



REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

COMITATO UNICO DI GARANZIA
PER LE PARI OPPORTUNITA', LA VALORIZZAZIONE DEL BENESSERE
DI CHI LAVORA E CONTRO LE DISCRIMINAZIONI

(Deliberazioni del D.G. ASL BA n° 1981 del 09/11/2016 , n° 434 del 07/03/2017 e n. 443 del 07/03/2019)

ALLEGATO N°1

Report di restituzione analisi del progetto formativo partecip@asl.bari.it

Report di restituzione analisi del progetto formativo

partecipa@asl.bari.it

Comitato Unico di Garanzia (CUG): un nuovo strumento a sostegno delle pari opportunità e del benessere di chi lavora

a cura di Carmine Clemente, Caterina Balenzano, Thaïs García-Pereiro (Università di Bari)

1. Premessa

Le trasformazioni del lavoro e della relazione tra organizzazione e lavoratore sono sempre più incentrate sulla necessità di negoziare processi di “innovazione organizzativa” che consentano di garantire contemporaneamente produttività e benessere ai lavoratori, contrastando ogni forma di discriminazione. Emerge così una doppia esigenza: da una parte, assicurare il benessere degli individui grazie ad un modello di “politica sociale aziendale”; dall'altra, il bisogno di definire un metodo razionale per gestire le risorse umane all'interno dell'organizzazione aziendale, in modo tale da massimizzarne la performance.

Dall'analisi effettuata dai componenti del Gruppo di Lavoro “Pari Opportunità” CUG ASL BA si evidenziano diverse situazioni di criticità a carico dei lavoratori dell'ASL BA:

- l'aumento del rischio di infortunio in itinere, connesso agli spostamenti dei dipendenti; le difficoltà a conciliare i tempi di vita; il disagio legato all'età avanzata dei lavoratori;
- l'aumento dello stress lavoro-correlato;
- le problematiche nella gestione della comunicazione, verticale ed orizzontale.

La tematica del bilanciamento tra le necessità che intercorrono durante il ciclo di vita e i carichi lavorativi (*work-life balance*) appare dunque una sfida rilevante se si vuole stimolare la generazione di nuove forme di cittadinanza attiva.

In tal senso, il progetto proposto dal CUG ASL BA intende implementare il valore apportato da ciascun lavoratore nell'organizzazione complessiva ASL BA e, nello specifico, dei cicli produttivi dei diversi Servizi, valorizzandone la soggettività, le competenze e le capacità.

Temi cardinali del progetto sono dunque la partecipazione, la trasparenza, la conciliazione e il welfare aziendale, come espressioni della vitalità organizzativa della ASL BA. Il momento partecipativo è rappresentato dal coinvolgimento “dal basso” nell'indicazione dei bisogni sui quali s'intende sollecitare una riflessione, in termini di Welfare Aziendale, da parte dell'organizzazione e degli organi istituzionali e politici competenti.

Più nello specifico, il progetto promosso dal CUG ASL BA con la collaborazione degli esperti scriventi dell'Università di Bari ha inteso avviare un processo di partecipazione “generativa”, esaltando pienamente la centralità della persona/lavoratore e quindi la capacitazione di ciascuno, attraverso l'ascolto e il confronto attivo reso possibile dall'approccio metodologico dello strumento del *focus group discussion*.

L'approccio qualitativo di ricerca-azione ha consentito di sviluppare una lettura complessa del contesto organizzativo, in termini di pari opportunità e conciliazione, benessere organizzativo e discriminazioni, stimolando nei partecipanti una riflessione centrata sul proprio ruolo lavorativo, sulle pratiche professionali e sulle dinamiche interpersonali e gruppali nei contesti di lavoro. Se il lavoro mira a promuovere un processo di *empowerment*, cioè di allargamento delle possibilità e delle risorse personali, la necessità di ascolto e la richiesta di una partecipazione attiva dei lavoratori ai processi organizzativi è una esigenza sempre più diffusa per superare le criticità organizzative, accrescere la motivazione e migliorare il funzionamento aziendale complessivo.

Nel presente report si sintetizzano i principali risultati dei *focus group* attraverso un'elaborazione descrittiva delle principali informazioni emerse nei diversi incontri e una sintesi narrativa dei dati raccolti.

Questi risultati potrebbero essere di grande utilità per la programmazione di interventi e di politiche di conciliazione e di welfare aziendale in grado di comprendere al meglio le esigenze dei lavoratori dell'ASL e di guidare il processo decisionale verso un nuovo modello organizzativo.

2. Il contesto

L'ASL Bari opera su un territorio coincidente con la Città Metropolitana di Bari, su cui risiedono complessivamente n.1.259.510 abitanti; si estende su una superficie di 3825 km, distribuiti in 41 comuni. Essa è stata definita, infatti, l'ASL più grande d'Italia, con una dotazione organica di 8.345 persone (al 31.12.2017), di cui 3399 uomini e 4946 donne, dunque circa 40% uomini e circa 60% donne.

La complessità intrinseca e, per certi versi, inevitabile, derivata dall'eterogeneità dei lavoratori della ASL BA, differenzia bisogni e aspirazioni tra persone/lavoratori che condividono lo stesso territorio e la stessa organizzazione. In tema di benessere, pari opportunità, esigenze di conciliazione e discriminazioni di carriera, la programmazione ha pertanto la necessità di confrontarsi con le istanze, i valori, le risorse e il potere di cambiamento (anche percepito) che appartengono alla comunità.

Il rapporto tra agenti di cambiamento esterni/interni all'azienda non solo è circoscritto a policy maker ma anche alla visione che tutti gli stakeholders (sia dei differenti livelli di programmazione, sia dei diversi settori della stessa organizzazione) hanno delle dicotomie, talora stereotipate, quali: salute/sanità, benessere/malattia, sviluppo/tutela, investimento/costo, partecipazione/delega.

3. Peculiarità del processo partecipativo

Il processo partecipativo è stato diretto a rispondere alle richieste pervenute negli anni dai lavoratori al CUG, che da diversi anni si occupa del tema del benessere dei lavoratori e tenta di garantire la partecipazione a livello "micro", ovvero a riconoscere e valorizzare l'apporto che ciascun lavoratore possa esprimere nell'ambito dei cambiamenti organizzativi previsti dalla normativa vigente.

La finalità generale del progetto è rappresentata dall'idea di promuovere la sperimentazione di un modello organizzativo innovativo che miri a coniugare il benessere del singolo e dell'organizzazione, mediante l'adozione di piani di flessibilità aziendale che incoraggino un'organizzazione del lavoro favorevole alla conciliazione famiglia-lavoro e alla produttività (tele lavoro, lavoro agile, flessibilità ecc.) coniugando lo sviluppo sociale ed economico.

Attraverso la partecipazione, il progetto si è proposto di generare un processo di reciprocità tra lavoratori e azienda, in cui la maggiore capacità di quest'ultima di tutelare diritti (ad es. favorire la conciliazione dei compiti di cura per i neo-genitori), attivare *attraction/retention* dei dipendenti e di accrescere il loro livello di *engagement* si riflette in una maggiore efficienza organizzativa.

Per favorire la massima partecipazione, il progetto è stato pubblicizzato sul sito aziendale secondo le modalità previste. Per tutti gli incontri formativi è stata inoltre portata a termine la procedura di accreditamento, grazie alla quale la frequenza è stata riconosciuta come regolare orario di lavoro. Sono stati coinvolti nel processo partecipativo i lavoratori ASL BA con ruolo tecnico, amministrativo e sanitario, sia della dirigenza sia del comparto.

Gli incontri si sono posti un duplice obiettivo: da una parte fare emergere informazioni, conoscenze e punti di vista in merito ai temi indagati, esplorati in termini di bisogni, criticità e proposte; dall'altra, stimolare una riflessione sulla propria professione e il proprio lavoro come parte di un modello democratico dove ogni singolo individuo si sente chiamato a partecipare attivamente per il benessere comune, processo guidato dall'empowerment, dalla propria consapevolezza e dalla responsabilità condivisa delle decisioni prese e delle scelte effettuate.

