



Associazione Nazionale Medici d'Azienda e Competenti

Riforma pensionistica ed “invecchiamento attivo”: quale ruolo per il Medico Competente?

Piano Formativo ECM 2014

Daniele Ditaranto



Premessa

-



La necessità di mantenere in equilibrio i sistemi di welfare a fronte dell' aumento dell' aspettativa di vita, ha portato tutti i Paesi europei ad aumentare progressivamente l' età pensionabile e ad aprire un dibattito sulle conseguenze del progressivo invecchiamento della popolazione lavorativa.



In Italia questo dibattito è in ritardo. Infatti, al contrario di altri Paesi europei, nel nostro non sono state ancora avviate concrete politiche finalizzate a rendere meno traumatico l'innalzamento dell'età pensionabile attraverso la promozione dell' "invecchiamento attivo" e nella consapevolezza degli adeguamenti necessari negli ambienti di lavoro a seguito delle variazioni con l'età della capacità lavorativa.



In questa situazione è evidente il rischio che nella popolazione lavorativa alla quota di deterioramento dello stato di salute dovuto all'invecchiamento, se ne aggiunga un'altra indotta dalle condizioni lavorative.

Come vedremo, in tale contesto il medico competente rischia di diventare l'anello debole.

Da ciò l'interesse ad iniziare una riflessione sulle conseguenze che le dinamiche demografiche stanno avendo sulla tutela della salute nei luoghi di lavoro e, quindi, anche sull'attività del medico competente.



Inquadramento generale

-



“La popolazione europea sta invecchiando rapidamente e, in questo contesto, l’Italia risulta essere – e lo sarà ancor di più nel futuro – il Paese più vecchio d’Europa”

Dal Libro bianco 2012 “La salute dell’anziano e l’invecchiamento in buona salute: stato di salute, opportunità e qualità dell’assistenza nelle Regioni italiane” - Senato, 22 dicembre 2012

—



Questa prospettiva è una delle principali motivazioni dell'ormai trentennale processo di riforma del nostro sistema pensionistico pubblico.

Profondamente innovato negli anni '60 attraverso la riforma "Brodolini", il sistema è stato poi oggetto di numerosi interventi (dalla riforma "Scotti" alla "Fornero") orientati a garantirne la sostenibilità e sostanzialmente incentrati, specialmente negli ultimi anni, sul progressivo aumento dell'età pensionabile.



Alla base di questo processo riformatore vi è l'urgenza di continuare a riuscire a mantenere in equilibrio un sistema messo sempre più in crisi dall'aumento dell'aspettativa di vita e, specialmente negli ultimi anni, anche dalla diminuzione delle entrate contributive a causa della crisi economica.



Infatti l'equilibrio del nostro sistema pensionistico pubblico è basato sul criterio della "ripartizione" per cui con i contributi che i lavoratori e le imprese versano agli enti di previdenza, vengono pagate le pensioni di coloro che hanno lasciato l'attività lavorativa.

Conseguentemente il sistema si può reggere soltanto attraverso il mantenimento dell'equilibrio fra il flusso delle entrate (contributi) e l'ammontare delle uscite (pensioni).



Di seguito vengono presentati alcuni dati demografici ed occupazionali nazionali ed europei (1).

La loro analisi fornisce il quadro attuale e prospettico dell'entità del fenomeno dell'invecchiamento della popolazione, compresa quella occupata, e ci fa comprendere i motivi della riflessione in atto a livello internazionale sul cosiddetto "invecchiamento attivo".

- (1): - *ISTAT.IT: Banche Dati >Popolazione> Indicatori demografici> Popolazioni e famiglie>Previsioni>Indicatori demografici*
- *EUROSTAT "Active ageing and solidarity between generations – a statistical portrait of the European Union" - 2012*



SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA IN ITALIA

| ANNO | ♂ | ♀ |
|-------------|-------------|-------------|
| 2013 | 79,9 | 85 |
| 2020 | 81,2 | 86,2 |
| 2030 | 82,8 | 87,7 |
| 2040 | 84,2 | 89,1 |
| 2050 | 85,3 | 90,2 |

Fonte: ISTAT

Previsioni demografiche



ETA' MEDIA DELLA POPOLAZIONE ITALIANA

| ANNO | Età media della popolazione |
|-------------|-----------------------------|
| 2013 | 43.8 |
| 2020 | 45.2 |
| 2030 | 47 |
| 2040 | 48.5 |
| 2050 | 49.5 |

