

**REGIONE EMILIA ROMAGNA
AZIENDA OSPEDALIERA DI BOLOGNA
Policlinico S. Orsola - Malpighi**

DIREZIONE DEL SERVIZIO INFERMIERISTICO



REGOLAMENTO DI GESTIONE DEL PERSONALE DEL SERVIZIO INFERMIERISTICO

Bologna, Maggio 1998

REGOLAMENTO DI GESTIONE DEL PERSONALE DEL SERVIZIO INFERMIERISTICO

INDICE

| | |
|--|-----------|
| I. PREMESSA | 3 |
| II. IL CONTESTO PROFESSIONALE | 4 |
| A. LE AREE PROFESSIONALI | 4 |
| B. LA TIPOLOGIA DELLE PRESTAZIONI | 4 |
| C. LA FORMAZIONE | 4 |
| D. I LIVELLI ORGANIZZATIVI | 5 |
| III. STRUTTURA FUNZIONALE | 7 |
| A. PRESUPPOSTI | 7 |
| 1. Modello professionale | 7 |
| 2. Modello organizzativo di direzione e sviluppo delle risorse umane | 8 |
| 3. Modello decisionale | 8 |
| B. MODELLO INTEGRATO DI GESTIONE DEL PERSONALE | 9 |
| C. STRUTTURA | 10 |
| IV. LINEE PROGRAMMATICHE | 11 |
| A. Criteri generali | 11 |
| B. INDIRIZZO PER L'EFFICIENZA | 11 |
| 1. Lo sviluppo delle Aree omogenee, delle Sub-Aree e l'efficienza | 13 |
| C. INDIRIZZO PER L'EFFICACIA | 13 |
| V. PROGRAMMAZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE | 15 |
| A. LA PROGRAMMAZIONE DEL PERSONALE | 15 |
| 1. Quadro di riferimento per la programmazione del personale | 15 |
| B. LA PROGRAMMAZIONE DEL PERSONALE NELL'AMBITO DEL SERVIZIO INFERMIERISTICO | 16 |
| 1. Il sistema informativo | 16 |
| C. LA GESTIONE DELLA DOTAZIONE DI PERSONALE | 19 |
| 1. Premessa | 19 |
| 2. I posti di lavoro e le posizioni di lavoro | 19 |
| 3. Le dotazioni di personale e i posti di lavoro | 20 |
| 4. Principi e regole di gestione delle dotazioni di personale | 23 |

I. PREMESSA

Il Servizio Infermieristico dell'Azienda Ospedaliera di Bologna è stato istituito nell'agosto del 1996, il documento di istituzione costituisce il documento base e di riferimento imprescindibile per ogni ulteriore elaborazione descrivendo la “**mission**”, le **finalità** e gli **obiettivi** del Servizio stesso. Inoltre, descrive le **funzioni** del Direttore del Servizio Infermieristico ed i livelli organizzativi in cui è articolato: **professionale**, di **coordinamento** e di **direzione**.

Nel settembre dello stesso anno è stato emanato il secondo documento fondamentale del Servizio Infermieristico, con l'obiettivo di “Definire ed identificare le aree omogenee dell'assistenza infermieristica, dell'attività del personale tecnico e della riabilitazione”. Infatti, nel documento sono descritte le aree: Medico-Geriatrica, Pediatrica, Ostetrico-Ginecologica, Emergenze, Chirurgica, Cardiologico-Cardiochirurgica, Oncologico-Ematologica, Specialistiche e Tecnica anticipando le logiche della dipartimentalizzazione degli ospedali. Si inizia anche la descrizione delle attribuzioni alle direzioni di processo, come strutture di indirizzo e trasversali alle aree.

Oggi a circa un anno di distanza si rende necessario definire un terzo documento che entri in merito alle modalità di strutturazione e di funzionamento del Servizio Infermieristico nel suo complesso, sia in riferimento alle aree sia ai processi. Il documento deve sviluppare i meccanismi operativi che rendono omogenee le regole di gestione all'interno del Servizio Infermieristico in accordo con quanto definito nello standard di prodotto, in fase di definizione nell'ambito del Progetto Qualità aziendale.

In premessa è doveroso riflettere sulla necessità di modificare la dizione di “Servizio Infermieristico” in “Servizio Assistenziale” in quanto più consona ad una struttura organizzativa che è composta da più professionalità e non solo ed esclusivamente infermieristiche. Con il termine assistenziale si esprime chiaramente che il servizio è offerto al cittadino da parte di tutte le figure professionali che erogano assistenza. Inoltre, evidenzia in modo preciso la correlazione della componente assistenziale con la componente diagnostico-terapeutica dell'azienda. Infatti, nella definizione dei progetti che analizzano i “percorsi” dei pazienti all'interno della struttura, si utilizza il termine “diagnostico-terapeutico-assistenziale”, con lo scopo di esprimere questa unitarietà di intenti di tutte le professioni coinvolte nel mantenimento, recupero e promozione della salute.

II. IL CONTESTO PROFESSIONALE

A. LE AREE PROFESSIONALI

Il Servizio Infermieristico aziendale nel momento in cui si è strutturato ha tenuto conto del contesto professionale complessivo. Infatti, con il modello attuale è possibile prevedere una struttura articolata, integrata e coerente sia da un punto di vista professionale che organizzativo.

Le aree professionali presenti all'interno del Servizio Infermieristico del Policlinico sono in ordine quantitativo di risorsa:

- Area professionale infermieristica
- Area professionale dei tecnici di laboratorio biomedico
- Area professionale dei tecnici sanitari di radiologia medica
- Area professionale dei terapisti della riabilitazione
- Area professionale delle ostetriche
- Area professionale dei tecnici di neurofisiologia
- Area professionale delle dietiste.

Inoltre, sono presenti gli Operatori Tecnici Addetti all'Assistenza ed il personale Ausiliario.

Le aree professionali si differenziano per le modalità in cui erogano le prestazioni, come pure per la diversa formazione ed i livelli organizzativi.

B. LA TIPOLOGIA DELLE PRESTAZIONI

Alcune di queste professioni operano a stretto contatto ed in relazione diretta con il paziente/utente in quanto erogano prestazioni autonome o prescritte. In pratica, alcune professioni (infermiere, ostetrica e fisioterapista) strutturano la propria prestazione in una logica di pianificazione assistenziale a diversa integrazione con altri professionisti. D'altra parte, altre professioni erogano prevalentemente prestazioni standardizzate di tipo tecnico.

C. LA FORMAZIONE

Tutte le professioni considerate dal 1995/96 prevedono un percorso formativo di base in ambito universitario (Diplomi universitari).

La professione infermieristica prevede una formazione specifica di un anno per accedere alla posizione di coordinamento (caposala) e un percorso formativo universitario per acquisire il diploma di dirigente e docente di scienze infermieristiche. Lo sviluppo del percorso formativo è direttamente correlato alla progressione di carriera professionale.

Per le altre professioni la situazione è diversa. Per alcune, era già obbligatorio da tempo il prerequisite della maturità, ma per nessuna era previsto invece un percorso formativo regolamentato per lo sviluppo di carriera.

Fino allo scorso anno per acquisire il titolo di ostetrica era necessario il titolo di infermiera mentre dal 1995 la professione ostetrica aveva un percorso formativo autonomo.

D. I LIVELLI ORGANIZZATIVI

La visione che è data con questa breve analisi è chiaramente di tipo organizzativo, pertanto si adotta la modalità di classificazione delle professioni sulla base dell'esigenza organizzativa di avere:

- **professionisti** che erogano prestazioni;

- **coordinatori** che gestiscono la risorsa professionale in un'ottica di efficienza ed efficacia e che rispondono all'esigenza di gestione delle risorse materiali.

La funzione di coordinamento è diventata ancora più rilevante con la necessità che ha l'organizzazione di rispondere a fini istituzionali quali: L. 626 nella figura del preposto, nell'ambito del controllo di gestione, nel meccanismo di incentivazione, ecc. La posizione di coordinatore all'interno dell'azienda è inoltre in continua evoluzione strutturale in quanto da una situazione di diretta dipendenza dal primario è, nel tempo, diventata una posizione di interfaccia e doppia dipendenza dalla figura apicale di riferimento e dal Servizio Infermieristico. Infatti, deve essere in grado di rispondere sia ad obiettivi di unità organizzativa di riferimento e nel frattempo ad obiettivi di gestione di personale e di risorsa che provengono dall'esterno. Si deve evidenziare come per alcune aree manchi la referenza organizzativa, in quanto non esistente la figura del coordinatore (tecnici di laboratorio). D'altra parte, rimanendo sempre nell'ambito del ruolo di coordinamento, in alcune professioni si è verificato uno spostamento quasi completo verso il 7° livello, pur non ricoprendo posizioni di coordinamento reale. Questo crea delle differenze interne non favorevoli come ad esempio per i tecnici e gli infermieri che nella posizione di professionista rimangono sempre al 6° livello.

