between these two sectors are desirable.

RIASSUNTO

Introduzione: Da alcuni anni l'Organizzazione Mondiale della Salute auspica una maggiore collaborazione tra medicina del lavoro e cure primarie. **Obiettivi:** Indagare le conoscenze relative a tematiche di medicina del lavoro possedute dai medici di medicina generale (MMG) che operano nel territorio di una provincia lombarda, oltre alle loro esperienze con assistiti che hanno problematiche lavoro correlate. **Metodi:** La raccolta dei dati è avvenuta tramite intervista telefonica, somministrando un questionario di 25 domande ai MMG. **Risultati:** Hanno aderito allo studio 111 MMG (66.5% del campione). Solo il 34,2% degli intervistati conosce quale è l'attuale normativa di rife-

Pervenuto il 23.6.2016 - Revisione pervenuta il 10.11.2016 - Accettato il 30.11.2016

Corrispondenza: Michele Augusto Riva, MD, PhD, Unità Operativa Complessa Medicina del Lavoro, Ospedale San Gerardo, ASST di Monza, Università degli Studi di Milano Bicocca, via Pergolesi 33, 20900 Monza, Italy

Tel. +39 039 2332334 - Fax +39 039 2332434 - E-mail: michele.riva@unimib.it

rimento per la medicina del lavoro in Italia. I medici di medicina generale ritengono che le principali patologie lavoro correlate tra i propri pazienti siano i disturbi muscoloscheletrici e lo stress lavoro-correlato. Il 90% ha dichiarato di avere inviato almeno un proprio assistito ad un servizio di medicina del lavoro ospedaliero. Solo il 9% ha dichiarato di avere denunciato personalmente almeno una malattia professionale. Tra i MMG che hanno proposto consigli per migliorare i rapporti tra cure primarie e medicina del lavoro, il 44% ha suggerito di effettuare corsi di formazione sull'argomento. Solo il 16,2% ha dichiarato di avere effettuato un corso di medicina del lavoro durante il suo percorso universitario. **Conclusioni:** I MMG italiani appaiono essere poco formati sugli aspetti relativi alla medicina del lavoro. Inoltre riferiscono problematiche di relazione con medici competenti. Risultano quindi auspicabili iniziative per favorire una maggiore integrazione tra i settori.

INTRODUZIONE

Consapevole della fondamentale importanza del lavoro come determinante socioeconomico della salute del singolo individuo e della rete familiare e sociale che lo circonda, negli ultimi anni l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha auspicato una maggiore collaborazione tra la medicina del lavoro e le cure primarie (*Primary Health Care*, PHC) (41). L'interesse dell'OMS verso il dialogo tra queste due discipline è motivato dal fatto che a livello globale solo il 10-15% dei lavoratori ha accesso a servizi di medicina del lavoro, mentre oltre il 70% della popolazione mondiale ha contatto con una forma di assistenza primaria (41). Gli ambulatori di medicina generale possono quindi rappresentare un luogo ideale in cui effettuare attività di prevenzione e controllo degli infortuni e delle malattie professionali, soprattutto in quei contesti (paesi a risorse limitate, economie emergenti) in cui non esistono servizi di medicina del lavoro (4). Si stima, infatti, che circa il 16% delle assenze per malattie di durata superiore ai 3 giorni, in pazienti in età lavorativa, sia dovuta ad una patologia professionale non riconosciuta. In particolare, circa il 30% dei pazienti che accedono agli ambulatori di medicina generale ritengono che la propria problematica di salute sia legata al lavoro (3, 8, 32).

Nel novembre 2011 l'OMS ha organizzato all'Asia (Paesi Bassi) un congresso interamente dedicato a questi aspetti (43). La Conferenza ha sottolineato l'importanza di integrare servizi di medicina del lavoro di base (*Basic Occupational Health Services*, BOHS) all'interno delle cure primarie, attraverso

l'attivazione di programmi di formazione rivolti ai medici di medicina generale per riconoscere precocemente le malattie lavoro-correlate, tutelare la capacità lavorativa dei propri assistiti e supportarne il reintegro lavorativo sia dopo una patologia professionale sia non professionale (43). In accordo con l'OMS, nel giugno 2014, WONCA (*World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners*) e ICOH (*International Commission on Occupational Health*) hanno emanato un comunicato congiunto impegnandosi ad affrontare le lacune nei servizi che vedono interfacciarsi le cure primarie con la medicina del lavoro, in modo da prevenire e gestire al meglio i problemi dei lavoratori (42). L'interesse dell'ICOH su questo tema è anche confermato dalla presenza di una *semiplenary session* (*Global Approaches to Incorporating Occupational Health into Primary Healthcare*), sul rapporto tra medicina del lavoro e PHC nell'ultimo congresso internazionale a Seul nel giugno 2015.

