

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia

L'invecchiamento del personale infermieristico e di supporto nell'Azienda USL di Reggio Emilia

Una nuova sfida per l'organizzazione:
tra conciliazione e Diversity Management

Autori

Manuela Predieri, Laura Annigoni, Benedetta Ribaldi

*Corso in organizzazione di percorsi condivisi di conciliazione tempo-lavoro
Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia
Facoltà di Scienze della Comunicazione e dell'Economia
Anno Accademico 2013/14*

INDICE

Premessa	pag. 3
1. Contesto normativo e socio-culturale	pag. 5
1.1 La normativa	pag. 5
1.2 Fra conciliazione e Diversity Management	pag. 9
2. Il contesto aziendale di riferimento	pag.11
2.1 Territorio e popolazione	pag.11
2.2 I valori	pag.12
2.3 La carta di identità dell'Ausl di Reggio Emilia	pag.12
2.4 L'invecchiamento della popolazione infermieristica e del personale sanitario di supporto nell'Ausl di Reggio Emilia	pag.14
3. Considerazioni e proposte	pag.23
4. Conclusioni	pag.28
Bibliografia	pag.30

Premessa

L'invecchiamento degli operatori, come peraltro quello dei pazienti, pone al servizio sanitario interessanti e molteplici sfide per le quali le strategie tradizionali non appaiono più sufficienti.

Il contesto lavorativo in cui si sviluppa la professione sanitaria in generale, e in particolare l'attività dell'infermiere, presenta particolari specificità: in primo luogo è strettamente legato alla vita umana (la fragilità, la sofferenza e la morte del paziente), la cui efficienza è valutata in esiti assistenziali verso il paziente – siano essi di prevenzione, cura o riabilitazione – e non in parametri esclusivamente numerici e, nonostante il supporto tecnologico, tale processo è fortemente condizionato dalla componente umana.

Quest'ultimo aspetto del processo assistenziale, unitamente ai limiti della ausiliazione meccanica del lavoro e agli elevati carichi da sostenere, richiede all'infermiere il possesso di performances lavorative che difficilmente sono richieste ad altre figure del mondo del lavoro. Basti pensare, infatti, che le attività dell'infermiere spaziano dalla movimentazione manuale dei pazienti, dove spesso il rischio è significativo in ambito infortunistico, alle posture incongrue e fisse, alla prolungata e fissa stazione eretta, al lavoro a turno e in orario notturno. Vi sono inoltre rischi specifici per alcuni settori che vanno dall'esposizione a rischio fisico (radiazioni ionizzanti e non ionizzanti, radiazioni ottiche artificiali) a quella a rischio chimico (antiblastici).

Inoltre, l'infermiere ha un fortissimo coinvolgimento della sfera emotiva.

Quanto detto vale anche se parliamo dell'operatore socio-sanitario che è colui che, a seguito dell'attestato di qualifica conseguito al termine di specifica formazione professionale, svolge attività indirizzata a soddisfare sia i bisogni primari della persona (nell'ambito delle proprie aree di competenza), sia i bisogni sociali e sanitari (assistenza diretta ed aiuto domestico alberghiero, intervento igienico-sanitario e di carattere sociale e supporto gestionale, organizzativo e formativo, ecc..) e a favorire il benessere e l'autonomia dell'utente. Infatti, l'operatore socio-sanitario svolge la sua attività sia nel settore sociale che in quello sanitario, in servizi di tipo socio-assistenziale e socio-sanitario, residenziali o semiresidenziali, in ambiente ospedaliero e al domicilio dell'utente. Inoltre l'operatore socio-sanitario lavora in collaborazione con gli altri operatori professionali preposti all'assistenza sanitaria e a quella sociale, secondo il criterio del lavoro multiprofessionale.

Entrambe queste figure professionali sono quindi caratterizzate dalla necessità di un'integrità psicofisica per poter svolgere la propria attività: il fattore età diventa quindi una determinante importante che condiziona fortemente le capacità lavorative dell'infermiere.

1. CONTESTO NORMATIVO E SOCIO-CULTURALE

1.1 La normativa

Negli ultimi 20 anni le trasformazioni socioculturali accompagnate da una serie di normative di matrice sia comunitaria che nazionale hanno innescato, complice la recente congiuntura economica sfavorevole, un progressivo innalzamento dell'età dei lavoratori attivi.

Le persone entrano nel mondo del lavoro ad età sempre più avanzata, con rapporti di lavoro spesso caratterizzati da precarietà, riducendo così sempre di più il numero dei lavoratori stabili e "fidelizzati" su cui potevano contare in passato le Aziende, e maturano il diritto alla pensione, nella migliore delle ipotesi (vale a dire in presenza di contributi continuativi senza interruzioni), circa 10/15 anni dopo rispetto agli anni '90. In particolare, per i profili professionali degli infermieri e degli operatori sanitari, oggetto della analisi, possiamo evidenziare alcuni fra i fattori più emblematici che confermano questo trend.

1. Il percorso formativo degli operatori sanitari ha comportato nel tempo un incremento significativo degli anni di studio necessari per l'acquisizione delle specifiche qualifiche. In particolare, il personale infermieristico ha visto, nel corso degli anni, oltre ad una trasformazione del ruolo e della figura professionale: da mero supporto/ausilio del medico a vero e proprio professionista con proprie specifiche competenze infermieristiche, anche un prolungamento del percorso di studi che, partendo dall'attestato di qualifica di infermiere generico degli anni '70, è arrivato al Diploma Universitario in Scienze Infermieristiche degli anni '90. Il sistema odierno, basato sui crediti formativi (CFU), ha istituito corsi di laurea triennali e prevede la possibilità di iscriversi, successivamente, a corsi di perfezionamento universitario, master di primo livello, corsi di laurea specialistica biennali, per poi proseguire con master di secondo livello o dottorati di ricerca presenti in vari atenei fin dagli anni 2004-2005.
2. Con la L. 127 del 15/5/1997 (art. 3 comma 6) la partecipazione ai concorsi indetti dalle pubbliche amministrazioni non è più soggetta ai limiti di età (in precedenza tale limite escludeva l'accesso alle P.A. tramite concorso agli over 40): dal 1997 le P.A. possono assumere dipendenti di ogni età (comunque maggiorenni), fino al raggiungimento di quella massima prevista per il trattamento di quiescenza.

3. La normativa pensionistica dal 1994 ad oggi, all'indomani della "Riforma Fornero" (DL 201/2011), nonché delle ulteriori normative contenute nella legge di stabilità del 2014 (L. 147/2013), ha creato le condizioni non solo per la definitiva archiviazione delle pensioni anticipate prima dei 50 anni, ma ha gettato le basi per un progressivo innalzamento dell'età pensionabile, sia per quanto riguarda la pensione di anzianità (ora sostituita dalla cosiddetta pensione anticipata), sia per quella di vecchiaia, senza più distinzione di genere.
- **pensione di vecchiaia:** requisito minimo di 20 anni di contribuzione, età anagrafica che dall'1.1.2012 per il settore pubblico è diventata di 66 anni uguale per uomini e donne con incremento progressivo in rapporto agli indici di speranza di vita che stante le stime attuali arriverà a 68 anni nel 2029; vedi Tabelle 1 e 2
 - **pensione anticipata:** è possibile andare in pensione prima dell'età anagrafica di vecchiaia con un'anzianità contributiva che nel 2013 era di 42 anni per gli uomini e 41 per le donne. Dal 2013 ai requisiti di contribuzione richiesta si devono aggiungere gli indici di speranza di vita (con variazioni triennali fino al 2019 poi biennali) ciò comporterà un incremento progressivo dinamico in funzione del parametro demografico, degli anni di anzianità contributiva che passeranno dagli attuali 42 anni per gli uomini e 41 anni per le donne ai 44 anni per gli uomini e 43 anni per le donne nel 2029, inoltre è prevista una decurtazione pari al 1% per i primi 2 anni ed al 2% per ogni ulteriore anno mancante all'età anagrafica di 62 anni: es. un soggetto che accede al trattamento anticipato all'età di 58 anni subirà una riduzione del 6% (1%+1%+2%+2%). Vedi Tabella 3

Tabelle nuova normativa pensioni

Decreto Legge nr. 201/2011

Introduzione dal 1° gennaio 2012, sia nel sistema misto, sia nel sistema contributivo, delle sole:

- a) "pensioni di vecchiaia"
- b) "pensioni anticipate"

Gli indici di speranza di vita, dal 2013 in poi, subiranno un nuovo adeguamento dal 1.1.2016. Decreto Legge n°201/2011 art. 24.c. 12 e 13.

Si riconferma la generale indicizzazione alla dinamica di incremento della speranza di vita, già vigente, di tutti i requisiti anagrafici, ma anche dei requisiti

per la pensione anticipata, prevedendo anche che dopo il 2019 avranno cadenza biennale in luogo di quella triennale.

Tabella 1. Indici di speranza di vita - dal 2019 calcolo biennale - art. 24.c.13

Anni \ Età	Uomini	Donne
1.11.2013	3 mesi	3 mesi
1.11.2016	4 mesi	7 mesi
1.11.2019	4 mesi	11 mesi
1.11.2021	3 mesi	1 anno e 2 mesi
1.11. 2023	3 mesi	1 anno e 5 mesi
1.11.2025	3 mesi	1 anno e 8 mesi
1.11.2027	3 mesi	1 anno e 11 mesi
1.11.2029	2 mesi	2 anni e 1 mese
1.11.2031	2 mesi	2 anni e 3 mesi

Fonte INCA ER

La pensione di vecchiaia - Decreto Legge n°201/2011

Il requisito contributivo per tutte le pensioni di vecchiaia nell'ordinamento italiano è fissato in 20 anni di contribuzione.

