

# **Invecchiamento, lavoro e accomodamento ragionevole**

## ***Il contributo del medico competente alla valutazione dei rischi e all'invecchiamento attivo***

*Corso di aggiornamento per il Medico competente, Milano 28.11.2016*

*Dott. Daniele Ditaranto  
Segretario nazionale ANMA*



*Qualche considerazione  
introduttiva*

# SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA IN ITALIA

ANNO	♂	♀
<b>2015 (1)</b>	<b>80,1</b>	<b>84,7</b>
2020	81,2	86,2
2030	82,8	87,7
2040	84,2	89,1
<b>2050</b>	<b>85,3</b>	<b>90,2</b>

## **Fonte: ISTAT**

*Previsioni demografiche*

*(1): nel 2015, per la prima volta dopo molti anni, la speranza di vita alla nascita ha subito una lieve diminuzione (nel 2014 era 80,3 per gli U e 85,0 per le D). La causa è il picco di mortalità del 2015 rispetto al 2014. Il picco è fenomeno fisiologico conseguente al progressivo aumento del contingente della popolazione anziana e quindi più fragile.*

## ITALIA: POPOLAZIONE 15-64 aa. vs. POPOLAZIONE 65 aa e più (valori % al 1° gennaio)

ANNO	15 – 64 aa. (valori % al 1° gennaio)	65 aa. e più (valori % al 1° gennaio)
<b>2015</b>	<b>64.6</b>	<b>21.5</b>
2020	63.9	22.5
2030	61.3	26.1
2040	56.5	31.1
<b>2050</b>	<b>54.4</b>	<b>33.1</b>

**Fonte: ISTAT**

*Previsioni demografiche*

## ETA' MEDIA DELLA POPOLAZIONE ITALIANA al 1° gennaio

ANNO	Età media della popolazione
2015	44,2
2020	45.2
2030	47
2040	48.5
2050	49.5

**Fonte: ISTAT**

*Previsioni demografiche*

## ITALIA: TASSO DI NATALITA' per 1000 abitanti (rapporto tra il n. nati in quell'anno e l'ammontare della popolazione residente)

ANNO	Tasso di natalità
2015	8.7
2020	8.3
2030	8.1
2040	8.2
2050	8

**Fonte: ISTAT**

*Previsioni demografiche*

## TASSO SPECIFICO DI OCCUPAZIONE IN ITALIA

*(rapporto tra il n. di occupati in una fascia di età e la popolazione totale di quella fascia) x 100*

FASCIA D'ETA'	2011	2013	2015
15 – 24 aa.	<b>19.2</b>	<b>15.5</b>	<b>16.2</b>
25 – 34 aa.	<b>65.3</b>	<b>59.4</b>	<b>60.4</b>
35 – 44 aa.	74.6	72.3	72.1
45 – 54 aa.	72.2	71.1	70.9
55 – 64 aa.	<b>38.9</b>	<b>44.2</b>	<b>48.4</b>

**Fonte: ISTAT**

*Lavoro*

Tuttavia è evidente che quando ragioniamo sulle conseguenze dell'aumento dell'aspettativa di vita e quindi sull'invecchiamento della popolazione anche occupata, più degli aspetti quantitativi contano quelli qualitativi.

Occorre cioè distinguere tra  
“aspettativa di vita” ed “aspettativa di  
vita attiva” e cioè in buona salute

Pertanto l'attenzione si sta sempre più incentrando sull'aspettativa di “anni di vita in buona salute” attraverso la misurazione dell'Hly (*“Healthy Life Years Index”*) che calcola alla nascita ed a determinate età il numero di anni che l'individuo potrà vivere senza malattie invalidanti.

**l'Italia è tra i primi Paesi per aspettativa di vita, ma non per  
l'aspettativa di vita in buona salute**

**ATTESA DI ANNI DI VITA IN BUONA SALUTE A 65 aa (2013)**

PAESE	DONNE		UOMINI	
	Attesa di vita sana	Attesa di vita	Attesa di vita sana	Attesa di vita
<b>EU28</b>	<b>8.6</b>	<b>21.3</b>	<b>8.5</b>	<b>17.9</b>
DE	6.9	21.2	6.7	18.2
ES	9.0	23.4	9.7	19.2
FR	10.7	23.6	9.8	19.3
<b>IT</b>	<b>7.1</b>	<b>22.6</b>	<b>7.7</b>	<b>18.9</b>
SE	15.4	21.0	14.0	18.5
DK	12.7	20.4	11.6	17.7

**Fonte: EHLEIS Country Report** Issue 9 – aprile 2016  
(EHLEIS: European Health&Life Expectancy Information Service)

Dall'analisi complessiva di questi dati emerge il rapido cambiamento in atto nella demografia anche occupazionale della popolazione italiana:

