

LAVORO E INVECCHIAMENTO ATTIVO dalla valutazione dei rischi all'ergonomia

Il contributo del medico d'azienda

Daniele Ditaranto – ANMA

L'aumento della presenza di lavoratori anziani nei luoghi di lavoro e la necessità di creare condizioni in grado di consentire loro di rimanere al lavoro attivi più a lungo, sono aspetti che hanno importanti implicazioni anche nelle attività del medico d'azienda (MA):

- La collaborazione alla valutazione ed alla gestione dei rischi;
- La collaborazione alla formazione: bisogni e specificità per i lavoratori anziani;
- La sorveglianza sanitaria;
- La collaborazione all'attuazione e valorizzazione dei programmi volontari di promozione della salute;
- La collaborazione al reinserimento e mantenimento al lavoro dei lavoratori con una ridotta capacità lavorativa.

Anche se consapevoli delle grandi differenze inter-individuali, nella **VALUTAZIONE DEI RISCHI** non si può che partire dai peggioramenti delle capacità funzionali generalmente riscontrabili con l'invecchiamento che rendono il lavoratore più suscettibile alle conseguenze dell'esposizione a vari fattori di rischio:

- Sovraccarico biomeccanico (rachide, arti e stress posturale);
- Impegno visivo e lavoro in condizioni di carente illuminamento;
- Lavoro notturno;
- Stress termici;
- Rumore intenso;
- Vibrazioni meccaniche;
- Agenti chimici;
- Ritmi di lavoro elevati;
- Situazioni lavorative a rischio di caduta, inciampo, scivolamento.

Nonostante la normativa (artt. 1, c. 1; 18, c. 1c) e 28, c.1 del TUS) e sebbene la «valutazione dei rischi che tenga conto delle diversità» sia uno degli obiettivi delle politiche della UE in materia di salute e sicurezza sul lavoro, tuttora i «rischi connessi alle differenze di età» sono spesso inadeguatamente considerati nella valutazione dei rischi anche perché allo stato attuale, in relazione all'età, la disponibilità di «livelli di soglia» *fondati* esiste soltanto per il rischio biomeccanico da movimentazione manuale dei carichi, mentre, per l'uso di attrezzature munite di VDT, la normativa dispone un aumento della frequenza della sorveglianza sanitaria per gli over 50.

Peraltro la valutazione dei rischi connessi alle differenze di età presuppone l'adozione di un modello che pone al centro non solo il rischio, ma anche il lavoratore con le sue specificità.

In pratica è necessario valutare la probabilità con cui un rischio può causare un danno non solo per le caratteristiche dell'esposizione (dose, tempo, potenzialità lesiva, condizioni espositive), ma anche in relazione alla diversa suscettibilità del lavoratore dovuta all'influenza dell'età e delle altre «diversità» richiamate nel TUS: genere, provenienza geografica e tipologia contrattuale.

Per la **GESTIONE DEI RISCHI** l'Agencia Europea per la Salute e Sicurezza sul Lavoro (OSHA) richiama l'attenzione sul «focus» degli interventi preventivi che non dovrebbe essere «l'individuo» ma il «miglioramento del lavoro».

Infatti, tenuto anche conto della variabilità inter-individuale, va evitato il rischio che misure troppo «protettive» o «difensive» mirate sul gruppo dei lavoratori anziani, finiscano per «marginalizzarlo».

Pertanto, anche in una visione prospettica che tiene conto del fatto che i lavoratori giovani diventeranno a loro volta lavoratori anziani, gli interventi per il miglioramento delle condizioni e dell'ambiente di lavoro, dovrebbero apportare benefici a tutti i gruppi di età: «una buona progettazione del luogo di lavoro è vantaggiosa per tutti i lavoratori anche se mirata a quelli anziani» (OSHA).

Importanti riflessi anche nell'attuazione della **SORVEGLIANZA SANITARIA** dei lavoratori anziani.

I risultati della valutazione dei rischi connessi alle differenze di età, le condizioni di salute del lavoratore e la necessità di evidenziare tempestivamente le patologie che risentono maggiormente del fattore età, sono tutti aspetti che possono implicare la modifica della struttura dei protocolli sanitari applicati (periodicità e contenuti) e talvolta anche la necessità di una vera e propria «personalizzazione» del protocollo.

Il questionario per la determinazione del Work Ability Index può rientrare tra gli strumenti della sorveglianza sanitaria consentendo:

- L'individuazione dei soggetti a rischio: con una scadente o mediocre capacità lavorativa;
- D'intraprendere nei loro confronti delle azioni per promuovere la capacità lavorativa;
- Di monitorarli per comprendere se le azioni intraprese hanno successo.

- Le problematiche correlate al tema «invecchiamento e lavoro»;
- La stretta interconnessione tra lavoro e salute, sono aspetti che 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. In tale contesto il ruolo del MA e del sistema di prevenzione aziendale può riguardare diversi livelli d'intervento:
- 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 con una ridotta capacità lavorativa.

