

16 L'invecchiamento del personale SSN

di Carlo De Pietro¹

16.1 Oggetto e obiettivi dell'analisi

Dieci anni fa J. Buchan scriveva, a proposito dell'invecchiamento del personale infermieristico nel SSN britannico: «Un infermiere su cinque iscritti nei registri del Regno Unito ha 50 anni o più. [...] Il significato di questo fenomeno per policy maker e dipendenti è duplice. Da una parte, è chiaro che un numero crescente di infermieri e ostetriche stanno raggiungendo – o presto raggiungeranno – l'età della pensione. Da un'altra parte, un numero molto maggiore di infermieri stanno ora raggiungendo la mezza età e con tutta probabilità avranno richieste e attitudini diverse nei confronti del lavoro» (1999: 818; T.d.A.). Quelle previsioni si sono mostrate corrette. E oggi la situazione, se possibile, è ancora più seria. In letteratura l'invecchiamento della forza lavoro è spesso collegato a minore flessibilità organizzativa, minore innovazione, difficoltà di mantenere competenze aggiornate, maggiori costi per il datore di lavoro. D'altro canto sono citati anche alcuni aspetti positivi, quali l'affidabilità o la fedeltà organizzativa.

Questo capitolo descrive i profili di età del personale del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e la loro variazione negli ultimi anni. Il secondo obiettivo è commentare le conseguenze di tale cambiamento strutturale in termini di politiche e strumenti di gestione del personale. Non considereremo invece le implicazioni di regolamentazione, quali i possibili aggiustamenti che si rendono necessari nella definizione dei numeri chiusi alle professioni sanitarie.

Più nello specifico il capitolo vuole rispondere alle seguenti domande:

- ▶ qual è la distribuzione per età del personale SSN?
- ▶ tale distribuzione conferma una dinamica di invecchiamento negli ultimi anni? Se sì, quali sono le possibili spiegazioni di tali cambiamenti?

¹ Una prima versione di questo scritto ha fatto parte del rapporto di ricerca AGENAS «Indagine sulla contrattazione integrativa nell'aziende sanitarie», consegnato nel 2009.

- ▶ ci sono differenze nel profilo d'età dei principali gruppi occupazionali del SSN? Se sì, perché?
- ▶ i profili di età sono simili nelle diverse Regioni italiane? In caso contrario, c'è comunque evidenza di dinamiche convergenti o divergenti nel tempo?
- ▶ quali sono le principali conseguenze dell'invecchiamento per la gestione del personale?
- ▶ quali cambiamenti sono prevedibili a seguito delle recenti riforme del sistema previdenziale e dei suoi probabili sviluppi futuri, soprattutto a causa dell'innalzamento del minimo contributivo per potere beneficiare di un trattamento pensionistico considerato adeguato da parte dei lavoratori?

Il capitolo è articolato come segue: il paragrafo 16.2 descrive le fonti informative utilizzate, il paragrafo 16.3 riprende sinteticamente le principali questioni sollevate dalla letteratura in relazione all'invecchiamento del personale, il paragrafo 16.4 riporta i risultati dell'analisi dei dati, il paragrafo 16.5 infine discute alcune possibili azioni di management utili a gestire organici sempre meno giovani.

16.2 Metodo

L'analisi si basa sui dati presenti sul Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato (RGS) del Ministero dell'economia riferiti al 31 dicembre 2001 e al 31 dicembre 2007. Tali dati sono fruibili in forma aggregata su internet al sito www.contoannuale.tesoro.it. I dati da noi considerati sono quelli che erano presenti sulla banca dati on-line al 29 dicembre 2008. Per le analisi a livello regionale abbiamo usato i dati relativi al 31 dicembre 2006 e fornitici dalla RGS².

Per la nostra analisi abbiamo operato alcune scelte a partire dalle informazioni presenti sulla base dati.

Innanzitutto, abbiamo considerato il numero di personale contato come «te-ste», senza cioè tener conto del possibile tempo parziale. Ciò non sembra influenzare comunque in modo determinante l'analisi, dal momento che il tempo parziale a fine 2007 riguardava l'8,5% del personale³.

In secondo luogo, abbiamo considerato soltanto i contratti a tempo indeterminato. Terzo, oltre al personale complessivo individuato come sopra detto, abbiamo guardato a tre gruppi rilevanti di personale così composti:

² A tal fine ringraziamo il dott. Giovanni Crescenzi e i suoi collaboratori, che hanno messo a disposizione i dati.

³ Tra le 134 figure riportate nella base dati, quella con maggiore utilizzo del tempo parziale a livello nazionale risulta essere il «collaboratore professionale sanitario – personale della riabilitazione – D», per la quale la quota di contratti a tempo parziale è del 20,3%.

- ▶ medici;
- ▶ infermieri⁴;
- ▶ personale amministrativo, sia dirigente sia del comparto.

Un'ulteriore scelta è stata quella di guardare ai soli dipendenti delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) e Aziende Ospedaliere (AO), escludendo quindi gli altri 62 enti del SSN presenti sul Conto Annuale⁵.

Infine, abbiamo escluso dall'analisi i dati relativi ai medici che risultavano avere meno di 25 anni al momento della rilevazione (25 persone nel 2001 e 73 nel 2007), in quanto si tratta di un dato non compatibile con la durata del corso di studi e le regole di assunzione del SSN e quindi palesemente frutto di una comunicazione errata da parte delle aziende sanitarie.

16.3 Il contesto per l'analisi e il dibattito in letteratura

L'invecchiamento della forza lavoro è un fenomeno che accomuna tutte le economie sviluppate e tutti i settori (OECD, 2006). Ciò è conseguenza di due principali fattori:

- ▶ *una dimensione demografica*, che si riferisce all'invecchiamento della popolazione in generale, a sua volta spiegato dall'aumento nella durata della vita media e dalla ridotta fertilità. Da ciò consegue un irrobustimento delle coorti più anziane lungo la piramide per età. Sempre in questo quadro, un aspetto particolare riguarda le coorti dei cosiddetti *baby boomers*, cioè l'alto numero di persone nate tra la fine della seconda guerra mondiale (1945) e la metà degli anni sessanta, che ha prodotto una sorta di «onda anomala» nella piramide per età (riconfermata poi dall'alto numero dei discendenti di quelle coorti) che è da poco entrata nell'età della pensione. Si tratta di un fenomeno imponente, che nella letteratura anglosassone è spesso citato come un «maiale nel pitone» (T.d.A.) per dar conto di questo slittamento lungo la piramide per età. Dal momento che molte istituzioni del welfare state in molti paesi si sono sviluppate negli anni sessanta e cioè quando i *baby boomers* cominciavano ad entra-

⁴ Per il 2001 il gruppo «Infermieri» include le seguenti figure presenti nella base dati: «Coll.re prof.le sanitario esperto Ds», «Coll.re prof.le sanitario – pers. infer. – D», «Oper.re prof.le sanitario pers. inferm. – C» e «Oper.re prof.le di ii cat.pers. inferm. Bs». Per il 2007 il gruppo «Infermieri» include la macrocategoria «Totale profili ruolo sanitario – personale infermieristico». Per il 2001 la struttura della base dati non permette di estrarre dal gruppo «Infermieri» un piccolo numero di non infermieri compreso nella figura «Coll.re prof.le sanitario esperto Ds». In ogni caso questi non infermieri costituiscono certamente meno dello 0,5% del gruppo «Infermieri» e quindi non modificano i risultati dell'analisi.

⁵ Si tratta di 18 IRCCS di diritto pubblico, 17 ARPA, 10 IZS, 8 ex IPAB, 6 Policlinici universitari, ecc.

re nel mercato del lavoro, quelle istituzioni hanno oggi una prevalenza particolarmente alta di impiegati che appartengono a quelle coorti. Ciò pone due questioni. La prima riguarda il fatto che tra pochi anni queste istituzioni vedranno arrivare all'età pensionabile una quota rilevante dei propri organici, il che potrebbe comportare difficoltà per gestire il *turn over* e per garantire un adeguato trasferimento delle competenze professionali dai *boomers* ai nuovi assunti (DeLong, 2004). La seconda questione chiama in causa le pratiche di gestione del personale, che devono tener conto di un importante invecchiamento della forza lavoro e quindi di un cambiamento profondo nelle attitudini, nelle aspettative e nelle potenzialità di lavoratori molto più anziani che in passato (Taylor, 2008);

- ▶ *la crisi finanziaria dei sistemi di protezione sociale* e in particolare di assicurazione malattia e previdenza, da cui deriva la necessità di aumentare l'età pensionabile o il numero minimo di anni di contribuzione. Tali riforme possono essere considerate come un forte acceleratore dell'invecchiamento della forza lavoro nei paesi occidentali (Buchan, 1999; DREES, 2002; per l'Italia cfr. OECD, 2004).

