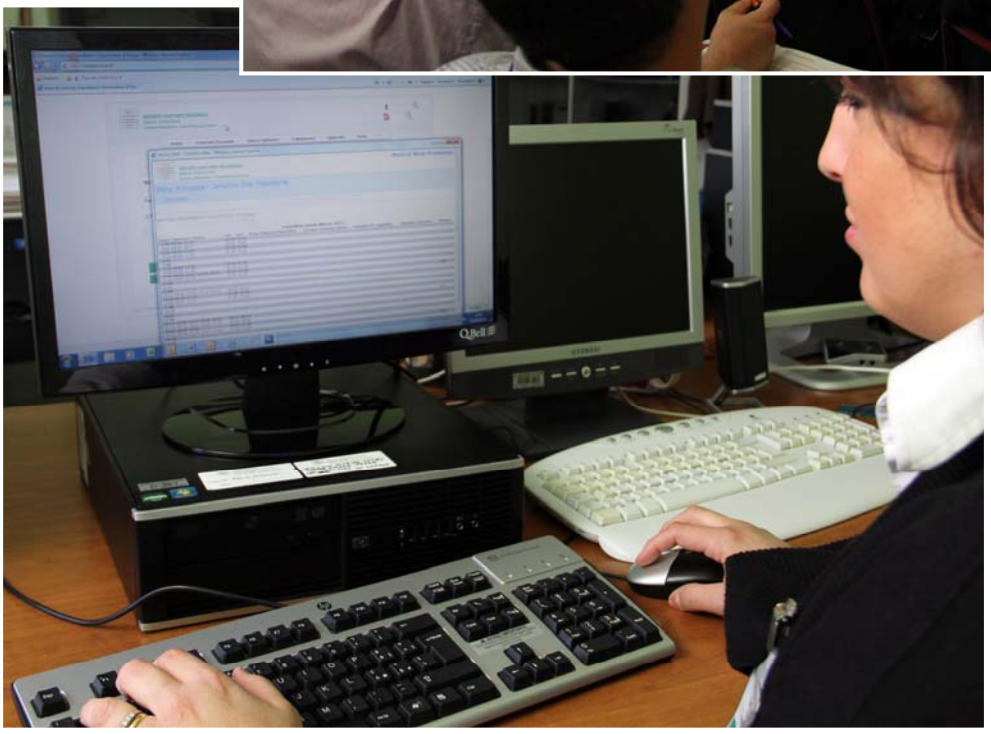
4 Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione

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
- La visione di genere dell'organizzazione del lavoro
- Partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa
- Gestione del rischio e sicurezza
- Ridefinizione dei ruoli professionali in relazione allo sviluppo delle strategie aziendali
- Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti
- Formazione
- La formazione degli operatori sanitari nell'ambito relazionale: dalla cura al prendersi cura
- 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

Variation during
lifetime



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

4.1 La "carta di identità" del personale

L'Azienda Ospedaliera di Parma si pone, nel contesto provinciale, come una delle maggiori "aziende" del territorio quanto alla dimensione occupazionale. Di conseguenza, nell'organizzazione aziendale assume un'importanza strategica, sia per il ruolo svolto sia per valore complessivo, il capitale umano. Dalle tabelle che seguono, si può analizzare il tipo di rapporto contrattuale, la suddivisione in categorie professionali, il genere, l'età anagrafica eccetera.

Il personale grazie al quale viene svolta l'attività dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, alla data del 31.12.2010, è costituito da 4.166 unità.
Si rileva, nello specifico come già evidenziato nei precedenti anni, la netta prevalenza del personale dipendente dal SSN (91%), rispetto alle altre tipologie di rapporti professionali. Circa il 6% è rappresentato dal personale universitario che svolge attività assistenziale e, rispetto al dato degli anni scorsi, risulta in progressiva diminuzione.
Risulta altresì in tendenziale diminuzione il numero relativo al personale con contratto di lavoro flessibile (incarichi libero professionali e a rapporto di collaborazione). Si tratta di contratti attivati prevalentemente per l'espletamento di progetti aziendali ed in buona parte finanziati con fondi extra aziendali, e costituiscono il 2,8% circa del totale delle professionalità presenti in Azienda.

Tabella 1 Andamento delle dotazioni organiche per tipologia contrattuale e ruolo, anni 2008-2010

	Anni	Personale ruolo sanitario	Personale ruolo professionale	Personale ruolo tecnico	Personale ruolo amministrativo	TOTALE
Tempo indeterminato*	31.12.2008	2407	6	907	186	3506
	31.12.2009	2409	6	942	194	3551
	31.12.2010	**2475**	**8**	**967**	**187**	**3637**
Tempo determinato	31.12.2008	121	1	92	1	215
	31.12.2009	82	1	59	1	143
	31.12.2010	**108**	**0**	**52**	**3**	**163**
Altro personale (incarichi libero-professionali e a rapporto di collaborazione)	31.12.2008	142	4	6	9	161
	31.12.2009	136	2	4	8	150
	31.12.2010	**108**	**0**	**2**	**6**	**116**

* 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 2008-2010

	Anni	Personale ruolo sanitario	Personale ruolo professionale	Personale ruolo tecnico	Personale ruolo amministrativo	TOTALE
Personale universitario	31.12.2008	251	0	4	40	295
	31.12.2009	240	0	4	37	281
	31.12.2010	**212**	**0**	**5**	**33**	**250**

Si forniscono, nei prospetti seguenti, alcuni elementi di considerazione rispetto alla distribuzione dei dipendenti per età e per genere, la cui disamina sarà approfondita e trattata al successivo punto 4.2.
Anche per il 2010 si conferma la marcata prevalenza di personale di sesso femminile (il 71% sul totale) rispetto a quello maschile.

Grafico 1 Distribuzione dei dipendenti S.S.R a tempo indeterminato per età e genere, anni 2008-2010

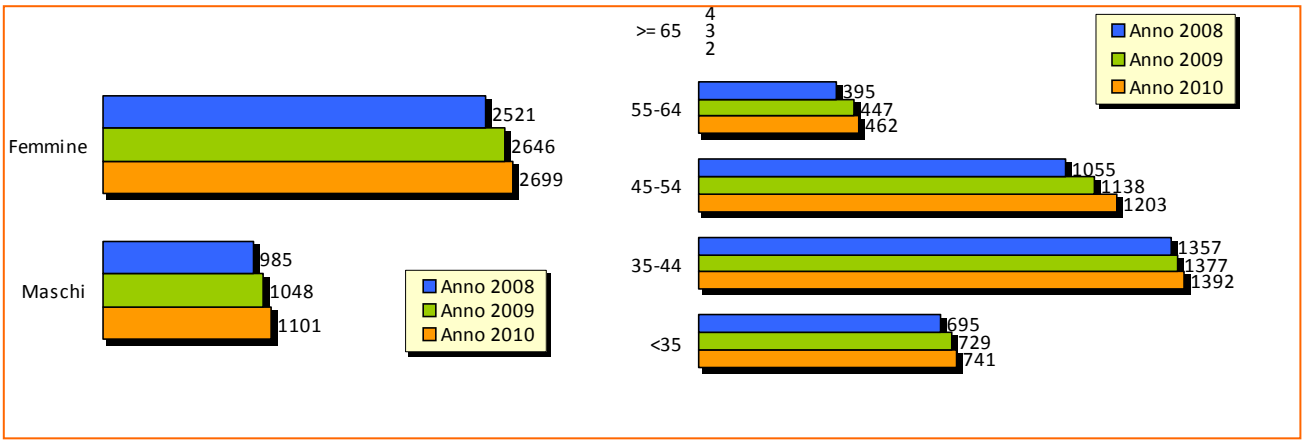


Grafico 2 Distribuzione del personale universitario per età e genere, anni 2008-2010.

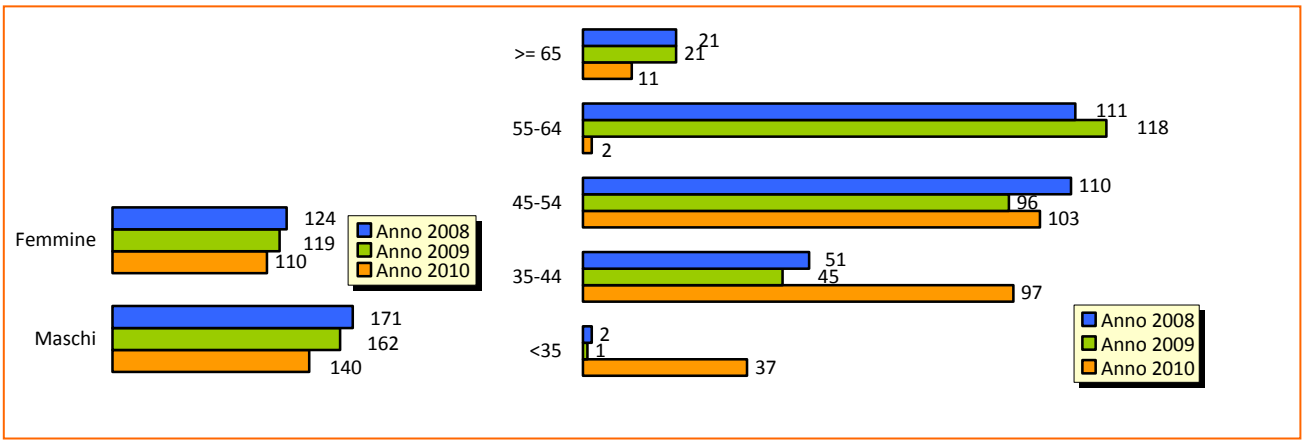
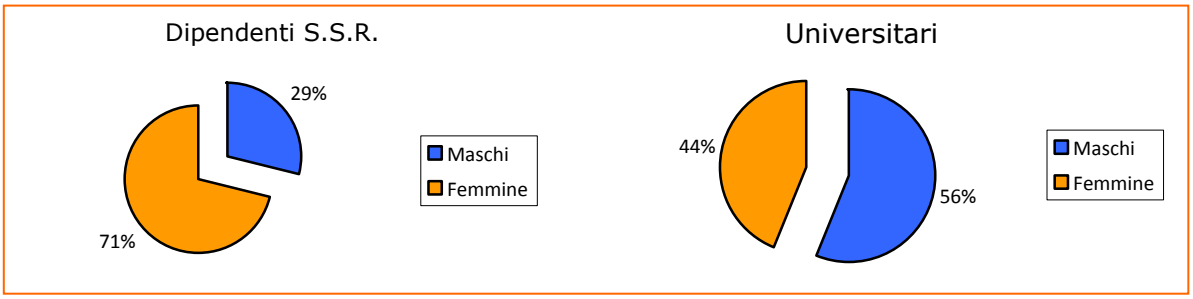


Grafico 3 Distribuzione per genere dei dipendenti S.S.R. e universitari, anno 2010



Relativamente all'età anagrafica, la fascia di età maggiormente rappresentata, quanto al personale dipendente del S.S.R., analogamente agli esercizi precedenti, risulta essere quella compresa tra i 35 e i 44 anni. Invece il personale universitario si colloca prevalentemente nella fascia di età compresa tra i 44 e i 54 anni, con una netta prevalenza della componente maschile.

Tabella 3 Distribuzione dei dipendenti S.S.R. a tempo indeterminato per categorie, genere e accesso al part time, anni 2008-2010

al 31.12.2008 Categorie	M tempo pieno	F tempo pieno	M part time <=50	F part time <=50	M part time oltre 50	F part time oltre 50	Totale M	Totale F	Totale
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
al 31.12.2009 Categorie	**M tempo pieno**	**F tempo pieno**	**M part time <=50**	**F part time <=50**	**M part time oltre 50**	**F part time oltre 50**	**Totale M**	**Totale F**	**Totale**
Dirigenti medici	254	162	0	0	0	9	254	171	425
Altri dirigenti (sanitari - APT)	17	43	0	0	0	3	17	46	63
Personale infermieristico	284	991	1	18	12	289	297	1298	1595
Personale della riabilitazione	5	38	2	2	1	7	8	47	55
Personale tecnico della prevenzione	0	3	0	1	0	0	0	4	4
Personale tecnico sanitario	104	162	1	0	0	15	105	177	282
Altro personale ruolo tecnico	150	210	2	0	4	20	156	230	386
Personale OTA, OSS, ausiliario	130	372	0	3	5	46	135	421	556
Personale amministrativo	25	120	0	3	0	37	25	160	185
Totale	969	2101	6	27	22	426	997	2554	3551
al 31.12.2010 Categorie	**M tempo pieno**	**F tempo pieno**	**M part time <=50**	**F part time <=50**	**M part time oltre 50**	**F part time oltre 50**	**Totale M**	**Totale F**	**Totale**
Dirigenti medici	266	180	0	0	0	7	266	187	453
Altri dirigenti (sanitari - APT)	20	45	0	0	0	3	20	48	68
Personale infermieristico	310	1001	0	21	10	292	320	1314	1634
Personale della riabilitazione	7	37	2	2	1	6	10	45	55
Personale tecnico della prevenzione	0	3	0	1	0	0	0	4	4
Personale tecnico sanitario	105	160	0	0	0	15	105	175	280
Altro personale ruolo tecnico	157	222	2	0	3	24	162	246	408
Personale OTA, OSS, ausiliario	136	369	0	3	2	47	138	419	557
Personale amministrativo	27	114	0	1	0	36	27	151	178
Totale	1028	2131	4	28	16	430	1048	2589	3637

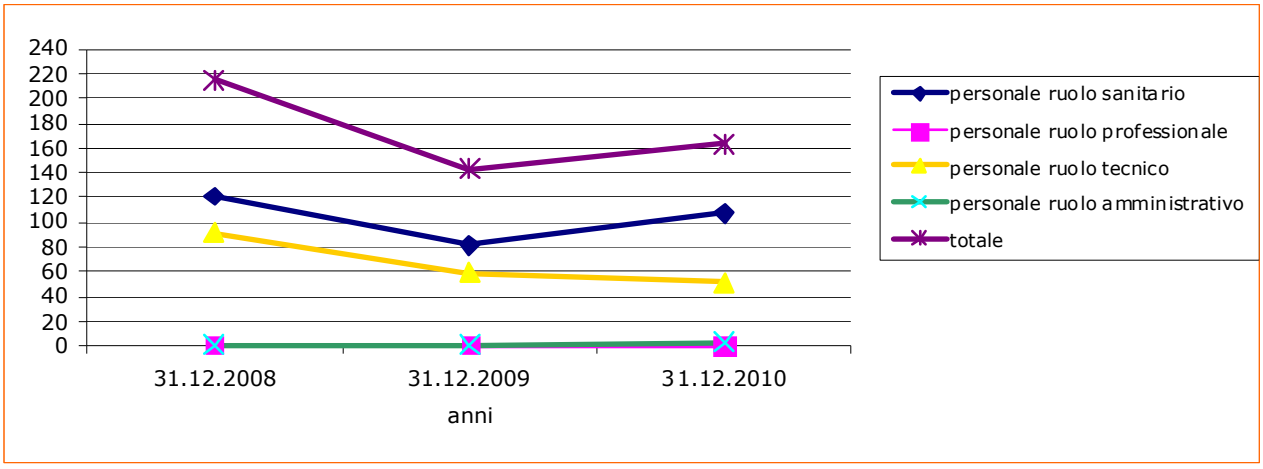
Il dato relativo al ricorso al part time (circa l'11% del personale complessivo) ribadisce il principio secondo cui si tratta di una scelta prevalentemente femminile e, in particolare, del personale dell'area del comparto.

Tabella 4 Personale straniero al 31.12.2010 – Distribuzione nazionalità extra italiana Area comparto

Nazionalità	Femmine	% Femmine	Maschi	% Maschi
ALBANESE	2	100%	0	0,0%
ARGENTINA	1	100%	0	0,0%
GRECA	0	0,0%	1	100%
MAROCCHINA	1	100%	0	0,0%
PARAGUAIANA	21	91,30%	2	8,70%
POLACCA	4	100%	0	0,0%
RUMENA	45	95,74%	2	4,26%
SERBA	1	100%	0	0,0%
UCRAINA	1	100%	0	0,0%
LITUANA	1	100%	0	0,0%
Totali	77	93,90%	5	6,10%

Analizzando l'informazione relativa alla cittadinanza, si evince che l'Azienda annovera tra i propri operatori anche personale straniero, proveniente in prevalenza da paesi dell'Unione Europea ma anche da paesi extracomunitari.

Grafico 4 Distribuzione personale dipendente a tempo determinato per ruolo, anni 2008-2010



L'anno 2010 è stato interessato dall'applicazione dei protocolli d'intesa in materia di stabilizzazione del lavoro precario e valorizzazione delle esperienze lavorative e dei corrispondenti piani triennali con le rappresentanze sindacali delle tre aree di contrattazione. In particolare, si è proceduto al completamento delle politiche di stabilizzazione del precariato relativamente al personale dell'area comparto e all'attuazione dei piani di stabilizzazione per le aree della Dirigenza medica e sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa, mediante l'indizione delle procedure concorsuali per i restanti profili coinvolti, in quanto l'anno 2010 è stato individuato quale termine ultimo per l'avvio delle relative procedure di reclutamento.
Le assunzioni a tempo indeterminato nell'ambito di tale processo sono state n. 40 per l'area comparto, n. 16 per l'area della dirigenza medica e n. 3 per l'area della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa.
Pur tenendo presente gli indirizzi regionali diretti a contenere il ricorso a rapporti di lavoro a tempo determinato o a contratti di collaborazione professionale, nell'anno 2010 si rileva una inversione di tendenza rispetto agli anni precedenti sul personale in servizio con rapporto di lavoro a tempo determinato, come si evince dal grafico di cui sopra. Ciò è da ricondurre alle variazioni dell'assetto organizzativo e ad adeguamenti assistenziali che hanno determinato incrementi nelle necessità di personale, soprattutto tecnico, sanitario e infermieristico, in modo particolare per le attività correlate all'attuazione dei progetti del Nuovo Ospedale, come più diffusamente illustrato nel paragrafo seguente.

Mobilità del personale

La tabella che segue consente di analizzare l'aumento o la diminuzione delle risorse umane presenti nell'azienda nel corso del triennio 2008-2010. Se tassi di turn over alti possono rappresentare un problema da considerare con attenzione, occorre rilevare che una certa quota di turn over è fisiologica e non può essere ridotta a zero. Tuttavia, è certamente necessario monitorarne l'incidenza e l'andamento nel tempo (cfr. di seguito "Il turnover del personale infermieristico: un'indagine per descrivere il fenomeno").

Nel periodo considerato, si rileva nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma un incremento di personale pari a 168 unità. A questo riguardo occorre tuttavia evidenziare che, per l'anno 2010 rispetto all'anno 2009, l'incremento si limita a 87 unità rispetto all'anno precedente.

Nel corso dell'anno 2010 sono infatti proseguite le rilevanti modifiche organizzative e adeguamenti assistenziali che hanno determinato incrementi nelle necessità di personale, soprattutto tecnico sanitario e infermieristico, in modo particolare per le attività correlate all'attuazione dei progetti del Nuovo Ospedale.

L'incremento rilevato riguarda, quasi esclusivamente, il personale dedicato all'assistenza e, segnatamente, il personale medico, il personale del ruolo tecnico - Oss - ed il personale infermieristico .

Con specifico riferimento all'area medica, l'aumento della dotazione organica è in massima parte da ricondurre alle politiche di graduale trasformazione delle posizioni di lavoro già ricoperte da personale precario in posizioni di lavoro dipendente a tempo determinato, in applicazione dei piani pluriennali previsti dagli indirizzi regionali contenuti nei protocolli già sottoscritti con le Organizzazioni Sindacali 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). Per quanto concerne, invece, il personale tecnico - seguendo la tendenza già avviata negli anni scorsi – l'incremento è dovuto allo sviluppo del modello organizzativo delineato dalla direzione del Servizio Assistenziale, che prevedeva la completa integrazione del personale Oss in tutte le unità operative coinvolte nei trasferimenti logistici volti a dar corso alla nuova struttura ospedaliera.

Relativamente al personale infermieristico la parte preponderante dell'incremento è correlata all'attivazione del nuovo Pronto Soccorso, la cui nuova struttura ha imposto l'adozione di diversi modelli organizzativi per l'erogazione delle prestazioni assistenziali, determinando la necessità di potenziare in modo massiccio l'organico, anche del personale medico e di supporto.

Inoltre l'avvio di progetti aziendali, quali:

- il progetto riorganizzativo correlato alle dialisi urgenti effettuate nelle Terapie intensive,
- l'attivazione della lungodegenza a gestione infermieristica (LIDI) – dedicata a pazienti geriatrici già in carico all'U.O. Lungodegenza critica le cui condizioni non richiedono più il monitoraggio costante del medico ma che necessitano del completamento di un piano terapeutico già ben definito dall'équipe medica,
- l'attuazione del progetto regionale PERIMED, relativo alla assistenza perioperatoria del paziente chirurgico,

hanno reso indispensabile procedere ad un adeguamento dell'organico al fine di rendere una adeguata ed efficiente erogazione agli utenti delle prestazioni necessarie alla cura.

Tabella 5 Mobilità del personale, anni 2008-2010

Mobilità in uscita	2008	2009	2010	2008-2010
Limite età	9	10	5	24
Dimissioni	91	41	96	228
Passaggio altra amm.ne	72	96	80	248
Pass. altra amm. Legge 59/97	0	0	0	0
Altre cause	46	5	11	62
Mobilità in entrata	**2008**	**2009**	**2010**	**2008-2010**
Provenienti altre amm.ni	19	12	25	56
Provenienti altre amm.ni legge 59/97	0	0	0	0
Procedure concorsuali	220	181	247	648
Altre cause	10	9	7	26
Differenza	+31	+50	+87	+168

Tabella 6 Cessati per categorie, anni 2008-2010.

Categorie	Pass. altra amm.ne	Dimissioni	Limite età	Altre cause
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
Anno 2009				
Dirigenti medici	4	7	0	0
Altri dirigenti (sanitari - A.P.T.)	1	0	2	0
Personale infermieristico	64	17	3	2
Personale della riabilitazione	0	0	0	1
Personale tecnico della prevenzione	1	0	0	0
Personale tecnico sanitario	8	7	0	0
Altro personale ruolo tecnico	0	5	5	2
Personale OTA, OSS, ausiliari	16	2	0	0
Personale amministrativo	2	3	0	0
Anno 2010				
Dirigenti medici	8	19	1	2
Altri dirigenti (sanitari - A.P.T.)	3	3	0	2
Personale infermieristico	27	29	1	0
Personale della riabilitazione	0	2	1	0
Personale tecnico della prevenzione	0	0	0	0
Personale tecnico sanitario	10	12	1	1
Altro personale ruolo tecnico	1	16	1	5
Personale OTA, OSS, ausiliari	29	7	0	0
Personale amministrativo	2	8	0	1

Tabella 7 Assunti per categorie, 2008-2010

Categorie	Provenienti altre amm.ni	Procedure concorsuali	Altre cause
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
Anno 2009			
Dirigenti medici	1	17	0
Altri dirigenti (sanitari - A.P.T.)	0	2	1
Personale infermieristico	9	60	5
Personale della riabilitazione	0	0	0
Personale tecnico della prevenzione	0	0	0
Personale tecnico sanitario	0	25	0
Altro personale ruolo tecnico	0	10	0
Personale OTA, OSS, ausiliari	2	59	0
Personale amministrativo	0	8	3
Anno 2010			
Dirigenti medici	6	49	3
Altri dirigenti (sanitari - A.P.T.)	0	7	1
Personale infermieristico	11	84	0
Personale della riabilitazione	0	3	0
Personale tecnico della prevenzione	0	0	0
Personale tecnico sanitario	2	20	0
Altro personale ruolo tecnico	2	9	1
Personale OTA, OSS, ausiliari	2	74	0
Personale amministrativo	2	1	2

"Il turnover del personale infermieristico: un'indagine per descrivere il fenomeno"

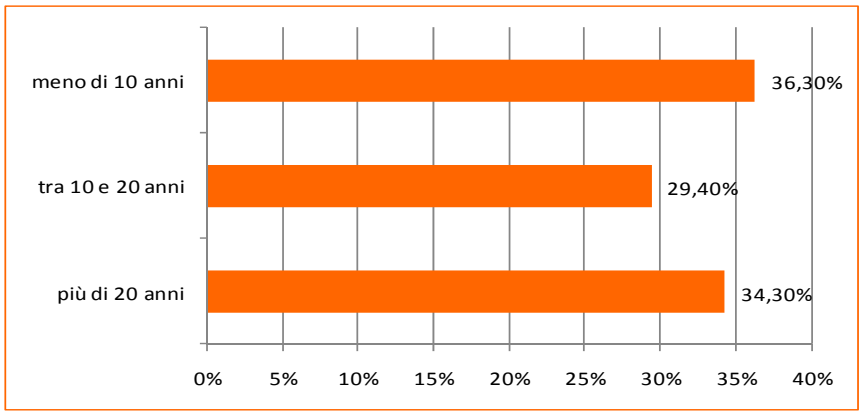
L'Azienda, nel 2010, ha aderito ad un progetto di ricerca promosso dall'Agenzia Sanitaria e Sociale regionale nato dall'esigenza di comprendere le possibili motivazioni del turnover del personale infermieristico all'interno delle Aziende Sanitarie della Regione. Il fenomeno comporta per le Aziende una serie di difficoltà non solo a livello di unità operativa (in termini di efficienza e qualità dell'assistenza), ma anche a livello di amministrazione del personale (in termini di costi e impegno di risorse). La domanda di partenza è: "che cos'è che trattiene l'infermiere all'interno dell'Azienda e che cosa invece lo spinge a

volerne uscire e a cambiare?". Le risposte al quesito permettono di comprendere quali elementi dell'organizzazione (il modo di vivere in azienda, il clima organizzativo, la motivazione, la comunicazione) possano favorire il trattenimento degli infermieri all'interno dell'Azienda di appartenenza.
L'indagine è stata condotta attraverso la somministrazione di un questionario ad un campione regionale di 1207 infermieri, 394 questionari sono stati compilati dagli infermieri appartenenti al campione selezionato in AOU. Il questionario ha indagato, anche attraverso l'utilizzo di strumenti validati presenti in letteratura, diversi aspetti raccogliendo informazioni riguardo:

- dati socio-anagrafici (azienda, età, genere, regione di nascita, provincia di residenza, stato civile, composizioe del nucleo familiare, livello di istruzione);
- dati relativi all'esperienza lavorativa (anzianità di servizio, area di servizio, turni e orari, corsi di formazione, desiderio di cambiare professione e/o azienda);
- dati che descrivono il momento dell'accoglienza in azienda (colloquio di orientamento, percezione di disponibilità dell'azienda all'accoglimento delle richieste dei lavoratori, percezione di ascolto/supporto, qualità percepita dell'inserimento);
- dati relativi al territorio di residenza (modalità e tempi di viaggio per recarsi al lavoro, tempo di residenza);
- senso di Comunità: (ad esempio, "Penso che il paese/città in cui vivo sia un buon posto dove vivere");
- clima organizzativo nelle aziende sanitarie indagando quattro dimensioni del clima (organizzazione, cliente, miglioramento, relazione professionale);
- condizioni psicosociali del lavoro: l'impegno lavorativo richiesto, il controllo sul proprio lavoro e il supporto sociale percepito;
- soddisfazione lavorativa: il livello di soddisfazione relativo a una serie di componenti psicosociali e materiali della propria professione (ad esempio, "I rapporti con i pazienti"; "La retribuzione economica");
- burnout;
- autoefficacia: la percezione della propria capacità individuale di gestire situazioni stressanti.

