

L'EROGAZIONE IN AMBITO INAIL DI APPARECCHI ACUSTICI AI LAVORATORI AFFETTI DA IPOACUSIA DI ORIGINE PROFESSIONALE: ASPETTI MEDICO-LEGALI

ADRIANO VIDONI*

1. Introduzione

All'interno del sistema di tutela globale integrata del lavoratore, in cui devono trovare piena realizzazione le prestazioni economiche, sanitarie ed integrative erogate dall'INAIL a favore dei soggetti infortunati sul lavoro o affetti da malattia professionale, il nuovo modello riabilitativo proposto dall'Istituto ha allargato la sfera di intervento ad una équipe multidisciplinare, cui compete realizzare progetti riabilitativi individualizzati, al fine di personalizzare l'atto riabilitativo e renderlo massimamente efficace.

Le prestazioni riabilitative rappresentano un momento qualificante per l'attività dell'Istituto assicuratore, in quanto finalizzate a ridurre la disabilità derivante dalla menomazione permanente ed a favorire il recupero sociale e lavorativo del disabile, ma necessariamente condizionato dalla capacità di offrire una ottimale assistenza protesica che spesso rappresenta il punto di partenza del più complesso percorso riabilitativo.

In questo contesto, a fronte delle istanze di una platea di assicurati sempre più consapevole del diritto alla tutela della salute ed esigente, sta assumendo di giorno in giorno maggior rilievo la richiesta all'INAIL di erogazione di apparecchi acustici (di seguito indicati come a.a.), in particolare di quelli più sofisticati e costosi a tecnologia digitale, da parte di lavoratori riconosciuti affetti da ipoacusia di origine professionale, cioè derivante da infortunio sul lavoro o malattia professionale.

In altra sede, previa descrizione delle caratteristiche tecniche delle varie tipologie di apparecchi acustici, abbiamo già avuto modo di inquadrare i criteri generali e le modalità procedurali per l'erogazione degli apparecchi acustici in ambito INAIL [1].

La recente introduzione di nuove disposizioni regolamentari da parte dell'Istituto assicuratore sociale, il costante incremento della domanda di a.a. da parte dell'utenza e quindi dei costi delle prestazioni, nonché la crescente attenzione verso

* Dirigente medico I livello, INAIL - Sede di Udine.

le modalità di allocazione delle risorse economiche da parte degli operatori sanitari nelle strutture pubbliche, rendono opportuna una riflessione più approfondita sui criteri medico-legali che stanno alla base dell'erogazione degli a.a. in ambito INAIL.

2. Riferimenti normativi

Le fonti normative che affidano all'INAIL il compito istituzionale di provvedere all'erogazione delle prestazioni di assistenza protesica ai soggetti infortunati sul lavoro o affetti da malattia professionale, trovano specifico riferimento nell'articolato del "Testo Unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli Infortuni sul lavoro e le malattie professionali", approvato con D.P.R. n. 1124 del 30 giugno 1965 (di seguito definito T.U.).

Precisamente gli Artt. 66, 90, 126 del T.U. che afferiscono alla gestione ordinaria nel settore industriale, gli Artt. 236 e 256 per la gestione ordinaria nel settore agricolo e gli Artt. 178 e seguenti che attengono alla speciale gestione.

L'Art. 66 del T.U. elenca tra le prestazioni per gli infortunati dell'industria, la fornitura degli apparecchi di protesi e l'Art. 236 estende le medesime prestazioni agli infortunati del settore agricolo. L'Art. 90 T.U. specifica che l'INAIL provvede alla "prima fornitura degli apparecchi atti a ridurre il grado di invalidità" ed alla "rinnovazione degli stessi".

L'Art. 126 e 256 T.U. introducono anche "forme di assistenza e di servizio sociale" tra i compiti dell'INAIL e l'Art. 178 istituisce la speciale gestione per l'assistenza dei grandi invalidi del lavoro.

