



La gestione dell'età negli ambienti lavorativi: Il futuro lavorativo tra sostenibilità ed inclusività'

**Ambienti di lavoro sani e sicuri ad ogni età :
il lavoratore anziano in sanità**



Teresa Audasso

Presidio Fatebenefratelli

04/12/2018



PERCHE' SIAMO QUI

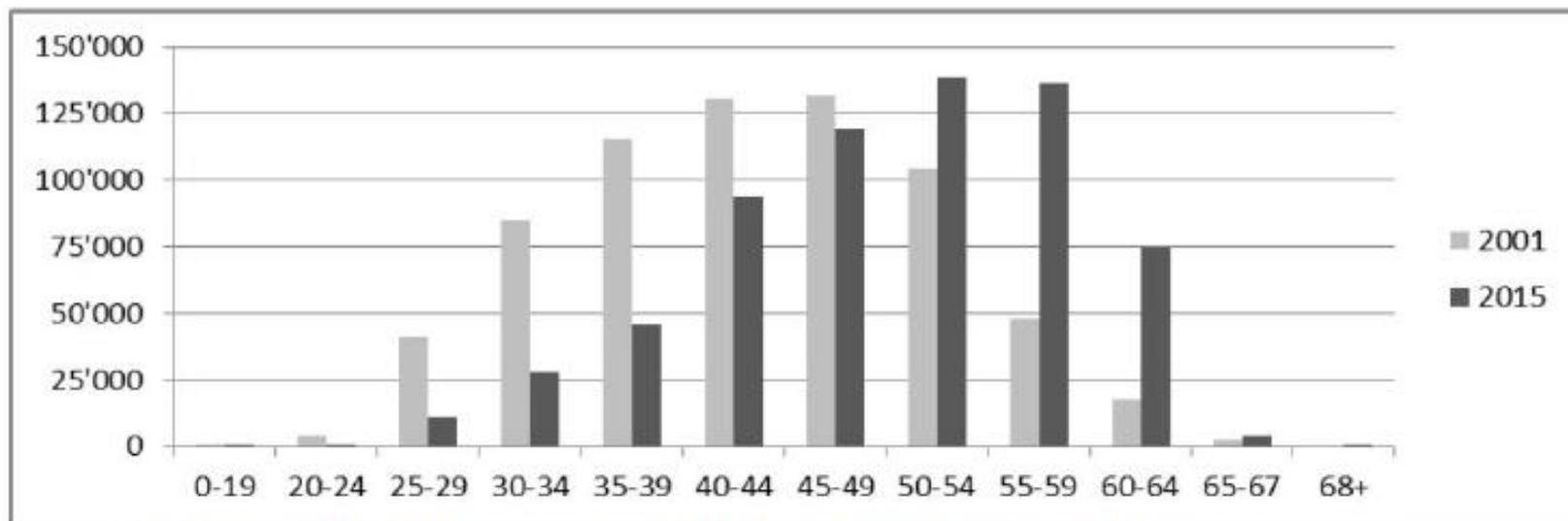
ETICA : attenzione all'individuo, provvedimenti clinici, lavorativi

SANITA' PUBBLICA : tutela sociale, allocazione risorse, costi

MEDICO LEGALI : tutela del lavoratore.....e del paziente.....



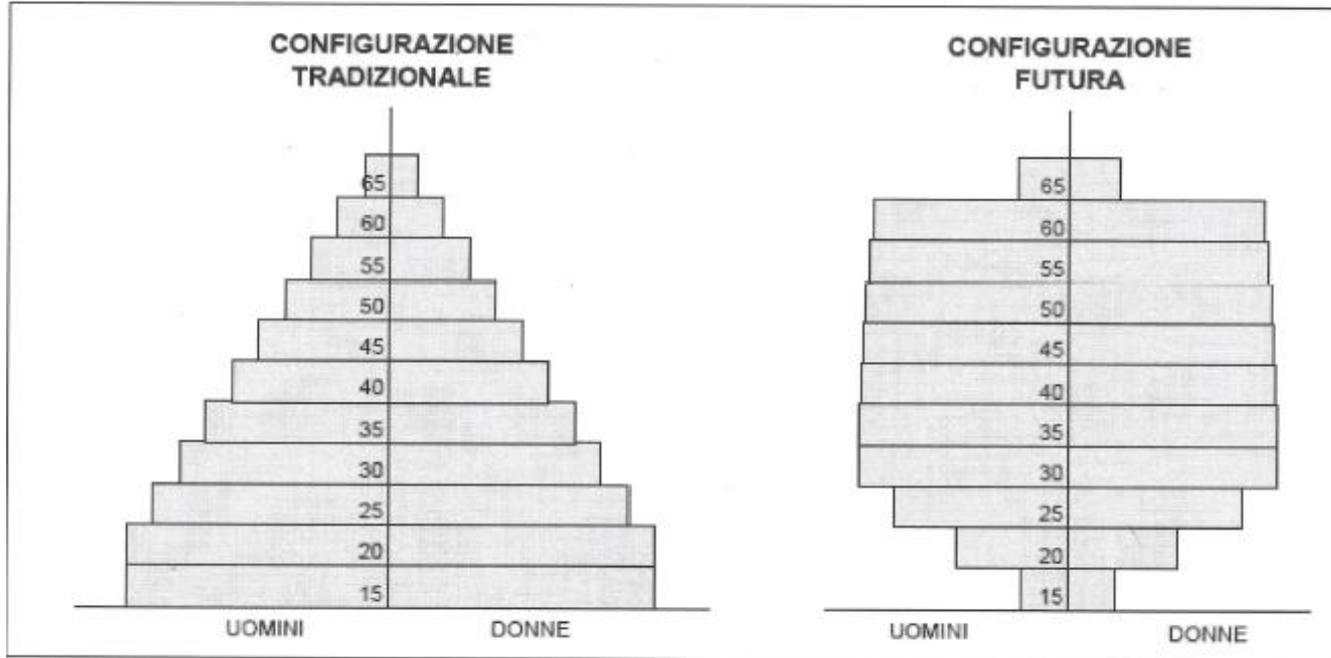
Distribuzione per classi di età del personale del SSN - 2001 e 2015



Fonte: Ministero dell'Economia e delle Finanze; <http://www.contoannuale.tesoro.it>

Piramidi per età tra passato e futuro

Figura 1.1. Configurazioni tradizionale e futura per la "piramide" d'età della forza lavoro.



