

IL MAL DI SCHIENA NEGLI OPERATORI SANITARI DURANTE IL TURNO DI LAVORO

Introduzione

Quanti di noi, occasionalmente, ha avuto problemi alla schiena durante o dopo lo svolgimento del proprio turno di lavoro? A volte presentato come dolore vero e proprio che ha richiesto giorni di riposo e trattamento medico, a volte come indolenzimento che ha ridotto in qualche modo le prestazioni lavorative?

Molti studi, anche datati, hanno dimostrato che particolari movimenti quali:

- sollevamento di pesi,
- torsioni,
- piegamenti ed esposizione a vibrazioni giocano un ruolo così impotante da essere considerati fattori di rischio.

Tali fattori sono stati inclusi dal legislatore, prima nella legge 626/94, che tutti conosciamo, e ora nel D. Leg. 81/08 o altrimenti chiamato Testo Unico.

Già a metà degli anni '90 gli operatori sanitari erano stati individuati come una categoria tra le più a rischio di sviluppare patologie a carico del rachide (36-63%).



Il Testo Unico

Soffermiamoci un attimo sulle principali differenze nella normativa.

L'attuale decreto legislativo (81/08 o Testo Unico) si interessa non solo della prevenzione delle lesioni dorso-lombari, ma anche delle patologie da sovraccarico biomeccanico che interessano il rachide cervicale, gli arti superiori ed inferiori.

Ancora, la norma attuale obbliga il datore di lavoro ad

adottare le misure organizzative necessarie e ricorrere ai mezzi appropriati quali attrezzature meccaniche per evitare la necessità di movimentazione manuale da parte dei lavoratori (la 626 al posto della E vedeva una O, quindi il datore di lavoro poteva scegliere tra una delle due opzioni invece che obbligarlo a mettere in essere entrambe). Si sono inoltre leggermente inasprite le sanzioni a carico del datore di lavoro, del dirigente e del preposto in caso d'inadempienza.

Nel decreto in vigore si fa riferimento alle "buone prassi" e alle Linee Guida ove non applicabile la norma dell'allegato XXXIII, sotto la responsabilità del datore di lavoro.

L'allegato sopracitato, che varrebbe la pena leggere per intero, considera non più il "rischio" ma le "patologie da sovraccarico biomeccanico in particolare dorso-lombari" e definisce per il lavoratore un carico di 30 kg come troppo pesante, oltre a fare differenze di genere ed età.

Ora, dopo questo brevissimo e veloce escursus del D. Lgs.

81/08 (volutamente veloce visto che l'articolo è sul mal di schiena degli operatori sanitari e non sul decreto in vigore) andiamo a vagliare le pubblicazioni della comunità scientifica internazionale.

Occupational back pain

Il nostro mal di schiena all'estero ha un nome importante: "Occupational Back Pain". Come detto in precedenza, il problema è annoso, ma qui si è voluto dare un'occhiata agli studi più recenti, per lo più quantitativi, descrittivi e retrospettivi.

A Singapore è stato somministrato un questionario nel 2005 a infermieri di dieci reparti per un totale di 267 questionari completati. Secondo tale studio la prevalenza dell'Occupational Back Pain è del 76% e, risultato che ci ha sorpreso, gli infermieri più giovani, sotto i 30 anni, avevano una prevalenza più alta, come dire che l'anzianità è inversamente proporzionale alla manifestazione della patologia. La prevalenza più alta della presentazione dei sintomi avviene durante il turno di mattina (28.3%) rispetto al pomeriggio (1.5%) e la notte (6.6%).

Il 78.8% soffre di dolore in zona lombare, il 7.3% in zona toracica e il 3.3 in zona cervicale, tali dati sono simili a quelli estrapolati da French che ha condotto uno studio randomizzato su un piccolo campione nel 1995.

Più della metà dei partecipanti (56.1%) ha riferito che il mal di schiena interferisce con



la vita professionale mentre il 9% ha preso in considerazione un eventuale trasferimento presso altro dipartimento.

A proposito di prevenzione, il personale interpellato ha proposto: l'aumento del rapporto infermiere/paziente, migliorare il lavoro di squadra, programma educativi per lo staff, avere a disposizione dispositivi per sollevare i pazienti che siano più agevoli da usare rispetto a quelli già in uso, cambiamento di mansioni per lo staff con problemi alla schiena e qualcuno ha suggerito persino di avere più uomini in reparto.

L'ipotesi dei ricercatori è che i risultati della ricerca possano essere viziati dal fatto che il personale più anziano con mal di schiena eccessivo possa aver lasciato il reparto prima dell'indagine, suggerendo così la necessità di un futuro studio qualitativo longitudinale.

Lo studio di Yassi et al del 1995 sottolinea già come gli infermieri dell'ortopedia soffrissero di mal di schiena più degli

altri colleghi, mentre questo studio ha trovato il contrario, c'è quindi da chiedersi se sia migliorato l'addestramento del personale o se siano migliorati i presidi.

