Ernia discale lombare e lavoro: quale rapporto?

Seminario
Ernia discale lombare e lavoro: quale rapporto?

«Ernia discale e attività lavorativa: quali problemi per il medico competente»

Milano, 6 marzo 2012

Giuseppe Briatico-Vangosa
Danilo Bontadi
Paola Torri
Gruppo di lavoro ANMA

Ernia discale lombare e lavoro: quale rapporto?

Seminario
Ernia discale lombare e lavoro: quale rapporto?

Le profonde modificazioni del rapporto causa di rischio – effetti sulla salute

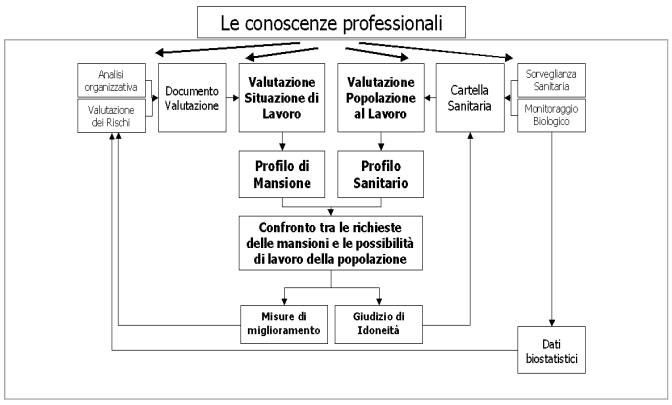
sono ancora validi e attuali i paradigmi e i criteri della Medicina del lavoro?

ANMA - *Associazione Nazionale Medici d'Azienda e Competenti*

Ernia discale lombare e lavoro: quale rapporto?

Alcune premesse

Logica funzionale del medico competente



ANMA - *Associazione Nazionale Medici d'Azienda e Competenti*

Sorveglianza sanitaria

Valutazione del rischio per la salute e la sicurezza: **il punto centrale, critico e qualificante per realizzare la prevenzione**

La valutazione del rischio, o *Health Risk Assessment* **(HRA)** in terminologia anglosassone, è la **"*cerniera*"** per l'esercizio della sorveglianza sanitaria, oltre che per la prevenzione in generale.

La prevenzione si attua con un processo globale nel quale convergono (non si mischiano) diverse competenze e professionalità.

D. Lgs. 81/2008
Schema generale dell'intervento di prevenzione

Il Medico competente inserito nel contesto aziendale

Dal Codice di Comportamento ANMA

Il cuore del ragionamento

"*Il medico d'azienda, competente in quanto prov-visto dei requisiti richiesti dalla legge* ***e nominato dal datore di lavoro****, è il Medico che,* ***inserito nel contesto aziendale per il perseguimento delle finalità generali dell'impresa****, attraverso la specifica conoscenza dell'organizzazione aziendale,* ***collabora all'attuazione di quanto necessario affinché l'attività lavorativa si svolga nel rispetto dei principi e delle norme che tutelano la salute dei lavoratori***"

ANMA - ***Associazione Nazionale Medici d'Azienda e Competenti***

Strumento utilizzato per rispondere a quanto in premessa

Osservatorio epidemiologico ANMA

attraverso incontri, interviste ai soci e questionario mirato
- raccolta dati
- problemi e criticità
- gestione lavoratori con patologia, ricollocamento lavorativo

Sintesi non strutturata dei dati raccolti

9

Cosa è emerso:

Ernia discale
- nella **popolazione esposta** a MMC ci sono prevalenze molto varie tra le varie esperienze segnalate dai soci che va **dal 1,5% al 6%**
- in quella con **posture fisse**: **dallo 0,5 % al 3,2%**
- nella **popolazione non esposta** a MMC con posture dinamiche **1% al 3,2%.**

In una casistica abbastanza ampia relativa a **personale sanitario** operante nella regione veneto viene riferita una prevalenza tra gli esposti del **3,6%,** di cui il **2%** si riferisce ad **ernia lombare** e **l'1,6% ad ernia cervicale.**

10

Confronto con alcune fonti bibliografiche ed esperienze.

11

Epidemiologia

La **prevalenza life-time** di ernia del disco lombare è stata stimata pari **all'1-3%** nei paesi occidentali.

Sulla base della storia naturale dell'ernia del disco lombare e dell'incostante corrispondenza tra quadro clinico, radiologico e anatomico, non è peraltro possibile disporre di informazioni definitive riguardanti l'incidenza o la prevalenza di ernia del disco in popolazioni determinate.

(PNLG – Appropriatezza della diagnosi e del trattamento chirurgico dell'ernia del disco sintomatica – Ottobre 2008)

12

L'ernia del disco associata a sintomi clinici si manifesta più spesso nelle **persone tra i 30-50 anni.** Sono considerati fattori di rischio le occupazioni sedentarie e l'inattività fisica, il sovrappeso, l'alta statura, **la guida di veicoli a motore prolungata e costante, le vibrazioni, i lavori a elevato impegno fisico soprattutto se comportano abitualmente il sollevamento manuale di carichi**, e le gravidanze.