- **l'invecchiamento della popolazione** dovuto alla combinazione tra l'aumento della speranza di vita e la diminuzione della natalità: nel 2015 il numero degli over 65 è coinciso con quello degli individui tra 15 e 34 anni; entro il 2050 gli over 65 saranno 6 milioni in più dei ventenni (1);
- **l'invecchiamento della forza lavoro:** il tasso di occupazione aumenta nella fascia di età fra i 50 e 64 anni e diminuisce in quelle tra 15 - 34 anni;
- **«l'aspettativa di vita attiva» (in buona salute) non commisurata «all'aspettativa di vita» globale.**

(1): *CENSIS (Centro Studi Investimenti Sociali), 2013*

In questa situazione, oltre agli impatti negativi sull'economia e sul mantenimento dell'equilibrio del sistema previdenziale e sanitario (pagamenti delle pensioni per tempi più lunghi e aumento dell'incidenza delle patologie croniche e degenerative), è anche evidente il rischio che, se non si interviene sulle condizioni di lavoro, nella popolazione lavorativa alla quota di deterioramento dello stato di salute dovuto all'invecchiamento, è probabile se ne aggiunga un'altra indotta dalle condizioni lavorative. Da ciò l'importanza di una riflessione sulle conseguenze che le dinamiche demografiche stanno avendo anche sulla tutela della salute nei luoghi di lavoro e, quindi, anche sull'attività del sistema di prevenzione aziendale compresa quella del medico competente.

La strategia adottata dai Governi per gestire gli impatti negativi dell'invecchiamento è sostanzialmente basata sull'adozione di provvedimenti incentrati :

- **sul prolungamento della vita lavorativa;**
- sulla promozione di una cultura per «**l'invecchiamento attivo**» lungo tutto l'arco della vita;
- **sull'attivazione di politiche mirate** a creare condizioni di lavoro e di partecipazione alla vita sociale idonee **a favorire l'integrazione lavorativa e l'inclusione socio-culturale degli anziani;**
- **sull'anticipazione dell'età pensionabile** per i lavoratori che svolgono attività «**usuranti**».

*Invecchiamento attivo*

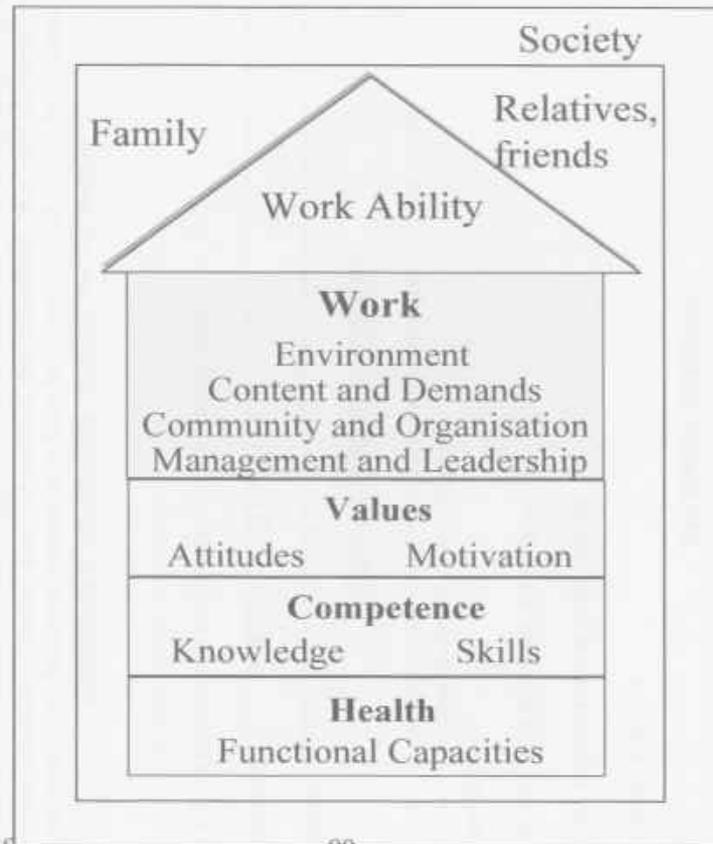
Per «**invecchiamento attivo**» si intende un processo che evolve lungo tutto il corso della vita finalizzato alla massima realizzazione delle potenzialità fisiche, mentali, sociali ed economiche degli anziani e, contestualmente, ad assicurare loro assistenza e cure adeguate nel momento del bisogno.

Detto nei termini dell'Organizzazione internazionale per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE), è **“la creazione delle condizioni per permettere agli anziani di condurre vite socialmente ed economicamente attive”**.



