

## Azienda Ospedaliero-Universitaria "Policlinico - Vittorio Emanuele"



### RELAZIONE ANNUALE COMITATO UNICO DI GARANZIA

**ANNO 2013/2014**

Il "Comitato Unico di Garanzia (CUG) per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere dei lavoratori e contro le discriminazioni" è un organismo previsto dalla legge 183/2010 e sostituisce, unificandoli, i comitati per le pari opportunità e per il fenomeno del mobbing. Ha composizione paritetica ed è formato da componenti designati da ciascuna delle organizzazioni sindacali rappresentative e da un pari numero di rappresentanti dell'amministrazione, nonché da altrettanti componenti supplenti. E' tenuto ad esplicitare le proprie attività nei confronti di tutto il personale appartenente all'amministrazione ed esercita compiti propositivi, consultivi e di verifica in precedenza demandati ai Comitati per le Pari Opportunità e ai Comitati paritetici sul Mobbing. Promuove, altresì, iniziative che accrescano la cultura del rispetto della dignità della persona nel contesto lavorativo.

I componenti del CUG ringraziano i colleghi e le colleghe dell'OIV, dell'Ufficio Tecnico, delle Risorse Umane, dell' Ufficio CED, degli Uffici Formazione, del Centro Multimediale, dei Servizi Infermieristici e la Consigliera di Parità Provinciale per la pronta e fattiva disponibilità alla collaborazione.

## **PREMESSA**

Nella nostra Azienda il CUG è stato istituito con delibera n 821 del 26/06/12, che nomina n. 60 componenti e individua la dott.ssa G. Silvana Verdura quale rappresentante dell'Azienda a svolgere funzioni di presidenza del Comitato. In prima convocazione, in data 22/10/12, vengono nominate la vice presidentessa, dott.ssa Concetta Montera e la segretaria dott.ssa Brigida Piazza.

In adesione con quanto previsto dalla Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri "Linee guida sulle modalità di funzionamento dei Comitati Unici di Garanzia per le Pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni" (art. 21, legge 4 novembre 2010, n.183), si presenta il consultivo dell'attività svolta dal Cug aziendale nell'anno 2013/2014.

Il documento, redatto con riferimento alle politiche di garanzia per il personale dipendente dalla nostra Azienda di competenza del Comitato e in continuità con il Piano di Azioni Positive a suo tempo concordato con la Direzione Generale e da questa accolto con delibera n 214 del 25.06.13, contiene una prima parte relativa alla descrizione del territorio di appartenenza (rilevazione dati Istat e GeoDemo), una seconda relativa alla descrizione del contesto lavorativo aziendale (rilevazione dati Settore CED, Uffici Formazione e documenti aziendali) ed una terza parte relativa alle attività effettuate dal Cug (documentazione di servizio resa pubblica sul sito).

## IL TERRITORIO

L'azienda Policlinico-Vittorio Emanuele insiste nella Provincia di Catania che, allo 01.01.2014, risulta avere una popolazione di **1.077.113** di abitanti, distribuita per genere, fasce d'età, e percentuale di stranieri residenti come riepilogato nelle successive tabelle:

**Tab. A POPOLAZIONE PROVINCIA DI CATANIA AL 1° GENNAIO 2013**

	Maschi	% M	Femmine	% F	Totale
<b>POPOLAZIONE CATANIA</b>	<b>519.764</b>	<b>48.2%</b>	<b>557.349</b>	<b>51.7%</b>	<b>1.077.113</b>

**Tab. B DISTRIBUZIONE IN FASCE D'ETA' DAI 20 AI 69 ANNI**

FASCE ETA'	Maschi	% M	Femmine	% F	Totale	% Tot.
20 - 29	70.262	50.5%	68.699	49.5%	138.961	12.9%
30 - 39	73.512	49.3%	75.633	50.7%	149.145	13.8%
40 - 49	78.295	48.2%	83.396	51.7%	161.691	15%
50 - 59	68.595	47.6%	75.478	52.3%	144.073	13.3%
60 - 69	58.357	47.3%	64.957	52.6%	123.314	11.4%