Tale invecchiamento della forza lavoro ha importanti conseguenze (Loretto et al., 2007; Shultz e Adams, 2007):

- ▶ *difficoltà nella gestione dei lavoratori anziani*. Spesso si dice che i lavoratori più anziani siano meno flessibili, costino di più, mostrino assenze per malattia più frequenti e minore motivazione, soprattutto nei lavori ripetitivi. Nonostante la reale evidenza di tali problemi non sia sempre dimostrata, è ovvio che gestire una forza lavoro più anziana richiede un aggiustamento profondo di molte pratiche manageriali ed anche – in molti luoghi di lavoro – della cultura organizzativa prevalente. I lavoratori più anziani non possono, ad esempio, essere motivati con prospettive di carriera né possono essere impiegati in mansioni che richiedono un particolare sforzo fisico. Spesso non sono disponibili a spostarsi – a cambiare città, ad esempio – e non si adattano all'utilizzo delle nuove tecnologie, soprattutto a quelle legate all'informatica e ai mezzi di comunicazione. Infine, i lavoratori anziani possono avere più difficoltà ad accettare ordini o indicazioni provenienti da capi molto più giovani;
- ▶ *evitare le discriminazioni basate sull'età*. Discriminazioni che sfavoriscono il personale anziano si possono avere in occasione di ristrutturazioni che portano a una riduzione degli organici. La Direttiva 2000/78/CE del Consiglio dell'Unione Europea (27 novembre 2000), per esempio, considera la discriminazione basata sull'età grave quanto la discriminazione sui luoghi di lavoro basata sull'appartenenza religiosa, sulla disabilità o sugli orientamenti sessuali. I datori di lavoro possono promuovere politiche per le uguali op-

portunità o prendere l'impegno a non discriminare i propri lavoratori sulla base dell'età;

- ▶ *garantire la trasmissione delle conoscenze tra le coorti di lavoratori e le generazioni.* Come già accennato, ciò rappresenta una sfida particolare per la sostituzione dei *baby boomer*. Ma più in generale, vite lavorative più lunghe implicano la necessità di gestire una distanza biografica e culturale che aumenta tra lavoratori giovani appena entrati e lavoratori anziani in vista del pensionamento. A tal fine potrebbero essere utili misure dedicate, capaci di favorire il dialogo e il trasferimento delle competenze.

Un apparente paradosso riguarda il fatto che, nonostante il marcato aumento della speranza di vita, negli ultimi decenni i tassi di partecipazione (cioè degli occupati o da chi è in cerca di lavoro sul totale della popolazione) si sono fortemente ridotti in gran parte dei paesi occidentali per gli uomini e tale riduzione è stata compensata soltanto grazie a una progressiva entrata delle donne sul mercato del lavoro (OECD, 2006:29). Se si guarda ai soli uomini, sull'insieme dei paesi OCSE il tasso di partecipazione per il gruppo di età 55-64 anni è sceso da oltre il 75% nel 1970 a un minimo di circa il 63% nel 1995 per poi risalire oltre il 65% a metà degli anni duemila. Tale risultato è la conseguenza di più fattori concomitanti:

- ▶ se guardiamo al lungo periodo, il passaggio dall'artigianato e dall'agricoltura all'industria e ai servizi ha certamente contribuito a tale abbassamento nei tassi di attività. I lavori tradizionali davano la possibilità di lavorare – magari a ritmi diversi – anche quando le persone diventavano anziane. Il pensionamento è un concetto e un istituto sviluppatosi insieme al lavoro organizzato alle dipendenze di un datore di lavoro;
- ▶ il marcato aumento nella produttività del lavoro nel ventesimo secolo ha permesso di finanziare agevolmente una riduzione nei tassi di attività maschili e un numero crescente di pensionati. In altre parole, i guadagni di produttività ottenuti grazie allo sviluppo dell'industria e dei servizi e all'industrializzazione dell'agricoltura hanno liberato risorse economiche in quantità tale da poter anticipare l'uscita dal mondo del lavoro, pur mantenendo – e anzi migliorando – le prestazioni offerte dai sistemi di protezione sociale. Negli Stati Uniti ad esempio l'età media di pensionamento è scesa dai 67 anni del 1950 ai 62 del 2000 (Bezaitis, 2008: 16);
- ▶ i moderni schemi previdenziali erano costruiti su ipotesi attuariali a loro volta modellate su una distribuzione per età della forza lavoro che aveva una forma realmente piramidale. Per questo motivo i sistemi pensionistici potevano basarsi su generosi sistemi a ripartizione e permettere pensionamenti anticipati, con «scivoli» o altre finestre frequenti nel nostro paese come negli altri;

- ▶ negli ultimi decenni, i pensionamenti anticipati sono aumentati sia per i colletti bianchi (gli impiegati) che per i colletti blu (gli operai) a seguito di importanti ristrutturazioni industriali che hanno coinvolto numerosi settori produttivi, spesso come conseguenza dell'aumentata concorrenza economica a livello internazionale.

Tuttavia, tale innalzamento dei tassi di attività tra la popolazione di 50-64 anni, già cominciato a metà degli anni novanta, sembra destinato a subire un'accelerazione nel prossimo futuro. I due principali motivi di ciò sono certamente ravvisabili nella crescita economica assai debole che caratterizza ormai da tempo i paesi industrializzati e nel progressivo invecchiamento della popolazione, che ha già reso necessaria riforme pensionistiche in molti paesi, con l'aumento dell'età pensionabile e, eventualmente, prevedendo la possibilità di un'uscita ritardata e graduale dal mondo del lavoro (Munnell e Sass, 2008)⁶.

Al contempo, il tema dell'*employability* – e cioè della necessità di mantenere nei lavoratori competenze adeguate perché si mantengano appetibili sul mercato del lavoro – ha acquistato visibilità e attenzione, dando luogo anche a diverse iniziative di politica economica. È il caso, ad esempio, dell'Unione Europea, che vuole promuovere un «invecchiamento attivo» e limitare le uscite anticipate dal lavoro (Hasselhorn et al., 2003). Sviluppando la Strategia di Lisbona definita nel 2000, il Consiglio Europeo di Stoccolma del 2001 ha, per esempio, raccomandato agli Stati Membri di aumentare significativamente il numero di persone tra i 55 e i 64 anni che rimangono nella forza lavoro⁷. Ancora, il Consiglio Europeo di Barcellona del 2002 ha proposto un aumento dell'età pensionabile di cinque anni entro il 2010 (ai tempi l'età media di pensionamento era di 58 anni).

L'invecchiamento del personale dovrà necessariamente accompagnarsi ad una revisione delle politiche e dei sistemi di gestione del personale. Nel settore sanitario ciò appare particolarmente difficile. Primo, non è facile coinvolgere e motivare il lavoro del personale più anziano sui turni di notte o durante le vacanze. Secondo, i servizi sanitari sono spesso considerati lavori usuranti e il lavoro di cura fonte di possibile *burn out*, con la possibilità di vedere aumentare le assenze o le limitazioni certificate, con conseguenze problematiche per l'organizzazione dei servizi e il clima organizzativo.

Più in generale, nell'ipotesi di popolazione costante e di un sistema previdenziale che prevede un'età pensionabile fissa per uomini e donne, la piramide per

⁶ Per esempio quando il sistema di sicurezza sociale fu istituito negli Stati Uniti nel 1935 per i residenti con oltre 65 anni di età, la speranza di vita alla nascita in quel paese era di 61 anni.