4. Metodologia

Il *focus group* è stata la tecnica qualitativa scelta per la raccolta di informazioni riguardanti il benessere organizzativo, le pari opportunità e la discriminazione. Attraverso i *focus group* si è stabilita una forma attiva di partecipazione e di coinvolgimento grazie all'interazione tra i dipendenti dell'ASL BA. Queste tematiche, considerate gli obiettivi informativi dell'iniziativa, hanno guidato molte delle scelte relative sia alla organizzazione sia alla composizione dei *focus group*, così come quelle riguardanti il disegno campionario complessivo. L'utilizzo del focus come strumento di tipo *bottom-up* ha facilitato l'identificazione di criticità, bisogni e proposte dal basso verso l'alto.

Sono stati svolti dodici *focus group* in quattro giornate (28 e 29 novembre, 16 e 19 dicembre 2019) nella sala di conferenze dell'Ospedale San Paolo (Bari). Le giornate sono state organizzate in modo tale da

facilitare lo svolgimento simultaneo di tre *focus group*, ognuno dei quali si è concentrato su una delle tematiche costituenti l'obiettivo dell'iniziativa:

- 1) benessere organizzativo (BO);
- 2) pari opportunità (PO);
- 3) discriminazione (DI).

In totale sono stati svolti quattro focus per tematica. La durata di ciascun *focus group* è stata approssimativamente di 2 ore e mezzo per un ammontare complessivo di circa 30 ore (in parallelo). Ogni focus è stato seguito da un moderatore/ricercatore i cui compiti sono stati il dirigere la discussione e il favorire l'interazione grazie alla creazione di un clima favorevole e di fiducia tra i partecipanti. Verso la fine di ciascun incontro i tre moderatori/ricercatori hanno sintetizzato il lavoro dei *focus group* in modo da restituire ai partecipanti quanto emerso durante i dibattiti.

La discussione dei gruppi è stata guidata da tre *interview guide* (tracce di conduzione), ciascuna delle quali comprende 5 domande suddivise in tre sotto aree (politico-istituzionale, gestionale e operativo-professionale). Le *interview guide* sono state costruite seguendo un criterio di semplicità secondo il quale il tema complessivo è stato scomposto in sotto temi circoscritti in modo da renderli relativamente gestibili e controllabili durante le discussioni. Le sequenze dei *focus group*, anche se svolti in giornate diverse, sono state guidate durante tutta la campagna -senza variazioni- da una *interview guide* costante.

Il modello di campagna adottato ha comportato lo svolgimento di n. 12 sequenze parallele (incontri) di *focus group* con *interview guide* diverse per ciascuna sequenza ma costanti durante la durata dell'intera campagna, schematizzabili nella Tabella 1.

Tabella 1. Modello di campagna dei *focus group*.

Primera giornata	Seconda giornata	Terza giornata	Quarta giornata
<i>Ig_A Fg₁</i>	<i>Ig_A Fg₂</i>	<i>Ig_A Fg₃</i>	<i>Ig_A Fg₄</i>
<i>Ig_B Fg₁</i>	<i>Ig_B Fg₂</i>	<i>Ig_B Fg₃</i>	<i>Ig_B Fg₄</i>
<i>Ig_C Fg₁</i>	<i>Ig_C Fg₂</i>	<i>Ig_C Fg₃</i>	<i>Ig_C Fg₄</i>

Note: (*ig_A* sta per *interview guide* del tipo A; *ig_A*, *ig_B*, *ig_C* significa che la *interview guide* è stata scomposta in tre tematiche, A Benessere Organizzativo, B Pari Opportunità, C Discriminazione; i numeri indicano la sequenza dei *focus group* all'interno di ciascun tipo da 1 a 4).

Hanno partecipato a ciascuno dei 12 *focus group* mediamente tra i 7 e i 10 lavoratori, per un totale complessivo pari a 102 dipendenti dell'ASL BA ascritti a diversi ruoli: tecnico, amministrativo e sanitario – sia nell'area della dirigenza sia nel comparto - operanti nei servizi territoriali, nelle strutture ospedaliere e a domicilio per le prestazioni sanitarie decentrate.

La Tabella 2 mostra le principali caratteristiche dei partecipanti ai *focus group*. Emergono alcuni aspetti:

- la femminilizzazione del gruppo (87,3%) risulta piuttosto evidente;
- l'età dei partecipanti, per il 73% del totale, ha tra i 46 ed i 65 anni;
- il 57,8% possiede un diploma di laurea;
- il gruppo risulta molto omogeneo sia per ruolo sia per appartenenza di comparto.

Tabella 2. Distribuzione percentuale di colonna delle principali caratteristiche dei partecipanti ai *focus group*.

Caratteristiche dei partecipanti	% di colonna	Caratteristiche dei partecipanti (cont.)	% di colonna
<i>Sesso</i>		<i>Ruolo</i>	
Uomini	12,7	Sanitario: medici e veterinari	6,9
		Sanitario: dirigenza sanitaria non medica	7,8
Donne	87,3	Sanitario: comparto	61,8
<i>Classe di età</i>		Tecnico: dirigenza	0,0
Fino ai 25 anni	0,0	Tecnico: comparto	9,8
26-35	5,9	Amministrativo: dirigenza	0,0
36-45	20,6		

46-55	36,3	Amministrativo: comparto	1,0
56-65	36,3	Professionale/comparto	12,7
Oltre 66	1,0	<i>Specificare</i>	
<i>Titolo di studio</i>		DSS	50,0
Licenza media	0,0	DDP	2,0
Diploma di istruzione			
secondaria	28,4	DSM	15,7
Laurea	57,8	DP	1,0
Specializzazione postlaurea	13,7	Direzione strategica	2,9
Altro	0,0	Ospedale	21,6
		Altro	6,9
100%		100%	

Nonostante non sia stato possibile scegliere i partecipanti ai *focus group* seguendo una particolare strategia campionaria, sia la complessità delle tematiche affrontate sia la varietà delle informazioni raccolte sono state adeguate ad ottenere un incremento della conoscenza e il raggiungimento della saturazione.

5. Risultati: analisi bottom-up di bisogni e criticità e co-costruzione di proposte

5.1 Politiche, normative e contesti professionali

Interrogati su quanto le politiche regionali (governance istituzionale) concernenti il sistema sanitario contrastino la discriminazione e promuovano benessere e pari opportunità attraverso specifiche normative, i partecipanti segnalano nel complesso una carenza informativa e comunicativa.

I partecipanti ai focus sul tema delle discriminazioni, in particolare, segnalano un ambiente sempre più ostile nel quale dover svolgere le proprie mansioni. Sentono che l'opinione pubblica "stia contro" l'ambito sanitario, cosa che tende a ripetersi anche a livello politico. Tra i dipendenti si ha la percezione che gli strumenti predisposti a livello regionale non funzionino a livello dell'ASL BA. L'assenza di coordinamento tra le due aree, che vengono percepite come disconnesse, è testimoniata ad esempio dal caso particolare in cui, da normativa, si devono adeguare le competenze professionali ma, a livello operativo, la situazione è stata bloccata dall'applicazione di un nuovo regolamento. Così, i dipendenti hanno la sensazione che anche quando la Regione approva delle leggi che li riguardano nel riconoscimento/tutela di diritti per il benessere/pari opportunità/discriminazioni, queste poi sul piano fenomenico non sono attuate dal livello della governance gestionale, come nel caso dell'Azienda ASL Bari. I partecipanti manifestano frustrazione per queste situazioni in cui percepiscono la distanza "del sistema" come livello che va molto oltre la loro concreta possibilità di azione. Anche per i controlli sull'effettiva attuazione e riconoscimento delle leggi regionali, molte volte se ne lamenta l'assenza o la delega di tale attività allo stesso soggetto dovrebbe attuarle: cioè si delega un soggetto a controllare se stesso!! *"Una volta raggiunto l'obiettivo prefissato non ci sono più controlli"* e il livello politico diventa "irraggiungibile". Per tale ragione, una possibile proposta riguarda la produzione di normative che predispongano sistemi di controllo esterni, già dal momento dell'applicazione.

Anche riflettendo sul benessere organizzativo, sul piano della governance istituzionale i dipendenti non percepiscono la vicinanza e la funzione diretta e concreta del livello politico-regionale, argomentando una certa "distanza" tra la propria professionalità/quotidianità e il sistema sanitario regionale pugliese. Quest'ultimo sembra essere percepito nel suo livello più strettamente politico e, come tale, lontano dai problemi reali e personali degli operatori sanitari, poiché *"... i politici non s'interessano dei problemi dei dipendenti quando fanno le leggi..."*. In ugual modo, la previsione regionale dei CUG e della loro funzione all'interno dell'ASL è poco conosciuto.