Fonte: ISTAT

Previsioni demografiche



ITALIA: POPOLAZIONE 15-64 aa. vs. POPOLAZIONE 65 aa e più

| ANNO | 15 – 64 aa. <i>(valori % al 1° gennaio)</i> | 65 aa. e più <i>(valori % al 1° gennaio)</i> |
|-------------|--|---|
| 2013 | 65.1 | 20.9 |
| 2020 | 63.9 | 22.5 |
| 2030 | 61.3 | 26.1 |
| 2040 | 56.5 | 31.1 |
| 2050 | 54.4 | 33.1 |

Fonte: ISTAT

Previsioni demografiche



INDICE DI VECCHIAIA DELLA POPOLAZIONE ITALIANA

(rapporto tra il n. di individui di età 65 aa. e più ed il n. di individui di età 0-14 aa.) X 100

| ANNO | Indice di vecchiaia |
|-------------|---------------------|
| 2013 | 149.1 |
| 2020 | 165.9 |
| 2030 | 207.1 |
| 2040 | 249.5 |
| 2050 | 262.8 |

Fonte: ISTAT

Previsioni demografiche



ITALIA: INDICE DI DIPENDENZA DEGLI ANZIANI

(rapporto tra il n. di individui di 65 aa. e più ed il n. di individui di età 15 -64 aa.) X 100

| ANNO | Indice di dipendenza degli anziani (*) |
|------|--|
| 2013 | 32.1 |
| 2020 | 35.2 |
| 2030 | 42.6 |
| 2040 | 55 |
| 2050 | 60.8 |

(): indica quanti individui potenzialmente non autonomi per ragioni demografiche ci sono ogni 100 individui potenzialmente indipendenti (attivi)*

Fonte: ISTAT

Previsioni demografiche



POPOLAZIONE EUROPEA: ETA' MEDIA

| STATO | Età media al 1° gennaio 2010 |
|-----------|------------------------------|
| IT | 43.1 |
| FR | 39.8 |
| ES | 39.9 |
| DE | 44.2 |
| UK | 39.5 |
| BE | 40.9 |
| NL | 40.6 |
| AT | 41.7 |

Fonte: Eurostat

demo_pjanind



POPOLAZIONE EUROPEA: DISTRIBUZIONE PER ETA' AL 1° GENNAIO 2010

| STATO | 50 – 64 aa. | 65 – 79 aa. | > 80 aa. |
|-----------|--------------------|--------------------|-------------------|
| IT | 19.0 | 14.5 | <u>5.8</u> |
| FR | 19.2 | 11.4 | 5.2 |
| ES | 17.4 | 12.0 | 4.9 |
| DE | 19.3 | <u>15.6</u> | 5.1 |
| UK | 18.1 | 11.8 | 4.6 |
| BE | 19.3 | 12.2 | 4.9 |
| NL | <u>20.1</u> | 11.4 | 3.9 |
| AT | 18.4 | 12.8 | 4.8 |

Fonte: Eurostat

demo_ging e demo_pjangroup



POPOLAZIONE MONDIALE: DISTRIBUZIONE PER ETA' (dati 2010)

| STATO | 50 – 64 aa. | 65 – 79 aa. | > 80 aa. |
|-----------------|--------------------|--------------------|-------------------|
| EU-27 | 19.1 | 12.7 | 4.7 |
| USA | 18.8 | 9.3 | 3.8 |
| CINA | 16.2 | 6.8 | 1.4 |
| RUSSIA | 20.0 | 9.9 | 2.9 |
| BRASILE | 12.9 | 5.5 | 1.5 |
| INDIA | 11.0 | 4.3 | 0.7 |
| GIAPPONE | <u>20.6</u> | <u>16.4</u> | <u>6.3</u> |

Fonte: Eurostat: demo_ging e demo_pjangroup

Fonte: Nazioni Unite - Dipartimento di Economia e Affari Sociali



CLASSIFICA AL 1° GENNAIO 2009 DELLE PRIME 10 REGIONI EUROPEE CON LA POPOLAZIONE PIÙ ANZIANA

| CLASSIFICA | 65 – 79 aa. (% pop.) | > 80 aa. (% pop.) |
|------------|-----------------------|--------------------------|
| 1 | | LIGURIA (8.1) |
| 2 | LIGURIA (18.7) | |
| 3 | | |
| 4 | | Umbria (7.2) |
| 5 | | Toscana (7.1) |
| 6 | | Marche (6.9) |
| 7 | | Friuli V.G. (6.9) |
| 8 | | Emilia R. (6.9) |
| 9 | | |
| 10 | | Molise (6.7) |