Successivamente la competenza dell'INAIL in materia di assistenza protesica non è mai stata messa in discussione, tanto che la riforma del sistema sanitario nazionale (Legge n. 833 del 1978) pur trasferendo le competenze in materia sanitaria, all'Art. 26 sanciva il diritto di ogni cittadino a fruire delle prestazioni protesiche di cui aveva bisogno, garantendo, con l'Art. 57 più elevati livelli di prestazioni agli assicurati INAIL. Il successivo D.P.R. 18 aprile 1979, all'Art. 3, ha confermato la competenza INAIL riguardo le prestazioni protesiche per i grandi invalidi del lavoro.

Quindi già queste norme individuavano nell'INAIL l'Ente titolare ad erogare un'assistenza protesica differenziata e privilegiata rispetto all'assistenza offerta dal S.S.N. alla generalità dei cittadini.

L'ultima e recente conferma di tale scelta legislativa proviene dal Decreto del Ministero della Sanità n. 332 del 27 agosto 1999, intitolato "Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: modalità di erogazione e tariffe": l'Art. 2, comma 2, stabilisce che "...Agli invalidi del lavoro, i dispositivi dovuti ai sensi del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124, sono erogati dall'Istituto Nazionale per l'assicurazione

contro gli infortuni sul lavoro (Inail) con spesa a proprio carico, secondo le indicazioni e le modalità stabilite dall'Istituto stesso...".

Nel rispetto del disposto normativo l'Istituto nel corso degli anni ha periodicamente rinnovato le disposizioni interne per regolamentare la materia, adeguandole all'evolversi dei tempi.

Con delibera del Consiglio di Amministrazione dell'INAIL n. 23 del 22 gennaio 2007, è stato approvato il "Regolamento per l'erogazione di prestazioni di assistenza protesica agli invalidi del lavoro" (di seguito indicato come "Regolamento INAIL"), recepito con la circolare dell'Istituto n. 30 del 13 luglio 2007.

Di recente, la delibera del Commissario Straordinario n. 9 del 4 febbraio 2009, recepita con la circolare n. 39 del 29 luglio 2009, ha introdotto alcune modifiche al suddetto "Regolamento INAIL" che hanno interessato anche il settore degli apparecchi acustici.

Il richiamato "Regolamento INAIL", integrato dalle recenti modifiche, rappresenta la norma di riferimento per l'erogazione di prestazioni protesiche in tutte le fattispecie che soddisfino i requisiti di legge per il riconoscimento dell'infortunio sul lavoro o della malattia professionale.

L'Art. 2 del "Regolamento INAIL" stabilisce quali sono i soggetti aventi diritto alle prestazioni di assistenza protesica da parte dell'INAIL:

- a) infortunati sul lavoro e tecnopatici;
- b) titolari di rendita a termine revisionale scaduto ai sensi degli Artt. 83, 137, 230 del Testo Unico per lesioni dipendenti da infortunio o malattia professionale, anche per i casi in cui nessuna fornitura sia stata richiesta dall'assistito prima dello scadere del termine revisionale;
- c) invalidi liquidati in capitale in base alle cessate leggi di tutela per lesioni dipendenti da infortunio o malattia professionale;
- d) invalidi assistibili ai sensi dell'Art. 5 del Regolamento della speciale gestione approvato il 12 dicembre 1941.

La finalità delle prestazioni di assistenza protesica, ai sensi dell'Art. 3 del "Regolamento INAIL" è quella di "...mettere a disposizione delle persone affette da menomazioni derivanti da infortuni sul lavoro e da malattie professionali dispositivi tecnici, ausili, sistemi tecnologici ed informativi finalizzati al massimo recupero possibile e valorizzazione delle risorse psicofisiche, alla promozione della qualità della vita, all'accessibilità e alla partecipazione attiva al contesto familiare, sociale e lavorativo".

