

Percorsi

# Criticità del lavoro in Sanità nelle varie età della vita professionale

*a cura di Oriano Mercante*

In copertina, Luis Jiménez Aranda,  
*Una sala del hospital durante la visita del médico en jefe,*  
1889, Museo del Prado, Madrid, particolare

© 2017 Italic, Ancona  
*Tutti i diritti riservati*

ISBN 978 88 6974 143 2

*italic*

## Indice

<i>Prefazione</i> Franco Pesaresi	9
LO STATO DELL'ARTE	
<i>Il fabbisogno di personale medico nel SSN dal 2016 al 2030. La relazione tra pensionamenti, accessi alle Scuole di Medicina e Chirurgia e formazione post-laurea</i> Fabio Ragazzo, Domenico Montemurro Matteo D'Arienzo, Carlo Palermo	21
<i>Gli esiti del blocco del turnover nella categoria infermieristica</i> Andrea Bottega	41
<i>Il Benessere Organizzativo nelle varie età della vita professionale: l'esperienza degli Ospedali Riuniti di Ancona</i> Claudia Passamonti, Rita Assunta de Vito, Roberto Penna	47
<i>Age management e conciliazione famiglia-lavoro: due problematiche emergenti nell'organizzazione del lavoro</i> Gianni Genga, Cristina Gagliardi	63
<i>Lavoro a turni nelle varie età della vita professionale</i> Alfredo Copertaro	69

*Il medico anziano in corsia: fare le guardie a 67 anni*  
Giorgio Tombesi 74

*Il depotenziamento delle performance in relazione  
all'anzianità di servizio*  
Annamaria Frascati, Roberto Canestrone, Giuseppino Conti 81

LE PROPOSTE DI SOLUZIONE

*Problematiche del lavoratore anziano in sanità*  
Giovanni Costa 97

*Invecchiamento degli operatori sanitari: dalla valutazione  
dello stato di salute all'idoneità alla mansione lavorativa*  
Lucia Isolani 113

*Le soluzioni europee*  
Domenico Antonelli 127

*Una proposta di modifica della progressione di carriera  
dei Dirigenti Cardiologi Ospedalieri (e non solo)*  
Roberto Antonicelli 139

*L'invecchiamento della forza lavoro.  
Le buone pratiche aziendali e le possibili soluzioni in sanità*  
Oriano Mercante, Cinzia De Stefani 144

Ebbene da questi giovani io mi sono sempre sentito e mi sento porre delle domande molto serie. Non faccio loro dei discorsi, intreccio con loro una conversazione, un dialogo, come fossimo antichi amici, e ci riesco sempre. Ed allora ecco perché io mi sono persuaso che la nostra gioventù è molto sana. È vero sono giovani, non possono avere la mentalità degli anziani, ed è un errore grave che compiono gli anziani, siano essi genitori o educatori, di voler imporre ai giovani la loro mentalità di anziani. E quindi scavano un solco fra essi e i giovani. Io valico questo solco e vado incontro ai giovani comprendendo la loro mentalità, che è stata la mia mentalità quando giovane ero come loro. E mi avvicino a loro senza alcuna presunzione, senza alcuna arroganza, come fossi un loro amico da tanto tempo. E dico ai giovani questo: giovani, vedete, voi avete le vostre speranze, le vostre visioni, voi avete un animo puro, noi invece abbiamo la nostra esperienza. E dovete credermi, giovani, se io vi dico che questa nostra esperienza è tessuta di molti sacrifici e di molte rinunce. Abbiamo pagato anche per voi giovani, perché voi foste veramente liberi. Bene, io vi dico: camminiamo di conserva, fianco a fianco, camminiamo insieme, voi con le vostre visioni, noi con la nostra esperienza. Cerchiamo di camminare insieme sul sentiero della vita. E finché, vedete, un alito di vita mi animerà, io sarò al vostro fianco, giovani che mi ascoltate, per aiutarvi a rimuovere dal vostro cammino gli ostacoli che incontrerete, onde voi possiate percorrerlo con passo fermo e sicuro.

*Sandro Pertini*  
*Messaggio di fine anno, 1979*

## Prefazione

Franco Pesaresi  
*Direttore ASP "Ambito 9" Jesi (Ancona)*  
*Network Non Autosufficienza (NNA)*

“Ero di guardia al pronto soccorso della clinica universitaria Postel-Couperin. Era domenica ed eravamo nel pieno della classica frenesia notturna: incidenti domestici, infezioni eruttive, suicidi abortiti, aborti mancati, sbronze comatose, infarti, attacchi epilettici, embolie polmonari, coliche nefritiche, bambini bollenti come pentole, automobilisti in polpette, spacciatori fatti a colabrodo, barboni in cerca di alloggio, donne picchiate e mariti pentiti, adolescenti fumati, adolescenti catatonici... Insomma, la tipica domenica notte al pronto soccorso, e per giunta con la luna piena.

Tutta quella bella gente faceva il possibile per sottrarsi al lunedì mattina, e io come sempre iniettavo, otturavo, intubavo, cucivo, suturavo, sondavo, zaffavo, drenavo, medicavo, facevo partorire, qualche volta addirittura prevenivo e depistavo! Insomma, dispensavo. Ero un dispensario fatto persona. Sostituivo Pansard, Verdier, Samuel, Desonge: “A buon rendere, Galvan...”. “Lasciate stare, ragazzi, lo faccio volentieri.” (Tutti baroni, oggi, quelli.) I più ingenui vedevano in me un idealista facente funzione di interno, due soldi al mese per ottanta ore alla settimana, a scapito della mia salute, della mia giovinezza, della mia carriera, della mia vita privata.”

Comincia così *La lunga notte del dottor Galvan* di Daniel Pennac, romanzo breve su un medico parigino di Pronto soccorso pieno di buona volontà e di passione ma che alla fine esplose in un atto di rabbia.

In effetti, il lavoro in sanità porta con sé pesanti carichi di stress e di usura che si accumulano e accrescono con l'avanzare dell'età anagrafica e lavorativa. Se l'organizzazione sanitaria non presta la necessaria attenzione a questi aspetti potremmo avere quote significative di lavoratori incapaci di trovare le energie interiori per far fronte agli impegni emozionali che il lavoro sanitario presenta. E di conseguenza avremo la perdita di interesse verso il lavoro e i suoi obiettivi e la riduzione o la scomparsa della soddisfazione personale. Dal canto suo l'azienda sanitaria è chiamata a farsi preventivamente e direttamente carico di queste criticità, che significano non solamente disagio personale del lavoratore, ma che si accompagnano ad: assenteismo, aumento degli errori, riduzione della qualità del lavoro, disinteresse per l'aggiornamento professionale, aumento delle inidoneità alla mansione, ecc...

I moderni orientamenti organizzativi infatti ritengono le politiche del personale il fattore strategico principale da tenere in forte considerazione per assicurare il successo delle attività e dare soddisfazione alla domanda e ai bisogni dei cittadini.

L'età media degli operatori della sanità pubblica sta aumentando costantemente. L'ultima rilevazione della Ragioneria generale dello Stato (relativa al 2014) ha calcolato l'età media del personale sanitario in 49,7 anni (uomini 51,7; donne 48,7), mentre l'età media dei medici è arrivata a 52,2 anni. Nel 2001, l'età media dei lavoratori della sanità era di 43,5 anni. Questo vuol dire che l'età media dei dipendenti del SSN cresce di 6 mesi ogni anno che passa. Un ritmo insostenibile. Il sensibile invecchiamento può essere spiegato da più cause concomitanti:

- 1) le riforme del sistema previdenziale che hanno elevato l'età del pensionamento;
- 2) il numero di nuove assunzioni, in genere inferiore al numero dei cessati;
- 3) le modifiche nella composizione del personale, con un maggior ricorso a personale più qualificato, i cui percorsi formativi più lunghi implicano un aumento dell'età media in entrata.

Quante politiche aziendali si pongono oggi il problema di come af-

frontare questo problema? Alcune soluzioni dipendono dalla politica nazionale e regionale, ma altri orientamenti si possono assumere anche a livello aziendale, come ad esempio:

- *percorsi di carriera*. I percorsi di carriera possono disegnare posizioni che valorizzino il trasferimento di competenze ai giovani, per esempio attraverso la creazione di programmi di *mentoring*;
- *mobilità interna*. Carriere lunghe necessitano di programmi gestiti di mobilità interna, capaci di ridurre il rischio di noia, di *burn out* e di migliorare la comunicazione e la cooperazione tra unità operative;
- *formazione continua*. Si tratta di un aspetto a cui prestare particolare attenzione perché i lavoratori più anziani potrebbero avere minori incentivi a rimanere aggiornati, in ragione della loro prospettiva lavorativa più breve e quindi di minori ritorni dagli investimenti in formazione. Per le stesse ragioni, anche le aziende sanitarie potrebbero discriminare i lavoratori più *senior*, preferendogli i più giovani. Data la forte innovazione tecnologica che caratterizza molti lavori in campo sanitario, le aziende dovrebbero insistere perché tutti i dipendenti mantengano adeguatamente le proprie competenze nel tempo, senza permettere ai più anziani di restar fuori dai programmi di aggiornamento e formazione rispetto alle competenze necessarie;
- *soluzioni flessibili e ricorso al tempo parziale negli ultimi anni di vita lavorativa*. Le aziende possono modulare i propri sistemi di gestione accompagnando le necessità dei lavoratori più anziani attraverso una gestione attiva e flessibile del tempo parziale.

Un sintomo delle criticità nel lavoro è spesso evidenziato dalla dimensione delle assenze del personale che hanno un impatto significativo sulla vita del dipendente, sulla funzionalità aziendale e sul clima organizzativo. Questo tema riguarda peraltro importanti ed imprescindibili diritti riconosciuti dalla normativa:

- a beneficio di lavoratori e famiglie, che grazie a ferie, permessi, ecc. possono godere di vacanze e perseguire finalità familiari o comunque extralavorative, mantenendo un rapporto sano ed equilibrato con il proprio impegno lavorativo;

- a favore della solidarietà intergenerazionale e nei confronti di persone non autosufficienti, in particolare disabili, ammalati, anziani;
- a tutela dei lavoratori per non peggiorare le proprie condizioni psicofisiche.

Tutti e tre i temi prevedono strumenti attraverso i quali la normativa cerca una sintesi tra gli interessi del lavoratore, dell'azienda e della società nel suo complesso. Esempi di ciò sono i permessi legati a problemi originati nella famiglia del lavoratore oppure i permessi ex legge 104/1992 che registrano una crescente domanda di permessi per l'assistenza ai familiari disabili o non autosufficienti anche a causa dell'invecchiamento generale della popolazione.

Le assenze richiedono una flessibilità organizzativa che molti servizi, specie se organizzati su turni, faticano a trovare. Tali difficoltà rischiano di deteriorare clima e benessere organizzativo.

Il Sistema sanitario pubblico consuma un numero di giornate medio di assenze più alto dell'insieme delle pubbliche amministrazioni. Nel 2011, il personale delle aziende del sistema sanitario pubblico è risultato assente in media per 54 giornate (comprese le ferie), contro le 50 del totale del pubblico impiego. Le donne occupate nel sistema sanitario pubblico mostrano un numero medio di giorni di assenza maggiore dei colleghi uomini (57 per le donne, 49 per gli uomini) probabilmente anche a causa del loro ruolo di *caregiver* informali in ambito familiare.

La quota di assenze spiegate da malattia è maggiore per il personale non dirigente (69%) che per il personale dirigente (40% per i «Medici» e 49% per i «Dirigenti non medici»). Tale risultato può, almeno in parte, essere riconducibile da un lato, alla maggiore femminilizzazione del personale non dirigente (femminilizzazione che, come visto in precedenza, significa più congedi per maternità, per malattia dei figli, ecc.).

Un tema generalmente non presente nelle aziende sanitarie è pro-

prio quello del *management* delle assenze; questo chiama in causa le responsabilità dell'azienda nel costruire un ambiente di lavoro motivante, che offra adeguati stimoli ai dipendenti, promuova la ricerca di equilibri sostenibili tra esigenze professionali e familiari, monitori con professionalità il clima organizzativo. Si pensi ad una gestione più proattiva della mobilità interna, che non dovrebbe essere uno strumento al quale ricorrere eccezionalmente e su richiesta del dipendente che vuole spostarsi, ma al contrario dovrebbe essere promossa quale sistema di gestione ordinario, volto a diffondere le conoscenze in azienda, a mantenere la motivazione individuale, a valorizzare le competenze e scoprire i talenti dei lavoratori. Questo significa anche dotarsi di strumenti gestionali *ad hoc* prevedendo, per esempio, di istituire colloqui individuali di rientro da tenersi alla fine di ciascuna assenza che risponda a determinate categorie di durata e di motivazione; di definire misure individuali specifiche per rispondere a esigenze precise di un dipendente, temporanee o permanenti (es. frequenza di corsi di formazione fuori orario di servizio, problemi legati alla malattia di un parente, ecc.).

Il tema dei Permessi ex legge 104/1992 risulta di particolare rilevanza in termini prospettici dal momento che con l'aumento dell'età media della popolazione è cresciuta e crescerà la domanda di cure e assistenza da parte di genitori o parenti anziani a cui i membri attivi dei nuclei familiari sono chiamati a far fronte. Nel settore sanitario peraltro, caratterizzato da una importante componente femminile, tali considerazioni acquisiscono ulteriore importanza dal momento che, almeno tradizionalmente, il ruolo del *caregiver* informale è svolto prevalentemente dalle donne. Nel 2011, l'11% dei dipendenti SSN godeva di permesso (il 12% donne, contro l'8% degli uomini). Tra il 2006 e il 2011 la crescita è stata quasi del 50%, passando da 1,9 a 2,8 giornate per dipendente. È un fenomeno in crescita costante che deve essere governato con maggior consapevolezza gestionale.

Non ci sono dati nazionali relativi al tema delle idoneità parziali al lavoro ma varie ricerche aziendali o regionali hanno riscontrato, per esempio, come il problema delle idoneità parziali riferite alla movimentazione dei pazienti riguardi una percentuale compresa, nelle diverse aziende, tra il 4% e il 12% del personale infermieristico, OSS e ausiliario. Emerge però con evidenza come il fenomeno delle limitazioni sia molto più pronunciato nelle donne rispetto agli uomini e come la prevalenza aumenti significativamente al crescere dell'età anagrafica. Se nella fascia di età 25-29 anni la quota di dipendenti con limitazioni è prossima allo zero, questo dato cresce, in maniera quasi lineare, fino al 9% per gli uomini e al 23% per le donne nella fascia 55-59 anni. I dati, inoltre, indicano come la percentuale di dipendenti con limitazioni aumenti al diminuire della categoria di inquadramento. Siamo dunque di fronte ad un fenomeno significativo dal punto di vista quantitativo.

Diventa fortemente necessario, in un periodo di scarsità di risorse e di assunzioni, l'avvio di strategie di risposta diverse rispetto a quelle adottate in passato.

Il primo problema da porsi è se le limitazioni sono originate da problemi gestionali e di cultura organizzativa. In numerose aziende sono frequenti i casi in cui la proliferazione di limitazioni è dovuta alla rigidità, e dunque all'inefficienza, della gestione del personale da parte dell'azienda. Ad esempio non è raro che dipendenti chiedano il riconoscimento di idoneità parziale non in ragione di limitazioni fisiche, bensì a fronte di una mancata risposta aziendale alle richieste di trasferimento spesso determinate da motivi diversi da quelli di salute. In aziende rese rigide dalle carenze di personale e dai blocchi al *turnover* il riconoscimento di idoneità parziale diviene infatti l'unico modo per ottenere un trasferimento da un reparto ad un altro. Se quindi da un lato vi sono indiscusse responsabilità aziendali, dall'altro i medici competenti manifestano spesso un'eccessiva accondiscendenza nei riguardi delle richieste dei dipendenti.

Non di rado si riscontrano problemi relativi alla scarsa capacità di

collaborazione e comprensione delle esigenze reciproche da parte di medici competenti e direzioni aziendali. È il caso dei medici che danno indicazioni poco specifiche, decontestualizzate, senza valutare le caratteristiche degli ambienti di lavoro specifici in cui i dipendenti lavorano, quali ad esempio «il dipendente non deve svolgere mansioni sovraccaricanti per il rachide» o «non può assumere ruoli di responsabilità». Evidentemente ciò rende estremamente difficile, e rischioso, il lavoro di chi è chiamato a gestire questo personale applicando tali generiche indicazioni. Al contempo spesso manca disponibilità di tempo e preparazione da parte delle direzioni a leggere i referti, analizzare caso per caso le situazioni insieme ai coordinatori, e definire soluzioni che tutelino davvero la salute del dipendente e non esponano a rischi professionali il medico competente.

Oggi il medico competente è spesso considerato dall'azienda non una risorsa, ma un vincolo, e il suo ruolo è tinto di venature medico legali - se non parasindacali - a scapito della sua professionalità e del riconoscimento del suo importante ruolo clinico e di consulenza.

E gli strumenti con cui tradizionalmente sono stati affrontati i casi di inidoneità, quali i pensionamenti precoci, il trasferimento dall'ospedale al territorio, la ricollocazione in uffici amministrativi o nelle segreterie di reparto, non sembrano più percorribili in modo sistematico. Si rendono così necessarie nuove modalità per affrontare questa problematica, riportandola nella fisiologia ed evitandone le derive patologiche. Così facendo sarà anche in grado di fornire alle direzioni e al servizio di prevenzione e protezione indicazioni utili per eliminare le cause che hanno determinato i giudizi di idoneità parziale, nonché per contribuire a individuare ricollocazioni che riescano a valorizzare adeguatamente le conoscenze, le capacità e la motivazione del dipendente. L'azienda è chiamata a lavorare, coinvolgendo tutti gli attori del processo, per collocare il personale con potenziali problematiche sanitarie in reparti appropriati ed affrontando i casi di idoneità parziale con soluzioni sostenibili per il dipendente e l'azienda. Al contempo è chiamata ad attivare realmente attività di prevenzione, non solo attraverso l'utilizzo



di metodi per la valutazione e la prevenzione dei rischi, ma soprattutto avviando momenti di confronto tra medici competenti, direzioni aziendali, servizi di prevenzione, fisiatristi, fisioterapisti e rappresentanti dei lavoratori, supportati dalla disponibilità da parte delle direzioni sanitarie e infermieristiche a modificare l'organizzazione o le condizioni di lavoro. Un ruolo chiave può e deve essere giocato dai coordinatori e dai dirigenti infermieristici, che sono spesso i soggetti più motivati a gestire efficacemente le persone con limitazioni o con profili di rischio, e devono essere coinvolti nella prevenzione e nella gestione delle prescrizioni attraverso la riprogettazione delle modalità di lavoro e il recupero, laddove possibile, della piena funzionalità. Da ultimo bisogna sottolineare che la diffusione di apparecchiature per la movimentazione e il sollevamento dei pazienti avvenuta negli ultimi anni dovrebbe contribuire a contenere l'incidenza di queste problematiche<sup>1</sup>.

Un altro campo di intervento riguarda, invece, i dipendenti più giovani che possono essere sostenuti con azioni di welfare aziendale. Nel settore pubblico i campi di intervento sono più ridotti del privato ma sono comunque in grado di incidere nella qualità della vita e del lavoro del personale che, per esempio, può avere la necessità di crescere ed accudire bambini nella fascia di età 0-3 anni. Da questo punto di vista le esperienze più significative realizzate in Italia hanno visto la realizzazione o la promozione di asili nido aziendali o interaziendali da parte delle aziende sanitarie quale forma di sostegno e fidelizzazione dei propri dipendenti. Le politiche di welfare avranno nel futuro delle aziende sanitarie un ruolo centrale per incrementare il benessere dei lavoratori.

In definitiva, il quesito attorno a cui ruotano tutti questi temi è se l'azienda sanitaria debba svolgere un ruolo sociale. Il caso delle assenze illustra bene, con le numerose fattispecie di permessi, le diverse mo-

dalità con cui l'azienda supporta, o dovrebbe farlo, i dipendenti nelle loro attività extra-lavorative, sia legate a proprie scelte (es. maternità e cura dei figli, ecc.), sia legate a oggettivi bisogni assistenziali che il sistema di tutela pubblica non riesce a soddisfare (es. permesso ex legge 104/1992). Anche le inidoneità alla mansione possono costituire un ulteriore caso di responsabilità sociale dell'azienda, chiamata a cercare una nuova collocazione lavorativa o comunque a tener conto di sopraggiunte limitazioni dei dipendenti, anche quando derivate da cause indipendenti dall'attività lavorativa. L'azienda sanitaria può fare molto in questa direzione ricercando un equilibrio fra le aspettative e i desideri dei propri dipendenti e la necessità di non pregiudicare ragionevoli condizioni operative che permettano all'azienda di perseguire le proprie finalità istituzionali.

<sup>1</sup> Carlo De Pietro e Marco Sartirana, *Gestione del personale del SSN tra fisiologia e patologia: assenze, permessi ex legge 104/92 e inidoneità alla mansione*, Rapporto OASI 2013, Egea, Milano.

**Lo stato dell'arte**

**Il fabbisogno di personale medico nel SSN dal 2016 al 2030.  
La relazione tra pensionamenti, accessi alle Scuole di Medicina  
e Chirurgia e formazione post-laurea**

Fabio Ragazzo *Direttivo Nazionale Anaaio Giovani*  
Domenico Montemurro *Coordinatore Nazionale Anaaio Giovani*  
Matteo D'Arienzo *Responsabile Regionale Anaaio Giovani Emilia Romagna*  
Carlo Palermo *Vice Segretario Nazionale Vicario Anaaio Assomed*

In precedenti lavori pubblicati nel gennaio 2011 e nel marzo 2014 abbiamo prospettato il pericolo di un progressivo depauperamento del personale medico operante nel nostro sistema sanitario nazionale (SSN) per il sopraggiungere di una “gobba pensionistica” e il rischio di un decadimento della qualità generale dei servizi legato alla perdita di operatori esperti ed in possesso di elevate capacità professionali, amplificata dai ritardi del sistema di formazione post-laurea.

Il nuovo studio sulla programmazione sanitaria di Anaaio intende svilupparsi con una finalità di analisi nazionale complessiva, partendo dai precedenti lavori e tenendo presente le dinamiche nei vari settori di impiego dei medici specialisti.

Anaaio intende utilizzare tutti i dati disponibili da varie fonti autenticate, per contribuire ad una programmazione sanitaria che consideri **curve di pensionamento, contratti specialistici MIUR, fabbisogni specialistici richiesti dalle Regioni e numero chiuso per l'accesso alle Scuole di Medicina e Chirurgia.**

ANALISI DESCRITTIVA DEL COMPARTO MEDICO  
(categorie, fasce di età e cessazioni):

I medici attivi in Italia al 2016, sino all'età di 70 anni, sono circa **354.000** (fonte: Ced FNOMCeO).

Medici a tempo indeterminato (operanti nelle ASL a gestione diretta, esclusi veterinari/odontoiatri): circa **102.204** unità.

Medici **a tempo determinato** (operanti nelle ASL a gestione diretta, esclusi veterinari/odontoiatri): circa **7.750** unità.

Medici con contratti atipici (borsisti; contratti libero-professionali) operanti nelle Aziende Sanitarie: circa **6.530** unità.

Medici Universitari (statali e non): circa **8.537** unità.

Medici Specialisti Ambulatoriali attivi (esclusi odontoiatri/veterinari): circa **8.469** unità impiegate nelle 3 aree funzionali (medica, chirurgica e dei servizi).

Medici cessati (escludendo i passaggi ad altre amministrazioni dello stesso comparto o di altro comparto, i licenziamenti, i passaggi per esternalizzazioni e le cessazioni non specificate): circa **2.083 unità per l'anno 2014** (Figura 1).

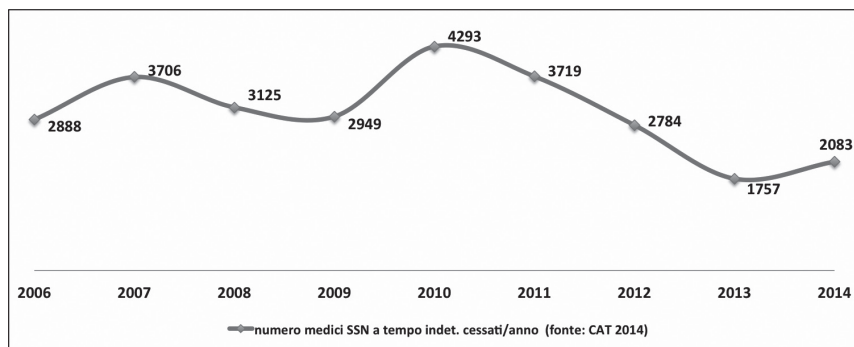


Figura 1. Numero di medici dipendenti del SSN a tempo indeterminato cessati, suddivisi per anno (fonte: CAT 2014)

La **figura 1** mostra una netta riduzione dei pensionamenti dopo il picco avuto nel 2010. È il primo effetto dello “scalone” previdenziale creato con la riforma “Fornero” del 2011 che ha spostato in avanti di circa 3 anni la possibilità di pensionamento dei nati dopo il 31 dicembre 1951. Una ripresa dei pensionamenti si dovrebbe avere dal 2016/2017, quando i medici nati dal 1952 in poi acquisiranno i nuovi criteri di pensionamento: almeno 62 anni di età e 42 anni e 10 mesi di contributi versati per i maschi, 41 e 10 mesi per le donne, ovvero 66 anni e 7 mesi per la pensione di vecchiaia.

La **figura 2 (a,b)** mostra la distribuzione dei medici specialisti ospedalieri e dei servizi a tempo indeterminato suddivisi per fasce d'età anagrafica, in attività nel SSN secondo la rilevazione del Conto annuale del tesoro (CAT) 2014.

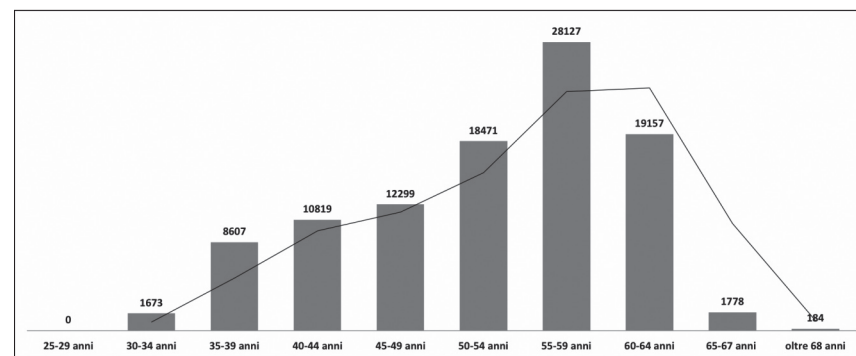


Figura 2 (a). Distribuzione del numero di medici ospedalieri e dei servizi dipendenti del SSN a tempo indeterminato secondo le principali fasce d'età anagrafica (fonte: CAT 2014)

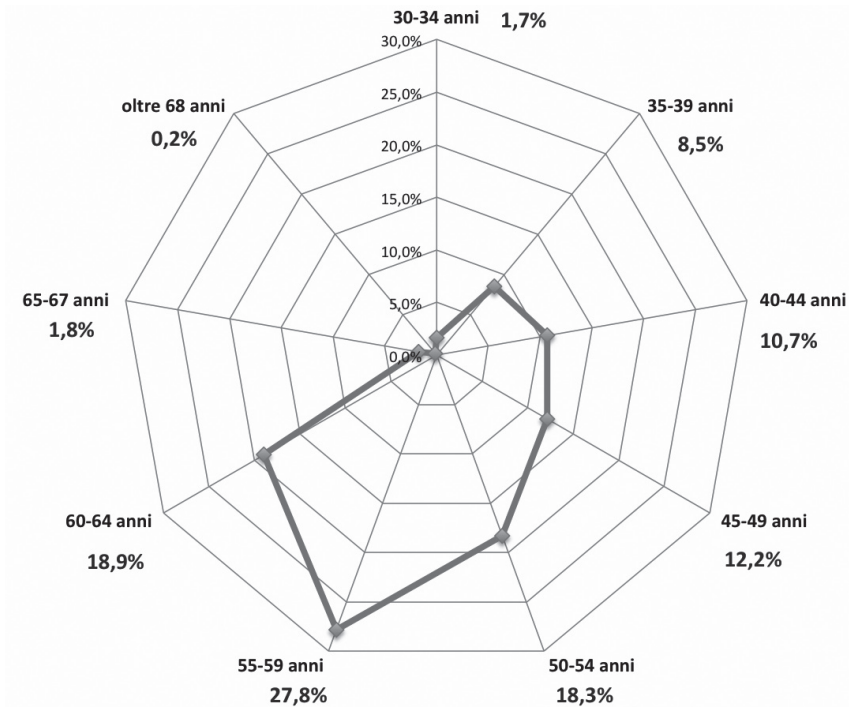


Figura 2 (b). Distribuzione percentuale del numero di medici ospedalieri e dei servizi dipendenti del SSN a tempo indeterminato secondo le principali fasce d'età anagrafica (fonte: CAT 2014)

*Focus su cessazioni complessive medici dipendenti del SSN/universitari/ specialisti ambulatoriali:*

I medici nati tra il '51 e il '60, operanti nel SSN, hanno già maturato o matureranno i criteri pensionistici pre o post "Fornero" nell'arco dei prossimi 10 anni (2016÷2025) e costituiranno un numero di cessazioni stimabili in circa **47.284** unità (fasce d'età 55-59 e 60-64 anni, figura 2a), di cui circa **19.157** nel primo quinquennio (2016÷2020) e circa **28.127** nel secondo quinquennio (2021÷2025), con una media annuale di circa **4.720** unità. Stiamo parlando di fasce di età per

le quali il riscatto previdenziale degli anni di università era facilitato da un versamento economico mensile sostenibile, inoltre l'assunzione avveniva precocemente dopo il conseguimento della Laurea in Medicina e Chirurgia, dato che non vi era l'obbligo, come attualmente, di possedere il titolo di specializzazione per essere assunti nel SSN. Nel quinquennio

2026÷2030 i cessati saranno circa **18.471** unità, con una media annuale in lieve contrazione di circa **3.690** unità (pari al -22% rispetto decennio 2016÷2025). Solamente nel decennio 2031÷2040 si registrerà una contrazione importante del numero di cessazioni annuali, sostenute dalle fasce d'età 40-44 anni e 45-49 anni (CAT 2014) con media annuale di circa **2.311** unità (-51% rispetto al decennio 2016÷2025), ritornando al livello in essere prima della riforma "Fornero" (dati riassunti in **Figura 3**).

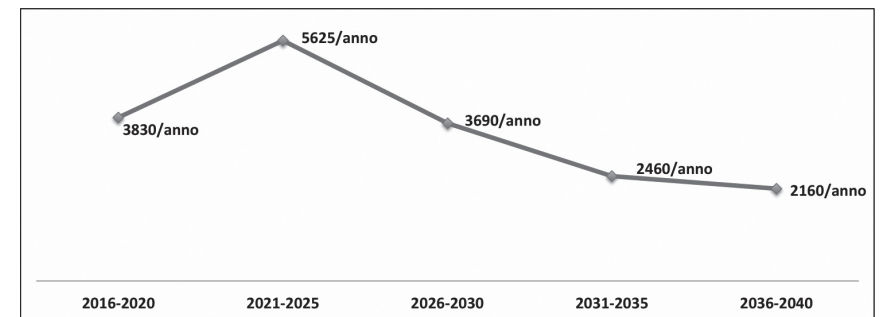


Figura 3. Numero medio annuo di medici dipendenti del SSN a tempo indeterminato cessati per quinquennio.

La descrizione dello scenario del prossimo ventennio, per quanto riguarda le cessazioni del personale medico operante nelle ASL, pone l'attenzione sulla sua anzianità: l'età media secondo i dati CAT 2014 è di 52,7 anni. A fine 2016 supererà i 54 anni. Il blocco del turnover, con la contrazione dell'ingresso di medici più giovani nel sistema, sta determinando un progressivo incremento dell'età media della categoria.

Per i medici dipendenti del SSN il trend pensionistico dal 2016 è stato calcolato, su base previsionale, per fasce d'età quinquennali, piuttosto che attraverso una stima annuale resa poco affidabile dalla continua revisione del sistema previdenziale e dalla variabilità dei comportamenti individuali a fine carriera.

È stato ipotizzato che i medici ospedalieri dopo la riforma "Fornero" possano raggiungere i nuovi criteri di quiescenza per anzianità entro il 65° anno di età.

È ragionevole prospettare che nel decennio 2016÷2025 l'uscita media dal SSN interesserà circa il 47% dell'attuale dotazione, considerato il trend anagrafico, con una media di uscite di circa 4.700 unità/anno.

D'altra parte, vi sono aspetti organizzativi che giocano contro la permanenza in servizio, come la bassa probabilità di raggiungere posizioni elevate di autonomia professionale (solo l'8% dei dirigenti medici diventa direttore di struttura complessa), la mancata applicazione delle raccomandazioni contrattuali secondo cui ai medici con più di 55 anni di età si sarebbero dovuti evitare i turni di guardia notturna, le difficoltà crescenti di godere delle ferie e perfino dei turni di riposo giornaliero e settimanale previsti dalla legislazione nazionale e dalle direttive europee.

È evidente come un medico che non abbia ricevuto sufficienti gratificazioni professionali, costretto dalle attuali condizioni lavorative a svolgere turni di guardia notturni e una gravosa mole di lavoro straordinario, in condizioni di elevato rischio professionale, all'età di 65 anni, o prima se la sua situazione previdenziale glielo consente, anche accettando le penalizzazioni previste, decida di abbandonare il posto di lavoro e ritirarsi in pensione. Inoltre, i medici dipendenti del SSN una volta raggiunto il massimo della contribuzione pensionistica non hanno alcuna convenienza economica nel rimanere in servizio.

In aggiunta alle cessazioni del personale medico ospedaliero dipendente, vanno considerate le **uscite relative al personale medico universitario e specialista ambulatoriale convenzionato**. Anche per queste

altre 2 categorie si può stimare un prudenziale trend di cessazioni, nel corso del prossimo decennio (2016÷2025). Il diverso criterio di pensionamento (65 anni per i ricercatori e 70 anni per i professori di 1<sup>a</sup> e 2<sup>a</sup> fascia) del personale medico universitario dovrebbe essere "riasorbito" dall'età media più elevata (59,3 anni per i professori ordinari che rappresentano il 20,8% della popolazione; 53,5 anni per i professori associati che rappresentano il 29%; 46,2 anni per i ricercatori che rappresentano il 50.2%) portando ad una percentuale di cessazioni sovrapponibile a quella dei medici ospedalieri (47%).

Per i medici specialisti ambulatoriali, nonostante la composizione anagrafica più anziana rispetto a quella dei medici ospedalieri (oltre il 65% ha un'età superiore a 50 anni), i nuovi criteri pensionistici (pensione di vecchiaia crescente da 66 a 68 anni) dovrebbero comportare una percentuale di pensionamenti intorno al 50%. In sintesi, le uscite del personale medico universitario nel decennio sono stimabili in circa 4.000 unità

(400 unità per anno), quelle dei medici specialisti ambulatoriali in circa 4.200 unità (420 unità per anno).

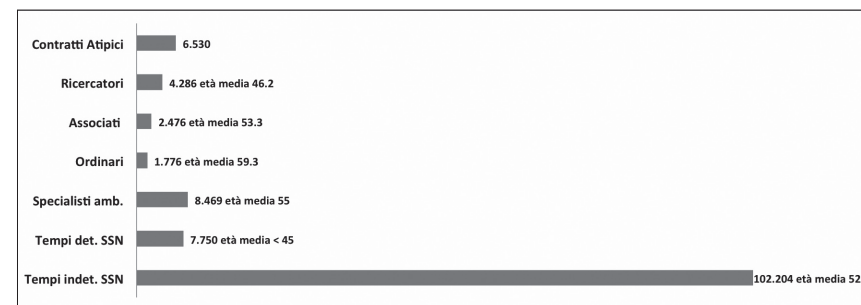


Figura 4. Categorie di medici specialisti suddivisi per tipologia, numerosità ed età media (anni).

Regione	TOTALE MEDICI	Tempo indeterminato	Tempo determinato
Abruzzo	3022	2842	180
Basilicata	1241	1164	77
Calabria	4211	3848	363
Campania	9562	9252	310
Emilia-romagna	7273	6762	511
Friuli-venezia giulia	2630	2493	137
Lazio	9133	7813	1320
Liguria	2656	2461	195
Lombardia	14364	12996	1368
Marche	3075	2919	156
Molise	644	517	127
Piemonte	8974	8753	221
Puglia	7138	6508	630
Sardegna	4148	3790	358
Sicilia	9733	8763	970
Toscana	8910	8690	220
Trentino-alto adige (somma BOL -TN)	2011	1852	159
Umbria	2295	2090	205
Valle d'aosta	363	359	4
Veneto	8570	8332	238
<b>DATO NAZIONALE</b>	<b>109955</b>	<b>102204</b>	<b>7751</b>

Tabella 1. Totale medici dipendenti del SSN suddivisi per Regione e per tipologia di contratto.

La stima complessiva, delle cessazioni attese nei prossimi 3 quinquenni **per tutte le categorie di specialisti** operanti nel SSN, come dipendenti o in regime di convenzione, risulta come sotto riportato (espressa anche su base media annuale):

- *quinquennio 2016÷2020: circa 23.255 unità, pari a 4.651 unità per anno*
- *quinquennio 2021÷2025: circa 32.225 unità, pari a 6.445 unità per anno*
- *quinquennio 2026÷2030: circa 22.570 unità, pari a 4.514 unità per anno*

Nei prossimi 10 anni (2016÷2025) i cessati attesi complessivi sono stimabili in circa: **55.480** unità, somma di poco inferiore rispetto al numero complessivo di nuovi specialisti che completeranno l'iter for-

mativo nel decennio considerato, **57.110** unità ad invarianza della programmazione in essere. Il dato è ricavato dalla media annuale dei contratti MIUR degli ultimi 3 anni: **5.711** contratti di formazione specialistica.

Il dato prospettico descritto è in linea con la stima di un trend di cessati (medici specialisti in uscita dal SSN) in incremento nel primo e secondo quinquennio e con l'aumento avvenuto negli ultimi 3 anni del numero di contratti specialistici MIUR.

*I medici ospedalieri attivi nell'SSN a tempo determinato (7.751 unità) non subiranno verosimilmente cessazioni significative nei prossimi 15 anni, in forza dell'età media stimabile compresa tra 40 -45 anni).*

*Operano inoltre nel SSN circa 6530 medici con contratti atipici, prevalentemente borsisti e contratti libero-professionali anch'essi con età media al di sotto dei 45 anni.*

#### IL DOPPIO IMBUTO: FORMATIVO E LAVORATIVO

Una programmazione basata sull'evidenza non può prescindere dal tenere in considerazione gli errori del passato; un esempio tra tutti è l'annoso problema dell'imbuto formativo, ovvero il gap tra numero di accessi alle Scuole di Medicina e Chirurgia e l'insufficiente numero di contratti specialistici, dilatato enormemente negli ultimi anni da ricorsi al TAR (**Figura 5**).

Nel quinquennio 2026÷2030 vi sarà un dato medio annuale di cessazioni minore dell'intero quindicennio 2016÷2030. All'opposto a partire dal 2019÷2020 si avrà un improvviso picco di nuovi laureati derivato dai ricorsi al TAR per l'accesso alle Scuole di Medicina e Chirurgia degli anni 2013÷2015, fenomeno non sicuramente destinato ad estinguersi. I ricorsi aggraveranno l'imbuto oggi già presente generando negli anni seguenti un **fenomeno clone di "imbuto lavorativo"**.

L'"imbuto lavorativo" in sostanza rappresenta la difficoltà di esaurire



un'alta domanda occupazionale post laurea (secondaria ai ricorsi TAR e agli alti numeri attuali del numero chiuso delle scuole di Medicina) e post specialistica a fronte di un rallentamento del turnover pensionistico, non modificabile.

*L'apparente equilibrio tra futuri cessati complessivi (Medici ospedalieri/Universitari/Specialisti ambulatoriali) e futuri neo-specialisti, non sarà risolutivo a fronte del doppio imbuto (formativo e lavorativo) che insisterà in epoche diverse ma con effetti sommati.*

Nei futuri 10 anni i numeri previsti di contratti specialistici MIUR, considerando la media degli ultimi 3 anni, garantiranno un equilibrio per le categorie degli universitari e degli specialisti ambulatoriali, non per la categoria degli specialisti dipendenti del SSN, sia ospedalieri che territoriali. Questo si spiega perché la componente ospedaliera e dei servizi dipendente del SSN che andrà in quiescenza sarà preponderante sulla componente degli universitari e specialisti ambulatoriali (47.284 cessati SSN vs 8.196 cessati per le altre 2 categorie accorpate). Inoltre è da considerare come non esista una corrispondenza numerica tra le tipologie di specialisti in uscita, prevalentemente internisti, pediatri, chirurghi generali e ginecologi, e la programmazione effettuata dall'Università, che continua a rispondere più a interessi particolari ed autoreferenziali che di sistema.

Questo complesso scenario, che vede come *primum movens* il protrarsi per anni di un turnover disatteso e mal programmato, unicamente affrontato a spot per situazioni organizzative di emergenza, ha determinato grossi deficit nelle dotazioni organiche, aggravati dalla necessità di applicazione delle direttive Europee sull'orario di lavoro come previsto con la Legge n.161 del 30 ottobre 2014. I processi di *Spending review* hanno ulteriormente appesantito l'affaticato processo di ricambio generazionale e hanno legittimato una ridefinizione degli standard ospedalieri, già presente in un documento bozza del 2012 (Documento LEA), anticipazione dell'attuale Decreto Ministeriale n. 70 del 2 febbraio 2015 (*Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*). La crisi

economica e sociale degli ultimi 7 anni, anziché essere occasione per una evoluzione positiva ed ottimizzata del SSN ha rappresentato un alibi per azioni politiche che in maniera esponenziale hanno ostacolato il rilancio del settore limitando le dotazioni organiche e precarizzando il lavoro.

LA PROSPETTIVA FUTURA DELLE DOTAZIONI ORGANICHE NEL DECENNIO 2016-2025: CESSATI SSN, CONTRATTI DI FORMAZIONE SPECIALISTICA.

***Nei prossimi 10 anni:***

**47.284** medici dipendenti SSN cessati = **4.728/anno**

**40.000** neo-specialisti = **4.000/anno\***

\*futuri medici specialisti disponibili per l'accesso alla dipendenza nel SSN calcolati a partire dall'anno accademico di iscrizione alle Scuole di Specialità 2011/2012 su una media previsionale degli ultimi 3 anni (5711 borse/anno per formazione post laurea) e considerando che mediamente solo il 70% dei medici specialisti sceglie di lavorare nel SSN come dipendente. Scelte diverse sono: convenzionamento con il SSN, libera professione, università/ricerca, privato accreditato e no, industrie del settore, lavoro all'estero.

***Confronto cessati e neo-specialisti SSN:***

- $4.728 - 4.000 = 728/\text{anno}$  pari a **7.280** medici mancanti nei dieci anni.