....permanenza sostenibile???

L'Italia è tra i primi paesi al mondo per "aspettativa di vita" , ma non per aspettativa di vita "in buona salute"!!

Attese di vita in buona salute (2011) per soggetti di 65 anni

PAESE	Donne		UOMINI	
	Attesa vita sana	Attesa vita	Attesa vita sana	Attesa vita
I	7	22,1	8,1	18,3
U.E.	8,6	21,1	8,6	17,4
UK	11,9	20,8	11,1	18,1
D	7,3	20,9	6,7	17,8
E	9,2	22,7	9,7	18,6
F	9,9	23,4	9,7	18,9
S	15,2!!	21,2	13,9!!	18,3
DK	13,0!	19,7	12,4!	17,0

- L'invecchiamento della popolazione lavorativa assume ancor più risalto nell'ambito della sanità dove i **dipendenti del SSN** rappresentano il **21%** del pubblico impiego.
- Il settore sanità è influenzato dall'invecchiamento generale anche per un secondo fattore: **non solo invecchia la popolazione lavorativa, ma una popolazione generale più anziana è caratterizzata da un maggior bisogno sanitario.**
- Di fatto un settore con lavoratori che invecchiano si trova ad affrontare un **carico di lavoro che aumenta.**

Invecchia la
popolazione
lavorativa



Una popolazione
generale più anziana
è caratterizzata da un
maggior bisogno
sanitario

Il dato davvero preoccupante è l'età media dei lavoratori del **SSN**, pari a **53** anni per i **medici**, **47** per le **professioni sanitarie** e **55** anni per i **MMG**

Cergas Bocconi – dicembre 2015

"Le inidoneità e le limitazioni lavorative del personale Ssn. Dimensioni del fenomeno e proposte"

- 11,8% inidoneità fisiche che limitano la mansione svolta
- 7,8% inidoneità parziali permanenti
- 0,4% inidoneità totale

Distribuzione per genere: donne 79,6% - uomini 20,4%

Le inidoneità aumentano con l'età:

- 24% medio; < 4% tra 25 e 29 anni; fino al 31% tra 60 e 64 a.

Fattori di rischio associati

- 49,5% movimentazione dei carichi
- 12,6% posture
- 12% lavoro notturno e reperibilità

- In UE27 tra il 2019 e 2030 i lavoratori di età tra 55 e 64 anni **aumenteranno del 16,2%** mentre i più giovani diminuiranno (dal 5 al 15% secondo le fasce d'età).
- La popolazione lavorativa europea sarà la più anziana della sua storia, in molti paesi la popolazione lavorativa anziana sarà **oltre il 30% della forza lavoro.**
- In UE 27 il **tasso di impiego tra 55 e 64 anni è inferiore al 50%.** Oltre metà dei lavoratori anziani abbandonano prima dell'età di pensionamento obbligatorio per varie ragioni.
- Per supportare la maggior durata della vita in Europa sono **urgentemente necessari il miglioramento e il prolungamento delle carriere lavorative**
- *J. Illmarinen, 2012(European Year for the Active Ageing-EUOSHA)*

I mutamenti socio-economici

Anche nel **nostro Paese**, che non aveva invecchiamento della popolazione lavorativa paragonabile a quello di **paesi del nord Europa**, **ove iniziò il discorso sull' "invecchiamento attivo - anche nel lavoro"**



si sta manifestando un acuirsi del fenomeno

in funzione

- dell'invecchiamento della popolazione, compensato soltanto in parte dall'immigrazione
- dell'incremento dell'età di pensionamento
- del possibile incremento conseguente dell'anzianità lavorativa, con esposizione a rischi lavorativi più prolungata
- di fattori economici (riduzione ed erosione della pensione; costo vita; disoccupazione coniuge o progenie, produttività e costo del lavoratore anziano)
- della scarsità di posti di lavoro in generale e in particolare adatti a lavoratori anziani.

Già oggi in abbiamo realtà ove il
50% degli addetti è ultra50

RG 2016

8

VECCHIO...A CHI ???!?

In funzione delle proposte di intervento, l'U.E. tende a definire:

Lavoratore **“che invecchia”** o **“sta invecchiando”**
(**aging – ageing negli USA - worker**) a partire dai
40 – 45 anni

Lavoratore **“anziano”** (**aged worker**) oltre i 55 anni

ETA' BIOLOGICA ≠ ETA' CRONOLOGICA ≠ ETA' FUNZIONALE

CONCETTO FONDAMENTALE

Vi è più differenza fra singoli individui che fra le varie classi di età per cui un anziano allenato e in buona salute può avere migliori prestazioni di un giovane sedentario, tuttavia **la variabilità interindividuale è maggiore nell'anziano che nel giovane**



Età biologica e pregiudizi

Una persona di 57 anni (**età anagrafica**) potrebbe sentirsene solo 50 (**età psicologica**), dimostrarne 45 (**età funzionale**) e comportarsi come una persona di 40 anni (**età sociale**).

almeno una malattia cronica diagnosticata e che richiede terapia **farmacologica**; più frequentemente **muscolo-scheletrica o cardiovascolare**, ma anche **diabete, neoplasie, BPCO**, aumenta anche l'incidenza di **depressione o altre malattie psichiatriche** e possono iniziare i primi segni di **deterioramento cognitivo**

Si valuta che in media ad un lavoratore di 60 anni restano **l'80%** delle capacità che aveva a 20 anni (INRS)



TABELLA 1 - MASSIMI PESI SOLLEVABILI (MASSE DI RIFERIMENTO) IN CONDIZIONI IDEALI DI SOLLEVAMENTO SECONDO IL GENERE E L'ETÀ SUGGERITI DALLE NORME INTERNAZIONALI RECEPITE DALLA NORMA ITALIANA

POPOLAZIONE LAVORATIVA	MASSA DI RIFERIMENTO (KG)
maschi (18- 45 anni)	25
femmine (18- 45 anni)	20
maschi giovani (fino 18 anni) ed anziani (oltre 45 anni)	20
femmine giovani (fino 18 anni) ed anziane (oltre 45 anni)	15

Ergonomia....FUNZIONALE....