Fonte: Eurostat:

demo_r_d2jan



TASSO DI FECONDITA'

(n. medio di figli per donna in età feconda: 15 – 49 aa.)

| STATO | TASSO DI FECONDITA' |
|--------------|-------------------------|
| IT | 1.41 (dato 2010) |
| FR | 2.03 (dato 2010) |
| ES | 1.36 (dato 2011) |
| DE | 1.36 (dato 2011) |
| UK | 1.98 (dato 2010) |
| BE | 1.84 (dato 2009) |
| NL | 1.76 (dato 2011) |
| AT | 1.42 (dato 2011) |
| EU-27 | 1.59 (dato 2009) |

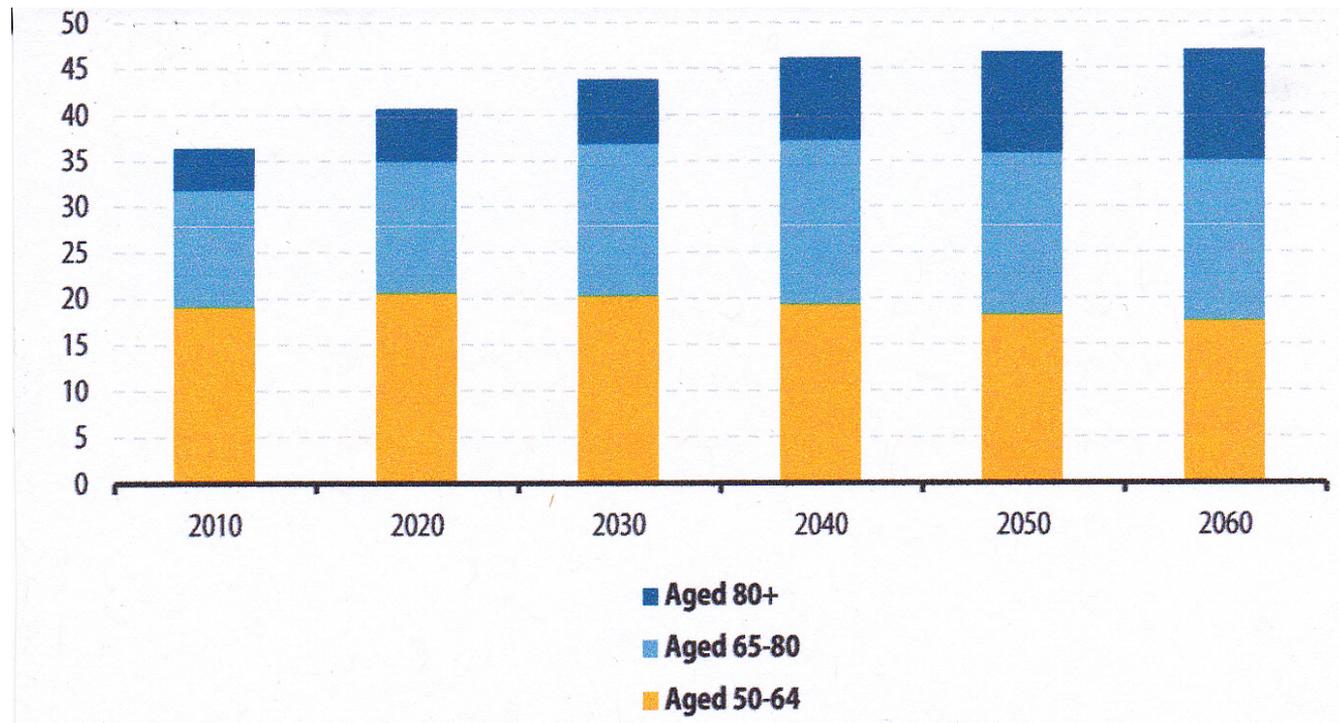
Fonte: Eurostat
demo_find



Proiezione della struttura della popolazione anziana (EU-27, stima al 1° gennaio 2010) (% della popolazione totale)