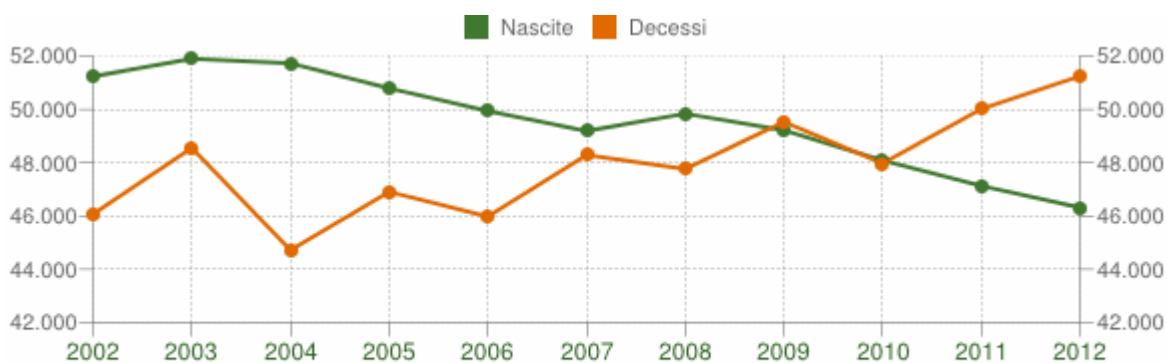
**Tab. C POPOLAZIONE STRANIERA RESIDENTE**

	Maschi	% M	Femmine	% F	Totale	% Tot.
<b>POPOLAZIONE STRANIERA* ANNO 2012</b>	<b>10.564</b>	<b>45.2%</b>	<b>12.797</b>	<b>54.7%</b>	<b>23.361</b>	<b>2.1%</b>
<b>POPOLAZIONE STRANIERA ANNO 2011</b>	<b>11.494</b>	<b>44.3%</b>	<b>14.414</b>	<b>55.6%</b>	<b>25.908</b>	<b>2.3%</b>

\*Popolazione straniera residente con cittadinanza non italiana

Nella **Regione Sicilia**, al 2012, il movimento naturale è visualizzato nel grafico sottostante, definito dall'area compresa fra le due linee colorate. Il movimento naturale, o saldo naturale, di una popolazione in un anno è determinato dalla differenza fra il numero delle nascite e quello dei decessi.

**Tab. D : SALDO NATURALE REGIONE SICILIA**



Movimento naturale della popolazione

SICILIA - Dati ISTAT (bilancio demografico 1 gen-31 dic) - Elaborazione TUTTITALIA.IT

**Tab E : BILANCIO DEMOGRAFICO ANNO 2012 - REGIONE SICILIA 2013**

	Maschi	Femmine	Totale
Popolazione al 1° gennaio	2417426	2582428	4999854
Nati	23700	22614	46314 <b>44.494</b>
Morti	25068	26175	51243 <b>49.641</b>
<b>Saldo Naturale</b>	<b>-1368</b>	<b>-3561</b>	<b>-4929</b> <b>-5.147</b>
Popolazione residente in famiglia	2410852	2572416	4983268
Popolazione residente in convivenza	7835	8829	16664
Numero di Famiglie	2031879	<b>2.034.234</b>	
<b>Numero medio di componenti per famiglia</b>	<b>2.4</b>	<b>2.5</b>	

Il movimento naturale della popolazione siciliana nel 2012 ha fatto registrare un saldo negativo di 4929 unità.

La popolazione femminile regionale è il 51.6% della totale.

**Tab F : BILANCIO DEMOGRAFICO ANNO 2012 - PROVINCIA DI CATANIA**

	Maschi	Femmine	Totale	2014
Popolazione al 1° gennaio	520326 540.909- 48.5%	557719 574.795 51.5%	1078045 1.115.704	1.115.704
Nati	5447	5232	10679 10.615	
Morti	5147	5265	10412 10.181	
<b>Saldo Naturale</b>	<b>300</b>	<b>-33</b>	<b>267</b>	<b>0.4 2013</b>
Popolazione residente in famiglia	517748	554913	1072661	
Popolazione residente in convivenza	2016	2436	4452	
Numero di Famiglie	441975	444.725-2013		
<b>Numero medio di componenti per famiglia</b>		<b>2.4</b>		

In lieve controtendenza rispetto ai bilanci demografici nazionale e regionale, il saldo naturale della popolazione catanese ha registrato un saldo positivo di circa 267 unità.