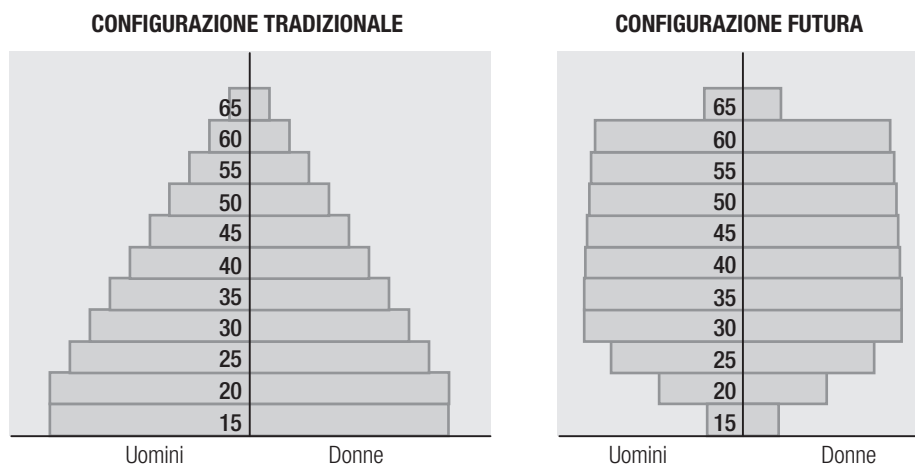
⁷ Nel 2001 il tasso di occupazione per i lavoratori 55-64enni era soltanto del 38% nei 15 Paesi membri pre-2004 e del 37% nell'Unione Europea allargata (European Commission, 2002). Tali percentuali sono peraltro ancora minori in Italia, a causa di condizioni particolarmente favorevoli per il pensionamento anticipato vigenti fino a di recente.

età della forza lavoro non potrà certamente più essere – semmai lo sia stato – una piramide.

Come mostrato in Figura 16.1, la distribuzione per età che prevaleva fino a di recente nella forza lavoro poteva in molti casi essere ricondotta almeno idealmente ad una forma piramidale. Senza considerare la composizione di genere – che poteva distorcere anche di molto le piramidi dei diversi settori produttivi – la configurazione tradizionale prevedeva come regola generale che le coorti giovani fossero più popolose di quelle anziane, che l'ingresso nel mondo del lavoro avvenisse tra i 15 e i 25 anni per gran parte delle occupazioni, che i lavori fossero per lo più a tempo pieno e a tempo indeterminato, che la forma piramidale della popolazione complessiva si riflettesse in quella della popolazione lavorativa, e che i lavoratori che restavano al lavoro anche oltre i 65 anni fossero estremamente rari (e permessi soltanto a condizioni definite dalla normativa).

La configurazione nuova – o futura – assume una forma del tutto diversa. L'età d'ingresso è aumentata a seguito di limiti di legge o comunque di un generale allungamento dell'istruzione, oppure per requisiti più stringenti posti dai datori di lavoro. Una volta superata la fascia di età di entrata nel mondo del lavoro, la distribuzione assume una forma simile a quella di un cilindro che sale lungo le coorti quasi senza scalini fino all'età pensionabile. Almeno teoricamente, le possibilità di uscita prima di quella età – in genere fissata a 65 anni – sono pochissime ed eventualmente legate a motivi di invalidità o simili⁸. Se l'età di pensionamento

Figura 16.1 **Configurazioni tradizionale e futura per la «piramide» d'età della forza lavoro**



⁸ Dati i bassissimi tassi di mortalità sotto i 65 anni di età, i decessi dei lavoratori non contribuiscono più a restringere l'apice della distribuzione.

fosse fissa per gran parte dei lavoratori, allora al compimento del 65esimo anno si avrebbe una repentina uscita, come rappresentato in figura.

L'invecchiamento della forza lavoro riguarda anche il settore sanitario. Nel 2007 il Comitato per l'Europa della WHO affermava: «Paesi quali la Danimarca, la Francia, l'Islanda, la Norvegia o la Svezia stanno vivendo un invecchiamento del personale infermieristico, con un'età media per gli infermieri impiegati che va da 41 a 45 anni. Nel Regno Unito un infermiere su cinque ha 50 anni o più e circa la metà hanno più di 40 anni. La riduzione nel numero dei giovani infermieri crea preoccupazione. Nel Regno Unito, tra il 1988 e il 1998 la percentuale d'infermieri sotto i 30 anni si è ridotta dal 30 al 15%. Andamenti simili si sono osservati per la professione medica. Così, nel 1985 il 55% dei medici francesi avevano meno di 40 anni, ma nel 2000 tale percentuale era scesa al 23%. Un'indagine svolta su tutti i *consultant* nel 2001 ha rilevato che nel Regno Unito soltanto il 19% aveva meno di 40 anni, mentre circa il 40% di quelli con più di 50 anni sarebbe andato in pensione nei successivi 10-15 anni. Tali cifre sembrano suggerire che le passate politiche quali le restrizioni all'entrata per i corsi di studi in medicina o infermieristica, insieme all'invecchiamento della popolazione e alle prospettive di minori possibilità di reclutamento nel mercato del lavoro Europeo, genereranno seri squilibri tra domanda e offerta di lavoro sanitario» (WHO Regional Office for Europe, 2007: 16; T.d.A.).

Ancora, Simoens e Hurst notano: «L'invecchiamento dei medici è probabile abbia profondo impatto sull'offerta di servizi in molti paesi. La generazione dei medici nati durante la *baby boom* successivo alla seconda guerra mondiale arriverà al pensionamento nella prossima decade o due. [...] L'offerta di medici è anche influenzata dal numero di ore lavorate. [...] In tutti i paesi (eccetto la Grecia) le ore di lavoro settimanali aumentano per i medici tra i 35-39 anni e i 45-49 anni, ma in gran parte dei paesi scendono dopo i 50-54 anni e fino alla pensione. Ciò suggerisce che il vicino «*boom* pensionistico» sarà preceduto da una riduzione delle ore lavorate che i medici sono disponibili ad offrire, prima della pensione» (2006: 23-25; T.d.A.).

16.4 Risultati

16.4.1 Distribuzione per età del personale SSN

La Tabella 16.1 riporta la distribuzione per età e per sesso del personale SSN alla fine del 2001 e alla fine del 2007.

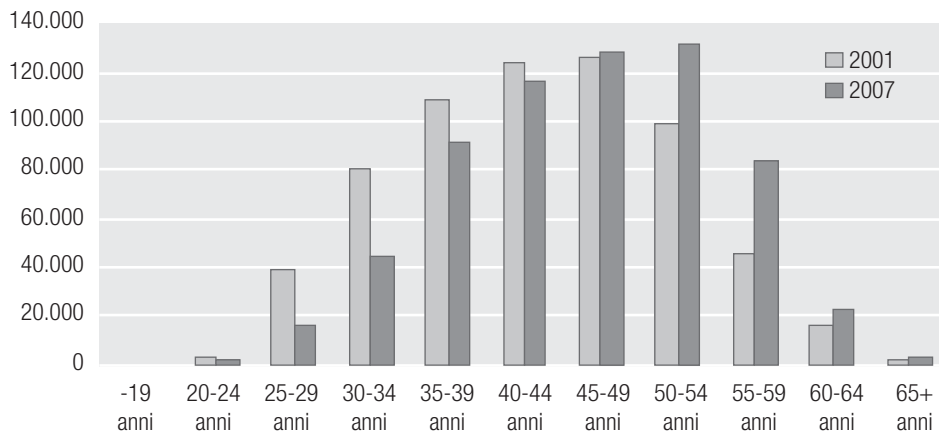
Una prima rappresentazione di questi dati è offerta nella Figura 16.2. L'invecchiamento tra 2001 e 2007 risulta chiaro, con uno scivolamento «a onda» dalle barre bianche a quelle scure. Anche la classe di età modale nel 2001 risultava essere quella 45-49 e nel 2007 diviene quella 50-54.