Nella organizzazione della struttura del Servizio Infermieristico è previsto che il ruolo di coordinatore sia trasversale alle diverse professioni. In pratica il capo sala dell'emodinamica gestisce i tecnici di radiologia a lui afferenti e viceversa, mentre le capo ostetriche gestiscono gli infermieri del reparto di ostetricia. Alla posizione di coordinatore sono richieste funzioni che vanno al di sopra della specifica professionalità tra cui quella di garantire la coerenza interna tra i diversi sviluppi professionali;

- una funzione di **direzione** dell'area di riferimento (direzione intermedia).

In particolare la funzione di direzione risponde alla necessità di un indirizzo univoco e coerente con le scelte aziendali e di coordinamento tra le diverse unità organizzative che fanno parte dell'area. Il dirigente di Area "governa" i meccanismi operativi dell'area, previene e gestisce conflitti, favorisce il superamento di problemi organizzativi, decide dell'utilizzo di risorsa di fronte a problemi programmabili ed "urgenti". In ambito infermieristico e tecnico è stata sperimentata con buoni risultati la figura del coordinatore di Area.

Inoltre, nell'ambito della struttura che si è data la Direzione del Servizio Infermieristico sono presenti quattro posizioni di direzioni di processo che in modo trasversale gestiscono i processi di:

- programmazione e allocazione del personale;
- inserimento, valutazione e mobilità del personale;
- sviluppo professionale degli operatori;
- sviluppo organizzativo del Servizio Infermieristico.

Questi processi trasversali sono declinati, e ancora di più lo potranno essere nel futuro, sulle diverse professioni, ma senza trascurare che una caratteristica peculiare di un'azienda, ed in particolare della direzione e sviluppo delle risorse umane, è basata sulla coerenza fra le diverse politiche di gestione del personale. Di conseguenza le funzioni devono essere mantenute trasversali, ma maggiormente decentrate e declinate rispetto le diverse caratteristiche delle diverse professionalità. Questo è quanto è stato, ad esempio, applicato nell'elaborazione del nuovo regolamento di mobilità. Va considerato anche l'attuale organizzazione della funzione di aggiornamento interno, in staff alla Direzione Generale, che già da tempo programma la sua attività sulla base delle diverse responsabilità ed ha in corso di realizzazione l'individuazione dei riferimenti di formazione che tengono conto delle diverse professionalità presenti nell'Azienda.

In **Allegato 1** è fornita l'articolazione complessiva del personale del Servizio Infermieristico in base alle professionalità ed alle Aree organizzative.

L'impostazione dei livelli organizzativi del Servizio Infermieristico dovrà necessariamente essere rivista in relazione all'istituzione dei futuri Dipartimenti Ospedalieri.

III. STRUTTURA FUNZIONALE

A. PRESUPPOSTI

L'articolazione organizzativa che si propone tiene conto di modelli di riferimento professionali e organizzativi da cui non si può prescindere in quanto consolidati e validati fino ad oggi.

Il modello proposto, che tiene conto di questi riferimenti, ha lo scopo di favorire i singoli percorsi professionalizzanti, l'autonomia dei singoli professionisti e delle singole professioni nel progettare specifiche modalità di gestione ed organizzazione del personale e contemporaneamente di soddisfare il fabbisogno organizzativo di efficienza, efficacia, ricerca della qualità del prodotto erogato in un'ottica di decentramento organizzativo, integrazione professionale e strutturale di coerenza.

In pratica l'azienda deve tenere conto di tutti questi aspetti in un'ottica di efficacia e di efficienza organizzativa senza trasformare una realtà sanitaria intrinsecamente e naturalmente complessa in artificialmente complicata.

Vengono di seguito presentati i modelli professionali ed organizzativi cui si è fatto riferimento nella presentazione di tale progetto richiedendo la condivisione prima dei principi poi delle proposte strutturali che vanno a rendere i primi operativi.

1. Modello professionale

Si articola su un processo di sviluppo professionale articolato sull'esigenza organizzativa.

Ciò significa che ogni professione, composta dai professionisti che erogano in autonomia o interdipendenza le prestazioni (come definito dai profili professionali e dalle competenze acquisite dai nuovi modelli formativi professionalizzanti) necessita di livelli organizzativi e professionali di riferimento per ognuno dei quali è necessario individuare ruoli, funzioni, livello di autonomia, ecc..

I ruoli di coordinamento risultano quindi essere sia una necessità organizzativa che professionale in quanto rispondono alle tipiche esigenze di coordinamento delle risorse umane e materiali a livello di unità organizzative che di indirizzo e sviluppo professionale.

Quindi i tre livelli sono:

- **Livello professionale**, cioè il livello dei professionisti che progettano ed erogano direttamente le prestazioni come definito dai profili professionali e come esemplificato nella descrizione della posizione dell'infermiere turnista in reparto di degenza (**Allegato 2** - Profili professionali e Descrizione della posizione di infermiere turnista in reparto di degenza)
- **Livello di coordinamento**, che fa riferimento ai professionisti che assumono un forte ruolo di integrazione organizzativa definito da funzioni e livelli di responsabilità nella gestione di risorse affidate per il raggiungimento di obiettivi/risultati dell'unità operativa o sezione funzionale secondo l'assetto organizzativo aziendale. Il ruolo di coordinamento è una necessità organizzativa aziendale ma è anche un ruolo professionale di indirizzo e di controllo delle professionalità di riferimento (**Allegato 3** - Specifiche del ruolo e funzioni di Coordinamento e Descrizione della posizione di capo sala di unità organizzativa).

- **Livello di direzione**, cui spetta l'organizzazione e la gestione di aree omogenee e/o funzionali caratterizzate da un ampio livello di complessità o di processi organizzativi trasversali riferiti alla gestione e sviluppo delle risorse umane o organizzative (**Allegato 4** - Specifiche del ruolo e funzioni di Direzione).

2. Modello organizzativo di direzione e sviluppo delle risorse umane

Il modello organizzativo proposto fa riferimento alla **direzione e sviluppo delle risorse umane** che come direzione e struttura organizzativa che né deriva deve rispondere in modo organico, in un'ottica strategico-sistemica, a obiettivi specifici aziendali rendendo coerenti e compatibili le scelte strategiche aziendali e le politiche di gestione ed organizzazione del personale. La struttura cui si fa riferimento risponde a funzioni strategiche, direzionali ed operative integrandosi ai diversi livelli decisionali dell'azienda ad esempio attraverso la partecipazione al processo di programmazione aziendale non solo ricevendo input ma anche fornendone.

La progettazione organizzativa di tale struttura deve tenere conto di due esigenze:

- necessità di concentrare certe funzioni, renderle omogenee e coerenti con la cultura aziendale e di affidarle a professionisti capaci e dotati di conoscenze e capacità specifiche, per ragioni di economia di scala e di unità di direzione. Tale affermazione fa riferimento alla necessità di concentrare funzioni di coordinamento di unità organizzative, di Area ma anche di funzioni di gestione e organizzazione del personale. In questo ultimo caso a titolo esemplificativo è possibile definire l'accentramento della funzione valutazione del personale che ha il compito di rispondere a specifici mandati istituzionali, di valutare l'andamento, di controllare la coerenza, mentre ogni professione svilupperà specifici criteri, strumenti e valutazioni rispetto ruoli istituzionali deputati ad assumersi tale responsabilità
- necessità di responsabilizzare la *line* intesa come il livello intermedio di coordinamento e direzione, di dotarla di capacità di iniziativa e di risposta autonoma e rapida, di avvicinare il momento in cui sorgono i problemi e il momento della loro soluzione, di utilizzare e valorizzare le competenze di chi è a contatto diretto con il personale e le problematiche funzionali.

Di conseguenza il modello organizzativo dovrà adottare soluzioni che siano in grado di:

- coinvolgere i livelli intermedi di direzione e coordinamento nel momento dell'elaborazione di politiche di gestione del personale e decentramento alla stessa di aspetti rilevanti della loro gestione operativa
- supportare i livelli intermedi nella soluzione di problemi e durante i processi di cambiamento
- attivare interventi di formazione e sensibilizzazione a tutti i livelli del sistema per favorire l'attuazione dello specifico mandato rispetto il ruolo e l'integrazione.

