

## Lombalgia nei luoghi di lavoro

### Introduzione

Il mal di schiena è un problema comune tra gli adulti che lavorano. Più di 1 lavoratore su 4 riferisce un mal di schiena in corso [1]. Alcuni episodi di mal di schiena possono essere accelerati da esigenze di lavoro fisico, ma episodi di dolore, sia legati al lavoro che non, possono contribuire ad assenze dal lavoro e alcuni lavoratori potrebbero riscontrare problemi nel continuare o nel riprendere le normali attività lavorative. Sebbene la maggior parte del dolore alla schiena non sia grave dal punto di vista medico, l'esperienza del dolore può contrastare fino ad autolimitare le attività quotidiane, e il dolore alla schiena può portare a difficoltà e interruzioni dell'attività professionale. Questa scheda riassume le evidenze sul problema del mal di schiena sul posto di lavoro.

### Prevalenza e andamento

Sia gli episodi acuti di mal di schiena che quelli cronici primari (> 6 mesi) sono comuni tra gli adulti in età lavorativa, sia maschi che femmine. Questionari tra gli addetti alla movimentazione manuale dei materiali suggeriscono una prevalenza, nel corso di un anno, del 25% di dolore alla schiena che dura più di 7 giorni, del 14% per il dolore alla schiena e che richiede cure mediche e del 10% per il dolore alla schiena che richiede un allontanamento dal lavoro [2]. Dopo un episodio acuto di mal di schiena, la maggior parte degli individui è in grado di tornare alla normale funzionalità entro parecchie settimane, ma in circa il 10% dei casi, il mal di schiena acuto può diventare un problema più cronico, che dura più di 6 mesi [3]. Dopo un episodio iniziale di mal di schiena, episodi ricorrenti di mal di schiena sono comuni, con stime di recidiva fino a due terzi entro 12 mesi dalla guarigione dal mal di schiena [4]. In caso di mal di schiena cronico primario, ai lavoratori possono essere offerti diagnosi più approfondite, trattamenti terapeutici o palliativi, coordinamento del datore di lavoro o servizi di riabilitazione professionale. Il trattamento bio-psicosociale per il mal di schiena cronico subacuto o primario è generalmente considerato l'approccio più efficace per migliorare la funzionalità e prevenire la disabilità lavorativa a lungo termine [5, 6].

### Fattori di rischio sul posto di lavoro

Alcuni tipi di esigenze di lavoro fisico aumentano il rischio di insorgenza del mal di schiena, ma il dolore alla schiena può essere sperimentato in tutti i settori e le professioni. Le attività lavorative fisiche associate all'insorgenza del mal di schiena includono posture scomode, improvvisa impossibilità a svolgere le proprie mansioni di lavoro, affaticamento, sollevamento di carichi pesanti, lavoro all'aperto, movimenti delle mani e frequenti piegamenti e torsioni [7-11]. Le richieste psicologiche che aumentano il rischio di mal di schiena sono lo scarso supporto del supervisore, il lavoro monotono stressante, il lavoro a ritmi rapidi, l'insicurezza

del lavoro, lo squilibrio lavoro-famiglia e l'esposizione a una condizione di lavoro ostile [7-11]. Le professioni che riportano i tassi più alti di mal di schiena includono infermieristica, trasporti, edilizia, magazzinaggio e paesaggistica [1].

### **Prevenzione primaria sul posto di lavoro**

Nei paesi a medio e alto reddito sono stati compiuti notevoli sforzi per prevenire l'insorgenza o l'esacerbazione del mal di schiena sul posto di lavoro. Questi sforzi includono la riduzione di elevato impegno fisico e posture scomode, la formazione dei lavoratori nelle pratiche di sollevamento e movimentazione dei materiali più sicure e la riprogettazione delle postazioni di lavoro e delle linee di assemblaggio [12, 13]. Queste misure di riduzione del rischio hanno portato ad alcuni numeri decrescenti di incidenza di mal di schiena correlato al lavoro [4], ma alcune misure di prevenzione comunemente raccomandate a livello individuale (ad esempio, l'uso di busti ortopedici non hanno mostrato benefici convincenti negli studi randomizzati [14, 15]. È provato che i lavoratori che partecipano a un'attività fisica regolare o che hanno l'opportunità di fare esercizio al lavoro, con o senza formazione, sperimentano tassi più bassi di mal di schiena [14, 16-18].