Tabella 2. La pensione di vecchiaia per uomini e donne del Settore Pubblico

Anni \ Età	Uomini PI	Donne PI
2010/2011	65 anni (più finestra)	61 anni (più finestra)
1.1 2012	66 anni	66 anni
1.1.2013	66 anni e 3 mesi	66 anni e 3 mesi
1.1.2014	66 anni e 3 mesi	66 anni e 3 mesi
1.1.2015	66 anni e 3 mesi	66 anni e 3 mesi
1.1.2016	66 anni e 7 mesi	66 anni e 7 mesi
1.1.2017	66 anni e 7 mesi	66 anni e 7 mesi
1.1.2018	66 anni e 7 mesi	66 anni e 7 mesi
2019/2020	66 anni e 11 mesi	66 anni e 11 mesi
2021/2022	67anni e 2 mesi	67 anni e 2 mesi
2023/2024	67 anni e 5 mesi	67 anni e 5 mesi
2025/2026	67 anni e 8 mesi	67 anni e 8 mesi
2027/2028	67 anni e 11 mesi	67 anni e 11 mesi
2029/2030	68 anni e 1 mese	68 anni e 1 mese
2031/2032	68 anni e 3 mesi	68 anni e 3 mesi
2033/2034	68 anni e 5 mesi	68 anni e 5 mesi
2035/2036	68 anni e 7 mesi	68 anni e 7 mesi
2037/2038	68 anni e 9 mesi	68 anni e 9 mesi

Fonte INCA ER

Pensione anticipata per gli uomini e le donne

Pensione anticipata con requisiti maturati dal 1/1/2012: non esiste differenza fra lavoratori dipendenti, autonomi e gestione separata.

Dal 2013 ai requisiti di contribuzione richiesta si dovranno aggiungere gli indici di speranza di vita (con variazioni triennali fino al 2019 poi biennali).

Gli indici di speranza di vita sono assorbiti nell'anzianità contributiva.

Tabella 3. La pensione anticipata

Anni \ Età	Uomini Anzianità contributiva	Donne Anzianità contributiva
1.11.2011	40 anni (più finestra)	40 anni (più finestra)
1.11.2012	42 anni e un mese	41 anni e 1 mese
1.1.2013	42 anni e 5 mesi	41 anni e 5 mesi
2014-2015	42 anni e 6 mesi	41 anni e 6 mesi
2016-2017-2018	42 anni e 10 mesi	41 anni e 10 mesi
2019-2020	43 anni e 2 mesi	42 anni e 2 mesi
2021-2022	43 anni e 5 mesi	42 anni e 5 mesi
2023-2024	43 anni e 8 mesi	42 anni e 8 mesi
2025-2026	43 anni e 11 mesi	42 anni e 11 mesi
2027-2028	44 anni e 2 mesi	43 anni e 2 mesi
1.1.2029	44 anni e 4 mesi	43 anni e 4 mesi

Fonte INCA ER

Decreto legge n°201/2011 art.24 c.10

La pensione anticipata viene tuttavia disincentivata attraverso la introduzione di una decurtazione pari al 1% per i primi 2 anni ed al 2% per ogni ulteriore anno mancante all'età di 62 anni (e relativi dodicesimi), gravante sulla quota di pensione relativa alle anzianità maturate al 31.12.2011.

4. Il contesto attuale che vede un aumento della domanda di posti di lavoro a fronte dell'arretramento dell'offerta favorisce, in particolare modo nella pubblica amministrazione, l'ingresso ai lavoratori con curriculum formativi e professionali di media-lunga data, in quanto a fronte maggiori titoli di carriera e/o studio vengono attribuiti maggiori punteggi nelle selezioni, così come previsto dalla normativa concorsuale.

1.2 Fra Conciliazione e Diversity Management

Nel linguaggio comune, il termine “conciliazione” deriva dal sostantivo latino *concilium* composto dai lemmi *cum* e *calēre*, “chiamare insieme”. Il significato originario è quello di combinare, far coesistere, mettere d'accordo ciò che sembra in contrasto (Vocabolario online Treccani).

All'inizio degli anni '90 comincia ad essere introdotto nei documenti ufficiali dell'Unione Europea il termine “conciliazione”, intendendo con ciò la volontà di predisporre direttive, informative, raccomandazioni, suggerimenti ai diversi Paesi perché adottino misure in grado di salvaguardare la possibilità di conciliare la vita familiare con la vita lavorativa.

La necessità di mettere a punto sistemi di conciliazione tra famiglia e lavoro nasce dalla convergenza di due elementi: da un lato le trasformazioni in atto nelle strategie di vita e nelle identità delle donne e degli uomini, dall'altro le trasformazioni in atto nel mercato del lavoro. Questi fattori evidenziano che il tema della conciliazione non può rimanere una questione privata dei soggetti, ma deve coinvolgere i vari attori sociali: le aziende, i sindacati, il sistema di welfare pubblico, il sistema di organizzazione territoriale.

Gli interventi devono essere rivolti in più aree e su molteplici fattori che interagiscono tra loro:

- i tempi e le forme dell'organizzazione del lavoro;
- i tempi e le forme del lavoro di cura e, rispetto a queste, le forme e le modalità di condivisione;
- i tempi e le forme della vita sociale allargata, i tempi delle città e i tempi e modalità di erogazione dei servizi.

Le politiche inerenti la conciliazione tra vita familiare e vita professionale stanno gradualmente conquistando una posizione di rilievo anche, e soprattutto, nel contesto comunitario dal quale prendono avvio una serie di iniziative.

La Commissione Europea definisce la conciliazione dei tempi lavoro-famiglia come *“introduzione di azioni sistemiche che prendono in considerazione le esigenze della famiglia, di congedi parentali, di soluzioni per la cura dei bambini e degli anziani, e lo sviluppo di un contesto e di un'organizzazione lavorativa tali da agevolare la conciliazione delle responsabilità lavorative e di quelle familiari per le donne e gli uomini”*.

Con il termine bilanciamento vita-lavoro si intendono tutte quelle politiche e procedure che mirano a valorizzare il fattore lavoro, consentendo ai collaboratori di

mantenere l'equilibrio atteso tra impegni lavorativi e personali, con conseguente beneficio della performance lavorativa (Alessandra Servidori, 2011).

A questo proposito, citiamo il diversity management, un approccio organizzativo strategico che si focalizza sulle persone e sulla gestione delle loro diversità come risorsa fondamentale di vantaggio competitivo per l'Azienda (Barabino, Jacobs, 2000). Il diversity management promuove l'idea secondo cui una gestione efficace, efficiente ed equa delle diversità delle risorse umane permette di ottenere migliori risultati organizzativi. Si tratta di passare dalla "gestione delle risorse umane alla gestione consapevole delle diversità delle persone" (Barabino, Jacobs, 2000).

Ciò che viene messo in gioco è un cambiamento di tipo culturale, volto a riconoscere e rispettare l'esistenza della diversità tra i lavoratori: le persone sono diverse, tali diversità sono rilevanti per i fini organizzativi, l'Azienda si impegna a rispettare e fare rispettare queste diversità al proprio interno e a promuovere la loro integrazione.

Il secondo tipo di cambiamento necessario è di tipo organizzativo: bisogna ampliare la visione rispetto alla possibilità di sperimentare nuove modalità di gestione delle risorse umane. Il diversity management può essere visto come uno sviluppo ulteriore, va oltre il problema delle discriminazioni, in quanto mira a valorizzare i talenti individuali per realizzare dei vantaggi per l'organizzazione. Si può sintetizzare il termine diversity management come "gestione delle differenze" e non "gestione delle diversità".

In altre parole, il riconoscimento delle differenze consente di considerare qualunque differenza individuale come una risorsa da valorizzare, sia nell'interesse del singolo, sia nell'interesse dell'organizzazione. Ci è sembrato importante inserire questa breve riflessione sul diversity perché riteniamo che nella gestione del personale con problematiche sia fisiologiche che patologiche legate all'invecchiamento sia determinante fare riferimento ad approcci organizzativi che favoriscono e promuovono un contesto lavorativo in cui uomini e donne possono soddisfare le proprie differenti esigenze di conciliazione.

Questo modello rappresenta non solo una questione etica, ma offre l'opportunità di generare effetti positivi nel clima interno, nella motivazione e nel senso di appartenenza all'Azienda da parte del personale; il risultato diretto è una riduzione del tasso di assenteismo e del tasso di turnover e una maggiore motivazione da parte degli operatori (Duxbury, Higgins, 1998). Alla luce di questo nuovo contesto di riferimento, abbiamo deciso di approfondire alcune informazioni di contesto e alcuni dati sull'età degli infermieri e degli OSS all'interno dell'Azienda Usl di Reggio Emilia.

2. IL CONTESTO AZIENDALE DI RIFERIMENTO

2.1 Territorio e popolazione

L'Azienda USL di Reggio Emilia ha come territorio di competenza la Provincia di Reggio Emilia, una delle zone più industrializzate d'Italia. Comprende un territorio suddiviso in 45 comuni con una popolazione al 1/1/2012 di 534.014 abitanti, distribuiti 2292,89 Km² di superficie che si presenta per il 74% pianeggiante, per il 20% collinare e per il restante 6% circa montana. È articolata in 6 distretti ed organizzata in Dipartimenti Ospedalieri e Territoriali. In ogni Distretto è presente un ospedale che fa parte del presidio ospedaliero aziendale, con l'eccezione del Distretto di Reggio Emilia dove è presente l'Azienda Ospedaliera Santa Maria Nuova, IRCCS in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia. Gli Ospedali del presidio ospedaliero aziendale sono: Ospedale San Sebastiano di Correggio, Ospedale C. Magati di Scandiano, Ospedale E. Franchini di Montecchio, Ospedale Sant'Anna di Castelnovo Monti, Ospedale Civile di Guastalla.

I posti letto direttamente gestiti dall'Azienda USL di Reggio Emilia al 31/12/2012 sono 753 e, a livello provinciale, i posti letto (pubblici e privati) per 1.000 abitanti sono 3.65, dato che rispetta lo standard di riferimento definito dal Decreto Legge 95/2012, cosiddetta "Spending review", convertito nella Legge 135/2012, che prevede su base regionale 3.7 posti letto ogni 1.000 abitanti.

L'Azienda USL di Reggio Emilia è un'organizzazione che agisce per la tutela, il miglioramento della salute dei cittadini, la promozione della salute e la riduzione delle disuguaglianze di salute e nell'accesso ai servizi attraverso:

- la garanzia dell'erogazione di servizi accessibili, equi, di alta qualità e l'integrazione dell'assistenza sociale e sanitaria;
- la ricerca della cooperazione con gli altri soggetti sociali ed istituzionali;
- la gestione delle risorse che le sono affidate con criteri di efficacia, efficienza e trasparenza;
- la partecipazione dei cittadini nella definizione delle scelte e nella valutazione dei risultati;
- l'innovazione tecnologica ed organizzativa;
- la valorizzazione del proprio capitale di professionisti per la gestione e produzione di servizi sanitari.