Occorre innanzitutto precisare che medicina del lavoro e medicina generale si differenziano da paese a paese, in relazione ai diversi sistemi di organizzazione sanitaria (23). Per esempio, in Finlandia i lavoratori possono scegliere il medico aziendale come proprio medico curante (19, 23), mentre in alcuni paesi come i Paesi Bassi e la Francia sono stati condotti alcuni progetti pilota per favorire l'integrazione tra le due figure (5, 38, 39).

Una delle critiche mosse nei confronti dei MMG è la gestione dei certificati di malattia (14, 17, 30). Ad esempio si sono registrate notevoli difformità nei giorni di malattia prescritti dopo il medesimo intervento chirurgico, a parità di carico lavorativo (7, 27).

Per risolvere questa problematica, negli ultimi anni nel Regno Unito è stato introdotto un nuovo sistema di certificazione elettronica di malattia (*fit note*) da parte del medico curante (incluso lo specialista ospedaliero), il quale, in presenza di problematiche di salute con prognosi superiore ai sette giorni, può scegliere di non prescrivere giorni di astensione dal lavoro, ma di indicare piuttosto il ritorno del paziente alla propria mansione con alcune limitazioni temporanee. In caso di assenze per malattia superiori alle quattro settimane continuative, il lavoratore può rivolgersi attraverso il proprio medico curante ad un servizio denominato “*Fit For Work*” che prevede l’assistenza gratuita da parte di specialisti di medicina del lavoro che prescrivono un “*Return to Work Plan*” specifico per il lavoratore (10, 11). Questo sistema implica che il medico di medicina generale acquisisca maggiori conoscenze di medicina del lavoro, sia attraverso una formazione specifica sia tramite una più stretta collaborazione con il medico aziendale (6, 24).

In realtà, i MMG risultano ancora carenti sui temi relativi alla medicina del lavoro. Nel 2012 è stato condotto in Cornovaglia (Regno Unito) uno studio da Richards-Taylor et al. su 300 cartelle elettroniche di medici di medicina generale, estratte in maniera randomizzata in un campione di pazienti in età lavorativa (16-65 anni) (28). L’analisi delle cartelle ha evidenziato che solo il 17% conteneva dati relativamente alla professione svolta dal paziente. In 50 casi, i MMG avevano ipotizzato una patologia correlata all’attività lavorativa, pur raccogliendo l’anamnesi lavorativa solamente in 35 cartelle. Tra i casi di possibile patologia lavoro correlata, il 70% era attribuibile a problematiche muscoloscheletriche e a disturbi stress-lavoro correlato. I MMG, intervistati sulla carenza di dati sullo stato occupazionale del proprio assistito, riferivano che questa era dovuta a mancanza di tempo oppure perché consideravano questo tema poco rilevante (28). La medesima indagine è stata ripetuta ad un anno di distanza, dopo l’introduzione del sistema “*fit note*” nel Regno Unito. Il numero di cartelle contenenti l’anamnesi lavorativa era aumentato significativamente, passando dal 17% al 30%. Il numero di medici di medicina generale che riteneva importante raccogliere l’anamnesi lavorativa dei loro assistiti era salito dal 70 al 90%.

Oltre alla mancanza di formazione dei medici di medicina generale, la letteratura scientifica internazionale ha evidenziato una scarsa comunicazione con il medico del lavoro. Un recente studio, condotto in Germania, basato su interviste telefoniche rivolte a MMG e medici del lavoro, ha evidenziato che entrambe le figure vorrebbero una maggior comunicazione attraverso contatti telefonici o via email nel rispetto della privacy del paziente, soprattutto su tematiche relative alle assenze per malattia (22). Un altro limite è rappresentato dalla mancata trasmissione dell’esito degli accertamenti effettuati dal medico del lavoro al medico di medicina generale. Ad esempio, un’indagine del 2012 pubblicata sul *British Journal of General Practice* ha mostrato come solo il 20% delle diagnosi di depressione, effettuate dal medico del lavoro tra i propri assistiti, sono state comunicate al medico curante (35). La letteratura internazionale evidenzia inoltre che i MMG faticano a comprendere il loro ruolo e le loro responsabilità (13, 33, 34, 44) e a definire i compiti del medico specialista in medicina del lavoro, verso il quale sono spesso diffidenti per il possibile conflitto di interesse con il datore di lavoro (23).