Come sottolineato da FUCCI e ROSSI, "...la normativa attuale non parla più - contrariamente al passato (T.U. 1765/1935 e relativo Regolamento) - di <protesi da lavoro>, sicchè qualsiasi mezzo protesico, anche soltanto estetico...è compreso tra quelli da fornirsi da parte dell'INAIL... Le protesi, comprendendo tutti gli apparecchi atti a ridurre il grado di inabilità, prevedono a pieno titolo anche quelle dentarie, oculari, acustiche..." [2]

Al momento attuale potremmo dire che le protesi comprendono tutti i dispositivi atti a ridurre la menomazione di integrità psico-fisica del lavoratore ed a favorirne il massimo recupero morfo-funzionale e psichico possibile, finalizzato al suo reinserimento nell'ambiente familiare, sociale e lavorativo: gli a.a. rientrano a pieno titolo in questa fattispecie.

Infatti l'Art. 26 (Lesioni dell'udito e lesioni auricolari) del "Regolamento INAIL", novellato dalla Delibera commissariale del 4 febbraio 2009, recita: "Agli assicurati, cui è stata riconosciuta dall'Istituto una menomazione mono o bilaterale dell'udito, per infortunio o malattia professionale, l'Istituto fornisce apparecchio elettroacustico monolaterale o bilaterale, se esso determina un miglioramento della funzione uditiva; tale fornitura consiste in un apparecchio analogico o digitale del tipo più idoneo al deficit uditivo, finalizzato al massimo recupero possibile, alla valorizzazione delle risorse psicofisiche, alla promozione della qualità della vita, all'accessibilità e alla partecipazione attiva al contesto familiare, sociale e lavorativo...".

Per completare il quadro normativo di riferimento, va ricordato che ai sensi del "Regolamento INAIL" il procedimento di erogazione di assistenza protesica si articola nelle fasi di prescrizione, provvedimento autorizzativo, fornitura e collaudo (Art. 6), con la precisazione che la competenza e la responsabilità della prescrizione dei dispositivi tecnici è del dirigente medico dell'Unità Territoriale dell'INAIL (Art. 7).

Dato che l'atto prescrittivo dei dispositivi tecnici è competenza del dirigente medico dell'INAIL e rappresenta il momento iniziale, e quindi il presupposto, dell'intero procedimento di erogazione delle prestazioni di assistenza protesica, diventa importante definire una criteriologia medico-legale quale supporto teorico uniforme all'attività prescrittiva quotidiana, al fine di evitare errori, disomogeneità di valutazione e disparità di trattamento degli utenti.

3. Criteri medico-legali per la prescrizione degli apparecchi acustici

Dall'esame delle disposizioni contenute nel "Regolamento INAIL" emerge chiaramente che il requisito preliminare per accedere alle prestazioni di assistenza protesica erogate dall'INAIL è che la menomazione psico-fisica necessitante di trattamento riabilitativo protesico sia conseguenza di un evento tutelato dall'Istituto, cioè un infortunio sul lavoro o una malattia professionale, con o senza corresponsione di indennizzo.

L'assistito ha quindi diritto a ricevere dall'INAIL solamente le prestazioni di assistenza protesica rese necessarie dalla menomazione psico-fisica derivante da infortunio sul lavoro o malattia professionale.

In altre parole, focalizzando l'attenzione sull'ipoacusia, il lavoratore avrà diritto di ottenere dall'INAIL l'erogazione di a.a. solo se l'ipoacusia di cui risulti affet-

to sia di origine professionale e soltanto qualora tale ipoacusia comporti la necessità di una riabilitazione mediante a.a.

Si pone pertanto il dovere da parte dei sanitari dell'INAIL di stabilire, per ogni singolo assistito che faccia richiesta di a.a., se egli è affetto da ipoacusia di origine professionale e se la richiesta è giustificata dalla presenza di tale patologia oppure se è determinata da altre patologie extralavorative inerenti l'apparato uditivo, preesistenti e/o sopravvenute.

Al riguardo si prospettano tre diverse possibili condizioni:

1) soggetto con sola ipoacusia di origine professionale

Un soggetto può risultare affetto da ipoacusia quale esito di infortunio sul lavoro (ad esempio per fratture della base cranica, rotture timpaniche) o di malattia professionale (ipoacusia da rumore), distinguendosi forme trasmissive, percettive e miste che presentano caratteristiche audiologiche ed evoluzione temporale differenti.

