

ORTOPEDIA / MAL DI SCHIENA



MAL DI SCHIENA

acuto e cronico come malattia professionale

di Renato Torlaschi

In Europa un lavoratore su quattro soffre di dolori muscolo-scheletrici che non vengono inquadrati come malattia professionale. Alcune professioni, però, presentano fattori di rischio elevati per la lombalgia. Ecco i consigli da comunicare ai pazienti a rischio

I dati sono stati messi in evidenza da tempo e il costante aumento dei disturbi muscolo-scheletrici collegati allo stress lavoro-correlato indicano che siamo di fronte a una delle maggiori patologie del nuovo modo di produzione. Infatti, a livello europeo il 60% delle malattie professionali si può ricondurre a questo tipo di disturbi, mentre al secondo posto balzano le malattie da stress, con un trend crescente che pare inarrestabile. Anche in Italia si è registrato un incremento esponenziale di questo tipo di disturbi, in linea con le tendenze europee.

Le statistiche risalgono al rapporto dello Health and safety at work in Europe (Eurostat 2010) che delineavano già all'epoca un quadro preoccupante che è andato via via

peggiorando, con un lavoratore su quattro che soffre di mal di schiena. Per il nostro Paese, alcuni dati epidemiologici erano stati forniti da Amnil (Associazione nazionale fra mutilati e invalidi del lavoro) e Inail (Istituto nazionale assicurazione infortuni sul lavoro). La prima aveva emesso un rapporto nel 2013 dal quale si apprendeva che i disturbi muscolo-scheletrici sono responsabili del 49,9% delle assenze sul lavoro e del 60% delle incapacità permanenti al lavoro: a soffrire maggiormente di mal di schiena sono i lavoratori dei settori agricolo, forestale e pesca, manifatturiero e minerario, dei trasporti, dell'edilizia, dell'artigianato, della vendita al dettaglio e all'ingrosso, del settore alberghiero-ristorazione e sanitario.

Il rapporto Inail 2012, invece, aveva contato le denunce per disturbi muscolo-scheletrici, il cui numero era più che raddoppiato dal 2005 al 2009, passando da 7.926 a 16.593 casi: le cifre sono decisamente importanti, anche se l'aumento è probabilmente dovuto in larga misura al Decreto legislativo 81/08 che nel 2008 ha introdotto un nuovo riferimento normativo in Italia sulla sicurezza in ambito lavorativo e che ha accelerato il processo delle denunce, promuovendo l'emersione del fenomeno.

Tuttavia, la relazione tra ambiente di lavoro e dolori a carico della colonna vertebrale non è sempre chiara e, come spiega Francesca Di Felice, fisiatra specialista dell'isico (Istituto scientifico italiano colonna vertebrale) «è per questo che il mal di schiena non viene definito malattia professionale,

ORTOPEDIA / MAL DI SCHIENA

condizione in cui, invece, il rapporto causa-effetto tra lavoro e patologia risulta essere netto. Il mal di schiena può avere origini diverse e non strettamente legate all'attività lavorativa. È fondamentale, dunque, capire quando la comparsa di dolore alla colonna vertebrale in un lavoratore trova correlazione con fattori di rischio lavorativi. A difesa della schiena dei lavoratori la legge stabilisce l'utilizzo di ausili meccanici, una corretta organizzazione del lavoro con relative pause e turni e l'applicazione dei principi ergonomici alle postazioni di lavoro. Da non dimenticare, poi, che la tutela più grande per la salute della schiena rimane sempre e comunque il movimento».

L'Agencia europea per la salute e sicurezza sul lavoro rivela anche quali sono i maggiori fattori di rischio fisico, ambientale e organizzativo. Tra i primi figurano il sollevamento carichi, posizioni ergonomiche incongrue, movimenti altamente ripetitivi, lavorazioni manuali con carichi pesanti; i secondi comprendono ritmi di lavoro, attività ripetitive, orari di lavoro, retribuzione, attività monotona, fatica, microclima ambientale, percezione dell'organizzazione di lavoro, fattori psicosociali presenti sul lavoro.

La terapia del mal di schiena

Come trattare nell'immediato il paziente che riferisce un alla schiena? «Primo compito del medico è distinguere», risponde Di Felice.

«Attraverso l'anamnesi e la valutazione clinica vanno escluse tutte quelle condizioni che riporterebbero a una lombalgia secondaria, cioè a un mal di schiena non aspecifico, che invece è la forma più frequente e che colpisce la maggior parte della popolazione. Se si arriva a diagnosticare una lombalgia aspecifica acuta, l'approccio farmacologico più corretto vede l'utilizzo di Fans come farmaci di primo livello, mentre studi recenti ridimensionano l'utilità del paracetamolo – spiega la fisiatra –. Se il controllo del dolore non è sufficiente, è possibile