Aziendale - ergonomia

Le situazioni lavorative più difficili da sostenere negli operatori sanitari con l'avanzare dell'età *(Babini N. 2003)*

- | | |
|--------------------------------------------|-------|
| 1) Effettuare sforzi fisici importanti | 69% |
| 2) Restare a lungo in piedi | 59,5% |
| 3) Assumere o mantenere posture scomode | 57,1% |
| 4) Essere sottoposti a pressioni temporali | 35,7% |
| 5) Essere interrotti nel proprio lavoro | 28,6% |
| 6) Fare più cose contemporaneamente | 26,2% |



Rischio clinico e orari di lavoro

- Nei medici con turni di lunga durata (24 ore e più)

- **un'associazione con la riduzione dei livelli di attenzione e vigilanza e con l'aumento degli errori** (Gaba e Howard NEMJ 2002; Weinger e Ancoli-Israel, JAMA 2002; Howard et al. Anesthesiology 2003; Lockley et al. NEMJ 2004)
- **un significativo miglioramento limitando la durata del turno** (Lockley et al. NEMJ 2004; Landrigan et al. NEMJ 2004)

-In 2737 medici statunitensi in formazione, l'incidenza di almeno un errore importante del 3.8% nel caso di nessun turno di lunga durata (32 h in media)

9.8% nel caso da 1 a 4,

16% nel caso di più di 4 turni di lunga durata,

-con aumento del 300% di eventi avversi prevenibili, dovuti a fatica e/o deprivazione di sonno, con decesso del paziente (Barger et al. PLoS Med 2006)

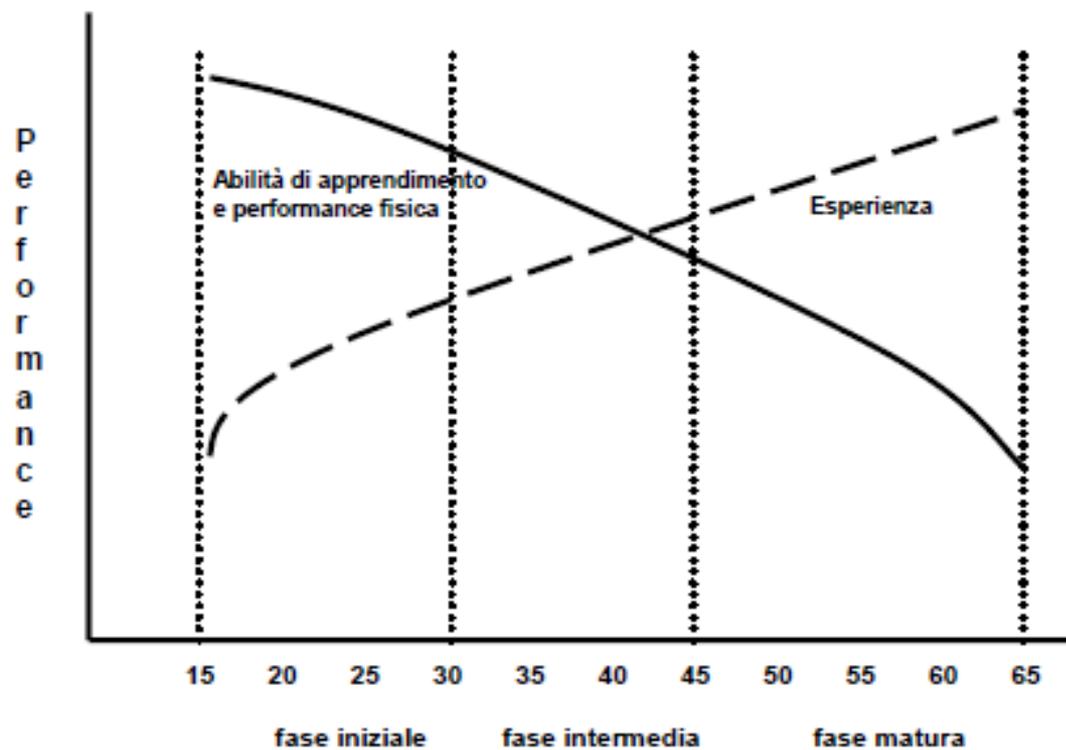
-Tra gli infermieri è stato documentato

-un significativo aumento degli errori, tali da mettere a repentaglio la sicurezza dei pazienti, in relazione alla durata del turno oltre le 8 ore, al lavoro

straordinario e al lavoro a turni con lavoro notturno (Rogers et al, Health Aff 2004; Scott et al. Am J Crit Care 2006; Tanaka et al. Ind Health 2010)