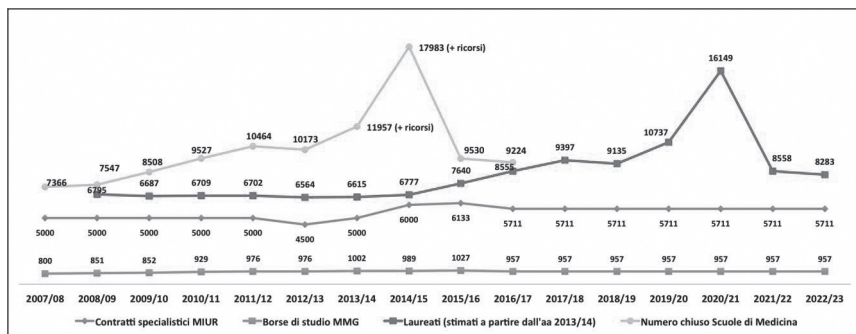


Figura 5. Confronto tra numero chiuso Scuole di Medicina, contratti specialistici MIUR, Borse MMG e Laureati stimati per anno accademico (fonte: atti ministeriali MIUR, verbali conferenze Stato-Regione)

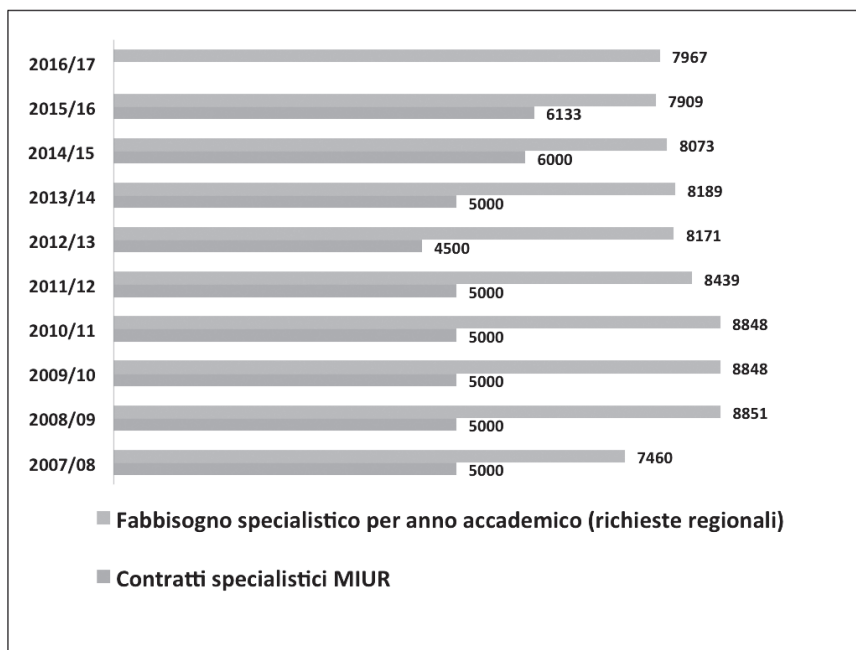


Figura 6. Confronto tra Fabbisogni specialistici Regionali e contratti di Specialità MIUR

### Fabbisogni Specialistici primo quinquennio (2016/17÷2020/21) Tabella 2:

- N. di cessazioni tra tutte le categorie mediche 2021-25: 6.445/anno
- N. di neo-specialisti mancanti per il SSN: 728/anno

**TOTALE: 7.173 fabbisogni specialistici/anno**

### Fabbisogni Specialistici secondo quinquennio (2021/2022÷2025/26) Tabella 2:

- N. di cessazioni tra tutte le categorie mediche (2026-2030): 4.514/anno
- N. di neo-specialisti mancanti per il SSN: 728/anno
- N. di contratti aggiuntivi eventualmente da prevedere per ammortamento ricorsi TAR:
- 1.960/anno

**TOTALE: 7.202 fabbisogni specialistici/anno**

**Numero Chiuso per l'accesso alle Scuole di Medicina quinquennio accademico 2017/18÷2021/2022 calcolati in base ai fabbisogni del secondo quinquennio, al netto della quota TAR e aumentati del 23% secondo tasso di laurea/borse MMG/tasso di abbandono (Tabella 3):**

**TOTALE: 6.447/anno**

REGIONE	n. medio posti regionali a numero chiuso per l'accesso alle scuole di Medicina e Chirurgia (triennio accademico 2010/11+12/13)	Nuovi fabbisogni annui ,per il 1° Quinquennio (2016/17+2020/21), calcolati secondo il n. di specialisti impiegati nel SSN in cessazione nel 2° quinquennio 2021+2025 distribuiti in base ai posti a numero chiuso (media triennio accademico 2010/11+12/13)	Nuovi fabbisogni annui, per 2° Quinquennio (2021/22+2025/26), calcolati secondo il n. di specialisti impiegati nel SSN in cessazione nel 3° quinquennio 2026+2030) distribuiti in base ai posti a numero chiuso (triennio accademico 2014/15+2016/17)	
ABRUZZO	354	253	234	
BASILICATA	0	0	0	
CALABRIA	171	122	175	
CAMPANIA	1008	719	770	
EMILIA ROMAGNA	978	698	656	
FRIULI VENEZIA GIULIA	232	166	167	
LAZIO	1260	899	913	
LIGURIA	274	195	186	
LOMBARDIA	1624	1159	1247	
MARCHE	150	107	107	
MOLISE	80	57	55	
P.A. BOLZANO	0	0	0	
P.A. TRENTO	0	0	0	
PIEMONTE	587	419	439	
PUGLIA	429	306	277	
SARDEGNA	319	228	228	
SICILIA	958	684	599	
TOSCANA	793	566	590	
UMBRIA	251	179	149	
VALLE D'AOSTA	0	0	0	
VENETO	585	417	411	
<b>totale</b>	<b>10055</b>	<b>7173</b>	<b>7202</b>	<b>**7202</b>

\*\* numero incrementato di 1960 unità (ovvero ammortamento ricorsi TAR)

Tabella 2. Calcolo dei nuovi fabbisogni specialistici per i prossimi 2 quinquenni (2016/17+2025/26), distribuiti in base alle medie regionali dei posti a numero chiuso per i trienni accademici 2010/11+2012/13 e 2014/15+2016/17 rispettivamente.

REGIONE	n. medio posti regionali a numero chiuso per l'accesso alle scuole di Medicina e Chirurgia, comprensivo ricorsi TAR (triennio accademico 2014/15+2016/17)	nuovi fabbisogni annui, per 2° quinquennio (2021/22+2025/26), calcolati secondo il n. di specialisti impiegati nel SSN in cessazione nel 3° quinquennio 2026+2030; corretti per ammortamento ricorsi TAR) distribuiti in base ai posti a numero chiuso (triennio accademico 2014/15+2016/17)	posti a numero chiuso annuali per accesso scuole di Medicina e Chirurgia (quinquennio accademico 2017/18+2021/22), calcolati sulla base dei fabbisogni espressi per il 2° quinquennio 2021/22+2025/26, eliminata la quota di ammortamento ricorsi TAR (1960 posti anno)
ABRUZZO	418	234	209
BASILICATA	0	0	0
CALABRIA	313	175	157
CAMPANIA	1377	770	690
EMILIA ROMAGNA	1173	656	587
FRIULI VENEZIA GIULIA	298	167	149
LAZIO	1632	913	817
LIGURIA	332	186	166
LOMBARDIA	2229	1247	1116
MARCHE	192	107	96
MOLISE	99	55	50
P.A. BOLZANO	0	0	0
P.A. TRENTO	0	0	0
PIEMONTE	784	439	393
PUGLIA	496	277	248
SARDEGNA	407	228	204
SICILIA	1071	599	536
TOSCANA	1054	590	528
UMBRIA	267	149	133
VALLE D'AOSTA	0	0	0
VENETO	735	411	368
<b>totale</b>	<b>12879</b>	<b>7202</b>	<b>*6447</b>

\*Correzione di circa +23% rispetto i fabbisogni di riferimento, in considerazione di: tasso di laurea in 6 anni (circa 90%), tasso di abbandono del CdL (3-5%) e borse per la scuola di Medicina Generale (10%)

Tabella 3. Calcolo e distribuzione regionale dei posti a numero chiuso per l'accesso alle Scuole di Medicina e Chirurgia sulla base dei nuovi fabbisogni calcolati per il 2° quinquennio accademico - il calcolo dei posti a numero chiuso ha previsto una maggiorazione stimata del 23% del numero complessivo dei fabbisogni ridotti della quota TAR, in considerazione del tasso di laurea in 6 anni (circa 90%), del tasso di abbandono del CdL (3%) e delle borse per la scuola di Medicina Generale (10%).

La figura 7 mostra come le cessazioni attese dal 2021/25 al 2026/30 siano determinanti per il calcolo dei nuovi fabbisogni specialistici per i prossimi futuri 2 quinquenni (considerando che la durata media delle specialità è di 5 anni). Nel calcolo proposto, la distribuzione regionale dei nuovi fabbisogni è stata corretta in base alle medie regionali dei posti a numero chiuso allora stabiliti per i trienni accademici 2010/11÷2012/13 e 2014/15÷2016/17 rispettivamente. I fabbisogni specialistici, calcolati per gli anni accademici 2021/22÷2025/26 concorrono infine a determinare il numero chiuso per l'accesso alle Scuole di Medicina e Chirurgia a partire dall'anno accademico 2017/18; il calcolo ha previsto **una maggiorazione stimata del 23%** del numero dei fabbisogni da cui deriva, in considerazione del tasso di laurea in 6 anni degli studenti (circa 90% degli iscritti, fonte Mastrillo), del tasso di abbandono del Corso di Laurea (circa 3%) e delle borse per la scuola di Medicina Generale (circa 10%), (Tabelle 2 e 3).

Si precisa che il calcolo proposto non considera l'eventuale incremento delle borse per la Scuola di Medicina Generale che potrebbe rendersi necessario per compensare i pensionamenti dei medici del settore, previsti dall'Enpam in circa 21.700 entro il 2023 (circa 3.000 ogni anno a fronte di circa 1000 borse/anno della programmazione attuale).

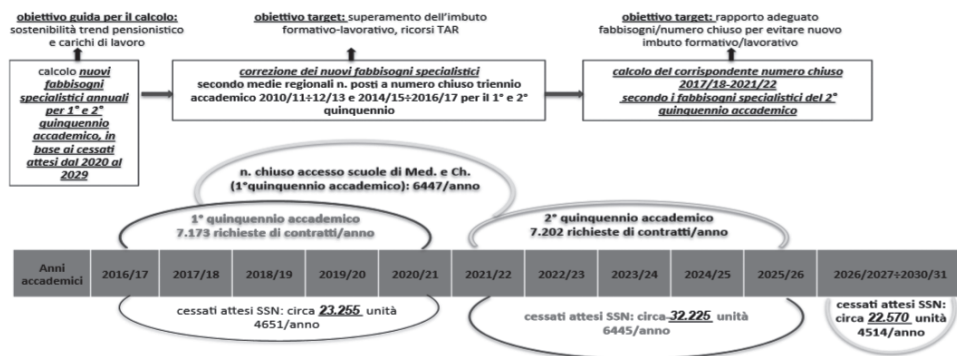


Figura 7. Schema e timeline della nuova programmazione sanitaria per gli anni accademici 2016/17÷2025/26

## CONCLUSIONI

Gli imbuti formativi e lavorativi descritti stanno inducendo di anno in anno una importante emigrazione di medici italiani verso altri paesi europei, Francia, Germania, Svezia, Danimarca, Regno Unito e Svizzera in particolare, oltre che verso gli Stati Uniti. Secondo dati Istat, i medici che hanno chiesto al Ministero della Salute la documentazione utile per esercitare all'estero sono passati da 396 nel 2009 a 2363 nel 2014 (+ 596%). Nel Regno Unito, secondo i dati del *General Medical Council*, i medici italiani che prestano servizio sono più di 3000, rappresentando l'1,1% degli iscritti nel 2014. Oramai siamo a circa 1000 laureati o specialisti che emigrano ogni anno. Per l'Italia il costo della formazione per singolo medico si aggira intorno a 150.000 euro. In termini economici, è come se regalassimo mille Ferrari all'anno agli altri paesi europei ed extra europei. Ovviamente il danno non è solo economico. Noi perdiamo talenti, intelligenze, saperi professionali, sottratti per incuria alla sostenibilità qualitativa del nostro SSN e più in generale allo sviluppo scientifico e culturale del nostro Paese.

Anche il blocco del turnover sta incidendo pesantemente sulle dinamiche di sostenibilità del nostro SSN. Il ricambio generazionale è bloccato e con esso quel trasferimento di conoscenze e capacità tecniche sostenuto dalla fisiologica osmosi tra generazioni professionali diverse. Nel 2017 l'età media dei medici ospedalieri sarà superiore a 55 anni, la più alta nel panorama europeo.

La responsabilità di questo spreco di risorse umane ed economiche ha precise connotazioni.

La crisi economica del 2008 si è portato dietro un importante de-finanziamento del SSN che solo recentemente sembra rallentare. Il controllo della spesa per il personale è diventata la leva principale di intervento per raggiungere l'equilibrio economico nelle regioni in piano di rientro. L'assunzione del personale è bloccata dalla Legge 191/2009, che vieta, per questo settore, una spesa superiore a quella del 2004 ridotta dell'1.4%. Il turnover di fatto è limitato al 25-50% delle uscite.

Dal 2009 al 2014 il numero dei medici dipendenti a tempo indeterminato si è ridotto di 7.000 unità. Nelle Aziende sono così dilagate le assunzioni di specialisti convenzionati o con contratti atipici o libero professionali. Lo scenario che si prospetta nei prossimi 10 anni nel SSN è drammatico. Da un lato l'uscita dal sistema per pensionamento di circa 47.300 medici specialisti del SSN, a cui aggiungere circa 8200 tra medici universitari e specialisti ambulatoriali, e dall'altro circa 14.300 precari tra tempi determinati e contrattisti alla ricerca di una stabilizzazione definitiva del loro rapporto di lavoro. L'esodo diventa biblico se aggiungiamo anche i circa 30.000 medici di medicina generale che raggiungeranno i criteri di quiescenza nei prossimi 10 anni (Dati Enpam 2016). L'impovertimento delle dotazioni organiche, in un settore dove il lavoro e il sapere umano sono fondamentali per erogare buone cure, è un rischio non trascurabile. Lo sblocco del turnover e la stabilizzazione di tutto il precariato diventano due necessità ineludibili per garantire le caratteristiche di equità e universalità su cui si fonda il nostro SSN nonché la qualità dei servizi.

In tutta evidenza il futuro del SSN è determinato dal numero e dalla qualità dei nuovi specialisti, aspetti attualmente di esclusiva pertinenza dell'Università. Fino a quando la Legge non consentirà l'ingresso del medico non specialista in Ospedale, per formarlo in quella sede, come in tutto il mondo occidentale, il SSN non ha alcuna autonomia nella definizione del proprio fabbisogno futuro.

È possibile arrivare a migliori risultati attraverso una collaborazione stretta fra l'Università e gli Ospedali, che devono essere coinvolti, in tutta la rete ospedaliera, per consentire agli specializzandi di svolgere quelle attività pratiche previste dalla normativa e che, per ovvii motivi di dotazione di posti letto e casistiche operatorie, non può essere garantita dalla sola Università. Se ogni specializzando deve acquisire conoscenze e abilità manuali di progressiva complessità, solo mettendo in rete una serie di strutture ospedaliere all'interno di un bacino d'utenza definito, è possibile garantirgli un percorso formativo adeguato, organizzando la sua presenza durante gli anni di specializza-

zione sia in strutture ospedaliere di tipo periferico, con casistica meno complessa, sia in ospedali di più elevato livello operativo.

Noi riteniamo che da queste considerazioni si possa partire per recuperare un ruolo formativo del sistema sanitario pubblico. Tale esigenza non nasce da particolari rivendicazioni categoriali, per quanto legittime, ma dalla consapevolezza del contributo fondamentale che il SSN può dare alla formazione medica orientando i nuovi professionisti verso il "saper fare" e verso quei valori di qualità, efficacia, appropriatezza, corretto uso delle risorse e attenzione al sociale che possono rendere equo e sostenibile il servizio sanitario pubblico in un'epoca di risorse economiche limitate.

In concreto, pensiamo che aumentare il numero degli studenti iscritti al corso di laurea in Medicina e Chirurgia, al di fuori da seri studi di programmazione che tengano insieme aspetti demografici, dinamiche pensionistiche, esigenze del sistema in termini di formazione, qualità e quantità del personale, non risolve il problema della prossima carenza di medici specialisti perché i primi risultati si vedrebbero solo dopo 10-11 anni. Inoltre si rischia di ripetere, nel lungo periodo, il fenomeno della pleora medica. Noi proponiamo in base ai dati illustrati che il numero dei posti per la Scuola di Medicina e Chirurgia debba essere limitato a circa 6.500 ogni anno, mentre le borse di studio per la formazione post laurea dovrebbero aumentare fino a circa 7.200, magari anche con finanziamenti europei considerata l'emigrazione dei nostri laureati e specialisti verso altri paesi della Comunità.

Una strozzatura è data dall'imposizione del titolo di specializzazione come requisito di accesso al lavoro nel SSN. Occorre, pertanto, anticipare l'incontro tra il mondo della formazione e quello del lavoro, oggi estranei l'uno all'altro, animati da conflittualità latenti o manifeste e contenziosi infiniti, consentendo ai giovani medici di raggiungere il massimo della tutela previdenziale ed al sistema sanitario di utilizzare le energie più fresche. La soluzione consiste nella trasformazione del contratto di formazione-lavoro in contratto a tempo determinato con oneri previdenziali ed accessori a carico delle Regioni e nel conseguen-

te inserimento dei giovani medici nella rete formativa regionale. Recuperare il ruolo professionalizzante degli Ospedali rappresenta la strada maestra per garantire insieme il futuro dei giovani medici e quello dei sistemi sanitari.

*Lo studio realizzato elabora le fonti informative presenti nei vari registri sotto elencati:*

MIUR, rapporto ufficio statistica (statistica.miur.it).

MIUR, report osservatorio professioni sanitarie.

ANVUR, personale docente universitario.

Conto Annuale del Tesoro (CAT) 2013 e 2014 e anticipazione dati 2015.

Ced FNOMCeO, dati disponibili su personale medico attivo in Italia.

ENPAM, ufficio statistico.

Istat 2015.

Annuario Statistico del Ministero della Salute 2013 su dati pubblicati nel 2016.

Il personale del Sistema Sanitario Nazionale italiano, Ministero della Salute anno 2012.

## **Gli esiti del blocco del turnover nella categoria infermieristica**

Andrea Bottega

*Segretario Nazionale Nursind*

La politica economica che ha governato la pubblica amministrazione nell'ultimo decennio in Italia ha inciso fortemente sulla quantità e qualità delle risorse umane che vi lavorano. Il risultato immediato è stato una contrazione della spesa pubblica dovuta al blocco delle retribuzioni e al blocco del turnover che ha garantito decine di miliardi di euro di risparmi ma che rischia di minare nel lungo periodo la funzionalità dei servizi pubblici.

In particolare, il blocco del turnover del personale, soprattutto in sanità, ha condizionato inevitabilmente la garanzia del diritto costituzionale alla salute considerato che non tutte le regioni in piano di rientro sono state in grado di garantire i livelli essenziali di assistenza (dati Min. Salute 2015). La riduzione dei dipendenti del comparto sanità - compensata solo in minima parte con altre forme di lavoro - ha condotto alla chiusura di unità operative o addirittura di intere strutture ospedaliere. L'annuario statistico della Ragioneria dello Stato del 2017 indica in 40.000 le unità di personale in meno nel comparto sanità nel 2015 rispetto al 2009.

L'eccessivo risparmio economico sul personale in sanità (i cui limiti sono stati evidenziati più nelle relazioni annuali della Corte dei Conti) ha quindi contribuito a causare la negazione del diritto alla salute ribadendo la supremazia dell'ordine economico rispetto ai diritti fondamentali della persona sanciti dalla Costituzione.

Al di là della compatibilità delle politiche di austerità e diritti, la ri-

duzione della capacità assunzionale del sistema sanitario pubblico ha inciso, e inciderà ancor più nei prossimi anni in funzione dell'aumento dell'età pensionabile, sull'invecchiamento delle dotazioni organiche dovuto al naturale innalzamento dell'età media dei dipendenti pubblici. Ciò è altresì vero per il personale del comparto sanità.

Secondo i dati della RGS, l'età media degli infermieri dipendenti era nel 2009 di 44,21 anni, nel 2014 è salita a 47,70 e ogni anno che passa aumenta di circa 7 mesi (più di 49 anni nel 2017). L'anzianità di servizio degli infermieri italiani nel 2009 era pari a 17,19 anni mentre nel 2014 si è arrivati a 19,53 anni. Inoltre, il personale sanitario che presta diretta assistenza ai malati non solo diventa sempre più vecchio ma anche più usurato rappresentando un serio problema per l'organizzazione del lavoro, la qualità dell'assistenza e la sicurezza delle cure.

Ad aggravare la difficoltà a garantire l'assistenza infermieristica, infatti, contribuiscono anche altri fenomeni legati all'invecchiamento della categoria. La movimentazione dei carichi e le posture incongrue, lo stress e il burn out, il lavoro notturno e le reperibilità, rischi chimici e allergie, fanno sì che circa il 14% del personale infermieristico vanti un esonero di qualche tipo (inabilità o parziale abilità alla mansione) e pertanto la qualità della forza lavoro è condizionata dall'usura che si aggrava con l'aumentare dell'età. Il rapporto OASI 2015 del Cergas-Bocconi, evidenzia che gli esoneri dalla mansione "aumentano con il crescere dell'età: sono infatti meno del 4% nella fascia 25-29 anni, mentre arrivano a circa il 24% nella fascia 60-64 anni.

Infermieri sempre più vecchi e sempre più usurati popolano le corsie degli ospedali italiani. Dovrebbero erogare assistenza mentre spesso sono loro ad aver bisogno di cure. Dovrebbero essere una risorsa per le aziende mentre stanno diventando un problema. Il blocco del turnover ha anche questo aspetto che grava sul futuro del lavoro infermieristico.

A livello sociale, il contraltare delle mancate assunzioni e del blocco del turnover ha dato origine alla disoccupazione infermieristica. Un fenomeno nuovo per la categoria che fino ai primi anni del nuovo

secolo importava professionisti dall'estero e oggi vede i neo laureati emigrare in cerca di lavoro. Una stima approssimativa nel 2014 dava più di 16.000 infermieri disoccupati a fronte di un fabbisogno attuale di 30.000 infermieri per coprire le carenze in essere e ulteriori 60.000 unità fino al 2025 per coprire il maggior fabbisogno derivante dall'aumento della domanda (stime IPASVI).

A fronte di una riduzione del diritto alla salute, dell'invecchiamento degli infermieri dipendenti, dell'aumento degli esoneri alla mansione e della creazione della disoccupazione infermieristica, il blocco del turnover nella pubblica amministrazione non ha solo ipotecato il futuro della quantità e qualità dell'assistenza infermieristica presso le strutture ospedaliere e territoriali italiane con i già considerati limiti di età e di idoneità ma ha anche contribuito alla crescita del demansionamento professionale o, meglio, alla deprofessionalizzazione della categoria. Il taglio alla spesa "beni e servizi" derivante dalla c.d. *spending review*, nella sanità ha fatto sì che il personale in servizio - e principalmente il personale infermieristico per la sua maggiore flessibilità - fosse chiamato a supplire le mansioni dei servizi carenti a seguito della rinegoziazione al ribasso dei contratti di appalto dei servizi. Somministrazione del vitto e pulizia e igiene degli ambienti sono stati in parte di fatto demandati al personale infermieristico soprattutto nelle molte realtà in cui non sono presenti le figure di supporto. Pochi e demansionati con le retribuzioni ferme al 2009, gli infermieri hanno pagato caro le politiche di *austerity* perseguite in sanità.

Non bastasse quanto già esposto, ci sono altri due argomenti da trattare a corollario del blocco del turnover e che sono fonte di disagio per la categoria.

Il mancato equilibrio economico a livello regionale della spesa sanitaria ha avuto come conseguenza il commissariamento regionale e l'imposizione di vincoli rigidi per rientrare, con un piano concordato, dal disavanzo della spesa sanitaria. Le regioni coinvolte dai piani di rientro e da vincoli assunzionali più rigidi sono principalmente regioni del centro-sud. Sotto l'aspetto del mercato del lavoro, gli infermieri di



queste regioni hanno dovuto e devono ancora oggi spostarsi nelle regioni del nord per entrare nel mondo lavorativo in quanto lì il turnover è in qualche modo garantito e i concorsi pubblici ancora si espletano. Assistiamo così a concorsi per pochi posti con migliaia di neo laureati che si spostano di provincia in provincia, di regione in regione, nella speranza di trovare un posto di lavoro a tempo indeterminato per poi riavvicinarsi alla famiglia attraverso l'istituto della mobilità. Tale istituto di normazione contrattuale, dal 2014 (con la c.d. riforma Madia, decreto legge 90/2014 convertito in legge 114/2014) è riserva di legge sotto alcuni aspetti. Un aspetto rilevante per accedere alla mobilità interregionale è rappresentato dal nulla osta dell'azienda cedente che il contratto prevedeva non vincolante e risolutivo in massimo tre mesi mentre ora la legge di riforma l'ha posto come obbligatorio senza limiti temporali. Spesso chi ha la possibilità di partecipare a un bando di mobilità (obbligatorio prima di bandire un novo concorso e spesso utilizzato dalle regioni del centro-sud per risparmiare sui tempi e sulla spesa) si vede negato il nulla osta per il trasferimento con una forte frustrazione da parte del lavoratore e disagio sociale nella formazione di una famiglia e nell'accudimento dei figli.

Da tempo il Nursind porta avanti una battaglia per riportare a livello contrattuale la trattazione di tale istituto ma nemmeno i decreti delegati attuativi della riforma hanno rimosso la riserva di legge su tale aspetto.

Il secondo argomento a corollario del blocco del turnover riguarda le nuove forme di assunzione di personale che tendono a bypassare i limiti di spesa per il personale con la stipula di contratti atipici tipo libero professionali. Assistiamo in questo ambito a una nuova forma di caporalato dove le aziende sanitarie stipulano contratti libero professionali con infermieri per la copertura del lavoro ordinario turnista. Sono infermieri senza garanzie e tutele: malattia e ferie non sono pagate, paga misera e sono inseriti nell'organizzazione del lavoro alla pari degli infermieri dipendenti. Timbrano il cartellino, fanno i turni ma sono esonerati dal rispetto della normativa sull'orario di lavoro perché

sono liberi professionisti. Una nuova frontiera si sta aprendo verso una maggiore "flessibilità" e precarietà che come sindacato vogliamo contrastare perché lesiva non solo delle norme sul lavoro ma anche della dignità della persona che si trova costretta ad aderire a un contratto senza tutele e senza prospettive pur di entrare nel mondo del lavoro.

Il quadro che esce da queste superficiali riflessioni legate al blocco del turnover è molto sconcertante. La categoria invecchia velocemente portando con sé tutto il disagio legato all'usura psico-fisica, al demansionamento e alla frustrazione legata alla situazione del mercato del lavoro (disoccupazione, mobilità e contratti atipici). I progetti anche legislativi legati al ricambio generazionale non hanno trovato realizzazione e la prospettiva futura sembra essere l'implosione del sistema a seguito dell'aumento della domanda di assistenza derivante dall'aumento delle fragilità e delle malattie croniche e alla contemporanea diminuzione di personale dipendente abile alla mansione di infermiere. Questo destino tuttavia non penso sia ineludibile se al più presto si ripristinerà una pianificazione che tenga in debito conto la tutela del diritto alla salute e voglia salvaguardare il servizio sanitario pubblico. Vi è un limite al contenimento economico al di sotto del quale il servizio reso non ha efficacia e diventa ulteriore spreco. Il cambiamento generazionale è quindi necessario e la proposta di un aumento dei contratti part time potrebbe riscuotere particolare interesse in una categoria fortemente contraddistinta per la componente femminile. Ciò troverebbe terreno fertile soprattutto nelle regioni del nord dove l'invecchiamento della popolazione infermieristica è più accentuato. Si consideri inoltre che, in sanità, il più grande cambiamento dell'ultimo ventennio proviene dal paziente che, in qualità di utente sempre più informato ed esigente, pretende sempre più di essere protagonista del processo di cura. Si vengono così a creare nuove responsabilità, l'esigenza di nuove tecnologie sempre più aggiornate, la necessità di dotarsi di nuovi strumenti di lavoro e conoscenze delle più aggiornate ricerche scientifiche e linee guida. Tutte queste novità richiedono forze nuove e giovani, cresciute con l'utilizzo quotidiano delle tecnologie in-

formatiche e più disponibili al lavoro turnista. L'esperienza degli infermieri più anziani, d'altra parte, deve essere tramandata gradualmente e con i tempi necessari. Una repentina fuoriuscita di gran parte dei dipendenti potrebbe non favorire il passaggio delle metodologie di lavoro, abilità e conoscenze assistenziali necessarie a garantire la qualità e la sicurezza nel prendersi cura. È altresì impensabile con gli attuali ritmi di produttività e carichi di lavoro di arrivare a fine carriera con più di 40 anni di lavoro da turnista nelle unità operative di degenza.

Part time e riduzione del lavoro notturno attraverso l'implementazione dei ricoveri diurni o della week surgery, possono essere due strade da percorrere per rendere il lavoro infermieristico meno pesante e diminuire il fabbisogno di personale turnista. Una riduzione dell'orario di lavoro per il personale coinvolto nei turni notturni potrebbe essere anche una ulteriore soluzione per una maggiore diponibilità del personale a rimanere nell'assistenza h24.

Il presupposto di ogni proposta richiede però la volontà politica di investire denaro nella sanità pubblica. Non si possono garantire servizi essenziali senza prevedere una adeguata spesa. La recente ricerca sul modello Rn4cast, ha dimostrato che in Italia il numero di infermieri presenti nei reparti base (medicina e chirurgia) in rapporto ai pazienti è di 1 a 9,5 contro un rapporto ottimale di 1 a 6 e una media degli altri paesi oggetto di studio di 1 a 8. Quando un infermiere prende in carico un numero troppo elevato di pazienti trascurando attività importanti e aumenta il tasso di mortalità. Lesinare sulle risorse umane significa non garantire la soddisfazione dei bisogni dei malati.

Incentivare forme private di assistenza e affamare il sistema pubblico rappresenta non solo una diminuzione della tutela del diritto alla salute ma anche disinvestimento che interessa tutta la nazione proprio nel momento in cui i bisogni di salute sono in forte aumento. Alle istituzioni preposte e agli organi decisori va il nostro sollecito a prendere provvedimenti per garantire il cambio generazionale del personale infermieristico.

## **Il Benessere Organizzativo nelle varie età della vita professionale: l'esperienza degli Ospedali Riuniti di Ancona**

Claudia Passamonti, Rita Assunta De Vito, Roberto Penna  
*Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti Ancona*  
"Umberto I-G.M. Lancisi-G.Salesi"

### INTRODUZIONE

Negli ultimi anni le Aziende Sanitarie e Ospedaliere hanno posto particolare attenzione al *Benessere Organizzativo* (Decreto Legislativo n. 150/2009), nella consapevolezza che l'esito della *mission* sanitaria è sempre più collegato al benessere psico-fisico e sociale dei professionisti che a vario titolo vi operano. Con il termine *Benessere Organizzativo* si intende la "capacità di un'organizzazione di promuovere e mantenere il più alto grado di benessere fisico, psicologico e sociale dei lavoratori in ogni tipo di occupazione" (Avallone e Bonaretti, 2003). Le indagini sul *Benessere Organizzativo* consentono di individuare quegli elementi utili a pianificare e a realizzare azioni di miglioramento organizzativo, nella prospettiva di garantire un'elevata qualità dell'assistenza sanitaria, tutelando e valorizzando al contempo le risorse umane (Laboratorio FIASO).

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona ha avviato nella primavera 2017 un'indagine approfondita sul *Benessere Organizzativo* che ha visto coinvolto tutto il personale, per far luce sulla qualità della vita e delle relazioni nei luoghi di lavoro, nonché sul modo in cui il personale si sente valutato e valuta i propri superiori gerarchici. L'indagine è stata avviata su input dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), implementata attraverso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) e coordinata dal Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro



le discriminazioni (CUG, art. 21 Legge 183/2010), i cui membri hanno partecipato alle fasi di pianificazione della ricerca, informazione dei lavoratori, analisi e diffusione dei risultati.

#### LA METODOLOGIA

L'indagine si è avvalsa del modello di questionario predisposto dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC/CIVIT). Il questionario ANAC è articolato in 74 affermazioni, raggruppate in 14 dimensioni che rappresentano i fattori ritenuti più influenti per la qualità della vita lavorativa (Tabella 1). Le risposte alle affermazioni sono registrate su Scala Likert a sei punti: per ogni affermazione il lavoratore può rispondere se e in che misura è d'accordo scegliendo tra sei alternative di risposta (1- per niente d'accordo; 6- del tutto d'accordo).

Al questionario è stata aggiunta una sezione integrativa dedicata alla conciliazione tempi di vita-tempi di lavoro, curata dal CUG aziendale con l'obiettivo di sviluppare iniziative volte ad una migliore conciliazione della vita lavorativa con quella extra-lavorativa. Questa sezione si compone di 11 quesiti volti ad indagare la gestione dei tempi di lavoro e di vita in relazione agli impegni familiari, ad esempio la cura dei figli e di persone non autosufficienti, ma anche la conoscenza e le reali possibilità di utilizzo degli strumenti di conciliazione (part-time, orario flessibile, congedo parentale, etc.).

Al termine del questionario è stata inserita una scheda anagrafica, a compilazione facoltativa, per la raccolta dei dati socio-demografici (genere, tipo di contratto, fascia di età, anzianità di servizio, qualifica, rapporto di lavoro, distanza abitazione-luogo di lavoro, struttura operativa di appartenenza). In linea con le indicazioni fornite dall'ANAC si è scelto di utilizzare la tecnica CAWI (*Computer Assisted Web Interviewing*) per l'acquisizione dei dati. A ciascun nominativo email presente nel database informatico aziendale è stato inviato un messaggio di posta elettronica con un link individuale ad un'apposita piattaforma, utilizzabile dal personale in servizio per la compilazione dell'inda-

gine. Il personale ha avuto la possibilità di compilare il questionario dal 1° Marzo al 15 Aprile 2017.

I dati dell'indagine sono stati restituiti all'Azienda nel rispetto dell'anonimato del personale. L'anonimato è stato garantito attraverso la generazione casuale del link di accesso inviato ad ogni casella di posta elettronica (effettuata dal sistema online), ed evitando di raccogliere dati riconducibili al singolo lavoratore.

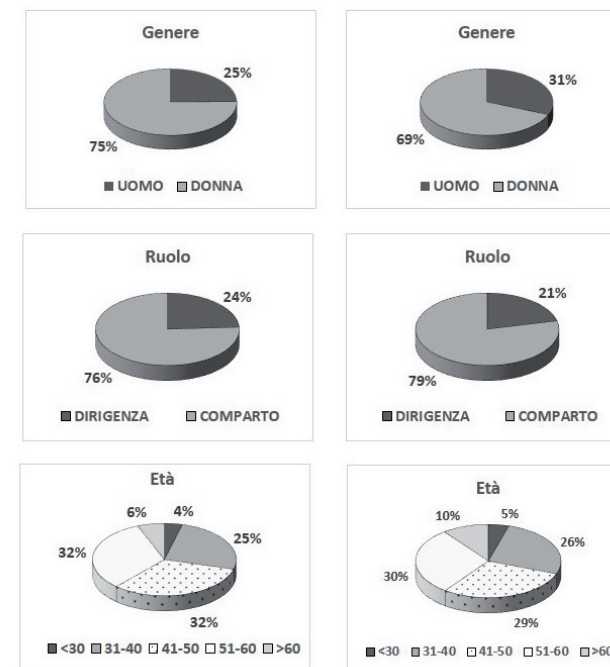
<i>Macro-Area</i>	<i>Dimensioni</i>
1- Benessere organizzativo	<b>A-Sicurezza e salute sul luogo di lavoro e stress lavoro-correlato</b> "Le caratteristiche del mio luogo di lavoro (spazi, postazioni di lavoro, luminosità, rumorosità, ecc.) sono soddisfacenti"
	<b>B-Le discriminazioni</b> "La mia età costituisce un ostacolo alla mia valorizzazione sul lavoro"
	<b>C- L'equità nella mia amministrazione</b> "Ritengo che vi sia equità nell'assegnazione del carico di lavoro"
	<b>D- Carriera e sviluppo professionale</b> "Ritengo che le possibilità reali di fare carriera nella mia Azienda siano legate al merito"
	<b>E- Il mio lavoro</b> "Il mio lavoro mi dà un senso di realizzazione personale"
	<b>F- I miei colleghi</b> "Mi rendo disponibile per aiutare i colleghi anche se non rientra nei miei compiti"
	<b>G- Il contesto del mio lavoro</b> "La struttura operativa in cui lavoro investe sulle persone, anche attraverso un'adeguata attività di formazione"
	<b>H- Il senso di appartenenza</b> "Sono orgoglioso quando la mia Azienda raggiunge un buon risultato"
2- Grado di condivisione del sistema di valutazione della performance	<b>I-L'immagine della mia amministrazione</b> "La gente in generale pensa che l'Azienda in cui lavoro sia un ente importante per la collettività"
	<b>L- la mia organizzazione</b> "Condivido gli obiettivi strategici della mia Azienda"
	<b>M- le mie performance</b> "Sono correttamente informato sulla valutazione del mio lavoro"
3- Valutazione del superiore gerarchico	<b>N- Il Funzionamento del sistema</b> "La mia struttura operativa premia le persone capaci e che si impegnano"
	<b>O- Il mio capo e la mia crescita</b> "È sensibile ai miei bisogni personali"
	<b>P- Il mio capo e l'equità</b> "Agisce con equità, in base alla mia percezione"

Tabella 1. Struttura del questionario ANAC/CIVIT. Per ogni dimensione indagata è presentata una domanda del questionario rappresentativa della dimensione stessa.

*Il Campione*

I dati di partecipazione all'indagine, pari a circa il 24% della popolazione lavorativa (777 unità su 3283), sono di poco superiori a quelli fatti registrare in simili iniziative presso altre organizzazioni del comparto salute marchigiano (ASUR, Ospedali Riuniti Marche Nord, INRCA). Il 60% dei soggetti (470 lavoratori) ha indicato i dati anagrafici, il 18% (141) quelli relativi alla sede lavorativa. Il campione risulta composto in prevalenza da lavoratori di genere femminile (75%), con contratto di lavoro a tempo indeterminato (92%), appartenenti ai ruoli del comparto (76%), con anzianità di servizio superiore ad 11 anni (71%), età anagrafica compresa tra 41 e 60 anni (64%). Le caratteristiche del campione sono sovrapponibili a quelle dell'intera popolazione lavorativa aziendale (Figura 1). In relazione all'età anagrafica del campione, la fascia di età numericamente più ampia è quella che va dai 51 ai 60 anni (30% del totale), a seguire quelle dai 41 ai 50 anni (29%) e dai 31 ai 40 (26%). Le fasce di età inferiore a 30 anni e superiore a 60 anni sono le meno rappresentate, rispettivamente costituiscono il 5% e il 10% del totale dei soggetti che hanno partecipato all'indagine.

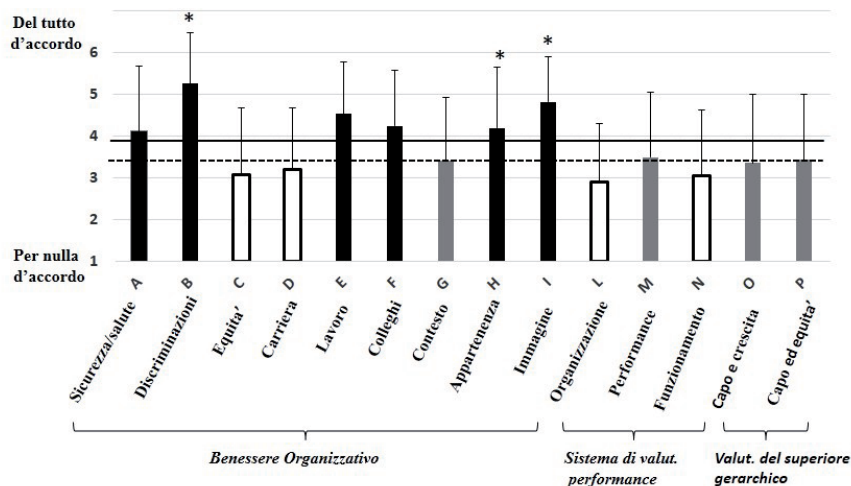
Figura 1. Confronto di alcune variabili socio demografiche del campione (colonna di sinistra) con quelle della popolazione lavorativa aziendale (colonna di destra).

*Risultati "Benessere Organizzativo"*

La media dei giudizi di soddisfazione espressi dal campione in tutti gli item del questionario è 3,89 (deviazione standard: 1,44), un valore di poco superiore a quello teorico (3,50). Tra le 14 dimensioni del *Benessere Organizzativo*, 6 riscuotono giudizi di soddisfazione superiori sia alla media teorica che a quella campionaria, 4 riscuotono giudizi attorno al valore medio teorico e 4 fanno registrare giudizi inferiori ai valori medi (Grafico 1). L'analisi della deviazione standard da un'idea di quanto le risposte dei singoli soggetti si discostino dal valore medio del campione: quanto minore è il suo valore quanto maggiore è l'ac-

cordo tra i giudizi dei soggetti, mentre a valori elevati di deviazione standard corrisponde una minor concordanza di giudizio. Il Grafico 1 sintetizza in un'unica immagine i risultati dell'indagine.

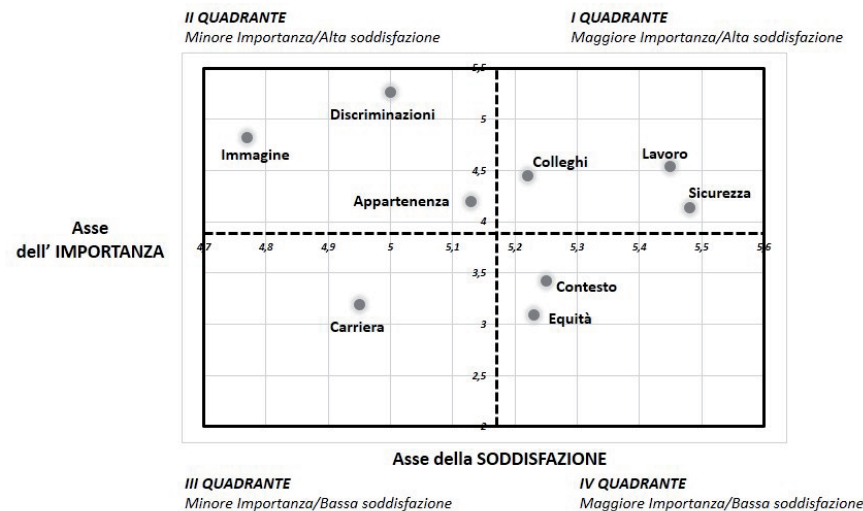
Grafico 1. Risultati questionario ANAC.



Le colonne indicano 14 differenti dimensioni del *Benessere Organizzativo* indagate dal questionario ANAC. L'altezza delle colonne rappresenta il valore medio dei giudizi di soddisfazione espressi dal campione. Le barre di errore visibili sopra le colonne rappresentano la deviazione standard. Il giudizio dei soggetti è espresso in una scala da 1 a 6, dove 6 indica "del tutto d'accordo" e 1 indica "per nulla d'accordo". La linea orizzontale tratteggiata indica il valore medio teorico, che corrisponde al giudizio intermedio sulla scala 1-6 (media teorica: 3,50). La linea orizzontale continua evidenzia il valore medio calcolato sui giudizi espressi dal campione in tutti gli item del questionario (media del campione: 3,89; dev.st: 1,44). Le colonne di colore nero identificano le dimensioni sopra la media, le colonne di colore grigio le dimensioni attorno alla media e le colonne di colore bianco quelle sotto la media. L'asterisco (\*) indica le dimensioni nelle quali si osserva una maggiore concordanza di giudizio (minore deviazione standard).

Al termine della sezione dedicata al *Benessere Organizzativo*, ai compilatori è stato chiesto di attribuire un giudizio di importanza alle 14 dimensioni del *Benessere Organizzativo* previste dal questionario. Il grafico sottostante (Grafico 2) riporta il grado di importanza espresso dai lavoratori per ciascuna dimensione e il relativo giudizio di soddisfazione su scala 1-6 (1: per nulla d'accordo, 6: del tutto d'accordo).

Grafico 2. Mappa delle priorità.



Il grafico mette in relazione il grado di importanza attribuito dai lavoratori a nove dimensioni del *Benessere Organizzativo* (asse delle ascisse) con il giudizio di soddisfazione medio espresso nelle medesime dimensioni (asse delle ordinate). Ad ogni punto (pallini grigi) corrisponde una dimensione, espressa in valore medio. Gli assi si intersecano in corrispondenza del valore medio di importanza (5,17) e valore medio di soddisfazione (4,12) definendo quindi i 4 quadranti descritti nel grafico.

### *Dimensioni organizzative meno soddisfacenti*

Le aree “*contesto del lavoro*” ed “*equità organizzativa*” riscuotono giudizi di soddisfazione complessivamente inferiori alla media e al tempo stesso sono ritenute prioritarie dai lavoratori per il benessere organizzativo.

Il “*contesto del lavoro*” si riferisce a quei fattori ambientali relativi all’unità operativa di appartenenza che riguardano la chiarezza dei compiti e dei ruoli organizzativi, la circolazione delle informazioni all’interno del gruppo di lavoro, le attività di formazione, la promozione di azioni a favore della conciliazione tempi di lavoro-tempi di vita. L’alta variabilità riscontrata tra i giudizi suggerisce come questi aspetti siano in parte collegati a stili organizzativi e di leadership differenti tra le diverse unità operative alle quali afferiscono i partecipanti all’indagine.

L’“*equità organizzativa*” riguarda l’equilibrio generale tra proporzionalità della retribuzione e quantità/qualità del lavoro svolto, ma anche il bilanciamento tra impegno richiesto e retribuzione.

Da un confronto con i risultati di indagini simili pubblicate emerge come questi aspetti rappresentino una criticità comune a differenti realtà lavorative, non solo sanitarie. La percezione dell’“*equità organizzativa*” si fonda su meccanismi di valutazione comparativa che il lavoratore opera sistematicamente rispetto ai colleghi, e può riguardare le modalità con cui le risorse e le ricompense vengono distribuite o assegnate, o il modo in cui sono prese le decisioni che lo influenzano. Al di sotto della media si collocano anche gli item della dimensione “*carriera e sviluppo professionale*”, che riguardano la possibilità di fare carriera in base al merito e di sviluppare a pieno il proprio potenziale professionale. Questa dimensione, nonostante mostri delle criticità, è tuttavia giudicata dai lavoratori come meno rilevante nel determinare il livello di soddisfazione lavorativa individuale.

Infine, giudizi poco soddisfacenti sono espressi nelle macro-aree “*sistema di valutazione della performance*” e “*valutazione del superiore gerarchico*”. Anche in queste dimensioni emerge un’ampia variabilità delle

risposte, probabilmente dovuta alle differenze soggettive negli stili di valutazione del lavoratore attuate dai superiori gerarchici. Da segnalare che più di un terzo del campione ritiene che il sistema di valutazione della performance così come è attualmente strutturato non aiuti veramente a migliorare la propria prestazione lavorativa.

### *Dimensioni organizzative più soddisfacenti*

Giudizi positivi, e con alta concordanza tra i soggetti, sono visibili nelle dimensioni “*discriminazioni*”, “*senso di appartenenza*”, e “*immagine aziendale*”. Da questi dati emerge la percezione di essere sufficientemente rispettati come persona (in relazione a genere, età, orientamento sessuale, etnia, etc.), di sentirsi parte dell’Azienda nella quale si lavora, e di operare in un ente che gode di un’immagine positiva agli occhi della collettività.

Altre dimensioni valutate in maniera soddisfacente, e che tuttavia presentano una maggiore variabilità delle opinioni, riguardano la “*sicurezza ambientale*”, il “*lavoro*” e il “*rapporto con i colleghi*”, ai primi posti per ordine di importanza attribuita dai lavoratori in relazione al *Benessere Organizzativo*. Tra i punti maggiormente positivi emergono l’adeguatezza del ruolo svolto rispetto al profilo professionale del singolo, la percezione di possedere le competenze richieste dal ruolo, e il rapporto con i colleghi, sia in termini di disponibilità reciproca che di rispetto. La positività di giudizi nell’area del rispetto per la persona non deve tuttavia offuscare la rilevazione di presunte situazioni di mobbing e molestie, riferite da circa il 16% dei soggetti. Quest’ultimo dato suggerisce la necessità di proseguire con la diffusione di una cultura anti-mobbing sia attraverso attività di formazione che mediante l’applicazione del Codice di Condotta Aziendale. Similmente, una parte del campione (15%) ritiene di non aver ricevuto formazione adeguata sui rischi specifici connessi alla propria attività lavorativa e sui relativi sistemi di protezione, un dato che suggerisce l’urgenza di attivare corsi di formazione sui rischi specifici.

