

Università Telematica Pegaso



Master in
**Management e coordinamento delle professioni sanitarie
(MA-059)**

ORGANIZZAZIONE E GESTIONE DEI TURNI IN AMBITO OSPEDALIERO

RELATORE:

Dott.ssa Loredana Palmieri

CANDIDATO:

Giuseppe Napolitano

**Anno Accademico
2011-2012**

INDICE

INTRODUZIONE	3
CAPITOLO PRIMO	
FATTORI CHE INFLUENZANO LA GESTIONE DEI TURNI.....	4
1.1 ORGANIZZAZIONE E GESTIONE TURNI.....	4
1.2 I FATTORI LEGATI AL TIPO DI TURNO	9
CAPITOLO SECONDO	
LE MODALITA' DI PROGETTAZIONE E GESTIONE DEI TURNI... 12	
2.1 I FATTORI AMBIENTALI E SOCIALI	15
2.2 LE MODALITA' DI PROGETTARE TURNI.....	18
CAPITOLO TERZO	
STRUMENTI E TECNICHE D'INDAGINE DEL CONTESTO	
ORGANIZZATIVO	19
3.1 QUESTIONARIO E CECK - LIST.....	20
3.2 IPOTESI DI REGOLAMENTO SULLA MOBILITÀ.....	20
CONCLUSIONI	33
RELAZIONE DI TIROCINIO.....	37
BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO.....	42

INTRODUZIONE

Oltre alle problematiche di carattere biopsicosociale nel lavoro a turni entrano in gioco anche fattori legati al posto di lavoro, fattori connessi al tipo di turno effettuato, fattori ambientali e sociali, nonché variabili correlate alle modalità di progettazione e gestione dei turni. Per quanto riguarda il gruppo dei fattori legati al posto di lavoro, si considerano prevalenti: la retribuzione; il livello di qualificazione; il grado di soddisfazione; le opportunità di carriera; le relazioni personali; il pendolarismo. Per quel che si riferisce, invece, alla categoria dei fattori, connessi al tipo di turno, assumono rilevanza: la continuità del turno; il numero di notti consecutive per turno; la quantità complessiva di turni notturni prestati nel corso dell'anno; gli orari nei quali avviene il cambio di turno; il numero di fine settimana liberi da impegni di lavoro.

Per contro, sul versante dei fattori ambientali e sociali, occorre sottolineare: il settore lavorativo di assegnazione; la configurazione organizzativa conferita al presidio/servizio di appartenenza; le opportunità offerte dal mercato del lavoro; la disponibilità di servizi e di attività sociali e/o ricreative nella zona in cui è situata la sede di lavoro. Anche se non appartengono in senso stretto alle classi dei fattori sin qui elencati, le modalità di progettazione e di gestione dei turni incidono in misura non secondaria sul clima relazionale e organizzativo del contesto di riferimento e possono creare situazioni di disadattamento nei confronti del lavoro a turni.

Capitolo Primo

FATTORI CHE INFLUENZANO LA GESTIONE DEI TURNI

1.1 Organizzazione e gestione turni

Nello studio sulla tutela della salute degli infermieri turnisti, si individua un lungo elenco di fattori che, secondo le risultanze di indagini effettuate, influiscono sulla tolleranza del lavoro a turni da parte degli operatori e, di riflesso, sulla sua gestione.

Tali fattori, vengono raggruppati in cinque categorie e spaziano dalle caratteristiche biopsicosociali dell'individuo, alle condizioni ambientali e sociali che pervadono il contesto lavorativa di riferimento, mettendo in evidenza la numerosità e la complessità delle variabili che agiscono nel lavoro a turni e ne determinano, almeno in parte, la problematicità. In subordine, la conoscenza dei fattori in questione consente di esplorarne maggiormente gli effetti e di adottare strumenti d'indagine che ne permettano la visibilità e la gestione.

Tra gli elementi che incidono sul livello di motivazione del lavoratore nei confronti del lavoro a turni, la sua collocazione fisica all'interno della struttura sanitaria è certamente importante, anche per le opportunità di crescita professionale e di riconoscimento sociale che a essa si collegano. Negli infermieri che operano in settori particolari dei presidi ospedalieri, quali l'area critica, l'emergenza o le sale operatorie, è di frequente riscontro, infatti, un maggior grado di soddisfazione rispetto a coloro che prestano la propria attività in unità operative di assistenza di base, nelle quali la complessità tecnologica degli interventi, in genere, è molto bassa o addirittura

inesistente e dove prevalgono prestazioni più orientate al soddisfacimento dei bisogni fondamentali dell'individuo o al comfort alberghiero. Ciò è dovuto a diverse cause tra cui, a titolo di esempio, si possono distinguere:

- La retribuzione: il lavoro in area critica, emergenza, sala operatoria o emodialisi è economicamente incentivato con delle indennità ad hoc il cui scopo è quello di remunerare in una certa misura il disagio psicofisico di chi opera in questi settori, notoriamente più esposto allo stress e alle sue conseguenze, nonché ai rischi occupazionali dovuti all'uso di radiazioni ionizzanti o al contatto accidentale con fluidi biologici potenzialmente contaminati, per cui, malgrado la presenza dei problemi citati, costituisce un notevole elemento di attrazione.

- Il livello di qualificazione: l'attività in reparti ad alta complessità tecnologica richiede un costante aggiornamento del know-how posseduto dagli operatori attraverso momenti di formazione che possono essere formali, ossia gestiti come veri e propri corsi, oppure informali, cioè condotti durante la fase lavorativa, come il briefing o altre modalità di confronto e discussione; questa pratica attribuisce valore aggiunto alla professionalità del personale, ne aumenta la motivazione e rende più appetibile agli infermieri l'assegnazione ai reparti in predicato, benché il livello di usura psicofisica sia maggiore rispetto ad altre realtà¹.

- Grado di soddisfazione: vale, a questo riguardo, quanto già precedentemente osservato.

¹ SNAIDERO D., *Ipotesi di regolamento sulla mobilità del personale all'interno dell'azienda ospedaliera*, in *Management Infermieristico*, 4, 2000.

- Opportunità di carriera: circa questo aspetto, dal punto di vista contrattuale non vi sono sostanziali differenze tra chi opera in ambiti ad elevata assistenza e chi lavora, invece, nell'assistenza di base genericamente considerata; nel caso in esame, quindi, la collocazione lavorativa appare ininfluyente; tuttavia occorre rilevare che il più alto livello di formazione degli operatori di area critica li pone in una condizione privilegiata che, pur non venendo formalmente riconosciuta dal contratto, se non per le implicazioni di natura retributiva cui si è già fatto cenno, costituisce, sotto questo profilo, un indubbio vantaggio, soprattutto per ciò che attiene alla progressione economica orizzontale.

- Relazioni interpersonali: la necessità di agire con un elevato standard di integrazione favorisce una coesione maggiore tra gli operatori che sono soliti lavorare in équipe multidisciplinari, riducendo o eliminando, in taluni casi, anche le differenziazioni di tipo gerarchico e migliorando, quindi, la partnership a beneficio del lavoro di gruppo; cosa che non accade nelle realtà in cui il lavoro di gruppo è punto o poco praticato e all'interno delle quali i rapporti sono più formali e lo spirito di solidarietà che si riscontra, ad esempio, nell'area dell'emergenza, assai meno presente; è fuor di dubbio che queste diversità influiscono anche sull'accettazione del lavoro a turni, che è compensata da un miglior rapporto interpersonale nel primo caso, e peggiorata dal formalismo delle differenti figure professionali presenti all'interno della struttura nel secondo.

