



Invecchiamento nel settore sanitario italiano: dalle criticità alle soluzioni possibili

di Lucia Isolani e Francesco Comi*

SOMMARIO: 1. Introduzione: il fenomeno dell'invecchiamento. – 2. Il settore sanitario e la sua popolazione lavorativa. – 3. *Ageing*: le criticità nella gestione degli operatori sanitari. – 4. *Ageing*: soluzioni organizzative ed ergonomiche ragionevolmente possibili nel settore sanità. – 5. Conclusione.

1. *Introduzione: il fenomeno dell'invecchiamento*

Attualmente si assiste all'invecchiamento della popolazione come ad un fenomeno senza precedenti nella storia dell'umanità. Una popolazione invecchia quando l'aumento delle persone anziane, ovvero di età superiore a 60 anni, si accompagna alla riduzione di quelle giovani, ovvero di età inferiore a 15 anni, con conseguente riduzione della popolazione in età lavorativa (15-59 anni)¹. Questo scenario si è inevitabilmente realizzato per effetto del miglioramento delle condizioni di salute e di vita, dei continui progressi della scienza, della medicina e della tecnologia, della riduzione del tasso di natalità, della diminuzione della mortalità². Di conseguenza il profilo sociodemografico della popolazione è profondamente mutato soprattutto nei paesi del vecchio continente come, ad esempio, l'Italia.

Si prevede che a livello mondiale il sorpasso delle persone anziane (>60 anni) rispetto a quelle giovani (<15 anni) possa accadere a far tempo dal 2045, nonostante in alcuni paesi questo sia già avvenuto dalla fine degli anni '90. Dal 1950 la proporzione di persone anziane è progressivamente e costantemente cresciuta, passando dall'8% del 1950, all'11% nel 2009 e ci si aspetta che possa raggiungere il 22% nel 2050. Nel 2000 la popolazione *over 60* era di circa 600 milioni, cioè tripla rispetto al 1950, nel 2009 superava i 700 milioni, nel 2013 era circa 841 milioni e si stima che nel 2050 sarà 2 miliardi. Il tasso di crescita della popolazione anziana è del 2,6% per anno ovvero superiore a qualunque altro gruppo individuato per età.

* Lucia Isolani è Dirigente Servizio Prevenzione Sicurezza Ambienti di Lavoro-Epidemiologia Occupazionale ASUR Marche AV3. lucia.isolani@sanita.marche.it

Francesco Comi è Funzionario legislativo e Avvocato, Servizio Avvocatura della Regione Marche. francesco.comi@regione.marche.it

¹ United Nations, *United Nations Principles for Older Persons*, New York, 1991.

² United Nations, *World population ageing 2009*, New York, 2010.

Addirittura è del 4% per anno nel gruppo *over* 80 anni, al punto che si stima che nel 2050, 1 persona su 5, sia almeno ottuagenario. Il genere femminile, più longevo di quello maschile, costituisce la maggioranza delle persone anziane: rappresenta quasi il doppio degli uomini dopo gli 80 anni e supera di 4-5 volte gli uomini dopo i 100 anni. Nel 2013 il relativo rapporto delle Nazioni Unite ha stimato tra gli ultrasessantenni 85 uomini *versus* 100 donne e tra gli ultraottantenni 61 uomini *versus* 100 donne³.

Profonde differenze esistono nella distribuzione della popolazione anziana a seconda che si prendano in considerazione paesi sviluppati e paesi in via di sviluppo. Nelle aree maggiormente sviluppate vive circa un quinto della popolazione anziana che arriverà ad un terzo del totale nel 2050. Nei paesi in via di sviluppo invece la popolazione anziana rappresenta circa l'8% della popolazione residente e, secondo stime prospettiche, nel 2050 sarà pari al 20%, con una crescita molto più rapida di quanto non avvenga in paesi "ricchi" e strettamente legata al veloce processo di sviluppo dell'economia e delle condizioni socio-sanitarie. Secondo dati dell'US Census Bureau, la percentuale di ultrasessantenni nella popolazione generale, con riferimento all'anno 2000, è superiore al 20% solamente in Europa, continente vecchio per eccellenza, e in Giappone, tra il 12,5% e il 20,0% nel nord America, in Australia e in Russia, tra il 5% e il 12,4% in sud America, Cina, Messico, Nord Africa e stato del Sudafrica⁴. Solamente in alcuni paesi africani la popolazione anziana risultava inferiore al 5%. La stessa statistica indica che nel 2025 il mondo rapidamente sarà invecchiato, con un allargamento della percentuale di ultrasessantenni che saranno un quinto dell'intera popolazione in nord America, Asia settentrionale, Australia, Cina, Europa e Russia.