### *Il Benessere Organizzativo nelle varie età della vita professionale*

Nel complesso, i giudizi medi di soddisfazione emersi dal questionario appaiono più alti tra i soggetti di età superiore a 60 anni e inferiore a 30 anni, rispetto alle fasce di età intermedie (31-60 anni), che mostrano valori piuttosto concordanti fra loro. I lavoratori di età compresa tra 31 e 40 anni esprimono giudizi di soddisfazione mediamente più bassi degli altri, ad indicare una minore soddisfazione per le dimensioni organizzative indagate (Grafico 3).

Occorre specificare che le fasce d'età estreme (<30 anni e >60) presentano una ridotta numerosità campionaria e una composizione differente rispetto alle fasce intermedie (30-60 anni), che invece presentano pari numerosità e composizione. In particolare, la fascia degli over 60 risulta composta prevalentemente da personale della dirigenza, mentre la fascia degli under 30 è esclusivamente composta da personale del comparto. In questo caso, il profilo professionale più che l'età potrebbe spiegare il risultato osservato.

Pertanto, è stata effettuata un'analisi statistica non parametrica (Test di Kruskal-Wallis) confrontando i punteggi emersi nelle tre fasce d'età intermedie, escludendo quelle estreme.

Alcune dimensioni del Benessere Organizzativo appaiono più sensibili ai cambiamenti dell'età (differenze statisticamente significative,  $p < .05$ ). Si tratta, soprattutto, delle dimensioni legate al rapporto con i colleghi, carriera e condivisione della *mission* aziendale (*organizzazione*).

I soggetti tra i 50 e i 60 anni esprimono minore soddisfazione nel rapporto con i colleghi e nello sviluppo della carriera professionale, mentre i soggetti della classe di età 31-40 anni reputano meno soddisfacente l'organizzazione aziendale (obiettivi, strategie e risultati).

Nelle altre dimensioni si rileva una maggiore coincidenza di giudizio tra le diverse fasce d'età, ad indicare come il parametro età non influenzi in maniera rilevante la percezione di soddisfazione organizza-

tiva. È il caso, ad esempio, dell'equità organizzativa, percepita come poco soddisfacente da tutte le fasce d'età; al contrario, l'area delle discriminazioni è considerata soddisfacente in modo unanime, ad indicare un livello condiviso di rispetto per la persona. Relativamente a quest'ultimo punto, la percentuale di chi valuta l'età un fattore non discriminante per la propria realizzazione personale è nel complesso piuttosto elevata (78%). Questo sembra essere vero soprattutto per i soggetti sopra i 50 anni.

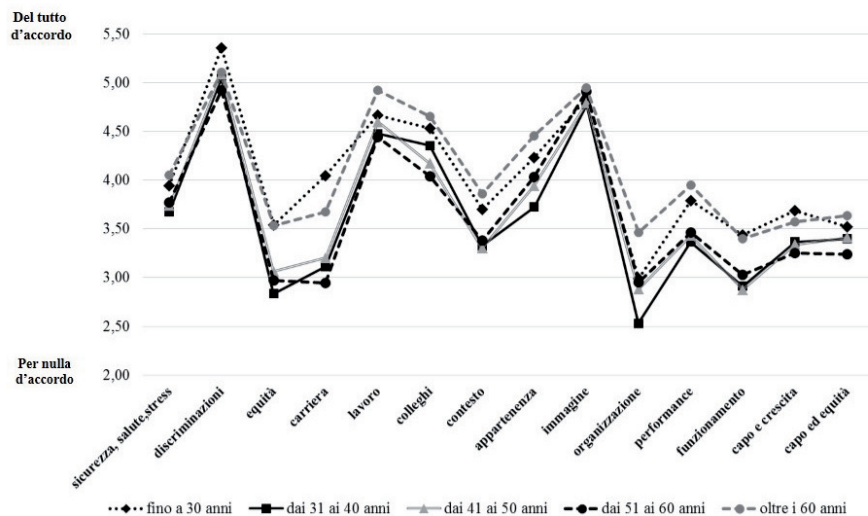
Analizzando più in dettaglio le differenze tra classi di età emergono i seguenti trend:

- la presenza di stress, malesseri e disturbi psico-fisici legati allo svolgimento dell'attività lavorativa (dimensione sicurezza-salute-stress) è avvertita in misura lievemente maggiore nei soggetti sopra i 40 anni rispetto ai più giovani, senza tuttavia aumentare con l'avanzare dell'età;
- la soddisfazione lavorativa tende a diminuire con l'avanzare dell'età;
- il senso di appartenenza aziendale tende ad aumentare.

Per quanto riguarda il grado di importanza attribuito alle diverse dimensioni del benessere, si osserva concordanza tra le fasce d'età nelle dimensioni del lavoro e della sicurezza-salute nell'ambiente di lavoro, che risultano ai primi posti come importanza sia per i giovani che per i meno giovani. Allo stesso modo la carriera e l'immagine aziendale risultano di importanza ridotta in tutte le fasce d'età. Una modifica sensibile all'età sembra essere quella relativa al rapporto con i colleghi, che appare via via meno rilevante per il benessere individuale con l'aumentare dell'età.



Grafico 3. Variazioni della percezione di Benessere Organizzativo in relazione all'età anagrafica.



Il giudizio dei soggetti è espresso in una scala da 1 a 6, dove 6 indica “del tutto d'accordo” e 1 indica “per nulla d'accordo”.

### Conciliazione vita lavorativa-vita familiare nelle varie età della vita professionale

Tra i lavoratori partecipanti all'indagine la presenza, all'interno del nucleo familiare, di **figli in età pre-scolare (0-3 anni)** si attesta al **13%** (54 bambini), quella di **persone non autosufficienti** (anziani, malati cronici, disabili) è invece pari a circa il **28%** (Tabella 2). La presenza di figli in età pre-scolare è prevalente nella fascia fino a 40 anni, mentre la presenza di familiari non autosufficienti incrementa con l'aumentare dell'età del lavoratore (si attesta al 14% tra 31 e 40 anni, 23% tra 41 e 50 anni, 36% tra 51 e 60 anni). Solo la metà dei lavoratori può contare sulla collaborazione di altre figure per la cura della famiglia.

Tra le misure di conciliazione vita familiare-vita lavorativa i lavoratori attribuiscono elevata priorità alla possibilità di usufruire di orario flessibile e di una programmazione dei turni condivisa, indipendentemente dall'età del lavoratore (Grafico 4). La possibilità di usufruire di part-time ha un alto gradimento tra i lavoratori dai 30 ai 50 anni, mentre risulta meno importante per gli under 30 e over 50. Probabilmente il part-time è una misura ritenuta utile principalmente per conciliare le richieste di accudimento dei figli.

Tutti i servizi per l'infanzia riscuotono giudizi di importanza elevata, in particolare tra i lavoratori fino a 50 anni. La possibilità di usufruire di un nido aziendale o esterno convenzionato è al primo posto come ordine di gradimento dei lavoratori, seguito da altri servizi dedicati alla cura dei bambini al di fuori dell'orario scolastico (dopo scuola, centri estivi).

Alti giudizi di importanza sono attribuiti anche ai servizi di conciliazione per la cura di soggetti adulti non autosufficienti, tra i quali si colloca al primo posto la possibilità di trasporto dalla residenza alle strutture sanitarie.

Meno del 10% dei lavoratori usufruiscono degli strumenti di conciliazione vita lavorativa-vita familiare (part-time, settimana corta, orario flessibile, etc.), tra il 10% e il 40% non è a conoscenza di questi strumenti. In particolare, il part-time è usufruito prevalentemente dai lavoratori della fascia 40-60 anni.

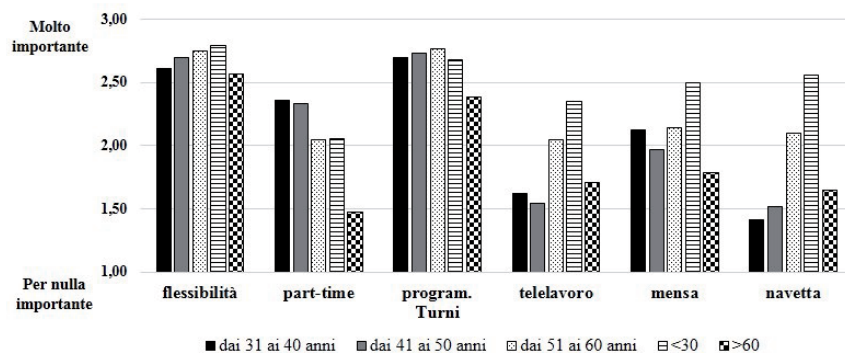
Il 40% del campione ritiene difficoltoso l'accesso agli strumenti di conciliazione per esigenze connesse al servizio e al ruolo ricoperto, per mancanza di personale, per aspetti burocratico-organizzativi, per difficoltà nel reperire informazioni e modulistica a riguardo.

I risultati di questa sezione integrativa fotografano una realtà caratterizzata da forti esigenze di conciliazione della vita lavorativa con la cura dei figli e dei familiari non autosufficienti, a fronte di ridotte possibilità di aiuto da parte delle istituzioni, e da una bassa fruibilità degli strumenti di conciliazione.

Indicatori	N	%	Tot risposte
Figli in età 0-3 anni	54	13	425
Anziani, malati cronici, disabili	173	28	607
Possibilità di avvalersi della collaborazione di altre persone nella cura	140	50	277

Tabella 2. Presenza di soggetti nel nucleo familiare che richiedono cure particolari

Grafico 4. Preferenza espressa dai lavoratori di differenti fasce di età in relazione agli strumenti di conciliazione vita lavorativa-vita familiare.



## CONCLUSIONI

I risultati dell'indagine sul *Benessere Organizzativo*, avviata su input dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) e coordinata dal Comitato Unico di Garanzia e dall'URP dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Ancona, mostra che il personale ha la percezione di lavorare in un ambiente sicuro, di essere sufficientemente rispettato come persona, di possedere le competenze necessarie per svolgere le proprie mansioni, di essere disponibile ad aiutare i colleghi, di sentirsi parte dell'Azienda, e di operare in un'organizzazione che gode di un'immagine positiva agli occhi della collettività. Su questi aspetti i giudizi appaiono complessivamente concordi. Allo stesso

tempo emerge la percezione di una scarsa equità organizzativa, di una limitata conoscenza delle strategie, dei risultati aziendali e del sistema di valutazione della performance. Su quest'ultimi aspetti, al contrario, si osserva una maggiore eterogeneità di opinione, in parte collegata a stili organizzativi e di leadership differenti tra le diverse strutture operative alle quali afferiscono i partecipanti all'indagine

Alcune dimensioni del *Benessere Organizzativo* appaiono più sensibili ai cambiamenti dell'età. I soggetti tra i 50 e i 60 anni esprimono minore soddisfazione nel rapporto con i colleghi e nello sviluppo della carriera professionale, mentre i soggetti della classe di età 31-40 anni reputano meno soddisfacente la mission aziendale (obiettivi, strategie e risultati). I lavoratori di questa classe d'età mostrano una minor soddisfazione globale e un minor senso di appartenenza, un aspetto che tende a crescere con l'età anagrafica, di pari passo con l'anzianità lavorativa. Al contrario, l'età sembra non influenzare in maniera rilevante le altre dimensioni del benessere organizzativo, quali ad esempio, l'equità organizzativa, il rispetto per la persona, la sicurezza sui luoghi di lavoro.

Le caratteristiche del lavoro e la sicurezza-salute nell'ambiente di lavoro risultano di primaria importanza per il benessere in ogni fascia d'età. Al contrario, la carriera e l'immagine aziendale risultano dimensioni meno rilevanti per tutti i lavoratori.

Tra le misure di conciliazione vita familiare-vita lavorativa i lavoratori, indipendentemente dall'età, attribuiscono elevata priorità alla possibilità di usufruire di orario flessibile e di una programmazione dei turni condivisa.

Nel desiderata della popolazione lavorativa trovano spazio anche il potenziamento di quegli strumenti/servizi volti a una migliore conciliazione vita lavorativa-vita familiare, con un'attenzione particolare alla cura dei figli in età pre-scolare e al supporto dei familiari non auto-sufficienti.

### *Riferimenti*

Decreto Legislativo n. 150/2009 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni  
Avallone, F., Bonaretti, M. (a cura di) (2003). *Benessere organizzativo. Per migliorare la qualità del lavoro nelle amministrazioni pubbliche*. Roma, Rubbettino Editore.  
Laboratorio FIASO (Federazione Italiana Aziende Sanitarie Ospedaliere). Sviluppo e tutela del benessere e della salute organizzativa nelle aziende sanitarie (2012). Ed. Iniziative Sanitarie.  
Legge 183/2010 art. 21. Misure atte a garantire pari opportunità, benessere di chi lavora e assenza di discriminazioni nelle amministrazioni pubbliche.  
Passamonti C., De Vito R.A., Penna R. (a cura di) (2017). *Indagine sul Benessere organizzativo: analisi dei dati raccolti Anno 2017*. Disponibile online all'indirizzo: <http://www.ospedaliriuniti.marche.it/portale/>

### *Gli autori*

Claudia Passamonti *Dirigente Psicologo Sportello d'Ascolto del disagio lavorativo- Ospedali Riuniti Ancona*  
Rita Assunta De Vito *Presidente Comitato Unico di Garanzia- Ospedali Riuniti Ancona*  
Roberto Penna *Collaboratore Amministrativo Posizione Organizzativa URP e Comunicazione- Ospedali Riuniti Ancona*

### *Si ringrazia*

Il Comitato Unico di Garanzia dell'Azienda Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti" di Ancona

## ***Age management e conciliazione famiglia-lavoro: due problematiche emergenti nell'organizzazione del lavoro***

Gianni Genga  
*Direttore Generale IRCCS INRCA*  
Cristina Gagliardi  
*Centro Ricerche Economico Sociali sull'Invecchiamento*  
*IRCCS INRCA - Ancona*

Con l'obiettivo di incrementare i tassi occupazionali nonché garantire sia la crescita economica sia la sostenibilità dei sistemi di welfare, e promuovere l'inclusione sociale in un contesto caratterizzato da un'elevata complessità e in ottica intergenerazionale, la Strategia Europa 2020 presenta tre priorità tra loro interconnesse: crescita intelligente cioè lo sviluppo di un'economia basata sulla conoscenza e sull'innovazione; crescita sostenibile mediante la promozione di un'economia più efficiente più verde e più competitiva; crescita inclusiva attraverso la promozione di un alto tasso di occupazione che favorisca la coesione sociale, la partecipazione dei cittadini, la modernizzazione del lavoro e il rafforzamento dei sistemi di protezione sociale, con l'obiettivo di garantire opportunità per tutto il ciclo della vita.

A fronte di ciò, si ritengono necessarie misure che consentano la permanenza nel mercato del lavoro (in particolare alle donne e agli ultracinquantenni), grazie al potenziamento delle politiche in materia di occupazione, istruzione, formazione e protezione sociale, aumentando la partecipazione al mercato del lavoro e riducendo la disoccupazione strutturale, nonché rafforzando la responsabilità sociale delle imprese. Il nuovo modello di welfare europeo è finalizzato a cambiare completamente la prospettiva del passato, rendendo attive quelle categorie che precedentemente erano inattive o marginalizzate come donne, anziani e disabili.

In relazione a ciò, due tematiche fondamentali sono state affronta-



te e dovranno essere sviluppate nel prossimo futuro: quella dell'*age management* per quanto riguarda la permanenza di sempre più numerose quote di anziani nel mondo del lavoro, e quella della *conciliazione tra tempi lavorativi e i tempi da dedicare alla cura delle relazioni familiari*.

### *I lavoratori anziani e l'“age management”*

I cambiamenti demografici legati all'invecchiamento della popolazione impattano anche sulle dinamiche della forza lavoro. Si stima che nel prossimo decennio l'età media della popolazione lavorativa raggiungerà i 50 anni con non pochi problemi legati alla possibilità di svolgere a lungo mansioni che richiedono forza fisica e capacità mentali che non sempre i lavoratori over 50 possono garantire. Molto spesso, infatti, la possibilità di continuare a svolgere un'attività lavorativa è strettamente legata alle caratteristiche del lavoro stesso, influenzando quella che, ad oggi, è conosciuta come “*work ability*”, ovvero “la misura in cui un lavoratore è capace di svolgere il proprio lavoro nel presente e nel prossimo futuro, rispetto alle richieste della propria mansione ed alle proprie risorse mentali e fisiche” (J. Ilmarinen, 2008).

L'Europa sta affrontando il problema attraverso la Strategia Europea 2020, con un obiettivo di sensibilizzazione rispetto al contributo che le persone over 50 possono dare alla società. La sfida che affronterà il mondo delle imprese, a questo proposito, si baserà sulla capacità di mettere in atto dei programmi e una politica unitaria in grado di superare le problematiche presenti tra le generazioni nei luoghi di lavoro. Gli studi effettuati in questo ambito sulla base del modello della *work ability* hanno evidenziato alcuni fattori importanti per fornire una risposta adeguata al problema dell'inserimento lavorativo di soggetti disabili (o non più abili) e dell'impiego lavorativo degli over 50, e che consistono nella necessità di sviluppare programmi di formazione e percorsi professionali calibrati, misure di sostegno all'occupazione con

una particolare attenzione alle problematiche della sicurezza e della tutela della salute sul posto di lavoro.

Il modello della capacità lavorativa viene raffigurato come una casa (fig.1): in essa sono contenute le diverse dimensioni che la costituiscono e che ne determinano l'equilibrio. Oltre all'ambiente di lavoro, anche la famiglia e l'ambiente sociale circostante sono determinanti attive di questo equilibrio (Ilmarinen, 2008).

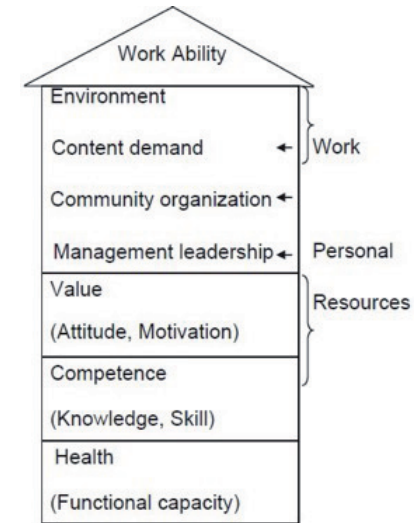


Figura 1. (Ilmarinen, 2008)

Le limitazioni lavorative a cui vanno incontro i lavoratori in età matura consistono in patologie muscolo-scheletriche, che limitano la possibilità di sforzi e carichi, la riduzione delle capacità visive, con conseguente difficoltà a svolgere mansioni che implicano controlli visivi, aumento dell'affaticamento con necessità di pause più frequenti, maggiore sensibilità a rumori, luci e odori, maggiore probabilità di assenze prolungate dal lavoro. Per quanto riguarda il settore della sanità, secondo il Rapporto Oasi CERGAS (2016), l'età media dei lavoratori del SSN risulta pari a 53 anni per i medici dipendenti, 47 per le professioni sanitarie e 55 anni per i MMG. Nel campo del-

le prestazioni sanitarie questo dato può avere un effetto significativo nell'organizzazione del lavoro, specialmente con riguardo ad attività che richiedono prestazioni di natura fisica, come ad esempio la movimentazione manuale dei carichi e dei pazienti e possono costituire un condizionamento importante per le attività lavorative di assistenza diretta ai pazienti. Altri elementi importanti sono costituiti da una ridotta disponibilità al lavoro notturno e l'organizzazione del lavoro basata su turni (Rapporto Oasi CERGAS 2015).

Per fronteggiare questi cambiamenti, le imprese dovranno pensare ad una riorganizzazione del lavoro e della suddivisione delle mansioni, oltre che al miglioramento delle condizioni ergonomiche e ambientali. Ma ciò non è sufficiente, sottolinea Confindustria (Pavia, 2016), bisogna anche creare una strutturata collaborazione tra responsabili delle risorse umane, medico competente, sindacati, affiancando a tutto ciò le nuove misure di welfare aziendale. Si prospetta infine la necessità di prevedere uscite dal lavoro più flessibili, attraverso una graduale riduzione dell'orario di lavoro, favorendo contestualmente il passaggio delle competenze alla generazione successiva.

È stato auspicato che la modularità nel lavoro possa essere estesa come criterio lavorativo a tutte le fasce di età, in relazione alla fase di vita che stanno attraversando (nascita figli, esigenze educative, accudimento genitori), permettendo un vero bilanciamento tra vita lavorativa e vita familiare.

### *Conciliazione famiglia-lavoro*

Dal punto di vista sociologico importanti studi sono stati svolti circa la condizione dei giovani e delle donne nel mercato del lavoro (con particolare attenzione al fenomeno del "preariato" con la diffusione di lavori atipici, quali: lavoro part-time, lavoro a progetto, contratti a tempo determinato, lavoro occasionale. Il concetto di "doppia presenza" appartiene alla sociologa Laura Balbo, (ex ministro alle pari op-

portunità) e sta ad indicare la condizione alienante relativa al doppio ruolo che le donne si trovano a rivestire nel pubblico nella famiglia e come lavoratrice nella società. Il senso del concetto di doppia presenza sta indicare proprio l'idea di una compressione della persona tra una duplice responsabilità: quella verso la famiglia e quella verso la sua indipendenza, rappresentata dal lavoro, che ha come conseguenza una probabile penalizzazione.

L'ambito familiare e quello lavorativo sono mondi vitali caratterizzati ciascuno da un proprio tempo e propri significati simbolici, ad esempio da un lato il lavoro di cura, il mondo delle relazioni e della reciprocità, dall'altro lo scambio economico e la produttività. La donna o più in generale il lavoratore adulto rimane impegnato nel difficile compito di ricomposizione tra queste due realtà; di conseguenza la necessità di conciliare faticosamente tempi e ruoli, appare una sfida sempre più delicata e gravata dalla costante "complessificazione" del contesto di vita (Donati-Colocci 2005).

Le misure di conciliazione sono quell'insieme di facilitazioni a sostegno della combinazione di lavoro retribuito e responsabilità di cura, ad esempio congedi parentali, soluzioni per la cura dei bambini e degli anziani, e in generale lo sviluppo di un'organizzazione lavorativa finalizzata ad agevolare la conciliazione delle responsabilità lavorative e di quelle familiari per le donne e gli uomini.

Il problema della conciliazione lavoro famiglia risulta rilevante nell'organizzazione sanitaria, dove la necessità di non compromettere l'organizzazione aziendale si deve coniugare con le necessità legate alla famiglia (maternità, handicap, genitori anziani) e il personale infermieristico è composto per più del 75% da donne. Esistono esempi di buone pratiche in numerose realtà sanitarie, che possono consistere, ad esempio, in una programmazione condivisa dei turni, finalizzata ad armonizzare le necessità organizzative assistenziali con le esigenze di ogni dipendente, oppure la realizzazione di postazioni di telelavoro per dipendenti in particolare difficoltà (Todisco, 2010).

Dal punto di vista sociologico, è stato sottolineato che la dicotomia

tra famiglia e lavoro ha determinato da una parte la chiusura della famiglia impedendo una sua rigenerazione, e dall'altra un processo di disumanizzazione del lavoro (Donati, 2001). All'opposto, una politica di valorizzazione reciproca tra famiglia e lavoro, con un cambiamento sostanziale di identità dei due poli, potrebbe portare a un totale cambiamento ed allo sviluppo di un welfare di comunità fondato su una buona relazione tra i vari attori, comprendendo Stato e società civile (cioè impresa, famiglia, terzo settore).

L'azienda pertanto si trasforma in un attore sociale: il welfare aziendale si configura infatti come il sistema del benessere che ogni azienda implementa per mettere nelle migliori condizioni di lavoro i propri dipendenti. In questo modo il problema della conciliazione verrebbe affrontato attraverso una prospettiva della "corporate social responsibility".

#### Riferimenti

- <http://ec.europa.eu/eu2020/pdf/COMPLETE%20IT%20BARROSO%20-%20Europe%202020..>
- J. Ilmarinen, Work ability - a comprehensive concept for occupational health research and prevention, Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, vol. 35(1), pp. 1-5, 2008.
- Donati P., *Il lavoro che emerge. Prospettive di lavoro come relazione sociale in un'economia dopo-moderna*, Bollati-Boringheri, Torino, 2001.
- Donati P., Colozzi I. (a cura di), *La sussidiarietà: che cos'è e come funziona*, Carocci, Roma, 2005.
- Rapporto Oasi CERGAS Bocconi, 2015
- Rapporto Oasi CERGAS Bocconi, 2016
- A. Todisco (a cura di), *La conciliazione famiglia-lavoro un'opportunità per imprese e pubbliche amministrazioni - guida operativa*. Unioncamere Lombardia, 2010

## Lavoro a turni nelle varie età della vita professionale

Alfredo Copertaro  
*Medico del Lavoro - Ancona*

Il ricorso al lavoro a turni e notturno (LTN) assicura la produzione di beni e servizi "h24" Secondo l'Istat, nel 2010 i lavoratori notturni in Italia sono stati 1,9 milioni, l'8,5% del totale degli occupati. Analizzando i dati in relazione alla zona geografica il numero di lavoratori turnisti si concentra in modo preponderante al Nord (42,4% pari a 1.801.000 lavoratori) seguito dal Sud (32,5% pari ad 828.000 lavoratori) mentre nelle regioni centrali si registra una percentuale minore (25,1% pari a 641.000 lavoratori). La maggioranza degli addetti effettua dalle 4 alle 8 notti al mese, un po' meno sono coloro che lavorano da 1 a 3 notti al mese mentre decisamente più bassa è la percentuale di coloro che lavorano più di 8 notti al mese. In Italia le donne rappresentano il 28,6% tra gli occupati di "notte". Il 63,4% dei lavoratori notturni ha un'età compresa tra 26 e 45 anni ed i settori produttivi più interessati al lavoro di notte sono il manifatturiero (23,5%), la raccolta e smaltimento rifiuti, gli addetti alle pulizie (15,7%), trasporti e viabilità (13,7%), sicurezza (11,8%), sanità ed assistenza (11%), telecomunicazioni (9,8%), locali pubblici e ristorazione (9%), altri (5,5%). Il LTN rappresenta una modalità di lavoro sicuramente più usurante rispetto ad altri lavori a causa del disallineamento che si determina tra il ritmo di vita imposto dall'orario di lavoro ed il contesto ambientale e sociale in cui il lavoratore si trova a vivere.

Un terzo dei turnisti non sopporta il LTN e pertanto nel corso della loro vita lavorativa tendono a ricollocarsi in mansioni che non pre-

vedono tale tipologia di lavoro mentre il 65% si adatta agli orari a turnazione pur lamentando disturbi più o meno marcati che cercano tuttavia di controbilanciare con misure compensative rappresentate dal maggior tempo libero a disposizione e dalle indennità economiche corrisposte per il lavoro a turni.

Nonostante in Italia ci siano ostacoli di natura politico-economica per riconoscere gli infermieri che da numerosi anni lavorano su turni notturni come una categoria rientrante a pieno titolo tra i lavori usuranti, in ambito sanitario vi è la piena consapevolezza che il lavoro a turni e notturno accelera la comparsa di malattie croniche a causa della desincronizzazione dei ritmi circadiani.

Sostanzialmente tutti i processi biologici del corpo sono modulati da un orologio circadiano interno che ottimizza le prestazioni fisiologiche e comportamentali in base al ciclo ambientale luce/buio. Questo orologio circadiano subisce una serie di cambiamenti legati all'età, sia a livello fisiologico che molecolare. Mentre questi cambiamenti sono stati considerati fino a poco tempo fa come parte del normale processo di invecchiamento, vi è una crescente evidenza che le disfunzioni del sistema circadiano possono avere un impatto sostanziale sull'invecchiamento con conseguenze negative sulla salute.

Le attuali conoscenze indicano come l'orologio principale localizzato nel Nucleo Soprachiasmatico dell'ipotalamo (SCN) con il progredire dell'età vada incontro ad una riduzione di ampiezza dei ritmi elettrici con conseguenze sui ritmi circadiani che risultano ridotti in ampiezza. Tale modifica non sembra sia dovuta alla perdita fisiologica dei neuroni che si verifica durante l'invecchiamento nel cervello, bensì ad una modifica delle proprietà cellulari dei neuroni del SCN caratterizzata da una riduzione dei potenziali elettrici di membrana a riposo con diminuzione della capacità di trasmissione.

Inoltre è stato dimostrato che nel SCN con l'avanzare dell'età si determina una riduzione delle spine dendritiche e un accorciamento dei dendriti suggerendo una perdita di connettività neuronale con l'età.

A causa della perdita di connessione con la rete neuronale, diventa

sempre più difficile mantenere i ritmi dei singoli neuroni sincronizzati con quelli degli altri neuroni della "rete" e quindi la produzione ritmica circadiana diventa frammentata con la perdita di ampiezza nei processi circadiani.

Anche i neuropeptidi VIP e AVP e GABA che svolgono un ruolo importante nella sincronizzazione dei ritmi cellulari all'interno del SCN sono soggetti con l'andare del tempo ad una riduzione della loro produzione causando una ridotta capacità di comunicazione e di sincronizzazione a carico del SCN.

È ancora difficile stabilire quanto il disallineamento dei cicli circadiani influisca sull'invecchiamento; gli studi compiuti nei topi dimostrano che anche un lieve disallineamento dei ritmi circadiani produce effetti negativi sull'invecchiamento: un disallineamento tra il ciclo luce/buio esterno e il ciclo attività/riposo di 7 minuti è in grado di causare un accorciamento della vita.

Generalmente con l'invecchiamento compare una perdita della struttura temporale dei ritmi circadiani che consiste in una diminuzione di ampiezza e un anticipo di fase degli stessi con tendenza alla cosiddetta *desincronizzazione interna*.

Tale involuzione è in parte dovuta alla degenerazione intrinseca della funzione circadiana ma anche da un'alterata capacità di risposta agli stimoli arrecati dall'ambiente: un recente studio condotto su retine umane ha evidenziato come le cellule del ganglio retinico (mRGC) che esprimono melanopsina e che sono gli intermediari della sincronizzazione tra la luce esterna ed attività espressa dal SCN diminuiscono con l'invecchiamento. La melatonina prodotta dall'epifisi e largamente studiata per valutare l'andamento dei ritmi circadiani subisce un decremento età correlato sia in termini di picco che di concentrazione ematica.

Anche la capacità di adattamento della temperatura corporea interna rispetto alla temperatura ambientale tende a decrescere negli anni.

Il LTN potrebbe rappresentare un catalizzatore in grado di accelerare i processi d'invecchiamento avendo come conseguenza, la comparsa precoce di malattie croniche.

L'ISTAT ci informa che la causa di morte più frequente nella popolazione italiana è rappresentata dalle malattie cardiocircolatorie seguite dai tumori (quello della mammella rappresenta il 13% di tutti i tumori, secondo solo a quelli del colon-retto)

In Letteratura è stata segnalata da molti studi condotti su ampi campioni di popolazioni dedite al lavoro a turni e notturno un incremento del rischio di cardiopatia ischemica (CHD).

In particolare un recente studio condotto su una popolazione di oltre 189.000 infermiere nord americane turniste ha evidenziato come nella coorte più giovane (media di 34,8 anni alla baseline) il rischio di cardiopatia ischemica (CHD) sia aumentato del 12% nelle infermiere con anzianità di lavoro notturno inferiore a 5 anni, del 19% in quelle con anzianità di lavoro notturno compreso tra 5 e 9 anni e del 27% in chi svolge lavoro notturno da oltre 10 anni. I risultati permanevano simili quando si limitavano alle donne senza ipertensione, diabete o ipercolesterolemia, suggerendo che queste condizioni potrebbero non essere i primi mediatori delle associazioni osservate tra il lavoro a turni e la CHD. Nella popolazione infermieristica turnista più anziana (età media 54,5 anni alla baseline) tale associazione tendeva invece a sfumare. Lo IARC nel 2007 ha classificato il lavoro a turni e notturno con un probabile cancerogeno per l'uomo (Classe 2°) in particolare per il tumore al seno a causa della perturbazione che esso arreca ai cicli circadiani umani. Ulteriori studi condotti dopo il 2007 hanno confermato o smentito tale associazione. Lo IARC tuttavia non ha ritenuto di dover modificare tale classificazione.

L'attività di sorveglianza sanitaria svolta dai medici del lavoro che periodicamente sottopongono ad accertamenti i lavoratori turnisti rappresenta un utile presidio per antagonizzare eventuali effetti dannosi del lavoro a turni e notturno quale la comparsa precoce di alterazioni ad esempio a carico del metabolismo lipidico e glicidico, concedendo la possibilità a medico e lavoratore di modificare le abitudini alimentari scorrette, migliorare la qualità della alimentazione ed incentivare l'attività fisica, l'abolizione del fumo e dell'alcool.

Inoltre l'adozione di turni di lavoro a rotazione rapida ed ultrarapida ed in ritardo di fase rappresenta un altrettanto utile presidio per prevenire danni alla salute.

Anche la possibilità di effettuare un pisolino di 20 minuti durante il lavoro di notte in un locale privo di luce artificiale e quando naturalmente l'attività assistenziale lo consente è utile per antagonizzare gli effetti legati al jet lag lavorativo.

Uno strumento di semplice applicazione da parte del medico del lavoro ma di buona efficacia è rappresentato dall'Indice di Capacità di Lavoro (ICL) che viene calcolato sulla base delle risposte ottenute ad un questionario autosomministrato: il lavoratore fornisce un'autovalutazione della propria capacità lavorativa in relazione alle proprie condizioni di salute ed alle risorse in suo possesso ed alle richieste fisiche e mentali del compito lavorativo.

Il Prof. Giovanni Costa ha validato il questionario ICL nell'edizione italiana ed ha studiato una popolazione di operatori sanitari a cui è stato somministrato il questionario ICL ed i risultati dimostrano come in generale il punteggio ottenuto nelle donne sia significativamente minore rispetto agli uomini con un maggior calo progressivo dell'indice in relazione all'aumento dell'età tra le donne rispetto agli uomini; in particolare l'ICL subisce un decremento maggiore nelle turniste rispetto sia alle colleghe giornaliera che rispetto ai maschi turnisti.

## Il medico anziano in corsia: fare le guardie a 67 anni

Giorgio Tombesi  
*Direttore FF UOC Endoscopia Digestiva  
ASUR Marche AV3 - Macerata*

Quale limite di età applicare al termine di Medico anziano? Non saprei dare una risposta esatta in rapporto ai parametri di longevità che vanno aumentando con il parallelo aumentare dell'età pensionabile in Italia che insegue i criteri di altre forse più longeve nazioni europee.

Potremmo forse parametrare l'anzianità in rapporto alla progressione di carriera sia dei dirigenti di primo che di secondo livello.

Un dirigente di primo livello che non abbia potuto ottenere il riconoscimento di una progressione di carriera ad alta specializzazione od a struttura semplice ma che sia ancora mansionato con un incarico di base si può giustamente sentire anziano anche in età non troppo avanzata.

Non mancano purtroppo esempi di tale condizione. Infatti la soddisfazione professionale di un individuo in rapporto alle mansioni di base svolte per troppi anni può farlo ritenere giustamente anziano per quel ruolo.

Un dirigente di secondo livello con questo criterio invecchia molto più tardi e forse lo si può giudicare anziano solo se si appiattisce per troppo tempo su posizioni statiche senza interpretare in maniera innovativa e dinamica il suo ruolo.

Lo stesso criterio a mio avviso è applicabile proporzionalmente anche ad un dirigente di alta specializzazione e di struttura semplice.

L'età al di là di un criterio oggettivo è forse anche quella che l'individuo si sente.

A mio avviso la spinta a progredire nel proprio ruolo e la possibili-

tà di affermarsi professionalmente raggiungendo obiettivi sempre più alti mantengono l'individuo giovane anche in età cronologicamente avanzata inoltre il piacere di lavorare e l'amore per il proprio lavoro è la maggiore motivazione che possa esserci e lavorare motivati non fa pesare assolutamente il lavoro.

È nella convinzione di quanto sopraesposto che passando alla mia condizione professionale personale posso dichiarare di sentirmi ancora giovane pur essendo giunto all'età cronologica di sessantotto anni ed essendo ormai arrivato a pochi mesi dal pensionamento.

La mia generazione ha vissuto il passaggio da un sistema ospedaliero molto gerarchizzato dove il Primario era considerato un "semidio" ed il rispetto dovuto dall'Assistente non solo al Primario ma anche all'Aiuto era grandissimo e si pendeva dalle labbra dei propri colleghi superiori per poter apprendere i principi della professione.

Ho cominciato la mia carriera ospedaliera come internista in un Ospedale periferico delle Marche all'età di ventisei anni pur essendo specializzando in Gastroenterologia, nella mia Regione i reparti di Gastroenterologia erano presenti solo a livello dell'Ospedale regionale di Ancona, divenendo di ruolo come assistente medico all'età di ventinove anni con concorso pubblico presso tale Ospedale durante il servizio militare, in tale epoca per partecipare al concorso era sufficiente il tirocinio pratico nella disciplina in oggetto.

La frequenza in corsia ed il contatto umano con i pazienti mi ha sempre appagato.

Alla chiusura di quell'Ospedale periferico fui trasferito all'ospedale provinciale di Macerata all'età di trentatré anni.

Qui il mio interesse per la Medicina si arricchì con la frequenza in un reparto molto più impegnativo dal punto di vista sia diagnostico che lavorativo (all'epoca nel reparto di Medicina dell'Ospedale provinciale erano presenti novanta posti letto che nei periodi di maggior morbilità con l'aggiunta di posti letto si arrivava anche ad oltre centodieci pazienti da seguire ed i medici in servizio di erano sette, un Primario, due Aiuti e quattro Assistenti).



Fin da quell'epoca gli Aiuti e gli Assistenti erano tenuti ad effettuare turni di guardia notturna interdipartimentale per tutto l'Ospedale che all'epoca aveva circa cinquecentocinquanta posti letto nelle varie specialità con non pochi patemi d'animo da parte mia quando venivo chiamato per urgenze in pazienti pediatriche o di altre specialità poco affini alla medicina interna o alla Gastroenterologia.

Nel mio studio-ambulatorio per fortuna potevo consultare una abbondante quantità di testi di medicina e spesso dovevo ricorrere al consulto estemporaneo notturno di tali testi per poter risolvere i casi più difficili e meno attinenti alla mia branca.

Debbo confessare che quando mi capitavano i turni notturni di guardia era non senza preoccupazione che entravo in Ospedale la sera.

È pur vero che si poteva ricorrere all'ausilio dei colleghi reperibili o del Primario ma ovviamente si cercava di chiamarli il meno possibile.

Tale dura scuola ha arricchito molto la mia conoscenza medica e la mia esperienza permettendomi nel tempo di temere sempre meno i turni di guardia.

Lo stress del lavoro notturno era più legato, in tale periodo della mia carriera ospedaliera, all'apprensione per i casi difficili che potevano capitare piuttosto che per la fatica fisica della veglia notturna.

Ad arricchire il mio interesse per la professione c'era, annessa al reparto di Medicina, una sezione di Endoscopia Digestiva dove gli esami endoscopici erano praticati principalmente dal Primario e dall'Aiuto anziano, unici oltre me a possedere una specializzazione in Gastroenterologia, ed il poter effettuare esami endoscopici era un premio ed un privilegio che mi potevo guadagnare con la puntuale esecuzione delle attività di reparto, compilazione puntuale delle cartelle, seguire ed accontentare i pazienti ricoverati, preparare con puntualità le pratiche per la dimissione e le relative lettere di dimissione senza gravare troppo sui colleghi.

Non era presente quindi una reperibilità Endoscopica ma solo Medica effettuata a turno dagli Assistenti e dagli Aiuti e pian piano quando capitavano urgenze emorragiche avendo dato una mia disponibilità

ufficiosa ad eseguire esami endoscopici in urgenza venivo chiamato sempre più spesso potendo così arricchire anche le mie capacità nelle pratiche endoscopiche sia routinarie che in emergenza.

A mio carico avevo seguito a frequentare corsi di perfezionamento in pratiche endoscopiche e gastroenterologiche sia diagnostiche che operative oltre ad usufruire della possibilità che il mio Primario mi aveva dato di partecipare a convegni nazionali ed internazionali di Gastroenterologia dove puntualmente sempre a mie spese frequentavo i corsi paralleli di perfezionamento nelle attività endoscopiche sia diagnostiche che di urgenza.

È inutile dire che per i colleghi del Pronto Soccorso poter avere tale servizio, anche se ufficiale, era molto utile in quanto diversamente nei casi più gravi di emorragia digestiva sarebbero stati costretti a portare in ambulanza i Pazienti alla struttura Gastroenterologica dell'ospedale Regionale, unica struttura nella regione dotata di reperibilità ufficiale endoscopica, con non pochi rischi e non poca fatica.

Tale mia disponibilità era anche ovviamente gradita anche ai colleghi endoscopisti del Mio reparto.

Per quanto riguarda in carico di lavoro delle guardie chi ha la mia età sa, per esempio, che anche per casi di urgenza neurologia in assenza di reparto Neurologia presso l'ospedale provinciale poter effettuare una TAC encefalica non era prassi facile come ora perché l'unica TAC presente in regione era presso l'Ospedale Regionale di Ancona ed i Pazienti erano accettati in urgenza per tale metodica soltanto dopo l'effettuazione di una rachicentesi che aveva potuto scrinare i pazienti con ictus emorragico dopo di che il paziente con ictus poteva essere accompagnato in ambulanza ad Ancona dallo stesso medico reperibile della Medicina che aveva effettuato la rachicentesi la stessa difficoltà si incontrava per la richiesta di TAC per altre patologie.

Nel frattempo avendo partecipato ad un concorso interno, all'età di quarantadue anni, ero divenuto Aiuto seguendo ovviamente ad effettuare tutti turni di guardia notturna interdipartimentale.

Con il passare degli anni e con l'arricchirsi dell'ospedale di reparti

sempre più specialistici e con l'istituzione di una guardia Radiologica presso il Pronto Soccorso il carico di lavoro delle guardie notturne dal punto di vista diagnostico si è fatto sempre più leggero e lo stress del lavoro notturno sempre meno importante.

La mia attività endoscopica aggiuntiva alle attività del reparto Medicina che dovevo seguire a garantire si era arricchita negli anni con l'effettuazione di pratiche diagnostiche ed operative delle vie biliari (ERCP) garantendo tale servizio per i casi di tutta la nostra zona.

A quel punto la Direzione sanitaria conoscendo il carico di lavoro aggiuntivo che mi sobbarcavo con l'attività endoscopica sia in urgenza che diagnostica mi aveva offerto la possibilità di essere esonerato dai turni di Guardia interdipartimentale.

Debbo dire che da sempre sono stato anche impegnato nelle attività sindacali e che all'epoca rivestivo il ruolo di Segretario provinciale ANAAO-ASSOMED.

Nel sospetto che qualche collega avesse potuto pensare che tale esenzione fosse una regalia indebita in virtù delle mie attività sindacali, preferii non accettare tale possibilità offertami dalla Direzione Sanitaria e pur ringraziando per il riconoscimento del lavoro svolto e dello sgravio di lavoro propostomi chiesi di poter seguire ad effettuare tali turni che peraltro, in virtù dell'esperienza raggiunta, dello sgravio della quantità di pazienti da seguire nei turni di guardia notturna per l'istituzione di guardie interne di cardiologia, di pediatria e di ostetricia con riduzione proporzionale di carico di lavoro, ormai non mi pesavano più di tanto.

Circa dieci anni fa con le normative pensionistiche vigenti allora ed avendo riscattato gli anni di laurea e di specializzazione avevo già maturato i titoli per accedere alla pensione all'età di cinquantasette anni con il massimo dei requisiti e dei vantaggi pensionistici e con la possibilità di seguire a lavorare presso strutture private con indubbi vantaggi economici.

Con il pensionamento del Nostro Primario endoscopista e con la perdita prematura dell'Aiuto endoscopista di cui sopra nonché con il

pensionamento di un altro collega della Medicina che si era dedicato da qualche tempo anche alle attività endoscopiche diagnostiche, pur in assenza di specializzazione, il mio pensionamento avrebbe privato l'ospedale provinciale della possibilità di una valida attività endoscopica (nel frattempo ero però riuscito ad ottenere l'assunzione di un giovane collega endoscopista con un concorso per la medicina interna).

Vigendo tale situazione, il Direttore Generale dell'epoca mi invogliò a rimanere con la proposta di un incarico di struttura semplice (con promessa di una trasformazione nel tempo in struttura a valenza dipartimentale) di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva e con la promessa di affiancarmi in sala endoscopica il giovane collega di cui sopra, ovviamente avremmo dovuto seguire a garantire le nostre prestazioni di reparto per i pazienti della Medicina da cui ancora dipendevamo ed ovviamente a garantire turni di guardia notturna Interdipartimentale. Gratificato da tale proposta e nella possibilità di veder nascere un reparto autonomo di Gastroenterologia decisi con entusiasmo di rinunciare al pensionamento accettando la sfida dell'incarico che mi veniva offerto.

Grazie all'impegno profuso ottenni l'affiancamento pur con concorso per la Medicina di altri due colleghi endoscopisti.

Pian piano la nostra "diversità" professionale cominciò ad essere riconosciuta con l'affidamento di otto letti dedicati alla Gastroenterologia ed il riconoscimento della valenza dipartimentale della Nostra disciplina.