IL CONTRIBUTO AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DEL LAVORO

In funzione dei risultati della valutazione dei rischi basata anche sugli aspetti connessi all'età, va adottato un programma di misure di protezione collettiva finalizzate al miglioramento nel tempo della tecnica ed organizzazione del lavoro con l'intento di generare un vantaggio per tutti i gruppi di età.

La crescita dell'automazione e dell'informatizzazione dei processi produttivi, può avere un impatto positivo su vari aspetti delle mansioni inerenti l'ergonomia "fisica" (anche se un uso improprio degli esoscheletri può determinare un'intensificazione del carico di lavoro).

Il «sovraccarico cognitivo» può invece fare emergere criticità nell'ambito dell'ergonomia «cognitiva», mentre l'impatto sull'organizzazione del lavoro e l'emersione di nuove forme di lavoro possono comportare problematiche di ergonomia “organizzativa” quali un aumento dei vincoli organizzativi, spersonalizzazione con perdita del senso del lavoro, difficoltà nella separazione tra vita privata e vita professionale.

Si tratta di una nuova sfida per tutti i lavoratori, ma in particolare per quelli anziani. In tale contesto anche il mantenimento di adeguati livelli di formazione (competenze tecniche, informatiche e conoscenza del ciclo lavorativo compresi i profili di rischio) può giocare un ruolo decisivo per sostenere la capacità lavorativa e di adattamento ai cambiamenti dei lavoratori anziani.

L'IMPEGNO PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE

- L'applicazione della definizione di «salute» dell'OMS agli ambienti di lavoro: art. 2, c. 1o) del TUS;
- La disposizione per l'attuazione e la valorizzazione di programmi volontari di «promozione della salute»: art. 25, c. 1a) del TUS;
- Le normative in materia di «dipendenze»,
sono un insieme di innovazioni legislative 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 importanti patologie croniche e degenerative (i cosiddetti big killer) che possono compromettere in modo rilevante anche la capacità lavorativa.

LA COLLABORAZIONE PER IL REINSERIMENTO DEI LAVORATORI CON RIDOTTA CAPACITÀ LAVORATIVA

Grazie al miglioramento della qualità delle cure mediche e chirurgiche aumenta il numero dei lavoratori con patologie croniche e degenerative ancora operativi in età avanzata.

Ai sensi dell'art. 42 del TUS, il MA può essere chiamato a collaborare alla ricollocazione di questi lavoratori, attraverso la valorizzazione delle loro capacità lavorative residue.

In tale contesto i nuovi scenari di maggiore automazione dei processi e di riduzione del carico fisico del lavoro possono avere dei riflessi positivi anche per quanto riguarda gli interventi di «accomodamento ragionevole», facilitando il reinserimento dei lavoratori con ridotta capacità lavorativa.

Fondamentali anche le forme di «tutela sociale» di cui i lavoratori possono beneficiare: conservazione del posto di lavoro, facilitazione dell'accesso alle terapie ed a forme più flessibili di orario di lavoro:

- Legge n. 68/99 “Norme per il diritto al lavoro dei disabili”;
- Legge 115/87 contro la discriminazione dei diabetici al lavoro;
- Legge 104/92 “Legge quadro per l’assistenza, l’integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate”;
- 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;
- 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”.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

- Indispensabile avviare da parte degli addetti ai lavori (mondo scientifico, istituzioni, parti sociali e medici d'azienda) studi per l'individuazione dei «livelli di soglia» dei vari fattori di rischio in relazione all'età, analogamente a quanto è già disponibile per il rischio biomeccanico da movimentazione manuale di carichi;
- Superamento della prassi di valutare i rischi «facendo riferimento a soggetti *standard*», senza considerare l'influenza delle «diversità» sulla suscettibilità ai rischi professionali;

- Impegno delle parti sociali per aumentare la consapevolezza su questo tema specialmente nelle PMI, anche attraverso la costante previsione dell'argomento «age management» nei programmi di formazione manageriale e degli RLS;
- Portare maggiormente a conoscenza delle imprese l'esistenza dei fondi INAIL per i finanziamenti in materia di sicurezza e quindi a supporto degli interventi per il miglioramento degli ambienti di lavoro e delle azioni di adattamento ragionevole;
- Auspicabile l'allargamento della platea dei beneficiari di questi fondi oltre il perimetro attuale circoscritto agli invalidi da lavoro;

- **Evoluzione del concetto di «promozione della salute» verso l'approccio più complessivo del Total Worker Health (TWH) che ha l'obiettivo di promuovere il benessere globale del lavoratore attraverso l'integrazione della promozione di stili di vita più virtuosi e degli interventi per il miglioramento della qualità complessiva del lavoro con un insieme di altre misure più «politiche» di supporto e sostegno sociale, sanitario ed economico, di miglioramento di vari aspetti della qualità e dell'ambiente di vita («Issues Revelant to Advancing Worker Well-being, Through Total Worker Health», NIOSH 2015).**