In diversi studi, i medici di medicina generale mostrano di avere difficoltà nel riconoscere le malattie professionali (20) soprattutto per quanto riguarda le malattie muscoloscheletriche e stress lavoro correlate che risultano quelle di più frequente accesso agli ambulatori di medicina generale (36, 40). In numerosi studi è emersa la necessità per i medici di medicina generale di avere maggiore formazione sulla gestione delle patologie lavoro correlate e sul tema della valutazione della capacità lavorativa (9, 12, 16, 18, 21, 25, 26, 35). La maggior parte dei medici dichiara infatti di avere acquisito competenze nel campo della salute occupazionale durante la pratica clinica, mentre pochi hanno avuto una formazione specifica (13). Infatti, il tempo dedicato ai temi occupazionali sia a livello del corso di laurea in medicina e chirurgia sia durante la formazione in medicina generale risulta essere spesso inadeguato, soprattutto in Italia (15).

Infine, un altro aspetto da tenere in considerazione è l’innalzamento dell’età di pensionamento, che determina un aumento di lavoratori con problematiche di salute croniche, generalmente gestite dal

medico curante, ma che lo specialista in medicina del lavoro deve considerare ai fini dell' idoneità lavorativa (31). La comunicazione tra i due professionisti deve essere quindi necessariamente bidirezionale.

Obiettivo del presente studio è valutare le conoscenze relative a tematiche di medicina del lavoro possedute dai medici di medicina generale che operano nel territorio della Provincia di Monza e Brianza. Inoltre sono state indagate le esperienze con assistiti che hanno problematiche lavoro correlate e le eventuali collaborazioni con i servizi territoriali e con i medici competenti.

METODI

L'indagine ha riguardato i medici di medicina generale (MMG) del territorio della Provincia di Monza e Brianza, appartenenti al distretto di Monza e di Carate Brianza. La raccolta dei dati è avvenuta tramite intervista telefonica, somministrando un questionario di 25 domande prevalentemente a risposta chiusa, suddiviso in tre sezioni ([disponibile online](#)). La prima parte aveva come obiettivo sondare le conoscenze dei MMG in merito alla normativa attuale. La seconda raccoglieva informazioni in merito alle esperienze dei medici in relazione alle problematiche lavoro correlate e ai servizi territoriali di medicina del lavoro (UOOML) e raccoglieva opinioni in merito ad eventuali difficoltà riscontrate nella gestione dei problemi lavoro correlati. Infine, nell' ultima parte venivano raccolte le informazioni sociodemografiche e sul percorso formativo del medico intervistato.

RISULTATI

Sono stati contattati telefonicamente complessivamente 167 MMG. Il 66,5% (111) ha aderito allo studio, mentre il 14,4% (24) ha rifiutato; la restante parte dei medici (19,1%) non è risultata reperibile. In tabella 1 sono riportate le principali caratteristiche sociodemografiche dei medici intervistati. Il 64,9% erano maschi, laureati tra il 1970 e il 1996 e hanno iniziato l'attività come MMG in media nel 1989, con un numero medio di assistiti di 1467. Per quanto riguarda il tipo di formazione, il 69,4% riferisce di avere conseguito una o più specializzazioni, il 6,3% ha svolto il corso triennale di formazione specifica in medicina generale, il 24,3% non è specializzato.

Tabella 1 - Caratteristiche sociodemografiche dei medici di medicina generale intervistati (N=111)

Table 1 - Sociodemographic characteristics of surveyed general practitioners (N=111)

Variabile	Categoria	N	%
Sesso	Maschi	72	64.9
	Femmine	39	35.1
Specializzazione	Sì	84	75.7
	No	27	24.3
Tipo di ambulatorio	Singolo	27	24.3
	Di gruppo	40	36.0
	In rete	44	39.7

Variabile	Media	DS	Mediana
Anno di laurea	1983	6	1982
Anno di inizio MMG	1989	8	1987
Numero assistiti	1467	208	1500

In tabella 2 sono riportati i principali risultati relativi alle conoscenze dei medici intervistati in materia di medicina del lavoro. Tra questi, il dato più significativo è che solo il 34,2% dei MMG conosce il testo legislativo di riferimento per la medicina del lavoro. Di questi, tutti erano in possesso di specializzazione mentre, tra i medici privi di specializzazione, nessuno ha risposto correttamente.

La grande maggioranza dei MMG conosce quali figure hanno l'obbligo di fare denuncia di infortunio sul lavoro (92,8%), la proporzione si riduce quando si tratti di malattia professionale (63,1%); inoltre meno della metà degli intervistati ha indicato l'obbligo di referto per infortuni con lesioni gravi e/o gravissime.

E' stato chiesto ai MMG di stimare la frequenza delle principali patologie professionali nella popolazione dei loro assistiti, indicando un punteggio da 0 (non frequente) a 6 (molto frequente). Le patologie con un punteggio più elevato sono risultate i disturbi dell'apparato locomotore e quelli stress lavoro-correlati, con rispettivamente 4,4 e 4,0. Seguono le allergie/dermopatie (2,6), i disturbi respiratori (2,2), l'ipoacusia (2,0) e infine i tumori lavoro correlati (1,1) (dati non in tabella).

