



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA**

**DIPARTIMENTO DI SCIENZE CARDIO –
TORACO - VASCOLARI E SANITÀ PUBBLICA**

**Corso di Laurea
Scienze Professioni Sanitarie Prevenzione
Presidente: Ch.ma Prof.ssa MARIALUISA SCAPELLATO**

Tesi di Laurea:

**PROPOSTA DI UN MODELLO DI ANALISI DEL
FABBISOGNO DELLA FIGURA PROFESSIONALE
“ASSISTENTE SANITARIO” NELL’U.O. DI IGIENE E SANITÀ
PUBBLICA DELL’AZIENDA PROVINCIALE PER I SERVIZI
SANITARI DI TRENTO.**

**Relatrice: Ch.ma Prof.ssa CHIARA BERTONCELLO
Correlatrice esterna: Dott.ssa DORIANA DEL DOT**

**Laureanda: MONICA BAÙ
Matricola: 2060481**

Anno Accademico 2022-2023

RINGRAZIAMENTI

I primi ringraziamenti vanno alla relatrice del lavoro di tesi, la professoressa Chiara Bertoncello che mi ha guidato e incoraggiato durante tutto il percorso di pianificazione, progettazione e stesura.

Ringrazio poi la dottoressa Doriana Del Dot, con la quale abbiamo costruito assieme l'elaborato perché potesse essere un documento valido e di supporto per l'Azienda in cui lavoro. Il suo sapere e la sua dedizione nel lavoro sono state un valido aiuto.

Non possono mancare i ringraziamenti per tutti i colleghi e la coordinatrice Adriana. Nel tempo, sono diventati la mia seconda famiglia e mi hanno sempre ascoltata, aiutata e supportata durante questi anni intensi di studio.

Seguono i miei genitori e mia sorella, i miei più grandi sostenitori. Grazie per credere sempre in me.

Un ringraziamento a parte va ad Andrea, con il quale ho condiviso tutte le gioie e i dolori di questi due anni di magistrale. Non è stato sempre facile conciliare vita lavorativa, privata e studio ma la sua presenza e il suo costante supporto sono stati di fondamentale aiuto per arrivare fin qui. Non vedo l'ora di scoprire cosa ci riserverà il futuro assieme.

E infine non possono mancare i miei amici: grazie per farmi sentire tutti i giorni una persona fortunata.

Grazie. Questo traguardo è per me e per tutti voi.

INDICE

ABSTRACT.....	5
CAPITOLO 1. INTRODUZIONE.....	6
1.1 L’Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento.....	6
1.2 L’Unità Operativa di Igiene e Sanità Pubblica dell’APSS.....	8
1.3 Determinazione del fabbisogno del personale sanitario.....	9
1.3.1 Determinazione del fabbisogno del personale “Assistente Sanitario“ nella PAT.....	11
1.4 I Livelli Essenziali di Assistenza.....	13
1.5 Il Piano Provinciale per la Prevenzione.....	15
1.6 Il Piano formativo.....	17
1.6.1 Il Piano triennale della formazione degli operatori dell’APSS.....	18
CAPITOLO 2. SCOPO.....	20
CAPITOLO 3. MATERIALI E METODI.....	21
3.1 Autorizzazione raccolta dati.....	21
3.2 Analisi delle attività.....	21
3.3 Descrizione delle attività e dei modelli di gestione del personale.....	22
3.4 Analisi del fabbisogno del personale.....	22
CAPITOLO 4. RISULTATI e DISCUSSIONE.....	24
4.1 Funzioni del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica.....	24
4.2 Discussione - Funzioni del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica.....	36
4.3 Personale sanitario del comparto e strumenti organizzativi di gestione.....	37
4.4 Discussione - Personale sanitario del comparto e Strumenti organizzativi di gestione.....	45
4.5 Fabbisogno numerico e formativo.....	46
4.6 Discussione – Fabbisogno numerico e formativo.....	50
4.7 Limiti dello studio.....	51
CAPITOLO 5. CONCLUSIONI.....	52
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA.....	54
ELENCO FIGURE.....	57
ELENCO TABELLE.....	57
ALLEGATI.....	58
Allegato 1. Richiesta raccolta dati per preparazione tesi di laurea.....	59
Allegato 2. <i>Focus Group</i>	61
Allegato 3. Discussione <i>Focus Group</i>	64

ABSTRACT

L'analisi dei carichi di lavoro e del fabbisogno del personale ha assunto un ruolo decisivo nelle aziende sanitarie a partire dagli anni '90 con il D.Lgs. 29/1993 "Razionalizzazione dell'organizzazione delle amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego", abrogato poi dal D.Lgs. 165/2001 in cui vengono delineati i nuovi assetti organizzativi della pubblica amministrazione. La Legge delega 124/2015 ha poi introdotto i fabbisogni di personale come criterio ordinatore delle politiche assunzionali e il D.Lgs dà attuazione a queste volontà legislative. Tali normative, sottolineano l'importanza di ottimizzare l'allocazione delle risorse, in un'ottica di efficienza economica ed efficacia produttiva.

A supporto della ripresa post - pandemia di Covid-19, il Parlamento Europeo e il Consiglio dell'Unione Europea hanno previsto che gli Stati membri elaborino piani nazionali per la ripresa e la resilienza (PNRR). Nei piani è presente la missione "Salute", con l'obiettivo di migliorare le capacità di erogazione e monitoraggio dei LEA e rafforzare le competenze del capitale umano del Sistema Sanitario Nazionale.

Alla luce di ciò e del recente processo di riorganizzazione aziendale, il presente elaborato valuta il fabbisogno quantitativo di personale del comparto "Assistente Sanitario" nel Servizio di Igiene e Sanità Pubblica dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento, proponendo un modello di calcolo già adottato in altre regioni che soddisfi la necessità di risorse nelle diverse sedi territoriali. Attraverso il metodo del *Focus Group*, l'elaborato ha inoltre raccolto informazioni relative al fabbisogno qualitativo, valutando l'efficacia e l'efficienza delle azioni intraprese ai fini del miglioramento dell'organizzazione e lo sviluppo delle competenze avanzate.

CAPITOLO 1. INTRODUZIONE

1.1 L'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento

L'Azienda provinciale per i servizi sanitari (APSS) di Trento è un ente strumentale della Provincia autonoma di Trento dotato di autonomia imprenditoriale e di personalità giuridica di diritto pubblico.

È preposta alla gestione coordinata delle attività sanitarie e socio-sanitarie per l'intero territorio provinciale, secondo quanto disposto dal Piano provinciale per la salute, dal Programma sanitario e socio-sanitario provinciale, dagli indirizzi e dalle disposizioni della Giunta provinciale.

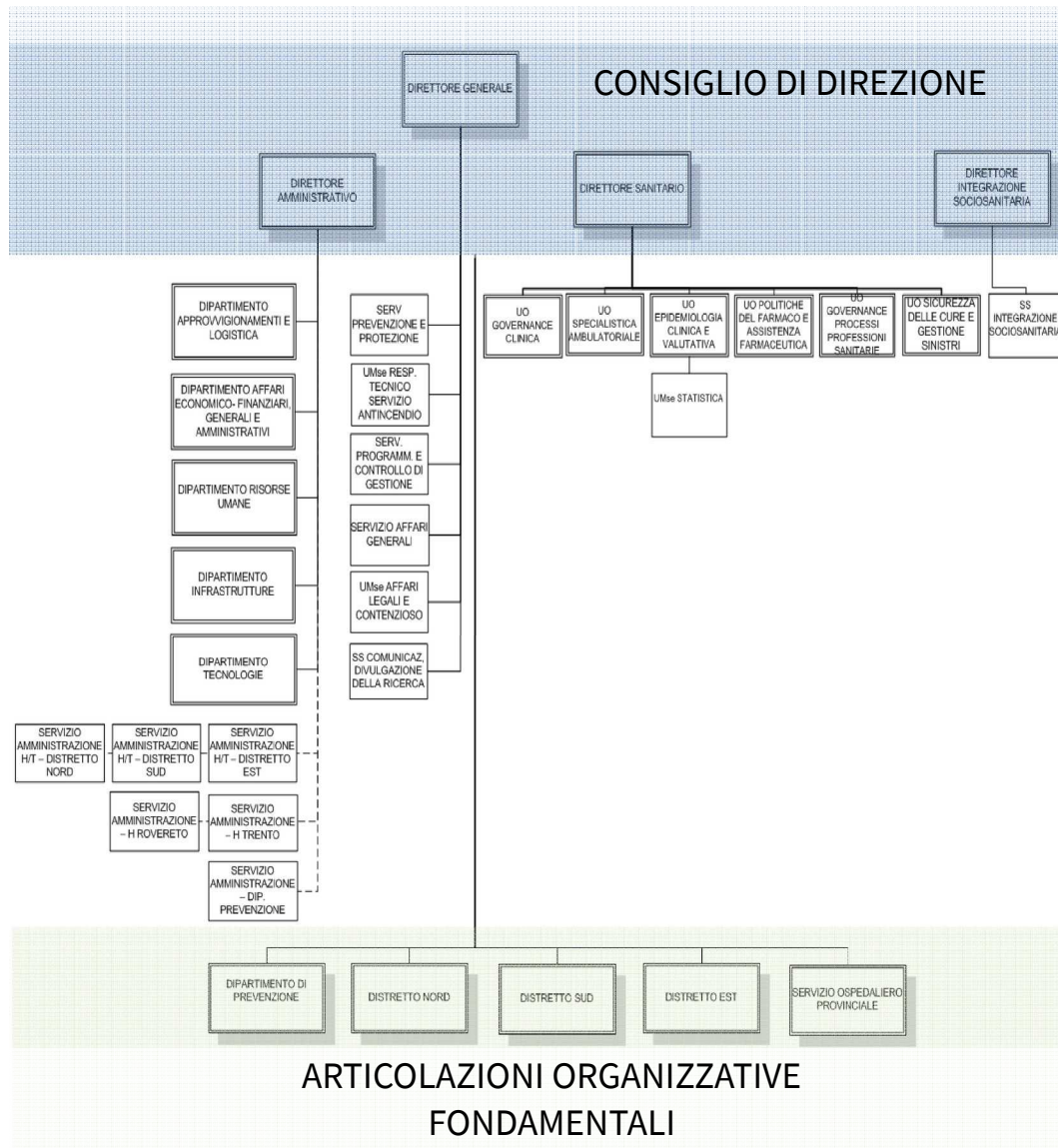


Figura 1: Organigramma Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento.

Le articolazioni organizzative fondamentali (Figura 1) sono:

- Servizio Ospedaliero Provinciale (SOP), il quale eroga prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione, in regime di ricovero e ambulatoriale;
- Dipartimento di Prevenzione, garante della tutela della salute collettiva, persegue gli obiettivi di promozione della salute, di prevenzione delle malattie e delle disabilità e di miglioramento della qualità della vita;
- Distretti sanitari (Distretto Nord, Distretto Est e Distretto Sud), si occupano della continuità curativa e assistenziale nelle aree materno-infantile, anziani, disabilità, salute mentale e dipendenze, anche mediante l'integrazione con il Dipartimento di Prevenzione e il SOP¹ (Figura 2).