La mancanza d'informazione e la scarsa conoscenza delle norme riguarda, infatti, anche il tema delle pari opportunità e della conciliazione, che secondo i partecipanti ai focus sono associate ad una carenza nella comunicazione nell'organizzazione. *"... Il problema è che noi non sappiamo le cose, noi non abbiamo le informazioni perché non ce le comunicano... l'amministrazione non ci mette al corrente delle normative e delle possibilità che abbiamo!"*.

Se, da una parte, alcuni corsi obbligatori sono ritenuti superflui, dall'altra eventi formativi sul tema della pari opportunità e della conciliazione andrebbero, secondo molti, resi obbligatori, dal momento che "su cose così importanti spesso gli operatori vanno in autonomia alla ricerca di norme e delibere".

L'effetto perverso di un'asimmetria nella padronanza delle informazioni, infatti, sarebbe il crescere di disuguaglianze e disparità, e lo squilibrio conoscitivo rischia di divenire decisionale, nella misura in cui la mancanza di conoscenza pone gli operatori in una posizione necessariamente subordinata rispetto alla dirigenza.

Quando si superano i reclami individuando concrete proposte per il superamento delle criticità, i lavoratori suggeriscono:

- ✓ maggiore attenzione al benessere organizzativo e alla conciliazione, attraverso leggi che riconoscono esigenze di lavoro agile e conciliativo dei ruoli familiari, soprattutto per quelle attività telematiche che possono essere svolte a casa;
- ✓ maggiore controllo diretto della Regione sull'osservanza delle leggi antidiscriminazione e poste a tutela del benessere organizzativo e della conciliazione, senza filtrarlo/delegarlo alle organizzazioni che dovrebbero attuarlo;
- ✓ maggiore attenzione regionale all'importanza della formazione.

5.2 *Informazione, comunicazione e decisioni*

L'analisi del modo in cui le decisioni e le informazioni sui temi dibattuti siano gestite in ASL fa emergere una sostanziale insoddisfazione da parte della maggior parte dei partecipanti ai vari focus tematici.

Nelle rappresentazioni dei lavoratori che hanno riflettuto sul tema delle discriminazioni, l'informazione non circola in modo equo poiché non tutti hanno accesso alle stesse informazioni e non è garantita la qualità dell'informazione. Mancano spazi d'incontro e anche quando sono programmati momenti di briefing, essi non sempre rispecchiano una logica comunicativa di reale condivisione ed ascolto.

In questo senso, si dovrebbe fare in modo che alcune informazioni (tipo quelle riguardanti la formazione) non possano essere filtrate da nessuno in nessun modo (neanche dalle figure dirigenziali). Alcuni dipendenti pensano che questo possa essere fatto soltanto se le informazioni si allegano alla busta paga, essendo uno strumento che tutti devono consultare e scaricare (l'unico a essere universalmente utilizzato).

In una logica di miglioramento, i partecipanti propongono inoltre di pianificare: a) eventi conviviali al di fuori dell'orario di lavoro (in occasioni speciali) per rafforzare i legami personali tra colleghi; b) incontri periodici nel posto di lavoro per stimolare il mutuo confronto, uniformare procedure e favorire la conoscenza tra operatori che, pur appartenendo alla stessa struttura, talvolta non si conoscono.

La promozione di corsi informativi e formativi sui temi discussi è valutata in modo positivo anche dai partecipanti ai focus relativi alle pari opportunità e al benessere, che confermano la difficoltà del rapporto con le informazioni: seppure siano presenti e siano state pubblicate dall'ASL su piattaforme online a volte, per questioni tecnologiche o per mancanza di tempo, non se ne ha conoscenza. D'altra parte, la partecipazione ai corsi non è sempre possibile quando si lavora in reparti piccoli dove la turnazione è più difficile da gestire. Un'altra criticità emersa riguarda la mancata effettiva partecipazione ai corsi di formazione di coloro che si sono iscritti ma poi non partecipano, togliendo di fatto ad altri la possibilità di parteciparvi.

Nel complesso, sebbene l'azienda risulti abbastanza attiva nel promuovere e diffondere corsi di formazione, ciò che i partecipanti lamentano è una cattiva gestione dell'organizzazione di quest'ultimi.

Per ovviare a queste criticità, i partecipanti propongono di:

- ✓ Attivare per alcuni corsi la possibilità di seguirli su piattaforme online;
- ✓ aumentare la capienza o replicare i corsi in cui si è registrato l'interesse di altri dipendenti che non vi hanno partecipato;
- ✓ organizzare la rilevazione degli effettivi bisogni formativi, data la grandezza territoriale e la vastità dei servizi dell'ASL BA;
- ✓ responsabilizzare chi s'iscrive e poi non partecipa;
- ✓ proporre corsi di formazione di carattere generale e non indirizzati a talune categorie professionali incentrati sulla comunicazione e sugli aspetti psico-relazionali;
- ✓ rendere più accessibile l'informazione, ad esempio facilitando la diffusione di tali informazioni e delle specifiche normative attraverso il web, con la piattaforma aziendale o con la mail aziendale, piuttosto che sullo scambio informale e talvolta impreciso tra colleghi.

Rispetto al modo in cui vengono prese le decisioni, i partecipanti lamentano innanzitutto l'approccio top-down nelle scelte gestionali, che riguardano, per esempio, la distribuzione di prestazioni domiciliari e gli orari di lavoro degli operatori che lavorano sul territorio (infermiere, fisioterapista, ecc.).

Le disparità segnalate sono legate, ad esempio, alla mancata garanzia di diritti, per esempio nel non tenere in considerazione le specifiche limitazioni fisiche di alcune persone.

"... per esempio io 15 anni fa ho fatto un gravissimo incidente, sono anche finita sui giornali, ma quando mi hanno messo in ambulatorio, dopo tanto, ho dovuto pure dire grazie!"

Le disparità sulle mansioni tra operatori con la stessa qualifica incidono inevitabilmente sulla conciliazione e sullo stress vs. benessere del dipendente e non è realizzata alcuna valutazione del benessere dei dipendenti nell'affidamento delle mansioni/servizi/turni.

"... ad esempio, io ho detto che preferivo non fare le prestazioni domiciliari perché non ce la facevo all'una a tornare a piedi, una macchina non mi ha vista e mi ha buttata per terra ... E quando ho chiesto come mai la collega non va fuori mi è stato detto che fa parte di un altro gruppo, che è più anziana, ma non è così! Non abbiamo tutti le stesse opportunità! E non si può fare niente, noi abbiamo esposto la questione anche al CUG ma non è cambiato nulla!"

Le criticità, su questo tema, riguardano soprattutto la sicurezza personale (si segnalano anche aggressioni), l'uso del mezzo proprio, il rischio della guida e i problemi assicurativi, dal momento che la copertura aziendale non risulta e quella personale potrebbe non essere valida quando eventuali sinistri accadono durante l'orario di servizio. Sebbene tuteli maggiormente gli operatori, l'uso dei mezzi pubblici, d'altra parte, non viene apprezzato dai dirigenti in quanto pone limiti sugli orari e l'effettiva possibilità di completare le visite domiciliari programmate.

A questo proposito, si segnala infine che a volte la decisione dell'assistenza domiciliare viene presa senza collegialità e senza una accurata valutazione dell'ambiente sociale del paziente e di eventuali disagi che possono ripercuotersi sull'operatore, sulla qualità delle cure e dell'assistenza sanitaria.

Andrebbe certificata la sicurezza del posto in cui gli operatori si recano per le prestazioni domiciliari: "una collega è stata sequestrata, noi andiamo in casa senza sapere chi sta dentro".

Anche rispetto ad eventuali percorsi formativi o incarichi programmati, i processi gestionali e il modo in cui vengono prese le decisioni nel contesto – l'imposizione piuttosto che la condivisione – influenzano inevitabilmente il benessere personale e collettivo nell'organizzazione.

... "ditemi se è libertà il fatto che il dirigente impone, ti presenta un foglio in cui ti dice a tua discrezione puoi partecipare ma poi, di fatto, ti costringe a farlo! ... lo stanno facendo tutti e quindi bisogna farlo! Ti costringe ma non hai neanche i mezzi per farlo, ad esempio il computer non ce l'abbiamo, loro sanno le carenze che abbiamo e che più volte abbiamo segnalato, anche per iscritto."