Il modello organizzativo di direzione e sviluppo delle risorse umane oltre ad essere coerente con la specificità dei professionisti che quindi non sono solo "esecutori di prestazioni" è coerente anche con lo sviluppo dipartimentale che prevede un'articolazione delle unità organizzative e un livello maggiore di decentramento decisionale.

3. Modello decisionale

La struttura proposta opera sulla base di due livelli decisionali.

Livello accentrato: tipico del vertice/direzione che mantiene a se le funzioni di programmazione e controllo della risorsa umana e delle attività assistenziali in termini quali-

quantitativi. In questo caso si utilizza il termine di attività assistenziali inteso come l'insieme di tutte le attività e prestazioni erogate dai professionisti cui facciamo riferimento. Inoltre a livello accentrato deve essere mantenuta la progettazione di linee guida o "regole generali" su processi specifici di gestione del personale che permetteranno in seguito di decentrare le fasi organizzative e gestionali.

A questo livello deve verificarsi la massima integrazione delle diverse componenti professionali non solo come formulatori di domanda o di informazioni ma anche di costruzione di processi omogenei nei principi e differenti nelle modalità di applicazione e nei criteri tipici di ogni specifica professionalità.

Direttore sanitario: livello di relazione gerarchica e di indirizzo.

Le relazioni con gli altri organi dell'azienda (di programmazione, di progettazione organizzativa, di controllo di gestione, nucleo di valutazione, formazione e aggiornamento, qualità, ufficio personale, ecc.) devono costruirsi sulla logica della negoziazione della costruzione di processi per il raggiungimento di risultati nel rispetto degli obiettivi aziendali. In questa logica la direzione del servizio assistenziale si pone in una posizione di interrelazione funzionale.

Livello decentrato tipico delle posizioni di dirigenza e coordinamento intermedio che hanno il compito di organizzare e gestire la risorsa umana e le attività nel rispetto della programmazione e delle linee guida generali.

Direttore del servizio: livello di relazione gerarchica e di indirizzo.

Le relazioni con gli altri organi dell'area/unità organizzativa (capo dipartimento, primario, medico di D.S., ecc.) devono costruirsi sulla logica della negoziazione della costruzione di processi per il raggiungimento di risultati nel rispetto degli obiettivi aziendali e del Servizio assistenziale. In questa logica la direzione/coordinamento di aree e U.O. si pone in una posizione di integrazione funzionale mantenendo autonomia gestionale nella gestione della risorsa umana.

Tale struttura nelle sue diverse articolazioni deve garantire autonomia rispetto al ruolo e successiva integrazione sia all'interno che nei confronti dell'intera struttura aziendale. Da questa nasce anche la risposta al mandato di coerenza organizzativa interna ed esterna.

B. MODELLO INTEGRATO DI GESTIONE DEL PERSONALE

La direzione del Servizio Infermieristico è **direzione e sviluppo di risorse umane** cioè, in un'ottica strategica sistemica, ricerca in modo organico le compatibilità e le coerenze reciproche tra le scelte strategiche aziendali e le politiche del personale,

La funzione del personale è focalizzata su problematiche strategiche, direzionali ed operative ed è integrata nei massimi livelli decisionali dell'azienda.

In questa configurazione, le politiche del personale si collocano rispetto alla strategia aziendale in una posizione proattiva e di anticipazione, allo scopo di rimuovere vincoli e sviluppare opportunità tanto per l'azienda quanto per il personale.

La progettazione organizzativa della direzione assistenziale deve tenere conto di due esigenze:

- 1) necessità di concentrare certe funzioni, di renderle omogenee e coerenti con la cultura aziendale e di affidarle a dirigenti dotati di professionalità specifica, per ragioni di economie di scala e di unità di direzione;
- 2) necessità di responsabilizzare la *line* (livello intermedio di coordinamento), di dotarla di capacità di iniziativa e di risposta autonoma e rapida, di avvicinare il momento in cui sorgono i problemi e il

IV. LINEE PROGRAMMATICHE

A. Criteri generali

Il Servizio Infermieristico opera attraverso una programmazione a lungo e medio termine (di norma annuale) che definisce gli obiettivi da conseguire nel periodo di esercizio.

La programmazione della Direzione del Servizio Infermieristico si articola in base a due linee di indirizzo, che devono trovare nell'operatività organizzativa un livello di coerenza. A livello delle aree e delle unità operative occorre perseguire l'**efficacia** e l'**efficienza delle prestazioni assistenziali e tecniche**. A livello di direzione infermieristica l'**efficacia** e l'**efficienza organizzativa** che garantiscono la scelta del migliore processo organizzativo-gestionale rispetto all'ottenimento di risultati e del migliore e più razionale utilizzo delle risorse.

B. INDIRIZZO PER L'EFFICIENZA

Gli elementi base per affrontare il tema dell'efficienza sono: la pianta organica, i posti di lavoro, la dotazione organica o forza presente ed il personale finanziato in quanto strumenti di programmazione del personale.

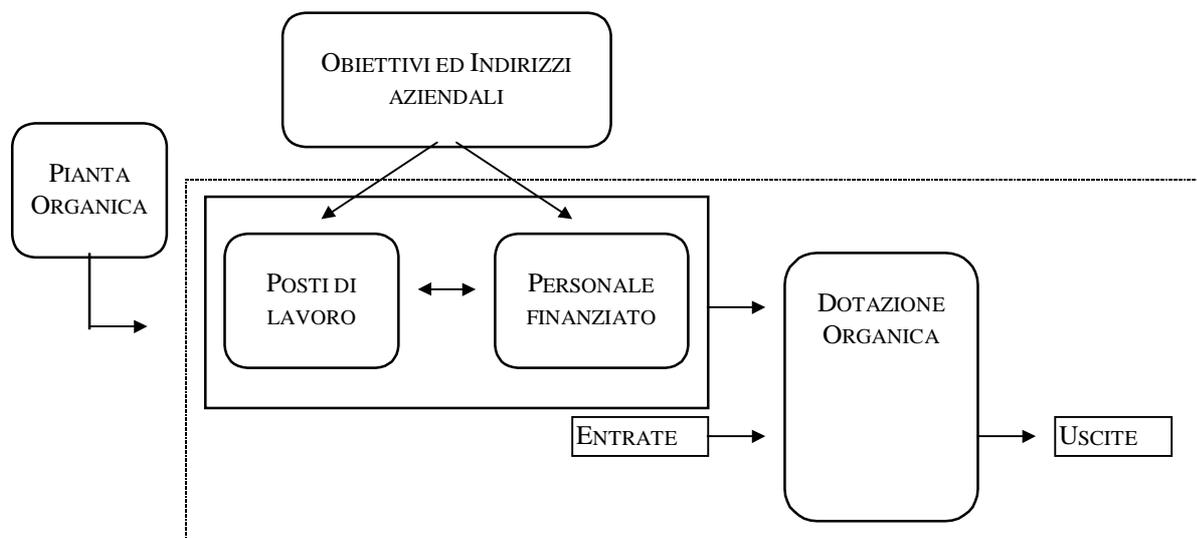
La pianta organica rappresenta il riferimento massimo di personale, suddiviso per qualifiche, che le aziende sono tenute a predisporre per assolvere ad obblighi normativi. E' inviata alla regione e da questa approvata, dopo di che non ha effetto operativo sulla programmazione del personale se non come numero massimo di personale assumibile.

I posti di lavoro rappresentano la necessità di risorse umane, per qualifica e per posizione, da utilizzare nel periodo di riferimento per rispondere ai bisogni dell'utenza e conseguire gli obiettivi aziendali. Subiscono un andamento variabile in quanto collegati direttamente alla domanda di assistenza ed alle rimodulazioni aziendali.

Il personale finanziato costituisce la quota di personale che l'azienda retribuisce e comprende sia le unità effettivamente presenti che le unità assenti a vario titolo. Anche il personale finanziato subisce variazioni in base agli obiettivi ed agli indirizzi aziendali, ed, entro certi limiti, è soggetto a vincoli di bilancio aziendale. Posti di lavoro e personale finanziato sono reciprocamente influenzabili: a parità di finanziato, se aumentano le assenze, diminuisce il grado di copertura dei posti di lavoro; un numero minimo di assenze garantisce un buon grado di copertura dei posti di lavoro. Il loro rapporto equilibrato è fondamentale per evitare, da un lato, sprechi di risorse e, dall'altro, accumulo di straordinario o riduzione di attività assistenziali.