Purtroppo per carenza di organico nella Medicina da cui provenivamo e per il nostro esiguo numero per poter essere autonomi nel seguire i pazienti del reparto abbiamo dovuto seguire a garantire turni di guardia interdivisionale pomeridiana ed interdipartimentale notturna.

Solo ora la valenza di struttura complessa per tutta la nostra AV è stata riconosciuta con il piano di riordino Regionale al nostro reparto e solo ora ho avuto l'incarico di responsabile facente funzione di struttura complessa ovviamente con l'obbligo di assolvere ancora ai turni di reperibilità e di guardia notturna interdipartimentale.

Sento di aver dato abbastanza al mio Ospedale e ne sono soddisfatto



anche se il prezzo che ho dovuto pagare e che sto ancora pagando non è stato di poco conto.

Tra tre mesi avrò raggiunto il limite massimo di permanenza in servizio e debbo dire che sono dispiaciuto di dover lasciare il mio Ospedale ed il mio Reparto cui ho dedicato tanta parte della mia vita.

## **Il depotenziamento delle performance in relazione all'anzianità di servizio**

Annamaria Frascati

*Responsabile Area Formazione Nursind Ancona*

Roberto Canestrone

*Laurea Magistrale Scienze Infermieristiche*

Giuseppino Conti

*Segretario Provinciale Nursind Ancona*

### BACKGROUND

L'invecchiamento della popolazione impone una revisione razionale della distribuzione delle risorse sociali e sanitarie già molto limitate, soprattutto in questo momento storico. I dati epidemiologici ci forniscono quindi in maniera inopinabile un aumento della gestione della cronicità nella sua complessità, ed una ridefinizione degli obiettivi, quindi non la guarigione, evento impossibile da attuare nella malattia cronica, ma il miglioramento della qualità di vita del paziente riducendo anche il carico sulle famiglie nel contesto sociale. La crescente presenza di comorbilità spinge la sanità ad un approccio di cura multidisciplinare e multidimensionale, e alla necessità di tessere una rete assistenziale extraospedaliera e territoriale, che lavori dando una continuità assistenziale proprio per rispondere a quadri clinici ad elevata intensità e complessità di cura. Le risorse umane, nella fattispecie gli operatori sanitari, devono rispondere ai bisogni di una popolazione sempre più anziana e sempre più complessa da un punto di vista dell'erogazione delle attività assistenziali. In Europa dal 2010 al 2030 si prevede un aumento della popolazione over65 che va dal 29% al 39% (in Italia dal 34% al 50%); l'Italia è tra i Paesi Europei quella che ha la percentuale più alta di ultra65enni (21,2%) con la previsione di raggiungere il 27,6 % nel 2032, con conseguente aumento della domanda di servizi sanitari e quindi della spesa per risorse sanitarie

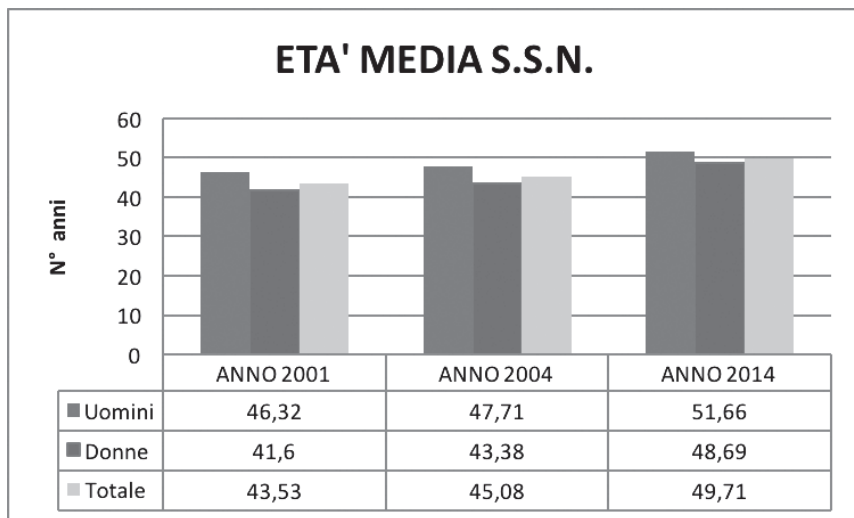
farmaceutiche e territoriali; senza contare che con l'aumento della sopravvivenza, aumenta la percentuale di malati senza restituito ad integrum. Questa prima analisi demografica diventa preludio di una più intricata situazione assistenziale che vede protagonisti loro malgrado gli infermieri così detti "anziani" chiamati a rispondere a questi bisogni. Un comunicato della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI sui risultati di un'indagine conoscitiva relativa all'età media degli infermieri conferma le preoccupazioni relative alle riforme pensionistiche e al blocco del turnover infatti emerge da questa indagine che circa i due terzi degli infermieri italiani che esercitano nelle corsie hanno più di 50 anni e che in molti casi il lavoro che devono affrontare è anche pesante fisicamente.

#### ANALISI DELLE TEMATICHE ETÀ-CORRELATE

*(Curare chi si prende cura)*

Oggi la professione infermieristica è considerata ad alto impatto sociale con un livello esponenziale di sviluppo nelle competenze e nella gestione di attività sempre più dinamiche. Le attività a cui si dedicano gli infermieri quotidianamente assumono identità eterogenee e da recenti studi (Centro CGR INAIL Toscana) emerge che il fenomeno del multitasking riguarda per circa il 60% il lavoratore infermiere che deve adeguarsi alle innumerevoli attività di gestione. Da sempre la professione infermieristica è considerata una professione dinamica che richiede un notevole impegno cognitivo e fisico per adeguarsi al mutamento dell'attuale panorama sanitario. È sempre più richiesto un livello maggiore di multitasking in risposta alle mutate esigenze clinico-assistenziali, ai nuovi modelli di management e di governo clinico. In generale, il declino delle capacità mentali e sociali pare più lento e più tardivo di quello delle capacità fisiche, anche se con l'età aumenta la prevalenza di disturbi mentali comuni, soprattutto ansia e depressione. Gli operatori sanitari nel corso degli anni si espongono a

numerosi fattori di rischio che compromettono lo stato di salute come fattori ergonomici (MMC movimentazione manuale dei carichi) fattori psico-sociali dovuti a ritmi di lavoro incessante e aumento del workload fattori biologici per il continuo contatto con fluidi organici e infine non per importanza fattori emotivi a causa del carico empatico di cui sono portatori. L'esposizione ai diversi fattori di rischio e l'innalzamento dell'età pensionabile a 65 anni diventano quindi un problema importante soprattutto per i lavoratori anziani occupati in attività caratterizzate da impegno psico-fisico (de Zwart et al., 1997; Ilmarinen, 2002). L'anzianità di servizio implica cambiamenti fisiologici che generalmente avvengono nella percezione, nell'elaborazione delle informazioni e nel controllo motorio. Cambiamenti tali da ridurre le performance, psicomotorie e quella cognitiva infatti la memoria recente diminuisce e i tempi di reazione sono più lenti (Chan et al. 2000). La capacità di lavoro fisico di un lavoratore di 65 anni è circa la metà di quella di uno di 25 anni (Ilmarinen, 2002), la riduzione marcata della capacità fisica comincia dopo i 50 anni, con una riduzione del 20% tra i 40 e i 60 anni. Nei prossimi anni si prevede un invecchiamento della popolazione lavorativa, numerosi indagini hanno messo in evidenza una serie di problemi di salute a cui sono esposti gli operatori sanitari. Negli ultimi anni si è registrato un aumento della percentuale di problemi legati all'apparato muscoloscheletrico con alta prevalenza di mal di schiena e di disturbi agli arti superiori (Eurofound 2010) ed un aumento di lombalgia cronica (Ricci et al., 1999) L'invecchiamento dei lavoratori della sanità conseguente alla riforma delle pensioni e all'esposizione continua ai sopracitati fattori di rischio darà luogo nei prossimi 5-10 anni ad una situazione in cui una rilevante quota di lavoratori (probabilmente il 15-20%) non riuscirà a svolgere i propri compiti o ci riuscirà incontrando forti difficoltà, peggiorando il proprio stato di salute, la qualità dell'assistenza e rischiando il licenziamento per non-idoneità o assenze per malattia. (D'Errico et al, 2010)



Fonte: [www.osservasalute.it](http://www.osservasalute.it)

Nell'intero panorama della Pubblica Amministrazione gli under 30 si sono ridotti ad un terzo di quelli del 2001 e gli under 40 si sono improvvisamente dimezzati. In compenso, gli over 50 costituiscono più della metà dell'intera popolazione di riferimento e triplicano gli over 60 che però non hanno più giovani da addestrare perché nel frattempo la pubblica amministrazione ha bloccato il turnover delle assunzioni. Negli ultimi vent'anni l'età media dei dipendenti pubblici si è incrementata di quasi sei anni: passando dai 43,5 anni del 2001 ai 49,2 del 2014, questi dati però non vogliono scoraggiare chi si sente ancora di fornire il proprio contributo anche nelle corsie ma di cercare strumenti che tutelino la loro salute al fine di evitare crolli psichici e/o fisici. La ricerca ha dimostrato che tra i 40 e i 65 anni la capacità cognitiva media si riduce del 20% e che gli strumenti adottati dalle aziende per prevenire disagi anche di tipo organizzativo si sono rivelati molto efficaci (JAMA Surgery Review 19/07/2016); si tratta per lo più di valutazione cognitiva periodica combinata con feedback anonimo eseguita dagli organi competenti.

### Distribuzione degli infermieri per classi di età in Italia – Indagine Multiscopo sulla Salute ISTAT 2013

- **Uomini**
  - <50 anni: 68.2%
  - 50-54 anni: 15.6%
  - 55-59 anni: 11.8%
  - 60+ anni: 4.4%
  
- **Donne**
  - <50 anni: 73.6%
  - 50-54 anni: 14.5%
  - 55-59 anni: 9.6%
  - 60+ anni: 2.3%

### Distribuzione degli infermieri per classi di età in Italia - Indagine Multiscopo sulla Salute ISTAT 2013

- Uomini - <50 anni: 68.2% - 50-54 anni: 15.6% - 55-59 anni 11.8% - 60+ anni 4.4%
- Donne - <50 anni: 73.6% - 50-54 anni: 14.5% - 55-59 anni 9.6% - 60+ anni 2.3%

#### IMPLICAZIONI DELLA RIDUZIONE DELLA CAPACITÀ LAVORATIVA: WORK ABILITY

Il blocco del turnover, i tagli orizzontali e l'invecchiamento della popolazione lavorativa determina una percentuale sempre più bassa di infermieri nelle aree di degenza con un ridotto indice di "work ability" ovvero la misura in cui un lavoratore è capace di svolgere il proprio lavoro nel presente e nel prossimo futuro, rispetto alle richieste delle proprie attività ed alle proprie risorse mentali e fisiche. Per poter misurare tali indicatori è stato sviluppato un indice, il Work Ability In-

dex (WIA), strutturato in sette dimensioni, articolate in relazione alle richieste delle competenze, alle malattie diagnosticate e ai permessi usufruiti (J. Ilmarinen Occupational Medicine, Vol. 57, 2007).

Questo indice è stato utilizzato in diversi studi europei, stimando che i lavoratori con prepensionamenti precoci producono un calo della produttività valutabile circa in un 20% proprio per i limiti legati all'età (J. Ilmarinen, Aging and work: S. J. Czaja, J. Sharit, Issues 51-73, 2009). Il principio base di questo indice poggia sull'idea che le malattie croniche hanno diverse cause legate sia all'utilizzo di strumenti di lavoro non ergonomici che inducono a svariate patologie dell'apparato muscolo-scheletrico sia al progredire dell'età ma anche un notevole percentuale risulta affetta da dermatiti e depressione; mentre una percentuale inferiore (30%) riguarda la fascia di età = < a 30 anni esposta a infortuni come contusioni, lesioni con l'insorgenza di patologie cronico-degenerative che influenzano il rendimento.

### Esposizione a rischio malattia

Prevalenza di disturbi e patologie in Europa - ultimi 12 mesi  
**Soggetti 40-59 occupati nel settore Sanità**

	Ansia o depressione	Mal di schiena	Disturbi MS arti superiori	Disturbi MS arti inferiori	Malattie cardiovascolari
<b>uomini</b>	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
40-49 anni	10.7	46.5	32.1	27.2	6.7
50-59 anni	8.2	47.8	44.3	23.0	11.6
<b>donne</b>	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
40-49 anni	14.1	49.3	50.7	34.5	6.4
50-59 anni	11.9	51.3	57.9	38.7	7.7

**Alta prevalenza di mal di schiena e di disturbi agli arti superiori, senza differenze importanti nei lavoratori più anziani, tranne CVD negli uomini**

**Ansia e depressione scendono in entrambi i generi tra i lavoratori più anziani → effetto lavoratore sano?**

Fonte: Indagine Eurofound 2010

È ormai noto come l'Italia sia uno dei paesi con la più alta percentuale di popolazione anziana nel mondo. Questo dato, unito all'aumento dell'età pensionabile, rende necessarie alcune riflessioni sulle misure da adottare per garantire la sicurezza sul lavoro, di una categoria di lavoratori soggetta a particolari criticità. Come specificato anche sul D.lgs. 81/08, in fase di valutazione dei rischi devono essere analizzati tutti i rischi compresi quelli relativi al fattore anagrafico. Nel caso di un lavoratore over 50 dovrà essere prestata maggiore attenzione nella valutazione della capacità fisica, in relazione all'attività svolta e alle condizioni in cui tale attività viene effettuata. Il lavoro su turni o in condizioni di elevata temperatura, così come l'esposizione al rumore o la movimentazione di un carico, sono tutti elementi (ma non i soli) che devono essere considerati molto più pericolosi per un ultracinquantenne rispetto ad un lavoratore più giovane. Pertanto il medico competente dovrà valutare se il lavoratore è in possesso dei requisiti fisici e mentali per svolgere il lavoro in sicurezza.

Secondo quanto riportato nel documento Eurofound 2010, la maggior parte delle patologie o degli incidenti, che colpiscono i lavoratori ultracinquantenni, sono dovuti alle conseguenze dell'invecchiamento. Nello specifico essi riguardano principalmente:

- Apparato muscolo-scheletrico: strappi dovuti alla perdita di forza ed alla diminuzione dell'elasticità muscolare.
- Sistema cardiovascolare: danni o patologie cardiopolmonari dovuti a sforzi eccessivi, a elevati sbalzi di temperatura, a lavori effettuati ad alta quota, ecc.
- Ansia e depressione.

In contrapposizione ai dati sopradescritti i lavoratori ultracinquantenni, soprattutto grazie all'esperienza, sono soggetti ad un minor numero di incidenti. C'è, però, da sottolineare che i danni subiti sono spesso più gravi e con tempi di recupero più lunghi. Infine, per migliorare la gestione della salute e della sicurezza sul lavoro dei lavoratori ultracinquantenni risulta utile riportare alcune misure operative quali:

- Sensibilizzazione e coinvolgimento del personale sulla tematica dell'età;

- Miglioramento dell'ambiente, delle attrezzature e dei metodi di lavoro;
- Sorveglianza sanitaria focalizzata ed incremento della periodicità delle visite;
- Assegnare i lavoratori ultracinquantenni a mansioni, che prevedono minor sforzo fisico, come ad esempio: supervisione, formazione e tutoraggio dei nuovi assunti;
- Modifiche dell'orario di lavoro;
- Incremento dell'informazione e della formazione.

L'applicazione di queste proposte ed un processo di valutazione dei rischi incentrato sulle criticità dei lavoratori anziani, possono costituire un primo step per “rendere le competenze, l'esperienza e la maturità di questa categoria di lavoratori, un elemento di primaria importanza ed un valore aggiunto” per le varie realtà lavorative, in risposta alla crescente domanda di bisogni assistenziali complessi per il paziente anziano affetto da polipatologie. Risulta quindi fondamentale ribadire che il recupero psico-fisico dei lavoratori, dove l'evento avverso per il rischio clinico deve essere assolutamente uguale a zero, è indispensabile al fine di non mettere a rischio l'incolumità psico-fisica degli operatori e la vita stessa dei pazienti.

### *La sorveglianza sanitaria*

Negli ultimi anni molte aziende sanitarie in linea con le nuove direttive sulla sicurezza del lavoro ha affrontato lo spinoso argomento dello stress lavoro-correlato come parte di un sistema complesso e dinamico di interazione dell'individuo con il proprio ambiente lavorativo mettendo in relazione lo sforzo effettuato con la ricompensa percepita. Le variabili che intervengono in questa indagine rappresentano percezioni di tipo qualitativo come il workload, le pressioni, le responsabilità, la stima, la possibilità di carriera ecc. ma non risulta oggetto di studio in tema di stress l'età anagrafica come fonte di frustrazione professionale. La possibilità di lavorare e ridurre il carico di lavoro

in un clima organizzativo che non lo permette a causa di inadeguati organici spinge il lavoratore che avverte i primi segni di cedimento fisico a richiedere la rivalutazione dell'idoneità al medico competente. Come è noto con il Decreto 626/94 per la prima volta si parla, esplicitamente del contenuto della sorveglianza sanitaria ma, soprattutto del “giudizio di idoneità alla mansione specifica”. Tale sorveglianza sanitaria, è obbligatoria se alla luce della valutazione dei rischi sono emerse esposizioni per le quali la normativa vigente ne indichi l'obbligo come indicato dall'art 17. Alla fine degli accertamenti sanitari preventivi e periodici il medico competente deve esprimere un giudizio di idoneità alla mansione specifica, da intendere come idoneità al lavoro specifico e non come idoneità specifica al lavoro, proprio per sottolineare che la specificità è essenzialmente da riferire al lavoro organizzato e non al soggetto. Il medico competente quindi esprime il giudizio di:

1. **Idoneità assoluta** per la quale, oltre a non sussistere condizioni patologiche che potrebbero trarre danno dall'espletamento della mansione lavorativa;
2. **Idoneità parziale**, condizionata cioè da fattori legati al rischio professionale - come l'obbligo dell'uso di mezzi di protezione individuale - o da alcune menomazioni, che possono negativamente incidere sulla mansione lavorativa (divieto di lavoro su piani rialzati, su scale ecc.) o, infine, dalla presenza di indicatori biologici di effetto che sono espressioni di un danno biologico;
3. **Non-idoneità**, quando sussistono condizioni patologiche, soprattutto degli organi impegnati nei processi di biotrasformazione dei tossici industriali ovvero quando l'impegno funzionale richiesto dall'espletamento della mansione si rivolge ad organi già menomati. Tale non-idoneità potrà avere carattere temporaneo o permanente.

Il giudizio d'idoneità, oltre a risvolti prettamente sanitari, può comportare conseguenze gravi per il lavoratore; infatti l'idoneità fisica, come più volte ribadito dalla Cassazione, deve essere riferita al possesso da parte del lavoratore delle capacità comunemente necessario per lo svolgimento delle attività lavorative oggetto del contratto di lavoro. I tagli alla sanità,

l'austerità organizzativa, la scarsa considerazione delle piante organiche ormai obsolete e la mancanza di personale di supporto hanno portato inevitabilmente la classe infermieristica nelle prime posizioni di coloro che soffrono di disturbi muscolo-scheletrici. Questa situazione impone che le aziende sanitarie, operino attivamente per individuare all'interno dell'azienda un'adeguata collocazione del dipendente e questo ancor di più nei casi in cui si sia in presenza di una inidoneità che si può presumere temporanea anche se di lunga durata.

Attualmente gli infermieri più anziani che restano al lavoro, perché non hanno una non-idoneità formalizzate, ma magari avvertono i primi segni di stanchezza fisica o i primi segni di disturbi fisici, si trovano costretti anche a rispondere ad un carico maggiore di lavoro perché gli organici sono sempre più ridotti. La gestione da parte delle aziende sanitarie dei dipendenti risultati non idonei è senza dubbio una criticità organizzativa di grande proporzione. Il 12% dei lavoratori in organico di Aziende e Ospedali risulta non-idonea per problemi fisici o legati all'età avanzata; la maggior parte delle inidoneità hanno a che fare proprio con l'impossibilità di muovere dei carichi (quasi 50% dei casi), con posture particolari legate alle attività specifiche della professione (12,6%) e con lavoro notturno e reperibilità (12%). Affrontare tali situazioni è sicuramente complicato soprattutto in un panorama sociale dove non esiste la volontà politica di salvaguardare i lavoratori.

L'unico baluardo ancora a tutela dei lavoratori è la sorveglianza sanitaria che rappresenta certamente una delle più importanti, se non la prima, misura generale di tutela e di prevenzione e protezione della salute dei lavoratori ed è strumento in grado di determinare tempestivamente l'insorgenza di effetti dannosi, per prendere misure utili al loro contenimento o alla loro rimozione definitiva. I medici competenti sono chiamati a intervenire direttamente per dibattere i temi più attuali della loro attività professionale, sempre più complessa in un mondo del lavoro che negli ultimi anni è stato soggetto a una trasformazione veloce e assai profonda.

## CONCLUSIONI

L'aspetto epidemiologico e demografico della popolazione lavorativa in sanità, mette in evidenza la sofferenza del sistema salute nel dare la giusta risposta alla domanda sempre più complessa dell'utenza. In questa "overview" abbiamo analizzato le numerose variabili che intervengono nel determinare le criticità e gli esiti della qualità del sistema assistenziale in un contesto di austerità e contenimento delle spese. Come abbiamo visto dai diversi studi in materia, gli infermieri operano in contesti piuttosto critici sopperendo alle carenze di organici e di personale di supporto, ed è stato ampiamente dimostrato da studi internazionali che se il rapporto infermiere paziente scende a 1 infermiere per 6 pazienti (standard Europei) la mortalità si riduce del 20% mentre in Italia il rapporto infermieri pazienti è di 1:12. Queste condizioni, nonostante la preparazione e l'impegno degli infermieri italiani portano ad una stanchezza e ad una frustrazione quotidiana per non avere le condizioni necessarie per esercitare la propria professione. Lo scarso benessere organizzativo impatta in maniera considerevole sulla qualità delle cure e sulla salute psico/fisica degli operatori sanitari che spesso ricorrono alla fuga dalle unità di degenza attraverso la mobilità o richiesta di trasferimento.

La mobilità interna permette ad un operatore di trasferirsi in un'altra unità operativa e agli infermieri più anziani di uscire dalla turnazione e approdare ad un servizio. Il CCNL all'art. 18 disciplina i criteri di selezione nella mobilità interna e al comma 2 sancisce che "laddove ci fossero più domande per lo stesso servizio o unità operativa verrà fatta un'analisi comparata del curriculum per determinarne l'idoneità". Leggendo questo comma non si rileva nulla di strano ma se analizziamo i punteggi di valutazione emerge che un infermiere, anche se con esperienza trentennale, acquisisce lo stesso punteggio di un infermiere con esperienza decennale (punteggio standard a 10 anni di anzianità) e viene superato nelle graduatorie, se sprovvisto di attestati di formazione post-base, con la conseguenza di avere infermieri anziani nelle



UU.OO. generaliste e infermieri più giovani migrare nei servizi o reparti meno faticosi.

Questa riflessione nasce per ribadire l'importanza trasversale della formazione post-base ma anche auspicando che nella nuova contrattazione vengano aumentati i punteggi relativi agli anni di esperienza in modo da tutelare quegli infermieri che rappresentano la memoria storica del nostro SSN e che hanno diritto ad una ricollocazione più consona alle condizioni psico/fisiche o per lo meno con una riduzione del carico di lavoro ma utilizzandoli come preziose risorse, quali sono, nell'affiancamento dei neoassunti o nel tutoraggio clinico degli studenti infermieri o affiancamento dei coordinatori nelle attività burocratiche. Il bagaglio esperienziale di un infermiere anziano ha senza dubbio una notevole importanza nel processo di cura, spesso vengono considerati "resistenti" ai cambiamenti perché non sono più coinvolti per motivi puramente anagrafici nei progetti di innovazione e nelle sperimentazioni di nuovi modelli organizzativi. Spesso le direzioni adottano modelli organizzativi utilizzati altrove (turno notturno di 10/12 ore anche nelle terapie intensive e pronto soccorsi) senza valutare sufficientemente l'impatto sul contesto, che non sarà mai come quello teorizzato, avendo delle specificità prima su tutto l'aspetto umano. Per motivare le persone è necessario correre il rischio di dare loro fiducia soprattutto se si occupano di cura.

La cura è un concetto multidimensionale e non è di monopolio infermieristico ma, nel processo di cura sono coinvolte tutte le altre figure che interagiscono con l'infermiere e ne condividono gli obiettivi, tuttavia, il caring infermieristico si distingue da quello delle altre professioni sanitarie perché la sua essenza si esprime attraverso il nursing vigilance. Come affermato dall'ANA (The American Nurses Association) l'essenza della professione infermieristica si articola in diversi livelli che prevedono competenze conoscenze ed esperienza. Il Vigilance richiede un enorme sforzo psico-fisico per il continuo stato di allerta, l'elaborazione continua di dati e/o segni da decifrare, prendere decisioni tempestive in breve o brevissimo tempo per risolvere problemi

ed evitare eventi avversi, valutare l'intervento più efficace ed efficiente che con il passare del tempo porta inevitabilmente ad un sovraccarico dato dal lavoro multitasking. Il sovraccarico fisico rende il lavoro degli infermieri usurante e con l'aumento dell'età anche la capacità di effettuare un efficace vigilance si riduce in quanto lavoratori stanchi, invecchiati e obbligati a turni prolungati per l'inadeguatezza degli organici, non riescono a mantenere un vigilance performante.

Avere una forza lavoro che sta rapidamente invecchiando è una realtà nuova, a cui le nostre organizzazioni devono prepararsi. Molti infermieri in età prossima alla quiescenza rimarrebbero nella professione se l'ambiente lavorativo e il sistema di riconoscimento retributivo fossero adeguati. Per affrontare questa importante sfida è necessario sviluppare una leadership attenta all'invecchiamento degli operatori e riprogettare la logistica e le strutture di supporto.

## **Le proposte di soluzione**

## **Problematiche del lavoratore anziano in sanità**

Giovanni Costa

*Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità*

*Università di Milano*

*UOC Medicina del Lavoro - Fondazione IRCCS Ca' Granda*

*Ospedale Maggiore Policlinico - Milano.*

### *1. Il contesto generale*

Il generale miglioramento delle condizioni di vita, avvenuto negli ultimi decenni, ha nettamente fatto aumentare la nostra aspettativa di vita. La “piramide delle età” è in fase di veloce trasformazione in relazione alla tendenza generale verso bassi tassi di natalità e aumentata durata della vita, evidente soprattutto nei paesi industrializzati e post-industrializzati. La generazione dei ‘baby boomers’, ossia i nati dopo la fine della seconda guerra mondiale, sta ora entrando nelle fasce di età oltre i 50 anni, rendendo questi gruppi sempre più numerosi.

In Europa, le proiezioni mostrano un marcato aumento delle età avanzate entro il 2050. In base a tale crescita, il “tasso di dipendenza in relazione all’età” (> 65 anni / 20-64 anni) sta rapidamente aumentando dal 26% di inizio secolo al 56% del 2050.

In Italia, attualmente il secondo paese più “vecchio” al mondo dopo il Giappone, l’aspettativa di vita è di 80,6 anni per gli uomini e di 85,1 anni per le donne, mentre l’età media della popolazione generale è attualmente di 44,2 anni (è cresciuta di 2 anni solo negli ultimi 10 anni!); il rapporto di dipendenza in relazione all’età è attualmente pari al 33,7% e si stima raggiungerà il 58% già entro il 2025.

Anche l’aspettativa di vita in buona salute (ovvero in assenza di patologia cronica o disabilità) va aumentando e ciò è dovuto, tra i diversi fattori, anche al miglioramento delle condizioni di lavoro. In Italia essa è

attualmente di 59,2 anni per gli uomini e di 57,3 anni per le donne, leggermente inferiore alla media europea che è di 61,5 anni.

Un sempre maggior numero di persone anziane saranno quindi attive e richiederanno o necessiteranno di lavorare in relazione a considerazioni di carattere economico e sociale, oltre al progressivo innalzamento dell'età pensionabile. D'altro canto vi sarà un numero crescente di soggetti anziani con diversi gradi di disabilità, connessa soprattutto con la prevalenza delle patologie cronico-degenerative, che avranno necessità di migliori forme di sostegno lavorativo; tutto ciò in un contesto di nuove e più complesse sfide di carattere economico, tecnologico, organizzativo e sociale.

Ciò si accentua ulteriormente nel settore sanitario, ove l'aumento dell'aspettativa di vita della popolazione generale implica necessariamente un incremento delle persone da curare in età avanzata da parte, inoltre, di operatori sanitari più anziani. Secondo recenti dati OCSE, in Italia il 43% di medici ha più di 55 anni (seconda solo a Israele) e, secondo i dati IPASVI del 2015, il 63% degli infermieri è nella fascia di età tra 36 e 55 anni, il 20% ha più di 50 anni e il 3.1% più di 65 anni. Ne derivano quindi molteplici implicazioni per il mondo del lavoro, che deve essere in grado di dare adeguate risposte a sempre più pressanti domande concernenti la performance e il benessere psico-fisico degli operatori che invecchiano e, conseguentemente, il mantenimento di una buona capacità di lavoro in tutto il corso della vita lavorativa mediante interventi atti a far sì che i luoghi e l'organizzazione del lavoro consentano una proficua e soddisfacente attività per i lavoratori anziani.

Nei paesi OCSE circa l'80% delle persone di età compresa tra 25-49 hanno un lavoro, rispetto al 60% di quelle di età compresa tra 50-64, ma con notevoli differenze tra i diversi paesi: più del 70% in Svezia, Islanda, Nuova Zelanda, Svizzera e Danimarca, meno del 50% in Ungheria, Austria, Belgio, Italia, Polonia e Turchia. Ciò è determinato da molti fattori, ma principalmente dalle condizioni socio-economiche e relative legislazioni che disciplinano l'orario di lavoro e l'età di pensionamento.

In Europa, nel periodo 1997-2006, il tasso medio di occupazione dei la-

voratori di età compresa tra 55 e 64 anni è progressivamente aumentato dal 36% al 43%, variando dal 28% in Polonia al 70% in Svezia. In termini generali, meno del 5% degli europei di età oltre i 60 anni è attualmente occupato. Questa cifra è stimata aumentare in modo significativo a circa il 7-10% nei prossimi anni, ma probabilmente salirà al 15-25% in relazione alle modifiche in corso nei tempi e modalità di pensionamento.

## 2. *Invecchiamento al lavoro*

La gerontologia tradizionale ha focalizzato la sua attenzione sulla "terza età", ossia persone oltre i 65 anni, ma recentemente sono state fatte ulteriori distinzioni tra "giovani vecchi" (età 60-74), "vecchi" (75-90) e "grandi vecchi" (oltre 90 anni). Per contro, la fisiologia di lavoro tradizionale definisce le persone con più di 45 anni come "persone in corso di invecchiamento" ("*aging persons*") e quelle con più di 55 anni come "persone anziane" ("*aged persons*"), basandosi su ricerche che mostrano un decremento progressivo delle funzioni psico-fisiologiche e delle condizioni di salute che riducono la capacità di lavoro. Ultimamente alcuni autori preferiscono parlare di "*younger aging worker*" (45-54); "*middle aging worker*" (55-65) e "*older aging worker*" (>65).

Da un punto di vista generale l'invecchiamento psico-fisiologico indica un deterioramento progressivo e universale dei vari sistemi e apparati: tuttavia questo non è tale per affermare che le persone con più di 50 siano disabili o inabili al lavoro.

È noto che, in generale, le funzioni biologiche mostrano un progressivo deterioramento sia nella prestazione fisica che nelle funzioni cognitive, come pure di molti aspetti comportamentali. Si rileva tuttavia una notevole variabilità sia tra le diverse funzioni che tra i diversi individui, che rende molto difficile fare delle generalizzazioni proficue, essendo condizionata da complesse interazioni tra fattori biologici e socio-ambientali.

L'età infatti può essere considerata sotto diverse prospettive: cronolo-

gica, biologica, funzionale, sociale. Alcune di queste sono più collegate al processo di invecchiamento, mentre altre sono molto più legate alla capacità di lavoro. L'età funzionale, in particolare, è l'aspetto più importante che deve essere preso in considerazione in sede di esame delle condizioni di lavoro e delle relative prestazioni richieste. È ovvio peraltro che con il passare degli anni "l'età funzionale" può essere notevolmente influenzata dalla maggiore probabilità di lamentare disfunzioni e/o patologie soprattutto di tipo cronico-degenerativo, in particolare muscolo-scheletriche, cardiovascolari e neuropsichiche.

I disturbi legati all'età che influenzano l'aspettativa di vita dipendono da diversi fattori esogeni (ambiente, stili di vita, lavoro) che, secondo molti studi, risultano avere un peso pari al 70-80% sull'effetto finale, mentre i fattori genetici rappresentano circa il 20-30%.

Occorre comunque tenere presente che quasi tutti gli studi finora condotti sull'invecchiamento sono di tipo "trasversale", assumendo che il modo in cui noi osserviamo i cambiamenti nei valori medi tra un gruppo di età e l'altro riflettano i cambiamenti che avvengono nel singolo individuo nel corso del tempo, il che non è detto che sia sempre valido. Un altro limite di tale approccio è connesso alla possibilità di confondere gli effetti dei cambiamenti ambientali con quelli dovuti all'età. Ad esempio, un fattore atmosferico (inquinamento) può influenzare in maniera diversa la risposta dei soggetti giovani rispetto a quelli anziani. Il terzo svantaggio è dovuto agli effetti della mortalità selettiva ("effetto del lavoratore sano") e quindi, tra i soggetti esaminati nelle età più avanzate, vi può essere una prevalenza di persone che si sono rivelate più resistenti o con migliori prestazioni di altre che non sono riuscite a raggiungere quell'età. Un ulteriore problema deriva dal fatto che l'approccio trasversale non è in grado di fornire precise indicazioni circa la velocità di cambiamento di una specifica funzione a livello individuale; si registra infatti una elevata variabilità interindividuale per la maggior parte degli indicatori biologici che sono stati presi in considerazione.

D'altro canto invece gli studi di tipo longitudinale, ossia quelli che prevedono misure ripetute di una specifica variabile nello stesso individuo

nel corso della vita, sono in grado di misurare direttamente i cambiamenti connessi con l'età negli individui. Dal punto di vista teorico tali dati sono più affidabili rispetto a quelli di tipo trasversale, ma non sono privi di limiti o inconvenienti. Il più ovvio è costituito dalla limitazione delle risorse disponibili, in quanto misure ripetute in un lungo arco di tempo richiedono un impegno costante ed elevato da parte dei soggetti, degli investigatori, delle istituzioni, nonché costi elevati.

Alcuni autorevoli autori hanno suggerito che il rapporto tra l'invecchiamento e la performance può essere considerato come il risultato di un compromesso che, generalmente, non è ben interpretato sul posto di lavoro, essendo influenzato da molti pregiudizi che devono essere sfatati, in particolare: i lavoratori anziani non hanno più incidenti, pur se questi tendono ad essere più gravi; l'assenteismo per malattia non è più frequente, anche se di maggiore durata per più lento recupero; la loro adattabilità alle nuove tecnologie è più lenta, ma solo quando la formazione non si adegua alle mutate modalità di apprendimento (andragogia).

Nel complesso si ritiene che le prestazioni dei lavoratori più anziani non siano significativamente inferiori rispetto ai più giovani in quanto essi compensano con un migliore capacità di adattamento al lavoro, sostenuto da un impegno e motivazione superiore, oltre che ad una maggiore stabilità e affidabilità comportamentale.

Questi dati indicano che, sul posto di lavoro, il problema cruciale non è tanto il decremento delle funzioni biologiche, ma il trovare il giusto equilibrio tra le condizioni psico-fisiche del lavoratore, le richieste del lavoro e le risorse disponibili.

Occorre in particolare tenere in considerazione che le richieste ("carico") del lavoro spesso non variano contestualmente ai cambiamenti psico-fisici e biologici dell'individuo e quindi il "carico relativo" di lavoro può essere maggiore nei lavoratori anziani: ci si riferisce in particolare al deterioramento dell'apparato muscolo-scheletrico, della funzione visiva e uditiva, del sistema cardiocircolatorio e di alcune funzioni cognitive.

Le ricerche indicano che, a causa della ridotta resistenza allo stress psi-

co-fisico, i lavoratori più anziani soffrono di maggiore stanchezza, richiedono più tempo per recuperare e tollerano meno il lavoro a turni, soprattutto notturno. L'età critica in cui si cominciano ad evidenziare problemi di disadattamento o di intolleranza nei riguardi del lavoro notturno è intorno ai 50 anni. L'invecchiamento infatti è associato ad un più difficile aggiustamento dei ritmi circadiani delle funzioni biologiche ai cambiamenti di orario, con maggiore incidenza e gravità di disturbi del sonno e ridotta tolleranza per orari prolungati di lavoro, come nel caso dei turni di 12 ore.

Dal punto di vista cronobiologico, si devono anche considerare le possibili interazioni tra le funzioni con diverse scale temporali, che possono aumentare la complessità del quadro. Ad es. funzioni con ritmicità sia a ciclo molto breve o "ultradiana" (attività cerebrale e cardiovascolare), sia a ciclo giornaliero o "circadiano" (ritmo sonno/veglia, secrezione ormonale) che a ciclo lungo o "infradiano" (ciclo mestruale, invecchiamento) impattano tutte sulla vigilanza, sull'efficienza delle prestazioni, sulla fatica e sul benessere psico-fisico. Le loro interazioni possono produrre risultati diversi a seconda della fase relativa e del peso specifico di ciascun fattore in relazione all'età. Inoltre, queste interazioni possono variare in relazione alle caratteristiche peculiari dei singoli, dei gruppi e delle condizioni di lavoro in esame.

I lavoratori anziani possono inoltre divenire più vulnerabili a vari fattori di stress connessi al lavoro sanitario, anche in relazione al loro vissuto professionale e relative ambizioni e/o esigenze maturate: ci si riferisce in particolare al ruolo nell'organizzazione, al livello di partecipazione e decisione nella gestione organizzativa, al riconoscimento e al supporto da parte dalle gerarchie, alle prospettive di carriera, alle relazioni interpersonali con pazienti, colleghi e superiori, al dover convivere con la sofferenza e la morte (burnout).

La valutazione delle prestazioni del personale sanitario che invecchia è di fondamentale importanza per la sicurezza del paziente, quindi la necessità di valutare appropriatamente la competenza funzionale è stata riconosciuta da tutti, in particolare tra i medici e i chirurghi.

Una recente (Sataloff et al 2016) estesa rassegna di circa 15 mila articoli pubblicati dal 1960 ad oggi conferma tale situazione. In estrema sintesi, molti studi tra i medici hanno dimostrato un calo nelle prestazioni operative con l'avanzare dell'età. Alcune plausibili spiegazioni addotte sono: minore disponibilità ad adottare nuove terapie e nuovi standard di cura; scarsa efficacia dei programmi di formazione continua; un "effetto coorte" nei riguardi di una generazione di medici che devono affrontare cambiamenti sostanziali nella gestione delle malattie e nelle tecniche di valutazione delle prestazioni; eventuali cambiamenti neurocognitivi associati all'avanzamento dell'età.

A tale proposito alcuni studi nord-americani evidenziano che più di un terzo dei medici anziani con problemi di competenza ha una moderata o grave compromissione cognitiva; tuttavia non sembra esservi un rapporto stretto tra la valutazione delle abilità pratiche e le misure cognitive oggettive. Alcune associazioni e colleghi medici statunitensi hanno comunque proposto delle batterie di screening neuropsicologico per la valutazione delle funzioni cognitive, analogamente a quanto viene fatto per i piloti d'aereo, pur sottolineando che la determinazione della competenza del chirurgo in età avanzata è complessa e multifattoriale e che "l'età da sola non può prevedere la competenza cognitiva" e quindi avvertono di non generalizzare.

Alcune estese indagini sul campo, concernenti la relazione tra l'età del chirurgo e la mortalità entro 30 giorni dopo interventi complessi, hanno documentato che i chirurghi di più di 60 anni con più bassi volumi di intervento hanno tassi di mortalità più elevati rispetto ai chirurghi più giovani. D'altro canto, alcuni studi rilevano che i medici anziani sono superiori in particolari compiti, come la diagnosi iniziale, che secondo alcuni potrebbe essere in relazione ai cambiamenti nel modo di elaborare il pensiero. In altri termini, i medici più anziani tendono ad adottare strategie diagnostiche non eccessivamente analitiche, come invece fanno i più giovani con meno esperienza, e a fare maggiore affidamento sulle prime impressioni e riscontri clinici, anche se ciò può portare a conclusioni premature o ad un errore diagnostico.



Ciò impone una particolare attenzione in termini di interventi preventivi e correttivi sulle condizioni di lavoro e di sorveglianza sanitaria degli operatori più anziani, soprattutto per quanto riguarda il sovraccarico bio-meccanico da sforzi elevati e/o ripetitivi e posture incongrue, l'adattamento a condizioni microclimatiche sfavorevoli, la desincronizzazione circadiana connessa al lavoro a turni e notturno, l'aumentata vulnerabilità o minore resilienza a condizioni stressanti sotto il profilo psicologico e relazionale.

D'altra parte l'invecchiamento si associa generalmente ad una crescita professionale in termini di esperienza, sagacia e visione strategica, che può favorire il lavoro dell'anziano, tenuto conto che, nella maggior parte delle attività attuali, prevalgono le componenti gestionali e relazionali a fronte di una diminuzione sostanziale del carico fisico, connessa alla meccanizzazione e automazione, all'introduzione di nuove tecnologie e alla prevalente occupazione nel settore terziario, che attualmente in Italia raggiunge il 70%.

Alcuni studi che hanno valutato la capacità lavorativa non solo in termini di funzioni biologiche, ma soprattutto in termini di concreto rendimento lavorativo, hanno evidenziato come in molte attività lavorative, soprattutto in quelle ove è importante la componente di expertise e di gestione, la capacità di lavoro cresca con il progredire dell'anzianità lavorativa e quindi dell'età, e comunque in altri casi non diminuisca di più del 10%. Quindi la maggior parte degli esperti concorda sul fatto che anche i medici più anziani danno un contributo prezioso all'assistenza sanitaria e che è importante non perdere quelli più competenti.

Pertanto la prospettiva di perdere alcuni operatori sanitari più anziani esperti (baby-boomers al pensionamento) rappresenta attualmente per l'organizzazione sanitaria un potente incentivo ad esaminare e ripensare le attuali politiche e pratiche occupazionali. Un'indagine canadese sul fatturato delle strutture di cura per acuti ha calcolato che i costi di sostituzione della posizione di un'infermiera anziana è pari al doppio dello stipendio medio corrente della stessa.

In alcuni nostri studi su età e capacità di lavoro in lavoratori occupati in settori diversi si è rilevato che il declino nell'indice di capacità di lavoro (Work Ability Index - WAI) con l'aumentare dell'età varia sensibilmente a seconda del tipo di lavoro, essendo maggiore e con inizio più precoce nei lavoratori con importante componente fisica (edilizia e infermieri), meno rilevante e più tardivo nei lavoratori con carichi fisici leggeri (industria chimica), mentre l'indice rimane sostanzialmente invariato nel lavoro leggero e di tipo prevalentemente mentale (medici, docenti, impiegati) (Figura 1). Tali riscontri sono coerenti con i dati provenienti da uno studio longitudinale francese (Visat) in materia di invecchiamento, che ha rilevato che, all'età di 52 anni, solo il 6% degli uomini e il 14% delle donne giudicano impossibile mantenere il loro lavoro fino alla pensione, variando sensibilmente tra manager e dirigenti (4,5% per entrambi i sessi), impiegati (3,5% uomini, 11,8% donne) e operai (11,2% uomini, 15,6% donne).

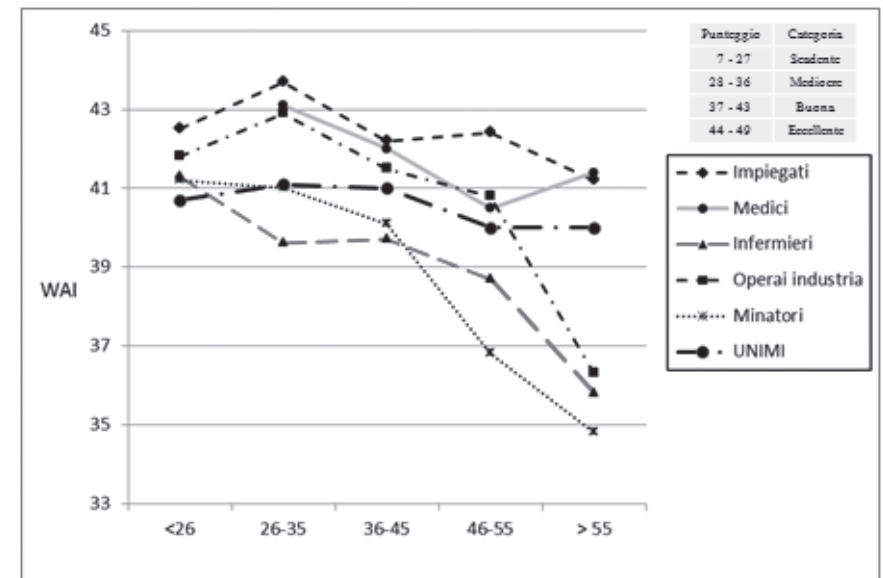


Figura 1: Valori medi di Work Ability Index (WAI) in operatori di diversi settori lavorativi.

Bisogna quindi trovare il modo migliore per allineare i compiti e le condizioni psico-fisiche delle persone al fine di conciliare al meglio la capacità di lavoro con l'invecchiamento. La capacità di lavoro è un processo dinamico che cambia nel corso della vita, ed è il risultato dell'interazione tra le risorse della persona (salute, educazione, know-out, motivazione), le condizioni di lavoro (ambiente, strumenti, relazioni) e la società circostante. Una buona capacità di lavoro pone le basi per l'occupabilità individuale, che può essere sostenuta da una serie di azioni sociali (legislazione, misure anti discriminazione) volte ad aumentare le opportunità di lavoro.