Come indicato in tabella 2, la maggior parte dei medici ha dichiarato di avere inviato in passato

Tabella 2 - Risposte alle domande relative alle conoscenze dei MMG (N=111)*Table 2 - Answers distribution about general practitioners knowledge*

Quesito	Risposte	N	%
Qual è l'attuale testo legislativo di riferimento in materia di salute e sicurezza sul lavoro?	D.Lgs. 626/1994	43	38.7
	D.Lgs. 81/2008	38	34.2
	D.Lgs. 106/2009		
	Non so	30	27.0
Chi può fare denuncia di malattia professionale?	Qualsiasi medico	70	63.1
	Medico del lavoro	21	18.9
	MMG	2	1.8
	Medico del lavoro e MMG	15	13.5
	Medico legale	3	2.7
Chi può fare denuncia di infortunio?	Qualsiasi medico	103	92.8
	Medico del lavoro	0	0.0
	MMG	2	1.8
	Medico del lavoro e MMG	6	5.4
	Medico legale	0	0.0
Il MMG può essere sanzionato in caso di omissione di denuncia di malattia professionale?	Sì	83	74.8
	No	2	1.8
	Non so	26	23.4
Quale tipo di infortunio prevede l'obbligo di referto?	Qualsiasi lesione	53	47.7
	Lesioni gravi o gravissime	51	45.9
	Nessuna lesione	0	0.0
	Non so	7	6.3
Nel territorio dell'ASL di Monza e Brianza sono presenti UOOML?	No	0	0.0
	Sì, A.O. Vimercate e Desio	18	16.2
	Sì, A.O. San Gerardo di Monza	17	15.3
	Sì, entrambe	76	68.5
Tra i suoi assistiti, ci sono casi di problemi di idoneità lavorativa non risolta (ad esempio negato cambio di mansione)?	Sì	74	66.7
	No	35	31.5
	Non so	2	1.8
Qualcuno tra i suoi pazienti ha una malattia professionale?	Sì	67	60.4
	No	38	34.2
	Non so	6	5.4
Le è capitato di effettuare una denuncia di malattia professionale?	Sì	10	9.0
	No	100	90.1
	Non so	1	0.9
Ha mai inviato un suo assistito alle strutture ospedaliere di medicina del lavoro?	Sì	100	90.1
	No	9	8.1
	Non so	2	1.8
Negli ultimi 12 mesi, ha mai suggerito ai suoi assistiti di rivolgersi al medico competente in caso di problemi lavoro-correlati?	Sì	98	88.3
	No	13	11.7
Negli ultimi 12 mesi, tra i suoi assistiti qualcuno ha riferito la necessità di rifiutare o ridurre i giorni di malattia a causa di pressioni da parte del datore di lavoro?	Sì	68	61.3
	No	35	31.5
	Non so	8	7.2

qualche assistito alle UOOML presenti sul territorio. I motivi principali dell'invio (dati non riportati in tabella) sono stati lo stress lavoro correlato (69%) e i disturbi muscolo scheletrici (64%). Seguono allergie/dermopatie (29%), problemi di idoneità lavorativa (26%), disturbi respiratori (15%) e ipoacusia (10%) (dati in tabella). Allo stesso modo, i medici dichiarano di aver consigliato ai propri assistiti di rivolgersi al medico competente aziendale negli ultimi 12 mesi, mediamente $3 \pm 1,5$ volte.

Il 66,7% degli intervistati sosteneva che tra i propri assistiti fossero mediamente presenti $2 \pm 1,7$ soggetti con problemi di idoneità lavorativa. Per quanto riguarda invece le malattie professionali, il 60,4% riferisce 3 ± 7 casi di malattia professionale. In merito alla denuncia delle stesse, solo il 9% ha dichiarato di avere denunciato personalmente almeno una volta una malattia professionale.

Solamente il 45,0% degli intervistati si è espresso sulle difficoltà incontrate nella gestione delle problematiche lavoro correlate. In ordine di frequenza i problemi emersi riguardano: i rapporti con il medico competente e con i servizi ospedalieri (26%), la prescrizione dei giorni di malattia o la gestione delle richieste dei pazienti (23%), il non rispetto delle limitazioni da parte dei datori di lavoro (16%), le scarse conoscenze/informazioni (13%), le difficoltà nella diagnosi (12%) e la reticenza da parte del paziente (10%).

Infine, il 16,2% ha formulato dei consigli per risolvere le problematiche elencate. La principale richiesta è aumentare i corsi di formazione e le informazioni a disposizione dei MMG (44%), seguita dal facilitare l'accesso al medico competente e ai servizi sul territorio (15%), aumentare i controlli nelle aziende (11%), migliorare la relazione tra MMG e medico aziendale (11%) e migliorare la formazione/informazione dei lavoratori.

