

4

Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione

Il quarto capitolo è volto a illustrare le scelte aziendali per la valorizzazione delle competenze professionali del personale. La valorizzazione delle competenze professionali può trovare diverse declinazioni a seconda dell'accezione e degli strumenti organizzativi che ciascuna Azienda privilegia. Il capitolo sviluppa numerose tematiche, individuate di seguito.

- La "carta di identità" del personale
- Partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa
- Gestione del rischio e sicurezza
- La formazione degli operatori sanitari nell'ambito relazionale: dalla cura al prendersi cura
- Ridefinizione dei ruoli professionali in relazione allo sviluppo delle strategie aziendali
- Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti
- Formazione
- Sistema informativo del personale
- Struttura delle relazioni con il personale dipendente e con le sue rappresentanze
- Le azioni in tema di servizi alla persona e agli operatori







Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione

Questo quarto capitolo è volto ad illustrare le politiche gestionali che pongono in primo piano i professionisti e gli operatori, quali risorse fondamentali per un'organizzazione che assicura servizi sanitari ai cittadini. La valorizzazione delle competenze professionali può esplicarsi sotto varie forme, a seconda dell'accezione e degli strumenti organizzativi che ciascuna azienda privilegia, anche in relazione agli specifici obiettivi assegnati.

Quest'anno introduciamo per la prima volta in questo capitolo alcuni indicatori e alcune riflessioni nella prospettiva del bilancio di genere. Il bilancio di genere rappresenta uno strumento complesso, articolato e innovativo di rendicontazione utile per migliorare le condizioni di parità tra uomini e donne e per introdurre la prospettiva di genere in maniera trasversale a livello di politiche gestionali. Le considerazioni che presentiamo in queste pagine non sono che preliminari e ispirate a questo principio per ri-affermare il valore delle politiche di genere e della loro necessaria applicazione in tutti i settori della pubblica amministrazione, e la necessità di recuperare la prospettiva della parità di genere nei processi decisionali.

4.1 La "carta di identità" del personale

Il fattore produttivo "risorse umane" risulta essere, sia per importanza strategica sia per valore complessivo, il principale elemento dell'organizzazione aziendale.

Il personale presente all'interno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma al 31.12.2008 consta di 4.177 unità.

Di queste, l'84% risulta essere dipendente a tempo indeterminato, il 5% è dipendente a tempo determinato ed il 4% è titolare di incarico libero professionale e di collaborazione.

Il personale universitario che svolge attività assistenziale incide per il 7%.

Dai dati sopra indicati si desume una forte prevalenza del personale dipendente del S.S.N. rispetto a quello universitario, che risulta essere concentrato principalmente nelle professioni sanitarie.

Tabella 1 Andamento delle dotazioni organiche per tipologia contrattuale e ruolo, anni 2006-2008

	Anni	Personale ruolo sanitario	Personale ruolo professionale	Personale ruolo tecnico	Personale ruolo amministrativo	TOTALE
Tempo indeterminato*	31.12.2006	2297	7	839	203	3346
	31.12.2007	2450	8	822	194	3475
	31.12.2008	2407	6	907	186	3506
Tempo determinato	31.12.2006	123	1	128	1	253
	31.12.2007	122	1	185	1	309
	31.12.2008	121	1	92	1	215
Altro personale (incarichi libero-professionali e a rapporto di collaborazione)	31.12.2006	109	4	1	8	122
	31.12.2007	125	4	4	6	139
	31.12.2008	142	4	6	9	161

* per questa tipologia contrattuale la rilevazione è stata effettuata secondo i criteri del conto annuale

Tabella 2 Andamento delle dotazioni organiche del personale universitario per ruolo, anni 2006-2008

	Anni	Personale ruolo sanitario	Personale ruolo professionale	Personale ruolo tecnico	Personale ruolo amministrativo	TOTALE
Personale universitario	31.12.2006	262	0	6	48	316
	31.12.2007	257	0	4	41	302
	31.12.2008	251	0	4	40	295



I grafici 1 e 2 mostrano la distribuzione per genere e per età tra le categorie del personale dipendente dal S.S.R. e dall'Università. Come già evidenziato nelle rilevazioni degli anni precedenti, nel 2008 è confermata la netta prevalenza di personale di sesso femminile (il 72% del totale) su quello maschile relativamente al personale del S.S.R.

Inversa tendenza si registra invece nel personale universitario, dove la percentuale di maschi è pari al 58% sul totale.

Grafico 1 Distribuzione dei dipendenti S.S.R a tempo indeterminato per età e genere, anni 2006-2008

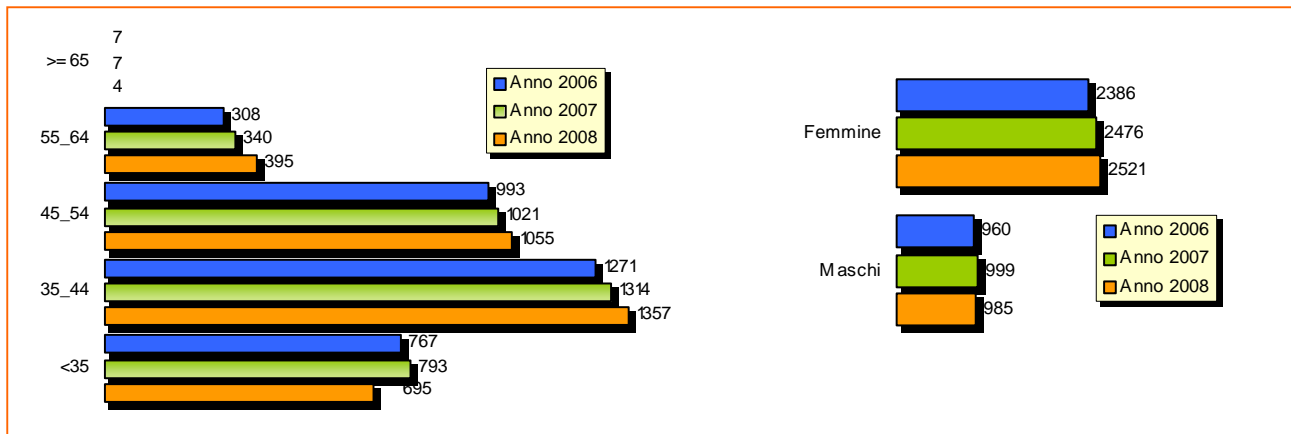


Grafico 2 Distribuzione del personale universitario per età e genere, anni 2006-2008

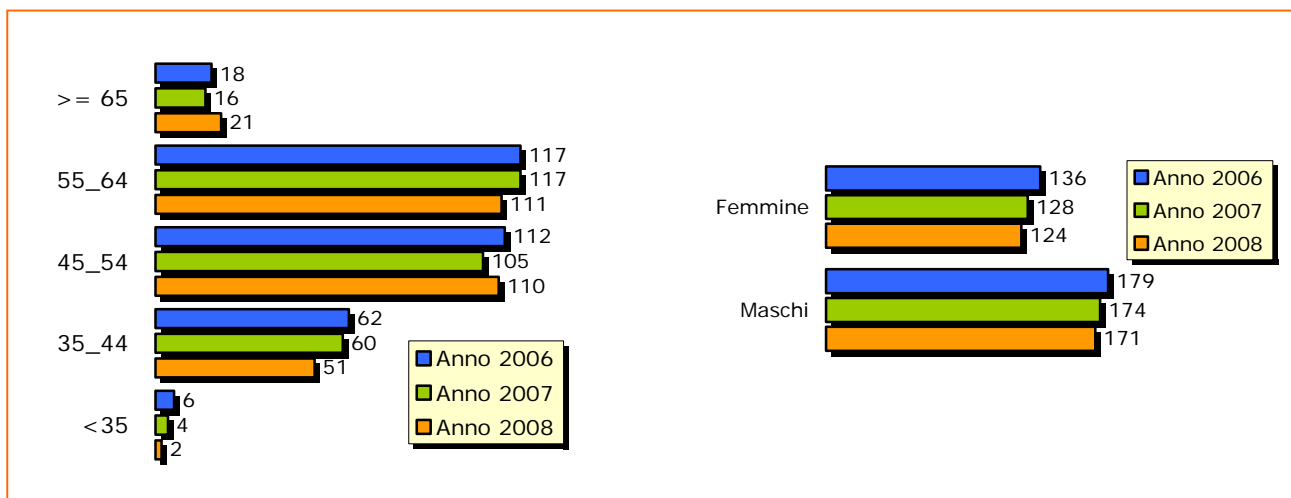
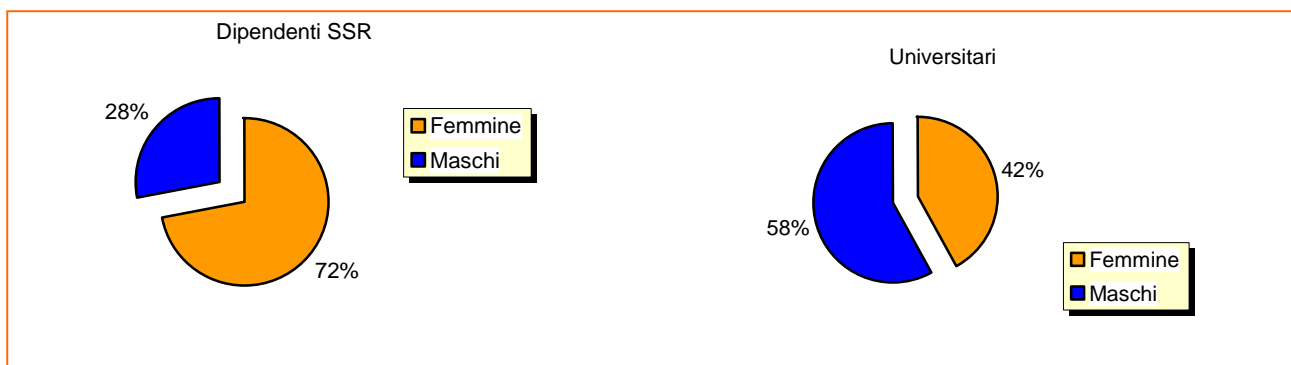


Grafico 3 Distribuzione per genere dei dipendenti S.S.R. e universitari, anno 2008





Per quanto riguarda l'età, il personale dell'Azienda si colloca prevalentemente nella fascia di età compresa tra i 35 e i 44.

Il personale appartenente alle fasce di età comprese tra i 55 e gli "over 65" è rimasto pressoché costante, ma nell'arco del triennio si evidenzia un decremento in considerazione del fatto che queste fasce comprendono l'età pensionabile.

Tabella 3 Distribuzione dei dipendenti S.S.R. a tempo indeterminato per categorie, genere e accesso al part time, anni 2006-2008

al 31.12.2006 Categorie	M	F	M	F	M	F	Totale M	Totale F	Totale
	tempo pieno	tempo pieno	part time <=50	part time <=50	part time oltre 50	part time oltre 50			
Dirigenti medici	256	136	0	0	0	7	256	143	399
Altri dirigenti (sanitari - APT)	21	40	0	0	0	3	21	43	64
Personale infermieristico	273	1006	1	18	7	244	281	1268	1549
Personale della riabilitazione	8	36	0	2	2	7	10	45	55
Personale tecnico della prevenzione	0	4	0	1	0	0	0	5	5
Personale tecnico sanitario	98	132	1	0	1	15	100	147	247
Altro personale ruolo tecnico	158	223	4	0	3	22	165	245	410
Personale OTA, OSS, ausiliario	97	301	0	4	2	23	99	328	427
Personale amministrativo	28	121	0	1	0	40	28	162	190
Totale	939	1999	6	26	15	361	960	2386	3346
al 31.12.2007 Categorie	M	F	M	F	M	F	Totale M	Totale F	Totale
	tempo pieno	tempo pieno	part time 50	part time 50	part time oltre 50	part time oltre 50			
Dirigenti medici	259	155	0	0	0	7	259	162	421
Altri dirigenti (sanitari - APT)	19	40	0	0	0	3	19	43	62
Personale infermieristico	316	1059	1	17	7	271	324	1347	1671
Personale della riabilitazione	6	36	2	2	1	7	9	45	54
Personale tecnico della prevenzione	0	4	0	1	0	0	0	5	5
Personale tecnico sanitario	100	140	1	0	1	15	102	155	257
Altro personale ruolo tecnico	152	213	2	0	4	20	158	233	391
Personale OTA, OSS, ausiliario	97	289	1	3	4	37	102	329	431
Personale amministrativo	26	123	0	1	0	33	26	157	183
Totale	975	2059	7	24	17	393	999	2476	3475
al 31.12.2008 Categorie	M	F	M	F	M	F	Totale M	Totale F	Totale
	tempo pieno	tempo pieno	part time <=50	part time <=50	part time oltre 50	part time oltre 50			
Dirigenti medici	249	162	0	0	0	7	249	169	418
Altri dirigenti (sanitari - APT)	19	41	0	0	0	3	19	44	63
Personale infermieristico	297	999	2	16	8	287	307	1302	1609
Personale della riabilitazione	5	39	2	2	1	7	8	48	56
Personale tecnico della prevenzione	0	1	0	0	0	0	0	1	1
Personale tecnico sanitario	102	154	1	1	0	18	103	173	276
Altro personale ruolo tecnico	147	211	2	0	4	21	153	232	385
Personale OTA, OSS, ausiliario	117	353	2	4	4	42	123	399	522
Personale amministrativo	23	113	0	1	0	39	23	153	176
Totale	959	2073	9	24	17	424	985	2521	3506



Come si può evincere dalla tabella 3, il ricorso al part time riguarda il 16% dei dipendenti, l'opzione per un orario ridotto è una scelta prevalentemente femminile e, in particolare, del personale dell'area comparto.

L'analisi della tabella mette in evidenza che fra i dirigenti medici è cresciuta la componente femminile sia in valore assoluto che come incidenza percentuale, mentre si è corrispondentemente ridotta la componente maschile, pur restando prevalente.

Grafico 4 Distribuzione personale dipendente a tempo indeterminato per ruolo, anni 2006-2008

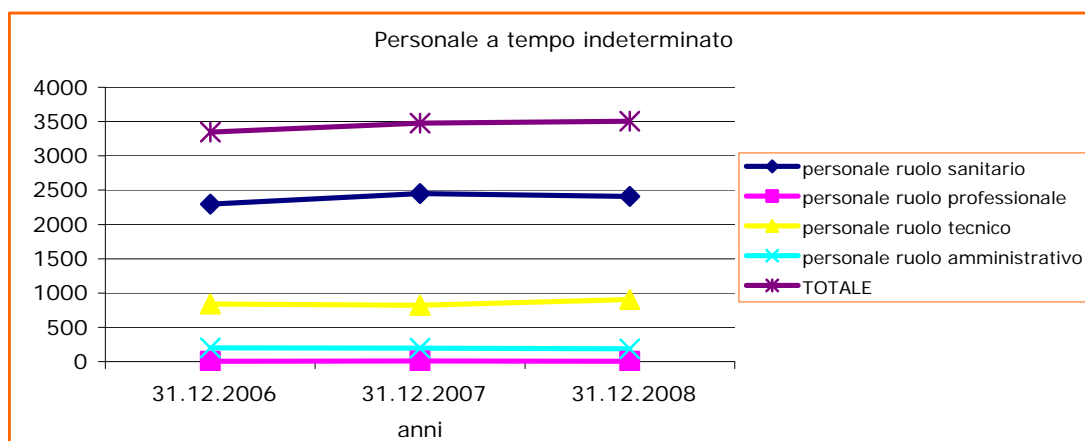
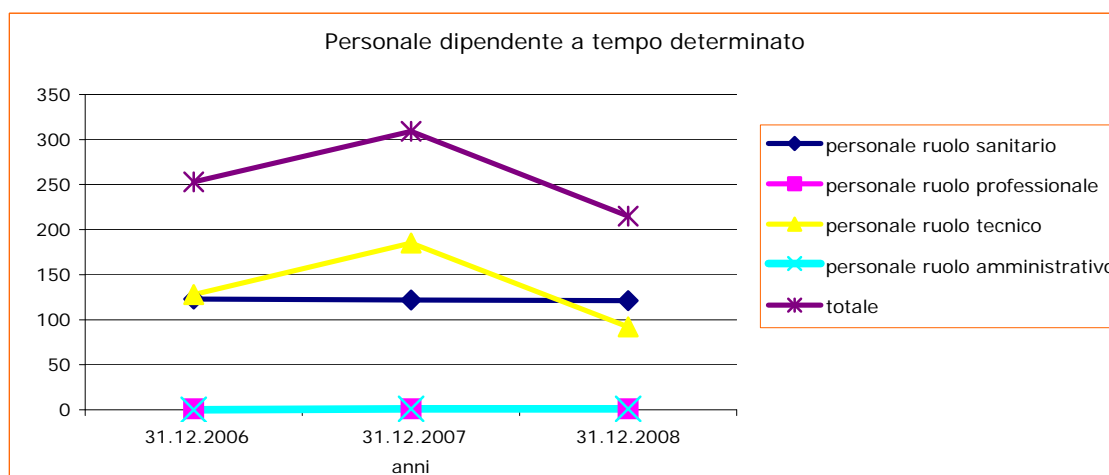


Grafico 5 Distribuzione personale dipendente a tempo determinato per ruolo, anni 2006-2008



Medici in formazione specialistica

Nell'ambito della definizione del profilo del personale che a vario titolo presta la propria attività in Azienda, si ritiene opportuno analizzare una importante risorsa per le aziende sanitarie, quella dei medici in formazione specialistica (specializzandi).