Brevemente ricordiamo che a seguito di un trauma fratturativo della base cranica interessante la rocca petrosa può residuare una ipoacusia di tipo neurosensoriale, mono o bilaterale, che è più grave in fase iniziale e poi tende a ridursi stabilizzandosi a livelli di deficit uditivo di varia entità: è difficile pertanto che si verifichino aggravamenti a distanza di molto tempo dal trauma, per cui in questi casi va posta attenzione alle richieste di a.a. motivate da supposti aggravamenti tardivi.

L'ipoacusia da rumore, invece, è una patologia causata con meccanismo fisico diretto di distruzione di cellule acustiche da parte dell'energia sonora, per cui è di tipo neurosensoriale, bilaterale e simmetrica (è ammessa una differenza massima tra i due orecchi di 15 dB), insorge e si aggrava lentamente nel corso di anni, raggiunge il maggior grado di sviluppo dopo circa un decennio dall'inizio dell'esposizione, tendendo successivamente a stabilizzarsi e si arresta con la cessazione dell'esposizione al rumore (per cambio di mansione lavorativa o pensionamento), non essendo suscettibile di successivo aggravamento spontaneo [3;4]. A fronte di una richiesta di fornitura di a.a. per ipoacusia da rumore andrà pertanto verificato l'andamento dei tracciati audiometrici tonali nel corso degli anni, con particolare attenzione al tracciato rilevato all'epoca dell'eventuale cessazione dell'esposizione lavorativa al rumore e a quello più recente allegato all'istanza di concessione di a.a., al fine di verificare la natura interamente professionale o meno dell'ipoacusia.

L'operazione successiva del sanitario dell'INAIL consiste nello stabilire se nella fattispecie il deficit uditivo di origine professionale comporti la necessità di utilizzare a.a.

L'indicazione alla protesizzazione di un soggetto ipoacusico è legata a numerose variabili rientranti nella competenza del medico specialista otiatra e

talora il compito del medico può diventare particolarmente complesso passando attraverso le fasi dell'anamnesi (fisiologica, patologica e lavorativa), dell'esame clinico, degli accertamenti strumentali (audiometria tonale e vocale ed eventuali test audiometrici obiettivi), della compilazione di questionari specifici e del counseling audioprotesico (con l'ausilio anche dell'audioprotesista). Esula dalla finalità del presente contributo entrare nel dettaglio in questa tematica, per cui si rimanda per approfondimento alle *Linee guida in tema di protesizzazione acustica dei pazienti affetti da ipoacusia non rimediabile con la terapia medica e/o chirurgica* [5].

È importante però ribadire che per l'erogazione di a.a. da parte dell'INAIL è indispensabile che l'ipoacusia professionale sia suscettibile di attenuazione mediante applicazione di tali dispositivi tecnici e che il grado del deficit uditivo sia tale da rendere necessario il loro uso per migliorare la capacità comunicativa del soggetto ipoacusico.

Per quanto attiene il grado di perdita uditiva che rende necessaria l'adozione di un a.a., la letteratura specialistica otorinolaringoiatrica non indica valori minimi tassativi di soglia audiometrica, ritenendo consigliabile la riabilitazione protesica quando l'ipoacusia è responsabile di disturbi della comunicazione, in relazione quindi anche alle necessità comunicative del soggetto ipoacusico nel suo ambiente di vita.

Peraltro, in un recente contributo, GIORDANO *et al.*, hanno indicato che una soglia audiometrica media di 35 dB calcolata sulle frequenze 500, 1000, 2000, 3000, 4000 Hz può essere considerata il valore minimo sopra il quale le protesi acustiche possono essere proposte al paziente affetto da trauma acustico cronico [6].