È importante rimarcare che il fine è quello di adattare il lavoro al lavoratore anziano e non viceversa: la variabilità interindividuale nelle funzioni fisiche, mentali e sociali cresce con l'età e quindi sono necessarie soluzioni più flessibili e personalizzate. A questo compito sono chiamati soprattutto coloro che hanno compiti direzionali e gestionali, ai quali anche la Medicina del Lavoro può e deve dare un fondamentale contributo di conoscenze e di proposte di intervento.

### 3. Le azioni da intraprendere

Per fronteggiare tali problematiche vi possono essere interventi e soluzioni sia a livello individuale (migliore capacità funzionale, maggiori livelli di salute) sia a livello di impresa (organizzazione del lavoro, reclutamento) sia a livello di società (supporto alle persone che invecchiano, pensionamento dolce).

L'assunto è che il mantenimento una buona capacità di lavoro sia in relazione a buone condizioni di salute e professionali, le quali sono sostenute da soddisfacenti condizioni di lavoro (sia di tipo ambientale che relazionale) e da corretti stili di vita personali. Ciò si traduce in una migliore qualità della vita, una maggiore produttività, nonché un più soddisfacente godimento del periodo di pensionamento, con conseguenti minori costi sanitari e sociali sia per l'individuo che per la collettività (Figura 2).



Figura 2: Modello di riferimento per la promozione della capacità di lavoro [da Ilmarinen 2001]

Per far questo occorre eliminare o contenere tutti quei fattori di rischio che concorrono ad accelerare o aggravare il fisiologico processo di invecchiamento, e che agiscono lungo tutto il corso della vita della persona, sia in relazione agli stili comportamentali sia in funzione delle condizioni di lavoro.

Le condizioni di lavoro possono infatti condizionare un invecchiamento precoce della persona, sia in senso somatico che funzionale, in relazione all'influenza di numerosi fattori di rischio sia di tipo fisico (ad es. carichi di lavoro eccessivi), che chimico (ad es. sostanze tossiche che causano lesioni di organi e apparati), che organizzativo (ad es. stress, orari di lavoro).

D'altra parte le persone anziane possono trovare maggiori difficoltà di adattamento al lavoro allorquando cambiano troppo repentinamente le modalità operative e organizzative o quando queste non vengono

adattate alle mutate condizioni psico-fisiche della persona, conseguenti agli eventi della vita e connesse alle condizioni di salute o malattia. È pertanto molto importante verificare costantemente la compatibilità tra richieste del lavoro e capacità funzionali della persona in modo da poter predisporre e garantire il miglior compromesso possibile.

Una buona capacità funzionale di lavoro è quindi il risultato dell'interazione tra le risorse individuali e le condizioni di lavoro. Le risorse individuali di una persona comprendono la salute, l'assetto funzionale, l'istruzione, la formazione e addestramento, il saper fare. Esse sono influenzate anche dai valori e dagli atteggiamenti della persona, così come dalla motivazione e dalla soddisfazione per il lavoro.

Delle buone risorse non si traducono necessariamente in una buona capacità di lavoro, se anche il contenuto, l'ambiente e la comunità di lavoro non forniscono le condizioni appropriate. D'altra parte una comunità di lavoro che operi bene, o un buon ambiente di lavoro, non possono compensare totalmente delle risorse deboli o indebolite.

È chiaro quindi che il tipo e le modalità di lavoro sono importanti fattori in grado di influenzare la performance, il benessere psico-fisico e la longevità, sia lavorativa che generale, della persona. Alcune domande alle quali occorre rispondere sono: - Come possiamo mantenere una buona capacità di lavoro? - Come può un lavoratore anziano rimanere attivo ed operoso? - Come possiamo controllare il rischio di disabilità connesso all'invecchiamento? - Quali programmi e interventi sono utili per aumentare la capacità di lavoro e la produttività dei lavoratori anziani? - Qual è l'età ottimale di pensionamento?

Sono state formulate diverse argomentazioni rivolte a giustificare l'impiego e il mantenimento al lavoro dei lavoratori anziani, quali: il ritorno di investimenti sul capitale umano; la prevenzione del depauperamento di competenze; la massimizzazione del reclutamento potenziale; la risposta al cambiamento demografico; la promozione delle diversità nella forza-lavoro.

Conseguentemente sono state formulate le seguenti "raccomandazioni" di carattere generale, ritenute utili a fronteggiare le problematiche poste,

quali in particolare: a) l'approccio deve essere sistemico, volto a prendere in considerazione le varie componenti (ambiente, relazioni, persona); b) gli interventi devono essere flessibili; c) le diverse capacità e competenze professionali devono essere integrate; d) il metodo deve essere partecipatorio; e) è importante valorizzare la soggettività delle persone interessate. Una strategia di gestione degli operatori anziani comprende quindi una serie di interventi atti a ridurre il declino delle prestazioni di lavoro connesso alle disabilità fisiche, cognitive o sensoriali legate all'età. I cambiamenti dell'organizzazione fisica tradizionale del luogo di lavoro mediante interventi progettuali ed ergonomici di miglioramento dell'ambiente fisico e l'impiego di nuove tecnologie possono ridurre significativamente l'onere fisico con effetti positivi sul benessere e sulla conservazione del posto di lavoro.

Un approccio più orientato al lavoro di squadra nell'organizzazione dell'assistenza sanitaria può consentire agli operatori sanitari che hanno diversi punti di forza e di capacità funzionale ad integrarsi maggiormente e rimanere al lavoro più a lungo. Ulteriori interventi ruotano attorno ad altri aspetti inerenti la flessibilità sul posto di lavoro, tra cui: pianificazione degli spostamenti, limitazione degli straordinari, integrazione di opportunità di lavoro a tempo parziale e/o condivisione di posti di lavoro, allargamento delle opzioni per la fase di pensionamento. Il mentoring e l'affiancamento sono altre importanti funzioni in grado di mantenere i lavoratori maturi più produttivi evitando la discriminazione per età, anzi incentivando la collaborazione e l'integrazione con i lavoratori più giovani, offrendo questi ultimi aiuto per l'impiego delle nuove tecnologie nell'assistenza, mentre i lavoratori più anziani possono indirizzare e sostenere i più giovani nell'acquisizione e sviluppo delle competenze e abilità in termini di "saper fare" e soprattutto di "saper essere".

Più specificamente, il legame tra capacità di lavoro e invecchiamento attivo porta a considerare tre livelli di azione, da articolare in vari modi nelle diverse realtà territoriali e aziendali, volti a mantenere e promuovere la capacità di lavoro nei lavoratori anziani:

- a) Nei riguardi dell'organizzazione del lavoro:
- miglioramento dell'ambiente, delle attrezzature e dei metodi di lavoro;
  - riduzione/ri-distribuzione dei carichi di lavoro, con particolare riferimento a sovraccarico bio-meccanico, attività in emergenza/urgenza, servizi di guardia e pronta reperibilità;
  - adeguamento degli orari di lavoro: riduzione/eliminazione del lavoro a turni e notturno e/o adeguate misure compensative, part-time verticale ed orizzontale, uso della banca delle ore;
  - attenzione e pianificazione nell'assegnazione degli incarichi/progetti e nello sviluppo delle competenze e dei percorsi di carriera;
  - predisposizione di funzioni/ruoli alternativi, assegnazione di compiti tutoriali;
  - partecipazione e coinvolgimento nei cambiamenti organizzativi;
  - integrazione tra gruppi di età evitando il conflitto intergenerazionale;
  - offerta di servizi complementari (ad es. misure per attenuare i problemi connessi con il pendolarismo).
- b) Nei riguardi dei lavoratori:
- maggiore sorveglianza sanitaria;
  - programmi/interventi di riabilitazione e mantenimento di buona fitness (esercizio fisico, alimentazione);
  - strategie per la gestione delle disabilità fisiche, cognitive o sensoriali legate all'età;
  - formazione e aggiornamento specifici;
  - valorizzazione delle esperienze e competenze;
  - formazione e addestramento mentale a flessibilità, cambiamento e crescita personale;
  - preparazione al pensionamento;
- c) Nei riguardi dei responsabili delle politiche sanitarie:
- adeguamento della legislazione sul lavoro e sul pensionamento;
  - misure contro la discriminazione per età;
  - interventi a sostegno dei lavoratori con disabilità;

- incentivi ai percorsi di carriera dei lavoratori anziani;
- piani di formazione e aggiornamento continuo;
- interventi sull'occupazione e sulla transizione graduale dal lavoro alla pensione.

#### *Riferimenti bibliografici*

- Arking R. *Biology of Aging*. Sunderland (MA): Sinauer Associate Inc, 1998
- Astrand PO, Rodhal K, Dahl HA, Stromme SB. *Textbook of work physiology* (4<sup>th</sup> ed). Champaign (IL): Human Kinetics, 2003
- Chan G, Tan V, Koh D. Ageing and fitness to work. *Occup Med.* 2000; 50:483-491
- Collier R., Diagnosing the aging physician. *CMAJ* 2008; 178(9)
- Conn E, Cosentino C. OSHA and the ageing nurse workforce: challenges and opportunities for health care employers. *BNA Health LawReporter*, 20 HLR 1305, 2011
- Costa G, Åkerstedt T, Sartori S. Influence of flexibility and variability of working hours on health and well-being. *Chronobiol. Int.* 2006; 23:1125-1137
- Costa G, Di Milia L. Ageing and shiftwork: a complex problem to face. *Chronobiol. Int.* 2008; 25(2&3): 165-181
- Costa G, Sartori S: Ageing, working hours and workability. *Ergonomics* 2007; 50:1-17
- Costa G, Goedhard W, Ilmarinen J. (eds) *Assessment and Promotion of Work Ability, Health and Well-being of Ageing Workers*. Amsterdam: Elsevier, 2005
- Costa PT, McCrae RR. Concepts of functional and biological age. A critical review. In: Andres R, Bierman EL, Hazzard WR. (eds) *Principles of Geriatric Medicine*. New York: McGraw-Hill, 1984
- Griffiths A. Designing and managing healthy work for older workers. *Occup Med.* 2000; 50:473-477
- Harman D: Extending functional life span. *Exp Gerontol.* 1998; 33:95-112
- Harrington L, Heidkamp M. *The Aging Workforce: Challenges for the Health Care Industry Workforce*. NTAR Leadership Center, U.S. Department of Labor, Office of Disability Employment Policy (Number OD-16563-07-75-4-34), March 2013
- Hatcher BJ, Bleich MR, Connolly C et al. *Wisdom at Work: The Importance of the Older and Experienced Nurse in the Workplace*. Princeton, NJ: Robert Wood Johnson Found, June 2006
- Herskind AM, McGue M, Holm NV et al. The heritability of human longevity: a

population based study of 2872 Danish twin pairs born 1870-1900. *Human Genetics* 1996; 97:319-323

Ilmarinen J. Ageing workers in the European Union. Status and promotion of work ability, employability and employment. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health, Ministry of Social Affairs and Health, Ministry of Labour, 1999

Ilmarinen J. Ageing workers. *Occup Environ Med.* 2001; 58:546-552

Ilmarinen J. Towards a longer worklife! Ageing and the quality of worklife in the European Union. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health & Ministry of Social Affairs and Health, 2005

Lanzieri G. The greying of the baby boomers: a century-long view of ageing in European populations. *Eurostat, Statistics in Focus*, 23/2011. Population structure and ageing, 2012

Lee L, Weston W. The aging physician. *Canadian Family Physician* 2012; 58:17-18

Loeppke RR, Schill AL, Chosewood LC et al. Advancing Workplace Health Protection and Promotion for an Aging Workforce. *JOEM* 2013; 55(5): 500-506

Molinié AF. Feeling capable of remaining in the same job until retirement? In: Costa G, Goedhard W, Ilmarinen J. (eds) *Assessment and Promotion of Work Ability, Health and Well-being of Ageing Workers*. Amsterdam: Elsevier, 2005

Reday-Mulvey G. Working beyond 60. Key policies and practices in Europe. Chippenham (Wiltshire): Palmgrave Macmillan, 2005

Salomon JA, Wang H, Freeman MK et al. Healthy life expectancy for 187 countries, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 308(9859): 2144-62.

Sataloff RT, Hawkshaw M, Kutinsky J, Maitz EA. The aging physician and surgeon, *ENT Ear, Nose & Throat Journal*, 95(46):E35, April/May 2016

Shock NW. Longitudinal studies of aging in humans. In: Finch CE, Schneider EL. (eds) *Handbook of the Biology of Aging*. New York: Van Nostrand Reinhold, 1985

Tsugawa Y, Newhouse JP, Zaslavsky AM et al. Physician age and outcomes in elderly patients in hospital in the US: observational study. *BMJ* 2017; 357: j1797

Tuomi K. Eleven-year follow-up of aging workers. *Scand J Work Environ Health* 1997; 23:S1-S71

Warr P. Research into the work performance of older employees. *Geneva Papers on Risk and Insurance - Issues and Practice* 1994; 19(4):472-80

World Health Organization: *World report on ageing and health*. WHO Press, Geneva, 2015. [www.who.int](http://www.who.int) (ultimo accesso 15-07-2017)

## Invecchiamento degli operatori sanitari: dalla valutazione dello stato di salute all'idoneità alla mansione lavorativa

Lucia Isolani

*Direttore SPSAL, ASUR Marche AV3 - Macerata*

Il miglioramento delle condizioni di salute e di vita, il continuo progresso della Scienza, della Medicina e della Tecnologia, la riduzione del tasso di natalità e la diminuzione della mortalità hanno determinato una vera e propria *longevity revolution*, decretando nel XXI secolo l'universalità del fenomeno dell'invecchiamento<sup>1</sup>. L'invecchiamento della popolazione generale presenta un andamento in rapida crescita: la proporzione di persone anziane è progressivamente e costantemente aumentata, passando dall'8% del 1950 all'11% nel 2009, con la previsione che possa raggiungere il 22% nel 2050. E il genere femminile, caratterizzato da maggiore longevità, costituisce, sia attualmente che in previsione, il gruppo prevalente di persone anziane<sup>2</sup>. Se la popolazione generale invecchia, altrettanto accade per la popolazione lavorativa che, secondo dati statistici internazionali, è tra le più anziane nel settore sanità<sup>3</sup>. Negli USA e in Europa, nel comparto della sanità, gli operatori sanitari anziani sono numerosi e rappresentano una criticità da risolvere in funzione, tra l'altro, della *mission* di fornire e garantire diagnosi, cura, terapia e riabilitazione al paziente. Questo dato è particolarmente rilevante in Paesi come l'Italia in cui il fenomeno dell'invecchiamento è ancora più evidente<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> United Nations. *World population ageing 2009*. New York, 2010.

<sup>2</sup> United Nations. *United Nations Principles for Older Persons*. New York, 1991.

<sup>3</sup> OECD. *Live Longer, Work Longer*. OECD. Paris 2006.

<sup>4</sup> [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)



Il settore della sanità, caratterizzato da lavoratori prevalentemente di genere femminile e con età media elevata, rappresenta un'attività di grande rilevanza dal punto di vista sia quantitativo, per il numero di lavoratori che impiega - e che consente di attestare le aziende sia sanitarie che ospedaliere come tra le più grandi e complesse realtà economiche - che qualitativo per la peculiarità delle prestazioni erogate<sup>5</sup>. In Italia, secondo dati ISTAT del 2015, il settore della sanità impiega, ad esempio, il 7,2% della forza lavoro totale presente in tutti le attività economiche del Paese<sup>6</sup>.

Attualmente negli Stati Uniti l'età media del personale infermieristico è di 50 anni e si stima che nel 2020 la metà avrà raggiunto l'età pensionabile. Il 39% degli infermieri americani ha oltre 45 anni, mentre la percentuale dei lavoratori over 45 in tutti gli altri settori lavorativi è del 34%<sup>7</sup>. Sempre negli Usa, mentre il 12% della popolazione generale ha oltre 65 anni i medici che rientrano nella stessa fascia di età sono il 18% e in stati come California, Florida e Arizona rappresentano il 20% del totale. In Canada l'età media degli infermieri, indipendentemente dal genere, è lievemente inferiore e pari a 46 anni.

Prendendo in considerazione l'Europa, in Germania il 29% della popolazione sanitaria ha oltre 50 anni e la percentuale sale a 32% se si considera il solo personale medico. In Gran Bretagna gli operatori sanitari nel 2011 avevano un'età media di 47 anni<sup>8</sup>.

Per quanto riguarda l'Italia, il sensibile invecchiamento degli operatori sanitari in questi ultimi anni può essere spiegato da più cause concomitanti: 1) le riforme del sistema previdenziale che hanno decretato la permanenza al lavoro dei dipendenti; 2) il numero limitato di nuove assunzioni, di poco inferiore al numero dei ritirati; 3) le modifiche nella composizione

<sup>5</sup> De Long D.W., *Lost knowledge: confronting the threat of an aging workforce*, Oxford University Press. New York, 2004.

<sup>6</sup> ISTAT, 2015.

<sup>7</sup> [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov)

<sup>8</sup> Simoens S, Hurst J. The supply of physician services in OECD countries. OECD Health working papers n. 21. Paris, 2006.

del personale, con un maggior ricorso ad operatori più qualificati, i cui percorsi formativi più lunghi implicano un aumento dell'età media<sup>9</sup>.

In Italia, la Ragioneria Generale dello Stato ogni anno produce un rapporto, detto Conto Annuale, che registra numero, caratteristiche e costi del personale pubblico italiano<sup>10</sup>.

La fotografia scattata dal Conto annuale 2015 indica che gli operatori che appartengono al Servizio Sanitario Nazionale - SSN, e che quindi operano nel settore sanitario, risultano 663.793, a fronte dei 732.390 del 2008 e dei 682.197 registrati nel 2007, con una variazione percentuale 2014/2007 negativa e pari a - 2,7%. Questi cambiamenti, avvenuti in un lasso di tempo limitato, sono stati ulteriormente evidenziati dal ricambio solo parziale del personale che già dal 2001 al 2007 aveva accumulato un saldo negativo di - 5.519 persone (pari allo 0,9% del personale complessivo). Il personale già dipendente è restato in servizio, ritardando il pensionamento con la conseguenza di "spalmarsi" sulle classi d'età più anziane, mentre soltanto un numero limitato di nuovi - e giovani - entranti rimpiazzava le uscite.

Il calo avvenuto nel 2013 è stato il più basso da quando il settore ha iniziato a contrarsi. I valori del 2014 segnano invece una nuova considerevole riduzione (- 6.500 unità, -1%) che è doppia rispetto a quella dell'anno precedente. In confronto con il proprio anno di massimo, il 2009, nella sanità pubblica a fine 2014 risultavano impiegate 30.000 persone in meno, mentre se consideriamo quelle presenti a inizio periodo la riduzione è di circa 18.500 unità.

Sul totale del personale, i dirigenti medici sono i più numerosi, seguiti dai veterinari con 5.909 addetti e poi dal complesso della dirigenza non medica. Le donne medico sono pari al 38% del totale, ma la quota rosa raggiunge oltre il 90% tra i medici in part-time e il 57% per i medici con contratto a tempo determinato. Inoltre, solo il 9% dei camici rosa ricopre un posto di apicale.

<sup>9</sup> OECD. Ageing and Employment Policies in Italy. Paris, 2004.

<sup>10</sup> [www.rgs.mef.gov.it](http://www.rgs.mef.gov.it)



Gran parte degli indicatori rivelano inoltre un deciso slittamento anagrafico:

- l'età media del personale sanitario nel 2010 era 47,5 anni, nel 2007 46,5 anni e nel 2001 43,5 anni. Nel 2010, valori inferiori al valore medio di età erano riportati per il personale infermieristico (44,6 anni), tecnico sanitario (46,2 anni) e con funzioni riabilitative (46,8 anni);
- l'età media dei medici è pari a 50,8 anni e si rileva una maggiore presenza del sesso femminile nelle classi più giovani. Dall'analisi della piramide delle età è possibile osservare come la classe di età compresa tra 50 e 59 anni sia più numerosa e quella di età compresa tra 30 e 34 anni rappresenti la percentuale minore. Per il genere femminile i dati mostrano le prime due fasce di età più numerose rispetto a quelle dei maschi, confermando che la popolazione femminile medica è in aumento. Nel 2007 la classe d'età più popolosa era quella 50-54 anni, con il 20% del personale complessivo, mentre nel 2001 era quella 45-49 (con il 19% del personale);
- i dipendenti con 55 anni e oltre nel 2007 rappresentavano il 17% del totale, rispetto al 10% del 2001;
- per alcune figure chiave riferibili al personale infermieristico, tale slittamento dal 2001 al 2007 è stato ancora più deciso - almeno in termini relativi - con un'età media aumentata da 40,4 a 43,3 anni e una percentuale del personale di almeno 55 anni aumentata dal 6% al 10%.

Se la descrizione delle caratteristiche demografiche della popolazione sanitaria chiaramente individua una compagine senile e in ulteriore rapido invecchiamento, vi è carenza di studi e di risultati in merito allo stato di salute della popolazione lavorativa che invecchia e questo vale anche per i lavoratori appartenenti al settore sanitario. Pertanto lo stato di salute dei lavoratori del settore sanitario può essere dedotto e ritenuto sovrapponibile per genere ed età a quello della popolazione generale, mentre pubblicazioni, dati ed informazioni disponibili riguardano più specificamente gli infortuni, le malattie professionali ed in genere i disturbi lavoro - correlati.

Nella valutazione della salute di una popolazione anziana, a maggior

ragione se lavorativa, tenuto conto dell'ampia variabilità inter- ed intra- individuale esistente, del peso dei fattori genetici e di quelli ambientali, con particolare riguardo agli stili di vita e alle abitudini voluttuarie (alimentazione, fumo di sigaretta, esercizio fisico...), sarà difficile considerare la stessa come una popolazione omogenea. Certamente è un'evidenza para-fisiologica che con il passare dell'età compaiano progressivamente ed inevitabilmente modificazioni delle capacità fisiche e mentali e che le patologie cronico - degenerative divengano prevalenti. L'indagine condotta nel 2005 negli Stati Uniti dal Center for Disease Control - CDC in soggetti over 65 evidenziava la netta prevalenza, senza apprezzabile differenza di genere, di ipertensione arteriosa (47,8%), patologie muscoloscheletriche (45,9%), coronaropatie (20,4%), neoplasie (20,3%) e diabete mellito (15,8%)<sup>11</sup>. Peraltro le disabilità riportate nella fascia di età 55-74 anni erano presenti e correlate a patologie croniche quali *impairment* motorio, ipertensione arteriosa, cardiopatie e diabete in percentuale di 60%, 45%, 18%, 12% rispettivamente, valori questi registrati nella popolazione statunitense e molto più alti di quelli della popolazione europea (42%, 30%, 10%, 8% rispettivamente)<sup>12</sup>. La curva di insorgenza delle patologie tumorali segnala nella fascia di età 50-54 anni circa 500 casi per 100.000 abitanti, nella fascia di età 65-69 anni si passa a 1.500 casi per 100.000 abitanti: nella fascia di età pre-pensionistica prevista per il 2050 si può prevedere un numero triplo di casi di patologia tumorale rispetto a quello del primo decennio del secolo<sup>13</sup>.

In uno studio europeo sulla popolazione lavorativa di età compresa tra 55-64 anni di età, comparando i dati italiani a quelli europei (EU27) vi è la netta prevalenza di disturbi muscoloscheletrici (50,0% vs 59,9%), legati ad ansia, stress o depressione (13,0% vs 9,2%), disturbi cardiovascolari (8,5% vs 11,3%) e respiratori (9,1% vs 5,8%)<sup>14</sup>.

<sup>11</sup> [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov)

<sup>12</sup> [www.nia.nih.gov](http://www.nia.nih.gov)

<sup>13</sup> [www.registri-tumori.it](http://www.registri-tumori.it)

<sup>14</sup> Eurostat. Evaluation Report AHM 2007.

La presenza di più condizioni croniche supera il 30% nella fascia di età 50-65 anni e arriva al 50% negli over 75<sup>15</sup>, giustificando i costi sanitari che divengono crescenti all'aumentare dell'età<sup>16</sup>.

Se questi dati sono generalizzabili e possono quindi essere estesi alla popolazione lavorativa anziana del settore sanità, a questo carico generico di malattia, legato con ampia variabilità al fenomeno dell'invecchiamento, si aggiunge quello derivato in occasione di lavoro per effetto dell'esposizione professionale al rischio specifico proprio della mansione svolta. Da tale sommatoria deriva il potenziale *total burden of disease* dell'operatore sanitario, ben evidente nel momento in cui inizia ad invecchiare, e che rappresenta il risultato cumulativo di una risposta fisiologica (naturale processo di invecchiamento) condizionata *in peius* dall'esposizione professionale a fattori di rischio lavorativo che incidono a livello sistemico (*e.g.* stress lavoro correlato) o in maniera specie - specifica su un organo bersaglio (*e.g.* rachide e movimentazione manuale dei pazienti). La quota parte che consegue all'esposizione lavorativa risulta rilevabile quando si valutano gli esiti di un infortunio o di una malattia professionale. Il carico totale, per quanto difficile da definire, valutare e misurare, diviene palese ed inequivocabile da comprendere nel momento in cui si traduce in termini di capacità lavorativa e di idoneità alla mansione specifica ex DLgs 81/08.

Il settore sanitario è caratterizzato da mansioni lavorative definite dalla presenza di fattori di rischio importanti per quantità e tipologia. Gli operatori sanitari, nello svolgimento di attività di tipo medico, infermieristico o ausiliario indistintamente possono essere professionalmente esposti a fattori di rischio fisico, chimico, cancerogeno, biologico, biomeccanico per l'arto superiore e per il rachide, nonché psicosociale, con particolare riguardo allo stress lavoro correlato, con differenze nel tipo e nel livello di esposizione a seconda della mansione e dell'Unità Operativa in cui viene svolta. Peraltro, la salute e la sicurezza del lavoratore

nelle strutture sanitarie non si esaurisce con l'attuazione di un adeguato sistema di prevenzione e protezione (valutazione dei rischi, sorveglianza sanitaria, formazione, informazione), ma ancor più che in altre realtà lavorative, deve trovare conforto e garanzia nella gestione adeguata e nel monitoraggio attento e flessibile dell'organizzazione del lavoro. Si comprende pertanto come nel settore sanitario il lavoratore che invecchia rappresenti una realtà non sempre di facile gestione, richiedendo attenzione e una sperimentazione flessibile di ipotesi alternative finalizzate a tutelare salute e sicurezza del lavoratore, oramai, anagraficamente fragile, e al contempo a garantire l'efficienza e la qualità del lavoro svolto. A fronte dei numeri che connotano le risorse umane disponibili all'interno del settore sanitario, l'ambiente di lavoro considerato in termini di esposizione professionale per l'operatore sanitario è divenuto decisamente più complesso nel tempo. I fattori di rischio occupazionali didascalicamente intesi (agenti fisici, chimici, cancerogeni, biologici, biomeccanici per l'arto superiore e per il rachide, psicosociali) non solo sono tutti presenti, ma sono anche tutti rilevanti in termini di possibili conseguenze come accadimenti infortunistici e malattie professionali. Alcuni fattori di rischio assumono poi un carattere del tutto peculiare se si pensa alla movimentazione manuale dei carichi ovvero alla movimentazione di pazienti, agli agenti fisici come i campi elettromagnetici riferibili all'esecuzione di indagini diagnostiche strumentali come la risonanza magnetica, al rischio biologico, che è sanitario per eccellenza, al *burn out* e alle condotte mobbizzanti che si possono instaurare. Lo stress lavoro correlato risulta essere interessante, in considerazione del fatto che il lavoro per qualità e quantità è decisamente più articolato che in passato e l'organizzazione è molto più complessa. Il rischio cancerogeno assume per gli operatori sanitari un carattere del tutto peculiare in quanto riferito ad esposizione a radiazioni ionizzanti, formaldeide, alla preparazione/somministrazione di farmaci antiblastici o al lavoro notturno, indicato quest'ultimo dall'International Agency for Research on Cancer - IARC come probabilmente cancerogeno con particolare riguardo al tumore della mammella nella donna.

<sup>15</sup> <http://www.somaonline.com/>

<sup>16</sup> Edington W. Costs Associated with Risks And Age. AJHP. 2001. 15(5):341-349.

Ciascun operatore sanitario svolge una mansione lavorativa connotata dalla presenza di tali rischi e diviene passibile di andare incontro ad infortunio o malattia lavoro correlata ancora più facilmente in ragione dell'elevata anzianità sia in termini anagrafici che lavorativi. Rovesciando i termini della questione, rispetto ad un coetaneo professionalmente non esposto, ciascun operatore sanitario più probabilmente, più precocemente e più gravemente, potrebbe presentare disturbi propri della fascia di età, tenuto conto che alla fisiologia si aggiungono gli effetti derivati dall'esposizione professionale.

Il Bureau of Labour Statistics indicava che nel periodo 1989-2011 negli Stati Uniti il tasso degli infortuni non mortali e delle malattie lavoro correlate registrato nel settore sanità era di gran lunga superiore a quello di qualunque altro settore di attività economica (costruzioni, agricoltura, trasporti...)¹⁷.

Analogamente, in Europa, nel settore sanitario, il tasso di infortuni non mortali sul lavoro è costantemente del 34% più alto rispetto alla media degli infortuni negli altri settori lavorativi¹⁸¹⁹. Dati europei evidenziano che gli infortuni nel settore sanità coinvolgono gli over 50 in misura inferiore rispetto a tutte le altre fasce di età, ma con prognosi ed esiti di maggiore gravità, coinvolgendo soprattutto il rachide dorso-lombare²⁰²¹. Sia negli USA che in Europa nel settore sanitario le donne hanno la più alta percentuale di assenza dal lavoro a seguito di infortunio o malattia lavoro correlata rispetto a tutti gli altri settori lavorativi, con un'incidenza maggiore di cadute, problemi alla schiena e agli arti superiori²².

In Italia i dati INAIL mostrano un tasso di infortuni totali denunciati

¹⁷ Bureau of Labour Statistics, 2011.

¹⁸ Eurostat, 2010.

¹⁹ EU-OSHA, 2003.

²⁰ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

²¹ Ilmarinen, J. *Aging and Work: An International Perspective*. In: Sara J. Czaja and Joseph Sharit (eds) *Aging and Work. Issues and Implications in a Changing Landscape*, The Johns Hopkins University Press 2009, 51-73.

²² <https://osha.europa.eu>

in sanità nel 2008 pari a 48.335 casi di cui 34.622 nel genere femminile²³, con una riduzione di -3,4% se rapportati ai 46.671 casi del 2012²⁴, ulteriormente ridotti a 44.2010 nel 2014²⁵. L'INAIL registra nel settore sanità, nel periodo 2008-2014, un tasso di infortuni in occasione di lavoro sempre prevalente rispetto a quelli in itinere (circa 80%), così come prevalente sempre nel genere femminile (circa 70%). Il trend degli infortuni mortali, quasi la metà dei quali nel genere femminile, è anch'esso in calo. Gli infortuni denunciati nel 2012 si verificavano negli over 55 nel 17% dei casi, salendo al 24% nel 2016. Per quanto riguarda le malattie professionali, in Italia i dati INAIL evidenziano, secondo un'analogica tendenza negli altri settori lavorativi, un progressivo aumento, passando da 332 casi denunciati nel 2000 a 722 nel 2008, con un aumento percentuale di +39,1%²⁶, crescendo ancora nel 2016 a 1.991 casi. Le malattie professionali denunciate si riferiscono prevalentemente a patologie muscoloscheletriche del rachide e dell'arto superiore in relazione causale con il rischio di sovraccarico biomeccanico e la movimentazione manuale di pazienti e/o di carichi. La fascia di età over 55 nel periodo 2012 - 2016 passava dall'essere coinvolta dal 37% al 49% dei casi denunciati, mentre il genere femminile era interessato per oltre il 75% delle volte.

Lo stato di salute, sia generale che occupazionale, della popolazione sanitaria evidenzia il prevalere di disturbi e patologie muscoloscheletriche, ipertensione arteriosa, cardiopatie, disordini ansioso-depressivi, in analogia a quanto la letteratura scientifica e i dati statistici di settore descrivono, con disturbi tipici della fascia di età over 50 che tendono ad accentuarsi e a divenire manifesti per esaurimento fisiologico delle relative risorse e per l'effetto dell'esposizione professionale a specifici rischi presenti nella mansione lavorativa svolta. In particolare la compresenza di problemi muscoloscheletrici e stress sembra abbia

²³ INAIL. Dati INAIL. Gli infortunati della Sanità. 2014.

²⁴ INAIL. Dati INAIL. Sanità e assistenza sociale: addetti e infortuni. 2015.

²⁵ <http://bancadaticsa.inail.it>

²⁶ INAIL. Dati INAIL. Malattie professionali nella sanità: un fenomeno in evoluzione. 2014.

un ruolo negativamente decisivo nella qualità della vita lavorativa dei dipendenti ospedalieri<sup>27,28,29</sup>.

Le condizioni di salute e lo stato di esposizione professionale di ciascun operatore sanitario vengono valutate dal Medico Competente ex DLgs 81/08 che in occasione della sorveglianza sanitaria, al termine della visita medica, periodicamente, esprime un giudizio di idoneità alla mansione lavorativa, utile al fine di poter impiegare al meglio l'operatore, senza che ne derivi alcun danno o peggioramento del suo stato di salute<sup>30</sup>. E certamente, qualunque sia la sua formulazione, il giudizio di idoneità non può e non deve essere inteso come indicatore di salute della popolazione lavorativa ed ancor meno in presenza di una popolazione anziana come quella impiegata nel settore sanitario. La scarsa letteratura scientifica e la poco più ampia letteratura grigia indicano che circa il 10% - 15% dei lavoratori impiegati in sanità riceve un giudizio di idoneità alla mansione specifica con limitazioni e/o prescrizioni o un vero e proprio giudizio di non idoneità<sup>31</sup>.

Secondo lo studio nazionale più ampio attualmente disponibile, condotto dall'Università Bocconi di Milano nel 2015, su 49 aziende ospedaliere, i giudizi di idoneità alla mansione lavorativa espressi dal Medico Competente ex DLgs 81/08 prevedevano una limitazione o una prescrizione nell'11,8% dei casi<sup>32</sup>. Circa 16.266 lavoratori su 127.422 hanno limitazioni alla mansione e inidoneità totali, parziali, permanenti o temporanee. Le limitazioni prevalenti sono riferite alla movimentazione manuale di carichi e pazienti (49,5%), seguite da

<sup>27</sup> Josephson M, Lagerström M, Hagberg M et al. Musculoskeletal symptoms and job strain among nursing personnel: a study over a three year period. *Occup Environ Med.* 1997. 54 (9), 681-685.

<sup>28</sup> Mäntyniemi A, Oksanen T, Salo P et al. Job strain and the risk of disability pension due to musculoskeletal disorders, depression or coronary heart disease: a prospective cohort study of 69,842 employees. *Occup Environ Med.* 2012. 69 (8), 574-581.

<sup>29</sup> Keller SM, Burns CM. The aging nurse. *AAOHN J.* 2010. 58 (10), 437-444.

<sup>30</sup> DLgs 81/2008, Titolo V.

<sup>31</sup> [www.ipasvi.it](http://www.ipasvi.it)

<sup>32</sup> CER GAS, *Le inidoneità e le limitazioni lavorative del personale del SSN*, Università Bocconi, Milano, 2015.

quelle relative alle posture (12.6%), al lavoro notturno e alla reperibilità (12,0%). In percentuale di 11,4% si rilevano limitazioni relativamente a videoterminali, rischio biologico, contatto con i pazienti, impossibilità a svolgere alcune attività specifiche. Nel 5,4% riguardano il rischio chimico e questioni di tipo allergologico e nel 4,9% i turni non notturni. Solo nel 4,1% dei casi insistono su questioni di stress lavoro correlato. Le limitazioni e le prescrizioni espresse nei giudizi di idoneità riguardano nel 79,6% le lavoratrici e, indipendentemente dal genere, aumentano significativamente con il crescere dell'età: 4% nella fascia di età 25-29 anni, 24% nella fascia 60-64 con un picco del 31,8% per le operatrici sanitarie che rientrano in quest'ultimo range di età. La quota di personale inidoneo o con limitazioni si ridistribuisce in base ai ruoli e all'inquadramento professionale e comprende: 24,1% Operatori Tecnico Assistenziali - OTA, Operatori Socio Sanitari - OSS e Ausiliari, 15,1% infermieri e ostetriche, 13,4% operatori tecnici, 8% altro personale con ruolo sanitario, 4,8% dirigenti nel ruolo sanitario, professionale, tecnico e amministrativo, 4,8% personale amministrativo non dirigenziale.

L'espressione del giudizio di idoneità in tutte le sue forme (idoneità, non idoneità, idoneità con limitazioni...) prevede un obbligo di ottemperanza da parte del datore di lavoro, cosa che talvolta viene a mancare del tutto o in parte o che viene assolta facendo turnare diversamente il lavoratore, cambiandogli reparto o addirittura mansione. La gestione diviene complessa nel momento in cui è prevista l'applicazione di limitazioni o prescrizioni che richiederebbero ad esempio interventi ergonomici o organizzativi.

Peraltro il numero delle limitazioni e delle prescrizioni è aumentato nel tempo e può assurgere ad indicatore della difficoltà del sistema aziendale di guidare il cambiamento profondo cui sta andando incontro il personale operante nel settore sanitario.

L'operatore sanitario viene infatti più frequentemente gestito a guisa di un comune lavoratore di un comune settore industriale, con tendenza maggiore a ricevere da parte del medico competente limitazioni e pre-

scrizioni nello svolgimento della propria attività, anziché ottenere una sartoriale modificazione del lavoro e delle modalità del suo svolgimento. In realtà spesso accade che la non idoneità non interessi il lavoratore (idoneità limitata o prescritta), bensì il luogo di lavoro, inteso dal punto di vista sia strutturale, che gestionale ed organizzativo. Non è pensabile che di fronte ad individui che cambiano fisiologicamente nel tempo e che quindi invecchiano, il luogo di lavoro rimanga immutato e sempre identico a se stesso: esso deve essere ripensato e adattato dal punto di vista ergonomico o organizzativo, a seconda del caso. Vero è che non è pensabile avere luoghi immanenti ed immutabili a fronte di un dinamismo anagrafico così spinto. Concetto questo, peraltro analogo per gli ambienti di vita e domestici in particolar modo.

Di conseguenza, l'elevata percentuale di limitazioni/prescrizioni espresse dal Medico Competente indica che l'attività di prevenzione all'interno del settore sanitario non è quella ottimale e ha necessità di essere rivisitata e condivisa in maniera multidisciplinare, a partire dalla valutazione dei rischi. La valutazione dei rischi dovrebbe consentire di poter attribuire allo stesso ruolo/compito (medico, infermiere, ausiliario...) un livello di rischio (ad esempio semaforico, verde, giallo, rosso) diverso a seconda dell'unità operativa in cui si opera e la stessa mansione lavorativa nello stesso reparto deve essere frazionabile e scomponibile, per poi essere ricomposta anche diversamente e in più modi come un puzzle dai molteplici incastri utili a collocare in maniera proficua il lavoratore. In caso di lavoratore non più giovane, con riferimento alle relative implicazioni di salute, ma comunque indipendentemente dalla criticità anagrafica, si potrà così ritagliare su di lui la migliore postazione lavorativa possibile, senza ricorrere ad amputazioni della sua professionalità e alla rinuncia di competenze e capacità lavorative, scegliendo dove e come ricollocarlo con una criteriologia non più casuale, creando "l'incastro" ottimale.

Poiché l'Agenzia Europea per la sicurezza e la salute sul lavoro<sup>33</sup> in-

<sup>33</sup> <https://osha.europa.eu>

dica la necessità di conservare e rafforzare la possibilità di impiego della popolazione lavorativa anziana prevenendo una sua esclusione dal mondo del lavoro, la gestione dell'operatore sanitario anziano non può essere funzione dell'espressione del solo giudizio di idoneità, ma piuttosto deve essere parte di una politica aziendale di promozione della salute e della sicurezza (adeguamento di ambienti e modalità di lavoro, formazione...) e di promozione della capacità lavorativa (organizzazione dei compiti e del carico di lavoro in base ai cambiamenti fisiologici e funzionali del lavoratore che invecchia, flessibilità gestionale...), con l'obiettivo di ridurre i rischi professionali in termini di infortuni e malattie professionali e al contempo di migliorare il benessere e la qualità del lavoro.

È necessario che la direzione aziendale (sanitaria e delle professioni infermieristiche) impieghi al meglio una forza lavoro già anziana e progressivamente invecchiante, valuti i cambiamenti necessari e come ottimizzare al meglio le risorse umane così complesse dal punto di vista della composizione demografica. Tale azione di management non deve rimanere limitata alla direzione aziendale, ma va condivisa e portata avanti dalle strutture che si occupano di gestione del personale, dal management di linea (coordinatori infermieristici e responsabili di dipartimento e delle unità operative), dal Servizio Prevenzione e Protezione e dal Medico Competente ex DLgs 81/08, nonché dal sistema delle relazioni sindacali.

Il giudizio di idoneità deve rappresentare lo strumento ultimo, congruo e coerente rispetto alla valutazione dei rischi e alle relative misure di prevenzione e protezione individuate. Non deve pertanto discriminare il soggetto malato dal sano, ma deve essere in grado di salvaguardare il corretto inserimento lavorativo anche dei soggetti ipersuscettibili o "diversamente giovani" e cioè semplicemente anziani, senza rappresentare un'alternativa alle misure di prevenzione primaria.

Certamente da parte del Medico Competente per il tramite delle Società Scientifiche sarà comunque necessaria la rivalutazione dei criteri con cui vengono espressi i giudizi di idoneità in generale ed in partico-



lare nel settore sanitario, proprio alla luce del fatto che le caratteristiche demografiche e di rischio professionale della popolazione sanitaria, nel caso di specie, sono profondamente mutate.

Per poter giungere alla formulazione di un giudizio di idoneità adeguato, sarà necessario che soluzioni organizzative ed ergonomiche vadano ricercate ed incentivate per garantire lavoratori sani, attivi e produttivi all'interno del settore sanità<sup>34 35</sup>. Limitazioni e prescrizioni espresse dal medico competente non possono che seguire l'attuazione delle misure di prevenzione e protezione adottate all'esito della valutazione dei rischi, di cui lui stesso è parte attiva, misure che devono riguardare in primis l'organizzazione del lavoro ed il suo contenuto.

In conclusione, tenuto conto del rilievo del settore sanità e delle peculiari caratteristiche anagrafiche dei suoi operatori, vi è urgenza di ripensare e riconfigurare il lavoro in funzione dei lavoratori sempre più anziani al suo interno, al fine di ottimizzare le capacità mutate nel tempo e la professionalità posseduta, senza disperdere le competenze ed ingessare le organizzazioni, creando un sistema sanitario con rendimento elevato e di fatto in grado di essere efficiente. Inoltre, i medici competenti che devono valutare le idoneità alla mansione ed esprimere il relativo giudizio dovrebbero sviluppare una comunità professionale che renda più omogenei attività, criteri e metri di giudizio. Le limitazioni dovrebbero essere gestite in modo collaborativo e multidisciplinare con definizione di indicatori di gestione del personale che considerino esplicitamente l'età.

<sup>34</sup> <https://osha.europa.eu>

<sup>35</sup> European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Working Conditions of an Ageing Workforce. Office for Official Publications of the European Communities. Luxembourg, 2008.

## Le soluzioni europee

Domenico Antonelli

*Dirigente Servizio Infermieristico - Andria*

Il progressivo invecchiamento della popolazione europea (Fig.1) è fonte di gravi conseguenze nei prossimi anni:

- Crisi nei sistemi previdenziali pubblici;
- Shortage cronico di forza-lavoro.

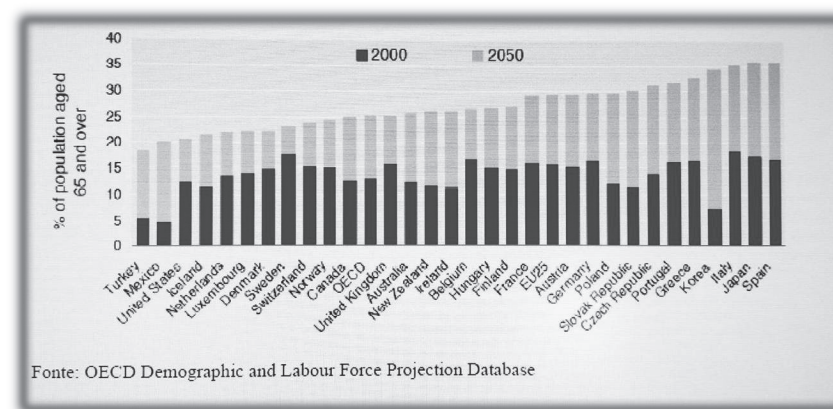


Figura 1

Mentre l'occupazione adulta, i giovani degli anni Ottanta/Novanta nati nel periodo del cosiddetto boom demografico, invecchia sul posto di lavoro, nelle more le nuove leve, frutto della bassa fertilità, che iniziano in questi anni la loro attività lavorativa, essendo scarse non potranno assicurare un equilibrio demografico tale da



impedire una rilevante crisi del sistema previdenziale e del turnover lavorativo.

Quindi tra circa vent'anni ci troveremo ad assistere ad un repentino svuotamento del mercato del lavoro e ad una grave situazione di labour-storage ed i primi prodromi sono già percepibili in alcune aree del Nord-Est. Questo vuoto lavorativo può solo in parte essere contro-bilanciato dai migranti.

Ma bisogna mettere in conto anche il gap generazionale determinato dall'empirismo, in sostanza le nuove leve avranno sì una preparazione teorica adeguata ma si vedranno catapultate sul campo senza nessuno che potrà aiutarli ad acquisire quelle conoscenze pratiche necessarie a mantenere costante il livello di qualità in qualsiasi ambito.