### **Mal di schiena e fattibilità lavorativa**

Anche dopo un'attenta valutazione e gestione medica, i lavoratori con modelli simili di mal di schiena possono sperimentare risultati molto variabili in termini di capacità di rimanere al lavoro o tornare al lavoro. Gli sforzi per creare sistemi di misurazione validi e oggettivi per valutare la capacità funzionale e la fattibilità lavorativa spesso non sono correlati con i risultati del rientro al lavoro [19,20], e i ricercatori hanno notato la complessità dei fattori che contribuiscono agli esiti funzionali e professionali del mal di schiena, comprese le convinzioni sul dolore, sistemi sanitari, sostegno e postazioni sul posto di lavoro e sociodemografia [21, 22]. Pertanto, se il mal di schiena porta a livelli disabilitanti di malfunzionamento sul posto di lavoro dipende dalle caratteristiche individuali, a livello di sistema e del posto di lavoro, non solo dall'intensità del dolore.

### **Prevenzione secondaria**

Nella maggior parte dei paesi ad alto reddito esistono regolamenti e politiche che richiedono ai datori di lavoro di fornire una sistemazione e un supporto ragionevoli ai lavoratori con mal di schiena per prevenire disabilità lavorativa a lungo termine, disoccupazione o allontanamento inutile dalla forza lavoro. Un tipico requisito fondamentale è che i datori di lavoro forniscano modifiche temporanee o permanenti al lavoro per consentire ai lavoratori di continuare a lavorare con adeguamenti per il tempo necessario fintanto che gli aspetti essenziali del lavoro possono essere ripristinati gradualmente. Nelle organizzazioni con politiche

più proattive per l'agevolazione del rientro al lavoro e il cambiamento di incarico, i lavoratori sperimentano meno giorni di malattia e riferiscono risultati più positivi in fase di ritorno al lavoro [23, 24].

### **Fattori psicosociali e sul luogo di lavoro associati alla disabilità lavorativa**

È stato dimostrato che alcune convinzioni e percezioni relative al dolore predicono più difficoltà sul posto di lavoro dopo l'inizio del mal di schiena. Per esempio, catastrofizzazione del dolore, paura del movimento, scarsa fiducia nel superare le sfide legate al dolore, scarse aspettative di recupero, il disagio psicologico e la percezione di una maggiore perdita funzionale [25]. Alcuni fattori sul posto di lavoro sono anche predittivi di maggiori difficoltà. Includono le richieste di lavoro fisico, la capacità di modificare il lavoro, lo stress sul lavoro, supporto o disfunzionalità sociale sul posto di lavoro, la soddisfazione sul lavoro, l'aspettativa di riprendere il lavoro e la paura di un nuovo infortunio [26]. Se molti di questi fattori sono presenti, allora un intervento aggiuntivo sotto forma di coordinamento di rientro al lavoro, consulenza, educazione alla gestione del dolore o esposizione graduale all'attività, può essere utile per alleviare queste preoccupazioni [27,28].

### **Comunicare con il proprio medico**

Esistono molte opzioni di trattamento per i lavoratori con mal di schiena e i pazienti dovrebbero aspettarsi che gli operatori sanitari affrontino i fattori occupazionali nel loro processo decisionale diagnostico e terapeutico. Le descrizioni scritte del lavoro fornite dai datori di lavoro potrebbero non fornire il livello di dettagli necessari per decisioni informate sulle limitazioni del lavoro, quindi i pazienti dovrebbero essere preparati a condividere le informazioni con i loro medici su compiti lavorativi specifici, specialmente quelli considerati più problematici da riprendere. È stato dimostrato che la comunicazione e la guida proattive da parte di un operatore sanitario contribuiscono a facilitare il ritorno al lavoro [29], soprattutto quando gli operatori sanitari si rivolgono direttamente ai datori di lavoro [30].

### **Riabilitazione professionale**

Quando il mal di schiena impedisce il ritorno al lavoro normale per pochi mesi o più, è dimostrato che i programmi di riabilitazione multidisciplinare sono moderatamente efficaci per facilitare il ritorno al lavoro e migliorare la funzione fisica e sociale per il mal di schiena acuto e cronico [5, 6, 31, 32]. Questi programmi tipicamente integrano i benefici della gestione del dolore, della consulenza psicologica, della fisioterapia, dell'esercizio fisico, dell'educazione del paziente, dell'esposizione graduale all'attività e del supporto tra pari; tuttavia, la disponibilità o il finanziamento per questi programmi è limitato in molti Paesi e regioni. In alcuni casi, la riqualificazione professionale può essere necessaria per trasferire le competenze a un'occupazione meno impegnativa fisicamente, sebbene la conservazione del lavoro sia spesso l'obiettivo preferito del dipendente e del datore di lavoro.