Fonte: Eurostat
proj_10c2150p

In Europa il numero degli over 60 aumenta di due milioni di persone all'anno





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 DI ETA' | 2010 | 2011 | 2012 |
|--------------------|-------------|-------------|-------------|
| 15 – 29 aa. | 34.5 | 33.7 | 32.5 |
| 25 – 34 aa. | 65.4 | 65.3 | 63.8 |
| 35 – 44 aa. | 74.7 | 74.6 | 73.7 |
| 45 – 54 aa. | 72.0 | 72.2 | 72.1 |
| 55 – 64 aa. | 36.6 | 37.9 | 40.4 |

Fonte: ISTAT

Lavoro



% DELLA POPOLAZIONE ATTIVA (15 – 64 aa) CON ETA' DI 50 – 64 aa (EU-27)

| STATO | 2000 | 2010 |
|--------------|-------------|-------------|
| IT | 18.3 | 23.4 |
| FR | 19.4 | 24.6 |
| ES | 17.8 | 21.4 |
| DE | 22.8 | 27.9 |
| UK | 22.5 | 25.0 |
| BE | 16.0 | 23.4 |
| NL | 18.1 | 25.4 |
| EU-27 | 20.1 | 24.7 |

Fonte: Eurostat

Isfa_pganws



E' tuttavia 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 quindi distinguere tra
“aspettativa di vita” ed “aspettativa
di vita attiva” e cioè in buona salute



Pertanto l'attenzione si stia 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 al mondo 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 (2011)

| PAESE | DONNE | | UOMINI | |
|-------------|---------------------|----------------|---------------------|----------------|
| | Attesa di vita sana | Attesa di vita | Attesa di vita sana | Attesa di vita |
| EU27 | 8.6 | 21.0 | 8.6 | 17.4 |
| UK | 11.9 | 20.8 | 11.1 | 18.1 |
| DE | 7.3 | 20.9 | 6.7 | 17.8 |
| ES | 9.2 | 22.7 | 9.7 | 18.6 |
| FR | 9.9 | 23.4 | 9.7 | 18.9 |
| IT | 7.0 | 22.1 | 8.1 | 18.3 |
| SE | 15.2 | 21.2 | 13.9 | 18.3 |
| DK | 13.0 | 19.7 | 12.4 | 17.0 |

Fonte: Eurostat – Newsrelease, n. 5/2013 (marzo 2013)



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 coinciderà con quello degli individui tra 15 e 34 anni; entro il 2050 gli over 65 saranno 6 milioni in più dei ventenni);
- l'invecchiamento della forza lavoro: il tasso di occupazione aumenta nella fascia di età fra i 50 e 64 anni e diminuisce in quelle più giovani (15 - 34 anni);
- l'"aspettativa di vita attiva" non commisurata all'"aspettativa di vita" globale.



Tutto ciò sta determinando:

- rilevanti ricadute su tutti gli aspetti del sistema economico (consumi, risparmio, ecc.) non solo con impatti negativi (riduzione della spinta agli investimenti ed all'innovazione), ma anche con risvolti positivi (1);
- un aumento dei carichi socio-assistenziali: i pagamenti delle pensioni per tempi più lunghi e l'aumento dell'incidenza delle patologie croniche e degenerative, stanno “stressando” i sistemi di welfare (sanitario e previdenziale) con il rischio di far saltare il patto di solidarietà generazionale su cui sono fondati.

(1): si parla di “silver economy” alludendo al ruolo sempre più importante degli anziani sia come “consumatori” che come “risorsa” per lo sviluppo economico attraverso la domanda di prodotti e servizi innovativi nei settori della cura e del benessere della persona, dell'assistenza e riabilitazione, dell'attività fisica, della mobilità, della comunicazione ed informazione ed anche del turismo (telemedicina, domotica, slow-turism ecc.)



L'impatto negativo dell'invecchiamento sui modelli sociali, sta imponendo ai Governi una strategia basata fundamentalmente 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.



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**” (1) risultante dall’equilibrio tra lavoro e risorse influenzato dai seguenti fattori:

- capacità funzionali fisiche, psichiche e sensoriali strettamente correlate allo stato di salute (**promozione della salute**);
- competenze, conoscenze che vanno aggiornate e rinnovate (formazione, aggiornamento);
- valori, attitudini, motivazioni: anche attraverso processi di riappropriazione del proprio potenziale (empowerment);
- **adeguamento tecnico ed organizzativo del lavoro** (ambiente, contenuto, contesto, organizzazione, relazioni)

(1): la capacità lavorativa può essere valutata mediante il “Work Ability Index” (WAI), questionario sviluppato dal FIOH basato sull’autovalutazione della capacità lavorativa degli intervistati e finalizzato ad individuare le azioni necessarie per prevenirne la riduzione



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 criticità ad opportunità; 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.