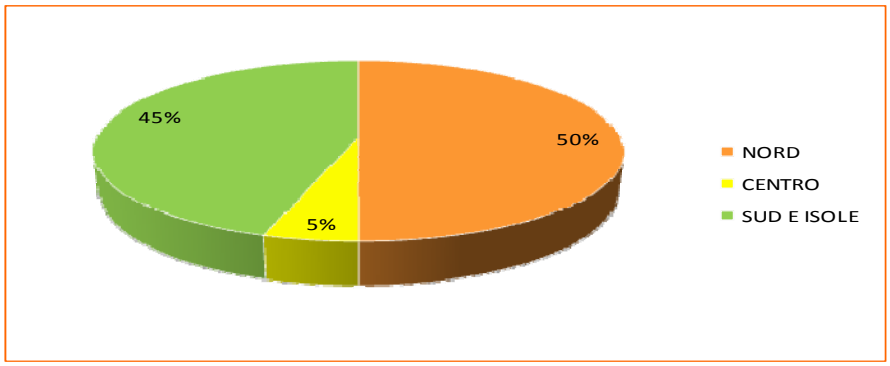
I dati riferiti all'AOU di Parma descrivono un campione di persone composto per il 79.3% da sesso femminile e per il 20,7% da uomini. L'età dei soggetti appartenenti al campione è compresa tra i 24 ed i 58 anni, con una media uguale a 40,26 anni (± 7,92), mentre l'anzianità di servizio risulta essere bilanciata nelle tre fasce di età prese in considerazione.
Il 36,3% della popolazione lavora in Azienda da meno di 10 anni (il 9,6% da 1-3 anni), il 29,4% da 10-20 anni, il 34,3% da oltre 20 anni.
L'acquisizione del contratto di tempo indeterminato dichiarato dai partecipanti risulta equamente rappresentato nella popolazione partecipante allo studio: il 33,3% risulta essere assunto di ruolo da meno di 10 anni, il 30,8% da 10-20 anni, il 35,9% da più di 20 anni.

Grafico 5 Anzianità di servizio in Azienda



Il personale infermieristico del campione risulta essere quasi nella totalità di cittadinanza italiana, con una presenza straniera intorno al 4,3%, soprattutto di nazionalità rumena (2%). Per ciò che riguarda la regione di provenienza del personale italiano, si riscontra l'elevata presenza nel campione di soggetti provenienti dal Sud Italia e dalle Isole: le regioni più rappresentate sono la Puglia (17,5%), la Campania (10,7%) e la Sicilia (8,5%). Tra le regioni del nord è prevalente la provenienza dall'Emilia-Romagna (39,7%) e dalla Lombardia (4,9%).

Grafico 6 Provenienza degli infermieri



La maggior parte degli intervistati svolge la sua attività a tempo pieno ed il turno più rappresentativo appare essere quello sulle 24 ore (mattino-pomeriggio-notte).

Il clima organizzativo all'interno dell'Unità Operativa/Servizio

Analizzando i dati relativi alle risposte dalla domanda del questionario che analizza in specifico il clima organizzativo si riscontra, in una scala Likert da 1 a 10, dove 10 corrisponde ad una elevato accordo con la domanda posta, una percezione media del clima organizzativo sufficientemente buona, ma non ottima (M=5,76, ds=1,84). Per quanto riguarda la gestione dei turni la maggior parte della popolazione esaminata giudica per niente/poco soddisfacente la sua conduzione (57,3%), in particolare quando si domanda se capita di svolgere reperibilità non programmate, il 47,2% indica "mai/raramente", il 25,2% "poco", il 27,6% "abbastanza spesso/molto spesso". La maggioranza degli infermieri svolge attività straordinaria, chi per scelta (31,7%), chi invece per obbligo (23%).

Per ciò che concerne invece le ferie, alla domanda se si riesce a godere di tutte le ferie che spettano, il 31,5% afferma di no e anche tra coloro che riescono ad usufruirne in realtà il 23% dichiara di doversi adattare alle esigenze lavorative e di non riuscire a prenderle sempre quando si desidera.

Positivo risulta essere l'atteggiamento tra colleghi in merito alla disponibilità di cambiare i turni: l'86,9% si viene incontro "abbastanza spesso/molto spesso".

Aggiornamento e formazione

La qualità riferita risulta essere "abbastanza" soddisfacente (67,4%). Quasi la totalità degli intervistati (89,8%) afferma di aver frequentato almeno un corso di aggiornamento, tra cui il 68,7% più di uno negli ultimi 12 mesi.

L'accoglienza in Azienda e l'inserimento nell'Unità Operativa

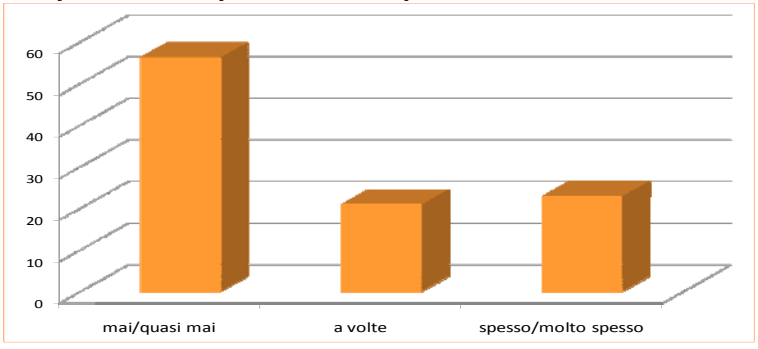
Riguardo all'accoglienza, intesa come colloquio di orientamento al momento dell'assunzione in azienda, la maggior parte dei partecipanti (52%) dichiara di non avere effettuato un incontro ed il 58,3% di essere "per niente/poco" soddisfatto del colloquio. Continuando, la maggioranza (54,8%) percepisce "per niente/poco disponibile" l'Azienda nell'accogliere le preferenze/richieste del neo-assunto.

Le cose migliorano quando si chiede di ricordare il periodo di inserimento in Unità Operativa: la maggioranza degli infermieri (44,2%) ritiene di essersi sentito "abbastanza" ascoltato e supportato, ed inoltre "abbastanza" soddisfatto della qualità complessiva del suo inserimento (52,1%).

Il desiderio di lasciare/cambiare professione

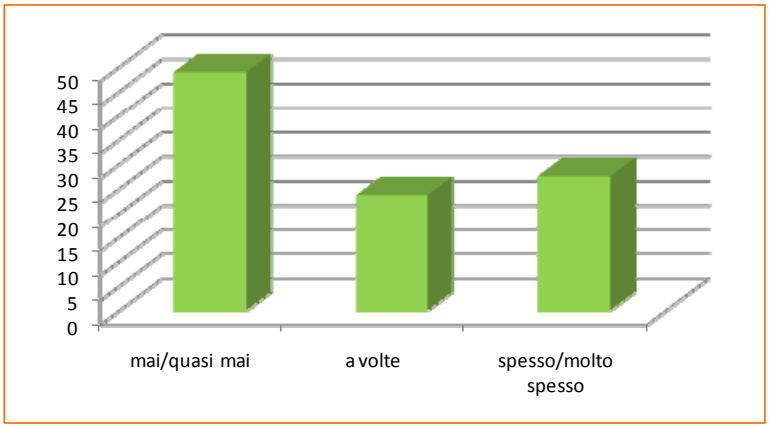
Il desiderio da parte dei partecipanti di cambiare completamente lavoro si riscontra "mai/quasi mai" espresso per la maggioranza (56,2%).

Grafico 7 Domanda "Da quando lavora in questa U.O. ha mai desiderato cambiare completamente professione? (uscire dall'ambito sanitario?)



Indagando il desiderio di svolgere la professione da un'altra parte emerge come i soggetti con età inferiore o uguale a 40 anni manifestano maggiormente la volontà di cambiare unità operativa o Azienda rispetto ai soggetti con più di 40 anni di età. I soggetti provenienti dalle regioni del Nord hanno meno interesse al cambiamento rispetto a quelli provenienti da Sud e Isole. Ancora, le risposte alla domanda "Da quando lavora in questa unità operativa ha mai desiderato svolgere questa professione da un'altra parte (cambiare U.O./Azienda)?" I soggetti che svolgono la professione di infermiere di ruolo da meno di 10 anni indicano di aver pensato più spesso ad un cambiamento di Azienda o Unità Operativa, rispetto a coloro che svolgono l'attività in ruolo da 10-20 anni e da più di 20 anni.

Grafico 8 Domanda "Da quando lavora in questa U.O. ha mai desiderato svolgere questa professione da un'altra parte? (cambiare Azienda/U.O.)



Si è voluto domandare altresì se l'intervistato avesse già in precedenza effettuato degli spostamenti nel corso della carriera lavorativa: tra coloro che rispondono in maniera affermativa il 49,2% riferisce di aver svolto la sua attività in un'altra unità operativa di questa azienda, il 9,2% in un'altra Azienda della Regione Emilia-Romagna, il 13,8% in una Azienda fuori Regione.
È interessante riscontrare come, associando la regione di provenienza a coloro che hanno già lavorato in un'altra unità operativa e in una Azienda fuori Regione, si evidenzi una maggiore inclinazione agli spostamenti di coloro che provengono dall'Italia del Sud e Isole.
In ultima istanza, si è voluto domandare quali sono le previsioni di trasferimento, ovvero se vi è o meno l'intenzione di cambiare unità operativa, o Azienda in Regione Emilia Romagna, o Azienda fuori Regione nel corso dell'anno. Poco meno della metà (44,3%) non esclude/afferma di voler cambiare unità operativa, la percentuale diminuisce per una richiesta di trasferimento in un'altra Azienda della Regione (18,2%), mentre torna ad aumentare quando si parla di un trasferimento fuori Regione (24,7%), dove i dati trovano associazione con l'età anagrafica, il genere e ancora la regione di provenienza del campione: è probabile che l'intenzione di richiedere trasferimento fuori Regione avvenga in età giovane (≤ 40 anni), tra coloro di sesso maschile e che provengono dall'Italia del Sud e Isole.

Senso di comunità

Il senso di comunità risulta essere alto per il 65% della popolazione intervistata con una differenza tra gli infermieri provenienti dall'Italia del Centro-Sud che manifestano un minore senso di comunità rispetto alla popolazione del Nord. Coloro che risultano svolgere la propria attività di ruolo da meno di 10 anni manifestano un minor senso di comunità, dato che tende a trasformarsi positivamente con l'aumentare dell'età lavorativa.

Job satisfaction

La Job satisfaction risulta essere alta per il 64,9% della popolazione intervistata. Da un approfondimento si delinea che coloro che hanno un'età inferiore/uguale a 40 anni manifestano una minore soddisfazione lavorativa rispetto ai soggetti con più di 40 anni. Ancora, coloro che risultano svolgere la propria attività di ruolo da meno di 10 anni manifestano una minora soddisfazione lavorativa, rispetto alle altre due fasce lavorative.

Burnout

Analizzando i dati provenienti dalla domanda che analizza in specifico il burnout si riscontra, in una scala Likert da 1 a 6, dove 6 corrisponde alla frequenza con la quale il soggetto prova le reazioni stressanti proposte rispetto al suo lavoro, una percezione media delle capacità dei soggetti di sostenere e scaricare lo stress accumulato sufficiente, ma non ottima.

Self Efficacy

Analizzando i dati provenienti dalla domanda che analizza in specifico la percezione che il soggetto ha della propria capacità di portare a termine con successo il compito che si trova ad affrontare si riscontra, in una scala Likert da 1 a 4, dove 4 corrisponde ad una elevato accordo con l'affermazione posta, una percezione media della Self Efficacy buona. Andando ad analizzare le medie, si delinea che i soggetti di sesso femminile manifestano un minore senso di autoefficacia rispetto ai soggetti di sesso maschile.

L'ulteriore analisi ha riguardato le risposte alle domande del questionario che riguardano la previsione di chiedere trasferimento entro un anno per comprendere quali variabili indipendenti possono influire su questa scelta:

Disponibilità all'ascolto*:* una diminuzione nella percezione dell'individuo di sentirsi ascoltato e supportato aumenta la previsione di voler chiedere trasferimento ad un'altra U.O

Burnout: all'aumentare della percezione di stanchezza emotiva aumenta la previsione di voler chiedere trasferimento ad un'altra unità operativa.

Senso di comunità*:* all'aumentare della percezione di sentirsi bene nel paese dove si abita diminuisce la previsione di voler chiedere trasferimento in un'Azienda fuori Regione.

Regione di nascita*:* tra coloro che provengono da fuori Regione Emilia-Romagna è più frequente la volontà di non chiedere trasferimento in un'Azienda fuori Regione.

Dall'indagine si delineano i principali fattori che spingono gli infermieri a lasciare il posto di lavoro e vengono messi in luce aspetti positivi e negativi che descrivono una realtà diversificata. Molta importanza viene riconosciuta alla formazione continua e all'aggiornamento, così come all'atteggiamento di disponibilità dei colleghi ritenuto un importante supporto per superare i disagi imposti dai tempi di lavoro e dai turni. Il gruppo di lavoro e la formazione pongono le basi per un ambiente lavorativo competente e cooperativo.

Poca soddisfazione viene espressa sulla gestione dei turni, sull'eventualità di svolgere reperibilità non programmate, sull'obbligo di effettuare attività straordinarie e sull'impossibilità di riuscire a godere di tutte le ferie che spettano.

L'accoglienza dell'infermiere nuovo assunto presenta aspetti critici legati alla percezione di scarsa disponibilità all'ascolto e all'accettazione delle preferenze espresse. Una disponibilità decisamente maggiore viene percepita all'interno dell'Unità Operativa dove il neo assunto si sente accolto e supportato durante la fase di inserimento. Va altresì considerato che, soprattutto quando si parla di infermieri provenienti da altre regioni d'Italia, il processo di inserimento non si limita all'aspetto lavorativo, ma diventa un inserimento su scala più ampia che comprende anche il territorio (città o paese) nel quale l'infermiere sceglie la propria residenza.

Lo strumento utilizzato ha consentito di evidenziare che il senso di comunità sia tendenzialmente elevato, per cui gli infermieri intervistati riportano un generale senso di "legame forte" con il territorio: considerano la città di Parma un buon luogo in cui vivere, si sentono parte della comunità e auspicano di proseguire la residenza ancora a lungo.

Riguardo gli aspetti psicosociali del lavoro il campione di infermieri restituisce un'immagine positiva, se pur non ottimale. In particolare gli intervistati percepiscono un clima organizzativo sufficientemente buono, i meccanismi operativi delle UU.OO. e dei servizi dell'Azienda sono percepiti come mediamente funzionali e in grado di garantire un clima generale positivo, ma lasciano ampi margini di miglioramento. Il dato emerge dalle risposte fornite riguardo alle domande che indagano l'opinione sul contenuto della propria attività professionale (carico di lavoro, capacita di controllo, supporto da parte dell'organizzazione, autonomia professionale). L'indice di soddisfazione lavorativa appare di poco sopra la media, mentre il livello di autoefficacia lavorativa viene percepito come decisamente alto. Si tratta di un dato positivo che deve considerato nel contesto finora descritto: è infatti plausibile immaginare che il senso di saper fare bene il proprio lavoro resti in qualche modo indipendente dagli altri aspetti sopra descritti, ovvero che il livello di autoefficacia sia una misura fortemente individuale che non risente troppo di un clima organizzativo non sempre ideale. Il livello di burnout sperimentato dai partecipanti, non raggiunge invece la media: non vengono segnalati situazioni di stress e affaticamento fisico, psicologico ed emotivo preoccupanti. La fotografia del campione della ricerca potrebbe pertanto essere definita come "tranquillizzante, ma non troppo": gli infermieri intervistati si trovano in una situazione lavorativa tendenzialmente positiva ma che rischia costantemente di scivolare su livelli più preoccupanti, dato da considerare soprattutto alla luce del fatto che quasi metà del campione dichiara di non escludere la possibilità di chiedere un trasferimento a breve. Poco più della metà dei soggetti ha infatti espresso il desiderio di cambiare Unità operativa o Azienda: sono soprattutto i giovani e provenienti dal Sud Italia e Isole a desiderare una mobilità, così come a influenzare questa decisione risultano essere gli anni di

servizio (< 10 anni) indipendentemente dall'essere di ruolo o meno. Più critica è invece la previsione di trasferimento entro 1 anno: poco meno della metà non esclude/afferma di voler chiedere il trasferimento presso un'altra Unità Operativa di questa Azienda, mentre circa un quarto degli intervistati di voler chiedere il trasferimento presso un'Azienda fuori Regione Emilia Romagna. I fattori rilevanti per questa scelta sono *l'ascolto*: minore è la sensazione dell'individuo di sentirsi ascoltato e supportato più frequente è il desiderio espresso di voler svolgere la propria professione in un'altra Unità Operativa. Sull'intenzione di cambiare azienda si inserisce la *soddisfazione del colloquio di orientamento:* all'aumentare della percezione di ritenersi soddisfatto rispetto al colloquio di orientamento aumenta la previsione di voler chiedere trasferimento presso un'altra Azienda della Regione. Tale atteggiamento nasce da un sentimento di "tradimento" vissuto dal dipendente nei confronti dell'azienda quando la realtà lavorativa risulta non in linea con le aspettative e la presentazione dell'azienda al momento del colloquio.

4.2 La visione di genere dell'organizzazione del lavoro

Più di 2/3 dei dipendenti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma sono donne e questa percentuale è sostanzialmente coerente con la media regionale. Tuttavia la dirigenza continua ad essere prevalentemente maschile. Va sottolineato che le nuove generazioni provano a sfondare il "tetto di cristallo": infatti la percentuale di dirigenti donna è inversamente proporzionale all'età e, addirittura, si assiste al rischio di una eccessiva femminilizzazione della professione medica perché la percentuale di neolaureate in medicina e chirurgia ha superato il 50%. Tuttavia i ruoli apicali restano di quasi esclusivo appannaggio maschile.
Le donne hanno molteplici ruoli e funzioni nel settore sanitario: come utenti del Servizio Sanitario, come dipendenti delle aziende sanitarie, come caregiver - le mogli, le mamme e le figlie hanno un ruolo fondamentale in caso di bisogno sanitario sia a casa sia all'interno delle strutture sanitarie e sociali come conseguenza del compito di "cura" della famiglia che in Italia è ancora prevalentemente a carico della donna.
Risulta evidente che ci sia la necessità di assumere un'ottica di genere nella predisposizione di documenti di programmazione economica: ad esempio, se si vogliono incentivare le politiche sanitarie di domiciliazione, occorre prevedere azioni di sostegno al caregiver, con azioni che mitighino l'aggravio dei compiti di cura, oppure interventi che favoriscano la conciliazione tra vita famigliare e vita lavorativa come, ad esempio, l'asilo aziendale, ma anche interventi per facilitare l'accesso alla formazione professionale.
Il presupposto teorico dell'analisi di genere del bilancio è rappresentato dal fatto che le politiche economiche non sono neutrali e che quindi possono influire in modo differente sugli uomini e sulle donne a causa dei diversi carichi lavorativi e famigliari.
Leggere un'azione di governo con l'ottica di genere vuol dire essere consapevoli delle differenze personali, familiari, sociali, lavorative ed economiche che insistono su donne e uomini e saper valutare, anche dal punto di vista dell'impatto economico e sociale, come i differenti stili di vita, le diverse esigenze e preferenze che ne caratterizzano l'agire quotidiano, determinano un impatto differenziato rispetto a un intervento pubblico.
Per quanto la condivisione del principio di pari opportunità tra donne e uomini faccia ormai parte del patrimonio normativo del mondo occidentale, la sua realizzazione pratica e quotidiana sconta ancora una arretratezza che va anche a impattare sulla capacità di sviluppo socioeconomico: i maggiori impegni che sostengono le donne nel lavoro domestico e di cura, le discriminazioni e le difficoltà in campo lavorativo e sociale, nell'accesso a posizioni di potere, non hanno solo un impatto negativo in termini individuali, ma costituiscono elementi di rigidità e di arretratezza del sistema, tali da impedire alla popolazione femminile di contribuire pienamente al processo di crescita e di sviluppo socio-economico complessivo.
Leggere i bilanci degli enti pubblici in chiave di genere è dunque un importante strumento di mainstreaming che consente di analizzare e contribuire a ridurre le disuguaglianze di genere attraverso un esercizio di trasparenza, democrazia e rendicontazione della gestione e distribuzione delle risorse pubbliche, a vantaggio dell'intera collettività.

Analisi di genere del personale

Il grafico 9 mostra la distribuzione per genere tra i dipendenti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. Vi è un divario tra dipendenti donne e dipendenti uomini superiore ai 2/3, con le lavoratrici in maggioranza.

Grafico 9 Distribuzione per genere dei dipendenti ospedalieri al 31.12.2010

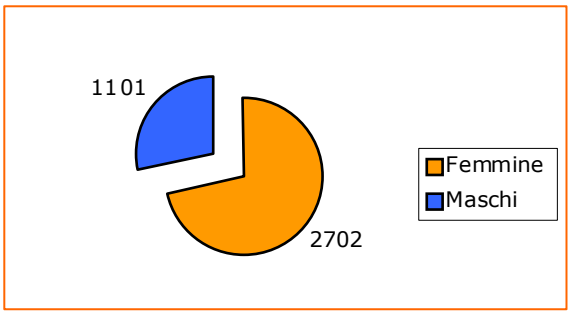
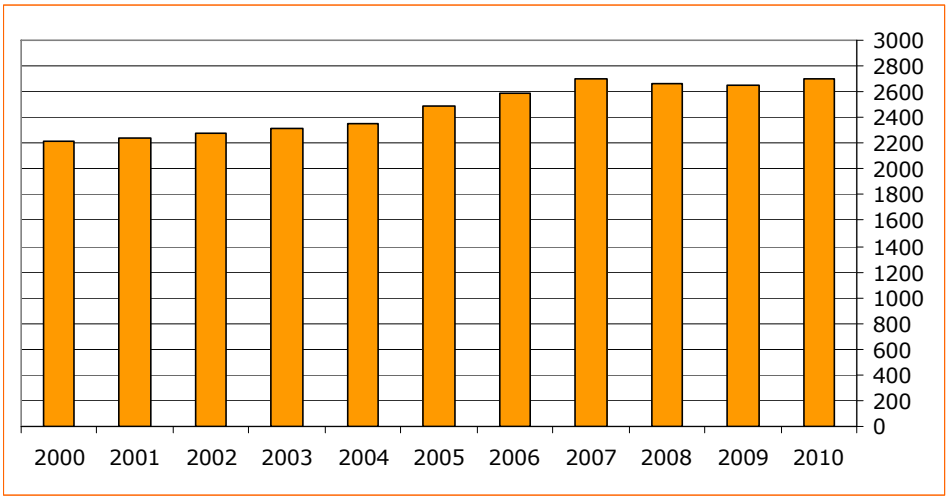


Tabella 8 Distribuzione per genere ed aree contrattuali dei dipendenti ospedalieri al 31.12.2010

Aree contrattuali	Totale	% Totale	F	% F	M	% M
Comparto	3276	86,14%	2464	91,19%	812	73,75%
Dirigenza	527	13,86%	238	8,81%	289	26,25%
Totale	3803	100,00%	2702	100,00%	1101	100,00%

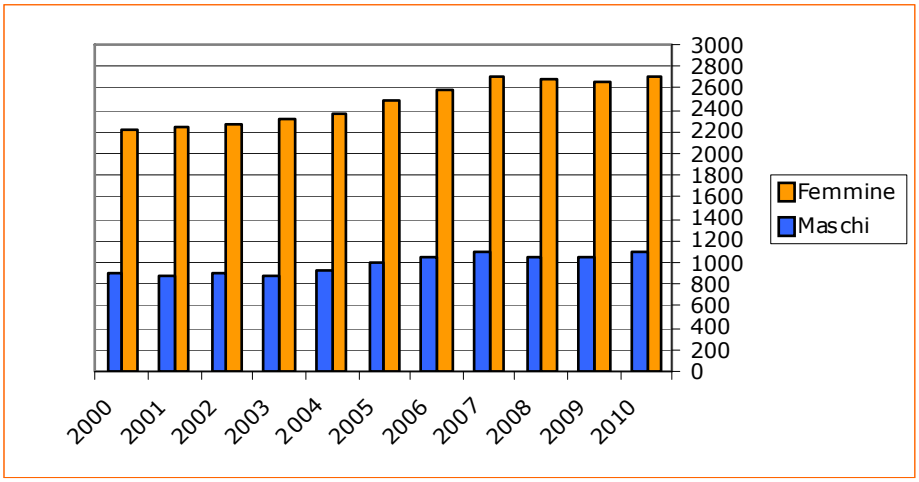
Nella tabella 8, è analizzata la distribuzione per genere tra il personale dirigente ed il personale del comparto.
Mentre la popolazione femminile appartiene per il 91,19% all'area comparto, questa percentuale scende al 73,75% nella popolazione maschile aziendale.
Al contrario, la dirigenza femminile costituisce un 13,86% dell'intera popolazione femminile aziendale, la percentuale della dirigenza maschile sale al 26,25% rispetto all'intera popolazione maschile.
Nel comparto, quindi, si riscontra una sotto-rappresentazione del personale maschile e per le posizioni dirigenziali si registra uno squilibrio a favore del sesso maschile.

Grafico 10 Evoluzione consistenza personale femminile nell'arco temporale 2000- 2010



Il grafico 10, che illustra l'evoluzione della componente femminile dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, dimostra la tendenza all'aumento, nell'arco temporale 2000-2007, di tale componente lavorativa che dal 2007 al 2010 registra una sostanziale stabilità.

Grafico 11 Evoluzione rapporto tra personale femminile e maschile nell'arco temporale 2000-2010



Nel grafico 11 viene rappresentata l'evoluzione del rapporto tra lavoratrici e lavoratori dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.
Nel corso del periodo considerato 2000-2010, lo squilibrio tra popolazione femminile e maschile si è ulteriormente accentuato.

Tabella 9 Distribuzione dei dipendenti ospedalieri per genere e per aree al 31.12.2010

Area	F	% F	M	% M	Totale	% totale
Sanitaria	1851	68,50%	732	66,48%	2583	67,92%
Professionale	1	0,05%	7	0,64%	8	0,21%
Tecnica	691	25,57%	331	30,06%	1022	26,87%
Amministrativa	159	5,88%	31	2,82%	190	5,00%
Totale	2702	100,00%	1101	100,00%	3803	100,00%

Nella tabella 9, la popolazione aziendale è stata suddivisa per genere e per le 4 aree di afferenza sia del personale del comparto che dirigenziale. I 2/3 della popolazione lavorativa appartengono all'area sanitaria, oltre ¼ appartiene all'area tecnica, solo il 5 % è la componente amministrativa e assolutamente residuale la componente professionale. Rispetto a tale quadro, la componente femminile risulta sovra-rappresentata nell'area sanitaria e in quella amministrativa. Soprattutto in quest'ultima area il rapporto tra uomini e donne risulta fortemente sbilanciato verso le seconde (1 a 5), a dimostrazione di come il lavoro amministrativo sia ancora di stampo prettamente femminile.