- Pendolarismo: la distanza dal proprio domicilio del posto di lavoro e la disponibilità di mezzi di trasporto costituiscono indubbiamente un problema per chi è impegnato nel lavoro a turni, in quanto ne aumentano il disagio personale e familiare, soprattutto nel caso di percorrenze che richiedano tempi lunghi di viaggio; tant'è vero che l'articolo 17 della L. 25/19993 prevede che le madri lavoratrici al rientro dalla

gravidanza vengano assegnate a una struttura collocata nel comune di residenza o nelle immediate vicinanze. Anche qui, tuttavia, si possono verificare eccezioni nelle quali un ruolo importante è giocato dal tipo di attività svolta: più questa è motivante, minore è la percezione della difficoltà richiesta per raggiungere la sede lavorativa in tempo utile per l'inizio del turno.

Da quanto precede risulta che le caratteristiche dell'attività svolta agiscono in modo determinante sul gradimento espresso dai lavoratori nei confronti del lavoro a turni, dal momento che, facendo leva sulle motivazioni, possono ridurre il disagio pur in presenza di un elevato livello di stress. Ciò non di meno, l'esperienza e le osservazioni compiute consigliano di adottare alcune precauzioni per prevenire il fenomeno dell'abbandono e il ricorso a un eccessivo turn-over, quali:

- favorire l'alternanza tra turni a ciclo diurno e turni a ciclo continuo con periodicità bi-triennale;
- utilizzare la mobilità programmata all'interno di aree omogenee per caratteristiche organizzative e tipologia di interventi al fine di stimolare la motivazione;
- promuovere la costituzione di gruppi di autoaiuto per il trattamento dello stress e/o della demotivazione;
- aumentare l'offerta formativa sia nella versione formale che in quella informale;
- prevedere un congruo numero di periodi di riposo già inseriti nel turno.

Tabella Fattori che influiscono sulla tolleranza del lavoro a turni

Fattori individuali	<ul style="list-style-type: none">• Età• Stato di salute• Anzianità lavorativa• Personalità• Caratteristiche comportamentali• Ritmo sonno/veglia• Assetto cronobiologico
Fattori familiari	<ul style="list-style-type: none">• Sesso• Stato civile• Numero ed età dei figli• Livello socio-economico• Presenza di secondo lavoro• Lavoro del coniuge (turnista)• Condizioni abitative• Atteggiamenti della famiglia
Fattori connessi con il posto di lavoro	<ul style="list-style-type: none">• Caratteristiche del compito• Retribuzione• Livello di qualificazione• Grado di soddisfazione• Opportunità di carriera• Relazioni interpersonali• Pendolarismo

Fattori legati al tipo di turno

- Discontinuo, semicontinuo e continuo
- Ruotante o fisso
- Numero di notti consecutive per ciclo
- Numero di notti complessive per turno
- Lunghezza del ciclo
- Direzione e velocità della rotazione
- Orari di cambio turno
- Week-ends liberi per ciclo

Fattori ambientali e sociali

- Settore lavorativo
- Mercato del lavoro
- Tradizione del lavoro a turni
- Atteggiamenti della comunità
- Organizzazione dei servizi
- Attività sociali

1.2 I fattori legati al tipo di turno

E innegabile che la tipologia del turno, insieme ai fattori già esaminati, contribuisca a renderlo più o meno ben accetto e a generare fenomeni di intolleranza. La pratica dimostra, infatti, che una turnazione discontinua o irregolare interferisce pesantemente con la gestione del tempo libero e con la programmazione degli impegni extralavorativi da parte del personale interessato, divenendo, perciò, assai meno gradita, anche in presenza di una retribuzione maggiorata o di altri incentivi monetari, di un

turno che permette, invece, al lavoratore di pianificare con un certo anticipo la propria vita privata.

Alla stessa stregua, la possibilità di fruire di un maggior numero di week-end liberi da obblighi lavorativi, soprattutto nel caso di operatori con famiglia a carico, risulta molto più apprezzata dei vantaggi economici che possono derivare da prestazioni lavorative straordinarie o rese in giornata festiva. In particolare, ove si consideri che la popolazione infermieristica è formata prevalentemente da donne, ossia da soggetti chiamati a gestire diversi ruoli tra loro potenzialmente confliggenti. Da ciò si può inferire, quindi, che nella fase di progettazione del turno è consigliabile applicare alcune semplici regole di cui l'elenco che segue fornisce un piccolo campionario:

- Il turno deve essere possibilmente fisso e avere una continuità almeno semestrale; è essenziale, cioè, consentire al dipendente di conoscere con sufficiente margine di tempo in quali giorni dovrà lavorare nei mesi successivi perché, come già rilevato, possa organizzare la sua vita privata secondo le proprie necessità; a questo proposito occorre osservare che alcuni tipi di turnazione, simili a quelli riportati nella parte relativa agli esempi, permettono addirittura una programmazione pluriennale delle giornate lavorative e delle ferie, offrendo al lavoratore la possibilità di gestire nel migliore dei modi il tempo libero a sua disposizione, anche tenuto conto della necessità di fronteggiare le situazioni di emergenza che, in un sistema ben organizzato, dovrebbero essere governate con l'istituto contrattuale della reperibilità².

² SNAIDERO D., RICCI G., *Le variabili che influenzano la programmazione della turnistica*, Genova, 2001.

- Le notti consecutive per ciclo non dovrebbero essere superiori a due e bisognerebbe che il ciclo stesso si completasse nell'arco di cinque/sei giorni, per assicurare agli operatori un sufficiente periodo di riposo; cicli più lunghi, infatti, oltre a stridere con la normativa contrattuale concernente l'orario lavorativo settimanale, inducono un maggior affaticamento e danno luogo, in molti casi, a un incremento del tasso di assenze.

- Il numero di notti complessive per anno non dovrebbe superare il limite di ottanta, sia perché è questa l'indicazione, ancorché non tassativa, stabilita dal D.Lgs. 532/1999 per l'individuazione del lavoratore notturno, sia per il fatto che, con quantità maggiori, l'intervallo temporale tra una notte e l'altra diminuisce sensibilmente, aumentando il livello di stress.

- Gli orari di cambio turno, ossia il momento in cui avviene l'avvicendamento delle equipe del personale turnante, dovrebbero essere fissati in modo sia da ridurre il disagio dovuto al risveglio e/o all'anticipo del pasto e al viaggio, che da consentire un adeguato numero di ore di riposo; di norma i cambi avvengono attorno alle ore 7 per il turno del mattino, tra le ore 13 e le ore 14 per quello pomeridiano e tra le 21 e le 22 per il turno notturno; orari diversi risulterebbero problematici e agirebbero negativamente sul ciclo biologico.

- La possibilità di fruire di un adeguato numero di week-end liberi, come già detto, offre un piccolo incentivo che migliora la disponibilità degli operatori e permette un miglior recupero psicofisico.

Pur costituendo meri suggerimenti, le regole sin qui elencate hanno il pregio di rappresentare precise scelte di politica organizzativa e, se adottate, tendono a migliorare

le performance degli operatori, che avvertono questi criteri come espressione di ascolto e/o di attenzione nei confronti delle loro esigenze. Inoltre si configurano come una forma di prevenzione di eventuali conflitti o del fenomeno dell'assenteismo.

