

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
- 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







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

4.1 La "carta di identità" del personale

Questo paragrafo, dal titolo significativo, permette di conoscere le caratteristiche del personale grazie al quale viene svolta l'attività dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

Analizzando nel dettaglio il tipo di rapporto contrattuale, la suddivisione in categorie professionali, il genere, l'età anagrafica eccetera, si può fornire un quadro completo delle persone che lavorano in ospedale.

Alla data del 31.12.2009 il personale presente all'interno dell'Azienda è pari a 4.125 unità.

Dalle tabelle che seguono, si evidenzia la netta prevalenza del personale dipendente dal S.S.N. (86%), rispetto alle altre tipologie di rapporti professionali.

Il personale universitario che svolge attività assistenziale costituisce circa il 7%.

Nell'anno 2009, il numero di professionisti con contratti di lavoro flessibile (incarichi libero professionali e a rapporto di collaborazione), legati prevalentemente all'espletamento di progetti aziendali, è in lieve diminuzione ed incide per circa il 4%.

Tabella 1 Andamento delle dotazioni organiche per tipologia contrattuale e ruolo, anni 2007-2009

	Anni	Personale ruolo sanitario	Personale ruolo professionale	Personale ruolo tecnico	Personale ruolo amministrativo	TOTALE
Tempo indeterminato*	31.12.2007	2.450	8	822	194	3.475
	31.12.2008	2.407	6	907	186	3.506
	31.12.2009	2.409	6	942	194	3.551
Tempo determinato	31.12.2007	122	1	185	1	309
	31.12.2008	121	1	92	1	215
	31.12.2009	82	1	59	1	143
Altro personale (incarichi libero-professionali e a rapporto di collaborazione)	31.12.2007	125	4	4	6	139
	31.12.2008	142	4	6	9	161
	31.12.2009	136	2	4	8	150

* 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 2007-2009

	Anni	Personale ruolo sanitario	Personale ruolo professionale	Personale ruolo tecnico	Personale ruolo amministrativo	TOTALE
Personale universitario	31.12.2007	257	0	4	41	302
	31.12.2008	251	0	4	40	295
	31.12.2009	240	0	4	37	281

Di seguito si anticipano alcuni spunti di riflessione in merito alla distribuzione dei dipendenti per età e per genere, dei quali si tratterà in modo diffuso e dettagliato al successivo paragrafo 4.2.

Come dalle rilevazioni degli anni precedenti, nel 2009 viene confermata la netta prevalenza di personale di sesso femminile (il 72% sul totale) rispetto a quello maschile.



Grafico 1 Distribuzione dei dipendenti S.S.R. a tempo indeterminato per età e genere, anni 2007-2009

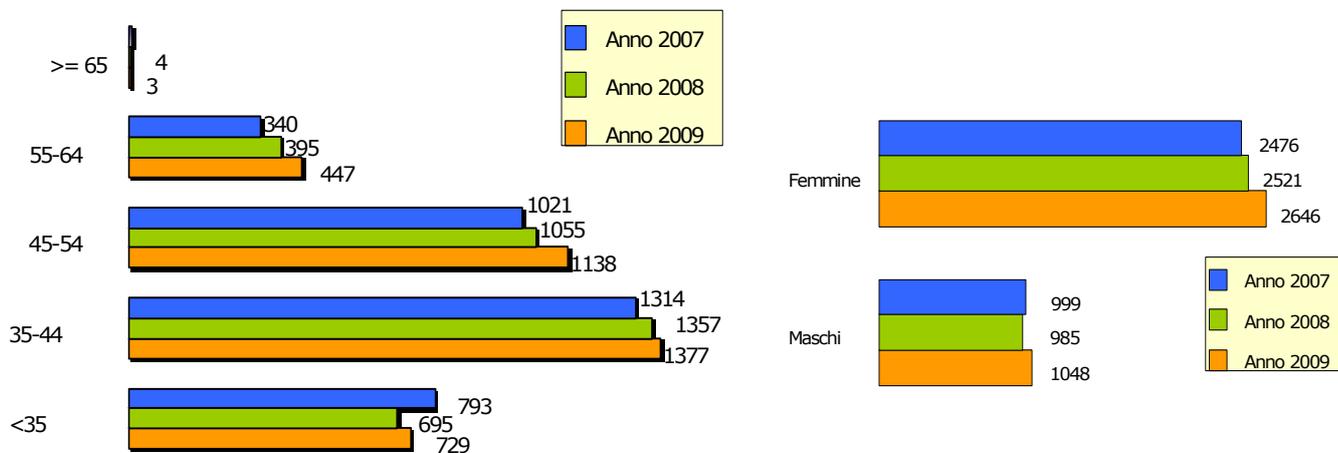


Grafico 2 Distribuzione del personale universitario per età e genere, anni 2007-2009.

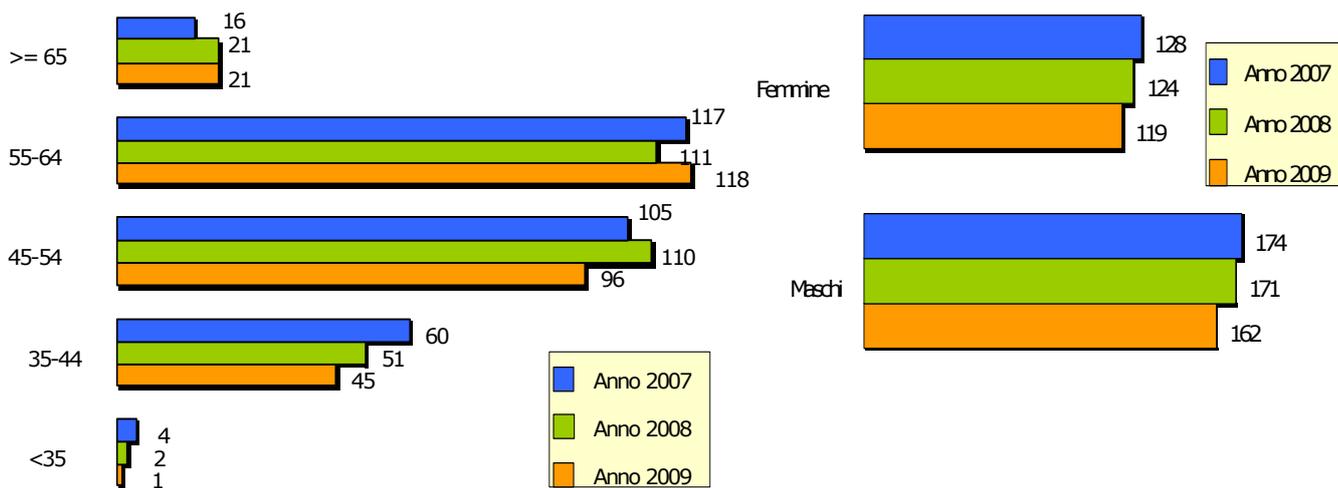
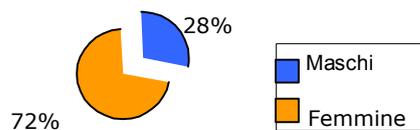
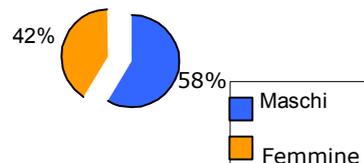


Grafico 3 Distribuzione per genere dei dipendenti S.S.R. e universitari, anno 2009

Dipendenti SSR



Universitari





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

Tabella 3 Distribuzione dei dipendenti S.S.R. a tempo indeterminato per categorie, genere e accesso al part time, anni 2007-2009

al 31.12.2007 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
Altri dirigenti (sanitari - APT)	19	40	0	0	0	3	19	43	62
Personale infermieristico	316	1059	1	17	7	271	324	1347	1.671
Personale della riabilitazione	6	36	2	2	1	7	9	45	54
Personale tecnico della prevenzione	0	4	0	1	0	0	0	5	5
Personale tecnico sanitario	100	140	1	0	1	15	102	155	257
Altro personale ruolo tecnico	152	213	2	0	4	20	158	233	391
Personale OTA, OSS, ausiliario	97	289	1	3	4	37	102	329	431
Personale amministrativo	26	123	0	1	0	33	26	157	183
Totale	975	2.059	7	24	17	393	999	2.476	3.475
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	1.302	1.609
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	2.073	9	24	17	424	985	2.521	3.506
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	1.298	1.595
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	2.101	6	27	22	426	997	2.554	3.551



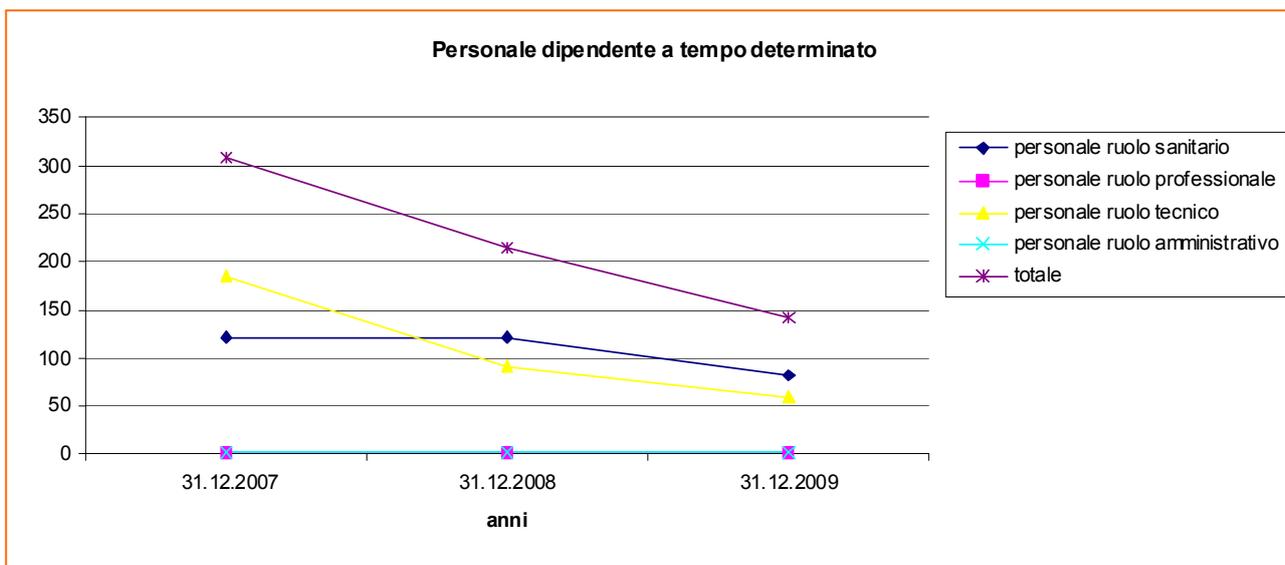
Su un totale del ricorso al part time di quasi l'8% del personale complessivo, dalla tabella sopra riportata si evince che la scelta dell'orario ridotto è una scelta prevalentemente femminile e, in particolare, del personale dell'area del comparto.

Tabella 4 Personale straniero al 31.12.2009 – Distribuzione nazionalità extra italiana Area comparto

Nazionalità	Femmine	% Femmine	Maschi	% Maschi
ARGENTINA	1	100%		0%
MAROCCHINA	1	100%		0%
PARAGUAIANA	21	91,30%	2	9%
POLACCA	5	100%	-	0%
RUMENA	42	95,45%	2	5%
SERBA	1	100%	-	0%
UCRAINA	1	100%	-	0%
MOLDOVA	1	100%	-	0%
	73	94,81%	4	5,19%

Una ulteriore caratteristica del personale, la cittadinanza, mostra che l'Azienda richiama anche personale straniero, proveniente in preponderanza da paesi dell'Unione Europea ma anche da paesi extracomunitari.

Grafico 4 Distribuzione personale dipendente a tempo determinato per ruolo, anni 2007-2009



Nell'anno 2009 sono visibili gli effetti dell'applicazione dei protocolli d'intesa in materia di stabilizzazione del lavoro precario e valorizzazione delle esperienze lavorative e dei corrispondenti piani triennali definiti nel corso degli anni 2007 e 2008 con le rappresentanze sindacali delle tre aree di contrattazione.

In coerenza con l'attuazione delle suddette politiche, l'Azienda ha ridotto l'utilizzo dei contratti di lavoro precari in modo corrispondente rispetto alle stabilizzazioni operate e ha limitato fortemente la nuova attivazione di forme di lavoro flessibile, ricorrendovi esclusivamente per le finalità e secondo le modalità previste dall'art. 7, comma 6, e dall'art. 36 del D. Lgs. n. 165/2001, così come modificati dall'art. 3 commi 76 e 79 della Legge 244/07 (finanziaria 2008), e comunque sulla base di progetti di revisione dell'assetto organizzativo diretti a favorire il ricorso agli istituti propri del lavoro subordinato per il reperimento e l'impiego delle professionalità necessarie allo svolgimento delle attività istituzionali aventi carattere di continuità e stabilità, con il conseguente contenimento del ricorso a tempo determinato o a contratti di collaborazione professionale.



Nel corso dell'anno 2009, con riferimento alle aree dirigenziali, si è provveduto all'indizione delle procedure concorsuali per quei profili coinvolti nel processo di stabilizzazione, con la valorizzazione delle esperienze lavorative prestate presso l'Azienda.

Le assunzioni a tempo indeterminato, proseguite in applicazione dei piani triennali di stabilizzazione allegati ai relativi protocolli, per l'anno 2009, sono state n. 45 per l'area comparto, n. 5 per l'area della dirigenza medica e n. 2 per l'area della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa.

Mobilità del personale

Il turnover del personale dipendente nel corso del triennio 2007-2009, come dalla tabella che segue, rileva un incremento di personale pari a 210 unità.

Analizzando tuttavia nel dettaglio i dati riportati, si può osservare che, per ciascun singolo esercizio, si registra un trend in diminuzione per quanto riguarda gli ingressi di personale, seppur in termini numerici superiori alle cessazioni.

Tale dato è da riferire alle politiche di gestione degli organici, che sono state condotte coerentemente con le indicazioni regionali ed a una conseguente oculata gestione della tempistica delle sostituzioni e delle assunzioni, al fine del raggiungimento dell'obiettivo regionale di carattere economico-finanziario. Le assunzioni operate in corso d'anno, secondo gli obiettivi ed i limiti fissati dalle competenti strutture regionali, sono state prevalentemente orientate agli ambiti organizzativi e alle figure professionali direttamente interessate all'erogazione dei livelli essenziali di assistenza. Ciò con particolare riferimento al personale infermieristico, alle altre figure professionali sanitarie del comparto e al personale dirigenziale medico e sanitario.

In particolare, per quanto riguarda il personale infermieristico, per il quale si è registrato il decremento più consistente, si deve rilevare che ciò è in gran parte ricollegabile ai processi riorganizzativi.

Tabella 5 Mobilità del personale, anni 2007-2009

Mobilità in uscita	2007	2008	2009	2007-2009
Limite età	11	9	10	30
Dimissioni	49	91	41	181
Passaggio altra amm.ne	65	72	96	233
Pass. altra amm. Legge 59/97	0	0	0	0
Altre cause	70	46	5	121
Mobilità in entrata	2007	2008	2009	2007-2009
Provenienti altre amm.ni	23	19	12	54
Provenienti altre amm.ni legge 59/97	0	0	0	0
Procedure concorsuali	285	220	181	686
Altre cause	16	10	9	35
Differenza	+129	+31	+50	+210



Tabella 6 Cessati per categorie, anni 2007-2009. Tabella 6 Assunti per categorie, 2007-2009

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

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



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 potrebbe assistere al fenomeno di una 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 caregivers - 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 mitigino l'aggravio dei compiti di cura, oppure interventi che favoriscano la conciliazione tra vita familiare 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 familiari.

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 socio-economico: 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.

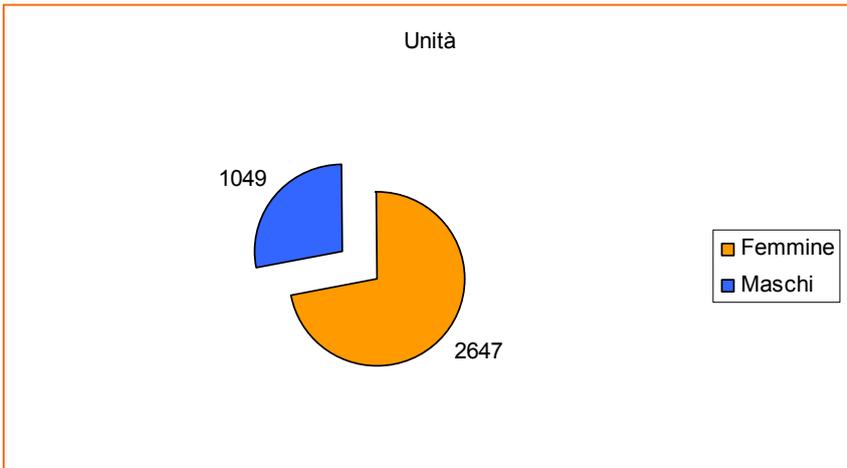
Leggere i bilanci degli enti pubblici in chiave di genere è dunque un importante strumento di mainstreaming che consente di analizzare e contribuire a ridurre le disuguaglianze di genere attraverso un esercizio di trasparenza, democrazia e rendicontazione della gestione e distribuzione delle risorse pubbliche, a vantaggio dell'intera collettività.

Analisi di genere del personale

Il grafico 5 mostra la distribuzione per genere tra i dipendenti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. Si evidenzia un rapporto di circa 2,5 a 1 tra femmine e maschi.



Grafico 5 Distribuzione per genere dei dipendenti ospedalieri al 31.12.2009



Nella tabella 7, è analizzata la distribuzione di genere tra il personale dirigente ed il personale del comparto.

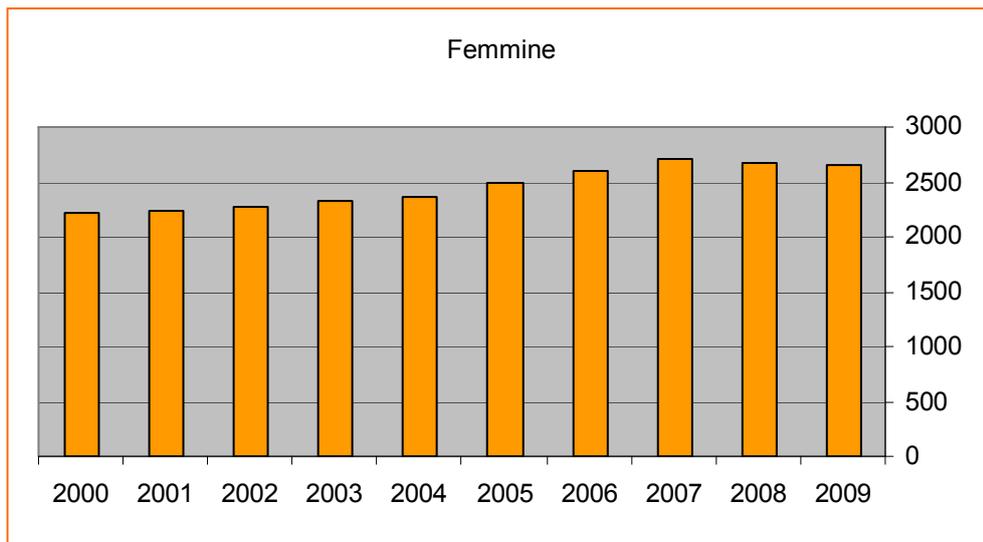
Mentre nel comparto si riscontra una sottorappresentazione del personale maschile, tra le posizioni dirigenziali il 55,7% è di genere maschile.

Tabella 7 Distribuzione per genere ed aree contrattuali dei dipendenti ospedalieri al 31.12.2009

Aree contrattuali	Totale	%Totale	F	%F	M	%M
Comparto	3.206	86,74	2430	65,75	776	21,00
Dirigenza	490	13,26	217	5,87	273	7,39
Totali	3.696	100,00	2.647	71,62	1.049	28,38

Il grafico 6, che illustra l'evoluzione della componente femminile dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, dimostra la tendenza all'aumento, nell'arco di un decennio, di tale componente lavorativa.

Grafico 6 Evoluzione consistenza personale femminile nell'arco temporale 2000- 2009

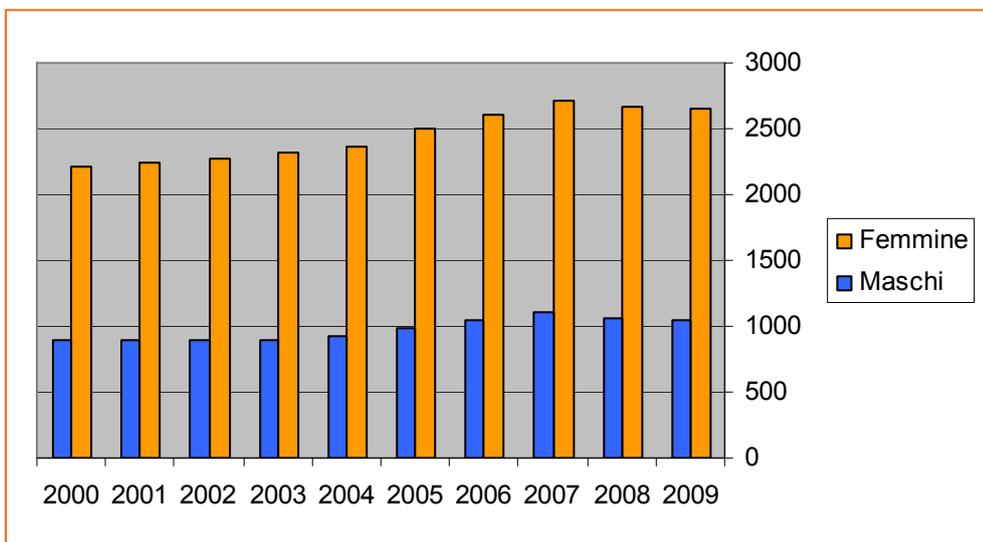




Nel grafico 7 viene rappresentata l'evoluzione del rapporto tra lavoratrici e lavoratori dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

Nel corso del decennio considerato 2000-2009, lo squilibrio tra popolazione femminile e maschile si è ulteriormente accentuato, sebbene l'andamento delle due popolazioni è molto simile.