**Per il FIOH** (Istituto Finlandese per la Salute sul Lavoro), è la «sfida» per la promozione della **“capacità lavorativa”** che è il risultato dell’equilibrio tra lavoro e risorse individuali, influenzato dai seguenti fattori:

- **capacità funzionali fisiche, psichiche e sensoriali**, strettamente correlate allo stato di salute;
- **competenze e conoscenze;**
- **valori, attitudini, motivazioni;**
- **adeguamento tecnico ed organizzativo del lavoro.**



Sulla base delle indicazioni del FIOH, l'**Agenzia Europea per la Salute e Sicurezza sul Lavoro**, individua le seguenti azioni per la promozione della capacità lavorativa dei lavoratori "anziani":

- **la promozione della salute:** stili e comportamenti di vita sani e virtuosi;
- **la formazione ed aggiornamento:** mantenimento e miglioramento delle conoscenze, abilità e competenze;
- **i valori, le attitudini, e le motivazioni:** loro mantenimento e rafforzamento anche attraverso processi di riappropriazione del proprio potenziale (empowerment);
- **il miglioramento del lavoro** dal punto di vista tecnico, organizzativo e sociale: ambiente, compiti, carichi, ritmi, orari di lavoro, relazioni.

Discriminazione  
per età



Il contributo del medico competente si può concretizzare specialmente nelle azioni di promozione della salute e di miglioramento del lavoro per la creazione delle condizioni idonee a favorire l'integrazione lavorativa.

**La capacità lavorativa può essere valutata mediante l'Indice della capacità lavorativa, «Work Ability Index» (WAI), attraverso un questionario sviluppato dal FIOH e basato sull'autovalutazione della capacità lavorativa attuale con riferimento a sette elementi:**

- Autovalutazione della capacità di lavoro attuale confrontata al migliore periodo di vita;
- Autovalutazione della capacità di lavoro in relazione alle richieste del compito lavorativo;
- Numero di malattie in atto diagnosticate da un medico;
- Autostima della riduzione della capacità lavorativa dovuta alle malattie;
- Assenze per malattia nel corso degli ultimi 12 mesi;
- Previsione della capacità lavorativa nei prossimi due anni;
- Risorse personali: sentirsi in grado di svolgere con soddisfazione le consuete attività quotidiane; sentirsi attivo e vigile; sentirsi pieno di speranze per il futuro.

Il punteggio WAI varia da 7 a 49:

<b>WORK ABILITY INDEX</b>		
<b>PUNTEGGIO</b>	<b>CAPACITA' LAVORATIVA</b>	<b>AZIONI</b>
7 – 27	Scadente	Recupero
28 - 36	Mediocre	Miglioramento
37 - 43	Buona	Sostenere
44 - 49	Eccellente	Mantenimento

L'indice WAI ha un alto valore predittivo: il 60% di coloro che hanno ottenuto un punteggio WAI scadente all'età di 47 – 57 anni, percepiva dopo 11 anni una pensione per incapacità lavorativa.

Invecchiamento attivo è **anche il superamento delle discriminazioni e degli stereotipi legati all'età** attraverso il capovolgimento dell'approccio culturale al concetto di «anziano»: da persona “fragile”, bisognosa di assistenza e cure, esclusa dalla vita sociale, a risorsa attiva della società civile non solo dal punto di vista fisico, ma anche da quello economico, culturale e civico.



**L'OMS già nel 1995**, con il programma «*Ageing and Health*», richiamava l'attenzione sulla necessità di migliorare la qualità dell'invecchiamento e proclamava il 1999 «*Anno Internazionale dell'Anziano*», promuovendo «***l'active ageing***» quale «processo di ottimizzazione delle opportunità di salute, partecipazione e sicurezza al fine di migliorare la qualità della vita degli anziani».

**L'UE** con la Decisione n. 940/2011 del 14.09.2011, ha proclamato il 2012 *«L'anno europeo dell'invecchiamento attivo e della solidarietà tra le generazioni»* incentrandolo sulla promozione dell'invecchiamento attivo attraverso tre linee d'intervento:

- **occupazione e condizioni di lavoro;**
- **partecipazione alla vita sociale;**
- **promozione di una vita indipendente e sana.**

## Occupazione e condizioni di lavoro

L'aumento del rischio di non riuscire a conservare il posto di lavoro e di non trovarne un altro sino alla maturazione della pensione, va contrastato attraverso:

- a) il miglioramento delle opportunità per gli anziani nel mercato del lavoro: la nuova *Strategia Europa 2020 per l'occupazione* fissa l'obiettivo generale del raggiungimento entro il 2020 di un tasso di occupazione del 75% per la popolazione tra i 20-64 anni;
- b) la valorizzazione del patrimonio di esperienze, conoscenze, competenze e abilità degli anziani attraverso la formazione e l'apprendimento permanenti;
- c) **il miglioramento delle condizioni di lavoro e delle misure di tutela in materia di salute e sicurezza sul lavoro che ha un ruolo cruciale nel favorire l'invecchiamento attivo consentendo agli anziani di rimanere al lavoro attivi più a lungo, evitando pre-pensionamenti o invalidità.**