Capitolo secondo

LE MODALITA' DI PROGETTAZIONE E GESTIONE DEI TURNI

2.1 I fattori ambientali e sociali

L'ultimo gruppo dei fattori presi in considerazione contiene concetti in parte già esposti ma sui quali sembra conveniente richiamare l'attenzione di chi legge per completezza di ragionamento, oltre che per fornire ulteriori approfondimenti. Il settore lavorativo, ad esempio, è già stato trattato nell'ambito dei fattori connessi al posto di lavoro al quale, perciò, si rimanda; tuttavia, il recente riassetto organizzativo delle aziende sanitarie in dipartimenti e distretti ne rende necessario un esame integrativo, soprattutto per ciò che attiene alle opportunità di crescita professionale e alla progressione orizzontale di carriera.

Il documento sulle caratteristiche delle strutture dipartimentali, licenziato dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali nel 1996 e al quale molte regioni hanno fatto riferimento, prevede, infatti, che il personale del cosiddetto comparto, vale a dire l'area contrattuale che include anche gli infermieri, venga assegnato al dipartimento anziché alle singole unità operative che ne fanno parte. Si pongono, così, alcuni problemi in materia di gestione delle risorse umane, abituate a operare in realtà molto

più circoscritte, nelle quali i processi di lavoro sono altamente standardizzati e la tipologia delle prestazioni piuttosto omogenea. È chiaro che il passaggio da questo stato di cose a uno in cui i processi e le prestazioni sono differenziati secondo le caratteristiche nosologiche dei pazienti ricoverati nelle diverse discipline - diventando, quindi, meno standardizzabili e poco omogenei, se non per le funzioni assistenziali di base genera incertezze e suscita resistenze al cambiamento che si traducono, a loro volta, in un aumento della conflittualità e dei casi di abbandono. Il recupero di questa situazione, se e quando presente, fa leva su tre strumenti principali, costituiti, come già riferito, dalla formazione, dalla mobilità programmata secondo criteri che consentano la periodica rotazione del personale nelle strutture in cui si articola il dipartimento e dall'attribuzione a ogni passaggio considerato significativo e che, a titolo di esempio, potrebbe avvenire con frequenza bi o triennale di una fascia contrattuale, previa valutazione del livello di performance acquisito e/o dimostrato. Questo procedimento, meglio illustrato nell'ipotesi di regolamento sulla mobilità acclusa al capitolo, consente di valorizzare la professionalità degli operatori e di metterne in risalto le potenzialità; inoltre funge da elemento di aggregazione delle equipe assistenziali e fidelizza i professionisti nei confronti del dipartimento e/o del distretto, che non viene più individuato come fattore demotivante da cui allontanarsi, ma quale occasione di arricchimento culturale specifico. Ovviamente i tempi richiesti per raggiungere questi risultati sono piuttosto lunghi, ma è una strada che vale la pena di percorrere per le sue implicazioni positive. Per quanto riguarda il mercato del lavoro, che è in genere poco considerato, qualche riflessione più approfondita sembra opportuna, tanto più in un momento come l'attuale, in cui la carenza di professionisti infermieri e la necessità di soddisfare una domanda di assistenza sempre più orientata alla cura di patologie

cronico-degenerative innescano dinamiche non ancora del tutto analizzate, i cui effetti sul sistema socio-sanitario potrebbero essere assai meno favorevoli di quanto non appaia di primo acchito. In particolar modo vista la tendenza a compensare la scarsità di personale infermieristico con figure meno qualificate, alle quali l'ordinamento legislativo vigente ha conferito alcune competenze dell'infermiere. Proprio a causa di questi motivi e stante l'inclinazione dei professionisti infermieri a scegliere opportunità di impiego più consone alle loro aspettative economiche e di carriera, è quanto mai necessario creare le condizioni organizzative per poterli reclutare e fidelizzare³.

Ciò non significa che occorre realizzare dei posti o dei turni su misura nel sistema sanitario come in qualunque altro sistema produttivo questa possibilità è inattuabile bensì che è consigliabile negoziare modalità d'impiego che contemperino le esigenze aziendali con le richieste avanzate dal professionista.

Va da sé che, in questa prospettiva, gli elementi analizzati in rapporto alla discussione sui fattori connessi al posto di lavoro giocano un ruolo di primo piano. Gli ultimi aspetti su cui occorre appuntare lo sguardo riguardano l'organizzazione dei servizi e le attività sociali, che interessano soprattutto il contesto ambientale in cui la struttura sanitaria è inserita, piuttosto che l'azienda stessa. È ovvio che in una città le attività sociali sono più numerose e articolate rispetto a un centro di piccole dimensioni e costituiscono, quindi, un fattore di attrazione, così come la disponibilità di mezzi di trasporto, di negozi, di centri di svago ecc. Tuttavia un'azienda sanitaria che offra al proprio personale servizi alternativi in grado di soddisfare alcune esigenze indotte dalla necessità di conciliare il lavoro a turni con gli impegni familiari e/o personali, possiede sicuramente una marcia in più. Un esempio fra tutti può essere offerto dall'istituzione di

³ COSTA G., *La tutela della salute negli infermieri turnisti FISOS-CISL*, Verona 1993.

asili nido o di scuole materne, soluzione adottata da alcuni ospedali del Nord-Est, che permettono di risolvere il problema dell'accudimento dei figli almeno fino ai sei anni di età. Questa possibilità, peraltro, è prevista da una recente legge dello Stato e contribuisce al concreto sviluppo di quel processo di fidelizzazione al quale si è fatto ripetutamente cenno e che sempre più spesso dovrà essere tenuto in considerazione per garantire al sistema sanitario il mantenimento di compagini professionali che assicurino un elevato standard qualitativo.

2.2 Le modalità di progettare turni

Pur non appartenendo in senso stretto alla classe dei fattori appena esaminati, le modalità di progettazione e di gestione dei turni incidono in misura non secondaria sul clima organizzativo e relazionale di una struttura, poiché il loro grado di flessibilità e, quindi, di adattabilità allo specifico contesto operativo è direttamente proporzionale al livello gerarchico da cui dipendono. Più questo livello è elevato, maggiore è la rigidità del turno stabilito e minore, di conseguenza, la sua capacità di adesione, da un lato, alle peculiarità logistiche dell'unità operativa alla quale viene attribuito e, dall'altro, alle esigenze espresse dai lavoratori, con l'inevitabile corollario di micro conflitti che da ciò può derivare. Data questa premessa, dunque, si ravvisa l'opportunità di prendere brevemente in considerazione le modalità in argomento a partire da una sintetica definizione dei termini utilizzati per identificarle.

La progettazione è costituita dalla definizione di un modello di turnazione basato sull'analisi organizzativa della realtà di riferimento, sulla determinazione del fabbisogno di personale, sull'applicazione degli istituti contrattuali e sulle variabili socio-ambientali

che influenzano la domanda di prestazioni e/o l'erogazione dei servizi. La gestione, invece, è rappresentata dal complesso coordinato delle attività che si propongono di garantire il miglior impiego delle risorse umane disponibili in funzione del raggiungimento di obiettivi di efficacia/efficienza. Come già osservato, a seconda delle diverse caratteristiche organizzative presenti all'interno dell'azienda, la progettazione e la gestione dei turni possono essere centralizzate, quando sono collocate sotto il diretto controllo della direzione aziendale e/o di presidio, o decentrate, laddove vengono conferite ai responsabili delle singole unità operative in cui il presidio e/o l'azienda si articolano.