La popolazione femminile della provincia di Catania ricalca la percentuale regionale, 51.7%.

Il numero medio di componenti per famiglia è di 2, 4 unità, descrivendo una famiglia che possa spesso essere composta da un genitore e un figlio.

Nel 2013 in Sicilia si sono state registrate 44.494 nascite (1.820 in meno rispetto all'anno precedente) e 49.641 decessi (1.602 in meno rispetto al 2012).

Pertanto il saldo naturale, dato dalla differenza tra nati e morti, è negativo per 5.147 unità, il risultato peggiore degli ultimi decenni.

La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla Romania con il 28,4% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dalla Tunisia (11,9%) e dal Marocco (9,0%).

famiglie che non riescono a risparmiare	2013 media nazionale?	88,2
famiglie che non riescono a far fronte a spese impreviste	"	65,2

## Il prossimo futuro

Le previsioni sulla configurazione della popolazione siciliana nei prossimi 50 anni, calcolate da DemoGeo Istat su alcuni indicatori demografici, evidenziano un progressivo

- aumento del tasso migratorio della popolazione verso l'estero;
- aumento dell'indice di vecchiaia % ( nel 2013 =131 ; nel 2065 = 288 ) (a ogni 100 giovani attualmente corrispondono 131 anziani/e che aumenteranno fino a diventare 288 per ogni 100 giovani nel 2065);
- aumento dell'indice di dipendenza degli/delle anziani/e % (nel 2020 = 32.9% ; nel 2065 = 65.7% ) (percentuale di abitanti a carico del sistema pensionistico)

## IL CONTESTO AZIENDALE

La nostra Azienda è costituita da 5 Presidi in cui opera un numero totale di 2919 dipendenti distribuiti come segue per sesso, età, qualifica e impegno formativo.

**Tab. G : GENERE**

	<b>Maschi</b>	<b>% M</b>	<b>Femmine</b>	<b>% F</b>	<b>Totale</b>
<b>DIPENDENTI</b>	1269	<b>43.5%</b>	1650	<b>56.5%</b>	2919

**Tab. H : ETA'**

FASCE ETA'	Maschi	% M	Femmine	% F	Totale	% Tot.
20-29	8	32%	17	68%	25	0.85%
30-39	98	41.18%	140	58.82%	238	8.15%
40-49	407	40.66%	594	59.34%	1001	34.29%

50-59	572	42.98%	759	57.02%	1331	45.60%
60-	184	56.79%	140	43.21%	324	11.10%

Il nostro personale è maggiormente rappresentato nelle fasce di età avanzate, al passo con un generale invecchiamento della popolazione regionale. Pur non riproducendo un principio sempre vero, l'avanzamento dell'età diminuisce la tolleranza allo sforzo psico/fisico ( turnover, livello di impegno richiesto, nuovi apprendimenti, flessibilità, ecc...), che nel tempo può diventare una criticità organizzativa per le sue ricadute sulla salute del personale e sulla qualità assistenziale.

**Tab. I : QUALIFICA**

QUALIFICA	Maschi	% M	Femmine	% F	Totale	% Tot.
DIRIGENTI MEDICI	348	60.84%	224	39.16%	572	19.60%
DIRIGENTI SANITARI	11	22%	39	78%	50	1.71%
DIRIGENTI AMMINISTRATIVI	5	33.33%	10	66.67%	15	0.51%
DIRIGENTI PROFESSIONALI	2	100%	0	0%	2	0.07%
DIRIGENTI TECNICI	2	100%	0	0%	2	0.07%
PERSONALE INFERMIERISTICO	499	35%	927	65%	1426	48.85%
PERSONALE TECNICO-SANIT.	78	40%	117	60%	195	6.68%
PERSONALE TECNICO	238	53.97%	203	46.03%	441	15.10%
PERSONALE AMMINISTRATIVO	81	38.39%	130	61.61%	211	7.23%
PERSONALE PROFESSIONALE	5	100%	0	0%	5	0.17%

L'Azienda è essenzialmente composta dal 49% di personale infermieristico, 20% di personale medico, 15% di personale tecnico, 7% di tecnico sanitario e 8% personale amministrativo.