aggiungere un altro farmaco analgesico di secondo livello attingendo alla categoria degli oppiacei deboli. Possono poi essere associati altri farmaci, dal cortisone ai miorilassanti agli anticonvulsivanti, ovviamente scelti sulla base del singolo paziente». Classicamente, per trattare il mal di schiena, alla terapia farmacologica si abbinano esercizi, ma nella fase acuta sono meno importanti: «in caso di episodi ricorrenti ci può essere una gestione fisioterapica, nella singola fase prettamente acuta, lo stretching può essere efficace. L'unica cosa certa è che va evitato il totale riposo a letto, che tende a ritardare la guarigione, a meno di casi particolari come traumatismi o altro». Completamente diversa è la gestione del mal di schiena cronico. La forma acuta colpisce la quasi totalità della popolazione: l'85% delle persone, in qualche momento della propria vita, va incontro a qualche episodio. Però, tra queste, solo una piccola percentuale svilupperà una forma cronica, circa il 5%. «La distinzione tra la forma acuta e quella cronica è fondamentale – osserva Francesca Di Felice – perché si tratta di due tipi di patologie completamente diverse. La forma acuta viene definita così se i dolori durano da pochi giorni fino a un mese e, generalmente, è l'espressione di un danno tissutale, muscolare o articolare. Invece, quando il mal di schiena dura più di tre-sei mesi, assume un altro aspetto e diventa una vera e propria sindrome, detta biopsicosociale, perché la componente organica iniziale di danno tissutale passa quasi in secondo piano e si instaurano una serie di concause che comprendono anche fattori sociali e psicologici, che portano il dolore ad autosostenersi e a ridurre la qualità di vita». Il mal di schiena acuto può talvolta essere gestito in relativa autonomia anche dal paziente stesso che, magari, ne ha già avuto esperienza e non nota particolari cambiamenti dei sintomi. Questo perché, anche se non trattato in maniera attenta e puntuale, tende all'autorisoluzione. Invece il mal di schiena



ORTOPEDIA / MAL DI SCHIENA

REGOLE PER IL LAVORO STATICO

- > Un piano di lavoro di altezza adeguata non superiore a 50-55 cm deve consentire di lavorare mantenendo il gomito ad angolo retto.
- > L'appoggio di un piede su un rialzo, alternando durante la pratica le due gambe, è un utile stratagemma per variare il carico che agisce sulla colonna.
- > Bisogna evitare di stare seduti con la schiena ingobbita: non lasciarsi vincere dalla forza di gravità, ma cercare di sostenersi come se ci si volesse allungare verso l'alto. L'appoggio dei piedi ben saldi a terra e della colonna sullo schienale sono validi aiuti.
- > La profondità e la larghezza del piano di lavoro devono consentire di disporre i materiali e le attrezzature (schermo, tastiera, mouse, strumenti di lavoro) in funzione dell'attività da svolgere nonché consentire un appoggio per gli avambracci dell'operatore in modo da garantire uno scarico del cingolo scapolo-omeroale e conseguentemente della muscolatura del rachide.

[Tra i pazienti che soffrono di mal di schiena, si devono distinguere quelli che presentano sintomi e segni atipici rispetto al mal di schiena acuto primario e che fanno supporre una forma secondaria che merita, quindi, un approfondimento diagnostico]

cronico richiede un trattamento specialistico. Di Felice sottolinea, anzi, l'importanza di un coinvolgimento di più specialisti di discipline diverse. «Sul versante fisico, dopo una corretta diagnosi da parte del medico, la prima cosa che viene consigliata sono degli esercizi fisioterapici specifici, scelti sulla base delle caratteristiche del paziente: possono essere prettamente antalgici, di rinforzo o di stabilizzazione. Però si deve agire in sinergia e affiancare all'aspetto fisico anche una terapia cognitivo-comportamentale. Il fisioterapista, nelle forme croniche, deve lavorare molto sull'aspetto sociale invitando il paziente a cambiare sia le modalità di comportamento che l'approccio nei confronti del dolore. Talvolta questi aspetti richiedono l'intervento congiunto di uno psicologo. La lombalgia cronica non è di facile gestione e solo una piccola percentuale raggiunge la piena guarigione. Infatti, la maggior parte dei pazienti impara a gestire il dolore senza risolverlo completamente, ma riuscendo comunque a migliorare la qualità della propria vita».

Diagnosi differenziale

Tra i pazienti con mal di schiena ce n'è qualcuno che richiede un approfondimento diagnostico. Sono quelli che riferiscono

sintomi che vengono definiti "semafori rossi" e che sono, in realtà, manifestazioni che fanno sospettare una causa differente: si configura, quindi, una forma di mal di schiena secondaria. «Sono di diverso tipo – riferisce Di Felice – e si tratta per lo più di sintomi e segni atipici rispetto al mal di schiena acuto primario associato ad alterazione meccanica. Può trattarsi, per esempio, di dolore notturno ingravescente: sebbene possa caratterizzare anche forme di lombalgia aspecifica, è tipico delle forme infiammatorie che vanno gestite in tutt'altro modo. Oppure può esserci una storia di patologia tumorale che deve portare il medico a fare indagini di esclusione. In particolare, i tumori prostatici, mammari o polmonari possono dare delle metastasi a livello osseo: i dati e i sintomi forniti dal paziente portano a indagare in tal senso. Altre volte possono presentarsi sintomi neurologici come deficit motori o irradiazione del dolore alle gambe. Un'altezza degli sfinteri, sia a livello anale che a carico del sistema urinario, può far pensare alla sindrome della cauda equina. Infine, se visitando un paziente con una storia di aterosclerosi si sente una massa pulsante all'addome, si potrebbe trattare di un aneurisma dell'aorta. Insomma, ci sono diverse possibilità e, a seconda della problematica primaria identificata o sospettata, il medico dispone gli opportuni approfondimenti diagnostici. Il problema addominale porterà probabilmente a prescrivere un'ecografia dell'addome; se si sospetta un problema al tessuto osseo o se il paziente riferisce l'assunzione di cortisone per lunghi periodi, può essere utile approfondire con una radiografia per escludere la presenza di fratture; oppure, tutto quello che si potrebbe ricondurre al coinvolgimento del tessuto nervoso, può essere indagato con la risonanza magnetica. Ma se la visita non porta a rilevare sintomi e segni atipici, la lombalgia viene classificata come aspecifica, che nella forma acuta non necessita di alcun approfondimento radiologico», conclude.