## La partecipazione alla vita sociale

Valorizzare la ricchezza sociale rappresentata dalle persone anziane potenziando il prezioso contributo che possono dare alla società e all'economia anche in termini di assistenza, volontariato, cultura e relazioni. (1)

## La promozione di una vita indipendente e sana

**«Healthy ageing»: promuovere la propria salute nel corso di tutta la vita** valorizzando le conoscenze, le risorse, i comportamenti e gli stili di vita che possono prevenire l'insorgenza delle patologie cronico-degenerative e delle disabilità, **restando attivi e autonomi più a lungo nella società.**

*(1) In Italia circa il 7% degli over 65 svolge attività di volontariato e dal 2007 il numero dei volontari over 65 si incrementato del 24,2% (CENSIS, 2013)*

**In Italia** l'anno europeo sull'invecchiamento attivo si è concluso con la proposta della “Carta nazionale per un invecchiamento attivo, vitale e dignitoso in una società solidale” che “intende valorizzare e dare seguito alle riflessioni, agli studi e alle esperienze acquisite durante l'anno europeo al fine di tradurre le sfide demografiche in opportunità di crescita in campo sociale, sanitario, lavorativo ed economico”.

Tuttavia, al contrario di quanto sta accadendo in altri Paesi, in Italia il dibattito si è finora mantenuto soprattutto su un livello socio-economico e **non sembra ancora diffusa a tutti i livelli la consapevolezza delle implicazioni sanitarie anche occupazionali che le nuove dinamiche demografiche stanno comportando.**

*Infatti finora il “problema” è stato sostanzialmente scaricato sulle spalle del medico competente che si trova nella condizione di dover spesso accertare giudizi di idoneità con forti limitazioni o, addirittura, di inidoneità, finendo così con l’essere considerato il «fattore critico» del sistema, provocando l’emarginazione o addirittura l’esclusione del lavoratore e rendendo sempre più difficile l’organizzazione del lavoro e la gestione del personale.*

*Quale ruolo per il medico  
competente?*

**L'aumento della presenza di lavoratori anziani nei luoghi di lavoro, la creazione delle condizioni per consentire loro di rimanere al lavoro attivi più a lungo, sono aspetti che hanno sicuramente delle implicazioni per l'attività del medico competente (MC).**

Queste implicazioni sono presenti in tutte le attività collaborative del MC:

- La valutazione dei rischi (VR);
- L'individuazione delle misure di tutela;
- La formazione dei lavoratori, anche per l'individuazione delle specificità per quelli «anziani»;
- L'attuazione e valorizzazione dei programmi volontari di «promozione della salute»;
- Il reinserimento e mantenimento al lavoro dei lavoratori «fragili».

Importanti riflessi anche sull'attuazione della sorveglianza sanitaria che può implicare la modifica della struttura dei protocolli sanitari (periodicità, contenuti) applicati ai lavoratori anziani.

## Dal punto di vista giuridico:

- **L'art. 1, c. 1 del TU** sancisce la garanzia «dell'uniformità della tutela delle lavoratrici e dei lavoratori...anche con riguardo alle differenze di età...»;
- **L'art. 25, c. 1 del TU** dispone per il MC l'obbligo sanzionato di collaborare alla VR;
- **L'art. 28, c. 1 del TU** richiama la considerazione nel processo di VR anche di quelli «connessi alle differenze di età»;
- **L'art. 18, c. 1c) del TU** dispone che il datore di lavoro, nell'affidare i compiti ai lavoratori, debba «tenere conto delle capacità e delle condizioni degli stessi in rapporto alla loro salute e alla sicurezza»;
- **D. Lgs. 345/99 e s.m.i.:** al momento, una specifica legislazione di tutela è prevista soltanto per i “minori”; l'Allegato I° riporta una serie di attività vietate ai minori con possibilità di deroga per motivi di formazione scolastica o professionale.

Dobbiamo riconoscere che i «rischi connessi alle differenze di età» spesso non sono ancora adeguatamente considerati nel documento di valutazione dei rischi (DVR).

Dobbiamo anche ammettere che spesso i datori di lavoro ed i dirigenti tendono ancora a considerare la gestione di questi aspetti soltanto con un approccio del tipo «risoluzione di un problema».