2.2 I valori

I valori fondanti l'azione dell'Azienda USL di Reggio Emilia sono:

- equità, come uguaglianza di opportunità di accesso e trattamento e come diversità, quale riconoscimento e valorizzazione delle differenze (di genere, di età, fisica, religiosa, sociale e culturale). Uguaglianza e diversità non sono interscambiabili ma interdipendenti: non c'è uguaglianza di opportunità se le differenze non sono riconosciute e valorizzate;
- solidarietà, come impegno alla reciprocità, garanzia di pari opportunità e rispetto delle diversità;
- rispetto e valorizzazione della persona, come soggetto informato e consapevole che prende parte attivamente al proprio progetto di salute;
- appropriatezza: "fare bene le cose giuste, alla persona giusta, al momento giusto", come condizione di efficacia e di efficienza;
- continuità della cura, integrazione dei percorsi e servizi;
- sicurezza delle prestazioni, da un punto di vista clinico, organizzativo, strutturale e ambientale;
- efficienza gestionale, come dovere sociale nella gestione di risorse pubbliche;
- sostenibilità nelle scelte sanitarie, nel rispetto dei principi di tutela della salute, dell'ambiente e della sicurezza all'interno della società civile;
- attitudine a rendere conto dell'utilizzo e della gestione delle risorse affidate nell'ambito delle proprie responsabilità, e dei risultati ottenuti.

Sono questi i valori guida per una pratica professionale, a tutti i livelli, orientata al cittadino/fruitoro sia esso esterno o interno.

2.3 La carta di identità dell'Ausl di Reggio Emilia

L'Azienda USL di Reggio Emilia gestisce un bilancio di circa 970 milioni di euro e rappresenta una delle principali Aziende della provincia per numero di occupati (oltre 4.000 dipendenti) e per gli effetti economici che produce sul territorio attraverso i rapporti di fornitura.

Hanno un rapporto di convenzione con l'Azienda USL di Reggio Emilia, al 31/12/2012, 335 medici di medicina generale, 85 pediatri di libera scelta, 124 medici di continuità assistenziale (ex guardia medica), 155 specialisti ambulatoriali.

Si riportano di seguito informazioni, tabelle e grafici tratti dal bilancio di missione aziendale 2012.

Tabella 4. Personale dipendente al 31.12.2012 per categoria e genere

Categoria personale	Maschi	Femmine	Totale	%Maschi	%Femmine
Dirigenti medici e veterinari	331	283	614	53,9	46,1
Altri dirigenti (sanitari-APT)	41	99	140	29,3	70,7
Personale infermieristico	234	1.362	1.596	14,7	85,3
Personale tecnico sanitario	35	75	110	31,8	68,2
Personale della prevenzione	63	32	95	66,3	33,7
Personale della riabilitazione	41	247	288	14,2	85,8
Personale OTA - OSS	52	295	347	15,0	85,0
Ausiliari specializzati	4	3	7	57,1	42,9
Personale amministrativo	67	467	534	12,5	87,5
Altro personale	138	180	318	43,4	56,6
Totale	1.006	3.043	4.049	24,8	75,2

Il personale dipendente è calato nel corso del 2012 di 76 unità rispetto all'anno precedente (4.125 nel 2011) ed è costituito per il 75,2% da donne.

Tabella 5. Personale dipendente al 31.12.2012 per fasce d'età e genere

Età	Maschi	Femmine	Totale	% M	% F
≤ 35	144	465	609	23,6	76,4
36-44	220	919	1.139	19,3	80,7
45-54	364	1.223	1.587	22,9	77,1
55-64	276	434	710	38,9	61,1
≥ 65	2	2	4	50,0	50,0
Totale	1.006	3.043	4.049	24,8	75,2

La fascia d'età più rappresentata è quella 45-54 anni, che corrisponde al 39,2% del totale dei dipendenti (contro un 38,4% del 2011 e un 37,7% del 2010), seguita dalla fascia d'età 36-44 anni, pari al 28,1% del totale (rappresentava il 28,9% nel 2011) e da 55-64 anni (17,5% vs 15,5% del 2011), mentre la fascia d'età più giovane rappresenta il 15% del totale, a fronte del 17% dei due anni precedenti. Questi dati evidenziano il progressivo invecchiamento del personale, tanto da spostare al terzo posto nel 2012 la fascia d'età 55-64 anni che nel 2011 era costituita da coloro che rientravano nella fascia d'età più giovane ≤35 anni.

Il 44% di tutto il personale dipendente è occupato nei 5 ospedali dell'Azienda, il 20% nelle cure primarie, il 15% afferisce al Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, in cui rientra anche l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG).

2.4 L'invecchiamento della popolazione infermieristica e del personale sanitario di supporto nell'Ausl di Reggio Emilia

Al 31.12.2012 il numero di infermieri presenti in azienda era 1.432 e quello degli OSS quasi 400.

Va ricordato che i primi anni '90 sono stati gli anni che hanno visto l'evoluzione della professione infermieristica verso una figura sempre più professionalizzata, con percorsi scolastici più specifici adeguati. Sono stati anni caratterizzati dall'ampliamento dell'offerta sanitaria dovuta allo sviluppo di nuove discipline e alla disponibilità di nuove tecnologie. Regole previdenziali favorevoli hanno di fatto favorito l'immissione di personale sempre più giovane e qualificato.

Lo scenario cambia completamente se si analizza la distribuzione anagrafica degli infermieri presenti e OSS al 2012 (vedi Tabella) da cui è facile rilevare che oltre il 70% ha un'età superiore ai 40 anni e solo il 5,6% ha un'età inferiore ai 30 anni.

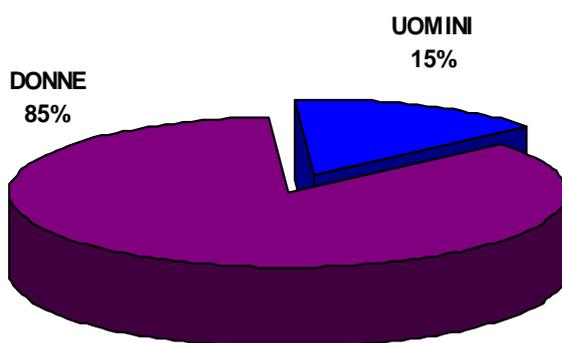
Tabella 6. Distribuzione percentuale di infermieri e OSS per fasce di età e per anno al 31.12.2012

Fasce d'età X anno	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
fino a 29	12,4%	10,4%	10,6%	10,7%	10,4%	10,4%	9,3%	7,8%	5,6%
30 - 34	22,9%	21,0%	18,4%	14,8%	12,6%	11,2%	10,2%	9,3%	9,1%
35 - 39	21,0%	21,4%	21,6%	22,1%	22,8%	22,2%	20,6%	18,5%	15,5%
40 - 44	18,5%	19,7%	21,6%	21,9%	20,9%	20,1%	20,6%	21,1%	22,2%
45 - 49	11,8%	13,4%	14,5%	16,5%	18,1%	18,5%	19,7%	20,8%	22,0%
50 - 54	9,1%	9,3%	9,1%	9,5%	10,0%	10,9%	12,2%	14,0%	16,4%
55 - 59	4,0%	4,6%	3,9%	4,3%	5,0%	6,3%	6,6%	7,5%	7,9%
60 - 64	0,3%	0,2%	0,3%	0,2%	0,3%	0,5%	0,8%	1,0%	1,5%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Il genere prevalente tra gli infermieri e gli OSS è quello femminile, come appare evidente dal grafico sottostante.

Non si può non ricordare che è proprio su questa preponderante prevalenza del genere femminile che spesso grava il peso delle cure parentali, che nella fascia di età tra i 25 e i 40 riguardano generalmente la famiglia e i figli piccoli, ma dopo i 50 anni è estesa ai genitori anziani e nipoti.

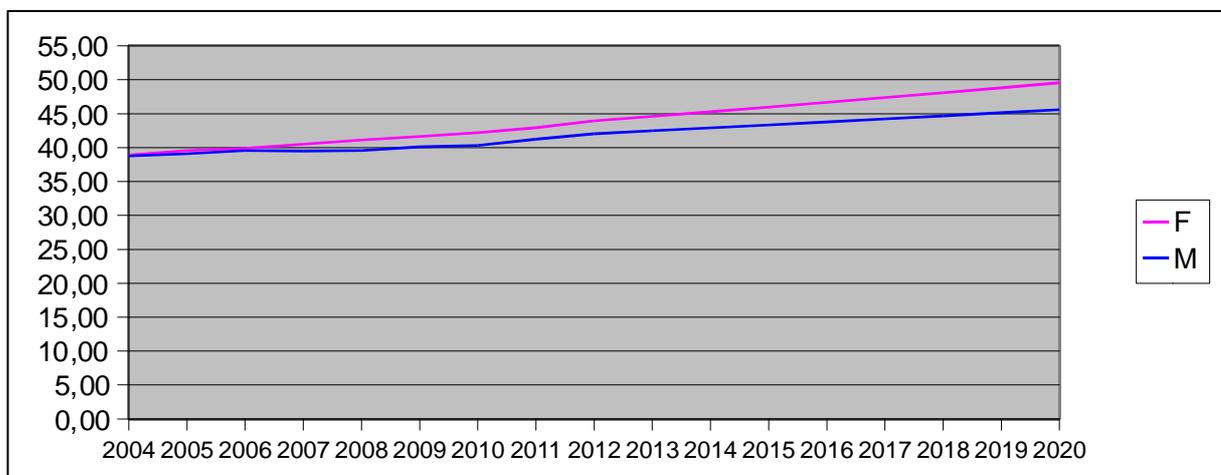
Grafico 1 – Distribuzione di infermieri ed OSS per genere al 31.12.2012



Abbiamo poi calcolato l'età media degli infermieri e degli OSS nei singoli anni dal 2004 al 2012.

Come si evince dal grafico 2, l'età media degli infermieri e degli operatori sanitari è in continua crescita, sia tra le donne che tra gli uomini, e nel complesso si è passati da 38 anni a 43 anni dal 2004 al 2012. In particolare l'aumento dell'età è più consistente tra gli OSS, che sono anche i professionisti con il lavoro più usurante.

Grafico 2 – Età media di infermieri e OSS al 31.12.2012



Inoltre, facendo una previsione e considerando l'aumento di percentuale medio dell'età dal 2004 al 2012, appare evidente come questo fenomeno potrebbe portare la popolazione infermieristica e del personale sanitario di supporto ad avere, nel 2020, un'età media di 49 anni.