In realtà tutto questo non è nuovo.

L'OMS già nel 1995, con il programma "*Ageing and Health*", richiamava l'attenzione sulla necessità di migliorare la qualità dell'invecchiamento e, nel 1999, proclamava l'"*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”* che promuove l'invecchiamento attivo in tre settori:

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



Occupazione e condizioni di lavoro

Al crescere dell'età pensionabile, 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: il tasso di occupazione EU27 per i lavoratori di età 55-64 è passato dal 36,9% del 2000 al 46% nel 2009. L'UE già nel 2000 si era data l'obiettivo di raggiungere entro il 2010 un tasso di occupazione del 50% dei lavoratori di età 55-64. L'Italia è attualmente attorno al 40%, mentre nel 2010 l'obiettivo era già stato raggiunto e superato dall'Olanda, Germania, UK, Irlanda, Finlandia e Paesi scandinavi;



Occupazione e condizioni di lavoro

b) la valorizzazione del patrimonio di esperienze, conoscenze, competenze e abilità degli anziani anche 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 richieste di 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 è incrementato del 24,2% (CENSIS, 2013)



L'obiettivo generale dell'Anno europeo sull'invecchiamento attivo è descritto nell'articolo 2 della Decisione UE:

“...agevolare la creazione di una cultura dell'invecchiamento attivo basata su una società per tutte le età...adoperarsi maggiormente per mobilitare il potenziale degli ultracinquantenni, che costituiscono una parte della popolazione in continuo aumento...” attraverso “la creazione di migliori opportunità affinché...possano svolgere un ruolo nel mercato del lavoro....Ciò comporta...**l'adeguamento delle condizioni di lavoro... il miglioramento della salute e sicurezza sul lavoro...**”



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, come già ricordato, nel nostro Paese il dibattito è ancora inadeguato (1) e si è finora mantenuto soprattutto su un livello socio-economico senza un vero coinvolgimento di chi a vario titolo si occupa di salute compresa la sua tutela nei luoghi di lavoro.

Al contrario di quanto sta accadendo specialmente nel Nord Europa, in Italia non sembra esserci ancora la consapevolezza delle implicazioni comportate da queste dinamiche demografiche occupazionali, comprese quelle sanitarie.

(1): indicativo il fatto che alla conferenza “Lavoro più sicuro e salutare a qualsiasi età” tenutasi lo scorso 2 dicembre presso il Parlamento europeo dedicata alla sicurezza e alla salute sul lavoro dei lavoratori anziani, nessun relatore, moderatore od organizzatore fosse italiano.



In questa situazione è forte il rischio che alla fine il “problema” venga tutto scaricato sulle spalle del medico competente che si troverà spesso nella condizione di dover accertare giudizi di idoneità con forti limitazioni o di inidoneità, finendo 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 (si pensi a quanto sta già avvenendo nel settore sanitario).



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 sui vari profili dell'attività del medico competente (MC).



Sia sulle varie attività collaborative:

- ✓ valutazione dei rischi (VR);
- ✓ individuazione delle misure di tutela;
- ✓ attuazione e valorizzazione dei programmi volontari di “promozione della salute”;
- ✓ formazione dei lavoratori anche per l’individuazione delle specificità per quelli “anziani”;
- ✓ reinserimento e mantenimento al lavoro dei lavoratori “fragili”.

Sia 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, la considerazione nel processo di valutazione dei rischi (VR) anche di quelli “connessi all’età” è esplicitamente richiamata **nell’art. 28, c.1** del D. Lgs. 81/08 e s.m.i. (TU) “Oggetto della valutazione dei rischi”.

In tale contesto può essere richiamato anche **l’art. 18, c. 1c)** del TU: il datore di lavoro, nell’affidare i compiti ai lavoratori, deve “tenere conto delle capacità e delle condizioni degli stessi in rapporto alla loro salute e alla sicurezza”.



Sicuramente sia la condizione minorile che l'invecchiamento possono rendere i lavoratori più vulnerabili.