Pertanto il MC, in collaborazione con il SPP, può innanzitutto svolgere un ruolo per la **sensibilizzazione del management.**

## **In particolare il management dovrebbe:**

- **conoscere** «l'age profiling» dei dipendenti;
- **includere** la gestione dell'invecchiamento nella politica delle risorse umane;
- **considerare** nel disegno delle mansioni il fattore anzianità anche attraverso l'adozione di soluzioni tecniche e organizzative innovative;
- **favorire** l'apprendimento permanente anche per l'adeguamento ai cambiamenti tecnologici;
- **promuovere** la motivazione e l'autostima;
- **favorire** la trasmissione dell'esperienza dei lavoratori anziani attraverso programmi di tutoraggio, mentoring o coaching;
- **facilitare** il reinserimento ed il mantenimento al lavoro dei lavoratori "fragili": part time, flessibilità d'orario, job rotation.

Da seguire con interesse l'esperienza Bmw che a febbraio ha inaugurato la prima fabbrica pensata per gli operai anziani.

**Peraltro l'Agencia Europea per la Salute e Sicurezza sul Lavoro** richiama anche l'attenzione sul «focus» degli interventi preventivi che non dovrebbe essere «l'individuo» ma il «miglioramento del lavoro».

Infatti, **tenuto conto della grande variabilità inter-individuale**, l'età non dovrebbe essere vista automaticamente come **una «criticità»**, **ma come un ulteriore aspetto delle diversità** (genere, provenienza, tipologia contrattuale) che caratterizzano la forza lavoro, da prendere in considerazione nella VR e da valorizzare.

Pertanto va evitato il rischio che misure troppo «protettive» o «difensive» mirate sul gruppo dei lavoratori anziani, finiscano per «marginalizzarlo», indebolendo la sua posizione rispetto a quella degli altri gruppi di età.

Conseguentemente una buona progettazione del lavoro, anche se mirata ai lavoratori «anziani», **dovrebbe apportare benefici pure agli altri gruppi di età**, anche in una visione prospettica (i lavoratori giovani diventeranno lavoratori anziani).

Tuttavia, anche se nelle fasi di valutazione e gestione dei rischi si deve essere consapevoli delle grandi differenze inter-individuali, operativamente non possiamo che partire dai **peggioramenti generalmente riscontrabili con l'invecchiamento delle capacità funzionali:**

- Riduzione delle prestazioni fisiche;
- Aumentata rigidità mentale: resistenza al cambiamento;
- Sonno meno ristoratore;
- Aumentata tendenza alla desincronizzazione dei ritmi biologici;
- Diminuzione delle capacità cognitive: percettive, di attenzione e memoria;
- Maggiore vulnerabilità allo stress.

Sulla base di questi aspetti dobbiamo individuare, valutare e gestire le situazioni lavorative che possono diventare critiche per i lavoratori anziani.

In sintesi, i pericoli connessi a:

- **sovraccarico biomeccanico;**
- **stress posturale;**
- **lavoro notturno e a turni;**
- **microclima severo;**
- **rumore intenso;**
- **lavoro in condizioni di carente illuminamento;**
- **forti restrizioni di tempo** (ad es. lavoro in linea di assemblaggio con elevati obiettivi di produzione).

Altri aspetti da considerare sono l'esposizione alle vibrazioni ed agli agenti chimici.

## SOVRACCARICO BIOMECCANICO

L'Allegato XXXIII° del TU riporta gli “elementi di riferimento” ed i “fattori individuali di rischio” da considerare nella valutazione e nella prevenzione dei rischi connessi alle attività di movimentazione manuale dei carichi (MMC).

Tra i “fattori individuali di rischio” è anche ricompresa “l'inidoneità fisica a svolgere il compito in questione tenuto altresì conto delle differenze di genere **e di età**”.

Nel paragrafo A.8 della norma ISO 11228-1, riferimento per la valutazione del rischio da operazioni di sollevamento e trasporto, leggiamo che la riduzione delle capacità fisiche diventa via via sempre più significativa **oltre i 45 aa**.

## SOVRACCARICO BIOMECCANICO

Pertanto, anche se non lo dice in modo esplicito, la norma ISO qualifica come “anziana” la popolazione lavorativa adibita ad operazioni di MMC a partire da questa età.

Tuttavia la norma nell’indicare nella Tabella C.1 i valori di riferimento nella popolazione generale per le operazioni di sollevamento, li differenzia in base al genere, ma non all’età non indicando quindi valori protettivi per la popolazione over 45.

# SOVRACCARICO BIOMECCANICO

Integrando i dati della ISO con quelli dell'Unità di Ricerca EPM, è possibile disegnare la seguente tabella in cui la differenziazione dei valori è anche in base all'età:

GENERE	ETA' (in anni)		
	</= 18	da 19 a 45	> 45
Maschi	20	25	20
Femmine	15	20	15

Analoghe indicazioni sono riportate nella ISO TR 12295 (norma tecnica per l'applicazione della serie ISO 11228)

dove si parla di «masse di riferimento».