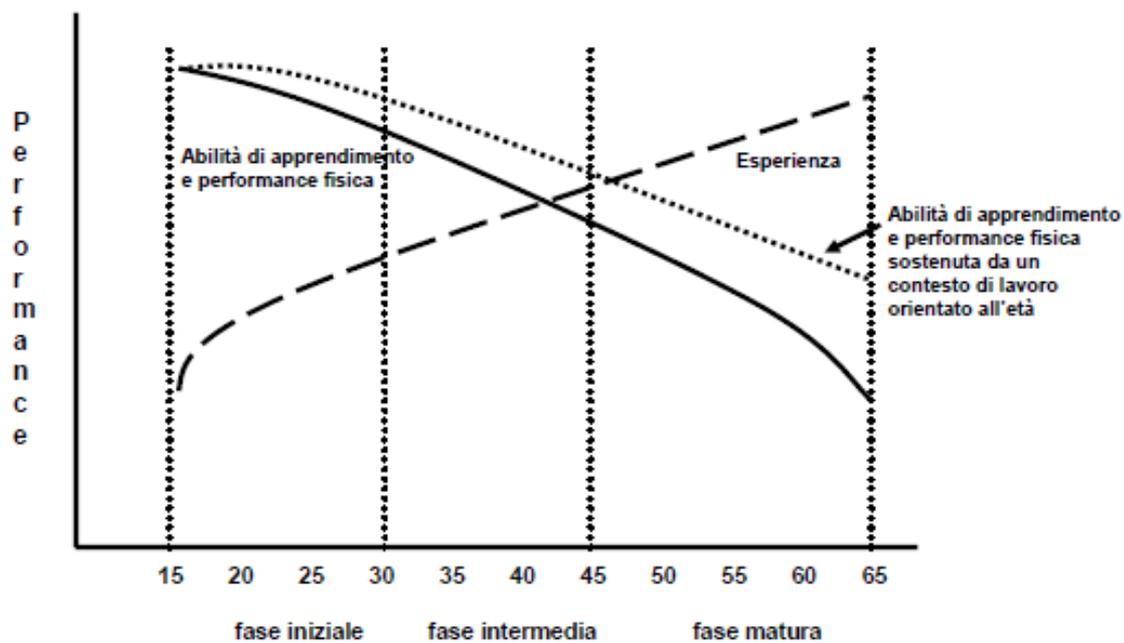
-una significativa associazione tra aumento dei tassi di mortalità ospedaliera associata a turni prolungati o con ridotti livelli di personale e alto turnover di pazienti (Needleman et al. NEJM 2011; Trinkoff et al. Nursing Res 2011)

Figura 3.1 – Ciclo di vita delle competenze



Fonte : Lieberum, Heppe, Schuler, 2005

Figura 3.1 – Ciclo di vita delle competenze in un contesto di lavoro orientato all'età



CAPACITA' LAVORATIVA

CAPACITA' DI LAVORO

È un **bilancio** tra lavoro e risorse individuali: il bilancio è buono quando vi è una buona corrispondenza.

Su di essa influiscono **fattori individuali** (che possono dipendere da malattie, stili di vita personali, da usura da lavoro, ...) , **caratteristiche del lavoro, fattori esterni** di famiglia, ambiente e società.

Valutare la “capacità di lavoro” può servire anche per monitorare condizioni di lavoro e gestione dell'invecchiamento.



Il **Work Ability Index** (Wai, Tuomi, et al, 1991) misura il costrutto di Work Ability, definito come “*la misura in cui un lavoratore è capace di svolgere il proprio lavoro nel presente e nel prossimo futuro, rispetto alle richieste della propria mansione ed alle proprie risorse mentali e fisiche*” (Ilmarinen, 2009). Sulla base di questa definizione concettuale lo studioso ha inoltre sviluppato un indice, il *Work Ability Index* (Tuomi, et al, 1991; Ilmarinen, 2007), per dare una dimensione quantitativa al costrutto e poterlo quindi misurare nelle varie fasi di vita dei lavoratori. All’interno dell’indice sono indagate sette dimensioni (Ilmarinen, 2007):

- 1. *Work Ability* attuale comparata con il periodo migliore della propria vita;
- 2. *Work Ability* in relazione alle richieste della mansione;
- 3. Numero attuale di malattie fisiche croniche diagnosticate;
- 4. Stima dell’indebolimento delle capacità lavorative dovuto a tali malattie;
- 5. Permessi per malattia durante gli ultimi 12 mesi;
- 6. Percezione della propria *Work Ability* nei prossimi due anni;
- 7. Risorse mentali.

LA CAPACITÀ DI LAVORO

- L'indice **WAI (WORK ABILITY INDEX)**
- utilizzato in studi epidemiologici per monitorare e prevedere l'andamento della problematica dell'invecchiamento
- Capacità di lavoro come sintesi di diversi aspetti:

fattori individuali (stili di vita, malattie cronico-degenerative, esposizioni pregresse)

caratteristiche del lavoro

ambiente

società

- Questionario standardizzato che analizza **7 gruppi di fattori** (da 7 a 49 punti)

1. Capacità di lavoro attuale confrontata con il miglior periodo della vita (0-10)
2. Capacità di lavoro in rapporto alle richieste utilizzate dal compito (2-10 punti)
3. Numero di diagnosi poste dal medico (1-7 punti)
4. Riduzione della capacità di lavoro dovuta alle malattie stimata dall'individuo (1-6 punti)
5. Assenze per malattia negli ultimi 12 mesi (1-6 punti)
6. Previsione personale della capacità di lavoro per i due anni successivi (1,4 e 7 punti)
7. Condizioni/risorse psicologiche (1-4 punti)

Indice WAI (Work Ability Index)

Attribuisce un punteggio a 7 items di cui due attribuiti dal lavoratore

- 1) Capacità di lavoro attuale confrontata con il miglior periodo di vita, **stimata dal medico** (0 – 10)
- 2) Capacità lavorativa in rapporto alle richieste del compito (2 – 10)
- 3) Numero di diagnosi poste dal medico (1 – 7)
- 4) Riduzione della capacità di lavoro dovuta alle malattie, **stimata dal lavoratore** (1 – 6)
- 5) Assenze per malattia negli ultimi 12 mesi (1 – 6)
- 6) Previsione **personale** della capacità di lavoro per i due anni successivi (1 – 7)
- 7) Condizioni/risorse psicologiche (1 – 4)

Punteggio minimo = **7** perdita completa della “capacità di lavoro”;

Punteggio massimo = **49** conservazione perfetta della “capacità di lavoro”

Indice WAI (Work Ability Index)

Valutazione/ambiti di intervento *S. Sartori e coll.*

punteggio	capacità di lavoro	obiettivi
7 – 27	Scadente	<i>Ristabilire</i> la capacità di lavoro
28 – 36	Mediocre	<i>Migliorare</i> la capacità di lavoro
37 – 43	Buona	<i>Sostenere</i> la capacità di lavoro
44 - 49	Eccellente	<i>Mantenere</i> la capacità di lavoro

Situazione italiana *S. Sartori e coll.*

punteggio	maschi	femmine	totale
7 – 27	2,4	4,4	4,1
28 – 36	18,7	32,0	29,4
37 – 43	48,8	47,7	47,9
44 - 49	30,7	16,0	18,7

■ COME VENIRNE A CAPO ?