Nell'ambito di queste tipologie si possono riconoscere:

- Una progettazione e una gestione centrali, che si presentano nel caso in cui l'organizzazione dei turni, la programmazione delle ferie, la distribuzione del personale tra le diverse unità operative in base ai carichi di lavoro rilevati e la sostituzione del personale assente per infermità e/o infortunio, sono soggetti alle decisioni della direzione sanitaria e/o infermieristica del presidio; questo procedimento può trovare applicazione in strutture aziendali di dimensioni ridotte, nelle quali la circolarità delle informazioni è più veloce e permette di assumere decisioni congruenti con il problema osservato in tempo reale; al contrario, strutture di maggiori dimensioni richiedono un sistema informativo più complesso, che riduce la tempestività degli interventi e necessita di un adeguato supporto amministrativo per la gestione delle presenze⁴. Nelle strutture più grandi, inoltre, la sostituzione delle assenze impreviste è spesso affidata a

⁴ CASELLA M., DE PIERI, / *turni del personale infermieristico, guida alla progettazione*,

Summa, Padova 1995.

un'equipe di operatori costituita ad hoc, che può essere mobilitata con sufficiente rapidità in caso di emergenza, anche se ciò presuppone un buon livello di standardizzazione dei processi operativi per garantire l'efficace utilizzo del personale in sostituzione e comporta il costante impegno della direzione per permettere il buon funzionamento dell'organizzazione. Gli aspetti negativi di questo metodo, sono rappresentati da fenomeni di deresponsabilizzazione da parte di singoli lavoratori che si correlano a un tendenziale aumento delle assenze.

- Una progettazione centralizzata e una gestione decentrata, nelle quali la definizione dei modelli di turnazione compete alla direzione della struttura, mentre la gestione ordinaria è totalmente demandata ai coordinatori di unità operativa, che devono provvedere anche alle eventuali sostituzioni. Il sistema richiede un buon collegamento tra direzione e coordinatori al fine di fornire il necessario supporto in caso di difficoltà.

- Una progettazione e una gestione decentrate, che prevedono la delega ai coordinatori di reparto sia dell'organizzazione, che della gestione dei turni. In questa fattispecie la distribuzione delle risorse umane tra le diverse realtà operative deve essere effettuata con razionalità, allo scopo di assicurare ai reparti una dotazione organica sufficiente a raggiungere e mantenere un certo livello di autonomia. Per contro i coordinatori devono assumersi una maggiore responsabilità. L'inconveniente più rilevante di questo modello è dato dalla possibilità di avere o un'eccedenza, o una carenza di personale, dal momento che il fabbisogno deve essere stimato su valori medi annui e non può essere tarato in misura direttamente proporzionale all'effettivo carico di lavoro.

- Una progettazione decentrata e una gestione centralizzata, che si verificano quando la direzione dimostra scarsa autorevolezza e i coordinatori di unità operativa assumono un ruolo dominante. È una situazione assai poco funzionale in quanto vengono a mancare sia la distinzione dei ruoli sia il potere organizzativo dell'organismo centrale.

Alla luce del ragionamento svolto, è evidente che il modello più razionale è costituito dalla progettazione e dalla gestione decentrate, a condizione che la definizione dei turni, soggetta a contrattazione integrativa aziendale, venga attuata sulla base di linee guida predisposte dalla direzione centrale con il concorso dei coordinatori di unità operativa e/o di dipartimento. Ciò non per un soprassalto di dirigismo, ma per conferire alla turnazione un quid di omogeneità che, pur tenendo conto delle caratteristiche organizzative dei singoli reparti, consenta una certa interscambiabilità tra le diverse parti di cui si compone la struttura.

Capitolo terzo

STRUMENTI E TECNICHE D'INDAGINE DEL CONTESTO ORGANIZZATIVO

3.1 Questionario e ceck - list

Per individuare i fattori analizzati finora, esplorarne le modalità di interazione e valutarne l'interferenza con il lavoro a turni, occorre utilizzare specifici strumenti d'indagine mutuati dalle discipline sociologiche. Tra quelli presenti nella scarna letteratura esistente sull'argomento, se ne propongono due:

- il primo è un questionario semistrutturato a risposta chiusa, con scale di valutazione tipo Likert a cinque intervalli, tratto dallo studio di Costa e parzialmente modificato per consentirne l'utilizzo a scopo didattico in un presidio ospedaliero dell'ASL 3⁵;

- il secondo è una check-list, elaborata per la tesi di diploma da una studentessa della Scuola diretta a fini speciali di Dirigenti e Docenti di Scienze Infermieristiche dell'Università di Genova, e applicata a un dipartimento dell'A.O. San Martino e Cliniche Universitarie convenzionate.

Il questionario è diviso in tre parti, per un totale di 26 domande, nelle quali vengono raccolti, rispettivamente, dati di carattere generale (età, sesso, anzianità di servizio ecc.), dati concernenti le motivazioni che hanno determinato la

⁵ CANTARELLI M., *Modello delle prestazioni infermieristiche*, Masson, Milano 1996.

scelta/accettazione del turno e dati relativi agli aspetti biopsicosociali del lavoro a turni. La check-list o, meglio, le check-list, poiché si tratta di due diverse schede, contempla tre sezioni che comprendono, nell'ordine, otto, dodici e ventisei variabili:

- variabili normativo-dipartimentali, che considerano gli elementi legati alle caratteristiche organizzative della struttura;
- variabili normativo-professionali, che prevedono fattori correlati ai modelli assistenziali adottati, ai ruoli ricoperti e al bisogno formativo percepito;
- variabili progettuali e gestionali dei turni di servizio, che attengono ai problemi di natura più squisitamente biopsicosociale.

Le sezioni della scheda contenenti le variabili da osservare sono precedute da un'intestazione per la raccolta dei dati necessari alla contestualizzazione dello strumento e alla sua messa a punto. Ogni variabile, o item, codificata per numero progressivo e sezione di appartenenza, prevede due spazi, uno da contrassegnare in caso di risposta affermativa e l'altro da utilizzare per i commenti e le note. Come già anticipato, oltre alla scheda principale è stata progettata una griglia accessoria, che estrapola dalla check-list propriamente detta alcune delle variabili maggiormente significative, per consentirne uno studio più accurato.

3.2 Ipotesi di regolamento sulla mobilità ospedaliera

Di norma, nel comune lessico contrattuale per mobilità s'intende lo spostamento di risorse umane da un settore produttivo a un altro della stessa azienda, o tra aziende diverse dello stesso ambito territoriale, allo scopo di ristabilire l'equilibrio tra

fabbisogno di operatori e volume di attività, nel rispetto della pianificazione strategica o in funzione dei vincoli di bilancio.

Le cause della mobilità generalmente, sono riconducibili a:

- disproporzione tra carico di lavoro e numerosità degli addetti;
- soppressione, riduzione o riconversione di una linea produttiva;
- diversificazione quali-quantitativa dei prodotti/servizi forniti;
- carenze d'organico dovute a malattie di lunga durata, a gravidanza o al fenomeno dell'assenteismo a qualsiasi causa dovuto;
- necessità di erogare prestazioni specialistiche non altrimenti disponibili.

Sotto altri aspetti la mobilità, per il suo stretto legame con i contenuti economici e sociali del rapporto di lavoro e per le implicazioni di carattere organizzativo che reca con sé, può assumere valore di premio o di censura e viene quindi utilizzata per ricompensare e/o stigmatizzare la condotta tenuta dal personale nelle sue relazioni con l'azienda o nei confronti dei soggetti con cui entra in contatto durante l'espletamento delle proprie funzioni, nonché il livello qualitativo e quantitativo raggiunto dalla prestazione individuale, oppure le capacità dimostrate dal gruppo di lavoro nella sua globalità⁶.

Questa sua ampiezza di valori e di significati, ha fatto, da sempre, della mobilità un instrumentum regni e un forte elemento di contrattazione aziendale.

⁶ CAMONICO M., *La vita a turni, agi e disagi degli infermieri ospedalieri*, Fondazione

Corazzin, Collana ricerche, 16, Venezia novembre 1993.