Nel nostro paese **l'incidenza** di ernia discale **ad anno è del 0,1-0,5%** e solo **l'1% di tutti** i **pazienti con lombalgia acuta** presenta una diagnosi clinica di ernia discale. **Viene segnalata la grande discordanza fra imaging e clinica che va dal 30 al 70%.**
La prevalenza di irritazione dolorosa agli arti inferiori (lombo sciatalgia o sciatica) nel corso della vita è del 40%.

(Istituto Superiore di Sanità dati del 2008-2009)

13

Secondo l'ISTAT in Italia il tasso standardizzato di persone che hanno riferito negli anni 1999/2000 di essere affetti da lombo sciatalgia è del **7,25%** (6,38 M e 7,95 F).

In uno studio del 2005 riferito a 5108 lavoratori del veneto il mal di schiena era la seconda causa di malattia associata al lavoro dopo lo stress. Il **28%** delle persone intervistate era esposta a **rischio da MMC** per più del 25% del tempo lavorativo.
(Mastrangelo e coll. 2007)

14

Dal riepilogo dei dati raccolti attraverso **l'Allegato 3B** (art. 40 DL 81/2008) riferiti a 7.583 aziende del Veneto, per l'anno 2009, e riguardanti 374 Medici Competenti, per un totale di 202.563 lavoratori di cui 143.621 sottoposti a sorveglianza sanitaria, risulta che:

- **57.444 (40%)** lavoratori sono esposti a MMC (dato probabilmente sovrastimato);
- 42.000 (29%) soggetti utilizzano il VDT;
- 11.700 (8%) lavoratori esposti a vibrazioni corpo intero.

(Marchiori e Coll. Programma Regionale Epidemiologia Occupazionale, Regione Veneto)

15

Segnalazione denuncia di "**alterazioni dei dischi intervertebrali** pervenute ai servizi territoriali di ML nel biennio 2009-2010:

9.191 (35%) su 25.722 malattie osteoarticolari denunciate di cui:
64,8% maschi
35,2% femmine

I tre settori più rappresentativi.
Il campione è afferente nel:
20% al comparto socio-sanitario;
17% al metalmeccanico;
16% all'edilizia.

(Magosso, CRREO Centro Regionale di Riferimento per l'Ergonomia Occupazionale)

16

➢**Osservazioni principali e problematicità emerse**

Difficoltà nel definire correttamente la possibile eziologia professionale, specie a fronte di rischi di grado moderato-medio, anche per l'alta prevalenza di patologia nella popolazione generale.

Difficoltà nell'avere a disposizione valutazioni del rischio ben fatte che permettano di quantificare il rischio reale per mansione (***e per il singolo lavoratore***).

17

➢**Osservazioni principali e problematicità emerse**

Conseguente difficoltà nel decidere se e quando gli accertamenti collaterali alle visite mediche (*in particolare le indagini strumentali di imaging molto costose)* siano a carico del datore di lavoro (pensiamo in particolare alla piccola e media impresa).

Nella diagnosi strumentale di ernia discale i radiologi parlano tutti la stessa lingua?

Il problema dello specialista di riferimento (ortopedico, fisiatra)

18

➢**osservazioni principali e problematicità emerse**

L'incertezza della conclusione medico-legale, ovvero casi con evidente nesso causale non riconosciuti dall'istituto assicuratore e, al contrario, casi che lo sono stati, nonostante la minor evidenza, sia per quanto riguarda l'esposizione che la correlazione temporale. *Questo indica una grande discrezionalità di valutazione fra le varie sedi INAIL.*

Confusione fra i ruoli dell'INAIL:
da una parte ente assicuratore indennizzatore; contemporaneamente punto di raccolta di dati statistici delle "nuove patologie".

19

Questione di fondo

Difficoltà di stabilire un nesso causale preciso e diretto tra i fattori di rischio occupazionale e il danno discale.

20

Il giudizio d'idoneità e i problemi del ricollocamento

Difficoltà nel gestire le ridotte capacità lavorative che è accentuata, per non dire drammatica, nelle piccole imprese dove è scarsa la possibilità di mansioni alternative e dove, per il contenuto specifico del lavoro, il rischio non può essere completamente eliminato (esempio case di riposo, sanità, edilizia ecc)

Il monitoraggio dell'evoluzione della patologia in relazione ai carichi di lavoro e ai provvedimenti di tutela è prevalentemente di tipo clinico, data la grande discrepanza che spesso si osserva fra il quadro strumentale (di imaging), quello clinico e la sintomatologia.

Percezione del proprio stato di salute: un problema di grande rilevanza. Nel caso di ernia discale prevale la convinzione del lavoratore o dei suoi rappresentanti che l'inabilità permanente alla mansione è l'unica soluzione praticabile, cosa che vanifica ogni tentativo di reinserimento.