Occorre infine segnalare che il 16,2% ha affermato di aver effettuato un corso di medicina del lavoro durante il percorso pre-laurea (corso reso obbligatorio nell'ordinamento universitario solamente a partire dal 1993-1994). Solo il 7,2% riferisce di aver partecipato ad un corso di formazione/aggiornamento in materia di medicina del lavoro negli ultimi 5 anni, a fronte di un 16,8% che dichiara di aver ricevuto proposte di corsi di questo tipo.

DISCUSSIONE

Dal nostro studio è emerso che, secondo la percezione dei medici di famiglia, le patologie lavoro correlate più frequenti sono i disturbi a carico dell'apparato locomotore e lo stress lavorativo. Questo dato è in linea con quanto riportato dalla letteratura scientifica internazionale (2, 13,19, 28) e con i dati INAIL sulle malattie professionali presenti nel territorio della Provincia di Monza e Brianza, dove è stata condotta la presente indagine. Come riportato in tabella 3, i disturbi muscolo-scheletrici risultano essere le problematiche lavoro correlate più frequentemente riconosciute (1). Al contrario, sebbene lo stress lavoro correlato sia percepito come seconda problematica più frequente dai medici intervistati, i dati INAIL del territorio mostrano che solo lo 0,6% delle malattie professionali riconosciute sia relativo a disturbi di natura psicologica. Nella maggior parte dei casi di problematiche stress lavoro-correlate, infatti, gli approfondimenti specialistici effettuati non confermano la natura lavorativa del problema oppure non forniscono evidenze tali da consentire un riconoscimento di malattia professionale. Queste difficoltà potrebbero spiegare perché, a fronte di un'alta frequenza riscontrata tra i medici curanti, le effettive denunce e i riconoscimenti da parte dell'INAIL siano scarsi. Un'altra discrepanza tra quanto riferito dai MMG e i dati INAIL si rileva per l'ipoacusia da rumore che risulta essere la terza tipologia

Tabella 3 - Malattie professionali definite positivamente da INAIL suddivise per categoria diagnostica nel territorio della Provincia di Monza e Brianza nel periodo 2011-2015

Table 3 - Occupational diseases in Monza area between 2011 and 2015, confirmed by INAIL (National Institute for Insurance against Accidents at Work)

Malattia professionale	Numero	%
Patologie muscolo scheletriche	272	53.4
Tumori	70	13.8
Ipoacusie	67	13.1
Patologie del sistema nervoso	45	8.8
Patologie della cute	19	3.7
Patologie respiratorie	19	3.7
Patologie psichiche	3	0.6
Altro	15	2.9
Totale	510	100.0

di malattia professionale riconosciuta all'interno del territorio della Provincia di Monza e Brianza, ma che viene considerata poco frequente dai MMG intervistati. La differenza può essere dovuta al fatto che questa problematica viene generalmente gestita interamente dal medico competente e difficilmente giunge all'attenzione del medico curante.

Un altro obiettivo del nostro studio era valutare le conoscenze dei MMG. Nel dettaglio, i medici intervistati hanno dimostrato di conoscere gli obblighi di legge relativi agli infortuni sul lavoro, probabilmente perché hanno più familiarità nella gestione di questi eventi. In realtà meno della metà degli intervistati ha indicato correttamente che l'infortunio sul lavoro prevede l'obbligo di referto in caso di lesioni gravi o gravissime: questo dato può essere giustificato dal fatto che solitamente l'apertura dell'infortunio viene effettuata dai medici di Pronto Soccorso. Inoltre, non è frequente che il medico di medicina generale debba gestire direttamente infortuni di durata superiore ai quaranta giorni e, quindi, compilare il referto all'autorità giudiziaria.

Conoscenze più scarse sono invece risultate relativamente alla malattia professionale: solo il 63,1% degli intervistati ritiene che qualunque medico debba denunciare la malattia professionale, dato a cui corrisponde una bassa percentuale di medici che hanno effettuato personalmente una denuncia di malattia professionale (9%).

Alla luce di quanto detto fino ad ora, è interessante il dato relativo alla formazione dei medici in tema di medicina del lavoro: solo il 16,2% dei medici ha effettuato un corso universitario in materia e ancora meno sono i medici che, negli ultimi 5 anni, hanno partecipato a corsi di aggiornamento inerenti la medicina del lavoro. Da segnalare inoltre il basso numero di medici che riferiscono di aver ricevuto proposte di corsi in materia di medicina del lavoro. È inoltre da considerare che neppure l'attuale corso triennale di formazione specifica in medicina generale - che viene gestito su base regionale con programmi differenti da sede a sede - prevede un insegnamento strutturato di medicina del lavoro.