Abbiamo preso in esame un altro studio del 2009 condotto su 1390 infermieri geriatrici e anche questo riporta una prevalenza del 76% per dolore al rachide lombare.

Il terzo studio datato 2009 ha investigato il problema tra 118 infermieri usando un questionario, la VAS, BDI (Beck Depression inventory) e BSI (Brief Symptom Inventory).

Questo studio ha usato quindi diversi strumenti per investigare il problema, pensando quindi ad un approccio multifattoriale con particolare attenzione alla componente psicologica ed ha trovato che il numero più significativo di infermieri che soffre di mal di schiena appartiene al Dipartimento di Emergenza rispetto al gruppo appartenente al dipartimento di Chirurgia o Medicina Interna.

La BDI ha sottolineato che chi soffriva di mal di schiena aveva un punteggio più alto per quanto riguardava la depressione, somatizzazione, aggressività e disturbi dell'umore.

Lo studio più corposo si è concluso nel 2006 e ha contato tra i partecipanti 16770 infermieri d'ospedale, 2140 infermieri di case di riposo e 2606 infermieri dei servizi domiciliari in sette paesi europei. L'analisi dei dati ha rivelato uno squilibrio tra sforzo-risultato che è stato individuato come


fattore di rischio predominante in tutti i setting presi in esame e che gli ausili per muovere i malati non erano, o erano solo marginalmente, associati in qualche modo alla disabilità. Non sono state trovate grandi differenze tra i paesi.

Uno studio tedesco del 2009 ha coinvolto sia gli infermieri che il personale di supporto. Sono stati tutti esaminati dal medico specialista per diagnosi di disordini muscolo-scheletrici. A questo studio hanno partecipato 1390 operatori sanitari di ambito geriatrico e 41 medici di Medicina del Lavoro che hanno eseguito le visite specialistiche ortopediche per accertare l'apparato muscolo-scheletrico. Inoltre l'operatore sanitario doveva compilare un questionario che raccoglieva dati anagrafici e valutava la "workability" in base alla domanda sia fisica che psicologica delle mansioni svolte, inoltre veniva accertata l'intensità del dolore, le condizioni di lavoro (tipi di letti usati per il paziente, ausili usati per muoverli ecc.), inoltre per ogni operatore è stato valutato anche l'Indice di Mas- sa Corporea.

Per finire il panorama straniero (d'obbligo quando si fa ricerca bibliografica), diamo voce a una collega d'oltreoceano che nel 2003 ci ricordava il dato reso noto da William Charney del Ministero della Sanità nel 2001. Ogni giorno negli USA 9000 operatori sanitari si infortunano sul lavoro e il peso che deve sopportare ogni giorno un operatore si aggira sui 1.8 tonnellate se si conta: sistemare il



paziente a letto, trasferirlo dal letto alla sedia a rotelle e viceversa eccetera. In modo molto onesto la collega ricorda però che la manovra universale più usata è quella del "1-2-3 su" e che può causare danni sia al paziente sia all'operatore. Ella chiama quindi la prevenzione a gran voce, mentre un gruppo di colleghe italiane ha pubblicato una revisione della letteratura sulla prevenzione per ridurre l'incidenza del mal di schiena negli operatori sanitari di tutto quel poderoso lavoro, pensiamo valga la pena sottolineare che non vi sono raccomandazioni sull'uso di fasce contenitive per la schiena, busti e supporto lombare a fini preventivi, uguale sorte per i plantari e affini mentre una "zona grigia" (quindi non ancora chiara) meritano le scarpe morbide, pavimentazioni duttili o tappeti anti-fatica. I metodi indicati come più fattibili ed efficaci prevedono esercizi ed interventi educativi appropriati.

Chissà, se in tutto questo baillamme di dati e consigli, prima o poi salterà anche fuori il consiglio della nonna sull'uso del sale grosso scaldato da porre sulla zona dolorante? 

Bibliografia

- CHEN XIAO RONG, Occupational Back Pain Among Hospital Nurses, *SGH proceedings*, 2008; vol. 17 (2).
- KROMARK, DULON M., BECK B., NIENHAUS A., Back disorders and lumbar load in nursing staff in geriatric care: a comparison of home-based care and nursing home, *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 2009; (4): 33.
- DOSOGLU M., Low back pain among nurses: a review, *Neurosurgery Quarterly*, march 2009 (19): Issue 1: 29-34.
- SIMON M., TACKENBERG P., NIENHAUS A., ESTRYN-BEHAR M., CONWAY P.M., HASSELHORN H.M., Back or neck-pain related disability of nursing staff in hospital, nursing homes and home care in seven countries-results from EuropeanNEXT-Study, *Nursing studies*, 2008; (45): issue 1: 24-34.
- ROUPA Z., VASSILOPOULOS A., SOTIROPOULOU P., MAKRIKKA E., NOULA M., FAROS E., MARVAKI CH., The problem of lowerback pain in nursing staff and its effect on human activity, *Health Science Journal*, 2008; (2), issue 4.
- BROWN D.X., A nurse speaks out. preventable back injuries and nursing- commentary, *ABNF Journal*, 2003
- COLE D.C., IBRAHIM S.A., SHANNON H.S., SCOTT F., EYLES J., Work correlates of back problems and activity restriction due to musculoskeletal disorders in the Canadian national population health service, 2001, *Occup Environ Med* (58): 728-734.
- Centro Studi EBN, *La prevenzione per ridurre l'incidenza del mal di schiena negli operatori sanitari*.
- G. FRIGERI. Movimentazione manuale dei carichi: prime note al confronto tra D. Lgs 626/94 e D. Lgs 81/08 (testo unico), Istituto Ambiente Europa.