Queste considerazioni sono ancor più rafforzate dal confronto tra le piramidi del grafico sottostante che ci forniscono diverse informazioni. Prima di tutto appare chiaro che le professioni dell'infermiere e dell'OSS sono ancora fortemente femminili,

come evidenziato in precedenza, anche se negli ultimi anni è cresciuta la componente maschile (come si può vedere osservando il trend temporale).

Ma soprattutto risulta subito evidente come dal 2004 al 2012 ci sia stato un notevole spostamento della “pancia” del grafico verso l'alto, ovvero verso le fasce di età più elevate con un forte aumento concentrato tra i 45 e i 55 anni.

Distribuzione di infermieri e OSS per età, confronto anni 2004-2012

Grafico 3 Infermieri - anno 2004

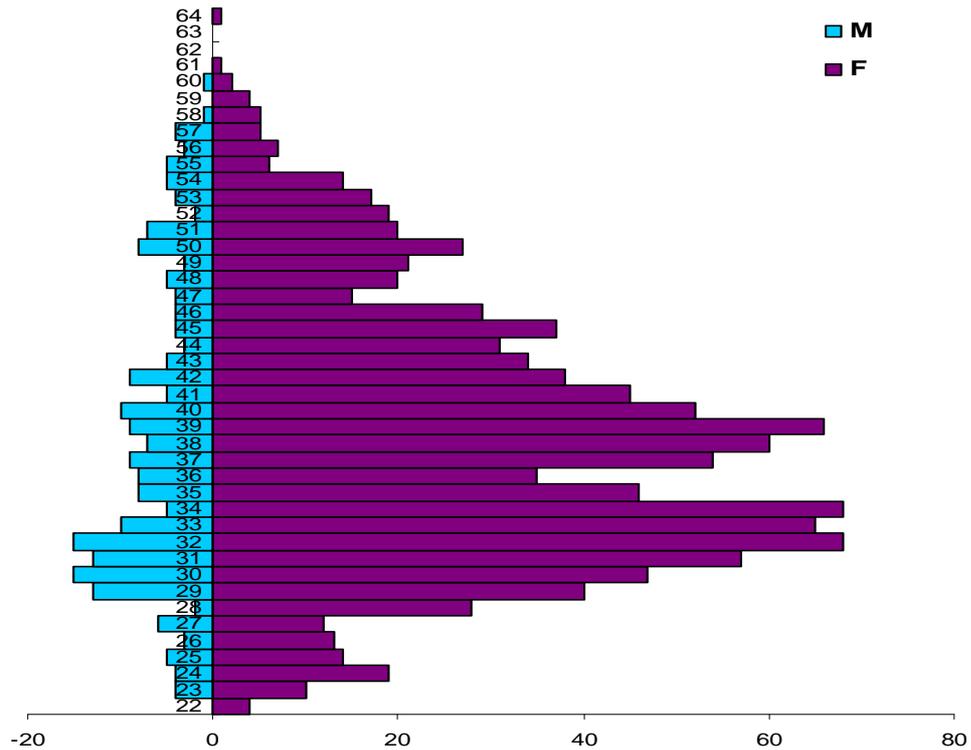


Grafico 4 Infermieri – Anno 2012

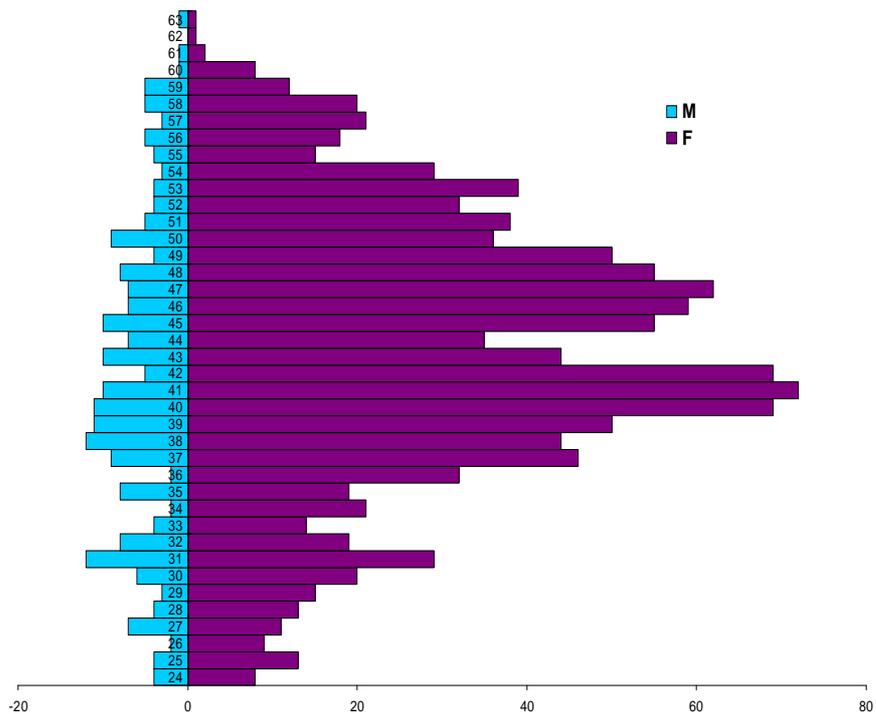


Grafico 5 OSS - Anno 2004

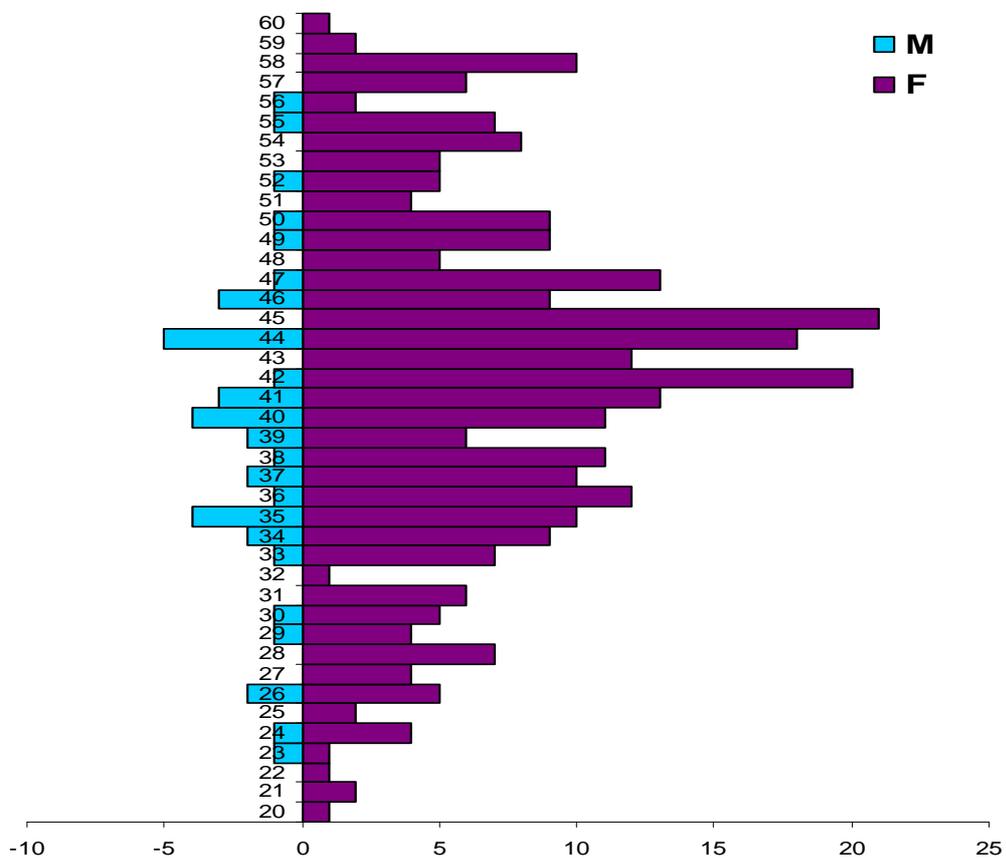


Grafico 6 OSS - Anno 2012

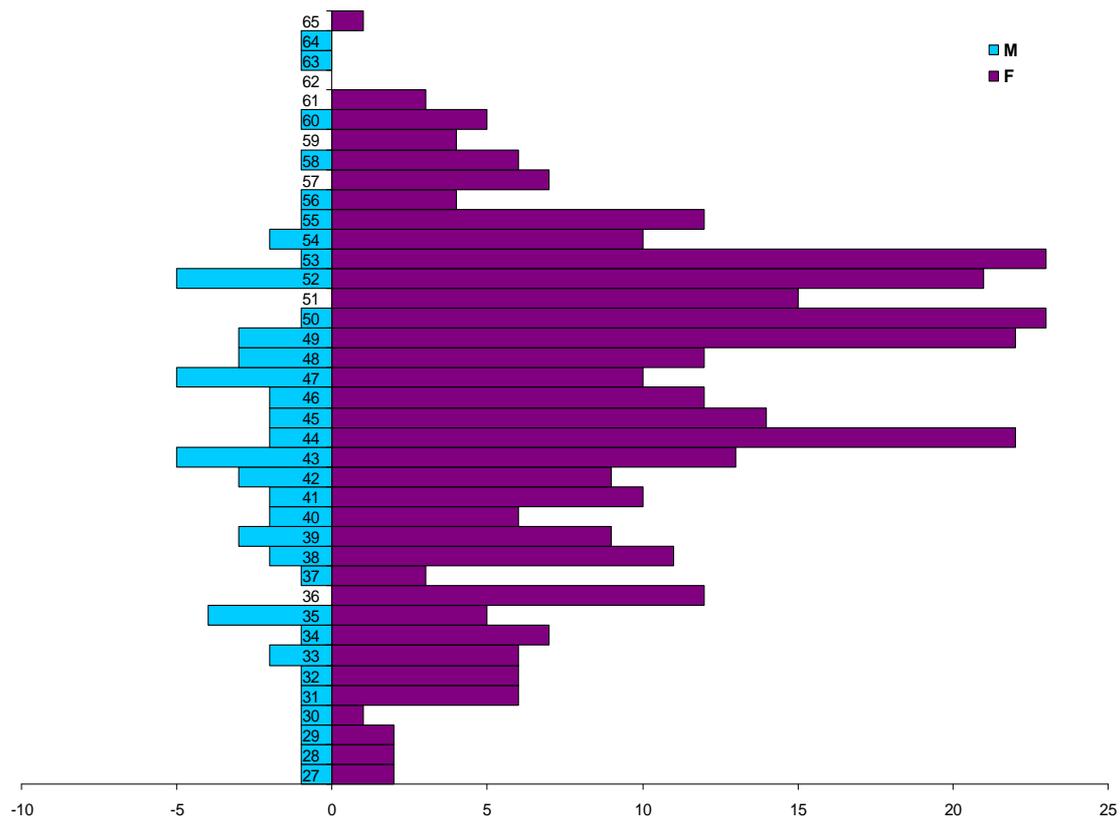


Grafico 7 Infermieri + OSS – Anno 2004

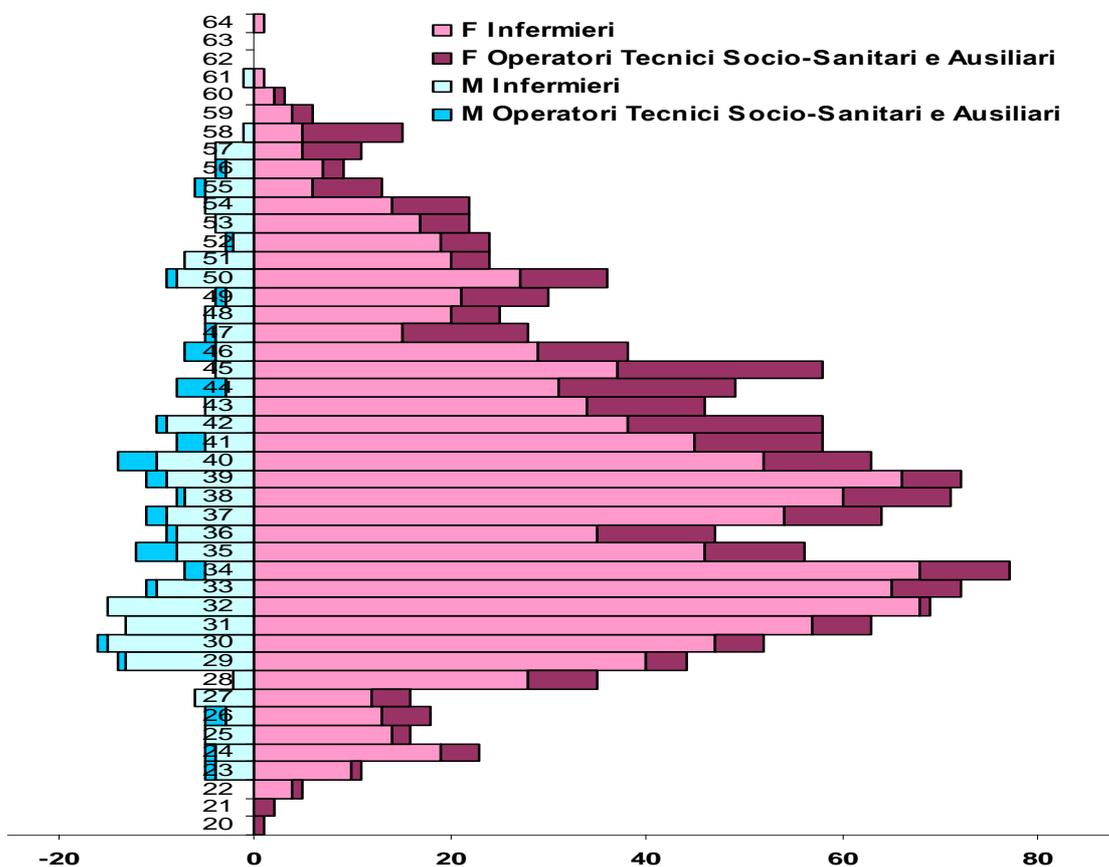
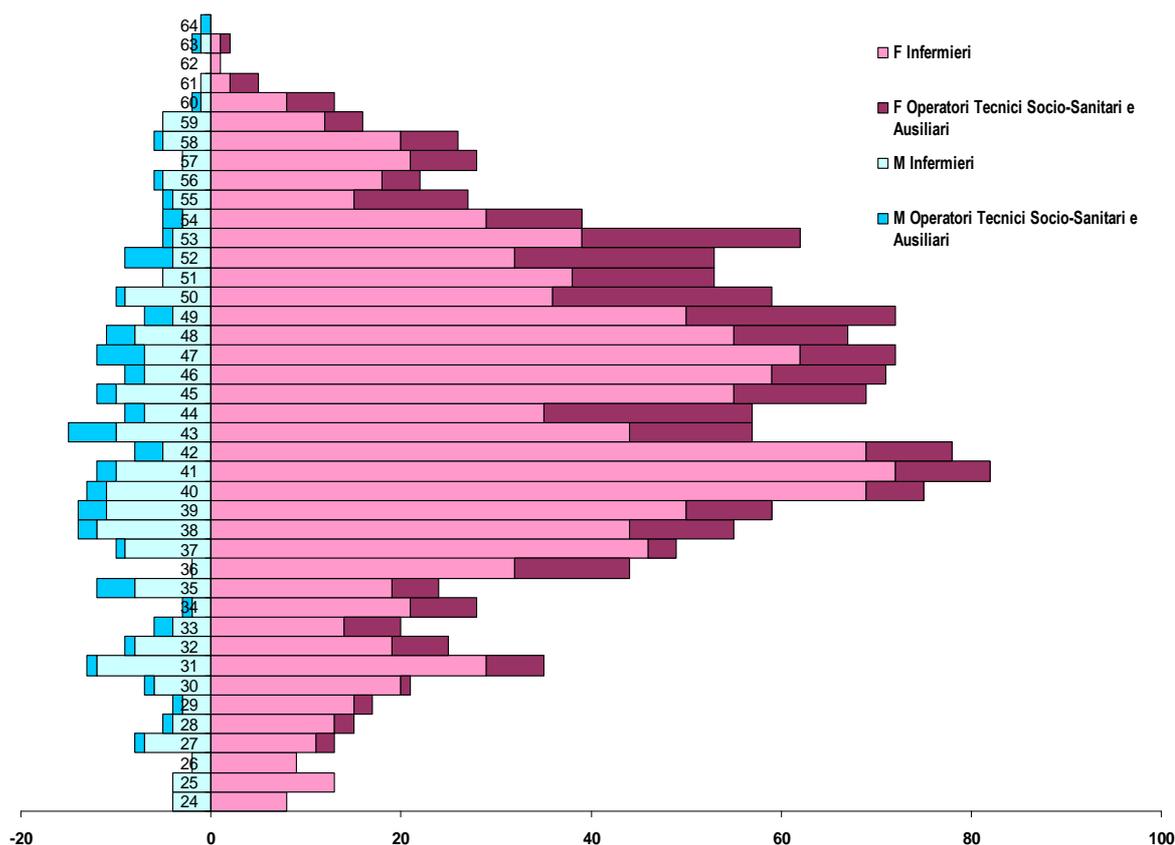


Grafico 8 Infermieri + OSS – Anno 2012



Se andiamo poi ad osservare i dati che riguardano le richieste di permessi per assistenza dovuta a disabilità, che sono normati dalla Legge n. 104 del 5 febbraio 1992, "Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate".