Grafico 7 Evoluzione rapporto tra personale femminile e maschile nell'arco temporale 2000-2009



Nella tabella 8, la popolazione aziendale è stata suddivisa per genere e per le 4 aree di afferenza sia del personale del comparto che dirigenziale. Si rileva che vi è una maggioranza maschile solo nell'area professionale, peraltro percentualmente irrilevante rispetto al complesso della popolazione dipendente. Nelle restanti 3 aree, invece, il personale femminile è nettamente maggioritario.

Tabella 8 Distribuzione dei dipendenti ospedalieri per genere e per aree al 31.12.2009

Area	Totale	%		%		
		totale	F	% F	M	% M
Sanitaria	2491	67,40	1799	48,67	692	18,72
Professionale	7	0,19	1	0,03	6	0,16
Tecnica	1003	27,14	682	18,45	321	8,69
Amministrativa	195	5,28	165	4,46	30	0,81
Totali	3.696	100,00	2.647	71,62	1.049	28,38

Se si esamina in dettaglio la tabella 9 relativa alla distribuzione per area del personale dirigenziale, rispetto alla situazione generale rappresentata nella tabella 8, si evidenzia come i dirigenti maschi siano, sia in valore assoluto che percentualmente, più numerosi rispetto alle dirigenti femmine, anche nell'area amministrativa. Vi è quindi una situazione di squilibrio in cui le posizioni dirigenziali sono ancora, per la maggior parte, appannaggio dei lavoratori maschili.

Tabella 9 Distribuzione del personale delle aree dirigenziali per genere e per aree al 31.12.2009

Area	Totale	%		%		
		totale	F	% F	M	% M
Sanitaria	474	12,82	212	5,74	262	7,09
Professionale	7	0,19	1	0,03	6	0,16
Tecnica	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Amministrativa	9	0,24	4	0,11	5	0,14
Totali	490	13,26	217	5,87	273	7,39



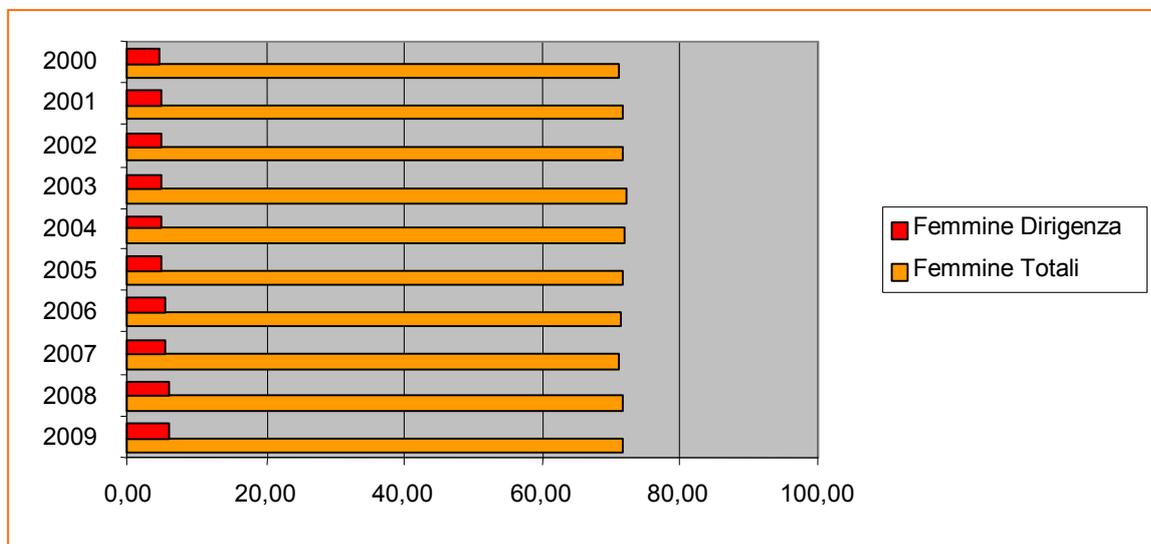
La situazione dettagliata della distribuzione per ruolo e per genere del personale appartenente all'area comparto riprende lo stesso schema distributivo dell'analisi generale di cui alla tabella 8.

Tabella 10 Distribuzione dei ruoli del personale del comparto per genere e per aree al 31.12.2009

Ruolo	Totale	%		%		
		totale	F	% F	M	% M
Sanitario	2.017	54,57	1.587	42,94	430	11,63
Professionale	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Tecnico	1.003	27,14	682	18,45	321	8,69
Amministrativo	186	5,03	161	4,36	25	0,68
Totali	3.206	86,74	2.430	65,75	776	21,00

Dall'esame dell'incidenza percentuale del personale dirigenziale rispetto all'intera popolazione femminile, nell'arco del decennio 2000-2009, si verifica un lento aumento della componente dirigenziale.

Grafico 8 Personale femminile e dirigenti donne (2000 - 2009)



Se si esamina in dettaglio la tabella 11, che rileva la distribuzione degli incarichi ospedalieri al personale dirigenziale, si evidenzia come gli incarichi affidati a dirigenti maschi siano complessivamente prevalenti (55,6% nel totale) rispetto a quelli assegnati alle dirigenti femmine. Anche nel dettaglio si riscontra una situazione di squilibrio in cui le posizioni di responsabilità sono ancora, per la maggior parte, appannaggio dei lavoratori maschili.

Tabella 11 Distribuzione della graduazione degli incarichi ospedalieri per genere al 31.12.2009

Tipologia incarico	F		M		Totale	% sul totale
	F	%F	M	%M		
Direttore Dipartimento	0	0%	5	100%	5	1,0%
Direttore UO/Servizio	6	18,8%	26	81,3%	32	6,5%
Responsabile struttura semplice dipartimentale	3	30,0%	7	70,0%	10	2,0%
Responsabile struttura semplice	12	42,9%	16	57,1%	28	5,7%
Responsabile di programma (struttura semplice dipartimentale)	1	33,3%	2	66,7%	3	0,6%
Incarico di alta specializzazione	21	26,3%	59	73,8%	80	16,4%
Case Manager Esperto	106	50,0%	106	50,0%	212	43,4%
Case Manager	68	57,1%	51	42,9%	119	24,3%
Totali	217	44,4%	272	55,6%	489	100%

N.B. gli incarichi vengono attribuiti solo al personale dipendente a tempo indeterminato.



Lo squilibrio risulta più evidente considerando nello specifico la professione sanitaria, medica in particolare, e specificamente i vertici dei ruoli sanitari (cfr. tabella 12).

Guardando nello specifico la distribuzione della graduazione degli incarichi sanitari per genere (tabella 12) si evince che nessuna donna ricopre nel 2009 l'incarico di Direttore di Dipartimento sanitario.

Soltanto una donna - a fronte di 18 maschi - occupa un posto di direttore di struttura complessa sanitaria.

Nelle posizioni dirigenziali intermedie, per esempio, i camici rosa a capo di struttura semplice sono 9 su 25, ma per le strutture semplici dipartimentali il rapporto uomo-donna è di 2 a 1. Solo per l'incarico di case manager la presenza femminile supera quella maschile.

Tabella 12 Distribuzione della graduazione degli incarichi medici ospedalieri per genere al 31.12.2009

Tipologia incarico	F	%F	M	%M	Totale	% totale*
Direttore Dipartimento	0	0,0%	4	100,0%	4	0,8%
Direttore UO/Servizio	1	5,3%	18	94,7%	19	3,9%
Responsabile struttura semplice dipartimentale	2	22,2%	7	77,8%	9	1,8%
Responsabile struttura semplice	9	36,0%	16	64,0%	25	5,1%
Responsabile di programma (struttura semplice dipartimentale)	1	33,3%	2	66,7%	3	0,6%
Incarico di alta specializzazione	16	22,5%	55	77,5%	71	14,5%
Case Manager Esperto	85	44,7%	105	55,3%	190	38,9%
Case Manager	57	54,8%	47	45,2%	104	21,3%
Totali	171	40,2%	254	59,8%	425	86,9%

*la percentuale sul totale è calcolata sul totale degli incarichi ospedalieri che è pari a 489 (tabella 11).

Nella distribuzione degli incarichi dirigenziali dell'area professionale, tecnica ed amministrativa si registra una preponderanza femminile (46 femmine a fronte di 18 maschi), tabella 13.

L'unico incarico di Direttore di Dipartimento è maschile.

Per la direzione di struttura complessa 5 donne si confrontano con 8 uomini.

Nelle posizioni dirigenziali intermedie, la distribuzione degli incarichi vede prevalere la componente femminile e il rapporto uomo-donna è 1 a 4,5.

Tabella 13 Distribuzione della graduazione degli incarichi ospedalieri sanitari non medici, professionali, tecnici ed amministrativi per genere al 31.12.2009

Tipologia incarico	F	%F	M	%M	Totale	% tot
Direttore Dipartimento	0	0%	1	100%	1	0,20%
Direttore UO/Servizio	5	38,5%	8	62%	13	2,66%
Responsabile struttura semplice dipartimentale	1	100,0%	0	0%	1	0,20%
Responsabile struttura semplice	3	100,0%	0	0%	3	0,61%
Incarico di alta specializzazione	5	55,6%	4	44%	9	1,84%
Case Manager Esperto	21	95,5%	1	5%	22	4,50%
Case Manager	11	73,3%	4	27%	15	3,07%
Totali	46	71,9%	18	28%	64	13,09%

*la percentuale sul totale è calcolata sul totale degli incarichi ospedalieri che è pari a 489 (tabella 11).

Squilibrata sempre a favore dei lavoratori risulta la situazione relativa alla titolarità delle posizioni organizzative: infatti solo l'1,93% delle lavoratrici rispetto alla popolazione totale delle dipendenti femminili del comparto risulta titolare di posizione organizzativa, a fronte di un 2,32% di lavoratori calcolato sull'intera popolazione maschile del comparto. Il dato apparentemente squilibrato a favore delle lavoratrici (47 femmine contro 18 maschi) analizzato percentualmente ribalta, quindi, la prima impressione. All'intero delle singole aree, le funzionarie amministrative sono percentualmente in maggioranza, nel ruolo sanitario si ha una sostanziale situazione paritaria, mentre nel ruolo tecnico sono percentualmente maggioritari i funzionari maschi.



Tabella 14 Distribuzione incarichi di posizione organizzativa per ruolo e per genere al 31.12.2009

Ruolo	Femmine	Femmine %	Maschi	Maschi %	Tot
Sanitario	26	1,07	8	1,03	34
Professionale	0	0,00	0	0,00	0
Tecnico	2	0,08	6	0,77	8
Amministrativo	19	0,78	4	0,52	23
Totali	47	1,93	18	2,32	65

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 numerica che percentuale.

Tabella 15 Distribuzione incarichi di coordinamento per genere al 31.12.2009

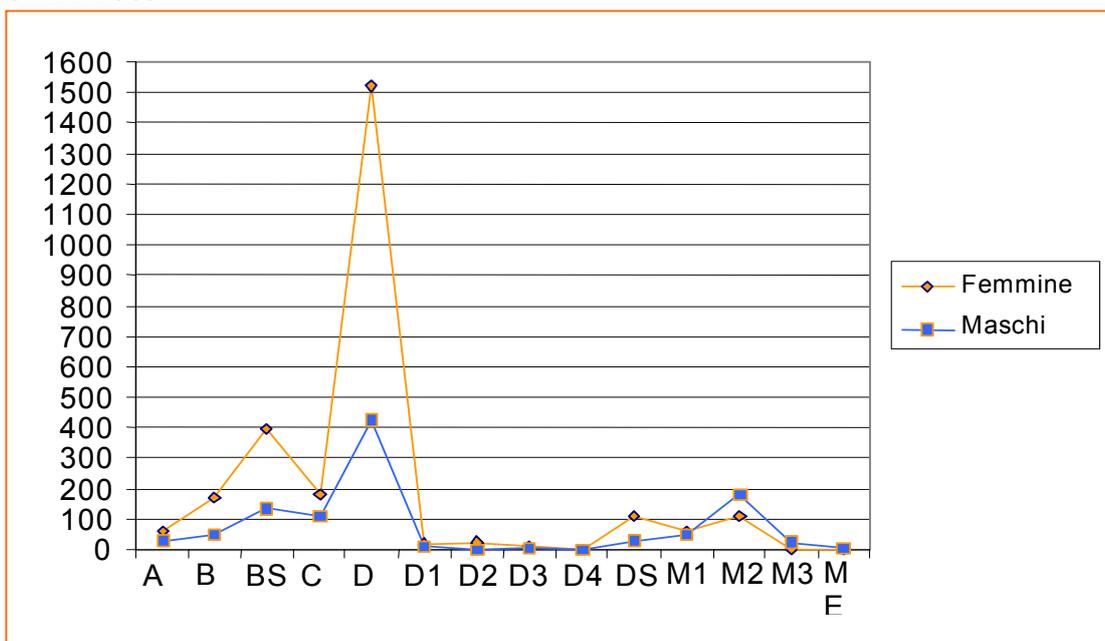
Femmine	Femmine %	Maschi	Maschi %	Tot
107	4,40	27	3,48	134

Il grafico 9 illustra chiaramente la distribuzione dei generi per livelli retributivi del personale del comparto (da A - livello iniziale - a Ds - livello massimo) e della dirigenza (da dirigente a direttore di struttura complessa).

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. Nel settore amministrativo della P.A. si assiste, però, ad un fenomeno singolare: gli uomini, quasi assenti nei livelli più bassi, occupano quasi completamente il livello più alto. La rappresentazione grafica di questo fenomeno produce il c.d. diagramma "a X" o "del sorpasso", infatti la presenza maggioritaria delle donne si registra nei livelli gerarchicamente e retributivamente inferiori a quelli dirigenziali e assume i connotati di quella che si potrebbe definire come una sorta di "segregazione" occupazionale.

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.

Grafico 9 Distribuzione per livelli retributivi e per genere del personale ospedaliero al 31.12.2009





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 incidenza femminile nelle qualifiche inferiori corrisponde poi la forte o 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.

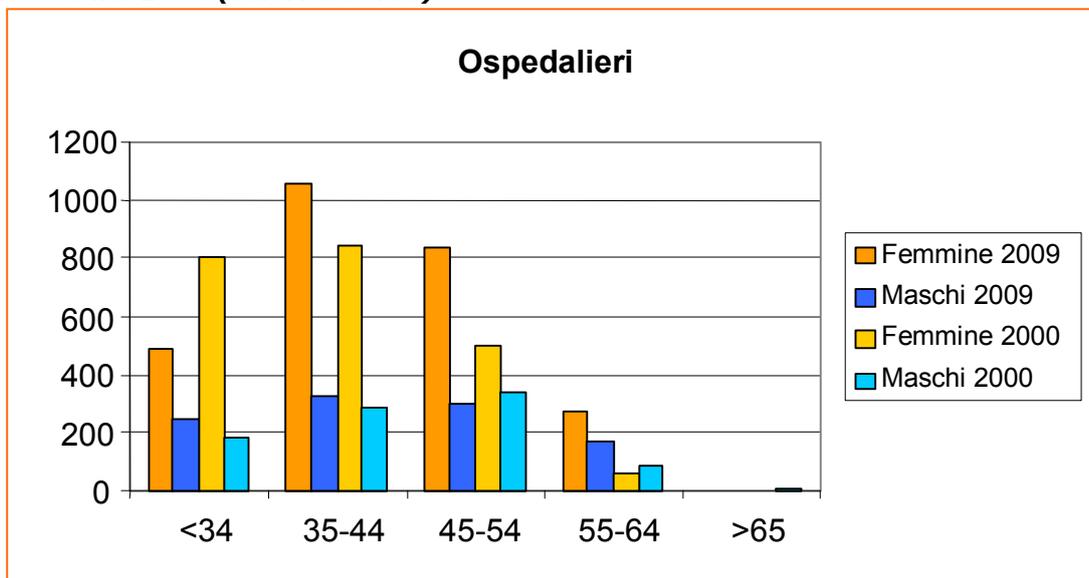
E il futuro?

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.

Nell'arco di un decennio si registra un notevole spostamento verso le età meno "verdi" della popolazione ospedaliera, i cui dipendenti di età inferiore a 34 anni passano da un 31,94% ad un 19,75%, mentre crescono percentualmente le fasce più elevate. Anche per quanto riguarda in particolare la popolazione femminile si assiste ad un progressivo invecchiamento, in quanto la fascia d'età più giovane passa dal 24,92% al 13,10, mentre si innalza di poco la fascia tra i 35 e i 44 anni, e invece aumenta di 6,4 punti percentuali la popolazione femminile tra i 45 e i 54 anni, mentre quella tra i 55 e i 64 anni di età aumenta di 5,4 punti percentuali.

Nello stesso arco temporale considerato, la popolazione maschile giovane mostra una tendenza ad un lieve aumento (dal 6,02 al 6,66), e tutte le altre fasce d'età sono decrescenti percentualmente, con l'eccezione della fascia compresa tra i 55 ed i 62 anni che presenta un aumento di due punti percentuali.

Grafico 10 Raffronto tra la distribuzione per età e per genere dei dipendenti ospedalieri nel 2000 e nel 2009 (valori assoluti)

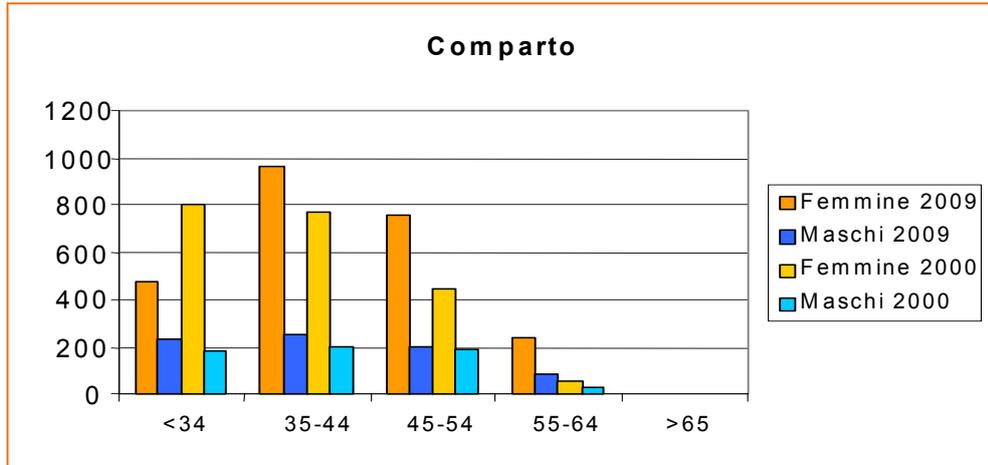


Per il personale del comparto, si registra una diminuzione della popolazione giovane (età inferiore ai 34 anni) dal 31,65% al 19,02% e un aumento di 5,7 punti percentuali dei 45-54enni e di 6,23 della fascia 55-64 anni.

Lo stesso andamento viene rispecchiato nello specifico della popolazione femminile, mentre nella popolazione maschile, in controtendenza, si registra un lieve aumento dei dipendenti più giovani.



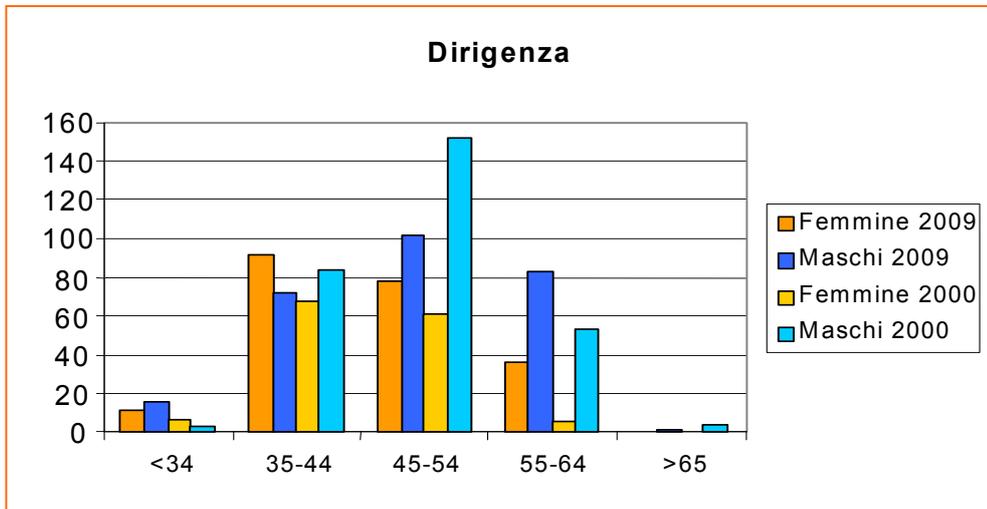
Grafico 11 Raffronto tra la distribuzione per età e per genere dei dipendenti ospedalieri del comparto nel 2000 e nel 2009 (valori assoluti)



L'invecchiamento generale della popolazione ospedaliera si evidenzia analizzando la distribuzione per età di tutti i dirigenti ospedalieri nel 2000 e nel 2009. Infatti le fasce d'età che presentano un aumento percentuale solo quelle dei 45-54 anni e dei 55-64 anni.

La situazione generale si rispecchia nella situazione della popolazione dirigenziale femminile, mentre per i dirigenti uomini l'unica fascia di età in aumento è quella relativa ai 55-64 anni.