I dati presentati in queste pagine si riferiscono ai medici frequentanti Scuole di Specializzazione dell'Ateneo di Parma e presenti nel sistema informativo aziendale per la rilevazione delle presenze al 31.12.2008. Non rientrano in questa rilevazione eventuali medici dipendenti dell'Azienda frequentanti una Scuola di Specializzazione.

Sotto il profilo del genere, i medici in formazione specialistica sono distribuiti come evidenziato nelle tabelle 4 e 5.



Tabella 4 Medici in formazione specialistica iscritti alle Scuole di Specializzazione per genere

Genere	N. unità
Maschi	161
Femmine	239

È interessante inoltre osservare la distribuzione per genere nelle diverse scuole di specializzazione, illustrata nella tabella 5.

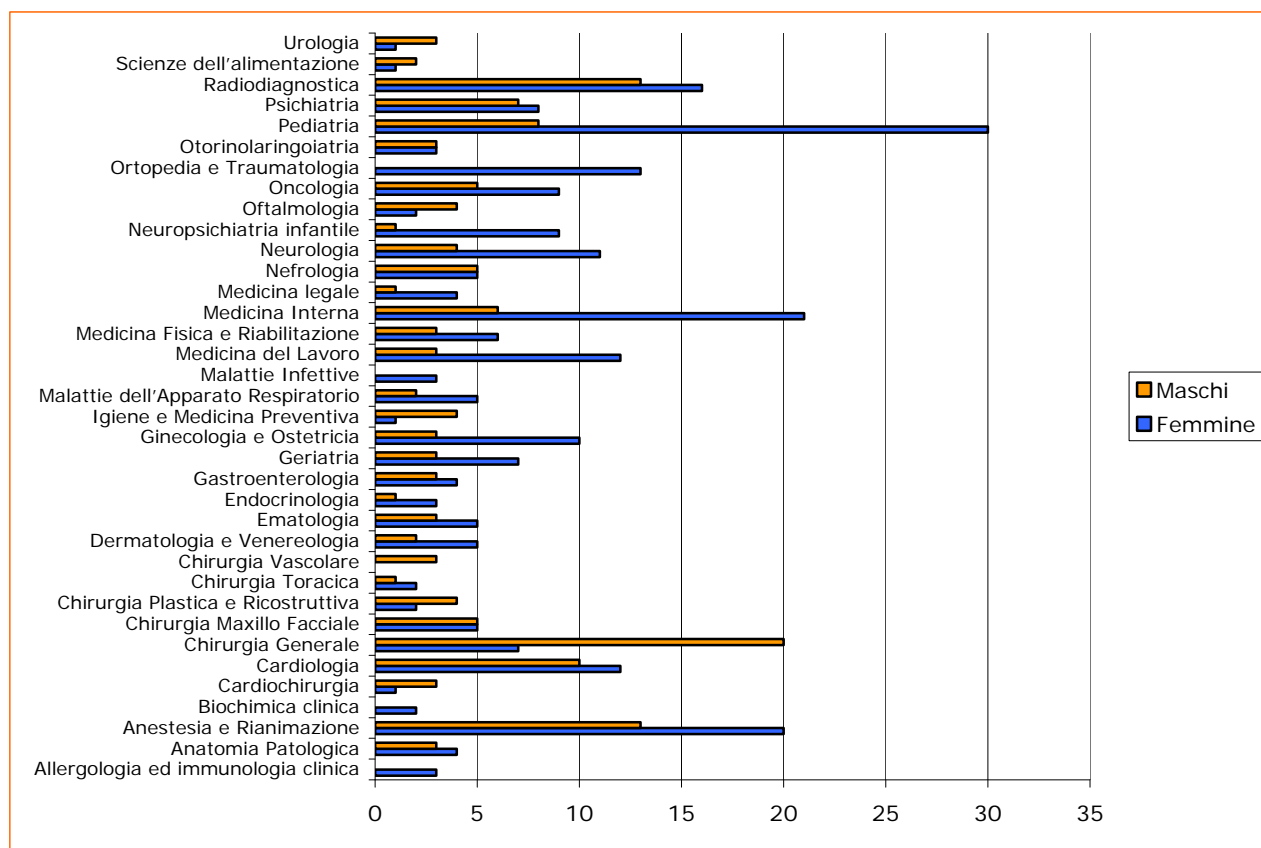
Tabella 5 Distribuzione per genere e per scuola di specializzazione

Scuola di specializzazione	Femmine	Maschi
Allergologia ed immunologia clinica	3	0
Anatomia Patologica	4	3
Anestesia e Rianimazione	20	13
Biochimica clinica	2	0
Cardiochirurgia	1	3
Cardiologia	12	10
Chirurgia Generale	7	20
Chirurgia Maxillo Facciale	5	5
Chirurgia Plastica e Ricostruttiva	2	4
Chirurgia Toracica	2	1
Chirurgia Vascolare	0	3
Dermatologia e Venereologia	5	2
Ematologia	5	3
Endocrinologia	3	1
Gastroenterologia	4	3
Geriatria	7	3
Ginecologia e Ostetricia	10	3
Igiene e Medicina Preventiva	1	4
Malattie dell'Apparato Respiratorio	5	2
Malattie Infettive	3	0
Medicina del Lavoro	12	3
Medicina Fisica e Riabilitazione	6	3
Medicina Interna	21	6
Medicina legale	4	1
Nefrologia	5	5
Neurologia	11	4
Neuropsichiatria infantile	9	1
Oftalmologia	2	4
Oncologia	9	5
Ortopedia e Traumatologia	13	0
Otorinolaringoiatria	3	3
Pediatria	30	8
Psichiatria	8	7
Radiodiagnostica	16	13
Scienze dell'alimentazione	1	2
Urologia	1	3

Si può notare che, sebbene la componente femminile sia nel complesso prevalente fra gli iscritti alle Scuole di Specializzazione, si ha una maggiore presenza femminile in discipline che storicamente sembrano attrarre la donna "per vocazione": ginecologia e ostetricia, pediatria, medicina interna, medicina del lavoro, mentre risulta prevalente la componente maschile in discipline di area chirurgica.



Grafico 6 Distribuzione per genere e per scuola di specializzazione



Mobilità del personale

Nella tabella 6 viene sinteticamente analizzato l'andamento della mobilità del personale dipendente nel corso del triennio 2006-2008, che registra un incremento di personale pari a 290 unità.

A questo riguardo occorre tuttavia evidenziare che l'incremento relativo all'anno 2008 si limita a 31 unità rispetto all'anno precedente.

Il raggiungimento dell'obiettivo regionale di carattere economico-finanziario ha infatti comportato l'esigenza di procedere ad una rigorosa gestione del turn over del personale. Le assunzioni operate in corso d'anno, secondo gli obiettivi ed i limiti fissati dalle competenti strutture regionali, sono state prevalentemente orientate agli ambiti organizzativi e alle figure professionali direttamente interessate all'erogazione dei livelli essenziali di assistenza. Ciò con particolare riferimento al personale infermieristico, alle altre figure professionali sanitarie del comparto e al personale dirigenziale medico e sanitario.

Tabella 6 Mobilità del personale, anni 2006-2008

Mobilità in uscita	2006	2007	2008	2006-2008
Limite età	11	11	9	31
Dimissioni	64	49	91	204
Passaggio altra amm.ne	45	65	72	182
Pass. altra amm. Legge 59/97	0	0	0	0
Altre cause	65	70	46	181
Mobilità in entrata	2006	2007	2008	2006-2008
Provenienti altre amm.ni	18	23	19	60
Provenienti altre amm.ni legge 59/97	0	0	0	0
Procedure concorsuali	282	285	220	787
Altre cause	15	16	10	41
Differenza	+130	+129	+31	+290



Tabella 7 Cessati per categorie, anni 2006-2008

Categorie	Pass. altra amm.n e	Dimissioni	Limite età	Altre cause
Anno 2006				
Dirigenti medici	3	16	1	8
Altri dirigenti (sanitari - A.P.T.)	0	1	1	0
Personale infermieristico	25	17	2	40
Personale della riabilitazione	0	1	0	0
Personale tecnico della prevenzione	0	0	0	0
Personale tecnico sanitario	8	4	0	2
Altro personale ruolo tecnico	0	18	3	0
Personale OTA, OSS, ausiliari	8	1	1	15
Personale amministrativo	1	6	3	0
Anno 2007				
Dirigenti medici	9	10	1	8
Altri dirigenti (sanitari - A.P.T.)	1	2	1	3
Personale infermieristico	30	10	4	37
Personale della riabilitazione	1	2	0	0
Personale tecnico della prevenzione	0	0	0	0
Personale tecnico sanitario	2	7	1	3
Altro personale ruolo tecnico	0	12	2	2
Personale OTA, OSS, ausiliari	21	2	2	15
Personale amministrativo	1	4	0	2
Anno 2008				
Dirigenti medici	7	18	4	4
Altri dirigenti (sanitari - A.P.T.)	2	3	0	1
Personale infermieristico	51	39	1	27
Personale della riabilitazione	1	1	0	0
Personale tecnico della prevenzione	0	0	0	0
Personale tecnico sanitario	1	9	0	3
Altro personale ruolo tecnico	1	7	2	3
Personale OTA, OSS, ausiliari	9	9	0	7
Personale amministrativo	0	5	2	1

Tabella 8 Assunti per categorie, 2006-2008

Categorie	Provenienti altre amm.ni	Procedure concorsuali	Altre cause
Anno 2006			
Dirigenti medici	8	28	4
Altri dirigenti (sanitari - A.P.T.)	0	3	1
Personale infermieristico	2	106	6
Personale della riabilitazione	1	1	0
Personale tecnico della prevenzione	0	0	0
Personale tecnico sanitario	1	16	1
Altro personale ruolo tecnico	0	0	2
Personale OTA, OSS, ausiliari	3	128	0
Personale amministrativo	3	0	1
Anno 2007			
Dirigenti medici	10	39	1
Altri dirigenti (sanitari - A.P.T.)	0	4	0
Personale infermieristico	7	188	7
Personale della riabilitazione	2	0	0
Personale tecnico della prevenzione	0	0	0
Personale tecnico sanitario	2	20	1
Altro personale ruolo tecnico	2	6	0
Personale OTA, OSS, ausiliari	0	28	6
Personale amministrativo	0	0	1
Anno 2008			
Dirigenti medici	6	23	1
Altri dirigenti (sanitari - A.P.T.)	0	6	1
Personale infermieristico	5	49	3
Personale della riabilitazione	1	3	0
Personale tecnico della prevenzione	0	0	0
Personale tecnico sanitario	2	23	1
Altro personale ruolo tecnico	2	4	2
Personale OTA, OSS, ausiliari	2	112	2
Personale amministrativo	1	0	0

Per quanto concerne i processi di stabilizzazione, la legge finanziaria 2008 si colloca in una posizione di continuità, rispetto alle disposizioni previste dalla finanziaria 2007, relativamente ai percorsi di stabilizzazione del personale precario. Infatti, non solo ha ribadito l'impostazione del processo già avviato nell'anno 2007, che ha visto delinearsi un percorso di graduale stabilizzazione delle forme di impiego



flessibile, ma ha altresì allargato la "platea" degli interessati, introducendo una nuova data (28.09.2007) quale punto di riferimento per il calcolo della maturazione dei requisiti prescritti per la stabilizzazione.

Pertanto, nel corso dell'anno 2008, è stato dato ulteriore impulso alle politiche in materia di stabilizzazione del lavoro precario e valorizzazione delle esperienze lavorative nelle Aziende e Enti del S.S.R., mediante l'adozione e la revisione dei piani pluriennali previsti dagli indirizzi regionali contenuti nei protocolli già sottoscritti con le OO.SS. (personale del comparto: protocollo regionale del 4 maggio 2007, trasmesso alle Aziende con nota PG 168512 del 25 giugno 2007; personale delle aree della dirigenza: protocolli del 30 luglio 2007, trasmessi con nota PG 209145 dell'8 agosto 2007).

In applicazione degli ulteriori protocolli regionali integrativi, diretti a facilitare la piena realizzazione delle politiche di stabilizzazione del precariato (personale dell'area comparto: protocollo integrativo regionale del 18.03.2008, personale delle aree della dirigenza: protocolli regionali del 19.06.2008), l'Azienda ha proficuamente consolidato il percorso per la stabilizzazione del lavoro precario e valorizzazione delle esperienze lavorative.

Per quanto riguarda l'area del comparto è stato, infatti, sottoscritto il protocollo integrativo aziendale in data 28.04.2008, che ha rivisto ed esteso fino all'anno 2010 il piano triennale di stabilizzazione per tale area. In attuazione a tale protocollo aziendale e seguendo le modalità procedurali in esso previste, si è provveduto all'indizione di ulteriore apposito avviso per la stabilizzazione del personale dell'area comparto che maturi i requisiti prescritti negli anni 2008-2009-2010. Nel corso dell'anno 2007 si era infatti già provveduto all'indizione di specifico avviso per la stabilizzazione con riferimento al triennio 2007-2009.

Per quanto riguarda invece l'area della dirigenza medica, l'apposito protocollo aziendale è stato siglato in data 04.06.2008: il piano triennale allegato quale parte integrante a detto protocollo prevede la progressiva assunzione a tempo indeterminato nel triennio 2008-2010 di n. 30 unità (di cui n. 9 nel 2008, n. 17 nel 2009 e n. 4 nel 2010), riferite a posizioni di lavoro stabili ed istituzionali ricoperte tramite forme di lavoro atipico.

Relativamente all'area della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa il protocollo aziendale è stato sottoscritto in data 17.12.2008 e contempla la progressiva assunzione a tempo indeterminato nel medesimo triennio di n. 11 unità, delle quali n. 10 risultano riferite a posizioni di lavoro ricoperte tramite forme di lavoro atipico e n. 1 ricoperta con un contratto di lavoro subordinato a tempo determinato.

Le assunzioni a tempo indeterminato in esito al processo di stabilizzazione del personale dell'area comparto, di cui agli appositi avvisi indetti in applicazione dei protocolli aziendali, sono state per l'anno 2008 pari a n. 40.

Per quanto riguarda le aree dirigenziali, si è provveduto e si provvederà nel corso del 2009 all'indizione delle procedure concorsuali per quei profili coinvolti dal processo di stabilizzazione, con la valorizzazione delle esperienze lavorative prestate presso l'Azienda.

Per l'anno 2008, con riferimento all'area medica, non è stato completato l'iter assunzionale per i profili previsti nel piano triennale di stabilizzazione per tale esercizio. Si è comunque proceduto all'assunzione a tempo indeterminato di n. 7 unità tramite utilizzo di graduatorie formulate in esito a procedure concorsuali che, seppur bandite senza la previsione della valorizzazione delle esperienze lavorative, hanno comportato la dismissione di altrettanti contratti libero professionali attivati sulle stesse posizioni (medesima disciplina e unità operativa). Allo stesso modo si è proceduto all'assunzione di n. 4 unità dell'area della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa.

4.2 Partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa

Organizzazione e funzionamento aziendale: il ruolo del Collegio di Direzione

Nella definizione del modello di partecipazione viene riconosciuto un ruolo di primo piano al Collegio di Direzione, organo collegiale dell'Azienda con compiti di proposta in materia di organizzazione e sviluppo dei servizi e delle attività di ricerca e innovazione e per la valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori.

Il ruolo attribuito al Collegio dall'Atto aziendale è propositivo nei confronti della Direzione Generale, con particolare riguardo agli aspetti di integrazione tra l'attività di cura e assistenza e l'attività didattica, di ricerca e di innovazione, nonché per quanto concerne temi trasversali come il piano formativo aziendale e il programma aziendale di gestione del rischio adottato dal Direttore Generale.



Infatti, il Collegio di Direzione assume un significativo ruolo organizzativo quale organo di governo della gestione integrata del rischio e delle linee di attività in tema di governo clinico. Nell'ambito del Collegio vengono definiti, valutati e condivisi i principi, le metodiche e gli obiettivi correlati al governo clinico, che vengono tradotti in progetti operativi all'interno dei Dipartimenti e a livello delle singole unità operative. Nel corso dell'anno 2008, il Collegio di Direzione si è riunito con regolarità e cadenza mediamente mensile.

Nel corso dell'anno 2008, sono state affrontate varie problematiche.

- è stato presentato e approvato il nuovo assetto organizzativo della sicurezza integrato con il sistema di gestione aziendale ed al tempo stesso conforme a quanto previsto dalla legislazione in materia di sicurezza ed igiene; sono state individuate le figure di Dirigenti a cui spetta parte attiva nella gestione della sicurezza. Gli stessi hanno indicato i "Preposti", previsti dalla legge, che avranno il compito di sovrintendere agli aspetti esecutivi dell'attività lavorativa e vigilare sull'osservanza delle direttive prevenzionali impartite. Dovrà esserci un'attività di coordinamento dei preposti che dovranno verificare le situazioni direttamente nell'ambiente di lavoro.
- Al fine di migliorare le condizioni organizzative all'interno di ciascun Dipartimento e di facilitare le attività assistenziali delle singole unità operative afferenti ai Dipartimenti, il Collegio di Direzione, su proposta del Direttore del Servizio Assistenziale e sentito il parere dei rispettivi Direttori di Dipartimento, ha espresso parere favorevole sull'individuazione di alcuni Responsabili Assistenziali di Dipartimento.
- Il Collegio di Direzione è stato coinvolto, al fine di individuare un nuovo dislocamento delle aule a livello dei Dipartimenti aziendali, con l'obiettivo di creare una gestione centralizzata delle aule attraverso un programma specifico che permetta di ottimizzare il loro utilizzo.
- Sono state affrontate le problematiche relative alle attività di laboratorio, in particolare, richieste di prescrizioni di indagini laboratoristiche e di diagnostica per immagini.
- È stato sottoposto all'attenzione del Collegio di Direzione il Protocollo d'Intesa con l'Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma per la realizzazione di un programma interaziendale "Relazioni e programmi integrati Ospedale-Territorio".
- È stato attivato un percorso condiviso interdipartimentale per la gestione delle fratture vertebrali che permette di tracciare un percorso per la gestione di pazienti ai quali, al Pronto Soccorso, sia stata formulata una diagnosi di frattura/e vertebrale/i.
- Sono state esaminate le linee guida relative all'appropriatezza delle richieste di ecografia addominale in urgenza. Le suddette linee guida, hanno lo scopo di ottimizzare l'iter diagnostico dei pazienti con dolore addominale che si presentano al Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza.
- Sono stati sottoposti all'attenzione del Collegio di Direzione il regolamento di funzionamento del Collegio delle Professioni Sanitarie e il regolamento per le elezioni del Collegio delle Professioni Sanitarie.