Tabella 10 Distribuzione del personale delle aree dirigenziali per genere e per area al 31.12.2010

Area	F dirigenti	% F dirigenti	M dirigenti	% M dirigenti	Totale dirigenti	% sul totale dei dipendenti	% aree sul totale dei dirigenti
Sanitaria	232	97,48%	276	95,50%	508	13,36%	96,39%
Professionale	1	0,42%	7	2,42%	8	0,21%	1,52%
Tecnica	0	0%	2	0,69%	2	0,05%	0,38%
Amministrativa	5	2,10%	4	1,38%	9	0,24%	1,71%
Totale	238	100,00%	289	100,00%	527	13,86%	100,00%

Se si esamina in dettaglio la tabella 10, relativa alla distribuzione per area del personale dirigenziale (che raccoglie il 13,9% del totale dei dipendenti), rispetto alla situazione generale rappresentata nella tabella 9, si evidenzia come i dirigenti siano in valore assoluto più numerosi rispetto alle dirigenti. Vi è quindi una situazione di squilibrio in cui le posizioni dirigenziali sono ancora, per la maggior parte, appannaggio dei lavoratori maschili. Anche da questa tabella si evince come le aree tecnica e professionale siano

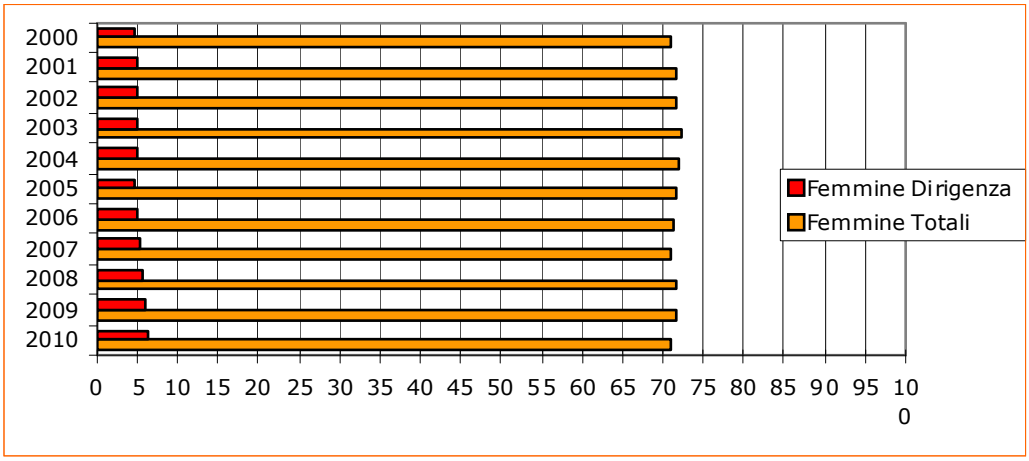
tradizionalmente maschili (9 unità contro 1 dirigente professionale femmina). La popolazione dirigente femminile è, per la quasi totalità, inserita nel profilo sanitario e in quello amministrativo, solo in quest'ultimo prevale la componente femminile rispetto a quella maschile.

Tabella 11 Distribuzione dei ruoli del personale del comparto per genere al 31.12.2010

Ruolo	F comparto	% F comparto	M comparto	% M comparto	Totale comparto	% sul totale dei dipendenti	% ruoli entro il comparto
Sanitario	1619	65,71%	456	56,16%	2075	54,56%	63,34%
Professionale	0	0%	0	0%	0	0%	0%
Tecnico	691	28,04%	329	40,52%	1020	26,82%	31,14%
Amministrativo	154	6,25%	27	3,33%	181	4,76%	5,53%
Totale	2464	100,00%	812	100,00%	3276	86,14%	100

La situazione dettagliata della distribuzione per ruolo e per genere del personale appartenente all'area comparto riprende lo stesso schema distributivo dell'analisi generale di cui alla tabella 9. Nel comparto, la popolazione maschile risulta fortemente rappresentata nel ruolo tecnico con oltre il 40%.

Grafico 12 Percentuale totale personale femminile e dirigenti donne sul totale dei dipendenti, anni 2000 – 2010



Dall'esame dell'incidenza percentuale, sul totale della popolazione dipendente dell'Azienda, rispettivamente del personale dirigenziale di genere femminile e della popolazione femminile nel complesso, nell'arco dell'arco temporale 2000-2010, si evidenzia un lento incremento della componente dirigenziale femminile che nel 2010 ha superato quota 6% del totale dei dipendenti.

Tabella 12 Distribuzione della graduazione degli incarichi ospedalieri per genere al 31.12.2010

Tipologia incarico	F	M	Totale	%F	%M
Direttore Dipartimento	1	5	6	16,67%	83,33%
Direttore UO/Servizio	6	25	31	19,35%	80,65%
Responsabile struttura semplice dipartimentale	3	6	9	33,33%	66,67%
Responsabile struttura semplice	9	18	27	33,33%	66,67%
Responsabile di programma (struttura semplice dipartimentale)	1	7	8	12,50%	87,50%
Incarico di alta specializzazione	27	51	78	34,62%	65,38%
Case Manager Esperto	100	98	198	50,51%	49,49%
Case Manager	86	75	161	53,42%	46,58%
Totale	233	285	518	44,98%	55,02%

Tabella 12a Accesso agli incarichi dirigenziali ospedalieri per la popolazione femminile e quella maschile (valori percentuali)

Tipologia incarico	Popolazione femminile	Popolazione maschile	% sulla popolazione dirigente complessiva
Direttore Dipartimento	0,43%	1,75%	1,16%
Direttore UO/Servizio	2,58%	8,77%	5,98%
Responsabile struttura semplice dipartimentale	1,29%	2,11%	1,74%
Responsabile struttura semplice	3,86%	6,32%	5,21%
Responsabile di programma (struttura semplice dipartimentale)	0,43%	2,46%	1,54%
Incarico di alta specializzazione	11,59%	17,89%	15,06%
Case Manager Esperto	42,92%	34,39%	38,22%
Case Manager	36,91%	26,32%	31,08%
Totale	100,00%	100,00%	100,00%

Se si esamina in dettaglio la tabella 12, relativa alla distribuzione degli incarichi ospedalieri al personale dirigenziale (ossia senza considerare gli incarichi conferiti a personale universitario in convenzione, né il personale in comando o a tempo determinato), si evidenzia come gli incarichi apicali (Direttore di Dipartimento, Direttore di U.O./Servizio, Responsabile S.S.D) affidati alle dirigenti donne siano in valore assoluto e percentualmente inferiori rispetto a quelli assegnati ai dirigenti uomini. Solo nell'affidamento degli incarichi di livello più basso (Case Manager e Case Manager Esperto) si inverte la situazione, con una maggior presenza in valore assoluto e percentuale di personale femminile. Anche nel dettaglio si riscontra, quindi, una situazione di squilibrio in cui le posizioni apicali di responsabilità sono ancora, per la maggior parte, appannaggio dei lavoratori di genere maschile. La tabella 12a evidenzia le differenze di accesso agli incarichi fra le due popolazioni: se l'accesso alla posizione di direttore di dipartimento riguarda l'1,16% dei dirigenti, questa quota si riduce allo 0,43% fra le donne. Analoghe considerazioni si possono fare per tutte le tipologie di incarico con l'eccezione, come già osservato, del case manager esperto e del case manager.

Tabella 13 Distribuzione della graduazione degli incarichi ospedalieri per genere al 31.12.2010 - area sanitaria

Tipologia incarico	F	M	Totale	%F	%M
Direttore Dipartimento	1	4	5	20,00%	80,00%
Direttore UO/Servizio	1	18	19	5,26%	94,74%
Responsabile struttura semplice dipartimentale	2	6	8	25,00%	75,00%
Responsabile struttura semplice	7	18	25	28,00%	72,00%
Responsabile di programma (struttura semplice dipartimentale)	1	7	8	12,50%	87,50%
Incarico di alta specializzazione	22	47	69	31,88%	68,12%
Case Manager Esperto	81	98	179	45,25%	54,75%
Case Manager	70	67	137	51,09%	48,91%
Totale	185	265	450	41,11%	58,89%

Tabella 13a Accesso agli incarichi dirigenziali ospedalieri per la popolazione femminile e quella maschile - area sanitaria (valori percentuali)

Tipologia incarico	Popolazione femminile	Popolazione maschile	% sulla popolazione dirigente complessiva
Direttore Dipartimento	0,54%	1,51%	0,97%
Direttore UO/Servizio	0,54%	6,79%	3,67%
Responsabile struttura semplice dipartimentale	1,08%	2,26%	1,54%
Responsabile struttura semplice	3,78%	6,79%	4,83&
Responsabile di programma (struttura semplice	0,54%	2,64%	1,54%

Tipologia incarico	Popolazione femminile	Popolazione maschile	% sulla popolazione dirigente complessiva
dipartimentale)			
Incarico di alta specializzazione	11,89%	17,74%	13,32%
Case Manager Esperto	43,78	36,98%	34,56%
Case Manager	37,84%	25,28%	26,45%
Totale	100,00%	100,00%	86,87%

Considerando nello specifico la professione sanitaria (tabelle 13 e 13a), che raccoglie l'86,9% dei dirigenti, si rileva, rispetto ai dati dell'anno precedente, la novità di una donna con incarico di Direttore di Dipartimento sanitario. Considerando anche gli incarichi conferiti a personale universitario, dal 2010, su un totale di 12 dipartimenti ad attività integrata, due sono diretti da donne.
Continua ad essere una sola donna – a fronte di 18 maschi – ad occupare un posto di direttore di struttura complessa sanitaria (nella tabella 13a si evidenzia chiaramente che l'accesso alla posizione di direttore di dipartimento o di direttore di UO/servizio riguarda in entrambi i casi una quota pari allo 0,54% della popolazione dirigente femminile, mentre accedono a tali posizioni rispettivamente 1,51% e 6,79% dei maschi).
Nelle posizioni dirigenziali intermedie, nel 2010, i camici rosa a capo di strutture semplici sono 7 su 25, ma per il livello dipartimentale il rapporto uomo-donna continua ad essere di 1 a 3.
Per i restanti incarichi dirigenziali, lo squilibrio fra uomini e donne si riduce ma non si azzera.

Tabella 14 Distribuzione della graduazione degli incarichi ospedalieri per genere al 31.12.2010 - area professionale, tecnica ed amministrativa

Tipologia incarico	F	M	Totale	% F	% M
Direttore Dipartimento	0	1	1	0,00%	100,00%
Direttore UO/Servizio	5	7	12	41,67%	58,33%
Responsabile struttura semplice dipartimentale	1	0	1	100,00%	0,00%
Responsabile struttura semplice	2	0	2	100,00%	0,00%
Incarico di alta specializzazione	5	4	9	55,56%	44,44%
Case Manager Esperto	19	0	19	100,00%	0,00%
Case Manager	16	8	24	66,67%	33,33%
Totale	48	20	68	70,59%	29,41%

Tabella 14a Accesso agli incarichi dirigenziali ospedalieri per la popolazione femminile e quella maschile - area professionale, tecnica ed amministrativa (valori percentuali)

Tipologia incarico	Popolazione femminile	Popolazione maschile	% sulla popolazione dirigente complessiva
Direttore Dipartimento	0%	5,00%	0,19%
Direttore UO/Servizio	10,42%	35,00%	2,32%
Responsabile struttura semplice dipartimentale	2,08%	0%	0,19%
Responsabile struttura semplice	4,17%	0%	0,39%
Incarico di alta specializzazione	10,42%	20,00%	1,74%
Case Manager Esperto	39,58%	0%	3,67%
Case Manager	33,33%	40,00%	4,63%
Totale	100,00%	100,00%	13,13%

Una prevalenza femminile si riscontra nella distribuzione degli incarichi dirigenziali dell'area professionale, tecnica ed amministrativa (48 femmine a fronte di 20 maschi, che complessivamente rappresentano il 13,13% della dirigenza aziendale). Tuttavia, l'unico incarico di Direttore di Dipartimento è maschile.
Per la direzione di struttura complessa 5 donne si confrontano con 7 uomini.

Nelle posizioni dirigenziali intermedie e di ingresso il rapporto uomo-donna è 1 a 3,6.
Osservando la tabella 14a si nota che il 40% dei dirigenti maschi dell'area professionale, tecnica ed amministrativa sono concentrati nelle due posizioni più alte, mentre quasi il 73% della corrispondente popolazione femminile ha incarico di case manager o case manager esperto.

Tabella 15 Distribuzione incarichi di posizione organizzativa per ruolo e per genere al 31.12.2010

Ruolo	Femmine	% Femmine	Maschi	% Maschi	Totale
Sanitario	15	0,61%	7	0,86%	22
Professionale	0	0%	0	0	0
Tecnico	3	0,12%	6	0,74%	9
Amministrativo	21	0,85%	4	0,49%	25
Totale	39	1,58%	17	2,09%	56

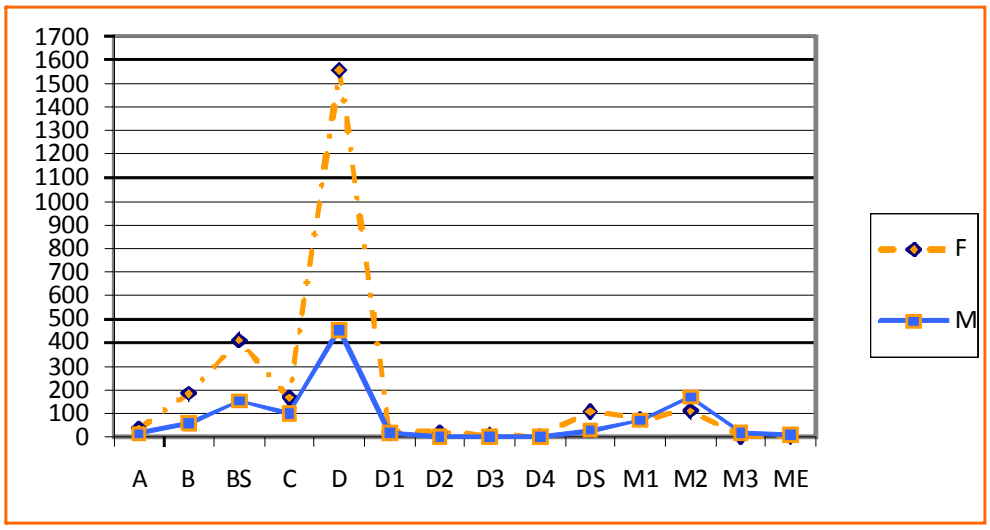
Squilibrata sempre a favore dei lavoratori risulta la situazione relativa alla titolarità delle posizioni organizzative: infatti solo l'1,58% delle lavoratrici rispetto alla popolazione totale delle dipendenti femminili del comparto risulta titolare di posizione organizzativa, a fronte di un 2,09% di lavoratori calcolato sull'intera popolazione maschile del comparto. Il dato, considerando il valore assoluto, risulta apparentemente sbilanciato a favore delle lavoratrici (39 femmine contro 17 maschi), tuttavia analizzando percentualmente si ribalta la prima impressione, con l'eccezione del ruolo amministrativo.

Tabella 16 Distribuzione incarichi di coordinamento per genere al 31.12.2010

Femmine	% Femmine	Maschi	% Maschi	Totale
114	4,63%	28	3,45%	142

Una tipologia di incarico riservata al ruolo sanitario è il coordinamento (ex Capo Sala). Rispetto al totale della popolazione del comparto divisa per genere, le coordinatrici sono in maggioranza, sia in valore assoluto che percentuale.

Grafico 13 Distribuzione per livelli retributivi e per genere del personale ospedaliero al 31.12.2010



Il grafico 13 illustra chiaramente la distribuzione per genere per livello retributivo del personale del comparto (da A – livello iniziale – a Ds – livello massimo) e della dirigenza (da dirigente a direttore di struttura complessa – da M1 a ME).

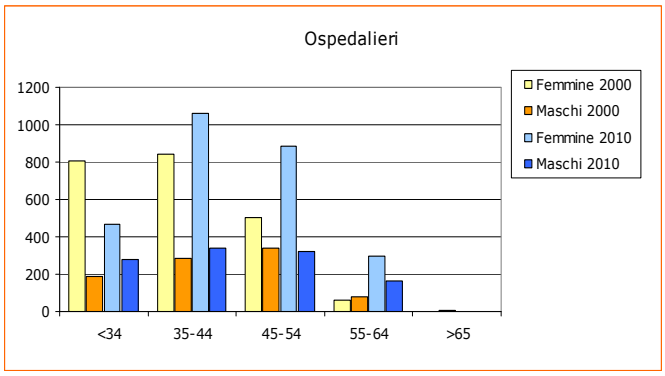
All'interno della pubblica amministrazione, oltre a quello amministrativo, il settore in cui la forza lavoro femminile è nettamente superiore a quella maschile è il sanitario, e ciò si rileva anche nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.
La letteratura mostra che nel settore amministrativo della pubblica amministrazione si assiste ad un fenomeno singolare: gli uomini, minoritari nei livelli più bassi, sono maggioritari nei livelli dirigenziali apicali. La rappresentazione grafica di questo fenomeno produce il c.d. diagramma "a X" o "del sorpasso".
La nostra rilevazione evidenzia che, nel settore sanitario, la rappresentazione grafica si discosta decisamente dal diagramma "del sorpasso", in quanto i picchi per la popolazione femminile si registrano in concomitanza ai livelli Bs (il livello, ad esempio degli Operatori Socio Sanitari), D (il livello del personale infermieristico), Ds (il livello dei Coordinatori sanitari), mentre per i livelli dirigenziali il picco è rappresentato dai dirigenti maschi con incarichi dirigenziali intermedi.

L'esame di tutti questi dati impone di riflettere sugli ostacoli che tuttora permangono nei percorsi di carriera femminili anche nella sanità pubblica. Un aspetto costante della normativa in materia di impiego alle dipendenze della pubblica amministrazione è costituito dal carattere neutro delle disposizioni, le quali, almeno teoricamente, sembrerebbero consentire l'accesso a tutti e con eguali possibilità ai percorsi di carriera previsti. Tuttavia, in anni più recenti, il legislatore prima e la contrattazione successivamente, hanno avvertito la necessità di inserire disposizioni che ribadissero la necessità di garantire le pari opportunità fra uomo e donna, segno evidente che le disposizioni costituzionali in tema di eguaglianza non avevano trovato la dovuta applicazione.
È una rappresentazione del fenomeno già ben noto della segregazione verticale, laddove ad una forte presenza femminile nelle qualifiche inferiori corrisponde poi la forte o, talvolta, assoluta incidenza maschile nelle posizioni apicali.
Occorre passare dall'eguaglianza formale, sostanzialmente neutra nelle sue disposizioni, all'eguaglianza sostanziale intesa come eguaglianza delle opportunità, in cui un diverso trattamento giuridico si giustifica ed anzi è ritenuto necessario sulla base delle diverse condizioni di partenza.

E il futuro?

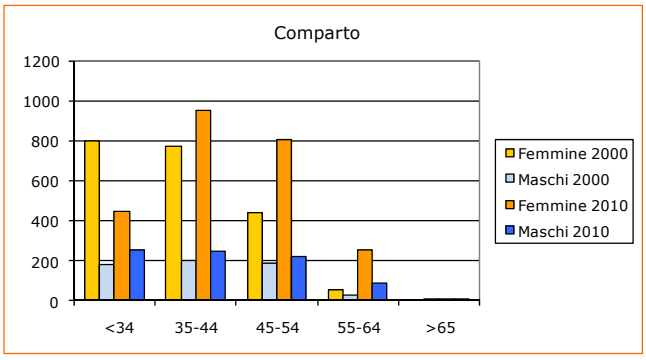
Per poter effettuare una proiezione per il prossimo futuro, un importante rilievo è assunto dalla variabile anagrafica "età" del personale attualmente dipendente dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, ponendolo a confronto con la situazione analoga registrata nel 2000.

Grafico 14 Raffronto tra la distribuzione per età e per genere dei dipendenti ospedalieri nel 2000 e nel 2010



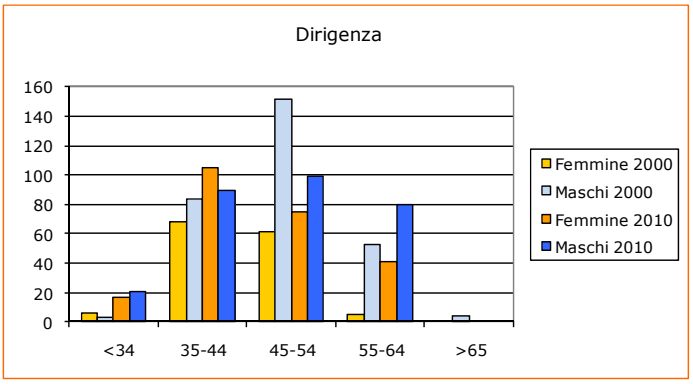
Nell'arco temporale dal 2000 al 2010 si registra uno spostamento verso le età meno "verdi" della popolazione ospedaliera, in particolare con una notevole diminuzione delle donne di età inferiore a 34 anni ed un incremento della popolazione femminile nelle altre fasce d'età. Al contrario, i maschi di età inferiore ai 34 anni risultano aumentati e presentano una lieve inversione di tendenza nella fascia d'età 45-54 anni. Cresce per entrambi i generi la popolazione nella fascia d'età 55-64.

Grafico 15 Raffronto tra la distribuzione per età e per genere dei dipendenti ospedalieri del comparto nel 2000 e nel 2010



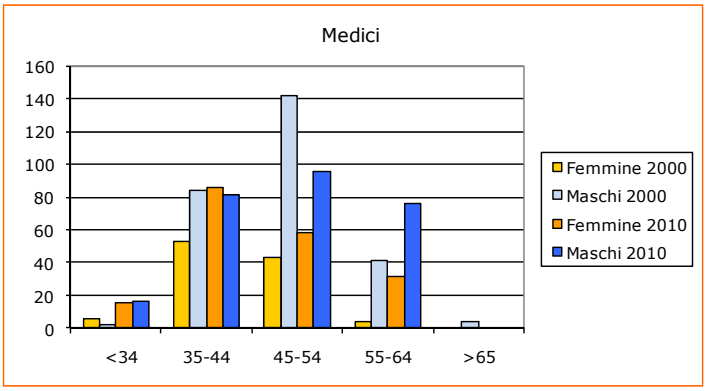
Per il personale del comparto, la tendenza all'invecchiamento è decisamente evidente, con un notevole abbattimento della popolazione femminile giovane e notevoli incrementi nella popolazione femminile dai 35 anni in su, in particolare le fasce d'età 45-54 e 55-64 presentano quasi il doppio del personale nei 10 anni considerati.
Nella popolazione maschile, in controtendenza, si registra nel 2010 un lieve aumento anche nella fascia d'età più giovane.

Grafico 16 Raffronto tra la distribuzione per età e per genere dei dirigenti ospedalieri nel 2000 e nel 2010



L'invecchiamento generale della popolazione ospedaliera risulta meno evidente considerando la dirigenza Infatti, già nel 2000 la dirigenza presentava una distribuzione per età diversa rispetto al comparto, in particolare nella popolazione maschile la classe d'età modale (ossia che raccoglie il maggior numero di soggetti) è quella del 45-54 anni. Nel 2010 risultano aumentati i dirigenti in tutte le classi d'età, anche fra coloro con 34 anni o meno, con l'eccezione dei maschi nelle classi d'età 45-54 e 65 anni e oltre.

Grafico 17 Raffronto tra la distribuzione per età e per genere dei dirigenti medici ospedalieri nel 2000 e nel 2010



Per quanto concerne l'età dei medici si può ribadire quanto affermato sopra con riferimento alla dirigenza nel complessa. La generale tendenza all'invecchiamento della popolazione medica ospedaliera è più accentuata nella popolazione maschile, soprattutto con riferimento alla fascia d'età 55-64.

Per capire come sarà il futuro di genere nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è inoltre interessante analizzare la distribuzione per genere dei medici ospedalieri suddivisi per area, e all'interno di ciascuna area, per disciplina, confrontando i dati emersi con la distribuzione dei medici specializzandi, che costruiscono la forza lavoro medica del futuro.
Nella attuale popolazione medica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, le donne sono percentualmente prevalenti nell'area di sanità pubblica, sono in situazione di parità nell'area della medicina diagnostica e dei servizi, in leggera minoranza nell'area delle specialità mediche, e sottorappresentate nell'area chirurgica.

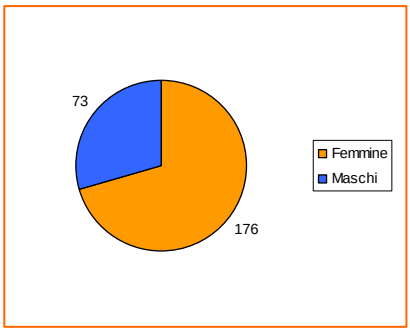
Tabella 17 Distribuzione percentuale dirigenti medici ospedalieri per discipline e per genere al 31.12.2010

DISCIPLINE AREA MEDICA E DELLE SPECIALITA' MEDICHE	% Femmine	% Maschi
CARDIOLOGIA	40,91%	59,09%
DERMATOLOGIA	0%	100,00%
EMATOLOGIA	100,00%	0%
GASTROENTEROLOGIA	40,00%	60,00%
GENETICA MEDICA	100,00%	0%
GERIATRIA	43,75%	56,25%
MALATTIE APPARATO RESPIRATORIO	38,46%	61,54%
MALATTIE INFETTIVE	40,00%	60,00%
MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE E D'URGENZA	45,45%	54,55%
MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA	50,00%	50,00%
MEDICINA INTERNA	44,90%	55,10%
NEFROLOGIA	40,00%	60,00%
NEONATOLOGIA	25,00%	75,00%
NEUROLOGIA	66,67%	33,33%
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	100,00%	0%
ONCOLOGIA	50,00%	50,00%
PEDIATRIA	78,95%	21,05%
RADIOTERAPIA	40,00%	60,00%
REUMATOLOGIA	0%	100,00%
SUBTOTALI	47,91%	52,09%

DISCIPLINE AREA DI CHIRURGIA E DELLE SPECIALITA' CHIRURGICHE	% Femmine	% Maschi
CARDIOCHIRURGIA	10,00%	90,00%
CHIRURGIA GENERALE	7,14%	92,86%
CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	33,33%	66,67%
CHIRURGIA PEDIATRICA	16,67%	83,33%
CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	0%	100,00%
GINECOLOGIA E OSTETRICIA	40,00%	60,00%
NEUROCHIRURGIA	15,38%	84,62%
OFTALMOLOGIA	33,33%	66,67%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	0%	100,00%
OTORINOLARINGOIATRIA	0%	100,00%
UROLOGIA	18,18%	81,82%
SUBTOTALI	13,19%	86,81%
DISCIPLINE AREA DI ODONTOIATRIA	**% Femmine**	**% Maschi**
ODONTOIATRIA	0%	100,00%
SUBTOTALI	0%	100,00%

DISCIPLINE AREA DELLE MEDICINA DIAGNOSTICA E DEI SERVIZI	% Femmine	% Maschi
ANATOMIA ED IST. PATOLOGICA	42,86%	57,14%
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	52,70%	47,30%
MEDICINA TRASFUSIONALE	33,33%	66,67%
MEDICINA LEGALE	0%	100,00%
MEDICINA NUCLEARE	100,00%	0%
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	33,33%	66,67%
NEURORADIOLOGIA	30,00%	70,00%
PATOLOGIA CLINICA (LAB.ANALISI)	66,67%	33,33%
RADIODIAGNOSTICA	46,88%	53,13%
SUBTOTALI	48,98%	51,02%
DISCIPLINE AREA DI SANITA' PUBBLICA	**% Femmine**	**% Maschi**
DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO	60,00%	40,00%
SUBTOTALI	60,00%	40,00%
Totale	**41,39%**	**58,61%**

Grafico 18 Medici in formazione specialistica iscritti alle Scuole di Specializzazione per genere, anno 2010



Il grafico 18 conferma quanto il processo di "femminilizzazione del SSN" sia progredito. Ci sarà una accelerazione della presenza femminile nella dirigenza, destinato ad accentuarsi nelle classi di età più giovani, se si considera la condizione di maggiore vantaggio delle giovani rispetto ai coetanei maschi nell'ambito degli studi dove le ragazze diplomate e laureate oggi superano i ragazzi sia per il numero, sia per la rapidità con la quale conseguono i titoli di studio.

È interessante osservare la distribuzione per genere nelle diverse scuole di specializzazione.
Rispetto alla attuale distribuzione dei medici dipendenti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, i futuri dirigenti saranno decisamente in maggior parte femmine in tutte le aree mediche, con l'eccezione dell'area chirurgica in cui però il divario maschio-femmina si sta riducendo.