EU-OSHA (*Illmarinen*) propone la “**strategia dell’approccio multiplo**”

- 1) **Individuale** : intervento sugli “**stili di vita**” (nell’ambiente di vita)
- 2) **Aziendale: ergonomia** (fisica, cognitiva, organizzativa, gestione della diversità)
- 3) **Sociale**: previdenza, assistenza, politiche del lavoro e del non lavoro ...)

“La nuova sfida (*Illmarinen*) è **adattare il lavoro di fronte al deterioramento dello stato di salute: chi ha bisogno di cure è il lavoro e non il lavoratore!**” (*era anche il pensiero di Luigi Devoto, inizio novecento!!*)

STRATEGIE INDIVIDUALI

1) Individuale – stili di vita

*Neil Mehta and Mikko Myrskylä: **The Population Health Benefits Of A Healthy Lifestyle: Life Expectancy Increased And Onset Of Disability Delayed** Health Affairs published online July 19, 2017*

Uno stile di vita sano comprendente non fumo, non obesità (BMI \geq 30), moderato /assente consumo di alcolici [\leq 14 “drinks” (circa 12 g di etanolo) settimana] producevano un aumento fino a **12 anni** dell’aspettativa di vita, **7** se presente solo consumo di alcolici.

La cosa più significativa: **quasi tutto il progresso era costituito da prolungamento della vita attiva in assenza di disabilità.**

1. STRATEGIE AZIENDALI

3) Ergonomia organizzativa – organizzare il lavoro

“Tutti i metodi di VDR dovrebbero contenere una parte consistente di analisi organizzativa indirizzata ad identificare delle strategie preventive o di riprogettazione dell’ambiente di lavoro **anche negli aspetti organizzativi**”.

“... difficoltà nel nostro ambito di professionisti ...” (E-book CIIP)

Griglia per l’identificazione dei rischi legati all’organizzazione del lavoro specifica per gli anziani proposta **dall’INRS (Institut National de Recherche e de Sécurité pour la prevention des accidents e des maladies professionnelles)** **(F)**





1-RIEPILOGO ORGANICO SUDDIVISO PER ETA'

ORGANICO ADDETTO ALL'ASSISTENZA

PROFILO PROFESSIONALE	ETA' < 50 ANNI	ETA' >= 50 ANNI
Infermiere	5	21
OSS	1	14
ausiliari	//	//
NUMERO e TIPOLOGIA POSTI LETTO	N°54 letti tutti regolabili in altezza con manovelle regolazione testiera e pediera	

2-RIEPILOGO ORARI EFFETTUATI ORGANICO

Profilo professionale	N.	< 50 aa	>= 50 aa	Orario di lavoro
Infermieri Prof.	26	5	21	7:00-14:00 14:00-21:00 21:00-7:00
OSS	15	1	14	7:00-14:00 14:00-21:00
Coordinatrici	1		1	



FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA
Ospedale Maggiore Policlinico



**RSPP
RLS**



SITRA/DIRIG. INF.

Fascia oraria	MACRO-COMPITO OSS Sovraccarico biomeccanico LOMBARE	< 50 AA	>= 50 AA
MATTINO		lombare	lombare
7.00 - 7.20	Consegne		
7.30 - 8.30	GIRO LETTI igiene e MMP		
8.30 - 9.15	Distribuzione colazione		
9.15 - 10.30	GIRO LETTI igiene e MMP		
10.30 - 10.45	pausa		
10.45 - 11.30	Sanificazione letti dimessi (cambio materasso M-sanificazione letto -cambio lenzuola)	M	M
11.30 - 12.30	Aiuto ai fisioterapisti nella MMP – posizionamento per pranzo		
12.30 - 13.00	Distribuzione vassoi – assistenza ai pazienti NA		
13.00 - 14.00	MMP pz per Riposo – Igiene cambio pannoloni	M	

Fascia oraria	MACRO-COMPITO IP Sovraccarico biomeccanico LOMBARE	< 50 AA	>= 50 AA
MATTINO		lombare	lombare
7.00 - 7.20	Consegne		
7.30 - 9.15	Prelievi. Preparazione terapia. 2-3 ECG		
9.20- 11.30	Visita con medici con parziale MMP (M)	M	M
11.30- 12.00	Richiesta esami diagnostici		
12.00- 13.00	Somministrazione terapia-preparazione cartella inf		



PROCEDURA

“Modalità di assegnazione del personale dipendente con limitazione funzionale”

1 OGGETTO E SCOPO

La procedura ha per oggetto le modalità con cui il personale , dichiarato parzialmente non idoneo, viene assegnato alle Unità operative nell'ambito della mappa delle posizioni di lavoro riservate a questa tipologia di personale, approvata annualmente dal Gruppo tecnico aziendale specificatamente nominato.

Lo scopo è quello di fornire elementi di definizione sul processo e i criteri con cui il dipendente viene assegnato, nel rispetto del quadro di riferimento normativo e contrattuale, ad una specifica posizione di lavoro.