Attualmente il paese più giovane è la Nigeria, con un età mediana di 15 anni, mentre il paese più vecchio è il Giappone con un età mediana di 44 anni. Si ritiene che l'età mediana a livello mondiale possa aumentare di circa 10 anni ed essere di 38 anni nel 2050. E che solamente 9 paesi, tutti geograficamente localizzati in Africa, avranno un età mediana di 15 anni, mentre Giappone e Cina saranno paesi con un età mediana addirittura superiore a 55 anni.

Si assiste quindi al continuo e progressivo aumento dell'età media della popolazione generale e al contempo della popolazione lavorativa, soprattutto in alcuni settori lavorativi, come ad esempio quello della sanità. Il *Potential Support Ratio*-PSR, individuato come rapporto tra il numero di persone di età compresa tra 15 e 64 anni e quelle di età pari o superiore a 65, indica quanti potenziali lavoratori esistono in rapporto a lavoratori potenzialmente inattivi o ritirati dal lavoro. Il PSR è destinato nel tempo a diminuire ed ha importanti implicazioni dal punto di vista

³ United Nations. Department of Economic and Social Affairs Population Division, *World population ageing 2013*, New York, 2013.

⁴ www.census.gov.

socio-economico: dal 1950 al 2009 è sceso da 12 a 9 e proiezioni future indicano che nel 2050 sarà pari a 4⁵.

L'invecchiamento della popolazione comporta inevitabilmente un importante impatto sul settore economico (lavoro, risparmi, investimenti, pensioni, tasse), sociale, familiare e sanitario. E l'invecchiamento della forza lavoro è, peraltro, un fenomeno che accomuna tutte le economie sviluppate e tutti i settori⁶. Ciò è conseguenza di due principali fattori: la dimensione demografica e la crisi finanziaria dei sistemi di protezione sociale, da cui è derivata la necessità di aumentare l'età pensionabile o il numero minimo di anni di contribuzione. Nei paesi occidentali tali riforme possono essere considerate come un forte acceleratore dell'invecchiamento della forza lavoro.

2. Il settore sanitario e la sua popolazione lavorativa

L'Italia è un paese particolarmente longevo e con natalità molto bassa in cui l'*ageing* della popolazione, in assenza di adeguate politiche, traccia la potenziale vulnerabilità del sistema, in particolar modo analizzando alcuni settori lavorativi. Il comparto 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 sia ospedaliere come tra le più grandi e complesse realtà economiche, che qualitativo per la peculiarità delle prestazioni erogate. Nel settore della sanità, i lavoratori anziani non solo sono numerosi, quindi, ma rappresentano, tra l'altro, un'importante criticità da risolvere in funzione della *mission* di fornire e garantire diagnosi, cura, assistenza e terapia al paziente.

Gli operatori sanitari, infatti, nello svolgimento di mansioni di tipo medico o infermieristico indistintamente, sono 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 nella tipologia di esposizione e nel livello della stessa a seconda della specifica attività effettuata 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

⁵ World Health Organization, *International Plan of Action on Ageing: report on implementation*, Geneva, 2005.

⁶ United Nations. Department of Economic and Social Affairs, *The Madrid International Plan of Action on Ageing*, New York, 2002.

comprende, quindi, 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, da un lato, alla tutela della salute e della sicurezza del lavoratore, oramai, anagraficamente fragile, e, dall'altro, a garantire l'efficienza e la qualità del lavoro svolto.

Attualmente negli Stati Uniti l'età del personale infermieristico è di 50 anni e si stima che nel 2020 la metà avrà raggiunto l'età pensionabile. In Canada l'età media degli infermieri, indipendentemente dal genere, è lievemente inferiore e pari a 46 anni⁷.