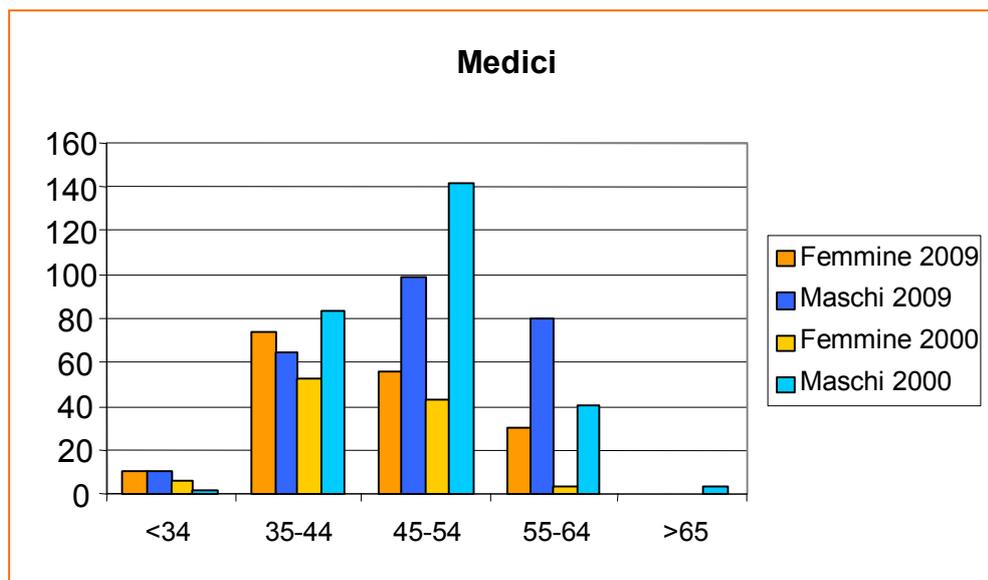
Grafico 12 Raffronto tra la distribuzione per età e per genere dei dirigenti ospedalieri nel 2000 e nel 2009



Per quanto concerne l'età dei medici, si evidenzia a livello dell'intera popolazione medica un aumento del peso percentuale delle fasce d'età più alte (tra 55 e 64 anni si passa da un 1,45 ad un 2,98) a fronte di una diminuzione delle fasce d'età intermedie tra i 35 e 54 anni. La generale tendenza all'invecchiamento della popolazione medica ospedaliera è più accentuata nella popolazione maschile.



Grafico 13 Raffronto tra la distribuzione per età e per genere dei dirigenti medici ospedalieri nel 2000 e nel 2009



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 specialistiche mediche, e clamorosamente sottorappresentate nell’area chirurgica.

Tabella 16 Distribuzione percentuale dirigenti medici ospedalieri per discipline e per genere al 31.12.2009

DISCIPLINE AREA MEDICA E DELLE SPECIALITA' MEDICHE	% Femmine	% Maschi
CARDIOLOGIA	42,11%	57,89%
EMATOLOGIA	100%	0%
GASTROENTEROLOGIA	28,57%	71,43%
GENETICA MEDICA	100%	0%
GERIATRIA	42,86%	57,14%
MALATTIE APPARATO RESPIRATORIO	26,67%	73,33%
MALATTIE INFETTIVE	42,86%	57,14%
MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE E D'URGENZA	56,25%	43,75%
MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA	50,00%	50,00%
MEDICINA INTERNA	36,96%	63,04%
NEFROLOGIA	50,00%	50,00%
NEONATOLOGIA	25,00%	75,00%
NEUROLOGIA	66,67%	33,33%
ONCOLOGIA	40,00%	60,00%
PEDIATRIA	82,35%	17,65%
RADIOTERAPIA	40,00%	60,00%
REUMATOLOGIA	0%	100%
SUBTOTALI	45,79%	54,21



DISCIPLINE AREA DI CHIRURGIA E DELLE SPECIALITA' CHIRURGICHE	% Femmine	% Maschi
CARDIOCHIRURGIA	18,18%	81,82%
CHIRURGIA GENERALE	7,14%	92,86%
CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	33,33%	66,67%
CHIRURGIA PEDIATRICA	14,29%	85,71%
CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	0%	100%
GINECOLOGIA E OSTETRICIA	100%	0%
NEUROCHIRURGIA	12,50%	87,50%
OFTALMOLOGIA	20,00%	80,00%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	0%	100%
OTORINOLARINGOIATRIA	0%	100%
UROLOGIA	25,00%	75,00%
SUBTOTALI	13,00%	87,00%

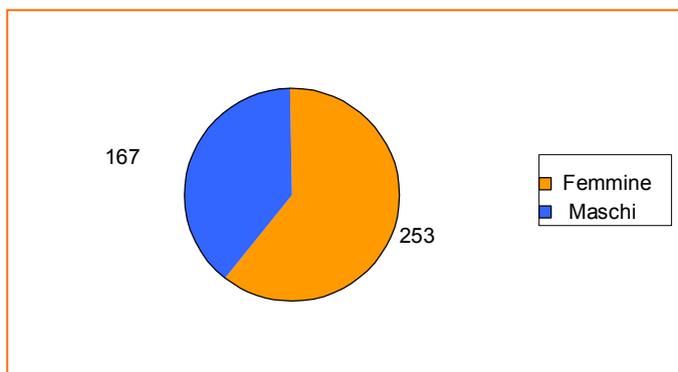
DISCIPLINE AREA DI ODONTOIATRIA	% Femmine	% Maschi
ODONTOIATRIA	0%	100%
SUBTOTALI	0%	100%

DISCIPLINE AREA DELLE MEDICINA DIAGNOSTICA E DEI SERVIZI	% Femmine	% Maschi
ANATOMIA ED IST. PATOLOGICA	40,00%	60,00%
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	52,11%	47,89%
MEDICINA TRASFUSIONALE	28,57%	71,43%
MEDICINA LEGALE	0%	100%
MEDICINA NUCLEARE	100%	0%
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	100%	0%
NEURORADIOLOGIA	33,33%	66,67%
PATOLOGIA CLINICA (LAB.ANALISI)	71,43%	28,57%
RADIODIAGNOSTICA	45,45%	54,55%
SUBTOTALI	50,00%	50,00%

DISCIPLINE AREA DI SANITA' PUBBLICA	% Femmine	% Maschi
DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIPIO OSPEDALIERO	75%	25%
SUBTOTALI	75%	25%
Totale	37,76%	62,24%

Il grafico 13 evidenzia come il S.S.N. sembri caratterizzato da un processo di "femminizzazione". Questo andamento pare possa indurre un'accelerazione della presenza femminile nella dirigenza, destinata 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.

Grafico 14 Medici in formazione specialistica iscritti alle Scuole di Specializzazione per genere, anno 2009





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 17 Distribuzione per genere e per scuola di specializzazione dell'Università degli studi di Parma, anno 2009

Scuola di specializzazione	Femmine	% Femmine	Maschi	% Maschi
Area medica e delle specialità mediche				
Allergologia ed immunologia clinica	5	100		0
Cardiologia	10	45,5%	12	54,5%
Dermatologia e venereologia	4	80,0%	1	20,0%
Ematologia	5	100,0%		0,0%
Endocrinologia e malattie del ricambio	2	66,7%	1	33,3%
Gastroenterologia	5	71,4%	2	28,6%
Geriatrics	7	70,0%	3	30,0%
Malattie dell'apparato respiratorio	3	50,0%	3	50,0%
Malattie infettive	3	100,0%		0,0%
Medicina d'emergenza-urgenza	3	50,0%	3	50,0%
Medicina fisica e riabilitazione	9	75,0%	3	25,0%
Medicina interna	20	74,1%	7	25,9%
Nefrologia	6	54,5%	5	45,5%
Neurologia	10	71,4%	4	28,6%
Neuropsichiatria infantile	9	90,0%	1	10,0%
Oncologia	9	75,0%	3	25,0%
Pediatria	32	88,9%	4	11,1%
Psichiatria	10	62,5%	6	37,5%
Radioterapia	2	66,7%	1	33,3%
Scienza dell'alimentazione	1	33,3%	2	66,7%
Totali	155	71,8%	61	28,2%

Scuola di specializzazione	Femmine	% Femmine	Maschi	% Maschi
Area di chirurgia e delle specialità chirurgiche				
Cardiochirurgia	1	25,0%	3	75,0%
Chirurgia generale	8	28,6%	20	71,4%
Chirurgia maxillo facciale	4	36,4%	7	63,6%
Chirurgia plastica e ricostruttiva	3	37,5%	5	62,5%
Chirurgia toracica	2	50,0%	2	50,0%
Chirurgia vascolare	0	0,0%	3	100,0%
Ginecologia e ostetricia	10	71,4%	4	28,6%
Oftalmologia	2	28,6%	5	71,4%
Ortopedia e traumatologia	2	14,3%	12	85,7%
Otorinolaringoiatria	4	57,1%	3	42,9%
Urologia		0,0%	3	100,0%
Totali	36	35,0%	67	65,0%



Scuola di specializzazione	Femmine	% Femmine	Maschi	% Maschi
Area delle medicina diagnostica e dei servizi				
Anatomia patologica	5	62,5%	3	37,5%
Anestesia e rianimazione	16	50,0%	16	50,0%
Biochimica clinica	2	100,0%		0,0%
Medicina legale	5	100,0%		0,0%
Radiodiagnostica	19	57,6%	14	42,4%
Totali	47	58,8%	33	41,3%

Scuola di specializzazione	Femmine	% Femmine	Maschi	% Maschi
Area di sanità pubblica				
Igiene e medicina preventiva	2	33,3%	4	66,7%
Medicina del lavoro	13	86,7%	2	13,3%
Totali	15	71,4%	6	28,6%

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.

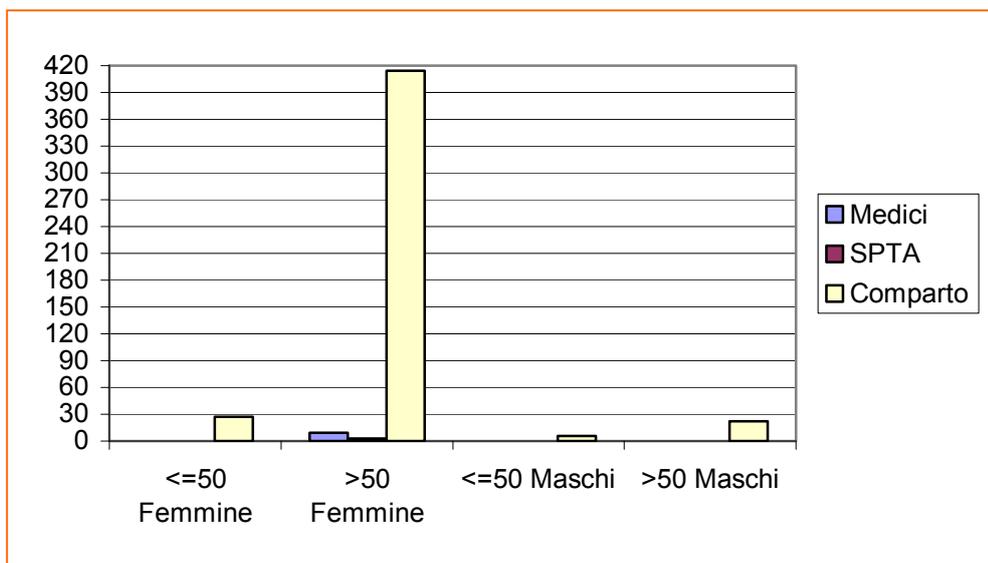
Ciò si riverbera però non solo sulla vita lavorativa della donna, ma sul suo tenore di vita globale, considerando che le donne godono spesso di diritti pensionistici inferiori rispetto agli uomini proprio a causa di una carriera professionale, generalmente di livello inferiore, caratterizzata da interruzioni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

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 2009 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.



Grafico 15 Distribuzione dei dipendenti ospedalieri a tempo indeterminato per categorie, genere e accesso al part time al 31.12.2009



La maggior parte dei giorni di assenza per la cura di figli o familiari nel 2009 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 18 Giornate di assenza per la cura di figli o familiari, anno 2009

Assenze per malattia figlio			
Sesso	Unità	Giorni assenza	Area Contrattuale
F	255	3.875	COMPARTO
M	40	398	COMPARTO
F	15	64	DIRIGENZA
M	1	1	DIRIGENZA
Assenza per congedo parentale			
Sesso	Unità	Giorni assenza	Area Contrattuale
F	191	8.961	COMPARTO
M	18	379	COMPARTO
F	16	1.068	DIRIGENZA
M	1	6	DIRIGENZA
Congedo non retribuito per gravi motivi di famiglia			
Sesso	Unità	Giorni assenza	Area Contrattuale
F	15	582	COMPARTO
Congedo retribuito art. 42 D. Lgs. 151/01			
Sesso	Unità	Giorni assenza	Area Contrattuale
F	22	2.705	COMPARTO
M	3	535	COMPARTO
Assenza per aspettativa non retribuita assistenza figli minori di anni 6			
Sesso	Unità	Giorni assenza	Area Contrattuale
F	40	2.712	COMPARTO
M	2	160	COMPARTO



Assenze per permesso legge 104/92			
Sesso	Unità	Giorni assenza	Area Contrattuale
F	167	3.627	COMPARTO
M	17	460	COMPARTO
F	8	161	DIRIGENZA
M	3	59	DIRIGENZA

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 vicina allo zero.

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

Distribuzione dipendenti sul totale		% giornate di assenza fatte e giornate medie di assenza											
%	Tipologie (genere e area contrattuale)	Congedo parentale		Malattia figlio		Permessi legge 104/92		Congedo non retribuito per gravi motivi familiari		Congedo retribuito art. 42 D. Lgs. 151/01		Aspettativa non retribuita figli minori 6 anni	
		%	Ggm	%	Ggm	%	Ggm	%	Ggm	%	Ggm	%	Ggm
63,05	femmine comparto	86,04	46,92	89,32	15,2	34,82	21,21	100	38,8	83,48	122,9	94,42	67,80
22,63	maschi comparto	3,63	21,06	9,17	9,95	4,41	27,06			16,52	178,3	5,58	80
6,34	femmine dirigenza	10,25	66,75	1,47	4,27	1,54	20,13						
7,97	maschi dirigenza	0,08	6	0,04	1	59,23	19,67						

L'Azienda, anche nel corso dell'anno 2009, 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.

Comitato Pari Opportunità

La stretta collaborazione, ormai consolidata, e la condivisione degli stessi obiettivi, hanno portato alla formazione, fin dal gennaio 2009, di un unico Comitato aziendale per le Pari Opportunità che vede il coinvolgimento della dirigenza e del personale afferente all'Area del Comparto.

L'impegno e la disponibilità con cui il Comitato svolge la propria attività hanno permesso di instaurare collaborazioni, a livello sia provinciale che regionale, per lo sviluppo di specifiche tematiche. Si ricorda, ad esempio, il *Codice di condotta per la prevenzione delle molestie sessuali*, presentato in occasione del Convegno aziendale, accreditato, "La prevenzione delle molestie sessuali nei luoghi di lavoro", tenutosi il 6 marzo 2009.

Il fenomeno della violenza manifesta una preoccupante tendenza all'aumento, suscitando grave allarme e insicurezza collettiva. Di conseguenza si rende necessario che l'approccio alle vittime avvenga ad opera di personale specializzato e secondo regole condivise. A questo scopo il 13 luglio 2009, presso la Prefettura di Parma, è stato siglato un *Protocollo d'intesa per la promozione di strategie condivise finalizzate alla prevenzione ed al contrasto del fenomeno della violenza nei confronti delle donne*. Il Protocollo prevede, nell'ambito delle rispettive competenze della Prefettura, Tribunale, Procura della Repubblica, Provincia, Comune, Questura, Forze dell'Ordine, Azienda Usl di Parma ed Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, la redazione di specifiche procedure applicative. Il Comitato Pari Opportunità, per raggiungere questo obiettivo, ha costituito, fin da subito, un Gruppo di lavoro multidisciplinare - medici, ginecologi, medici legali, pediatri infettivologi, assistenti sociali, Servizio Assistenziale - per la realizzazione,



attraverso frequenti incontri di confronto, di una procedura aziendale sulla *accoglienza/assistenza ospedaliera alle donne e minori, vittime di violenza*, in applicazione all'art. 10 del Protocollo stesso.

Nel campo dell'accoglienza e dell'assistenza, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha il compito di favorire la creazione di un nucleo operativo interaziendale multidisciplinare specializzato nella trattazione dei casi di maltrattamenti e violenza sessuale a danno di donne e/o minori, nucleo che deve costituire riferimento per i diversi organismi coinvolti ed, in particolare, per il Pronto Soccorso.

Il Comitato partecipa attivamente al Tavolo provinciale interistituzionale riferito al Progetto provinciale "Azioni di prevenzione contrasto della violenza sulle donne" nell'ambito del quale, in data 25 novembre 2009, sono state attuate delle iniziative in concomitanza della Giornata Internazionale contro la violenza sulle donne.

Costante è la collaborazione con la Rete delle Consigliere di Pari Opportunità della Regione Emilia-Romagna, nel cui contesto è emersa l'importanza di un Bilancio di Genere su cui ragionare per il futuro. Il Comitato Pari Opportunità dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, è presente nel sito regionale.

Oltre a quanto già indicato, il Piano delle azioni positive 2008-2010 predisposto dal Comitato per le Pari Opportunità, prevede:

- compilazione del rapporto biennale sulla situazione del personale femminile nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma;
- individuazione ed elaborazione di uno spazio web intranet ed internet finalizzato alla divulgazione dell'operato del Comitato e dell'Azienda ed alla divulgazione di tematiche, normative, azioni positive, eccetera;
- attuazione dell'iniziativa "8 marzo" con cadenza annuale, dedicando l'intera giornata ad attività di medicina preventiva rivolte al personale dipendente dell'Azienda (donne e uomini) su particolari argomenti di prevenzione della salute differenziata per genere;
- interventi formativi aventi come tema le pari opportunità tra uomini e donne e/o la prevenzione/repressione delle molestie sessuali nei luoghi di lavoro.

Progetto Gender

È sempre più evidente che esistono significative differenze tra uomini e donne nell'insorgenza, nello sviluppo, nell'andamento e nella prognosi di molte malattie. Nonostante ciò, queste differenze spesso non vengono ancora pienamente considerate per programmare gli interventi di promozione della salute e ancora persistono pregiudizi di genere nello studio dell'eziologia, dei fattori di rischio, nelle diagnosi e nei trattamenti. Da queste considerazioni è nata di recente la "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. A differenza del termine "sesso" che sottolinea solo la caratterizzazione biologica dell'individuo, il termine "genere" (gender) infatti intende le categorie "uomo" e "donna" anche secondo fattori ambientali, sociali e culturali.

Anche la OMS (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. Esiste ancora un pregiudizio di genere che riguarda l'approccio ai problemi cardiovascolari delle donne. La conseguenza è che l'intervento preventivo, a differenza degli uomini, non si rivolge verso gli stili di vita delle donne, ma fondamentalmente al controllo di quello che è considerato il responsabile fattore di rischio e cioè la menopausa, con la somministrazione di ormoni che espongono le donne ad altri fattori di rischio. Inoltre, la diversa sintomatologia delle malattie cardiovascolari nella donna porta spesso a una sottostima, o a ritardi nel loro riconoscimento. Alcuni studi, inoltre, 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. Differenze di "genere" sono presenti anche sul piano delle condizioni psicologiche ed in particolare nell'incidenza di sintomatologie depressive, più frequenti nelle donne dopo infarto miocardico.

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.

Di seguito sono indicati i progetti componenti il Programma Strategico e relativo scopo principale:

PROGETTO	UNITA' PARTECIPANTI	RESPONSABILE SCIENTIFICO	SCOPO
Progetto 1: Analisi genetica con genome wide association study (GWAS) delle caratteristiche dell'infarto miocardico nella donna	01 Ospedale Niguarda Cà Granda, Milano 02 UO Cardiologia, AOU di Parma 03 Università delle Marche, Ancona 04 IRCCS INRCA di Cosenza 05 Università di Pavia 06 Associazione per lo Studio in Cardiologia, Pavia	Piera Merlini - Ospedale Niguarda Ca' Granda	Identificare varianti genetiche predittive dello sviluppo di infarto miocardico giovanile negli uomini e nelle donne mediante la metodica di GWAS
Progetto 2: Analisi dell'epidemiologia dell'infarto nella donna attraverso l'osservatorio della regione Lombardia e della Regione Emilia Romagna	01 IRCCS Istituto Clinico Humanitas 02 Regione Lombardia 03 UO Ricerca e Innovazione, AOU Parma	Elena Corrada – UO Cardiologia, IRCCS Istituto Clinico Humanitas	Analizzare le caratteristiche clinico/epidemiologiche dell'infarto nella donna, utilizzando database routinari (schede dimissioni ospedaliere, registro mortalità) della Regione Lombardia e della Regione Emilia-Romagna.
Progetto 3: Impatto clinico della rivascolarizzazione coronarica percutanea nelle donne con Infarto Miocardico. Uno studio di genere	01 UO Ricerca e Innovazione AOU Parma 02 UO Cardiologia AOU Parma 03 IRCCS Istituto Clinico Humanitas 04 UO Cardiologia AOU Bologna 05 Agenzia Sanitaria Regione Emilia Romagna	Caterina Caminiti – UO Ricerca e Innovazione, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma	Indagare il ruolo del genere nelle modalità di gestione clinica (accesso, terapie, ecc.) e sul reale impatto clinico (efficacia, complicanze, mortalità) degli interventi di rivascolarizzazione coronarica nell'infarto miocardico acuto
Progetto 4: Le ragioni del cuore. Qualità della vita e narrazioni biografiche di donne colpite da infarto miocardico	01 Dipartimento di Psicologia, Università di Parma 02 IRCCS INRCA 03 Associazione per lo Studio in Cardiologia, Pavia 04 Ospedale Niguarda Cà Granda, Milano	Laura Fruggeri – Università degli Studi di Parma	Analizzare l'impatto psicologico dell'infarto nella donna e le relative conseguenze sociali
Progetto 5: Profili di espressione genica e proteomica per l'identificazione di nuovi marcatori clinici di rischio cardiovascolare nella Donna.	01 Ospedale Careggi, Firenze 02 Anatomia Umana - Università di Parma 03 Ospedale Niguarda Cà Granda Milano	Rosanna Abbate - Ospedale Careggi Firenze	Analizzare nuovi fattori di rischio attraverso studi di trascrizione e di espressione, e di genetica funzionale



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.

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

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

Infatti, il Collegio di Direzione assume un significativo ruolo organizzativo quale organo di governo della gestione integrata del rischio e delle linee di attività in tema di governo clinico. Nell'ambito del Collegio vengono definiti, valutati e condivisi i principi, le metodiche e gli obiettivi correlati al governo clinico, che vengono tradotti in progetti operativi all'interno dei Dipartimenti e a livello delle singole Unità Operative.