Questo, in ambito sanitario, potrebbe quasi sicuramente determinare un aumento degli incidenti clinici e allo stesso tempo un notevole incremento delle richieste di risarcimento nei confronti delle Aziende Sanitarie.

Nello specifico in ambito europeo, in assenza di cambiamenti nelle tendenze di pensionamento, il rapporto tra persone inattive e quelle in età lavorativa, nei paesi OCSE, raddoppierà (fig.2), passando dall'attuale 38% a circa il 70% nel 2050 [OECD2006].



Figura 2

Secondo A. Lavelle e S. Volkhoff, l'invecchiamento della popolazione è un fenomeno abbastanza lento e prevedibile per poter adottare le misure adeguate a ridurne l'impatto sul lavoro.

Al fine di contrastare i devastanti effetti, sul fronte della previdenza pubblica in primis, di questa critica evoluzione demografica, l'Unione Europea, da alcuni anni, ha indicato come principale obiettivo il prolungamento della vita lavorativa e l'aumento dell'occupazione tra i lavoratori anziani.

Infatti il Consiglio Europeo di Stoccolma prima, 2001, e a seguire il Consiglio Europeo di Barcellona, 2002, hanno gradualmente aumentato l'età media effettiva di cessazione dell'attività lavorativa in seno all'Europa. Le indicazioni di Stoccolma e Barcellona infine sono state inglobate nella Strategia Europea per l'Occupazione 2005-2008 per creare posti di lavoro più numerosi e migliori. Avendo quindi come obiettivo generale quello di aumentare la partecipazione nel mercato del lavoro per tutti i gruppi di lavoratori e di ridurre le disuguaglianze, incluse quelle dovute all'età.

Questa nuova strategia include le seguenti azioni:

- la promozione dell'invecchiamento attivo;
- l'aumento della partecipazione nel mercato del lavoro;
- prolungamento della vita lavorativa.

Il consiglio dell'Unione Europea ha inoltre inserito l'Orientamento 18, attraverso il quale si vuole promuovere un approccio al lavoro basato sul ciclo di vita. Il progetto prevede per i lavoratori anziani:

- il sostegno all'invecchiamento attivo, contemplando delle condizioni di lavoro appropriate, miglioramento dello stato di salute (in ambito lavorativo) e adeguati incentivi al lavoro e disincentivi al prepensionamento;
- regimi previdenziali moderni, compresi le pensioni e i sistemi sanitari, adeguati e allo stesso tempo finanziariamente sostenibili e rispondenti alle mutevoli necessità, stimolando l'attività professionale e il prolungamento della vita lavorativa.

### *Proposte d'intervento in ambito europeo*

È necessario il coinvolgimento di tutti gli attori, dalla Comunità Europea fino ai direttori delle risorse umane passando per le parti sociali, predisponendo interventi coordinati.

Di recente l'OECD ha evidenziato come sia necessaria l'attuazione di riforme in quest'area.

Tuttavia due sono le premesse su cui si basa la possibilità di incidere sull'occupazione degli anziani:

1) le strategie delle varie imprese sono condizionate dal mercato del lavoro, da una parte vi è la necessità di prolungare la vita lavorativa per la carenza di specifiche qualifiche, dall'altra vi è la presenza di alti tassi di disoccupazione giovanile spesso presi a pretesto per giustificare l'espulsione prematura di lavoratori anziani. Il lavoro dei giovani e quello dei "vecchi" non sono necessariamente sostitutivi, quello che fanno gli uni difficilmente possono fare gli altri. In alcuni casi esisterebbero forti complementarità tra lavoro dei giovani e quello degli anziani. Le strategie delle imprese, per quanto concerne il prolungamento dell'età lavorativa, sono condizionate:

- dagli incentivi del sistema pensionistico, dal livello delle pensioni,
- dalla dinamica salariale degli anni precedenti il pensionamento, dalle opportunità di continuare a lavorare con possibilità di cumulo
- dalla presenza di schemi di pensionamento graduale e flessibile o anticipato

es. non si può chiedere alle aziende di prolungare la vita lavorativa in presenza di incentivi al prepensionamento.

2) Un prolungamento della vita lavorativa non può prescindere da un approccio life-cycle al lavoro. Il consiglio dell'Unione Europea ha esplicitamente inserito tra gli orientamenti per le politiche del mercato

del lavoro la promozione di un approccio al lavoro basato sul ciclo di vita.

Ad esempio politiche mirate a rendere più compatibili le attività familiari e la partecipazione al mercato del lavoro devono essere il primo passo per determinare un aumento dei tassi di occupazione delle donne.

Le imprese che adottano un'organizzazione basata sul ciclo di vita, considerando che i giovani di oggi saranno i futuri lavoratori anziani, attueranno politiche atte a migliorare la flessibilità all'interno delle aziende facilitando l'adattabilità dei lavoratori, così come misure preventive riguardo la salute e le condizioni di lavoro determinano effetti positivi sull'abilità al lavoro.

### *Gli effetti in ambito infermieristico*

L'invecchiamento degli infermieri è un fenomeno che colpisce da almeno due lustri i servizi sanitari di molti paesi industrializzati, che si stanno organizzando per affrontarlo.

I fattori che determinano notevoli criticità in seno al mondo del lavoro sono anche in questo settore gli stessi che per gli altri settori:

- progressivo invecchiamento della popolazione;
- migliori condizioni di vita in età avanzata;
- progressivo innalzamento dell'età pensionabile .

### *L'infermiere senior*

Per quanto riguarda la definizione di "infermiere senior" non vi è una condivisione nel contesto europeo. Infatti alcuni considerano senior coloro che sono tra i 55 e 65 anni, altri chi ha superato i 65, altri ancora chi ha più di 45 anni. In ambito infermieristico, di norma, si considera senior chi ha superato i 45 anni. Tuttavia non è corretto definire senior un infermiere solo in base all'età anagrafica, tralasciando altri fattori che influiscono sicuramente sulla capacità e rendimento

lavorativo. Questi fattori sono le esperienze, le caratteristiche psicosociali e i ritmi individuali di invecchiamento.

Studi specifici hanno dimostrato che la qualità della performance, l'efficienza lavorativa, e le abilità cognitive degli infermieri senior non sono sempre legate all'invecchiamento ma bensì al livello educativo e che comunque subentrano numerosi meccanismi di compensazione che derivano anche dall'esperienza.

#### *Le malattie correlate al lavoro, inidoneità e infortuni*

Secondo il Department of Health britannico, circa il 70% delle disabilità acquisite sono legate all'attività lavorativa. Il personale sanitario è considerato più a rischio di sviluppare patologie al rachide per via della movimentazione manuale degli assistiti. Uno studio inglese, condotto su un campione di 308 infermieri >50, ha evidenziato che quasi il 25% ha attivato una procedura di riconoscimento di infortunio lavorativo e che oltre il 30% ha avuto problemi di salute, ansia-depressione-algie lombari, legati al lavoro.

#### *Le opportunità di aggiornamento continuo*

Si pensa che con il progredire dell'età si rischia di avere delle conoscenze obsolete, determinato dall'esecuzione routinaria di compiti, dalla cristallizzazione sulle competenze acquisite e dalla scarsa motivazione all'aggiornamento. Wray et al. in uno studio condotto su 510 infermieri (in UK) hanno rilevato che il 73% del campione con età  $\geq 50$  anni non aveva partecipato ad alcuna attività formativa negli ultimi due anni. Negli USA, in uno studio condotto da Hatcher et al. È stato documentato lo scarso investimento nella formazione continua per gli infermieri senior. Tuttavia molti infermieri senior hanno il desiderio di aggiornarsi ma lamentano che le opportunità siano rivolte prevalentemente ai neo laureati o ai giovani in inserimento. La motivazione più diffusa per lo scarsa partecipazione ai corsi è la discriminazione in base all'età, infatti i contenuti e i metodi di insegnamento sono molto orientati ai giovani e meno agli esperti.

#### *Le ragioni dell'abbandono anticipato degli infermieri*

L'infermiere senior nonostante la percezione di ridotta capacità lavorativa o resistenza fisica, la maggior frequenza di malattie o la difficoltà di conoscenze più aggiornate rimane un'importante risorsa.

Infatti kovner et al. hanno evidenziato che la coesione e il supporto nel gruppo di lavoro è più forte quando sono presenti infermieri senior.

Ne consegue che, per una serie di ragioni, è cruciale trattenere al lavoro i senior. Di seguito si riportano le ragioni di richiesta di uscita anticipata da parte dei senior:

- individuali-stress e l'esaurimento emotivo per l'attività lavorativa, il cattivo stato di salute (ad esempio le lesioni dorso-lombari o le disabilità, l'accudimento di figli o la necessità di assistere familiari). Queste cause possono motivare la necessità di una flessibilità dell'orario di lavoro non sempre attuabile dalle organizzazioni. Anche gli stereotipi negativi percepiti dal senior possono influenzare le scelte di prepensionamento, ad esempio sentirsi definire un peso più che una risorsa o avere un leader poco propenso al riconoscimento e al supporto.
- Organizzative-impegnativi e rapidi cambiamenti tecnologici, manageriali e culturali, l'eccessivo carico di lavoro in aggiunta alla percezione di limitato controllo sulla pratica professionale, determinano una elevata insoddisfazione che spinge a lasciare il lavoro;
- economico-finanziarie - la scelta rispecchia la situazione economica personale. Per le donne avere il coniuge in età lavorativa o in pensione - non a carico - aumenta la probabilità di optare per la pensione.

#### *Le proposte strategiche per contrastare il problema*

L'invecchiamento dei lavoratori coinvolge tutti i settori compreso quello sanitario e nello specifico infermieristico.

Nello specifico molti infermieri vicini alla quiescenza rimarrebbero se l'ambiente lavorativo e il sistema retributivo fossero adeguati.

Per risolvere queste criticità sono necessarie strategie di cui tutti (infermieri senior, giovani e in età matura) potrebbero beneficiare:

a) assicurare flessibilità:

- variare il profilo orario degli infermieri senior prevedendo orari flessibili e la possibilità di abbreviare i turni e/o part-time. Esistono diverse politiche in ambito europeo del part-time che va da un minimo del 25% dell'orario in Italia, fino al 57% in Norvegia;
- ripensare l'organizzazione - sono considerate "istituzioni avide" quelle con una rigida struttura burocratica e una chiara stratificazione sociale tra i gruppi professionali. Queste organizzazioni hanno una un'operatività sulle 24 ore, ricorrono spesso allo straordinario e non permettono al dipendente di programmare la propria vita. Tra queste organizzazioni vi è quella sanitaria.

b) Sviluppare una leadership attenta all'invecchiamento dei lavoratori:

- trasmettere rispetto e riconoscimento per il contributo dei senior facendoli sentire parte del sistema ;
- sviluppare conoscenze sull'invecchiamento degli infermieri: è responsabilità dei coordinatori e dei dirigenti per aiutare i senior a preservare la propria capacità lavorativa;
- Valutare la disponibilità di assicurare un impegno e stimolarlo: i dipendenti che sono invitati a condividere ciò che hanno espresso, rimangono più a lungo;
- Sperimentare ruoli e livelli organizzativi innovativi affinché i senior possano svolgere attività gratificanti e continuare a sentirsi parte del gruppo di lavoro e dell'organizzazione. Ad esempio offrendo loro il ruolo di:
  - mentor/tutor di neo-assunti;
  - primary nurse se desiderano rimanere nell'assistenza diretta;
  - addetto alla sicurezza dei pazienti e alla stesura di raccomandazioni per la pratica assistenziale;
  - educatore del paziente e della famiglia;
  - case manager.

Considerare anche che qualcuno potrebbe desiderare una sinecura (ruolo con minori responsabilità).

Prevedere carichi di lavoro adeguati, la possibilità di essere autonomi e di controllare la propria pratica, aspetti ritenuti importanti dai senior; assicurare temi di aggiornamento dedicati: le difficoltà di accesso all'aggiornamento continuo rischiano di essere fonte di discriminazione.

c) Assicurare una valutazione delle performance: come gli altri infermieri anche i senior hanno bisogno di feedback sulle proprie performance.

d) Riprogettare la logistica e le strutture di supporto - progettare luoghi di lavoro adeguati: gli infermieri di reparto sono costretti a continui ed inutili spostamenti percorrendo notevoli distanze per recuperare attrezzature e presidi mal dislocati, per disorganizzazione della struttura. I pazienti dovrebbero essere messi in condizione di comunicare direttamente con l'infermiere in qualsiasi luogo del reparto esso si trovi senza determinare spostamenti inutili. L'attenta scelta dei colori dei materiali dell'illuminazione avendo cura di realizzare un ambiente lavorativo confortevole e gradevole. Vanno previsti letti attrezzati con sollevatori in base alla tipologia del paziente. Sarebbe opportuno avere vicino al reparto un locale adibito al recupero psicofisico dell'operatore. Offrire il supporto di psicologi e fisioterapisti.

e) Attivare piani di pensionamento flessibili - ad esempio, nel New Brunswick (Canada), con l'obiettivo di post-porre il pensionamento degli infermieri senior è stata promulgata una legge che concedeva il part-time al 50% mantenendo l'85% del salario. Forse questa soluzione non sarebbe adottabile nei nostri contesti, tuttavia è opportuno, almeno a livello locale, approfondire le motivazioni che spingono il dipendente alla scelta di quiescenza anticipata, favorendo, attraverso opportune strategie, la permanenza in servizio.

*Conclusioni*

È quindi necessario che tutti si impegnino nella rimozione delle barriere che ostacolano il prolungamento della vita lavorativa.



L'idea che i lavoratori anziani siano resistenti al cambiamento e che l'uscita anticipata dal mondo del lavoro sia la soluzione per creare opportunità di lavoro per i giovani, deve essere abbandonata.

Solo se le varie parti coinvolte nel mondo del lavoro sono consapevoli che il prolungamento della vita lavorativa è improcrastinabile sarà possibile elaborare e attuare delle misure efficaci a raggiungere il target senza intaccare l'occupazione giovanile.

### *Bibliografia*

1. Piccoli M, Cavallo F, Dello Russo C, Di Giulio P, Dimonte V. L'invecchiamento della professione infermieristica: indagine in tre ospedali piemontesi. *Assist Inferm Ric* 2008;27:5-12.
2. Palese A, Saiani L. Invecchiamento e professione infermieristica. *Assist Inferm Ric* 2008;27:2-4.
3. Fraccaroni F, Balducci C. Stress e rischi psicosociali nelle organizzazioni. Valutare e controllare i fattori dello stress lavorativo. Bologna: Il Mulino, 2011.
4. Federazione Nazionale Ispasvi. Rapporto Flussi 2009. Roma, 2010.
5. Federazione Ispasvi, 2009. Dati di osservatorio sulla professione. Roma, 2010.
6. Guardini I, Deroma L, Salmaso D, Palese A. Assessing the trend in the aging of the nursing staff at two hospitals of the Friuli Venezia Giulia region: application of a deterministic mathematical model. *G Ital Med Lav Ergon* 2011;33:55-62.
7. Blakeley JA, Ribeiro VES. Early retirement among Registered Nurses: contributing factors. *J Nurs Manag* 2008;16:29-37.
8. Department of Health (DoH). Improving Working Lives Standard. London: The Department of Health, 2000.
9. Leighton DJ, Reilly I. Epidemiological aspects of back pain: the incidence and prevalence of back pain in nurses compared to the general population. *Occup Med* 1995;45:263-67.
10. Letvak S. Health and safety of older nurses. *Nurs Outlook* 2005;53:66-72.
11. Bull N, Riise T, Moen BE. Compensation for occupational injury and disease in Norway: ranking of job groups. *Int J Occup Environ Med* 2000;42:621-28.
12. Lorusso A, Bruno S, L'Abbate N. A review of low back pain and musculoskeletal disorders among Italian nursing personnel. *Industrial Health* 2007;45:637-44.
13. Buchan J. Nursing futures, future nurses. Edimburgh: Queen Margaret University, 2008. [http://www.rcn.org.uk/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/145781/Nursing\\_Futures,\\_Future\\_Nurses\\_report.pdf](http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0008/145781/Nursing_Futures,_Future_Nurses_report.pdf). Accesso, 10 gennaio 2012.
14. Wray J, Aspland J, Gibson H, Stimpson A, Watson R. "A wealth of knowledge":

A survey of the employment experiences of older nurses and midwives in the NHS. *Int J Nurs Stud* 2009;46:977-85.

15. Hatcher B, Bleich M R, Connolly C, Davis K, O'Neill Hewlett P, et al. Wisdom at work: the importance of the older and experienced nurse in the workplace. Robert Wood Johnson Foundation. <http://www.rwjf.org/pr/product.jsp?id=15867>. Ultimo accesso: ottobre 2012.
16. Cadorin L, Suter N, Saiani S, Naskar Williamson S, Palese A. Self-Rating Scale of Self-Directed Learning (SRSSDL): preliminary results from the Italian Validation Process. *J Res Nurs* 2011;16:363-73.
17. Kovner CT, Brewer CS, Cheng Y, Djukic M. Work attitudes of older RNs. *Policy Polit Nurs Pract* 2007;8:107-19.
18. Boumans NPG, De Jong AHJ, Vanderlinden L. Determinants of early retirement intentions among Belgian nurses. *J Adv Nurs* 2008;63:64-74.
19. Andrews J, Manthorpe J, Watson R. Employment transitions for older nurses: a qualitative study. *J Adv Nurs* 2005;51:298-306.
20. Karpansalo M, Manninen P, Kauhanen J, Lakka TA, Salonen J. Perceived health as a predictor of early retirement. *Scand J Work Environ Health* 2004;30:287-92.
21. Elovainio M, Forma P, Kivimäki M, Sinervo T, Sutinen R, Laine M. Job demands and job control as correlates of early retirement thoughts in Finnish social and health care employees. *Work & Stress* 2005;19:84-92.
22. Fronstin P. Retirement patterns and employee benefits: do benefits matter? *Gerontologist* 1999;39:37-47.
23. Jones C. The costs of nurse turnover - part 2: application of the nursing turnover cost calculation methodology. *J Nurs Adm* 2005;35:41-9.
24. Waldman JD, Kelly F, Arora S, Smith HL. The shocking cost of turnover in health care. *Health Care Manage Rev* 2004;29:2-7.
25. International Council Of Nurses. An Ageing Nursing Workforce. [http://www.icn.ch/matters\\_ageing\\_Workforce.htm](http://www.icn.ch/matters_ageing_Workforce.htm). Ultimo accesso: settembre 2012.
26. Coser L. Greedy Institutions, Pattern of Undivided Commitment. New York: Free Press, 1974.
27. Lavoie-Tremblay M, O'Brien-Pallas L, Gelinis C, Desforges N, Marchionni C. Addressing the turnover issue among new nurses from a generational viewpoint. *J Nurs Manag* 2008;16:724-33.
28. Armstrong-Stassen M. Human Resource Management strategies and retention of older RNs. *Can J Nurs Leadersh* 2005;18:50-66.
29. Registered Nurses' Association of Ontario. Developing and sustaining nursing leadership. Toronto, Canada: RNAO, 2006.
30. Watson R. Research into ageing and older people. *J Nurs Manag* 2008;16:99-110.

31. Watson R, Andrews J, Manthorpe J. Older community nurses: perspectives and prospects. *Br J Community Nurs* 2004;9:274-80.
32. Heymans MW, Van Tulder MW, Esmail R, Bombardier C, Koes BW. Back schools for nonspecific low back pain: a systematic review within the framework of the Cochrane Collaboration Back Review Group, 2005. *Spine* 2005;30:2153-63.
33. Lavoie-Tremblay M, O'Brien-Pallas L, Viens C, Hamelin Brabant L, Gélinas C. Towards an integrated approach for the management of ageing nurses. *J Nurs Manag* 2006;14:207-12.
34. Brown D. New Brunswick nurses find phased retirement solution. *Canadian HR Report* 2003;16:1-3.
35. Bruno Contini, Claudio Malpiede, Claudio Villosio. Il prolungamento della vita lavorativa dei "giovani anziani": uno studio sulle strategie d'impresa.

## **Una proposta di modifica della progressione di carriera dei Dirigenti Cardiologi Ospedalieri (e non solo)**

Roberto Antonicelli

*Direttore Unità Operativa Complessa di Cardiologia-UTIC  
Centro di Telemedicina I.N.R.C.A. - Ancona*

È indubbio che l'attuale scenario della sanità italiana presenti molte criticità. Le motivazioni di questo sono numerose, alcune legate all'attuale struttura del Servizio Sanitario Nazionale/Regionale, altre all'organizzazione del lavoro nelle singole unità operative, altre ancora alla tipologia di avanzamento professionale che caratterizza le carriere degli operatori sanitari del nostro paese. Ci sono però alcuni punti che, pur essendo di grande rilevanza pratica, non sono stati sufficientemente evidenziati, né adeguatamente affrontati. Mi riferisco in particolare al problema del significativo cambiamento del ruolo professionale del cardiologo nella struttura ospedaliera.

Negli ultimi anni al lavoro "di corsia" che rappresentava "storicamente" il core business del cardiologo ospedaliero, si è affiancato un imponente lavoro di ambulatorietà rivolto al territorio, che spesso è posto anche come principale obiettivo premiante aziendale da parte di molti Direttori Generali (il famoso "abbattimento" delle famigerate "liste d'attesa"). Questo lavoro assorbe ingenti risorse umane in compiti che in larga parte riguardano la prevenzione primaria se non addirittura l'effettuazione di visite od esami di routine (ecocardiogrammi, prove da sforzo, ECG dinamico secondo Holter, ecc.) rivolti a sportivi, donne in gravidanza, nevrotici, ecc., spesso poco appropriati se non addirittura inutili. Tutto questo distoglie un consistente numero di cardiologi ospedalieri dalla loro principale funzione istituzionale con inevitabili ripercussioni sulla qualità, ma soprattutto sulla velocità



dell'operatività clinica rivolta verso i degenti. Chiunque lavori, o conosca le dinamiche di attività di degenza, sa bene quanto la disponibilità di operatori condizioni la durata del ricovero al di là dei “fisiologici” tempi di guarigione correlati ad ogni singola patologia. In tutte le branche della medicina, ed in cardiologia in particolare, è noto come spesso la diagnosi sia in relazione alla disponibilità di diagnostiche strumentali e soprattutto alla disponibilità degli operatori esperti preposti a queste metodiche. È noto infatti come l'esecuzione di importanti presidi diagnostico-terapeutici come l'applicazione di pacemaker, studi elettrofisiologici, cateterismi cardiaci, terapie ablativie, ecc., sia pesantemente condizionata dalla presenza degli operatori. Se pensiamo poi come un'unità operativa di cardiologia dotata di terapia intensiva coronarica richieda l'impegno di 5-6 cardiologi solo per coprire i turni fissi di guardia attiva, e che il numero dei professionisti in dotazione di una media unità operativa territoriale di cardiologia si aggira intorno ai 7-8, si comprende chiaramente come siano sempre pochi i cardiologi a disposizione per le attività cliniche rivolte ai degenti. Non va inoltre dimenticato come le unità operative di cardiologia debbano, di fatto, sempre mettere specialisti a disposizione del pronto soccorso e dell'intero ospedale, per le consulenze cardiologiche urgenti o di routine per i reparti medici o chirurgici. Se a tutte queste ineludibili attività sommiamo, come già ricordato, una significativa ambulatorietà che assorbe altre risorse umane, si comprende facilmente come ben poco rimanga per organizzare un'efficiente e rapida attività rivolta alla degenza. Questi problemi sono ben noti a tutti, ma la “compressione” della spesa sanitaria, in particolare quella ospedaliera, impedisce non solo di adeguare la forza lavoro alle nuove esigenze operative dei reparti, ma addirittura con incomprensibili (almeno dal punto di vista logico) normative, punta a ridurre gli organici (ad esempio concessione di una delibera per una nuova assunzione ogni due pensionamenti!). Come se tutto questo non bastasse, un ulteriore problema si sta rapidamente delineando all'orizzonte: l'invecchiamento dei professionisti. Di pari passo con l'invecchiamento della popolazione, ed accentuato

dal ridotto turnover e dalle carriere ormai “ingessate” dalla mancanza di sbocchi professionali a livello apicale, la maggior parte dei cardiologi ospedalieri si distribuisce tra incarichi ordinari, di cosiddetta alta specializzazione (sic!) e responsabilità (spesso solo formali) di strutture che frequentemente di “semplice” non hanno che il nome. Con il progressivo aumento dell'età pensionabile nei prossimi anni avremo unità operative piene di cardiologi ultrasessantenni impegnati in massacranti turni di guardie notturne o festive, con la necessità magari di avere per loro stessi un supporto medico! Questo aprirebbe il capitolo, mai realmente affrontato e risolto della necessità del riconoscimento della guardia in cardiologia come attività usurante al pari di altre. Queste semplici considerazioni aprono scenari sulla cardiologia italiana del terzo millennio abbastanza inquietanti: corsie sempre più “abbandonate” come risultato di un inevitabile compromesso tra attività clinica di tipo “turnistico” (guardie attive in unità di terapia intensiva coronarica) ed ambulatoriali (esplosione delle richieste territoriali) da parte di cardiologi sempre più anziani, stanchi e demotivati. Per completare il quadro va anche sottolineato che, con il giusto espandersi del modello a rete (hub/spoke) tra le cardiologie, ed il progressivo incremento delle procedure di angioplastica primaria o facilitata nell'infarto miocardico acuto, i cardiologi delle unità operative periferiche dovranno fino a 65-67 anni “scorazzare” sulle ambulanze di tutta Italia! Non esiste nulla per opporsi a questo apparentemente inesorabile, infausto destino? Forse sì, ed è questa la modesta proposta che vorrei presentare all'attenzione critica dei colleghi.

- Limitare l'attività delle cardiologie alle sole attività cliniche istituzionali, ovvero assistere i pazienti ricoverati nelle degenze e nelle unità di terapia intensiva coronarica limitando le prestazioni ambulatoriali alle sole attività dedicate alla prevenzione secondaria dei soggetti già ricoverati (unità di riabilitazione cardiologica) e controllo pacemaker.
- Demandare tutta l'attività ambulatoriale (clinica e strumentale) di prevenzione primaria, o controlli di routine a pazienti cardiopatici cronici ai poliambulatori territoriali integrati nell'attività di prevenzio-

ne delle ASL e coordinate con la medicina del territorio. Queste scelte, ovvero il reale potenziamento dei poliambulatori, porterebbero ad un'efficace risoluzione dei problemi di sovraffollamento delle strutture ospedaliere ed un rapido aumento dell'efficienza e dell'efficacia della prestazione specialistica ospedaliera, oltre alla reale possibilità di una seria risoluzione del problema dell'abbattimento delle liste d'attesa. Questa ipotesi di lavoro pone però un problema: chi "fisicamente" effettuerà in queste strutture tutte le prestazioni cardiologiche dirottate dagli ospedali, vista la penuria di specialisti nel territorio? La risposta è semplice: tutti i cardiologi ospedalieri raggiunta l'età di 58-60 anni potranno scegliere se continuare ad operare in ospedale o terminare la carriera in strutture territoriali. I vantaggi di questa operazione sono intuitivi;

- arricchire il territorio di professionalità mature che possono, proprio in virtù di questo, da un lato ridurre significativamente le richieste di ulteriori esami strumentali ed in definitiva i ricoveri, dall'altro data la confidenza con il personale ospedaliero, gestire in maniera integrata i casi che richiedono l'ospedalizzazione;
- spostare in ambienti di lavoro meno stressanti dal punto di vista dei carichi di lavoro professionisti ormai "usurati" dalla pratica ospedaliera, ma di grande esperienza e capacità professionale. In questo modo il professionista accede ad orari di lavoro più umani con la possibilità di una maggiore gestione dei propri carichi di lavoro, condizione che non può essere negata a medici con decine di anni di professione alle spalle e che meritano un livello di autonomia professionale che nella struttura inevitabilmente gerarchica dell'ospedale, non tutti possono raggiungere;
- assumere nell'ospedale professionisti giovani che porteranno quell'entusiasmo e quella spinta propulsiva all'innovazione indispensabili nell'ambiente ospedaliero che, oltre all'attività assistenziale, dovrebbe riscoprire il proprio ruolo nella ricerca e nella didattica. In questo modo inoltre si attua un significativo risparmio economico che va nella direzione dettata anche dal piano sanitario nazionale che prevede lo

spostamento di risorse dagli ospedali al territorio, in quanto professionisti a fine carriera hanno redditi più alti rispetto a giovani cardiologi. La presenza poi nelle corsie di professionisti maturi, ma di età < 58/60 anni (o > 60 che desiderino autonomamente restare) garantisce che il ricambio sia fatto con un adeguato livello di "continuità" professionale. Non so se queste riflessioni possano realmente rappresentare la risposta migliore ai problemi che ho brevemente esposto; problemi che comunque tutti coloro che lavorano in ospedale certamente riconosceranno come veri. Spero solo che questa "modesta proposta" raggiunga il maggior numero di colleghi cardiologi con la speranza di stimolare un dibattito tanto forte e rumoroso da pretendere risposte concrete a problemi così importanti ed urgenti non solo per i cardiologi italiani, ma per tutti i nostri concittadini.

## **L'invecchiamento della forza lavoro. Le buone pratiche aziendali e le possibili soluzioni in sanità**

Oriano Mercante

*Segretario Regionale Marche ANAAO-ASSOMED*

Cinzia De Stefani

*Esperta in Scienze Politiche e delle Relazioni Internazionali Ancona*

L'invecchiamento "è un processo graduale ed irreversibile di modificazione delle strutture e delle funzioni dell'organismo conseguenti al passare del tempo".

OMS, Organizzazione Mondiale della Sanità<sup>1</sup>

### *1. L'invecchiamento della forza lavoro*

#### *1.1 Robotica e capitale umano*

La notizia non è nuova, e purtroppo non conquista le prime pagine dei giornali: i robot, tra meno di cinque anni, costeranno meno di un lavoratore "umano".<sup>2</sup>

Ma ci sono alcuni lavori che i robot non sanno fare allo stesso livello di un umano: quelli che richiedono grande creatività e quelli che si basano sulla collaborazione e l'empatia. Nessuna macchina sa creare un'opera d'arte, raccontare una barzelletta, gestire relazioni complesse in un team. E se un programma come Watson, il supercalcolatore di Ibm, può azzeccare una diagnosi meglio di un medico, comunicarla a un paziente, tenendo conto di come potrebbe alterare il suo stato

<sup>1</sup> *Active ageing: a policy framework*. Geneva, World Health Organization, 2002-Invecchiamento attivo-Una proposta di strategia in [http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf)

<sup>2</sup> Pecchioli R. *Robot al posto dell'uomo. A che punto è il discorso* In <http://www.maurizioblondet.it/robot-al-posto-delluomo-fine-del-lavoro-punto/>

d'animo e la sua vita, è un'altra storia. Così come assisterlo in ospedale. Crescono i lavori di assistenza alle persone, babysitter, badanti, assistenti sociali, insegnanti, infermieri, psicologi, counselor. Un fenomeno dovuto ai limiti dell'automazione ma anche all'invecchiamento delle persone. Secondo le proiezioni del US Bureau of Labor Statistics se il bisogno di medici e chirurghi crescerà del 14 per cento tra 2014 e 2024, quelli di cura alla persona aumenteranno del 26 per cento. Dati cruciali e incoraggianti che si incrociano con un altro: entro il 2030, ci saranno 34 stati nel mondo in cui una persona su 5 avrà più di 65 anni.<sup>3</sup> Il problema riguarderà coloro che hanno necessità di essere assistiti e curati ma anche la forza lavoro subirà un invecchiamento.

### *1.2 L'invecchiamento della forza lavoro*

Lo studio del Fondo Monetario Internazionale sull'invecchiamento della forza lavoro, di recente pubblicazione<sup>4</sup> dimostra l'aumento dei lavoratori di età compresa tra i 55 e i 64 anni, conseguenza, in parte, di un ricambio generazionale che stenta a realizzarsi nel breve periodo e che rischia di comportare una diminuzione della produttività con perdita di circa un terzo della crescita potenziale del nostro paese. L'allarme è legato soprattutto al fatto che la forza lavoro fra i 55 e i 64 anni, secondo lo studio, aumenterà nei prossimi due decenni di circa un terzo, dal 15 al 20% del totale. Va detto però che ci sono teorie opposte sugli effetti dell'età sulla produttività. Da un lato, c'è chi sostiene che accumulare anni di esperienza renda i lavoratori più anziani più produttivi. Dall'altro salute fragile e competenze obsolete remano contro. È inoltre difficile generalizzare il dato, vista l'estrema differenza tra le tipologie di lavoro. Gli studi sembrano tuttavia convergere sul fatto che

<sup>3</sup> Accettura M. *Gli indispensabili* in D. La Repubblica, 12 agosto 2017.

<sup>4</sup> IMF Working Paper European Department The Impact of Workforce Aging on European Productivity-Prepared by Shekhar Aiyar, Christian Ebeke and Xiaobo Shao Authorized for distribution by Shekhar Aiyar-December 2016 in <https://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2016/wp16238.pdf>.

il picco di produttività di un lavoratore si collochi tra i 40 e i 50 anni, per poi scendere rapidamente man mano che ci si avvicina alla pensione.<sup>5</sup> Alcuni dei risultati del Workmonitor, un'indagine sul mondo del lavoro svolta nel secondo semestre 2016, attraverso interviste in 34 Paesi del mondo dalla Randstad, seconda agenzia mondiale nei servizi per le risorse umane, dimostrano come i lavoratori siano preoccupati sulla loro longevità professionale e percepiscano come pericolose quelle politiche attive aziendali volte per lo più all'inserimento dei giovani nel mondo del lavoro che per trattenere i più anziani e otto dipendenti su dieci ritiene più difficile per i lavoratori over 55 acquisire nuove competenze che consentano di stare al passo con l'aggiornamento professionale. Da un commento dell'AD Randstad Italia Marco Ceresa, i dati del Workmonitor mostrano una certa tensione nel rapporto tra le diverse generazioni nel mercato del lavoro italiano, l'invecchiamento è visto soprattutto come una permanenza forzata nel mondo del lavoro che penalizza l'occupazione dei più giovani e condiziona in negativo le performances aziendali. Ma di fronte a un fenomeno irreversibile come l'allungamento della vita dei lavoratori è fondamentale affrontare la questione generazionale con la giusta ottica, senza esasperazioni, mettendo in campo politiche a sostegno dell'invecchiamento attivo. Azioni che garantiscano una buona occupazione ai lavoratori in età adulta, valorizzandone capacità e competenze, imparando a gestire l'esperienza come una risorsa e non un problema<sup>6</sup>. Per gran parte dei lavoratori italiani occorre ridurre il divario di competenze tra i lavoratori e che debba essere la priorità per il datore di lavoro, una percezione superiore alla media globale ed europea. Il principale gap sembra riguardare l'area STEM (scienza, tecnologia, ingegneria, matematica) dove i lavoratori più anziani trovano maggiori difficoltà nell'acquisire nuove competenze e da un'indagine è emerso che i lavoratori italiani sono ai primi

<sup>5</sup> Cfr. In <http://www.ilfattoquotidiano.it/2016/08/17/crescita-fondo-monetario-produttivita-dellitalia-a-rischio-a-causa-dellinvecchiamento-della-forza-lavoro/2980184/>

<sup>6</sup> Cfr. in <http://www.lastampa.it/2016/07/25/economia/lavoro/invecchiamento-della-forza-lavoro- adesso-preoccupa-nEQ0Ou7x7V9IeIPszbpwJL/pagina.html>

posti al mondo ad esserne convinti, dopo quelli di Cina, Spagna, Hong Kong e Giappone. Secondo la definizione dell'Oms l'invecchiamento «è un processo graduale ed irreversibile di modificazione delle strutture e delle funzioni dell'organismo conseguenti al passare del tempo». La Campagna Europea 2012 sull'«invecchiamento attivo e la solidarietà fra le generazioni» incoraggia i lavoratori anziani a rimanere nel mondo del lavoro ed esige, in particolare, che venga attuato il miglioramento delle condizioni di lavoro e il loro adattamento allo stato di salute e ai bisogni del lavoratore anziano, anche mediante la revisione dei sistemi di indennizzo per rafforzare gli incentivi a lavorare più a lungo. La necessità di creare migliori condizioni di lavoro per il lavoratore senior ha in concreto fatto emergere l'importanza della prevenzione non solo in età avanzata ma fin dall'inizio della vita attiva.

I lavoratori con più di 50 anni possono essere degli ottimi «rilevatori» di ogni forma di disfunzione all'interno di un'impresa, rispetto per esempio all'organizzazione lavorativa, all'usura, agli orari di lavoro. Osservare i seniors, vuol dire aiutare la comprensione degli obblighi di salute al lavoro in anticipo rispetto alle carriere professionali. Quando le imprese riflettono sui seniors, rapidamente il tema di riflessione si allarga più a monte, sulla salute al lavoro in maniera globale. I problemi di malattie professionali, di inidoneità, di ricollocazione nei seniors possono illuminare in maniera più chiara sui problemi antecedenti sulle linee di produzione. Il 2,5% dei lavoratori europei riferisce scarse condizioni generali di salute, mentre il 47% dichiara di soffrire di più di due problemi di salute, indicando l'esistenza di uno stretto legame tra la dimensione fisica e quella mentale. Il 60% dei lavoratori che dichiarano di godere di una ottima salute o di buone condizioni di salute è convinto di riuscire a svolgere la stessa attività lavorativa anche all'età di 60 anni, mentre la percentuale diminuisce significativamente tra i lavoratori che non godono di buona salute.<sup>7</sup>

<sup>7</sup> Bottazzi M. *Problematiche di salute e sicurezza legate all'invecchiamento della popolazione lavorativa* in Notiziario Inca n. 1/2015 Quaderni di medicina Legale del Lavoro *Il lavoratore anziano Idoneità, usura, vecchiaia anticipata*.

La crisi economica di questi ultimi anni ha prodotto un aumento della partecipazione dei lavori più adulti al mercato del lavoro e dall'ultima riforma delle pensioni è derivato un allungamento della permanenza dei lavoratori più anziani nei luoghi di lavoro e nell'economia italiana che stenta a decollare, pesa poi soprattutto l'emarginazione dei giovani. In sostanza i lavoratori più giovani, energici e innovativi si sono rarefatti dal 41% al 22% della popolazione produttiva; quelli più anziani sono aumentati da un terzo alla metà. Una parte devono averla le preferenze culturali nel Paese per persone più esperte, o più ricche di rapporti sociali, perché il numero degli occupati di oltre 65 anni è esploso: oggi questi lavoratori anziani sono oltre mezzo milione, più 41 in 25 anni. Secondo lo studio dell'Fmi l'invecchiamento erode le capacità nei lavori più fisici e in quelli meno ricchi di conoscenze; non ha effetti su addetti alle vendite, impiegati di banca o periti elettronici; e l'accumulo di esperienza addirittura aumenta la produttività per funzioni dense di conoscenza come quelle di docenti, avvocati, medici, giudici o manager. Il problema dell'Italia è che la sua quota di laureati e diplomati è fra le più basse d'Europa: deve farla salire in fretta per affrontare il giorno, vicino, in cui l'età media degli occupati arriverà al mezzo secolo o più.<sup>8</sup> A incidere sulla struttura del mercato del lavoro, oltre alle dinamiche macro-economiche, non vi sono solo i cambiamenti socio-demografici ma anche gli interventi di policy (in tema di lavoro e previdenza) e una serie di trasformazioni socio-culturali, tra cui l'accresciuta scolarizzazione che interessa anche la popolazione degli ultracinquantenni. L'invecchiamento della forza lavoro si accompagna in Italia a una maggiore partecipazione al mercato del lavoro della popolazione di 50 anni e oltre e alla sua progressiva femminilizzazione. Tra le occupate ultracinquantenni, che negli ultimi anni consentono la tenuta dell'occupazione femminile complessiva, si possono annoverare sia quelle che prolungano la carriera lavorati-

<sup>8</sup> Fubini Federico *Il lavoro che invecchia L'età media sale a 44 anni* Corriere della Sera 21 febbraio 2017.

va, sia quelle entrate nel mercato del lavoro per sopperire alla perdita di occupazione e di reddito del coniuge.<sup>9</sup> A proposito di politiche sull'invecchiamento attivo, alcuni studiosi hanno evidenziato come l'aumento dei tassi occupazionali dei lavoratori anziani, abbia contribuito a sostenere la crescita economica, rafforzare la coesione sociale, garantendo il mantenimento delle pensioni e dei sistemi di protezione sociale. Ciò ha comportato un innalzamento dell'età pensionabile, mentre si è data poca importanza a quelle misure che possano favorire il passaggio graduale dal lavoro alla pensione. Così nell'ultimo quarto di secolo i luoghi di lavoro in Italia hanno subito una trasformazione antropologica, che prosegue. Sono sparite 3,6 milioni di persone di meno di 35 anni (erano quasi 9 milioni, sono poco più di cinque). Sono apparse 4,2 milioni di persone in più la cui età supera i 45 anni; il numero dei lavoratori attivi fra i 55 e i 64 anni è raddoppiato, da due a quattro milioni, tanto che il Fondo monetario internazionale stima che in Italia nel 2020 un quinto degli occupati sarà in questa fascia e nel 2015 lo sarà quasi un occupato su quattro.<sup>10</sup> Se da un lato questi dati non sono così incoraggianti per l'occupazione giovanile dall'altro c'è anche un valore nell'età che avanza.

### *1.3 Il valore della differenza*

L'emergente *paradigma del ciclo evolutivo delle competenze* (Lieberum, Heppe, Schuler, 2005), individua tre distinte fasi della vita professionale e di carriera di un lavoratore, suddividendole in tre periodi, 15-30 anni, 30-45 e 45-65. Attraverso studi empirici si è visto che le persone più anziane perdono progressivamente alcuni aspetti della precedente capacità lavorativa, con la diminuzione della performance

<sup>9</sup> De Rosa E., Tibaldi M. *Partecipazione al lavoro, invecchiamento attivo e transizione verso la pensione della popolazione over 50.*

<sup>10</sup> Fubini Federico *Il lavoro che invecchia L'età media sale a 44 anni* Corriere della Sera 21 febbraio 2017.

fisica e della capacità di apprendimento<sup>11</sup>, ma vengono a disporre in compenso di competenze non possedute in modo significativo nelle fasi precedenti. Il progredire dell'anzianità comporterebbe non solo i vantaggi comunemente associati all'esperienza (familiarità con i diversi problemi, conoscenza dei "trucchi del mestiere" e del contesto operativo, ecc.), ma anche un sostanziale miglioramento delle competenze sociali e di relazione. Questo quadro di vantaggi e svantaggi dei lavoratori senior sembra trovare conferma anche in altre ricerche. Secondo l'opinione rilevata nell'ambito di un campione di lavoratori, l'esperienza acquisita nel tempo è il principale motivo per cui gli stessi sono trattiene all'interno delle aziende; mentre il più alto costo del lavoro è ritenuto il principale motivo per cui le imprese tendono a espellerli (Basso, Busetta, Iacoucci, Vittori, 2005).

La rilevazione dell'opinione delle imprese conferma la percezione dei lavoratori, dato che i più anziani sono stati valutati positivamente per molti più aspetti rispetto ai lavoratori giovani (11 a 6).

Sono a favore dei lavoratori anziani gli aspetti riguardanti la disponibilità, la responsabilità e l'affidabilità, quali rispetto della gerarchia, disponibilità a lavori pesanti o ripetitivi, disponibilità allo straordinario, continuità nell'attenzione, disponibilità ad aiutare i compagni di lavoro, affidabilità complessiva, responsabilità individuale, sensibilità agli interessi dell'impresa, accuratezza nel lavoro, capacità di guida, fedeltà all'impresa. I lavoratori più giovani sono invece giudicati preferibili agli anziani per quanto riguarda l'adattabilità all'innovazione, la familiarità con le apparecchiature informatiche, la creatività, la utilizzabilità complessiva, l'integrazione nel gruppo. Per altri due fattori, produttività complessiva e assenteismo, ci si troverebbe invece vicini a una situazione di equivalenza.

Risultati solo in parte diversi emergono dagli studi sulla produttività economica. Una recente ricognizione mette in evidenza che la rela-

<sup>11</sup> Bottazzi M. a proposito di modificazioni che possono influenzare la capacità lavorativa *Cosa cambia a partire dai 40-50 anni?* in Notiziario Inca n. 1/2015 Quaderni di medicina Legale del Lavoro *Il lavoratore anziano Idoneità, usura, vecchiaia anticipata.*

zione tra età e produttività è complessa e multidimensionale perché l'età influenza in modo differenziato le diverse abilità (Ilmakunnas, Skirbekk, van Ours, Weiss, 2007). I dati raccolti da ricerche empiriche sul lavoro manifatturiero convergono nel riscontrare che con l'età aumenta l'assenteismo (come durata delle assenze, ma non come numero delle stesse che è maggiore per i più giovani). Inoltre con l'età diminuiscono (ma non di molto) capacità di lavoro e produttività. Tuttavia i vantaggi per l'impiego di lavoratori giovani sono ridotti quando il cambiamento tecnologico o la natura del lavoro rendono la forza fisica meno importante. Sembra che la produttività tenda a declinare con l'età, ma questo effetto si riduce fino a scomparire se i lavoratori rimangono nello stesso impianto produttivo e accumulano esperienza di tipo *job specific*. I ricercatori concludono che la produttività si riduce se vengono a mancare gli investimenti e se non si aggiorna il capitale umano. Alla fine i cambiamenti demografici sembrano contare e pesare per la produttività meno di altre variabili riferite al mercato del lavoro, al management delle risorse umane e alle politiche salariali.<sup>12</sup>

## *2. Le buone pratiche aziendali per fronteggiare il problema dell'invecchiamento della forza lavoro*

Nell'ambito di un progetto di ricerca "Più anni di vita, più anni di lavoro": le sfide dell'invecchiamento attivo e le strategie aziendali" alcuni ricercatori dell'Isfol e del Dipartimento di Scienze Statistiche dell'Università La Sapienza di Roma, hanno presentato in occasione di un convegno tenutosi a dicembre 2016, un'indagine sulle buone pratiche realizzate da imprese private per fronteggiare il problema dell'invecchiamento della forza lavoro, condotta dal Gruppo di Ricerca "Studi, analisi e indagini sui sistemi di domanda e offerta di formazione" dell'Isfol.