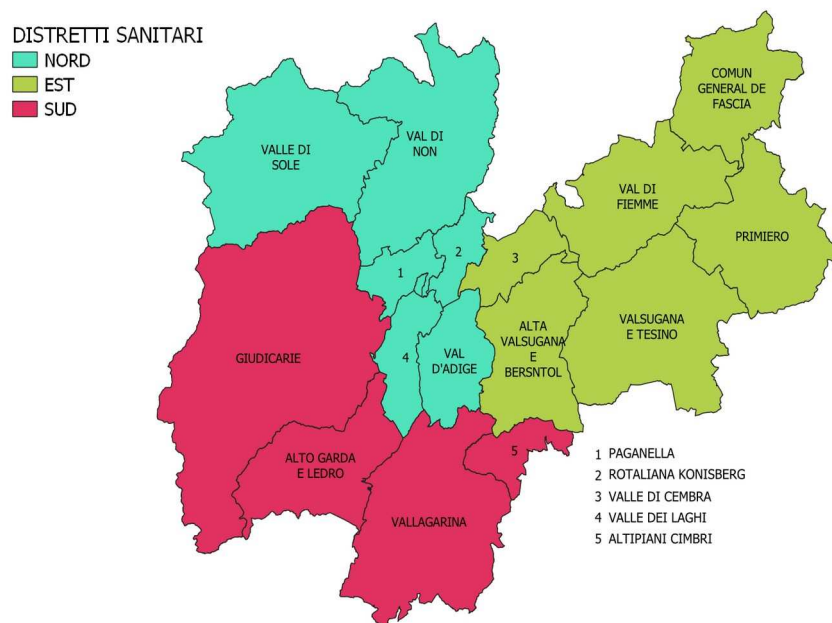


Figura 2: Mappa dei Distretti Sanitari del Trentino (Elaborazione GIS).

¹ Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari. 2023. Accessibile al sito <https://www.apss.tn.it/Azienda>. Ultima consultazione 19/11/2023.

1.2 L'Unità Operativa di Igiene e Sanità Pubblica dell'APSS

L' Unità Operativa di Igiene e Sanità Pubblica si occupa della tutela della salute dei cittadini, promozione dei corretti stili di vita e igiene degli ambienti.

In trentino, le principali prestazioni erogate sono:

- vaccinazioni e informazioni per chi viaggia;
- sorveglianza malattie infettive;
- patentino per l'uso di gas tossici;
- impianti natatori (piscine);
- controllo acque di balneazione (laghi);
- pareri igienico sanitari edilizi.

L'attuale assetto dell'Unità Operativa è stato definito con la Delibera dell'APSS n.373 del 06/07/2020, la quale ha modificato gli articoli 30 e 31 del Regolamento di Organizzazione (Delibera dell'APSS n.256 del 22/06/2017). Gli articoli affermano che le attività di Igiene e Sanità Pubblica territoriale sono svolte e assicurate dal Dipartimento di Prevenzione. Tale modifica, è frutto della Delibera della Giunta Provinciale 1422/2020, che a seguito della pandemia da Covid-19 ha approvato un piano di potenziamento e riorganizzazione della rete assistenziale e territoriale.

Le prestazioni di Igiene e Sanità Pubblica vengono fornite dai servizi di ciascun distretto sanitario: l'unità operativa assume compiti di indirizzo e di coordinamento nei riguardi delle strutture presenti sul territorio.

Il presente elaborato, analizzerà le attività svolte nei servizi territoriali dall'Assistente Sanitario e/o Infermiere, ovvero la prevenzione e la sorveglianza delle malattie infettive e cronico-degenerative e la promozione ed educazione alla salute sulla base della normativa vigente, a supporto della determinazione del fabbisogno del personale.

1.3 Determinazione del fabbisogno del personale sanitario

Per soddisfare le continue e mutevoli esigenze di assistenza dell'Azienda sanitaria, è necessario dotarsi di un numero giusto di professionisti con le competenze adeguate.

Già dagli anni '90 l'analisi dei carichi di lavoro e del fabbisogno del personale ha assunto un ruolo decisivo nelle aziende sanitarie con il D.Lgs. 29/1993 "Razionalizzazione dell'organizzazione delle amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego", abrogato poi dal D.Lgs. 165/2001 "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche" in cui vengono delineati i nuovi assetti organizzativi della pubblica amministrazione. La Legge Delega 124/2015 di riforma delle amministrazioni pubbliche ha poi introdotto i fabbisogni di personale come criterio ordinatore delle politiche assunzionali e il D.Lgs ha dato attuazione a queste volontà legislative, riscrivendo diversi passaggi del D.Lgs 165/01. Tali normative, sottolineano l'importanza di ottimizzare l'allocazione delle risorse, in un'ottica di efficienza economica ed efficacia produttiva.

Dal 2012 la Commissione Europea promuove attività di programmazione e previsione in materia di personale sanitario in tutta l'Unione Europea, contribuendo a sostenere i Paesi dell'UE nello sviluppo delle capacità del professionista a livello nazionale. I progetti che ha sostenuto propongono dei modelli di calcolo del fabbisogno ospedaliero e sono²:

- "Piano d'azione per il personale UE" (2012): l'obiettivo di questo piano è migliorare le previsioni del fabbisogno del personale, le competenze e lo sviluppo professionale continuo;
- "Azione comune per la pianificazione e le previsioni in materia di personale sanitario" (2013 – 2016): un progetto che ha permesso la raccolta di linee guida (*Handbooks*) sulle buone prassi in materia di pianificazione e assunzione del personale sanitario, in modo tale da essere

² Health workforce – Panoramica. 2021. Accessibile al sito https://health.ec.europa.eu/health-workforce/overview_it. (Ultima consultazione 30/10/2023).

di supporto alle Istituzioni Sanitarie e dell'Istruzione dell'UE (Kroezen M, Van Hoegaerden M, Batenburg R. 2017);

- “SEPEN - Sostenere grazie a una rete di esperti la programmazione e la previsione in materia di personale sanitario” (2017 – 2018). Questo progetto punta a condividere delle conoscenze e delle competenze per migliorare il personale sanitario attraverso: l'elaborazione di una mappa delle politiche nazionali; la promozione dello scambio di conoscenze e buone pratiche; il sostegno su misura ad alcuni paesi per attuare una programmazione del personale su tutto il territorio.

In Italia è stato inizialmente condotto uno studio pilota nel 2013 nell'ambito del “Piano d'azione per il personale UE (2012)”, da cui è nato un modello matematico per le professioni quali medici, odontoiatri, farmacisti, ostetrici e infermieri, riadattato poi per altre professioni sanitarie (Michelutti P., Malgieri A. 2016). A seguito degli accordi Stato – Regioni del 25 maggio 2017 e del 21 giugno 2018, il modello è stato adottato come riferimento dal Ministero della Salute e si basa su tre principi metodologici per stimare il numero di professionisti che saranno attivi nei prossimi due decenni:

1. per fabbisogno si intende il numero di professionisti per il sistema sanitario nel suo complesso (pubblico, privato o libera professione);
2. le previsioni devono abbracciare un orizzonte temporale di medio – lungo termine (20 anni);
3. l'offerta di professionisti dev'essere messa in relazione con la domanda.

Partendo dai tre principi metodologici sopra illustrati si è sviluppato un modello previsionale quantitativo cosiddetto “*stock and flows*” in cui le quantità di professionisti previste nel futuro dipendono dalla differenza tra le quantità presenti attualmente nel sistema (*stock*) e i flussi che si prevedono “in entrata e in uscita” negli anni futuri (*flows*). Le variabili e i parametri del modello sono:

- domanda di professionisti sanitari, che dipende dalla dimensione della popolazione e dalla fornitura dei servizi sanitari;

- offerta, che tiene conto dei flussi in entrata e in uscita (immigrazione, pensione, emigrazione, decesso);
- dinamiche del mercato del lavoro, delle politiche e ambientali³.

La pandemia da Covid-19 e il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)⁴, hanno comportato ulteriori revisioni in merito al fabbisogno di personale. In tale contesto, AGENAS (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) ha condotto il progetto di ricerca “Definizione di una metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale”, nell’ambito della ricerca “linea di ricerca n. 1: analisi e misurazione degli esiti di salute per valutare percorsi di cure integrate all’interno di reti cliniche e i fattori di mobilità sanitaria e per identificare modelli sanitari basati sul valore (*Value-based health care*)” del 2020-2021. Il progetto è partito nel mese di marzo 2021 con lo scopo di confrontare diverse metodologie di lavoro e proposte di calcolo sperimentate in diversi servizi di alcune regioni italiane. E’ stato articolato in 3 linee di attività che hanno riguardato i tre macro ambiti sanitari: ospedale, territorio e dipartimento di prevenzione (Costa C., Martini L., Adesso D., Apuzzo L., 2022). In particolare la Regione Calabria ha proposto un modello di calcolo del fabbisogno di ogni professionista, compreso l’Assistente Sanitario, stabilendo che il rapporto ottimale che dovrebbe sussistere tra operatore e popolazione residente/1000 è di 0,15 (Allegato A DCA 192/19, Regione Calabria), valore utile per soddisfare i LEA e rispettare la normativa vigente.

1.3.1 Determinazione del fabbisogno del personale “Assistente Sanitario” nella PAT

Visto l’aumento del carico di lavoro dettato dalla normativa vigente, dalla pandemia da Covid-19 che ha riconosciuto la specificità della figura professionale

³ Nota tecnica - Descrizione del modello previsionale per la determinazione del fabbisogno formativo di professionisti sanitari. Accessibile al sito

https://www.camera.it/application/xmanager/projects/leg18/attachments/upload_file_doc_acquisiti/pdfs/000/000/963/Nota_tecnica_fabbisogno_professionisti_sanitari.pdf.

(Ultima consultazione 03/12/2023).

⁴ Piano Nazionale di ripresa e resilienza. Cos’è la Missione Salute. 2022. Accessibile al sito <https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute>. (Ultima consultazione 29/11/2023).

dell'Assistente Sanitario nel ruolo di professionista della prevenzione e l'indizione di almeno un concorso all'anno a tempo indeterminato con relativa poca partecipazione e una conseguente carenza di selezione, la PAT ha richiesto l'attivazione del corso di laurea triennale in Assistenza Sanitaria con sede a Trento, in collaborazione con l'Università degli Studi di Verona. Il corso è partito con l'Anno Accademico 2022/2023 ed offre 25 posti (Figura 3), calcolati secondo il modello del D.Lgs n. 502/1992⁵, necessari per poter fronteggiare al meglio la preoccupante dispersione dei professionisti, per garantire un adeguato ricambio generazionale e per mantenere la qualità e la continuità delle attività dei Servizi⁶.