Nel corso dell'anno 2009, il Collegio di Direzione si è riunito con regolarità e cadenza mediamente mensile, affrontando diverse problematiche.

Fra i diversi interventi che presentano importanti ricadute organizzative sono state sottoposte al Collegio di Direzione:

- la procedura di valutazione del rischio, che rappresenta la stima dell'entità all'esposizione alle radiazioni. A tale proposito, nel corso dell'anno 2009, al fine di garantire la salute e la sicurezza dei lavoratori, è stata chiesta la collaborazione del Collegio di Direzione per sollecitare l'invio dei carichi di lavoro da parte degli esperti qualificati delle Unità Operative,
- 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, su proposta del Direttore del Servizio Assistenziale e sentito il parere dei rispettivi Direttori di Dipartimento, ha espresso parere favorevole sull'individuazione di alcuni Responsabili Assistenziali di Dipartimento,
- problematiche relative all'appropriatezza prescrittiva delle indagini di laboratorio e di diagnostica per immagini, già affrontate nel corso dell'anno 2008,
- a riguardo, nel documento Linee di indirizzo al budget 2008, viene esplicitato che gli strumenti del governo clinico, in riferimento all'appropriatezza prescrittiva, sono l'adozione di linee guida e gli audit clinici,
- nell'ambito del governo clinico, nel corso dell'anno 2007 il Collegio di Direzione aveva approvato due progetti riproposti anche nell'anno 2008, quali il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni intermedie per pazienti ricoverati e la riduzione della degenza media nelle strutture di medicina e nelle specialità mediche,
- il Piano Ospedaliero di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale, unitamente alla definizione delle procedure riguardanti misure di protezione nei confronti degli operatori,
- la procedura per una corretta gestione della cartella clinica. Tale procedura definisce i criteri, le modalità e le responsabilità inerenti la corretta tenuta della documentazione sanitaria, con particolare riferimento alla cartella clinica, nelle fasi di compilazione, consultazione, archiviazione e rilascio/consegna agli aventi diritto,
- la procedura per l'acquisizione del consenso informato: tale documento individua i mezzi e le modalità per la definizione e la verifica dei processi di acquisizione del consenso informato del paziente da parte del professionista riguardo all'atto sanitario proposto,
- le procedure riguardanti i percorsi per l'acquisizione di tecnologie.

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 2009, il Collegio di Direzione ha espresso parere favorevole sul documento "Linee di Indirizzo al budget 2009" e sul percorso di negoziazione di budget per l'anno 2009. Sono stati, inoltre, presentati al Collegio gli obiettivi specifici dei Direttori di Dipartimento, degli stessi Dipartimenti con il coinvolgimento di tutte le Unità Operative afferenti e gli obiettivi specifici di Unità Operativa.

Il Collegio ha, inoltre, espresso parere favorevole sul documento Bilancio di Missione anno 2008.

Il Collegio di Direzione ha altresì rappresentato il punto di partenza per l'elaborazione del "Piano Attuativo Locale", che costituisce un documento programmatico di riferimento per la sanità ed i servizi socio-sanitari che gli Enti Locali e le Aziende Sanitarie della provincia di Parma hanno elaborato e condiviso, attraverso un percorso di analisi, partecipazione e consultazione. Attraverso questo documento vengono indicati gli obiettivi generali e le azioni che ciascuna Azienda dovrà realizzare per il miglioramento dei livelli essenziali e del benessere collettivo.

Il percorso formativo delle Scuole di Specializzazione

È stata affrontata la tematica riguardante la congruità sul percorso formativo delle Scuole di Specializzazione.

A tale proposito:

I Consigli delle scuole di specializzazione:

- definiscono il piano formativo, i tempi e le modalità della frequenza degli Specializzandi nelle diverse strutture della rete formativa,
- hanno il diritto/dovere di predisporre i piani formativi per ogni specializzando, rimanendo, nel rispetto delle normative esistenti,
- le determinazioni in ordine alla realizzazione delle reti formative avvengono d'intesa tra i Consigli delle scuole, i DAI ed i Dipartimenti Universitari,
- comunicano all'Azienda Ospedaliero Universitaria la tipologia di prestazioni, che può essere assicurata presso le strutture collegate, dopo aver valorizzato adeguatamente l'offerta formativa delle strutture di sede.

Per quanto riguarda l'attività del servizio di guardia, il medico in formazione è chiamato a svolgere la propria attività, che non può mai essere sostitutiva a quella del personale di ruolo.

Le attività assistenziali svolte dal medico in formazione specialistica sono state individuate in base al grado di autonomia operativa e decisionale.

In particolare, per quanto riguarda l'attività del servizio di guardia, si distinguono diverse tipologie di guardie, in rapporto con la tipologia della Scuola ed in rapporto con la tipologia dei pazienti e delle attività assegnate a quello specifico punto di guardia:

A: la tipologia dei pazienti e delle attività è tale da far presumere la necessaria presenza, nel punto guardia stesso, di un medico strutturato che possa essere immediatamente allertato in caso di necessità.

B: la tipologia dei pazienti e delle attività è tale da far presumere il necessario intervento di un medico strutturato anche appartenente ad un punto guardia diverso, ma logisticamente prossimo al punto di guardia in cui opera in modo autonomo il medico in formazione specialistica.

C: la tipologia dei pazienti e delle attività è tale da far presumere la necessità di una pronta disponibilità di un medico strutturato della stessa area assistenziale che verrà attivato a giudizio del medico in formazione specialistica.

Il Collegio di Direzione ha approvato un documento riportante i punti di guardia e le pronte disponibilità di ciascun Dipartimento, che prevede l'inserimento dei Medici in formazione, nel rispetto del rispetto dell'Accordo Attuativo Locale sulla formazione specialistica dei laureati in Medicina e Chirurgia.

Collegio Aziendale delle Professioni Sanitarie

In attuazione all'art. 20 dell'Atto aziendale ed all'art. 3 della L.R. 29 del 23.12.2004, nel marzo 2009, si è costituito il Collegio delle professioni sanitarie dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, quale organismo di rappresentanza di tutto il personale tecnico-sanitario.

I suoi 21 componenti sono stati individuati a seguito di elezioni dirette, effettuate nel gennaio 2009, in rappresentanza di tutte le professioni sanitarie presenti in Azienda, secondo criteri di equilibrio, collaborazione ed integrazione tra le professioni stesse e sono ripartiti nel seguente modo:

Professioni sanitarie infermieristiche ed ostetriche

n° 4 infermieri

n° 1 ostetrica

n° 1 fisioterapista

n° 1 logopedista



n° 1 massofisioterapista
n° 1 ortottista

Professioni tecnico-sanitarie

n° 1 odontotecnico
n° 1 tecnico di fisiopatologia cardiocircolatoria perfusione cardiaca
n° 1 tecnico audiometrista
n° 1 tecnico di neurofisiopatologia
n° 1 tecnico sanitario di laboratorio biomedico
n° 1 tecnico sanitario di radiologia medica

Dirigenti medici

N° 2 medici

Dirigenti sanitari

n° 1 farmacista
n° 1 biologo
n° 1 chimico
n° 1 Fisico

Nella seduta di insediamento, i componenti hanno eletto all'unanimità il proprio Presidente, rappresentato da una figura infermieristica. Ai lavori del Collegio, partecipa un delegato del Direttore Generale ed un amministrativo verbalizzante delle sedute, sulla base di quanto previsto dal Regolamento di funzionamento approvato subito dopo l'avvio dei lavori, al fine di disciplinare le modalità di svolgimento dell'attività.

Il primo intento è stato quello di esplicitare progetti ed idee tipici dello sviluppo delle varie professioni e, dal confronto, sono emersi due grandi temi su cui lavorare per gruppi:

- *La gestione del rischio clinico*, al fine di individuare procedure per ridurre gli errori, valutare i margini di miglioramento, per la valorizzazione e l'autonomia professionale. Nel merito è stato predisposto un questionario sulla valutazione del rischio intesa quale riduzione degli eventi avversi e finalizzata anche al contenimento dei costi, nell'ambito della qualità ed accreditamento.
- *La formazione permanente e l'inserimento/addestramento degli operatori sanitari* nei luoghi di lavoro, quale strumento indispensabile per valorizzare la professionalità ed aumentare la qualità delle prestazioni rese.

L'attività del Collegio prevede inoltre la collaborazione con il Collegio di Direzione per quanto riguarda la elaborazione del programma per la formazione permanente e la collaborazione con il Comitato Etico.



4.4 Gestione del rischio e sicurezza

Valutazione del rischio, gestione delle emergenze e piani formativi

Nel corso dell'anno 2009 è proseguita la pluriennale opera di sensibilizzazione, attuata a tutti i livelli ed a carattere trasversale, sulle qualifiche professionali operanti in azienda riguardo ai temi della sicurezza e della salute dei lavoratori in ambienti di lavoro. Gli strumenti adottati hanno riguardato l'"informazione" e la "formazione" con progetti specifici, mirati a valorizzare nuove professionalità per ciascun ambito lavorativo, attraverso la realizzazione di idonei progetti finalizzati alla formazione di figure di Formatori per la Sicurezza.

Oltre ai consueti moduli formativi svolti nel rispetto dei programmi Ministeriali, in attuazione di quanto stabilito con D.M. 10.03.98 per attività a rischio di incendio elevato con la collaborazione dei Vigili del Fuoco e relativi alle tematiche del Rischio Incendio (ad oggi risultano formati oltre 500 operatori ospedalieri), è stata inserita nel PAF 2009 la realizzazione di numerosi moduli formativi (n. 10), le cui tematiche sono riconducibili alle tematiche, anche di carattere gestionale, della sicurezza per ambienti di lavoro, con approfondimenti di carattere generale di ordine igienico-biologico, tecnico e comunicativo. In tale ottica si è preparato il partecipante all'attuazione in proprio presso la propria unità lavorativa, di programmi di formazione da diffondere con caratteristiche e peculiarità calzanti sulle specifiche realtà di appartenenza. L'occasione rappresenta un motivo di incentivazione e gratificazione professionale per il personale individuato da ciascun Dirigente per il proprio ambito di competenza; è opportuno in questa sede citare il riscontro ampiamente positivo registrato da parte dei partecipanti sulla qualità dei corsi svolti e sull'adeguatezza delle funzioni formative assegnate.

È stata inoltre organizzata una sessione multipla finalizzata all'informazione, rivolta al personale afferente ai servizi trasversali non inseriti nei Dipartimenti Assistenziali Integrati e al personale esterno delle Ditte aggiudicatrici degli appalti manutentivi in global service, avente ad oggetto gli approfondimenti utili alla prevenzione degli eventi pandemici legati alla diffusione del Virus AH1N1-v, che ha consentito di uniformare l'informativa obbligatoria da fornire ai lavoratori, altrimenti disarmonica e poco efficace a fini preventivi.

Si è inoltre proceduto all'acquisizione nell'organico del Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale del personale preposto alla "Squadra Emergenza Interna", in aderenza alle esigenze tecniche e gestionali riconducibili all'attività ed al ruolo svolto dal servizio all'interno dell'azienda. La progettazione delle attività e del piano di lavoro prevede la copertura oraria continuata con un numero sufficiente di operatori, i quali garantiscono l'immediatezza dell'intervento tecnico per emergenze di qualsiasi tipologia, nel rispetto delle procedure diffuse attraverso i Piani di Emergenza Interni.

Gli obblighi di cui agli artt. 17 e 28 del D. Lgs. 81/08, pertinenti alla stesura dei Documenti di Valutazione del Rischio, sono stati osservati, oltre che per singole strutture ospedaliere, nel rispetto della programmazione pianificata già nel corso dell'anno 2008, anche relativamente alle seguenti esposizioni:

- a) radiazioni ottiche generate da apparecchiature che utilizzano raggi laser; a tal fine sono stati predisposti, per ciascuna apparecchiatura, specifici libretti, diffusi alle competenze professionali utilizzatrici, sui quali sono riportate, oltre alle valutazioni condotte, anche le procedure da adottare, le informazioni utili ad un loro corretto utilizzo in sicurezza, le caratteristiche tecniche ed i programmi manutentivi suggeriti;
- b) campi elettromagnetici nei luoghi di lavoro, ai sensi del Tit. VIII Capo IV del D.Lgs. 81/08;
- c) prevenzione della legionellosi, corredata da Programma di Controllo ai sensi della Delibera della Giunta Regionale dell'Emilia-Romagna 21 luglio 2008 n. 1115, oltre che del D.Lgs. sopra richiamato.

È stata altresì completata la mappatura dell'intero sedime ospedaliero, finalizzata all'accertamento e localizzazione di elementi strutturali ed impiantistici contenenti fibre di amianto. Si è proceduto pertanto alla stesura di un adeguato programma di controllo e monitoraggio ambientale, supportato dalla tempistica di attuazione di opere di bonifica (compresa in alcuni casi la rimozione) nel rispetto dei contenuti del Nuovo Testo Unico.

È stata infine completata la distribuzione, presso ciascuna unità lavorativa, del materiale da custodire obbligatoriamente per la gestione delle piccole emergenze mediche (Primo Soccorso), consistente in una ampia dotazione di presidi sanitari, nel rispetto dei requisiti di cui al D.M. n. 338 del 15.07.2003 e come richiesto all'art. 45 del D. Lgs. 81/08.



Sorveglianza sanitaria

Anche nel 2009, il controllo sanitario dei dipendenti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma si è sviluppato in linea con le direttive fornite Servizio Sanità Pubblica della Direzione Generale alla Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia-Romagna.

Protocolli di sorveglianza sanitaria

Nel corso dell'anno, sono stati rivisti i protocolli delle visite preventive e periodiche.

Si è provveduto inoltre ad aggiornare la classificazione della popolazione ospedaliera sulla scorta delle nuove valutazioni dei rischi prodotte dal Servizio Prevenzione e Protezione aziendale.

Nel corso dell'anno è stato reso operativo il nuovo protocollo di sorveglianza sanitaria, stilato sulla scorta delle indicazioni emerse dal gruppo di lavoro di medici competenti attivato a livello regionale.

Nel corso delle visite mediche preventive e periodiche i dipendenti sono stati informati sul significato degli accertamenti sanitari, sui rischi cui sono sottoposti, sull'importanza dell'impiego dei dispositivi di protezione individuale, in relazione allo specifico rischio professionale. I dipendenti sono tutti informati dei risultati emersi dai controlli preventivi e periodici effettuati e viene consegnata loro copia dei referti delle indagini strumentali e laboratoristiche eseguite e delle visite specialistiche eventualmente effettuate.

Nel corso dell'anno 2009 sono stati sottoposti a sorveglianza sanitaria 551 maschi ed 823 femmine su un totale di 2.251 dipendenti soggetti a sorveglianza sanitaria.

Gli esiti di tale attività vengono di seguito riportati.

Numero totale degli operatori dell'Azienda sorvegliati 1.680 (pari al 44,8% del totale dei soggetti sottoposti a sorveglianza sanitaria)

- numero operatori inidonei temporaneamente alla mansione: 5
- numero operatori inidonei permanentemente alla mansione: 2
- numero operatori idonei con prescrizioni e limitazioni alla mansione: 123

Le principali cause di inidoneità sono riconducibili alle seguenti problematiche:

- patologia osteoarticolare
- allergopatie
- patologia infettiva

Le diverse inidoneità sono gestite a livello aziendale tramite una linea guida condivisa tra i servizi coinvolti.

Il sistema di sorveglianza delle esposizioni a rischio biologico avviene tramite il programma SIROH presente presso il Servizio di Igiene. L'andamento evidenziato è risultato essere sostanzialmente in linea con lo scenario.

Formazione

Per i neoassunti, sono state condotte iniziative di informazione/formazione sui temi della sorveglianza sanitaria

Inoltre, tenendo conto dei fabbisogni aziendali, delle indicazioni regionali e delle esigenze di singole unità operative, sono stati parimenti progettati e realizzati incontri formativi per i dirigenti e preposti ai sensi del D. Lgs. 81/2008.

In particolare nel corso dell'anno è stata largamente approfondita la tematica del rischio biologico, di quello da radiazioni ionizzanti e della infezione pandemia.

Infortunati biologici

Come da protocollo aziendale, tutti gli operatori che accedono al Pronto Soccorso per denuncia di infortunio a rischio biologico (puntura/taglio con ago e taglienti, contaminazione muco-cutanea), vengono indirizzati al Servizio di Medicina Preventiva per le misure da adottare ed i controlli da effettuare al fine di ridurre il potenziale rischio di sieroconversione/malattia per HBV, HCV e HIV.

Tale situazioni diventano anche occasione di formazione relativamente alle procedure da seguire ed alla scelta ed uso dei dispositivi medici appropriati.

Nel corso dell'anno è stato aggiornato il protocollo relativo alla Profilassi post esposizione degli infortuni biologici.

È continuato, anche nel corso del 2009, il monitoraggio del rischio dell'infezione tubercolare.



Vaccinazioni

L'attività vaccinale è stata finalizzata alla prevenzione del Rischio Infettivo maggiormente rappresentato in Azienda. Le vaccinazioni vengono proposte in modo attivo e gratuito. Vengono effettuate routinariamente campagne di promozione e sensibilizzazione nei confronti delle principali vaccinazioni.

È stata resa operativa anche una chiamata attiva dei singoli operatori che non risultano immunizzati, sulla base del rischio infettivo a cui sono risultati esposti.

Tutto il personale neoassunto viene sottoposto agli interventi vaccinali citati.

Nel corso dell'anno, un particolare impegno è stato riposto nella vaccinazione contro l'influenza AH1N1.

Nella realizzazione della campagna di vaccinazione sono rese operative le indicazioni pervenute dalla Regione e sono stati realizzati seminari dipartimentali di formazione ed informazione, la produzione materiale informativo cartaceo ed informatico la realizzazione di ambulatori vaccinali dipartimentali a supporto di quello centralizzato esistente.

Collaborazioni

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

È tutt'ora in essere la collaborazione con l'AUSL per la messa a punto, nell'ambito di un sistema multicentrico con i maggiori ospedali italiani, di un sistema di monitoraggio biologico degli esposti ad antiblastici.

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

Ai fini del controllo sanitario, è stata utilmente impiegata la valutazione del rischio di tutte le unità operative messa a punto dal Servizio di Igiene Ospedaliera.

Il medico competente ha potuto inoltre utilizzare il monitoraggio periodico del livello decontaminazione dell'impianti aziendali messo a punto dal precitato Servizio.

È proseguita la partecipazione ai gruppi di studio promossi dal Servizio Sanità Pubblica della Direzione Generale alla Sanità e alle Politiche Sociali della Regione.

Sulla base degli indirizzi emersi in tale contesto, si è provveduto ad implementare le procedure operative in merito alle tematiche emergenti.

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

Gestione degli infortuni

Nell'ambito delle attività finalizzate alla gestione del rischio e della sicurezza dei lavoratori, particolare attenzione deve essere rivolta 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).

A tale scopo, si è proseguito nell'anno 2009, nella manutenzione ed aggiornamento del database appositamente creato per la rilevazione degli infortuni, con finalità di statistica descrittiva degli eventi infortunistici, che consenta alla Direzione Aziendale le opportune considerazioni e comparazioni e che si configuri quale valido strumento di supporto operativo per l'espletamento delle funzioni tipiche del Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale.

Nel corso dell'anno 2009 si è registrato un numero di infortuni complessivo pari a 579 per un totale di giornate lavorative perse di n. 10.452. È da sottolineare che a fronte di un incremento del numero degli eventi infortunistici rispetto allo scorso anno (n. 492), le giornate di assenza risultano tuttavia in decremento rispetto ai dati dell'anno 2008 (n. 11.907).

L'incidenza del fenomeno infortunistico, rispetto al numero complessivo di 3696 operatori con rapporto di lavoro subordinato (dipendenti e comandati), è pari al 15,66% (cioè il 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 25% circa.

Occorre precisare che dei 492 infortuni:

- 144 infortuni sono da ricondurre a "eventi di rischio biologico" e hanno provocato mediamente l'assenza di almeno 1 giorno dal lavoro, mentre per 21 di loro non vi è stata assenza dal servizio;
- 41 infortuni sono da ricondurre a "ricadute di infortuni", per un totale di giornate lavorative perse pari a 1.436

Inoltre 904 giornate di assenza sono da riferire a infortuni occorsi nel 2008, la cui durata si è protratta nell'esercizio successivo, incidendo sull'anno 2009 per un 8,67%.

Sotto un profilo di genere, il fenomeno infortunistico presenta la seguente distribuzione:



186 maschi infortunati; 393 femmine infortunate.

Tale distribuzione è da ricollegare al dato evidenziato nella parte dedicata alla "carta di identità" del personale, dalla quale si evince la netta preponderanza della componente femminile sulla totalità dei dipendenti.

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

Tabella 21 Numero di infortuni e giornate di assenza per forma di infortunio, anno 2009

Forma	Numero di infortuni	Giornate di assenza
Spostando /Sollevando	134	2.944
Percutaneo	100	232
Caduto	92	2.872
Contatto con	44	93
Colpito da	40	698
Scivolando	35	1.076
In Itinere	33	771
Movimento non coordinato	25	479
Piede In Fallo	24	566
Urto contro	17	249
Inc. alla guida	14	284
Si tagliava	11	37
Schiacciato da	5	87
Imprecisato	2	9
Morso da	1	1
Aggredito	1	9
Si schiacciava	1	45
Totale	579	10.452

Si conferma il trend già analizzato secondo cui la principale causa degli infortuni è costituita dalle lesioni da sforzo, sia in termini numerici che di giornate lavorative perse, rimanendo comunque considerevole il dato degli infortuni a rischio biologico, riconducibile a percutanei, mucocutanei e contatto.