Tabella 18 Distribuzione per genere e per scuola di specializzazione dell'Università degli studi di Parma, anno 2010

Scuola di specializzazione	Femmine	% Femmine	Maschi	% Maschi
AREA MEDICA E DELLE SPECIALITÀ MEDICHE				
Allergologia ed immunologia clinica	6	85,7%	1	14,3%
Cardiologia	10	47,6%	11	52,4%
Dermatologia e venereologia	5	83,3%	1	16,7%
Ematologia	5	100,0%	0	0,0%
Endocrinologia e malattie del ricambio	3	75,0%	1	25,0%
Gastroenterologia	7	77,8%	2	22,2%
Geriatria	9	69,2%	4	30,8%

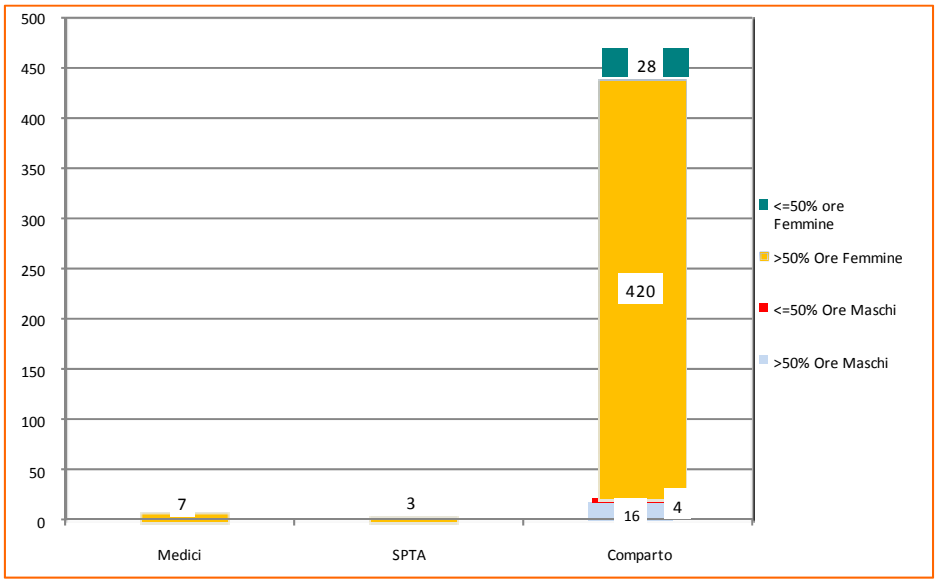
Malattie dell'apparato respiratorio	10	71,4%	4	28,6%
Malattie dell'apparato cardiovascolare	4	80,0%	1	20,0%
Malattie infettive	3	75,0%	1	25,0%
Medicina d'emergenza-urgenza	5	45,5%	6	54,5%
Medicina fisica e riabilitazione	10	76,9%	3	23,1%
Medicina interna	15	68,2%	7	31,8%
Nefrologia	6	54,5%	5	45,5%
Neurologia	10	71,4%	4	28,6%
Neuropsichiatria infantile	13	86,7%	2	13,3%
Oncologia	8	66,7%	4	33,3%
Pediatria	30	85,7%	5	14,3%
Psichiatria	13	65,0%	7	35,0%
Radioterapia	4	66,7%	2	33,3%
Scienza dell'alimentazione	0	0,0%	2	100,0%
Totale area % calcolatesul totale degli specializzandi	176	35,78%	73	14,84
AREA DI CHIRURGIA E DELLE SPECIALITA' CHIRURGICHE				
Cardiochirurgia	1	25,0%	3	75,0%
Chirurgia generale	5	17,2%	24	82,8%
Chirurgia maxillo facciale	3	30,0%	7	70,0%
Chirurgia plastica e ricostruttiva	4	44,4%	5	55,6%
Chirurgia toracica	3	75,0%	1	25,0%
Chirurgia vascolare	1	33,3%	2	66,7%
Ginecologia e ostetricia	12	80,0%	3	20,0%
Oftalmologia	4	44,4%	5	55,6%
Ortopedia e traumatologia	3	23,1%	10	76,9%
Otorinolaringoiatria	4	50,0%	4	50,0%
Urologia	0	0,0%	3	100,0%
Totale area % calcolatesul totale degli specializzandi	40	8,13%	67	13,62%
AREA DELLE MEDICINA DIAGNOSTICA E DEI SERVIZI				
Anatomia patologica	5	50,0%	5	50,0%
Anestesia e rianimazione	16	50,0%	16	50,0%
Anestesia rianimazione terapia intensiva	4	40,0%	6	60,0%
Biochimica clinica	2	100,0%	0	0,0%
Medicina legale	6	85,7%	1	14,3%
Radiodiagnostica	27	57,4%	20	42,6%
Totale area % calcolatesul totale degli specializzandi	60	12,19%	48	9,76%
AREA DI SANITÀ PUBBLICA				
Igiene e medicina preventiva	5	55,6%	4	44,4%
Medicina del lavoro	17	89,5%	2	10,5%
Totale area % calcolatesul totale degli specializzandi	22	4,47%	6	1,22%

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 che 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 si riverbera però non solo sulla vita lavorativa della donna, ma sul suo tenore di vita globale, considerando che le donne godono spesso di diritti pensionistici inferiori rispetto agli uomini proprio a causa di una carriera professionale, generalmente di livello inferiore, caratterizzata da interruzioni a causa dei crescenti obblighi familiari.

Grafico 19 Distribuzione dei dipendenti ospedalieri a tempo indeterminato per categorie, genere e accesso al part-time al 31.12.2010



A tal proposito, un'informazione significativa riguarda le percentuali di rapporti di lavoro flessibile in riferimento al genere.
Infatti, la grandissima maggioranza dei rapporti di lavoro part-time a tempo indeterminato nel 2010 era in corso con personale femminile. Ciò può essere indice sintomatico del costume sociale che vede ancora le donne prevalentemente impegnate nelle attività di cura della famiglia e, quindi, per necessità meno disponibili al tempo di lavoro. Rispetto al privato le lavoratrici della P.A. usufruiscono in maniera maggiore del lavoro a tempo parziale, in forma orizzontale, verticale, ciclica o mista, ma si riscontra una scarsa disponibilità al part-time pomeridiano. Le problematiche della "cura", cioè tutto quel lavoro di assistenza, non retribuito e, molte volte, neppure riconosciuto, che le donne svolgono nell'ambito familiare per i figli, ma anche per i genitori o parenti anziani, a volte con problemi di handicap, rendono il ricorso al part-time indubbiamente un'opportunità per il personale, in quanto consente di conciliare lo svolgimento dell'attività lavorativa e le esigenze personali. Per quanto attiene la dirigenza, a causa di una diversa normativa, il ricorso al part-time è sporadico e limitato nel tempo.

Tabella 19 Giornate di assenza per la cura di figli o familiari, anno 2010

Assenze per malattia figlio			
Sesso	**Unità**	**Giorni assenza**	**Area Contrattuale**
F	234	3674	COMPARTO
M	27	346	COMPARTO
F	20	171	DIRIGENZA
M	4	11	DIRIGENZA

Assenza per congedo parentale			
Sesso	**Unità**	**Giorni assenza**	**Area Contrattuale**
F	193	10464	COMPARTO
M	16	238	COMPARTO
F	28	2239	DIRIGENZA
M	1	14	DIRIGENZA
Congedo non retribuito per gravi motivi di famiglia			
Sesso	**Unità**	**Giorni assenza**	**Area Contrattuale**
F	12	581	COMPARTO
M	3	64	COMPARTO
Congedo retribuito art. 42 D. Lgs. 151/01			
Sesso	**Unità**	**Giorni assenza**	**Area Contrattuale**
F	44	5400	COMPARTO
M	6	801	COMPARTO
Assenza per aspettativa non retribuita assistenza figli minori di anni 6			
Sesso	**Unità**	**Giorni assenza**	**Area Contrattuale**
F	37	1833	COMPARTO
M	1	21	COMPARTO
Assenze per permesso legge 104/92			
Sesso	**Unità**	**Giorni assenza**	**Area Contrattuale**
F	181	3847	COMPARTO
M	18	310	COMPARTO
F	9	164	DIRIGENZA
M	3	66	DIRIGENZA

La maggior parte dei giorni di assenza per la cura di figli o familiari nel 2010 sono stati utilizzati dalle donne, sia della dirigenza che del comparto. Sono scarsi i lavoratori del comparto che hanno sottratto tempo lavoro per dedicarsi alla cura dei figli, e non esistono uomini che, rinunciando allo stipendio, hanno usufruito dell'aspettativa per gravi motivi di famiglia.

Tabella 20 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
64,76%	femmine comparto	80,77%	54,22	87,43%	15,70	87,69%	19,93	90,07%	48,42	87,08%	122,73	98,86%	49,54
21,37%	maschi comparto	1,83%	14,88	8,23%	12,81	7,06%	17,22	9,92%	21,33	12,92%	133,50	1,14%	21,00
6,26%	femmine dirigenza	17,28%	79,96	4,06%	8,55	3,73%	18,22						
7,61%	maschi dirigenza	0,12%	14,00	0,28%	2,75	1,50%	22,00						

Questa considerazione appare confermata anche dalle risultanze dei dati inerenti l'utilizzo dei congedi parentali. Infatti, la durata media del congedo parentale fruito da parte delle lavoratrici del comparto ha una misura doppia rispetto a quello fruito da parte dei lavoratori, mentre nell'area dirigenziale la percentuale di fruizione dello stesso da parte degli uomini è notevolmente vicina allo zero.

L'Azienda, anche nel corso dell'anno 2010, 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, seppure nei limiti e con le modalità previste dalla normativa in materia.

Il progetto Gender

È sempre più evidente la presenza di differenze significative tra uomini e donne nell'insorgenza, nello sviluppo, nell'andamento e nella prognosi di molte malattie. Tuttavia, queste differenze non vengono ancora pienamente considerate per programmare interventi di promozione della salute e ancora persistono pregiudizi di genere nello studio dell'eziologia, dei fattori di rischio, nelle diagnosi e nei trattamenti. Tali carenze sono parzialmente responsabili del cosiddetto "paradosso donna": le donne vivono più a lungo degli uomini, ma si ammalano di più, usano di più i servizi sanitari e hanno un maggior numero di anni di vita in cattiva salute. Secondo i dati standardizzati raccolti nel 2007 dall'Istat, la disabilità femminile è circa doppia in confronto a quella maschile.
La diffusione di queste patologie nelle donne è causata anche dal fatto che i farmaci sono studiati in prevalenza sugli uomini. Per dare un esempio numerico, i grandi studi clinici relativi alle terapie per le malattie del sistema cardiovascolare non hanno mai arruolato più del 26-36 per cento di donne, rimanendo molto spesso al di sotto della potenza statistica necessaria a evidenziare differenze di efficacia e sicurezza dei farmaci sperimentati.
La consapevolezza della necessità di approcci diagnostici e terapeutici che valutino le differenze di genere tra donne e uomini ha dato origine alla "medicina di genere", cioè la distinzione in campo medico delle ricerche e delle cure in base al genere di appartenenza, non solo da un punto di vista anatomico, ma anche secondo differenze biologiche, funzionali, psicologiche e culturali. Negli ultimi anni la medicina di genere sta ricevendo sempre maggiore attenzione: vengono organizzati corsi su queste tematiche e istituiti centri dedicati, come il Center for Gender Medicine del Karolinska Institut e il Partnership for Gender-Specific Medicine, organizzazione no profit della Columbia University di New York. Da qualche anno esiste anche una rivista specifica sulla medicina di genere, Gender Medicine, pubblicata da Elsevier. In linea con questa tendenza, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha inserito la medicina di genere nel suo "Equity Act", strategia per assicurare l'equità tra uomini e donne in materia di salute e sanità, e ha istituito al suo interno un Dipartimento dedicato a genere, donne e salute, il Department of Gender, Women and Health, a testimonianza che il principio di equità implica che la cura sia appropriata e sia la più consona al singolo genere.
Le malattie cardiovascolari rappresentano un esempio importante di differenze tra uomini e donne. Secondo le statistiche internazionali, la malattia cardiovascolare è il killer numero uno per la donna e supera di gran lunga tutte le cause di morte. Sebbene sia la prima causa di morte per le donne di 44-59 anni, è sempre stata invece considerata una malattia maschile. Alcuni studi hanno dimostrato che esiste una diversità tra uomini e donne nella prescrizione dei trattamenti, nell'erogazione di prestazioni interventistiche, come l'angioplastica coronarica, e nei risultati a breve e lungo termine delle procedure di rivascolarizzazione.
Nel 2007, il Ministero della Salute ha incluso nel Bando di finanziamento per la Ricerca Finalizzata una tematica specifica relativa alla Medicina di Genere e alla salute della donna, specificando tra le aree di priorità le malattie cardiovascolari. Nell'ambito del suddetto Bando è stato finanziato il Programma Strategico dal titolo "L'infarto miocardico nella donna: una realtà diversa. Dalla genetica alla terapia interventistica e all'impatto psicosociale della malattia prima causa di morte nel sesso femminile", comprendente 5 progetti tutti coordinati da donne. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma partecipa a 3 dei cinque progetti componenti il Programma Strategico, e in particolare è coordinatore del Progetto "Impatto clinico della rivascolarizzazione coronarica percutanea nelle donne con Infarto Miocardico. Uno studio di genere", studio osservazionale condotto su un campione non selezionato di circa 80.000 pazienti con Infarto Miocardico Acuto ricoverati in Regione Emilia Romagna, allo scopo di analizzare se nella pratica clinica esistano differenze relativamente all'utilizzo e ai risultati clinici delle procedure di rivascolarizzazione (angioplastica con impianto di stent) tra genere maschile e femminile. Dai dati preliminari dello studio, che si concluderà nel 2011, emergono differenze di genere concernenti caratteristiche cliniche e angiografiche, esecuzione delle procedure di PTCA e prescrizione di terapie, sia in acuto, sia alla dimissione. In accordo con numerosi lavori pubblicati in letteratura, anche nel nostro studio le donne sottoposte a rivascolarizzazione sono più anziane e affette da più comorbidità, rispetto agli uomini. Controllando per questi fattori, le differenze in termini di mortalità tra i due sessi diminuiscono notevolmente, risultando non significativamente diverse a 1 anno dall'intervento; rimane una differenza a breve termine (30 giorni dall'intervento), in quanto le donne presentano un rischio di

complicanze maggiore nella fase acuta e subacuta. Le ragioni non sono ancora state chiarite: l'ipotesi più accreditata è che vi siano differenze tra uomini e donne nella patofisiologia dell'IMA. Un altro risultato interessante, emerso dallo studio in corso, è la rilevazione di una mortalità più elevata nelle donne di età più giovane, mentre è analoga, o perfino inferiore, per soggetti anziani. Le ragioni non sono chiare, ma potrebbero giocare un ruolo importante la presenza di più fattori di rischio, patologie concomitanti, o la predisposizione genetica, nelle giovani donne (premenopausa) con IMA.
I risultati conclusivi dello studio saranno pubblicati e diffusi nel 2011, anche allo scopo di individuare eventuali azioni specifiche volte al miglioramento dello stato di salute delle donne.

Comitati Pari Opportunità

Nell'ambito del Comitato delle Pari Opportunità dell'Area della Dirigenza e dell'Area del Comparto, si è costituito un Gruppo di lavoro interdisciplinare per dare attuazione alle procedure previste dal "Protocollo d'Intesa per la prevenzione e il contrasto delle violenze nei confronti delle donne", sottoscritto tra la Prefettura di Parma ed i soggetti istituzionali della città e della provincia di Parma tra cui, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.
Scopo del Protocollo è la definizione di strategie condivise per la prevenzione ed il contrasto del fenomeno, avvalendosi delle competenze e del contributo di ciascuno dei firmatari del Protocollo stesso.
Il Gruppo di lavoro costituito nel febbraio 2010, coordinato dal Presidente del Comitato delle Pari Opportunità, è composto da dirigenti medici di Pronto Soccorso, Ginecologia, Pediatria, Malattie Infettive, Medicina Legale oltre allo Psicologo, all'Assistente sociale ed ai dirigenti infermieristici del Servizio Assistenziale.
Il P.M. della Prefettura di Parma ha incontrato i professionisti coinvolti nella stesura della procedura per rispondere ai principali aspetti aspetti giuridico-legali relativi agli obblighi di legge riguardanti la denuncia di reato, ma anche per facilitare una più stretta collaborazione tra Ospedale e forze dell'ordine per contrastare il fenomeno della violenza sulle donne.
Il gruppo di lavoro si è confrontato anche con i Servizi Sociali della Provincia di Parma e del Comune di Parma e con il Centro Antiviolenza per concordare le strategie di passaggio in cura di queste pazienti.
L'impegno delle varie professionalità è stato ampio e costante nel tempo, raggiungendo l'obiettivo che si era prefissato, attraverso la definizione di una procedura dettagliata sull'accoglienza in ospedale, delle donne vittime di violenza.
Il percorso, che inizia con l'accesso della donna al Pronto Soccorso o al reparto di Ginecologia, comprende la realizzazione di un iter condiviso e definito, dall'accoglienza, alla realizzazione di procedure sanitarie, sino alla dimissione e attivazione delle risorse territoriali finalizzate ad una presa in carico tempestiva e alla pianificazione di un progetto individuale di intervento.
L'assistenza di queste pazienti richiede un'azione efficace e coordinata che prevede un intervento in emergenza con servizi di diagnosi e terapia, ma anche interventi di più lungo periodo con la possibilità di un follow-up medico presso la struttura di prima accoglienza e, qualora sia condiviso dalla donna, un intervento di tipo psico-sociale e legale, in stretta interconnessione con il territorio e con il volontariato sociale. Il coinvolgimento dei servizi sociali aziendali e il collegamento con i servizi sociali extraospedalieri favoriranno infatti il proseguo di un percorso articolato e complesso che continuerà anche al termine dell'assistenza ospedaliera.
La procedura è articolata nei seguenti documenti:

- il testo della procedura;
- la scheda clinica ginecologica per i minori oltre i 13 anni e adulti di sesso femminile, vittime di violenza;
- la profilassi post-esposizione in caso di violenza;
- le indicazioni operative relative all'obbligo di denuncia di reato all'Autorità Giudiziaria da parte degli operatori sanitari;
- la cartella clinica ginecologica per donne con riferita/sospetta violenza sessuale;
- le istruzioni operative circa i casi di violenza sessuale.

La procedura è stata presentata dai vari professionisti coinvolti, nel corso di una Giornata di Studio organizzata in Azienda nel giorno 25 novembre 2010, Giornata mondiale contro la violenza sulle donne.

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

Organizzazione e funzionamento aziendale: il ruolo del Collegio di Direzione

Il Collegio di Direzione rappresenta un momento decisionale fondamentale per la direzione aziendale sia nella fase di verifica dei risultati rispetto alla gestione complessiva aziendale, sia nella fase di pianificazione degli obiettivi.
Nel corso dell'anno 2010, il Collegio di Direzione si è riunito con regolarità e cadenza mediamente mensile.

Al fine di migliorare le condizioni organizzative all'interno di ciascun Dipartimento e di facilitare le attività assistenziali delle singole unità operative afferenti al Dipartimento stesso, il Collegio di Direzione, ha valutato ed espresso parere favorevole sull'individuazione dei Responsabili Assistenziali di Dipartimento.

La necessità di sviluppare aggregazioni dipartimentali effettivamente rispondenti alle necessità dei pazienti e ai percorsi di didattica e di ricerca, ha reso opportuna una rivisitazione di alcune scelte effettuate in occasione della elaborazione dell'Atto Aziendale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.
Le principali variazioni apportate sono le seguenti:

- DAI "Onco Ematologico Internistico", composto dalle seguenti Strutture Complesse:
  - Oncologia Medica
  - Ematologia
  - Radioterapia
  - Clinica e Terapia Medica
  - Endocrinologia
  - Genetica Medica
  - Anatomia e Istologia Patologica
  - Malattie Infettive ed Epatologia

- DAI "Nefro Cardio Polmonare" composto dalle seguenti Strutture Complesse:
  - Cardiochirurgia
  - Cardiologia
  - Nefrologia
  - Clinica e Immunologia Medica
  - Semeiotica Medica
  - Clinica Pneumologica
    - Pneumologia
    - Fisiopatologia respiratoria

- DAI "Prevenzione e Sicurezza" composto dalle seguenti Unità Operative:
  - Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale
  - Medicina del Lavoro e Tossicologia Industriale
  - Funzioni di Esperto Qualificato(Fisica Sanitaria)
  - Funzioni di coordinamento del Medico Competente
  - Funzioni di Medico Autorizzato

Completo riassorbimento del DAI Medico Polispecialistico1.

Nel corso dell'anno 2010 si è insediato il nuovo Collegio di Direzione.

Il Collegio di Direzione costituisce il luogo di confronto e di coordinamento delle strategie complessive del governo clinico ed ha il compito di collaborare alla elaborazione dei programmi e dei documenti aziendali di riferimento (linee di indirizzo al budget, piano di attività annuale per la gestione del rischio clinico, per l'accreditamento, eccetera).

A questo riguardo, nel corso dell'anno 2010, il Collegio di Direzione ha espresso parere favorevole sul documento Linee di Indirizzo al budget 2010 e sul percorso di negoziazione di budget per l'anno 2010.

Il Collegio di Direzione partecipa, inoltre, all'elaborazione del programma aziendale di formazione permanente, in collaborazione con il Collegio Aziendale delle Professioni Sanitarie e con i singoli Dipartimenti ad Attività Integrata.
L'educazione continua in medicina è considerata come un percorso circolare che inizia con la definizione dei bisogni formativi, formula progetti educativi correlati alle necessità individuate, con particolare attenzione alla individuazione di obiettivi risultato e di indicatori e monitorizza le ricadute assistenziali della formazione in termini di miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e di innovazione tecnica, organizzativa e relazionale.
I bisogni formativi che sono stati evidenziati dai professionisti appartenenti ai dipartimenti aziendali sono:

- area comunicazione/relazione: comunicazione interprofessionale, gestione dei gruppi di lavoro, senso di appartenenza all'Istituzione, qualità relazionale nell'organizzazione;
- area gestionale/organizzativa;
- area tecnico-professionale;
- area ricerca.

A conclusione dei lavori di approfondimento il Collegio di Direzione ha approvato il Piano Aziendale Formativo anno 2010.

4.4 Gestione del rischio e sicurezza

Valutazione del rischio, gestione delle emergenze e piani formativi

La recente normativa che regolamenta la sicurezza dei luoghi di lavoro richiama al rispetto di determinati obblighi che tutti, dal datore di lavoro al dirigente, dal preposto al singolo lavoratore, dal Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione al Medico competente, sono tenuti a rispettare, allo scopo di assicurare, ciascuno per propria competenza e ruolo, il mantenimento dei parametri di sicurezza stabiliti dal testo normativo. In funzione di ciò può conseguire il raggiungimento di standard operativi che consentono di mitigare le situazioni di rischio dovute a esposizioni, elencate sul testo normativo, ai quali i lavoratori risultano soggetti.
Tra gli obblighi sussiste quello di procedere ad una diffusa informazione sui rischi aziendali a tutto il personale lavoratore.
Nel corso del 2010, il Servizio Prevenzione Protezione ha proceduto a consolidare le attività di informazione e formazione che costituiscono un obbligo specifico in riferimento al vigente D. Lgs. 106/09 (che integra e modifica il D. Lgs. 81/08). È stato capillarmente diffuso un opuscolo informativo che consente a ciascun operatore di essere informato sui principali rischi aziendali a cui potenzialmente potrebbe essere esposto; si tratta di una guida pratica supportata anche da illustrazioni e da glossario riepilogativo redatto con lo scopo di essere facilmente consultabile.
L'opuscolo elaborato quindi con l'intento di informare il lavoratore sulle principali tipologie di rischio riscontrabili in azienda, va inteso non tanto come sterile rispetto di un obbligo legislativo, ma piuttosto vuole assumere un ruolo oltre che divulgativo delle principali nozioni che costituiscono il bagaglio conoscitivo personale di ciascun operatore, anche di sensibilizzazione su argomenti che in linea di massima non fanno parte delle conoscenze personali e della cultura professionale della maggior parte dei lavoratori ospedalieri (professionalmente dedicati ad ambiti medici ed assistenziali); tuttavia il riscontro fin qui acquisito sulla base delle numerose ore di formazione svolte sui temi della sicurezza ha fornito forti segnali di incoraggiamento a proseguire sulla strada avviata, determinati dal vivo interesse suscitato presso tutti i coinvolti, in relazione ad argomenti la cui conoscenza si è rivelata in parecchie circostanze di fondamentale utilità per prevenire situazioni che altrimenti avrebbero potuto comportare incidenti ed infortuni conseguenti.
L'attività formativa è stata imperniata sugli approfondimenti già condotti nel corso del 2009 in ordine alla panoramica sui rischi generali in azienda, orientando questa volta le tematiche, destinate alle figure di Formatori per la Sicurezza, sui singoli rischi specifici. I moduli completati sono stati progettati in modo che le argomentazioni trattate fossero oggettivamente applicabili ad ambiti lavorativi di settore; ciò ha comportato una selezione degli argomenti affrontati, mirata per ciascuna attività lavorativa rappresentata in aula. A fronte di tale metodologia è possibile d'ora in poi proporre progetti formativi per singola unità

lavorativa, curati dalle richiamate figure di Formatori per la Sicurezza, che consentirà di accrescere sensibilmente l'attenzione sulle problematiche fin troppo superficialmente affrontate dai singoli operatori. In tal modo questi ultimi acquisiscono di fatto consapevolezza dell'importanza rivestita dai temi della sicurezza sul lavoro; ne consegue una naturale correzione comportamentale e di approccio, che poi rappresenta l'obiettivo più importante da perseguire.
Per quanto riguarda la gestione dell'emergenza, premesso che per ciascun ambito lavorativo i Dirigenti per la Sicurezza hanno individuato delle figure denominate Responsabili Gestione Emergenza, che coordinano l'attività in fase di accadimento di evento incendio, esiste un supporto tecnico–operativo costituito dalla Squadra di Emergenza Interna, la quale garantisce h 24 il presidio in azienda, per 365 giorni all'anno. Viene perciò assicurata, attraverso una nuova regolamentazione interna, la continuità professionale in azienda per qualunque tipologia di emergenza, fra quelle contemplate nei Piani di Emergenza Interna. Si è inoltre proceduto ad un aggiornamento degli stessi nel corso dell'anno 2010.
Inoltre il personale della Squadra è costantemente aggiornato su tematiche dell'antincendio, dell'emergenza in genere con carattere tecnico-interventistico.
Anche i Responsabili Gestione Emergenza di cui sopra, una volta individuati, vengono formati, man mano con il contributo continuo dei Vigili del Fuoco. All'antincendio sono stati formati, con un numero di ore tuttavia più limitato, anche le figure dei Preposti alla Sicurezza.
Tale organizzazione, proceduralizzata attraverso i Piani di Emergenza Interni, ha fin qui fornito discreti risultati anche a livello di sensibilizzazione su tali tematiche; il che costituisce, soprattutto se rivolta a personale medico o comunque di area sanitaria, un qualificante momento di prevenzione da cui consegue un'automatica, anche se graduale, correzione comportamentale.
La messa in pratica delle procedure riportate su tali Piani di Emergenza ha costituito lo spirito con il quale è stata effettuata una prova di evacuazione per evento incendio presso un piano (5°) di un edificio che ospita degenze. Considerato il coinvolgimento organizzativo preliminare che ha consentito di progettare con accuratezza tutte le fasi pianificate, è possibile sostenere che le operazioni, nel pieno rispetto delle procedure teoriche riportate sui piani di emergenza, hanno fornito un eccellente risultato in tema di sensibilizzazione del personale, di risultato atteso e di efficienza dimostrata. Non è da trascurare che tutto l'evento si è svolto con la collaborazione operativa e tecnica dei Vigili del Fuoco del Comando Provinciale locale. Ciò ha permesso di apportate le correzioni procedurali ai piani di emergenza, evidenziabili solo attraverso una simulazione sul campo, che ha visto partecipare con professionalità tutte le figure sanitarie coinvolte.
Il cuore di tale organizzazione dell'emergenza è costituito da un ambiente, ubicato all'interno del sedime ospedaliero, nel quale sono ospitate le terminazioni delle remotizzazioni impiantistiche di allarme di alcuni edifici dell'azienda; così, in tempo reale, confluiscono tutte le anomalie di funzionamento, le attivazioni di soccorso e di allarme, a garanzia della tutela di operatori, frequentatori ed ambienti;il che si traduce in una riduzione sensibile dei tempi di attivazione e di intervento sullo scenario incidentale.
Il personale operativo è strutturato, per regolamento interno, per garantire la presenza in servizio di almeno tre unità, una delle quali assegnata al centralino operativo e le altre due mobili e disponibili all'emergenza che intervengono ove richiesto, con automezzo gommato munito di idoneo caricamento antincendio e di soccorso. È attualmente allo studio la fattibilità della dotazione di radio-trasmittenti che possano consentire la copertura anche delle zone d'ombra di trasmissione/ricezione con i telefoni cellulari aziendali in dotazione al personale della Squadra (come i cunicoli sotterranei).
All'interno della Centrale sono disponibili su supporto informatico tutte le planimetrie di emergenza e tutti i Piani di Emergenza.
In tale ottica acquisisce fondamentale importanza la fase di attuazione dei lavori di remotizzazione della restante parte dell'impiantistica di rilevazione e di soccorso/allarme presso la centrale, che ad oggi è in fase di progettazione, peraltro inserita nei piani di finanziamento regionali specifici in fase di assegnazione all'Azienda, con il coinvolgimento diretto del servizio prevenzione e protezione.