<sup>12</sup> Minelli E. Rebori G. *Il valore della differenza. Le politiche di age management alla prova delle esperienze aziendali*, Università Carlo Cattaneo-LIUC di Castellana.



La rilevazione è indirizzata a capire quali siano le strategie aziendali promosse dalle grandi imprese per il mantenimento e reinserimento di lavoratori maturi nel mercato del lavoro e la loro valorizzazione professionale. Una porzione significativa delle imprese intervistate, pur affermando infatti di non aver mai attuato alcun intervento di gestione dell'età, dichiara di realizzare azioni riconducibili alle diverse dimensioni dell'*age management*. Le grandi imprese italiane reagiscono alla crisi elaborando nuove strategie di mercato e risultano spesso concentrate nella ricerca e sperimentazione non consapevole di soluzioni innovative, non tanto al problema dell'invecchiamento dei lavoratori, quando piuttosto alla gestione complessiva del ciclo della vita professionale in azienda.

Si è visto come il tema dell'adeguamento e del mantenimento delle competenze gioca un ruolo cruciale nel sostenere i lavoratori e per mantenere e rafforzare le condizioni di competitività dell'impresa. È interessante notare come lo scambio di conoscenze e competenze tra le diverse generazioni risulta essere il terreno più praticato tra le diverse esperienze aziendali legate all'età e uno snodo cruciale per la gestione dei nuovi scenari legati al lavoro. In questo senso, le politiche formative manifestano una doppia valenza per la valorizzazione del lavoratore maturo: da una parte come strumento nel processo continuo di crescita professionale; dall'altra come opportunità di diffusione delle esperienze e delle conoscenze all'interno dell'organizzazione, dove il lavoratore maturo diventa parte attiva degli interventi, in un'ottica di trasferimento intergenerazionale di un patrimonio di esperienze e capacità personali e aziendali. La formazione svolge il ruolo di "metadimensione" che accompagna e sostiene lo sviluppo di tutte le altre. Ciò è apparso particolarmente evidente nel settore dei servizi, specialmente i più sofisticati come quello finanziario o delle telecomunicazioni, ma anche nei comparti manifatturieri più legati all'innovazione scientifica e tecnologica (es. chimico-farmaceutico). Le sfide principali che abbiamo di fronte si concentrano, dal un lato sul mantenimento in attività di una forza lavoro la cui età media si innalza gradualmente, favorendo il permanere dei livelli di competenza

necessari e garantendo il supporto necessario alla dimensione della qualità degli impieghi e della salute. Dall'altro, sul favorire l'ingresso dei giovani, evitando il potenziale svuotamento di specifici comparti produttivi e assicurando il trasferimento intergenerazionale delle conoscenze e delle *skills*. Si tratta di processi e interventi che la ricerca può e deve utilmente accompagnare, facendo anche riferimento alle esperienze più avanzate che possiamo rintracciare in altri Stati membri dell'Ue.<sup>13</sup>

### 2.1 L'Age management

La diversità di genere, età, orientamento sessuale e cultura del personale di un'azienda è una caratteristica che, se valorizzata e riconosciuta come una ricchezza, può aumentare il valore del capitale umano e il profitto aziendale. Con *Age Management*, branca del *Diversity Management*, si intende la serie di interventi e risposte che possono essere date a livello aziendale con l'obiettivo di valorizzare, riconoscere e utilizzare i punti di forza di tutti i lavoratori di un'impresa a prescindere dall'età anagrafica. La sfida alla base delle strategie di *Age Diversity* è quella di creare un equilibrio tra le diverse generazioni di risorse umane all'interno dell'organizzazione aziendale. Indubbiamente la ricerca di un connubio tra tali realtà rappresenta una sfida per il *management*, le cui pratiche di *ageing* non si discostano molto da quelle genericamente definite come gestione delle *human resources*. Quanto c'è di diverso nell'analisi dell'*Age Management* rispetto a queste ultime è la pianificazione e l'implementazione di misure specifiche che rispondano alle criticità emergenti riconducibili al fattore età. L'attenzione ai lavoratori di tutte le età sfocia del resto nella modifica e nell'adattamento dei contenuti di lavoro dei singoli, attraverso la promozione dei benefici economici.

<sup>13</sup> Checcucci P. intervista *L'invecchiamento attivo nelle grandi imprese* Isfol notizie Anno VI, N. 1/2 2016.

Alan Walker, uno dei maggiori esperti europei sull'*Age Management*, nonché responsabile scientifico del gruppo di ricerca della Fondazione Europea di Dublino per il miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro, ha evidenziato l'importanza delle strategie di gestione del fattore età; così si legge infatti nell'articolo *Managing an Ageing Workforce, A Guide to Good Practice*, pubblicato nel 1998, nasceva l'obiettivo specifico di diffondere delle iniziative a favore del mantenimento e della reintegrazione dei lavoratori anziani:

*Una diffusa applicazione di buone pratiche nella gestione del fattore età aiuterà le organizzazioni a adeguarsi all'inevitabile invecchiamento della propria forza lavoro; ad accrescere la competitività e la produttività di una popolazione attiva che invecchia; a migliorare la possibilità d'impiego delle lavoratrici e dei lavoratori maturi; a contribuire a prolungare la vita lavorativa; a promuovere le pari opportunità tra lavoratori di diverse fasce d'età. Esiste dunque anche un potente imperativo economico che spinge ad attuare una corretta gestione del fattore età sul mercato del lavoro. I datori di lavoro non potranno più contare su una sufficiente presenza di giovani lavoratori: sempre più spesso, essi dovranno confrontarsi con l'invecchiamento delle risorse umane esistenti.* (Naegele, Walker, 2006).

Una fondamentale prerogativa dell'*Age Management* è di focalizzarsi non solo sui lavoratori *over 55* ma di prevedere un orizzonte temporale più lungo, analizzando la possibile presenza di conflitti di interesse generazionali, ostacolando e correggendoli.<sup>14</sup> Le rilevazioni scientifiche che abbiamo analizzato hanno evidenziato che la relazione tra età dei lavoratori e rendimento, produttività e performances professionali non vanno verso un'unica direzione. Le conclusioni sono molteplici e dipendono da fattori quali il tipo di lavoro, la qualità della prestazione lavorativa, il contesto organizzativo e la diversa gestione delle risorse umane.

<sup>14</sup> In [www.futureconsulting.it](http://www.futureconsulting.it)

## 2.2 Una questione di grande attualità

La campagna europea 2018-2017 sugli Ambienti di lavoro sani e sicuri ad ogni età è promossa dall'Inail ed è nata dal progetto pilota "Lavoro più sicuro e più salutare ad ogni età" finalizzato alla raccolta ed analisi di strategie e programmi in materia di Ssp, relativi all'invecchiamento attivo. Gli Stati membri hanno avuto il compito dall'Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro di Bilbao (Eu-Osha), di gestire a livello nazionale, attraverso i propri Focal Point, nel caso italiano l'Inail, l'azione di promozione e sensibilizzazione verso le buone pratiche con i seguenti obiettivi:

1. promuovere il lavoro sostenibile ed un invecchiamento sano e sottolineare l'importanza della prevenzione per tutta la vita lavorativa
2. fornire sia ai datori di lavoro che ai lavoratori informazioni e strumenti pratici per la gestione della Ssl nel contesto dell'invecchiamento della forza lavoro
3. agevolare lo scambio di informazioni e la condivisione delle buone pratiche sul tema<sup>15</sup>.

## 2.3 Gestione dell'età sui luoghi di lavoro

Una buona organizzazione delle risorse umane deve considerare alcuni fattori legati all'età, le forme di impiego e la tipologia delle mansioni individuali in modo che tutti indistintamente dall'età si sentano motivati e possano partecipare al raggiungimento degli obiettivi individuali e aziendali.

Gli otto obiettivi della gestione dell'età sono i seguenti:

1. una maggiore consapevolezza dell'invecchiamento;
2. atteggiamenti positivi nei confronti dell'invecchiamento;

<sup>15</sup> La campagna "Ambienti di lavoro sani e sicuri" prevede la presentazione della candidature al concorso sulle buone pratiche in <https://www.inail.it>.

3. la gestione dell'età come compito e dovere fondamentale per dirigenti e quadri;
4. gestione dell'età nella politica del personale;
5. promozione della capacità lavorativa e della produttività;
6. apprendimento permanente;
7. accordi adeguati all'età;
8. passaggio sicuro e dignitoso al pensionamento.

Dall'analisi delle prassi di gestione dell'età sui luoghi di lavoro europei si deducono due tipologie di approccio alle questioni legate all'invecchiamento attivo del tipo "risoluzione del problema" o "proattivo". Le imprese che affrontano il problema dell'invecchiamento con scarsa consapevolezza e scarse risorse accogliendo sempre meno le richieste di lavoro dei lavoratori anziani sono per la "risoluzione del problema" mentre le aziende che hanno una maggiore comprensione della situazione e pensano all'invecchiamento come sfida o opportunità possono essere definite imprese proattive cioè disposte a valorizzare le risorse interne e sostenere l'apprendimento intergenerazionale. Nel migliore dei casi, la gestione dell'età utilizza un approccio che tiene conto dell'intero arco della vita e crea pari opportunità per tutte le generazioni.

#### *2.4 Promozione della capacità lavorativa*

Le azioni sul luogo di lavoro intese a promuovere la capacità lavorativa sono:

**la promozione della salute** riguarda una varietà di stili di vita in termini di alimentazione, attività fisica, recupero e sonno. Oltre a uno stile di vita sano, le misure preventive e proattive da parte dei servizi di medicina del lavoro così come un trattamento adeguato dei gravi problemi di salute svolgono un ruolo importante nel raggiungimento di un buono stato di salute durante l'intero percorso lavorativo. Pertanto, la sfera di competenza degli esperti di medicina del lavoro dovrebbe tener conto anche dei problemi legati all'invecchiamento e alla salute. La comprensione degli esperti circa la

necessità di adeguamenti al lavoro a causa di nuove situazioni in termini di salute e capacità funzionali indotte dall'invecchiamento costituisce una preziosa risorsa per la creazione di una vita lavorativa migliore a beneficio dei lavoratori anziani. Dato che molti problemi di salute sono associati al lavoro, i rischi per la salute derivanti dal lavoro devono essere individuati e prevenuti sui posti di lavoro. Le forti interazioni tra salute e lavoro richiedono una collaborazione attiva tra gli esperti della salute e della sicurezza sul luogo di lavoro, i datori di lavoro e i dipendenti.

**Il mantenimento della competenza professionale** esige un aggiornamento continuo delle capacità e delle competenze. La formazione sul luogo di lavoro e i vari tipi di corsi formativi specifici per il personale danno ai lavoratori anziani la possibilità di rafforzare le loro capacità. Tuttavia, è necessario tenere conto dei cambiamenti relativi al processo di apprendimento dei lavoratori anziani. Le strategie di apprendimento, le condizioni di apprendimento, l'uso di immagini, le pause e gli orari per l'acquisizione di conoscenze variano tra i lavoratori giovani e quelli anziani. Tuttavia, la più importante piattaforma di apprendimento è il lavoro e il luogo di lavoro di per sé. L'apprendimento sul luogo di lavoro è possibile se i contenuti e i compiti lavorativi sono ideati per conferire esperienze di apprendimento. Le esperienze di apprendimento positive acquisite sul luogo di lavoro durante tutta la carriera riducono le barriere che ostacolano l'apprendimento di concetti nuovi e correggono gli atteggiamenti negativi verso l'apprendimento. L'atteggiamento del quadro è importante: se è favorevole all'apprendimento permanente e lo promuove offrendo opportunità di formazione, si rimuove un ostacolo importante all'apprendimento dei dipendenti anziani. L'apprendimento durante l'invecchiamento è un fattore di successo importante dell'invecchiamento attivo.

**Valori, atteggiamenti e motivazione** spesso non sono l'obiettivo di interventi diretti. Questi fattori tendono a essere influenzati in maniera più indiretta. I lavoratori dovrebbero sentirsi rispettati e potersi fidare del loro datore di lavoro, si aspettano di ricevere sup-

porto dal quadro nelle situazioni di lavoro impegnative e difficili. Inoltre, hanno bisogno di sapere se il loro lavoro è stato svolto adeguatamente e anche di imparare come migliorare le loro prestazioni. Il dialogo tra quadri e lavoratori dovrebbe essere un processo continuo e non un colloquio di valutazione che avviene una volta in un anno. Un trattamento equo e un approccio di totale intransigenza verso la discriminazione per ragioni d'età saranno percepiti e apprezzati dai dipendenti. L'impegno e la dedizione individuali al lavoro saranno valutati positivamente. Va inoltre ricordato che i dipendenti sono in ultima analisi responsabili dei propri valori, atteggiamenti e altri fattori personali. Rivedere i propri atteggiamenti mentali verso il lavoro, le risorse interne e le questioni familiari è necessario per costruire un equilibrio migliore e sostenibile nell'ambito della vita lavorativa.

**L'ambiente di lavoro** (fisico, mentale, sociale), l'organizzazione del lavoro e le forme d'impiego, l'orario di lavoro, la comunità lavorativa e i compiti lavorativi, così come la dirigenza. I dirigenti e i quadri svolgono un ruolo importante perché hanno la facoltà di organizzare i processi del lavoro e le singole mansioni. Tutte le decisioni e tutti i cambiamenti della sfera lavorativa passano attraverso le loro mani. Sono inoltre responsabili delle questioni di salute e sicurezza sul luogo di lavoro, comprese le valutazioni dei rischi. La valutazione dei rischi deve prendere in considerazione le ampie differenze individuali delle capacità funzionali e della salute del personale, disabilità, problemi di genere ecc. I lavoratori e i dipendenti di tutte le età possono essere esposti a lavoro nocivo. Poiché l'adeguamento del lavoro alle abilità, competenze e allo stato di salute di un individuo dovrebbe essere un processo continuo e dinamico, sulla base di un'adeguata valutazione dei rischi, l'adeguamento del lavoro allo stato di salute e alle esigenze dei lavoratori anziani non dovrebbe costituire un onere supplementare. L'età è solo un aspetto della diversità della forza lavoro, ma le conoscenze dei dirigenti e dei quadri in relazione alle problematiche legate all'età devono essere approfondite. Tutte queste azioni e questi

miglioramenti connessi all'età, necessari sui luoghi di lavoro, possono essere definiti come "gestione dell'età".

Una nuova definizione dei singoli compiti lavorativi in funzione dei punti di forza, delle esigenze e delle capacità dei lavoratori anziani è fondamentale per garantire la capacità lavorativa, il benessere e la produttività dei dipendenti. Per esempio, la riduzione del carico di lavoro fisico, l'introduzione di brevi pause tra i processi lavorativi e la valutazione dei rischi per la salute quando si pianificano i turni di lavoro e le forme d'impiego flessibili, sono tutte misure a favore del fattore età. D'altra parte, i punti di forza dei lavoratori anziani devono essere sfruttati. Il modo più semplice per individuare nuovi bisogni e modi di ridefinire l'attività lavorativa è quello di chiedere ai lavoratori anziani come vorrebbero cambiare e migliorare il proprio lavoro. Un'altra opzione utile è quella di ripartire le prestazioni di lavoro tra lavoratori giovani e anziani, utilizzando i loro diversi punti di forza.

### *2.5 Vantaggi derivanti dalla promozione della capacità lavorativa dei lavoratori anziani*

Alcuni esempi di buone prassi dimostrano che i costi degli investimenti nella promozione della capacità lavorativa sono compensati dai benefici. Le persone possono continuare a lavorare in modo produttivo, l'ambiente di lavoro migliora, la produttività aumenta e i problemi legati all'età diminuiscono. L'analisi costi benefici indica che gli utili del capitale investito (ROI) possono essere molto buoni: l'utile su 1 EUR investito è pari a 3-5 EUR dopo alcuni anni. Il ROI positivo si basa sui bassi tassi di assenza per malattia, sulla riduzione dei costi dovuti a disabilità al lavoro e una migliore produttività.

### *2.6 I lavoratori anziani, una risorsa per il mondo del lavoro e la società*

I lavoratori anziani sono una parte importante della forza lavoro delle società moderne e il loro numero aumenterà nei prossimi decenni. I

lavoratori anziani hanno capacità e competenze diverse rispetto alle altre generazioni. Senza la loro partecipazione al mondo del lavoro, si rischiano carenze in materia di capacità professionali, strutturali e di contatti. Inoltre, il trasferimento delle loro conoscenze implicite alle giovani generazioni è importante. La migliore combinazione di competenze sul luogo di lavoro si basa sui diversi punti di forza di ciascuna generazione.

Le migliori aspettative di vita e salute dei lavoratori anziani aumentano le loro opportunità di favorire una società rispettosa del fattore età. Tuttavia, una buona vita lavorativa è un requisito importante affinché i lavoratori anziani rimangano attivi e la società tragga beneficio dai loro punti di forza e talenti. In tal modo, essi partecipano attivamente alla costruzione di una società sostenibile e attenta in cui vige la solidarietà tra le generazioni. La vita lavorativa produttiva è una piattaforma importante per l'invecchiamento attivo. La possibilità di svolgere un lavoro soddisfacente può contribuire a prevenire malattie e deterioramento fisico o mentale, garantire una buona capacità cognitiva e fisica, come pure promuovere atteggiamenti positivi e attivi nei confronti della vita. La qualità della vita lavorativa ha un grande impatto su tutti i lavoratori, dal momento che gran parte del nostro tempo è dedicato al lavoro. I recenti risultati delle ricerche longitudinali mostrano che la capacità lavorativa prima del pensionamento è un fattore che determina l'autosufficienza nella vita quotidiana nella fascia d'età compresa tra 73 e 85 anni. Migliore è la capacità lavorativa prima del pensionamento, migliore sarà la qualità della vita in seguito. Pertanto, gli investimenti nell'invecchiamento attivo devono essere garantiti durante gli anni di lavoro. Se investiamo nella salute e sicurezza sui posti di lavoro investiamo anche per il resto della nostra vita.<sup>16</sup>

<sup>16</sup> Juhani Ilmarinen, JIC Ltd, Centro di ricerca gerontologica dell'Università di Jyväskylä, Istituto finlandese per la salute sul lavoro *Promuovere l'invecchiamento attivo sul luogo di lavoro*.

## 2.7 Caratteristiche principali delle imprese con esperienze di *age management*

Imprese di dimensioni molto grandi (500 addetti e oltre)  
Incidenza di lavoratori *over 50* superiore al 30%  
Localizzazione nel Nord-Italia (+ Nord-ovest)  
Appartenenza a grossi gruppi aziendali (+ livello internazionale)  
Concentrazione nel settore dei servizi (+ intermediazione finanziaria)  
La *mission* e l'organizzazione aziendale non hanno risentito troppo degli effetti della crisi  
Cultura e strumenti di Responsabilità sociale d'impresa (RSI)  
Propensione all'innovazione (+ tecnica e di prodotto)  
Valorizzazione delle competenze con ricorso costante alla formazione  
Il livello di strutturazione degli interventi è variabile ed evidenzia una prevalenza di iniziative sperimentali ancora in divenire che, mostrano, al tempo stesso, buone potenzialità di sviluppo e di messa a sistema nel prossimo futuro e testimoniano la concreta volontà dell'impresa a muoversi nella direzione di un'attenta e responsabile gestione delle risorse umane, che tenga in debita considerazione il fattore età. Si rileva, comunque, il dato che l'invecchiamento della forza-lavoro costituisce anche per le aziende di più grandi dimensioni, con organizzazioni molto complesse e strutturate, un tema nuovo, benché costituisca oggetto di studio per il mondo accademico e della ricerca socio-economica già da molti anni.  
L'attenzione al fenomeno e l'avvio di interventi specifici è recente, anche se, in alcuni casi, preceduto da iniziative propedeutiche; è derivato, inoltre, nella maggioranza dei casi, da esigenze specifiche (es. formative) dettate da situazioni contingenti.  
In generale, pertanto, risulta difficile, o ancora prematura, non solo la valutazione dei risultati dei singoli progetti, sia in termini di efficacia ed efficienza rispetto alla produttività, che in termini di impatto rispetto alla qualità dell'organizzazione e del clima aziendale; ma anche la lettura dell'iniziativa nel suo complesso, in termini di sostenibilità,

replicabilità e ripetibilità, vale a dire rispetto ai parametri riconosciuti e utilizzati in ambito comunitario per l'identificazione delle buone pratiche. Fanno eccezione alcune esperienze aziendali più complesse e continuative che, per questo motivo, sono state oggetto di un approfondimento qualitativo attraverso singoli *case-study* nelle quali le imprese appaiono impegnate da anni nello sviluppo di un sistema di welfare aziendale ispirato a criteri di promozione del benessere lavorativo e di politiche per le risorse umane attente e sensibili alla gestione della diversità.

In questi casi, il tema dell'età è stato affrontato come naturale evoluzione di un percorso già avviato e come specifica declinazione di politiche e strategie di valorizzazione già consolidate, consentendo l'identificazione dei principali punti di forza delle iniziative e delle condizioni che possono favorire od ostacolare la loro riuscita e l'eventuale trasferibilità ad altri contesti.

Indipendentemente dal livello di complessità dell'intervento, dal contesto aziendale, dal settore economico e dalle dimensioni del mercato di riferimento, i risultati della ricerca consentono di delineare il percorso seguito dalle imprese che hanno avviato politiche e strategie di age management.

Emergono, infatti, passaggi (o fasi) quasi obbligati, caratterizzati dalla realizzazione di attività molto simili e/o convergenti verso obiettivi analoghi, seppur declinati in forme e modalità attuative differenti, sulla base delle specificità del singolo caso connesse, per esempio, alla struttura demografica della singola impresa, alla tipologia di prodotto/servizio offerto e alla configurazione, attuale e futura, del processo produttivo.

In tutte le esperienze rilevate, pertanto, è possibile distinguere la presenza dei seguenti passaggi, o fasi:

1. sensibilizzazione al tema dell'*ageing*;
2. analisi della struttura demografica dell'impresa;
3. rilevazione dei fabbisogni del personale (maturo);
4. progettazione e avvio di progetti pilota;

5. verifica e valutazione dei risultati per l'implementazione e/o la messa a sistema delle iniziative.

Le iniziative di maggior successo, inoltre, sono caratterizzate dalla partecipazione di molteplici attori e, soprattutto, dal coinvolgimento diretto dei destinatari, chiamati in causa spesso già dalla fase di progettazione, ma sempre presenti attivamente, in tutte le esperienze, nelle fasi di attuazione e di valutazione.

Nella metà dei casi sono state coinvolte attivamente nella progettazione e nella realizzazione anche le rappresentanze sindacali, comunque sempre informate sull'iniziativa.

In due casi è stato evidenziato dai testimoni intervistati come siano stati determinanti la partecipazione attiva e il sostegno continuo dei vertici aziendali e dei dirigenti che, mettendosi in gioco insieme a tutti i lavoratori, hanno dato valore e credibilità all'iniziativa, contribuendo a superare l'iniziale diffidenza manifestata talvolta dai lavoratori più anziani.

Frequente anche il supporto specialistico di risorse esterne, risolto con il ricorso a organizzazioni partner della rete territoriale (es. università), nel caso di imprese inserite in un contesto locale organizzato, oppure ad altre imprese appartenenti allo stesso Gruppo aziendale, con competenze specifiche (es. fondazioni, enti di ricerca o formazione).

Analizziamo, adesso, le singole fasi, del percorso-tipo identificato.

#### *Fase 1*

Il momento della sensibilizzazione e della "presa di coscienza" da parte dell'impresa dell'esistenza di un fenomeno di invecchiamento dei lavoratori che necessita dell'attenzione del management aziendale si colloca, nelle esperienze esaminate, tra la fine del 2010 e il 2013, anni nei quali alcuni eventi tra loro collegati offrono lo spunto per l'avvio di una seria riflessione da parte dei diversi attori del mercato del lavoro; l'inasprirsi della crisi economica che, iniziata nel 2008, assume progressivamente caratteristiche strutturali; la riforma del sistema pensionistico (c.d. Riforma Fornero) che sposta in avanti il limite dell'età per l'uscita dal lavoro;



la Decisione del Parlamento e del Consiglio europeo che proclama il 2012 “Anno europeo dell’Invecchiamento attivo e della solidarietà tra le generazioni”, sottolineando la necessità di affrontare l’impatto dell’invecchiamento demografico sui modelli sociali europei, in particolare sotto il profilo occupazionale.

Inoltre, nel 2013, sotto la spinta dell’anno europeo, il Fondo banche e assicurazioni mette a bando risorse per la realizzazione di progetti specifici di age management, giustificando in parte la concentrazione delle esperienze più significative identificate dall’indagine nel settore bancario e assicurativo, già caratterizzato, tradizionalmente, dal frequente ricorso ai prepensionamenti come strumento per fronteggiare la prolungata permanenza dei lavoratori in azienda.

Rispetto alla fase 1, pertanto, l’analisi della variabile discriminante costituita dalla provenienza della spinta, della sollecitazione ad affrontare il fenomeno, evidenzia come raramente l’attenzione all’age management nasca all’interno dell’impresa stessa, come conseguenza di politiche di gestione ispirate a criteri di qualità del lavoro e benessere lavorativo per l’ottimizzazione della produttività; più spesso la spinta proviene da sollecitazioni esterne, che possono far sorgere nuove criticità da affrontare, o rappresentare opportunità da sfruttare.

L’anno europeo dell’invecchiamento, in particolare, ha contribuito fortemente alla nascita di una riflessione sul tema della gestione dell’età dei lavoratori e sui fattori che possono influenzarne la permanenza in azienda o l’uscita prematura. Tale spinta istituzionale, ha offerto lo spunto per l’avvio di molte iniziative importanti, che tuttavia, proprio per questo motivo, al momento della rilevazione erano ancora in corso o da avviare, ma che presentavano, comunque, un serio impianto di progettazione e interessanti prospettive di sviluppo.

A tal proposito, si deve osservare che la sostenibilità delle iniziative e la possibilità (esigenza) di essere messe a sistema è legata, non solo ai punti di forza rinvenibili tra le caratteristiche progettuali e all’interno della struttura lavorativa, ma anche alla presenza di un contesto esterno favorevole allo sviluppo di una cultura aziendale orientata alla

responsabilità sociale; un contesto sociale ed economico governato da politiche di welfare che diano continuità, sotto il profilo normativo e culturale, alle pur fondamentali iniziative istituzionali di natura occasionale, generate da situazioni di emergenza ma che dovrebbero avere la finalità ultima di avviare processi evolutivi di lungo periodo, indispensabili per fronteggiare fenomeni nuovi come, appunto, quelli legati alle trasformazioni demografiche.

### *Fase 2*

L’impresa, per fronteggiare l’invecchiamento delle risorse umane, necessita in primo luogo di conoscere la composizione demografica del proprio organico e l’incidenza delle diverse generazioni di lavoratori rappresentate nella popolazione aziendale.

In particolare, si determina l’esigenza di identificare la componente di lavoratori più anziani che sono rapidamente passati, alla luce delle recenti modifiche normative, da una situazione di prossimità al pensionamento, alla prospettiva di dover lavorare nell’azienda ancora per molti anni e per questo necessitano di interventi di sostegno alla motivazione e alla produttività, nonché di azioni volte ad agevolare la loro permanenza al lavoro.

La fase 2, pertanto, si configura come quel passaggio del percorso per lo sviluppo di politiche e strategie di age management che ha la finalità di conoscere la segmentazione demografica del personale e di identificare l’incidenza e le caratteristiche dei lavoratori più anziani, sia rispetto alla popolazione aziendale nel suo complesso, sia in rapporto alle altre classi di età.

A questo proposito, è importante sottolineare che circa la metà delle imprese censite da questa indagine come buone pratiche risultano avere in organico una percentuale di lavoratori over 50 superiore al 30%.

Le azioni concrete di age management che le imprese mettono in campo in questa fase sono riconducibili ad interventi di informazione e sensibilizzazione (dei dirigenti, dei responsabili dei gruppi di lavoro, o anche

di tutto il personale) e, soprattutto, a indagini e *survey* aziendali, talvolta strutturate in modo così articolato e approfondito da costituire esse stesse un progetto di age management per la realizzazione del quale può rendersi necessaria la collaborazione di strutture specializzate esterne all'impresa (es. Università o altra impresa appartenente allo stesso gruppo aziendale) e che definisce una fase a sé stante del percorso (fase 3).

### Fase 3

Le diverse indagini interne realizzate dalle imprese nell'ambito delle risorse umane, sono riconducibili a due tipologie, potendo distinguere:

- le *survey* condotte su personale appartenente a tutte le fasce di età presenti in azienda, sulla base di un approccio metodologico che prende in considerazione l'intero arco della vita lavorativa dei dipendenti;
- ricerche specificamente focalizzate sui lavoratori maturi, generalmente identificati come persone di età superiore a 55 anni.

Gli obiettivi sono analoghi, anche se differenziati in relazione alla storia e all'esperienza della singola impresa:

1. delineare un profilo dei lavoratori maturi presenti in azienda, identificandone i
2. problemi ricorrenti, le esigenze, l'esperienza professionale e le potenzialità;
3. individuare i fattori che condizionano la motivazione e l'approccio al lavoro nelle diverse classi di età (o nella fascia di età più elevata);
4. rilevare l'esistenza di pregiudizi e stereotipi legati al fattore età;
5. analizzare il rapporto tra le diverse generazioni di lavoratori che convivono nell'impresa.

### Fase 4

I risultati delle *survey* aziendali confluiscono nella fase 4 del percorso, dedicata alla progettazione e alla realizzazione di interventi di age management con obiettivi specifici connessi al superamento delle princi-

pali criticità, o alla valorizzazione delle potenzialità legate al fattore età. La finalità generale è comunque quella di sostenere la redditività complessiva dell'impresa, attraverso il mantenimento e il miglioramento della produttività dei lavoratori, in particolare quelli più anziani cui, normalmente, si associano livelli di retribuzione più elevati.

### 3. Obiettivi e azioni dei progetti di age management rilevati dall'indagine ISFOL

Si può osservare la numerosità degli interventi nell'ambito della formazione, rivolti in prevalenza a tutti i dipendenti, secondo una lettura del *lifelong-learning* come strumento principale di sostegno all'occupabilità delle persone e alla competitività delle imprese, oppure dedicati in particolare ai lavoratori più maturi. Quest'ultimo è il caso delle tipologie formative finalizzate all'aggiornamento delle competenze tecniche in ambiti specifici (es. competenze informatiche), o alla capitalizzazione dell'esperienza dei lavoratori maturi e alla loro riqualificazione nel ruolo di formatori per il trasferimento delle competenze ai colleghi più giovani (come docenti, *tutor*, *coach* o mentori). Molto importanti anche gli obiettivi specifici e le azioni volti al sostegno della motivazione, alla valorizzazione delle differenze generazionali e alla conciliazione vita lavoro. Tra i primi è opportuno sottolineare gli interventi mirati al coinvolgimento dei lavoratori maturi in nuove attività che valorizzano la loro esperienza umana o professionale e la sperimentazione di progetti di *reverse mentoring*, con i quali si "ribalta" la tradizionale relazione *anziano-mentor/giovane-mentee*, con i lavoratori giovani che affiancano i colleghi più maturi nell'apprendimento di specifiche tecniche lavorative, normalmente caratterizzate dall'impiego delle nuove tecnologie. Rispetto alla conciliazione vita-lavoro, gli sforzi sono concentrati nella sperimentazione di strumenti e accordi per orari flessibili e telelavoro, nonché sul sostegno al dipendente nell'adempimento degli obblighi familiari.

L'approfondimento realizzato attraverso alcune esperienze di age management maggiormente consolidate e strutturate, identificabili come buone prassi e descritte nel paragrafo successivo, permette di definirne i principali punti di forza e di debolezza e di ricostruire un quadro di riferimento per l'implementazione di interventi sostenibili e ripetibili.

### 3.1 Gruppo HERA

*Il confronto generazionale è intrinseco al nostro settore perché sposa la tradizione con la componente innovativa*

Il Gruppo Hera è una società multiservizi che opera nel settore energetico, erogando servizi legati al ciclo idrico, alla distribuzione e vendita di energia, alla gestione dei servizi ambientali.

La cultura d'impresa è caratterizzata: da un forte orientamento all'innovazione tecnologica e di processo, imposto dalla tipologia stessa dei servizi erogati, che richiedono investimenti significativi in alte tecnologie e in Ricerca & Sviluppo; da un elevato livello di attenzione alle risorse umane, con politiche strutturate e integrate finalizzate alla crescita professionale e alla valorizzazione del potenziale a tutti i livelli; da un significativo impegno verso la Responsabilità sociale d'impresa, testimoniato dalla costituzione di una Direzione *Corporate social responsibility* e dall'adozione di molteplici strumenti specifici (Bilancio di sostenibilità, Codice etico, Certificazione sociale SA8000). Nel 2009 l'impresa ha sottoscritto anche una "Carta per le pari opportunità e l'uguaglianza sul lavoro" che sancisce 10 impegni per il contrasto alla discriminazione e la valorizzazione della diversità che ha portato all'introduzione in organico di un *diversity manager* a capo di un team di lavoro cui partecipano quattro diverse Direzioni centrali (*Social responsibility*, Relazioni esterne, Qualità sicurezza e ambiente, Personale e organizzazione).

In tale contesto aziendale, già sensibile alla diversità e favorevole all'*ageing*, e dalla necessità di conciliare le esigenze di salvaguardia del capitale di competenze tecniche tradizionali, difficilmente reperibili

sul mercato, con quelle di propensione all'innovazione per l'introduzione di tecnologie *smart*, nel 2012 è stato avviato il Progetto "GenerAzioni", con la finalità di valorizzare le differenze generazionali e di promuovere il dialogo intergenerazionale, facilitando così il mantenimento e l'aggiornamento delle competenze strategiche.

Nella prima fase del progetto è stata realizzata una mappatura della composizione demografica del personale e poi una ricerca, in collaborazione con la Facoltà di Psicologia dell'Università di Bologna, su un campione di 400 dipendenti per rilevare l'esistenza di stereotipi e pregiudizi legati all'età. La ricerca è stata realizzata attraverso:

- la somministrazione di un questionario ai lavoratori, suddivisi in due sottogruppi: under 35 e over 50;
- la realizzazione di tre focus group: uno con lavoratori under 35, uno con gli over 50 e uno con un gruppo misto;
- interviste individuali ai dirigenti.

Attraverso l'impiego di tali strumenti si voleva verificare, in particolare, se i lavoratori si riconoscessero negli atteggiamenti e nei comportamenti attribuiti alla loro classe di età dai colleghi dell'altra generazione e conoscere la loro opinione rispetto alle prassi aziendali connesse al fattore età.

Le principali informazioni scaturite dalla ricerca sono sintetizzabili in tre punti:

- l'impresa è caratterizzata da una cultura dominante della *senority* che esprime, da un lato, una positiva tendenza alla valorizzazione dell'esperienza dei lavoratori più maturi; dall'altro, evidenzia l'esigenza di dover sostenere lo sviluppo del potenziale nei lavoratori più giovani;
- viene parzialmente confermata la presenza di alcuni stereotipi legati all'età, ma ne vengono messi in discussione altri, tra i quali, in particolare, quello che definisce i lavoratori maturi meno flessibili e adattabili rispetto ai più giovani;
- si rileva la presenza di un nutrito gruppo di lavoratori che non si riconosce in alcuna delle caratteristiche attribuite tradizionalmen-

te a ciascuno dei due gruppi anagrafici coinvolti nella ricerca. Tali lavoratori sono più aperti al cambiamento, alle novità e al dialogo intergenerazionale; per questo motivo sono stati definiti “permeabili” e costituiscono il target ideale verso il quale indirizzare gli interventi strategici di age management.

La migliore conoscenza delle problematiche aziendali legate all’età, ha costituito la base teorica per la progettazione consapevole di un Piano di Azione specificamente dedicato alla valorizzazione delle differenze e alla promozione del dialogo intergenerazionale.

Il Piano è articolato in quattro aree prioritarie di intervento nell’ambito delle quali avviare nuovi progetti, oppure rimodulare progetti già esistenti, o prassi aziendali già consolidate, seguendo un approccio intergenerazionale.

La prima area è quella del *Dialogo Intergenerazionale*, comune a molti ambiti, ma caratterizzante soprattutto i percorsi formativi, rispetto ai quali l’impresa è intervenuta sia favorendo la composizione mista delle aule, nelle quali devono essere rappresentate tutte le classi di età, sia sviluppando le forme più classiche di trasferimento delle competenze da lavoratore senior a lavoratore junior (*coaching, tutoring, mentoring*) e sperimentando forme innovative da junior a senior (c.d. *reverse mentoring*).

In questa prima area rientrano anche le c.d. Comunità di pratica, reti informali di collaborazione tra dipendenti, attraverso forum e piattaforme informatiche che consentono di superare la distanza sia professionale che fisica (ruoli formali e/o sedi territoriali diversi), finalizzate a condividere informazioni utili e a favorire lo scambio di conoscenze, in particolare le competenze digitali della generazione più giovane, con l’esperienza tecnica dei lavoratori più maturi.

La seconda area prioritaria di azione è quella del *Monitoraggio del livello di attenzione alla diversità generazionale* e prevede, da una parte, analisi periodiche della composizione demografica del personale con redazione di report semestrali, finalizzate allo sviluppo di politiche e strategie di age management mirate; dall’altra parte, la creazione di gruppi di lavoro più equilibrati rispetto al fattore età e l’introduzione

di indicatori di monitoraggio *age-oriented* nelle rilevazioni di clima interno aziendale.

Interessante e innovativo, nell’ambito di quest’area, un progetto avviato ancora in collaborazione con l’Università di Bologna, per verificare la possibilità di considerare, in fase di valutazione dei rischi, anche il processo di invecchiamento dei lavoratori introducendo una terza dimensione che consenta di valutare, oltre alla probabilità di verificarsi di un evento e alla sua gravità, anche l’incidenza del genere e dell’età del lavoratore.

La terza area prioritaria riguarda le *Opportunità di sviluppo* ed è dedicata in particolare a sostenere la crescita professionale dei dipendenti giovani, poiché nella fase di ricerca questi hanno espresso autovalutazioni meno positive rispetto ai colleghi senior.

Attraverso una iniziativa di consolidamento del processo di *feedback* che coinvolge sia responsabili, dirigenti e quadri, per migliorarne la capacità di fornire *feedback* efficaci, sia lavoratori giovani identificati come talenti, per svilupparne la capacità di apprendere in modo proattivo, si interviene sul processo di valutazione e autovalutazione, con particolare attenzione proprio alla fase di *feedback*.

L’ultima area prioritaria di azione è quella della *Conciliazione vita-lavoro*, emersa dalla ricerca come esigenza trasversale a tutte le classi di età e nella quale si concentrano molteplici attività, dal momento che questa impresa è da tempo impegnata in tale ambito.

A fine 2012 è stato avviato il progetto “Politiche del buon rientro”, finanziato dal Dipartimento delle politiche per la famiglia della Presidenza del Consiglio dei Ministri con l’obiettivo di favorire il rientro al lavoro dei dipendenti che utilizzano congedi di maternità o parentali, oppure usufruiscono dei periodi di astensione previsti dalla Legge 104/1992. I destinatari sono, pertanto, non solo lavoratori giovani impegnati nella cura dei figli, ma anche lavoratori maturi che rientrano dopo lunghi periodi di malattia, oppure che necessitano di tempo libero per l’assistenza dei familiari anziani.

Rispetto a quest’ultimo aspetto, l’impresa interviene anche parteci-

pando al Progetto Madreperla”, realizzato in via sperimentale con la Provincia di Bologna, per facilitare l’identificazione di personale qualificato per l’assistenza domiciliare dei familiari dei dipendenti attraverso la banca dati “Madreperla” del Centro per l’impiego più vicino.

Tale servizio dovrebbe garantire tempi di risposta più brevi del normale proprio per l’urgenza che le esigenze di cura e assistenza impongono e per l’impatto negativo che tempi di attesa più lunghi potrebbero avere sulla permanenza al lavoro del dipendente.

Tra le nuove attività avviate in questo ambito appare molto significativo un progetto di *Remote Working*, finalizzato a valorizzare il tempo dei dipendenti e rispetto al quale è attualmente in corso uno studio di fattibilità (*benchmarking* con altre esperienze aziendali) per verificare la compatibilità delle modalità di attuazione con le caratteristiche e la cultura aziendale del Gruppo Hera.

I principali punti di forza dell’esperienza di Hera sono ravvisabili nella cultura aziendale, già orientata alla valorizzazione della diversità e all’attenzione verso le risorse umane, nell’approccio integrato, che considera l’organizzazione e i processi aziendali nella loro complessità, e nel coinvolgimento del personale in tutte le fasi delle iniziative.

I progetti di age management non sono isolati, né calati dall’alto in risposta ad esigenze specifiche contingenti. Si tratta, bensì di riletture di prassi aziendali in un’ottica intergenerazionale, o di avvio di nuovi progetti che mirano a rafforzare la valorizzazione della diversità ponendo maggiore attenzione al fattore età. Le iniziative nascono dall’attenta analisi dei risultati dei monitoraggi periodici del personale e delle indagini di clima aziendale e lo sviluppo dei progetti è condiviso con tutto l’organico, che viene costantemente informato e aggiornato sullo stato dell’iniziativa, con il coinvolgimento in prima persona dei destinatari diretti, non solo nelle fasi di ricerca, ma anche in quelle successive di riflessione e di implementazione. Qualche resistenza iniziale, al momento della presentazione delle iniziative, è stata facilmente superata all’avvio della fase di attuazione; e questa appare, di fatto, l’unica criticità riscontrabile nel presente caso-studio.

In considerazione del fatto che gli interventi sono attuati con risorse interne all’impresa, quindi non sussistono problemi di sostenibilità economica legati alla presenza di finanziamenti esterni, le iniziative sono destinate a proseguire e a svilupparsi nel tempo, grazie ad una pianificazione di medio-lungo periodo che coinvolge tutte le realtà del gruppo.

Il radicamento dell’impresa sul territorio, testimoniato anche dalla collaborazione con l’Università di Bologna e con altri attori locali, soprattutto quelli appartenenti al sistema formativo (grazie alla *Corporate University* del Gruppo istituita nel 2011), costituisce una opportunità favorevole alla sostenibilità dell’esperienza e alla trasferibilità.

Il dettaglio degli interventi di age management realizzati dal Gruppo Hera è sintetizzato nel box n.10.

### 3.2 IBM Italia SpA

*Ciò che è utile e agevola chi è socialmente più debole, sicuramente agevolerà anche chi non lo è*

IBM opera nel settore tecnologico offrendo prodotti e servizi per la gestione delle infrastrutture informatiche complesse al servizio delle aziende e delle istituzioni.

È presente in 170 Paesi, dal 1927 anche in Italia, dove opera su tutto il territorio nazionale con molte sedi in diverse città.

L’impresa si caratterizza per la forte propensione all’innovazione, che la rende un’azienda leader nelle diverse aree di *business* del settore, e per l’elevato livello di attenzione al sociale, che si consolida con la costituzione, nel 1991, della Fondazione IBM Italia, con l’obiettivo di promuovere l’applicazione della ricerca scientifica agli altri settori culturali e lo sviluppo di tutte quelle iniziative che possano migliorare il benessere delle persone.

Diffuso appare l’impiego di strumenti di Responsabilità sociale - dal Bilancio sociale e di sostenibilità, al Codice etico, alle Certificazioni so-

**Box n. 10 - Obiettivi e azioni degli interventi di age management del Gruppo Hera**

Obiettivi	Azioni
Identificazione di stereotipi e comportamenti pregiudiziali legati all'età all'interno dell'azienda	Survey su un campione di 400 addetti in collaborazione con l'Università di Bologna (questionario, focus group e interviste individuali al management).
Sviluppo di un approccio intergenerazionale all'organizzazione aziendale	Definizione di un Piano di azione aziendale, incentrato su 4 linee prioritarie di intervento: dialogo intergenerazionale, opportunità di sviluppo, attenzione alla diversità generazionale e conciliazione vita-lavoro; avvio di nuovi progetti aziendali o rilettura di progetti già esistenti in un'ottica intergenerazionale.
Valorizzazione dell'esperienza dei lavoratori over 50	<i>Mentoring e Coaching</i> ; trasferimento competenze senior-junior (modello Scuola dei mestieri).
Valorizzazione delle differenze generazionali e promozione del dialogo intergenerazionale	Riorganizzazione della formazione aziendale con aule miste; gruppi di lavoro e di docenza differenziati per età; reti informali di collaborazione interna (Comunità di pratica); <i>mentoring e reverse mentoring</i> .
Monitoraggio costante del livello di attenzione alla diversità generazionale	Analisi periodiche della composizione demografica dell'azienda con elaborazione di Report semestrali; introduzione di indicatori di monitoraggio <i>age oriented</i> per le rilevazioni di clima interno del Gruppo.
Tutela salute e sicurezza sul lavoro	Studio di fattibilità per la misurazione dei possibili impatti delle differenze di età e di genere nella valutazione dei rischi aziendali.
Conciliazione vita-lavoro	Analisi di fattibilità progetto di <i>remote working</i> ; sostegno al rientro in azienda dopo lunghi periodi di assenza; sostegno alla ricerca e individuazione di personale qualificato per l'assistenza domiciliare dei familiari dei lavoratori dell'azienda (collaborazione Comune Bologna).

ciali e ambientali - e il monitoraggio delle risorse umane, sia in termini di rilevazioni periodiche sul livello di partecipazione e soddisfazione, sulle esigenze nell'ambito della conciliazione vita-lavoro e del benessere aziendale; sia in termini di crescita professionale, con l'impiego di strumenti di rilevazione e *assessment* delle competenze, che sono poi costantemente aggiornate con attività di formazione.