REGIONE/PROVINCIA AUTONOMA					Trento				
Professione Sanitaria	a) Domanda di professionisti sanitari				b) Offerta di professionisti sanitari				c) FABBISOGNO formazione di base
	Domanda all'anno 2020	Previsione all'anno 2026	Previsione all'anno 2031	Previsione all'anno 2036	Offerta all'anno 2020	Previsione anno 2026	Previsione anno 2031	Previsione anno 2036	Proposta anno accademico 2022/2023
Assistente Sanitario	142	138	140	142	147	199	243	249	25

Figura 3: Rilevazione del personale Assistente Sanitario effettuata ai sensi dell'art. 6 ter del D.Lgs n. 502/92 e successive modificazioni.

I parametri adottati per la determinazione del fabbisogno del personale su tutta la Provincia e nei diversi Servizi sono:

- Normativa vigente (LEA, PSN, PSP, PPN, PPP, PNPV);
- Modelli organizzativi dei servizi;
- Offerta di lavoro;
- Domanda di lavoro.

Il presente documento valuta l'appropriatezza delle prestazioni erogate rispetto alla normativa vigente ed esamina il modello organizzativo sulla base degli strumenti ad oggi adottati, al fine di proporre un modello di calcolo del fabbisogno del personale "assistente sanitario" nei servizi territoriali ed evidenziare le carenze formative, al fine di pianificare percorsi formativi *ad hoc* che investano sul miglioramento continuo del professionista.

⁵ D. Leg.vo 502/1992 "Riordino della disciplina in materia sanitaria", a norma dell'articolo 1 della legge 23 Ottobre 1992, n.421.

⁶ Nota del 17 ottobre u.s. - prot. 0055510 – rilevazione del fabbisogno delle professioni sanitarie a.a. 2023/2024, Federazione nazionale degli ordini TSRM e PSTRP, Trento, 2023.

1.4 I Livelli Essenziali di Assistenza

I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sono prestazioni sanitarie che devono essere garantite gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione su tutto il territorio nazionale, secondo quanto definito dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 Gennaio 2017, in attuazione del Decreto Legislativo n. 502 del 30/12/1992. Il Servizio Sanitario Nazionale assicura i seguenti LEA:

- 1) prevenzione collettiva e sanità pubblica;
- 2) assistenza distrettuale;
- 3) assistenza ospedaliera.

Nell'ambito della prevenzione collettiva e sanità, attraverso i servizi, vengono garantite specifiche attività:

- A) sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali;
- B) tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati;
- C) sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
- D) salute animale e igiene urbana veterinaria;
- E) sicurezza alimentare – tutela della salute del consumatore;
- F) sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- G) attività medico legali per finalità pubbliche.

Il Piano Nazionale di Prevenzione (PNP) è lo strumento quinquennale che dà attuazione e concretezza ai LEA. Le Regioni e Province Autonome possono decidere di ampliare l'assistenza gratuita destinata ai propri residenti definendo "livelli ulteriori", in aggiunta ai livelli essenziali. Può trattarsi di servizi o prestazioni destinate a specifiche categorie di malati o di disabili (farmaci,

rimborsi spese, prestazioni specialistiche, ecc.) oppure rivolte a tutti i cittadini residenti (screening aggiuntivi, ecc.). Tali “livelli ulteriori” e i LEA trovano un’applicazione operativa locale nel Piano Provinciale o Regionale per la Prevenzione⁷.

⁷ Cosa sono i LEA. 2019. Accessibile al sito <https://www.salute.gov.it/portale/lea>. (Ultima consultazione 18/11/2023).

1.5 Il Piano Provinciale per la Prevenzione

La Provincia Autonoma di Trento (PAT) ha stilato il Piano Provinciale della Prevenzione (PPP) 2021-2025 che rappresenta un'applicazione operativa dei LEA, del Piano Nazionale 2020 – 2025 e del Piano per la salute del Trentino 2015 - 2025.

Gli obiettivi principali del PPP 2021-2025 sono relativi al sistema sociosanitario e alla promozione della salute in un contesto di vita e di lavoro.

Il Dipartimento di Prevenzione (DP) svolge un ruolo cardine nella tutela della salute e della sicurezza della comunità, contribuendo al miglioramento della qualità di vita delle persone mediante attività di:

- promozione della salute
- sorveglianza e prevenzione malattie infettive
- sorveglianza e prevenzione malattie croniche
- promozione della sicurezza negli ambienti di vita e lavoro

I programmi descritti nel Piano Provinciale della Prevenzione 2021 – 2025 (Ministero della Salute, PATrento, 2021) promossi dal Dipartimento di Prevenzione sono:

- scuole che promuovono salute
- comunità attive
- luoghi di lavoro che promuovono salute
- dipendenze
- sicurezza negli ambienti di vita
- piano mirato di prevenzione
- prevenzione in edilizia e agricoltura
- prevenzione del rischio professionale
- ambiente, clima e salute

- misure per il contrasto dell'antimicrobico – resistenza
- screening oncologici
- primi 1000 giorni
- epidemiologia degli incidenti stradali e domestici
- alimenti e nutrizione
- malattie infettive

Nell'elaborato, si andranno ad approfondire i programmi che interessano l'U.O. di Igiene e Sanità Pubblica, ovvero scuole che promuovono salute, screening oncologici e malattie infettive.

1.6 Il Piano formativo

L'Istituto Superiore di Sanità (ISS) promuove e tutela la salute pubblica nazionale e internazionale attraverso attività di formazione, ricerca, sorveglianza, regolazione, controllo, prevenzione, comunicazione e consulenza.

Per l'ISS la formazione degli operatori della salute e la valorizzazione delle loro competenze costituiscono elementi necessari per il raggiungimento degli obiettivi istituzionali e strategici del Paese.

Attraverso il Servizio Formazione che ne coordina le attività, l'ISS programma, promuove e valuta i percorsi di formazione e crea un Piano Triennale ed Annuale di Formazione. In tali piani si delineano le azioni formative messe in campo su tutto il territorio nazionale e le offerte di investimento sul percorso professionale, accessibili a tutti i dipendenti (Codice di etica dell'Istituto Superiore di Sanità, Istituto Superiore di Sanità, 2023).

Le iniziative proposte intendono affrontare sia tematiche correlate all'innovazione e alla ricerca scientifica, sia ambiti riconducibili all'aggiornamento continuo al fine di mantenere elevati i livelli di conoscenze e competenze in merito a diverse tematiche di sanità pubblica (Piano Formativo Annuale 2023, Istituto Superiore di Sanità, 2022). Le proposte evento riguardano eventi suddivisi in:

- Convegni residenziali/o remoto (on line, sincrono) o ibrido;
- Corsi di Formazione residenziale/o remoto (on line, sincrono);
- Corsi di Formazione a Distanza (*e-learning*);
- Corsi di Formazione sul Campo;
- Corsi di Formazione con modalità miste (*Blended*).

A supporto del miglioramento delle competenze, il 10 gennaio 2022 il Ministro per la Pubblica amministrazione ha presentato il Piano strategico per la valorizzazione e lo sviluppo dei dipendenti pubblici denominato “*Ri-formare la PA. Persone qualificate per qualificare il Paese*”.

Il Piano offre a ciascun dipendente grandi opportunità di investimento sul proprio percorso professionale e parte da due ambiti di intervento:

1. PA 110 e lode, progetto laurea per dipendenti pubblici, che propone prezzi agevolati e un riconoscimento per l'investimento in termini economici e di tempo;
2. *Syllabus* per la formazione digitale, piattaforma che offre un ampio catalogo formativo di contenuti aggiornati e gratuiti volti ad aumentare le competenze in ambito digitale del personale⁸.

Ogni Azienda Sanitaria elabora dei Piani Formativi propri, elementi strategici fondamentali per la realizzazione degli obiettivi.

1.6.1 Il Piano triennale della formazione degli operatori dell'APSS

Il Piano triennale della formazione provinciale 2020 – 2023⁹ è stato approvato con deliberazione della giunta provinciale n. 2085 del 14 Dicembre 2020, in applicazione dell'articolo 24 della legge provinciale n. 16/2010. E' un documento di programmazione che individua le azioni e gli obiettivi strategici da perseguire, tenendo conto del personale in attività e dei documenti di programmazione provinciali e regionali. Il piano è finalizzato a definire le attività formative che si vogliono realizzare nel triennio, con l'obiettivo di valorizzare le professionalità e rispondere ai bisogni di salute dei cittadini. Gli obiettivi sono diversi, tra i quali:

- Promuovere percorsi di specializzazione, confronti con Università;
- Progettare e realizzazione percorsi post laurea per sviluppare competenze;
- Potenziare le sperimentazioni di didattica di *e-learning* e *e-tutoring*;
- Creare condizioni organizzative per facilitare la partecipazione a percorsi di formazione post - laurea dei professionisti sanitari del SSN.

⁸ Parte il Piano strategico “Ri-formare la PA. Persone qualificate per qualificare il Paese”, 2022, Accessibile al sito <https://www.funzionepubblica.gov.it/>. (Ultima consultazione 20/11/2023).

⁹ Piano triennale della formazione degli operatori del sistema sanitario provinciale. 1 ottobre 2020 / 30 settembre 2023. Approvato con deliberazione della Giunta provinciale n. 2085 del 14/12/2020 ,Trento, 2021. Accessibile al sito www.trentinosalute.net. (Ultima consultazione 03/12/2023).

Il documento investe anche nell'educazione continua in medicina (ECM), proponendo di:

- Potenziare l'offerta formativa in linea con gli obiettivi provinciali;
- Incentivare lo sviluppo professionale e la multidisciplinarietà;
- Implementare metodologie formative maggiormente efficaci nell'adulto;
- Sviluppare FAD e *e-learning*.

CAPITOLO 2. SCOPO

Il presente lavoro di Tesi ha lo scopo di elaborare il fabbisogno di Assistenti Sanitari nel Servizio di Igiene e Sanità Pubblica in termini non solo quantitativi (numero di professionisti) ma anche qualitativi (quali competenze specifiche devono acquisire). Gli obiettivi specifici dell'elaborato sono:

1. Descrivere le attività svolte in ciascun servizio territoriale di Igiene e Sanità Pubblica e il numero di risorse presenti in ogni sede. *(Quali sono i LEA offerti all'utenza trentina che accede al servizio di Igiene e Sanità Pubblica? Viene garantita equità di offerta su tutto il territorio?)*
2. Descrivere il modello organizzativo in rapporto alle risorse e alle attività svolte. *(Quanti e quali sono le figure professionali del comparto presenti? Come viene pianificata la gestione del personale?)*
3. Stabilire il fabbisogno numerico e formativo di Assistenti Sanitari necessario per ciascun servizio di Igiene e Sanità Pubblica territoriale della Provincia Autonoma di Trento. *(Qual è il numero di Assistenti Sanitari necessario per soddisfare il fabbisogno nei servizi territoriali di Igiene e Sanità Pubblica? Qual è la loro formazione? E' adeguata a soddisfare le esigenze del Servizio?).*

CAPITOLO 3. MATERIALI E METODI

Per arrivare ad elaborare un modello di calcolo del fabbisogno di Assistenti Sanitari necessario per ciascuna servizio di Igiene e Sanità Pubblica territoriale, è necessario considerare che l'APSS deve garantire gli stessi servizi a tutta la popolazione, in linea con quanto definito nei LEA e nel Piano di Prevenzione Nazionale e Provinciale, così come descritto nei capitoli precedenti.