Gestione degli infortuni

Il tema della tutela della salute e sicurezza dei lavoratori, ribadito con forza dal D. Lgs. 81/08 e dalle successive modificazioni, rappresenta una assoluta priorità per l'Italia che, secondo le indicazioni dell'Unione Europea, ha l'obiettivo di ridurre del 25% gli infortuni sul lavoro entro il 2012.
Il fenomeno infortunistico riveste infatti una grande importanza, non solo in relazione ai costi che il medesimo produce, ma principalmente per l'attenzione dedicata alla dimensione sociale ed umana del problematica, per la quale risulta imprescindibile la promozione di un vero e proprio cambiamento culturale, di un processo collettivo di sensibilizzazione e responsabilizzazione, in cui ogni cittadino assume un ruolo attivo. Al contempo è altrettanto importante l'investimento delle imprese e delle istituzioni

pubbliche nella formazione, nell'informazione e in tutte quelle attività che consentono di prevenire il determinarsi di una condizione di rischio.
All'interno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, nel complesso delle specifiche attività finalizzate alla gestione del rischio e della sicurezza dei lavoratori, è stata in questi ultimi anni rivolta particolare attenzione al monitoraggio e valutazione delle dinamiche connesse con il fenomeno infortunistico, sia in relazione all'impatto che lo stesso determina sulle assenze dal lavoro, sia in relazione all'adozione delle misure preventive atte a ridurre le possibili sorgenti di rischio (fisico, chimico, biologico eccetera).
Pertanto, nell'anno 2010 si sono ulteriormente consolidati manutenzione ed aggiornamento del database appositamente creato per la rilevazione degli infortuni, con finalità di statistica descrittiva degli eventi infortunistici e di consentire, conseguentemente, alla Direzione Aziendale le opportune valutazioni e comparazioni. Non da ultimo tale strumento si configura come supporto operativo per l'espletamento delle funzioni tipiche del Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale.
Nel corso dell'anno 2010, il numero di infortuni complessivo registrato è stato pari a 491 per un totale di giornate lavorative perse di n. 11.003. Va evidenziato che, nonostante un decremento del numero degli eventi infortunistici rispetto allo scorso anno (n. 579), le giornate di assenza risultano tuttavia in aumento rispetto ai dati dell'anno 2009 (n. 10.452).
In rapporto al numero complessivo di 3800 operatori con rapporto di lavoro subordinato (dipendenti e comandati), l'influenza quantitativa del fenomeno infortunistico è pari al 12,92% (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 33% circa .
Analizzando la natura dei 491 infortuni si evince che:

- n. 165 infortuni sono da ricondurre a "eventi di rischio biologico" e hanno provocato mediamente l'assenza di almeno 1 giorno dal lavoro, mentre per 24 di loro non vi è stata assenza dal servizio;
- n. 35 infortuni sono da ricondurre a "ricadute di infortuni", per un totale di giornate lavorative perse pari a 1518

Inoltre, 715 giornate di assenza sono da riferire a infortuni occorsi nel 2009, la cui durata si è protratta nell'esercizio successivo, con un peso sull'anno 2010 del 6,5%.
L'osservazione dell'evento sotto un profilo di genere evidenzia la seguente distribuzione:

- maschi infortunati: 154;
- femmine infortunate: 337.

Questo dato è da leggere in correlazione alle informazioni riportate nella parte dedicata alla "carta di identità" del personale, che, come per gli anni scorsi, rappresenta la netta prevalenza numerica della componente femminile sulla totalità dei dipendenti.
Per quanto riguarda le modalità di accadimento, si può delineare quanto segue:

Tabella 21 Numero di infortuni e giornate di assenza per forma di infortunio, anno 2010

Forma	Numero di infortuni	Giornate di assenza
Spostando /Sollevando	109	3023
Percutaneo	65	145
Caduto	43	1253
Contatto con	27	36
Colpito da	16	178
Scivolando	27	1232
In Itinere	90	2496
Movimento non coordinato	6	249
Piede In Fallo	24	810
Urto contro	28	392
Inc. alla guida	11	328
Si tagliava	14	100
Schiacciato da	14	447
Imprecisato	10	174
Affaticamento muscolare	1	43
Aggredito	2	37
Si schiacciava	3	58
Mucocutaneo	1	2
Totale	491	11003

Anche per l'anno 2010 la principale causa degli infortuni è costituita dalle lesioni da sforzo, sia in termini numerici che di giornate lavorative perse (fra gli interventi promossi dall'Azienda per far fronte a tale problematica si veda nella successiva sezione 4.7 il paragrafo "Analisi di ricaduta organizzativa della

formazione: il corso sulla movimentazione manuale dei carichi"), rimanendo comunque di una rilevante entità il dato degli infortuni a rischio biologico, riconducibile a percutanei, mucocutanei e contatto.

Dall'analisi dei dati contenuti nella tabella seguente, si conferma ancora una volta che il personale dedicato all'assistenza (infermieri, operatori socio sanitari) si mantiene tra le categorie maggiormente esposte al rischio di evento infortunistico, sia da movimentazione sia a matrice biologica, ciò per effetto delle specifiche mansioni svolte:

Tabella 22 Giornate di assenza per infortunio e numero infortuni per profilo professionale

Qualifica	N. Infortuni	Giorni
D- COLL.PROF.SAN. INFERM. ccnl 20.09.01	203	3938
CAT.B-SUP.OPERATORE SOCIO SANITARIO	126	3147
CAT. A AUSILIARIO SPECIALIZ.	25	1036
CAT. B OP.TECN.AUSILIARIO SPECIALIZZATO	24	569
D-COLL.PROF.S.T.SAN.RADIOL. ccnl 20.9.01	10	231
D-COL.PROF.SAN.T.S.LAB.BIOM ccnl 20.9.01	8	85
CAT.C -INFERMIERE GENERICO ESPERTO	2	17
DIRIG. MEDICO-ANESTESIA E RIANIMAZIONE	5	12
CAT BCOADIUTORE AMMINISTR.	1	2
CAT.DS-COLLAB. PROF.SANIT.ESP.-CAPOSALA	7	95
CAT.C-ASS. TECNICO CENTR.FUNZ.PRT.CUST.	2	19
CAT. B OPERAT. TECN. CUCINA	1	108
CAT.C-ASS. TECNICO DI CUCINA	1	36
CAT. B OPER. TECN. ADD. ALL'ACCOGLIENZA	2	32
CAT.D COLL.PROF.SAN.OSTETR. ccnl 20.9.01	1	51
CAT. B OPERAT. TECN. DI FARMACIA	1	1
DIRIG.MED.-MED. E CHIR. ACC. E URGENZA	1	100
CAT.C-ASS. TECNICO TERMO-IDR.-MECC.	3	131
CAT.D (ex BS-C) COLL.PROF.SAN. MASSOFIS.	2	47
CAT.D COLL.P.S. FISIOTER.ccnl 20.9.01	3	69
CAT.. B OPERAT. TECN. PREPARATORE DI LAB.	7	165
CAT. BS OPER. TECN. ADD. ALL'ACCOGLIENZA	2	53
C-OP. TECNICO SPEC. ESP. AUTISTA AMB.	4	56
CAT. B-SUPER OP. TECN. SPEC. CUCINA	3	57
CAT. B OPERAT. TECN. AUTISTA	4	174
CAT.B COAD.AMM.VO ADD.SERV.POST.COLLEG.	1	29
CAT. C – PUERICULTRICE ESPERTA	2	51
CAT. C ASSIST. AMMINISTR.	1	4
DIRIGENTE MEDICO-UROLOGIA	1	1
CAT. C-ASS.TECNICO AUTISTA	1	25
DIRIGENTE MEDICO-ONCOLOGIA	5	41
DIRIGENTE MEDICO-MEDICINA INTERNA	1	30
CAT. B OPERAT. TECN. ARCHIVISTA	2	26
CAT. D COLL. PROF. SANIT. FISIOTERAPISTA	4	212
CAT. D-SUPER COLL. AMM.VO PROF. ESPERTO	1	85
CAT. C-ASS. TECNICO CENTRO ELETTRON	1	6
CAT. C-ASS. TECNICO MAGAZZINIERE	1	13
CAT. D COLL. PROF. SAN. INF. PED. Ccnl 20.9.01	1	14
CAT. B OPER. TECN. NECROFORO-NECROSCOPO	1	1
DIRIG. FARMACISTA-FARMACIA OSPEDALIERA	1	1
DIRIG. MEDICO-ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	2	7
DIRIG. MED.-ANATOMIA ED IST. PATOLOGICA	1	8

Qualifica	N. Infortuni	Giorni
DIRIG. MED.-MALATTIE DELL'APPARATO RESPIR.	1	3
DIRIG. MEDICO-GINECOLOGIA E OSTETRICIA	1	1
DIRIGENTE MEDICO-NEUROCHIRURGIA	2	2
DIRIGENTE MEDICO-NEFROLOGIA	1	16
DIRIGENTE MEDICO-GASTROENTEROLOGIA	1	7
CAT.C-ASS. TECNICO ADD. ALL'ACCOGLIENZA	2	46
CAT.D-COLL.TECNICO PROF.LE/SETT. TECNICO	1	20
DIRIGENTE BIOLOGO –PATOLOGIA CLINICA	1	81
DIRIGENTE MEDICO – CHIRURGIA PEDIATRICA	1	1
DIRIGENTE MEDICO - NEONATOLOGIA	2	31
DIRIGENTE MEDICO - NEURORADIOLOGIA	1	1
DIRIGENTE ODONTOIATRIA	1	1
CAT.C-ASS. TECNICO ADD. ATT. ALBERGHIERE	1	8
Totale	491	11003

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

L'integrazione delle competenze del Tecnico Sanitario di Radiologia nel Dipartimento di Radiologia e Neuroradiologia

Il grado di complessità e la vastità del campo d'azione della moderna diagnostica per immagini, impone al personale tecnico la necessità di continui aggiornamenti e approfondimenti non solo in relazione alle evoluzioni tecnologiche, ma anche in rapporto all'informatizzazione sempre più accentuata.
L'Azienda Ospedaliera di Parma ha realizzato un percorso di innovazione tecnologica in ambito radiologico al fine di offrire prodotti diagnostici di qualità, e con forte coinvolgimento dei gruppi multiprofessionali dedicati. In tale contesto la riflessione del gruppo dei Tecnici di Radiologia ha esplorato la necessità di sviluppare nuove abilità e nel contempo rispondere alle esigenze di integrazione dei gruppi professionali dedicati alle diverse diagnostiche al fine di garantire elevati standard qualitativi e continuità assistenziale.
Il percorso di integrazione tra metodiche diverse ha determinato l'acquisizione di competenze più complesse e un maggiore coinvolgimento del gruppo professionale nel percorso di apprendimento.

Metodi e Obiettivi

Partendo dai presupposti descritti, sono state individuate metodiche omogene idonee al percorso di integrazione degli operatori appartenenti ai diversi ambienti di radiologia.
Sono stati quindi definiti percorsi di apprendimento finalizzati alla condivisione delle diverse metodiche e delle differenti organizzazioni del lavoro.
L'integrazione ha coinvolto:

- *Neuroradiologia*: metodiche relative alle prestazioni di emodinamica e all'attività di Risonanza 1,5 tesla,
- *Radiologia-Emergenza*: in collaborazione con la radiologia ortopedica per l'utilizzo della Rm a basso campo e con la Piastra Tecnica per la metodica Tc,
- *Radiologia Piastra Tecnica*: due metodiche in comune con la neuroradiologia (Rm 1,5 tesla e emodinamica) e una con la radiologia di emergenza (Tc),
- *Scienze Radiologiche*: intervento nell'organizzazione del percorso di addestramento alle metodiche specifiche.

Risultati

Nel primo anno sono stati coinvolti nel percorso 20 Tecnici di Radiologia, lo sviluppo del progetto prevede, nel corso del 2011, l'estensione ai restanti professionisti.
Al termine del percorso di integrazione il personale TSRM sarà in grado di operare su varie metodiche di alta complessità, con un buon grado di autonomia e garantendo adeguati standard qualitativi. Sarà inoltre possibile ottenere la necessaria flessibilità organizzativa utile all'ottimizzazione del lavoro e al mantenimento dell'offerta di prestazioni radiologiche rivolta alla cittadinanza.

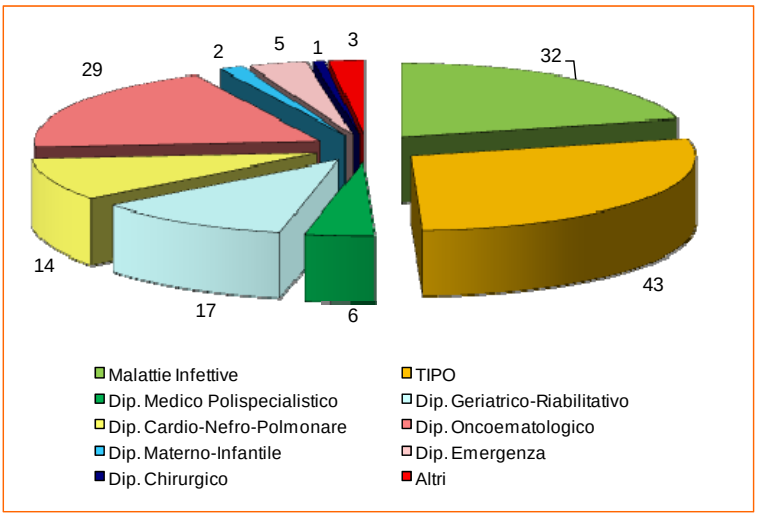
Il percorso di donazione di organi e tessuti

L'attività di donazione di organi e tessuti coinvolge numerosi gruppi professionali di diverse Unità Operative Aziendali che esprimono competenze e ruoli differenti ma indispensabili affinché il percorso della donazione risulti congruo e privo di rischi. Nel corso del 2010 il Centro Nazionale Trapianti ha individuato il Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio dell'AOU di Parma sede di back-up regionale per il Centro di Riferimento Regionale di Bologna.
Un audit, tenutosi nel mese di marzo 2010, presieduto da una commissione nazionale, ha giudicato idonee le strutture deputate all'esecuzione delle specifiche indagini diagnostiche. Le Unità Operative di Diagnostica Ematochimica, Microbiologia, Virologia, S.S.D. Biochimica ad elevata automazione, S.S.D. Diagnosi delle infezioni prenatali, connatali e perinatali sono state giudicate adeguate per competenze e dotate di tecnologie idonee all'erogazione dei volumi di prestazioni necessarie. Tale riconoscimento definisce quindi che gli esami di primo livello, inerenti la sicurezza infettivologica, per la validazione dei potenziali donatori di organi e tessuti, in caso di necessità possano essere eseguiti nei laboratori aziendali a servizio delle Aziende dell'intera regione.
I partecipanti, nei diversi ruoli, hanno ritenuto che l'audit sia stato un momento importante nel processo di condivisione e di consapevolezza delle attività rivolte al prelievo e trapianto di organi e tessuti.

Il PICC Team nell'AOU-PR

L'istituzione di una "PICC Team" (Peripherally Inserted Central Catheters) viene promossa nel 2009 da un gruppo di professionisti del Dipartimento Chirurgico. La letteratura scientifica di riferimento definisce come l'utilizzo di questa particolare tipologia di cateteri venosi rappresenti una valida alternativa ai CVC (Cateteri Venosi Centrali) tradizionalmente utilizzati. I vantaggi sono essenzialmente rappresentati da un minor numero di complicanze legate all'inserzione del catetere, minor rischio di infezioni correlate al suo utilizzo, minor rischio di trombosi venosa centrale. Per tali motivi risulta particolarmente indicato per i pazienti che presentano un elevato rischio delle complicanze descritte e che necessitano del dispositivo per un periodo non superiore ai 3 mesi. Per sede di applicazione (braccio) risulta inoltre più tollerabile al paziente, in particolare nei casi in cui il catetere venga utilizzato per infusioni in ambiente extraospedaliero. Le caratteristiche del catetere permettono inoltre che la sua inserzione avvenga ad opera di operatori sanitari, medici o infermieri, adeguatamente formati. Non vi è la necessità di competenze chirurgiche o anestesiologiche. Sulla base degli elementi descritti è stato individuato un Team composto da medici e infermieri altamente motivati e disponibili ad intraprendere un percorso di formazione specifico. Sono stati inoltre individuati gli spazi idonei alla procedura di applicazione del dispositivo, individuate le modalità di diffusione del progetto ai professionisti delle Unità Operative gradualmente coinvolte e definiti standard di risultato. Il progetto ha previsto un periodo di sperimentazione, nello stesso Dipartimento Chirurgico, e la successiva diffusione a livello aziendale, dopo validazione dei risultati ottenuti. Nel corso del 2010 è stato attuato il programma di formazione e addestramento degli operatori e data applicazione al progetto.
L'attività della PICC Team ha evidenziato, già nella prima fase di sperimentazione, che i vantaggi descritti in letteratura si traducevano in concreti benefici per i pazienti sottoposti all'impianto, tanto che le richieste di applicazione hanno velocemente superato le previsioni e sono pervenute da numerose Unità Operative sia mediche sia chirurgiche. Il numero dei dispositivi applicati, nel corso del 2010, è di 151 cateteri, il numero di richieste ha largamente superato il numero ipotizzato in fase progettuale e ulteriori 64 applicazioni richieste, sono rimaste inevase.

Grafico 20 Numero PICC impiantati



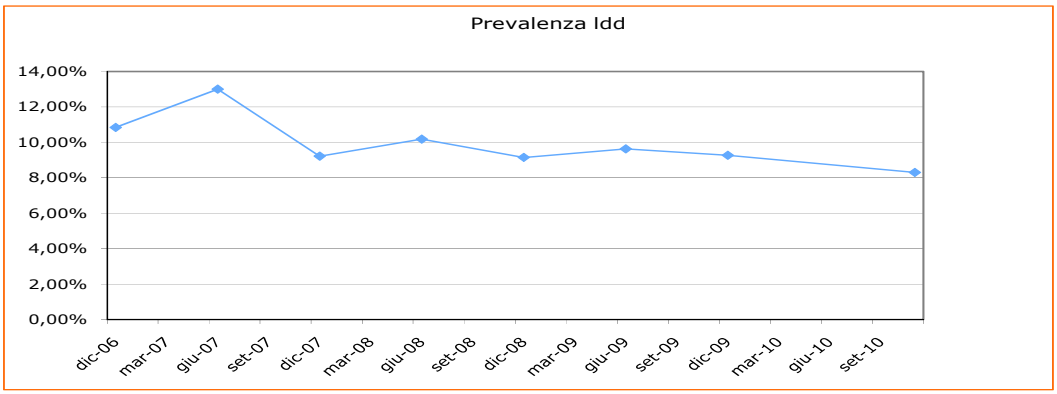
L'analisi dei risultati al termine del primo anno di attività ha evidenziato un basso tasso di complicanze infettive: 1 solo episodio sui 151 impianti e un progressivo aumento del numero di PICC impiantati. L'applicazione è stata realizzata dagli infermieri della PICC Team.
La realizzazione del progetto descritto, oltre ai risultati elencati, contribuisce allo sviluppo di un modello di professionista infermiere più consapevole delle capacità di erogare prestazioni di qualità, basate sulle più aggiornate evidenze scientifiche. Favorisce inoltre alla crescita della cultura del team multiprofessionale, quale luogo privilegiato dell'espressione delle specificità di ciascun professionista che nell'integrazione migliora in modo significativo la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate.

Ambulatorio Vulnologico

La realizzazione dell'Ambulatoro Vulnologico a gestione prevalentemente infermieristica rappresenta una importante tappa nel percorso di cura del paziente affetto da ulcere cutanee croniche a difficile e lenta risoluzione. L'esperienza maturata in azienda sulla cura delle lesioni e le esperienze in ambito europeo e nazionale sono state la conferma di un bisogno di cura che non aveva ancora trovato, nella nostra realtà, una risposta adeguata. Le ulcere cutanee rappresentano infatti un aspetto critico dell'assistenza; i dati epidemiologici più recenti riferiscono che circa il 2% della popolazione in Europa presenta ulcere cutanee. La scelta, che si è rivelata fra le più interessanti, adottata dal ministero della salute inglese, e recentemente sperimentata in Lombardia e Friuli, è stata quella di investire, per la cura di questi pazienti, sull'infermiere specializzato in wound care. I risultati preliminari delle esperienze italiane, riferite ad un periodo di 12 mesi dalla costituzione dei centri di riferimento, mettono in luce interessanti informazioni di carattere gestionale e clinico-assistenziali quali la riduzione dei costi correlati alla ospedalizzazione, ed una riduzione dei tempi di guarigione dei pazienti seguiti e curati secondo le raccomandazioni e le linee guida internazionali in wound care. In ambito aziendale la cultura della wound care è particolarmente sviluppata tra il personale infermieristico e va diffondendosi, con buoni risultati, anche tra il personale medico. Momento fondamentale per lo sviluppo di tale cultura è stata l'istituzione dell'"Osservatorio per il monitoraggio delle Ulcere Cutanee" nel 2006.
Le principali azioni realizzate sono riferite a:

- misurare il fenomeno delle lesioni cutanee tramite l'effettuazione di indagini di prevalenza e audit clinici che hanno consentito di acquisire informazioni quantitative (numero di lesioni rilevate in quella giornata/prevalenza) qualitative (stili e comportamenti degli operatori) e finanziarie (costi e tempi dell'assistenza, costi delle medicazioni etc.) necessarie a organizzare interventi efficaci ed appropriati. Le rilevazioni vengono effettuate ogni 6 mesi mediante valutazione dei pazienti ricoverati nelle strutture ospedaliere ed i risultati sono trasmessi ai coordinatori.

  Nel grafico che segue sono mostrati, a titolo esemplificativo, alcuni dati di prevalenza.



- vigilare sul corretto utilizzo dei dispositivi di prevenzione e cura delle lesioni da decubito,
- predisporre protocolli operativi per la prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito (Ldd), la gestione delle medicazioni avanzate e speciali secondo le più avanzate conoscenze scientifiche,
- promuovere corsi di formazione in wound care al fine di uniformare stili e comportamenti per la presa in carico del paziente a rischio di contrarre lesioni cutanee, formare i professionisti sulla corretta gestione di pazienti affetti da ulcere cutanee croniche. Nel periodo 2008/10 ai corsi di formazione hanno partecipato 825 professionisti fra medici, infermieri, fisioterapisti e operatori socio sanitari,
- costituire un gruppo aziendale di professionisti esperti e specializzati in wound care per la realizzazione di attività di raccolta dati epidemiologici, realizzazione di percorsi formativi, promozione di iniziative di miglioramento nella gestione del fenomeno delle ulcere cutanee croniche. La pubblicazione del Protocollo sulla Gestione delle Medicazioni Avanzate e Speciali (aprile 2009) che la Commissione Provinciale del Farmaco ha chiesto di elaborare alle due aziende sanitarie di Parma è uno degli esempi di lavoro del team multisciplinare,
- fornire consulenza agli infermieri per la corretta valutazione e trattamento delle ulcere cutanee difficili.

L'attività di consulenza rappresenta un momento focale dell'attività dell'osservatorio in riferimento sia alla formazione sul campo, che viene realizzata in concomitanza alla consulenza, sia per la ricchezza delle informazione che vengono raccolte direttamente nelle Unità Operative di degenza. Essa prevede la valutazione del paziente con ulcera e l'indicazione della medicazione più idonea. Tale attività è andata via via intensificandosi sino a rappresentare una parte molto rilevante dell'attività dell'Osservatorio.

Nella tabella che segue sono mostrati i dati di consulenza suddivisi per dipartimenti nel periodo 2007-2010.

Dipartimento	Consulenze	Rivalutazioni	Post ricovero	Ambulatoriali
Medico Polispecialistico 1	569	210	125	141
Medico Polispecialistico 2	487	245	25	36
Geriatrico/Riabilitatico	420	269	69	24
Chirurgico	360	147	56	46
Materno Infantile	35	28	12	
Neuroscienze	95	36	32	11
Totale	2001	935	319	258

Da tale esperienza, oltre che dai dati presenti in letteratura, si è evidenziato come oltre alle lesioni da decubito, esista un numero sempre più importante di pazienti ricoverati affetti da ulcere croniche "difficili" per la complessità e la difficoltà di guarigione. La presa in carico di questa tipologia di pazienti da parte dello specialista in wound care dell'Osservatorio, in stretta collaborazione con medici responsabili clinici, ha permesso di individuare il piano di cura più idoneo e di proseguire la presa in carico del paziente oltre la dimissione sino alla guarigione della lesione, attivando la consulenza presso gli ambulatori dipartimentali. Per questi pazienti i risultati ottenuti sono riferibili alla riduzione delle giornate di degenza, alla garanzia di continuità delle cure appropriate, al rientro ad una vita sociale, familiare e lavorativa in tempi più rapidi.
Valutati i risultati è stato attivato, nel mese di dicembre 2010, un ambulatorio specifico a gestione prevalentemente infermieristica per la cura di ulcere cutanee croniche a difficile e lenta risoluzione.

Nell'"Ambulatorio Vulnologico" le funzioni dell'infermiere esperto in wound care possono essere così riassunte:

- svolgere una corretta diagnosi avvalendosi, se necessario, della consulenza di altri esperti professionisti (internista, geriatra, chirurgo plastico, vascolare, dermatologo, infettivologo, diabetologo, nutrizionista, psicologo);
- valutare e scegliere la medicazione ideale;
- prevenire recidive ulcerative mediante una costante attività di educazione sanitaria verso i pazienti e i care giver al fine di prevenire recidive ulcerative.

Gli obiettivi che l'attività ambulatoriale si pone riguardano essenzialmente la corretta presa in carico del paziente attraverso la riduzione dei tempi di ospedalizzazione per pazienti con ulcere complicate durante la fase di ricovero, la cura di pazienti con ulcere croniche provenienti da servizi ambulatoriali, Day Hospital e da distretti e servizi territoriali, ulteriore razionalizzazione ed appropriatezza nell'utilizzo delle medicazioni avanzate, speciali e tecnologiche.
L'attività dell'ambulatorio diviene pertanto di fondamentale importanza per migliorare la qualità di vita dei pazienti che normalmente vedrebbero prolungato il loro ricovero ospedaliero o che non trovano una risposta adeguata nella rete territoriale.