Importante è stato l'impegno del Collegio di Direzione in materia di governo clinico, di gestione del rischio e di ricerca, temi che vengono trattati nel capitolo 3 al paragrafo dedicato al Collegio di Direzione nella sezione *Integrazione tra le attività assistenziali, di didattica e di ricerca*.

Comitati Pari Opportunità

La stretta collaborazione, ormai consolidata, tra il Comitato Pari Opportunità della Dirigenza ed il Comitato Pari Opportunità del Comparto, ha visto il concretizzarsi di un'importante iniziativa intitolata "*Una festa non solo per il cuore della donna*", organizzata in occasione dell'8 marzo 2008, nell'ambito della prevenzione della cardiopatia ischemica e rivolta a tutti i dipendenti dell'Azienda, invitando per l'occasione, anche gli uomini per un controllo cardiologico.

La struttura ambulatoriale cardiologica ha messo a disposizione 5 studi, per l'effettuazione di visite cardiologiche, ECG, misurazione della pressione arteriosa, spirometria e saturimetria per un totale di 50 pazienti. L'attività è stata garantita da medici cardiologi, pneumologi, specializzandi e personale infermieristico.

Considerato il successo e l'apprezzamento che ha avuto questa iniziativa, i Comitati si sono proposti di ripetere nel tempo, questo tipo di evento.

L'attività dei Comitati Pari Opportunità si è ulteriormente sviluppata con la stesura del *Piano triennale delle azioni positive* ed in adempimento alla normativa vigente, è stato redatto un *Rapporto sulla condizione delle lavoratrici e dei lavoratori dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma* e trasmesso all'Ufficio delle Consigliere di Parità della Regione Emilia-Romagna.



Nell'ambito delle *Azioni positive*, è stato approvato con Atto deliberativo del Direttore Generale n. 128 del 14 luglio 2008, il *Codice di condotta per la prevenzione delle molestie sessuali*, che ne rappresenta uno dei punti fondamentali.

L'Azienda, richiamandosi ai principi contenuti nelle Raccomandazioni CEE sulla tutela della dignità delle donne e degli uomini negli ambienti di lavoro, ha adottato questo documento per promuovere corrette relazioni interpersonali, basate su regole di uguaglianza e di rispetto reciproco.

Il Codice si prefigge la prevenzione delle molestie a sfondo sessuale e, nel caso in cui esse si dovessero verificare, la garanzia di un adeguato percorso da seguire per affrontare il problema. La creazione di un ambiente di lavoro scevro da ricatti a connotazione sessuale e l'instaurarsi di un buon clima di lavoro tra uomini e donne, nel rispetto reciproco della persona, è lo scopo fondamentale.

Il Codice è consultabile sulla intranet aziendale.

4.3 Gestione del rischio e sicurezza

Valutazione del rischio, gestione delle emergenze e piani formativi

L'anno 2008 rappresenta un punto di riferimento essenziale per la realizzazione di una politica per la sicurezza: nell'ambito delle indicazioni contenute nel nuovo Testo Unico sulla sicurezza per ambienti di lavoro (D. Lgs. 81/08) è stata infatti promossa la riorganizzazione della struttura aziendale della sicurezza. Con apposito atto deliberativo sono state individuate dal Datore di Lavoro (Direttore Generale) le figure incaricate a ricoprire il ruolo di Dirigenti, così come definito all'art. 2 del citato T.U., "persona che in ragione delle competenze professionali e di poteri gerarchici e funzionali adeguati alla natura dell'incarico conferitogli, attua le direttive del datore di lavoro organizzando l'attività lavorativa e vigilando su di essa". Ciascun Dirigente ha provveduto a individuare per ciascun ambito lavorativo, opportune figure di Preposto, come da definizione dello stesso citato art. 2.

È stato possibile in tal modo strutturare un sistema che, in collaborazione con il Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale, adotta un'effettiva vigilanza all'interno dei vari ambiti lavorativi, con particolare attenzione a: correttezza nell'utilizzo delle attrezzature elettromedicali, dei Dispositivi di Protezione Individuali (DPI), delle sorgenti di rischio in genere, alle attrezzature di protezione compresa la relativa efficienza, adozione e predisposizione di opportune procedure di sicurezza stabilite e diffuse tra il personale.

Le responsabilità assumono una connotazione verticistica, nel rispetto delle gerarchie predefinite e preesistenti. In quest'ottica si stabilisce una stretta connessione tra gli attori principali che operano all'interno degli ambienti di lavoro: tra i lavoratori e i Preposti, a loro volta coordinati dal Dirigente di riferimento, ed il Servizio Prevenzione e Protezione. Quest'ultimo ha il compito di redigere la documentazione di cui all'art. 17 del D. Lgs. 81/08 e di tenerla aggiornata. Si tratta cioè di eseguire i cosiddetti Documenti di Valutazione dei Rischi per ogni singolo ambiente, che in base all'assetto e alla connessione sopra delineata, risulta molto più efficace e connessa alle esigenze dei lavoratori e al tipo di attività svolta.

Le sorgenti di rischio di volta in volta individuate consentono di stabilire quale intervento occorre porre in atto, attraverso una coerente programmazione di esecuzione, contestuale all'attribuzione di idonea priorità di attuazione. Detta programmazione è condivisa con il Servizio Attività Tecniche dell'Azienda ed ha lo scopo di operare una effettiva mitigazione del rischio calcolato. Va precisato che per definizione il rischio può essere abbassato, sia adottando specifici provvedimenti in termini impiantistici, strutturali o strumentali, sia utilizzando idonei dispositivi di protezione (individuali o collettivi), ma non può mai essere pari a zero se c'è un'attività lavorativa in atto.

In pratica si dà luogo alla fase di pianificazione come da modello OHSAS 18001, in applicazione di quanto contenuto all'art. 30 del citato decreto legislativo nel contesto del quale vengono suggeriti alcuni modelli organizzativi dei servizi, finalizzati all'acquisizione dei requisiti qualitativi ottimali di produttività e, nel caso in specie, al più efficace sistema di monitoraggio e successiva mitigazione delle esposizioni alle quali i lavoratori risultano potenzialmente soggetti.

È stata altresì promossa l'adozione di un manuale di gestione della sicurezza in qualità, nel quale sono stati inseriti i succitati documenti di politica e pianificazione programmatica su scala triennale per la sicurezza, comprensivi di programmazione interventi (sotto forma di cronoprogramma) ed attività di censimento dei rischi. Così, in adozione del modello della Ruota di Deming, potranno essere misurate le



situazioni di rischio riscontrate allo scopo di attestarne lo stato di evoluzione, migliorativa o peggiorativa rispetto ai precedenti monitoraggi condotti.

In ottemperanza ai criteri di coordinamento proposti all'art. 26 del Testo Unico della sicurezza, sono inoltre state avviate idonee procedure di gestione del Documento Unico di Valutazione Rischi Interferenziali (DUVRI), in relazione alle attività interne poste in essere a seguito di lavorazioni eseguite da ditte esterne incaricate; sono state così adottate specifiche procedure per ciascuna tipologia di lavorazione, servizio attività manutentiva, cantiere eccetera, disciplinata sulla base di criteri condivisi con tutti i servizi aziendali coinvolti.

In tale contesto, ad interventi correttivi adottati, sarà possibile sottoporre le formali istanze agli Enti competenti per il rilascio delle rispettive autorizzazioni all'esercizio, pareri o certificazioni.

Come naturale conseguenza delle azioni intraprese in materia di politiche per la sicurezza, non è stato trascurato l'aspetto della formazione per la sicurezza; infatti sono stati avviati specifici progetti formativi indirizzati alle figure di Dirigenti incaricati e Preposti individuati, con programmi specifici e mirati, volti tra l'altro ad accrescere la coscienza individuale della responsabilità sugli argomenti riguardanti la sicurezza degli ambienti di lavoro, in ordine ai quali ogni operatore, in linea con il proprio ruolo nell'organigramma aziendale, assume uno status importante e ben definito, del quale è risultato indispensabile che prendesse coscienza e cognizione, come stabilito quale concetto di fondo all'interno del nuovo Testo Unico.

Sorveglianza sanitaria

Il controllo sanitario dei dipendenti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma si è sviluppato nel 2008 in linea con le direttive fornite Servizio Sanità Pubblica della Direzione Generale alla Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia-Romagna.

Nell'ottica dell'aggiornamento dei protocolli esistenti, l'Azienda ha partecipato alla Commissione Regionale attivata all'interno del Servizio Sanità Pubblica della Direzione Generale alla Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia-Romagna istituita per rivedere i protocolli di sorveglianza sanitaria del personale del Servizio Sanitario Regionale. È programmata l'introduzione del nuovo protocollo all'inizio del 2009.

Iniziative di formazione con riferimento ai temi della sorveglianza sanitaria hanno riguardato da una parte i corsi programmati dall'Azienda per il personale neoassunto. Inoltre sono state realizzate iniziative formative sulle seguenti tematiche che sono state progettate tenendo conto dei fabbisogni aziendali, delle indicazioni regionali e delle esigenze di singole unità operative.

In estrema sintesi, le azioni hanno preso in considerazione le seguenti tematiche:

- sicurezza igienica del personale di assistenza,
- rischio da chemioterapici-antiblastici,
- protocolli operativi da mettere durante il periodo influenzale,
- rischio radiologico e concetti di radioesposti.

È proseguita la collaborazione con il Laboratorio di Tossicologia Industriale di III livello regionale per il monitoraggio biologico a tutto il personale che opera a contatto con gas.

È stata implementata la collaborazione con il Laboratorio di Aerobiologia per il monitoraggio dall'inquinamento da lattice.

Per quanto concerne l'attività di ricerca, è proseguita la partecipazione allo studio multicentrico promosso dall'Istituto di Genetica Umana dell'Università degli Studi di Parma con i maggiori ospedali italiani per la messa a punto di un sistema di monitoraggio biologico del personale esposto a farmaci antiblastici.

Nel corso delle visite mediche preventive e periodiche i dipendenti sono stati informati sul significato degli accertamenti sanitari, sui rischi cui sono sottoposti, sull'importanza dell'impiego dei dispositivi di protezione individuale, in relazione allo specifico rischio professionale.

I dipendenti sono tutti informati dei risultati emersi dai controlli preventivi e periodici effettuati e viene consegnata loro copia dei referti delle indagini strumentali e laboratoristiche eseguite e delle visite specialistiche eventualmente effettuate.

Le cartelle sanitarie di ciascun dipendente sono conservate presso il Servizio di Medicina Preventiva, Igiene Ospedaliera, Sicurezza Igienico-Sanitaria della Direzione Sanitaria nel rispetto del segreto professionale e della privacy.

Nel corso dell'anno 2008 sono stati sottoposti a sorveglianza sanitaria 551 maschi ed 823 femmine su un totale di 2251 dipendenti soggetti a sorveglianza sanitaria.

Gli esiti di tale attività vengono di seguito riportati.



Tabella 9 Attività di sorveglianza sanitaria: esiti su malattie professionali e idoneità per genere, anno 2008

DATI SU MALATTIE PROFESSIONALI E IDONEITA'	Maschi	Femmine
N. MP segnalate	0	3
Tipologia MP segnalate (codifica DM 14.01.08) ⁴	nessuna	nessuna
n. idonei	527	766
n. idoneità parziali (cioè idoneità con prescrizioni/limitazioni) temporanee	1	3
n. idoneità parziali (cioè idoneità con prescrizioni/limitazioni) permanenti	23 (già riconosciute e riviste)	52 (già riconosciute e riviste)
n. inidoneità temporanee	//	3 (nuova)
n. inidoneità permanenti	//	1 (nuova)

In ordine decrescente le cause d'inidoneità parziali sono riconducibili alle seguenti tematiche: movimentazione manuale dei carichi,

- postura eretta prolungata,
- lavoro notturno,
- allergopatie,
- attività invasive svolte in prima persona.

Per quanto concerne l'esposizione ai rischi lavorativi dei dipendenti sottoposti a sorveglianza sanitaria, si riportano sinteticamente i dati di riferimento dell'anno in esame.

Tabella 10 Esposizione a rischi lavorativi dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria

	Numero lavoratori esposti	
	Maschi	Femmine
N. ESPOSTI A MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI	7 (M.+F.)	
N. ESPOSTI A SOVRACCARICO BIOMECCANICO ARTI SUPERIORI	1529 (M.+F.)	
N. ESPOSTI AD AGENTI CHIMICI	202 (M.+F.)	
N. ESPOSTI AD AGENTI CANCEROGENI E MUTAGENI	15 F	
N. ESPOSTI AD AGENTI BIOLOGICI	1800 (M.+F.) (con Lab	
N. ESPOSTI VIDEOTERMINALI (VDT)	41	108
N. ESPOSTI VIBRAZIONI CORPO INTERO	//	//
N. ESPOSTI VIBRAZIONI MANO BRACCIO	//	//
N. ESPOSTI RUMORE	//	//
N. ESPOSTI CAMPI ELETTRICITÀ	29 (M.+F.)	
N. ESPOSTI RADIAZIONI OTTICHE ARTIFICIALI	27 (M.+F.)	
N. ESPOSTI RADIAZIONI IONIZZANTI	292	242
N. ESPOSTI MICROCLIMA SEVERO	//	//
N. ESPOSTI INFRASUONI	//	//
N. ESPOSTI ULTRASUONI	//	//
N. ESPOSTI ATMOSFERE IPERBARICHE	//	//
N. ESPOSTI STRESS LAVORO-CORRELATO	XX	XX
N. ADDETTI LAVORO NOTTURNO	1348 (Turnisti M.+F.) (di cui solo 17 con 80 o più notti)	
N. ESPOSTI AD ALTRI FATTORI EMERSI IN SEGUITO ALLA VALUTAZIONE DEI RISCHI (SPECIFICARE QUALI)		

Per quanto concerne il sistema di sorveglianza delle esposizioni a rischio biologico, si è provveduto ad impiegare, per il monitoraggio e l'analisi statistico-epidemiologica, il programma SIROH (impiegato nello Studio Italiano Rischio Occupazionale) nella versione messa a punto dall'Area Rischio Infettivo dell'Assessorato Regionale alla Sanità ed alle Politiche Sociali. L'andamento evidenziato risulta essere sostanzialmente in linea con lo scenario nazionale e quindi evidenzia la necessità di continuare le iniziative di formazione.

In merito al rischio infettivo va segnalato che nel corso del 2008 è proseguito il programma di controllo e sorveglianza della legionellosi in ospedale che si è avvalso del monitoraggio periodico del livello di contaminazione dell'impianti aziendali. In tale contesto è stata introdotta, sperimentalmente, la ricerca dell'antigene urinario nei dipendenti che operano nelle aree a maggior rischio.



È stato inoltre implementato il monitoraggio epidemiologico di tutti gli operatori dell'Azienda che hanno riportato qualsiasi forma di patologia polmonare al fine di individuare eventuali patologie riconducibili ad infezione da legionella.

È proseguito il monitoraggio ambientale microbiologico dei comparti operatori al fine di prevenire infezioni ospedaliere sia di pazienti che di operatori.

Nel corso del 2008, è proseguita la partecipazione ai gruppi di studio promossi dal Servizio Sanità Pubblica e del Programma Rischio Infettivo della Direzione generale alla Sanità e alle Politiche Sociali della Regione. Sulla base degli indirizzi emersi in tale contesto, si è provveduto ad implementare le procedure operative in merito alle nuove patologie infettive emergenti.

Il Servizio di Medicina Preventiva dell'Azienda, nel corso del 2008, ha provveduto ad una revisione, d'intesa con l'U.O. Malattie Infettive ed Epatologia, del protocollo relativo alla Profilassi Post Esposizione degli Infortuni Biologici. Tale protocollo è attualmente in una fase di test.

Al termine del periodo di prova, previsto per il 2009, si provvederà alla sua estensiva applicazione.

È continuato anche nel corso del 2008, il monitoraggio del rischio dell'infezione tubercolare; al riguardo vale la pena ricordare che, nel periodo di riferimento, sono state effettuate oltre 800 Mantoux.

L'attività vaccinale è stata finalizzata alla prevenzione del Rischio Infettivo maggiormente rappresentato in ambito ospedaliero. I diversi operatori, sulla base del rischio infettivo a cui sono risultati sottoposti, sono stati chiamati ad aderire alle diverse campagne vaccinali. Tale approccio è stato tenuto anche verso tutto il personale neoassunto.

In particolare sono state effettuate le seguenti vaccinazioni:

- Antiepatite B (366 dosi pari a 142 soggetti);
- Antidiftotetano (616 dosi);
- Antitetanica (75 dosi);
- Antinfluenzale (1035 dosi).

Per quanto concerne la prevenzione della rosolia, si è provveduto a vaccinare il personale che opera nel Dipartimento Materno-Infantile.