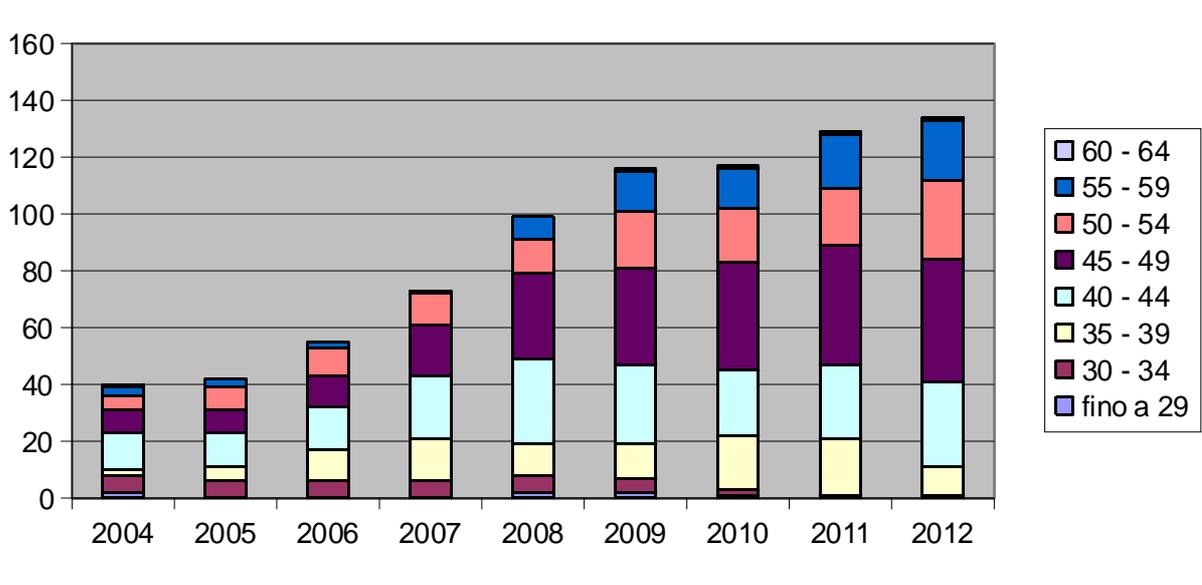
Questa legge prevede agevolazioni lavorative che consistono in tre giorni di permesso mensile o, in alcuni casi, in due ore di permesso giornaliero, per i familiari che assistono persone con handicap grave e per gli stessi lavoratori con disabilità. Per poter usufruire di questi permessi si devono verificare alcuni requisiti:

1. bisogna essere lavoratori dipendenti (anche se con rapporto di lavoro part-time e assicurati per le prestazioni economiche di maternità presso l'INPS);
2. la persona che chiede o per la quale si chiedono i permessi deve essere in situazione di handicap grave ("è persona handicappata colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione");
3. è necessario ottenere il riconoscimento dall'apposita commissione della AUSL;

4. la persona in situazione di disabilità grave non deve essere in regime di ricovero ospedaliero a tempo pieno. I permessi presi a giorni e a ore saranno indennizzati sulla base della retribuzione effettivamente corrisposta, mentre quelli concessi a titolo di prolungamento dell'astensione facoltativa fino al 3° anno di vita del bambino saranno indennizzati al 30% della retribuzione effettivamente corrisposta o convenzionale.