## Bibliografia

- [1] Luchhaupt SE, Dahlhamer JM, Gonzales GT, Lu ML, Ward BW. Prevalence, recognition of work-relatedness, and effect on work of low back pain among U.S. workers. *Ann Intern Med.* 2019;171(4):301-304.
- [2] Ferguson SA, Merryweather A, Thiese MS, Hegmann KT, Lu ML, Kapellusch JM, Marras WS. Prevalence of low back pain, seeking medical care, and lost time due to low back pain among manual material handling workers in the United States. *BMC Musculoskeletal Disorders.* 2019;20:243.
- [3] Hayden JA, Dunn KM, van der Windt DA, Shaw WS. What is the prognosis of back pain? *Best Prac Res Clin Rheumatol.* 2010;24:167-179.
- [4] Da Silva T, Mills K, Brown BT, Pocovi N, de Campos T, Maher C, Hancock MJ. Recurrence of low back pain is common: a prospective inception cohort study. *J Physiother.* 2019;65(3):159-165.
- [5] Marin TJ, Van Eerd D, Irvin E, Couban R, Koes BW, Malmivaara A, van Tulder MW, Kamper SJ. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Jun 28;6(6):CD002193.
- [6] Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets RJE, Ostelo RWJG, Guzman J, van Tulder MW. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2015;350:h444.
- [7] Dick RB, Lowe BD, Lu ML, Krieg EF. Trends in work-related musculoskeletal disorders from the 2002 to 2014 General Social Survey, Quality of Work Life Supplement. *J Occup Environ Med.* 2020;62(8):595-610.
- [8] National Research Council and Institute of Medicine Panel on Musculoskeletal Disorders and the Workplace. *Musculoskeletal disorders and the workplace: Low back and upper extremities.* Washington, DC: National Academies Press, 2001.
- [9] Schneider S, Lipinski S, Schiltenswolf M. Occupations associated with a high risk of self-reported back pain: representative outcomes of a back pain prevalence study in the Federal Republic of Germany. *Eur Spine J.* 2006;15(6):821-833.
- [10] Steffens D, Ferreira ML, Latimer J, Ferreira PH, Koes BW, Blyth F... Maher CG (2015). What triggers an episode of acute low back pain? A case-crossover study. *Arthritis Care Res (Hoboken)*, 67(3), 403-410.
- [11] Yang H, Haldeman S, Lu M, Baker D. Low back pain prevalence and related workplace psychosocial risk factors: A study using data from the 2010 National Health Interview Survey. *J Manipulative Physiol Ther.* 2016;39(7):459-472.
- [12] Roman-Liu D, Kamińska J, Kokarski T. Effectiveness of workplace intervention strategies in lower back pain prevention: a review. *Ind Health.* 2020;58:503-519.
- [13] Schaafsma FG, Anema JR, van der Beek AJ. Back pain: prevention and management in the workplace. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2015;29(3):483-494.
- [14] Sowah D, Boyko R, Antle D, Miller L, Zakhary M, Straube S (2018). Occupational interventions for the prevention of back pain: Overview of systematic reviews. *J Safety Res*, 77, 39-59.
- [15] Verbeek JH, Martimo KP, Karppinen J, Kuijper P, Viikari-Juntura E, Takala EP (2011). Manual material handling advice and assistive devices for preventing and treating back pain in workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (6).
- [16] Steffens D, Maher CG, Pereira LS, Stevens ML, Oliveira VC, Chapple M,...Hancock MJ (2016). Prevention of low back pain: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med.* 176(2), 199-208.
- [17] Bell JA, Burnett A. Exercise for the primary, secondary, and tertiary prevention of low back pain in the workplace: a systematic review. *J Occup Rehabil.* 2009;19(1):8-24.
- [18] van Poppel MNM, Hooftman WE, Koes BW. An update of a systematic review of controlled clinical trials on the prevention of back pain at the workplace. *Occup Med (Lond).* 2004;54(5):345-352.
- [19] Gross DP, Battié MC. Functional capacity evaluation performance does not predict sustained return to work in claimants with chronic back pain. *J Occup Rehabil.* 2005;15(3):285-294.
- [20] Gross DP, Asante AK, Miciak M, Battié MC, Carroll LJ, Sun A, Mikalsky M, Huellstrung R, Niemeläinen R. Are performance-based functional assessments superior to semistructured interviews for enhancing return-to-work outcomes. *Arch Phys Med Rehabil.* 2014;95(5):807-815.
- [21] Schultz IZ, Chlebak CM, Stewart AM. Impairment, disability, and return to work. In IZ Schultz & RJ Gatchel (eds.), *Handbook of Return to Work, Handbooks in Health, Work, and Disability*, pp. 3-25. New York: Springer, 2016.
- [22] Kristman VL, Shaw WS, Boot CRL, Delclos GL, Sullivan MJ, Ehrhart MG et al. Researching complex and multi-level workplace factors affecting disability and prolonged sickness absence. *J Occup Rehabil.* 2016;2:399-416.
- [23] Cullen KL, Irvin E, Collie A, Clay F, Gensby U, Jennings PA, Hogg-Johnson S, Kristman V, Laberge M, McKenzie D, Newnam S, Palagyi A, Ruseckaite R, Sheppard DM, Shourie S, Steenstra I, Van Eerd D, Amick BC 3rd. Effectiveness of workplace interventions in return-to-work for musculoskeletal, pain-related, and mental health conditions: an update of the evidence and messages for practitioners. *J Occup Rehabil.* 2018;28(1):1-15.
- [24] Williams-Whitt K, Bultmann U, Amick III B, Munir F, Tveito TH, Anema JR et al. Workplace interventions to prevent disability from both the scientific and practice perspectives: A comparison of scientific literature, grey literature, and stakeholder observations. *J Occup Rehabil.* 2016;26:417-433.
- [25] Nicholas MK, Linton SJ, Watson PJ, Main CJ, et al. Early identification and management of psychological risk factors ("yellow flags") in patients with low back pain: a reappraisal. *Phys Ther.* 2011;91(5):737-753.
- [26] Shaw WS, van der Windt DA, Main CJ, Loisel P, Linton SJ, et al. Early patient screening and intervention to address individual-level occupational factors ("blue flags") in back disability. *J Occup Rehabil.* 2009;19(1):64-80.
- [27] Nicholas MK, Costa DSJ, Linton SJ, Main CJ, Shaw WS, Pearce G et al. Implementation of early intervention protocol in Australia for 'high risk' injured workers is associated with fewer lost work days over 2 years than usual (stepped) care. *J Occup Rehabil.* 2020;30(1):93-104.
- [28] Hill JC, Whitehurst DGT, Lewis M, Bryan S, Dunn KM et al. Comparison of stratified primary care management for low back pain with current best practice