L'elaborato si suddivide in 3 fasi, ciascuna delle quali risponde ad un determinato obiettivo.

3.1 Autorizzazione raccolta dati

I dati sono raccolti attraverso strumenti visionati, concordati e approvati dal relatore e dal co – relatore, nonché Posizione Organizzativa con funzione gestionale del Servizio delle Professioni Sanitarie della Prevenzione. L'autorizzazione (Allegato 1) è stata poi approvata e firmata dal Dirigente del Servizio delle Professioni Sanitarie della Prevenzione e dal Direttore del Dipartimento di Prevenzione.

3.2 Analisi delle attività

Sulla base dei LEA e dei “livelli ulteriori” previsti dalla PAT, del Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025, del Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2023-2025 e del Piano Provinciale della Prevenzione 2021-2025, sono stati individuati e descritti in una tabella i programmi, le attività e le prestazioni che l'U.O. di Igiene e Sanità Pubblica deve erogare per tutelare la salute e la sicurezza della comunità. Trattandosi di uno studio circa il fabbisogno della figura professionale “Assistente Sanitario”, vengono descritte solo le attività di specifico interesse, escludendo altre prestazioni di competenza del Tecnico della Prevenzione del Dirigente Medico.

Per verificarne l'attuale erogazione, è stata costruita una seconda tabella dove ad ogni programma corrisponde l'attività svolta dal Servizio.

Infine, per valutare l'equità sul territorio provinciale, sono stati analizzati i diversi processi specificando l'offerta o meno per ogni sede.

3.3 Descrizione delle attività e dei modelli di gestione del personale

Per valutare l'organizzazione di ogni Servizio territoriale, lo studio è stato suddiviso in ulteriori due sottofasi:

1. Rappresentazione in una tabella e relativa analisi del numero di Assistenti Sanitari/Infermieri del comparto presenti, suddivisi per servizio territoriale di competenza, tempo pieno equivalente (FTE), istituto L.104/92 e numero di residenti;
2. Descrizione ed approfondimento relativo agli strumenti organizzativi adottati dai coordinatori e dalla Posizione Organizzativa Gestionale del Servizio delle Professioni Sanitarie della Prevenzione, a sostegno di una migliore organizzazione del servizio e del personale.

I dati e le informazioni raccolte sono stati estrapolati dalla documentazione e dalla reportistica dell'Unità Operativa oggetto di studio.

3.4 Analisi del fabbisogno del personale

Per valutare il fabbisogno numerico del personale è stata adottata una metodologia di calcolo utilizzata dalla Regione Calabria nelle aziende sanitarie e descritta nell'Allegato A "Metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale delle aziende del servizio sanitario regionale" (DCA 192/19, Regione Calabria).

Basandosi sui dati presenti nella Tabella V, è stato calcolato il tempo lavorativo totale necessario per garantire le attività previste dal Servizio. La metodologia adottata prevede uno standard parametrato sulla popolazione residente nell'ambito dell'area territoriale di riferimento, individuando come pari almeno a 0,15 il rapporto ottimale che dovrebbe esserci tra Assistente Sanitario e Residenti/1000. Inoltre, la metodologia prevede un aumento del 10% del tempo lavorativo totale se il numero dei Comuni per distretto supera i 100, cosa che non riguarda la realtà territoriale dell'APSS.

Per descrivere il fabbisogno formativo invece è stato attivato, condotto e analizzato un *Focus Group (FG)* (Allegato 2 e 3) per conoscere il punto di vista dei coordinatori rispetto al modello organizzativo e la gestione del personale. Il *FG* ha coinvolto i coordinatori dei diversi ambiti/sedi distrettuali del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica. Il numero del campione conta 4 operatori ed è stato sufficiente un incontro della durata di un'ora e mezza per raccogliere le informazioni necessarie.

CAPITOLO 4. RISULTATI e DISCUSSIONE

4.1 Funzioni del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica

Il Piano Nazionale di Prevenzione 2020- 2025 da attuazione ai LEA , così come il Piano Provinciale della Prevenzione 2021-2025, il quale prevede dopo la Pandemia da Covid-19, la necessità di un ruolo centrale da parte del Dipartimento di Prevenzione dell'APSS, per garantire un miglioramento della funzione sia di coordinamento generale e di sorveglianza epidemiologica che di supporto alla gestione del rischio di contagio per i singoli e la collettività.

Il DPCM del 12 gennaio 2017 individua 3 grandi Livelli Essenziali di Assistenza. Il livello che più interessa ai fini dell'elaborato è il primo, ossia “Prevenzione collettiva e sanità pubblica”: si articola in 7 aree di intervento che includono programmi ed attività volti a perseguire specifici obiettivi di salute.

Le aree inerenti l'U.O. di Igiene e Sanità Pubblica sono:

- “Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali”;
- “Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche”;
- “Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati”¹⁰.

Nello studio vengono approfondite esclusivamente le prime due aree, in quanto l'area “Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati” è condotta dai Tecnici della Prevenzione (TdP), professionisti non oggetto di ricerca.

Ogni area descritta, integra le attività e le prestazioni previste dal Piano Nazionale di Prevenzione 2020 -2025 (Ministero della Salute, 2020) e dal Piano Provinciale della Prevenzione 2021 – 2025 (Ministero della Salute, PATrento, 2021).

La prima Area di Intervento è così articolata:

¹⁰ DPCM 12 Gennaio 2017, Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, 2014.

Tabella I: Area di intervento LEA "Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive".

Programmi	Prestazioni e Attività
<p>Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive e diffuse</p>	<p>A) Svolgimento di indagini epidemiologiche in caso di segnalazione di malattia infettiva e gestione del sistema di segnalazione e notifica, incluse le infezioni ospedaliere;</p> <p>B) Sorveglianza delle malattie infettive prioritarie;</p> <p>C) Sorveglianza sulla diffusione nell'ambiente di vita di microrganismi patogeni e dei loro vettori;</p> <p>D) Sorveglianza a supporto di piani di eliminazione/eradicazione di specifiche malattie infettive;</p> <p>E) Svolgimento di analisi periodica dei dati e produzione di report sull'andamento delle malattie infettive/diffusive;</p> <p>F) Conduzione di eventuali studi analitici per indagare i fattori di rischio;</p> <p>G) Comunicazione e diffusione dei risultati sull'andamento delle malattie infettive/diffusive;</p> <p>H) Monitoraggio dell'esito del trattamento dei casi di tubercolosi polmonare;</p> <p>I) Monitoraggio della diffusione della zanzara tigre e studio delle resistenze agli insetticidi.</p>
<p>Vaccinazioni</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nuovi nati • Adolescenti • Soggetti di età pari a 65 anni • Soggetti a rischio 	<p>A) Svolgimento di attività ambulatoriale secondo il PNPV vigente;</p> <p>B) Monitoraggio delle coperture vaccinali e sorveglianza delle reazioni avverse a vaccino;</p> <p>C) Valutazione dell'impatto di salute dei programmi vaccinali attraverso la sorveglianza delle malattie prevenibili con vaccinazione;</p> <p>D) Monitoraggio dell'attitudine alla vaccinazione e dei motivi di mancata vaccinazione;</p>

	<p>E) Interventi di informazione e comunicazione per operatori sanitari, cittadini e istituzioni;</p> <p>F) Produzione di report;</p> <p>G) Esecuzione di screening IST sulla popolazione;</p> <p>H) Predisposizione di un piano di comunicazione per l'informazione e la comunicazione sulle vaccinazioni;</p> <p>I) Assistenza in gravidanza, al parto ed al neonato in provincia di Trento - Percorso nascita;</p> <p>J) Offerta attiva della vaccinazione antinfluenzale ai soggetti a rischio per patologia di età < 60 anni.</p>
Medicina del viaggiatore	<p>A) Educazione sanitaria sui rischi infettivi presenti nelle varie aree del pianeta;</p> <p>B) Profilassi immunitaria e chemio-profilassi;</p> <p>C) Sorveglianza e prevenzione delle patologie dei viaggi.</p>
Predisposizione di sistemi di risposta ad emergenze di origine infettiva	<p>A) Predisposizione di sistemi di sorveglianza ad hoc;</p> <p>B) Identificazione delle misure da adottare in rapporto ai diversi livelli di allarme;</p> <p>C) Predisposizione di procedure/ protocolli locali e generali, formazione del personale e comunicazione;</p> <p>D) Attuazione di tutte le misure di prevenzione e controllo previste in caso di una possibile emergenza;</p> <p>E) Accordi di collaborazione con altri soggetti direttamente interessati;</p> <p>F) Produzione di report.</p>

La seconda area di Intervento è strutturata nel seguente modo:

Tabella II: Area di intervento LEA “Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche”.