Per apprezzare meglio tale importante cambiamento, è possibile considerare l'età media del personale complessivo e quella dei tre gruppi occupazionali og-

Tabella 16.1 **Distribuzione per età del personale SSN, 2001 e 2007**

Età	Medici		Infermieri		Personale ammin.vo		Totale personale SSN		
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Totale
2001									
0-19 anni	–	–	12	38	2	2	28	69	97
20-24 anni	–	–	565	2.117	62	236	1.001	2.978	3.979
25-29 anni	352	180	5.899	24.563	420	1.583	8.873	30.763	39.636
30-34 anni	1.924	2.003	10.472	41.621	1.285	5.030	20.304	60.333	80.637
35-39 anni	7.018	5.336	9.310	40.894	2.703	9.924	32.298	77.273	109.571
40-44 anni	13.845	7.952	9.366	33.847	3.743	10.444	46.797	77.952	124.749
45-49 anni	19.393	9.246	12.379	27.030	4.719	8.947	58.682	67.692	126.374
50-54 anni	17.475	4.274	11.726	17.383	5.802	6.359	55.561	43.997	99.558
55-59 anni	6.898	924	4.737	7.180	4.468	2.696	26.614	19.110	45.724
60-64 anni	3.111	254	1.384	1.624	2.277	745	11.676	4.911	16.587
65+ anni	707	54	125	136	319	113	1.771	512	2.283
Tutte le età	70.723	30.223	65.975	196.433	25.800	46.079	263.605	385.590	649.195
2007									
0-19 anni	–	–	8	34	1	6	13	44	57
20-24 anni	–	–	339	1.594	41	62	585	1.927	2.512
25-29 anni	22	34	2.401	9.845	194	445	3.743	12.587	16.330
30-34 anni	1.319	2.115	6.289	23.917	684	1.983	11.174	34.266	45.440
35-39 anni	3.829	4.150	11.887	44.618	1.637	5.214	24.225	67.098	91.323
40-44 anni	8.110	6.483	10.088	42.999	3.169	10.795	34.371	82.646	117.017
45-49 anni	13.338	8.253	9.137	34.667	4.555	12.900	46.146	83.093	129.239
50-54 anni	20.410	10.215	11.512	27.437	5.463	10.887	58.790	72.995	131.785
55-59 anni	16.727	4.968	8.102	13.212	5.021	6.545	44.923	38.723	83.646
60-64 anni	5.144	620	2.029	2.288	2.815	1.601	15.934	7.337	23.271
65+ anni	782	59	214	194	506	201	2.376	680	3.056
Tutte le età	69.681	36.897	62.006	200.805	24.086	50.639	242.280	401.396	643.676

Fonte: nostra elaborazione su dati RGS, www.contoannuale.it

Figura 16.2 **Profilo d'età del personale SSN, teste 2001 e 2007**

Fonte: nostra elaborazione su dati RGS, www.contoannuale.it

getto di specifica analisi, e cioè medici, infermieri e personale amministrativo⁹. La Tabella 16.2 mostra come l'età media per l'intero personale SSN fosse di 43,5 anni nel 2001 e di 46,5 anni nel 2007.

L'aumento di tre anni nell'età media tra il 2001 e il 2007 significa che ogni anno che passava l'età media aumentava di sei mesi. Tale invecchiamento è avvenuto nonostante il *turnover* del personale sia stato in buona parte garantito, con un saldo totale sul periodo di sei anni di -0,9% (pari a -5.519 persone) per l'organico complessivo (Tabella 16.3). Tale leggero decremento è almeno in parte spiegato dal crescente ricorso alle esternalizzazioni per attività un tempo gestite direttamente con personale SSN.

Il sensibile invecchiamento può essere spiegato da più cause concomitanti: 1) le riforme del sistema previdenziale che hanno incentivato la permanenza al lavoro per alcuni 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.

⁹ L'età media è calcolata utilizzando le età centrali delle singole classi. Così ad esempio per tutto il personale di età 20-24 si adatterà convenzionalmente un'età di 22,5 anni, e così via. Per la classe di età 0-19 l'età convenzionalmente adottata è 19 perché sia nel 2001 sia nel 2007 le regole di assunzione del SSN non prevedevano la possibilità di assumere persone non maggiorenni. In ogni caso, i dipendenti appartenenti a quest'ultima classe sono molto pochi e quindi tale assunzione convenzionale non cambia i risultati complessivi. Per la classe di età 65+ abbiamo adottato l'età di 67,5 anni perché 70 anni rappresenta comunque il limite massimo dell'età pensionabile, permesso peraltro soltanto ad alcune - restrittive - condizioni. Di nuovo, come nel caso precedente il numero di dipendenti della classe 65+ è comunque molto basso e quindi non influisce sui risultati complessivi.

Tabella 16.2 **Età media del personale SSN, 2001 e 2007**

	Medici			Infermieri			Personale amm.vo			Totale personale SSN		
	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale
2001	48,1	44,5	47,0	42,9	39,5	40,4	49,0	43,3	45,4	46,3	41,6	43,5
2007	51,3	47,6	50,0	45,1	42,8	43,3	50,9	47,5	48,6	49,0	45,0	46,5
Differenza 2007 - 2001	3,2	3,2	3,0	2,2	3,2	2,9	1,9	4,2	3,3	2,7	3,3	2,9

Fonte: nostra elaborazione su dati RGS, www.contoannuale.it

Tabella 16.3 **Saldo del turnover SSN tra il 2001 e il 2007**

	Medici			Infermieri			Personale amm.vo			Totale personale SSN		
	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale
N.	-1.042	6.674	5.632	-3.969	4.372	403	-1.714	4.560	2.846	-21.325	15.806	-5.519
%	-1,5%	22,1%	5,6%	-6,0%	2,2%	0,2%	-6,6%	9,9%	4,0%	-8,1%	4,1%	-0,9%

Fonte: nostra elaborazione su dati RGS, www.contoannuale.it

L'analisi svolta in parallelo della Tabella 16.2 e della Tabella 16.3 suggeriscono le seguenti considerazioni:

- ▶ nel 2001 i medici dipendenti SSN avevano un'età media di 47 anni. Nel 2007 essi hanno raggiunto i 50 anni, nonostante il saldo positivo nel turnover (+5.632 persone), che ha portato a un aumento del 5,6% nel numero di medici nel periodo. La spiegazione di questo aumento di tre anni nell'età media dev'essere rintracciata nel massiccio reclutamento di medici negli anni ottanta, legato sia al *baby boom*, sia alla fase di espansione vissuta dal SSN - istituito nel 1978 - in quegli anni;
- ▶ tra il 2001 e il 2007 l'età media degli infermieri SSN è aumentata di 2,9 anni, al pari del totale del personale SSN. Le principali spiegazioni di tale incremento sembrano due. Primo, dal 1999 una nuova accelerazione nel processo di professionalizzazione degli infermieri italiani ha portato ad un probabile rallentamento temporaneo nelle assunzioni di nuovi infermieri, dovuto all'allungamento dei percorsi formativi. Una seconda ragione potrebbe essere legata alle riforme del sistema pensionistico, che ha posto condizioni più restrittive per il pensionamento, chiedendo una maggiore permanenza al lavoro, soprattutto alle donne (e quindi con un impatto particolarmente importante sul personale infermieristico). Tali dinamiche sembrano coerenti col saldo del turnover lievemente positivo sul periodo (+403 persone);

Tabella 16.4 **Personale con 55 e più anni, 2001 e 2007**

	Medici			Infermieri			Personale amm.vo			Totale personale SSN		
	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale
2001	10.716 (15%)	1.232 (4%)	11.948 (12%)	6.246 (9%)	8.940 (5%)	15.186 (6%)	7.064 (27%)	3.554 (8%)	10.618 (15%)	40.061 (15%)	24.533 (6%)	64.594 (10%)
2007	22.653 (33%)	5.647 (15%)	28.300 (27%)	10.345 (17%)	15.694 (8%)	26.039 (10%)	8.342 (35%)	8.347 (16%)	16.689 (22%)	63.233 (26%)	46.740 (12%)	109.973 (17%)

Fonte: nostra elaborazione su dati RGS, www.contoannuale.it

- ▶ partito con un'età media di oltre 45 anni nel 2001, il personale amministrativo ha raggiunto quasi 49 anni nel 2007, avvicinandosi quindi all'età media dei medici, nonostante i processi d'istruzione più brevi e un aumento del personale amministrativo nel periodo (+4%). Quest'ultimo punto, in particolare, appare inaspettato, se consideriamo gli sforzi fatti da molte Regioni per razionalizzare l'utilizzo del personale amministrativo e le norme che hanno posto vincoli stringenti al *turnover* degli amministrativi.