La dotazione organica o forza presente è la quantità di personale fisicamente ed operativamente presente nell'azienda, subisce continue variazioni per le quote di personale in uscita definitiva (pensionamento) o temporanea (es. malattia) ed in entrata temporanea (supplenza) o definitiva (assunzione) nell'azienda.

Le relazioni che unisco i concetti di cui sopra sono fondamentali per capire come affrontare la programmazione del personale. Esse sono così rappresentate:



Per poter definire la dotazione ottimale di personale, attraverso la negoziazione del finanziato, sono necessari sia i dati relativi alla dinamica dei posti di lavoro che alla dinamica del personale: numero entrati, numero usciti, numero di eventi accumulati (come ad esempio il residuo di ferie o gli straordinari effettuati), sia per le singole unità organizzative che per le aree. Gli scostamenti dei valori dai riferimenti della dotazione devono consentire di attivare le operazioni di riequilibrio tra le diverse unità organizzative e tra le diverse aree o di procedere alla richiesta di aumento del finanziato.

Direttamente connesso alla definizione della dotazione è il ricorso ai servizi in gestione esterna con la necessità di rapportare i corrispondenti costi e benefici. Coinvolge sia la singola unità organizzativa che l'area e il Servizio Infermieristico nel suo complesso. Fra i dati economici da prendere in considerazione non vi sono solo i dati di costo riferiti al servizio in appalto, ma anche i costi e gli impegni legati alle modifiche assistenziali ed organizzative connesse.

Particolare rilievo per la programmazione della dotazione organica è assegnato alle variazioni d'attività del Policlinico, come ad esempio le periodiche contrazioni estive di posti letto o le rimodulazioni connesse al P.A.L.. Queste ultime, in particolare, hanno ripercussioni dirette sulle quantità di risorse inserite in bilancio e vincolano ad operazioni radicali di accentramento di funzioni e di fusioni, piuttosto che ad operazioni che lasciano frammentazioni diseconomiche.

Altro elemento a forte impatto per la programmazione è rappresentato dalle modalità di utilizzazione del personale, come ad esempio le presenze diurne o notturne o la turnazione su cinque, sei o sette giorni. Questo riferimento richiede specifici approfondimenti nei livelli di produttività delle diverse articolazioni organizzative in diverse fasce orarie ed in diversi giorni della settimana. Il ricorso alla logica della dipartimentalizzazione, anticipata dalla costituzione delle aree omogenee, è da potenziare ulteriormente con il sempre maggior ricorso all'accorpamento di funzioni.

Le diverse tipologie di dati legati agli elementi sopra indicati devono consentire di operare con sempre maggior attenzione agli indicatori che pongono in relazione gli elementi di attività con

gli elementi di costo o di impiego di risorse. Sono necessari costanti rapporti con le strutture informative e direzionali aziendali. I principali ambiti di calcolo degli indicatori relativi all'uso del personale possono essere individuati nei seguenti:

- performance della funzione di programmazione;
- selezione;
- formazione;
- assenteismo;
- turn over;
- costi;
- risultati o produttività.

1. Lo sviluppo delle Aree omogenee, delle Sub-Aree e l'efficienza

Il processo di utilizzo efficiente di risorsa si basa su una visione estesa dell'area, in una logica di ampio decentramento e con il perseguimento dei massimi livelli di autonomia. Tenuto conto che l'area omogenea è un'aggregazione di unità organizzative basate sull'affinità e/o sull'omogeneità e/o sulla complementarietà (aspetto culturale), i presupposti per raggiungere questi obiettivi sono:

- l'utilizzo in comune di risorse umane e materiali;
- il riconoscimento dell'assegnazione ad una specifica unità organizzativa come stimolo a sviluppare il senso di appartenenza;
- la responsabilità di direzione assegnata all'O.P.D. dell'area con una forte valenza di coordinamento dei processi;
- l'individuazione interna degli operatori professionali coordinatori che possono svolgere funzioni di supporto nella pianificazione (coordinatore leader).

Inoltre, con l'approvazione del nuovo regolamento interno di mobilità basato sulla individuazione di Sub-Aree interne o trasversali alle aree si dispone di un nuovo strumento attento non esclusivamente ad aspetti di efficienza ma anche di efficacia. Infatti, le Sub-Aree individuano porzioni di aree ad elevata omogeneità e quindi facilitano l'adozione di modalità assistenziali comuni ed ad elevata interscambiabilità.

In **allegato 5** è fornita la mappa delle aree con le relative Sub-Aree. Nella lettura delle aree, rispetto alla struttura del Servizio Infermieristico, è presente un Area virtuale definita "Alta specialità". Questa Area esclusivamente funzionale accorpa unità organizzative presenti in diverse aree.

All'interno di ogni Area l'O.P.D. in accordo con i coordinatori, utilizzando dati ed informazioni sull'andamento delle attività e del personale, dovrà individuare ed adottare un modello organizzativo che consenta un mutuo adattamento del personale e delle risorse alla necessità di erogazione delle prestazioni. Ogni Area ha esigenze diverse per quantità e tipologia di prestazioni erogate, quindi, ognuna dovrà costruire, con consenso e partecipazione, un modello in sintonia con i principi generali del Servizio Infermieristico. Il modello di gestione dovrà essere improntato sulla similitudine (rispetto dei medesimi principi) piuttosto che sull'uguaglianza, in quanto unità organizzative con compiti istituzionali diversi possono avere necessità diverse.

C. INDIRIZZO PER L'EFFICACIA

I professionisti effettuano prestazioni e attività e adottano comportamenti radicati nella routine quotidiana. Il presupposto dell'efficacia, in tale contesto, deve tradursi nel superamento di tutto ciò che è dettato esclusivamente da queste considerazioni abitudinarie. Ogni professionista per progredire deve porsi la domanda: "quello che sto facendo serve veramente?", "mi garantisce il risultato migliore?", "posso scegliere qualcosa di meglio?". Solo una revisione costante e sistematica dell'operato quotidiano può consentire un miglioramento effettivo dell'assistenza, sulla base di quanto evidenziato dalla ricerca e dalle esperienze innovative. L'accento nel perseguire l'efficacia non è posto sul dirigente, in quanto egli non è nella condizione per scegliere le prestazioni assistenziali al posto del professionista, ma il dirigente è tenuto a creare le condizioni organizzative affinché i professionisti possano scegliere. Si fa esplicito riferimento ai professionisti piuttosto che ai coordinatori, in quanto anche questi ultimi operano sul piano gestionale-organizzativo piuttosto che su quello professionale. Nelle aree oltre all'aggregazione dei coordinatori è necessario creare momenti di aggregazione fra i professionisti di modo che possano incontrarsi, analizzare i problemi, formulare proposte che consentano un migliore gestione dei pazienti.

Fra le diverse possibilità di incontro si evidenziano:

- analisi dei progetti obiettivo presentati dalle diverse unità organizzative;
- raccolta, selezione e distribuzione di materiali bibliografici selezionati;
- presentazione dei lavori rilevanti, effettuati da specifiche unità organizzative, al resto dell'ospedale o sulla base dell'affinità;
- definizione di gruppi di lavoro sul percorso assistenziale per categorie omogenee di pazienti (*case-manager*);
- definizione di gruppi di lavoro sulla condivisione e stesura di protocolli/procedure assistenziali per Area omogenea.

V. PROGRAMMAZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

A. LA PROGRAMMAZIONE DEL PERSONALE

E' il processo che assicura la disponibilità qualitativa e quantitativa di risorse umane necessarie alla realizzazione dei piani aziendali e del Servizio Infermieristico.