6. Valorizzazione di pari opportunità

Il mancato riconoscimento della diversità all'interno dell'ASL BA fa sì che i lavoratori che si trovino in situazioni di grande fragilità, anche tipiche del lavoro che svolgono, non si sentano tutelati. Un chiaro esempio è il mancato supporto psicologico per chi lavora in ambito oncologico, che viene assicurato ai soli pazienti.

"... come pensate ci si senta dopo aver diagnosticato 4 tumori in un giorno a persone come te?"

Chi da poco è entrato a fare parte dell'azienda, tra l'altro, accusa il sentirsi perso e catapultato in una grande realtà senza guida alcuna.

Trasversalmente ai tre focus tematici approfonditi, nel complesso, emerge un quadro di scarsa valorizzazione di pari opportunità (non vi sono corsi) e una moderata discriminazione tra percorsi di carriera professionale, data la "divisione tra il lavoro d'ospedale e del distretto".

Altre citate fonti e ragioni di discriminazioni nel contesto organizzativo riguardano:

- a) la difficoltà di fare carriera dopo un periodo di contenimento per motivi di carico familiare;
- b) la gerarchia di genere presente nelle strutture sanitarie (laddove il responsabile è un uomo), che spesso comporta l'insorgere di discriminazioni non solo di genere ma anche di età (si favorisce la giovinezza);
- c) le disparità nel reclutamento: spesso molti dirigenti medici non vogliono donne come dipendenti per la possibilità di avere una gravidanza (che comporterebbe l'assenza della donna per più di un anno).
- d) asimmetria nella gestione oraria del rientro tra dirigenti e operatori: *"i dirigenti non devono staccare mezzora e quindi non devono timbrare entrata e uscita. Non è chiara la motivazione dietro questa differenza, che crea situazioni conflitto interpersonale, stress e disagio tra gli operatori"*.

In generale, i partecipanti ritengono che l'azienda non promuova abbastanza le pari opportunità, non adotti criteri meritocratici e soprattutto non valorizzi le differenze e non rispetti i profili/mansioni professionali.

Numerose discriminazioni causa di scarso benessere riguardano infatti il sovraccarico legato a compiti meramente amministrativo-burocratici che non rientrano nell'area di competenza (talvolta sono richieste skills informatiche) e nei doveri del personale sanitario.

Le competenze dei più giovani o dei più formati creano inevitabili paradossi e disparità nella distribuzione del carico di lavoro: *"... ad esempio, ci sono i dipendenti che dicono di non saperlo fare e, quindi, restano tranquilli nella loro ignoranza", mentre quei dipendenti che dicono di saperlo fare devono poi fare di più di quello che a loro compete!"*

Se da una parte è evidenziata la mancanza di incentivi per "chi lavora più e meglio degli altri", dall'altra alcuni dipendenti possono vivere una condizione di stress psico-fisico legata alla richiesta, esplicita o implicita, di eseguire compiti e prestazioni aggiuntive (ad es. compilazione di modulistica on-line) che non rientrano nella propria mansione nello stesso orario di lavoro.

"È un'imposizione che dipende forse dal fatto che quelle attività rientrano nei famosi obiettivi la produttività ... Ma tale attività toglie tempo all'utenza, e questa cosa a fine giornata ti porta stress! Per esempio, per me che non so usare il computer, questa attività è stata fonte di ansia! Io sono stata assunta per fare l'infermiera".

Mentre alcuni operatori rifiutano l'idea di svolgere certi compiti, altri partecipanti, coerentemente con le politiche del lavoro agile, propongono di *"istituire due ore alla settimana in cui il dipendente può lavorare da casa ... oppure dare la possibilità di fare degli straordinari in cui dedicarsi a ciò"*.

A tale proposito in alcuni *focus group* viene fatta emergere, come situazione di stress lavorativo, il compito di aggiornamento di dati su piattaforme di sistemi informativi (EDOTTO). Il disagio è dovuto soprattutto alle modalità di tale operazione e in parte anche alla differenza operativa che si verifica a seconda dei diversi presidi o tra presidio territoriale e ospedaliero.

La discriminazione, secondo alcuni, è legata anche al fatto che talvolta in un unico distretto coesistono modalità organizzative e procedure diverse rispetto alla gestione delle stesse attività.

Talvolta i "compiti aggiuntivi" non riguardano solo adempimenti burocratici ma anche aspetti socio-relazionali dell'intervento assistenziale che richiedono competenze trasversali di non scontato possesso da parte dei professionisti della salute.

Soprattutto quando si lavora con prestazioni domiciliari in quartieri in cui la deprivazione sociale è molto diffusa, con condizioni igieniche problematiche, è necessario ad esempio un continuo supporto e dialogo con l'assistente sociale. Lavorare in un'ottica di equipe e prevedere l'inserimento di un professionista delle relazioni di aiuto, "psicologo o sociologo" potrebbero rappresentare, in tal senso, svolte significative per supportare la dimensione relazionale all'interno dell'azienda e migliorare la risposta pubblica al bisogno integrato di salute e benessere, ponendo la giusta attenzione anche agli aspetti psico-relazionali della cura (empatia, contenimento della sofferenza, supporto ai *caregiver*, ecc...)

Altri temi-chiave che riguardano la scarsa valorizzazione delle pari opportunità riguardano:

- ✓ Lo stress legato agli spostamenti: non è contemplato il disagio dei lavoratori che vivono distanti dal luogo di lavoro; lo stress legato ai tempi per raggiungere il luogo di lavoro potrebbe essere ridotto attraverso la promozione di forme di lavoro agile;
- ✓ le disparità legate alle progressioni di carriera in base al ruolo assunto nell'organizzazione;
- ✓ le disuguaglianze nella conciliazione vita-lavoro in base ai ruoli ricoperti, ad es. in caso di assenza per malattia.

"Poiché orario di servizio e orario di lavoro coincidono, se sono in malattia devo preoccuparmi di avvisare il primo paziente, mentre magari ho 39 di febbre ..."

Sono descritte, a tal proposito, nette disparità nelle opportunità di conciliazione in funzione del contesto e del tipo di profilo professionale: la conciliazione appare decisamente sbilanciata per chi lavora nei territori (che lavora 5/7 giorni, con un solo rientro pomeridiano) rispetto a chi è in ospedale e fa i turni anche notturni, ha maggiori vincoli (ad es. non può allontanarsi dal reparto se non arriva il collega del turno successivo) e lavora nei festivi.

Soprattutto per il personale operante nelle strutture ospedaliere, la conciliazione tra impegno lavorativo e carico di cura familiare è spesso un'impresa ardua dal momento che nelle aree meridionali del nostro Paese non sono garantiti servizi educativi e di cura per l'infanzia pubblici o provati in convenzione che assicurino una copertura oraria compatibile con l'orario di servizio dei genitori.

"La mia prima bambina aveva pochi mesi quando sono dovuta tornare a lavorare, o l'azienda crea delle strutture in cui poter accogliere i figli dei dipendenti o non sta aiutando il dipendente, perché quando non ci sono i nonni ad aiutare ti devi districare con baby-sitter, asili a pagamento, e non sempre è fattibile ... Io con il mio stipendio pagavo le rette degli asili, e sono stata costretta per tutti e tre a scegliere il tempo pieno."

L'investimento in misure di conciliazione che consenta ai genitori lavoratori di gestire in modo flessibile il doppio ruolo non appare una peculiarità italiana e il sovraccarico raccontato da molti partecipanti ai focus,

soprattutto donne, è spesso riferito come causa di stress, malessere e problemi relazionali sia sul luogo di lavoro che in famiglia.

"In altri Paesi hanno lottato per dedicare più ore alla famiglia, il dipendente sta anche meglio mentalmente, sta anche più rilassato, e lavora meglio ... invece io ho dovuto pagare le persone che andavano a prendere i miei figli, è uno stress, sino a quando non hanno raggiunto i 14 anni sono stata malissimo perché non mi hanno concesso flessibilità ed ero stanca! E poi uno ci rimette di salute, per non parlare dei problemi di coppia, mi sono pure separata ... ma che fai? Ti dicono se vuoi lavorare è così, se no te ne stai a casa! Nelle altre nazioni non è così, qui è proprio sballato il sistema!"

Il focus che ha approfondito più nello specifico il tema delle pari opportunità e della conciliazione lavoro-famiglia e vita-lavoro ha permesso, inoltre, di riflettere sui fattori che maggiormente incidono su una mancata tutela del lavoratore.