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.

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.

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%⁸. 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, la maggioranza ha un contratto a tempo indeterminato, contro una minoranza con rapporti di lavoro flessibile (tempo determinato, interinali, lavori socialmente utili, formazione lavoro e telelavoro)⁹. 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

⁷ S. SIMOENS, J. HURST, *The supply of physician services in OECD countries*, in "OECD Health working papers n. 21", Paris, 2006.

⁸ www.rgs.mef.gov.it.

⁹ www.salute.gov.it.

i medici con contratto a tempo determinato. Inoltre, solo il 9% dei camici rosa ricopre un posto di apicale.

Gran parte degli indicatori rivelano inoltre un deciso slittamento anagrafico:

- l'età media del personale sanitario nel 2010 era pari a 47,5 anni, nel 2007 era 46,5 anni, rispetto ai 43,5 del 2001. 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 genere 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. Inoltre tra i medici di famiglia si registra una percentuale pari al 33 % delle donne e 64% tra i pediatri di libera scelta. Nel 2007 la classe d'età più popolosa era quella 50-54 anni, col 20% del personale complessivo, mentre nel 2001 era quella 45-49 (col 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 quali il 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 con almeno 55 anni aumentata dal 6% al 10%.

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 che in realtà si traduce principalmente in una movimentazione di pazienti, agli agenti fisici come i campi elettromagnetici riferibili ad alcune indagini diagnostiche strumentali come la risonanza magnetica nucleare o i laser, al rischio biologico, che è sanitario per eccellenza, al *burn out* e alle condotte mobbizzanti che si possono instaurare. In particolare poi 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. Le richieste che pervengono alle strutture sanitarie sono infatti aumentate, con minor tasso di ospedalizzazioni e maggiore richiesta di prestazioni specialistiche e di pronto soccorso. Peraltro la medicina difensiva è in costante aumento in relazione all'esplosione di denunce da parte degli utenti per cause che investono gli operatori per i profili di responsabilità sia civile che professionale e che riguardano la mancata

qualità dell'operato in termini tecnici, procedurali ed etici. Secondo uno studio nazionale condotto dall'Università Bocconi di Milano, nel 2015 su 49 aziende ospedaliere, i giudizi di idoneità alla mansione lavorativa espressi dal medico competente ex d.lgs. n. 81/2008 comportavano una limitazione o una prescrizione nell'11,8% dei casi¹⁰. Circa 82.600 lavoratori sono quindi caratterizzati da 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 quelle relative alle posture (12,6%), al lavoro notturno e alla reperibilità (12,0%). Solo nel 4% dei casi insistevano 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.

3. Ageing: *le criticità nella gestione degli operatori sanitari*

In 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 incentivato la permanenza al lavoro dei dipendenti; 2) il numero limitato di nuove assunzioni, di poco sotto il 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.

Il cambiamento profondo e strutturale del personale operante nel settore sanitario è destinato ad avere importanti conseguenze sul suo stesso funzionamento e richiede un marcato ripensamento e riorientamento delle politiche e dei sistemi di gestione del personale.

Ciò nonostante, pur giocando l'invecchiamento un ruolo centrale nel rimodellare il personale sanitario e nel determinare le sfide future in termini di gestione delle risorse umane, le esperienze maturate non sembrano ancora mostrare pratiche innovative per governare tali cambiamenti. Poiché attualmente non esistono procedure applicative né buone prassi, l'operatore sanitario viene più frequentemente gestito a guisa di un comune lavoratore di un comune settore industriale, con tendenza più frequentemente, e in particolar modo in Italia, a ricevere da parte del medico competente limitazioni e prescrizioni nello svolgimento della propria attività anziché ottenere una sartoriale modificazione del lavoro e delle modalità del suo svolgimento.

¹⁰ CER GAS, *Le inidoneità e le limitazioni lavorative del personale del SSN*, Università Bocconi, Milano, 2015.