Programmi	Prestazioni e Attività
<p>Cooperazione per l’attuazione di programmi inter- settoriali secondo i principi del Programma nazionale “Guadagnare salute” (DPCM 4 Maggio 2007)</p>	<p>A) Elaborazione e relazione del Profilo di salute della comunità;</p> <p>B) Partecipazione ai sistemi di Sorveglianza;</p> <p>C) Utilizzo delle informazioni tratte dai sistemi di sorveglianza per: analizzare i bisogni della popolazione; individuare i rischi; valutare l’impatto di interventi sanitari, ambientali e sociali;</p> <p>C) Comunicazione dei dati derivanti dai profili di salute ai cittadini (<i>empowerment</i>);</p> <p>D) Comunicazione dei dati derivanti dai profili di salute agli interlocutori istituzionali per promuovere il valore salute in tutte le politiche (<i>advocacy</i>);</p> <p>E) Promozione di alleanze tra soggetti istituzionali, sociali, imprenditoriali e professionali;</p> <p>F) Contributo tecnico scientifico alla promozione della salute;</p> <p>G) Sostegno all’individuazione di soluzioni ai problemi di salute.</p>
<p>Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione</p>	<p>A) Rilevazione, analisi, comunicazione e utilizzo delle informazioni sui fattori di rischio di malattie croniche e sugli stili di vita;</p> <p>B) Sorveglianza dei trend temporali e spaziali del fenomeno che si intende prevenire/contrastare;</p> <p>C) Informazione e comunicazione alle istituzioni, ai cittadini e a agli operatori sanitari anche attraverso report strutturati;</p> <p>D) Sviluppo di programmi di promozione della salute riproduttiva e pre-concezionale e di prevenzione nei primi 1000 giorni;</p> <p>E) Attivazione di percorsi di promozione della salute e sani stili di vita familiari per genitori di bambini 0-36 mesi.</p>

<p>Prevenzione delle malattie croniche epidemiologicamente più rilevanti, promozione di comportamenti favorevoli alla salute</p>	<p>A) Programmazione, attuazione e valutazione di interventi finalizzati alla individuazione di condizioni di rischio per le MCNT (anche attraverso esami analitici);</p> <p>B) Adozione e implementazione di un approccio globale e sistemico, lungo tutto il percorso scolastico, per la promozione della salute fisica e mentale.</p>
<p>Prevenzione e contrasto del tabagismo, del consumo a rischio di alcol</p>	<p>A) Sviluppo per <i>setting</i> di programmi di prevenzione dell'iniziazione e promozione della disassuefazione condivisi tra servizi sanitari e sociosanitari e istituzioni educative e/o "datori di lavoro";</p> <p>B) Progettazione, programmazione e attuazione di campagne informativo-educative;</p> <p>C) Promozione del <i>counseling</i> da parte degli operatori sanitari;</p> <p>D) Sorveglianza del rispetto del divieto di fumo;</p> <p>E) Progettazione, programmazione e attuazione di campagne informative ed educative a scuola, specifiche su incidenti stradali e alcol.</p>
<p>Promozione e tutela sanitaria dell'attività fisica</p>	<p>A) Valutazione clinica comprensiva di visita e accertamenti diagnostici e strumentali, finalizzata alla idoneità alla pratica sportiva agonistica per minorenni e persone con disabilità e alla pratica sportiva non agonistica nell'ambito scolastico;</p> <p>B) Promozione e attuazione di programmi finalizzati ad incrementare la pratica dell'attività fisica nella popolazione generale e in gruppi a rischio;</p> <p>C) Sviluppo per <i>setting</i> di programmi di promozione dell'attività fisica condivisi tra servizi sanitari e sociosanitari, istituzioni educative, "datori di lavoro";</p> <p>D) Promozione del <i>counseling</i> sull'attività fisica da parte degli operatori sanitari;</p> <p>E) Progettazione, programmazione e attuazione di campagne informativo-educative rivolte alla popolazione generale e/o a target specifici;</p>

	<p>F) Progettazione di programmi di prevenzione e contrasto al doping;</p> <p>G) Promozione di programmi strutturati di esercizio fisico per soggetti a rischio;</p> <p>H) Rilascio del certificato di idoneità alla pratica sportiva non agonistica su richiesta delle istituzioni scolastiche;</p> <p>I) Rilascio del certificato di idoneità alla pratica sportiva agonistica per minorenni e persone con disabilità;</p> <p>J) Promozione di programmi sull'adozione consapevole di uno stile di vita sano e attivo in tutte le età e nei <i>setting</i> di vita e di lavoro, integrando cambiamento individuale e trasformazione sociale.</p>
Promozione di una sana alimentazione per favorire stili di vita salutari	<p>A) Promozione e attuazione di programmi finalizzati ad incoraggiare l'adozione di corrette abitudini alimentari nella popolazione generale e in gruppi a rischio e per <i>setting</i> condivisi tra servizi sanitari e sociosanitari, istituzioni educative, "datori di lavoro";</p> <p>B) Valutazione della adeguatezza nutrizionale dei menù offerti anche in relazione ad esigenze dietetiche specifiche;</p> <p>C) Attuazione di interventi sui capitolati d'appalto per migliorare la qualità nutrizionale;</p> <p>D) Progettazione, programmazione e attuazione di campagne informativo-educative;</p> <p>E) Promozione del <i>counseling</i> sulla corretta alimentazione da parte degli operatori sanitari;</p> <p>F) Supporto ad enti ed istituzioni nella predisposizione dei menu della ristorazione collettiva;</p> <p>G) Progettazione, programmazione ed attuazione di un programma organizzato di identificazione del rischio finalizzato alla prevenzione cardiovascolare con chiamata attiva nei soggetti 50enni.</p>
Promozione, protezione e sostegno dell'allattamento al	<p>A) Promozione e attuazione di programmi finalizzati ad incoraggiare l'adozione di corrette</p>

<p>seno e di una corretta alimentazione complementare</p>	<p>abitudini alimentari per <i>setting</i> condivisi;</p> <p>B) Valutazione della adeguatezza nutrizionale dei menù offerti anche in relazione ad esigenze dietetiche specifiche;</p> <p>C) Conduzione di interventi sui capitolati d'appalto per migliorare la qualità nutrizionale;</p> <p>D) Progettazione, programmazione ed attuazione di campagne informativo-educative rivolte alla popolazione;</p> <p>E) Promozione del <i>counseling</i> sulla corretta alimentazione e da parte degli operatori sanitari;</p> <p>F) Formazione del personale sanitario su attività di promozione, protezione e sostegno dell'allattamento al seno.</p>
<p>Screening oncologici</p>	<p>A) Chiamata attiva ed esecuzione dei test screening e dei percorsi di approfondimento e terapia per tutta la popolazione target residente e domiciliata, quali: Screening del cancro della mammella - Screening del cancro del colon-retto - Screening del cervico – carcinoma;</p> <p>B) Sorveglianza sull'estensione e adesione dei programmi e valutazioni relative alla qualità dei processi e all'impatto sulla salute della popolazione;</p> <p>C) Promozione della partecipazione consapevole e rendicontazione sociale.</p>
<p>Prevenzione delle dipendenze</p>	<p>A) Progettazione, programmazione ed attuazione di campagne informative educative, mirate alla conoscenza dei rischi da dipendenze;</p> <p>B) Sviluppo per <i>setting</i> di programmi di promozione della salute finalizzati alla prevenzione delle dipendenze;</p> <p>C) Progettazione, programmazione ed attuazione del progetto di prevenzione <i>gender - oriented</i> sulla popolazione femminile scolastica.</p>

Nelle tabelle I e II sono descritti i programmi e le attività che l'APSS deve garantire alla popolazione in quanto LEA. Non tutte le prestazioni elencate sono di competenza dell'U.O. di Igiene e Sanità Pubblica, la quale cura prevalentemente la gestione dei processi vaccinali e il contenimento delle malattie infettive e croniche.

Il Servizio infatti si occupa della prevenzione dei problemi di salute della collettività attraverso attività di controllo della diffusione delle malattie infettive nella popolazione, ma anche di prevenzione dei fattori di rischio presenti negli ambienti di vita. Ciò comprende:

- Attuazione di progetti di educazione alla salute destinati a diverse fasce d'età e differenti *setting*;
- Chiamata attiva e collaborazione nell'esecuzione di test di screening e percorsi di approfondimento;
- Progettazione, programmazione ed attuazione di un programma organizzato di identificazione del rischio finalizzato alla prevenzione cardiovascolare con chiamata attiva nei soggetti 50enni;
- Programmazione, attuazione e valutazione di interventi finalizzati alla individuazione di condizioni di rischio per le MCNT.

Nelle tabelle sottostanti si elencano le attività svolte trasversalmente sul territorio della Provincia Autonoma di Trento dai Servizi territoriali di Igiene e Sanità Pubblica:

Tabella III: Attività U.O. di Igiene e Sanità Pubblica inerenti l'area di intervento "Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive".

Programmi	Prestazioni e Attività
Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive e interventi per il controllo della diffusione	<ul style="list-style-type: none"> • Gestione malattie infettive / indagine epidemiologiche / inserimento in PREMAL; • Aggiornamento formativo facoltativo.
Vaccinazioni <ul style="list-style-type: none"> • Nuovi nati • Adolescenti • Soggetti di età 65 anni • Soggetti di età pari a 65 anni • Soggetti a rischio di tutte le età 	<ul style="list-style-type: none"> • Vaccinazioni pediatriche 0 – 2 anni / 5/6 anni, vaccinazioni 11 anni / vaccinazioni adolescenti/ vaccinazioni 65 anni; • Vaccinazioni adulti / miste; • Vaccinazioni TBE; • Vaccinazioni antinfluenzale; • Vaccinazioni covid; • Generazione Inviti / gestione lettere irreperibili / elaborazione statistiche e coperture /verifica situazione vaccinale ospiti RSA; • Ordini magazzino / farmacia e stoccaggio; • Controllo Scadenze (vaccini, carrello emergenza, farmaci, manuali); • Gestione inadempienze Legge 119/2017 e <i>counseling</i> vaccinale; • Revisione procedure / circolari / note APSS; • Aggiornamento formativo facoltativo.
Medicina del viaggiatore	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulatorio viaggiatori; • Aggiornamento formativo facoltativo.
Predisposizione di sistemi di risposta ad emergenze di origine infettiva	<ul style="list-style-type: none"> • Aggiornamento formativo obbligatorio.

Tabella IV: Attività U.O. di Igiene e Sanità Pubblica inerenti l'area di intervento "Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche".

Programmi	Prestazioni e Attività
Cooperazione per l'attuazione di programmi inter- settoriali (...)	<ul style="list-style-type: none"> • Incontro corso accompagnamento alla nascita; • Aggiornamento formativo facoltativo.
Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione	Progettazione, Programmazione ed attuazione di: <ol style="list-style-type: none"> 1. Sistema di Sorveglianza Okkio alla Salute; 2. Sistema di Sorveglianza HBSC; 3. Sistema di Sorveglianza Genitori+ 0-2; 4. Sistema di Sorveglianza Passi e Passi d'Argento.
Prevenzione delle malattie croniche epidemiologicamente più rilevanti, promozione di comportamenti favorevoli alla salute	<ul style="list-style-type: none"> • Progetti educazione alla salute: <ol style="list-style-type: none"> 1. "In punta di piedi sul Pianeta"; 2. "Edu-chi-amo. Educazione relazionale, affettiva e sessuale"; 3. "Peer educazione alla sessualità".
Prevenzione e contrasto del tabagismo, del consumo a rischio di alcol	<ul style="list-style-type: none"> • Progetti educazione alla salute: <ol style="list-style-type: none"> 1. "In punta di piedi sul Pianeta".
Promozione e tutela sanitaria dell'attività fisica	<ul style="list-style-type: none"> • Progetti educazione alla salute: <ol style="list-style-type: none"> 1. "In punta di piedi sul Pianeta".
Promozione di una sana alimentazione per favorire stili di vita salutari	<ul style="list-style-type: none"> • Progetti educazione alla salute: <ol style="list-style-type: none"> 1. "In punta di piedi sul Pianeta";
Screening oncologici	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Counseling</i> e programmazione screening di 1° livello tumore colon - retto.
Prevenzione delle dipendenze	<ul style="list-style-type: none"> • Progetti educazione alla salute: <ol style="list-style-type: none"> 1. "In punta di piedi sul Pianeta".