Innanzitutto, talvolta i diritti alla conciliazione degli operatori dell'ASL BA vengono violati per ostilità organizzativa: l'opzione del part-time, ad esempio, spesso non viene garantita richiamando questioni legate alla gestione del servizio.

"Ad esempio, il part-time mi è sempre stato rinnovato in maniera automatica, a un certo punto il dirigente mi ha revocato il part-time senza nessuna motivazione scritta, e quando ho chiesto delucidazioni al mio responsabile spiegando che il full time mi avrebbe penalizzato per la gestione familiare mi è stato detto: se vuoi presentare la domanda ripresentala ma non è possibile! ... E così è stato, con notevoli ripercussioni, anche se io avevo precisato nella domanda che l'orario ambulatoriale già prevede che le attività al pubblico si concludono in mattinata.

La citazione soprariportata richiama forte il tema dell'asimmetria di potere, ovvero il trade-off tra norme e autorità: se il dirigente non è d'accordo con le richieste dell'operatore spesso quest'ultimo subisce intimidazioni o ripercussioni laddove persiste nel mantenere il suo punto di vista.

"Quando si espone una difficoltà o una problematica ti dicono se non ti sta bene ci sono posti disponibili altrove, con minacce velate di ordini di servizio, trasferimenti ... e ti devi assoggettare al potere! ... Io mi sono trovata con una brutta scheda di valutazione per aver detto alla mia responsabile ciò che sinceramente pensavo... mai successo in oltre 30 anni di servizio, mi sono rivolta al sindacato perché mi deve motivare quel giudizio!"

Un'altra ragione di un contesto professionale che mal o poco si concilia con le esigenze familiari o personali del dipendente è il clima organizzativo talvolta ostile che si crea ovvero la scarsa empatia/comprensione/cooperazione tra colleghi.

"Quando il dirigente urlava una collega mi ha detto, dai, è normale che sia così!"

"Il gruppo lavoro è un gruppo che non sempre ti viene incontro, perché c'era una guerra ... io mi sono creata una barriera e lavoro solo per l'utenza, che mi gratifica! ... una volta mi arriva una chiamata da scuola perché mia figlia non stava bene ... e nessuno mi chiede cosa ha ... proprio senza nessuna empatia, non si crea l'armonia di gruppo, tra colleghe non ci si aiuta!"

In termini operativi, per superare le numerose criticità descritte in tema di pari opportunità, i partecipanti ai focus group ribadiscono la necessità di un profondo cambiamento culturale (*"Deve cambiare radicalmente la cultura, altrimenti lotto contro i mulini a vento ..."*) e organizzativo.

Dal punto di vista culturale, è necessario superare la posizione di rassegnazione che caratterizza molti operatori e cogliere la sfida della comunicazione empatica e della cooperazione.

"L'unica arma che abbiamo è la comunicazione, la condivisione dei valori tra di noi ... il rispetto dell'altro, invece no, si arriva a farci del male, anche banalmente per le ferie".

Una strategia specifica per superare l'atteggiamento di passivo adattamento di fronte alle disparità è la creazione di gruppi di discussione: *"propongo di rendere quasi obbligatorio la creazione di gruppi di discussione in cui si possa discutere di problematiche che ci riguardano, per evitare la rassegnazione! ..."*

Dal punto di vista gestionale, secondo alcuni, *"a volte basterebbe semplicemente inserire la figura del coordinatore laddove è assente!"*

Per esempio in assenza della figura della capo-sala c'è stato un medico che ha voluto decidere per tutti, anche di noi infermieri, ma non in modo equo ... il risultato è che alla fine c'è solo una persona, di solito il leader, che ottiene tutto.

Stabilire in modo chiaro e condiviso le funzioni e i ruoli di ciascuno nell'organizzazione sarebbe utile e necessario a tutelare i diritti di tutti, evitando - come spesso accade - che qualche dipendente si auto-attribuisca competenze legate alla gestione e al coordinamento del personale senza averne il diritto e le capacità.

... a volte qualcuno si arroga il diritto e il ruolo di coordinare i colleghi senza che sia autorizzata a dare delle direttive ma lo fa solo perché magari "sono qui da tanto tempo" e quindi per esempio sorveglia le

entrate e uscite dei colleghi piuttosto che risolvere le problematiche che si presentano nell'esecuzione del lavoro! ... Per questo andrebbero assegnati dei ruoli, chi fa che cosa, ad esempio per noi fisioterapisti la figura che coordina non esiste ..."

7. Obiettivi, competenze e stress dei lavoratori

In continuità con quanto argomentato nel paragrafo precedente, non risultano chiari né i ruoli associati alle diverse figure professionali né la divisione dei compiti tra queste. La mancanza di chiarezza stimola non solo l'emergere di conflitti tra colleghi (*perché dovrei farlo io?*) ma anche la configurazione di situazioni dove i propri compiti sono demansionati o nelle quali si svolgono mansioni diverse dal proprio ruolo. Così, la mancanza di una struttura organizzativa che assegni con chiarezza i compiti e le responsabilità cancella il sottile limite esistente tra bisogno e competenza. Questo porta non solo ad aumentare la frustrazione tra i dipendenti ma anche a minare la relazione tra colleghi. Le differenze di carico e di impegno anche tra figure professionali speculari ritorna come fonte di discriminazione (dall'alto verso il basso) e di conflittualità (sia orizzontale sia verticale). Si richiedono, pertanto, un maggior livello di meritocrazia e un effettivo riconoscimento per le mansioni aggiuntive svolte, anche in termini economici.

I partecipanti non si sentono coinvolti nella definizione di obiettivi, a livello individuale e di gruppo-equipe.

Le dinamiche privilegiate non solo di maggior efficienza ma anche di maggior benessere (ascolto e partecipazione) all'interno delle strutture si associano a poche figure dirigenziali competenti, che sanno gestire le risorse economiche ed umane a loro disposizione.

Su questo tema, le proposte concernono:

- ✓ L'introduzione di una figura tutor che possa affiancare/formare i dipendenti nel primo periodo dopo l'introduzione di un'innovazione tecnologica o procedurale;
- ✓ L'assunzione di una figura con uno specifico profilo professionale (per es. l'infermiere telematico) che si possa occupare di gestire gli strumenti digitali più impegnativi durante le ore pomeridiane "più tranquille";
- ✓ La predisposizione di un tesserino aziendale, in cui viene specificato il servizio assistenziale fornito, che permetta agli operatori domiciliari di trovare parcheggio più velocemente (accordo tra Comune e azienda);
- ✓ Un ascolto attivo di tutte le unità lavorative, che si traduce nel raccogliere delle informazioni al fine di mettere in evidenza le problematiche con il tentativo di trovare delle soluzioni che promuovano il benessere di tutti e valorizzi il risultato finale in termini di obiettivi di servizio.

8. Organizzazione e relazioni nella governance professionale: cultura della collaborazione versus conflittualità

La gestione dell'organizzazione incide profondamente sul benessere degli operatori sanitari e sulla qualità delle relazioni nel contesto professionale. Nello specifico, le carenze organizzative possono provocare stress lavoro-correlato e uno sconfinamento tra tempo lavorativo e vita privata.

"Per esempio noi non abbiamo una mail di servizio e siccome io ho dimestichezza con la mail loro hanno il mio indirizzo e a volte, anche se sono in malattia, mi devo preoccupare di guardare le mail e girare le comunicazioni importanti, non rientra nelle mie mansioni, però mi provoca stress".

Su un piano relazionale, se i rapporti verticali sono conflittuali, inevitabilmente saranno danneggiati sia il clima organizzativo sia l'adattamento positivo del lavoratore nel luogo di lavoro. Inoltre, quando c'è assenza di coordinamento, o chi ha questo ruolo non lo esegue in modo adeguato, s'inquinano anche i rapporti interpersonali, aumenta la conflittualità tra colleghi e si crea una "competizione sui diritti". D'altro canto, quando le relazioni orizzontali non sono positive, ovvero la cooperazione e la coesione di gruppo sono carenti e l'empatia reciproca è assente, così come l'attenzione ai bisogni dell'altro, vi è scarsa possibilità di incidere sui vertici.

"Quando lavoravo in ospedale, c'era un disaccordo totale tra noi colleghi e il primario era ben contento di alimentare questi contrasti perché solo così poteva raggiungere i "suoi" obiettivi!"