Questa mancanza di formazione viene riferita dai medici come uno dei fattori di difficoltà nella gestione dei problemi lavorativi riscontrati tra i pazienti: la maggior parte delle risposte ottenute in

merito ai consigli per superare le difficoltà, infatti, fa riferimento alla necessità di migliorare la formazione ai MMG; l'11% sostiene che sia necessaria la formazione/informazione prima di tutto dei lavoratori.

Pur dimostrando di conoscere i servizi di medicina del lavoro all'interno delle strutture ospedaliere del territorio (tutti i medici intervistati conoscevano almeno uno dei due servizi), i MMG segnalano difficoltà nell'interfacciarsi con gli specialisti, in particolare riferiscono di avere problemi nel contattare i medici competenti o i medici delle UOOML, lamentando di perdere ogni contatto dopo l'invio del paziente, limitando così la loro possibilità di azione. Il 15% delle risposte ottenute in merito ai consigli per migliorare le difficoltà riscontrate fa riferimento al miglioramento delle modalità di accesso ai servizi ospedalieri di medicina del lavoro (UOOML) e al medico competente aziendale e l'11% alla necessità di migliorare il flusso di informazioni tra il paziente, il medico curante e il medico competente / lo specialista ospedaliero di medicina del lavoro.

In aggiunta a queste criticità, i medici segnalano la complessità della gestione del paziente dovendo mediare tra le richieste del lavoratore e le evidenze mediche e normative, soprattutto in materia di certificazione di malattia. Infatti, più della metà dei medici intervistati ha riferito di aver avuto almeno un caso negli ultimi 12 mesi di lavoratore che ha rifiutato o chiesto di ridurre la prescrizione di giorni di malattia da parte del curante, a causa di pressioni da parte del contesto lavorativo.

CONCLUSIONI

Le problematiche lavoro correlate sono una realtà dell'attività del MMG che, seppur in numero limitato rispetto ad altre patologie, rivestono un ruolo molto importante se si considerano i costi diretti ed indiretti che la compromissione dell'attività lavorativa comporta.

Il medico curante deve valutare i suoi assistiti nel complesso, tenendo conto di ogni aspetto dello stato di salute dell'individuo, lavoro compreso. Da ciò deriva la necessità, da parte dei MMG, di avere strumenti adeguati per fronteggiare la complessità diagnostica delle problematiche lavoro correlate, in particolare dei disturbi muscolo scheletrici e dello

stress in ambito lavorativo. Questi ultimi sembrano infatti risultare di maggiore complessità gestionale non solo per il medico competente, ma anche per il MMG, che spesso, per mancanza di comunicazione con il medico aziendale, è costretto a ricorrere impropriamente alla prescrizione di giorni di malattia.

Il nostro studio, in accordo con la letteratura, ha evidenziato le criticità in termini di conoscenze e formazione da parte dei MMG e le difficoltà dovute alla scarsa collaborazione tra le diverse figure mediche. A tal proposito, è auspicabile lo sviluppo di nuove strategie di comunicazione, coadiuvate anche dalle nuove tecnologie, per rendere più efficace ed efficiente il lavoro dei medici curanti e degli specialisti in medicina del lavoro, consentendo una reciproca consultazione delle informazioni inerenti l'iter lavorativo e la storia clinica del lavoratore. Al medico competente potrebbe essere utile accedere alla documentazione clinica del lavoratore della propria azienda, soprattutto nei casi in cui condizioni patologiche o terapie farmacologiche possano influire sulla sua capacità lavorativa. A questo proposito bisogna ricordare che ormai da diversi anni all'interno del questionario INAIL che le aziende devono compilare per ottenere una riduzione del premio assicurativo, si richiede la dimostrazione che il medico competente abbia completato la propria cartella sanitaria con "informazioni anamnestiche raccolte dal medico di famiglia del lavoratore in merito alle patologie in atto o pregresse, alle invalidità, alle terapie in corso".

Anche il medico di medicina generale potrebbe trarre vantaggio nel ricevere i dati derivati dagli esami di laboratorio e strumentali effettuati durante l'attività di sorveglianza sanitaria. Il medico curante dovrebbe, inoltre, essere informato relativamente ai programmi di promozione della salute che vengono attivati all'interno dell'azienda e degli esiti degli stessi (29). Questo potrebbe impedire la ripetizione di esami con riduzione di costi per le aziende e per il sistema sanitario nazionale, oltre che informare prontamente il medico sulle condizioni cliniche del proprio assistito/lavoratore. In ogni caso, al fine di tutelare la privacy del lavoratore, sarebbe comunque necessario richiedere il consenso del soggetto interessato allo scambio di informazioni cliniche tra medico curante e medico aziendale. Bisogna

infatti ricordare che mentre il primo viene scelto direttamente dal paziente e può essere revocato da quest'ultimo in qualsiasi momento, il medico competente viene nominato dal datore di lavoro e non può essere revocato dal lavoratore stesso.