Tuttavia, al momento, una specifica legislazione di tutela è prevista soltanto per i “minori”: il D. Lgs. 345/99 e s.m.i., riporta nell'Allegato I° una serie di attività vietate ai minori. (1)

Forse anche per questo non sono tuttora numerosi i documenti che trattano in modo specifico il fattore “anzianità” nella VR. (2)

(1): prevedendo, tuttavia, per motivi didattici o di formazione professionale, la possibilità di deroga ai divieti (attraverso la DTL, previo parere dell'ASL).

(2): - Agenzia Europea per la Salute e Sicurezza sul Lavoro: “Workforce diversity and risk assessment: ensuring everyone is covered” (2009);

- Agenzia Europea per la Salute e Sicurezza sul Lavoro: website: http://osha.europa.eu/en/priority_groups/ageingworkers

- Fondazione Europea per il Miglioramento delle Condizioni di Vita e Lavoro: “Age and working conditions in the European Union” (2003)



Peraltro la legislazione e l'evoluzione della demografia occupazionale, impongono la valutazione e la gestione del fenomeno dell'invecchiamento nei luoghi di lavoro.

Tuttavia, in genere, i datori di lavoro ed i dirigenti non risultano ancora pienamente consapevoli di questa necessità e tendono a considerare questa gestione soltanto con un approccio del tipo "risoluzione di un problema". Il MC può svolgere un ruolo importante già nella sensibilizzazione del management.



In particolare il management dovrebbe:

- conoscere “l’age profiling” dei dipendenti;
- includere la gestione dell’invecchiamento nella politica delle risorse umane anche per quanto riguarda gli sviluppi e le opportunità di carriera;
- considerare nel disegno delle mansioni il fattore anzianità anche attraverso l’adozione di tecniche e di soluzioni organizzative innovative;
- favorire l’apprendimento permanente anche per l’adeguamento ai cambiamenti tecnologici;
- favorire la trasmissione dell’esperienza dei lavoratori anziani a quelli più giovani: gruppi intergenerazionali, programmi di mentoring o coaching;
- facilitare il reinserimento ed il mantenimento al lavoro dei lavoratori “fragili” (ad esempio attraverso la job rotation)



L'Agenzia Europea per la Salute e Sicurezza sul Lavoro indica sostanzialmente le seguenti azioni per ridurre i rischi per la salute dei lavoratori “anziani”:

- interventi per migliorare l'ambiente di lavoro dal punto di vista tecnico ed organizzativo (compiti, carichi, ritmi ed orari di lavoro);
- la promozione della capacità lavorativa attraverso la promozione della salute;
- la formazione e l'apprendimento per il mantenimento ed il miglioramento delle abilità e delle competenze professionali.



Tuttavia l'Agencia 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, il gruppo dei lavoratori "anziani" non dovrebbe essere considerato come una "categoria a parte" e, conseguentemente, 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 e da prendere in considerazione nella VR.



Pertanto va evitato il rischio che misure protettive troppo mirate sul gruppo dei lavoratori “anziani” o troppo “difensive”, 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 (pur nella consapevolezza che qualche specifico adattamento potrebbe comunque rendersi necessario).



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 cambiamenti delle capacità funzionali dovuti all'invecchiamento per poter 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).



LA MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI

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 **a partire dai 45 aa.**



LA MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI

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.



LA MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI

L' Unità di Ricerca EPM (Ergonomia della Postura e del Movimento) della Clinica del Lavoro di Milano, ha proposto 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 |



Invecchiamento e riduzione delle capacità fisiche

La diminuzione delle capacità fisiche e sensoriali si riflette soprattutto sulle attività fisiche pesanti (sovraccarico biomeccanico e posturale) e può 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.

D'altra parte molte attività dell'industria dei servizi, sempre più in espansione, valorizzano invece competenze e capacità tipiche dei lavoratori anziani come le migliori capacità relazionali, la maggiore disponibilità a lavorare in gruppo e a cooperare e l'importanza data alla qualità del servizio.



La riduzione della capacità fisica può essere affrontata:

- 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;
- 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 specialmente sui rischi per la salute e addestramento sulle tecniche di corretta MMC (art. 169 del TU);
- Sorveglianza sanitaria: tempi e contenuti da adattare al lavoratore.



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) e nella sorveglianza sanitaria con la previsione di periodici 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. 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.