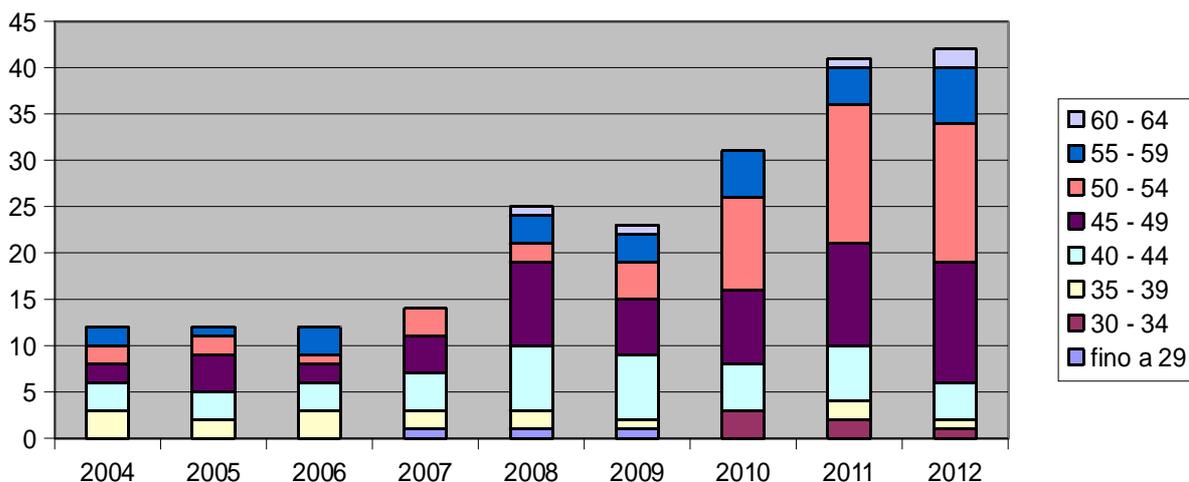
Come si evince dal grafico 9, il numero di infermieri che hanno richiesto di usufruire dei permessi previsti da questa legge sono notevolmente aumentati dal 2004 al 2012 quasi triplicandosi, passando da 40 a 134 unità. Inoltre, è interessante anche osservare come siano in particolare aumentate le richieste da parte di professionisti appartenenti a fasce di età più alte soprattutto tra i 45 e i 49 anni e tra i 50 e i 54 anni.

Grafico 9 Distribuzione di infermieri che usufruiscono della Legge 104 per anno e per età al 31.12.2012



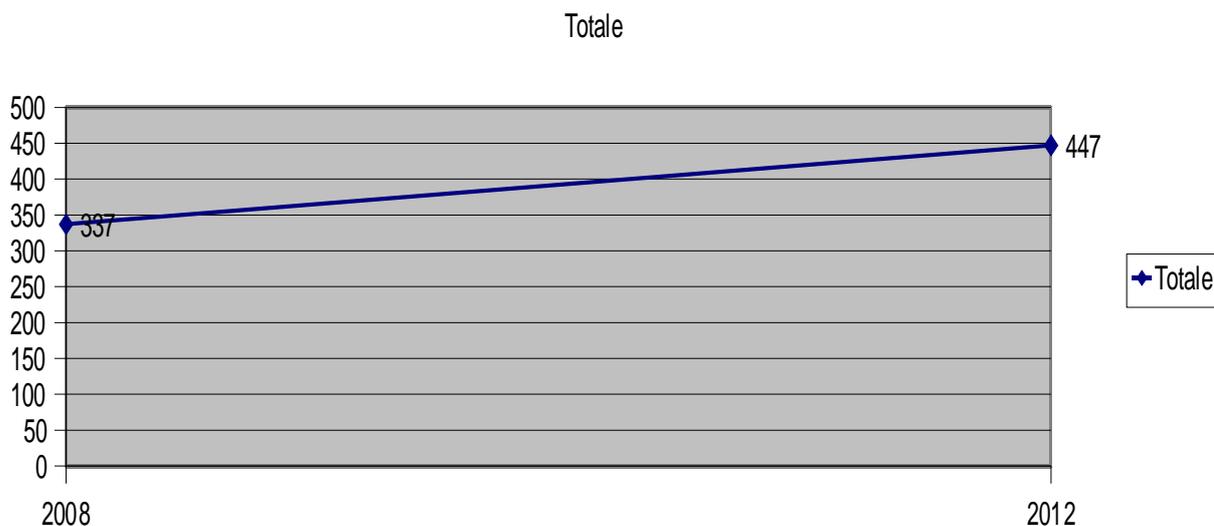
Queste considerazioni appaiono dimostrate in maniera ancora più evidente se si osserva il grafico sottostante che si riferisce agli oss: l'86% di coloro che hanno richiesto l'utilizzo dei permessi garantiti dalla Legge 104, infatti, ha più di 45 anni.

Grafico 10 Distribuzione di OSS che usufruiscono della Legge 104 per anno e per età al 31.12.2012



Infine, anche i dati in nostro possesso, relativi agli infermieri ed OSS giudicati non idonei allo svolgimento del proprio lavoro, confermano un progressivo incremento nel tempo delle inidoneità.

Grafico 11 Distribuzione infermieri e OSS non idonei per anno

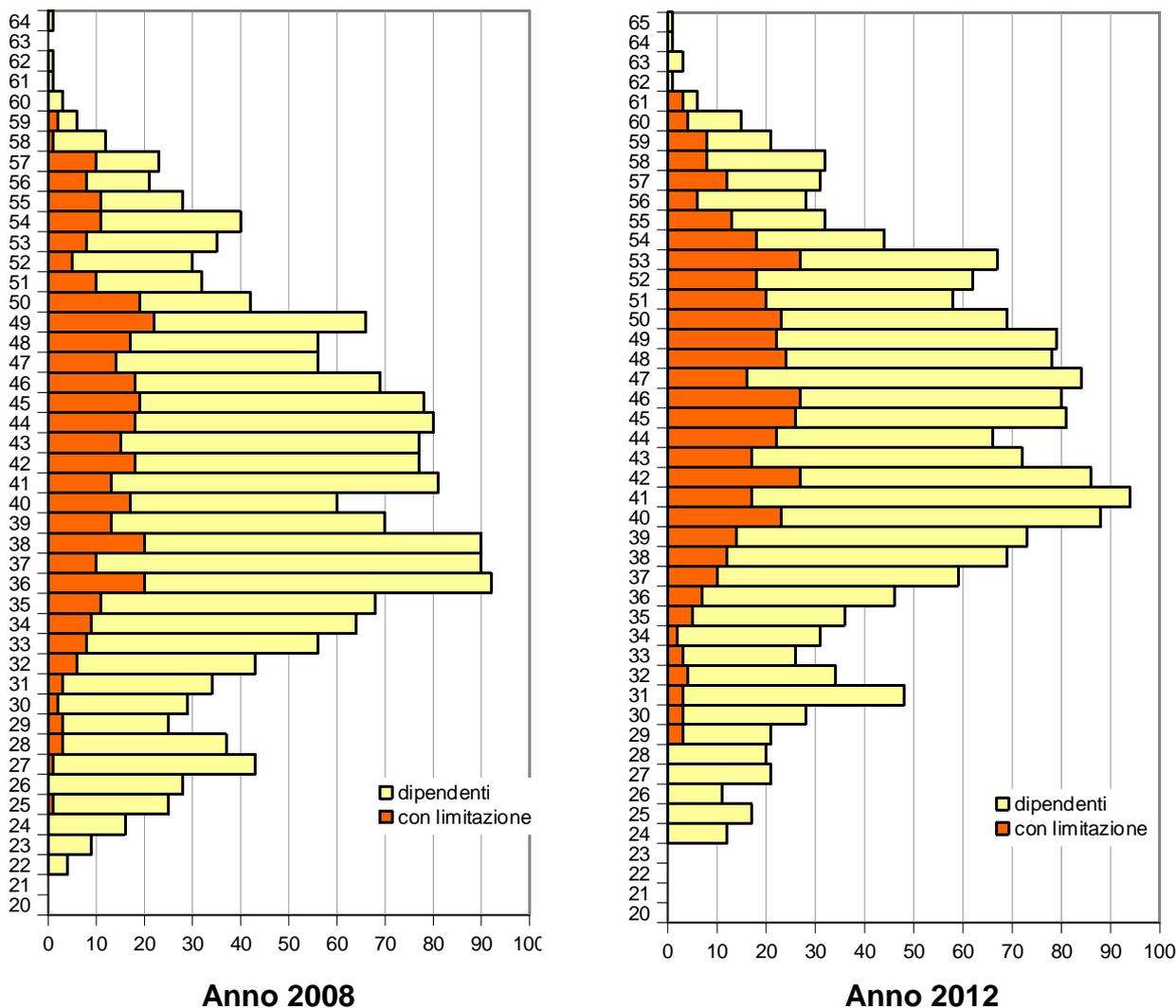


Come appare evidente dal grafico 11, infatti, il numero di infermieri ed OSS che sono stati valutati non idonei allo svolgimento delle mansioni previste dal proprio lavoro continua ad aumentare con il passare degli anni e dal 2004 al 2012 è aumentato di 110 unità.

Questo fenomeno appare ancora più evidente se si osservano i grafici 12 e 13, dove l'area arancione rappresenta la quota di infermieri ed OSS che hanno limitazioni nello

svolgimento delle proprie mansioni: oltre ad essere più estesa, nel 2012 questa quota aumenta soprattutto nelle fasce d'età tra i 40 e i 50 anni.

Grafico 12 e 13 Distribuzione di infermieri e OSS non idonei per età: confronto tra anno 2008 e anno 2012



Si può avanzare la considerazione che il fattore età è un determinante importante che condiziona fortemente la capacità lavorativa dell'infermiere. In effetti alla base degli esoneri vi sono nella stragrande maggioranza dei casi patologie cronicodegenerative dell'apparato muscolo-scheletrico ma non mancano le patologie metaboliche, cardiocircolatorie e oncologiche.