4.6 Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti

Sistema d'incentivazione del personale dirigente

La retribuzione di risultato per il personale Dirigente si basa sui principi stabiliti 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 con i Direttori di Dipartimento in sede di negoziazione di budget.
Il percorso adottato, per l'anno 2010, nell'ambito della negoziazione del budget si è sostanziato nel preventivo coinvolgimento di tutti i Direttori di Dipartimento a cui sono state illustrate le linee guida del budget al fine di acquisirne un parere preliminare alla realizzazione della negoziazione stessa
Il coinvolgimento delle Strutture organizzative afferenti ai Dipartimenti ha comportato, a cura dei Direttori di Dipartimento, una prima fase informativa finalizzata alla comunicazione, al confronto e all'eventuale acquisizione di proposte da parte delle Strutture Organizzative, circa le linee guida aziendali.
L'esito del confronto effettuato a livello dipartimentale è stato poi esplicitato dai Direttori di Dipartimento al tavolo negoziale.
In esito alla negoziazione di budget, i Direttori di Dipartimento hanno attivato il processo a cascata degli obiettivi sulla base di quanto già definito nei precedenti accordi aziendali.
L'accordo aziendale infatti riguardante l'anno 2010 conferma l'impianto generale adottato negli anni precedenti e si basa sostanzialmente sui seguenti criteri:

- attribuzione di obiettivi di équipe connessi alla retribuzione di risultato (si veda il documento budget 2010);
- 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 2010);
- 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.

La corresponsione della retribuzione di risultato è strettamente correlata a specifici obiettivi concertati con i Direttori di Dipartimento in occasione della negoziazione del budget. Gli obiettivi pertanto oggetto d'incentivazione riportati dettagliatamente nelle apposite schede del budget 2010 riguardano le sotto elencate macro-aree di Attività:

- Attività di Ricovero: "Riduzione delle giornate di degenza non necessarie", "Rispetto del cingolo", "Rischio Clinico: consolidamento del percorso strutturato di Incident reporting";
- Attività ambulatoriale: "Semplificazione degli accessi: corretto utilizzo da parte degli specialisti ospedalieri del percorso deburo (prescrizione su ricettario SSN di prestazioni successive alla prima visita)";
- Governo economico: " Ottimizzazione e razionalizzazione dell'utilizzo di materiale sanitario";
- Ricerca e Innovazione: "Contribuire alla realizzazione dell'anagrafe della ricerca regionale", "Elaborazione del piano dipartimentale delle attività di ricerca e innovazione di valenza almeno biennale";
- Accreditamento: "Garantire la qualità del processo assistenziale mediante il soddisfacimento dei requisiti di autorizzazione/accreditamento richiesti dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale";
- Igiene e Medicina Preventiva: "Prevenzione delle infezioni ospedaliere", "Igiene ambientale".

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.
Costituisce altresì obiettivo individuale 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.
Il processo di valutazione degli obiettivi assegnati 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.

L'iter procedurale delle verifiche sul grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati alle strutture organizzative aziendali ai fini della valorizzazione del premio di risultato si sviluppa e si conclude attraverso, sostanzialmente, due fasi:

- Valutazione tecnica

A livello di Unità Operativa e per ciascun obiettivo ad essa assegnato viene attribuito un peso espresso in punti ("peso atteso"). La somma dei pesi attesi che ciascuna Unità Operativa totalizza è pari a 100. Per ciascun obiettivo, utilizzando gli indicatori e gli strumenti di verifica, riportati dettagliatamente nelle schede di Budget, si avviano le procedure di rilevazione, di monitoraggio e di misurazione dei livelli quali-quantitativi delle attività programmate in modo da definirne il grado di raggiungimento e/o lo stato d'avanzamento rispetto al risultato atteso (100). Impiegando per ultimo un semplice strumento matematico di calcolo, ossia moltiplicando il grado di raggiungimento per il peso atteso precedentemente attribuito, si ottiene il risultato conseguito che rappresenta, in termini percentuali, l'esito complessivo delle verifiche espletate.
In sintesi, a fronte di un integrale positivo raggiungimento dei risultati attesi il valore convenzionale è pari a 100, mentre analogamente il mancato parziale raggiungimento degli obiettivi precedentemente pesati determina un risultato che, in termini percentuali, evidenzia uno scostamento dal risultato pieno (< 100).

- Valutazione finale

Tenuto conto che il processo valutativo all'interno di una realtà organizzativa assume un ruolo centrale intorno a cui ruotano tutti gli aspetti inerenti la gestione delle risorse umane e, pertanto, deve costituire un incentivo per migliorare la funzionalità complessiva dell'Unità Operativa, in termini di efficacia, efficienza ed economicità, si è ritenuto ne necessario collegare allo strumento di calcolo matematico, sopra citato, anche altri parametri per la misurazione complessiva finale dei risultati conseguiti, ricorrendo alla componente discrezionale della valutazione.
Infatti, nell'ambito dell'istruttoria sull'andamento dei diversi parametri negoziati, si è data particolare attenzione alle condizioni che hanno impedito l'eventuale totale raggiungimento degli obiettivi condivisi.
In altri termini, si è reso necessario approfondire le cause di una rilevazione di risultati non totalmente conformi a quelli inizialmente concordati ed a tal riguardo si sono presi in considerazione altri parametri

valutativi, seguendo il seguente percorso: per ciascun obiettivo, calato nel contesto organizzativo dell'Unità Operativa che lo ha negoziato, si considera il grado di complessità, in relazione alle sue caratteristiche, nonché il livello di difficoltà per il suo pieno raggiungimento, tenuto conto delle risorse umane e strumentali a disposizione, ossia tutte le componenti variabili (temporali, economiche, e strutturali) che hanno influito sul positivo raggiungimento dell'obiettivo.
Detta analisi permette di definire un'area cosiddetta di tolleranza che identifica il range di valori, vicini a quell'obiettivo, e consente di considerare l'obiettivo come conseguito anche a fronte di un valore di risultato marginalmente differente.

Nel contesto del sistema premiante riferito alla retribuzione di risultato un altro elemento qualificante 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 sospeso a far tempo dall'1.1.2006).

Sistema d'incentivazione del personale dell'area 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 2010 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:

- qualifica funzionale d'inquadramento.
- profilo orario per il personale assistenziale impiegato nella turistica.
- effettiva presenza in servizio.

4.7 Formazione

Dati di attività

La formazione è un'attività fondamentale per lo sviluppo professionale dei dipendenti, per la realizzazione degli obiettivi programmatici dell'Azienda e per una migliore tutela della salute dei cittadini attraverso servizi più qualificati.
Con l'attività di aggiornamento professionale del personale sanitario l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma si propone di accrescere le conoscenze e le capacità individuali, in coerenza con le esigenze organizzative e con i cambiamenti del contesto di riferimento. L'obiettivo generale è dunque quello di fornire proposte e risposte formative mirate a diffondere la cultura relazionale ed orientate a sviluppare le professionalità presenti in Azienda, anche attraverso l'interscambio formativo con le Aziende Sanitarie, la Regione, la Provincia e le altre istituzioni, in linea con i cambiamenti organizzativi e tecnico-scientifici di settore.
Durante l'anno 2010, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha progettato, realizzato ed accreditato presso la Commissione Regionale ECM complessivamente 448[1] momenti formativi (il 12% in più rispetto lo scorso anno) di cui:

- 249 eventi residenziali (convegni, congressi, corsi tecnico professionali, corsi teorici pratici);
- 163 iniziative di Formazione sul Campo (l'incremento di questa tipologia di formazione è stato del 17% rispetto il 2009) per un totale di ore 6520;
- 4 progetti formativi (gruppi di singoli eventi collegati) riguardanti la formazione alla ricerca (si veda a riguardo il capitolo 6 del presente volume).

[11] Questo dato è comprensivo delle riedizioni dello stesso corso.

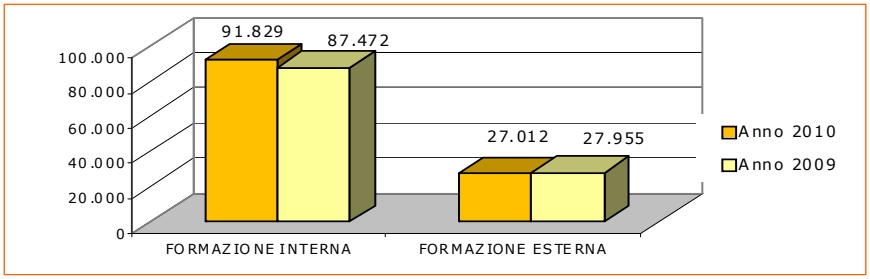
Sempre durante l'anno 2010, si mantiene costante l'incremento delle attività di formazione promosse dai servizi trasversali, incentrate principalmente sull'adeguamento tecnologico, sulla formazione alla sicurezza dei luoghi di lavoro, sul miglioramento delle relazioni interprofessionali sull'accreditamento delle strutture sanitarie e sui nuovi percorsi dell'Ospedale dei bambini.
Il numero complessivo delle ore di formazione erogate nell'anno 2010 si attesta intorno alle 118.841, di cui 91.829 di aggiornamento interno e 27.012 ore di aggiornamento esterno, come specificato nella tabella sotto riportata.

Tabella 23 Ore di formazione – Raffronto anno 2009 e anno 2010

Ore di formazione	Anno 2009	Anno 2010	Variazione in %
FORMAZIONE INTERNA	87.472	91.829	+5,0%
FORMAZIONE ESTERNA	27.955	27.012	-3,4%
TOTALE	115.427	118.841	+3,0%

Rispetto all'anno precedente (2009) si registra un incremento delle ore di formazione relative ai corsi organizzati all'interno dell'Azienda (+ 5%) che corrisponde all'incremento del numero totale di iniziative organizzate direttamente dall'Azienda, per un'erogazione complessiva di circa 100.000 crediti ECM. L'andamento dell'accesso alla formazione è descritto nel grafico sottostante:

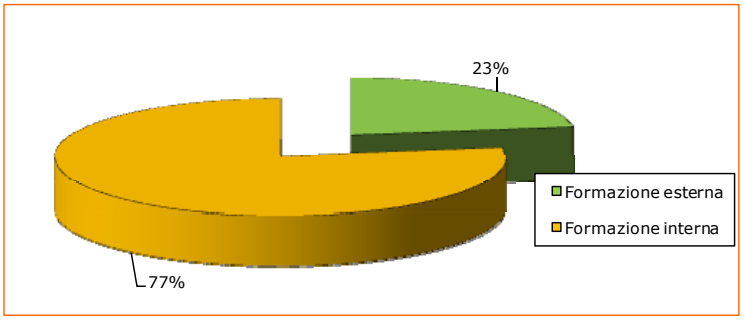
Grafico 21 Andamento accesso alla formazione



All'incremento dell'aggiornamento interno corrisponde una leggera flessione dell'accesso alle iniziative esterne, che si attestano a circa 1.393 corsi, a cui hanno partecipato n. 2.110 operatori sanitari, per un numero medio di 12 ore annue procapite.

Come si rileva anche dal grafico sotto riportato, il rapporto fra l'aggiornamento esterno ed interno è di 1 a 3,4:

Grafico 22 Rapporto aggiornamento interno/esterno



Il numero di operatori formatosi attraverso l'aggiornamento interno si attesta complessivamente intorno a 3.213, per un numero medio di 29 ore procapite.

Inoltre, si registrano anche ore di formazione svolte da personale non ECM pari a 5.790 pari al 5% delle ore complessive.

Nella tabella successiva le ore di formazione sono ripartite in base alle figure professionali[2]:

Tabella 24 Ripartizione ore di formazione per figura professionale

	AGGIORNAMENTO INTERNO		AGGIORNAMENTO ESTERNO			
Descrizione	**ore di frequenza**	**%**	**ore di frequenza**	**%**	**ore totali di formazione**	**%**
MEDICO	19.623	*21,4%*	17.232	*63,8%*	36.855	*31,0%*
ODONTOIATRA	16	*0,0%*	-	*0,0%*	16	*0,0%*
FARMACISTA	392	*0,4%*	146	*0,5%*	538	*0,5%*
CHIMICO	303	*0,3%*	-	*0,0%*	303	*0,3%*
BIOLOGO	2.678	*2,9%*	705	*2,6%*	3.383	*2,8%*
FISICO	128	*0,1%*	254	*0,9%*	382	*0,3%*
PSICOLOGO, MEDICO PSICOLOGO	172	*0,2%*	84	*0,3%*	256	*0,2%*
ASSISTENTE SANITARIO	7	*0,0%*	-	*0,0%*	7	*0,0%*
DIETISTA	28	*0,0%*	54	*0,2%*	82	*0,1%*
FISIOTERAPISTA	2.775	*3,0%*	409	*1,5%*	3.184	*2,7%*
INFERMIERE	47.122	*51,3%*	4.414	*16,3%*	51.536	*43,4%*
INFERMIERE PEDIATRICO	190	*0,2%*	8	*0,0%*	198	*0,2%*
LOGOPEDISTA	220	*0,2%*	166	*0,6%*	386	*0,3%*
ORTOTTISTA	276	*0,3%*	34	*0,1%*	310	*0,3%*
OSTETRICA/O	1.699	*1,9%*	137	*0,5%*	1.836	*1,5%*
TECNICO FISIOPATOLOGIA CARDIOCIRCOLATORIA	614	*0,7%*	19	*0,1%*	633	*0,5%*
TECNICO SANITARIO LABORATORIO BIOMEDICO	6.921	*7,5%*	1.028	*3,8%*	7.949	*6,7%*
TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA	1.964	*2,1%*	551	*2,0%*	2.515	*2,1%*
TECNICO AUDIOMETRISTA	49	0,1%	32	0,1%	81	0,1%
TECNICO PREVENZ. NELL'AMBIENTE E LUOGHI LAV.	56	0,1%	-	0,0%	56	0,0%
TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA	227	0,2%	267	1,0%	494	0,4%
TECNICO ORTOPEDICO	6	0,0%	-	0,0%	6	0,0%
ODONTOTECNICO	24	0,0%	-	0,0%	24	0,0%
DIRIGENZA PROFESSIONI SANITARIE	8	0,0%	13	0,0%	21	0,0%
OSS/OTA	2.903	3,2%	86	0,3%	2.989	2,5%
ALTRE FIGURE PROFESSIONALI (amministrativi, specializzandi, contrattisti, borsisti, Co.Co.Co)	3.430	3,7%	1.373	5,1%	4.803	4,0%
Totale	91.829	100%	27.012	100%	118.841	100%

Al 31.12.2010 il numero di professionisti con obbligo ECM erano 2.497 ossia il 65% rispetto al totale di 3800 dipendenti.
Nel corso dell'anno 2010, le ore di formazione ECM complessivamente erogate sono state 85.499 contro le 89.304 dello scorso anno, con un decremento del 4%: mediamente ogni professionista ECM ha frequentato 34,41 ore di formazione.
Il numero complessivo di professionisti sanitari ECM che hanno frequentato corsi ECM erogati dall'Azienda sono stati 2.410 ed hanno maturato complessivamente n. 84.350 crediti. La leggera diminuzione di ore e quindi di crediti maturati è giustificata dal fatto che anche per il 2010 molti professionisti hanno usufruito dei crediti precedentemente maturati per coprire il proprio debito formativo.

[2] I dati includono i professionisti che hanno un rapporto di lavoro (dipendente e non) con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ed i professionisti Universitari convenzionati con l'Azienda

La percentuale dei professionisti che ha maturato il numero di crediti ECM richiesti attraverso la partecipazione ad iniziative formative si attesta attorno al 65% (il dato non comprende i dati relativi ai crediti ECM conseguiti tramite corsi in FAD e tramite attività di tutoraggio nei Corsi di laurea). Considerando le ore di formazione è possibile stimare che i professionisti presenti in Azienda hanno conseguito complessivamente circa 100.000 crediti ECM (i dati sono parziali in quanto la registrazione dati relativi al 2010 non è ancora stata ultimata).
I professionisti dell'Azienda che hanno svolto attività di tutor in iniziative ECM sono 116 per un totale di 2.814 crediti ECM erogati, mentre chi ha maturato crediti ECM come relatore/docente sono 110 per un totale di 2.618 crediti ECM conseguiti.
I professionisti sanitari, proveniente da altri enti o da strutture private, che hanno partecipato ad iniziative promosse dall'Azienda sono stati circa 1.258 (contro i 1.491 dell'anno precedente) ed hanno frequentato complessivamente 59 iniziative.
Anche i costi della formazione, come da tabella sotto riportata, sono in linea con la percentuale delle ore di formazione svolte dai dipendenti dell'Azienda, in quanto il costi relativi all'aggiornamento interno corrispondono al 71,5 % dei costi totali mentre il restante 28,5% è imputabile al finanziamento della formazione al di fuori dall'Azienda.

Tabella 25 Costi della formazione anno 2010

Costi della formazione	Anno 2010	%
FORMAZIONE INTERNA	34 4.172,93	1,5%
FORMAZIONE ESTERNA	13 7.507,87	8,5%
TOTALE	48 1.680,80	00%

Dossier formativo di gruppo: strumento di governance della formazione in un Dipartimento

Il sistema ECM sta evolvendo verso importanti cambiamenti della sua funzione e della sua struttura; per governare il cambiamento vengono proposti tre strumenti:

1. Piano Aziendale della Formazione (PAF), che si chiede venga sempre più legato a quelli che sono gli obiettivi di sviluppo e di innovazione delle strutture aziendali;
2. Dossier Formativo;
3. Rapporto Annuale della Formazione (RAF).

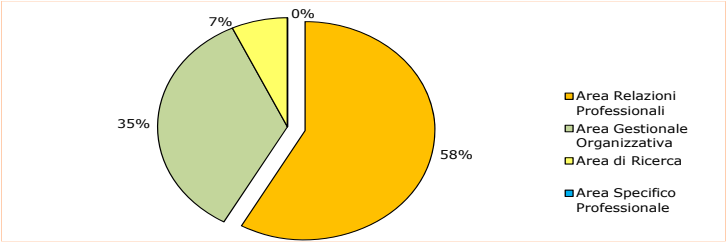
Il Dossier formativo è uno strumento che è gestito in collaborazione tra Formazione e Collegio di Direzione e può essere individuale e di gruppo. L'Azienda, con scelta condivisa anche dalle altre aziende della regione, ha deciso di lavorare sul dossier di gruppo, identificando il gruppo con il singolo Dipartimento, per i seguenti motivi:

a. per superare la frammentazione della formazione, prevalentemente orientata allo sviluppo di competenze specialistiche del singolo, per andare anche in direzione di percorsi formativi maggiormente integrati e su competenze trasversali e di gruppo;
b. per orientare maggiormente la formazione agli obiettivi di sviluppo del singolo Dipartimento;
c. per favorire la formazione dell'intera équipe multiprofessionale, sempre per facilitare il cambiamento e l'innovazione a livello di Unità Operativa.

È già stato messo a punto, nel 2010, un dossier formativo di Dipartimento, in specifico per il Dipartimento geriatrico riabilitativo. Questo strumento costituisce un prototipo che sta già diffondendosi ad alcuni altri Dipartimenti dell'Azienda.
Il dossier formativo è stato sperimentato, in questo anno, come lo strumento di programmazione e valutazione del percorso formativo del singolo professionista (individuale) o del gruppo di cui fa parte (équipe o network professionale). Su queste due fasi, in particolare, si è lavorato, affinché la programmazione effettui la valutazione della coerenza tra la formazione programmata/realizzata e i bisogni di gruppo/aziendali dei professionisti e la valutazione si orienti a verificare la ricaduta organizzativa dell'intervento formativo.
Per esemplificare l'utilizzo dello strumento, si può affermare che di particolare interesse è stata l'area 2, riguardante la definizione degli obiettivi formativi e l'area 3, che si riferisce alla programmazione degli eventi. Infatti, con l'utilizzo dello strumento si può ben notare che, attraverso l'analisi di fabbisogno, è emerso, per il Dipartimento, una priorità nell'ambito delle relazioni professionali e, secondariamente,

dell'attività organizzativo gestionale; in terzo luogo compare la necessità di formazione alla ricerca e l'area dello specifico professionale non viene esplicitata perché lo strumento di analisi non entrava così nel dettaglio delle specificità dei singoli professionisti.
Come si può notare dal grafico che segue, le aree del fabbisogno formativo risultano così rappresentate.

Grafico 26 Aree di fabbisogno formativo rilevate



Alle aree così rappresentate, corrispondono obiettivi formativi che tengono in considerazione l'area delle relazioni professionali e si declinano tuttavia maggiormente nell'area gestionale organizzativa.

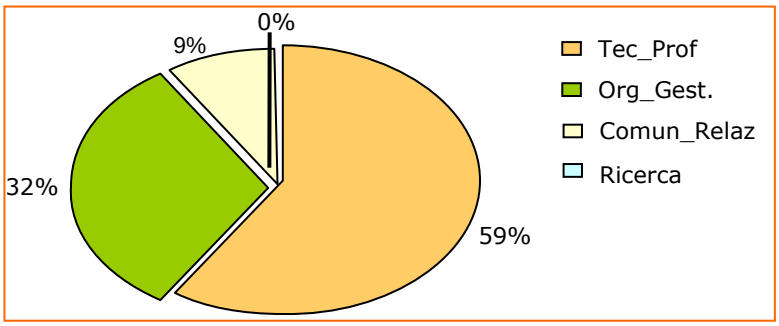
Nella tabella che segue si riportano gli obiettivi formativi del Dipartimento Geriatrico-riabilitativo per l'anno 2010.

Tabella 26 Obiettivi formativi

Area comunicativo relazionale Migliorare la relazione interprofessionale
Area organizzativo gestionale Identificare i modelli organizzativi innovativi (stroke unit e percorso dimissione difficili). Migliorare l'integrazione ospedale e territorio. Miglioramento delle conoscenze dei contenuti relativi alla missione ed all'organizzazione dei dipartimenti. Identificare modelli organizzativi innovativi rivolti alla continuità assistenziale ed al controllo qualità, in particolare mediante la progettazione, la revisione o la condivisione di procedure e protocolli dipartimentali.
Area della ricerca (obiettivi non dichiarati)
Area dello specifico professionale (obiettivi non dichiarati)

Se tuttavia si confronta il grafico 26, relativo al fabbisogno formativo, con il grafico 27 che evidenzia l'area di competenza sulla quale maggiormente i professionisti hanno investito nei primi otto mesi del 2010, si può notare che i professionisti hanno proposto formazione soprattutto nell'area tecnico professionale e organizzativo-gestionale e solo in misura ridotta nell'area comunicativo relazionale, discostandosi in modo evidente da quanto definito dall'analisi di fabbisogno e dalla determinazione degli obiettivi formativi.

Grafico 27 Aree di competenza su cui ha investito la formazione nei primi otto mesi del 2010



Una valutazione di questo tipo ci può permettere di ridefinire l'impegno formativo, nelle diverse aree, per il 2011, cercando maggiore coerenza tra quanto rilevato dal fabbisogno e quanto programmato e realizzato.
Il Dossier diventa così per il Dipartimento (e per l'Azienda), responsabili del governo strategico della formazione, uno strumento fondamentale per orientare e ricondurre a coerenza i processi e le scelte formative.

Analisi di fabbisogno formativo sulle relazioni interprofessionali

Sulla scorta di quanto emerso dall'analisi di fabbisogno formativo effettuata a fine 2009, e cioè che il tema, su cui la maggior parte dei professionisti, in tutti i Dipartimenti ad Attività Integrata ha evidenziato il desiderio di attivare formazione, è costituito dall'ambito delle relazioni interprofessionali, nel 2010 si è inteso, prima di sviluppare formazione in un modo ancora troppo generico, approfondire l'analisi di fabbisogno con una ricerca qualitativa.
L'Azienda ha costituito un gruppo di lavoro interprofessionale, avente come riferimento il Settore Formazione aziendale, al quale hanno aderito formatori, sociologi e psicologi che ha messo a punto un progetto di ricerca che, approvato dalla Direzione, si è sviluppato nel corso del 2010.
Il percorso di ricerca, di tipo qualitativo, finalizzato all'approfondimento del tema delle relazioni inter-professionali all'interno dell'Azienda, ha avuto come obiettivo dello studio l'individuazione delle principali problematiche connesse alle dinamiche relazionali tra i professionisti e gli operatori aziendali, al fine di elaborare indicazioni per la progettazione futura di interventi formativi mirati. La ricerca si è svolta sotto la supervisione scientifica del prof. Stefano Tomelleri, sociologo dell'Università di Bergamo, e si è sviluppata in una prima fase, in cui sono stati intervistati tutti i Direttori di Dipartimento e i Responsabili assistenziali di Dipartimento, e in una seconda fase che ha visto il coinvolgimento di una rappresentanza dei professionisti dell'intera area clinico/assistenziale aziendale coinvolti in 12 focus group, multiprofessionali, a valenza dipartimentale. Ogni focus group ha visto la partecipazione di un rappresentante medico e uno delle professioni sanitarie non mediche per ogni Unità Operativa del Dipartimento. Ad ogni incontro hanno partecipato dalle 6 alle 14 persone afferenti ad uno specifico Dipartimento aziendale. Quando i Dipartimenti avevano un aggregato di Unità Operative troppo alto, sono stati effettuati due focus group nello stesso Dipartimento.
Gli incontri sono stati condotti dal personale del Servizio di Psicologia Ospedaliera in collaborazione con il Dipartimento di Psicologia dell'Università di Parma e da alcune psicologhe/formatrici libero professioniste, che già da tempo collaborano con il Settore Formazione dell'Azienda. Allo studio hanno così partecipato 150 professionisti, afferenti agli 11 Dipartimenti ad Attività Integrata aziendali. Le categorie professionali più rappresentate sono state: medici (36%) e infermieri (48%). A seguire, agli incontri hanno partecipato coordinatori (7%) e tecnici di varia specializzazione (7%), e in percentuale molto ristretta fisioterapisti, ostetriche e operatori socio-sanitari.
I focus group hanno incontrato un buon livello di partecipazione da parte del personale aziendale, per il quale le relazioni inter-professionali costituiscono una delle principali problematicità nella pratica lavorativa quotidiana.
I dati della ricerca sono ancora in via di elaborazione, tuttavia si è già in grado di evidenziare i primi risultati.
Dallo studio sono emersi diversi dati particolarmente interessanti per la pianificazione di interventi formativi finalizzati al miglioramento delle interazioni tra le diverse categorie professionali.