Come si può evincere dai dati contenuti nella tabella seguente, il personale dedicato all'assistenza (infermieri, operatori socio sanitari) continua a collocarsi tra le categorie maggiormente esposte al rischio di evento infortunistico, sia da movimentazione sia a matrice biologica, in relazione alle 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	247	3.718
CAT.B-SUP.OPERATORE SOCIO SANITARIO	166	3.233
CAT. A AUSILIARIO SPECIALIZ.	21	604
CAT. B OP.TECN.AUSILIARIO SPECIALIZZATO	19	470
D-COLL.PROF.S.T.SAN.RADIOL. ccnl 20.9.01	13	446
D-COL.PROF.SAN.T.S.LAB.BIOM ccnl 20.9.01	11	136
CAT.C -INFERMIERE GENERICO ESPERTO	9	253
DIRIG. MEDICO-ANESTESIA E RIANIMAZIONE	6	6
ALTRO	6	13
CAT.DS-COLLAB. PROF.SANIT.ESP.-CAPOSALA	5	51
CAT.C-ASS. TECNICO CENTR.FUNZ.PRT.CUST.	5	166
CAT. B OPERAT. TECN. CUCINA	4	105
CAT.C-ASS. TECNICO DI CUCINA	3	41
CAT. B OPERAT. TECN. ADDETTO ASSISTENZA	3	157
CAT.D COLL.PROF.SAN.OSTETR. ccnl 20.9.01	3	17
CAT. C ASSIST. AMMINISTR.	3	174
DIRIG.MED.-MED. E CHIR. ACC. E URGENZA	3	3
CAT.C-ASS. TECNICO TERMO-IDR.-MECC.	3	27



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

Qualifica	N. Infortuni	Giorni
CAT.D (ex BS-C) COLL.PROF.SAN. MASSOFIS.	3	120
CAT.D COLL.P.S. FISIOTER.ccnl 20.9.01	3	79
MEDICO FREQUENTATORE	3	5
CAT. B-SUP. OP. TECN. ADD. ASSISTENZA	2	18
C-OP. TECNICO SPEC. ESP. AUTISTA AMB.	2	4
DIRIGENTE MEDICO-CARDIOCHIRURGIA	2	34
CAT. B OPERAT. TECN. AUTISTA	2	51
CAT.B COAD.AMM.VO ADD.SERV.POST.COLLEG.	2	48
CAT.DS-COLL.PROF.SAN.ESP.T.SAN.RAD.MED.	2	41
DIRIG.MED.-CHIR. PLASTICA E RICOSTR.	2	91
DIRIGENTE MEDICO-UROLOGIA	2	2
DIRIGENTE MEDICO-CARDIOLOGIA	2	5
DIRIGENTE MEDICO-ONCOLOGIA	2	9
DIRIGENTE MEDICO-MEDICINA INTERNA	1	1
CAT. B OPERAT. TECN. ARCHIVISTA	1	15
CAT. C OPERAT. PROF.LE SANIT. INF.	1	9
CAT.C-ASS. TECNICO ARCHIVISTA	1	38
CAT.D COLL.P.S.TEC. NEUROF.ccnl 20.9.01	1	19
CAT. C PROGRAMMATORE PROGRAMMATORE	1	8
CAT.D COLL.P.SAN.T. ISTOPAT.ccnl 20.9.01	1	9
CAT. B OPER. TECN. NECROFORO-NECROSCOPO	1	41
DIRETTORE-DIR.MED.-PAT.CL.(LAB.ANALISI)	1	5
DIRIG. MEDICO-ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1	1
DIRIG. MED.-ANATOMIA ED IST. PATOLOGICA	1	9
DIRIGENTE MEDICO-GERIATRIA	1	1
DIRIGENTE MEDICO-OFTALMOLOGIA	1	4
DIRIGENTE MEDICO-NEUROCHIRURGIA	1	1
DIRIGENTE MEDICO-NEFROLOGIA	1	32
DIRIGENTE MEDICO-GASTROENTEROLOGIA	1	97
CAT.C-ASS. TECNICO ADD. ALL'ACCOGLIENZA	1	5
CAT.D-COLL.TECNICO PROF.LE/SETT. TECNICO	1	14
CAT.C-ASS. TECNICO NECROFORO NECROSCOPO	1	15
CAT.C-ASS. TECNICO ADD. ATT. ALBERGHIERE	1	1
Totale	579	10.452



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

I processi di cambiamento realizzati in Azienda nel corso del 2009, hanno riguardato numerose strutture organizzative ed hanno impegnato i professionisti nella realizzazione di percorsi "virtuosi" che pongono al centro l'utente e il miglioramento della qualità dell'assistenza, nell'ottica di efficienza ed efficacia gestionale. Le professioni sanitarie sono parte attiva nel processo di cambiamento, che richiede una attenta riflessione sui percorsi realizzati e sulle potenzialità di crescita e di sviluppo professionale.

Per meglio rispondere alle nuove esigenze organizzative sono stati ridefiniti i ruoli professionali e sviluppate aree di competenza specifica nel rispetto dei profili professionali e dei codici deontologici. La formazione è un elemento strategico per la Direzione del Servizio Assistenziale, che individua i percorsi utili a supportare il professionista nella gestione del cambiamento. La complessità insita in una organizzazione in continua evoluzione, impone inoltre la multiprofessionalità sia nelle fasi di decisionali che nella fase di realizzazione dei processi e richiede la partecipazione attiva dei professionisti. In molti casi il coinvolgimento ha riguardato l'intera équipe di cura con buoni risultati in termine di raggiungimento degli obiettivi indicati. I percorsi più significativi intrapresi nel corso del 2009 hanno riguardato l'attivazione di nuovi progetti, la revisione di organizzazioni consolidate, la realizzazione di parti di progetti pluriennali.

La Direzione del servizio assistenziale (D.S.A.)

Il Regolamento Organizzativo della D.S.A. approvato nel 2009 include elementi di innovativi e di sviluppo. Viene ridefinita l'articolazione delle responsabilità, individuati ambiti di sviluppo delle professioni sanitarie, valorizzate le competenze dei professionisti. L'articolazione prevede aree di responsabilità centrali, con funzioni prevalentemente strategiche-gestionali di valenza trasversale all'organizzazione aziendale, e aree di responsabilità decentrate. Quest'ultime individuano i Responsabili Assistenziali di Dipartimento con attribuzione di responsabilità gestionale-organizzativa nel Dipartimento assegnato. Il livello di Coordinamento si caratterizza come nodo strategico per il perseguimento degli obiettivi assistenziali, definendo per il Coordinatore ambiti di sviluppo e aree di competenza organizzativa, relazionale, tecnico-assistenziale. Le Aree Trasversali di Progetto e di Processo disegnano ambiti di intervento innovativo e progettuale stimolando l'espressione delle competenze organizzativo-gestionali dei professionisti. Le Aree Professionali rispondono all'esigenza di riconoscere ed attribuire responsabilità diretta nelle scelte tecnico professionali ed organizzative ai professionisti. La valorizzazione dei professionisti diventa fattore di sviluppo delle competenze di tutta l'Azienda e viene sostenuta da adeguati percorsi formativi. L'organigramma definisce le relazioni e le sinergie presenti tra le diverse aree di responsabilità, centrale e decentrata, trasversali e professionali.

Monitoraggio Neurofisiologico Intraoperatorio (IOM) in Neurochirurgia

Lo IOM rappresenta uno degli ambiti di sviluppo più innovativi della professionalità del Tecnico di Neurofisiopatologia (TNFP). Nel corso del 2009 tale modalità operativa è stata sviluppata sia con l'incremento della presenza del TNFP nelle sedute operatorie di neurochirurgia, sia attraverso un percorso formativo intrapreso dai Tecnici per approfondire la tematica specifica ed acquisire le competenze necessarie.

Negli ultimi decenni il monitoraggio intraoperatorio ha acquisito un valore sempre maggiore, di pari passo con lo sviluppo di sofisticate tecniche neurochirurgiche sia ablative-ricostruttive che funzionali. Esso risponde a due diverse esigenze: minimizzare eventuali deficit neurologici sequelari, riconducibili all'intervento stesso, e nel contempo permettere la necessaria radicalità chirurgica. Il monitoraggio consente, durante l'intervento, di identificare strutture nervose altrimenti difficilmente riconoscibili, di mappare le aree nobili corticali preposte al controllo motorio e alla produzione verbale, di confermare l'integrità delle strutture nervose, di localizzare strutture o sedi lesionali e guidare il chirurgo nelle procedure operatorie. La combinazione di monitoraggio continuo e mappaggio, rappresenta la più idonea assistenza neurofisiologica per il neurochirurgo, permettendo un incremento della citoriduzione. Lo IOM ha inoltre un significativo ruolo per quanto riguarda gli aspetti medico-legali dell'attività chirurgica rappresentando, accanto al monitoraggio anestesiologicalo, la traccia di ciò che si verifica in corso di procedura chirurgica.



L'applicazione della procedura ha richiesto l'integrazione delle diverse professionalità: Neurochirurgo/Neurofisiologo, esperto di EEG-EMG e Potenziali Evocati, il Tecnico di NFP con esperienza in attività neurofisiologica ordinaria e training con supervisione nelle tecniche di IOM, Anestesista, Infermiere.

La complessità della tecnica richiede un contesto in cui sia possibile una programmazione collegiale per la definizione del tipo di monitoraggio da effettuare e per l'eventuale studio pre-operatorio da attuarsi, a cura della medesima équipe, in ambito ambulatoriale o in regime di ricovero. La redazione referto ha previsto l'utilizzo di un format condiviso. Per la definizione delle procedure sono state adottate le Linee Guida validate dalla società scientifica (Società Italiana di Neurofisiologia, Federation of Clinical Neurophysiologists)

Trattamento di irradiazione degli emocomponenti

L'attivazione del trattamento di irradiazione degli emocomponenti presso l'U.O. di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale (SIMT) si è realizzata con l'acquisto dell'apparecchiatura Raycell-X-ray Blood Irradiator e il conseguente trasferimento delle attività dall'U.O. di Radioterapia, dove veniva eseguito il trattamento, al SIMT.

Tale riorganizzazione ha permesso di completare e utilizzare le competenze del Tecnico di Laboratorio (TSLB) per quanto riguarda la preparazione degli emocomponenti di secondo livello. Il ruolo del TSLB è stato infatti rivisitato nell'ottica di uno sviluppo professionale nel rispetto delle competenze. Alle attività, già attribuite, per la preparazione degli emocomponenti filtrati e degli emocomponenti lavati, è stata aggiunta la preparazione degli emocomponenti irradiati. Le nuove modalità operative hanno permesso di incidere positivamente sul miglioramento della qualità delle prestazioni offerte dal SIMT. Si è infatti passati da una modalità che prevedeva lo stoccaggio degli emocomponenti trattati, ad una preparazione estemporanea, realizzata immediatamente prima della trasfusione al paziente, riducendo i rischi legati alla conservazione. La possibilità di preparazione nell'arco dell'intera giornata permette inoltre di operare una scelta dell'emocomponente guidata dalle caratteristiche del ricevente quali l'età, la diagnosi, il sesso. La realizzazione del percorso descritto ha previsto l'integrazione di diverse figure professionali: Tecnici di Laboratorio, Tecnici di Radiologia, personale Medico delle due Unità Operative (Radioterapia, SIMT). L'addestramento alla nuova tecnologia è stato esteso a tutte le professionalità descritte e sono state realizzate procedure condivise per la gestione dell'emergenza tecnologica del sistema di irradiazione emocomponenti.

Percorso nascita

Il nuovo modello organizzativo, adottato dalla Clinica Ostetrica con il progetto "Percorso Nascita" (del quale si tratta anche nel capitolo 3 come percorso condiviso con l'Azienda UsI), prevede l'implementazione delle Linee di indirizzo per la tutela della "buona nascita" e promuove la valorizzazione dell'ostetrica.

Il ruolo dell'ostetrica è stato ridefinito e sono state sviluppate le competenze necessarie per l'assistenza del neonato sano individuando in tale figura il professionista di riferimento per il nucleo assistenziale madre-bambino, così come previsto dallo specifico profilo professionale.

La fase del progetto, che è stata realizzata, ha previsto il superamento del "Nido", spazio dedicato alla cura del neonato sano con assistenza erogata dal personale infermieristico, per l'adozione del modello rooming-in. L'ostetrica prende in carico il neonato dal momento della nascita e segue il tutto il percorso assistenziale della madre e del neonato sino alla dimissione. Il modello assistenziale adottato è quello per "piccole équipes" composte, oltre che dal personale ostetrico, dagli Operatori Socio-Sanitari. L'équipe garantisce un'assistenza per obiettivi-bisogni, nella visione complessiva del nucleo madre-neonato, favorendo la relazione, così delicata nei primi giorni di vita.

Il percorso di cambiamento è stato supportato da eventi formativi tesi al miglioramento delle competenze specifiche richieste dal progetto. I corsi, tenuti da neonatologi e pediatri, hanno coinvolto, oltre alle ostetriche, anche il personale O.S.S..

La centralizzazione della preparazione dei farmaci citotossici

La centralizzazione della preparazione dei farmaci citotossici si è realizzata con l'istituzione dell'Unità di Manipolazione Chemioterapici e Antiblastici (U.Ma.C.A.) nel 2008 (cfr. il Bilancio di missione 2008) e risponde alla necessità di garantire la massima sicurezza dei preparati e di ridurre i rischi per l'operatore. L'implementazione del progetto ha previsto, nel corso del 2009, il progressivo passaggio degli



allestimenti terapeutici effettuati in 22 Unità Operative all'Unità di Ma.C.A. Nel 2009 sono state allestite terapie personalizzate per 1.604 pazienti, per un totale di 27.297 preparazioni, comprensive delle terapie di supporto che completano il trattamento oncologico. I buoni risultati raggiunti sono il frutto di una gestione multidisciplinare nella quale le diverse professionalità presenti: oncologo, farmacista, infermiere, hanno potuto esprimere e sviluppare le competenze specifiche. Per il personale infermieristico sono stati previsti percorsi formativi per lo sviluppo delle abilità relative alle tecniche di allestimento e all'utilizzo del software dedicato. Le competenze sviluppate hanno permesso una buona integrazione con il personale infermieristico delle unità operative dedicate alla somministrazione della terapia e hanno favorito la diffusione di modalità di somministrazione sicure per gli operatori e per i pazienti. L'avvio dell'attività è stato preceduto dall'analisi degli aspetti critici al fine di individuare le modalità operative più idonee e garantire un prodotto rispondente ai requisiti di qualità in termini di sicurezza e rintracciabilità. Le procedure sono state elaborate e condivise dall'intera équipe ed hanno codificato le modalità operative da adottare nelle diverse fasi del processo di allestimento e definiti aspetti organizzativi dell'U.Ma.C.A. (abbigliamento e DPI, conservazione farmaci, tecniche di allestimento, controlli di qualità, trasporto delle terapie, formazione e aggiornamento, gestione dei rifiuti, sanificazione ambientale, eccetera).

Extracorporeal Membrane Oxygenation (ECMO)

Il recente acquisto dell'apparecchiatura per il trattamento ECMO realizzata in concomitanza della pandemia influenzale da virus A(H1N1)v ha permesso un'importante acquisizione tecnologica per la cura della grave insufficienza respiratoria acuta. Il paziente che necessita di trattamento ECMO viene assistito, presso il 1° Servizio di Anestesia e Rianimazione, da un'équipe multiprofessionale con caratteristiche di forte integrazione (medico rianimatore, infermiere, Tecnico di Fisiopatologia Cardiocircolatoria). Nel percorso assistenziale elaborato, l'infermiere eroga un'assistenza individualizzata, necessaria per garantire un alto livello qualitativo. Il Tecnico Perfusionista provvede all'allestimento dell'apparecchiatura, effettua i controlli periodici e garantisce eventuali interventi urgenti. Grazie alle competenze già possedute dai professionisti coinvolti e all'elevato livello qualitativo dell'assistenza erogata nell'U.O., è stato possibile minimizzare i tempi di addestramento alla metodica e garantire un tempestivo trattamento ai pazienti che necessitano di tale metodica di supporto vitale.



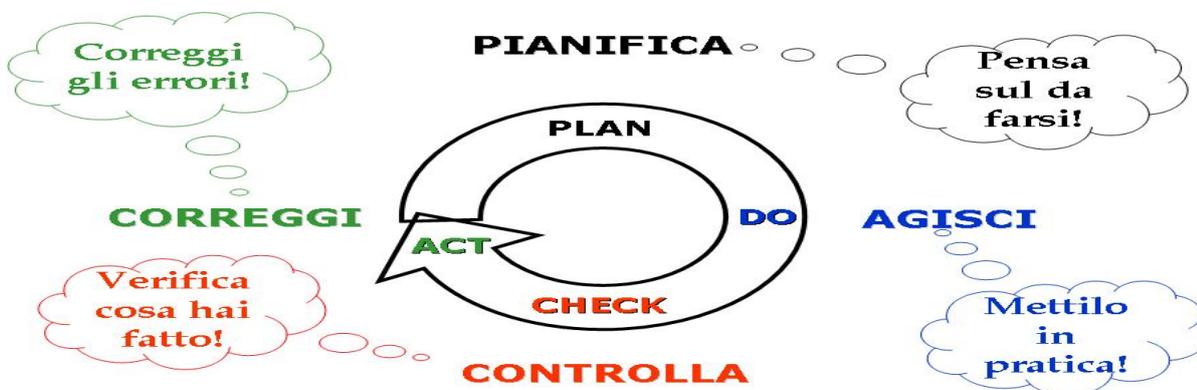
4.6 Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti

I primi passi del processo di valutazione

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha attivato, nell'anno 2009, un percorso valutativo per i dipendenti appartenenti all'area contrattuale del comparto, al fine di acquisire la collaborazione di operatori fortemente qualificati, e di sviluppare le loro capacità con un forte orientamento allo sviluppo professionale, inteso come incremento delle conoscenze e delle capacità e, in particolare, per:

- aumentare il livello di responsabilizzazione verso l'attività svolta;
- orientare i comportamenti verso gli aspetti ritenuti più critici per l'organizzazione;
- favorire l'identificazione con l'azienda;
- orientare verso il raggiungimento degli obiettivi predefiniti;
- promuovere l'affermazione di una nuova cultura aziendale;
- favorire percorsi di crescita professionale,

Tale percorso valutativo intende costituire principio ispiratore di ogni momento organizzativo dell'azienda, finalizzato all'instaurazione di un ciclo virtuoso di miglioramento continuo:



Tale processo si è sviluppato nell'ambito di un percorso articolato in varie fasi.

La progettazione:

Sono stati organizzati tre incontri, che hanno visto il coinvolgimento e la partecipazione dei Direttori e dei funzionari di diversi Servizi (Sviluppo organizzativo, Gestione e sviluppo del personale, Rapporti istituzionali, Servizio Assistenziale, Qualità e accreditamento), nei quali sono stati definiti gli obiettivi da raggiungere, è stata progettata la scheda di valutazione ed installato un apposito applicativo per la gestione informatizzata dei dati.

La metodologia del percorso valutativo è stata costruita sulla base dei seguenti principi ispiratori:

1. la valorizzazione del contributo individuale dell'operatore alla prestazione complessiva dell'azienda è un percorso al quale devono partecipare attivamente tutte le parti coinvolte;
2. la valutazione della performance aziendale riguarda tutto il personale dell'Azienda, secondo i medesimi principi, ma con modalità e conseguenze differenti a seconda dei livelli organizzativi; il contenuto ed il fine della valutazione deve essere esplicito e condiviso sia dal valutato che dal valutatore; la valutazione della performance individuale deve cogliere la specificità delle singole posizioni;
5. il processo di valutazione deve essere rigoroso, trasparente, strutturato e condiviso; deve prevedere, inoltre, adeguati livelli di garanzia; il processo di valutazione deve poter esplicitare il contributo peculiare del singolo, anche rispetto ai risultati del suo stesso gruppo di lavoro; il valutatore deve essere "vicino" al valutato (vi deve essere una prossimità gerarchica e operativa tra valutatore e valutato); la valutazione è un patrimonio trasversale all'Azienda, all'U.O. / servizio e al singolo;



La formazione/condivisione

Si tratta di una fase che ha interessato 155 "valutatori". Sono stati organizzati sette incontri che sono serviti per l'illustrazione delle finalità del processo e sono stati anche occasioni di approfondimento della tematica e di miglior definizione di regole, tempi e modalità del sistema.

L'informazione/presentazione

Sono stati informati personalmente tutti i lavoratori interessati, con lettera dedicata; sono stati pubblicate informative sulla Intranet e sul notiziario aziendale. Il "sistema valutativo" è stato presentato in cinque assemblee ai lavoratori di altrettanti Dipartimenti per loro esplicita richiesta.

L'attuazione, la raccolta delle schede e dei dati e la gestione dei ricorsi

La valutazione è annuale, ma prevede anche un monitoraggio semestrale (a garanzia dei valutati) e si è svolta nei mesi di settembre/ottobre 2009 per quanto concerne il periodo gennaio giugno 2009 e si ripeterà nei mesi di marzo/aprile 2010 per quanto concerne l'intero anno 2009.

Nel processo sono stati coinvolti complessivamente 3.316 lavoratori.

Hanno disapprovato l'esito della valutazione 14 lavoratori nella sessione semestrale e questi hanno potuto esporre le loro ragioni (anche assistiti da persona di fiducia) davanti all'apposita Commissione preposta al riesame delle valutazioni contestate, composta dal Responsabile dello Sviluppo organizzativo, dal Direttore del Servizio Gestione e sviluppo del personale, dal Direttore del Servizio Assistenziale.

Gli esiti della valutazione relativa al primo semestre 2009 hanno altresì concorso alla determinazione degli aventi diritto alle progressioni orizzontali di carriera permettendo così di escludere l'attribuzione dei passaggi di fascia retributiva (previsti per il biennio 2009-2010) con automatismi generalizzati e basati esclusivamente sull'anzianità di servizio.

Ultimata la fase di raccolta delle schede (3.233 nella sessione relativa al primo semestre) e di acquisizione dei relativi dati in formato elettronico, è iniziata l'analisi e lo studio delle informazioni pervenute.

L'analisi dei dati, la progettazione di ulteriori strumenti di controllo

I venti item di cui si compone la scheda di valutazione, l'età, l'anzianità di servizio, la qualifica, la sede di lavoro dei valutati e dei valutatori, il confronto fra le schede relative alla prima e alla seconda sessione di valutazione, costituiscono un patrimonio di informazioni che si vogliono utilizzare proprio per realizzare quel ciclo di miglioramento continuo che offrirà l'opportunità di aumentare la qualità del servizio erogato. Sulla base di questa analisi è prevista una ulteriore fase di formazione del personale valutatore per affinare gli strumenti di valutazione alla luce dell'esperienza fatta.