In risposta all'andamento globale dell'invecchiamento, l'Organizzazione Mondiale della Sanità-OMS alla fine degli anni '90 ha invitato ad un cambiamento di paradigma, spingendo verso un concetto positivo dell'invecchiamento e definendo l'invecchiamento sano e attivo. Se è vero che numerose persone stanno conducendo vite più lunghe e più sane, esistono grandi incertezze riguardo all'evoluzione futura delle condizioni di salute e dello stato funzionale delle popolazioni in via di invecchiamento. Questa situazione richiede efficaci politiche di sanità pubblica, per permettere ad un maggior numero di persone di restare in buona salute e partecipare pienamente alla società¹¹, evitando, in alternativa, costi di cura ed assistenza. Peraltro, l'invecchiamento attivo si realizza anche attraverso il lavoro: l'innalzamento dell'età pensionabile a seguito del collasso dei sistemi pensionistici comporta una lunga e forzata permanenza nei luoghi di lavoro e, se questi sono adeguati, ad esempio, in termini di ergonomia e di organizzazione, consentono alla persona di mantenersi attiva e di conservare produttivamente il proprio *status* di lavoratore, con grande beneficio per la persona, sia fisico che mentale, e per la sostenibilità del sistema economico-sociale. Vi è pertanto necessità di programmi di intervento come linee guida e buone prassi che consentano di migliorare le condizioni di salute e di sicurezza dei lavoratori maturi, ad esempio favorendo il rientro al lavoro dopo malattia o infortunio¹².

Soluzioni organizzative ed ergonomiche vanno quindi ricercate ed incentivate per garantire lavoratori sani, attivi e produttivi all'interno del settore sanità, nel caso di specie, e dei luoghi di lavoro in genere, nel rispetto di quanto indicato dall'OMS e più recentemente dalla europea *Healthy Workplace Campaign 2016-2017. Healthy workplaces for all age*¹³. Se vi è quindi piena consapevolezza sugli strumenti necessari da impiegare, lo stato attuale mostra numerosi limiti e criticità operative. Innanzitutto, la revisione sistematica, la sintesi e la diffusione delle informazioni riguardo agli interventi che possono portare benefici alle politiche sanitarie e del lavoro mirate a destinatari diversi, operatori sanitari inclusi, andrebbero promosse con maggior vigore. La carenza in termini di dati e conoscenze sui *trend* sanitari e sociali relativi, ad esempio, alle condizioni di vita e di lavoro delle persone anziane andrebbe colmata con studi *ad hoc*.

Crescenti sono inoltre le evidenze riguardo al ricorso insufficiente alla promozione della salute (i.e. programmi di *counselling* antifumo o di educazione fisica, educazione nutrizionale) che può rivelarsi invece efficace nel determinare un guadagno in termini di salute, con un buon rapporto costo-benefici proprio per la fasce di età avanzata.

¹¹ World Health Organization, *Active ageing: a policy framework*, Geneva, 2002.

¹² European Commission, *Strategic Implementation Plan for the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing*, Brussels, 2011.

¹³ <https://osha.europa.eu/en/healthy-workplaces-campaigns>.

Nel corso degli ultimi dieci anni, la regione europea dell'OMS ha fatto registrare progressi nel settore della ricerca e dello scambio di buone pratiche in materia di politica sanitaria rivolta alle popolazioni in via di invecchiamento, popolazioni lavorative incluse, purtroppo, però, con ampie lacune in termini di efficacia nelle evidenze scientifiche¹⁴.

Particolarmente critico risulta il ruolo del *management* delle aziende ospedaliere, chiamato ad impiegare al meglio una forza lavoro già anziana e progressivamente invecchiante e che deve quindi intervenire direttamente sull'organizzazione del lavoro¹⁵. La direzione aziendale (sanitaria e delle professioni infermieristiche) deve ben conoscere caratteristiche, modalità e tempi delle prestazioni erogate, nonché della sua peculiare organizzazione che va ritagliata ed aggiustata sul proprio personale sanitario in maniera precisa e puntuale, nel rispetto dell'ergonomia e dei basilari principi etici e deontologici.

Appare necessario un approfondito esame delle culture organizzative e dei sistemi di gestione del personale attualmente in essere, per valutare quali sono i cambiamenti necessari e per ottimizzare al meglio le risorse umane così complesse dal punto di vista della composizione demografica.