Infine, un'ulteriore possibile modo di guardare all'invecchiamento del personale SSN è quello di considerare la percentuale di persone che superano una certa soglia di età.

Se consideriamo i dipendenti con almeno 55 anni – e cioè persone che di fronte a loro hanno meno di dieci anni di lavoro prima della pensione, a meno di eccezioni – il processo d'invecchiamento appare ancora più marcato di quanto risulti dalle semplici età medie. I dipendenti SSN con almeno 55 anni sono passati da 64.594 nel 2001 a 109.973 nel 2007, con un saldo positivo di oltre 7.500 persone in media all'anno (Tabella 16.4). In termini percentuali, ciò equivale a un aumento del 70%, dal 10 al 17% del personale totale.

Per i medici l'incremento è stato ancora più marcato, con la quota dei 55enni e oltre passata dal 12 al 27% del totale (+124%).

16.4.2 Distribuzione per età nelle figure professionali

Le figure seguenti mostrano le piramidi per età e genere di medici, infermieri e personale amministrativo.

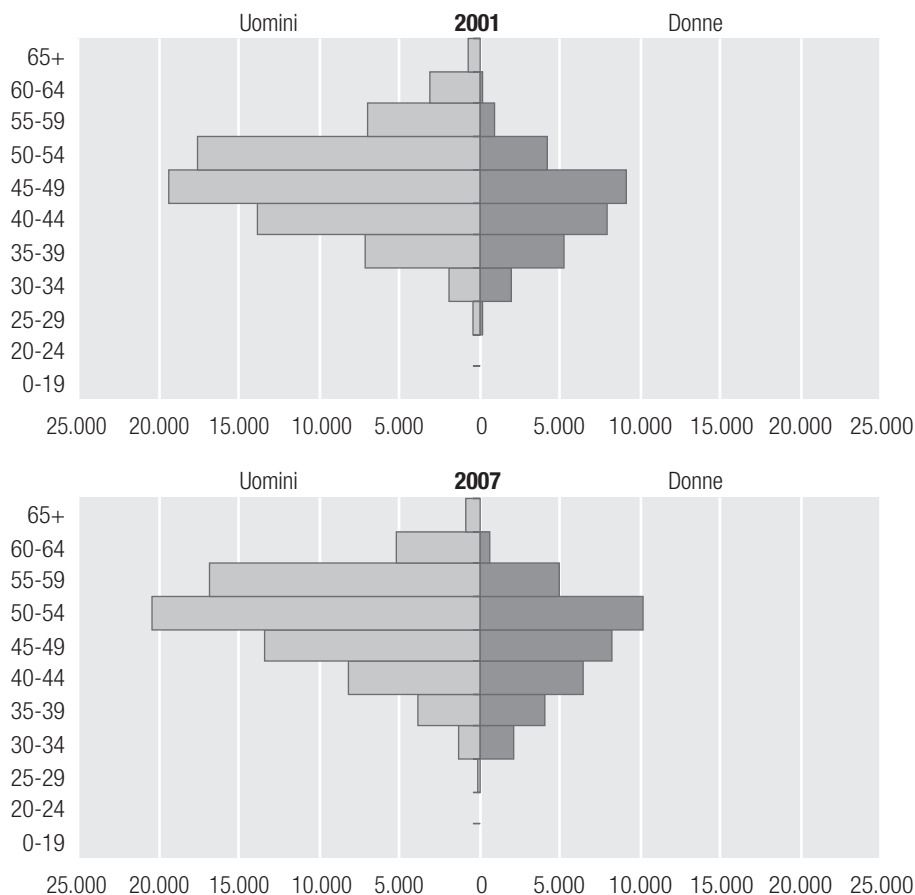
I medici sono l'unico gruppo tra i tre analizzati caratterizzato da una chiara dominanza maschile. Al contrario, gli infermieri e il personale amministrativo vedono una larga prevalenza femminile.

La piramide per età dei medici evidenzia una marcata concentrazione in poche classi d'età:

- ▶ nel 2001 la classe d'età più numerosa era quella 45-49 anni, con 28.639 persone, pari al 28% del totale dei medici dipendenti a tempo indeterminato SSN. La classe d'età 40-44 rappresentava il 22% dei medici (N = 21.797), all'incirca pari a quella 50-54 anni (N = 21.749). Quindi, le classi di età comprese tra 40 e 54 anni rappresentavano quasi tre quarti dei medici totali;
- ▶ nel 2007, la classe d'età più numerosa era divenuta quella 50-54 anni, con 30.625 medici pari al 29% del totale. Seguivano la classe d'età 55-59 col 20% (N = 21.685) e quella 45-49 (N = 21.591).

Come già menzionato, i medici di almeno 55 anni nel 2001 rappresentavano soltanto il 12%, ma avevano raggiunto il 27% nel 2007. Solo i medici con 60+ anni rimangono una quota modesta del totale, passando dal 4,1% nel 2001 al 6,2% nel 2007.

Figura 16.3 **Piramide per età e genere dei medici SSN, 2001 e 2007**



Fonte: nostra elaborazione su dati RGS, www.contoannuale.it

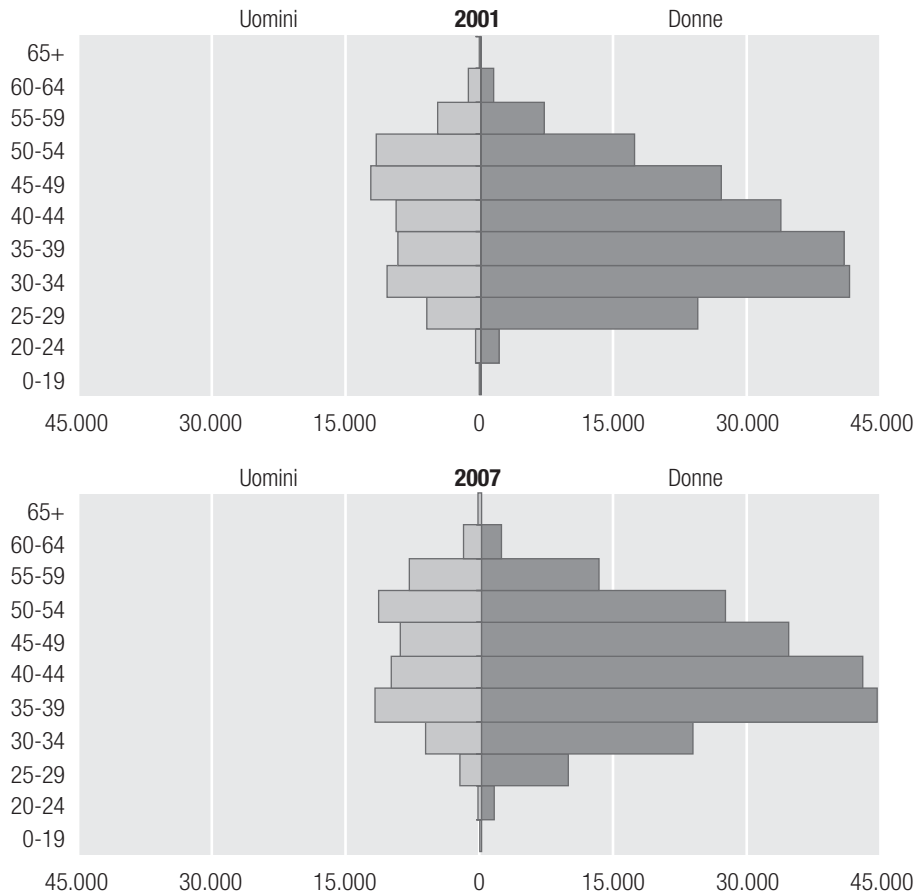
Infine, i medici SSN con meno di 35 anni rappresentano una quota molto limitata. Nel 2001 essi erano il 4,4% del totale e nel 2007 si erano persino ridotti fino a raggiungere il 3,3%, nonostante il saldo positivo del *turnover* sul periodo (+5.632 medici). Anche considerando la durata del curriculum di studi e il fatto che i medici SSN sono tutti specialisti¹⁰, la bassa quota di giovani costituisce un sintomo di difficoltà nelle procedure di reclutamento e selezione.