Sono patologie sovrapponibili a quelle della popolazione generale di pari fascia di età, che continueranno a condizionare anche nel futuro, il mondo del lavoro.

3. CONSIDERAZIONI E PROPOSTE

Le informazioni presentate nelle pagine precedenti descrivono come si stia attuando un cambiamento profondo dell'indice di invecchiamento del personale infermieristico e del personale di supporto (OSS) dell'Azienda USL di Reggio Emilia.

Il tema dell'invecchiamento degli operatori sanitari solleva importanti questioni organizzative, manageriali e di medicina del lavoro quali:

- il rischio di un "invecchiamento patologico";
- la difficoltà di riassegnazione del personale con ridotte capacità lavorative;
- il mantenimento delle capacità lavorative degli operatori al fine di garantire la qualità dell'assistenza;
- la sicurezza dei pazienti e degli stessi operatori;
- un clima organizzativo che sostenga e promuova il mantenimento della motivazione del personale infermieristico e personale di supporto (OSS) con tanti anni di lavoro alle spalle;
- un'attenzione concreta alle tematiche di bilanciamento vita e lavoro, anche in considerazione della prevalente popolazione femminile che caratterizza l'organico dell'Azienda USL.

In questo contesto in rapido cambiamento una delle sfide più importanti già da oggi è pensare a nuovi modelli di gestione delle risorse infermieristiche con l'obiettivo sia di valorizzare l'importante capitale umano, professionale ed intellettuale, sia di mettere in campo progetti finalizzati a creare valore per l'organizzazione e per le persone.

Gli infermieri e gli OSS, che rappresentano il 'cuore' dell'assistenza al malato/cittadino, saranno in futuro sempre più interessati al problema dell'invecchiamento con tutto il carico di significati e conseguenze che questo comporta. Inoltre in questa prospettiva è facilmente prevedibile che con l'avanzare dell'età aumenteranno le inabilità certificate, le assenze per malattia e per utilizzo della L. 104 (per sé o per i propri familiari).

Si potrebbe cercare di interpretare questo momento di 'crisi' come un'opportunità.

Agire in modo propositivo pensando ad interventi dove le parole chiave potrebbero essere: ottimizzazione, miglioramento, riorganizzazione, innovazione, priorità e soprattutto appropriatezza.

Cos'è l'appropriatezza? In sanità quando parliamo di appropriatezza intendiamo: "trattare (prendersi cura) in sicurezza del paziente giusto nel posto giusto nel modo

giusto e nel tempo giusto con il giusto consumo di risorse”. Il concetto di appropriatezza può e deve essere applicato anche alla gestione di personale che attraversa o potrebbe attraversare momenti di ‘crisi’ nella propria vita lavorativa.

Come già sottolineato in precedenza, l’invecchiamento della forza lavoro è un problema ampio ed importante per le ricadute organizzative ma anche umane, che si ripercuotono sulla qualità di vita degli operatori. Il problema necessita di una conoscenza e di una lettura condivisa da tutti gli operatori che a vario livello e con diverse responsabilità si occupano in Azienda delle risorse del personale.

Per ovvi motivi non sta a noi, proporre nuovi modelli strutturati per la soluzione dei problemi che questi nuovi scenari vanno delineando. Questo lavoro può essere solo un’occasione di riflessione e un momento ben delineato per portare l’attenzione su un tema che ci sta molto a cuore e che consideriamo strategico per il benessere dell’azienda, per la sicurezza dei pazienti, per la qualità dell’assistenza e delle prestazioni fornite, per la valorizzazione del capitale umano.

Dati come quelli raccolti nelle pagine precedenti dovrebbero essere integrati, aggiornati e raccolti regolarmente unitamente ad indagini di clima e/o focus group mirati a precisi argomenti.

Una parola chiave che deve guidare la nostra riflessione verso nuove ipotesi è senz’altro **“fare rete”**.

Con “fare rete” si intende la propensione alla collaborazione e allo scambio tra uffici e servizi diversi, la condivisione di obiettivi e di difficoltà, la capacità di far fronte a richieste e aspettative crescenti in un momento di risorse limitate. Svolgere insieme determinati servizi, integrare le modalità e le procedure, scambiare informazioni e condividere strumenti di lavoro, infatti, può garantire maggiore efficacia ed efficienza nell'erogazione del servizio e delle informazioni. La logica di rete presuppone da un lato l’adesione ad un’ottica incentrata sulle necessità degli operatori, dall’altro il superamento della prospettiva della singola competenza.

“Fare rete” racchiude molteplici significati: creare un sapere condiviso e pratiche di lavoro comuni, velocizzare l’azione amministrativa, ridurre la complessità organizzativa dei servizi, perseguire efficienza ed efficacia, diffondere strumenti di lavoro più innovativi, migliorare i servizi.

Il primo passo può essere forse rintracciato nello sviluppo di una “rete interna” dove come soggetti principalmente coinvolti vediamo rappresentati i servizi:

- Gestione giuridica del personale,
- Direzione Infermieristica e Tecnica,

- Staff sviluppo delle risorse umane con l'area della formazione,
- Servizio prevenzione e protezione e Mobility manager,
- Dipartimento Sanità Pubblica,
- Staff comunicazione, per la parte relativa alla comunicazione interna,
- Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni" (CUG).

A questo punto può essere interessante chiedersi quali siano gli strumenti organizzativi e gestionali che possono essere messi in campo nell'implementazione di iniziative a sostegno di soluzioni del problema dell'invecchiamento del personale. In questo senso a nostro avviso alcune aree, di seguito analizzate, meritano un'attenzione particolare.

Percorsi di carriera

Gli elementi di criticità evidenziati dai dati precedenti, suggeriscono l'opportunità di creare percorsi professionali che valorizzino al massimo le competenze dei professionisti, salvaguardando la fisiologica diminuzione delle performances psicofisiche. Il progressivo invecchiamento degli operatori equivale a un arricchimento esperienziale nelle competenze tecniche, relazionali ed umane. In assenza di percorsi programmati e ben delineati, l'individuazione di collocazioni lavorative compatibili con le limitazioni che proporzionalmente aumentano con l'invecchiamento, rischia di essere affrontato cercando soluzioni estemporanee che spesso prescindono dalle aspirazioni, dalle competenze e dalle esperienze professionali del singolo.

Infermieri senior

Analizzando con attenzione, in modo individuale e personalizzato, i percorsi di carriera si possono disegnare posizioni che valorizzino il trasferimento di competenze ai giovani, per esempio attraverso la creazione di programmi di *mentoring*. Formazione di gruppi di lavoratori "senior" a cui affidare il compito di trasmettere ai giovani l'esperienza acquisita (basata sui bisogni dell'organizzazione). L'infermiere senior o *mentor* è una figura ricca di esperienza professionale che può affiancare personale nuovo sopportandolo durante il periodo di training all'interno di un servizio.

È spesso una persona più anziana che trova i suoi punti di forza nell'esperienza acquisita negli anni e nel rapporto di fiducia che riesce ad instaurare con un giovane collega.

Le competenze dell'infermiere senior ricadono quindi prevalentemente nell'ambito del sistema di relazioni e transazioni esistenti in azienda e riguardano la capacità di diagnosticare, relazionarsi, monitorare e trovare soluzioni efficaci in relazione ai bisogni dell'individuo e dell'organizzazione del lavoro.

Mobilità interna

Carriere lunghe necessitano di programmi gestiti di mobilità interna, capaci di ridurre il rischio di burn out e di migliorare la cooperazione tra unità operative. Sviluppare progetti che prevedono un'organizzazione del lavoro con il sistema di **'job rotation'** per consentire un'acquisizione di competenze più trasversali e meno settoriali permettendo una maggiore flessibilità nell'utilizzo delle risorse umane.

Formazione continua

Formazione e aggiornamento sono aspetti importanti a cui prestare particolare attenzione. I lavoratori più anziani, specie se donne, con carichi di lavoro familiari pesanti, potrebbero avere minori incentivi e minore disponibilità a rimanere aggiornate. E' nell'area della formazione che si inseriscono progetti di formazione e supporto al reinserimento del dipendente dopo lunga assenza, attraverso forme idonee di affiancamento ed azioni di recupero formativo.

Formazione dedicata al **ben-essere** dei dipendenti

Sempre in quest'ottica devono essere inseriti i progetti di prevenzione e promozione di corretti stili di vita degli operatori turnisti (prevalentemente ospedalieri), organizzandoli in orari di facile accesso, come il fine turno (fascia del pranzo o nella sera), nella stessa sede lavorativa e garantendo i crediti ECM.

Si tratta di una scelta formativa che punta direttamente al cambiamento delle abitudini quotidiane dei dipendenti. Finalizzata ad aumentare la consapevolezza dell'importanza di una sana alimentazione, promuovendo la filosofia dello star bene attraverso l'acquisizione di comportamenti salutari (sane abitudini alimentari, attività motoria, astensione dal fumo di sigaretta).

È questo un esempio di formazione aziendale dedicata alle cosiddette *"non technical skills"* ovvero alle competenze non specialistiche che tuttavia rinforzano le attitudini alle scelte personali e relazionali a beneficio di uno stile di vita positivo e salutare. Questi progetti formativi, definiti trasversali in quanto non specificamente orientati al miglioramento delle performance tecnico professionali, sono finalizzati a portare l'attenzione alla salute degli operatori ed in senso generale al benessere della comunità. Un operatore consapevole dell'importanza di un corretto stile di vita è, egli stesso, un autorevole canale di promozione della salute.

Strumenti aziendali di conciliazione

Le misure adottabili dalle aziende per essere più *family friendly*, cioè amichevoli per la famiglia, possono essere di vario tipo: dalla rimodulazione degli orari per rendere flessibile il tempo lavorativo ai servizi di cura per figli o altri familiari a carico, ai supporti per la carriera, alla garanzia del mantenimento di posizione e qualifica professionale anche in caso di lunghe assenze, alle iniziative che le organizzazioni implementano per supportare il lavoratore nei problemi riguardanti la mobilità (da e verso il proprio posto di lavoro).

Orario e telelavoro

Progetti di telelavoro possono essere utili per soddisfare esigenze connesse a situazioni di disabilità temporanea e/o a difficoltà di conciliazione fra esigenze lavorative e familiari. Può essere una concreta e valida alternativa rispetto alle varie forme di astensione dal lavoro previste, le quali comportano la riduzione o la mancata corresponsione della retribuzione, risultando maggiormente penalizzanti in termini economici. Altri strumenti a supporto di esigenze personali e per tempi definiti possono comprendere l'utilizzo di part time, flessibilità oraria; banca delle ore, esenzione dai turni (diurno e notturno).