La difficoltà di tale adeguamento attualmente in Italia sembra poter dipendere

- dal fatto che si tratta di fenomeni inediti per la gestione del personale, rispetto ai quali non vi sono significative e diffuse esperienze pregresse e che necessitano di quell'immaginazione sufficiente per incedere in percorsi nuovi al fine di sperimentare e infine trovare soluzioni, nella consapevolezza di un sistema in divenire, dove quindi le soluzioni non sono mai definitive;
- dalla necessità di un'azione di *management* che non rimanga limitata alla direzione aziendale, ma sia condivisa e portata avanti dagli uffici amministrativi e dalle eventuali tecnostrutture 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, nonché dal sistema delle relazioni sindacali.

4. Ageing: soluzioni organizzative ed ergonomiche ragionevolmente possibili nel settore sanità

Sembra evidente la necessità di politiche gestionali sanamente “proattive” e capaci, se non di anticipare il fenomeno dell'*ageing*, di fatto già in corso, almeno di governarlo adeguatamente così come già previsto nel 2008 dalle indicazioni della *European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions*¹⁶.

¹⁴ OECD, *Live Longer, Work Longer*, Paris, 2006.

¹⁵ OECD, *Ageing and Employment Policies in Italy*, Paris, 2004.

¹⁶ A.H. MUNNELL, S.A. SASS, *Working longer. The solution to the retirement income challenge*, Brookings Institution Press, Washington DC, 2008.

In tal senso sono suggerite ragionevoli soluzioni organizzative ed ergonomiche nel settore sanità, e non solo, in relazione a diversi ambiti¹⁷:

- *comunicazione*. I lavoratori più anziani meritano di essere ascoltati. Infatti non solo hanno più esperienza, ma in genere sono più affidabili e più fedeli all'azienda in cui lavorano: tutti aspetti certamente importanti in organizzazioni ad alta intensità relazionale quali sono le aziende sanitarie;
- *percorsi di carriera*¹⁸. I percorsi di carriera possono disegnare posizioni che valorizzino il trasferimento di competenze ai giovani, per esempio attraverso la creazione di programmi di *mentoring*, che diventano fondamentali nelle attività sia mediche che infermieristiche;
- *sistemi retributivi in senso lato*. I lavoratori con maggiore anzianità sono in genere più interessati a condizioni di lavoro o *benefit* studiati per le loro necessità, più che ad aumenti stipendiali;
- *mobilità interna*. Carriere lunghe necessitano di programmi 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*¹⁹. Si tratta di un aspetto 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. Data la forte innovazione tecnologica che caratterizza molti lavori in campo sanitario, le aziende devono 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;
- *soluzioni flessibili e ricorso al tempo parziale negli ultimi anni di vita lavorativa*²⁰. Una sfida comune per i sistemi economici e previdenziali di molti paesi sviluppati è quella di progettare regole che permettano e favoriscano un'uscita graduale dalla vita attiva, anche tenendo conto di un'eventuale riduzione della produttività nelle ultime fasi. Si tratta per buona parte di decisioni di politica economica che trascendono l'autonomia e l'azione della singola azienda. È comunque vero che le aziende, all'interno delle regole generali, possono modulare propri sistemi di gestione capaci di accomodare le necessità dei lavoratori più anziani, ad esempio, attraverso una gestione attiva e flessibile del tempo parziale;
- *politiche strutturate da parte del medico competente nell'esprimere il giudizio di idoneità alla mansione lavorativa ex d.lgs. n. 81/2008 e riconoscere limitazioni e prescrizioni che*

¹⁷ World Health Organization, *Regional Office for Europe. Health workforce policies in the European Region*, Geneva, 2007.

¹⁸ L. KANSTRÖM, WHO Regional Office for Europe, *Healthy ageing profiles. Guidance for producing local health profiles of older people*, Copenhagen, 2004.

¹⁹ D.W. DE LONG, *Lost knowledge: confronting the threat of an aging workforce*, Oxford University Press, New York, 2004.