Talché si è ritenuto opportuno disciplinarla in modo rigoroso per evitare che potesse prestarsi ad arbitrii da parte del datore di lavoro, anche se, paradossalmente, in molti casi ha ottenuto esattamente l'effetto opposto e ha prodotto una coartazione delle potenzialità espresse dagli operatori, limitandone le opportunità e impedendo, quindi, all'azienda di sfruttarne appieno l'esperienza e le competenze. Tale fenomeno ha interessato tutto il mondo del lavoro, ma ha raggiunto il suo punto più alto nella Pubblica Amministrazione, dove i rapporti tra il prestatore d'opera e il vertice amministrativo degli Enti gestiti dallo Stato o dai poteri locali, spesso legati a interessi di natura politica piuttosto che a quelli dell'organizzazione aziendale, sono regolati da principi puntigliosamente definiti da norme di legge.

Questo stato di cose, ovviamente, ha coinvolto anche il Sistema Sanitario pubblico, benché da alcuni anni a questa parte si sia verificata un'inversione di tendenza finalizzata al recupero della produttività del servizio offerto e dell'efficacia/efficienza dell'azione amministrativa.

Con l'entrata in vigore dei decreti delegati previsti dalla L 421/1992, infatti, sia il rapporto di lavoro di Pubblico Impiego che l'architettura del Servizio Sanitario Nazionale e successive integrazioni) hanno subito un profondo rimaneggiamento orientandosi, da un lato, verso la delegificazione del rapporto d'impiego, che viene ricondotto alla disciplina del diritto comune e, dall'altro, in direzione dell'aziendalizzazione delle strutture sanitarie, il cui direttore generale agisce con i poteri del privato datore di lavoro.

La combinazione dei fattori sin qui elencati, tuttavia, ha determinato il formarsi di un amalgama eterogeneo nel quale vecchie e nuove disposizioni si sono sovrapposte

senza mescolarsi e senza produrre quei risultati che il legislatore auspicava mettendo mano alla riforma della Pubblica Amministrazione.

In particolare la mobilità ha conservato la sua antica connotazione di strumento coercitivo e ha moltiplicato le resistenze al cambiamento da parte degli operatori. Ciò non di meno il processo di riforma cui si è fatto cenno è ormai in atto e richiede che la gestione delle risorse umane sia resa flessibile, pertinente e adeguata alla domanda di prestazioni tanto sotto il profilo qualitativo, quanto sotto quello quantitativo. Di conseguenza la mobilità deve diventare sia un mezzo per il miglioramento della qualità dei servizi forniti dall'Azienda, che un'occasione di crescita culturale e professionale per il personale. Pertanto è necessario che venga regolamentata secondo i principi che informano la scienza del management e avendo riguardo al vissuto sperimentale, al know-how e alle aspettative dei dipendenti.

Gli elementi che compongono il quadro di riferimento sono dati:

- dall'art. 18 dell'Accordo Integrativo per il secondo biennio economico del CCNL 98/2001;
- dalla dipartimentalizzazione delle aziende sanitarie;
- dal programma di inserimento del personale;
- dalla determinazione del fabbisogno secondo l'indice di complessità assistenziale;
- dall'accreditamento professionale degli operatori;
- dal sistema classificatorio del personale.

L'art. 18 dell'Accordo Integrativo per il secondo biennio economico del CCNL 98/2001, disciplina la mobilità ordinaria nell'ambito dell'ente. In particolare il comma 2 dispone che: Rientra nel potere organizzativo dell'azienda l'utilizzazione del personale nell'ambito delle strutture situate nel raggio di 10 km dalla località di assegnazione del dipendente stesso. Detta utilizzazione, è disposta previa informazione ai soggetti di cui all'articolo 9, comma 2 del CCNL 7 aprile 1999 (Rappresentanze Sindacali Unitarie). Non è considerata mobilità lo spostamento del dipendente all'interno della struttura di appartenenza anche se in ufficio o servizio diverso da quello di assegnazione. La dipartimentalizzazione delle Aziende sanitarie è la conseguenza delle innovazioni legislative introdotte dall'art. 4, comma IO, D.Lgs. 502/1992 e successive modificazioni.

Secondo il documento licenziato dal Gruppo di Lavoro istituito presso l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR) e al quale hanno largamente attinto anche le regioni: Il Dipartimento è costituito da unità operative omogenee, affini o complementari, che perseguono comuni finalità e sono quindi tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità professionale. Le unità operative costituenti il Dipartimento sono aggregate in una specifica tipologia organizzativa e gestionale volta a dare risposte unitarie tempestive, razionali e complete rispetto ai compiti assegnati, e a tal fine adottano regole condivise di comportamento assistenziale, didattico, di ricerca, etico, medico legale ed economico.

Il programma di inserimento del personale di solito viene usato per favorire l'integrazione dei neoassunti nel tessuto organizzativo aziendale attraverso l'apprendimento dei processi operativi attivati nello specifico contesto. Ciò non toglie, tuttavia, che possa essere adottato anche nel caso della mobilità intra o

interdipartimentale, allo scopo di rendere meno problematico l'approccio del dipendente alla realtà alla quale è stato trasferito. A tal fine è necessario strutturare un percorso che preveda:

- una valutazione iniziale delle conoscenze possedute dall'operatore in ordine alla tipologia delle prestazioni tecnico-relazionali richieste dall'Unità Operativa di assegnazione;

- uno stage guidato della durata di uno/tre mesi;

- la disponibilità di un "tutor" scelto dalla/dal Caposala o figura equivalente, di concerto con il Coordinatore infermieristico di Dipartimento, ove esistente, tra il personale afferente al reparto;

- degli incontri formativi di durata variabile con l'equipe multidisciplinare che gestisce il processo d'assistenza;

- una valutazione conclusiva, coerentemente con le disposizioni di cui all'art. 35 ex CCNL 98/2001, che accerti i progressi compiuti e il livello di apprendimento raggiunto.

Al termine del percorso, se la valutazione di cui alla lettera e si conclude con esito positivo, il dipendente può essere definitivamente inserito nel gruppo di lavoro ed esercitare a pieno titolo la propria attività, ottenendo inoltre la possibilità di acquisire una fascia retributiva superiore a quella precedentemente posseduta. La determinazione dei carichi di lavoro secondo l'Indice di Complessità Assistenziale (ICA), si fonda sul Modello delle Prestazioni elaborato da Marisa Cantarelli con la collaborazione degli studenti della SUDI (Scuola Universitaria per Dirigenti Infermieri) della Statale di Milano.

L'ICA è un indicatore sintetico che consente di stabilire la natura, la tipologia e la ripetitività delle azioni che l'infermiere deve svolgere per erogare prestazioni che assicurino al paziente un livello di benessere compatibile con le sue condizioni psicofisiche e tale, comunque, da prevenire eventuali situazioni di rischio dovute alla difficoltà di provvedere autonomamente alle proprie funzioni vitali. Date queste caratteristiche, L'ICA si configura come uno strumento altamente specifico che permette di acclarare l'effettivo fabbisogno di risorse umane da destinare alle Unità Operative di diagnosi e cura afferenti alle diverse aree dipartimentali, nonché la qualità e la quantità degli interventi formativi richiesti dalla complessità dei processi di assistenza posti in essere.

È, quindi, il parametro più attendibile sul quale basarsi per programmare la mobilità o, se necessario, per reclutare nuovi operatori.

Strettamente correlato all'Indice di Complessità Assistenziale è l'accreditamento professionale degli operatori che esprime, da un lato, le competenze, le capacità e le conoscenze maturate dal personale infermieristico nell'espletamento delle proprie attività e, dall'altro, la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate.