In ambito medico-legale FUCCI e ROSSI in epoca antecedente all'emanazione del D.Lgs. 38/2000 hanno sostenuto "...la non subordinazione della concessione protesica ad un grado percentuale minimo di danno...", con la conseguenza che la prestazione protesica deve ritenersi finalizzata al ristoro di qualunque menomazione. Del resto l'Art. 26 del vigente "Regolamento INAIL" prevede che "Agli assicurati, cui è stata riconosciuta dall'Istituto una menomazione mono o bilaterale dell'udito... l'Istituto fornisce apparecchio elettroacustico monolaterale o bilaterale, se esso determina un miglioramento della funzione uditiva...", senza fare alcun riferimento ad un grado minimo di deficit uditivo.

Pertanto, a differenza di quanto accade per l'erogazione protesica nel Servizio Sanitario Nazionale, in ambito INAIL non sussistono riferimenti a percentuali minime di invalidità permanente per avere diritto all'erogazione di un a.a.

Tuttavia si ritiene che tanto minore sarà il grado della menomazione uditiva da emendare con l'intervento protesico, tanto maggiore dovrà essere l'attenzione da parte del medico prescrittore e del consulente specialista otoiatra, nel valutare la reale necessità ed efficacia della fornitura protesica e il rapporto costo/benefici.

2) *Soggetto con preesistente ipoacusia extralavorativa e sopravvenuta ipoacusia di origine professionale*

In linea generale, la presenza di patologie preesistenti extralavorative che concorrono a determinare, assieme alla sopravvenuta patologia ipoacusica professionale, la menomazione uditiva complessiva necessitante di a.a., non fa venir meno il diritto alla fornitura protesica a carico dell'INAIL, in quanto in tali evenienze la componente professionale dell'ipoacusia è responsabile in maniera diretta ed immediata, seppure assieme alla menomazione preesistente concorrente, dell'esigenza di ricorrere a protesizzazione acustica.

Ad esempio un soggetto portatore dall'infanzia di esiti di frattura delle rocche petrose con ipoacusia neurosensoriale bilaterale non necessitante di riabilitazione audioprotesica che, successivamente, a causa dell'esposizione professionale a rumore veda aggravarsi il deficit uditivo fino a necessitare di a.a., avrà diritto all'assistenza protesica da parte dell'INAIL. Infatti in questo caso l'ipoacusia da rumore di origine professionale (pur essendo solo quota parte della complessiva menomazione uditiva) è sopravvenuta alla situazione menomata preesistente ed ha reso necessario il ricorso agli a.a., che in precedenza non lo era.

Diversamente, qualora la patologia uditiva preesistente extralavorativa avesse già determinato di per se stessa un grave deficit uditivo necessitante di trattamento con a.a. (indifferente se utilizzati o meno) ancor prima che il soggetto iniziasse l'esposizione professionale al rumore, sarebbe difficile ricondurre il caso nell'ambito dell'assistenza protesica INAIL, anche qualora venisse evidenziato un aggravamento correlabile all'esposizione lavorativa a rumore. Probabilmente potrebbe essere presa in considerazione la possibile competenza INAIL in simile circostanza qualora l'ipoacusia preesistente extralavorativa fosse di entità contenuta, ai limiti dell'indicazione alla protesizzazione e nel contempo la quota di ipoacusia professionale sopravvenuta fosse rilevante, di modo che l'entità del deficit uditivo complessivo rendesse ineludibile l'uso di a.a.

Una terza situazione che si può presentare nella pratica clinica, concerne quella di un soggetto affetto da patologia uditiva extralavorativa, cui si sia aggiunta in un secondo momento una ipoacusia a genesi professionale, con complessivo danno uditivo contenuto che non richieda interventi audioprotesici e che successivamente si verifichi un aggravamento esclusivo della patologia preesistente extralavorativa, tale da determinare un calo uditivo necessitante di riabilitazione con a.a. In questo caso risulterebbe parimenti difficile giustificare l'erogazione degli a.a. da parte dell'Istituto assicuratore, poiché l'indicazione alla protesizzazione non sarebbe inquadrabile come una conseguenza diretta dell'ipoacusia professionale.