Infine, è fondamentale informare e formare i due professionisti sulle conoscenze, competenze e capacità reciproche, organizzando corsi di formazione e aggiornamento sui rapporti tra medicina generale e medicina del lavoro che prevedano la partecipazione di entrambe le figure. A questo proposito, potrebbe essere utile coinvolgere nell'organizzazione di queste attività formative anche le associazioni scientifiche, come la Società Italiana di Medicina del Lavoro ed Igiene Industriale (SIMLII) e la Società Italiana di Medicina Generale, al fine di favorire una maggiore crescita culturale dei due professionisti.

Le attuali e future caratteristiche demografiche e del mercato del lavoro italiano, caratterizzate, come abbiamo già ricordato, da un innalzamento dell'età di pensionamento e da un aumento di patologie cronico-degenerative nella popolazione lavorativa, stanno ponendo e porranno sempre di più nuove sfide al medico del lavoro e al medico di medicina generale. Solamente attraverso una maggiore integrazione tra il settore delle cure primarie e il settore della salute lavorativa sarà quindi possibile migliorare e prolungare la vita lavorativa, ottimizzando la capacità funzionale di ogni individuo sulla base della storia clinica e delle competenze professionali.

NON È STATO DICHIARATO ALCUN POTENZIALE CONFLITTO DI INTERESSE IN RELAZIONE ALLE MATERIE TRATTATE NELL'ARTICOLO.

BIBLIOGRAFIA

1. Azienda Sanitaria Locale di Monza e Brianza. (2014). Rapporto prevenzione collettiva e promozione della salute 2014 nel territorio ASL Monza e Brianza. Disponibile online all'indirizzo: http://www.aslmonzabrianza.it/user/download.aspx?FILE=OBJ03394.F&TIPO=FLE&NOME=RAPPORTO_PREVENZIONE_2014. (ultimo accesso il 24-06-16)
2. Beckley A, Lees B, Collington S, de Bono A: Work-related health advice in primary care. *Occup Med (Lond)* 2011; 61: 498-502
3. Benavides FG, Castejón J, Gimeno D, et al: Certification