Nella Tabella III e IV si nota che la maggioranza delle prestazioni riguardano l'area "Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive", specialmente il programma "vaccinazioni": oltre alle campagne previste dal Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2023-2025, il Piano di Prevenzione Provinciale 2021-2025 conferma la gratuità del vaccino contro la meningoencefalite da zecca, nonché la sua promozione su tutto il territorio della PAT.

L'U.O. si occupa inoltre di attività che interessano l'area "Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche", come il *counseling* dello screening di 1° livello contro il tumore del colon – retto e progetti inerenti l'educazione affettiva e sessuale e sull'adozione di corretti stili di vita nelle scuole.

I progetti a cui il personale dei Servizi territoriali in esame può manifestare disponibilità e aderire (secondo indicazioni del Servizio Promozione ed Educazione alla Salute Sorveglianza stili di Vita) sono:

- "Edu-chi-amo. Educazione relazionale, affettiva e sessuale";
- *Peer education* "Peer educazione alla sessualità";
- "In punta di piedi sul pianeta. Nuovi stili di vita: scegliere per tutelare il nostro futuro."

I programmi elencati nella Tabella III e IV seppur afferenti alla stessa Unità Operativa e accessibili a tutta la popolazione trentina, non sono gestiti in egual modo dal personale dei Servizi territoriali, ad eccezione di "Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive e interventi per il controllo della diffusione" e "Vaccinazioni".

Nella Figura 4 viene descritta l'offerta dei processi di interesse epidemiologico, come il sistema di sorveglianza PASSI e la promozione della salute, ma anche la prevenzione delle malattie croniche e la consulenza di medicina dei viaggi (escluse quindi le vaccinazioni e la sorveglianza delle malattie infettive), suddivisa per ogni sede distrettuale ad eccezione di Lavis, Cembra, Vezzano e San Giovanni di Fassa dove non vi sono operatori del comparto assegnati ma si svolge solo attività vaccinale in base alla turnistica mensile dell'ambito di competenza.

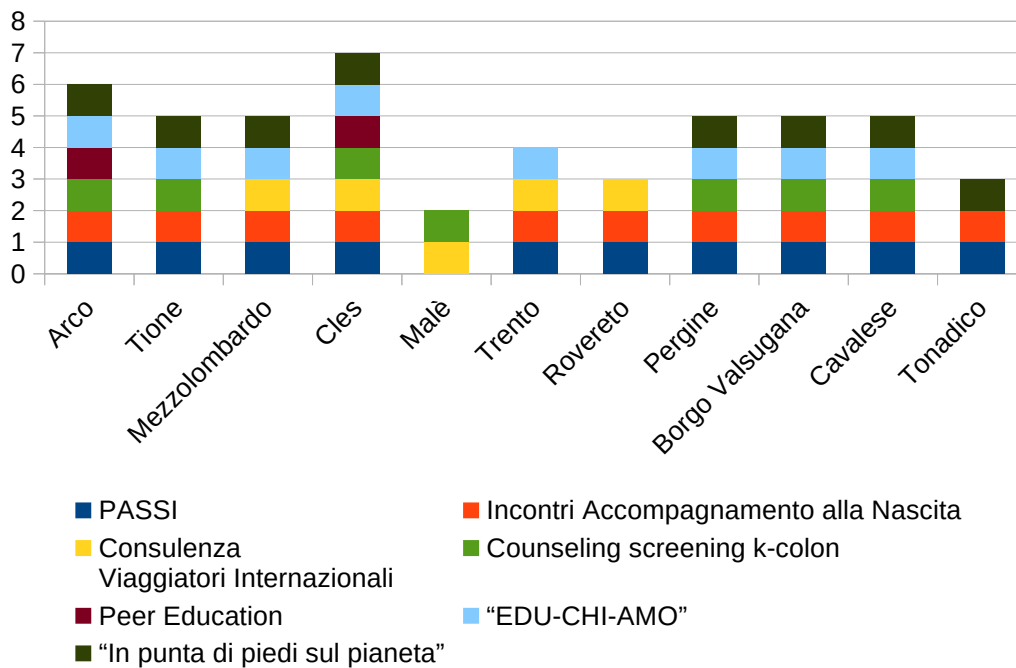


Figura 4: Attività del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica suddivisa per sede territoriale.

La sede territoriale di Cles risulta essere la più virtuosa in quanto garantisce alla popolazione tutti i processi elencati.

L'attività di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento partirà da Gennaio 2024 e coinvolgerà operatori del comparto di tutte le sedi, ad eccezione di Malè.

La consulenza per i viaggiatori internazionali viene effettuata a Mezzolombardo, Cles, Malè, Trento e Rovereto, sebbene solo nella sede di Rovereto ci sia del personale del comparto formato; nelle altre sedi la consulenza è svolta dal medico igienista.

Gli incontri di accompagnamento alla nascita inerenti il tema "vaccinazioni", svolti dagli Assistenti Sanitari e/o Infermieri in collaborazione con i PLS, sono stati attivati in tutte le sedi esclusa Malè.

Il *counseling* per lo screening del tumore del colon-retto di 1° livello è presente in quasi tutti i distretti e comunque è garantita la copertura di servizio per tutto l'ambito di competenza, ad eccezione di Trento e Rovereto, effettuata da altro servizio (Coordinamento Screening).

I progetti di Promozione della salute “EDU-CHI-AMO”, “In punta di Piedi sul Pianeta” e *Peer Education* vedono la partecipazione di solo personale del comparto, in collaborazione con professionisti esterni. Come si evince dal grafico presente in Figura 4, diverse sono le sedi territoriali con disponibilità di personale per il coinvolgimento nei progetti (come conduttore o in affiancamento) ma non tutti i progetti sono stati realmente attivati e richiesti da parte delle Scuole destinatarie.

4.2 Discussione - Funzioni del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica

Dal confronto tra la Tabella I,II,III e IV si evince che le attività dell’U.O. di Igiene e Sanità Pubblica sono in linea con i LEA e la normativa vigente. Ciononostante alcune delle prestazioni descritte nelle Tabelle I e II vengono svolte da aree operative differenti per specificità di competenze e formazione aggiornata del personale, quali: sviluppo di programmi di promozione della salute riproduttiva e pre-concezionale e attivazione di percorsi di promozione della salute per genitori di bambini 0 – 36 mesi (Consultorio per il singolo, la coppia e la famiglia); Valutazioni cliniche finalizzate alla idoneità alla pratica sportiva agonistica e non per minorenni e persone con disabilità (Ambulatorio di medicina dello sport); Valutazione dell’adeguatezza nutrizionale dei menù offerti e attuazione di interventi sui capitolati d'appalto per migliorare la qualità nutrizionale (U.O. Igiene degli alimenti e nutrizione); chiamata attiva ed esecuzione dei test screening e dei percorsi di approfondimento e terapia (U.O. Coordinamento screening)¹¹.

Altre prestazioni come lo Screening Cardiovascolare e lo Screening sulle MCNT non sono proposte in modo strutturato dall’Azienda. I progetti di educazione e promozione alla salute invece sono condotti perlopiù da personale di altro servizio o in libera professione, ad eccezione dei progetti “EDU-CHI-AMO”, *Peer education*, e “In punta di piedi sul pianeta” per i quali tuttavia manca del personale con formazione aggiornata.

¹¹ Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari - Trento. Accessibile al sito <https://www.apss.tn.it/Azienda>. (Ultima consultazione 19/11/2023).

Una grande parte delle attività dei Servizi riguardano il processo vaccinale, proprio per fronteggiare le richieste del nuovo PNPV 2023 – 2025, l’obbligo vaccinale imposto dalla Legge 119/17, la recente pandemia da Covid-19 e l’offerta gratuita del vaccino contro la meningococcemia da zecca.

La maggior parte dei Sistemi di Sorveglianza di rischio delle malattie croniche non sono prestazioni programmate mensilmente, ma svolte con regolarità ogni 2 o 3 anni su indicazione del Ministero della Salute, ad eccezione del PASSI e PASSI d’Argento che riprenderà in tutta la Provincia a partire da Gennaio 2024 e coinvolgerà molti operatori dei servizi territoriali.

Altre attività, come i progetti di promozione alla salute, la consulenza offerta ai viaggiatori internazionali, il *counseling* per lo screening di 1° livello e gli incontri di accompagnamento alla nascita sul tema delle vaccinazioni, sono presenti in modo disomogeneo sul territorio per mancanza di personale adeguatamente formato e/o carenza di personale.

4.3 Personale sanitario del comparto e strumenti organizzativi di gestione

Ogni prestazione si svolge in base al periodo dell’anno e al personale a disposizione, tenendo conto delle assenze e dell’orario lavorativo, come:

- malattia
- ferie
- assenza giustificata (es. L.104/92, 150 ore di diritto alla studio, permessi vari) ¹²
- recupero ore
- permesso per visite

12 Legge 104/92 è la legge che riconosce, in caso di gravi disabilità, il diritto a ricevere una prestazione economica dallo Stato; 150 ore sono invece le ore di diritto allo studio garantite dall’Azienda per poter partecipare ad attività formative; permessi vari sono le ore e/o giornate a disposizione del dipendente per sostenere concorsi e/o esami, visite, lutti, congedo matrimoniale.

- *part-time*

Nella Tabella V si descrivono le sedi dei servizi territoriali, il numero di personale, il tempo lavorato (*full-time*, *part-time*, L.104) e la popolazione residente di riferimento, suddivise per competenza dei 4 coordinatori del Servizio:

- coordinatore Alto Garda e Ledro, Val Giudicarie, Rendena (Arco e Tione);
- coordinatore Val di Non, Rotaliana, Val di Cembra e Val di Sole (Mezzolombardo, Cles, Malè, Lavis e Cembra);
- coordinatore Val dell'Adige e Vallagarina (Trento, Vezzano e Rovereto);
- coordinatore Alta Valsugana, Bassa Valsugana, Val di Fiemme e Fassa, Primiero (Pergine, Borgo Valsugana, Cavalese, San Giovanni e Tonadico).

Tabella V: Operatori Servizio Igiene e Sanità Pubblica APSS.