Secondo gli autori di un manuale l'accreditamento (così come il controllo di qualità in qualsiasi processo produttivo e di mercato) viene proposto come la procedura che mira a verificare la corrispondenza delle singole prestazioni (e/o del loro insieme) a standard di qualità predefiniti e ritenuti (o dichiarati) coincidenti con gli obiettivi della trasformazione aziendale del sistema sanitario.

L'accreditamento si presenta in questo senso come il metodo che definisce a priori (ed eventualmente monitorizza nel tempo) la congruenza qualitativa di ciò che esiste e si fa (struttura, prestazioni, mansioni) con gli obiettivi delle aziende incaricate di

erogare servizi sanitari. La realizzazione operativa dei processi di accreditamento passa necessariamente per la definizione di criteri (o misure, o variabili) che permettono di descrivere, quantificare, rendere comparabili le valutazioni di qualità che le aziende devono applicare alle proprie pratiche, pianificazioni e rendicontazioni.

È evidente, perciò, che il mix formato da ICA e accreditamento incide in misura considerevole anche sulla mobilità, dal momento che, come si è già avuto modo di rilevare, nella riallocazione delle risorse occorre prendere in considerazione sia il carico di lavoro, che (a qualità degli interventi richiesti dalla specifica domanda di assistenza⁷).

L'ultimo elemento del quadro preso in considerazione, è costituito dal Sistema Classificatorio del personale introdotto dal CCNL (Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro) per il quadriennio 1998-2001.

Nelle sue linee essenziali il Sistema Classificatorio ridefinisce i percorsi di carriera del personale inquadrato nell'area Comparto, prevedendo due diversi sviluppi: uno verticale, che si riferisce prevalentemente alle responsabilità gestionali, e uno orizzontale che riguarda le competenze cliniche.

Questa differenziazione, in realtà, non è altro che la trasposizione sul piano contrattuale di alcuni principi postulati dai teorici del management, secondo i quali le funzioni di direzione e di controllo devono essere separate da quelle operative - professionali per evitare commistioni spurie che potrebbero portare a eventuali conflitti d'interesse o a un'inerzia dell'azione amministrativa che mal si concilierebbe con l'esigenza di soddisfare i requisiti di efficacia ed efficienza dell'attività aziendale.

⁷ CAVALIERE B., SUSMEL M., *La qualità nell'assistenza infermieristica: uno strumento di rilevazione e di elaborazione dell'indice di complessità assistenziale*, in "NursingOggi" 2002.

Ovviamente ai fini della mobilità la progressione di carriera che più rileva è quella orizzontale. È intuitivo, infatti, che, dovendo spostare risorse umane da una realtà a un'altra della struttura organizzativa dipartimentale o tra dipartimenti diversi, si debba tener conto anche delle performance espresse dalle risorse stesse in termini di capacità e competenze, soprattutto in quei settori come l'area critica, nei quali l'investimento formativo ed esperienziale è cospicuo e impone una valorizzazione adeguata degli operatori. Pertanto, la posizione assunta all'interno della categoria di riferimento per effetto del sistema classificatorio, diviene ulteriore titolo di valutazione dei "crediti" necessari per l'accesso alle graduatorie di mobilità e va opportunamente considerata. Alla luce delle brevi argomentazioni svolte nel corso della discussione sul quadro di riferimento, la metodologia suggerita per la programmazione della mobilità e per la sua concreta applicazione si basa sui seguenti criteri:

a) principi generali

1. accertamento del fabbisogno mediante la determinazione dei carichi di lavoro

b) principi specifici per la mobilità intradipartimentale

1. attribuzione dell'organico integrativo per la mobilità intradipartimentale

c) principi specifici per la mobilità interdipartimentale

1. indizione di un avviso di mobilità interdipartimentale
2. valutazione dei titoli posseduti dai candidati
3. assegnazione delle risorse
4. attuazione, se necessario, del programma di inserimento

5. verifica dell'integrazione degli assegnati nel "clima" organizzativo e produttivo dell'ambiente di lavoro

L'accertamento del fabbisogno, realizzato attraverso la rilevazione dell'Indice di Complessità Assistenziale, deve avvenire con cadenza annuale o biennale, in linea con quanto prevede la normativa vigente (cfr. D.Lgs. 165/2001 citato), fermo restando che un monitoraggio mensile o trimestrale può essere utile per verificare gli eventuali scostamenti rispetto ai dati osservati in precedenza e consigliare interventi correttivi di medio periodo, soprattutto se gli scostamenti in questione assumono carattere di permanenza e non sono quindi imputabili a fenomeni contingenti o estemporanei legati a fattori climatici e/o stagionali.

La mobilità intradipartimentale consiste nello spostamento di risorse all'interno del Dipartimento sulla base sia del fabbisogno individuato con le modalità definite al paragrafo precedente sia di eventuali problemi organizzativi ai quali occorre far fronte con interventi immediati. In entrambi i casi, comunque, può essere attivata attraverso il conferimento di risorse aggiuntive affidate alla responsabilità del Coordinatore infermieristico del Dipartimento o, in subordine e limitatamente all'Unità Operativa di riferimento, del/della Caposala.

Tali risorse costituiscono l'organico integrativo, sono oggetto di contrattazione all'interno del Servizio Infermieristico e vengono valutate in rapporto al volume di attività e al cosiddetto "organico di base", ossia alla quantità di operatori necessaria ad assicurare il mantenimento del "Livello Minimo Assistenziale" (LMA). L'organico integrativo può essere calcolato con l'ausilio di alcuni indicatori tra i quali si consigliano:

- tasso medio annuo di assenteismo;

- scostamento dell'Indice di Complessità Assistenziale rispetto al LMA stimato;
- incidenza di lesioni correlate alla degenza (cadute dal letto, prevalenza di LDD ecc.)
- indice di rotazione (R/PL).

Una volta stabilito l'organico integrativo, occorre procedere alla mobilitazione graduate e programmata delle risorse facendo ricorso alla verifica dell'Indice di Complessità Assistenziale, fermo restando che, in caso di urgenza, l'unico parametro valido è dato dall'equazione carico di lavoro/unità infermieristiche presenti. Infine è necessario rilevare che nel processo di mobilità rientrano anche l'inserimento e l'addestramento tanto dei neoassunti quanto degli operatori trasferiti da altre aree dipartimentali, funzioni che sono poste in capo, rispettivamente, al Caposala e al Coordinatore Infermieristico di Dipartimento che devono, quindi, provvedervi congiuntamente secondo le modalità illustrate nel relativo paragrafo.

L'indizione dell'avviso di mobilità interdipartimentale, il cui scopo, per un verso, è quello di offrire a tutti gli interessati la possibilità di competere a parità di condizioni con i colleghi e, per l'altro, di conferire trasparenza e obiettività all'azione intrapresa, consiste nella diffusione di un bando contenente tutti gli elementi utili alla valutazione dei titoli presentati e alla selezione degli aspiranti in rapporto ai posti nei confronti dei quali è stata attivata la mobilità stessa. L'avviso, pertanto, deve prevedere:

- il numero e la sede dei posti da coprire;
- la qualifica professionale delle figure necessarie;
- i termini temporali entro i quali devono essere presentate le domande;

- i titoli minimi richiesti;
- l'elenco dei requisiti eventualmente posseduti dai candidati;
- il curriculum formativo e professionale di chi partecipa;
- i criteri di valutazione delle domande;
- il periodo di validità della graduatoria;
- le modalità di presentazione di eventuali ricorsi.