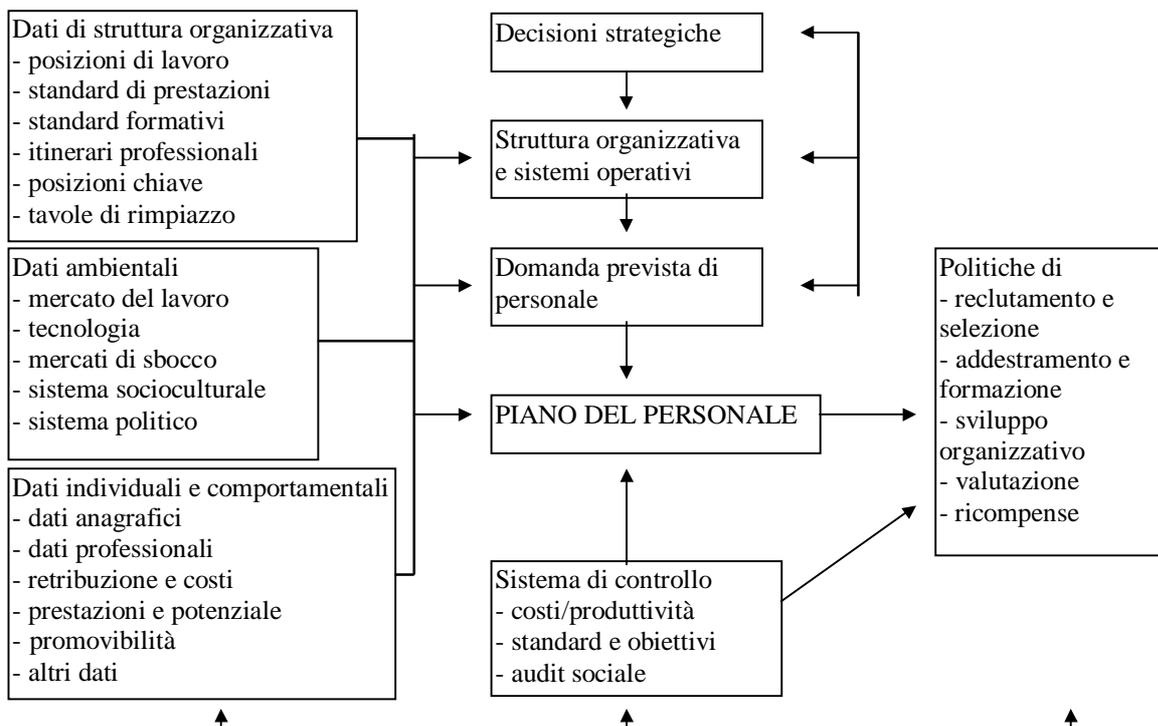
Tale processo aziendale è condotto in parte all'interno del Servizio Infermieristico che sulla base della valutazione di obiettivi - risorse - attività - produttività si pone nelle condizioni di richiedere e negoziare risorsa da assegnare e gestire all'interno delle aree e delle unità operative.

Tale processo interno deve vedere una logica di sviluppo orientata verso la risorsa ed una logica orientata verso la valutazione di attività.

1. Quadro di riferimento per la programmazione del personale

Assunte (1) le decisioni strategiche, (2) la struttura organizzativa e i sistemi operativi, (3) la domanda prevista di personale; visti (a) i dati sulla struttura organizzativa (posizioni di lavoro, standard di prestazioni, standard formativi, itinerari professionali, posizioni chiave, tavole di rimpiazzo), (b) i dati ambientali (mercato del lavoro, tecnologia, mercati di sbocco, sistema socioculturale, sistema politico), (c) i dati individuali e comportamentali (dati anagrafici e professionali, retribuzione e costi, prestazioni e potenziale, promovibilità, altri dati comportamentali) predisporre il piano del personale basato sulle politiche di: reclutamento e selezione, addestramento e formazione, sviluppo organizzativo, valutazione, ricompensa ecc. tenuto conto del sistema di controllo /costi/produttività, standard e obiettivi, audit sociale.

Schematizzazione del sistema di programmazione del personale



B. LA PROGRAMMAZIONE DEL PERSONALE NELL'AMBITO DEL SERVIZIO INFERMIERISTICO

Nell'ambito del Servizio Infermieristico la programmazione del personale è inserita contemporaneamente in vari processi trasversali come controllo direzionale. La programmazione del personale ha lo scopo di garantire la disponibilità quali-quantitativa delle risorse umane ed utilizza un sistema in grado di:

- definire il fabbisogno di personale per professionalità e qualifica;
- richiedere le specifiche professionalità per compensare le carenze e ricoprire i nuovi posti e le nuove posizioni;
- selezionare il nuovo personale;
- allocare il personale sulla base delle necessità prioritarie;
- inserire il personale nelle singole aree.

La programmazione del personale costituisce la funzione di sintesi della gestione delle risorse umane in raccordo alla programmazione aziendale e del Servizio Infermieristico. Assicura l'individuazione della quantità di personale da richiedere e da distribuire in un'ottica quali/quantitativa alla realizzazione degli obiettivi aziendali e del Servizio Infermieristico assicura nel contempo le condizioni per una loro gestione in coerenza con la dinamica organizzativa, contrattuale, tecnico, economica e professionale.

La funzione comprende anche la definizione di metodologie e strumenti di gestione del personale con funzioni di indirizzo e omogeneizzazione a livello di aree e unità operative.

Il piano di programmazione deve essere formulato in termini operativi, attraverso un forte coinvolgimento della *line* (direzione di risorse e coordinatori) nel momento di decisione e implementazione, oltre che in quello di controllo.

1. Il sistema informativo

Storicamente il sistema informativo del personale è stato legato all'amministrazione delle retribuzioni. Già da tempo è evidente la necessità di disporre dati ed elaborazioni per supportare le politiche di gestione del personale.

La struttura informativa precedente può solo in parte, attraverso opportuni trattamenti ed integrazioni, fornire dati utili quali: dati anagrafici, anzianità aziendale, qualifica, livello di inquadramento, posizione di lavoro, posizione retributiva, ore e giornate lavorate, ecc. ma queste informazioni non bastano. Al Servizio Infermieristico servono dati relativi alla composizione dell'organico, all'assenteismo, al turn-over e al costo del personale.

a) Composizione dell'organico con dati percentuali, medi e disaggregati per settori relativi a:

- sesso
- classi di età
- posizione familiare
- residenza
- scolarità e formazione
- livello di inquadramento e qualifica
- posizione lavorativa
- posizione retributiva e costo
- anzianità nell'azienda, nella qualifica, nella posizione
- mobilità verticale ed orizzontale
- tassi di assenteismo e turn over

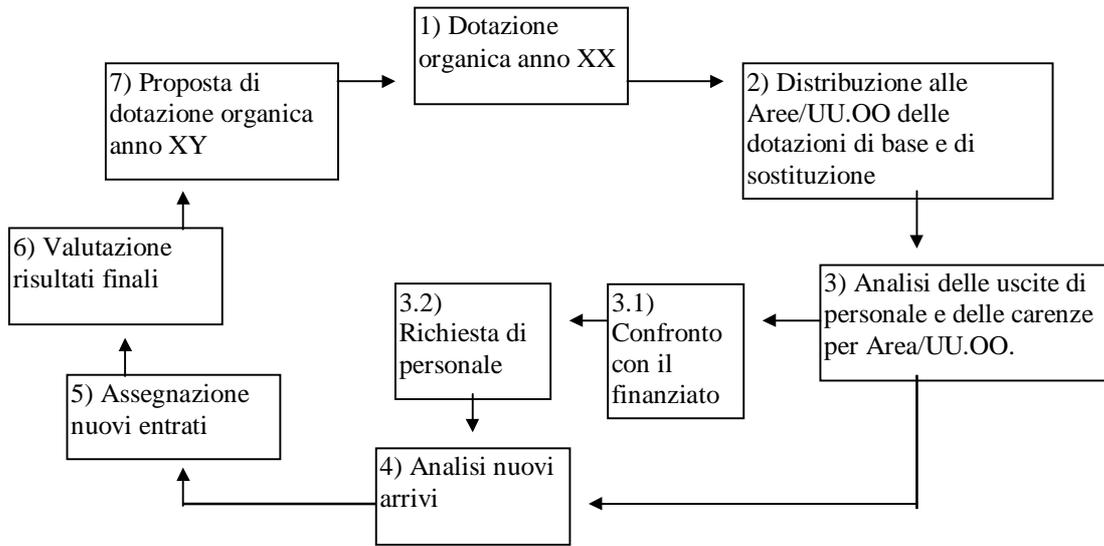
- turni, trasferte
 - straordinari e ferie
 - valutazione sulle prestazioni e sul potenziale
- b) Assenteismo per posizione, per settori organizzativi, per cause di assenza e per motivazione dei seguenti indici:
- tasso di assenteismo espresso in ore
 - tasso di assenteismo espresso in giornate
 - tasso di assenteismo espresso in assenti
 - indice di frequenza
 - indice di gravità
 - indice di durata media
- c) Turnover con indici relativi a:
- tasso di turn over complessivo
 - negativo
 - positivo
 - tasso di compensazione del turnover
- 4) costo del personale per singola unità operativa, per qualifica, per periodo di riferimento.