3) *Soggetto con preesistente ipoacusia di origine professionale e sopravvenuta ipoacusia extralavorativa*

Un soggetto affetto da ipoacusia di origine professionale non necessitante di a.a., può andare incontro ad un aggravamento del deficit uditivo tale da richiedere la protesizzazione a causa del sovrapporsi di una nuova patologia extralavorativa (ivi compresa la socio-presbiacusia). In tale situazione la richiesta di a.a. è conseguenza diretta della patologia uditiva sopravvenuta extralavorativa e pertanto non appare accoglibile dall'Istituto assicuratore. Qualcuno potrebbe obiettare che anche la quota preesistente di ipoacusia di origine professionale concorre nella produzione del deficit uditivo complessivo e quindi rappresenta una concausa della richiesta di a.a. avanzata dall'assicurato, da cui deriverebbe la concedibilità del dispositivo tecnico da parte dell'INAIL. Tale obiezione appare però priva di consistenza: basti rilevare che nella fattispecie predetta, se l'assicurato dopo aver ricevuto gli a.a. dall'INAIL avanzasse richiesta di revisione per aggravamento, si vedrebbe respingere l'istanza dall'Istituto in quanto l'aggravamento non è in nesso causale con l'attività lavorativa, con conseguente palese contraddizione tra la concessione degli a.a. e la negazione dell'aggravamento in quanto dovuto a patologia sopravvenuta extralavorativa.

Una differente situazione è rappresentata da un soggetto affetto da ipoacusia di origine professionale di entità tale da rendere indicato l'uso di a.a., ma che non li abbia applicati, il quale subisca un peggioramento del deficit uditivo a causa di una patologia sopravvenuta extralavorativa e che avanzi per la prima volta richiesta di fornitura di a.a. all'INAIL in epoca successiva all'aggravamento extralavorativo: in questa evenienza la richiesta di a.a. avanzata all'INAIL potrebbe essere accolta, dato che la necessità di protesizzazione era già sostenuta dalla sola quota professionale dell'ipoacusia e il diritto dell'assicurato all'assistenza protesica INAIL si era già costituito anteriormente al sopraggiungere della patologia uditiva extralavorativa.

In riferimento alle patologie uditive sopravvenute extralavorative, merita una precisazione la questione della socio-presbiacusia. Con tale termine si intende il decadimento della funzione uditiva legato agli inevitabili processi involutivi dell'invecchiamento e all'esposizione al rumore sociale e ricreazionale nell'ambiente comune di vita [7]. Si tratta di un processo patologico, sostanzialmente correlato all'età e all'ambiente e stile di vita, che può essere diagnosticato escludendo altre possibili cause di ipoacusia.

Nella socio-presbiacusia il tracciato audiometrico è di tipo neurosensoriale, bilaterale, simmetrico, con curva in discesa sui toni acuti, per cui quando la patologia si sovrappone su di una ipoacusia professionale da rumore (anch'essa di tipo neurosensoriale, bilaterale e simmetrica, con deep sui 4000Hz nelle fasi iniziali ma estesa anche alle frequenze viciniori nelle fasi avanzate) diventa difficile distinguere le due componenti sulla base di un unico tracciato audiometrico.

Pertanto qualora un invalido del lavoro per ipoacusia da rumore, avanzi istanza di fornitura di a.a. per la prima volta in età avanzata, sarà necessario procedere ad un confronto tra il tracciato audiometrico attuale e il tracciato audiometrico disponibile più vicino all'epoca della cessazione dell'esposizione lavorativa a rumore, al fine di verificare se vi è stato aggravamento del deficit uditivo in epoca successiva all'abbandono dell'esposizione lavorativa e quindi non più ad essa riconducibile. Infatti, come detto sopra, l'ipoacusia da rumore non è suscettibile di evoluzione peggiorativa una volta che è cessata l'esposizione al rumore. In presenza di un aggravamento del preesistente deficit uditivo professionale, dovuto a socio-presbiacusia sopravvenuta che renda necessario l'utilizzo di a.a., l'assistito non potrà ricevere la prestazione protesica dall'INAIL, ma dovrà rivolgersi agli appositi uffici del Servizio Sanitario Nazionale (invalidità civile), poiché in tal caso la necessità di usare a.a. non è conseguenza diretta e immediata dell'ipoacusia professionale.