Altri servizi

Si tratta per lo più di servizi di consulenza, assistenza e informazione, facilitazioni che derivano da convenzioni e accordi che gli enti stipulano con soggetti terzi, ma anche di servizi più semplici che possono essere svolti direttamente da personale che, per motivi di salute, non è più idoneo a svolgere la propria attività nell'assistenza.

Il principio ispiratore di tale attività è il “fornire tempo” ai dipendenti in modo da offrire loro del reale tempo libero. I servizi sono vari e diversi:

1. amministrazione personale e familiare (scadenze, abbonamenti, assicurazioni e pagamenti, rinnovo documenti, servizi postali, ecc);
2. servizi alla persona (auto, sartoria, convenzioni con fornitori per la spesa on line con consegna presso la sede di lavoro, etc.);
3. convenzioni esterne per servizi di cura ed assistenza a familiari anziani;
4. ottimizzazione degli spostamenti sistematici dei dipendenti con l'obiettivo di ridurre l'uso dell'auto privata adottando, tra l'altro, strumenti come il Piano Spostamenti Casa-Lavoro (PSCL), con cui si favoriscono soluzioni di trasporto alternativo a ridotto impatto ambientale (car pooling, car sharing, bike sharing, trasporto a chiamata, navette, ecc.).

4. CONCLUSIONI

Nel mondo occidentale l'invecchiamento della forza lavoro è un fenomeno che accomuna tutte le economie sviluppate e tutti i settori (OECD, 2006), come esito di due fattori principali: demografico, correlato all'invecchiamento della popolazione in generale, ed economico, correlato alla crisi finanziaria dei sistemi di protezione sociale. Il progressivo innalzamento dell'età pensionabile, con l'aumento degli anni di contribuzione, è considerato un forte acceleratore dell'invecchiamento della forza lavoro (OECD, 2004).

Nei prossimi anni anche in Italia, l'organizzazione di un ambiente di lavoro che tenga conto dell'invecchiamento progressivo del personale infermieristico e OSS, attraverso l'attivazione di strategie per garantire il benessere ai dipendenti meno giovani, riducendo al contempo le criticità dovute all'aumento delle inidoneità, sarà una sfida significativa per il sistema sanitario nazionale, in un contesto di risorse scarse.

In ambito sanitario, l'invecchiamento della popolazione lavorativa ha conseguenze importanti in termini organizzativi e gestionali (Buerhaus et al., 2000; Keller, Burns, 2010), in quanto alcune attività svolte dagli operatori sanitari possono essere a loro volta causa di problemi di salute, che aumentano tipicamente con l'età.

Inoltre, l'aumento dell'età pensionabile farà sì che nei prossimi anni il personale infermieristico e OSS (di età compresa tra i 50 e i 67 anni), composto in prevalenza da donne, si troverà nella difficile situazione di dover conciliare i tempi di lavoro con i tempi di cura e di sostegno, anche economico, dei genitori e dei figli.

L'Azienda USL di Reggio Emilia ha da tempo attivato progetti per la promozione della salute e del benessere dei dipendenti (attività fisica, alimentazione corretta, corsi per smettere di fumare, prendersi cura di chi cura, etc) ed adottato soluzioni organizzative per una gestione oculata del personale con inidoneità parziale o totale, al fine di valorizzarne le competenze e le capacità residue.

Nel prossimo futuro per dare continuità a quanto già intrapreso, sarà, a nostro parere, importante mettere sempre più in rete i servizi che, a diverso titolo, si occupano di queste problematiche, attraverso un lavoro di integrazione e interazione in grado di proporre soluzioni sempre più flessibili, evolute e personalizzate a seconda della gravità dei casi. Più in generale occorrerà proseguire nell'impegno per individuare progetti trasversali, rivolti a questo target di operatori senior, che favoriscano concretamente la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, la

promozione della salute, la formazione continua, nell'ottica di salvaguardare e capitalizzare questo importante patrimonio professionale, garantendo al contempo, da una parte la qualità dell'assistenza al paziente, e, dall'altra la motivazione al lavoro e il senso di appartenenza all'Azienda.

Bibliografia

Biblioteca del Sole24ORE. Le nuove pensioni. Mensile N. 1/2012 - Gennaio2012

Boccalon P, Boccalon R, Bianco G. Curare brucia: quattro esperienze a confronto. *G Ital Med Lav Erg* 2010; 32:3, 372-383.

Calamandrei C, Orlandi C. La dirigenza infermieristica manuale per la formazione dell'infermiere con funzioni manageriali. Milano, McGraw-Hill, 2009.

Castellini G, Anelli MM, Punzi S, Boari P, Camerino D, Costa G. Orari di lavoro e sonno nel personale infermieristico impiegato in sistemi di turnazione rapida "3x8" e "2x12". *G Ital Med Lav Erg* 2011; 33:3, Suppl, 334-338.

Costa G. Problematiche del lavoro a turni in ospedale. *G Ital Med Lav Erg* 2010; 32:3, 343-46.

Decreto Legislativo 9 aprile 2008, N. 81 Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro. Testo coordinato con il Decreto Legislativo 3 agosto 2009, n. 106.

De Pietro C. 2009. "L'invecchiamento del personale SSN", in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di): L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2009. Milano: Egea, pp. 469-91.

Federazione IPASVI 2009: dati di osservatorio sulla professione infermieristica. Roma, 2010.

Feltrin G, Latocca R, Scotton E. Stress lavoro-correlato nel personale ospedaliero: quadri clinici e idoneità lavorative. *G Ital Med Lav Erg* 2010; 32:3, 347-350.

Guardini I, Deroma L, Salmaso D, Palese A. Stima del trend di invecchiamento della popolazione infermieristica di due ospedali del Friuli Venezia Giulia: applicazione di un modello matematico deterministico. *G Ital Med Lav Erg* 2011;

Maricchio R, Ferraresi A, Bonamici F, Bertelli A, Passarini L, Bagnasco A, Sasso L. Invecchiamento dei professionisti sanitari e fenomeno delle inidoneità al lavoro: studio osservazionale. *L'infermiere*, 2013;50:1:e9-e16.

Piccoli M, Cavallo F, Dello Russo C, Di Giulio P, Dimonte V. Invecchiamento della popolazione infermieristica: analisi in tre ospedali piemontesi. *Assist Inferm Ric* 2008; 27: 5-12.

Barabino M.C., & Jacobs B., (2000), La diversità nella gestione risorse umane. Creare valore con le risorse umane. La forza dei nuovi paradigmi nella direzione del personale.

Barabino M.C., & Jacobs B., Maggio A. (2001), Il diversity management. Lo sviluppo delle risorse umane attraverso la valorizzazione delle differenze, in Sviluppo ed organizzazione nr. 184 marzo/ aprile.

Bombelli M.C. (2004), La passione e la fatica. Gli ostacoli organizzativi e interiori alle carriere al femminile. Baldini Castaldi Dalai. Milano.

Bombelli M.C. (2004), Diversity management, motivazioni, problematiche e prospettive di utilizzo. Mauri L., Visconti L., Diversity management e società multiculturale. Teorie e prassi, Franco Angeli, Milano.

Bombelli, C. (2001). Il difficile equilibrio fra identificazione e diversità, in Sviluppo e Organizzazione, n.184, marzo/aprile.

Cuomo S., Mapelli A., (2012), La Flessibilità paga. Egea. Piazza, M. (2001), Cosa fanno le donne per conciliare lavoro e famiglia, Regione Lombardia - Pari Opportunità.

Piazza, M. (2004), Le politiche di conciliazione come priorità sociale. Quaderni di Rassegna sindacale nr. 4, EDIESSE. Roma 148

Piazza M., (2005), La conciliazione come ecosistema complesso in Prospettive sociali e sanitarie, anno 35, n. 4/5 (1/15 mar. 2005).

Reyneri E. (2002), Sociologia del mercato del lavoro, Il Mulino, Bologna

Riva E, (2010), Le politiche di conciliazione: un sistema a rischio. Autonomie locali e servizi sociali.

Riva, E. (2009). Quel che resta della conciliazione. Lavoro, famiglia, vita privata tra resistenze di genere e culture organizzative, Vita & Pensiero, Milano.

Saraceno, C. (2003), Mutamenti della famiglia e politiche sociali in Italia. Il Mulino, Bologna.

Saraceno, C. (2006), "Introduzione: usi e abusi del termine conciliazione", Economia & Lavoro.

Servidori A. (2011), Intervento del 17 maggio 2011, relativo a "Strumenti per la conciliazione lavoro e famiglia e per sostenere l'occupazione femminile", recuperabile dal sito: <http://www.fiscoetasse.com/approfondimenti/10416-strumenti-per-la-conciliazionelavoro-e-famiglia-e-per-sostenere-l-occupazione-femminile.html>

Servidori A. (2012), Intervento del 23 febbraio 2012, relativo a “Intervento della Consigliera Servidori al convegno: DPL Modena - Il rilancio dell'occupazione tra apprendimento e lavoro”, Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Ufficio Consigliera Nazionale di Parita, recuperabile dal sito:

http://www.lavoro.gov.it/ConsiglieraNazionale/Documents/20120223Modena_Servidori.pdf

Roberto, S. (2010). Diversity Management & Work-Family Balance, vie possibili tra equilibrio personale e competitività aziendale. Gender diversity e strategie manageriali per la valorizzazione delle differenze” collana HR Community “Franco Angeli.

Recuperabile dal sito:

http://momsatwork.it/wpcontent/uploads/2010/03/Studi_ricerche_14.pdf.

Todisco A., (2010), La conciliazione Famiglia- Lavoro. Guida operativa Regione Lombardia. Università Cattolica Sacro Cuore. Altis. Milano

Sitografia

www.lavoro.gov.it/ConsiglieraNazionale

www.retepariopportunita.it

www.pariopportunita.gov.it

www.pariopportunita.provincia.tn.it

www.istat.it

www.italialavoro.it

www.dps.mef.gov.it

www.kila.it

www.isfol.it

www.cpo.cnr.it

www.altalex.com

www.ipasvi.it

www.inps.it

www.saluter.it/ssr

www.rrh.org

www.ilsole24ore.com