La valutazione dei titoli è l'operazione che consente di formulare la graduatoria e di provvedere, successivamente, all'assegnazione dei vincitori. Per evitare che possa dar luogo a un contenzioso è necessario che venga effettuata nel rispetto di alcune regole basilari:

1. il punteggio complessivo deve essere ripartito in tre diverse sezioni:

a) titoli di carriera (anzianità, posizione assunta nell'ambito della categoria di appartenenza ecc.);

b) titoli professionali (diplomi, attestati, frequenza di corsi di aggiornamento ecc.);

c) curriculum formativo e professionale (contiene una sintetica descrizione delle esperienze formative e lavorative compiute dal candidato e in questo senso completa l'elenco dei titoli di cui alle lettere precedenti anche se richiede una valutazione indipendente);

2. i punti devono essere attribuiti in modo equilibrato e vanno espressi in misura direttamente proporzionale al valore dei titoli presi in considerazione; a questo fine solitamente si ricorre ai criteri contemplati dalla normativa concorsuale e/o contrattuale vigente oppure, laddove approvato, dal regolamento deliberato dall'azienda,

3. il possesso dei titoli, ancorché semplicemente dichiarato dai candidati (cfr. DPR n. 403/1998), deve essere verificato presso la struttura che li ha rilasciati o tramite il “fascicolo personale” depositato nell'archivio dell'Ufficio personale, a cura dell'organismo che ha indetto la mobilità⁸.

Le risorse selezionate attraverso la valutazione dei titoli, vanno assegnate con atto formale indirizzato all'avente titolo e ai responsabili infermieristici della sede di assegnazione e nel quale devono essere precisati:

- sede di assegnazione;
- durata dell'incarico;
- orario di servizio;
- funzioni ricoperte;
- ogni altra informazione utile a definire le competenze, le responsabilità e i doveri dell'operatore assegnato.

Qualora il dipendente venga trasferito a una struttura operativa della quale non ha una specifica conoscenza, occorre prendere in esame l'opportunità di avviare un programma di inserimento. In tal caso si possono adottare i suggerimenti esposti in

⁸ LOMBARDO S., *Lavoro infermieristico e qualità dell'assistenza*, Franco Angeli, Milano 1991.

precedenza, con l'avvertenza che tali suggerimenti costituiscono una mera esemplificazione e sono perciò suscettibili di tutte le modifiche e di tutti gli ampliamenti che si riterrà conveniente apportare.

Analoga considerazione va fatta per la verifica dell'integrazione che è parte sostanziale del programma di inserimento e il cui scopo è quello di accertare che il dipendente assegnato si sia integrato, appunto, nell'equipe multidisciplinare che gestisce il processo di assistenza, nonché nel clima che caratterizza l'ambiente di lavoro, dove per clima si intende l'insieme delle relazioni sociali, professionali e organizzative che si sono consolidate nell'ambito di una particolare realtà.

Da quanto precede si evince che la mobilità può costituire, in pari tempo, un'occasione di crescita professionale e un elemento di flessibilizzazione del lavoro. Entrambe queste possibilità vanno interpretate in senso positivo e si collocano nel più vasto scenario su cui si muovono le figure che partecipano allo sviluppo del processo di riforma del servizio sanitario, uno sviluppo che coinvolge con uguale intensità emotiva sia gli utenti che gli operatori, ai quali è richiesto un impegno che oltrepassa il semplice rapporto d'impiego per estendersi al complesso di relazioni che agiscono all'interno del sistema e che si fondano su valori come la solidarietà e la comprensione della sofferenza. In questo contesto la disponibilità a occuparsi a tutto campo dei problemi di salute degli individui è un dovere etico ancor prima che deontologico e richiede versatilità, capacità di ascolto ed empatia.

Per quanto possa apparire singolare, la mobilità, così come è stata proposta, affina queste qualità e rende gli infermieri più consapevoli del significato profondo contenuto nel concetto di professione d'aiuto e più aperti nei confronti delle esperienze che permettono di percepire e di interiorizzare tale significato. In subordine la mobilità

arricchisce il patrimonio culturale di chi vi prende parte e diventa uno strumento di contrattazione nei confronti dell'azienda, che dovrà necessariamente riconoscere e incentivare la competenza, il merito e la professionalità degli elementi più capaci.

CONCLUSIONI

Oltre alle problematiche di carattere biopsicosociale esaminate, nel lavoro a turni entrano in gioco anche fattori legati al posto di lavoro, fattori connessi al tipo di turno effettuato, fattori ambientali e sociali, nonché variabili correlate alle modalità di progettazione e gestione dei turni. Per quanto riguarda il gruppo dei fattori legati al posto di lavoro, si considerano prevalenti: la retribuzione; il livello di qualificazione; il grado di soddisfazione; le opportunità di carriera; le relazioni personali; il pendolarismo. Per quel che si riferisce, invece, alla categoria dei fattori, connessi al tipo di turno, assumono rilevanza: la continuità del turno; il numero di notti consecutive per turno; la quantità complessiva di turni notturni prestati nel corso dell'anno; gli orari nei quali avviene il cambio di turno; il numero di fine settimana liberi da impegni di lavoro.

Per contro, sul versante dei fattori ambientali e sociali, occorre sottolineare: il settore lavorativo di assegnazione; la configurazione organizzativa conferita al presidio/servizio di appartenenza; le opportunità offerte dal mercato del lavoro; la disponibilità di servizi e di attività sociali e/o ricreative nella zona in cui è situata la sede di lavoro.

Anche se non appartengono in senso stretto alle classi dei fattori sin qui elencati, le modalità di progettazione e di gestione dei turni incidono in misura non secondaria sul clima relazionale e organizzativo del contesto di riferimento e possono creare situazioni di disadattamento nei confronti del lavoro a turni.

Nell'ambito di tali modalità si distinguono: una progettazione e una gestione centrali; una progettazione centralizzata e una gestione decentrata; una progettazione e una gestione decentrate; una progettazione decentrata e una gestione centralizzata. Il modello più razionale, comunque, sembra essere quello della progettazione e della

gestione decentrate, in quanto responsabilizza maggiormente il personale e aderisce meglio alle specificità della struttura in cui viene applicata.

Data la loro significatività ai fini dell'organizzazione del lavoro a turni, i fattori e le variabili brevemente analizzati richiedono una conoscenza più approfondita, che può essere ottenuta mediante alcuni strumenti d'indagine. Tra quelli esistenti in letteratura, i più adeguati appaiono un questionario e una check-list utilizzati a scopo didattico e di ricerca sperimentale in due aziende sanitarie genovesi a un'ipotesi di regolamento sulla mobilità interna, che costituisce un mero suggerimento per la gestione dei problemi correlati ad alcuni fattori sociali.

Relazione di tirocinio

Questa relazione descrive il lavoro svolto durante il tirocinio presso l'azienda Salus s.r.l. di Napoli, Centro Diagnostico Polispecialistico rivolto ai settori della diagnostica di laboratorio e strumentale .

Durante l'attività di tirocinio, mi è stato possibile avvicinare una realtà lavorativa specifica ed utilizzare conoscenze e competenze sviluppate nel corso di laurea in Infermieristica.

Il percorso formativo da me intrapreso, si può riassumere in tre parti.

Nella prima parte, che si può definire d'introduzione, ho svolto un'attività di sola osservazione, infatti, durante questo periodo, ho avuto la possibilità di avere una panoramica generale su tutte le attività dell'azienda ospitante.

Nella seconda parte, invece, ho avuto la possibilità di frequentare l'accettazione, collaborando con il responsabile di tale area, grazie al quale ho valutato il flusso delle richieste in base alla tipologia degli esami da effettuare.