Nel corso del 2008, si è partecipato alla ridefinizione per alcune categorie della dotazione dei Dispositivi di Protezione Individuale. Con riferimento a tale implementazione, si provveduto a informare-formare i Dirigenti e Preposti sul corretto impiego degli stessi.

È attualmente in corso l'analisi e la valutazione del rischio stress-correlato.

Gestione degli infortuni

All'interno delle aziende sanitarie si sta sempre più diffondendo l'approccio sistemico alla gestione del rischio e la necessità di infondere la cultura della sicurezza e dell'imparare dall'errore.

In questo contesto, non si può prescindere dall'analisi dei vari fattori di rischio, tra i quali non si deve dimenticare il fenomeno infortunistico, sia in relazione alle assenze dal lavoro che ne derivano, sia in relazione all'esposizione a possibili sorgenti di rischio biologico, chimico e fisico.

È stato avviato l'utilizzo di un database per la registrazione degli infortuni, oltre ovviamente alla rilevazione nell'apposito registro infortuni, che rende possibile la raccolta e l'elaborazione attraverso strumenti di statistica descrittiva da parte della Direzione e delle strutture aziendali coinvolte nel processo di valutazione dei rischi, al fine di verificare il profilo di rischio degli operatori dell'Azienda ed effettuare comparazioni con gli andamenti degli anni precedenti.

Di seguito sono illustrate le dinamiche connesse agli eventi infortunistici che hanno interessato il personale nel corso dell'anno 2008.

Si è registrato un numero di infortuni complessivo pari a 492 per un totale di giornate lavorative perse di n. 11907, in leggera flessione rispetto ai dati dello scorso anno.

L'incidenza del fenomeno infortunistico, rispetto al numero complessivo di 3721 dipendenti con rapporto di lavoro subordinato, è pari al 13,22% (numero di infortuni denunciati all'INAIL / N° totale dipendenti * 100). Nell'ambito degli infortuni denunciati, l'incidenza degli infortuni a rischio biologico è pari al 29%.

Occorre precisare che dei 492 infortuni:

- n. 142 infortuni sono da ricondurre a "eventi di rischio biologico" e hanno provocato mediamente l'assenza di almeno 1 giorno dal lavoro, mentre per 22 di loro non vi è stata assenza dal servizio;
- n. 22 infortuni sono da ricondurre a "ricadute di infortuni", per un totale di giornate lavorative perse pari a 1880.



Inoltre 2202 giornate di assenza sono da riferire a infortuni occorsi nel 2007, la cui durata si è protratta nell'esercizio successivo, incidendo sull'anno 2008 per un 18%.

Sotto un profilo di genere, il fenomeno infortunistico presenta la seguente distribuzione: maschi infortunati: 136 femmine infortunate: 356.

La distribuzione degli infortuni in relazione al genere risulta sovrapponibile al dato evidenziato nel paragrafo del presente capitolo dedicato alla "Carta d'Identità" del personale, infatti il 72% degli infortuni denunciati riguarda donne.

Analizzando nel dettaglio le modalità di accadimento, si evidenzia quanto segue:

Tabella 11 Numero di infortuni e giornate di assenza per forma di infortunio, anno 2008

Forma	Numero di infortuni	Giornate di assenza
Spostando /Sollevando	123	4493
Percutaneo	107	195
Scivolando	37	1227
Caduto	35	1625
Movimento non coordinato	33	1287
In Itinere	31	973
Contatto con	30	46
Urto contro	25	441
Colpito da	20	260
Schiacciato da	12	274
Mucocutaneo	11	11
Piede In Fallo	9	823
Aggredito	8	125
Si tagliava	7	34
Inc. alla guida	2	28
Avvelenamento	1	7
Si schiacciava	1	58
Totale	492	11907

La principale causa degli infortuni è costituita dalle lesioni da sforzo, sia in termini numerici che di giornate lavorative perse, rimanendo comunque considerevole il dato degli infortuni a rischio biologico, riconducibile a percutanei, mucocutanei e contatto.

Come si può osservare dalla tabella sottoriportata, le categorie maggiormente esposte al rischio di evento infortunistico rimangono gli infermieri, gli operatori socio sanitari, che di fatto, in relazione alle specifiche mansioni svolte, sono coinvolti nella movimentazione di pazienti, ma anche i più esposti agli infortuni a matrice biologica:

Tabella 12 Giornate di assenza per infortunio e numero infortuni per profilo professionale

Qualifica	N. Infortuni	Giorni
D- COLL.PROF.SAN. INFERM. ccnl 20.09.01	224	4655
CAT.B-SUP.OPERATORE SOCIO SANITARIO	131	4033
CAT. A AUSILIARIO SPECIALIZ.	28	729
CAT.C -INFERMIERE GENERICO ESPERTO	9	195
D-COL.PROF.SAN.T.S.LAB.BIOM ccnl 20.9.01	7	94
DIRIGENTE MEDICO-MEDICINA INTERNA	6	65
D-COLL.PROF.S.T.SAN.RADIOL. ccnl 20.9.01	6	96
CAT.C-ASS. TECNICO DI CUCINA	6	88
CAT. B OP.TECN.AUSILIARIO SPECIALIZZATO	5	78
CAT.DS-COLLAB. PROF.SANIT.ESP.-CAPOSALA	5	70
DIRIG. MEDICO-ANESTESIA E RIANIMAZIONE	4	28
CAT. B OPERAT. TECN. ADDETTO ASSISTENZA	4	297
CAT. B OPERAT. TECN. CUCINA	4	62
CAT.D COLL.PROF.SAN.OSTETR. ccnl 20.9.01	3	35
CAT. B-SUP. OP. TECN. ADD. ASSISTENZA	2	63
CAT. D COLL. PROF. SANIT. FISIOTERAPISTA	2	96



Qualifica	N. Infortuni	Giorni
CAT.C-ASS. TECNICO CENTR.FUNZ.PRT.CUST.	2	63
DIRIGENTE MEDICO-CARDIOCHIRURGIA	2	31
CAT. B OPERAT. TECN. AUTISTA	2	75
CAT. B OPERAT. TECN. ARCHIVISTA	2	76
CAT. B OPER. TECN. ADD. ALL'ACCOGLIENZA	2	59
CAT. B OP. TECN. ADD. ALLE ATT. ALBERGH.	2	10
DIRIG.MED.-MED. E CHIR. ACC. E URGENZA	2	2
CAT.B COAD.AMM.VO ADD.SERV.POST.COLLEG.	1	26
CAT. D-SUPER COLL. AMM.VO PROF. ESPERTO	1	74
CAT. D COLLAB. PROF. SANIT. OSTETRICA	1	1
CAT. C-ASS. TECNICO AUTISTA	1	14
CAT. C PROGRAMMATORE PROGRAMMATORE	1	7
CAT. B-SUPER OP. TECN. SPEC. CUCINA	1	48
CAT.D (ex BS-C) COLL.PROF.SAN. MASSOFIS.	1	3
CAT. B OPERAT. TECN. PREPARATORE DI LAB.	1	1
CAT. B OPER. TECN. NECROFORO-NECROSCOPO	1	8
CAT. B OP. TECN. TERMO-IDRAULICO-MECCAN.	1	3
CAT. C ASSIST. AMMINISTR.	1	107
DIRIG. MED.-ANATOMIA ED IST. PATOLOGICA	1	1
MEDICO -CHIRURGIA TORACICA	1	1
DIRIGENTE MEDICO-UROLOGIA	1	1
DIRIGENTE MEDICO-RADIODIAGNOSTICA	1	1
DIRIGENTE MEDICO-PEDIATRIA	1	12
DIRIGENTE MEDICO-OFTALMOLOGIA	1	2
DIRIGENTE MEDICO-NEUROLOGIA	1	1
DIRIGENTE MEDICO-NEFROLOGIA	1	34
DIRIGENTE MEDICO-GASTROENTEROLOGIA	1	84
CAT.C-ASS. TECNICO DI FARMACIA	1	10
DIRIGENTE BIOLOGO-PATOLOGIA CLINICA	1	44
CAT.C-ASS. TECNICO ADD. ALL'ACCOGLIENZA	1	10
DIRETTORE-DIRIG.MED.-MED. FIS. E RIABIL.	1	10
DIRETTORE-DIRIG.MED.-MALAT.APPAR.RESPIR.	1	13
CAT.D-SUP.COLL.PROF.SAN. ESP.SETT.INF.CO	1	14
CAT.D-COLL.TECNICO PROF.LE/SETT. TECNICO	1	244
CAT.D COLL.P.S. FISIOTER.ccnl 20.9.01	1	7
MEDICO FREQUENTATORE	1	32
CAT.C-ASS. TECNICO NECROFORO NECROSCOPO	1	3
CAT.C-ASS. TECNICO ADD. ATT. ALBERGHIERE	1	90
DIRIGENTE MEDICO-CHIRURGIA GENERALE	1	1
Totale	492	11907



4.4 La formazione degli operatori sanitari nell'ambito relazionale: dalla cura al prendersi cura

Interventi di prevenzione e riduzione del burn out

Al giorno d'oggi la salute non è più intesa solo come assenza di malattia, ma come stato di benessere fisico, mentale e sociale. La percezione diffusa che questo sia un diritto fondamentale di ogni essere umano ha profondamente modificato le aspettative dei cittadini-pazienti-utenti nei riguardi dell'organizzazione sanitaria. Al cittadino-paziente-utente non sono più sufficienti le competenze tecnico professionali degli operatori sanitari (che vengono date per scontate e di elevato standard qualitativo), ad esse si aggiungono sempre più pressanti le richieste di maggiore attenzione alla dimensione umana e relazionale del rapporto terapeutico.

L'operatore sanitario diventa così depositario di tutte le ansie, aspettative e bisogni psicologici. Se le problematiche psicologiche non vengono affrontate favoriranno lo sviluppo di un disagio nel rapporto operatore-paziente e nel rapporto all'interno del gruppo di operatori.

Diversi studi documentano gli alti livelli di stress lavorativo nei servizi ospedalieri e la condizione di disagio rilevata tra i lavoratori impegnati nelle professioni di aiuto, specialmente nell'area socio-sanitaria.

Nel corso del 2008 diverse iniziative sono state attivate dalla U.O. di Psichiatria, a beneficio degli operatori che lavorano nelle varie realtà ospedaliere, anche avvalendosi della collaborazione degli psicologi del Servizio di Psicologia Clinica Ospedaliera afferente alla U.O. di Psichiatria.

Si segnalano, in particolare, le iniziative focalizzate sulle problematiche relative allo stress degli operatori sanitari, rivolto agli operatori della U.O. di Psichiatria e all'intero personale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria.

L'attività si è articolata in due corsi sul burn-out rivolti agli operatori dell'U.O di Psichiatria; in questi corsi sono state illustrate le dinamiche causali del burn-out dell'operatore sanitario e psichiatrico in particolare.

Questi corsi hanno avuto il duplice intento, da un lato, di fornire strumenti di analisi, valutazione e comprensione dei fattori responsabili del distress e dall'altro, di fornire all'operatore tecniche valide di prevenzione/riduzione dello stress, laddove questo si sia già instaurato.

Per gli operatori dell'intera Azienda Ospedaliero-Universitaria è stato inoltre progettato un corso, che avrà pieno sviluppo nel 2009, rivolto a tutti gli operatori e che ha come obiettivo quello di affrontare lo stress nelle c.d. "helping profession" (professioni d'aiuto).

Le iniziative svolte nell'anno 2008 hanno pertanto sviluppato le seguenti attività:

A) Presso la U.O. di Psichiatria:

è stato portato a termine un corso sul burn-out rivolto agli operatori dell'U.O di Psichiatria già richiamato sopra; nell'ambito di questo corso sono state effettuate anche autovalutazioni del burn out (Maslach Burn-out Inventory) per consentire agli operatori stessi il riconoscimento di un eventuale rischio. Il corso ha avuto il duplice intento, da un lato, di fornire strumenti di analisi, valutazione e comprensione dei fattori responsabili del distress e, dall'altro, di fornire all'operatore tecniche valide di prevenzione/riduzione dello stress, laddove questo si sia già instaurato.

Quotidianamente si svolge *il briefing mattutino*, della durata di circa 30 minuti, nel corso del quale vengono affrontate, secondo priorità, le criticità che via via si presentano nella vita di reparto. Gli aspetti in discussione riguardano problematiche di ordine clinico, relazionale e organizzativo, con particolare attenzione all'analisi dei fenomeni controtransferali e delle dinamiche e dei conflitti eventualmente soggiacenti.

B) Presso le unità operative dell'Azienda:

si sono tenuti "*Incontri di discussione interdisciplinare di casi clinici in supervisione*" (con ECM) presso l'U.O. di Oncologia Medica con la collaborazione del servizio di Psicologia clinica. Gli incontri si sono avvalsi della supervisione costante del Direttore della U.O. di Psichiatria e hanno visto la partecipazione di varie figure professionali (psichiatri, oncologi, infermieri, psicologi, specialisti d'organo).

Periodicamente, a partire dal gennaio 2008, sono stati tenuti gli "Incontri di aggiornamento scientifico" riguardanti le tecniche di misurazione e riduzione dello stress, aperti a tutti gli operatori (medici, psichiatri, psicologi, infermieri, eccetera) interessati all'argomento. Essi vertevano su temi di Psicofisiologia Clinica, sulle nuove metodiche che si sono sviluppate in ambito cognitivista, in modo



particolare la MBCT (Mindfulness-Based Cognitive Therapy), e sono stati rivolti particolarmente agli operatori delle UU.OO. di Ostetricia-Ginecologia, Cardiologia, Pneumologia (in relazione alla Sclerosi Laterale Amiotrofica), Oncologia.

“Professioni di cura: sapere tecnico e sapere relazionale”: la fase attuativa

Presso il Dipartimento Materno-Infantile è stata data attuazione al progetto già presentato alla fine dell'anno 2007 intitolato “Professioni di cura: sapere tecnico e sapere relazionale”, che prevede un corso di formazione sul campo (gruppi di miglioramento), condotto da una psicologa del Dipartimento e riservato al personale della U.O. di Neonatologia.

Hanno partecipato 28 operatori con qualifiche differenti: caposala, infermiere, medici, personale ausiliario, O.S.S..

Sono stati realizzati due corsi per due gruppi di operatori e ciascun gruppo ha lavorato per un totale di 6 incontri di 2 ore ciascuno, con una cadenza quindicinale nel periodo tra gennaio e aprile 2008. La metodologia seguita è stata ricondotta al gruppo di discussione eterocentrato: descrizione di esempi tratti dal lavoro clinico e osservazioni condotte durante l'attività di reparto vengono proposte a turno dai partecipanti e diventano l'oggetto della discussione, focalizzate in particolare su aspetti della relazione genitore-bambino, operatore/bambino/genitore.

Ai partecipanti è stato richiesto un ben preciso impegno consistente nella continuità della frequenza e stabilità nella composizione del gruppo.

I punti centrali del lavoro che i due gruppi hanno realizzato possono essere riassunti quindi nella sperimentazione di aspetti pratici della comunicazione come strumento di lavoro, nel potenziamento della riflessione clinica e nella rielaborazione dell'esperienza pratica; contemporaneamente si può affermare che gli obiettivi formativi raggiunti al termine dell'evento siano:

- l'acquisizione di competenze nella relazione e nella comprensione dei bisogni psicologici delle famiglie;
- il miglioramento dell'interazione nel gruppo: approfondimento della conoscenza reciproca e confronto sulle motivazioni che determinano i comportamenti nell'ambito della pratica di lavoro;
- l'acquisizione e arricchimento del livello di competenza sia sul versante della comprensione della relazione con il paziente e la famiglia, sia sul versante dell'addestramento al lavoro di gruppo.

L'impegno dei partecipanti è stato costante e alto per tutta la durata del corso sia dal punto di vista formale (puntualità, numero di presenze), sia dal punto di vista sostanziale (attenzione, partecipazione attiva con importanti contributi).

I segni di riscontro del processo di miglioramento innescato dal percorso formativo sono:

- l'immediata programmazione di riunioni di lavoro a cadenza fissa per tutto il gruppo infermieristico;
- la programmazione e successiva realizzazione di un rapporto di collaborazione stabile della U.O. di Neonatologia con una psicologa del Dipartimento, disponibile per i genitori dei bambini ricoverati e per il personale del reparto.

La comunicazione con il paziente e la famiglia e il lavoro in team

La formazione in ambito relazionale ha seguito quattro percorsi di sviluppo. Da una parte, si è provveduto ad effettuare una convenzione con il Dipartimento di Psicologia dell'Università di Parma per garantire ad almeno 8 professionisti sanitari la partecipazione al corso di perfezionamento in Psicologia Ospedaliera. Dall'altra si sono offerti, come formazione trasversale, tre tipologie di eventi: uno orientato a sostenere le dinamiche di gruppo, l'altro volto a proteggere i professionisti dalle relazioni difficili, senza che vengano attivati meccanismi di distacco dal paziente e l'ultimo teso a valorizzare il lavoro di équipe. Tali eventi sono:

1. Il corso “lavorare in team”. In ambito sanitario molti studi dimostrano che più del 70% degli errori non dipendono da competenze sanitarie inadeguate ma sono da attribuire al fattore umano. In condizioni di incertezza, di stress e di rischio, il professionista della salute non riesce a trasformare pienamente le competenze specialistiche in azioni cliniche concrete. Il corso si propone di far acquisire ai partecipanti la consapevolezza delle dinamiche agite nel gruppo e delle modalità per agire più efficacemente nel gruppo; inoltre, il miglioramento delle abilità comunicative e relazionali nel contesto lavorativo, nel rapporto tra colleghi e con le figure che operano in team favorisce lo sviluppo di sinergie tra i vari professionisti.
2. Il corso “la relazione bruciata”. La vicinanza quotidiana al dolore e alla sofferenza con la persona assistita finisce per lasciare traccia in chi si ‘prende cura’ e produce un senso di inadeguatezza che indebolisce la capacità di essere di aiuto e di sostegno, compromettendo la relazione come elemento



proprio della cura. Il corso è stato rivolto a professionisti che sono particolarmente esposti ad un forte coinvolgimento emotivo e ha avuto la finalità di ricercare e mantenere la giusta distanza per proteggersi da eccessivi coinvolgimenti emotivi, senza scivolare in comportamenti di routine che tolgono calore alla relazione, avviando così un processo di miglioramento nelle modalità relazionali per passare dalla cura al prendersi cura.