Sede e Comunità di Riferimento	Personale del comparto	Impegno lavorativo	Popolazione residente
Arco Alto Garda e Ledro	1 coordinatore 5 AS 1 infermiere	<ul style="list-style-type: none"> • 2 L.104/92 • 3 <i>part-time</i> (0,55– 0,69 – 0,83 FTE) • 3 <i>full-time</i> 	51.247
Tione Val Giudicarie e Rendena	3 AS 4 infermieri	<ul style="list-style-type: none"> • 1 L.104/92 • 5 <i>part-time</i> (0,58– 0,69 – 0,83 – 0,83 – 0,83 FTE) • 2 <i>full-time</i> 	36.754
Mezzolombardo Piana Rotaliana Lavis Paganella Cembra Val di Cembra	1 coordinatore 5 AS	<ul style="list-style-type: none"> • 1 <i>part-time</i> (0,83 FTE) • 4 <i>full-time</i> 	Rotaliana 30.858 Paganella 5.081 Val di Cembra 10.989
Cles Val di Non	3 AS	<ul style="list-style-type: none"> • 1 L.104/92 • 3 <i>full-time</i> 	39.590
Malè Val di Sole	1 infermiere	<ul style="list-style-type: none"> • 1 <i>full-time</i> 	15.467
Trento	1 coordinatore	<ul style="list-style-type: none"> • 1 <i>part-time</i> (0,83 	Val dell'Adige

Val dell'Adige Vezzano Valle dei Laghi	13 AS 1 infermiere	<i>FTE</i>) • 13 <i>full-time</i>	122.381 Valle dei Laghi 11.230
Rovereto Vallagarina e Altipiani Cimbri	9 AS	• 2 <i>part-time</i> (0,83 <i>FTE</i>) • 7 <i>full-time</i>	Vallagarina 91.896 Altipiani Cimbri 4.616
Pergine Alta Valsugana e Bernstol	1 coordinatore 5 AS 2 infermiere	• 4 L.104/92 • 1 <i>part-time</i> (0,83 <i>FTE</i>) • 6 <i>full-time</i>	55.557
Borgo Valsugana Bassa Valsugana e Tesino	4 AS	4 <i>full-time</i>	26.943
Cavalese Val di Fiemme San Giovanni Val di Fassa	2 AS 2 infermiere	• 1 <i>part-time</i> (0,69 <i>FTE</i>) • 3 <i>full-time</i>	Fiemme 20.090 Fassa 9.969
Tonadico Primiero	1 infermiere	1 <i>part-time</i> (0,83 <i>FTE</i>)	9.445

Dalla tabella emerge che su una popolazione di 542.113 residenti (dato aggiornato al 1 Gennaio 2023) vi sono 15 Servizi di Igiene e Sanità Pubblica territoriali, in cui operano 62 professionisti del comparto (esclusi i coordinatori): 12 sono infermieri e 50 sono Assistenti Sanitari, 8 usufruiscono dei diritti della Legge 104/92, 15 hanno un contratto lavorativo *part-time*.

I contratti *part time* sono calcolati in base al FTE (*full time equivalent*) mensile, parametro utilizzato per convertire le ore lavorate da dipendenti a tempo parziale in decimali, rispetto al tempo pieno (36 ore settimanali). I valori 0,83 equivalgono ad un *part time* di 30 ore lavorative, 0,69 a 25 ore lavorative, 0,58 a 21 ore lavorative e 0,55 a 20 ore lavorative.

La sede territoriale di Tione presenta nella sua *equipe* un maggiore numero di Infermieri rispetto ad Assistenti Sanitari, mentre le sedi di Malè e Tonadico sono composte da un solo operatore con formazione infermieristica coadiuvato dal personale dell'*equipe* del rispettivo ambito, che si sposta almeno 2 volte a

settimana per sostenere le attività previste. Cembra, Lavis, Vezzano e San Giovanni di Fassa invece non hanno alcun operatore assegnato in quanto sedi periferiche. Nei grafici di seguito, viene rappresentata la numerosità di utenza per sede territoriale e il FTE complessivo mensile dall'*equipe*, considerando i permessi L.104/92 ma non i congedi ordinari (2,5 al mese).

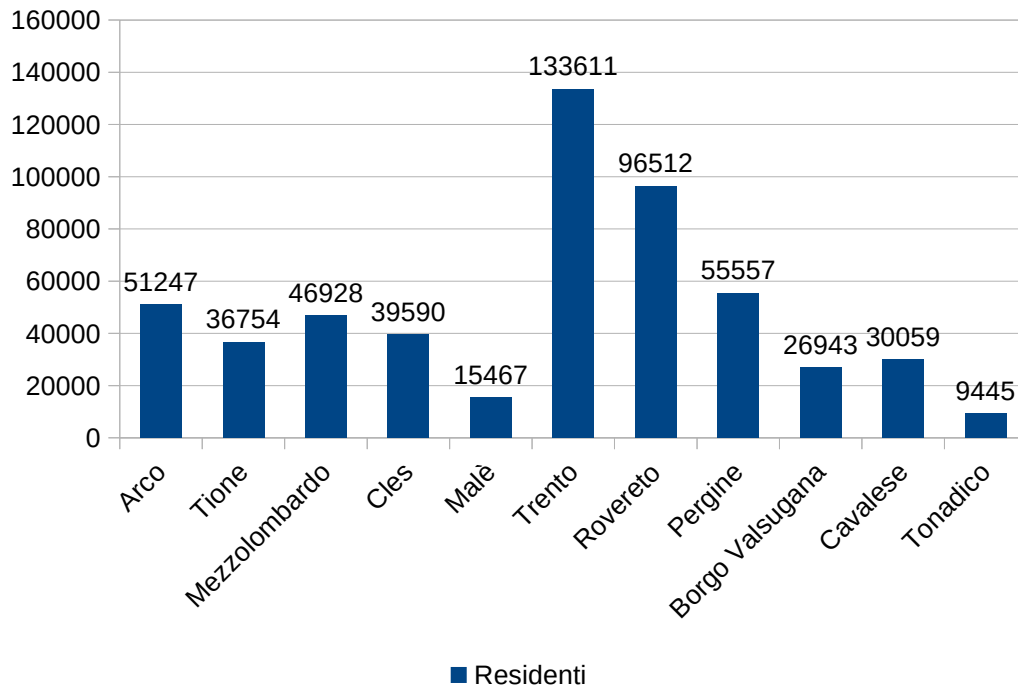


Figura 5: Numero di utenti suddivisi per competenza territoriale.

La Figura 5 descrive una numerosità d'utenza elevata nel territorio con sede di competenza Trento, seguito poi da Rovereto e Pergine. Le sedi con minor popolazione residente sono Malè e Tonadico, che sono anche le più isolate geograficamente rispetto al territorio provinciale.

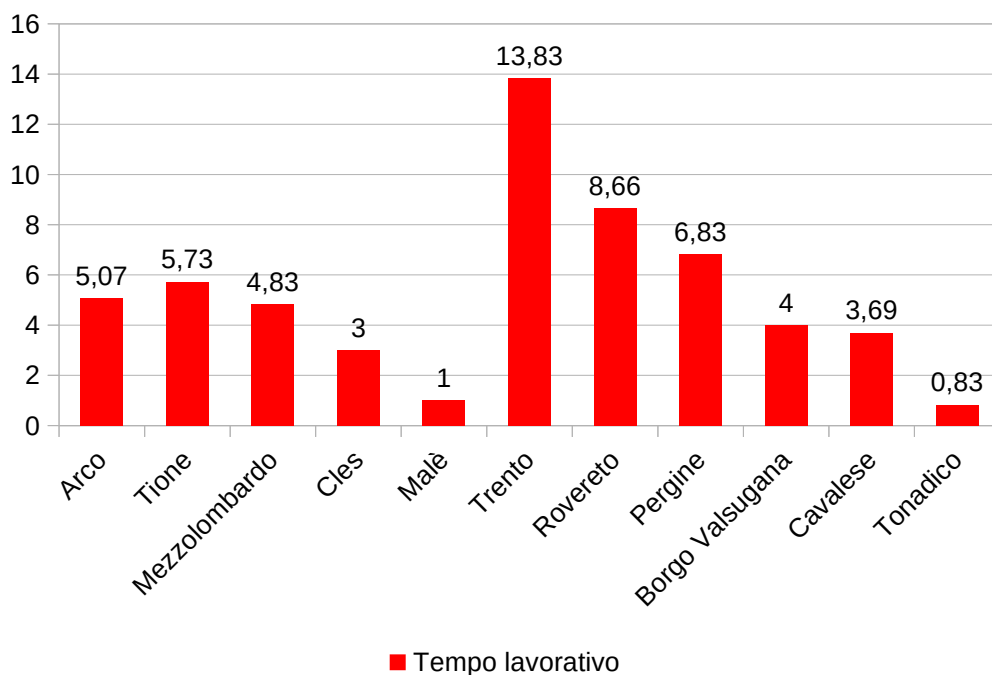


Figura 6: Totale tempo di lavoro mensile suddiviso per equipe territoriale.

La Figura 6 illustra il tempo di lavoro equivalente mensile, suddiviso per *equipe* territoriale. Il calcolo è stato fatto sommando i contratti *full-time* (valore 1) ai contratti *part-time* (valori 0,58 – 0,69 – 0,83 FTE), assieme all’istituto della Legge 104/92.

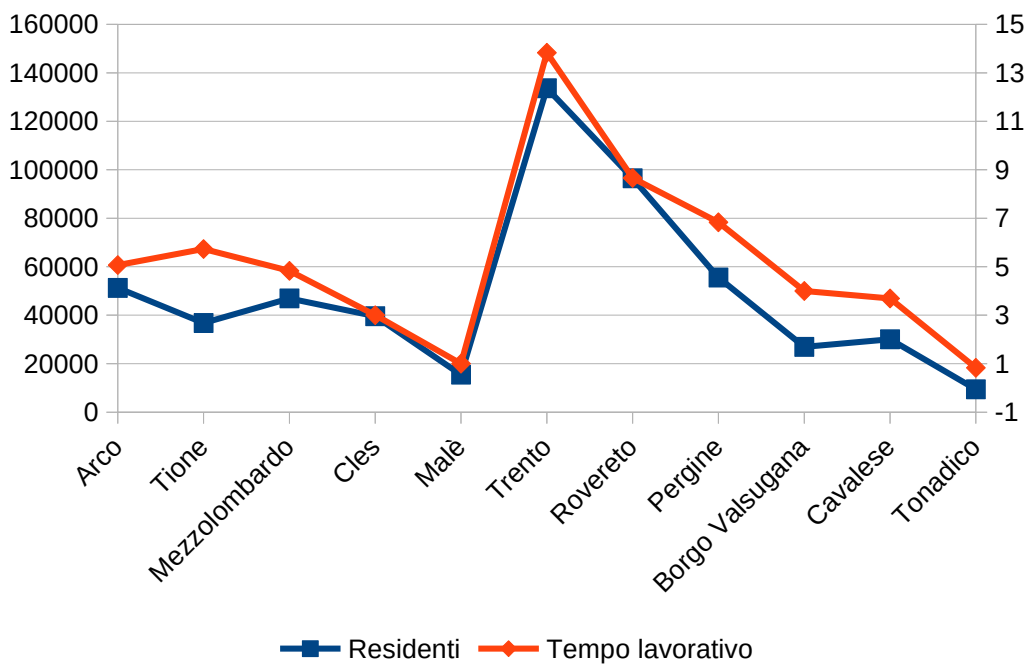


Figura 7: Confronto tra residenti e tempo lavorativo del servizio.