(STarT Back): a randomized controlled trial. *Lancet*. 2011;378(9802):1560-1571.

[29] Dasinger LK, Krause N, Thompson PJ, Brand RJ, Rudolph L. Doctor proactive communication, return-to-work recommendation, and duration of disability after a workers' compensation low back injury. *J Occup Environ Med*. 2001;43(6):515-525.

[30] Kosny A, Franche RL, Pole J, Krause N, Côté P, Mustard C. Early healthcare provider communication with patients and their workplace following a lost-time claim for an occupational musculoskeletal injury. *J Occup Rehabil*. 2006;16(1):27-39.

[31] Hoefsmit N, Houkes I, Nijhuis FJN. Intervention characteristics that facilitate return to work after sickness absence: a systematic literature review. *J Occup Rehabil*. 2012;22(4):462-477.

[32] Norlund A, Ropponen A, Alexanderson K. Multidisciplinary interventions: review of studies of return to work after rehabilitation for low back pain. *J Rehabil Med*. 2009;41(3):115-121.

### Autore

**William S. Shaw, Ph.D., Associate Professor**

Division of Occupational and Environmental Medicine  
University of Connecticut School of Medicine  
Farmington, CT, USA

### Revisori

**Chris J. Main, Ph.D., Emeritus Professor of Clinical Psychology**

Keele University  
Keele, North Staffordshire, UK

**Michael K. Nicholas, Ph.D., Professor**

Pain Management Research Institute  
University of Sydney  
Sydney, New South Wales, Australia

### Traduzione a cura di

**Dr. Lorenza Saini** - Associazione Italiana per lo Studio sul Dolore (AISD)

**Dr. Fabrizio La Mura** - Anestesista Rianimatore, Asl BAT – Referente regionale AISD Puglia