21

Centralità degli aspetti preventivi

Il problema è legato all'ambiente di lavoro:
- ergonomia delle postazioni di lavoro
- possibilità di ricorrere ad ausili meccanici
- possibilità di frazionare il carico e/o suddividere fra i lavoratori l'attività (aumento dei tempi di recupero)
- buona informazione/formazione del lavoratore sul rischio lavorativo
- stili di vita del lavoratore stesso.

22

Il Medico competente inserito nel contesto aziendale
Il caso dell'ernia discale: la gerarchia delle fonti

Health Risk Assessment **Educazione alla salute**

Soluzioni tecniche/ organizzative

Sorveglianza sanitaria «degli esposti»

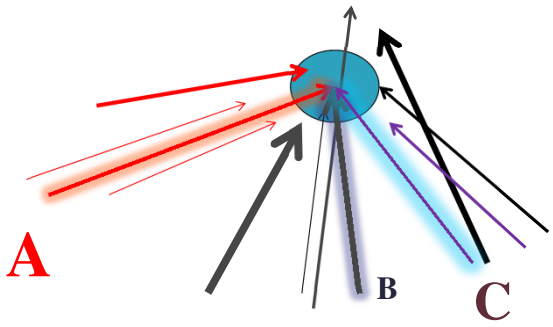
Idoneità del posto di lavoro - Idoneità al lavoro

ANMA - *Associazione Nazionale Medici d'Azienda e Competenti*

La sorveglianza sanitaria svolta dal medico competente ha come primario out-put il giudizio di idoneità ma questo non può che essere la conseguenza dell'atto medico per eccellenza:

LA DIAGNOSI

Multifattorialità



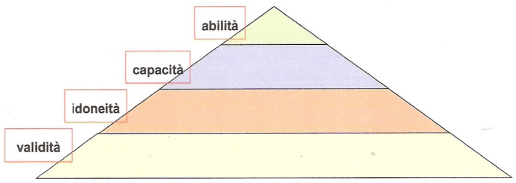
Quale vettore?
solo A, solo B, solo C ?
A + B ? A + C ? B + C ?
A + B + C ? Aa; Bb; Cc?

Il tutto non si risolve dunque con una sorveglianza sanitaria dedicata ad esprimere il giudizio di idoneità alla mansione

dire **idoneo** alla mansione non significa dire "**capace**" di svolgere i compiti della mansione considerata.

il poter svolgere una mansione deriva anche da altri variabili, che possiamo riassumere nella scala della qualità:

validità-idoneità-capacità-abilità



soprattutto nel caso di patologie a genesi multifattoriale

certezza del diritto

le perplessità del medico competente

certezze

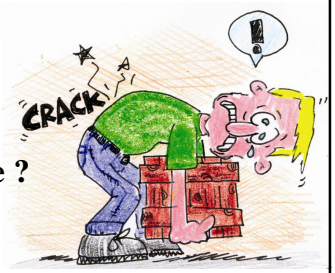
vs responsabilità del medico competente

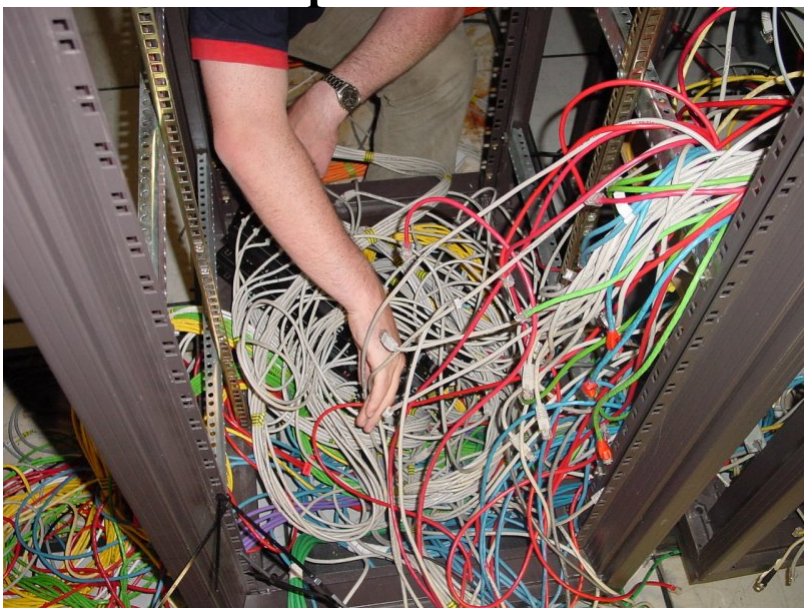
La segnalazione vs denuncia di malattia professionale e referto

Un nodo da sciogliere

Una matassa da dipanare

Fare chiarezza a tutto vantaggio della prevenzione



quale indice NIOSH per il medico competente ?

Grazie per l'attenzione