3. Il corso per lo sviluppo delle competenze relazionali nell'équipe di lavoro ha avuto luogo all'interno del Corso regionale sull'infezione da HIV per gli operatori di malattie infettive (legge 135/90). L'iniziativa è stata realizzata su 12 ore di formazione, dedicate all'obiettivo specifico di sviluppo di competenze relazionali, sia nei confronti del cittadino sia all'interno dell'équipe, come tratto di professionalità del personale sanitario. L'evento, sviluppatosi in 4 moduli da 3 ore, e riproposti 2 volte per raggiungere tutto il personale turnista, è stato animato e coordinato da professioniste counsellor dell'organizzazione "Chi soccorre i soccorritori". Gli operatori partecipanti erano 90, suddivisi in 2 sessioni e rappresentanti le diverse professionalità delle U.O. Malattie Infettive ed epatologia e U.O. Pediatria. Le metodologie utilizzate, fortemente interattive, sono state concepite allo scopo di coinvolgere i partecipanti: filmati e momenti di immedesimazione delle diverse professionalità in ruoli diversi con l'obiettivo di favorire la condivisione delle emozioni scaturite in gruppi di due o più persone (a seconda del tema di base) o attraverso modalità diverse. La ricaduta dell'intervento formativo è stata in parte rilevata grazie a un questionario diffuso a cura dei responsabili del corso ed in parte da colloqui informali con i partecipanti. Gli aspetti più rilevanti sono stati la sorpresa da parte degli operatori nello scoprire quali e quante possibilità offrono le diverse modalità di approccio al paziente per intervenire in modo appropriato nel processo di cura. L'evento formativo, che ha suscitato forte interesse, ha consentito di riconoscere che il valore della relazione non risiede solo nel rapporto con il paziente, ma anche nel rapporto tra gli operatori dell'équipe, all'interno di tale rapporto la relazione acquista importanza e produce ricadute notevoli, con benefici anche sul processo di cura.

4.5 Ridefinizione dei ruoli professionali in relazione allo sviluppo delle strategie aziendali

La valorizzazione e lo sviluppo delle competenze professionali degli operatori risulta essere strumento fondamentale per le aziende sanitarie costantemente chiamate alla realizzazione di obiettivi orientati alla qualità delle cure erogate.

La condivisione dei principi e degli obiettivi aziendali da parte dei professionisti, permette di creare una cultura orientata alla partecipazione realizzando programmi di ricerca e innovazione dei processi assistenziali che si traducono nella possibilità, offerta a ciascun operatore, di esprimere al meglio capacità e conoscenze proprie delle professioni sanitarie e indirizzare tali energie alla realizzazione di cambiamenti che producono i miglioramenti attesi.

La scelta della Direzione del Servizio Assistenziale è pertanto rivolta all'individuazione di tematiche assistenziali ed organizzative, in cui l'attività dei professionisti infermieristici e tecnici possa realizzare un pieno sviluppo delle competenze anche attraverso l'integrazione con le altre professioni sanitarie.

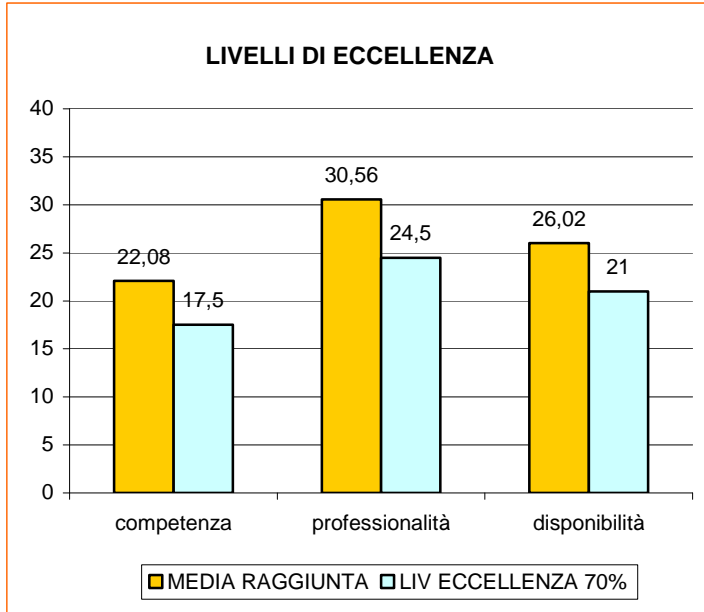
Assistenza al paziente con sindrome coronarica acuta con ST sopraelevato

Per il trattamento dei pazienti affetti da sindrome coronarica acuta è stato elaborato un progetto che si pone l'obiettivo di migliorare l'accesso alla rete cardiologica (anni 2006/2007). La progettazione del percorso ha portato ad un incremento delle sinergie, in parte già presenti, tra i soggetti della rete emergenza aziendale e del territorio, e i servizi di accettazione e ricovero delle due Aziende, Ospedaliero-Universitaria e USL. Ad un anno dall'implementazione del percorso è stato valutato il grado di raggiungimento di alcuni degli obiettivi definiti. In particolare in ambito infermieristico si è posto l'accento sulla presa in carico del paziente da parte del case manager e sui risultati raggiunti in termini di qualità percepita dall'utente. Il ruolo di Case Manager è stato affidato al personale infermieristico afferente all'UTIC (Unità Terapia Intensiva Coronarica) dopo adeguato periodo di formazione sul campo definendo le responsabilità e le competenze specifiche nella cura dei pazienti affetti da sindrome coronarica acuta. Il Case Manager è la figura di riferimento per l'utente e per i familiari, segue il paziente dall'accettazione ospedaliera alla dimissione definendo un piano assistenziale individualizzato e perseguendo obiettivi di efficacia e qualità delle cure. Un questionario (Newcastle Satisfaction with Nursing Scales), rivolto ai pazienti trattati nei primi 4 mesi di applicazione del percorso, ha sondato il



gradimento delle cure erogate dal Case Manager in termini di competenza, professionalità e disponibilità. Sono stati indagati 62 pazienti, i punteggi ottenuti dai questionari sono stati confrontati con il punteggio considerato di "eccellenza" (70% del punteggio massimo ottenibile). I risultati ottenuti depongono per un alto indice di gradimento delle cure erogate.

Grafico 7 Gradimento delle cure erogate



Gestione del paziente con disfagia a genesi neurologica

Il progetto Disfagia nasce nel 2008 all'interno dell'équipe operante nell'U.O. di Medicina Riabilitativa con l'obiettivo di assicurare una presa in carico appropriata del paziente disfagico in riferimento alle Linee Guida Internazionali, promuovendo lo sviluppo di competenze specifiche dei professionisti dell'équipe di cura.

Attraverso il counseling logopedico al letto del paziente, il logopedista definisce il piano riabilitativo con il coinvolgimento dell'intera équipe, medici e personale infermieristico, identificando le competenze specifiche di ciascun professionista utili al processo riabilitativo del paziente. Un'importante azione intrapresa è relativa alla diffusione delle conoscenze clinico-assistenziali necessarie per la soluzione dei problemi del paziente disfagico, dalla valutazione alla definizione delle corrette modalità di gestione. Una prima formazione in tal senso è stata realizzata dalla logopedista e dal fisiatra nella primavera del 2008 nell'ambito dei corsi di formazione, indirizzati al personale assistenziale, sullo Stroke Care.

La condivisione del modello di cura ha portato all'elaborazione del percorso diagnostico-terapeutico interdipartimentale che si articola nelle seguenti 3 fasi:

- accertamento diagnostico, attraverso lo screening e la valutazione logopedica e strumentale (protocollo di screening e valutazione, video-fluorografia eccetera),
- training rieducativo secondo protocollo specifico,
- follow up.

La citata standardizzazione del percorso diagnostico-terapeutico del paziente con disfagia favorisce il raggiungimento di obiettivi qualitativi importanti quali la formulazione di una diagnosi precoce, un migliore recupero funzionale attraverso il ripristino, ove possibile, dell'alimentazione per via orale, la prevenzione delle complicanze quali la polmonite ab ingestis. Nei primi 12 mesi di attività il protocollo elaborato è stato utilizzato per la valutazione di 78 pazienti afferenti alle U.O. dei Dipartimenti Geriatrico-Riabilitativo, Neuroscienze e nell'U.O. di Rianimazione. Il protocollo è stato inoltre applicato per il trattamento terapeutico di 42 pazienti (counseling al paziente e al caregiver, training per il ripristino dell'alimentazione per os eccetera). La valutazione del percorso, effettuata a fine anno, ha rilevato un sensibile aumento delle richieste di consulenza provenienti dalle unità operative aziendali, incremento da attribuirsi all'attività di informazione e formazione realizzata.



Interventistica angiografica

Le procedure angiografiche rappresentano un settore in costante e veloce evoluzione. Permettendo interventi direttamente attraverso la rete vasale, tali procedure sostituiscono di fatto l'atto chirurgico risultando meno invasive e riducendo significativamente la necessità di ricovero e le disabilità conseguenti l'intervento chirurgico. Sono ormai consolidate da tempo le tecniche che, nel settore neurologico, permettono l'embolizzazione di aneurismi cerebrali, la ricostruzione di metameri spinali (vertebroplastica) e la riabilitazione di vasi occlusi. Il settore di angiografia body, accanto alle procedure diagnostiche dei vasi addominali e periferici, è sempre più dedicato a procedure interventistiche indirizzate al trattamento delle vasculopatie diabetiche degli arti inferiori, alla riabilitazione di vasi con posizionamento di stent o endoprotesi, all'embolizzazione dei vasi periferici, al trattamento di distretti vascolari non raggiungibili chirurgicamente, al trattamento chemioterapico delle neoplasie epatiche. L'utenza è rappresentata da pazienti provenienti dalle unità operative aziendali e da strutture di ricovero extraaziendali oltre che da pazienti ricoverati in regime diurno. L'eterogeneità dell'utenza descritta, unita alla evidente complessità del paziente, spesso portatore di patologie croniche o di pluripatologie, impone la necessità di valutare i bisogni di cura individuali al fine di fornire adeguate risposte assistenziali ai bisogni rilevati. Il ruolo ricoperto dagli operatori tecnici ed infermieristici è supportato da una costante attività di formazione indirizzata all'acquisizione di competenze specifiche in un settore sottoposto a costante evoluzione, sia tecnologica che delle procedure terapeutiche, e dedicato al trattamento di pazienti particolarmente complessi. Nell'ambito della formazione sul campo è stata affrontata la necessità di formulare delle procedure che, ricostruendo il percorso del paziente, garantiscano la continuità delle cure attraverso un adeguato passaggio delle informazioni clinico assistenziali dalla sala angiografica all'U.O. di ricovero sino alla dimissione del paziente. L'elaborazione di una scheda infermieristica ha permesso una risposta qualificata non solo per quanto riguarda il passaggio di informazioni assistenziali, ma anche in relazione alla implementazione delle procedure legate alla gestione del rischio clinico: raccolta dei dati anamnestici ed anagrafici del paziente e rintracciabilità dei presidi medico chirurgici utilizzati nelle procedure invasive. Dopo una iniziale sperimentazione, si è proceduto all'informatizzazione della scheda infermieristica. Il software dedicato facilita l'utilizzo della scheda infermieristica e permette ai professionisti di operare una valutazione sull'intero processo assistenziale raccogliendo informazioni utili al fine di una ulteriore implementazione del percorso.

Stroke care

Il Piano Attuativo Locale definisce come priorità la realizzazione di percorsi che favoriscano la continuità assistenziale nella ricerca di integrazione tra Aziende USL e Ospedaliero-Universitaria. In relazione al percorso di cura del paziente affetto da Ictus Cerebrale Ischemico, il Percorso di Cura Integrato prevede l'effettuazione della fibrinolisi, ai pazienti eleggibili secondo i criteri SIST-MOST, nei due ospedali della provincia: Vaio e Parma consentendo l'organizzazione di una rete provinciale, "rete stroke", per garantire pari opportunità terapeutiche a tutti i pazienti colpiti da Ictus della provincia di Parma. La letteratura scientifica dimostra infatti come la terapia trombolitica, effettuata nelle prime tre ore dall'insorgenza dei sintomi, è in grado di ridurre la mortalità e la disabilità dei pazienti colpiti da ictus. L'autorizzazione regionale per l'applicazione del protocollo SIST-MOST ha permesso l'attivazione del percorso dal 1.10.2008 e quindi l'implementazione del PDT Aziendale Ictus Cerebrale Ischemico, che nella versione del giugno 2007 inseriva tra gli obiettivi quello della trombolisi. Il percorso prevede il coinvolgimento della rete di emergenza territoriale e delle UU.OO. aziendali di Pronto Soccorso, Diagnostica Ematochimica, Neurologia, Neuroradiologia e Neurochirurgia. La sinergia necessaria tra i professionisti afferenti alle diverse unità operative risulta indispensabile al fine del raggiungimento degli obiettivi di tempestività di intervento e di qualità assistenziale. L'elaborazione di un percorso condiviso, per l'applicazione del protocollo come da normativa (D.L. GU n. 190 18 agosto 2003), ha previsto per gli operatori infermieristici l'approfondimento degli aspetti specifici del trattamento nonché l'acquisizione delle competenze necessarie per l'assistenza al paziente dalla fase pre ospedaliera alla fase di trattamento in unità di cure intensive e di trasferimento in unità operative di degenza. È stata realizzata la formazione indirizzata alla totalità degli operatori delle unità operative coinvolte nel percorso conclusasi con una simulazione che ha visto la processazione di tutto il percorso per la presa in carico del paziente candidato alla fibrinolisi allo scopo di evidenziare gli aspetti critici.



Osservatorio aziendale ulcere cutanee

La prevenzione delle lesioni da decubito (Ldd) è un obiettivo regionale di particolare rilevanza, che permette di valutare la qualità assistenziale delle aziende sanitarie. Per il raggiungimento della migliore performance è necessario conoscere l'incidenza del fenomeno "lesioni cutanee" a livello aziendale, predisponendo un costante monitoraggio, attuando dei percorsi formativi specifici rivolti al personale coinvolto nel processo assistenziale, approntando ed adottando protocolli e linee guida inerenti la prevenzione e il trattamento delle Ldd. Per lo sviluppo delle competenze degli operatori infermieristici responsabili dell'Osservatorio Aziendale sono stati individuati percorsi formativi ad hoc per l'acquisizione di competenze cliniche e gestionali.

La formazione del personale sanitario nella prevenzione e cura delle ulcere cutanee è una delle attività principali dell'Osservatorio e si pone l'obiettivo di formare capillarmente il personale assistenziale attraverso un'ampia offerta formativa che considera l'elevato turn over dei professionisti, in particolare del personale infermieristico, e la presenza di personale neolaureato. L'organizzazione dei corsi di formazione si avvale del contributo di docenti interni: infermieri esperti in wound-care, farmacisti e nutrizionisti.

Nel 2008 il corso di 1^o livello è stato proposto in 8 edizioni e sono stati formati 265 professionisti.

Tabella 13 Partecipazione ai corsi di formazione

	Numero operatori
Infermieri	195
Operatori Socio Sanitari	33
Medici	31
Tecnici Sanitari	6
Totale Personale	265

Il monitoraggio relativo all'insorgenza di Ldd si è avvalso di Audit clinici e di indagini di prevalenza che costituiscono la base per una valutazione complessiva del fenomeno.

Le informazioni ricavate sono di tipo quantitativo (numero di lesioni rilevate nella giornata in esame), qualitativo (stili e comportamenti degli operatori) e finanziario (costi e tempi dell'assistenza, costi delle medicazioni, eccetera), informazioni utili per la pianificazione degli interventi necessari in ambito formativo e assistenziale al fine di una corretta gestione del fenomeno.

Le rilevazioni, eseguite a cadenza semestrale, si avvalgono di esperti aziendali, esterni alle UU.OO., che attraverso la compilazione di apposite schede valutano la totalità dei pazienti ricoverati nei Dipartimenti ove è maggiore il rischio di lesioni da decubito: 900 pazienti circa nei dipartimenti Medico Polispecialistico 1 e Medico Polispecialistico 2, Geriatrico-Riabilitativo, Chirurgico, Emergenza-Urgenza, Neuroscienze. L'analisi dei dati si avvale di supporto informatico che assicura un adeguato feedback agli operatori.