L'ambito della dirigenza medica resta per due terzi connotato da personale maschile, mentre quello, del personale infermieristico è rappresentato da donne nel 65%, riproducendo la "sacca culturale" della connessione di compiti assistenziali di base alle donne. A contorno, anche se molto più limitati nel loro numero complessivo, il personale femminile è prevalente nella dirigenza sanitaria non medica e nell'area amministrativa dove risulta molto rappresentata.



**TAB. L : FORMAZIONE**

<b>FORMAZIONE OVE QUALIFICA</b>	<b>Maschi</b>	<b>% M</b>	<b>Femmine</b>	<b>% F</b>	<b>Totale</b>	<b>% Tot.</b>
<b>DIRIGENTI MEDICI</b>	<b>256</b>	<b>62%</b>	<b>156</b>	<b>38 %</b>	<b>412</b>	<b>23%</b>
<b>DIRIGENTI SANITARI</b>	<b>5</b>	<b>19%</b>	<b>21</b>	<b>81%</b>	<b>26</b>	<b>1 %</b>
<b>PERSONALE INFERMIERISTIC</b>	<b>393</b>	<b>37%</b>	<b>678</b>	<b>63%</b>	<b>1071</b>	<b>59 %</b>
<b>PERSONALE TECNICO-SANIT.</b>	<b>72</b>	<b>41%</b>	<b>102</b>	<b>59%</b>	<b>174</b>	<b>9 %</b>
<b>Inf coor e ost</b>	<b>43</b>	<b>32%</b>	<b>90</b>	<b>68%</b>	<b>133</b>	<b>7 %</b>
<b>TOTALI</b>	<b>769</b>	<b>42%</b>	<b>1047</b>	<b>58%</b>	<b>1816</b>	
<b>Personale invitato non presentatosi</b>	<b>382</b>	<b>46%</b>	<b>447</b>	<b>54%</b>	<b>829</b>	<b>Indice di disper. for.31%</b>

Le iniziative formative presso il Presidio Rodolico hanno interessato un numero totale di **908 partecipanti**. La compilazione della tabella verrà effettuata quando il software sarà aggiornato con la discriminante di genere.

Dai dati attualmente in possesso è possibile rilevare che l'offerta formativa organizzata all'interno dell'Azienda

- viene organizzata nel rispetto della proporzione della distribuzione di genere presente in Azienda;
- viene una volta su tre rifiutata, o forse neanche comunicata all'interessato/a per carenza di unità che possano sostituire chi partecipa ai corsi. Si verifica spesso, quindi, che chi ha maggiore autonomia organizzativa riferibile alla propria professione o chi fa capo ad una U.O. numericamente più ricca, sia messo nelle condizioni di partecipare a più corsi in un anno a differenza di altri che, costretti da un carico di lavoro maggiore, pagano anche il prezzo di una minore opportunità formativa.

## ATTIVITA' COMITATO ANNO 2013 /14

Nel periodo marzo 2013/ marzo 2014 sono state effettuate n. 6 assemblee aperte a titolari, sostituti e ai/alle dipendenti che avessero voluto prendervi parte, come contemplato dal regolamento. Oltre alle riunioni e per facilitare la continuazione dei lavori, si è mantenuto l'assetto dei gruppi di lavoro.

Dalla data di apertura della sede Cug, 17.10.13, ad oggi si è aperto lo Sportello Cug a cadenza settimanale per consentire l'incontro diretto con il personale. I componenti sono stati presenti in almeno due unità per turno.

Come è possibile visionare dalle tabelle di presenza dei componenti Cug pubblicate nella sezione "Gruppi di lavoro" del sito, si è ormai consolidato un numero medio di partecipanti del 30% (rispetto ai nominati con delibera), motivati e fidelizzati alla partecipazione alle attività del Comitato. Il restante 70%, che continua comunque ad essere informato e convocato, risulta non aver mai preso parte alle attività.

