



AZIENDA USL 4 PRATO

Dipartimento della Prevenzione.
U.F. Prevenzione, Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro
Responsabile: Dott. Ing. Alfredo Zalocco
BS

Prot. n° _____

Prato, 21 aprile '09

Oggetto: Visita specialistica di Medicina del Lavoro Sig. AMADUCCI Giovanni

In data 26.3.2009 ho visitato il Sig. AMADUCCI Giovanni nato a Boston (USA) il 1.3.1964, residente a Firenze.

Anamnesi lavorativa

Laureato in Scienze dell'Informazione negli USA, dal 1991 lavora in Italia presso varie società nel campo dell'informatica come sistemista (dal 1991 al '95), progettazione di una banca dati (1995-97), gestione sistemi editoriali dei quotidiani (Unisys Italia spa. dal 1998 al 2002).
Licenziato nel 2002 a seguito di un problema di salute, è stato reintegrato nel 2004 con sentenza del giudice del lavoro, ma dopo un periodo di "emarginazione" si è definitivamente dimesso.
Dopo un corso di aggiornamento, dal 2007 a gennaio u.s. ha lavorato presso una azienda pratese con un contratto a progetto per lo sviluppo di un sistema informatizzato per la contabilizzazione dei consumi di auto elettriche. Il contratto, iniziato a ottobre '07, è stato rinnovato ad aprile 2008 fino al 31 dicembre. A inizio gennaio '09, nonostante le assicurazioni ricevute in precedenza, gli è stato comunicato che il contratto non avrebbe potuto essere ulteriormente rinnovato.
Riferisce di aver svolto la propria attività lavorativa su computers portatili sia nel periodo lavorativo 1998- 2002 che nell'ultimo periodo lavorativo (ottobre '07 dicembre '08) nonché durante il tirocinio che lo ha preceduto.

Anamnesi fisiologica, familiare e patologica

Ricorda i CEI. Monucleosi infettiva all'età di 1 anno.

Un episodio di lombalgia acuta nel 1994.

Nel 2000 durante una trasferta per lavoro, mentre si trovava all'aeroporto con bagagli pesanti, comparsa di dolore lombare acuto. Non ha richiesto immediata assistenza medica, ma persistendo la lombo-sciatalgia, si è sottoposto a gennaio '01 ad un esame RMN che ha documentato una ernia discale postero-laterale dx L5-S1, per cui è stato operato a marzo '01. Rientrato al lavoro al termine del periodo di convalescenza, con la ripresa delle trasferte è ricomparsa la sciatalgia; lo specialista neurochirurgo ha prescritto sedute di fisioterapia quotidiane per un periodo di 6 mesi (a cui ha fatto seguito la vicenda riferita sopra).

A febbraio 2006 tamponamento in retromarcia con "colpo di frusta"; la documentazione medica però si riferisce solo al rachide lombo-sacrale; non risultano accertamenti relativi al collo.

Anamnesi patologica prossima:

Il 14 gennaio di quest'anno (alcuni giorni dopo la comunicazione del mancato rinnovo del contratto) insorgenza acuta di cervicgia con vertigini, nausea e lipotimia, per il quale il curante ha prescritto

Via F. Ferrucci, 95/d 59100 Prato - Telefono 0574/435507-08, fax 0574/435501, e-mail: isll@usl4.toscana.it





AZIENDA USL 4 PRATO

terapia con miorilassanti e FANS. Dopo alcuni giorni si è sottoposto a TAC del collo che evidenziava "raddrizzamento del rachide cervicale" e "note spondilistiche" ("barra disco-osteofitica di minima protrusione posteriore" in C3-C4, "iniziale restringimento del forame di coniugazione" a sinistra in C6-C7), senza "immagini riferibili a protrusioni discali". Segnalata anche una "minima ernia intraspongiosa marginale anteriore della limitante somatica superiore di C4".

A febbraio per la persistenza dei disturbi si è ricoverato presso la SOD di Neurologia dell'Ospedale Careggi (dal 2.2.09 al 6.2.09) dove ha effettuato terapia corticosteroidea con lieve miglioramento della sintomatologia dolorosa.

Il giorno 26 febbraio ha subito un nuovo incidente di macchina con tamponamento, per cui si è recato al Pronto Soccorso dell'Ospedale Careggi di Firenze, dove è stata posta diagnosi di "distorsione del rachide cervicale per trauma da contraccolpo".

Al momento della visita il paziente lamentava persistenza di dolore e limitazione funzionale al collo, con rumore di scroscio in alcuni movimenti; non riferiti sintomi a carico degli arti superiori.

- E.O: diffusa contrattura dei muscoli paravertebrali cervicali, specie a sn.

- Referto RMN del 30.3: "Note artrosiche diffuse, prevalentemente margino-somatiche..." che interessano particolarmente i livelli C3-C4 ("protrusione disco-osteofitica posteriore mediana-paramediana") e C6-C7 ("protrusione disco-osteofitica posteriore mediana-paramediana sn" con restringimento del forame di coniugazione). "Nei limiti il segnale del midollo ... regolare l'ampiezza del canale vertebrale."

- Referto visita specialistica ortopedica del 10.4: "Il tipo di lavoro e i vari atteggiamenti posturali con aggravante di trauma possono aver causato una maggiore alterazione cervicale (discopatia)"

Conclusioni

Il quadro clinico è caratterizzato da dolore al collo, acuito dai movimenti, rigidità e tensione muscolare apprezzabile palpatariamente. Non riferiti sintomi di compressione nervosa o del midollo.