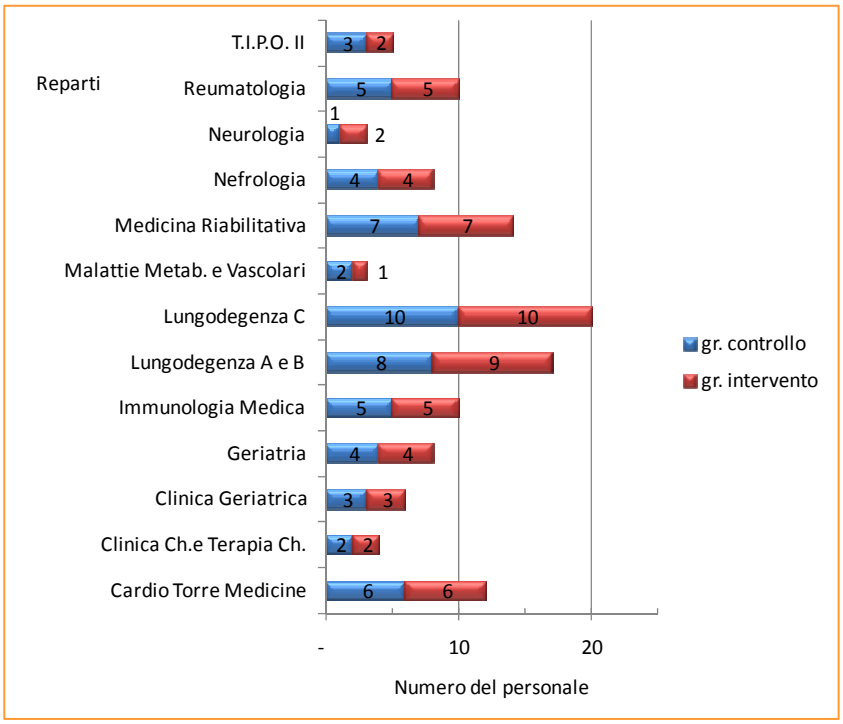
Una prima indicazione riguarda il diverso posizionamento dei professionisti su un asse teorico che vede agli estremi due caratteristiche dell'identità professionale: la "staticità" e la "dinamicità". Dall'analisi dei focus group è emersa la polarizzazione tra il personale medico e quello infermieristico attorno ai due estremi dell'asse: da un lato, il personale medico tende a descrivere se stesso e le relazioni con i propri colleghi ricorrendo a narrazioni incentrate sulla "staticità" delle relazioni, mentre, dall'altro, nel personale infermieristico convivono narrazioni statiche con altre più legate alla "dinamicità" delle interazioni.
Secondo il personale medico, le problematiche inter-professionali attuali derivano dall'assenza o dall'inefficacia di codici deontologici e di comportamento adeguati alla complessità delle professioni medico-sanitarie. Tale spiegazione rimanda ad un ordine di significato di tipo normativo, secondo il quale, la situazione attuale è priva di cornici valoriali in grado di guidare efficacemente l'agire dei singoli professionisti. Tale assenza deriva anche dall'ormai comprovata inefficacia delle cornici normative sviluppate nei decenni precedenti, incapaci di adattarsi alle radicali trasformazioni che le organizzazioni sanitarie hanno attraversato negli ultimi anni.
Mentre una parte significativa del personale infermieristico condivide il quadro di staticità delineato dal personale medico, oltre il 50% degli infermieri tende invece a descriversi immerso in un vortice relazionale continuo, caratterizzato da una forte dinamicità, a seguito anche delle recenti trasformazioni strutturali dell'ordine professionale, dopo l'abolizione del mansionario e, soprattutto, con l'istituzionalizzazione dei corsi di laurea in Scienze infermieristiche. Tale dinamicità sembra comportare crescenti difficoltà nell'individuazione di ancoraggi stabili all'agire professionale, il quale tende spesso a caratterizzarsi secondo le specificità caratteriali e valoriali del singolo individuo più che secondo norme di comportamento generali e condivise.
Le altre professionalità rappresentate nei focus group si collocano in posizioni intermedie, con una maggiore tendenza ad assimilarsi alla narrazione "dinamicistica" per le professioni che negli ultimi anni hanno subito le trasformazioni più radicali, ovvero i professionisti sanitari non medici (con l'istituzione dei corsi di laurea) e gli operatori socio-sanitari (inesistenti fino ad una decina di anni fa).
Un'ulteriore risultato interessante, trasversale ad ogni categoria professionale, riguarda la correlazione tra le relazioni inter-professionali e la mission aziendale. Il personale percepisce uno scollamento ampio tra gli obiettivi generali dell'Azienda e le pratiche quotidiane dei singoli. Emerge una difficoltà comunicativa tra i livelli dirigenziali e il personale di comparto, il quale, come affermato da un professionista, percepisce di "navigare a vista" rispetto alle prospettive di sviluppo e di implementazione del proprio setting lavorativo, in un contesto di rapidissimi cambiamenti tecnologici, economici e politici.
Questa difficoltà comunicativa di condivisione degli obiettivi comuni conduce spesso il personale a sviluppare un attaccamento di tipo "familistico" al proprio reparto/servizio di appartenenza, a cui viene delegato il ruolo di indicare gli obiettivi dell'agire individuale e collettivo: una sorta di "mission locale" che può arrivare a sostituire quella aziendale. Inoltre, tale attaccamento di tipo familistico se, da un lato, può produrre relazioni inter-professionali stabili in quanto incentrate sulla dimensione emotiva, dall'altro rischia di essere un potente catalizzatore di conflitti, soprattutto verso l'esterno della propria Unità e verso professionalità diverse dalla propria. Il lavoro di ricerca si concluderà nei primi mesi del 2011 e sarà organizzato un seminario divulgativo dei risultati, in modo da poter partire da questi per orientare e sviluppare la conseguente attività formativa.
A questo lavoro si aggancia il percorso PAL "Sviluppo e valorizzazione del Capitale intellettuale", a cui partecipano diversi professionisti della nostra Azienda; il gruppo PAL si è orientato, a fine 2010, verso la mappatura le competenze trasversali dei professionisti sanitari e, tra queste, in particolare quelle relazionali (cfr. nel capitolo 3.1 *Partecipazione degli enti locali alla programmazione sanitaria*, il paragrafo "Valorizzare il Capitale intellettuale nell'Azienda ospedaliero-universitaria").
L'idea di sviluppo di questi lavori, che vedono importanti dimensioni di integrazione, sarebbe quella di elaborare un dossier formativo di gruppo trasversale (in Azienda finora si sono sviluppati solo Dossier Dipartimentali) che, a partenza dalle competenze relazionali richieste e necessarie e sulla scorta di quanto emerso dall'analisi di fabbisogno, delinei, per il prossimo triennio: la programmazione della formazione specifica e finalizzata, la sua erogazione e la valutazione della ricaduta di questa nell'organizzazione.

Analisi di ricaduta organizzativa della formazione: il corso sulla movimentazione manuale dei carichi

Le professioni sanitarie rappresentano una delle categorie più esposte a danni muscolo-scheletrici causati dall'attività lavorativa, in particolare le professioni sanitarie non mediche e gli operatori di supporto (a conferma della rilevanza di questa tipologia di infortunio si veda il precedente "Gestione degli infortuni" nella sezione 4.4). La percentuale di infortuni dovuti alla movimentazione manuale dei pazienti nel

quadriennio 2004-2008 nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma (AOU) oscilla tra il 25-30% del totale. Dal 2007 l'AOU di Parma ha sviluppato un progetto formativo denominato "Movimentazione manuale dei carichi: aspetti gestionali e preventivi", che è stato gestito dai fisioterapisti dell'Azienda, in diverse edizioni ogni anno, fino a raggiungere la partecipazione di oltre 400 operatori sanitari.
L'impegno importante di risorse dedicate a questi corsi, il numero consistente di operatori formati assieme alla durata dell'investimento formativo hanno sollecitato il tentativo di misurare cosa è accaduto nell'organizzazione grazie a questi corsi. È stato possibile effettuare questo intervento di valutazione grazie alla collaborazione di uno studente del corso di laurea in fisioterapia interessato, per la sua tesi, a questo tema. La tesi ha avuto come obiettivo la valutazione a lungo termine dei cambiamenti in ambito lavorativo determinati dal corso. In particolare si è inteso verificare se vi sia una maggior consapevolezza nei professionisti dei rischi che si corrono nelle attività di mobilizzazione dei pazienti, quali siano i comportamenti durante l'esecuzione delle manovre, e se vi sia un maggior utilizzo degli ausili da parte di chi ha frequentato il corso rispetto a chi non lo ha frequentato.
È stato consegnato un questionario di 24 domande a 120 tra OSS e infermieri, divisi in due sottogruppi: un gruppo di intervento (partecipanti al corso) e un gruppo di controllo (non partecipanti al corso). Nella figura che segue si possono evidenziare le Unità Operative che sono state sede della rilevazione e che costituiscono anche le sedi privilegiate da cui sono stati reclutati i professionisti per la frequenza ai corsi.

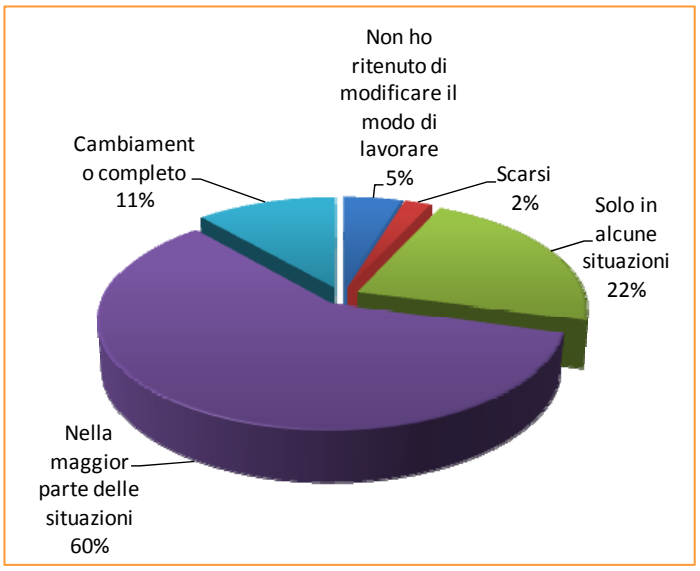
Grafico 23 Tipologia di reparti cui sono stati somministrati i questionari



Cambiamento delle abitudini lavorative

Dall'analisi dei dati ottenuti, è emerso che, rispetto al cambiamento delle abitudini lavorative, più del 90% degli operatori, che hanno seguito il corso, riferisce di aver modificato, in parte o in toto, i propri comportamenti in ambito lavorativo, al fine di ridurre i rischi di lesioni muscolo-scheletriche. Nel grafico che segue si possono vedere le percentuali di modifica di comportamento.

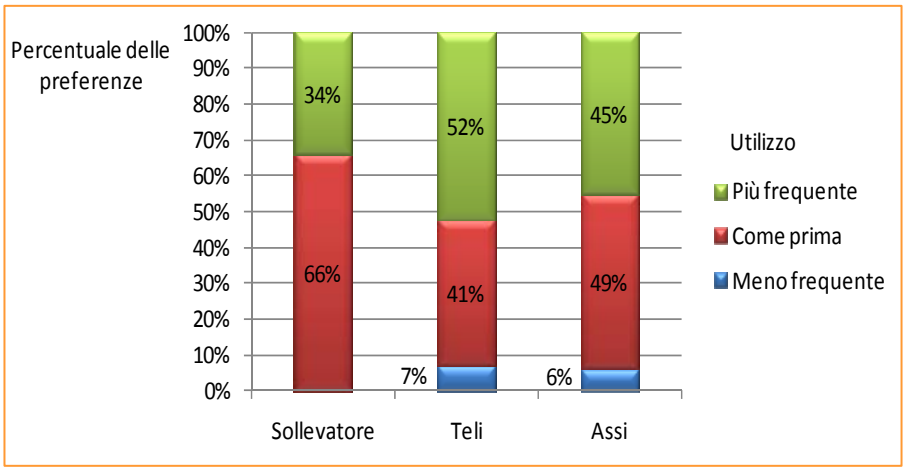
Grafico 24 Cambiamenti in ambito lavorativo generati dalla partecipazione al corso



Uso di ausili minori

Andando a evidenziare l'uso di ausili minori nei reparti in cui questi sono presenti, si nota una differenza tra gruppo di intervento e gruppo di controllo. Gli operatori che hanno partecipato al corso mostrano una maggiore percentuale di utilizzo continuativo degli ausili (dalle 6 volte in su per turno). I teli sono utilizzati, dopo il corso, più frequentemente dal 52% degli operatori che hanno a disposizione l'ausilio in reparto (grafico 25) , le assi sono utilizzate più frequentemente dal 45% del personale

Grafico 25 Frequenza dell'utilizzo degli ausili dopo aver partecipato al corso, nei reparti in cui gli ausili sono presenti.



Sono inoltre emersi ulteriori altri risultati:

- Attività di ulteriore formazione: coloro che hanno partecipato al corso ritengono il proprio grado di preparazione in materia più basso rispetto alla percezione che ha al gruppo di controllo. Anzi, la partecipazione al corso ha sviluppato la convinzione dell'importanza della formazione in questo ambito e ha portato ad avanzare richiesta di ulteriore formazione, a differenza del gruppo di controllo che probabilmente non ha sviluppato questa consapevolezza.
- Non sono state osservate particolari differenze riguardanti la percezione dei fattori di rischio e la pericolosità delle manovre tra gruppo di controllo e gruppo di intervento.

La rilevazione ha poi evidenziato alcune criticità, tra le quali ricordiamo:

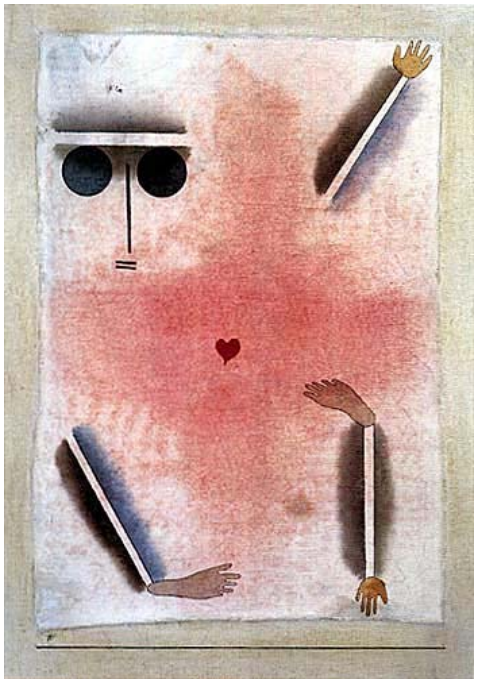
a) un utilizzo non sempre adeguato degli ausili dovuto alla percezione/pregiudizio che questi rappresentino una causa di rallentamento o di impedimento del lavoro;
b) pur essendo gli ausili presenti in reparto, non è ancora prerogativa di tutti i professionisti la motivazione e la sensibilizzazione al loro adeguato e corretto utilizzo.

Proposte di ridefinizione del percorso formativo ricavate dei risultati della ricerca

La ricerca ha messo in evidenza che i professionisti formati, pur essendo in un buon numero, sono tuttavia 'spalmati' in tutte le aree aziendali, pertanto la loro presenza e incidenza sul modo di lavorare delle singole Unità Operative non ha ancora raggiunto risultati ottimali. La proposta che ne deriva (e che orienterà la formazione in quest'area per il 2011) è quella di adottare una strategia di intervento formativo più ampio che coinvolga l'intera unità operativa in cui agiscono i singoli professionisti sanitari. Poiché si è evidenziato che la formazione modifica il comportamento lavorativo, è importante che si agisca selettivamente sulle singole unità operative formando il maggior numero di operatori, in modo da creare anche 'opinione' sull'importanza del lavorare in sicurezza.
Al fine di favorire lo sviluppo di questa idea di 'lavorare in sicurezza' risulta importante sensibilizzare maggiormente i coordinatori dei reparti per l'adozione di procedure condivise per la movimentazione dei pazienti ed incentivare l'utilizzo e l'acquisto degli ausili e la conoscenza di quelli presenti in reparto. Si potrebbe, nel futuro, riservare alcune edizioni approfondite del corso mirato a reparti specifici includendo la presenza del coordinatore.

Tutorship: i progetti di tirocinio

I progetti di tirocinio sono il risultato tangibile del corso di formazione "L'attività di tutoraggio nelle professioni sanitarie" giunto alla V edizione. Sono stati prodotti finora 147 progetti di tirocinio nell'ambito delle professioni coinvolte (58 infermieri, 22 ostetriche, 24 fisioterapisti, 18 tecnici di laboratorio e 24 tecnici di radiologia), ma si stanno progressivamente inserendo altre professioni sanitarie i cui corsi di laurea sono presenti nella nostra Azienda (logoterapisti, audiometristi).
Se la formazione rientra nei compiti dei professionisti delle professioni sanitarie come indicato nei profili professionali, questo non significa che esista una relazione automatica: essere un buon professionista non implica essere un buon formatore o un buon tutor, per questo è necessaria una preparazione specifica, che il Settore Formazione dell'Azienda intende fornire a tutti i suoi dipendenti che sono chiamati a svolgere la funzione di tutor.



Il logo del corso è un quadro di Paul Klee del 1930 che si intitola: **Ha testa, mano, piede e cuore.** Un cuore rosso, disegnato in maniera molto convenzionale, irradia una macchia rosa, a forma di croce, verso i quattro angoli dove sono un volto e degli arti e ben rappresenta l'essenza delle professioni sanitarie, in cui si lavora con il cuore, con la mente e con il corpo e questo è ciò che dobbiamo insegnare ai nostri studenti.
Dalla prima edizione nel 2006, sotto la guida del responsabile scientifico prof. Elio Damiano, pedagogista dell'Ateneo di Parma, si è elaborata una versione più snella del corso (da 7 a 5 giornate) e più centrata sugli obiettivi formativi, ovvero mettere i partecipanti nelle condizioni di elaborare un progetto di tirocinio (PdT) per le Unità Operative di appartenenza. Proprio i progetti di tirocinio costituiscono la prova finale del corso, in base alla quale vengono attribuiti i crediti ECM.
Durante il corso, partendo dalle esperienze dei partecipanti, vengono forniti le conoscenze teoriche e gli strumenti pedagogici per svolgere la funzione tutoriale in modo ragionato attraverso la costruzione di un progetto di tirocinio.

Il progetto di tirocinio: perché? Il passaggio tra essere un professionista ed essere un tutor si esplica attraverso la capacità di pensare, decidere, progettare e attuare un percorso di tirocinio. Perché un percorso di tirocinio strutturato e ragionato è senza dubbio lo strumento più efficace per l'apprendimento degli studenti.
Il progetto di tirocinio è la simulazione realistica di un percorso formativo attraverso gli ambienti di lavoro eseguito da uno o più tirocinanti con la 'protezione' del tutor.
Consiste in un testo scritto che serve ad accertare la padronanza dei concetti e degli strumenti messi a punto durante il corso.
Esso si articola in tre sezioni - Introibo, Immersione, Congedo - corrispondenti alle fasi lungo le quali comincia, si svolge e si conclude il percorso.

L'<Introibo> si compone di tre parti:

1. la rilevazione delle "*preconcezioni*" (= rappresentazioni spontanee) che il tirocinante si è costruito in precedenza attraverso l'esperienza personale e gli studi;
2. l'osservazione diretta in "*panoramica*" dell'ambiente di lavoro per una prima globale presa di contatto;
3. il "*contratto formativo*" in cui si precisa che cosa il tirocinante si deve aspettare dal tutor e, viceversa, che cosa il tutor si aspetta dal tirocinante.

L'<Immersione> è il percorso in senso stretto, ovvero il dispositivo programmato e adattivo di una interazione 'graduata' (per difficoltà e complessità) e 'progressiva' (distribuita nel tempo secondo criteri didattici). Elementi costitutivi del dispositivo sono:

- Il Contesto, che con le risorse umane e tecnologiche di cui consiste, ha la valenza di 'oggetto mediatore' della (prima) professionalizzazione.
- Il "Campo pedagogico", ovvero gli atteggiamenti e le strategie con le quali il tutor guida-problematizza-affianca l'esperienza del tirocinante.
- La combinazione ottimale di Osservazioni-Prove-Riflessioni attraverso le quali promuovere l'interazione con il Contesto
- Il "Taccuino", lo strumento capace di trasformare l'esperienza del tirocinio in riflessione mediante l'esercizio in contrappunto della scrittura.
- La scansione di 'briefing' di programmazione e verifica delle attività, da distribuire lungo il Tirocinio, nell'intento di accertare la tenuta del "contratto formativo" e verificare se il Percorso sta riuscendo a formare un professionista 'in divenire', capace di continuare ad imparare e a migliorare il suo ambiente di lavoro attraverso il confronto e lo scambio con i colleghi, le altre professionalità coinvolte ed i soggetti in cura.

Il <Congedo> che conclude e ricapitola l'esperienza del Tirocinio con uno "*Studio di Caso*", ovvero una relazione scritta finalizzata ad attestare il grado di competenza maturato dal tirocinante nella progettazione-conduzione-valutazione di un episodio professionale.
Il Congedo dovrebbe comprendere anche una valutazione sulla significatività dell'esperienza di tirocinio, con indicazioni e suggerimenti per la ottimizzazione.
Il progetto può essere un elaborato individuale o di piccolo gruppo (coppia o max terna).
L'elaborato deve concludersi con un bilancio sulla esperienza del corso, con giudizi sui suoi diversi aspetti didattici (lezioni, gruppi, intergruppi, plenarie, assistenza a distanza, fogli di valutazione, tempi e carichi di lavoro) e logistici (spazi fisici e attrezzature) ed eventuali suggerimenti per renderlo più efficace.

Progetto di integrazione dell'attività di formazione del Settore Formazione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria e dell'Università degli studi di Parma

Diversi sono i cambiamenti che sono avvenuti o stanno avvenendo a livello formativo sia nell'Azienda che in Università; tra questi si citano, in particolare i seguenti:

1. l'Atto aziendale prevede già dal 2007 che il settore formazione dell'Azienda unifichi, nel suo interno, sia la formazione professionalizzante in stretta collaborazione con l'Università per alcuni corsi di laurea delle professioni sanitarie (coordinamento dei corsi e tutorato), sia l'Educazione continua in medicina;
2. le due strutture (Azienda e Università) siano già da tempo (unica realtà in regione) provider unici di formazione ECM, attraverso apposita convenzione;
3. l'integrazione tra Azienda e Università è già avvenuta prima per l'assistenza, con la costituzione dei Dipartimenti ad attività integrata, poi con la ricerca, soprattutto su sollecitazione dei Programmi di ricerca Regione Università promossi in questi anni; è auspicabile quindi che anche la formazione si collochi in questa prospettiva di integrazione;
4. si sono costituite e rafforzate, nel tempo, due importanti reti formative, quella dei referenti della formazione e quella dei tutor clinici; tali reti, pur offrendo un contributo molto prezioso alla formazione aziendale nel suo complesso, tuttavia faticano ancora ad interfacciarsi tra loro, creando quella sinergia che permetterebbe un ulteriore sviluppo del capitale intellettuale nell'Azienda.

Ciò premesso, e considerato che attualmente :

- le due attuali aree formative (ECM e Universitaria) del settore devono interfacciarsi adeguatamente con l'Università e tra di loro per garantire la continuità tra formazione di base, post base e continua;

- per un'adeguata organizzazione dei corsi è necessario intensificare le relazioni tra il personale del Settore Formazione, il personale dei Dipartimenti clinici, i docenti universitari e la realtà Aziendale complessivamente intesa;
- è utile e necessario che le due reti aziendali dei referenti dipartimentali della formazione e dei tutor clinici (che nel tempo si sono costituite) si interfacciano tra loro non solo occasionalmente come avvenuto sino ad oggi;
- nell'area ECM del Settore Formazione occorre rafforzare la componente sanitaria indispensabile per l'attività di progettazione e valutazione della formazione;
- il supporto amministrativo oggi a disposizione dell'organizzazione e dell'attività dei corsi di laurea delle professioni sanitarie è considerato carente e nell'area universitaria, rappresentata esclusivamente da professionisti sanitari, occorre introdurre la componente amministrativa;
- l'ottimale utilizzo delle risorse del Settore richiede l'eliminazione della separazione delle risorse tra le due aree;
- per consentire una armonizzazione dell'organizzazione e della regolamentazione dei differenti corsi di laurea, occorre che nell'area universitaria ci sia una supervisione dell'attività dei coordinatori dei corsi di laurea;
- l'integrazione tra Azienda ed Università già avviata per le funzioni assistenziali e di ricerca mediante l'istituzione dei Dipartimenti ad attività integrata, dovrebbe essere estesa all'area della formazione;
- la collaborazione tra Università, Settore Formazione, U.O. Ricerca ed Innovazione andrebbe adeguata alle esigenze dettate dalla legge di istituzione del SSR, nonché dal Piano Sociale e Sanitario 2008-2010 che prevedono una integrazione delle attività di ricerca e di formazione.

È stato pertanto presentato, nell'anno 2010, un progetto di integrazione tra la formazione aziendale e quella Universitaria, in particolare riguardante l'ECM e l'area delle professioni sanitarie, secondo le seguenti modalità:

1. Ogni professionista di area sanitaria afferente al Settore Formazione ha una funzione sia nella formazione universitaria che in quella ECM.
2. L'Università propone all'Azienda, quando lo ritiene necessario, un adeguamento del numero del personale amministrativo del Settore Formazione alle esigenze dei Corsi di laurea delle professioni sanitarie e dell'ECM.
3. Il personale amministrativo afferente al Settore Formazione ha funzioni sia sull'ECM che nella formazione universitaria.
4. L'Università propone all'Azienda, ove ritenuto necessario, un adeguamento del numero dei tutor alle esigenze dei corsi di laurea delle professioni sanitarie nel rispetto della normativa vigente.
5. La nomina dei tutor sanitari che afferiranno al Settore Formazione viene effettuata dall'Università sentita la Direzione Generale dell'Azienda.
6. Il Responsabile del Settore Formazione avrà il compito di collaborare con i Presidenti dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie allo scopo di raggiungere l'obiettivo di un ottimale utilizzo dell'attività di docenza messa a disposizione dall'Azienda e di un'armonizzazione delle attività di tirocinio e di laboratorio professionalizzante dei diversi corsi di laurea.
7. Il docente della Facoltà di Medicina e Chirurgia responsabile del Programma "integrazione Università-Azienda dei percorsi formativi e di ricerca con ricadute assistenziali" ed il delegato del Rettore per l'educazione Continua in Medicina (ECM) si interfacceranno con il dirigente responsabile del Settore Formazione dell'Azienda per un governo integrato delle attività formative universitarie ed aziendali e collaboreranno con la struttura di staff Ricerca e Innovazione dell'Azienda per un governo integrato dell'attività di ricerca.

Obiettivi del progetto sono:

- razionalizzare l'attività del personale sanitario afferente al settore formazione (fino ad ora suddivisi per funzione: coordinatori, tutor e referenti ECM) in modo tale che ogni professionista esplichi funzioni sia didattico-tutoriale che di collaborazione nella gestione di processi ECM;
- adeguare il supporto amministrativo alle esigenze dei corsi di laurea delle professioni sanitarie e razionalizzare l'attività del personale amministrativo del settore in modo che possa coadiuvare sia l'organizzazione dell'attività ECM che collaborare con l'attività dei corsi di laurea delle professioni sanitarie e dei master;
- coinvolgere l'Università oltre che nelle nomine del personale dedicato ai corsi di laurea, anche in quelle del personale sino ad ora dedicato all'ECM che dovrà svolgere anche attività tutoriale;

- affidare al responsabile del settore formazione il compito di collaborare con i Presidenti dei Corsi di laurea delle Professioni sanitarie per raggiungere l'obiettivo di una armonizzazione dell'organizzazione dei differenti corsi di laurea;
- rafforzare la collaborazione tra il dirigente responsabile del settore formazione, il responsabile del Programma "integrazione Università-Azienda dei percorsi formativi e di ricerca con ricadute assistenziali" ed il delegato del Rettore per l'educazione Continua in Medicina (ECM) per un coordinamento tra le attività formative ECM universitarie e quelle aziendali;
- instaurare una stretta collaborazione tra l'attività del Settore Formazione, quella del Programma universitario, quella dell'Unità Operativa Ricerca ed Innovazione, per valorizzare le strette correlazioni tra ricerca e formazione previste anche dal Piano Sociale e Sanitario regionale allo scopo di:
- potenziare e aggiornare il supporto metodologico,
- creare un network di ricercatori anche mediante tecniche di formazione a distanza,
- favorire l'utilizzo di momenti di ricerca anche mediante tecniche di formazione sul campo (ECM),
- favorire il trasferimento nella pratica organizzativa e clinica dei risultati della ricerca,
- favorire l'accesso dei ricercatori del SSR alle biblioteche universitarie,
- potenziare la formazione alla ricerca nei corsi di laurea e nel dopo-laurea.