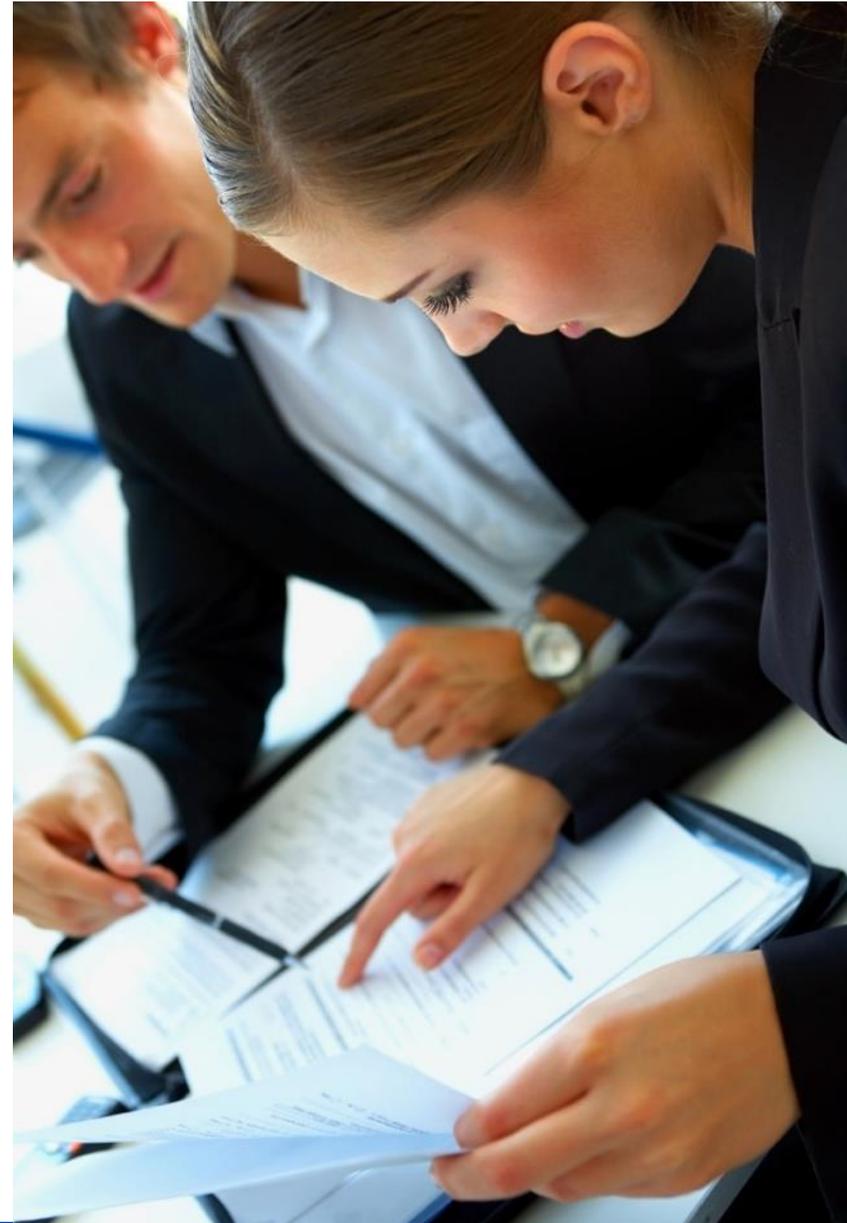
2. STRATEGIE AMBIENTALI E ORGANIZZATIVE

Sul piano della gestione aziendale dei rischi, acquista ancor più importanza la valutazione ed il contenimento di rischi inerenti

- l'impegno di lavoro fisico (MMC, sovraccarico cumulativo arti superiori, posture)
- Il microclima severo
- rumore e vibrazioni
- illuminazione, segnaletica visibile
- Infortuni da caduta, scivolamento, inciampo
- orari e turni notturni
- aspetti psicosociali e fattori di contesto e di contenuto inerenti lo stress lavoro correlato

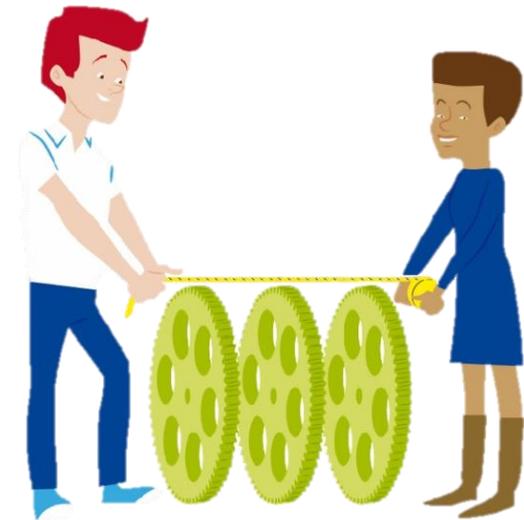
3. Apprendimento permanente

- **Coinvolgere i lavoratori di ogni età nell'istruzione e nella formazione**
- **Evitare la riduzione di capacità e competenze**
- **L'aggiornamento e lo sviluppo delle competenze sono importanti per l'occupabilità**
- **Sono importanti anche per l'ambiente di lavoro psicosociale**



4. Prevenzione in tutto l'arco della vita lavorativa: un approccio olistico

- La salute dei lavoratori in età avanzata è influenzata dalle condizioni di lavoro negli anni precedenti
- La prevenzione degli infortuni sul lavoro, dei problemi di salute e delle malattie professionali è necessaria in tutto l'arco della vita lavorativa
- Gestione lavori usuranti