### **Azioni in continuità con anno precedente**

#### **1. Pagina Cug nel sito aziendale.**

La pagina è costituita da sezioni rivolte alla comunicazione trasparente e alla condivisione *intra* ed *extra* aziendale delle attività del Comitato (verbali assemblee, corrispondenza, gruppi di lavoro e partecipazione componenti) per consentire costante monitoraggio e tracciabilità dei lavori in corso e da sezioni dedicate alle Pari Opportunità, al Benessere Lavorativo e a trattazioni o studi sui temi di competenza da parte di personalità di rilievo nazionale ("Il pensiero degli altri"), i cui contenuti possano aumentare informazione e sollecitare spunti di riflessione. La sezione delle News è costantemente aggiornata e contiene i contatti con il centro ministeriale di assistenza a donne che subiscano violenza e con la Consigliera di Parità Provinciale. Sono presenti inoltre l'elenco delle delibere aziendali pubblicate, come fornite dall'amministrazione. A quest'ultima è stata proposta la pubblicazione degli atti deliberativi in formato digitale aperto per consentire la facile consultazione da parte del personale e operare così una condivisione nei processi di governo dell'intero sistema e un concreto sviluppo del senso di appartenenza.

#### **2. Sportello ascolto settimanalmente aperto.**

L'attività svolta inizia a dare riscontro di buon gradimento da parte del personale pur evidenziando la difficoltà ad esprimere in forma diretta e in un luogo dedicato segnalazioni di disagi o richieste di iniziative da parte dei/delle dipendenti.

### **3. Biblioteca/ scambio libri Ipazia.**

La biblioteca aziendale si è in questo ultimo anno arricchita di molti testi (saggi, racconti, poesie), messi a disposizione anche da persone esterne all'Azienda, che è possibile richiedere in prestito negli orari di apertura della sede.

### **4. Costante notifica alla Direzione Generale** dei lavori Cug attraverso la condivisione delle mail di servizio. L'utilizzo del canale telematico consente la puntuale informazione delle attività svolte o in programmazione in tempo reale, evitando l'aggravio dei tempi propedeutici agli incontri diretti che, comunque, sono stati periodicamente richiesti.

### **5. Collaborazioni interne.**

Nel corso dell'attività annuale sono stati intrapresi scambi con altre articolazioni interne all'Azienda finalizzati alla comunicazione di pareri e riscontri del Cug (Codice di comportamento, Piano Triennale di valutazione della performance, Scheda di valutazione performance individuale), al supporto della divulgazione e compilazione del questionario sul benessere organizzativo della Civit e alla collaborazione con Settori e Servizi coinvolti nella realizzazione delle attività del Cug.

### **6. Integrazione contenuti Cug nella programmazione formativa aziendale.**

In accordo con i responsabili degli Uffici Formazione, all'interno degli eventi formativi intra-aziendali del 2014, è stato concordato di dedicare uno spazio informativo sulle tematiche del Comitato durante il quale verrà distribuito materiale che è stato appositamente predisposto.

### **7. Ecm CUG**

Nella prima decade di maggio 2014 si terrà un evento di approfondimento su temi inerenti le pari opportunità ed il benessere organizzativo. Per l'evento, aperto a tutte le professioni, è stato richiesto accreditamento ECM.

### **8. Iniziativa di prevenzione "Mi curo di me".**

L'attenzione al benessere dei/delle dipendenti è considerato obiettivo nevralgico di un sistema ben-funzionante e deve passare attraverso la chiara percezione degli/delle interessati/e che ci si stia occupando di loro. L'iniziativa "Mi curo di me" era stata programmata per offrire la possibilità ai/alle dipendenti di effettuare consulenze specialistiche gratuitamente e all'interno dell'Azienda. Gli specialisti interpellati avrebbero messo a disposizione un definito numero di visite per un mese ciascuno ed i componenti del Cug li avrebbero supportati nella gestione delle prenotazioni. L'attività, impostata su base volontaristica, intendeva, utilizzando la cura del corpo, materializzare relazioni di solidarietà e di scambio tra "colleghi" della stessa Azienda e, contemporaneamente, dare merito ad una conduzione del sistema che "garantisce" le proprie risorse. Preso atto del rifiuto dell'Amministrazione che ha ritenuto di non condividere tale azione, questa non è stata effettuata.