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

Nello studio delle possibili cause del burn out è fondamentale includere l'analisi del contesto organizzativo nel quale l'individuo opera. La struttura e il funzionamento di questo contesto sociale plasmano il modo in cui le persone interagiscono tra loro e il modo in cui eseguono il loro lavoro. Quando l'ambiente lavorativo non riconosce l'aspetto umano del lavoro, il rischio di burn out cresce, portando con sé un alto prezzo da pagare.
Nella natura del lavoro stanno avvenendo cambiamenti dirompenti dovuti alla competizione globale, all'innovazione tecnologica, ai sistemi di controllo più serrati e a una retribuzione inadeguata. Il contesto organizzativo è continuamente modellato da forze sociali, culturali ed economiche potenzialmente rischiose. Di conseguenza, le organizzazioni sono messe a dura prova, forzate ad aumentare la produttività e a riprogettare le gestioni. Le tensioni derivanti da grandi cambiamenti sociali finiscono spesso col danneggiare le persone, i lavoratori che interiorizzano tali mutamenti e li trasformano in stress fisico e psicologico.
Le nuove proposte teoriche nell'ambito della psicologia del lavoro cercano di dare una più complessa concettualizzazione della persona all'interno del contesto lavorativo.
Oggi il burn out rappresenta un rischio troppo elevato per ogni contesto organizzativo: i costi economici, la produttività ridotta, i problemi di salute e il generale declino della qualità della vita personale o lavorativa (tutte possibili conseguenze di questa sindrome) sono un prezzo troppo alto da pagare.
È dunque consigliabile l'adozione di un approccio preventivo per affrontare il problema burn out. È fondamentale fare un investimento sulle persone per poter contare su lavoratori ben preparati, leali e dediti, capaci di realizzare un lavoro di qualità. Questo tipo di investimento deve prendere in considerazione i valori umani presenti nell'ambito dell'attività lavorativa, cercando così di rafforzare l'organizzazione per una futura sopravvivenza.
Il modo migliore per prevenire il burn out è sicuramente puntare sulla promozione dell'impegno nel lavoro. Ciò non consiste semplicemente nel ridurre gli aspetti negativi presenti sul posto di lavoro, ma anche nel tentare di aumentare quelli positivi. Le strategie per aumentare l'impegno sono quelle che accrescono l'energia, il coinvolgimento e l'efficacia.

Nel corso del 2010, diverse iniziative sono state attivate dall'Azienda, attraverso il Servizio di Psicologia Ospedaliera, a beneficio degli operatori che lavorano nelle varie realtà ospedaliere.
Per quanto riguarda l'ambito di prevenzione dello stress negli operatori sanitari, anche nel 2010 sono stati svolti interventi formativi, atti a fornire strumenti metodologici e/o relazionali di tipo psicologico.

Gli incontri sul tema "La comunicazione assertiva sul posto di lavoro – esercitazioni pratiche", corso ECM rivolto a medici ed infermieri della SSD Malattie del Ricambio e Diabetologia, hanno previsto approfondimenti circa il miglioramento delle competenze relazionali degli operatori del servizio e un laboratorio pratico sulle conoscenze apprese durante la prima parte del corso, tenutosi a novembre 2009

(e già presentato nel Bilancio di missione 2009, sempre in questo capitolo), riguardante gli elementi fondamentali della comunicazione assertiva.
Gli aspetti sui quali si sono focalizzati gli incontri sono stati i seguenti:

- discriminazione corretta del comportamento aggressivo, passivo e assertivo,
- costruzione di una risposta assertiva, sia negli aspetti verbali, sia negli aspetti non verbali della comunicazione,
- sviluppare consapevolezza delle proprie reazioni emozionali e della loro influenza sulla dinamica della relazione,
- role playing focalizzati sulle tecniche protettive.

Dai questionari di gradimento proposti alla fine di ciascun appuntamento formativo, è emerso che gli operatori sono stati stimolati a modificare in modo significativo il loro stile comunicativo, sia con i pazienti, sia con l'équipe, attraverso l'acquisizione di una maggiore competenza relazionale. In itinere sono state previste periodiche supervisioni ed ulteriori approfondimenti in campo assertivo, in particolare relativamente alla mediazione e negoziazione.
Il programma del corso nel 2010 ha previsto un approfondimento e un laboratorio pratico sulle conoscenze apprese durante la prima parte del corso, riguardante gli elementi fondamentali della comunicazione assertiva, mentre gli obiettivi del corso erano migliorare la competenza relazionale degli operatori del servizio.

In risposta a un sempre crescente bisogno manifestato dal personale infermieristico e medico proveniente da varie unità operative, sono stati ripresi, sviluppati e incentivati i "Laboratori di analisi ed elaborazione di casi clinici" che si sono focalizzati sui seguenti aspetti:

- sviluppo di un'attenzione alle dinamiche di relazione e ai processi inter-familiari alla base della cura, attenzione alle proprie difficoltà nella relazione con il paziente e/o familiare, e alle proprie capacità e risorse nella gestione di situazioni difficili;
- maggiore presa di coscienza dell'effetto che il proprio comportamento può suscitare sul paziente e/o familiare (apprendere dal feedback del paziente e/o del familiare).

Questi eventi hanno consentito, da un lato, l'emersione del grande bisogno di condivisione che il professionista ha circa il proprio lavoro e, dall'altro, la comprensione dei meccanismi alla base della comunicazione e relazione con l'altro.

Anche nell'ambito dei trapianti, l'attenzione si è focalizzata sul "Supporto psicologico al personale coinvolto nella donazione di organi e tessuti". Gli argomenti trattati hanno riguardato i principi di comunicazione, la comunicazione assertiva, la relazione d'aiuto, stress e burn out, attraverso attività di role playing e discussione di casi clinici.
Sono stati approfonditi i rischi derivanti da particolari condizioni di affaticamento dovute al carico di lavoro, alla sua tipologia ed alle connesse implicazioni sulla salute dell'operatore con particolare attenzione a stress e burn out (fattori stressogeni in ambito lavorativo, strumenti per la gestione dello stress, differenza tra stress e burn out, gestione dei conflitti attraverso l'utilizzo di abilità comunicative con cenni alla comunicazione assertiva).

Una novità introdotta nel 2010 nell'ambito della formazione obbligatoria prevista dal D.Lgs. 81/08 (testo unico sulla sicurezza sul lavoro), concerne un modulo incentrato sulla sindrome di burn out, dal titolo: "Sindrome di burn out: rischi derivanti da particolari condizioni di affaticamento dovute al carico di lavoro, alla sua tipologia e alle connesse implicazioni sulla salute dell'operatore".
In particolare, il "Corso formatori della Sicurezza", indirizzato a utenti dei servizi trasversali e agli uffici staff, ha evidenziato che il maggiore disagio degli operatori era dovuto non tanto dal carico lavorativo quanto dai conflitti relazionali con colleghi o superiori.
Tale dato è confermato dai risultati cui è pervenuta un'indagine sulle relazioni interpersonali realizzata in azienda quale approfondimento dell'"Analisi di fabbisogno formativo sulle relazioni interprofessionali", presentata nel precedente 4.7.
Nell'ambito di questo studio sono stati realizzati focus group della durata di due ore ciascuno rivolti al personale sanitario dell'azienda ed effettuati in tutti i dipartimenti. Come già rilevato al paragrafo 4.7, l'obiettivo dello studio consisteva nell'individuare le principali problematiche connesse alle dinamiche relazionali tra i professionisti e gli operatori aziendali, per elaborare progetti futuri di interventi formativi mirati.
In questo senso, rispetto alle problematicità, un elemento interessante emerso in modo trasversale rispetto alle categorie professionali, riguarda la correlazione tra le relazioni inter-professionali e la mission

aziendale. Il personale in genere percepisce uno scollamento ampio tra gli obiettivi generali dell'Azienda e le pratiche quotidiane dei singoli ed emerge una difficoltà comunicativa tra i livelli dirigenziali e il personale del comparto.
Questa difficoltà comunicativa di condivisione degli obiettivi comuni conduce spesso il personale a sviluppare un attaccamento di tipo "familistico" al proprio reparto di appartenenza, a cui viene delegato il ruolo di indicare gli obiettivi dell'agire individuale e collettivo: una sorta di "mission" locale che sostituisce quella aziendale.
Tale attaccamento di tipo "familistico" se, da un lato, può produrre relazioni interprofessionali stabili in quanto incentrate sulla dimensione emotiva, dall'altro rischia di essere un potente catalizzatore di conflitti, soprattutto verso l'esterno della unità operativa di appartenenza.
Un'altra area tematica di interesse emersa dai focus group, riguarda l'individuazione di spazi di collaborazione interprofessionali; è emersa la centralità dello stile dirigenziale e della leadership dei professionisti con incarichi dirigenziali, sia in ambito medico che infermieristico. Lo stile dirigenziale segna sensibilmente la qualità delle relazioni inter-professionali, in particolar modo quando tale stile è di tipo partecipativo e aperto, anziché direttivo e normativo. Infatti, lo stile partecipativo consente una maggiore responsabilizzazione individuale, come effetto dell'autonomia concessa ad ogni individuo; lo stile partecipativo permette di sperimentare apertamente la ridefinizione dei confini professionali individuali, esplicitando tensioni che altrimenti resterebbero latenti e di difficile governabilità.

Di seguito si riportano, in sintesi, altre proposte formative che hanno riguardato, nel 2010, l'implementazione di attività sul piano relazionale e comunicativo all'interno dell'équipe di lavoro e i conflitti tra gli operatori, e la relazione operatore/paziente/familiare:

- "La gestione del conflitto", modulo formativo indirizzato al personale medico e di comparto di varie unità operative. Tra gli aspetti segnalati come problematici e, quindi, da implementare, ci sono le difficoltà sul piano relazionale e comunicativo all'interno dell'équipe di lavoro e i conflitti tra gli operatori. Obiettivi e risultati attesi: sviluppare una attenzione alle dinamiche di relazione, ai processi di comunicazione e alle dinamiche alla base del conflitto.
- "La relazione paziente-operatore-familiare" rivolto al personale medico e di comparto di varie unità operative. Tra gli obiettivi che questo corso ha inteso sviluppare c'è una attenzione alle dinamiche di relazione, ai processi interfamiliari alla base della cura, all'essere parte, in quanto operatore, di una rete di relazione.
- "Laboratori di comunicazione: formazione alla relazione e discussione di casi", rivolto a operatori sanitari che hanno frequentato il corso di Perfezionamento in Psicologia Ospedaliera, operatori sanitari laureati in psicologia o iscritti alla facoltà di psicologia.
- Conduzione di alcune giornate formative sulla relazione personale sanitario-paziente e famiglia all'interno del reparto di Oncologia dell'Azienda Ospedaliera rivolto al personale medico e non medico della degenza e del day hospital oncologico.

4.9 Sistema informativo del personale

La sempre maggiore richiesta di trasparenza e rapidità nella diffusione dei dati e la necessità di un continuo aggiornamento degli stessi hanno portato, nel corso dell'anno 2010, a consolidare il sistema informativo del personale e a perseguire gli obiettivi della facile consultazione, corretto allineamento dei dati di interesse aziendale e, soprattutto, il rispetto della normativa vigente in materia di sicurezza informatica, privacy e gestione dei dati personali.
È stato inoltre dato ulteriore impulso alla realizzazione dell'"Anagrafica unica aziendale", completando l'attività di riconduzione al software di gestione del personale dipendente, le informazioni relative ai dati anagrafici e di carriera di tutto il personale che opera all'interno dell'Azienda in virtù di rapporti di prestazione d'opera, di collaborazione e dei titolari di borse di studio.
In questo modo si può disporre in tempo reale dell'allocazione del personale, e rispondere adeguatamente alle esigenze di programmazione, controllo, organizzazione e valutazione sempre più spesso rappresentate dalla Direzione Aziendale.
In particolare, nell'ottica di uno snellimento delle procedure amministrative e riduzione del flusso cartaceo, è stata attivata, in collaborazione tra Servizio Gestione e Sviluppo del Personale e Servizio Informativo Aziendale, nella pagina Intranet, una apposita sezione denominata "Cruscotto Personale".
Si tratta di uno strumento che mostra per ciascun utente i dati relativi al proprio account del sistema informatico aziendale e specificatamente:

- Nome, cognome e codice fiscale della persona cui è legato l'account,

- Username dell'account ed eventuali indirizzi mail e PEC collegati,
- Numero di matricola e qualifica,
- Inizio e termine del rapporto che lega la persona all'Azienda e, di conseguenza, il periodo di validità dell'account,
- Struttura aziendale di appartenenza.

Sono altresì visibili i giorni residui di validità della password, trascorsi i quali questa non sarà più attiva e l'utente dovrà procedere alla sua modifica.
In stretta correlazione a quanto sopra e con la finalità di migliorare il servizio di gestione della password di accesso al sistema informatico, il Servizio Informativo Aziendale ha intrapreso un percorso di riorganizzazione delle modalità di ripristino della password personale, nel caso in cui l'utente l'abbia dimenticata o inserisca per più volte una password errata.
L'utente, accedendo al "Cruscotto Personale" dovrà procedere all'impostazione di una "domanda di sicurezza", che consiste nella combinazione di un quesito e della relativa risposta, di cui sia il solo a conoscere la risposta impostata, creati dall'utente e associati all'account, per poter procedere autonomamente al reset della password stessa.
Inoltre, sempre all'interno della sezione "Cruscotto personale", è stato inserito, in modalità sperimentale, un apposito link che permette ad ogni dipendente di visualizzare il proprio cartellino orario tramite l'utilizzo della propria utenza di rete e password, consentendo in tal modo la verifica da parte di ciascuno di eventuali mancate timbrature e registrazione di ferie, permessi, aspettative eccetera.
Durante il mese in corso potranno essere visualizzati le timbrature e gli eventuali giustificativi di assenza già caricati senza alcun conteggio. Se, invece, la visualizzazione riguarderà i mesi precedenti il cartellino sarà completo dei conteggi, che verranno aggiornati almeno con cadenza quindicinale, sulla base delle informazioni che risulteranno già inserite nell'applicativo di gestione delle presenze nonché delle eventuali correzioni apportate al cartellino stesso.
Durante la fase sperimentale, la possibilità di visualizzare via web il proprio cartellino sarà comunque affiancata dalla consueta distribuzione delle stampe mensili. Una volta a regime, sarà interrotta la distribuzione cartacea mensile del cartellino e, a chiusura d'anno, il Servizio Gestione e Sviluppo del Personale provvederà ad inviare il cartellino di dicembre, quale documento che ciascun dipendente potrà conservare.
È altresì proseguita positivamente l'attività di riscontro ai debiti informativi che l'Azienda ha nei confronti della Regione 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, della spesa per il personale eccetera.
Infine, nel corso dell'anno 2010, si è provveduto ad aggiornare la pagina della Intranet Aziendale dedicata al Servizio Gestione e Sviluppo del Personale, nel quale i dipendenti possono trovare tutte le informazioni e le novità relative al rapporto di lavoro, nonché la modulistica necessaria per la presentazione delle diverse istanze e richieste (ad esempio ferie, aspettative, permessi eccetera).

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

Nel corso dell'anno 2010 le forme di negoziazione e di confronto con le rappresentanze sindacali sono state realizzate prevalentemente riguardo alle seguenti aree tematiche:

- percorsi di valorizzazione professionale,
- processi di razionalizzazione dell'organizzazione del lavoro.

Gli interventi di progressione economica orizzontale, già definiti con l'area del comparto in sede di contrattazione integrativa 2009 unitamente all'implementazione di un connesso sistema di valutazione aziendale individuale delle competenze, sono stati sviluppati e realizzati nell'ambito di una sessione negoziale caratterizzata da piena convergenza di interessi circa l'impiego delle risorse economiche contrattuali messe a disposizione.
Conseguentemente, l'individuazione di forme di compensazione nell'impiego delle risorse contrattuali, attraverso l'adozione delle specifiche regole contrattuali di permeabilizzazione dei fondi, ha consentito di ampliare le operazioni di valorizzazione economica e di riconoscere l'apporto professionale degli operatori del comparto mediante la messa a regime del sistema di valutazione aziendale.
Nel contesto dei percorsi di sviluppo professionale, per quanto concerne l'area della Dirigenza Medica, si è proceduto in connessione ai processi riorganizzativi aziendali, cui si è correlata la rimodulazione degli

organigrammi dei dipartimenti ad attività integrata, all'integrazione dell'assetto organizzativo aziendale degli incarichi dirigenziali intermedi attraverso l'assegnazione di incarichi di responsabilità di struttura e di natura professionale di alta specializzazione conseguenti ad un accrescimento delle funzioni dirigenziali.
Attraverso il modello relazionale della concertazione, al fine di dar corso all'integrazione dell'assetto organizzativo degli incarichi dirigenziali, le parti hanno riconfermato il sistema di individuazione di parametri specifici per il conferimento di incarichi di strutture semplici.
In sede di contrattazione integrativa la direzione aziendale e la rappresentanza sindacale dell'area della dirigenza medica hanno condiviso l'attuazione delle politiche regionali volte ad incentivare e a sostenere il ruolo dei professionisti del SSR nell'ambito dei percorsi formativi universitari.
Entro tale contesto, le parti, in applicazione della specifica intesa regionale, hanno perfezionato l'accordo aziendale in materia di valorizzazione e riconoscimento della didattica ospedaliera per la formazione medica specialistica che ha condotto, con riferimento all'esercizio 2009, all'erogazione della retribuzione di risultato didattico nei confronti dei titolari di incarichi didattici designati dalle Scuole di Specializzazione della Facoltà di Medicina e Chirurgia.

Una parte significativa della sessione negoziale è stata dedicata per le tre aree ad incontri di consultazione inerenti i processi di razionalizzazione dell'organizzazione del lavoro in connessione a modifiche strutturali intervenute in ambito aziendale nonché a progetti di riorganizzazione di alcune articolazioni aziendali.
La consultazione inerente l'area comparto si è altresì dispiegata sullo sviluppo di modelli gestionali innovativi connessi alla valorizzazione delle professioni sanitarie.

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

Area Comparto

- Accordo concernente il sistema di produttività per l'anno 2009
- Accordo sulla quantificazione e finalizzazione delle risorse economiche 2010
- Accordo concernente la ripartizione delle risorse economiche finalizzate agli interventi di contrattazione integrativa per l'anno 2010
- Note integrative all'accordo sulla ripartizione delle risorse economiche economiche finalizzate agli interventi di contrattazione integrativa per l'anno 2010
- Verbale di concertazione in ordine alla razionalizzazione dei servizi di pronta disponibilità nell'ambito dei comparti operatori
- Verbale di concertazione in ordine al progetto di riorganizzazione dei servizi di trasporto
- Verbale di concertazione in ordine al progetto di riorganizzazione e miglioramento delle informazioni,delle prenotazioni e dell'accoglienza del cittadino
- Verbale di concertazione in ordine al piano aziendale riguardante i servizi di pronta disponibilità

Area Dirigenza Medica

- Accordo concernente la retribuzione di risultato per l'anno 2009
- Accordo in materia di valorizzazione e riconoscimento della didattica ospedaliera per la formazione medica specialistica
- Consultazioni in materia di organizzazione del lavoro, di piani per assicurare le emergenze-urgenze,di innovazioni tecnologiche, di trasferimenti , ristrutturazione di Unità Operative
- Verbale di incontro in ordine all'assetto organizzativo aziendale degli incarichi dirigenziali intermedi
- Note integrative al Verbale di incontro in ordine all'assetto organizzativo aziendale degli incarichi dirigenziali intermedi
- Accordo concernente la quantificazione e finalizzazione delle risorse economiche 2010
- Verbale di consultazione in ordine all'assetto organizzativo aziendale degli incarichi dirigenziali intermedi
- Avvio della trattativa concernente la retribuzione di risultato 2010

Area Dirigenza Spta

- Accordo sulla quantificazione e finalizzazione delle risorse 2010
- Consultazioni in materia di organizzazione del lavoro, di piani per assicurare le emergenze-urgenze,di innovazioni tecnologiche, di trasferimenti , ristrutturazione di Unità Operative
- Avvio della trattativa concernente la retribuzione di risultato 2010

Libera professione

Il Settore Libera Professione, in relazione alle previsioni contenute nel Piano Aziendale, rispetto al confronto tra volumi di attività istituzionale e di attività libero - professionale intramuraria, ha pressoché ultimato le procedure di verifica e di congruità sui volumi delle prestazioni erogate in regime libero – professionale relative all'anno 2010.
L'esame della dinamiche sottese all'esercizio della Libera Professione Intramoenia, permette l'individuazione, nel rispetto delle normative nazionali e regionali oltre che delle previsioni del CCNL, di possibili margini di miglioramento nell'erogazione all'utenza di prestazioni di libera professione, previo soddisfacimento delle prevalenti esigenze istituzionali.
A tal fine è stato confrontato, per i casi vagliati, il numero delle ore effettuate in libera – professione, estrapolate dal sistema di prenotazione, e l'orario di lavoro.
Dalle verifiche fin qui attuate, non sono emerse particolari criticità. Non è sorta quindi la necessità di porre in essere alcuna azione correttiva atta a ridefinire con le singole unità operative i volumi di attività libero - professionale intramuraria.
L'implementazione del sistema di monitoraggio è proseguita, compatibilmente con le risorse strumentali disponibili, anche nell'anno 2010.
Gli altri ambiti di monitoraggio, relativi alla verifica sia dei volumi di produzione di attività di specialistica ambulatoriale sia dei volumi di produzione di ricovero in regime libero - professionale rispetto all'attività istituzionale per pazienti ricoverati, non hanno fatto rilevare significative criticità.

Gestione del contenzioso

Nel corso del 2010 la gestione diretta delle vertenze, precedentemente avviata, è proseguita con risultati e ripercussioni positive per quanto concerne il contenimento dei costi, la gestione congiunta con i vari attori, la volontà di partecipare attivamente alla soluzione delle controversie, migliorando la relazione e il momento di confronto con il personale dipendente, nell'intento di trovare una composizione bonaria della lite e prevenire future controversie.
Per quanto riguarda i tentativi di conciliazione avviati dai dipendenti presso la Direzione Provinciale del Lavoro, nel corso del 2010 l'entrata in vigore dell'art. 31 della legge 4 novembre 2010 n. 183 (c.d. "Collegato Lavoro"), che ha modificato l'art. 410 c.p.c., ha determinato un notevole cambiamento in quanto il tentativo di conciliazione, precedentemente obbligatorio, è diventato facoltativo e, per effetto dell'entrata in vigore della nuova normativa, può essere promosso innanzi alla Commissione Provinciale di Conciliazione, insediata presso la Direzione Provinciale del Lavoro, che ha sostituito il precedente Collegio di Conciliazione.
Nell'intento di ridurre i tempi del contenzioso, la nuova procedura risulta fortemente cadenzata e, data la facoltatività del tentativo di conciliazione, si presume che in futuro si realizzi l'intento deflattivo del contenzioso che il legislatore ha auspicato.
In termini numerici nell'anno 2010 sono pervenuti n. 37 tentativi di conciliazione, dei quali:

- n. 14 conciliati
- n. 7 non conciliati
- n. 1 archiviata causa mancata comparizione
- n. 1 archiviata causa rinuncia
- n. 14 dichiarate improcedibili per effetto dell'entrata in vigore della nuova normativa prima della conclusione.

Per quanto riguarda il contenzioso avviato da personale dipendente presso il Tribunale Civile – Sezione Lavoro le nuove vertenze instaurate sono state 7, le sentenze di primo grado 9, le transazioni 5 e le cause pendenti a fine anno 11, di cui 1 in grado di appello.
In conclusione nel corso del 2010 il numero delle vertenze è rimasto su valori contenuti rispetto al numero dei dipendenti, alla complessità organizzativa dell'Azienda, alle carenze di organico dovute alle restrizioni normative ed alla novità procedurale introdotta in materia di tentativi di conciliazione.

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

Il nido aziendale

Anche nel 2010 è stato attivato l'asilo aziendale destinato ai figli dei dipendenti, frutto della collaborazione con l'Azienda Sanitaria territoriale, il Comune di Parma e con il contributo della Provincia di Parma e di finanziatori privati, proseguendo nella realizzazione di un progetto innovativo volto a facilitare i professionisti aziendali ed avente una precisa rilevanza comunale.
La struttura è riservata ai figli dei dipendenti tra i 12 mesi e i 36 mesi, dispone di 32 posti ed è aperto cinque giorni la settimana dal lunedì al venerdì.
Per venire incontro alle esigenze dei dipendenti, è prevista la possibilità di apertura al sabato mattina, purché in presenza di un numero minimo di richieste.
Anche nel 2010 la pausa estiva è stata circoscritta al solo mese di agosto, risultando quindi di minore durata rispetto a quella effettuata in altri asili della Città.
L'ampio orario di apertura dalle 6,30 alle 19,00 è volto ad assicurare la più larga copertura dell'orario di lavoro dei genitori, agevolando le esigenze del personale turnista.
Rimarchevole, infine, la possibilità di stabilire con il gestore un orario più elastico e confacente a quello lavorativo, soprattutto se paragonato agli orari effettuati dalle altre strutture analoghe, favorendo la conciliazione tra tempi di vita e tempi di lavoro, in un'ottica volta a garantire pari opportunità alle lavoratrici e mettendo a disposizione, di entrambi i genitori dipendenti, la possibilità di coniugare al meglio il ruolo di genitore con quello di lavoratore.
Nell'anno 2010 il servizio, realizzato per contribuire ad un tangibile miglioramento della vita delle lavoratrici e dei lavoratori dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, è stato utilizzato da 26 bambini.

I servizi alla persona

Anche per l'anno 2010, l'Azienda ha mantenuto le azioni per favorire l'attuazione degli interventi in aderenza alle iniziative avviate dal Comune di Parma a favore della mobilità sostenibile, agevolando i dipendenti nel tragitto casa-lavoro e nel parcheggio della propria autovettura negli orari di permanenza al lavoro (cfr. sezione 2.2 del presente volume).
È stata rinnovata la 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, che ne fanno apposita richiesta e in base al criterio della distanza dalla residenza (o dal domicilio) al luogo di lavoro. Anche per il 2010 è stata esaurita la quota di abbonamenti assegnati all'Azienda: hanno infatti ottenuto il permesso di sosta a tariffa agevola n. 50 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 39 operatori.

Ha infine continuato ad essere attivo il bus navetta dell'Ospedale, un servizio gratuito di trasporto interno per i dipendenti e gli utenti.
Il servizio, in funzione dal lunedì al venerdì dalle 7.00 alle 20.00, è pensato per rispondere alle esigenze di chi si reca a fare visita agli ammalati o di chi, per motivi di lavoro, ha la necessità di spostarsi da una zona all'altra del policlinico.
All'interno dell'ospedale circola anche la navetta Tep numero 20 (Hospital bus) che effettua tre fermate dal percorso dall'ingresso di via Volturno all'uscita di via Rasori.
All'interno dell'area ospedaliera, l'utilizzo dei due bus navetta è gratuito per tutti.
Sono state altresì nuovamente diffuse le modalità operative di chiamata del servizio di vigilanza interna in caso di problemi riconducibili all'ordine pubblico o di eventuale pericolo riscontrato all'interno dell'Azienda o nei parcheggi di via Volturno, via Abbeveratoia, via Leporati e via Rasori.
Ciò si affianca a una serie di azioni e progetti che hanno lo scopo di tutelare e salvaguardare l'integrità di persone e beni all'interno dell'area ospedaliera, quali sopralluoghi notturni insieme agli operatori addetti, puntuale trasmissione delle anomalie riscontrate nel corso delle verifiche della vigilanza interna e progetti di potenziamento della videosorveglianza. L'obiettivo è rafforzare, con il contributo di tutti coloro che operano all'interno dell'ospedale, la rete di segnalazioni che è fondamentale nella individuazione delle situazioni a rischio dal punto di visto dell'ordine pubblico.