A livello di programmazione del personale dovrà essere sviluppata la valutazione della produttività. Questa fase in prima istanza può essere basata sulla rilevazione di indicatori generali come la tipologia delle attività, il tipo di produzione e i principali indici sanitari: degenza media (DM), turn over dei pazienti (TO), indice di rotazione dei posti letto (IR), presenza media giornaliera (PMG), numero dei paziente transitati; DRG prodotti, ecc...

In pratica ogni Area dovrà tenere sotto controllo tali indicatori, rapportarli alle risorse attribuite e fare emergere le differenziazioni e le motivazioni relative. Sempre all'area spetta il compito di proporre soluzioni orientate alla razionalizzazione efficace ed efficiente: occorre prima ragionare in un'ottica di migliore utilizzo di ciò che è a disposizione, e solo in un secondo momento ad incremento di risorsa. Obiettivo della valutazione della produttività è quello, in prima istanza, di elaborare un modello di riferimento con relativi standard di personale che consideri anche la complessità organizzativa.

Complessivamente il flusso di programmazione del personale prevede un andamento ciclico su base annuale che prende l'avvio dalla definizione della dotazione organica per l'anno d'esercizio, si conclude con la proposta di dotazione organica per l'esercizio successivo e si sviluppa attraverso l'analisi dei movimenti di personale e la richiesta di integrazioni.

Flusso della programmazione del personale



C. LA GESTIONE DELLA DOTAZIONE DI PERSONALE

1. Premessa

I riferimenti base per delineare le modalità di gestione del personale sono rappresentati dall'adozione nell'azienda di modelli organizzativi di carattere dipartimentale e nella considerazione primaria per le risorse umane e la loro valorizzazione in termini professionali. Pertanto le modalità gestionali costituiscono una parte fondamentale per progettare "percorsi di carriera", in armonia con gli accordi decentrati, all'interno dell'Azienda Ospedaliera di Bologna in grado di supportare la logica dipartimentale e nel contempo rappresentare una reale modalità di valorizzazione del personale.

L'Azienda Ospedaliera ha come compito principale quello di fornire prestazioni sanitarie caratterizzate da efficacia, appropriatezza, efficienza e qualità. In termini operativi ciò si deve coniugare con i concetti di "personalizzazione dell'assistenza" e "complessità delle prestazioni". Infatti, un ospedale che voglia mantenere o raggiungere un'elevata considerazione professionale, scientifica e tecnica deve operare tenendo conto sia delle esigenze di ogni singolo utente, quindi attenzione alla personalizzazione dell'assistenza, che della evoluzione delle diverse specialità diagnostico-terapeutiche-assistenziali, quindi complessità delle prestazioni.

Pertanto l'obiettivo strategico cui improntare la definizione delle linee guida è di "fornire un'assistenza caratterizzata dall'equilibrio fra la complessità delle prestazioni e la personalizzazione dell'assistenza allo scopo di raggiungere la maggior efficacia, efficienza e qualità". Questo tipo di obiettivo diventa il riferimento principale per integrare le modalità di sviluppo organizzativo con quelle professionali. Il suo perseguimento richiede integrazione costante fra le due direttrici di sviluppo e un forte decentramento delle decisioni operative ai diversi livelli organizzativi e alle diverse professionalità coinvolte. Il decentramento richiede assunzione di responsabilità diffusa, ma questa deve necessariamente essere accompagnata, per essere credibile, da autonomia.

2. I posti di lavoro e le posizioni di lavoro

Il riferimento principale per definire la dotazione di personale è costituito dai **posti di lavoro**, che sono una descrizione numerica delle sedi effettive di risposta qualificata ai bisogni sanitari degli utenti che si rivolgono all'ospedale. Per affrontare le esigenze dei diversi utenti è opportuno definire, oltre ai posti di lavoro (elemento variabile in relazione alla quantità della domanda), le **posizioni di lavoro** che consentano di diversificare le domande di prestazioni e le conseguenti risposte assistenziali (elemento variabile in relazione alla qualità della domanda). Ad esempio, una posizione di lavoro è rappresentata dalla descrizione delle funzioni dell'infermiere di sala operatoria, i posti di lavoro conseguenti sono in relazione al numero di infermieri che sono necessari per garantire quei tipi di funzioni, che a sua volta è influenzata dalla quantità di prestazioni che si devono erogare.

Per fornire un esempio reale di come si articolano i posti di lavoro con le posizioni di lavoro utilizziamo la Cardiochirurgia con le relative articolazioni operative.

| Articolazioni operative | Posti di lavoro | | Posizioni di lavoro |
|-------------------------|-----------------|----------------------|---|
| | C.S. | Infermieri e tecnici | |
| Blocco operatorio | 1 | 20 | <ul style="list-style-type: none"> ■ Capo sala di blocco operatorio ■ Infermiere addetto alla sala operatoria ■ Infermiere addetto all'anestesia ■ Tecnico perfusionista ■ |
| Ambulatorio | 0 | 2 | <ul style="list-style-type: none"> ■ Infermiere di ambulatorio ■ |
| Degenza | 1 | 18 | <ul style="list-style-type: none"> ■ Capo sala di degenza ■ Infermiere diurnista ■ Infermiere turnista ■ |
| Terapia Intensiva | 1 | 34 | <ul style="list-style-type: none"> ■ Capo sala di degenza ■ Infermiere diurnista ■ Infermiere turnista ■ |

I posti di lavoro singoli, come il Capo sala, individuano una sola posizione di lavoro. I venti posti di lavoro degli infermieri e tecnici della sala operatoria si suddividono in tre posizioni di lavoro. Un qualunque infermiere può ricoprire una sola posizione di lavoro o ruotare alternativamente su diverse posizioni di lavoro. I posti di lavoro individuano quindi la quantità di personale da impiegare, cioè il numero di unità, mentre le posizioni descrivono le competenze che gli infermieri devono possedere per ricoprire quella posizione.

Scopo della definizione delle posizioni e di lavoro è favorire la giusta collocazione del personale. Tuttavia un'eccessiva diversificazione delle posizioni di lavoro può comportare un irrigidimento del sistema che non sarebbe più in grado di far fronte positivamente a variazioni della domanda di prestazioni sanitarie. Le domande di assistenza sanitaria non sono, infatti, statiche, ma fluttuanti in relazioni alla dinamica della popolazione di riferimento. Ne consegue che le descrizioni delle posizioni di lavoro devono essere equilibrate rispetto alla necessità di flessibilità che il sistema richiede.

La descrizione delle posizioni di lavoro (job description) è un'attività che coinvolge tutte le unità organizzative sia in senso verticale, cioè all'interno della stessa unità organizzativa, e sia in senso orizzontale, cioè fra unità organizzative, sub-aree ed aree omogenee.

3. Le dotazioni di personale e i posti di lavoro

In premessa si descrivono le tipologie di dotazioni organiche e di posti di lavoro ricopribili dagli operatori, classificate come **dotazione base**, **dotazione integrativa**, **dotazione complessiva** e come **posto di lavoro turnista**, **posto di lavoro diurnista** e **posto di lavoro a disposizione**. Le macro categorie hanno il solo scopo di uniformare il linguaggio e semplificare la complessità delle regole di gestione del personale.

La dotazione base

La dotazione base è formata dal personale che deve garantire l'assistenza all'utente erogando specifiche prestazioni. E' definita sulla base del personale che deve essere presente per garantire il buon andamento delle attività assistenziali nell'arco delle 24 ore o comunque nell'arco di tempo di apertura del servizio. E' influenzata dalla produzione (attività da erogare) e, quindi, è dotata di relativa stabilità se accompagnata dalla stabilità della produzione. In termini operativi è rappresentata dagli operatori settimanalmente presenti nelle unità operative e dagli operatori che ne garantiscono i riposi ed è, quindi, variabile dipendente dai posti di lavoro previsti.