Rispetto al tema della diversità, l'impresa è da anni impegnata per l'integrazione e la valorizzazione. Risale al 1953 l'istituzione della *IBM's Global corporate, Policy statement on workforce diversity* per garantire che l'entrata in azienda e lo sviluppo di carriera non fosse condizionato da discriminazioni di alcun tipo (genere, razza, religione, disabilità, orientamento sessuale, ecc.). Nel 1996 sono state create sei *taskforce* per la *diversity* (*Gender, People with disability, Multicultural, LGBT, Work-Life integration e Generational*), con programmi specifici di intervento finalizzati a migliorare l'inclusività degli ambienti di lavoro, coordinate in ogni Paese da un *Diversity and Inclusion Leader* e guidate ciascuna dal proprio *Executive Sponsor*, che rappresenta all'esterno le istanze dell'Area.

Pertanto, l'attenzione al problema dell'età si è sviluppata negli ultimi anni come declinazione di una più generale sensibilità alla diversità, in risposta alle nuove sfide imposte all'azienda dal processo di invecchiamento delle risorse umane.

In particolare l'allungamento della vita lavorativa e quindi del tempo di permanenza dei dipendenti in azienda, ha indotto il management a concentrare i propri sforzi, sullo sviluppo e lo scambio delle competenze, da un lato per affrontare il problema dell'obsolescenza nei lavoratori più maturi; dall'altro lato per evitare la perdita di abilità e conoscenze strategiche nel processo di sostituzione dei lavoratori in uscita con i giovani in entrata.

Al fine di facilitare il trasferimento di competenze in entrambe le direzioni, senior-junior e junior-senior, nonché di valorizzare alcune abilità dei lavoratori più giovani, cosiddetti nativi digitali e naturalmente più predisposti al *social networking*, l'impresa ha sperimentato lo stru-



mento del *Reverse mentoring*, tipologia di affiancamento informale *on the job* che, rispetto al più tradizionale *mentoring*, vede ribaltata la relazione mentor-mentee, con il lavoratore giovane nel ruolo del primo e il lavoratore maturo nel ruolo del secondo. Per l'implementazione e la corretta gestione di questa pratica, sono stati creati numerosi strumenti e materiali specifici.<sup>17</sup>

Importante sottolineare che il *mentoring* e il *reverse mentoring*, manifestano i loro effetti positivi non solo in termini di condivisione e trasferimento delle competenze, ma anche (e soprattutto) in termini di facilitazione del dialogo intergenerazionale e, quindi, di miglioramento del clima aziendale nel suo complesso, poiché contribuiscono ad accrescere il livello di collaborazione e di solidarietà tra le generazioni rappresentate in organico.

Inoltre, IBM Italia ha partecipato alla sperimentazione del progetto "Ponte Generazionale", promosso dalla Regione Lombardia in collaborazione con Assolombarda e INPS Lombardia con la finalità di facilitare il ricambio generazionale.

Grazie a questa iniziativa, i dipendenti delle imprese che aderiscono, in prossimità del pensionamento, possono richiedere la trasformazione dell'orario di lavoro in part time, mantenendo la copertura contributiva prevista dal full time, che viene garantita da risorse regionali. L'impresa è però tenuta ad assumere nuovi lavoratori giovani, in modo da determinare un saldo occupazionale positivo. I lavoratori che beneficiano dell'iniziativa possono partecipare a interventi formativi di riqualificazione professionale o per l'acquisizione di competenze utili allo svolgimento di eventuali attività future in ambito sociale.

L'impegno di IBM nel sociale, anche attraverso la sollecitazione dei propri dipendenti e pensionati in questa direzione, è testimoniato an-

che dalla creazione, a livello globale, dell'*On-demand community* che ha l'obiettivo di sviluppare la partecipazione di dipendenti-volontari dell'impresa, con scuole ed enti non profit, a progetti ad alto contenuto tecnologico, per la realizzazione dei quali possono mettere a disposizione la propria esperienza professionale ed eventualmente contribuire con donazioni in denaro o in tecnologia. I punti di forza dell'esperienza IBM sono riconducibili sostanzialmente alla valorizzazione della diversità, elemento portante della cultura aziendale, che affonda le sue radici in tempi lontani ed evolve di pari passo con i mutamenti del contesto socio-economico.

Non si rilevano, al contrario, significative criticità. Relativamente al *Reverse mentoring*, può costituire una difficoltà l'eventuale atteggiamento di chiusura da parte dei dipendenti senior che potrebbero non gradire l'idea di dover "apprendere" dai colleghi più giovani. Ma questo ostacolo appare superabile grazie al clima positivo di collaborazione che il medesimo strumento consente di sviluppare, sostenendo la motivazione dei lavoratori maturi a investire nell'aggiornamento delle proprie competenze in un'ottica di apprendimento lungo tutto l'arco della vita. Lo scarso successo dell'iniziativa "Ponte Generazionale" che ha visto poche adesioni da parte dei lavoratori con i requisiti previsti dal progetto, sembrerebbe più attribuibile alla concomitanza con una fase di ristrutturazione aziendale che ha indotto i dipendenti a orientarsi verso soluzioni alternative.

Il dettaglio degli interventi di age management realizzati in IBM Italia è sintetizzato nel box n. 11.

<sup>17</sup> Il mentoring è l'attività di formazione aziendale effettuata affiancando lavoratori più esperti a quelli appena assunti. Si può definire il reverse mentoring come il processo mediante il quale i giovani con poca esperienza ma con alta competenza digitale aiutano i senior ad apprendere le nuove tecnologie. Una sorta di reciproco scambio di competenze che nessun corso di formazione potrebbe garantire e naturalmente con costi aziendali contenuti.

**Box n.11 - Obiettivi e azioni degli interventi di age management di IBM Italia**

Obiettivi	Azioni
Valorizzazione dell'esperienza dei lavoratori over 50	<i>Mentoring</i> lavoratore senior-lavoratore junior per la trasmissione della conoscenza della cultura, del contesto aziendale e della storia dell'azienda.
Valorizzazione delle differenze generazionali e promozione del dialogo intergenerazionale	<i>Reverse mentoring</i> lavoratore junior-lavoratore senior per il trasferimento delle abilità legate prevalentemente all'uso delle tecnologie più avanzate e dei social network.
Facilitazione del ricambio generazionale e transizione graduale dal lavoro alla pensione	Ponte generazionale tra lavoratori in prossimità del pensionamento (max 36 mesi) e giovani assunti tra i 18 e i 29 anni; programmi di formazione per i lavoratori che aderiscono, finalizzati alla riqualificazione professionale o all'acquisizione di competenze utili a un futuro impegno sociale; sostegno all'impegno dei dipendenti e dei pensionati nelle attività di volontariato ( <i>on-demand community</i> ).
Sostegno della motivazione e alla crescita professionale dei dipendenti	<i>Survey</i> periodiche sul clima aziendale, in particolare sul livello di partecipazione e sulle esigenze dei dipendenti; rilevazione triennale presso i propri dipendenti su scala mondiale rispetto ai temi del <i>work-life balance</i> e del benessere sociale.
Sviluppo delle competenze	Monitoraggio della crescita professionale dei dipendenti e <i>assessment</i> delle competenze; formazione (obbligo di partecipare a un minimo di 40 ore annue di formazione per ciascun dipendente).

**3.3 UBI Banca**

*Rafforzare il ponte generazionale tra colleghi senior e giovani costituisce il motore per il futuro di ogni organizzazione (...) La formazione riveste un ruolo da protagonista nella promozione dell'active ageing perché consente agli individui di mantenere adeguati livelli di conoscenza e una piena partecipazione alla vita aziendale*

UBI Banca è uno dei principali gruppi bancari in Italia, con una quota di mercato che supera il 5% e oltre 18.000 dipendenti, dei quali circa il 32% over 50.

La cultura aziendale si caratterizza per un elevato livello di sensibilità e attenzione alla Responsabilità sociale d'impresa e alla diversità.

L'impresa redige da oltre 12 anni il Bilancio sociale, aderisce al *Global Compact* e, dal 2008, ha adottato una propria Carta dei valori e un Codice etico che definiscono i principi ispiratori dell'etica aziendale e le linee di comportamento da mantenere sul luogo di lavoro.

Rispetto al tema della diversità, l'impresa è da anni impegnata nell'integrazione delle diverse componenti della popolazione aziendale, con particolare attenzione alle differenze di genere e di generazione.

Attualmente, l'impresa sta lavorando con molta attenzione sull'inclusione, in particolare sul confronto tra generi e sulla conciliazione vita-lavoro con interventi finalizzati ad agevolare il rientro al lavoro delle donne dopo il congedo di maternità; per il futuro, si prevede di estendere questo tipo di impegno al confronto intergenerazionale e al sostegno dell'*active ageing*.

L'impresa, infatti, riconosce una grande importanza alla valorizzazione delle risorse senior, come depositarie di conoscenze ed esperienze preziose che non possono andare perdute, ma devono, al contrario, essere tramandate di generazione in generazione rafforzando il ponte generazionale, identificato come il motore per il futuro di tutte le organizzazioni lavorative.

In tale contesto si sviluppano gli interventi dell'impresa sul tema dell'*ageing*, concentrati soprattutto nell'ambito della formazione e

iniziati nel 2011 con un progetto pilota avviato in UBIS, società di sistemi e servizi del gruppo, quando l'analisi demografica dell'impresa ha evidenziato un'incidenza dei lavoratori over 55 pari a circa il 19%.

Al fine di migliorare il clima organizzativo e di rafforzare la produttività dei dipendenti senior attraverso il sostegno alla motivazione e al coinvolgimento nelle attività aziendali, sono stati progettati dei percorsi formativi *ad hoc* partendo dalle evidenze emerse da alcuni *focus group* realizzati con gruppi di lavoratori di età superiore ai 53 anni sul tema della valorizzazione dell'esperienza. In particolare, i focus group hanno permesso di identificare quattro tipologie di lavoratori alle quali ricondurre il personale UBIS (Ingaggiati, Risentiti, Rassegnati e Abbandonati) e quindi intervenire sulla progettazione dei percorsi formativi aziendali con l'obiettivo di aumentare la numerosità della tipologia dei dipendenti più motivati, convinti delle proprie capacità e della possibilità di esprimerle partecipando alle attività aziendali (gli Ingaggiati).

L'esito positivo del progetto pilota, in termini di partecipazione e soddisfazione dei soggetti coinvolti, unitamente agli esiti di un'analisi della struttura demografica dell'intero gruppo UBI, che ha evidenziato un'incidenza del 32% di dipendenti over 50 e del 35% di over 55, ha costituito l'incentivo ad avviare un progetto più complesso che coinvolgesse tutte le società del gruppo stesso, sfruttando anche le opportunità di finanziamento messe a disposizione dal Fondo banche e assicurazioni per la realizzazione di progetti di age management.

Ricalcando lo schema di base del progetto pilota, la nuova iniziativa prevedeva la progettazione di percorsi formativi basati sui risultati di una rilevazione dei fabbisogni dei diretti interessati, realizzata tramite la somministrazione di un questionario anonimo a un campione di circa 2.300 dipendenti del gruppo, non dirigenti, di età superiore ai 55 anni.

In particolare il questionario aveva l'obiettivo di identificare, in primo luogo il clima lavorativo, in termini di soddisfazione e prospettive

professionali delle diverse generazioni presenti in azienda; in secondo luogo gli ambiti generali di intervento ritenuti prioritari per la formazione e, scendendo più nel dettaglio, anche il livello di importanza e di soddisfazione attribuito dai lavoratori a ciascuno degli ambiti formativi identificati.

UBI Academy, Corporate University di UBI Banca, a partire dall'analisi dei risultati della ricerca ha progettato un programma formativo dedicato ai lavoratori over 50 non dirigenti, articolato in tre percorsi corrispondenti a tre fasi sequenziali della formazione: presa di coscienza delle proprie capacità, potenziamento delle stesse e sviluppo delle competenze necessarie per l'implementazione dei "comportamenti vincenti" nel gruppo di lavoro.

Il primo percorso, denominato "Il valore dell'esperienza", è finalizzato a sviluppare nei partecipanti capacità di autovalutazione e riconoscimento dei propri punti di forza per riuscire a valorizzare le proprie abilità/potenzialità, ottimizzandone l'impiego sul lavoro e trasmettendo tali comportamenti efficaci ed efficienti ai colleghi più giovani.

"*Gaming*", il secondo percorso, rappresenta un innovativo metodo d'aula con il quale i partecipanti, attraverso giochi di ruolo e successive auto-osservazioni e analisi dei propri comportamenti, acquisiscono consapevolezza delle proprie azioni e definiscono un personale programma di allenamento per migliorare le capacità personali.

Il terzo percorso, "Tecniche di *mentoring* e docenza", è finalizzato a far acquisire ai lavoratori più maturi le tecniche di insegnamento e trasferimento efficace delle conoscenze e dell'esperienza lavorativa ai colleghi più giovani, con la realizzazione di simulazioni e giochi di ruolo che consentono di mettere in pratica e sperimentare i comportamenti appresi.

L'obiettivo finale di questo intervento è quello di accrescere la motivazione e il potenziale dei lavoratori maturi, offrendo loro nuove opportunità all'interno dell'organizzazione e portando contestualmente all'impresa un miglioramento generale del contesto lavorativo, attraverso lo sviluppo del dialogo e dello scambio intergenerazionale.

I punti di forza che hanno determinato il successo dell'iniziativa sono sostanzialmente tre:

1. l'approccio *bottom up*;
2. l'attenzione alla sensibilizzazione e alla comunicazione;
3. il metodo di lavoro scelto.

Come già evidenziato, il progetto formativo ha preso l'avvio dai risultati di una preventiva indagine che aveva il preciso scopo di identificare le effettive esigenze dei beneficiari e i loro interessi. La possibilità di autocandidarsi ha rafforzato l'efficacia dell'approccio "dal basso" testimoniato dalla numerosità, superiore alle aspettative, delle persone che si sono candidate (anche a più percorsi), essendosi evidentemente riconosciute nelle proposte formative dell'azienda.

L'iniziativa è stata fortemente appoggiata dai vertici dell'impresa che l'hanno sempre sostenuta, riconoscendone l'importanza. La comunicazione è sempre stata presente ed efficace, fin dalla fase preliminare di ricerca per sensibilizzare i dipendenti a partecipare alla compilazione del questionario che, infatti, ha ottenuto delle percentuali di risposta piuttosto elevate.

Infine, l'innovatività delle metodologie formative proposte e il taglio operativo e concreto dato ai lavori d'aula ha contribuito a mantenere alta la motivazione e il livello di coinvolgimento dei partecipanti che si sono dimostrati molto attivi e desiderosi di poter esprimere il proprio punto di vista. Le prospettive future, oltre che di replica dell'intervento, sono indirizzate verso la condivisione dei risultati con i responsabili delle risorse umane per l'applicazione concreta dei percorsi di apprendimento realizzati in aula al lavoro quotidiano.<sup>18</sup>

Il dettaglio degli interventi di age management realizzati da UBI Banca è sintetizzato nel box n. 16.

#### Box n. 16 - Obiettivi e azioni degli interventi di age management di Ubi Banca

Obiettivi	Azioni
Sostegno della motivazione	Progetto pilota su target di dipendenti over 53, con focus group sulla valorizzazione delle risorse senior e successiva progettazione di percorsi formativi per migliorare l'auto-efficienza personale.
Identificazione dei fabbisogni formativi dei dipendenti e sviluppo delle competenze	Progettazione di percorsi formativi con approccio <i>bottom-up</i> ; analisi sulla composizione demografica dell'organico del Gruppo; somministrazione di questionario sul rapporto tra generazioni a dipendenti over 55 non dirigenti; progettazione di tre percorsi formativi rispondenti ai bisogni dei dipendenti identificati col questionario.
Valorizzazione dell'esperienza dei lavoratori senior e trasferimento delle competenze	<p>Percorso di presa di autoconsapevolezza dei punti di forza in termini di capacità trasversali, attraverso la riflessione e l'esercizio dell'auto-osservazione dei propri comportamenti, per replicare nel contesto lavorativo quelli vincenti e trasferirli efficacemente ai colleghi più giovani.</p> <p>Percorso nel quale, attraverso il gioco di ruolo, si allenano le proprie capacità chiave, e si apprendono comportamenti vincenti, mettendoli in atto in aula.</p> <p>Percorso di apprendimento delle tecniche base per trasferire le conoscenze specialistiche e le esperienze apprese e per divenire un punto di riferimento per i colleghi più giovani.</p>

<sup>18</sup> Isfol *L'age management nelle grandi imprese italiane. I risultati di un'indagine qualitativa, 2015.*

### 3.4 LOCCIONI

Negli stabilimenti di Ancona è attiva la SilverZone rientra in un progetto che punta sul valore delle competenze e delle esperienze, considerando l'età un fattore di scarsa importanza se confrontato con le competenze costruite operando concretamente nel corso degli anni. Il network model nasce dal 1994 dall'idea di Enrico Loccioni di agevolare la comunicazione e l'integrazione tra piccole e medie imprese di una particolare zona della provincia di Ancona. Il progetto di creare una rete di cultura di impresa multisettoriale, focalizzata sul rapporto tra persone più che tra società, ha generato un terreno fertile su cui sviluppare varie sinergie. La missione di questo network è quella di alimentare la crescita del territorio e dei singoli partecipanti attraverso la condivisione di informazioni ed esperienze.

SilverZone è un'area virtuale che accoglie persone di esperienze e saperi diversi che con il loro valore e la loro passione sostengono l'innovazione e contribuiscono al successo del Gruppo. Tutto si basa sulla costruzione di rapporti di stima e fiducia. È in questa area che le conoscenze accumulate nel tempo vengono raccolte e messe a disposizione del futuro. Fanno parte della SilverZone ricercatori, consulenti, professori e manager di importanti realtà industriali che hanno raggiunto grandi traguardi nella loro vita professionale. Nella SilverZone sono impiegati professionisti altamente qualificati, non necessariamente provenienti solo da Loccioni, valorizzando in questo modo la figura del lavoratore senior al 100%, rescindendo dall'azienda di provenienza.<sup>19</sup>

### 3.5 LUXOTTICA GROUP

Maestri del Lavoro, titolo riservato attualmente a 30 over 55, con almeno 25 anni di servizio all'interno dell'azienda, decorati con la Stella

<sup>19</sup> in <http://people.loccioni.com/formazione/dopo-silverzone/>

al Merito dal Presidente della Repubblica, che si sono distinti per preparazione e competenza tecnica e attaccamento all'azienda.

1. Con il nuovo contratto integrativo, Luxottica ha previsto iniziative a sostegno dell'Ageing: rimodulazione delle mansioni dei dipendenti over 55 sulla base di specifiche esigenze personali e di salute;
2. ampie forme di flessibilità nella gestione delle presenze;
3. riconoscimento di forme di collaborazione part-time;
4. prevenzione sanitaria e assistenza in caso di gravi patologie;
5. integrazione anche fino al 100% della retribuzione per i dipendenti assenti da oltre 180 giorni per gravi malattie;
6. iniziative di formazione continua, sia rivolte agli over che agli under 50, con la previsione di borse di studio per dipendenti e familiari correlate all'attività dell'azienda;
7. laboratori formativi ad hoc (benessere, figura lavoratore senior, "La Leadership ai tempi della crisi") bilanciamento tra lavoro e vita privata (flessibilità oraria, telelavoro).

### 4. Le linee guida della Regione Veneto sull'age-diversity management nelle aziende sanitarie

Con la Risoluzione del Parlamento del 7 luglio 2011 e la successiva Decisione del Parlamento e del Consiglio del 14 settembre dello stesso anno veniva proclamato il 2012 Anno europeo dell'invecchiamento attivo e della solidarietà tra le generazioni. Gli obiettivi dell'Anno europeo erano di diffondere la consapevolezza del valore dell'invecchiamento attivo mettendo in risalto il contributo potenziale delle persone anziane alla società e all'economia; favorire lo scambio di idee e buone prassi; creare un contesto favorevole perché gli Stati membri e i principali *stakeholder* potessero sviluppare politiche e azioni specifiche in questo ambito. Tra le Regioni italiane che negli anni successivi hanno legiferato in materia, troviamo la Regione Umbria con Legge Regio-

nale 27 settembre 2012, n. 14 , *Norme a tutela della promozione e della valorizzazione dell'invecchiamento attivo*, la Regione Liguria con Legge Regionale n. 48 del 3 novembre 2009, *"Promozione e valorizzazione dell'invecchiamento attivo"*, Friuli Venezia Giulia con Legge regionale 14 novembre 2014, n. 22 *Promozione dell'invecchiamento attivo e modifiche all'articolo 9 della legge regionale 15/2014 (in materia di protezione sociale)*, Regione Abruzzo Legge Regionale 9 giugno 2016, n. 16 *Promozione e valorizzazione dell'invecchiamento attivo* e Regione Veneto con la recente Legge Regionale n. 23 dell'8 agosto 2017 *Promozione e valorizzazione dell'invecchiamento attivo*<sup>20</sup>.

Interessante è un'altra iniziativa della Regione Veneto, il progetto per la realizzazione di linee guida per la promozione e la valorizzazione delle peculiarità anagrafiche e individuali del personale delle aziende sanitarie della Regione del Veneto per far sì che diventino patrimonio della cultura dell'intera organizzazione sanitaria regionale. Il sistema sanitario regionale si trova ad affrontare con sempre maggiore impegno sfide che riguardano la composizione della forza lavoro, caratterizzata da un aumento dell'età media degli occupati e dalla necessità di promuovere politiche di flessibilità manageriale che consentano di massimizzare il contributo che ogni lavoratore può offrire all'interno del sistema sanitario regionale. Il progetto è previsto dalla DGR n. 2058 del 13 dicembre 2016 - Allegato A (Piano Formativo per il triennio 2017-2019 - FSSP). Il progetto ha come obiettivi valorizzare la persona lungo l'intero percorso della vita lavorativa, ampliandone le opportunità di espressione e di sviluppo professionale; sostenere le migliori condizioni di salute possibili, prevenendo l'insorgenza di malattie professionali; promuovere ambiti lavorativi che sostengano la produttività individuale e l'efficacia dell'organizzazione, sostenendo le specificità della persona. Le linee guida sono rivolte a tutto il personale delle aziende sanitarie della Regione del Veneto.

Nella metodologia vi è la costituzione di un gruppo di lavoro e di

<sup>20</sup> in <http://bur.regione.veneto.it>

ricerca regionale composto da esperti di gestione del personale delle aziende sanitarie regionali e della Regione del Veneto coordinato dalla Direzione Risorse strumentali SSR - CRAV; la raccolta, l'analisi e la selezione dei progetti di *"best practice"* relativi all'age/diversity management attualmente implementati nelle aziende sanitarie regionali; la condivisione di esperienze e testimonianze di esperti sulle strategie organizzative di age management e di diversity management in aziende non sanitarie; la revisione della letteratura per individuare le best practice sull'diversity/age management; l'individuazione delle aree di intervento e delle relative strategie operative; l'elaborazione delle linee guida.

L'age/diversity management del personale delle aziende sanitarie della Regione del Veneto deve essere messo in atto prevedendo i seguenti aspetti:

- azioni sistemiche/trasversali all'organizzazione;
- azioni di welfare aziendale e benessere organizzativo;
- azioni di prevenzione/stili di vita;
- sviluppo di competenze/staffetta generazionale;
- determinazioni contrattuali/soluzioni organizzative.

Le linee guida per l'age/diversity management nelle aziende sanitarie della Regione del Veneto saranno pubblicate a breve.<sup>21</sup> Sul tema dell'invecchiamento attivo per la Regione Marche si parla di possibile legge regionale<sup>22</sup>, un po' in ritardo rispetto ad altre regioni italiane, considerato che nel 2008, L'INRCA, unico IRCCS nel nostro paese con una mission specifica sulle problematiche connesse con l'invecchiamento, ha istituito attraverso un accordo con il Ministero della Salute e la Regione Marche, l'Agenzia Nazionale per l'Invecchiamento, intesa come rete di collaborazioni e partnership accreditate a livello internazionale per competenze scientifiche in ambito socio-sanitario, umanistico ed economico. Un network in grado di porsi come consulente dei poli-

<sup>21</sup> <http://fondazionepp.it/linee-guida-age-diversity/#toggle-id-4>

<sup>22</sup> in [http://www.quotidianosanita.it/stampa\\_articolo.php?articolo\\_id=50661](http://www.quotidianosanita.it/stampa_articolo.php?articolo_id=50661)



cy makers e di comunità professionali, come innovatore culturale e formatore di nuove e qualificate conoscenze, lungo la “catena valore” del processo di invecchiamento. L’Agenzia promuove e diffonde: lo studio delle problematiche epidemiologiche e socio-economiche connesse all’invecchiamento anche attraverso iniziative di confronto tra i diversi attori coinvolti (benchmarking); la cultura di stili di vita legati allo stato di salute sia in un’ottica di prevenzione sia nella prospettiva di una longevità attiva; la cultura della politica generazionale e familiare, come connotato preliminare, per la partecipazione, l’autonomia, l’autodeterminazione nella condotta di vita; la rimozione di stereotipi culturali vigenti in particolare in tema di rifiuto a ritenere la persona anziana meritoria di azioni e considerazioni (ageismo). Il modello organizzativo identificato è quello di una “International House”, ovvero di un luogo virtuale di incontro in cui i partner dell’Agenzia, coadiuvati da gruppi di ricerca internazionalmente riconosciuti quali eccellenze sulle problematiche dell’invecchiamento, elaboreranno strategie le linee guida da declinare in specifici progetti.<sup>23</sup> È in esame in Commissione alla Camera, dal 19 maggio 2016, la proposta di legge n. 3538 «Misure per favorire l’invecchiamento attivo della popolazione attraverso l’impiego delle persone anziane in attività di utilità sociale e le iniziative di formazione permanente», fortemente voluta dalle associazioni che si occupano di anziani. È il primo passo importante riguardante la legislazione statale sul tema dell’invecchiamento attivo che andrà a considerare non solo azioni volte al miglioramento delle condizioni di vita degli anzi ma anche misure volte al miglioramento dei lavoratori non più giovani.

<sup>23</sup> [archive.iniziative.forumpa.it/.../cantiere-inrca-lagenzia-nazionale-linvecchiamento](http://archive.iniziative.forumpa.it/.../cantiere-inrca-lagenzia-nazionale-linvecchiamento)

## Conclusioni

Il tema affrontato ha messo in evidenza la necessità che le imprese sia pubbliche che private rivedano periodicamente i propri modelli organizzativi avvalendosi di professionisti del settore dell’age management.<sup>24</sup> Il capitale umano a disposizione delle aziende è una risorsa da impiegare in maniera diversificata tenendo conto delle peculiarità e dei bisogni che contraddistinguono gli operatori nelle differenti fasi della loro vita lavorativa. Ma dalle rilevazioni scientifiche si è visto anche che occorre investire su un elemento importante comune a tutte le categorie di lavoratori giovani e anziani, la motivazione, quella per il proprio lavoro come importanti sono il riconoscimento e la considerazione che i dirigenti e i quadri riservano alla propria forza lavoro e che qualificano una buona e sana organizzazione.<sup>25</sup> Le emozioni piacevoli o meno che siano, si provano nella vita come nel proprio lavoro che è parte integrante della stessa, come le soddisfazioni nel sentirsi gratificati e utili come parti di un team e come componenti di una società. *“Ho perso i migliori anni della mia vita. Tu hai detto che le emozioni sono sopravvalutate, ma è una vera stronzata, le emozioni sono tutto quello che abbiamo.”*<sup>26</sup>

<sup>24</sup> Per approfondimenti v. *Diversity Management Lab, Mappare, Condividere, Agire* 2016 SDA-BOCCONI.IT/DIVERSITY

<sup>25</sup> Il dialogo intergenerazionale va promosso valorizzando le azioni positive, contrastando il mobbing nel posto di lavoro. Scatta il mobbing a carico del direttore di un’azienda o di una pubblica amministrazione che esautorati dalle proprie funzioni il lavoratore più anziano ed esperto, per preferire invece i suoi colleghi meno preparati e più giovani. Lo ha detto la Cassazione con la sent. n. 40320/15 del 7.10.2015. È sempre indispensabile, comunque, la sottoposizione di una persona all’autorità di un’altra. Ebbene, secondo la Suprema Corte, tale situazione di soggezione (anche solo psicologica) può aversi pure in caso di rapporti tra professionisti altamente qualificati, come nel caso dei due direttori dell’unità sanitaria. Infatti in anche tali casi può sussistere una situazione di forte soggezione del sottoposto al suo superiore gerarchico; quest’ultimo, infatti, con i suoi provvedimenti organizzativi, può determinare le sorti del collega. In [https://www.laleggepertutti.it/98438\\_mobbing-se-il-direttore-preferisce-i-colleghi-piu-giovani-e-inesperti](https://www.laleggepertutti.it/98438_mobbing-se-il-direttore-preferisce-i-colleghi-piu-giovani-e-inesperti).

<sup>26</sup> Cit. Mick Boyle (Harvey Keitel) a Fred Ballinger (Michael Caine) in *Youth, La giovinezza* Paolo Sorrentino, 2015.

## 5. Le possibili soluzioni in sanità

La tabella sottostante, gentilmente fornitaci dal dott. Rodolfo Pasquini, Responsabile Risorse Umane Servizio Sanità della Regione Marche, con i dati forniti dall'ARS Marche,

PROFILO	<= 24 anni	Da 25 a 34 anni	Da 35 a 44 anni	Da 45 a 54 anni	Da 55 a 64 anni	>= 65 anni	TOTALE
ALTRO PERSONALE MEDICO 2006	0,04	5,39	24,85	47,73	21,48	0,51	100
ALTRO PERSONALE MEDICO 2016	-	6,47	31,16	25,93	34,12	2,31	100
PERSONALE INFERMIERISTICO 2006	3,08	26,62	36,86	25,52	7,90	0,02	100
PERSONALE INFERMIERISTICO 2016	0,82	19,38	30,26	35,46	13,94	0,13	100
DIRETTORI DI SC 2006	-	-	0,27	40,91	55,08	3,74	100
DIRETTORI DI SC 2016	-	-	0,41	10,29	78,19	11,11	100

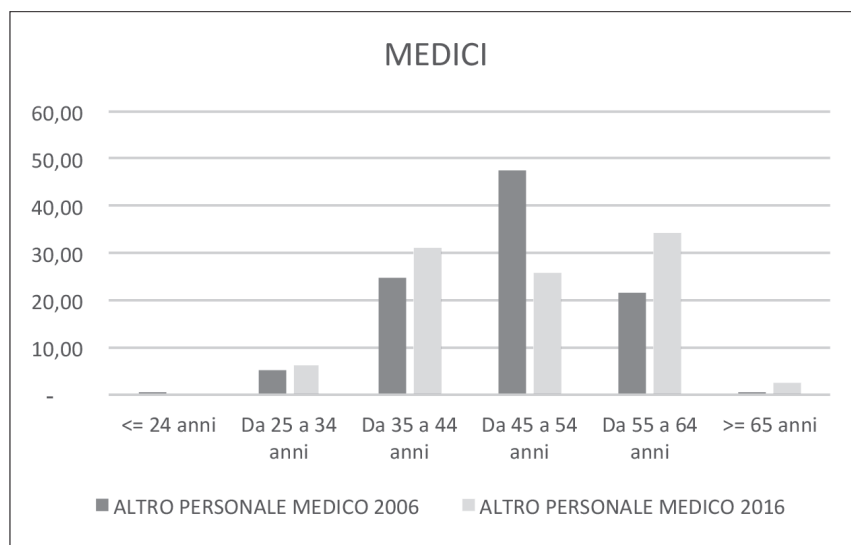


Grafico 1

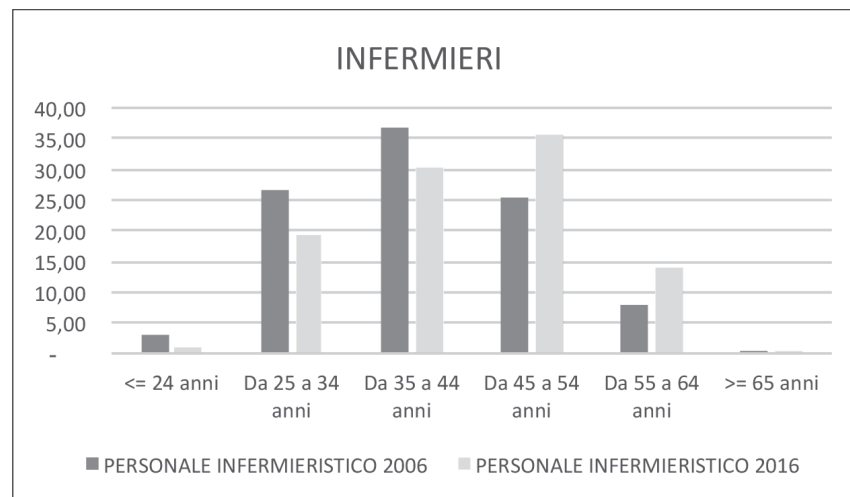


Grafico 2

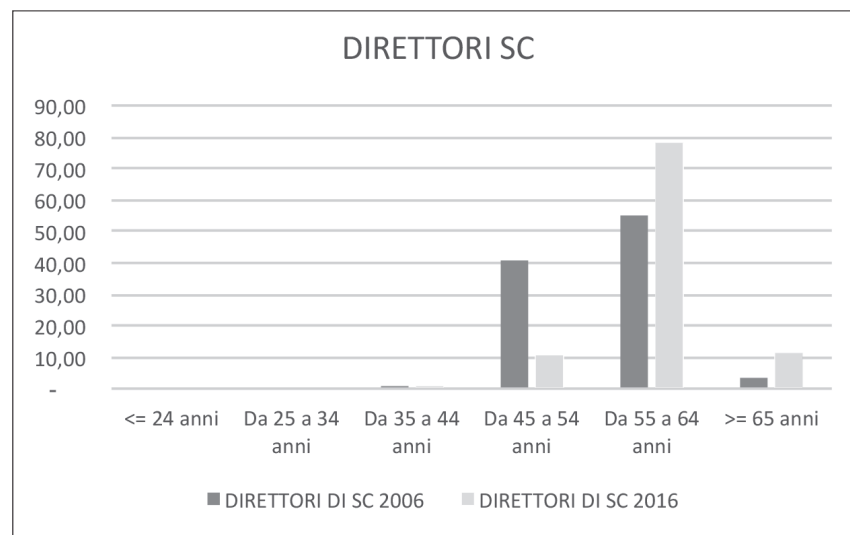


Grafico 3

in cui vengono confrontate le classi d'età del personale medico e infermieristico delle Marche nel 2006 e nel 2016 dimostra in maniera inequivocabile un progressivo invecchiamento della popolazione sia medica (grafico 1), specie nella classe d'età tra i 55 e 64 anni con una bassissima percentuale di giovani tra 25 e 34 anni, che infermieristica (grafico 2) in cui peraltro sono preponderanti le classi d'età più giovani, assieme ad un rilevante calo dei direttori di struttura complessa (grafico 3) con tuttavia un incremento del numero totale di medici e infermieri (dati assoluti non mostrati in tabella).

Da questi dati recentissimi e da quanto riportato nei paragrafi precedenti è evidente la presenza di una corposa messe di dati e possibili progettualità per la gestione dell'age management e, non dimentichiamo, della conciliazione famiglia-lavoro. Purtroppo nel settore pubblico, in particolar modo in sanità, l'attenzione, e ancor più l'attuazione di specifiche politiche per il problema è ancora sotto la soglia di attenzione. Come abbiamo visto in alcune regioni c'è stato un primo approccio teorico che non ha ancora però trovato una strada attuativa.

D'altra parte nemmeno le organizzazioni sindacali hanno focalizzato il problema delle condizioni di lavoro adattate alle varie età della vita. Sicurante i vertici sindacali e i vertici politici sono accomunati da una mancanza di visione strategica sulla gestione del personale, preferendo la gestione del singolo caso, con meccanismi non sempre condivisibili, evitando di affrontare le cause del problema.

Nella Regione Marche siamo ai primi passi per politiche attive per la gestione del personale: solo recentemente ad esempio il Consiglio Regionale Marche nella seduta del 12 luglio 2017 ha approvato la mozione N. 159 sulla "Realizzazione asili nido interaziendali nella Regione Marche", apertamente richiamando una sollecitazione sindacale (ANAAO-ASSOMED e NURSIND) in seguito ad un evento congressuale del 2016. Ma ancora nulla di pratico è stato fatto in tal senso.

Ma perché questa ritrosia ad affrontare il problema?

Sopra è stato ampiamente dimostrato che 1 euro investito su queste tematiche produce un ritorno economico di 3-5 euro entro pochi anni.

Ebbene i convulsi meccanismi politici che ci caratterizzano a livello regionale non consentono di portare avanti prospettive di medio-lungo termine su queste tematiche: si preferisce di gran lunga un risparmio certo e immediato sulla spesa per il personale, che ricordiamo assorbe gran parte del bilancio regionale, piuttosto che attendere i risultati, di gran lunga economicamente più remunerativi, di progetti per la gestione del personale, che vedranno i risultati quando magari il politico di turno non sarà più al suo posto e non potrà rivendicare il merito di tali azioni.

Anche a livello dei vertici sindacali la situazione non è migliore: mandati contingentati (di solito due), spinte corporative a ottenere benefici economici immediati, taluni meccanismi di connivenza con i vertici aziendali per favorire singoli casi, impediscono di attuare strategie di lungo termine per il benessere del personale. Devo anche dire che c'è spesso un certo egoismo della base rappresentata, non sempre propensa a vedere i benefici per l'intera categoria piuttosto che dei singoli. In tal senso vengono gestite alcune trattative sindacali che poco assomigliano a una gestione del personale quanto piuttosto a un miope mercanteggiare, molto gradito dalla parte datoriale, che trova molto comodo cedere su singole richieste portando a casa atteggiamenti condiscendenti sul resto.

In questo quadro di grandi difficoltà sono tuttavia intravedibili alcune strade, in gran parte citate nel presente volume, che qui riassumiamo.

**Miglioramento delle condizioni di lavoro.** A nostro avviso in quest'ambito non deve essere fatta una distinzione tra lavoratori giovani e anziani: le condizioni di lavoro devono essere sempre tali da permettere di non usurare gli apparati organici del lavoratore (specialmente quello muscolo scheletrico e l'integrità psichica) permettendo un'attività sostenibile, prolungata nel tempo e che porti a un invecchiamento fisiologico dell'organismo. È quindi il ciclo lavorativo che deve essere adattato ai singoli lavoratori e non viceversa. In questo modo sarebbero evitabili le numerose richieste di prescrizioni e/o limitazioni lavorative che assumono spesso un atteggiamento difensivo verso condizioni di lavoro gravose. Occorre quindi fare **reale prevenzione** delle patologie di origine lavorativa.

In tale ambito devono essere presenti:

- tutti gli aggiornamenti tecnologici possibili per ridurre l'impegno fisico come:
  - o letti regolabili in altezza: in molte realtà ospedaliere non sono ancora disponibili;
  - o sollevatori a soffitto: pressoché assenti ovunque e che rivoluzionano il lavoro di corsia permettendo in un normale reparto di degenza il risparmio di una unità di assistenza;
  - o ausili minori e maggiori facilmente disponibili.
- miglioramenti strutturali:
  - o spesso le stanze di degenza sono troppo piccole e a malapena soddisfano i requisiti strutturali dei manuali di autorizzazione non permettendo una adeguata movimentazione dei pazienti e l'utilizzo dei dispositivi di sollevamento che non siano a soffitto;
  - o troppo spesso mancano gli spazi comuni di vita per i degenti che permetterebbero una decompressione delle attività svolte in stanza di degenza.
- adeguatezza numerica del personale:
  - o è il vero punto dolente in quanto è la principale voce di spesa delle aziende sanitarie. Spesso il personale viene parametrato in maniera asettica, anche qui magari rifacendosi e standard vecchi contenuti nei manuali di autorizzazione regionali vigenti e senza nessuna valutazione delle attività effettivamente necessarie per l'assistenza. Questo comporta pesanti problematiche per il personale stesso, sottoposto a ritmi insostenibili, e con gravi carenze assistenziali per i pazienti, che non vengono fatti alzare e sono confinati a letto con le sbarre alzate, non vengono accompagnati in bagno e di cui in definitiva si agevola il decondizionamento, motorio e degli sfinteri, ingenerando disabilità non presenti al momento del ricovero, con gravi conseguenze specie per i pazienti più anziani.

### **Miglioramento della organizzazione.**

- Spostamento sul territorio a 58-60 aa: medici e infermieri ospedalieri raggiunta l'età di 58-60 anni potranno scegliere se continuare ad operare in ospedale o terminare la carriera in strutture territoriali (vedi articolo di Roberto Antonelli nel presente volume);
- Togliere l'obbligo di guardie e reperibilità dopo 55 aa; tali attività potranno essere svolte su base volontaria (vedi articolo di Giorgio Tombesi nel presente volume);
- Introdurre una riduzione oraria per i turnisti notturni;
- Incentivare le degenze a ciclo diurno (ricoveri solo diurni) quando possibile;

### **Politiche per il benessere del lavoratore personale.**

- Asili nido e doposcuola. Su questo argomento rimandiamo agli atti del convegno **La sanità al femminile: problemi e opportunità**<sup>27</sup> svoltosi in Ancona nel 2016.
- Aggiornamento continuo, preferibilmente con contenuti pratici;
- Miglioramento stili di vita: promozione degli stili di vita salutari, relativamente ad attività fisica (vedi esperienza INRCA<sup>28</sup>), alimentazione, fumo;
- Orari flessibili e part time (PT): sono importanti per permettere la conciliazione famiglia-lavoro; purtroppo recenti normative hanno di molto ristretto la possibilità di PT provocando notevoli disagi familiari soprattutto a carico del personale femminile e specie nelle fasce più giovani d'età;
- Lavori meno stressanti per i professionisti più anziani (es. tutoraggio, supervisione insegnamento);
- Pensionamento flessibile: alcuni recenti provvedimenti, dopo la

<sup>27</sup> Oriano Mercante *Asili nido negli ospedali: una sfida per la Regione Marche*, 2016 Italic, Ancona.

<sup>28</sup> Barbini et Al. *Nuove frontiere per contrastare la sedentarietà: il caso dell'INRCA con il progetto fitness per i dipendenti*. Menti Attive 2016-2, pp 69-74, Ancona.

stretta degli ultimi anni, sembrano portare in questa direzione, ancorché con penalizzazioni economiche talora eccessive;

- Progressione di carriera: i recenti provvedimenti legislativi di riorganizzazione della rete ospedaliera hanno purtroppo ulteriormente ridotto le possibilità di carriera dei medici ospedalieri grazie al taglio delle UO semplici e delle complesse, passate quest'ultime nelle Marche da 374 del 2006 al 243 del 2016 con una riduzione del 36% (vedi tabelle e grafici all'inizio del presente paragrafo). Parallelamente si è assistito ad una "suddivisione dell'indivisibile" cioè degli incarichi professionali di alta specializzazione surrettiziamente suddivisi in 4-5 subunità quando erano inizialmente concepiti unitariamente come una delle possibilità di progressione di carriera. Per tale motivo si auspica il ritorno nella prossima tornata contrattuale ad automatismi di carriera che semplifichino e rendano certi progressi economici, comunque sempre soggetti a verifica.

Relativamente alla **compatibilità economica** delle misure suddette occorre ricordare che lo Stato italiano spende all'incirca 7 miliardi di euro per le assenze dei dipendenti pubblici, tra malattie (4 miliardi) e permessi concessi dalla legge 104 (3 miliardi), che negli ultimi anni hanno fatto registrare un'impennata per l'assistenza ai congiunti bisognosi. Una cifra enorme.

Dai dati Confindustria 2013 risulta inoltre che le assenze nella pubblica amministrazione sono quasi il 50 per cento in più rispetto a quelle nel settore privato e che il 25 per cento delle assenze per malattia ha durata breve, cosa che potrebbe celare un comportamento scorretto da parte del dipendente pubblico. Nel 2013 i dipendenti del settore pubblico hanno totalizzato, in media, 19 giorni di assenze retribuite, ben 6 in più rispetto a quanto è stato rilevato nel settore privato per un gruppo di dipendenti comparabile. Di questi 19 giorni, 10 sarebbero di assenza pro capite per malattia e 9 per altre assenze retribuite. L'assenteismo nel pubblico risulta, quindi, del 46,3 per cento più alto

rispetto ai 13 giorni di assenze retribuite relative agli impiegati delle imprese associate a Confindustria con oltre 100 addetti (gruppo che per qualifica e dimensione è comparabile al pubblico impiego).

Le politiche a favore dei dipendenti non solo aumentano la produttività ma riducono anche l'assenteismo. Ne sono convinti i dipendenti che intervistati da un'indagine Edenred (2011 e 2017<sup>29</sup>) affermano che il welfare aziendale contribuisce a incrementare la produttività (38%), ridurre l'assenteismo (34%), accrescere il senso di appartenenza all'azienda (33%), valorizzare il capitale umano (32%) e migliorare il clima aziendale (30%).

Molti dei provvedimenti suggeriti hanno carattere organizzativo non necessariamente oneroso. L'aumento del personale proposto troverebbe invece una valida copertura economica dai risparmi sopra citati, senza contare il miglioramento dell'assistenza ai malati con una riduzione della mortalità fino al 20%<sup>30</sup> e della disabilità alla dimissione degli stessi, oggi praticamente inevitabile nei ricoveri ospedalieri prolungati e/o nei grandi anziani, con una conseguente ulteriore riduzione dei costi sociali di assistenza.

<sup>29</sup> <http://www.secondowelfare.it/privati/aziende/1-evoluzione-del-welfare-aziendale-in-italia.html>

<sup>30</sup> Griffiths P., Ball J., Murrells T., et al Registered nurse, healthcare support worker, medical staffing levels and mortality in English hospital trusts: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2016;6:e008751. doi: 10.1136/bmjopen-2015-008751.

Finito di stampare  
nel mese di settembre 2017  
per conto della Casa editrice Italic