## Invecchiamento e riduzione delle capacità fisiche

La diminuzione delle capacità fisiche comporta una riduzione delle prestazioni e della produttività nelle attività che comportano un elevato sovraccarico biomeccanico e posturale, potendo comportare la necessità di modificare gli ambienti di lavoro ed i compiti lavorativi.

Tuttavia in tale contesto va anche considerato il fatto che le modificazioni avvenute negli ultimi decenni nel mondo produttivo (progressiva contrazione dei settori dell'industria "pesante", maggiori livelli di automazione ed ausiliazione dei processi), hanno determinato una progressiva riduzione delle attività che richiedono elevati livelli di forza fisica. Infatti nella gran parte delle odierne attività «fisiche» le richieste funzionali non superano il 20 – 30 % della potenza massima, lasciando ancora un'importante riserva energetica anche nel soggetto anziano.

D'altra parte in molte attività dell'industria dei servizi, sempre più in espansione, prevalgono gli aspetti relazionali e gestionali che invece valorizzano competenze e capacità tipiche dei lavoratori anziani quali l'esperienza, la riflessione, il pensiero strategico, le capacità relazionali, la maggiore importanza data alla qualità del servizio.

## La riduzione dell'impegno fisico può essere affrontato con:

- azioni strutturali: miglioramento della tecnica del lavoro: meccanizzazione e/o ausiliazione dei processi (carrelli, manipolatori, piattaforme elevatrici, rulli trasportatori, ecc.); riduzione dei carichi, dei tragitti, dei dislivelli; miglioramento della presa; ottimizzazione delle distanze e delle dislocazioni; miglioramento delle condizioni microclimatiche; controllo delle condizioni del pavimento (rischio di inciampo, instabilità, sconnessioni, scivolosità); adeguata ergonomia di strumenti, apparecchiature e attrezzature; adeguata progettazione del layout del posto di lavoro; uso dei DPI;
- azioni organizzative: miglioramento dell'organizzazione del lavoro: migliore ripartizione dei compiti e dei carichi di lavoro; rotazione dei compiti; previsione di pause compensatorie; controllo dei ritmi di lavoro;
- azioni individuali: informazione e formazione e addestramento sulle tecniche di corretta MMC (art. 169 del TU).

Per quanto riguarda la sorveglianza sanitaria: tempi e contenuti da adattare al lavoratore in funzione dell'età e delle condizioni di salute

## ATTREZZATURE MUNITE DI VIDEOTERMINALI

L'art. 176, c. 3 del TU dispone la periodicità biennale delle visite di controllo “per i lavoratori che abbiano compiuto il cinquantesimo anno di età”.

Infatti in un'attività lavorativa che richiede un protratto impegno visivo per vicino e comporta fissità posturale, la presbiopia, che facilita l'insorgenza dell'astenopia, e l'artrosi, che facilita la comparsa dei disturbi muscolo-scheletrici, giustificano un controllo sanitario più frequente della popolazione over 50.

## I CAMBIAMENTI DELLA FUNZIONE VISIVA

Peraltro le modificazioni della funzione visiva correlate all'età non riguardano soltanto l'accomodazione.

Con l'età diminuiscono la capacità di adattamento al buio, la sensibilità al contrasto, l'acutezza visiva dinamica (capacità di vedere chiaramente gli oggetti in movimento e di valutarne la velocità), la capacità di valutare le distanze, mentre il campo visivo si restringe progressivamente.

Tutto questo può richiedere adattamenti del posto di lavoro (miglioramenti illuminotecnici), ma ha anche delle implicazioni nell'assegnazione dei compiti (ad esempio attività su nastri trasportatori o che necessitano la visualizzazione di dati in rapida successione, oppure attività di guida specie notturna).  
Prevedere la possibilità per i lavoratori di richiedere dei controlli visivi.

## AGENTI FISICI

Con l'aumentare dell'età il fenomeno della presbiacusia si accentua rendendo i lavoratori più sensibili al RUMORE. Infatti le lesioni delle cellule ciliate dovute all'esposizione si cumulano con quelle conseguenti all'invecchiamento. (1) Ai sensi dell'art. 190, c. 1c) del TU, “tutti gli effetti sulla salute e sulla sicurezza dei lavoratori particolarmente sensibili al rumore”, sono da considerare nella sua valutazione. Pertanto questa condizione di ipersuscettibilità legata all'età deve essere considerata nella VR con conseguenti riflessi anche sulle misure gestionali che ne conseguono. In casi specifici ciò potrebbe anche riguardare l'estensione della sorveglianza sanitaria nella fascia di rischio compresa tra i valori inferiore e superiore di azione.

*(1): secondo alcuni studi, con l'avanzare dell'età, l'importanza della presbiacusia nell'aggravamento del danno, sarebbe maggiore rispetto a quello dell'esposizione.*

## AGENTI FISICI

Con l'invecchiamento, la progressiva degenerazione dei dischi intervertebrali rende i lavoratori più sensibili agli effetti negativi sul rachide delle WBV, mentre gli eventuali concomitanti fenomeni vasculopatici, neuropatici od artrosici, possono facilitare l'insorgenza delle patologie da HAV.