È in progetto infine l'implementazione di strumenti di controllo che consentano di chiudere per così dire il cerchio del processo valutativo (valutazione a 360°). Si vuole cioè completare il percorso iniziato con la valutazione del personale legando a questo la valutazione delle prestazioni erogate dall'Azienda, nell'ottica di una sempre maggior corrispondenza tra le prestazioni erogate e le esigenze/aspettative degli utenti.

Sistema d'incentivazione del personale dirigente

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

L'accordo aziendale riguardante l'anno 2009 conferma l'impianto generale adottato negli anni precedenti, e mette in evidenza il ruolo dei Direttori di Dipartimento e dei Direttori di Struttura in ordine al processo di verifica sull'andamento e conseguimento degli obiettivi negoziati in sede di budget ed assegnati alle articolazioni aziendali.

Il sistema premiante per il personale dirigente previsto per l'anno 2009 si basa sostanzialmente sui seguenti criteri:

- A. attribuzione di obiettivi di équipe connessi alla retribuzione di risultato (vedi documento budget 2009);



- B. processo "a cascata" nell'attribuzione degli obiettivi in relazione alle responsabilità gestionali individuate nell'ambito dell'organizzazione aziendale;
- C. 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;
- D. chiarezza e trasparenza con riferimento al risultato atteso, agli indicatori, alle modalità e strumenti per la verifica (vedi schede obiettivi specifici - documento di budget 2009);
- E. valutazione dei Direttori di Dipartimento e dei Direttori delle Strutture Organizzative (Strutture Complesse / Strutture Semplici) sulle modalità adottate nel processo di assegnazione degli obiettivi, sul rispetto dei tempi definiti dalla Direzione Aziendale, sull'invio delle evidenze necessarie.

Assumono pertanto particolare rilevanza gli obiettivi oggetto d'incentivazione riportati nelle apposite schede di budget 2009 e definiti con riferimento alle specifiche macro-aree di Attività sottoelencate e dettagliatamente riportate nelle schede medesime:

- Attività di Ricovero: "Riduzione delle giornate di degenza non necessarie", "Rispetto del cingolo",
- Attività ambulatoriale: "Obbligo di prescrizione su ricettario S.S.N. 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
- Accreditamento: "Garantire la qualità del processo assistenziale mediante il soddisfacimento dei requisiti di accreditamento richiesti dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale"
- Igiene e Medicina Preventiva: "Prevenzione delle infezioni ospedaliere"

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 avviene a consuntivo e con cadenza annuale secondo il seguente percorso:

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

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

Le quote riferite al salario di risultato vengono corrisposte a consuntivo (il regime degli acconti per tutti i Dirigenti è stato sospeso a far tempo dall'1.1.2006) a seguito della conclusione dell'iter procedurale della verifica circa il grado di conseguimento degli obiettivi assegnati.

Per quanto riguarda specificatamente l'Area della Dirigenza Medica, assume particolare rilevanza, nell'ambito della gestione delle risorse economiche ascritte alla retribuzione di risultato per l'anno 2009, l'applicazione a livello aziendale dell'Intesa Regionale sottoscritta in data 21.05.2009 concernente la valorizzazione ed il riconoscimento della didattica ospedaliera per la formazione medica specialistica.

Le relative risorse economiche definite secondo i criteri stabiliti nella succitata Intesa Regionale sono allocate nell'ambito del fondo aziendale per la retribuzione di risultato mediante applicazione dell'art 53 del CCNL 8.6.2000, come specifica "Retribuzione di risultato didattico".

Le quote economiche individuali, nel rispetto di tale finanziamento, sono definite e valorizzate in modo differenziato in relazione alla tipologia di incarico didattico conferito a ciascun dirigente medico.



L'erogazione delle suindicate quote d'incentivo avviene a consuntivo a seguito della positiva verifica svolta dal Direttore della Scuola di Specializzazione relativa alle azioni formative nell'espletamento delle attività di tutoraggio e docenza.

Sistema d'incentivazione del personale dell'area del comparto

Il sistema d'incentivazione della produttività collettiva per il personale dell'area del comparto definito in sede di contrattazione integrativa aziendale per l'anno 2009 ha confermato, relativamente alla quota d'incentivo di produttività ricorrente, sia i criteri generali che le modalità di gestione già adottati nei precedenti accordi.

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

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

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

Nell'ambito delle risorse finanziarie disponibili per la gestione dell'istituto della produttività collettiva inerente l'anno 2009 una ulteriore quota incentivante viene riservata alla Direzione Aziendale, quale Premio Individuale finalizzato alla valorizzazione delle capacità degli operatori di dimostrare il loro contributo in termini di efficienza e di miglioramento dei servizi offerto all'utenza, nello svolgimento della propria attività lavorativa, tenuto conto anche delle capacità organizzative e propositive dimostrate nella realizzazione degli obiettivi assegnati.

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



4.7 Formazione

La formazione e l'aggiornamento professionale si connotano quali attività rilevanti e qualificanti ai fini del costante adeguamento al progresso scientifico e tecnologico delle competenze e delle abilità di tutti gli operatori sanitari con la finalità di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza delle prestazioni sanitarie, determinando lo sviluppo costante della qualità dell'assistenza. La formazione, oltre ad essere un processo di acquisizione e sviluppo di abilità e competenze, è trasmissione di valori di riferimento e norme comportamentali; essa è strettamente legata alle strategie globali ed alla gestione delle risorse umane.

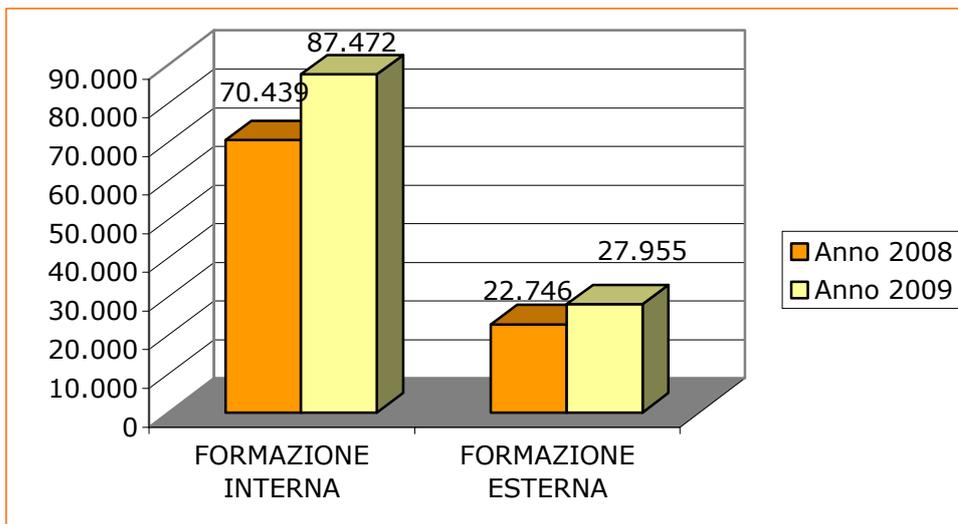
Durante l'anno 2009, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, nel concorrere ad una corretta e condivisa "cultura dell'organizzazione", all'adeguamento al rapido progresso delle conoscenze e delle tecnologie sanitarie, al miglioramento continuo in relazione alla qualità delle prestazioni erogate, alla maturazione di una "cultura orientata ai risultati", ha progettato, realizzato ed accreditato presso la Commissione Regionale ECM complessivamente n. 388 eventi di cui 139 di Formazione sul Campo (questi dati sono comprensivi delle riedizioni dello stesso corso). Rispetto allo scorso anno si registra un notevole incremento delle attività di Formazione sul Campo (+ 43 %) per un totale di circa 7.645 ore di formazione.

Il numero complessivo delle ore di formazione erogate nell'anno 2009 si attesta intorno alle 115.427, di cui n. 87.472 di aggiornamento interno e n. 27.955 ore di aggiornamento esterno, come specificato nella tabella sotto riportata:

Tabella 23 Ore di formazione erogate, anno 2009

Ore di formazione	Anno 2008	Anno 2009	Incremento in %
FORMAZIONE INTERNA	70.439	87.472	19,47%
FORMAZIONE ESTERNA	22.746	27.955	18,63%
TOTALE	93.185	115.427	19,27%

Rispetto all'anno precedente (2008) si registra l'incremento complessivo delle ore di formazione, che si attesta complessivamente intorno al 20%, come è evidenziato nel grafico sottostante.



L'incremento è giustificato anche dal fatto che dei 150 crediti formativi del triennio 2008-2010 fino a 60 potevano derivare dal riconoscimento di crediti formativi acquisiti negli anni della sperimentazione a partire dall'anno 2004 fino all'anno 2007, e che quindi per il 2008 molti professionisti hanno usufruito dei crediti precedentemente maturati. Inoltre, si registra anche una percentuale elevata di ore di formazione (23%) svolte da personale non ECM per un totale di 22.245 ore.

Sempre durante l'anno 2009, sono aumentati gli interventi formativi promossi dagli Uffici e Servizi trasversali. Ci riferiamo in particolare alle iniziative in materia di sicurezza sul lavoro e prevenzione



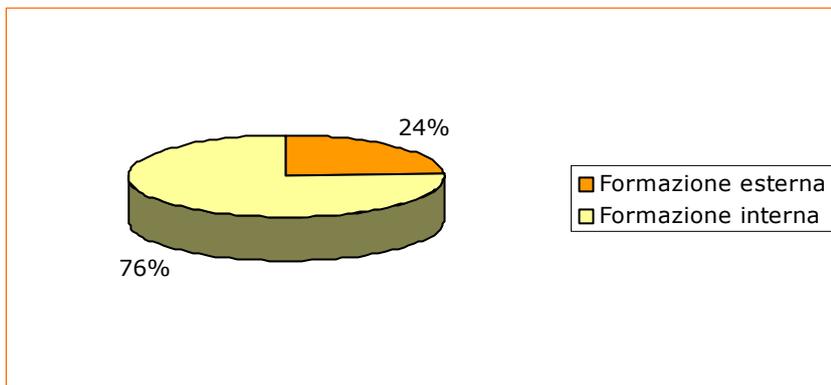
(formazione alla sicurezza dei luoghi di lavoro, lotta alla sepsi), in materia di prevenzione dell'influenza N1H1 ed a quelle legate all'adeguamento tecnologico anche in relazione al completamento del Nuovo Ospedale.

Nella tabella successiva abbiamo ripartito le ore di formazione, in base all'area contrattuale dei professionisti. 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.

Tabella 24 Distribuzione ore di formazione in base all'area contrattuale

Area Contrattuale	Ore Formazione esterna		Ore Formazione interna		Totale	%
		%		%		
Dirigenza Medica	18.897	68%	10.053	11%	28.950	25%
Dirigenza non medica	1.397	5%	1.739	2%	3.136	3%
Comparto	7.464	26%	72.383	83%	79.847	69%
Altro (specializzandi, contrattisti, borsisti, Co.Co.Co)	197	1%	3.297	4%	3.494	3%
	27.955	100%	87.472	100%	115.427	100%

Come risulta anche dal grafico sotto riportato il rapporto fra l'aggiornamento esterno ed interno è di quasi 1 a 3.



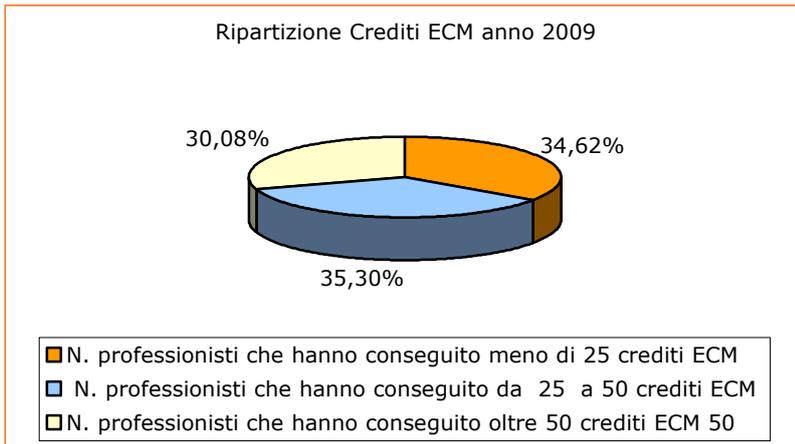
Al 31.12.2009 il numero di professionisti con obbligo ECM erano 2.490 ossia il 67% rispetto al totale dei dipendenti. Quindi, se si considera che, nel corso dell'anno 2009, le ore di formazione ECM complessivamente erogate sono state 89.304, mediamente ogni professionista ECM ha frequentato 35,86 ore di formazione.

Il numero di professionisti che hanno conseguito i crediti ECM richiesti nel 2009, attraverso la partecipazione a corsi di formazione sia all'interno sia all'esterno dell'Azienda, risulta così ripartito:

Tabella 25 Numero professionisti che hanno conseguito crediti ECM

Professionisti ECM presenti in Azienda	N. professionisti che hanno conseguito meno di 25 crediti ECM	N. professionisti che hanno conseguito da 25 a 50 crediti ECM	N. professionisti che hanno conseguito oltre 50 crediti ECM
2.490	862	879	749
	34,62%	35,30%	30,08%

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 crediti ECM conseguiti tramite corsi in FAD e tramite attività di tutoraggio nei Corsi di laurea). Possiamo comunque stimare dalle ore di formazione che i professionisti presenti in Azienda hanno conseguito complessivamente circa 100.000 crediti ECM.



Dal punto di vista economico, l'investimento complessivo dell'Azienda per l'attività formativa ECM, nel corso dell'anno 2009, è stato di € 485.620,00 di cui € 373.482,00 per finanziare l'aggiornamento interno.

Tabella 26 Costi della formazione per tipologia di eventi, anno 2009

TIPOLOGIA DI FORMAZIONE	2009	%
FORMAZIONE ESTERNA	112.138,00	23,09%
FORMAZIONE INTERNA	373.482,00	76,91%
TOTALE	485.620,00	100%

L'Azienda ha erogato crediti anche a professionisti esterni, proveniente da altri enti o da strutture private, per circa 15.000 crediti ECM complessivi. Infatti, i professionisti sanitari senza alcun rapporto di lavoro con l'Azienda sono stati circa 1.491 contro i 1.013 dell'anno precedente.

L'analisi del fabbisogno formativo

I piani aziendali della formazione prevedono la definizione di linee di indirizzo con obiettivi macro triennali e l'individuazione di aree di sviluppo annuali, che delineano lo sviluppo dei processi educativi per i professionisti. Così è stato per il triennio 2007-2009 e, a una visione a posteriori di quanto effettuato, si può notare una tendenza prevalente ad attivare formazione di tipo tecnico professionale a livello dei singoli Dipartimenti e a sviluppare formazione orientata a obiettivi aziendali e sovra-aziendali soprattutto nell'ambito della cosiddetta formazione trasversale, proposta cioè da servizi trasversali e dal settore formazione a livello centrale. A fatica, dunque, si coglie un disegno unitario del processo formativo, che rimane ancora, in prevalenza, una raccolta di eventi formativi significativi e di valore, ma non adeguatamente orientati a finalità condivise, che di frequente rimangono di 'corto respiro'. Inoltre, si ha la percezione che la formazione a livello dipartimentale vada in una direzione, quella in specifico dello sviluppo e manutenzione delle competenze tecnico professionali e la formazione trasversale verso lo sviluppo di competenze trasversali, appunto, senza che sia definito un ambito sinergico di convergenza tra le due linee, con rischio di dispersione dei possibili risultati.

Nella seconda metà del 2009, giunti al punto di dover ridefinire le nuove linee di orientamento triennali della formazione per gli anni 2010-2012, si è deciso di utilizzare lo strumento 'analisi del fabbisogno formativo' come elemento fondante affinché la formazione divenga concretamente non la sommatoria di singoli eventi, che si aprono e si chiudono in un lasso di tempo anche molto breve, ma quel processo essenziale per lo sviluppo di professionalità e l'innovazione nell'organizzazione, che ha nella valutazione iniziale del contesto e del problema oggetto di formazione, in una adeguata programmazione educativa e nella valutazione del risultato di ricaduta organizzativa i suoi componenti fondanti.

L'analisi di fabbisogno formativo ha rappresentato dunque la prima fase dell'attivazione della formazione come 'processo'.

In primo luogo, l'analisi di fabbisogno ha messo in campo modalità partecipative da parte dei professionisti: sono state infatti organizzate due giornate di formazione/intervento in cui si sono coinvolti



direttamente i referenti dipartimentali della formazione e i referenti di unità operativa e con questi si sono condivise finalità e strumenti per la rilevazione del fabbisogno.

Un passaggio rilevante dell'analisi di fabbisogno effettuata è costituito dal fatto che, attraverso lo strumento predisposto (un questionario) non si è andati soltanto a rilevare la percezione da parte del singolo professionista del proprio bisogno formativo, ma si è cercato di agganciare il bisogno del singolo con il bisogno aziendale, utilizzando la strategia di formulazione del questionario.

Lo strumento, infatti, è stato costruito dal gruppo dei referenti della formazione, su un formato di base proposto dall'ufficio formazione. È interessante rilevare come la premessa al questionario contenga due parti: una sezione generale, che definisce gli obiettivi generali della formazione ricavati dagli indirizzi del Piano sanitario nazionale e dal Piano sociale e sanitario regionale, da compilarsi a cura dell'ufficio formazione e una sezione più specifica con obiettivi a livello dipartimentale, ricavati da obiettivi sovra-aziandali, coniugati con quelli del PAL e del piano delle azioni aziendale. Si sono così elaborati questionari specifici per ogni dipartimento, con diversificazione della sola sezione di premessa. Si delineano, poi, nel questionario, due domande fondamentali, che intenderebbero portare il professionista a citare il proprio bisogno, ma anche il proprio interesse e motivazione a formarsi relativamente ad obiettivi non più solo personali, ma di gruppo, di dipartimento o anche aziendali. Le due domande citano:

Tenendo conto degli obiettivi indicati in premessa, generali per la Formazione e specifici per il suo Dipartimento, facendo una valutazione di priorità, su quali desidererebbe maggiormente lavorare per migliorare la qualità della sua attività?

Tenendo conto degli obiettivi indicati in premessa e facendo una valutazione di priorità, quali competenze specifiche della sua professione e del suo ambito di lavoro vorrebbe migliorare?

Una volta elaborato, il questionario è passato alla valutazione del Direttore di Dipartimento e del Referente Assistenziale di Dipartimento, prima di essere somministrato, utilizzando la rete dei referenti della formazione. Sono stati raccolti 1.371 questionari, provenienti dai diversi dipartimenti aziendali e da tutte le professioni rappresentate in azienda.

Di seguito sono riportati i principali risultati, dopo aver accorpato le risposte in macro aree di riferimento. L'innovazione e la formazione sono elementi centrali e strategici dello sviluppo di un servizio sanitario: in questa indagine i professionisti hanno fortemente manifestato il loro impegno in questa direzione. La risposta complessiva di questa indagine è stata buona, anche se non è stato possibile avere i dati dell'intero Dipartimento Emergenza-Urgenza.

In sintesi, i bisogni formativi evidenziati nelle diverse macroaree, in ordine decrescente di frequenza, sono stati:

1. Area comunicazione/relazione

è stato il bisogno formativo maggiormente espresso, trasversale a tutti i Dipartimenti. In primo luogo, nell'aspetto della comunicazione interprofessionale, gestione dei gruppi di lavoro, senso di appartenenza all'Istituzione, qualità relazionale nell'organizzazione; e in secondo luogo nell'aspetto della relazione con il paziente e il familiare.

2. Area gestionale/organizzativa

in questa area rientrano bisogni formativi che delineano un orientamento a ricercare una pratica basata sulla definizione di protocolli e procedure, l'elaborazione di percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali, l'individuazione e sperimentazione di modelli organizzativi innovativi e di definizione del cambiamento da raggiungere.

Non meno importante la tematica riguardante la sicurezza sul posto del lavoro.

3. Area tecnico-professionale

in questa area il filo conduttore principale sembra essere una formazione tecnica e specializzata, non solo nell'apprendimento di conoscenze e modelli teorici, ma soprattutto nel confronto e nella sperimentazione concreta di nuove tecniche, innovazioni tecnologiche e sistemi informatici.

4. Area ricerca

in questa area i bisogni formativi vanno verso una visione integrata tra ricerca scientifica ed esigenze assistenziali. In particolare, è evidente un orientamento a ricercare una pratica clinica basata sull'evidenza: si evince la necessità di lavorare su linee guida clinico-assistenziali, strumenti di sintesi delle evidenze disponibili, di valutazione dei risultati e della qualità dell'assistenza sanitaria fornita, definendo specifici indicatori di appropriatezza attesi da conseguire.

In conclusione, le linee di orientamento espresse dai professionisti riconducono ad un sistema di governo clinico nel quale perseguire obiettivi di miglioramento continuo della qualità dei servizi e di salvaguardia di alti standard sanitari, creando un ambiente in cui possa svilupparsi l'eccellenza clinica/assistenziale e organizzativa con il contributo di tutte le competenze professionali. La scelta strategica da parte dei



professionisti, di utilizzare gli strumenti del governo clinico, per raggiungere l'efficacia, l'efficienza e il miglioramento della qualità e della sicurezza della pratica clinica, traspare anche nella volontà di attivare un approccio innovativo ai bisogni del paziente, orientato a soddisfare le aspettative dei pazienti, tenendo conto del sistema organizzativo in cui sono inseriti e delle caratteristiche del processo assistenziale offerto.

I referenti dipartimentali della formazione e quelli di unità operativa, dopo aver preso visione e avere socializzato i risultati dell'analisi dei dati, hanno proposto gli obiettivi formativi di dipartimento da raggiungere nel triennio 2010-2012, che si ricavano dalle informazioni raccolte.

I passaggi sopra elencati sono stati preceduti, ancora una volta, dalla condivisione con i Referenti Assistenziali di Dipartimento e Direttori di Dipartimento.