La questione è rilevante in considerazione della possibilità per gli assicurati riconosciuti affetti da ipoacusia professionale di inoltrare la prima istanza di fornitura di a.a. in qualsiasi momento, anche oltre il termine revisionale.

Appare opportuno richiamare l'attenzione sull'importanza, nei casi di ipoacusia da rumore, di effettuare un accurato confronto tra il tracciato audiometrico tonale disponibile più vicino all'epoca di cessazione dell'esposizione lavorativa al rumore e il tracciato audiometrico rilevato al momento della richiesta di a.a.: una differenza significativa tra i due tracciati deve indurre a ricercare altre patologie sopravvenute extralavorative quali responsabili dell'aggravamento del deficit uditivo.

4. Fornitura di apparecchi acustici agli assistiti in costanza di lavoro

L'Art. 26 del "Regolamento INAIL" prevede la fornitura di un a.a. del tipo più idoneo al deficit uditivo, finalizzato al massimo recupero possibile, alla valorizzazione delle risorse psicofisiche, alla promozione della qualità della vita, all'accessibilità e alla partecipazione attiva al contesto familiare, sociale e lavorativo. L'uso di a.a. in ambiente di lavoro richiede però delle precauzioni.

Infatti se l'ambiente lavorativo non comporta esposizione a rumore, l'utilizzo di a.a. non crea problematiche e può anzi essere utile in compiti che implicano relazioni con il pubblico e comunicazione verbo-acustica.

Invece qualora il lavoro venga svolto in ambiente rumoroso, l'amplificazione prodotta dagli a.a. può causare disagio e anche aggravamento dell'ipoacusia. Come riportato da GIORDANO *et al.*, "...Misurazioni reali su pazienti portatori di protesi acustiche e simulazioni su manichino antropometrico hanno evidenziato livelli di dBA superiori a quelli di rischio anche con apparecchi di lieve e media potenza. Per questi motivi un soggetto protesizzato non può lavorare in ambiente rumoroso. A tal

fine sono ormai in fase avanzata di studio i cosiddetti “otoprotettori protesici attivi” e cioè D.P.P.I. capaci di fungere da ausilio protesico per il paziente ipoacusico e contemporaneamente da dispositivo di protezione sul danno cocleare che il lavoro rumoroso può creare sulla funzione uditiva del lavoratore” [5].

Inoltre anche ambienti lavorativi surriscaldati, che producano intensa sudorazione, oppure molto polverosi, possono rappresentare una condizione limitativa all’uso di a.a. per il fastidio determinato dalla impregnazione di sudore o dall’imbrattamento della chiocciola auricolare. Quest’ultima problematica, rilevante per a.a. endoauricolari e retroauricolari con chiocciola, risulta attenuata con l’utilizzo dei dispositivi a chiocciola aperta e *open fitting*.

Dalle considerazioni esposte sopra consegue che l’utilizzabilità o meno degli a.a. sul luogo di lavoro non può rappresentare un criterio pregiudiziale per la loro erogabilità da parte dell’INAIL.

Da precisare che gli “otoprotettori protesici attivi”, rientrando nella categoria dei dispositivi di protezione individuale, devono essere forniti dal datore di lavoro, sentito il responsabile del servizio di prevenzione e protezione e il medico competente, ove presente, ai sensi della normativa vigente in materia di tutela della sicurezza e della salute nei luoghi di lavoro (Art. 18, comma 1, lettera d) del Decreto Legislativo n. 81 del 9 aprile 2008 e successive modificazioni) [8].