Ad ogni unità organizzativa è assegnata una dotazione base (per qualifica) per fronteggiare le attività ordinarie, mentre, per far fronte ad aumenti di attività o ad assenze impreviste, si ricorre ad una dotazione integrativa costruita sulla base delle sub-aree e articolata sulle singole unità operative. Le dotazioni sono calcolate in relazione ad una molteplicità di variabili in relazione dinamica fra di loro e tengono conto anche della situazione "storica". I riferimenti principali sono costituiti da:

- tipologia dell'attività svolta;
- livelli di produzione previsti ed, in particolare, l'organizzazione degli accessi programmati a seconda delle tipologie di ricovero ed attività ambulatoriale (ricoveri settimanali, ecc.);
- principali indici sanitari (DM - TO - IR - PMG);
- modello assistenziale utilizzato e consolidato;
- articolazione della dotazione (base e integrativa).

La definizione delle dotazioni di base è, in altre parole, calcolata sull'elenco dei posti di lavoro e delle posizioni di lavoro richieste dall'unità organizzativa e dalle sue articolazioni, come day hospital o ambulatori.

La dotazione integrativa

La dotazione integrativa è formata dal personale che deve sostituire le unità che garantiscono l'assistenza all'utente nei periodi in cui queste sono assenti. E' definita sulla base degli indici d'assenza contrattualmente definiti (ferie, permessi retribuiti, formazione, benefici di legge) e sulle assenze non previste. E' quindi influenzata dalla quantità delle assenze. In termini operativi è rappresentata dagli operatori che garantiscono la copertura dei posti di lavoro per compensare le assenze. Il rapporto fra dotazione base e dotazione integrativa è variabile in relazione alla tipologia di unità organizzativa e alla qualità della domanda assistenziale (come descritto periodicamente nel documento di budget).

A livello aziendale è concordato annualmente una quota di operatori, suddivisi per qualifica, per compensare le lunghe assenze non previste.

La definizione della dotazione integrativa è operata a livello di sub-area, ed è costituita dal personale assegnato ai posti di lavoro a disposizione.

La responsabilità della gestione della dotazione base e della dotazione integrativa è assegnata al Capo Sala/Tecnico in un'ottica di Area. Operativamente, infatti, ogni dotazione integrativa è assegnata ad una specifica unità operativa per garantirne la gestione corrente, ma l'insieme delle dotazioni integrative di una data sub-area costituiscono una équipe cui attingere per garantire la copertura di eventuali assenze improvvise ed impreviste in tutta la sub-area secondo le modalità successivamente descritte. Nei casi in cui le sub-aree siano costituite da un numero esiguo di unità organizzative, il riferimento diventa l'area ma senza trascurare il rispetto delle priorità di sub-area in quanto dotate di maggior omogeneità (riferimento al protocollo d'intesa per la gestione dei processi d'inserimento e di mobilità nell'ambito delle strutture sanitarie del personale afferente al Servizio Infermieristico).

La dispersione della risorsa in piccoli contenitori senza comunicazione fra di loro porta, in periodo di "siccità", a forti compromissioni dei livelli di efficacia ed efficienza. La presenza di vasi

comunicanti permette di mantenere i livelli equilibrati in tutti i contenitori oppure, in situazione di emergenza, a limitare la dispersione in quei contenitori ritenuti meno necessari.

La rilevazione periodica dei dati relativi alle dotazioni base ed integrative, la loro elaborazione e la loro trasmissione al settore controllo direzionale è affidata all'O.P.D./Coordinatore di area o sub-area. I report di tali dati saranno trasmessi alle Organizzazioni sindacali aventi titolo.

La dotazione complessiva

La dotazione complessiva è formata dall'insieme delle dotazioni base ed integrativa e costituisce una singola équipe di lavoro che raggruppa il personale che occupa posti di lavoro turnisti, diurnisti ed a disposizione.

Il posto di lavoro turnista o diurnista

Il posto di lavoro turnista o diurnista è il posto ricoperto da chi ha partecipato ad un bando di mobilità, si è collocato in posizione utile ed ha accettato la collocazione in una data unità organizzativa. Il posto di lavoro turnista o diurnista è dotato di relativa stabilità per consentire lo sviluppo del senso di appartenenza a quella specifica unità organizzativa. L'insieme degli operatori che ricoprono i posti di lavoro di turnista e diurnista costituisce la dotazione base dell'unità organizzativa.

Nell'ambito dei regolamenti di sub-area, definiti in conformità al presente, saranno individuate da ogni unità organizzativa sulla base di espliciti criteri quelle specifiche posizioni che, per le particolari conoscenze, competenze ed esperienze che richiedono, non possono essere ricoperte in modo indistinto da tutti gli operatori.

Il personale a posto di lavoro turnista o diurnista, assegnato ad una specifica unità organizzativa, a rotazione è collocato su posti di lavoro a disposizione e funge da unità di sostituzione per la sub-area a seconda delle necessità e per tempi concordati, ai sensi dell' art. 13 del protocollo sulla mobilità interna.

Per le specifiche posizioni di cui sopra, la collocazione sui posti di lavoro a disposizione sarà necessariamente limitata, come per il personale riconosciuto nell'impossibilità di collocarsi per motivi riconducibili a specifiche norme legislative o contrattuali atte a tutelare particolari condizioni anche temporanee. Inoltre, sulla base del regolamento di mobilità, le unità a posto di lavoro turnista o diurnista prima di accedere a nuovi bandi di mobilità devono garantire almeno due anni di permanenza nelle UU.OO. definite di base e quattro anni in quelle definite specialistiche. La differenza è determinata dai diversi investimenti addestrativi necessari.

In specifico l'operatore su posto di lavoro turnista garantisce la continuità dell'assistenza nell'arco delle 24 ore ruotando su turni di mattino, pomeriggio e notte con moduli concordati e definiti sulla base delle esigenze delle unità organizzative nelle more degli accordi contrattuali. Di norma il nuovo assunto è collocato su posto di operatore turnista, secondo un preciso protocollo di inserimento che ne consenta una corretta valutazione nel periodo di prova.

In specifico l'operatore su posto di lavoro diurnista garantisce l'assistenza diurna con presenze nei turni di mattina e/o pomeriggio su 5 e/o 6 giorni a seconda delle necessità delle unità operative.

Il posto di lavoro a disposizione

Il posto di lavoro a disposizione è il posto ricoperto dagli operatori turnisti o diurnisti che, per tempi e modi concordati nell' ambito del regolamento di sub-area, sono a disposizione dell'unità organizzativa e della sub-area per garantire la copertura di tutti i posti di lavoro necessari. L'insieme

degli operatori che ricoprono temporaneamente i posti di lavoro a disposizione costituisce la dotazione integrativa. In tale modo si giunge al superamento dei cosiddetti “posti fissi” e “posti di sostituzione” e si afferma una reale solidarietà con l’equa distribuzione dei disagi connessi alle temporanee rotazioni su tutti gli operatori.

4. Principi e regole di gestione delle dotazioni di personale

La gestione delle dotazioni di personale è opportuno che sia realizzata sulla base del principio della flessibilità delle risorse umane ed in integrazione con la valutazione periodica delle attività. Le regole di gestione, comuni a tutto il Servizio Infermieristico, cui dovranno attenersi tutte le unità organizzative e le sub-aree per definire le specifiche regole di gestione sono le seguenti:

1. il riferimento base per la gestione del personale è l’equipe che è formata dall’insieme del personale assegnato ad una data unità organizzativa che, a sua volta, comprende diverse articolazioni interne come servizi, degenze, ambulatori, day hospital, ecc.;
2. tutto il personale dell’equipe afferisce al coordinatore dell’unità organizzativa;
3. il personale è assegnato ad una équipe e non ad un posto di lavoro o ad una posizione di lavoro o ad un tipo di organico;
4. il personale assegnato all’equipe, a rotazione per periodi da concordarsi nell’ambito del regolamento interno di sub-area, è collocato sul posto di lavoro a disposizione in quanto il modello organizzativo basato sulla “rotazione” ha i seguenti vantaggi:
 - favorisce l’acquisizione diffusa di conoscenze e competenze;
 - favorisce la copertura delle diverse posizioni di lavoro;
 - favorisce l’impiego efficiente del personale;
 - favorisce la coesione e la motivazione dell’equipe;
 - diminuisce i conflitti.
5. per esplicite posizioni di lavoro, che richiedono specifiche competenze o lo svolgimento di attività particolarmente complesse, il coordinatore può individuare, tramite criteri espliciti e trasparenti evidenziati nella descrizione delle specifiche posizioni di lavoro, operatori a cui assegnarle, tenuto conto che il modello organizzativo basato sulla “stabilità” ha i seguenti vantaggi:
 - favorisce la specializzazione delle competenze;
 - favorisce la formazione di specialisti in particolari attività complesse;
 - favorisce l’impiego efficace del personale;
 - favorisce il rispetto delle necessità socio-sanitarie di singoli operatori;
 - favorisce la motivazione dei singoli componenti dell’equipe.Tali posizioni saranno rese note alle Organizzazioni sindacali aventi titolo;
6. l’assegnazione degli operatori alle dotazioni integrative è comunque effettuata sulla base di una specifica unità organizzativa, per favorire lo sviluppo del senso di appartenenza, ed occorre, quindi, trovare modalità di integrazione con l’intera sub-area prevedendo forme di rotazione del personale nei momenti di carenza al fine di distribuire i possibili disagi fra tutti;
7. il coordinatore, secondo le regole della buona gestione e in armonia con i dettati contrattuali e normativi adottati in azienda, è tenuto a prendere decisioni sulle presenze degli operatori sulla base delle variazioni di attività;
8. la fruizione dei residui di congedo ordinario è obbligatoria, tenuto conto della quantità individuale di maturato e di quanto previsto dal CCNL così come integrato dall’accordo ARAN/OO.SS. del maggio 1997;
9. obiettivo dell’azienda è garantire le ferie del personale secondo quanto previsto dal CCNL vigente. Questo è possibile mediante una programmazione delle ferie annuale che tenga conto di