Inoltre, ho cercato di superare le problematiche e le criticità delle richieste, per ridurre i tempi di attesa e per l'esecuzione ottimale degli esami.

In questa fase, ho sviluppato la capacità di valutazione della comunicazione tra gli addetti all'accettazione e gli utenti, risultata conforme alla tipologia degli esami.

Nella terza parte, ho potuto mettere in pratica gli argomenti stessi del master, tra cui:

- Progettazione organizzativa (divisione del lavoro in vari compiti da eseguire ed il coordinamento di questi ultimi per portare a termine l'attività, la macrostruttura e la microstruttura, dimensione della struttura organizzativa, le parti dell'organizzazione e configurazioni di base);

- Pianificazione strategica (pianificare l'attività, far eseguire giorno per giorno le attività programmate);
- Controllo di gestione (principi del controllo di gestione, finalità del controllo di gestione, il processo di controllo di gestione e le metodologie del controllo di gestione);
- Qualità dei servizi sanitari;
- Raggiungimento del budget;
- Studio delle competenze delle singole risorse umane;
- Controllo di gestione;
- Legislazione sanitaria;
- Organizzazione sanitaria.

Pertanto, ho avuto modo di sviluppare competenze nei suddetti ambiti e nell'espletamento dei compiti che mi sono stati affidati, ricorrendo al supporto informatico per la gestione del server e dell'archivio digitale.

Durante l'attività di tirocinio, particolare attenzione ha suscitato in me la gestione delle risorse umane.

La gestione delle risorse umane (dall'inglese *Human Resource Management*) è una funzione aziendale che riguarda la gestione del personale nel suo più vasto significato.

Nel primo dopoguerra negli Stati Uniti prendono avvio i primi studi relativi alla "Gestione delle Risorse Umane".

In particolar modo si delineano due diversi approcci:

- Alcuni autori fanno riferimento al modello tayloristico dell'organizzazione ed alle variabili strutturali e socio-tecniche, ai cosiddetti fattori "hard";

- A partire dagli anni '80, altri autori mettono in evidenza la dimensione sociale e il fattore umano come risorsa strategica, dando quindi importanza ai fattori "soft".

Già con il fordismo e con la conseguente introduzione della catena di montaggio, si attuò nel corso del '900 una riorganizzazione del lavoro all'interno delle fabbriche (parcellizzazione delle mansioni e standardizzazione della produzione) che segnò conseguentemente, dei profondi cambiamenti dell'intera società. Ford mise in relazione la produzione in serie con il consumo di massa; i lavoratori divennero così "consumatori" dei prodotti finali e non solo "fattore di produzione".

Anche se non esiste una definizione comunemente accettata, il punto chiave sta nel vedere il personale come una vera e propria risorsa all'interno dell'organizzazione.

Da questo principio due fondamentali scuole di pensiero si dividono:

- la RBT (resources-based theory) vede tale risorsa come unica fonte di un vantaggio competitivo unico, duraturo e non imitabile e quindi pone la gestione delle risorse umane al centro della strategia aziendale (vedi Barney 1991, Boxall and Purcell 2003).

- la seconda scuola detta anche "soft HRM" partendo dalla analisi di Porter (1985) che vede il vantaggio competitivo raggiungibile solo da una differenziazione del prodotto o da una leadership nei costi, suggerisce quindi un'integrazione (un "fit") delle politiche di gestione delle risorse umane con quelle della strategia generale di impresa (vedi anche Miller 1987).

La gestione delle risorse umane viene spesso fraintesa o usata come sinonimo di direzione del personale (personnel management); Storey (1992) ha individuato nel suo lavoro 27 punti chiave che differenziano la gestione delle risorse umane dalla mera direzione del personale.

In generale la direzione del personale è vista semplicemente come una serie di attività che hanno come scopo la definizione del contratto lavorativo (e quindi delle varie mansioni da svolgere) e il suo rispetto.

La gestione del personale è invece un concetto assai più complesso e ampio che riguarda attività come motivazione, impegno e partecipazione del personale.

Tra le tante definizioni di gestione delle risorse umane troviamo anche la capacità potenziale di indicare la destinazione o l'indirizzo di adeguate iniziative relative ai diversi scopi operativi dell'azienda, riservandosi altresì la facoltà di decidere adeguatamente rispetto alle difficoltà di tipo logistico o economico a seconda di quali casi si presentino in merito. In questi ultimi anni la gestione del personale ha subito grandi trasformazioni, le motivazioni delle quali vanno ricercate nell'andamento del mercato, sempre più competitivo e "veloce" e nell'ambito sindacale teso all'adeguamento della figura del lavoratore ai nuovi canoni richiesti. Appare evidente che il modo di fare impresa oggi è notevolmente cambiato, la gestione del personale tende a non essere più considerata come un costo, ma viene sempre più intesa come facente parte della struttura organizzativa aziendale.

Tutto ciò oggi ha consentito, nella gestione delle risorse umane, una maggiore focalizzazione di alcune politiche, quali un maggiore coinvolgimento dei dipendenti nei processi decisionali, attraverso una maggiore comunicazione fra dirigenti e maestranze, il riconoscimento delle prestazioni attraverso i differenti sistemi retributivi, il reclutamento, la selezione e la formazione del personale, in considerazione della crescente flessibilità che oggi viene richiesta nel ricoprire ruoli e mansioni all'interno di un'azienda. Questo consente di comprendere quanto sia importante il ruolo dell'infermiere coordinatore nella gestione delle risorse umane e nel determinare il

successo aziendale, un valore aggiunto che permette di migliorare la produttività in funzione di investimenti applicati al settore ed alle politiche del personale.

La figura professionale del coordinatore assomiglia sempre di più ad un manager d'azienda che ad un operatore della sanità.

L'aspetto che più ho trovato complesso nelle molteplici attività che il coordinatore infermieristico è quello legato alla gestione delle risorse umane:

avere la capacità di valorizzare le competenze e le attitudini individuali, di riuscire a far collaborare fra loro varie figure professionali, riuscire a riconoscere ruoli e competenze in modo obiettivo, riuscire ad individuare a chi delegare compiti e responsabilità, riuscire a coinvolgere tutta l'equipe in progetti innovativi, sono sicuramente queste le competenze che più ritengo necessarie a poter interpretare al meglio il ruolo del coordinatore infermieristico, in modo più sintetico competenze clinico-assistenziali, manageriali e relazionali o di leadership.

BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

COSTA G., *La tutela della salute negli infermieri turnisti FISOS-CISL*, Verona 1993.

CASELLA M., DE PIERI, / *turni del personale infermieristico, guida alla progettazione,*

Summa, Padova 1995.

CANTARELLI M., *Modello delle prestazioni infermieristiche*, Masson, Milano 1996.

CAMONICO M., *La vita a turni, agi e disagi degli infermieri ospedalieri*, Fondazione Corazzin, Collana ricerche, 16, Venezia novembre 1993.

CAVALIERE B., SUSMEL M., *La qualità nell'assistenza infermieristica: uno strumento di*

rilevazione e di elaborazione dell'indice di complessità assistenziale, in "NursingOggi" 2002.

LOMBARDO S., *Lavoro infermieristico e qualità dell'assistenza*, Franco Angeli, Milano 1991.

SNAIDERO D., *Ipotesi di regolamento sulla mobilità del personale all'interno dell'azienda ospedaliera*, in *Management Infermieristico*, 4, 2000.

SNAIDERO D., RICCI G., *Le variabili che influenzano la programmazione della turnistica*, Genova, 2001.