²⁰ World Health Organization, *World Health Assembly resolution WHA 58.16 on strengthening active and healthy ageing*, Geneva, 2005.

banno ricadute problematiche sull'organizzazione del lavoro che rischia di rimanerne ingessata. Il lavoro ha effetti positivi e negativi sul lavoratore anziano impiegato nel settore sanitario. Da un lato, l'ambiente sociale offerto dal lavoro in azienda e dai colleghi, insieme alle soddisfazioni e agli stimoli che il lavoro può dare, possono essere importanti fattori per rimanere in buona salute ed essere fisicamente e mentalmente attivi. D'altro canto, i fattori di rischio che connotano alcune mansioni lavorative o le condizioni organizzative in cui si svolgono possono aggravare disturbi di salute, la cui incidenza tipicamente aumenta con l'età dei lavoratori. 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 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, che 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, ad esempio, 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 deve consentire infatti 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 e creando "l'incastro" ottimale;

- *procedure per limitare le conseguenze di importanti deficit o disturbi del personale*²¹. In pochi casi l'invecchiamento può ridurre in modo serio la qualità dei servizi offerti dal dipendente. Per evitare rischi per i pazienti ma anche per mantenere una corretta relazione col dipendente l'azienda dovrebbe definire misure capaci di identificare tali problemi prima che essi diventino evidenti e gravi, di offrire sostegno al dipendente coinvolto, ma anche di gestire i casi che non sembrano poter avere soluzioni.

5. Conclusione

I dati statistici internazionali indicano che la popolazione lavorativa del comparto sanità è tra le più anziane. Tenuto conto del rilievo di tale settore 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 dovrebbero sviluppare una comunità professionale che renda più omogenei attività, criteri e metri di giudizio. Le limitazioni peraltro dovrebbero essere gestite in modo collaborativo e multidisciplinare con definizione di indicatori di gestione del personale che considerino esplicitamente l'età e certamente la norma dovrebbe essere rivista al fine di rendere possibili e più facili i cambiamenti di qualifica.

Linee guida e buone prassi che consentano di migliorare le condizioni di salute e di sicurezza, ad esempio evitando gli incidenti e favorendo il rientro al lavoro dopo malattia o infortunio, si rendono indispensabili e vi è necessità pertanto che la comunità scientifica le costruisca e le condivida velocemente. Soluzioni organizzative ed ergonomiche vanno ricercate ed incentivate in modo da realizzare fattivamente l'adattamento del lavoro alla persona, nel rispetto della sua evoluzione fisiologica e delle eventuali sopraggiunte patologie. Queste sono quindi premesse ineludibili per far sì che il luogo di lavoro, nel quale si è destinati a trascorrere la maggior parte della propria esistenza, sia sede di salute e garanzia del mantenimento della stessa anziché rappresentare un elemento di contributo al carico di malattia.

²¹ 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.

Abstract

L'età media della popolazione generale e al contempo della popolazione lavorativa è in continuo e progressivo aumento, soprattutto in alcuni settori lavorativi, come ad esempio quello della sanità, caratterizzato da lavoratori prevalentemente di genere femminile e con età media elevata. Vi è pertanto necessità di programmi di intervento come linee guida e buone prassi che consentano di migliorare le condizioni di salute e di sicurezza, ad esempio evitando gli incidenti o favorendo il rientro al lavoro dopo malattia o infortunio. Soluzioni organizzative ed ergonomiche vanno ricercate ed incentivate per garantire lavoratori sani, attivi e produttivi all'interno di luoghi di lavoro sicuri.

The average age of the general population and at the same time of the working population is increasing continuously and progressively, especially in certain sectors of work, such as health care one, with predominantly female workers with a high average age. There is a need for action programmes such as guidelines and good practices to improve health and safety conditions, for example by avoiding accidents or facilitating return to work after illness or injury. Organizational and ergonomic solutions must be encouraged to ensure healthy, active and productive workers in safe workplaces.

Parole chiave

Invecchiamento, lavoro, settore sanitario, soluzioni ergonomiche, soluzioni organizzative, prevenzione nei luoghi di lavoro

Keywords

Ageing, work, health care sector, ergonomic solutions, organizational solutions, workplace prevention