A questa importante fase è seguita la fase finale di sintesi che, prendendo spunto dagli obiettivi maggiormente indicati dai professionisti attraverso i questionari e dalla successiva formulazione, da parte dei Referenti Dipartimentali della Formazione e dai Referenti di U.O., degli obiettivi a valenza dipartimentale, ha visto la definizione del documento con le linee di indirizzo alla formazione per il triennio 2010-2012, proposte dal settore formazione e approvate dal Collegio di Direzione.

Tale documento è stato oggetto di un incontro con i Referenti della formazione di ogni dipartimento e il settore formazione-livello centrale- per definire le modalità operative con cui orientare le proposte formative annuali alle linee di indirizzo così individuate. A distanza di un anno si effettuerà una valutazione del grado di pertinenza e adeguatezza delle proposte formative con le linee programmatiche.

Analisi di fabbisogno formativo in ambito manageriale

Diverse sono in Azienda le figure che rivestono ruoli di responsabilità gestionale e organizzativa, ai diversi livelli: dai Coordinatori, ai Responsabili assistenziali di dipartimento, ai ruoli di staff alla Direzione assistenziale e alla Direzione sanitaria, ai dirigenti medici di struttura semplice e complessa, ai Direttori di dipartimento.

Estremamente diversificata è anche la formazione che tali professionisti hanno svolto precedentemente o successivamente all'incarico ricoperto: per alcuni la frequenza di master di I o II livello, per altri percorsi ECM modulari, per molti autoapprendimento e formazione sul campo.

Di fronte a questa popolazione così eterogenea, che riveste ruoli così rilevanti e cruciali nell'organizzazione aziendale, ci si è chiesti cosa l'Azienda può mettere in campo come risorsa per sostenere e rafforzare il ruolo manageriale dei propri professionisti.

Di fronte all'esigenza di progettare un percorso formativo su tematiche manageriali per i ruoli gestionali/dirigenziali dell'Azienda, i servizi Formazione e Sviluppo organizzativo si sono attivati mettendo in atto un importante sforzo per attuare un'efficace analisi del fabbisogno formativo, integrazione e sintesi tra quelle che sono le attese dell'organizzazione (e dei pazienti) e quelle dei professionisti. Con la finalità di indagare il fabbisogno di formazione manageriale, così come percepito dai professionisti che svolgono in Azienda tali funzioni, si è messa a punto una rilevazione quali-quantitativa che ha utilizzato sia focus group che questionari. La ricerca è stata effettuata in due fasi: nella prima fase sono stati realizzati cinque focus group a gruppi misti di coordinatori, direttori di struttura semplice e complessa, responsabili assistenziali di dipartimento, direttori di dipartimento, staff della direzione assistenziale e sanitaria.

Dai risultati dei focus group è stata elaborata la prima parte del questionario, relativo alle problematiche maggiormente percepite dai professionisti; lo strumento è stato poi integrato da un'area relativa all'autovalutazione delle competenze possedute e da informazioni riguardanti modalità e metodologie didattiche preferite. Il questionario è stato somministrato a tutta la popolazione sopra descritta.

Una prima impressione generale ricavata dall'analisi dei focus è quella che il tema delle problematiche sia stato proposto dagli intervistati con maggiore intensità rispetto a quello delle competenze, problematiche evidenziate in modo particolare dai direttori di struttura semplice e complessa e dai coordinatori, che sembrano essere i professionisti che percepiscono maggiore difficoltà ad espletare il proprio ruolo.

Dai focus group è emerso che, relativamente alle aree ritenute più problematiche, i coordinatori in particolar modo ritengono siano critici e difficili i rapporti con i propri livelli superiori, la gestione delle risorse umane, l'organizzazione del lavoro e la comunicazione a tutti i livelli; i direttori di struttura complessa si concentrano invece sull'area organizzativa quale dimensione a maggiore problematicità. È interessante notare che i direttori di dipartimento, i responsabili assistenziali di dipartimento e gli staff della direzione medica e assistenziale, a differenza degli altri manager (coordinatori, direttori di struttura semplice e complessa), non percepiscono come problematico il rapporto con i superiori, a sottolineare quanto ha affermato un partecipante ai focus, e cioè che la filiera della gerarchia si è molto allungata dal coordinatore alla direzione assistenziale e dal dirigente medico alla direzione sanitaria, per cui se gli anelli



intermedi non sono particolarmente favorevoli la relazione con i superiori, questa può diventare un problema. Insomma, la prossimità al livello gerarchico immediatamente superiore sembrerebbe aumentare la comprensione delle difficoltà oggettive esistenti nell'organizzazione, proprio perché la frequentazione diretta rende più conosciuto il problema. La sensazione è che non vi sia ancora una chiara percezione della linea gerarchica che in teoria dovrebbe essere seguita nel momento in cui è necessario chiedere un supporto, ossia che l'approdo alle direzioni medica e assistenziale dovrebbe essere mediata dalla direzione di dipartimento (Direttore e Rad).

Sembra inoltre essere sensazione diffusa che l'esercizio del proprio ruolo, da parte dei manager, sia fortemente ostacolato da carenze organizzative: la percezione è di essere all'interno di un meccanismo ad alta complessità, in cui le singole parti risultano piuttosto slegate tra loro e che richiede un alto dispendio energetico.

Ampio spazio, all'interno dei focus, è stato dato anche alle problematiche relative al vasto ambito della comunicazione nelle diverse accezioni di comunicazione con pazienti e all'interno dell'Azienda ai vari livelli. Comunicazione intesa non solo come capacità dell'Azienda di fare arrivare le diverse informazioni, ma anche di ascoltare i professionisti, di tenere conto del parere di chi conosce la realtà di cui si sta parlando.

Relativamente alle competenze, gli intervistati sottolineano la necessità di sviluppare competenze trasversali, siano esse di comunicazione, di gestione dei gruppi e dei conflitti e di analisi e gestione dei problemi quotidiani. Risulta particolarmente importante condividere, lavorare in sinergia, sia per migliorare i risultati in termini di prestazione, sia per migliorare la qualità del proprio 'stare in Azienda'. Viene inoltre riconosciuto, ai diversi livelli di responsabilità, la imprescindibile necessità di apprendere le strategie di gestione dei gruppi, soprattutto da parte di chi deve gestire collaboratori.

Dall'analisi dei questionari raccolti (142 su 247 inviati) si possono trarre considerazioni che in buona parte confermano quanto emerso dai focus. Dai dati emerge che i rispondenti appartenenti alle professioni sanitarie avvertono in modo più 'pesante' le problematiche rispetto ai rispondenti medici, anche se è importante precisare che i due gruppi professionali risultano ancora fortemente associati al genere: i medici in maggioranza maschi e le professioni sanitarie femmine. Si conferma la percezione prevalente da parte dei direttori di struttura semplice, complessa e dai coordinatori di problematiche relative alla comunicazione, organizzazione e gestione risorse umane, così come il rapporto con i livelli superiori. I direttori di dipartimento e i Rad si percepiscono maggiormente competenti nella capacità di autovalutarsi e nell'area 'motivazione e sviluppo' dei propri professionisti.

Le professioni sanitarie non mediche poi, rispetto ai dirigenti medici, percepiscono maggiormente il problema della motivazione dei professionisti e del senso di appartenenza alla Unità operativa e all'Azienda. I medici, invece, si percepiscono maggiormente competenti nell'area leadership (coinvolgere il gruppo, motivare verso obiettivi comuni), comunicazione (mantenere efficaci relazioni interpersonali) e valutazione.

Rispetto alle modalità di formazione preferite, emerge un sostanziale accordo rispetto al fatto che i gruppi che si andranno a costituire non siano separati per incarico o per professione: tuttavia, gli appartenenti alle professioni sanitarie così come i professionisti appartenenti al genere femminile mostrano una maggiore disponibilità all'integrazione. Si evidenzia inoltre un favore diffuso relativo al fatto che gli esiti della formazione vengano misurati. Emerge poi un corale accordo sul ritenere poco efficace l'utilizzo della lezione magistrale e invece rilevante per l'apprendimento la formazione sul campo, l'utilizzo di metodologie attive, il lavoro di gruppo con tutor.

Dai primi risultati dell'analisi di fabbisogno emergono tre linee di orientamento per la formazione:

- mantenere una forte e sostanziale correlazione tra formazione manageriale e sviluppo delle potenzialità dei sistemi organizzativi e operativi aziendali;
- favorire la conoscenza e lo scambio di comunicazione tra i diversi livelli di responsabilità all'interno dei dipartimenti e, più in generale, tra dipartimenti e servizi trasversali e di supporto;
- considerare la differenza di genere come elemento rilevante del percorso formativo manageriale: un dato significativo dell'indagine mostra un 'disagio' spesso descritto dalle donne nella vita organizzativa e che è stato attribuito, anche dalle donne stesse, a incapacità o incompetenza individuale. Studi recenti sulle differenze di genere hanno cominciato a far comprendere che in realtà ciò si verifica in buona parte in quanto le organizzazioni sono storicamente disegnate sulle caratteristiche maschili.



Il dossier formativo

Lo strumento dossier formativo è stato elaborato nel Dipartimento Geriatrico-Riabilitativo con la finalità di integrare il Piano formativo aziendale con le aree specificamente definite di analisi di fabbisogno, di reporting e di valutazione di risultato della formazione.

Lo strumento è stato sviluppato sulla proposta avanzata dal gruppo regionale che ha lavorato sul dossier formativo. Si è scelto, per ragioni di opportunità e di fattibilità della prima sperimentazione, di partire con la costruzione di un dossier formativo di gruppo; nello specifico il gruppo è stato identificato con la struttura dipartimentale.

Il dossier formativo risulta costituito da 5 sezioni:

- elementi di contesto e unità operative afferenti al dipartimento,
- obiettivi formativi del gruppo,
- programmazione formativa di gruppo,
- realizzazione/evidenze,
- sistema di valutazione.

Nella prima sezione 'elementi di contesto e unità operative afferenti al dipartimento' viene descritta la mission del dipartimento, le strutture afferenti allo stesso con i posti letto dedicati, le professionalità coinvolte nei processi di cura, di cure e di riabilitazione, le principali attività svolte dal gruppo professionale, la tipologia di utenza che afferisce al dipartimento, il sistema delle relazioni interne ed esterne. Gli elementi di contesto risultano essenziali al fine di agganciare lo sviluppo successivo del dossier alla realtà concreta del Dipartimento, con le sue caratteristiche peculiari che derivano appunto dalla tipologia di utenti, di professionisti, di attività, di relazioni.

La seconda sezione, relativa agli obiettivi del gruppo, è stata sviluppata sulla base dell'analisi di fabbisogno formativo, effettuata a fine anno 2009 e ripetibile triennialmente, con step di valutazione in itinere annuali. Sulle modalità di effettuazione dell'analisi di fabbisogno è già stato detto al paragrafo precedente. In questa sezione del dossier, vengono riportati i dati (in forma tabellare o grafica) con la descrizione degli stessi, al fine di costruire le basi per la definizione degli obiettivi o linee di indirizzo alla formazione del dipartimento per il prossimo triennio. Infatti, le aree di indagine percepite come più problematiche o a maggiore interesse di sviluppo sono le stesse che costituiscono le aree prescelte quali indirizzo alla formazione. In particolare, il Dipartimento Geriatrico-Riabilitativo avrebbe individuato tre aree di sviluppo: l'area gestionale- organizzativa, l'area comunicativo-relazione e l'area della ricerca e innovazione.

La terza sezione 'programmazione formativa di gruppo' fa, per l'anno 2009, ancora riferimento alle schede di progetto presentate nel Piano formativo aziendale. Questa sezione del dossier, tuttavia, avrebbe la finalità di valutare la corrispondenza tra obiettivi formativi scelti, sulla scorta dell'analisi di fabbisogno, e progetti formativi proposti e poi concretamente realizzati. Anche questa sezione è particolarmente innovativa rispetto al modello di formazione prevalente prima dell'introduzione del dossier, un modello cioè in cui gli eventi formativi di frequente nascevano dalla proposta di singoli professionisti o senza una reale correlazione con bisogni più complessivi del gruppo e quindi con i mandati aziendali o sovraziendali al dipartimento. Ovviamente il 2009 e anche il 2010 saranno anni di transizione da un modello all'altro, con necessariamente la dovuta tolleranza rispetto ad eventuali progetti ancora piuttosto sganciati dagli obiettivi di gruppo. Tuttavia, nell'arco di due anni, ci si prefigge di raggiungere il risultato della coerenza almeno per l'80%.

La quarta sezione riguarda la realizzazione degli eventi e la documentazione delle evidenze. I dati di riferimento della realizzazione delle evidenze sono gestiti attraverso un sistema applicativo aziendale, che fornisce un curriculum formativo individuale. Sono inoltre previsti come evidenze, report strutturati con i dati più significativi relativi ad ogni evento, comprendenti anche i costi. Per gli eventi esterni si prevede la realizzazione di audit di socializzazione interprofessionali successivi alla partecipazione all'evento.

La quinta sezione, il sistema di valutazione, rappresenta l'altra area di grande innovazione per i processi formativi. Infatti, fino ad oggi, la maggior parte delle tipologie di valutazione degli eventi era costituita dalla valutazione dell'apprendimento del partecipante e dalla valutazione di gradimento del corso/evento da parte del professionista, tipologie di valutazione che sono entrambe a fine evento. Poco ancora si è fatto sulla possibilità di valutare la ricaduta organizzativa dell'evento anche a medio e lungo termine. Questa sezione intende mantenere le modalità di valutazione già in essere e di potenziarle con l'individuazione di indicatori che vadano a misurare cosa è cambiato nell'organizzazione e quale evoluzione è stata possibile dal punto di vista professionale. A questo proposito, è in elaborazione anche una scheda di autovalutazione da parte del professionista delle proprie performance.



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

Interventi di prevenzione e riduzione del burn out

Tra quanti operano in ambito socio-sanitario non è raro riscontrare come la motivazione nei confronti della professione sia frequentemente minata sia da fattori estrinseci, come i risultati che si riesce a raggiungere, sia dalla propria biografia personale.

Vi è tuttavia in ciascuno una tensione costante a rinnovare i motivi di interesse verso il proprio lavoro. Si tratta di un bisogno di senso che interpella ogni operatore e che si appaga quando il soggetto riesce a ridare valore al proprio quotidiano, attraverso processi che sono solo in parte consci.

Quando ciò non avviene, la professione scade in un mestiere deprivato sul piano motivazionale, espone il soggetto al burn out e si riflette nella qualità della relazione con i pazienti, i familiari ed i colleghi.

I percorsi formativi in tale contesto devono pertanto essere finalizzati a:

- fornire nuove prospettive per la comprensione dei bisogni propri, dei colleghi e degli utenti,
- ridare vigore ad una professionalità facilmente sottoposta a fenomeni di burn out o di distanziamento,
- sviluppare nuova consapevolezza circa le modalità di relazione con gli altri;
- migliorare il rapporto con gli utenti, nel senso della relazione d'aiuto.

Nel corso del 2009, diverse iniziative sono state attivate dal Servizio di Psicologia Ospedaliera a beneficio degli operatori che lavorano nelle varie realtà ospedaliere, e sono anche stati progettati per il 2010 diversi interventi formativi in collaborazione con il Servizio di Formazione e Aggiornamento dell'Azienda e il Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale.

Per quanto riguarda l'ambito di prevenzione dello stress negli operatori sanitari, nel 2009 sono stati svolti i seguenti interventi formativi:

- Incontri sul tema **"La comunicazione assertiva sul posto di lavoro"**. Presso la S.S.D. Malattie del Ricambio e Diabetologia sono stati avviati incontri sul tema per fornire strumenti di analisi, valutazione e comprensione dei fattori responsabili del distress e di fornire all'operatore tecniche valide di gestione comunicativa. I partecipanti sono stati n. 23 tra medici e infermieri. La valutazione degli esiti è avvenuta attraverso un test di discriminazione dei comportamenti assertivi, effettuato prima della formazione e post-formazione con esiti positivi (discriminazione corretta dei comportamenti assertivi nella totalità degli item). È stato inoltre somministrato il test di gradimento finale con risposte decisamente positive ("molto efficace"= n. 21; "efficace"= n. 2).
- **"Laboratori di analisi ed elaborazione di casi clinici"**. Con il personale infermieristico, nel numero massimo di 20 operatori, proveniente da varie UU.OO., sono stati condotti i laboratori che hanno perseguito i seguenti obiettivi:
 - sviluppare un'attenzione alle dinamiche di relazione e ai processi inter-familiari alla base della cura, creando attenzione alle proprie difficoltà nella relazione con il paziente e/o familiare, e alle proprie capacità e risorse nella gestione di situazioni difficili;
 - divenire maggiormente consapevoli dell'effetto che il proprio comportamento può suscitare sul paziente e/o familiare (apprendere dal feedback del paziente e/o familiare);
 - migliorare la propria capacità di confrontarsi con i colleghi nel caso di difficoltà, ottimizzando il proprio processo di apprendimento.

Inoltre, sono stati attivati alcuni interventi formativi specificamente orientati ad affrontare tematiche collegate all'esposizione dell'operatore a rischio stress lavoro-correlato. In particolare, si devono menzionare i corsi su "La prevenzione della sindrome del burn-out negli operatori socio-sanitari e l'utilizzo delle proprie risorse" attivato nella U.O. Nefrologia e Centro Trapianti; e "Il burn-out negli operatori dell'emergenza-urgenza", svolto presso il I Servizio di Rianimazione e Anestesia. Tali incontri hanno avuto le seguenti finalità:

- aumentare la consapevolezza negli operatori delle proprie risorse e dei propri punti di forza;
- acquisire competenze che permettano di sostenere l'interazione emotiva tra l'operatore e l'utente;
- impedire l'abbassamento della qualità delle prestazioni fornite ai pazienti;

- 
- diminuire il livello di insoddisfazione e assenteismo degli operatori.

Durante questi corsi è stato distribuito un test di autovalutazione dello stress MBI (Maslach Burnout Inventory) senza alcun tipo di restituzione.

Il Servizio di Psicologia Ospedaliera ha inoltre progettato per l'anno 2010, i seguenti interventi formativi in collaborazione con il Servizio Formazione e Aggiornamento e con il Servizio Prevenzione e Protezione:

- Incontri previsti nel Progetto Sicurezza sulla sindrome da burn-out, sulla comunicazione assertiva e sulla comunicazione tra professionisti sanitari;
- Incontri sulla relazione e comunicazione inter-professionisti sanitari in Neuroradiologia;
- Incontri sulla relazione paziente-operatore-familiare e sui principi della comunicazione nell'U.O di Malattie Infettive ed Epatologia per la patologia dell'HIV;
- Incontri di supervisione sui casi in Oncologia;
- Incontri di supervisione sui casi in Pneumologia-SLA;
- Incontri di supervisione sui casi in Chirurgia Plastica- Centro Gravi Ustionati;
- Incontri di supervisione sui casi in Cardiologia.

Nell'ambito delle attività formative svoltesi nel corso del 2009, in occasione dei progetti formativi finalizzati a formare figure di Formatori per la Sicurezza e nel rispetto dei contenuti del D.Lgs. 81/08, sono stati affrontati, per linee generali, temi che si ricollegavano alla esposizione del lavoratore a rischio stress lavoro-correlato. Infatti, il citato D.Lgs. Nuovo Testo Unico per la salute e sicurezza in ambienti di lavoro, pone ampio risalto all'obbligo della formazione dei lavoratori. In tale contesto è stato inserito nel programma l'argomento relativo a tale esposizione, rimarcata nel Decreto come nuova sorgente di rischio oggetto di valutazione specifica.

Il Servizio Prevenzione e Protezione (SPPA) ha provveduto alla redazione del Documento di Valutazione del Rischio (ai sensi degli artt. 17 e 28 del D.Lgs. 81/08) correlando i parametri forniti dal medico competente, dal Servizio Gestione e Sviluppo del Personale e dal Settore Formazione ed Aggiornamento, in modo da stabilire, nel rispetto di Linee Guida Regionali pubblicate nel corso del 2009, specifici indicatori.

I livelli di rischio stress riscontrati sono stati successivamente oggetto di analisi finalizzata alla loro mitigazione, in funzione della quale è stato avviato un progetto di riscontro interattivo con il personale attraverso due fasi distinte: la prima costituita da interviste mirate e focus group con lavoratori appartenenti a qualifiche professionali significative (per numero) all'interno dell'ambito ospedaliero. Con tali elementi di informazione è stato possibile predisporre una serie di griglie di questionari, differenziati per qualifiche, per genere e per appartenenza a dipartimento che costituisce la seconda fase, tuttora in fase di espletamento, consistente in una somministrazione a campione (pari al 15%) estrapolato su fondamento scientifico tra la popolazione ospedaliera - intesa come dipendenti e come personale universitario universitario che svolge attività assistenziale - , in modo da acquisire tutti i dati necessari allo studio delle idonee contromisure da progettare per la mitigazione del rischio riscontrato.

È solo il caso di precisare che per il 2010 sono stati progettati corsi di approfondimento specifico sui rischi ospedalieri, indirizzati alle figure di Formatori per la Sicurezza sopra richiamati, con tematiche ancora più pertinenti alle singole realtà lavorative rappresentate da ciascuna di esse. Tra le argomentazioni inserite, a livello trasversale, c'è lo studio della sindrome di Burn-out: rischi derivanti da particolari condizioni di affaticamento dovute al carico di lavoro, alla sua tipologia ed alle connesse implicazioni sulla salute dell'operatore. I relatori sono stati selezionati nell'ambito del Servizio di Psicologia ospedaliera; è solo attraverso una tale comprovata sinergia che è possibile fornire una formazione a livelli adeguatamente professionali ai lavoratori aziendali, esposti quotidianamente a manifestazioni riconducibili ad una tale sorgente di rischio.

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

Le competenze comunicative e relazionali sono diventate in ambito sanitario un indispensabile completamento del ruolo professionale.

La sala operatoria è un ambiente multidisciplinare in cui la comunicazione, verbale e scritta, diviene il processo principale per garantire il migliore outcome possibile per il paziente. Il personale di sala operatoria, inoltre, comunica con il paziente e con tutte le altre figure multidisciplinari che intervengono lungo il suo percorso attraverso lo scambio, la raccolta e l'interpretazione di informazioni al fine di formulare diagnosi e interventi terapeutici.