## 9. **Avvio compilazione del bilancio di genere aziendale.**

Il termine genere (non sovrapponibile a quello di sesso) è introdotto nel 1975 dall'antropologa Gay Rubin per definire “ **l'insieme dei processi, adattamenti, modalità di comportamento e di rapporti con i quali ogni società trasforma la sessualità biologica in prodotti dell'attività umana e organizza la divisione di compiti tra gli uomini e le donne, differenziandoli l'uno all'altro, creando così il genere**”. Il cambiamento di tali definizioni, come la loro nascita, dipende quindi dalla cultura e dalla sua evoluzione. Lo Stato si impegna a raggiungere l'obiettivo della parità tra gli uomini e le donne attraverso l'emanazione di leggi e regolamenti che devono poi essere applicate da “persone” che nella loro azione sceglieranno di aderire più o meno alle innovazioni sollecitate, diventando strumento di mantenimento o di cambiamento della cultura di contesto e, quindi, designando la differenza tra mera applicazione della norma e condivisione e sostegno del principio ispiratore della stessa.

Il bilancio di genere è non solo uno strumento che consente alle amministrazioni di condurre una azione di governo più consapevole delle ricadute su donne e uomini delle proprie scelte organizzative, ma anche un veicolo di comunicazione interna ed esterna dell'adesione alle politiche di garanzia delle pari opportunità.

Il Cug ha iniziato il lavoro di rilevazione dei dati utili al bilancio di genere, evidenziando la necessità di integrare tutti i flussi informativi esistenti sul personale con indicatore di genere, primo presupposto per effettuarne l'analisi. Si è inoltre richiesto che siano rilevabili i dati relativi alle progettualità interne ed esterne all'Azienda, da cui si evidenzia il personale che ne prende parte, distinto anch'esso per genere, qualifica ed emolumenti agli stessi collegabili, se presenti.

## 10. **Collaborazioni esterne:**

Come indicato dalle linee guida ministeriali per il funzionamento dei Cug, si è preso contatto con la **Consigliera di Parità Provinciale, dott.ssa Mariella Consoli**, che ha partecipato all'assemblea di marzo e ha dato disponibilità ad intraprendere rapporti di collaborazione interna per quello che attiene la trattazione delle politiche di garanzia del personale aziendale ( i contatti della Consigliera sono stati pubblicati sulla pagina Cug) e per iniziative esterne che coinvolgono i diversi Cug della provincia. La Consigliera è stata invitata come relatrice nell'evento programmato per maggio.

Allo stesso evento hanno accettato di partecipare **la Prof.ssa Rita Palidda e la Prof.ssa Graziella Priulla**, docenti della Facoltà di Sociologia dell'Università di Catania, che da tempo si occupano e danno evidenza a temi inerenti il lavoro e le pari opportunità.

Le difficoltà attuali non autorizzano una idealizzazione del passato. Forme conflittuali nella relazione terapeutica sono sempre esistite,

La ricerca di queste forze storiche più profonde ci induce a prendere in considerazione le ‘traslocazioni’ del potere in medicina, la metamorfosi del concetto di responsabilità, la trasformazione dei modelli organizzativi della sanità.

La questione del potere è centrale nell'analisi del rapporto tra medici e malati. L'esercizio della medicina presuppone il riconoscimento al medico del potere di curare; nel tempo, tuttavia, questo potere ha cambiato forma ed espressioni. Mutuando dalla genetica un termine che, mentre connota il potere come patrimonio ereditario dell'arte medica, rimanda a possibili espressioni fenotipiche molto diverse le une dalle altre, si potrebbe dire che questo potere ha subito 'traslocazioni', nel senso di ricollocazioni in punti diversi. Nel modello tradizionale, che a ragione è chiamato ippocratico, il medico esercita sul malato un potere esplicito, senza complessi di colpa e senza bisogno di giustificazioni. Il potere si regge intrinsecamente sulla finalità che lo ispira: è esercitato per il bene del malato. Rodrigo de Castro, medico del 17° sec., nel suo trattato *Medicus politicus* (1614) arriva ad affermare che, come il sovrano governa lo Stato e Dio governa il mondo, il medico governa il corpo umano. Si tratta di un potere assoluto, in cui chi sta in posizione dominante (one up) determina in modo autoreferenziale che cosa è autorizzato a fare a beneficio di chi sta in posizione dominata (one down).