Al contrario, nei contesti in cui gli operatori incaricati svolgono bene la funzione di coordinamento sono assicurate una efficace comunicazione intra-organizzativa e una gestione funzionale ed equa, che rispetta bisogni di tutti, le pari opportunità e la conciliazione, promuovendo il benessere personale e organizzativo.

"Per esempio la nuova capo-sala rende tutto pubblico, trasparente ... per questa persona non esiste lei mi sta più simpatica, lui è uomo, lei è più anziana... c'è una bacheca con i desiderata, i permessi vanno dati a tutti, i congressi ... tutto viene scritto, facciamo delle riunioni, ci organizziamo!"

Al di là del grado di efficacia del coordinamento, spesso non emerge la percezione di una reale complementarietà tra ruoli professionali; questo comporta la frammentazione del gruppo di lavoro anche in situazioni di "normalità operativa". In altri casi, i partecipanti riferiscono una buona qualità delle relazioni, soprattutto tra i colleghi e a volte meno con i dirigenti. Nell'ambito delle attività ambulatoriali ospedaliere, tuttavia, è riportata la mancanza di momenti adeguati per lo scambio professionale tra il medico e gli altri professionisti sui percorsi di cura dei pazienti. Su questo punto, la proposta riguarda l'istituzione, almeno una volta a settimana, di un incontro con il medico, perlomeno per discutere dei pazienti più gravi; si tratta – secondo i partecipanti – anche di un contesto di crescita personale, di riconoscimento del lavoro svolto (sapere cosa è cambiato nel paziente dopo un certo numero di sedute svolte dal professionista) oltre che di necessità di confronto per il coordinamento del lavoro.

In altri casi ancora, prevale una sensazione di non appartenenza che limita anche lo spazio relazionale tra colleghi, anche se e laddove la comunicazione orizzontale è funzionale e positiva. Il sistema non fomenta, in altri termini, la coesione tra lavoratori.

Per paura di subire situazioni di mobbing, ad esempio, si rinuncia a segnalare o esporre criticità e ingiustizie. Se si vuole fare di più o se si tratta di risolvere delle situazioni si è percepiti come elementi di disturbo da parte da chi vuole mantenere il proprio *status quo*.

... *"Io ho subito mobbing e inizialmente mi sono colpevolizzata ... pensa che una collega non mi salutava ingiustamente e quando le chiesi il perché mi disse: "Guarda, -----, finché non si calmano le acque è meglio che io e te non ci parliamo!"*

Alcuni dipendenti segnalano, per esempio, di dover raggiungere un compromesso fra lo sviluppo della propria carriera professionale e lo svolgere le proprie mansioni in un contesto lavorativo favorevole. Anche avendo la possibilità di cambiare all'interno dell'ASL BA (migliorando l'esperienza da un punto di vista puramente lavorativo) talvolta si "sceglie" di rimanere nell'attuale posto di lavoro per paura di ritrovarsi in un ambiente ostile dove le proprie capacità potrebbero essere ostacolate.

Nell'ottica di un pieno superamento delle criticità inerenti all'area delle relazioni e della gestione delle conflittualità, dai *focus group* emerge il bisogno di una formazione continua obbligatoria. Spesso la formazione viene negata per esigenze di servizio e tale diniego rappresenta un'ulteriore discriminazione che frequentemente si associa all'assunzione di responsabilità per coprire la mancanza di personale.

Tale formazione andrebbe rivolta anche al personale che ricopre incarichi verticistici a cui andrebbe esteso il vincolo di aggiornamento in diversi ambiti: chi ha compiti dirigenziali dovrebbe sviluppare abilità trasversali, come quelle comunicative e manageriali ed essere in grado di gestire situazioni di conflitto nell'ambito lavorativo.

Bisognerebbe sorvegliare l'operato dei dirigenti: alcuni sono la fonte del conflitto, altri non intervengono o usano i conflitti tra i dipendenti a loro vantaggio!

Nel complesso, emerge l'esigenza di un radicale cambiamento della cultura professionale alla collaborazione – orizzontale e verticale – in cui, oltre al bisogno d'informazione e formazione, venga garantito l'ascolto, il supporto al benessere e la sicurezza.

"Dovrebbe esistere un sistema di controllo che dovrebbe garantire l'armonia nel contesto lavorativo, anche uno sportello, noi facciamo i controlli periodici con il medico competente ma non colloqui con lo psicologo come si fa per esempio nelle scuole, del nostro stress non interessa a nessuno, devi solo produrre!"

Nei reparti andrebbero fatti degli incontri per informare il personale, se ci sono delle criticità vanno ascoltate, altrimenti io so, lei non sa ... si dovrebbero organizzare gruppi di incontri in presenza dei dirigenti.

Viene leso il diritto all'ascolto e non è garantita la consulenza psicologica, uno spazio di ascolto con figure preparate per gestire lo stress-lavoro correlato, il mobbing ecc...

9. Criticità di sistema/organizzativo-gestionali

Sebbene non espressamente indagate dai *focus group*, il processo partecipativo ha fatto emergere alcune criticità di sistema, di natura organizzativa e gestionale, che dovrebbero essere esaminate e poste all'attenzione del decisore pubblico, se si ha l'interesse a promuovere un sistema sanitario di qualità.

- ✓ *Trade-off* tra qualità delle cure e quantità delle prestazioni. Soprattutto a causa della carenza di risorse e personale nel contesto professionale impera un profondo malessere organizzativo alimentato dallo stress di svolgere mansioni diverse; la logica fortemente meccanicistica e temporalizzata delle prestazioni del lavoratore trascurava inevitabilmente la dimensione clinico-terapeutica della relazione con il paziente. In molti casi alla frustrazione per il sovraccarico di lavoro si aggiunge quella legata alla constatata impossibilità di soddisfare i bisogni dei pazienti (ad es. ci sono pazienti particolari come ad es. anziani, bambini, donne gravide, in cui non è possibile standardizzare i tempi di un prelievo!);
- ✓ scarsa attenzione e riconoscimento del lavoro di formazione e sostegno al *caregiver* nei casi di pazienti seguiti a domicilio per patologie invalidanti o condizioni di cronicità non-autosufficienza;
- ✓ eccessivo carico di lavoro e rischio di sconfinamento nelle funzioni (carico amministrativo, registrazione delle prestazioni, ad es. inserimento dati dei pazienti sulla piattaforma senza alcuna formazione preliminare al compito aggiuntivo ...);
- ✓ carenze organizzative: indefinita divisione dei compiti e carenza di figure di controllo/verifica/coordinamento; esigenza di una valutazione per tutti, compresi i dirigenti che valutano il personale sanitario;
- ✓ scarsa rete con i medici di base, ad esempio per l'ADI manca un format condiviso sulle procedure e questo riduce l'efficacia e la rapidità della presa in carico;
- ✓ eccesso di burocratizzazione e assenza di flessibilità vs. esigenza di garantire la continuità assistenziale nell'interesse del beneficiario finale/paziente;
- ✓ carenza di strumenti operativi che possano valorizzare o non vanificare l'operato e le competenze professionali dei dipendenti (ad es. nell'area psicologica del consultorio, l'indisponibilità di test aggiornati inficia le prestazioni degli operatori);
- ✓ nessuna garanzia di una reale sicurezza sul lavoro- sia negli uffici (ad. es. un servizio è collocato in un seminterrato senza giusta luminosità) sia a domicilio;
- ✓ nessun ricambio generazionale in seguito ai pensionamenti; ciò provoca eccessivo carico di lavoro per il servizio, che viene redistribuito tra un numero inferiore di operatori;
- ✓ approccio burocratico e routinario al lavoro piuttosto che investimento sulle competenze di ciascun dipendente: le figure vengono assegnate ai ruoli senza capitalizzare le esperienze precedenti (ad es. a un terapeuta della riabilitazione che per anni ha lavorato con i bambini vengono assegnati pazienti adulti);
- ✓ scarsa attitudine al lavoro cooperativo/individualismo funzionale non coordinato; ciò riduce inevitabilmente la qualità delle cure e della risposta ai bisogni integrati della persona/paziente;
- ✓ reparti e distretti "cenerentola", che lottano contro grandi mancanze per garantire un minimo livello di servizio all'utenza e sono il risultato diretto della distribuzione non equa delle risorse sia economiche sia umane all'interno dell'ASL;
- ✓ processi di assunzione molto lenti e complessi in assenza di accompagnamento e una vera e propria organizzazione che accolga la nuova figura e le assegni i compiti che è chiamata a svolgere nel suo nuovo ruolo all'interno dell'ASL.