Tabella 14 Indagini di prevalenza

	DICEMBRE 2006	GIUGNO 2007	DICEMBRE 2007	GIUGNO 2008	DICEMBRE 2008
PAZIENTI VALUTATI	895	827	868	766	841
PAZIENTI CON LDD	97	105	80	78	77
PREVALENZA	10,84%	13%	9,22%	10,18%	9,15%

Produzione di istruzioni operative

La necessità di delineare ed unificare, ove possibile, i comportamenti degli operatori sanitari che si trovano ad affrontare la prevenzione e/o il trattamento delle lesioni da compressione ha portato alla definizione di un Protocollo Aziendale. Tale strumento, revisionato nel 2007, definisce le procedure assistenziali per la prevenzione e per la cura delle lesioni, traendo indicazioni dalle linee guida internazionali e recependo le più importanti e accreditate innovazioni tecnologiche. L'operatore ha a disposizione uno strumento che favorisce la presa di decisione basata su evidenze scientifiche attraverso il riconoscimento delle cause favorevoli e scatenanti della lesione, l'individuazione dei pazienti a rischio, le tecniche di posizionamento del paziente, l'utilizzo di superfici ed ausili antidecubito, la valutazione dello



stato della ferita, l'uso dei prodotti di medicazione tradizionali ed avanzati. La diffusione del protocollo è stata implementata nel 2008 attraverso la sua divulgazione nelle giornate di formazione e la pubblicazione sul sito aziendale, procedura che ha reso il protocollo rapidamente accessibile a tutti gli operatori. Un ulteriore sviluppo è rappresentato dall'elaborazione e stesura di un protocollo relativo all'utilizzo delle medicazioni avanzate e speciali per la cura delle lesioni cutanee la cui diffusione è prevista nell'anno 2009. L'elaborazione del documento, richiesto dalla Commissione Provinciale del Farmaco, ha visto il coinvolgimento di professionisti medici ed infermieri oltre che degli infermieri esperti in wound care.

L'attività di consulenza rappresenta un momento di formazione sul campo diretta al personale delle unità operative che ne fa richiesta; la lesione viene valutata e viene pianificato l'intervento necessario. Ogni attività e decisione assunta viene documentata e tutta la documentazione prodotta fa parte integrante della documentazione clinico-assistenziale del paziente. Tale modalità si è rilevata oltremodo utile per la trasmissione delle informazioni al momento della dimissione del paziente, in particolare in caso di dimissioni protette al domicilio o in strutture residenziali. Nell'anno 2008 sono state eseguite 355 consulenze durante le quali sono state definite strategie di formazione aggiuntiva per il personale operante in realtà assistenziali particolarmente critiche.

4.6 Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma si è impegnata nel corso degli anni ad implementare un sistema strutturato, in costante confronto con le organizzazioni sindacali, di conferimento di incarichi e funzioni al personale per incentivare l'attribuzione di autonomia e responsabilità e lo sviluppo delle competenze dei professionisti.

Parallelamente ha sviluppato un sistema di valutazione, seppur in costante evoluzione, sia sui risultati riferiti agli obiettivi assegnati annualmente nel budget, sia su quelli relativi agli incarichi conferiti, promuovendo ad ogni livello la diffusione della cultura della valutazione e regolamentando il processo di valutazione.

Ciò in considerazione del fatto che la valutazione dei dirigenti costituisce una delle innovazioni più significative introdotte nella gestione del rapporto di lavoro dal CCNL della dirigenza del 08.06.2000 e si esplica su due profili, che coinvolgono due distinti organi di valutazione secondo specifiche procedure, costituiti da:

- il raggiungimento degli obiettivi di budget assegnati annualmente in base alla relativa contrattazione aziendale, il cui organo di valutazione è il Nucleo di Valutazione;
- la professionalità espressa nell'arco della durata degli incarichi ricevuti, il cui organo di valutazione è il Collegio Tecnico.

A seguito delle novità introdotte dagli artt. 26-31 del CCNL del 3.11.2005, che ribadiscono ancora una volta la centralità della valutazione nel sistema degli incarichi dirigenziali, è in corso di elaborazione un nuovo regolamento per la gestione degli incarichi e della valutazione del dirigente.

Il sistema di graduazione degli incarichi (costantemente in evoluzione in riferimento agli obiettivi aziendali, alla consistenza dei fondi contrattuali e allo sviluppo delle carriere) presenta nel 2008 la seguente distribuzione:

Tabella 15 Distribuzione della graduazione degli incarichi, anno 2008

Tipologia incarico	Ospedalieri maschi	Ospedalieri femmine	Totale ospedalieri	Universitari maschi	Universitari femmine	Totale universitari
Direttore U.O./Servizio	30	5	35	31	1	32
Responsabile struttura semplice dipartimentale	7	2	9	7	2	9
Responsabile struttura semplice	17	11	28	10	4	14
Responsabile di programma (struttura complessa)	0	0	0	3	0	3
Responsabile di programma (struttura semplice dipartimentale)	1	1	2	6	0	6
Incarico di alta specializzazione	50	18	68	24	10	34



Tipologia incarico	Ospedalieri maschi	Ospedalieri femmine	Totale ospedalieri	Universitari maschi	Universitari femmine	Totale universitari
Case manager coordinatore	0	0	0	1	0	1
Case manager esperto	110	108	218	53	18	71
Professionale	0	0	0	1	0	1
Case manager	49	64	113	10	7	17

Anche per quanto riguarda l'area del comparto, il sistema delineato nel corso degli anni dell'attribuzione degli incarichi di posizione organizzativa su specifiche posizioni di lavoro, ha l'obiettivo di valorizzare l'apporto dei singoli operatori al raggiungimento degli obiettivi aziendali.

L'assetto organizzativo così strutturato ha comportato il conferimento al 31.12.2008 di 62 incarichi di posizione organizzativa, così distribuito:

Tabella 16 Distribuzione incarichi di posizione organizzativa al 31.12.2008

Ruolo	N. posizioni organizzative attribuite	N. posizioni organizzative attribuite	
		Maschi	Femmine
Ruolo sanitario	31	8	23
Ruolo tecnico	9	7	2
Ruolo amministrativo	22	4	18
Totale	62	19	43

Sistema d'incentivazione del personale dirigente

La retribuzione di risultato per il personale dirigente si basa sui principi definiti dalla contrattazione collettiva nazionale e, in ambito aziendale su criteri e modalità operative definiti in sede di contrattazione integrativa per le due aree negoziali (area Dirigenza Medica, area Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica, Amministrativa). I premi relativi alla retribuzione di risultato sono strettamente correlati alla realizzazione degli obiettivi specifici dei Dipartimenti e delle Strutture Organizzative aziendali, prefissati e concordati durante il processo negoziale di budget.

L'accordo aziendale riguardante l'anno 2008 conferma l'impianto generale adottato per gli anni 2006-2007, e mette in evidenza il ruolo dei Direttori di Dipartimento e dei Direttori di Struttura in ordine al processo di verifica sull'andamento e conseguimento degli obiettivi negoziati in sede di budget ed assegnati alle articolazioni aziendali.

Il sistema premiante per il personale dirigente previsto per l'anno 2008 si basa sostanzialmente sui seguenti criteri:

- attribuzione di obiettivi di équipe connessi alla retribuzione di risultato (vedi documento budget 2008);
- processo "a cascata" nell'attribuzione degli obiettivi in relazione alle responsabilità gestionali individuate nell'ambito dell'organizzazione aziendale;
- informazione e comunicazione degli obiettivi di équipe in ambito dipartimentale e nelle singole strutture organizzative al fine di acquisire una capillare partecipazione di tutti i dirigenti alla realizzazione degli obiettivi assegnati con le evidenze necessarie (verbali delle riunioni riportanti le firme dei presenti, obiettivo della riunione, contenuti delle discussioni, decisioni prese, eccetera), da far pervenire alla Direzione Aziendale entro la data stabilita dalla Direzione Aziendale medesima;
- chiarezza e trasparenza con riferimento al risultato atteso, agli indicatori, alle modalità e strumenti per la verifica (vedi schede obiettivi specifici-documento di budget 2008);
- valutazione dei Direttori di Dipartimento e dei Direttori delle Strutture Organizzative (Strutture Complesse / Strutture Semplici) sulle modalità adottate nel processo di assegnazione degli obiettivi, sul rispetto dei tempi definiti dalla Direzione Aziendale, sull'invio delle evidenze necessarie.

Assumono pertanto particolare rilevanza gli obiettivi oggetto d'incentivazione riportati nelle apposite schede di budget 2008 e definiti con riferimento alle specifiche aree di attività sottoelencate e dettagliatamente riportate nelle schede medesime:

- Attività di Ricovero: "Riduzione delle giornate di degenza non necessarie", "Rispetto del cingolo", "Appropriatezza prescrittiva delle prestazioni intermedie per pazienti ricoverati"



○ Attività ambulatoriale: “Obbligo di prescrizione – impegnativa su ricettario SSN – per l'esecuzione di prestazioni”

○ Governo economico: “Ottimizzazione e razionalizzazione dell'utilizzo di materiale sanitario”

Costituiscono invece obiettivi individuali dei Direttori di Dipartimento e di Struttura Complessa e Semplice le modalità adottate nel processo di assegnazione degli obiettivi, il rispetto dei tempi definiti dalla Direzione Aziendale, l'invio delle evidenze necessarie.

Costituiscono altresì obiettivi individuali dei Direttori di Dipartimento:

- la verifica dell'andamento e conseguimento degli obiettivi negoziati in sede di budget ed assegnati al Dipartimento, tramite l'invio di relazioni trimestrali alla Direzione Aziendale;
- appropriatezza prescrittiva delle prestazioni intermedie per pazienti ricoverati: diffusione e condivisione delle linee guida RER/Nazionale ed azioni di miglioramento tramite l'invio delle relative evidenze.

Il processo di valutazione degli obiettivi avviene a consuntivo e con cadenza annuale secondo il seguente percorso:

- da parte della Direzione Strategica Aziendale per tutti i dirigenti circa il grado di conseguimento degli obiettivi d'équipe assegnati alle articolazioni/strutture di riferimento e per i Direttori di Dipartimento relativamente agli obiettivi individuali,
- da parte del Nucleo di valutazione, in seconda istanza, che verifica la coerenza e la correttezza metodologica della valutazione di prima istanza al fine di avvalorarne l'esito definitivo.

Un elemento qualificante nel contesto del sistema premiante riferito alla retribuzione di risultato è il percorso relativo all'individuazione di un ulteriore premio, quale premio individuale, da riconoscere, a seguito di una valutazione di merito da effettuarsi da parte della Direzione Aziendale, a quei professionisti che hanno dimostrato specifiche capacità gestionali ed organizzative per la realizzazione di programmi e di attività di elevato contenuto strategico aziendale.

Le quote riferite al salario di risultato vengono corrisposte a consuntivo (il regime degli acconti per tutti i dirigenti è stato gradualmente sospeso con le seguenti decorrenze: a far tempo dall'1.1.2004 per i Direttori di Dipartimento e Direttori dei Servizi, dal 01.01.2005 per i Direttori di Unità Operativa e dal 01.01.2006 per tutti i dirigenti delle due aree contrattuali) a seguito della conclusione dell'iter procedurale della verifica circa il grado di conseguimento degli obiettivi assegnati.

Sistema d'incentivazione del personale dell'area del comparto

Il sistema d'incentivazione della produttività collettiva per il personale dell'area del comparto definito in sede di contrattazione integrativa aziendale per l'anno 2008 ha confermato, relativamente alla quota d'incentivo di produttività ricorrente, sia i criteri generali che le modalità di gestione già adottati nei precedenti accordi.

All'interno di tale impianto, assume particolare rilievo la stretta correlazione tra le quote premianti ed il grado di realizzazione degli obiettivi generali dell'Azienda, nonché il riconoscimento dell'impegno individuale (in termini di presenza in servizio) garantito da ciascun operatore e finalizzato al mantenimento dei livelli prestazionali quali-quantitativi di ciascuna unità operativa.

L'erogazione dell'incentivo di produttività avviene attraverso il regime degli acconti mensili e sostanzialmente si basa sulla valorizzazione dei seguenti parametri:

- la qualifica funzionale d'inquadramento,
- il profilo orario per il personale assistenziale impiegato nella turnistica,
- l'effettiva presenza in servizio.

Nell'ambito delle risorse finanziarie disponibili per la gestione dell'istituto della produttività collettiva inerente l'anno 2008 una ulteriore quota incentivante viene riservata alla Direzione Aziendale, quale Premio Individuale finalizzato alla valorizzazione delle capacità degli operatori di dimostrare il loro contributo in termini di efficienza e di miglioramento dei servizi offerto all'utenza, nello svolgimento della propria attività lavorativa, tenuto conto anche delle capacità organizzative e propositive dimostrate nella realizzazione degli obiettivi assegnati.

Il Premio che è diretto ad incentivare la produttività ed il miglioramento dei servizi attraverso la corresponsione di un compenso correlato al merito ed all'impegno individuale, viene attribuito a consuntivo ed ha valenza annuale.



4.7 Formazione

Le linee di indirizzo per la programmazione della formazione dei professionisti dell'Azienda hanno previsto il mantenimento, per un triennio, degli obiettivi già definiti del 2007, impegnando l'educazione continua in medicina su macro aree tematiche quali:

- sostenere la riorganizzazione dipartimentale (la costituzione dei Dipartimenti ad attività integrata);
- migliorare la comunicazione con l'utente e la famiglia;
- incentivare la comunicazione all'interno dei gruppi di lavoro;
- formare alla ricerca al fine di integrare la ricerca scientifica con le esigenze assistenziali;
- integrare la didattica con le esigenze assistenziali.

In particolare, per il 2008, si sono individuate le seguenti aree di sviluppo, che rappresentano la sintesi e la coniugazione tra i bisogni dell'organizzazione e le necessità espresse dai professionisti:

- ricerca,
- comunicazione con paziente, famiglia e il lavoro in team,
- organizzazione/gestione clinico/assistenziale,
- sicurezza dei professionisti,
- funzione tutoriale,
- intercultura,
- emergenza urgenza,
- specificità professionale.

Il processo della formazione complessivamente inteso ha visto, per il 2008, particolarmente rappresentata la fase di programmazione e gestione delle iniziative formative; a tale proposito, in questo anno, si è ridefinita e sostenuta, anche con interventi formativi, la rete dei Referenti Dipartimentali della Formazione, che partecipa attivamente alla definizione del Piano Aziendale Formativo (PAF). Il 2008 ha raggiunto risultati di proposta e realizzazione di eventi di elevato livello tecnico scientifico e di buona qualità, anche se ancora parzialmente correlati con le macro aree di indirizzo aziendale. Il PAF mantiene una connotazione secondo la quale la formazione trasversale sviluppa eventi che discendono direttamente dalle macro aree, mentre la formazione proposta dai Dipartimenti ha una prevalenza di tipo professionale specifico.

In accordo con quanto emerso dai dati del dossier regionale 169/2008¹, relativamente alle tipologie formative maggiormente utilizzate, si è sviluppata, rispetto allo scorso anno, la Formazione sul Campo [FSC] (in particolare gruppi di miglioramento, discussione di casi, tutorato, audit, partecipazione a ricerche, eccetera) e i corsi residenziali hanno acquisito in buona misura valenza di eventi teorico pratici, al fine di favorire la connessione con le problematiche dell'organizzazione del lavoro.

La fase della valutazione della formazione è ancora prevalentemente orientata alla valutazione di apprendimento del corso e di gradimento dell'evento. I risultati di tale valutazione sono certamente positivi: la maggioranza dei corsi risultano favorire l'apprendimento dei professionisti e sono graditi; sarà tuttavia importante migliorare la valutazione di efficacia della formazione, cioè la valutazione della ricaduta dei suoi effetti nell'organizzazione. Attualmente, la tipologia di formazione in cui si effettua valutazione di efficacia è rappresentata dalla FSC.

Dati di attività

L'attività di formazione ed aggiornamento ECM si connota quale momento rilevante e qualificante ai fini del costante adeguamento al progresso scientifico e tecnologico delle competenze e delle abilità cliniche e tecniche di tutti i professionisti sanitari con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza delle prestazioni sanitarie.

Nel 2008, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha realizzato ed accreditato presso la Commissione Regionale ECM complessivamente n. 311 eventi di cui 79 di Formazione sul campo (questi dati sono comprensivi delle riedizioni dello stesso corso).

Oltre alle iniziative ECM, sono stati realizzati dai Servizi Amministrativi progetti formativi non accreditati. In particolare, sono state organizzate iniziative inerenti l'introduzione di nuovi software informativi che hanno comportato la necessità di acquisire adeguate competenze tecniche e nuove metodologie di lavoro. Gli obiettivi delle iniziative formative residenziali realizzate hanno riguardato le seguenti aree:

- finalità etiche (9%),

¹ AA.VV. Le opinioni dei professionisti della sanità sulla formazione continua, Dossier n° 169, Agenzia Sanitaria e Sociale dell'Emilia-Romagna, Bologna, agosto 2008



- finalità comunicativo-relazionali (14%),
- finalità organizzativo-gestionali (22%),
- finalità tecnico-professionali (55%).

I valori di tali percentuali si attestano intorno a quelle dell'anno precedente. Segnaliamo tuttavia un leggero incremento dei corsi a carattere etico (4%).

Rispetto allo scorso anno si registra un notevole incremento delle attività di Formazione sul Campo (+15%), della quale

- il 2% come partecipazione a ricerche,
- il 55% come Partecipazione a Gruppi di miglioramento,
- l' 1% come partecipazione a Commissioni e comitati,
- il 4% come partecipazione ad audit,
- il 23% come partecipazione ad attività di addestramento.

Se si confrontano questi dati rispetto a quelli degli anni precedenti, si è realizzato un decremento dell'attività di addestramento mentre è aumentata la partecipazione agli audit (+3%).

Il numero complessivo delle ore di formazione dell'anno 2008 si attesta intorno alle 93.185, di cui 70.439 di aggiornamento interno e 22.746 di aggiornamento esterno.

I dipendenti dell'Azienda hanno partecipato a n. 234 iniziative organizzate all'interno ed a n. 519 iniziative organizzate all'esterno.

Dal punto di vista economico, l'investimento complessivo dell'Azienda per l'attività formativa ECM, nel corso dell'anno 2008, è stato di € 400.229 di cui il 78% per finanziare l'aggiornamento interno.