- of occupational disease as common diseases in a primary health care setting. *Am J Ind Med* 2005; 47 (2): 176-180
4. Buijs P, Gunnyeon B, van Weel C: Primary health care: what role for occupational health? *Br J Gen Pract* 2012; 62 (605): 623-624
 5. Buijs P, van Amstel R, van Dijk F: Dutch occupational physicians and general practitioners wish to improve cooperation. *Occup Environ Med* 1999; 56 (10): 709-713
 6. Chisholm J: Fitness for work: changes in sickness absence management. *Br J Gen Pract* 2013; 63 (616): 569-570
 7. Clayton M, Verow P: Advice given to patients about return to work and driving following surgery. *Occup Med (Lond)* 2007; 57 (7): 488-491
 8. Copeman D, Skinner J, Burgin A: Occupational injury and disease among patients presenting to general practitioners in a community health centre. *Aust J Public Health* 1992; 16 (4): 413-418
 9. D'Auria D: Occupational medicine and GPs. *Practitioner* 1989; 233: 1511
 10. Department for Work and Pensions, Department of Health, Black C: *Working for a Healthier Tomorrow: Dame Carol Black's Review of the Health of Britain's Working Age Population*. London: The Stationery Office, 2008
 11. Department for Work and Pensions, Department of Health. *Improving Health and Work: Changing Lives: The Government's Response to Dame Carol Black's Review of the Health of Britain's Working-Age Population*. London: The Stationery Office, 2008: 57-65
 12. Dickinson KG: Occupational health and the general practitioner. *Practitioner* 1985; 229: 519-523
 13. Elms J, O'Hara R, Pickvance S, et al: The perceptions of occupational health in primary care. *Occup Med (Lond)* 2005; 55 (7): 523-527
 14. Foley M, Thorley K, Von Hout MC: Sickness certification difficulties in Ireland--a GP focus group study. *Occup Med (Lond)* 2013; 63 (5): 369-372
 15. Franco G, Bisio S: Total quality strategy in the formative process of the occupational physician. *Scand J Work Environ Health* 1999; 25: 153-156
 16. Harber P, Mullin M, Merz B, Tarazi M: Frequency of occupational health concerns in general clinics. *J Occup Environ Med* 2001; 43: 939-945
 17. Hardy JN: Sickness certification system in the United Kingdom: doctors are indeed agents of social control. *BMJ* 2004; 328 (7437): 461
 18. Harrison J, Harrison CE: Developing a model for occupational health provision in primary care. *Int J Occup Med Environ Health* 2002; 15 (2): 185-192
 19. Ikonen A, Räsänen K, Manninen P, et al: Work-related primary care in occupational health physician's practice. *J Occup Rehabil* 2012; 22 (1): 88-96
 20. Koh D, Lee SM: Good medical practice for occupational physicians. *Occup Environ Med* 2003; 60: 1-2
 21. Memel D: General practitioners miss disability and anxiety as well as depression in their patients with osteoarthritis. *Br J Gen Pract* 2000; 50: 645-648
 22. Moßhammer D, Natanzon I, Manske I et al: Cooperation between general practitioners and occupational health physicians in Germany: how can it be optimised? A qualitative study. *Int Arch Occup Environ Health* 2014; 87(2): 137-146
 23. Moßhammer D, Michaelis M, Mehne J, et al: General practitioners' and occupational health physicians' view on their cooperation: a cross-sectional postal survey. *Int Arch Occup Environ Health* 2016; 89 (3): 449-459
 24. Morrison J: The role of the GP in keeping people in work. *Occupational medicine*, 2011; 61 (2) 74-75
 25. Mutalik CS: Training interventions for general practitioners providing an occupational health service in the British Army. *Occup Med (Lond)* 2007; 57 (2): 145-148.
 26. Parker G: General practitioners and occupational health services. *Br J Gen Pract* 1996; 46 (406): 303-305
 27. Ratzon N, Schejter-Margalit T, Fromm P: Time to return to work and surgeon's recommendations after carpal tunnel release. *Occup Med (Lond)* 2006; 56: 46-50
 28. Richards-Taylor A, Keay J, Thorley K: Do GPs record the occupation of their patients? *Occup Med (Lond)* 2013; 63 (2): 138-140
 29. Riva MA, Cesana G: Promozione della salute nei luoghi di lavoro. In: Alessio L, Franco G, Tomei F (a cura di): *Trattato di Medicina del Lavoro*. Padova: Piccin, 2015: 335-346
 30. Roope R, Parker G, Turner S: General practitioners' use of sickness certificates. *Occup Med (Lond)* 2009; 59(8): 580-585
 31. Sng J, Lee SM, Koh D: Bridging the gap between occupational medicine and family medicine. *Ann Acad Med Singapore* 2008; 37 (2): 158-161
 32. Stern AF, Madan I: Optimal communication from occupational physicians to GPs: a cross-sectional survey. *Br J Gen Pract* 2012; 62 (605): e833-839
 33. Schwartz DA, Wakefield DS, Fieselmann JF, et al: The occupational history in the primary care setting. *Am J Med* 1991; 90: 315-319
 34. Seaton A: Diagnosing and managing occupational disease. *BMJ* 1995; 310: 1282
 35. Sen D, Osborne K: General practices and health and safety at work. *Br J Gen Pract* 1997; 47: 103-104
 36. Tennant C: Work-related stress and depressive disorders. *J Psychosom Res* 2001; 51: 697-704
 37. Thorley K, Haigh R, Pearson A: Recording occupation in general practice--a second cycle audit. *Occup Med (Lond)* 2015; 65 (1): 54-56

38. van Amstel RJ, Anema JR, Jettinghoff K, et al: Limited change in the quality of the social medical guidance and in the satisfaction of sick-listed patients, after collaborative projects between general practitioners and occupational physicians. *Ned Tijdschr Geneesk* 2005; 149 (43): 2407-2412
39. Verger P, Menard C, Richard JB, et al: Collaboration between general practitioners and occupational physicians: a comparison of the results of two national surveys in France. *J Occup Environ Med* 2014; 56 (2): 209-213
40. Viikari-Juntura E, Riihimaki H: New avenues in research on musculoskeletal disorders. *Scand J Work Environ Health* 1999; 25: 564-568
41. World Health Organization. Workers' health: global plan of action - Sixtieth World Health Assembly. Disponibile online all'indirizzo: http://www.who.int/occupational_health/WHO_health_assembly_en_web.pdf. (ultimo accesso il 24-06-16)
42. WONCA, ICOH. WONCA e ICOH statement on workers and their families. Disponibile online all'indirizzo: http://www.icohweb.org/site_new/multimedia/news/pdf/WONCA%20ICOH%20STATEMENT%20FINAL%20270614.pdf. (ultimo accesso il 24-06-16)
43. World Health Organization. Connecting health and labour. What role for occupational health in primary health care? Geneva: WHO, 2011
44. Wood FE: The use and availability of OH information: results of a study. *J Inf Sci* 1985; 9: 141-151