Le piramidi per età relative agli infermieri suggeriscono almeno quattro commenti:

- ▶ a confronto coi medici, gli infermieri mostrano una minore concentrazione nella distribuzione per fasce di età. Nel 2001 la classe d'età più numerosa era quella 30-34 anni con 52.093 infermieri, pari al 20% del totale. Le tre classi di età più popolate erano quelle comprese tra 30 e 44 anni, con un totale di 145.510 infermieri, pari al 55% del totale. Nel 2007 l'invecchiamento aveva comportato uno slittamento di tali classi d'età modali, con le tre classi 35-49 anni che raccoglievano 153.396 infermieri, pari al 58% del totale;
- ▶ un cambiamento importante tra il 2001 e il 2007 è dato dalla quasi completa sparizione delle coorti sotto i 30 anni di età. Nel 2001 esse rappresentavano ancora il 13% degli infermieri complessivi (N = 33.194), mentre nel 2007 erano scesi al 5% (N = 14.221). Tale risultato è spiegato solo in parte dalle recenti riforme del percorso di studi, poiché il nuovo regime è partito nel 2001. Inoltre, anche dopo la riforma gli infermieri in media conseguono la laurea a 25 anni¹¹ (IPASVI, s.i.d.: 19), quindi ben inferiore ai 30 anni. Per queste ragioni, la riduzione del peso delle coorti giovani deve essere spiegata da altri fattori, quali l'innalzamento dei requisiti di anzianità minima per accedere ai trattamenti pensionistici, insieme alla relativa carenza di infermieri in diverse Regioni italiane (conseguenza a sua volta del numero chiuso per i corsi di laurea in infermieristica ma, ancora di più, per il tasso di caduta che caratterizza tale formazione, con molti studenti che abbandonano il corso di laurea);
- ▶ un'altra informazione che è possibile ricavare dalla Figura 16.4 è la bassa percentuale d'infermieri che restano al lavoro oltre i 60 anni. Nel 2001 essi erano

¹⁰ La durata del corso di laurea in medicina e chirurgia è di sei anni, cui si aggiungono da quattro a sei anni per la scuola di specializzazione. In assenza di ritardi negli studi o nell'accesso ai programmi, i giovani specialisti dovrebbero quindi arrivare sul mercato del lavoro attorno ai 30 anni.

¹¹ In assenza di interruzioni o bocciature, l'età normale per conseguire il diploma di scuola secondaria superiore è 19 anni e quindi, dopo tre anni di corsi, l'età per conseguire la laurea in infermieristica dovrebbe essere 22 anni. Il valore osservato nella realtà è però di 25 anni. Ciò è spiegato da un'alta incidenza di studenti che cominciano il corso di laurea abbastanza tardi. Nell'anno accademico 2006-2007 la percentuale di studenti che avevano cominciato il corso di laurea all'età di 21 anni o minore era pari al 45%, mentre gli studenti che cominciavano avendo già 30 anni o più era del 17% (IPASVI, s.i.d.: 11).

Figura 16.4 **Piramide per età e genere degli infermieri SSN, 2001 e 2007**

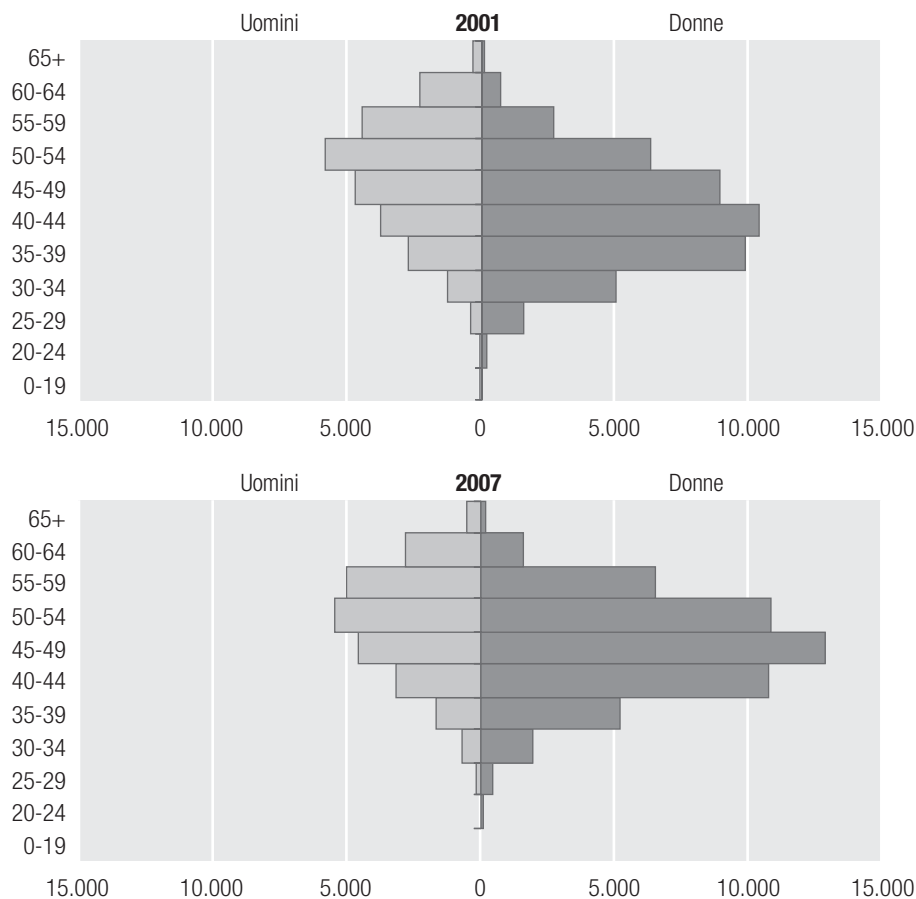
Fonte: nostra elaborazione su dati RGS, www.contoannuale.it

3.269, pari all'1,2% del personale infermieristico complessivo del SSN. Nel 2007 le corrispondenti cifre erano di 4.725 e del 1,8%, rispettivamente;

- infine, le piramidi di età degli infermieri sembrano mostrare una più alta permanenza al lavoro degli uomini rispetto alle donne. Anche se non disponiamo di dati sull'anzianità di lavoro, la distribuzione lungo le età è meno concentrata per gli uomini (profilo di sinistra in figura) che per le donne (profilo di destra), supportando quindi l'ipotesi di carriere maschili più durature di quelle femminili, coerentemente peraltro con le regole pensionistiche vigenti in Italia, che permettono alle donne un pensionamento anticipato rispetto agli uomini.

Un utile confronto con la situazione appena descritta è dato dall'analisi svolta dieci anni fa da Buchan con riferimento agli infermieri inglesi e citata in apertu-

Figura 16.5 Piramide per età e genere del personale amministrativo SSN, 2001 e 2007



Fonte: nostra elaborazione su dati RGS, www.contoannuale.it

ra del presente capitolo. Egli infatti definiva «più anziani» gli infermieri con 40 o più anni e rilevava che nel Servizio Sanitario del Regno Unito nel 1997 essi rappresentavano il 46% del totale (mentre gli infermieri con 50 o più anni di età rappresentavano il 17%; Buchan, 1999: 819-820)¹². Come riportato in Tabella 16.2, nel SSN l'età media degli infermieri era di 40,4 anni nel 2001 e di 43,3 anni nel 2007. Alle stesse date gli infermieri con 40 anni o più erano il 48% e il 62%, rispettivamente (e quelli con 50 anni o più rappresentavano il 17% nel 2001 e il 25% nel 2007).

¹² Decisamente più anziano risultava il personale infermieristico in Canada, dove nel 2003 l'età media era di 44,5 anni e un terzo degli infermieri aveva almeno 50 anni (CIHI, 2004).