. La 'modernizzazione' della medicina, avvenuta negli ultimi decenni del 20° sec., ha messo in crisi il modello tradizionale del potere medico. Le radici del cambiamento di paradigma affondano nella rivendicazione di un potere di autodeterminazione da parte dell'individuo sulle decisioni che riguardano il suo corpo.

Della salute privilegiava la dimensione collettiva, rispetto a quella individuale; la intendeva non come somma di benessere individuali né come individuali riscatti dalla malattia, ma come una condizione che nasce dall'emergere di gruppi omogenei e dalla partecipazione. La clinical governance, espressione non traducibile direttamente dall'inglese come governo clinico, nasce quale approccio di sistema alla gestione integrata dei problemi assistenziali nel loro complesso. Per una definizione in lingua italiana si intende con governance un assetto multidisciplinare necessario per gestire una determinata struttura di lavoro, mentre clinical si riferisce a un contesto sanitario, con significato più estensivo del solo assetto clinico che riguarda direttamente diagnosi e terapia. La clinical governance prende vita essenzialmente in Gran Bretagna a metà degli anni Novanta del 20° sec., con lo scopo di garantire precisi obiettivi di cura e dare inizio a un miglioramento complessivo dell'assistenza in sanità. La definizione corretta secondo G. Scally e L.J. Donaldson, come riportata dal *British Medical Journal*, è la seguente: "una struttura attraverso la quale le organizzazioni del NHS (National Health Service) devono rispondere per migliorare continuamente la qualità dei loro servizi e la tutela degli standard di cura ottimi, creando un ambiente in cui potrà prosperare l'eccellenza nella cura clinica". Lo scopo è quello di realizzare un telaio sul quale poggia il complesso dell'organizzazione sanitaria al fine di migliorare la qualità dei servizi prestati, riesaminando criticamente e controllando il lavoro svolto, mettendo se necessario in discussione procedure organizzative e aspetti professionali. In sostanza il quadro sistemico mette in gioco malati, amministratori, medici, infermieri, per ottimizzare con parametri di verifica quanto istituzionalmente svolto. Il periodico e pubblico accesso ai risultati, per es., con rapporti annuali, supera il limite autoreferenziale del medico per offrire lo spazio a un confronto con altri sistemi o strutture di lavoro.

Nel giro degli ultimi decenni la definizione e l'organizzazione dei sistemi sanitari hanno subito una profonda modifica e la transizione verso i nuovi modelli è ancora in corso. In questa terra di passaggio convivono una teorizzazione nota e apparentemente condivisa ed una pratica che fa fatica ad adeguarsi e che, saldamente radicata nella precedente cultura assistenziale, avrà bisogno di un tempo assai maggiore di quello richiesto dalla riscrittura delle regole formali.

La 'modernizzazione' della medicina e il concetto di "governance" fanno riferimento ad un approccio di sistema e alla gestione integrata e multidisciplinare dell'assistenza nel suo complesso, mettendo in gioco amministratori, infermieri, malati e medici per ottimizzare, con parametri di verifica che, adeguatamente pubblicizzati diano conto di quanto istituzionalmente svolto. In questo quadro, occuparsi di salute ha il senso di uscire dall'autoreferenzialità privilegiando una dimensione collettiva, che non è somma dei benessere individuali, ma condizione che nasce dall'emergere di gruppi, di lavoro d'equipe e dalla partecipazione consapevole di tutti, diventando modello di confronto anche con realtà esterne alla singola Azienda.

E, tuttavia, ci troviamo in un contesto lavorativo da sempre "verticalizzato", in cui diventa fondamentale analizzare la gestione del potere. la condivisione e la conseguente distribuzione di responsabilità sono ancora sentite come perdita di potere nelle fasce dirigenziali e come sovraccarico lavorativo (e maturativo) in quelle che non hanno finora diretto.

L'ambito della valutazione è un esempio di quanto la stagnazione di queste due opposte resistenze si esprima concretizzando un "fermo-immagine" che lascia quale unico ambito d'azione una passiva, generalizzata e deresponsabilizzata lamentazione.

Da un paio di anni sul ciclo di valutazione è stato fatto un lavoro di costruzione di un percorso ..