Tabella 17 Costi della formazione per tipologia di eventi, anno 2008

TIPOLOGIA DI FORMAZIONE	Anno 2008	
FORMAZIONE ESTERNA	€ 96.401,00	24%
FORMAZIONE INTERNA	€ 303.828,00	76%
TOTALE	€ 400.229,00	100%

Il numero complessivo di professionisti presenti in Azienda che hanno l'obbligo di maturare i crediti ECM è 3.319 di cui il 22% ha conseguito da 0 a 15 crediti, il 35% ha conseguito da 15 a 30 crediti ed il 43% ha superato il massimo richiesto.

Il numero dei professionisti che ha maturato il numero di crediti ECM richiesti è 2.557 di cui 1.978 attraverso la partecipazione ad iniziative organizzate all'interno dell'Azienda.

Il personale dipendente ha conseguito complessivamente circa 90.000 crediti di cui circa 70.000 attraverso la partecipazione a corsi di formazione interni (i dati sono stimati in quanto non si possiede ancora un sistema di registrazione crediti che integri i dati relativi ai crediti conseguiti all'esterno, all'interno, tramite corsi FAD e tramite attività di tutoraggio nei Corsi di laurea).

La percentuale abbastanza elevata di professioni che hanno conseguito da 0 a 15 crediti (22%) è giustificata dal fatto che dei 150 crediti formativi del triennio 2008-2010 fino a 60 potevano derivare dal riconoscimento di crediti formativi acquisiti negli anni della sperimentazione a partire dall'anno 2004 fino all'anno 2007, indipendentemente dal numero totale di crediti acquisiti e dal fatto che diversi professionisti dell'Azienda stanno frequentando master o corsi universitari o svolgono attività di tutorato, attività che per il 2008 danno diritto a un esonero totale o parziale dai crediti ECM.

L'Azienda ha erogato crediti anche a personale esterno, proveniente da altri enti o da strutture private, per circa 10.300 crediti ECM complessivi (circa 1.013 persone non dipendenti hanno partecipato a iniziative aziendali).

Gli introiti relativi all'attività erogata si attestano intorno a € 89.163,65.

Il personale sanitario dell'Azienda ha inoltre la possibilità di accedere al servizio on-line della Biblioteca. Sono abilitati all'accesso tutti i dipendenti dell'Azienda. Nel corso dell'anno 2008 si sono registrati circa 15.600 accessi, con una media di circa 60 accessi al giorno.

Principali risultati raggiunti

Ricerca

La formazione alla ricerca riveste per l'Azienda un posto di assoluto rilievo. Due sono i corsi a valenza teorico pratica che sono stati attivati nel 2008 attingendo ai fondi di finanziamento del Programma di ricerca Regione-Università 2007-2009:



1. il master non universitario “Imparare la metodologia della ricerca lavorando con gruppi che la praticano”, attivato con la Direzione scientifica del Servizio aziendale Ricerca e Innovazione; il master si è concluso con la presentazione dei progetti di ricerca elaborati dai corsisti.
2. il “corso teorico pratico di formazione alla ricerca in area psicosociale per le professioni sanitarie” attivato con la Direzione scientifica del Dipartimento di Psicologia dell’Università degli studi di Parma. Questo corso, che prevede la predisposizione dei progetti di ricerca e la loro realizzazione, si concluderà nel 2009 con la presentazione dei risultati delle ricerche effettuate.

A sostegno dello sviluppo di competenze di ricerca nei professionisti sono attivi anche corsi di inglese e di informatica, oltre che corsi specifici di ricerca bibliografica on line su banche dati medico scientifiche e infermieristiche.

Per quanto attiene l’ambito infermieristico, una tesi di laurea², che ha indagato qual è l’uso delle risorse on line per la ricerca delle informazioni cliniche, ha evidenziato che in Azienda solo il 20% dei dipendenti fa ricerca su banche dati elettroniche scientifiche, mentre è molto più alta la percentuale di coloro che utilizzano motori di ricerca e siti specialistici. Sempre un 20% circa dei professionisti intervistati dichiara di avere frequentato corsi specifici teorico-pratici di formazione.

Organizzazione e gestione clinico assistenziale

A supporto dello sviluppo di competenze manageriali per i professionisti, particolare rilievo hanno assunto i due master attivi nell’anno: il master in management per le funzioni di coordinamento aperto a tutti i professionisti sanitari non medici e il master in infermieristica in geriatria: case management in ospedale e sul territorio, rivolto a infermieri.

Sicurezza dei professionisti

Come più diffusamente illustrato al paragrafo *Gestione del rischio e sicurezza* la formazione alla sicurezza per i professionisti ha assunto nell’anno caratteristiche di priorità, sulla base di quanto indicato dal D. Lgs. 81/2008. Unitamente al Servizio Prevenzione e Protezione aziendale, si sono attivati percorsi formativi per i tutti i Dirigenti e per Preposti, che hanno visto la partecipazione, in qualità di docenti, di qualificati esperti interni all’Azienda e di esperti provenienti da istituzioni esterne, al fine di fornire una informazione qualificata. La formazione di Dirigenti e Preposti è stata indispensabile per poter affidare agli stessi responsabilità di verifica e vigilanza sui lavoratori presenti nella loro organizzazione. Sono stati attivati corsi sulla movimentazione manuale dei carichi, sul rischio biologico, sul rischio da radiazioni ionizzanti (in FAD) e sulla prevenzione incendi.

Funzione tutoriale

Prosegue nel 2008 la positiva esperienza del corso di formazione al tutorato clinico per professionisti sanitari non medici (infermieri, fisioterapisti, tecnici di radiologia, ostetriche e tecnici di laboratorio), con l’attivazione di due corsi, il primo con 50 professionisti interni all’Azienda, il secondo che allarga la collaborazione a professionisti della Azienda USL di Parma, che si occupano di tutorato clinico. In parallelo al corso, il gruppo staff, con la supervisione del Direttore scientifico dell’evento formativo, ha effettuato una rilevazione attraverso focus group rivolti alle diverse professioni sanitarie e agli studenti dei corsi di laurea per raccogliere opinioni sulle modalità di tutoraggio, punti di forza e di debolezza dell’attuale sistema. Dalla elaborazione dei focus è scaturito un prototipo di libretto di tirocinio, che contiene una parte generale, sovrapponibile per tutte le professioni e una parte specifica, propria di ogni professione. Il libretto di tirocinio verrà sperimentato, dopo la presentazione dello strumento attraverso workshop, nel prossimo anno accademico.

Intercultura

È proseguita, in questo anno, la formazione “percorsi di cura in una società multiculturale”, dopo la positiva esperienza della prima edizione, rivolta a tutte le professioni, con particolare riferimento a quei settori che, per propria specificità, accolgono molti utenti stranieri. L’evento intende far acquisire conoscenze in merito al tema dell’intercultura e far riflettere il professionista sulle proprie modalità di agire la cura nei confronti del paziente straniero.

² Scacchetti D. L’uso delle risorse on line per la ricerca delle informazioni cliniche da parte degli infermieri, tesi di laurea specialistica in Scienze Infermieristiche e ostetriche, Università degli studi di Parma, anno accademico 2007/2008



Emergenza-urgenza

La formazione in area emergenza-urgenza rappresenta già da qualche anno un considerevole investimento per la nostra Azienda. Dal 2001 è attivo presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma un Centro Formativo all'Emergenza, denominato "Centro BIOS", nato con la missione di coordinare e gestire i corsi BLS-D. Nel tempo, per fornire risposte alle richieste formative dei professionisti, le società scientifiche hanno messo a punto numerosi corsi (ACLS®, ATLS®, AMLS®, PHTLS®, BLS-D®, PALS®, PBLIS®, ecc), che anche nella nostra realtà si sono sviluppati, rispondendo ai fabbisogni sia interni che esterni dell'Azienda.

La mole e la diversificazione dei fruitori della formazione in questa area, interni ed esterni all'Azienda, risultano evidenti e richiedono un potenziamento del coordinamento dell'attività formativa sia nell'ambito della rilevazione del bisogno formativo, sia nella definizione di una programmazione integrata dei corsi, che nell'area della valutazione dei risultati ottenuti con i processi formativi, oltre che nella gestione del budget a disposizione. La proposta riorganizzativa della formazione all'emergenza parte dall'ampliamento dei fabbisogni formativi e dalla necessità di rendere omogenee e integrate le risposte. Viene pertanto proposto e approvato il progetto di riorganizzazione del Centro BIOS per la formazione nell'area emergenza-urgenza, definendone la struttura portante ed il funzionamento.

Specificità professionale

La maggior parte degli eventi formativi proposti a livello dipartimentale sono andati nella direzione di sviluppare competenze clinico professionali specifiche e avanzate.

Formazione Operatori Socio Sanitari (OSS)

Nel 2008 si sono attivati corsi per il personale OTA non ancora in possesso della qualifica di Operatore Socio Sanitario, come previsto nel progetto presentato alla Provincia nel 2007, in attuazione delle Linee Guida approvate con D.G.R. 1404/2000 e delle D.G.R. 986/2001 e D.G.R. 1979/2002. Una prima edizione, attivata nello scorso anno, si è conclusa positivamente entro la primavera 2008.

A seguito di un ulteriore censimento effettuato in questo anno per valutare ulteriore fabbisogno formativo del personale OTA dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, è risultato che delle 17 unità coinvolte nel processo di riqualificazione, soltanto 2 hanno risposto all'appello e pertanto si è passati al "reclutamento" di personale OTA esterno all'Azienda, interessato alla riqualificazione.

La seconda edizione di riqualificazione (2008/2009) si è svolta, infatti, con la partecipazione di 13 operatori di cui 11 (sempre OTA) provenienti dalle realtà del territorio (Case protette, RSA, Case di Cura, Cooperative).

4.8 Sistema informativo del personale

Nell'ambito dei sistemi per la gestione automatizzata delle informazioni relative al personale, è previsto un prossimo rinnovamento del software attualmente in uso, che consentirà di realizzare una più efficace integrazione fra i diversi applicativi informatici ora impiegati in Azienda.

Il superamento di limiti tecnici di integrazione fra le procedure informatiche di gestione dei dati economici e le procedure informatiche che gestiscono i dati giuridici del personale potrà consentire la realizzazione della "anagrafica unica aziendale", che costituisce un elemento importante e strategico per ogni ulteriore possibile sviluppo verso la realizzazione un vero e proprio "sistema" informativo del personale.

L'Azienda in questi ultimi anni come evidenziato nel Bilancio di Missione 2007, si è attrezzata per far fronte con celerità ai debiti informativi che ha nei confronti del S.S.R. per quanto concerne la programmazione e il controllo della spesa (e in particolare a tutti gli adempimenti concernenti la costruzione della "Banca dati regionale"), e nei confronti delle altre Istituzioni relativamente alla consistenza del personale e ai flussi economici, ai nuovi obblighi di legge tendenti a un maggior controllo dello stato occupazionale nel paese, eccetera.

Il sistema approntato risulta altresì in grado di far fronte agli adempimenti di legge relativi alle registrazioni documentali e agli atti normativamente previsti, vantando apprezzabili riscontri in ordine allo snellimento e semplificazione dell'attività amministrativa, la diminuzione di attività ripetitive e l'accelerazione dei tempi di esecuzione delle stesse, nonché il raggiungimento di apprezzabili risultati in ordine alla capacità di dotarsi in tempi celeri di dati e riscontri obiettivi utili ai processi decisionali aziendali.



Anche per quanto concerne alcune criticità precedentemente evidenziate circa l'utilizzo solo parziale e non routinario delle informazioni nella gestione operativa delle strutture di produzione si segnalano sostanziosi progressi: si è in condizione di monitorare il debito orario settimanale, di provvedere celermente alla copertura delle assenze improvvise, di disporre in tempo reale dell'esatta allocazione del personale e della loro effettiva presenza, anche attraverso il consolidamento della concezione della "gestione decentrata" delle presenze del personale, delegata ai Coordinatori o Responsabili di struttura, mediante l'accesso diretto all'utilizzo del software gestionale.

Il Sistema non può ancora dirsi però pienamente funzionale a descrivere esperienze lavorative, bisogni formativi e competenze acquisite, anche se diverse procedure consentono di gestire sistemi di valutazione del personale (verifiche del Nucleo di valutazione, valutazione Collegi tecnici, eccetera).

Per quanto attiene alla produzione di rendicontazione qualitativa delle decisioni di allocazione del personale, il sistema consente a tutt'oggi di poter disporre di dati e informazioni, che sottoposte ad elaborazione possono concorrere a formulare valutazioni circa il grado di applicazione dei criteri guida di gestione del personale e i suoi effetti nella gestione stessa, ma sempre limitatamente ad aspetti quantitativi del problema.

La rilevazione mensile dei dati di presenza del personale assistenziale e l'analisi delle assenze e degli infortuni hanno motivato la progettazione di corsi di formazione dedicati alla "movimentazione manuale dei carichi: aspetti gestionali e preventivi", rivolti a tutti gli operatori del comparto, la cui realizzazione ha prodotto già evidenti segnali che fanno sperare in un decremento del fenomeno infortunistico.

Il superamento dei punti di debolezza attualmente rilevati non può avvenire se non tramite l'implementazione piena ed effettiva, di un vero "Sistema" di gestione delle informazioni relative al personale, alla realizzazione del quale sicuramente concorrerà il rinnovamento del software citato in premessa.

A questo si deve accompagnare, in stretta connessione, un analogo processo di integrazione organizzativa delle funzioni gestionali aziendali, quale condizione necessaria e essenziale per fare decollare un Sistema informativo del personale pienamente rispondente alle esigenze descritte.

4.9 Struttura delle relazioni con il personale dipendente e con le sue rappresentanze

Questa parte del documento è volta ad illustrare il sistema di relazioni tra l'Azienda ed il personale, con particolare riferimento alle modalità con le quali l'Azienda:

- affronta e dirime i conflitti nascenti dal rapporto di lavoro;
- accoglie i suggerimenti degli operatori su temi di interesse generale;
- sviluppa il confronto e la concertazione con le organizzazioni sindacali;
- valorizza gli apporti delle istanze e organismi rappresentativi delle professioni.

Nel corso dell'esercizio 2008 l'attività di negoziazione con la rappresentanza sindacale si è prevalentemente orientata sulle seguenti linee direttrici:

- politiche delle risorse umane;
- processi riorganizzativi aziendali.

In coerenza con gli indirizzi regionali contenuti nei protocolli sottoscritti a livello regionale, le politiche di stabilizzazione del personale precario sono state perseguite per ognuna delle tre aree di contrattazione.

In esito alle trattative condotte sono stati sottoscritti distinti protocolli per ogni area (vedasi paragrafo *La Carta d'identità del personale* di questo capitolo):

- area comparto: 28 aprile 2008 protocollo integrativo del precedente protocollo aziendale in materia di stabilizzazione sottoscritto in data 26 giugno 2007,
- area dirigenza medica: 4 giugno 2008 protocollo aziendale in materia di stabilizzazione del lavoro precario e valorizzazione delle esperienze lavorative nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma,
- area dirigenza sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa: 17 dicembre 2008 protocollo aziendale in materia di stabilizzazione del lavoro precario e valorizzazione delle esperienze lavorative nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

La tematica dello sviluppo delle risorse umane ha caratterizzato il tavolo negoziale dell'area del comparto attraverso un'accordo quadro aziendale (3 luglio 2008) che, recependo gli elementi contenuti nella piattaforma rivendicativa ed armonizzandoli con le politiche aziendali, ha dettato gli interventi di progressione, incentivazione e valorizzazione professionale da realizzarsi nel triennio 2008/2010.



Nel contesto degli interventi di valorizzazione professionale, attraverso il modello relazionale della concertazione, sono stati perfezionati gli assetti organizzativi delle posizioni organizzative delle tre aree, sia integrando gli assetti degli incarichi dirigenziali intermedi che rimodulando il quadro delle posizioni organizzative del personale del comparto.

Una parte significativa della sessione negoziale è stata dedicata ad incontri di consultazione inerenti la razionalizzazione dell'organizzazione del lavoro connessa agli obiettivi di innovazione e ristrutturazione del nuovo Ospedale.

Il disegno di integrazione con l'Università ha dispiegato effetti sul tavolo negoziale della dirigenza medica in relazione alla sottoscrizione con l'Università degli Studi di Parma dell'Accordo Attuativo Locale sulla formazione specialistica dei laureati in Medicina e Chirurgia.

Riguardo agli istituti contrattuali a carattere economico, sono state avviate e concluse relativamente alla dirigenza SPTA ed al personale del comparto le trattative concernenti gli accordi sulla quantificazione dei fondi contrattuali e sulla retribuzione di risultato /incentivazione alla produttività.

Di seguito si elencano i documenti negoziali siglati e si delineano le materie trattate per ogni area.

AREA DIRIGENZA SPTA

- Accordo sulla quantificazione e finalizzazione delle risorse 2007 sottoscritto in data 23.01.2008,
- Accordo sulla gestione di risultato 2007 sottoscritto in data 23.01.2008,
- Accordo sulla quantificazione e finalizzazione delle risorse 2008 sottoscritto in data 17.12.2008,
- Accordo sulla gestione di risultato 2008 sottoscritto in data 17.12.2008,
- Verbale di concertazione riguardante le integrazioni all'assetto organizzativo degli incarichi dirigenziali intermedi della dirigenza del ruolo sanitario sottoscritto in data 17.12.2008,
- Consultazione sull'istituzione del Collegio Aziendale delle Professioni Sanitarie.