Lavori usuranti

La medicina legale definisce l'usura da lavoro

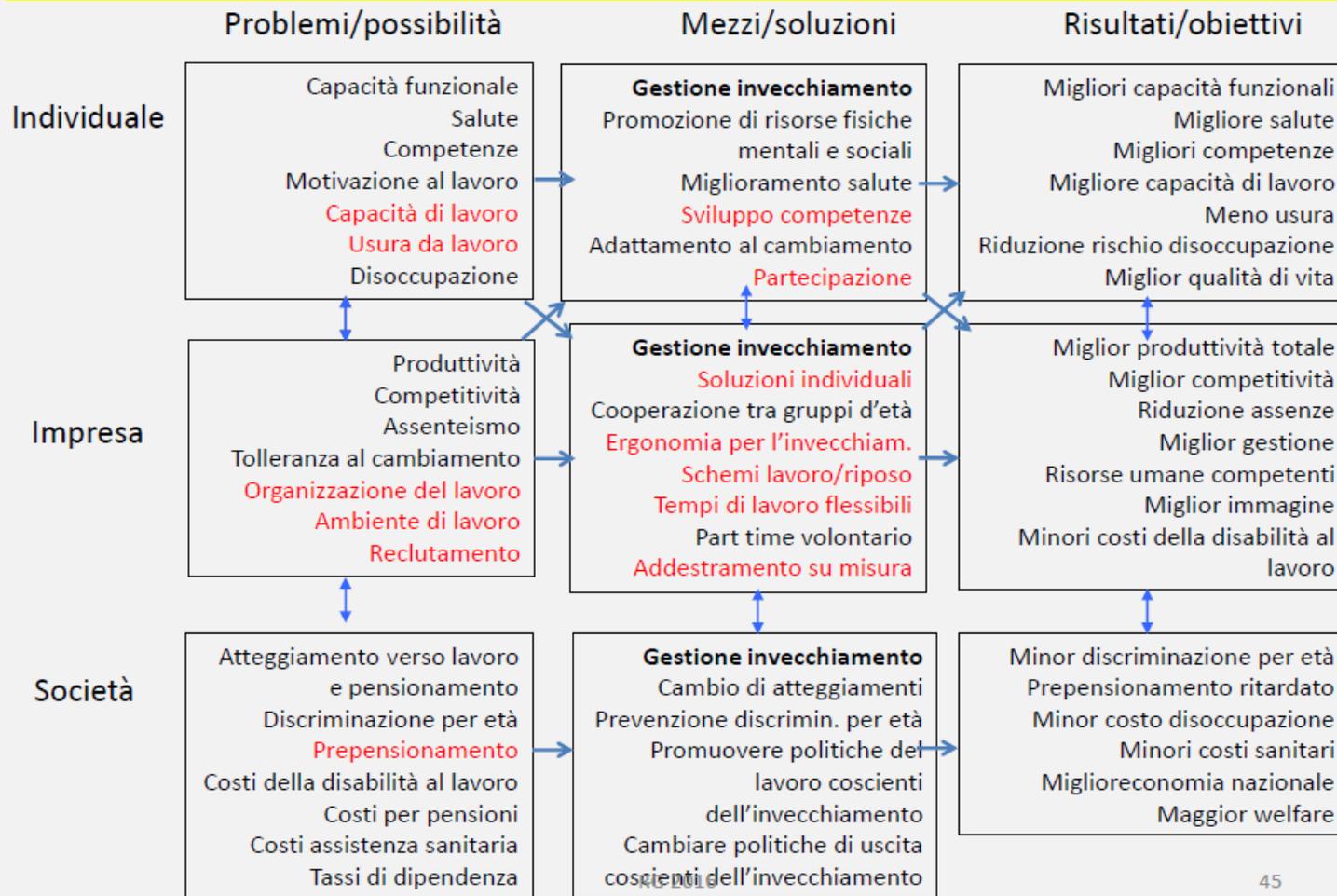
e distingue tra usura fisiologica e patologica (quest'ultima può codeterminare impedimenti, patologie, invecchiamento precoce, riduzione aspettativa di vita)

Una interessante disanima 2014 di quel punto di vista nell'ottica della legge sui lavori usuranti, in parte diverso da quello della medicina del lavoro, è su

http://www.ciip-consulta.it/images/eventlist/Eventi2016/20161020-BO-invecchiamento/AL_BO-20161020-Fontana.pdf

63

Livelli di gestione dell'invecchiamento (J. Illmarinen, FIOH, OEM 2001) per UE



45

Quali sono i benefici?

- **Miglioramento della salute e del benessere dei dipendenti:**
 - il lavoro giova alla salute fisica e mentale
 - si può migliorare la salute dei lavoratori di ogni età
- **Miglioramento della produttività e della redditività a livello dell'organizzazione:**
 - forza lavoro sana, produttiva e motivata, che consente all'organizzazione di rimanere competitiva e innovativa
 - patrimonio prezioso di competenze ed esperienze che rimane nell'organizzazione
 - minori tassi di assenza per malattia e assenteismo, quindi minori costi per inabilità al lavoro
 - minore avvicendamento del personale
 - maggior benessere sul lavoro, i dipendenti realizzano le loro potenzialità

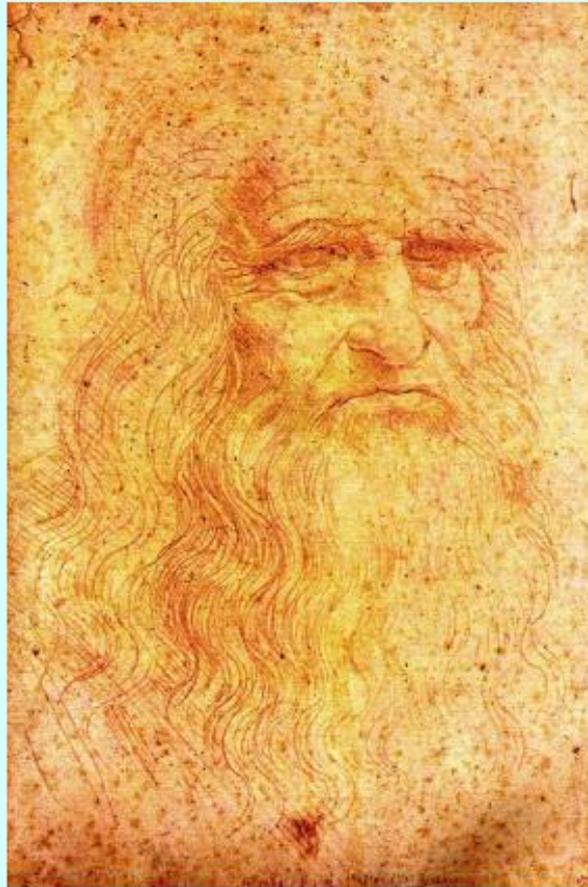
STRATEGIE SOCIALI

Politiche integrate per una vita lavorativa sostenibile



Fonte [EU-OSHA](#)