Gli accertamenti diagnostici effettuati evidenziano disco-artrosi cervicale prevalentemente ai livelli C3-C4 e C6-C7, senza immagini di compressione a carico di nervi o midollo. (L'ernia intraspongiosa o di Schmorl rappresenta un'alterazione benigna priva di significato clinico).

Reperti di artrosi e discoartrosi cervicale sono relativamente comuni nella popolazione generale. È noto che discopatie ed artrosi cervicali aumentano¹ significativamente con l'età, specialmente i reperti di protrusione discale posteriore²; la presenza di sintomi aumenta anch'essa, ma in misura molto minore. È stato infatti da tempo chiarito che alterazioni degenerative asintomatiche sono comuni nelle RM della colonna cervicale dopo i 30 anni³, aumentando con l'età⁴.

Non vi è quindi, in questo ambito, una relazione stretta tra reperti della diagnostica per immagini e clinica.

¹ Spine. 2009 Apr 1;34(7):706-12. "Aging of the cervical spine in healthy volunteers: a 10-year longitudinal magnetic resonance imaging study" Okada E, Matsumoto M, Ichihara D, Chiba K, Toyama Y, Fujiwara H, Momoshima S, Nishiwaki Y, Hashimoto T, Ogawa J, Watanabe M, Takahata T.: in 10 anni di follow up una progressione dei segni degenerativi è stata osservata nell'81% dei soggetti

² osservate nel 70% dei soggetti sottoposti all'indagine di cui sopra

³ Neuroradiology. 1994;36(1):49-53. "Age-related MRI changes at 0.1 T in cervical discs in asymptomatic subjects." Lehto IJ, Tertti MO, Komu ME, Paajanen HE, Tuominen J, Kormanen MJ.

⁴ J Bone Joint Surg Br. 1998 Jan;80(1):19-24. "MRI of cervical intervertebral discs in asymptomatic subjects." Matsumoto M, Fujimura Y, Suzuki N, Nishi Y, Nakamura M, Yabe Y, Shiga H, Keio.





AZIENDA USL 4 PRATO

Non vi è quindi, in questo ambito, una relazione stretta tra reperti della diagnostica per immagini e clinica.

Infatti gli studi di letteratura sui fattori lavorativi ed extra lavorativi implicati nelle alterazioni del rachide cervicale prendono come riferimento un quadro patologico definito su base clinica, caratterizzato da dolore al collo con rigidità e tensione muscolare alla palpazione. Tale è anche il quadro riferito dal paziente, per il quale si è sottoposto ad accertamenti e cure mediche ed alla visita specialistica di medicina del lavoro.

Si tratta peraltro di un quadro ad origine tipicamente "multifattoriale".

Il gruppo di lavoro internazionale incaricato di passare al vaglio la letteratura esistente sul tema ("Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders") ha messo in evidenza, tra i fattori di natura non lavorativa⁵, il genere (femminile), l'età (mezza età), fattori ereditari, una cattiva salute psicologica ed il fumo; scarso rilievo avrebbe invece, secondo tali studi, la presenza di degenerazione discale. Importante il ruolo dei fattori legati al lavoro, che comprendono prolungata flessione del collo, specialmente se associata a movimenti ripetitivi⁶, lavori di precisione e al computer e fattori di rischio "psicosociali" quali alto livello di richieste lavorative, basso supporto e insicurezza del lavoro.

Nel caso in esame i fattori di origine lavorativa sono ampiamente rappresentati: il paziente ha sempre lavorato al computer, utilizzando per molti anni come strumento di lavoro computer portatili le cui sfavorevoli caratteristiche ergonomiche sono ben note (tanto che il D.Lgs. 81/08 ne ha codificato l'uso lavorativo a patto che le postazioni vengano dotate di video e tastiera separati). Anche gli altri fattori di rischio, definiti "psicosociali" hanno caratterizzato l'attività lavorativa del dr. Amaducci dal 1998 in poi: "alte richieste" e "basso supporto" sembrano aver caratterizzato la sua penultima esperienza lavorativa (conclusa con la vicenda licenziamento- riammissione - emarginazione - dimissioni); mentre nell'ultima avrebbe predominato la "insicurezza del lavoro".

Si può pertanto affermare che l'attività lavorativa svolta negli ultimi dieci anni abbia avuto un peso non secondario nel determinismo del quadro doloroso e disfunzionale manifestato in maniera "iperacuta" a gennaio di quest'anno e tuttora presente.

Peraltro, anche se non è stata riferita la persistenza di cervicalgia a seguito dell'episodio, non va trascurato il peso che il riferito colpo di frusta nel tamponamento di febbraio 2006, può aver avuto nell'indebolire la resistenza delle strutture osteo-muscolo-tendinee del collo ed eventualmente accelerare l'evoluzione dei fenomeni disco-artrosici.

Gli eventi traumatici sono infatti dotati di una efficacia lesiva diretta sulle strutture muscolo-tendinee-osteo-ligamentose. In questo senso anche il recente incidente sembra aver determinato un nuovo peggioramento nel quadro clinico che, secondo quanto emerso dalla documentazione e dall'anamnesi, si stava invece avviando, a fine di febbraio, verso un lento e graduale miglioramento.

Dr.ssa Beatrice Senese

⁵ Spine. 2008 Feb 15;33(4 Suppl):S39-51. "The burden and determinants of neck pain in the general population"

⁶ Scand J Work Environ Health 2007 Jun;33(3):165-91