Come già evidenziato, nel 2006 l'età media all'ottenimento della laurea in infermieristica risultava essere di 25 anni (IPASVI, s.i.d.: 19). Possiamo quindi aspettarci che in media per gli infermieri gli anni di lavoro passati oltre la soglia dei 40 anni di età saranno di più di quelli passati sotto quella soglia.

Anche le piramidi per età del personale amministrativo mostrano un progressivo invecchiamento tra il 2001 e il 2007, con la classe d'età più numerosa che passa da quella dei 40-44 anni a quella 45-49¹³. Come già riportato in Tabella 16.2 e in Tabella 16.4, il personale amministrativo costituisce il gruppo occupazionale che – tra quelli esaminati – è caratterizzato dal più alto innalzamento dell'età media tra il 2001 e il 2007 (+3,3 anni) e nel 2001 era il gruppo con la più alta percentuale di personale di 55 anni e più (15%), persino più alta di quella dei medici (12%)¹⁴.

Il marcato invecchiamento complessivo del personale amministrativo presenta dinamiche distinte di genere, con una concentrazione di personale nelle classi di età più elevate per gli uomini e nelle classi più giovani per le donne. Di nuovo, una possibile spiegazione di tale differenza risiede nella maggiore permanenza al lavoro degli uomini, dovuta almeno in parte alle diverse condizioni di pensionamento in vigore. Sembra infine importante sottolineare come, sebbene confermate, tali differenze si siano ridotte tra il 2001 e il 2007.

16.4.3 Distribuzione per età nelle Regioni

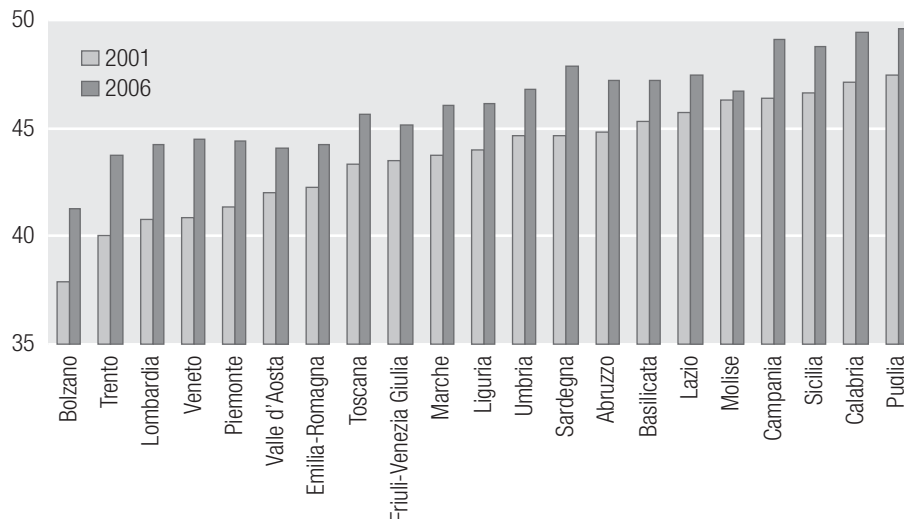
Questa sezione si basa su dati riferiti al 2006 invece che al 2007, poiché per quest'ultimo anno non disponevamo del dettaglio regionale.

La Figura 16.6 riporta l'età media del personale dei vari SSR nel 2001 e nel 2006, mettendo in luce almeno due aspetti:

- ▶ la figura mostra differenze interregionali estremamente importanti nel profilo di età in tutti e due gli anni presi in considerazione. Nel 2001 l'età media andava dai 37,85 anni della Provincia Autonoma di Bolzano ai 47,45 della Puglia, con una differenza tra le due di quasi 10 anni nell'età media. Nel 2006 gli estremi si confermavano Bolzano (41,24 anni) e Puglia (49,58), sebbene la differenza di fosse ridotta a circa 8 anni. Tali differenze possono essere almeno in parte spiegate dalla diversa composizione del personale nelle Regioni (cfr. De Pietro e Filannino, 2008). Il Triveneto, ad esempio, è caratterizzato da bassa quota di medici negli organici dei Servizi Sanitari Regionali; tenuto con-

¹³ Nel 2001 la classe d'età 40-44 anni aveva 14.187 dipendenti, pari al 20% del totale. Nel 2007 la classe d'età 45-49 ne aveva 17.455, che rappresentavano il 23% del personale amministrativo totale.

¹⁴ Ma nel 2007 i medici, col 27% di personale di 55 anni e più, erano tornati a superare il personale amministrativo, per cui la percentuale era del 22%.

Figura 16.6 **Età media del personale SSN per Regione, 2001 e 2006**

Fonte: nostra elaborazione su dati RGS

to del fatto che i medici sono mediamente più anziani degli infermieri e di altri gruppi occupazionali, ciò significa che – a parità di altre condizioni – l'età media complessiva del SSR sarà più bassa che nella media delle altre Regioni italiane;

- ▶ nonostante tutte le Regioni abbiano sperimentato un aumento dell'età media del proprio personale complessivo, le differenze tra 2001 e 2006 per Regione mostrano anch'esse notevole variabilità. Come prevedibile visti i bassi valori del 2001, i maggiori incrementi nell'età media hanno riguardato Bolzano, Trento, Lombardia e Veneto (con aumenti che vanno da 3,4 a 3,7 anni). Ciò ha contribuito a una convergenza – seppure limitata – tra le età medie dei diversi SSR.

16.5 Discussione e conclusioni

16.5.1 Demografia

Le informazioni presentate nelle pagine precedenti descrivono un cambiamento profondo e strutturale del personale SSN, destinato ad avere importanti conseguenze sul funzionamento delle aziende e che richiede un riorientamento marcato di politiche e sistemi di gestione del personale. Nonostante ciò, si tratta di dinamiche e conseguenze che finora sembrano restare sotto-

traccia nel dibattito professionale e nelle pratiche di gestione del sistema sanitario italiano¹⁵.

Gran parte degli indicatori rivelano un deciso slittamento tra il 2001 e il 2007:

- ▶ l'età media del personale SSN nel 2007 era di 46,5 anni, rispetto ai 43,5 del 2001;
- ▶ la classe d'età più popolosa nel 2007 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%.

Questi cambiamenti, avvenuti in un lasso di tempo limitato, sono stati ulteriormente evidenziati dal ricambio solo parziale del personale SSN che, nei sei anni, ha cumulato un saldo negativo di -5,519 persone (pari all'0,9% del personale complessivo). Ciò infatti significa che nel corso dei sei anni oggetto d'indagine 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.

Nonostante ciò, l'analisi ha anche mostrato la distanza che rimane tra la reale distribuzione per età del personale SSN rispetto alla situazione che è possibile attendersi «a regime» quando le riforme pensionistiche saranno ultimate e con tutta probabilità prevedranno, con poche eccezioni, un'età pensionabile di 65 anni sia per gli uomini che per le donne. Ciò risulta evidente quando si confronti la distribuzione per età 2007 riportata in Figura 16.2 (dettagliata poi nelle Figura 16.3, Figura 16.4 e Figura 16.5) e la struttura stilizzata nella Figura 16.1. Invece di essere distribuita in maniera quasi uniforme sulle diverse classi di età, i profili reali mostrano una forte concentrazione nelle classi d'età centrali della distribuzione: nel 2007 quelle comprese tra i 35 e i 54 anni rappresentavano il 73% del personale SSN totale (71% nel 2001).

Nel medio-lungo periodo è verosimile una ripresa del reclutamento che potrebbe rafforzare il personale nelle classi d'età più giovani, ma allo stesso modo è probabile che si confermi lo slittamento di quote di personale nelle classi più anziane.

¹⁵ Un'eccezione nella letteratura relativa all'assistenza sanitaria è rappresentata da Piccoli et al. (2008), che descrivono l'invecchiamento – recente e prospettico – del personale infermieristico in tre ospedali piemontesi ed esporano, basandosi sulla letteratura anglosassone, alcune strategie di gestione del personale.