ARGOMENTAZIONI IN FAVORE DEL LAVORO DELL'ANZIANO



- **RITORNO DI INVESTIMENTI
SUL CAPITALE UMANO**
- **EVITARE IL
DEPAUPERAMENTO DELLE
COMPETENZE**
- **MASSIMIZZAZIONE DEL
RECLUTAMENTO POTENZIALE**
- **RISPOSTA AI MUTAMENTI
DEMOGRAFICI**
- **PROMOZIONE DELLE
DIVERSITA' DELLA FORZA-
LAVORO**

FORZA E DEBOLEZZA DI OGNI GENERAZIONE

Se in un ambiente ed in una organizzazione del lavoro non si tiene conto delle esigenze dell'organismo umano, aumenteranno nel tempo:

il numero di persone con disturbi, impedimenti o malattie lavoro correlabili

i problemi per chi ha impedimenti o disturbi dovuti ad altre cause o all'età

con possibili ripercussioni su collocabilità, produttività, reddito, costi aziendali e sociali

Un ambiente di lavoro sano e sicuro per tutte le età

Una guida multilingue su come gestire la salute e la sicurezza sul lavoro in merito a una forza lavoro che invecchia

Note sulla guida digitale



Come funziona la guida?

Avvia il tutorial

Seleziona il tuo profilo:



Sono un datore di lavoro

Inizia



Sono un lavoratore

Inizia



Sono un responsabile delle risorse
umane

Inizia



Sono un esperto di salute e
sicurezza

Inizia



http://eguides.osha.europa.eu/IT_it/select-your-profile

https://eguides.osha.europa.eu/all-ages/IT_it/select-your-profile

Bibliografia di riferimento

- INAIL – Il benessere lavorativo ad ogni età – 2018
- INAIL – Carichi di lavoro e sicurezza degli operatori sanitari. Benessere degli infermieri, performance e conseguenze sulla sicurezza dei pazienti- 2017
- FNOPI – Invecchiamento dei professionisti sanitari e fenomeno delle inidoneità al lavoro : studio osservazionale – L’infermiere n.1 – 2013
- FNOPI – Un confronto generazionale nella professione infermieristica: effetti del lavoro sulla salute e sulla produttività – L’infermiere n.2 - 2016
- Guardini, Ilario and Canzan, Federica and Ambrosi, Elisa and Saiani, Luisa (2012) *Gli effetti dell'invecchiamento della professione infermieristica e strategie per trattenere efficacemente i senior*. Assistenza infermieristica e ricerca, 31 (4). pp. 214-219. ISSN 1592-5986
- S.Sartori, P.M Conway, R. Dotti, G.Costa. Il Work Ability Index (WAI) come strumento per il monitoraggio della capacità di lavoro in relazione all'invecchiamento – 31° Congresso Associazione Italiana di Epidemiologia
- D.Fontana, R. Leonbruni, M. Mosca. La normativa sui lavori usuranti in Italia tra problemi di disegno e di attenzione ai temi della salute. Atti da « Sfide alla cittadinanza e trasformazioni dei corsi di vita : precarietà, invecchiamento e migrazioni » Torino 18-20 settembre 2014
- Università Carlo Cattaneo. La valorizzazione dei lavoratori maturi (over 50): una sfida per le politiche pubbliche e per le strategie delle organizzazioni. Rapporto di ricerca 2007
- C. Nava. Impatto sull'idoneità alla mansione di patologie cronico degenerative su una popolazione sanitaria che invecchia. <https://www.diario-prevenzione.it/?p=629>

Bibliografia di riferimento

- **Monografie sul mercato del lavoro e politiche per l'impiego. Le età della vita: più lavori e di qualità migliore. ISFOL –RP(MDL) n.2 / 07**
- **Agenzia europea per la salute e la sicurezza sul lavoro. Ambienti di lavoro sani e sicuri ad ogni età. Promozione di una vita lavorativa sostenibile 2016-2017**
- **S. Porru. A. Carta . Il medico del lavoro e la gestione dell'invecchiamento del lavoratore: tra etica, scienza e buone prassi.**
http://aifos.org/inst/aifos/public/data/general/files/materiali_convegni/2016/01_gennaio/invecchiamento_rsa/CARTA_PORRU_28_01_2016.pdf
- **R. Gheri. Invecchiamento, disabilità e capacità lavorativa.** https://www.ciip-consulta.it/images/eventlist/Eventi2016/20161020-BO-invecchiamento/AL_BO-20161020-Gheri.pdf
- **C. De Pietro. L'invecchiamento del personale sanitario in Italia.**
http://www.alass.org/cont/priv/calass/docs/2009/sessio_9/sessio_9_3_it.pdf
- **M. Zeno . Il lavoratore anziano : una risorsa oppure un problema insolubile.**
http://www.asl13.novara.it/intranet/Territorio/Dipartimen/spresal-nu/Evento-Set/Evento-2014/Luned--23-/slide-Lav-anziano_Zenoi.pdf
- **A.Croci . L'invecchiamento generazionale infermieristico- Tendenze nuove 2/2016**

“Più a lungo rimaniamo attaccati a idee logore,
più queste ci influenzano negativamente,
agendo come patologia.

**La patologia principale della vecchiaia è
l'idea che ne abbiamo”**

J. Hillman

psicoanalista, saggista e filosofo statunitense

Grazie per l'attenzione



taudasso@fatebenefratelli.eu