- tutte le risorse umane della sub-area e delle modificazioni del volume di attività previste nel periodo estivo e natalizio. I punti successivi sono coerenti e non sostitutivi dell'art. 19 del CCNL;
10. la fruizione di congedo ordinario al di fuori del periodo di ferie estive prevede la disponibilità al rientro in caso di necessità, secondo programmazione e procedure stabilite fra i coordinatori delle unità organizzative e l'O.P.D./Coordinatore di sub-area e descritte nel regolamento di gestione interna a livello di sub-area. Di norma le suddette procedure devono prevedere la garanzia di ferie assicurate per almeno un operatore sanitario per ogni unità organizzativa con standard di riferimento di 17 unità o multipli e per 2 o 3 OTA o ausiliari nella sub-area in rapporto alle risorse disponibili e favorendo integrazioni nell'ambito della sub-area;
11. la copertura di assenze eccedenti la possibilità di autonoma compensazione interna all'unità organizzativa deve riferirsi alla gestione allargata di sub-area che prevede la modulazione degli spostamenti secondo criteri di equilibrio.

Flusso per la gestione delle carenze

Le carenze che si determinano in un'unità organizzativa sono coperte con il personale della dotazione integrativa. Il riferimento organizzativo è costituito dal coordinatore. In caso di esaurimento documentato della disponibilità di questo personale (nel rispetto delle procedure stabilite nella Sub-Area/Area d'appartenenza), si ricorre alla gestione integrata. Il riferimento organizzativo è costituito dall'O.P.D./Coordinatore di sub-area sulla base del regolamento di gestione interno alla sub-area.

Il sistema per funzionare deve basarsi sulla solidarietà reale delle unità organizzative fra di loro e sulla formulazione di procedure scritte largamente condivise. Per prevenire fenomeni di disorientamento e di demotivazione si deve procedere all'informazione e all'aggiornamento in modo diffuso e permanente di tutto il personale interessato.

Tale sistema deve facilitare anche la realizzazione di un sistema premiante che può consistere in:

- richiesta di corsi di aggiornamento;
- accoglimento delle richieste per partecipare a congressi e convegni;
- partecipazione a gruppi di lavoro di interesse aziendale;
- incentivazione economica.

Le modalità di procedere, secondo i criteri sopra definiti, sono così articolate:

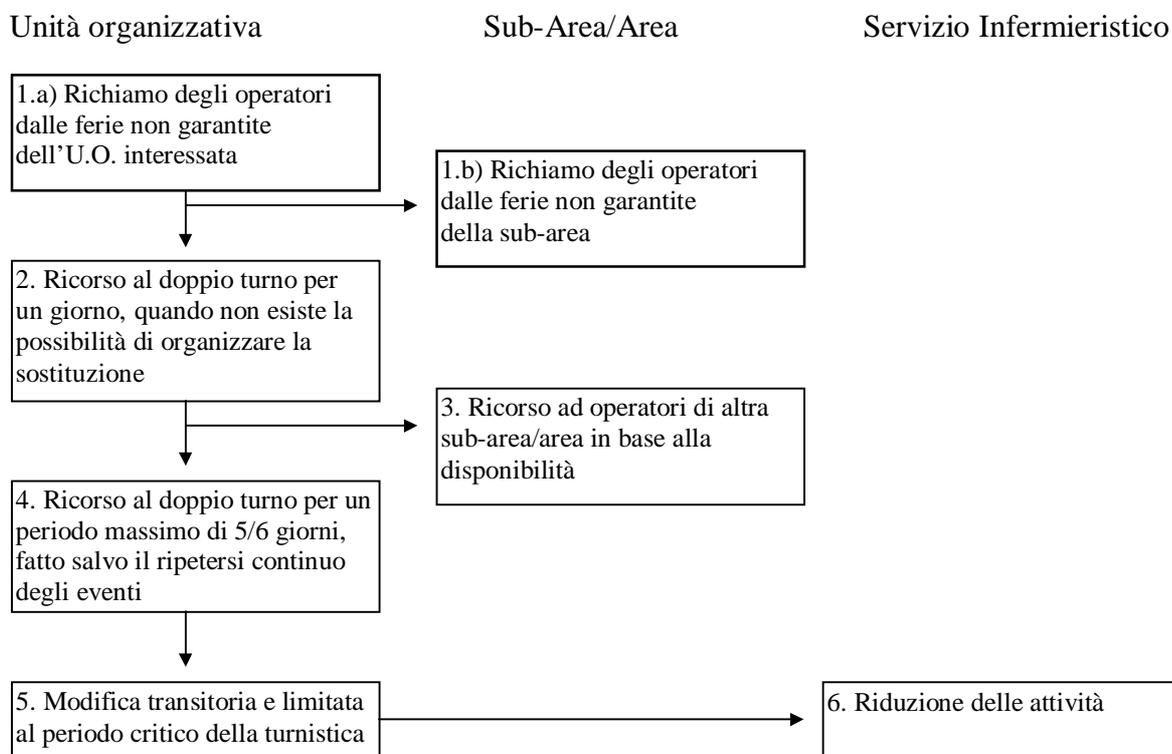
1. richiamo degli operatori dalle ferie non garantite:
 - 1.a) in prima istanza tutti quelli dell'unità organizzativa interessata
 - 1.b) successivamente quelli della sub-area, in base ai criteri stabiliti nelle procedure di sub-area;ad esaurimento ↓
2. ricorso al doppio turno per un giorno con ordine di servizio, quando non esiste la possibilità di organizzare la sostituzione (ad esempio, per malattia improvvisa da sostituire nella giornata stessa); ad esaurimento ↓
3. in caso di documentata e comprovata emergenza, qualora non si possa compensare altrimenti, ricorso ad operatori di altra sub-area/area in base alla disponibilità; ad esaurimento ↓
4. ricorso al doppio turno (secondo le procedure stabilite nell'unità organizzativa) per un periodo massimo di 5/6 giorni, fatto salvo il ripetersi continuo degli eventi. Tale evento dovrà essere documentato; ad esaurimento ↓
5. modifica transitoria e limitata al periodo critico della turnistica per un

massimo di 30 giorni;
6. riduzione delle attività.

ad esaurimento ↓

Relativamente ai punti 5. e 6. Si provvederà a dare comunicazione alle OO.SS. aventi titolo.

Schema del flusso per la gestione delle carenze



Norme di salvaguardia

- Nelle situazioni di crisi per carenza della dotazione organica è necessario incidere sui ricoveri programmati tendendo ad una loro diminuzione.
- Le unità organizzative da proteggere, in quanto poco influenzate dai ricoveri programmati, sono le unità del cingolo in quanto non possono contrarre gli ingressi provenienti direttamente dal pronto soccorso.
- Le altre unità organizzative da proteggere sono quelle appartenenti all'area critica, in quanto una diminuzione di risorse può risultare immediatamente pericolosa per i pazienti.

Il presente regolamento ha carattere sperimentale per un anno e potrà essere rivisitato dopo sei mesi dalla sua applicazione su richiesta motivata di una delle parti.

Entro 30 giorni dalla sottoscrizione del presente regolamento aziendale e sulla base delle linee di indirizzo ivi contenute, le sub-aree sono tenute ad elaborare il regolamento di gestione del personale interno alla sub-area.