I VOSTRI ARTICOLI...

A CURA DELLA REDAZIONE

Professione Infermiere Umbria pubblica le seguenti tipologie di articoli:

1. **articolo originale:** frutto di ricerca e/o metanalisi;
2. **revisione:** revisione della bibliografia;
3. **comunicazione:** relazione a congressi e/o poster;
4. **editoriale:** parere su una tematica e riflessioni o analisi
5. **lettera:** intervento su una tematica trattata dalla rivista;
6. **recensione:** di libro e/o materiale audiovisivo inerente le tematiche trattate dalla rivista;
7. **estratto di tesi** di laurea/master.

Gli articoli inviati per la pubblicazione devono essere indirizzati via e-mail: info@ipasviperugia.it oppure in formato cartaceo e attraverso floppy-disk al Collegio IP.AS.VI. Perugia, via Manzoni, 82 06087 Ponte San Giovanni (Pg).

Nella prima pagina dovranno essere indicati:

1. titolo dell'articolo;
2. autori con nomi completi e qualifiche professionali;
3. istituzione di appartenenza;
4. recapiti per eventuali contatti (telefono, e-mail);
5. ogni pagina dovrà essere numerata a partire dalla prima.

Il testo deve essere dattiloscritto in prima copia su una facciata, con doppia spaziatura; questo deve essere il più conciso possibile, compatibilmente con la massima chiarezza di esposizione: non si devono in ogni caso superare le 10-12 cartelle. Gli articoli devono sempre essere accompagnati da un riassunto significativo in italiano (abstract), per un massimo di 200 parole individuando 3-4 parole chiave.

Le figure, i diagrammi, le illustrazioni e le tabelle devono essere scelte secondo criteri di chiarezza e semplicità, devono essere complementari al testo e non contenere una ripetizione dello stesso, numerate progressivamente, dotate di didascalie con titolo numero

e segnalato sul testo chiaramente il punto di inserzione.

Le citazioni bibliografiche devono essere strettamente pertinenti e riferirsi a tutti e solo gli autori citati nel testo. Nel corpo del testo stesso i riferimenti bibliografici sono numerati secondo ordine di citazione; nella bibliografia al termine dell'articolo ad ogni numero corrisponde la citazione completa del lavoro al quale ci si riferisce. I modelli sotto riportati esemplificano rispettivamente come si cita: un articolo, un libro, un capitolo preso da un libro, un sito internet:

1. SCALORBI S., La formazione degli infermieri per l'integrazione tra professionisti, *Scenario* 2005; 22 (4): 4-8.
2. DE CASTRO P., GUIDA S., SAGONE B.M., *Diciamolo chiaramente*, p. 89, Pensiero Scientifico Editore, Roma 2004.
3. HAMER S., La pratica professionale basata su prove di efficacia, in: HAMER S., *Collinson G. Evidence based practice*, McGraw-Hill Editore, Milano 2002.
4. GNOLI C., *Le citazioni bibliografiche. Una guida introduttiva per interpretare e redigere correttamente le citazioni delle fonti bibliografiche*, (online) disponibile all'indirizzo: <http://www.aib.it/lis/faq/wcitaz.htm>, consultato il 27/11/2000)

Ogni articolo è sotto la responsabilità diretta dell'/degli Autore/i, quando il contenuto del lavoro esprime o può coinvolgere responsabilità e punti di vista dell'Ente (o Istituto, Divisione, Servizi...) nel quale l'Autore o gli Autori lavorano o quando gli autori parlano a nome delle stesse Istituzioni, dovrà essere fornita anche l'autorizzazione dei rispettivi Responsabili.

Gli autori, regolarmente iscritti all'Albo professionale, riceveranno gratuitamente in caso di accettazione e pubblicazione delle proposte, due copie della rivista su cui compare il lavoro.

Gli articoli inviati alla Rivista saranno sottoposti all'esame della redazione e dei collaboratori ed esperti di riferimento per i vari settori.

Il materiale inviato, sia esso accettato o meno per la pubblicazione, non verrà restituito.

Gli autori sono tenuti a specificare se la proposta di pubblicazione è stata inoltrata presso altre riviste. ●