AREA DIRIGENZA MEDICA

- Accordo sulla quantificazione e finalizzazione delle risorse 2007 sottoscritto in data 7.02.2008,
- Accordo sulla gestione di risultato 2007 sottoscritto in data 8.05.2008,
- Consultazioni in materia di organizzazione del lavoro, di innovazioni tecnologiche, di trasferimenti , ristrutturazione di Unità Operative ed innovazioni tecnologiche,
- Informazioni circa l'attivazione di prestazioni aggiuntive,
- Consultazione in ordine a modifiche da apportare al piano aziendale delle emergenze/urgenze,
- Consultazione riguardante le integrazioni all'assetto organizzativo degli incarichi dirigenziali intermedi,
- Consultazione in ordine all'Accordo Attuativo Locale sulla formazione specialistica dei laureati in Medicina e Chirurgia,
- Consultazione sull'istituzione del Collegio Aziendale delle Professioni Sanitarie,
- Avvio della trattativa concernente la quantificazione e finalizzazione delle risorse 2008,
- Avvio della trattativa concernente la gestione di risultato 2008.

AREA COMPARTO

- Accordo sulla quantificazione e finalizzazione delle risorse 2007 sottoscritto in data 1.02.2008,
- Accordo sul sistema di produttività per l'anno 2007 sottoscritto in data 17.04.2008,
- Verbale di concertazione in ordine al piano aziendale riguardante i servizi di pronta disponibilità sottoscritto in data 15.02.2008,
- Accordo quadro sugli interventi di contrattazione integrativa per il triennio 2008/2009/2010,
- Consultazioni in materia di organizzazione del lavoro, di innovazioni tecnologiche, di trasferimenti, ristrutturazione di Unità Operative ed innovazioni tecnologiche,
- Informazioni circa l'attivazione di prestazioni aggiuntive,
- Verbale di consultazione in ordine alla nuova regolamentazione della riassegnazione interna del personale del comparto afferente alla Direzione del Servizio Assistenziale sottoscritto in data 10.12.2008,
- Verbale di concertazione in ordine alla nuova regolamentazione dei criteri generali per l'attribuzione degli incarichi di coordinamento sottoscritto in data 10.12.2008,
- Accordo sulla quantificazione e finalizzazione delle risorse 2008 sottoscritto in data 19.12.2008,
- Accordo sul sistema di produttività per l'anno 2008 sottoscritto in data 19.12.2008,
- Consultazione sull'istituzione del Collegio Aziendale delle Professioni Sanitarie,
- Consultazione circa la ricognizione e rimodulazione delle posizioni organizzative.



Libera professione

L'Azienda, tenuto conto delle indicazioni legislative sul tema della libera professione, ha pressoché ultimato nel corso dell'anno 2008 il percorso di passaggio al regime ordinario del sistema dell'attività libero-professionale intramuraria, superando il precedente sistema autorizzatorio basato, in parte e per diversi dirigenti medici, sull'utilizzo dello studio privato del singolo professionista richiedente.

Allo scopo di garantire l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria a tutti i medici in regime di cosiddetta "allargata", l'Azienda ha programmato un'iniziativa volta ad assicurare gli interventi di ristrutturazione edilizia necessari a rendere disponibili locali destinati a tale attività all'interno del perimetro aziendale, individuando, nelle more della realizzazione dei lavori edili necessari, un poliambulatorio cittadino in locazione per lo svolgimento delle attività libero-professionali, inclusa l'attività chirurgica ambulatoriale. Nel rispetto della normativa, sono intervenute modifiche organizzative idonee a conseguire con personale proprio o destinato, e con oneri da recuperare attraverso gli introiti dell'attività libero-professionale, uno o più, punti di informazione e prenotazione specificamente riservati all'attività libero-professionale. È stato inoltre uniformato e migliorato il meccanismo di riscossione diretta degli onorari relativi alle prestazioni erogate, prevedendo sia la possibilità di pagamenti in forma elettronica e decentrata sia l'organizzazione di punti di riscossione gestiti direttamente dall'Azienda.

Gestione del contenzioso

Le modifiche introdotte da un decennio nel campo degli strumenti alternativi di risoluzione delle controversie del lavoro – con particolare riferimento al tentativo di conciliazione obbligatoria di fronte alle Direzioni Provinciali del Lavoro - hanno determinato, in generale nel settore pubblico, atteggiamenti di scetticismo sui risultati, sino ad arrivare al diffondersi di valutazioni di sostanziale insuccesso dell'esperienza.

Al riguardo, diversamente dalle considerazioni generali, si testimonia con soddisfazione l'esito positivo derivante dall'applicazione sistematica dello strumento alternativo poiché, l'Azienda, con il contributo della locale Direzione Provinciale del Lavoro, ha consolidato un meccanismo di immediato ascolto e valutazione di tutte le istanze presentate dal lavoratore, ancorché sussistano evidenti diversità riguardo la maggiore snellezza e flessibilità delle norme che regolano le conciliazioni private rispetto a quelle più rigide del settore pubblico.

I risultati si misurano in un'alta percentuale di tentativi di conciliazione che vengono definiti alla prima convocazione o alla successiva di rinvio, con reciproca soddisfazione delle parti, accogliendo le esigenze del dipendente, oppure, con la formazione di un accordo conciliativo a seguito dell'esperimento del tentativo di conciliazione ed, infine, con formazione di un accordo su proposta di bonaria definizione formulata dal Presidente del Collegio.

Tale approccio ha evitato in molti casi la prosecuzione delle vertenze avanti il Giudice del Lavoro, con positive conseguenze legate ai tempi di chiusura delle liti ed ai costi del processo civile. Oltre a questo si è trovata, pressoché costantemente, una buona intesa con il lavoratore e/o i suoi rappresentanti, contribuendo a distendere i toni ostili che abitualmente accompagnano le fasi preliminari delle vertenze.

Più in generale, andando oltre le valutazioni positive legate allo strumento deflattivo del contenzioso del lavoro, nel rispetto delle contrapposizioni tra le parti sociali, si registra un clima sostanzialmente disteso testimoniato dall'assenza di giudizi seriali costituenti indicatori di un conflitto in essere tra sindacati ed Azienda e spesso anche tra lavoratori e sindacato.

Sul versante del contenzioso amministrativo derivante da procedure concorsuali per reperimento di personale e per gare per lavori e servizi, si registra un indice di litigiosità limitato, a testimonianza della buona produzione documentale che in alta percentuale non è oggetto di impugnativa.

Compatibilità fra tempi di vita e di lavoro

La conciliazione dei tempi di vita e di lavoro pone problemi complessi e richiede il coinvolgimento di diversi attori, sia pubblici sia privati, in quanto mette in campo interessi diversi, spesso contrapposti tra loro.

Le difficoltà a conciliare impegni quotidiani e tempi di lavoro sono ogni giorno crescenti. Le esigenze dei figli, la presenza di anziani da accudire, i tempi dei trasporti e della mobilità urbana, gli orari dei servizi non sempre compatibili con quelli del lavoro: tutto questo determina problemi che incidono non solo sulla qualità della vita delle persone, ma anche sull'organizzazione delle Aziende. Infatti un posto di lavoro poco compatibile con le esigenze familiari determina maggiore assenteismo, turn over del personale più frequente e, in generale, un clima lavorativo meno sereno e motivato.



Ancora oggi questo tema è affrontato in modo marginale: si tratta di un problema "giovane" che, per il momento, in assenza di sostegni e strutture statali, viene risolto in modo individuale, spesso sacrificando il lavoro della donna. Ciò può essere confermato dall'andamento registrato nell'anno 2008 relativamente, ad esempio, alle assenze per la cura dei figli o dei familiari (congedi parentali, malattia figlio, aspettativa non retribuita per assistenza a figli minori di 6 anni e permessi ai sensi della Legge 104/92), illustrato nelle tabelle che seguono. Il quadro delle assenze dà conto della composizione e del diverso utilizzo.

Tabella 18 Giornate di assenza per la cura di figli o familiari

Assenze per malattia figlio		
Sesso	Giorni assenza	Area Contrattuale
F	4288	COMPARTO
M	420	COMPARTO
F	130	DIRIGENZA
M	3	DIRIGENZA
Assenza per congedo parentale		
Sesso	Giorni assenza	Area Contrattuale
F	13298	COMPARTO
M	842	COMPARTO
F	644	DIRIGENZA
M	15	DIRIGENZA
Congedo non retribuito per gravi motivi di famiglia		
Sesso	Giorni assenza	Area Contrattuale
F	962	COMPARTO
F	21	DIRIGENZA
Congedo retribuito art. 42 D. Lgs. 151/01		
Sesso	Giorni assenza	Area Contrattuale
F	1842	COMPARTO
M	287	COMPARTO
Assenza per aspettativa non retribuita assistenza figli minori di anni 6		
Sesso	Giorni assenza	Area Contrattuale
F	2722	COMPARTO
M	338	COMPARTO
Assenze per permesso legge 104/92		
Sesso	Giorni assenza	Area Contrattuale
F	3312	COMPARTO
M	416	COMPARTO
F	157	DIRIGENZA
M	49	DIRIGENZA

Tabella 19 Incidenza percentuale delle giornate di assenza per cura dei familiari e dei figli e media delle giornate utilizzate, distribuzione per genere e area contrattuale

Distribuzione dipendenti sul totale		% giornate di assenza fatte e giornate medie di assenza											
%	Tipologie (genere e area contrattuale)	Congedo parentale		Malattia figlio		Permessi legge 104/92		Congedo non retribuito per gravi motivi familiari		Congedo retribuito art. 42 D. Lgs. 151/01		Aspettativa non retribuita figli minori 6 anni	
		%	Ggm	%	Ggm	%	Ggm	%	Ggm	%	Ggm	%	Ggm
65,83	femmine comparto	89,9	62,7	88,6	17,3	84,2	21,6	97,7	106,9	86,5	131,6	88,95	87,8
20,45	maschi comparto	5,7	44,3	8,7	10,5	10,6	20,8	0		13,5	143,5	11,05	84,5
6,08	femmine dirigenza	4,3	46,0	2,7	10,8	3,99	19,6	2,1	21,0	0		0	
7,64	maschi dirigenza	0,10	15,0	0,06	3,0	1,25	16,3	0		0		0	



Sebbene la componente femminile del comparto sia percentualmente significativa (oltre il 60% dei dipendenti), la tabella 19 evidenzia un utilizzo delle assenze per la cura di figli e familiari decisamente importante da parte di questa quota della popolazione aziendale. Una tale distribuzione, messa in relazione con il dato relativo alle giornate medie di assenza per le stesse causali (riportato sempre nella tabella 19), porta a considerare che la cura della famiglia risulta essere prevalentemente in carico alle donne (come il dato relativo alle giornate medie di assenza evidenzia anche fra la dirigenza, in particolare per le causali congedo parentale e malattia figlio) anche se si rilevano comportamenti diversi fra comparto e dirigenza (sia fra le donne che fra gli uomini), forse attribuibili alla possibilità di attivare supporti e aiuti di vario tipo sulla base della disponibilità economica. È chiaro che per comprendere correttamente e approfonditamente il fenomeno occorrono strumenti di cui attualmente non disponiamo nella gestione corrente del sistema informativo del personale. Tuttavia anche queste prime e parziali considerazioni ci paiono significative.

L'Azienda, anche nel corso dell'anno 2008, ha tentato di favorire la compatibilità dei tempi di vita e di lavoro attraverso la concessione degli strumenti a disposizione del personale: part time, esoneri dal lavoro notturno, congedi per gravi motivi di famiglia, aspettative seppur nei limiti e con le modalità previste dalla normativa in materia.

4.10 Le azioni in tema di servizi alla persona e agli operatori

Il nido aziendale

L'asilo aziendale dedicato ai figli dei dipendenti, attuato in sinergia con l'Azienda Sanitaria territoriale, il Comune di Parma, il contributo della Provincia di Parma e di finanziatori privati, rappresenta la realizzazione di un progetto innovativo rivolto ai lavoratori aziendali e d'interesse per l'intero tessuto sociale della città.

Il nido aziendale, oltre a favorire le politiche di conciliazione dei tempi e delle pari opportunità rivolte alle lavoratrici donne, offre ai padri e alle madri dipendenti l'opportunità di sperimentare la vicinanza e l'equilibrio tra ruolo di genitore e quello lavorativo con un'organizzazione che è pensata per garantire, a regime, l'apertura su sei giorni settimanali, durante i tradizionali periodi di interruzione dei servizi scolastici e con apertura ad orari flessibili.

Tra gli aspetti positivi dell'iniziativa risaltano la possibilità di concordare con il gestore un orario più flessibile ed adattabile a quello lavorativo rispetto agli orari delle strutture comunali, con il risultato di migliorare la qualità di vita dei dipendenti, generando ricadute positive sull'organizzazione del lavoro.

Dopo un periodo di naturale adattamento all'iniziativa, con la prossima annata scolastica la struttura, in considerazione delle domande pervenute, dovrebbe funzionare a pieno regime con possibilità per i dipendenti di sfruttare la versatilità della struttura mantenendo al centro della stessa il progetto pedagogico, coniugando ai bisogni dei bimbi un'organizzazione innovativa in relazione alle esigenze dei lavoratori.

I servizi alla persona

L'Azienda nel corso del 2008 ha posto in essere le seguenti azioni in tema di servizi alberghieri e alla persona.

Per quanto riguarda la vigilanza interna, l'obiettivo è stato adottare azioni per migliorare la sicurezza reale e percepita degli operatori, oltre che di chiunque frequenti l'ospedale. In questo senso:

1. sono state definite e diffuse a tutto il personale modalità operative per l'attivazione del servizio di vigilanza interna da parte del personale dipendente e delle ditte terze, puntando sulla massima accessibilità ai numeri telefonici dedicati a disposizione H24;
2. è stato implementato un nuovo sistema informativo web-based per processare le segnalazioni in tema di sicurezza e ordine pubblico pervenute, che vengono smistate entro 24 ore, festivi esclusi, tramite posta elettronica alle unità operative e/o ai servizi di tutto il personale in modo da assicurare un flusso costante di informazioni da e verso le unità operative e da e verso gli addetti al servizio di vigilanza interno;
3. si è proseguito nell'estensione del servizio di vigilanza (armata o non, a seconda delle singole esigenze) in alcune aree e fasce orarie critiche (in particolare rampa di accesso al Pronto Soccorso, oggetto di importanti lavori edili, e orari serali).



Per ciò che concerne la ristorazione, con particolare riguardo alla mensa aperta nel corso del 2007, sono state analizzate le principali criticità emerse, anche sulla base delle segnalazioni pervenute da parte del personale, e si è proceduto a valutare proposte per il miglioramento del servizio e, ove previsto contrattualmente, a contestare i disservizi.

In tema di servizi di tipo commerciale all'interno dell'Ospedale, è stata bandita una concessione di servizi di tipo non alimentare che saranno a disposizione a partire dal 2009 con previsione di facilitazioni per il personale. Tra gli esercizi commerciali che entreranno in funzione sono previsti una rivendita giornali / libreria e una rivendita articoli sanitari / merceria, con la previsione di giorni di apertura che incontrino i fabbisogni degli operatori che lavorano nei festivi.

Si è infine confermata l'offerta di un servizio gratuito di bus navetta con percorso all'interno dell'area ospedaliera. Il servizio è attivo con una frequenza di 15 minuti (12 nell'orario di maggiore utilizzo e cioè dalle 8 alle 13), finalizzato ad agevolare gli spostamenti tra area nord e sud dell'Ospedale e a collegare le unità operative ai principali parcheggi riservati al personale. Il bus navetta funziona dalle 7 alle 20, dal lunedì al venerdì. Gli utilizzi del servizio sono costantemente monitorati in modo da modularne l'offerta in relazione alle esigenze di chi accede in Ospedale.

Nel corso dell'anno 2008, è stata data piena realizzazione al "Piano Sosta Aziendale", avviato nella seconda metà dell'anno 2007 per disciplinare l'accesso e la sosta nell'area ospedaliera consentendoli solo ad alcune categorie, cioè utenti deboli e dipendenti con orario disagiato.

Possono quindi accedere e sostare all'interno dell'area ospedaliera con apposito permesso rilasciato dall'Azienda, valido solamente negli spazi appositamente individuati dalla segnaletica verticale e delimitati da righe gialle, i veicoli:

- degli operatori aziendali ad orario disagiato, la cui attività lavorativa inizia o finisce nella fascia oraria in cui non sono in servizio i mezzi pubblici (dalle 0.00 alle 07.00 e dalle 20.00 alle 24.00)
- degli operatori aziendali con temporanee e gravi difficoltà fisiche certificate dal medico competente ai sensi del D. Lgs. 626/94.

L'Azienda ha pertanto intrapreso una serie di iniziative volte ad agevolare i dipendenti che non si trovano nelle condizioni sopra descritte, non solo per quanto riguarda il tragitto casa-lavoro ma anche per quanto riguarda il parcheggio della propria autovettura negli orari di permanenza al lavoro.

Nello specifico, è stata attivata una convenzione con Infomobility e Comune di Parma che riserva la possibilità di abbonamenti a tariffa agevolata nei parcheggi delimitati dalle righe blu, in due zone adiacenti all'Ospedale. Gli abbonamenti sono assegnati ai dipendenti che osservano un orario di lavoro non disagiato e che ne fanno apposita richiesta sulla base di una graduatoria che, in osservanza alle normative e regolamentazioni sulla qualità dell'aria, è redatta in base al criterio della distanza dalla residenza (o dal domicilio) al luogo di lavoro. Nell'anno 2008 tali abbonamenti a tariffa agevolata sono stati richiesti ed ottenuti da 51 dipendenti.

Inoltre, l'Azienda ha aderito ad una convenzione con la TEP (l'azienda di trasporti locale) per riservare agli operatori dell'Ospedale abbonamenti agli autobus urbani ed extra urbani a tariffa agevolata. Questa agevolazione è stata richiesta da n. 49 operatori.