Quadro riassuntivo

Criticità	Proposte per superare le criticità
✓ Disparità e discriminazioni tra colleghi in ambito di tutela e sicurezza: maggiore rischio legato alla domiciliarità delle prestazioni	✓ Maggiore tutela della sicurezza degli operatori che svolgono incarichi e prestazioni a domicilio, garanzia di equità nei diritti degli operatori sanitari
✓ Carenza informativa sulle normative in tema di pari opportunità e conciliazione, discriminazione e benessere organizzativo	✓ Programmare incontri informativi ✓ Diffondere le normative via web
✓ Scarsa considerazione delle criticità vissute e/o segnalate dal personale in tema di pari opportunità e conciliazione	✓ Implementare spazi di ascolto confronto e condivisione (delle criticità del personale)
✓ Asimmetria decisionale e di potere tra i dipendenti dell'organizzazione in tema di pari opportunità e conciliazione (gerarchia dirigente-medico-professionisti sanitari-collaboratori)	✓ Individuare strumenti idonei ad assicurare la trasparenza delle decisioni in tema di pari opportunità e conciliazione
✓ Ostilità nei rapporti tra colleghi legata a disparità in tema conciliazione	
✓ Mancanza di condivisione di obiettivi e decisioni in tema di pari opportunità e conciliazione	✓ Prevedere momenti di formazione e confronto per la condivisione di obiettivi e decisioni dell'organizzazione, maggiore partecipazione nei processi decisionali
✓ Scarsa formazione alle innovazioni introdotte	✓ Implementare tutor che possano affiancare/formare i dipendenti nel primo periodo dopo l'introduzione di un'innovazione tecnologica o procedurale
✓ Individualismo ed inefficacia delle azioni dei singoli dipendenti	✓ Cambiamento culturale e vision collettiva
✓ Nessuna attenzione allo stress del lavoratore	✓ Promozione di spazi di ascolto e consulenza qualificata
✓ Interpretabilità delle norme e rischio di un'applicazione soggettiva	✓ Implementare regolamenti condivisi e trasparenti
✓ Logica meccanicistica e temporalizzata delle prestazioni e scarsa attenzione alla dimensione clinico-terapeutica e relazionale dei processi di cura	Migliorare il lavoro di equipe, prevedere la figura di "psicologo-sociologo" in grado di supportare la dimensione relazionale all'interno dell'azienda e incentivare lo sviluppo di competenze empatiche nei manager/dirigenti.
✓ Stress/sovraccarico per compiti di tipo amministrativo/burocratico/informatico che non rientrano nelle proprie mansioni	✓ Prevedere figure specifiche, tempo appositamente dedicato a tali compiti (retribuito) e/o modalità organizzative agili per gestirli a distanza
✓ Nessuna condivisione degli obiettivi dell'azienda (imposizione piuttosto che co-costruzione)	✓ Prevedere momenti di condivisione dei macro-obiettivi per dare un senso alle singole attività
✓ Carenze organizzative nei corsi formativi	✓ Sperimentare modalità di erogazione a distanza e rilevare i reali bisogni formativi di specifici gruppi di dipendenti (per territorio e servizi)
✓ Scarsa attenzione ai bisogni di conciliazione e scarsa considerazione del benessere dei lavoratori	✓ maggiore attenzione al benessere organizzativo attraverso leggi che riconoscano esigenze di lavoro agile e conciliativo dei ruoli familiari, soprattutto per quelle attività telematiche che possono essere svolte a casa
✓ Mancanza di controllo	✓ maggiore controllo diretto della regione sull'osservanza delle leggi poste a tutela del benessere organizzativo, senza filtrarlo/delegarlo alle organizzazioni che dovrebbero attuarlo

10. Lezioni apprese, raccomandazioni e considerazioni conclusive

Oggi le pubbliche amministrazioni si trovano a confrontarsi in un contesto notevolmente mutato a seguito dei profondi cambiamenti economico-sociali intercorsi negli ultimi 20-30 anni. I (nuovi) bisogni dei cittadini, la pluralità di attori sociali legittimati nei processi di pianificazione e programmazione dei servizi pubblici, la maggiore centralità dei territori come hub di riferimento per lo sviluppo di politiche attive, stanno imponendo alle pubbliche amministrazioni un radicale ripensamento dei loro assetti: gestionali, qualità dei servizi e semplificazione dei processi.

Le trasformazioni oggettive del lavoro (organizzazione, qualità, tecnologie, tempi e quantità) che riguardano soprattutto le sfere della finanziarizzazione dell'economia e quelle soggettive (nuova centralità del lavoro nella vita degli individui, la modifica del rapporto vita-lavoro con nuove forme di transizione, la ricerca di percorsi personali nel lavoro, la diversa gestione del tempo, ecc.) sono alla base di processi di cambiamento che stanno facendo immaginare nuove modalità di progettare¹ e attuare le politiche pubbliche, soprattutto quelle relative al welfare.

In questo contesto, l'ASL BARI (oltre 8.300 dipendenti) ha avviato degli incontri –promossi dal CUG aziendale– con i lavoratori, tesi proprio a dare ascolto ai dipendenti, così avviando un processo di attenzione etica, di attivazione e partecipazione, di confronto circa una maggiore consapevolezza nell'assunzione di responsabilità, di percorsi di riconfigurazione dei propri sistemi di attività, di tentativi di costruzione di assetti organizzativi maggiormente dotati di senso e di sostenibilità.

Con questo documento si restituisce un'analisi dell'attività svolta, più analitica nella parte che precede e di sintesi in questa parte conclusiva del report.

Per sostenere il Benessere, l'Equità e le Pari opportunità dei lavoratori (BEP) e delle lavoratrici e al tempo stesso la salute dell'organizzazione (*organizational health*), occorre tenere conto tanto delle variabili soggettive e socio-relazionali, quanto di quelle prettamente organizzative, superando la dicotomia individuo-contesto². Ciò implica:

- da una parte, valorizzare le risorse umane, aumentare la motivazione dei dipendenti, migliorare i rapporti tra dirigenti e operatori sono tutti elementi interconnessi e imprescindibili per “accrescere il senso di appartenenza e di soddisfazione dei lavoratori per la propria amministrazione”;
- dall'altra, diffondere la cultura della partecipazione, piuttosto che la cultura dell'adempimento, può orientare maggiormente ai risultati attraverso una responsabilizzazione individuale e collettiva.

Nella relazione con la dimensione politico-istituzionale, rappresentata in questo caso dalla regione Puglia e dalla sua funzione di legislatore a garanzia dello sviluppo di strumenti e tutele per il benessere organizzativo, equità e pari opportunità, questa è percepita dai dipendenti perlopiù come distante, autoreferenziale, e laddove stabilisca norme a favore di questi temi (per esempio norme sulla sicurezza, lavoro agile) non ne garantirebbe: la loro attuazione concreta attraverso sistemi di monitoraggio e controllo efficaci; l'effettività dell'attuazione con sistemi di controllo indipendenti rispetto all'organizzazione chiamata ad attuarli, in questo caso l'ASL Bari.

Sostanzialmente, ai fini di un ambiente pro BEP, i dipendenti delegano e assumono come proprio interlocutore esclusivamente il livello gestionale-dirigenziale dell'Asl Bari. Per esempio, molti dei rispondenti non sembrano essere a conoscenza di politiche regionali di promozione BEP oppure dell'esistenza e delle funzioni dello stesso CUG dell'ASL, organismo promotore del progetto. E quando tali misure non sono conosciute e/o non sono attuate, è sempre questo stesso livello ASL a essere etichettato come il soggetto che non le ha promosse e/o rese effettive.

All'interno di un'organizzazione, “ogni attore è implicato in dimensioni multiple”, in relazione a diversi universi (o dimensioni fenomenologiche del lavoro): *universo fisico* con cui si entra in contatto (ambiente, ma anche oggetti tecnologici), *universo operativo* (definito dall'insieme dei compiti e delle azioni), *universo procedurale* (con riferimento alle sequenze di azioni), *universo degli impegni* (in cui è ricompresa la dimensione comunicativo-relazionale), *universo decisionale* e conseguenze possibili.