Queste condizioni di ipersuscettibilità, ai sensi dell'art. 202, c. 5c) del TU, sono da considerare durante la VR con conseguenti implicazioni anche nella successiva fase gestionale.

In casi specifici ciò potrebbe anche riguardare l'estensione della sorveglianza sanitaria al di sotto dei valori di azione ai sensi dell'art. 204, c. 2.

## AGENTI FISICI

Con l'aumentare dell'età i sistemi di termoregolazione diventano meno efficienti.

Diminuendo la capacità di disperdere calore in presenza di temperature elevate e di conservarlo nelle esposizioni alle basse temperature, i lavoratori diventano più sensibili agli **STRESS TERMICI**.

Questi deficit possono diventare ancora più critici in presenza di patologie cardiovascolari.

Tutto ciò può avere delle implicazioni nell'assegnazione dei compiti e nell'individuazione delle misure di controllo microclimatico durante le attività lavorative (tempi di permanenza negli ambienti, tempi di recupero) (1).

*(1): si vedano le Linee Guida su "Microclima, aerazione ed illuminazione nei luoghi di lavoro" della Conferenza Stato-Regioni ed ISPESL (2006)*

## LAVORO NOTTURNO E A TURNAZIONE

Il report *“Age and working conditions in the European Union”* del 2012 evidenzia che la percentuale dei “turnisti” europei cala in modo significativo a partire dai 45 anni e che circa un terzo dei turnisti notturni tra i 45 e 54 anni lamenta disturbi del sonno correlabili al lavoro.

La diminuita capacità di adattamento cronobiologico determina una maggiore vulnerabilità dei lavoratori “anziani” agli effetti del lavoro notturno ed a turni e ciò va tenuto in evidenza durante l’assegnazione dei compiti.

Per la minore interferenza sul ritmo sonno/veglia e sugli altri ritmi circadiani, preferibile l’organizzazione dei turni utilizzando il sistema di turnazione “a rotazione rapida”: ogni 1, 2, o 3 giorni, in senso orario: mattino/pomeriggio/notte.

# AGENTI CHIMICI

Negli studi l'invecchiamento viene indicato come uno dei fattori (con quelli genetici, comportamentali e da interazione ambientale) in grado di interferire con la cinetica (metabolismo) e la dinamica (tossicità) degli agenti chimici.

In particolare con l'età diminuisce l'efficienza funzionale dei sistemi di detossificazione dell'organismo sia d'organo (fegato, reni, polmoni, cute), che enzimatici (famiglia del citocromo P450 ed altri), anche a causa di eventuali concomitanti patologie.

Numerosi studi dimostrano la maggiore sensibilità degli anziani all'inquinamento urbano a causa del decadimento della funzione respiratoria. E' ragionevole ritenere che questo decadimento determini anche un'augmentata suscettibilità agli agenti chimici irritanti o tossici a livello polmonare presenti negli ambienti di lavoro.

Tutto ciò rende i lavoratori "anziani" potenzialmente più sensibili agli effetti sulla salute derivanti dall'esposizioni agli agenti chimici pericolosi.

La consapevolezza e la considerazione nel processo di valutazione dei rischi degli aspetti connessi all'età è un contributo importante che il MC può dare all'invecchiamento attivo, ma non è l'unico.

Infatti le problematiche correlate all'invecchiamento attivo pongono la questione di come riuscire a realizzare negli ambienti di lavoro e di vita le condizioni favorevoli per una reciproca promozione tra lavoro e salute, nella consapevolezza che la tutela e la promozione della salute sono strettamente interconnesse con la tutela e la promozione del lavoro.

## Quale ruolo per il MC in questo contesto?

- il contributo al miglioramento della qualità del lavoro;
- l'impegno per la “promozione della salute”;
- la collaborazione per il reinserimento ed il mantenimento in attività dei lavoratori “fragili”,

sono attività strettamente correlate attraverso le quali il sistema può diventare promotore di lavoro e di salute.

## Il contributo al miglioramento della qualità del lavoro

E' un contributo fondato sulla realizzazione di un programma di misure di protezione collettiva finalizzate alla prevenzione primaria e quindi alla riduzione dei rischi alla fonte.