AGENTI FISICI

Con l' invecchiamento, la progressiva degenerazione dei dischi intervertebrali rende i lavoratori più sensibili agli effetti negativi sul rachide delle WBV, mentre fenomeni vasculopatici, neuropatici ed 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**.

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

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



AGENTI CHIMICI

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

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, glutatione-S-transferasi), 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' aumentata suscettibilità ai bronco irritanti ed ai tossici polmonari.

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



LAVORO NOTTURNO E A TURNAZIONE

Il report *“Age and working conditions in the European Union”* 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 2, 3 o 4 giorni) in senso orario (mattino/pomeriggio/notte).



La collaborazione alla valutazione dei rischi connessi all'età è un aspetto importante del contributo che il MC può dare per l'invecchiamento attivo, ma non 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 MC può diventare promotore di lavoro e di salute.



Il contributo al miglioramento della qualità del lavoro

Abbiamo già sottolineato in più di un' occasione come la figura del MC esca rafforzata dal TU anche per l' estensione del suo ruolo dagli ambiti della prevenzione secondaria e terziaria, in cui sostanzialmente lo confina la sorveglianza sanitaria, verso il campo della prevenzione primaria finalizzata al riconoscimento dei rischi e alla loro riduzione alla fonte e quindi orientata al miglioramento delle condizioni e degli ambienti di lavoro.



L' impegno per la promozione della salute

E' interessante sottolineare che secondo l' OMS (2009) 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' assunzione di alcol, l' eccesso ponderale, la sedentarietà, l' alimentazione scorretta (povera di frutta e verdura), sarebbero responsabili di circa il 40% della perdita totale di DALY (le altre principali cause sono l' ipertensione, il diabete, l' ipercolesterolemia e l' inquinamento urbano)



L' impegno per la promozione della salute

Le innovazioni normative come:

- l' applicazione della definizione di “salute” dell' OMS agli ambienti di lavoro;
- la collaborazione del MC “all' attuazione e valorizzazione di programmi volontari di promozione della salute”;
- le normative in materia di “dipendenze”, estendendo il concetto di “tutela della salute” oltre l' ambiente di lavoro, hanno ampliato l' interesse del MC anche verso il controllo di quei 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”

Ci sono sempre più prove sugli effetti benefici per l'individuo e la collettività della facilitazione del reinserimento dei lavoratori in congedo per malattia o infortunio.

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 la spesa per prepensionamenti o per pensioni di invalidità.(1)

(1):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.



La collaborazione per il reinserimento dei lavoratori “fragili”

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.

Il MC può contribuire a ridisegnare il profilo della mansione del lavoratore “fragile”, oppure collaborare alla sua ricollocazione (ai sensi dell'art. 42 del TU) valorizzando le sue capacità lavorative residue anche attraverso la conoscenza delle forme di “tutela sociale” di cui questi lavoratori possono beneficiare insieme alle aziende che li occupano: conservazione del posto di lavoro e facilitazione dell'accesso alle terapie e 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 (integrazione ex art. 46, c.1, t) del D. Lgs. 276/03 e riscritto dall’ art. 1, c. 44 della Legge 247/07);
- Legge n. 68/99 “Norme per il diritto al lavoro dei disabili” .



Conclusioni

-



Anche il MC può dare il suo contributo per la realizzazione della reciproca promozione tra lavoro e salute, fondamento della strategia per il perseguimento dell'invecchiamento attivo:

- il MC può innanzi tutto collaborare alla promozione (e tutela) del lavoro contribuendo alla realizzazione di condizioni e di ambienti di lavoro favorevoli al mantenimento in attività di lavoratori “sani” o, comunque, idonei a facilitare l'integrazione di quelli “fragili”;
- contestualmente, attraverso la collaborazione per la tutela ed la promozione della salute, il MC può contribuire alla creazione delle condizioni idonee a mantenere i lavoratori “attivi” o comunque ancora in grado di esprimere una capacità lavorativa valorizzabile per la loro integrazione.



Attraverso questo percorso il MC vedrà:

- accrescere la stima per il suo ruolo nel contesto aziendale e sociale in quanto professionista impegnato a tutelare e promuovere la salute anche attraverso il miglioramento della qualità del lavoro;
- migliorare il rapporto di fiducia con i lavoratori;
- aumentare l'interesse verso la qualità del suo lavoro.