Implicazioni manageriali

I cambiamenti sopra discussi necessitano di adeguate risposte di management. Perché ciò accada è innanzi tutto necessario avere informazioni fruibili. Dati simili a quelli presentati nelle pagine precedenti dovrebbero essere dettagliati, integrati e aggiornati regolarmente.

Per alcuni gruppi occupazionali i dati dovrebbero essere raccolti con molta più efficacia a livello di intero sistema e non soltanto di SSN. È questo, ad esempio, il caso del personale di supporto (OSS ecc.), spesso impiegato da società che poi forniscono servizi alle aziende SSN e quindi non direttamente rilevabili negli organici di queste ultime.

Ancora, per alcune informazioni non presenti sul Conto Annuale ma potenzialmente utili a regolatori e management SSN, si potrebbe pensare a integrare la rilevazione del Conto Annuale (che riguarda l'intera popolazione di aziende SSN) o si potrebbe anche procedere a una rilevazione svolta su un campione rappresentativo di aziende SSN. Un esempio di informazioni di questo tipo è quella relativa al ricorso al tempo pieno nelle diverse coorti di età.

Nonostante tali (sormontabili) limiti, è chiaro che l'invecchiamento della forza lavoro necessita di una conoscenza del fenomeno e di una lettura condivisa da parte degli attori interessati, quali le Regioni e loro agenzie, i Ministeri della salute, dell'economia e dell'istruzione, università e ricerca scientifica, l'Agenas, il management delle aziende SSN, le organizzazioni sindacali, gli organi professionali (ordini, collegi, associazioni), ecc.

Particolarmente critico è il ruolo del management delle aziende SSN, chiamato a un approfondito esame delle culture organizzative e dei sistemi di gestione del personale attualmente in uso, per valutare quali sono i cambiamenti necessari ad «accomodare» variazioni così marcate nella composizione demografica del personale. La criticità di tale adeguamento dipende:

- ▶ dall'entità dei trend strutturali in corso;
- ▶ dal fatto che si tratta di fenomeni di fatto inediti per la gestione del personale, rispetto a cui non ci sono significative e diffuse esperienze pregresse;
- ▶ 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) nonché dal sistema delle relazioni sindacali.

Se risulta chiara la posta in gioco, sembra allora evidente la necessità di politiche gestionali sanamente «proattive» e capaci, se non di anticipare un fenomeno di fatto già in corso, almeno di governarlo adeguatamente (European foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2008). In tal senso almeno le seguenti aree sembrano meritare un'attenzione particolare:

- ▶ *comunicazione*. I lavoratori più anziani vogliono essere ascoltati, apprezzano una comunicazione chiara e diretta, sentono di meritare fiducia. Essi inoltre quando offrono i propri consigli o altri contributi, si attendono che ciò venga loro riconosciuto;
- ▶ *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*;
- ▶ *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 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, a ragione della loro prospettiva lavorativa più breve e quindi di minori ritorni dagli investimenti in formazione. Per le stesse ragioni, anche i datori di lavoro potrebbero discriminare i lavoratori più *senior*, preferendogli i più giovani. Data la forte innovazione tecnologica che caratterizza molti lavori in campo sanitario, le aziende come regola generale dovrebbero adottare una comunicazione chiara, insistendo 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*. Una sfida comune per i sistemi economici e previdenziali di molti paesi sviluppati è quella di progettare regole che permettano e favoriscano una 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. Resta 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 prudenti nel riconoscere limitazioni certificate e altre condizioni personali* che hanno ricadute problematiche sull'organizzazione del lavoro. Il lavoro ha effetti positivi e negativi sul dipendente anziano. 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 di buona salute. Dall'altra parte, i contenuti di alcuni lavori o le condizioni organizzative in cui si svolgono possono essere causa di usura, *burn out* o altri problemi di salute, la cui incidenza tipicamente aumenta con l'età dei lavoratori stessi. An-

che senza arrivare alle conseguenze potenzialmente più severe, questi effetti negativi sulla salute si possono accompagnare ad assenze più frequenti sul lavoro, a pensionamento anticipato, al riconoscimento di limitazioni certificate dal cosiddetto medico competente. Queste ultime in particolare costituiscono un fondamentale strumento di prevenzione di conseguenze potenzialmente ancora più gravi per il lavoratore, nonché un importante strumento perché i lavoratori vedano tutelato il proprio stato di salute. Ciò detto, la concreta esperienza delle aziende del SSN e la dinamica di invecchiamento del personale rendono necessario che le aziende adottino un atteggiamento responsabile ma al contempo particolarmente attento a riconoscere tali limitazioni soltanto a chi ne ha effettiva e urgente necessità;

- ▶ *procedure per limitare le conseguenze di importanti deficienze del personale.* In alcuni (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 (si veda ad esempio Peisah et al, 2007: 826-827).

In ogni caso, sembra utile sottolineare nuovamente che i dipendenti anziani hanno anche importanti aspetti positivi. Infatti essi 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 e «intensive in conoscenza» quali sono le aziende sanitarie.

Sfortunatamente, nonostante il ruolo centrale che l'invecchiamento gioca nel rimodellare il personale SSN e nel determinare quindi le sfide future in termini di gestione delle risorse umane, le esperienze maturate nelle aziende del SSN non sembrano ancora mostrare pratiche innovative per governare tali cambiamenti.

Bibliografia

- Bezaitis A. (2008), «The workforce landscape – Graying but gritty», *Aging Well*, 1(4), pp.16-20.
- Buchan J. (1999), «The greying of the United Kingdom nursing workforce: implications for employment policy and practice», *Journal of Advanced Nursing*, 30(4), pp.818-826.
- CIHI (2004), *Nursing workforce getting older: one in three Canadian nurses is 50 or older. Ottawa*. [http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=media_14dec2004_e#2003; visitato il 27 dicembre 2008]

- DeLong DW. (2004), *Lost knowledge: confronting the threat of an aging workforce*, New York, Oxford University Press.
- De Pietro C., Filannino C. (2008), «Composizione e retribuzioni del personale SSN nel 2006», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2008*, Milano, EGEA.
- DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) (2002), «Les acteurs et les structures», *Données sur la situation sanitaire et sociale*, Paris, La Documentation française.
- European Commission (2002), *Employment in Europe 2002: Recent trends and prospects*, Brussels, European Commission, Directorate-General for Employment and Social Affairs, Unit EMPL/A.1.
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2008), *Working Conditions of an Ageing Workforce*, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities.
- Hasselhorn H.-M., Mueller B.H., Tackenberg P. (editors) (2003), *Working condition and intent to leave the profession among nursing staff in Europe*, Stockholm, National Institute for Working Life.
- IPASVI (s.i.d.), *Indagine sulla formazione universitaria degli infermieri. Rapporto 2006-2007*, IPASVI, Roma. [<http://www.ipasvi.it/content/osservatorio/Indagine%202006-2007.pdf>; visitato il 2 gennaio 2009]
- Loretto W., Vickerstaff S., White P. (editors) (2007), *The future for older workers: new perspectives*, Bristol, Policy Press.
- Munnell A.H., Sass S.A. (2008), *Working longer. The solution to the retirement income challenge*, Washington, DC, Brookings Institution Press.
- OECD (2004), *Ageing and Employment Policies – Italy*, Paris, OECD.
- OECD (2006), *Live Longer, Work Longer*, Paris, OECD.
- Peisah C., Adler R.G., Williams B.W. (2007), «Australian pathways and solutions for dealing with older impaired doctors: a prevention model», *Internal Medicine Journal*, 37, pp.826-831.
- Piccoli M., Cavallo F., Dello Russo C. et al. (2008), «Invecchiamento della popolazione infermieristica: analisi in tre ospedali piemontesi», *Assistenza infermieristica e ricerca*, 27(1), pp.2-12.
- Shultz K.S., Adams G.A. (editors) (2007), *Aging and work in the 21st century*, New York, Psychology Press.
- Simoens S., Hurst J. (2006), «The supply of physician services in OECD countries», *OECD Health working papers n. 21*, Paris, OECD.
- Taylor P. (Editor) (2008), *Ageing Labour Forces – Promises and Prospects*, Cheltenham, Edward Elgar.
- WHO Regional Office for Europe (2007), *Health workforce policies in the European Region*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.