5. Conclusioni

La fase di prescrizione degli a.a. ai soggetti tutelati dall’INAIL è competenza e quindi responsabilità del dirigente medico dell’Unità Territoriale dell’Istituto e non appare delegabile al consulente specialista otiatra, non solo in ossequio alle disposizioni regolamentari, ma anche perché operazione carica di aspetti valutativi rientranti nel campo più propriamente medico-legale.

Pur essendo fondamentale l’apporto dello specialista otiatra nella fase di inquadramento diagnostico dell’ipoacusia e di indicazione alla protesizzazione acustica, non può essere considerato sufficiente per una decisione sulla erogabilità del dispositivo tecnico con onere economico a carico dell’INAIL, poiché resta da puntualizzare, caso per caso, se la necessità di utilizzare a.a. sia o meno una conseguenza diretta e immediata dell’ipoacusia di origine professionale, considerata singolarmente oppure in concorso con eventuali altre patologie uditive extra-lavorative preesistenti e/o sopravvenute.

Trattasi di compito talora non facile, per cui si rende necessaria una stretta collaborazione tra il dirigente medico INAIL e lo specialista otiatra, con analisi sovente estesa a ritroso a ripercorrere l’intera storia audiologica del soggetto ipoacusico e raffronto di tutti gli esami audiometrici disponibili, allo scopo di definire la quota di ipoacusia di origine professionale e il suo ruolo nel determinare l’esigenza di riabilitazione audioprotesica.

RIASSUNTO

L'Autore analizza la criteriologia medico-legale, in ambito INAIL, per l'erogazione di apparecchi acustici ai lavoratori ipoacusici, vittime di infortunio sul lavoro o affetti da malattia professionale. Dopo aver stabilito l'origine professionale dell'ipoacusia, è necessario verificare se questa è la causa diretta della necessità di utilizzare gli apparecchi acustici, agendo da sola o in concorso con danni uditivi extralavorativi. Solo a questa condizione l'erogazione degli apparecchi acustici appare di competenza dell'INAIL.

SUMMARY

The Author analyzes the criteria of medicolegal evaluation, in INAIL, for giving hearing devices to workers affected with hearing loss, because of accident at work or occupational disease. After check of the occupational cause of deafness, it is necessary verify the direct causal connection between the latter and necessity of use of hearing devices, also with concurrence of extra-occupational auditory damages. Only in this case INAIL can give hearing devices.

BIBLIOGRAFIA

[1] VIDONI A., MURRU L.: *Riabilitazione audioprotesica: criteri e modalità di erogazione delle protesi acustiche in ambito INAIL*, Atti del V Congresso Nazionale di Medicina Legale Previdenziale, S. Margherita di Pula, 20-22 ottobre 2004.

[2] FUCCI P., ROSSI P.: *La medicina legale degli infortuni e delle malattie professionali*, Giuffrè Editore, Milano, 1999.

[3] MERLUZZI F., ET AL.: *Linee guida per la prevenzione dei danni uditivi da rumore in ambiente di lavoro*, Tipografia PI-ME Editrice, Pavia, 2003.

[4] CAPORALE R., BISCEGLIA M.: *Le ipoacusie da rumore in ambito INAIL. Aspetti medico-legali*, Edizione INAIL, Milano, 2003.

[5] GIORDANO C., ET AL.: *Linee guida in tema di protesizzazione acustica dei pazienti affetti da ipoacusia non rimediale con la terapia medica e/o chirurgica*, Argomenti di *ACTA Otorhinolaryngologica Italica*, 2007; 1: 13-28.

[6] GIORDANO C., ET AL.: *Trauma acustico cronico e protesizzazione*, in *L'Audioprotesista*, Anno IV, Aprile 2006, 9: 36-43.

[7] LENZI A., PRECERUTTI G.: *La patologia uditiva in Medicina Legale*, Edizioni Sorbona, Napoli, 2000.

[8] DECRETO LEGISLATIVO 9 APRILE 2008, N. 81: *Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro* (Supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 101 del 30 aprile 2008, N.108/L).