La comunicazione non efficace verbale e/o scritta è associata ad un aumento degli errori, degli incidenti, dei rischi per i pazienti, con conseguente aumento dei costi, delle lamentele e dei problemi medico-legali.



Il corso "Comunicazione e team work in sala operatoria"svoltosi nel maggio giugno 2009 per 20 ore è stato il frutto di una stretta collaborazione tra le due Coordinatrici del comparto operatorio del Dipartimento Testa-Collo, una psicologa formatrice, un anestesista nella veste di consulente tecnico del settore, un medico legale e un attore regista docente di teatro, recitazione e tecniche della comunicazione.

Il corso era intradipartimentale, interdisciplinare dedicato al personale medico ed infermieristico che lavora regolarmente insieme nel comparto operatorio del dipartimento Testa-Collo, condividendone gli spazi, le strutture, e le attrezzature.

Gli obiettivi del corso erano di fare acquisire ai partecipanti la consapevolezza che una comunicazione efficace promuove e migliora l'outcome del paziente e la propria performance lavorativa, di apprendere dal confronto con l'altro all'interno dell'équipe multi-professionale e di sviluppare competenze comunicative verbali e scritte in ambito lavorativo.

Il corso ha affrontato la comunicazione orale e scritta.

La metodologia utilizzata prevedeva esercitazioni in aula e discussioni guidate con la partecipazione attiva dei discenti. È stata usata la metafora teatrale per sperimentare diverse forme di comunicazione.

Una sessione si è svolta nella suggestiva cornice del teatro del Vicolo. Facendo il parallelo tra "teatro operatorio" e "teatro", sotto la guida del regista, i partecipanti hanno potuto usare la simulazione, e la possibilità di scoprire aspetti della realtà che senza questo gioco difficilmente sarebbero stati compresi.

La comunicazione scritta (cartella clinica, lista operatoria, consegne) è stata trattata anche dal punto di vista medico-legale, con esercitazioni pratiche e simulazioni.

Hanno partecipato 6 chirurghi di varie specialità (maxillo-facciale, otorinolaringoiatria, oculistica), 2 anestesisti, 2 coordinatrici di comparto operatorio, 9 infermieri di comparto operatorio, tutti afferenti allo stesso comparto.

I risultati ottenuti grazie allo svolgimento di questo corso sono stati diversi:

- nei mesi successivi, il personale infermieristico e ausiliario del comparto operatorio dedicato alla chirurgia maxillo-facciale e ORL ha instaurato un incontro settimanale verbalizzato;
- la consegna scritta è stata implementata nell'ambito del comparto operatorio;
- sono stati risolti alcuni conflitti legati alla valutazione individuale ed il clima nel comparto operatorio dell'oculistica è migliorato.

I laboratori della comunicazione per i professionisti sanitari

L'operatore necessita di una formazione continua e di una dovuta preparazione che gli fornisca gli strumenti per stare, con buon agio, all'interno di una relazione di cura. Affrontare la sofferenza e il dolore del paziente può essere fonte di malessere e disagio da parte del professionista sanitario. La formazione professionale rappresenta sicuramente un buon supporto, ma spesso i professionisti sanitari esprimono l'esigenza di essere affiancati, in una sorta di "supervisione" sul campo, anche nel loro agire quotidiano, esprimono cioè l'esigenza di un contesto in cui poter condividere le situazioni e le emozioni vissute all'interno di una specifica relazione di cura. Al fine di accogliere questa esigenza, sono stati pensati ed organizzati dei Laboratori della comunicazione: momenti di confronto sui casi e sulle modalità comunicative agite nei vari contesti relazionali. I laboratori si sono così strutturati: una **prima fase** di rappresentazione, tramite simulata o role playing, di una specifica relazione di cura. I professionisti sanitari agivano la loro competenza ed esperienza, senza la "contaminazione" di un nuovo sguardo sulla relazione e sulla comunicazione professionista-paziente. In una **seconda fase**, fase teoria, venivano introdotte alcune nozioni del "modello patient centred e dell'Agenda del Paziente"¹ e si declinavano le possibili domande con cui far emergere le dimensioni principali dell'Agenda del Paziente (sentimenti; idee e interpretazioni; aspettative e desideri; il contesto). In una **terza fase**, alla luce di queste nuove riflessioni e di questo nuovo sguardo sulla relazione, i partecipanti ai Laboratori erano invitati a ripetere la simulata o role playing della specifica relazione di cura già rappresentata durante la prima fase. Alla simulata faceva seguito un incontro di riflessione e di autoriflessione sulle differenze tra le due situazioni: differenze emerse dal comportamento del paziente, dal comportamento dell'operatore e dalla relazione tra i due. Le due simulate, nella prima fase e nella terza fase, sono state videoregistrate. Questo ha reso possibile, nella parte finale dei Laboratori, (**quarta fase**), di rivedere i filmati e di riflettere ancora sul proprio comportamento e sulla propria capacità di porsi in relazione. Ogni professionista rifletteva sul proprio comportamento, sulle differenze tra un prima e un dopo l'introduzione delle nozioni teoriche, su un proprio maggiore o minor agio, su propri limiti e proprie capacità.

¹ *La visita medica centrata sul paziente*. Egidio A.Moja ed Elena Vegni. Raffaello Cortina, Milano, 2000.



Le simulate e le riflessioni hanno migliorato la consapevolezza dei diversi professionisti sulla loro tendenza a porsi, nei confronti del paziente, in un modo tendenzialmente istruttivo ed educativo, non dedicando tempo ad una fase iniziale di ascolto e comprensione dei vissuti e delle idee del paziente rispetto alla propria condizione di salute. Questo atteggiamento presentava il limite di non rendere esplicito quello che già il paziente sapeva della sua malattia, idee irrazionali comprese, e quello che non sapeva. Dare spazio all'ascolto permette di rendere esplicite le idee del paziente, le sue aspettative, le sue paure, le sue idee sul futuro e altro ancora e, in questo modo, per il professionista è più agevole introdurre informazioni e conoscenze mirate a quel paziente, alla sua condizione, alla sua percezione della malattia.

Altro aspetto emerso: la tendenza a non valorizzare le risorse del paziente. Introdurre nozioni, dire al paziente cosa deve fare e non fare, mette il paziente in una posizione passiva e di non scoperta e valorizzazione delle proprie competenze e risorse. Al contrario, porsi in relazione attraverso l'utilizzo di domande che aiutino il paziente a riconoscere le proprie risorse, attiva l'empowerment del paziente e aumenta, di conseguenza, la fiducia nella relazione professionista-paziente.

Il porsi in modo istruttivo ed educativo, come è emerso dalla prima simulata, aumenta, inoltre, l'ansia e il malessere del professionista che si sente la figura attiva della relazione: quello che deve dire, aiutare, sostenere, ottenere la fiducia, dare sicurezza, eccetera. Il porsi in modo istruttivo è fonte di maggior responsabilità e stress per l'operatore. Imparare invece ad attivare l'empowerment del paziente, metterlo in una posizione attiva, di riconoscimento e valorizzazione delle proprie risorse e competenze, significa sentirsi all'interno di una relazione e non unico responsabile del buon esito della relazione. Sentirsi parte di una relazione significa imparare a non sentirsi il solo responsabile del successo o dell'insuccesso di una relazione, ma significa sentirsi in un processo di co-costruzione della relazione di cura. Questa consapevolezza è alla base di una capacità di stare, con sempre maggior agio, all'interno di una relazione di cura.



4.9 Sistema informativo del personale

Per le finalità di programmazione, controllo, organizzazione e valutazione, nonché ai fini di un miglioramento della qualità delle prestazioni fornite, è requisito indispensabile per ogni servizio disporre di un adeguato sistema informativo del personale.

Risulta a tale scopo imprescindibile l'integrazione tra i diversi applicativi informatici in uso, per definire un flusso di dati tra i diversi programmi che consenta di implementare e mantenere un'anagrafica del personale aggiornata e completa, utilizzabile per le molteplici finalità che attengono alla gestione del rapporto di lavoro e alle molteplici attività connesse.

Il progetto di integrazione si pone 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.

La realizzazione del sistema informativo integrato è declinata in diverse fasi:

1. riunificazione delle anagrafiche aziendali,
2. procedure di attivazione e disattivazione delle utenze dal sistema informatico,
3. centralizzazione ed integrazione della struttura aziendale,
4. allineamento dell'elenco telefonico con l'anagrafica e la struttura aziendale,
5. riunificazione dell'elenco dei fornitori e anagrafica delle persone che accedono al sistema informatico,
6. anagrafica degli edifici e loro destinazione d'uso,
7. gestione degli accessi (badge e sbarre dei parcheggi per la sosta e per l'accesso all'area ospedaliera).

In tale ottica di realizzazione dell'"Anagrafica unica aziendale", si sono ricondotte nel software di gestione del personale dipendente, le informazioni relative ai dati anagrafici e di carriera del personale che opera all'interno dell'Azienda in virtù di rapporti di prestazione d'opera, di collaborazione e dei titolari di borse di studio.

Il sistema così avviato consente di disporre in tempo reale dell'allocazione del personale, e per quanto riguarda il personale dipendente, ha consolidato la possibilità di monitorare il debito orario settimanale, di provvedere celermente alla copertura delle assenze improvvise, di disporre in tempo reale dell'esatta allocazione del personale e della loro effettiva presenza, anche attraverso la diffusione della concezione della "gestione decentrata" delle presenze del personale, delegata ai Coordinatori o Responsabili di struttura, mediante l'accesso diretto all'utilizzo del software gestionale.

Si è continuato a far fronte con celerità 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 2009, nell'ambito della costruzione della nuova "Intranet" aziendale, si è provveduto a rendere attiva una apposita sezione 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

La contrattazione integrativa inerente l'anno 2009 è stata prevalentemente finalizzata, con particolare riferimento all'area del personale del Comparto, a realizzare i percorsi di valorizzazione professionale in attuazione degli interventi triennali sanciti dell'accordo quadro sottoscritto con la rappresentanza sindacale di categoria in data 3 luglio 2008.

In applicazione di quanto pattuito ed in coerenza con gli indirizzi regionali, sono stati definiti percorsi di sviluppo economico del personale strettamente connessi ad un sistema di valutazione delle competenze basato su logiche selettive ed improntato ai principi della diretta conoscenza delle attività del valutato nonché alla partecipazione del valutato al procedimento anche attraverso il contraddittorio.

Procedendo in questa ottica, si è altresì pervenuti ad implementare e ad attivare un sistema di valutazione aziendale individuale annuale con un monitoraggio intermedio che, prescindendo dall'applicazione di istituti contrattuali, è volto allo sviluppo professionale in termini di incremento delle conoscenze, delle capacità, della consapevolezza e della disponibilità ad assumere responsabilità.

L'impianto correlato al processo di valutazione aziendale è stato delineato mediante la formulazione di specifici documenti aziendali condivisi dalla rappresentanza sindacale mediante sottoscrizione in data 22 luglio 2009 di apposito verbale di concertazione.

Nel contesto dei percorsi di carriera si è proceduto, per quanto concerne l'area della Dirigenza Medica, all'integrazione dell'assetto organizzativo aziendale degli incarichi dirigenziali attraverso il conferimento di incarichi di direzione e di natura professionale di alta specializzazione valorizzando le funzioni dirigenziali al fine di realizzare una migliore efficienza e funzionalità delle articolazioni aziendali.

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

Il disegno di integrazione con l'Università ha dispiegato effetti sul tavolo negoziale della dirigenza medica in relazione alle tematiche connesse alla partecipazione dei medici in formazione specialistica alle attività assistenziali in applicazione dell'Accordo Attuativo locale sulla formazione specialistica dei laureati in medicina e chirurgia.

Nell'ambito della consultazione sindacale mediante un incontro a tavoli unificati delle tre aree di contrattazione si è condivisa l'adozione del regolamento aziendale per l'effettuazione delle prestazioni aggiuntive ad integrazione dell'attività istituzionale.

Ampia consultazione è stata altresì effettuata riguardo la pianificazione delle azioni da intraprendere in base al Piano Pandemico aziendale

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

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

AREA DIRIGENZA SPTA

- Accordo sulla quantificazione e finalizzazione delle risorse 2009 sottoscritto in data 19.11.2009
- Accordo sulla gestione di risultato 2009 sottoscritto in data 3.12.2009
- Verbale di concertazione in ordine al piano aziendale annuale riguardante i servizi di continuità assistenziale ed emergenza/urgenza sottoscritto in data 19.11.2009

AREA DIRIGENZA MEDICA

Accordo sulla quantificazione e finalizzazione delle risorse 2008 sottoscritto in data 6.04.2009

- Accordo sulla gestione di risultato 2008 sottoscritto in data 25.05.2009
- Consultazioni in materia di organizzazione del lavoro, di innovazioni tecnologiche, di trasferimenti, ristrutturazione di Unità Operative
- Verbali di concertazione in ordine all'assetto organizzativo aziendale degli incarichi dirigenziali sottoscritti in data 30.03 2009, 6.04.2009, 25.05.2009
- Verbale di concertazione in ordine al piano aziendale annuale riguardante i servizi di continuità assistenziale ed emergenza/urgenza sottoscritto in data 12.10.2009
- Avvio della trattativa concernente la quantificazione e finalizzazione delle risorse 2009



AREA COMPARTO

- Accordo sulla quantificazione e finalizzazione delle risorse 2009 sottoscritto in data 18.03.2009
- Accordo concernente la progressione verticale del personale precario stabilizzato in categoria A in possesso del requisito di esperienza professionale di cui alle declaratorie del CCNL 1998/2001
- Accordo in ordine agli interventi di progressione economica orizzontale 2009/2010 sottoscritto in data 22.07.2009
- Verbale di concertazione riguardante il sistema di valutazione aziendale per il personale dell'area Comparto sottoscritto in data 22.07.2009
- Accordo concernente la ripartizione delle risorse economiche finalizzate agli interventi di contrattazione integrativa per l'anno 2009 sottoscritto in data 18.11.2009
- Verbale di concertazione in ordine al piano aziendale riguardante i servizi di pronta disponibilità sottoscritto in data 9.12.2009
- Consultazioni in materia di organizzazione del lavoro, di innovazioni tecnologiche, di trasferimenti, ristrutturazione di Unità Operative
- Verbale di consultazione in ordine al Regolamento organizzativo aziendale della Direzione del Servizio Assistenziale sottoscritto in data 4.02.2009

Libera professione

L'Azienda dopo aver determinato nel proprio Piano Aziendale le modalità attraverso cui predisporre, anche con riferimento alle singole unità operative, i volumi di attività istituzionale e di attività libero - professionale intramuraria, ha avviato procedure di verifica e di congruità sui volumi delle prestazioni erogate in regime libero - professionale.

È infatti intenzione della Azienda approfondire le dinamiche sottese all'esercizio della Libera Professione Intramoenia, individuando, nel rispetto delle normative nazionali e regionali oltre che delle previsioni del CCNL, possibili margini di miglioramento nell'erogazione all'utenza di prestazioni di libera professione, previo assolvimento del 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 analisi realizzate non sono emersi scostamenti o particolari criticità. Non vi è stata 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 dell'attuale sistema di monitoraggio proseguirà, automatizzandolo in misura maggiore e rendendolo ancora più funzionale all'esigenze del Piano Aziendale.

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.

Per l'anno 2009, l'andamento dei ricavi derivanti dalla Libera Professione ha visto una sostanziale riconferma dei valori dell'anno precedente, con una modesta flessione, pari al 3,71% ,dovuta verosimilmente all'andamento congiunturale complessivo.

Tabella 27 Andamento ricavi libera professione

Tipologia di Libera professione	2008	2009
Degenza ospedaliera	1.694.935	1.665.443
Specialistica ambulatoriale	6.213.216	5.949.042
	7.908.151	7.614.485

Gestione del contenzioso

La gestione degli aspetti patologici del rapporto di lavoro rappresenta un momento di fondamentale importanza per l'intera struttura delle relazioni con il personale.

Sia nella fase iniziale della controversia, sia nella fase giudiziale, la gestione partecipata della vertenza con i vari attori (il lavoratore e i suoi rappresentanti, il Dirigente di riferimento del dipendente, i vari servizi aziendali competenti, tra i quali in primo luogo il Servizio Attività Giuridico - Amministrativa, il Servizio Gestione e Sviluppo del Personale e la Direzione del Servizio Assistenziale), il responsabile del procedimento, i difensori delle parti) costituisce infatti non solo una strategia deflattiva del contenzioso nel tentativo di trovare una composizione bonaria della lite, ma anche un prezioso momento di confronto



che offre numerosi spunti in tema di relazioni con il personale. L'intento è quindi quello di affrontare la vertenza non solo dal punto di vista tecnico, analizzandola quale evento isolato dalla restante gestione aziendale, ma utilizzarla quale potenziale case study e/o evento sentinella per un reale sviluppo organizzativo dell'Azienda. A tal proposito, la gestione diretta delle vertenze, che nel 2009 è stata ulteriormente promossa, rappresenta una risorsa oltre che una strategia. Le ripercussioni positive sono evidenti non solo dal punto di vista dei minori costi di gestione, ma soprattutto per il circolo virtuoso che si crea dalla analisi congiunta delle controversie, dalla formulazione delle memorie difensive e dalla discussione degli esiti della lite, con risultati importanti quali: la prevenzione di future controversie, il miglioramento continuo delle procedure interne, l'aggiornamento alle più recenti evoluzioni della normativa e della giurisprudenza, il confronto con le altre Aziende Sanitarie, in particolare quelle di Area Vasta con i quali sono frequenti le riunioni di tavoli tecnici, la crescita professionale dei collaboratori coinvolti, il potenziamento dello spirito di gruppo. Anche nei confronti dell'esterno, la volontà di gestire direttamente il contenzioso viene percepita dalle controparti e dalla collettività come un segnale positivo della presenza aziendale e della volontà di collaborare attivamente e in prima persona alla soluzione delle controversie.

Il contenzioso nel periodo di riferimento ha riguardato principalmente sanzioni disciplinari e trattenute stipendiali; i tentativi di conciliazione esperiti presso la Direzione Provinciale del Lavoro sono stati circa 30 dei quali oltre un terzo conclusi con una definizione bonaria. Le nuove vertenze instaurate presso il Tribunale Civile Sezione Lavoro sono state 5, le sentenze di primo grado 6 e le cause pendenti a fine anno 9 di cui 3 in grado di appello.

Nel corso del 2009, il numero delle vertenze è rimasto pertanto su valori contenuti in rapporto al numero dei dipendenti, al turn-over, alla complessità organizzativa dell'azienda (in particolare riferimento all'attività assistenziale del personale universitario) e alle novità sul piano normativo per la Pubblica Amministrazione.



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

Il nido aziendale

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

L'Asilo Nido dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria è dedicato 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 facilitare ulteriormente i professionisti, è prevista la possibilità di apertura al sabato mattina, purché in presenza di un numero minimo di richieste.

Di assoluto rilievo è la circostanza che la pausa estiva è stata limitata al solo mese di agosto. L'apertura giornaliera dalle 6,30 alle 19,00 tende a garantire la più ampia copertura dell'orario di lavoro dei genitori, venendo incontro anche alle esigenze del personale turnista.

Inoltre la possibilità di concordare con il gestore un orario più flessibile ed adattabile a quello lavorativo, soprattutto se comparato agli orari delle altre strutture similari, facilita le politiche di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro e delle pari opportunità rivolte alle lavoratrici donne, offrendo ad entrambi i genitori dipendenti, sia padri che madri, la possibilità di coniugare al meglio il ruolo di genitore e quello di lavoratore.

I servizi alla persona

L'Azienda, nel corso del 2009, ha posto in essere numerose azioni in tema di servizi alberghieri e alla persona.

Per quanto riguarda la vigilanza interna, l'obiettivo è stato adottare azioni per migliorare la sicurezza reale e percepita degli operatori, oltre che di chiunque frequenti l'ospedale. In questo senso si è proseguito nel quotidiano presidio del servizio di vigilanza, in modo da modulare le prestazioni sulla base dei fabbisogni aziendali in alcune aree e fasce orarie critiche e per determinati periodi (in particolare l'accesso al Pronto Soccorso, oggetto di importanti lavori edili), sulla base delle segnalazioni da parte di personale e utenti della reportistica a disposizione su apposito sistema informativo.

I servizi di carattere commerciale interni all'Ospedale, già descritti nel paragrafo dedicato all'*Impatto sul contesto territoriale* del capitolo 2, hanno sicuramente rappresentato una importante novità, oltre che per i pazienti, anche per il personale. I due servizi in concessione daranno la possibilità prima e dopo l'orario di servizio di avere a portata di mano giornali, libri, articoli regalo, generi non alimentari di prima necessità, articoli sanitari e merceria.

Per ciò che concerne la ristorazione, sono state analizzate le principali criticità emerse in entrambi i punti dedicati alla ristorazione, anche sulla base delle segnalazioni pervenute da parte del personale, e si è proceduto a valutare proposte per il miglioramento del servizio e, ove previsto contrattualmente, a contestare i disservizi.

Anche per l'anno 2009, l'Azienda ha adottato le opportune azioni per favorire l'attuazione degli interventi in aderenza alle iniziative avviate dal Comune di Parma a favore della mobilità sostenibile.

La mobilità sostenibile è quella forma di mobilità rispettosa delle persone e dell'ambiente in cui si vive. Essa promuove quelle forme di trasporto che non danneggiano l'ambiente e che non inquinano, vale a dire il trasporto pubblico ed altre modalità di trasporto condiviso, al fine di migliorare la qualità della vita, riducendo congestione e stress da traffico, inquinamento atmosferico e acustico, incidenti stradali eccetera (si veda a riguardo anche il paragrafo dedicato all'*Impatto sul contesto territoriale* del capitolo 2).

In particolare per agevolare i dipendenti nel tragitto casa-lavoro e nel parcheggio della propria autovettura negli orari di permanenza al lavoro, 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. Nell'anno 2009 tali abbonamenti a tariffa



agevolata sono stati richiesti ed ottenuti da 80 dipendenti, portando ad esaurire la quota di abbonamenti assegnata all'Azienda.

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 47 operatori.

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