L'organizzazione, in quanto struttura, da un lato condiziona l'azione dei soggetti/dipendenti attraverso vincoli normativi, economici, ruoli, mansioni; i dipendenti dall'altro lato interagiscono e interpretano questa relazione, mettendo in atto un processo che giorno per giorno riproduce e modifica quelle organizzazioni secondo un processo di strutturazione continuo. Le persone come gli attori possono recitare copioni diversi a

¹ R. Cerica, *Cultura organizzativa e performance economico-finanziaria*, Firenze University Press, Firenze 2009.

² P. Malizia, *Non solo soft. Attori, processi, sistemi: un approccio sociologico*, FrancoAngeli, Milano 2003.

seconda delle situazioni in cui si trovano. Attraverso tali copioni, le persone — qualunque sia il loro ruolo — contribuiscono a plasmare giorno per giorno le organizzazioni in cui agiscono³.

A fronte di un sistema dato e di vincoli strutturali, la discrezionalità nell'interpretazione del proprio ruolo professionale e il modo in cui viene a configurarsi l'interazione tra ruoli-persone possono essere considerate le principali discriminanti, soprattutto rispetto al raggiungimento degli obiettivi e alla gestione di problemi e imprevisti del processo di lavoro⁴.

Questo dato emerge dall'analisi e dai rispondenti viene chiaramente evidenziato come, in misura trasversale, essere parte del sistema organizzativo dell'ASL Bari incide fortemente sulla dimensione del benessere individuale e personale. Ai fini del BEP e l'integrità del lavoratore vengono invocate, di fatto, primariamente le dimensioni proprie che determinano la qualità di vita: fisica (assenza di pericoli, ma anche aspetti di cui si occupa la medicina del lavoro), cognitiva (ad esempio rispetto al poter ricevere informazioni comprensibili), emotiva (intesa come assenza di fattori di *stress*), professionale, sociale, del sé e dell'identità.

Per fare degli esempi concreti, l'importanza della circolazione delle informazioni, la chiarezza degli obiettivi e la coerenza tra enunciati e pratiche organizzative, l'equità organizzativa, l'esigenza di sentirsi parte del gruppo (equipe), la sensazione di utilità, un clima relazionale collaborativo e basato sulla fiducia, la credibilità dei dirigenti, ecc.,⁵.

Si ricordano, tra le criticità emerse, proprie queste indicazioni: asimmetria decisionale e di potere, tra i dipendenti dell'organizzazione, in tema di pari opportunità e conciliazione (gerarchia dirigente-medico-professionisti sanitari-collaboratori); scarsa considerazione delle criticità vissute e/o segnalate dal personale in tema di pari opportunità e conciliazione; ostilità nei rapporti tra colleghi per motivi di disparità in tema di conciliazione; mancanza di condivisione di obiettivi e decisioni in tema di pari opportunità e conciliazione; individualismo ed inefficacia delle azioni dei singoli dipendenti.

Se è vero che il benessere organizzativo⁶ tende ad aumentare quando è in atto un processo di partecipazione e ri-motivazione dei lavoratori, di rimodulazione positiva delle relazioni orizzontali e verticali nella cornice di un "gioco cooperativo", allora tocca riflettere su alcuni esiti riferibili alla ricerca condotta e, in particolare, a un certo grado di autoreferenzialità del livello gestionale, rispetto a quello operativo-professionale.

Emerge, in particolare, l'esigenza di rinforzare una comunicazione intra-organizzativa di tipo circolare⁷, che favorisca il dialogo tra le parti, una comunicazione efficace fondata sulla condivisione degli obiettivi, sulla non discriminazione e le pari opportunità, e sulla centralità del fattore umano, nel rispetto dei ruoli e delle funzioni. Chiare in questo senso alcune delle richieste/proposte di:

- prevedere spazi di ascolto, confronto e condivisione (delle criticità del personale);
- Individuare strumenti idonei ad assicurare la trasparenza delle decisioni in tema di pari opportunità e conciliazione;
- Promuovere spazi di ascolto e consulenza qualificata;
- Favorire forme di *smart working* (tele lavoro, lavoro agile, flessibilità orario di servizio, ecc.).

Ma anche il tema della discriminazione sembra essere alquanto rilevante e risulta correlato in generale alla *leadership*, più in particolare all'assegnazione e all'assunzione di responsabilità, al sistema di riconoscimento, valorizzazione e valutazione delle competenze.

Anche qui si ricordano alcuni spunti chiaramente emersi dai *focus group*: interpretabilità delle norme e rischio di un'applicazione soggettiva; bisogno di superare disparità e discriminazioni tra colleghi in ambito di tutela e sicurezza, soprattutto in riferimento al maggiore rischio legato alla domiciliarità delle prestazioni. Quest'ultimo, probabilmente è stato uno dei temi più "caldi" di tutti gli incontri e fra tutti i gruppi, data anche la presenza tra tutti i dipendenti (ai *focus group*) di molti operatori (di Distretto) che eseguono prestazioni domiciliari (soprattutto fisioterapia). Altra criticità emersa, soprattutto rispetto all'aspetto della discriminazione, è data dall'approccio burocratico e routinario del lavoro piuttosto che dal riconoscimento delle effettive competenze di ciascun dipendente, come ad esempio: l'assegnazione a ruoli che richiedono competenze diverse da quelle della propria figura professionale; l'assegnazione a ruoli che trascurano di capitalizzare le esperienze precedenti (ad es. a un terapeuta della riabilitazione che per anni ha lavorato con i bambini vengono assegnati pazienti adulti); l'assegnazione a ruoli — a personale con diversa qualificazione

³ A. Giddens, *The constitution of society: outline of the theory of structuration*, Polity press, Cambridge, 1984.

⁴ F. Butera, *Metodi di analisi del lavoro e delle organizzazioni*, in www.sociologia.unimib.it, Milano, 2005.

⁵ F. Avallone, M. Bonaretti, *Benessere organizzativo. Per migliorare la qualità del lavoro nelle amministrazioni pubbliche*, Rubbettino editore, Roma, 2003.

⁶ C. Perrow, *Le organizzazioni complesse*, FrancoAngeli, Milano, 1988.

⁷ M. Barone, A. Fontana, *Prospettive per la comunicazione interna e il benessere organizzativo*, FrancoAngeli, Milano 2010.

professionale - che richiedono notevole tempo allo svolgimento di compiti burocratico-informatici. Questo, è stato un altro tema-chiave emerso in modo trasversale nei *focus group*.

Al di là della fattibilità delle proposte avanzate, tutte schematizzate insieme ai punti di criticità nel prospetto riepilogativo, occorre comunque porre attenzione al significato del percorso intrapreso dall'ASL Bari e del CUG ASL Bari teso, attraverso l'analisi e l'esplicitazione delle dinamiche interne all'organizzazione emerse attraverso la Partecipazione attiva dei dipendenti, a valorizzare una ri-significazione e una ridefinizione dei problemi, delle risorse e delle potenzialità di cambiamento positivo, sollecitando un processo di autoapprendimento che si auspica possa essere orientato all'agire cooperativo.

L'attuazione aziendale di percorsi di aggiornamento e formazione sono stati considerati ampiamente positivi e interpretati in chiave pro BEP. Allo stesso tempo, è emersa l'esigenza di una più specifica lettura (ascolto) dei bisogni per sviluppare una strategia di formazione ancora più incisiva sia come opportunità di aggiornamento e crescita del proprio ruolo professionale sia per lo sviluppo di competenze di tipo trasversale (come quello più invocato sugli aspetti comunicativo-relazionale).

Quest'ultimo, sembra essere uno dei bisogni emersi con più evidenza, in modo trasversale. Nei nuovi modelli organizzativi in cui la "presa in carico" dei pazienti (come i PAI e PTI) e l'assistenza secondo approcci clinici uniformi (PDTA), è imprescindibile una cultura del lavoro improntata al lavoro in gruppo e quindi a un forte senso di appartenenza e collaborazione. Questi caratteri sono già presenti nei dipendenti ma vanno ulteriormente sviluppati.

La presenza di un'équipe di ricerca esterna è stata intesa esclusivamente come agente di facilitazione, sia rispetto all'emersione delle opinioni dei lavoratori, sia rispetto alla sintesi e all'analisi dei dati rivenienti dall'indagine e finalizzato, si spera positivamente da parte degli scriventi, a restituire un quadro composito di sostegno al processo di produzione di conoscenza per attuare - a livello aziendale- un cambiamento pro BEP di tipo riflessivo con effetti trasformativi.

Bari, 9 marzo 2020