I rifiuti valutazioni sulla performance del personale

soprattutto, Il periodico e pubblico accesso ai risultati, per es., con rapporti annuali, supera il limite autoreferenziale del medico per offrire lo spazio a un confronto con altri sistemi o strutture di lavoro.

**BILANCIO ECONOMICO 2013/2014**

Nel 2013, l'Azienda ha ritenuto dover destinare risorse economiche per consentire l'allestimento della sede del Cug e la stampa di materiale di diffusione informativa come segue:

acquisto n. 30 sedie	€ 840 (con IVA € 1024.80)	settembre 2013
stampa n. 4000 segnalibri	€ 320 (con IVA € 390.40)	novembre 2013
<b>Totale</b>	<b>€ 1160 (con IVA € 1415.20)</b>	

Come a conoscenza delle direzioni, al Comitato non è stato attribuito budget dedicato e, quindi, quelle suesposte risultano le uniche spese a carico del Cug.

Solo di recente si è venuti a conoscenza che tali spese sono state erroneamente attribuite a centro di costo diverso da quello dovuto e si farà richiesta di sollecita e retroattiva modifica.

## CONCLUSIONI

Le dinamiche d'integrazione, ancora in corso, tra personale afferente dal polo Vittorio Emanuele e dal Rodolico, le migrazioni di svariate UU.OO e l'attesa della nomina dei vertici aziendali, hanno costituito condizioni difficili per una rimodulazione organizzativa almeno a medio termine. Non v'è dubbio che tale situazione, con il suo esasperato perdurare, sta vanificando le forze propulsive generalmente stimulate dal nuovo e dalle crisi trasformative. Se vengono meno attese ed energie da mettere al servizio dello sforzo innovativo, la fluidità dei confini organizzativi viene vissuta con un disagio e una confusione che "distanza" il personale dal sistema a cui appartiene (massivo rifiuto alla compilazione del questionario Civit/ circa il 94% ; alto livello di dispersione formativa / circa il 31% di assenze ai corsi aziendali, basso livello di adesione al Comitato di Garanzia, aumento della conflittualità tra utenti e operatori).

Sebbene il disagio sia generalizzabile a tutte le categorie, esso viene più esplicitamente motivato dal personale infermieristico. Infatti, nonostante la dotazione organica di tale personale nella nostra Azienda sia stata rideterminata applicando lo standard massimo previsto dalle Linee di indirizzo regionali (Decreto n. 1868/10 del 22 luglio 2010), essa di fatto risulta insufficiente rispetto al mantenimento di un assetto organizzativo dell'Azienda che comprende linee di attività ancora distribuite in 5 Presidi, con molte unità operative ad alto impatto assistenziale. Tale situazione incide sull'organizzazione e, ovviamente, sulla percezione di gran parte del personale che lamenta alto carico di lavoro e alto livello di stress lavorativo. Dati "oggettivi", per esempio sul carico di lavoro delle UU.OO. e medio per operatore di specifica qualifica, non risultano disponibili e potrebbero essere utilizzati per distinguere tra situazioni in cui l'organizzazione lavorativa è fortemente collegabile alla condizione di malessere, da situazioni in cui il malessere abbia altre origini, non ultimo un ritiro motivazionale diffusosi per contaminazione "a pioggia". Nell'obiettivo di una comprensione quanto più aderente al reale, fa ben sperare l'introduzione del questionario Civit avviato dall'OIV e il suo uso come indicatore di punti di forza e di debolezza di sistema, motivo questo per cui il Cug ha dato massimo supporto alla compilazione dei questionari ed è in attesa di condividere le prime evidenze con gli organismi preposti per la definizione di azioni migliorative che il Comitato possa espletare in linea con un complessivo piano d'interventi integrato.

In questa situazione emergenziale, il lavoro del Cug, che ha incontrato maggiori resistenze di quanto già i temi trattati nel nostro contesto culturale solitamente riscuotano, è stato amplificato nella ricerca del rapporto diretto con gli/le operatori/trici.

La Presidentessa  
Comitato Unico di Garanzia

Ct, 31.03.2014



G. Silvana Verdura

Questionario ex Civit

La valutazione del personale è strettamente collegata alla definizione degli obiettivi di budget