Pertanto, in funzione dei risultati della VR, vanno adottati modelli e programmi per il miglioramento nel tempo della qualità della tecnica e dell'organizzazione del lavoro e quindi delle condizioni e degli ambienti di lavoro, **con l'intento di generare un vantaggio per tutti i gruppi di età.**

## L'impegno per la promozione della salute

E' interessante sottolineare che secondo l'OMS nei Paesi come l'Italia è **attribuibile ai rischi occupazionali circa l'1,1% del totale degli "anni di vita in buona salute persi"** (DALY: disability-adjusted life year), mentre le conseguenze di comportamenti individuali come il fumo, l'ipertensione, l'eccesso ponderale, la sedentarietà, sarebbero da soli responsabili di circa il 50% della perdita totale di DALYs.

# Fattori di rischio e Malattie croniche

In Europa le patologie croniche determinano:

- 86% di tutti i decessi
- 77% del carico di malattia.

Alcuni fattori di rischio sono modificabili attraverso il miglioramento dei comportamenti e degli stili di vita

Fattori di rischio	% DALY sul totale
Tabacco	17,9
Iperensione arteriosa	16,8
Sovrappeso/obesità	8,4
Sedentarietà	7,7
Iperglicemia	7
Ipercolesterolemia	5,8
Basso consumo di frutta e verdura	2,5
Inquinamento atmosferico	2,5
Alcol	1,6
Rischi lavorativi	1,1

*La tabella riporta i maggiori fattori di rischio in termini di perdita di anni di vita in buona salute (DALYs) nelle nazioni ad elevato reddito. Fonte OMS*

## L'impegno per la promozione della salute

- L'applicazione della definizione di «salute» dell'OMS agli ambienti di lavoro;
- La disposizione per l'attuazione e la valorizzazione di programmi volontari di «promozione della salute»;
- Le normative in materia di «dipendenze» (alcol e stupefacenti),

**sono un insieme di aspetti innovativi della legislazione** che hanno ampliato il concetto di “tutela della salute” nei luoghi di lavoro, estendendolo anche al controllo dei fattori di rischio presenti negli ambienti di vita o conseguenti a comportamenti e stili di vita non virtuosi, in grado di aumentare il rischio relativo di molteplici e rilevanti patologie croniche e degenerative (i c.d. big killer: patologie cardiovascolari, oncologiche, respiratorie croniche, diabete i. d.) che, ancor più di quelle di professionali, possono compromettere la capacità lavorativa.

## La collaborazione per il reinserimento dei lavoratori “fragili”

Infatti va incrementandosi il numero dei lavoratori in età avanzata affetti da patologie croniche e degenerative ancora operativi, mentre il miglioramento della qualità delle cure mediche e chirurgiche permette il mantenimento al lavoro di persone con esiti di interventi chirurgici importanti o che si sottopongono a terapie efficaci, ma debilitanti, per il controllo dell'evoluzione di gravi patologie. Ai sensi dell'art. 42 del TU, il MC può collaborare con il ddi ed il SPP alla ricollocazione del lavoratore «fragile», valorizzando le sue capacità lavorative residue anche attraverso la conoscenza dei cicli lavorativi. Importanti anche le forme di “tutela sociale” di cui questi lavoratori possono beneficiare insieme alle aziende che li occupano: conservazione del posto di lavoro, facilitazione dell'accesso alle terapie ed a forme più flessibili di orario di lavoro.

## La collaborazione per il reinserimento dei lavoratori “fragili”

- Legge 104/92 “Legge quadro per l’assistenza, l’integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate”;
- Circolare n.40 del 22 dicembre 2005 “Patologie oncologiche – Periodo di comporta – Invalidità e situazione di handicap grave – D. Lgs. n. 276/03, attuativo della Legge Biagi e diritto al lavoro a tempo parziale”;
- Art. 12-bis del D. Lgs. 61/00: riscritto dall’art. 1, comma 44 della Legge 247/07: diritto per i pazienti oncologici di trasformare il rapporto di lavoro a tempo pieno in lavoro a tempo parziale;
- Legge n. 68/99 “Norme per il diritto al lavoro dei disabili”.

## La collaborazione per il reinserimento dei lavoratori “fragili”

Ci sono sempre più prove sugli effetti benefici della riduzione dei periodi di congedo per malattia o infortunio attraverso la facilitazione del reinserimento dei lavoratori. Per il lavoratore vuol dire evitare l'esclusione sociale, l'emarginazione, la perdita di fiducia in se stesso, il de-skilling, l'uscita anticipata dal mercato del lavoro e quindi prevenire i problemi di salute mentale che ne possono derivare.

Per la collettività significa ridurre le spese per i congedi, i prepensionamenti e le pensioni di invalidità.

Su questa filosofia è basata la «fit note»: in UK, per favorire un più rapido ritorno al lavoro del lavoratore ammalato o colpito da un infortunio, dal 2010 nelle assenze superiori ai sette giorni viene inviata al lavoratore la “fit note” che è una dichiarazione su quello che è idoneo a fare. Lo scopo è quello di facilitare, in circostanze concordate tra il datore di lavoro, dipendente e medico, il rientro al lavoro.