Mettendo a confronto i valori della Figura 5 e Figura 6, nel grafico di Figura 7 si nota l'andamento simile delle due linee, con una lieve differenza nella sede di Tione: nonostante il numero di residenti simile a Cles, il tempo lavorativo totale degli operatori di Tione è nettamente superiore. Pergine invece, avendo una popolazione residente quasi il doppio rispetto a quella di Tione, ha un FTE complessivo simile.

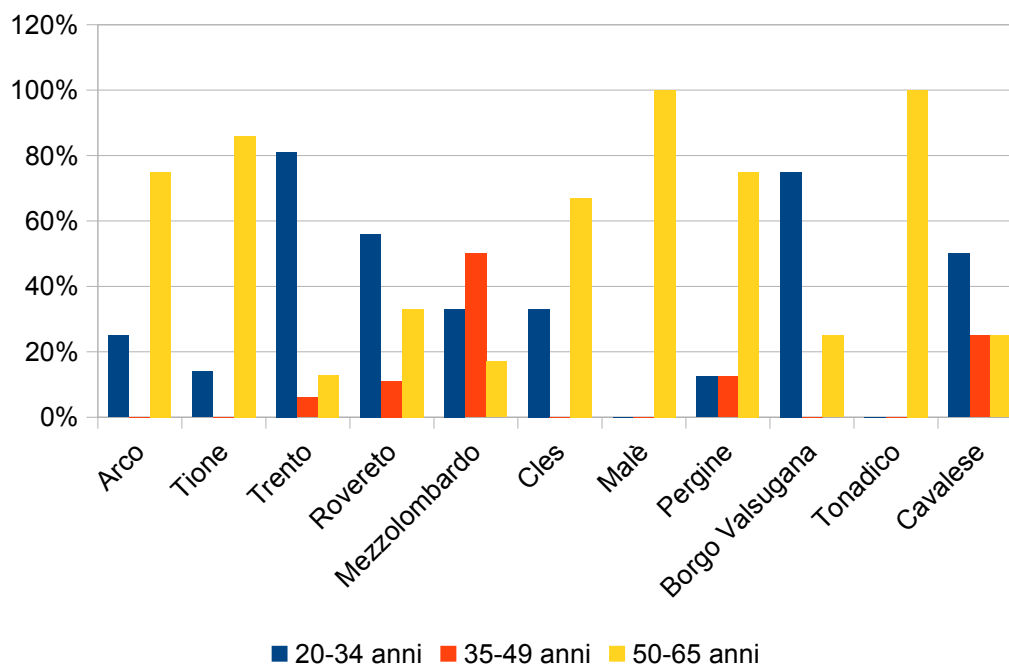


Figura 8: Età anagrafica del personale in servizio presso le sedi territoriali.

La Figura 8 descrive l'età anagrafica del personale presente nelle diverse sedi territoriali. La maggior parte del personale con età tra i 20 e i 34 anni lavora presso le sedi di Trento, Borgo Valsugana e Rovereto. Tione è caratterizzata da un'elevata percentuale di personale con età lavorativa compresa tra i 50 e i 65 anni (85%), mentre le sedi di Malè e Tonadico contano la presenza di un solo operatore con età superiore ai 50 anni.

Rispetto al totale del personale in servizio, il 48% andrà in pensione entro 15 anni.

Per omogeneizzare la gestione del Servizio e del personale, a partire dall'anno 2020 sono stati creati ed adottati trasversalmente su tutto il territorio dei nuovi strumenti organizzativi per permettere di soddisfare i LEA e il PPP 2021-2025 e

per garantire un miglioramento del coordinamento generale. Nel dettaglio, gli strumenti in esame sono:

- programmazione annuale ferie
- programmazione mensile
- relazione di sede annuale
- gruppo permanente SIAVR (*software* utilizzato dal Servizio per la gestione delle vaccinazioni)
- gruppo permanente procedura vaccinale
- gruppo *whatsapp* coordinatori e P.O.
- gruppo *whatsapp equipe* territoriale
- riunioni coordinatori bisettimanali (e riunioni urgenti al bisogno)
- riunioni *equipe* dei servizi igiene territoriali mensili
- PIV – Piano Inserimento e Valutazione del neoassunto

Programmazione annuale ferie e programmazione mensile

La programmazione annuale ferie e la programmazione mensile delle attività sono due strumenti adottati in tutte le sedi, nati dal confronto tra coordinatori ma già presenti con caratteristiche diverse e non omogenee sul territorio.

La programmazione annuale ferie prevede la distribuzione dei giorni di ferie su tutto l'anno (da Gennaio a Gennaio compreso) da parte di ogni operatore ad inizio anno. A seguito dell'avvallo del coordinatore, viene condivisa in *Google Drive* in sola lettura, in modo da renderne accessibile la visualizzazione del piano da parte di tutti e facilitarne la programmazione mensile.

La programmazione mensile è costruita dal coordinatore di ogni ambito sulla base delle presenze degli operatori e delle attività previste, dal lunedì al venerdì, mattina e pomeriggio e sede lavorativa. Viene condivisa e resa visibile in modalità lettura presso la piattaforma di *Google Drive*.

Relazione di sede annuale

La relazione di sede annuale è un documento che si prefigge l'obiettivo di fotografare l'attività svolta dal Servizio durante l'anno. È suddiviso in capitoli: nella prima parte viene presentato il Servizio, le strutture in cui si svolgono le attività e gli operatori presenti. In seguito, si descrivono le attività prevalenti dell'anno, la partecipazione a corsi/convegni da parte degli operatori, la numerosità dell'utenza, la pianificazione delle attività e gli indicatori di raggiungimento degli obiettivi.

Gruppo permanente SIAVR e Gruppo permanente procedura vaccinale

Il gruppo permanente SIAVR e il gruppo procedura vaccinale sono composti da personale scelto ed esperto, proveniente dalle sedi territoriali. Sono due gruppi che si riuniscono a cadenza mensile oppure secondo le necessità degli operatori, con l'obiettivo di confrontarsi sul *software* e sulle sue modalità d'utilizzo, e sul processo vaccinale, per apportare costanti migliorie e appianare le differenze sul territorio.

Gruppo *whatsapp* coordinatori e P.O. e gruppo *whatsapp equipe* territoriale

I gruppi *whatsapp* sono degli strumenti comunicativi efficaci, veloci e informali per condividere informazioni e riducono la tempistica di ricezione e risposta del messaggio.

Riunioni coordinatori bisettimanali e Riunioni d'*equipe* mensili

Le riunioni dei coordinatori e le riunioni d'*equipe* sono degli incontri che si svolgono da diversi anni, in passato con tempistica diversa e meno strutturata. Ad oggi, sono organizzate regolarmente ogni due settimane o una volta al mese e prevedono un ordine del giorno.

Le riunioni tra coordinatori sono utili per condividere e costruire procedure o strumenti condivisibili; per leggere gli obiettivi del servizio e calarli nell'attività lavorativa in modo omogeneo; per condividere problematiche e trovare soluzioni.

Le riunioni d'*equipe* sono degli incontri utili per comprendere le attività in previsione nella programmazione; per condividere gli obiettivi raggiunti; per discutere su eventuali problematiche e trovare soluzioni.

PIV – Piano di Inserimento e Valutazione

Il PIV è il piano di inserimento, formazione, addestramento e valutazione del neoassunto.

Già adottato in alcune sedi territoriali, da quest'anno è in fase di condivisione e definizione tra coordinatori e P.O.

È strutturato in macro aree, ciascuna delle quali declinata in obiettivi che il neoassunto deve raggiungere entro il periodo di prova.

È un piano utile per facilitare il processo di inserimento nel nuovo ambiente lavorativo e per valutare il raggiungimento delle competenze da parte del coordinatore.

4.4 Discussione - Personale sanitario del comparto e Strumenti organizzativi di gestione

I Servizi territoriali di Igiene e Sanità Pubblica sono distribuiti capillarmente su tutta la Provincia sebbene ci siano delle differenze legate alle caratteristiche degli operatori (professionalità, numerosità e anzianità).

I professionisti presenti sono prevalentemente Assistenti Sanitari ma in alcune sedi distrettuali caratterizzate da minor numero di residenti come Primiero, Malè, Tione e Cavalese¹³ è difficile disporre di personale con formazione specifica, tanto più se nel territorio non è stato attivato un corso di laurea idoneo ma molto spesso si deve contare su professionisti che provengono da fuori Provincia e riscontrano delle difficoltà di vario genere (economiche e personali) per potersi stabilizzare.

La distribuzione dell'età è caratterizzata da una forte presenza di giovani laureati nelle sedi di città più grandi come Trento e Rovereto, dalle quali ci si aspetta maggiore spirito d'iniziativa ma anche meno stabilità lavorativa. Tuttavia, la

¹³ La popolazione in Trentino al 1° gennaio 2023 - dati provvisori. 2023. Accessibile al sito <http://www.statistica.provincia.tn.it/>. (Ultima consultazione 01/11/2023).

maggior parte del personale del comparto ha un'età compresa tra i 50 e i 65 anni perciò nei prossimi 10 anni si prevede un forte ricambio generazionale, specialmente a Tione, Arco, Pergine e Cles.

Il nuovo corso di Laurea in Assistenza Sanitaria della PAT nasce in un momento in cui è fondamentale rifornire i Servizi di nuovi professionisti per rimpiazzare le uscite per pensionamento e fornire competenze specifiche.

Per ovviare alla disomogeneità del personale e per uniformare il più possibile l'offerta dell'U.O. su tutto il territorio anche a seguito delle modifiche al Regolamento di Organizzazione in precedenza citate, sono stati adottati diversi strumenti organizzativi che favoriscono una veloce comunicazione e condivisione di informazioni.

La creazione di una programmazione mensile ha favorito inoltre la comparazione tra le diverse attività offerte sul territorio, mentre le diverse riunioni e gruppi di lavoro hanno stimolato la collaborazione tra il personale, creando uno spirito di squadra che è il motore principale di una *Learning Organization* (Donadio A., 2021).

4.5 Fabbisogno numerico e formativo

Il calcolo del fabbisogno numerico si è svolto utilizzando la metodologia utilizzata dall'Azienda Sanitaria di Catania, relativamente al personale del comparto afferente al Dipartimento di Prevenzione (Tecnici della Prevenzione e Assistenti Sanitari).

Tabella VI: Fabbisogno del personale del comparto area prevenzione - Assistente Sanitario.

Sede distrettuale	Tempo lavorativo	Residenti	N. comuni	Indicatore	Fabbisogno totale	Fabbisogno mancante
Arco	5,07	51247	7 comuni	0,10	7,69	2,62
Tione	5,73	36754	11 comuni	0,16	5,51	-0,22
Mezzolombardo	4,83	46928	19 comuni	0,10	7,04	2,21
Cles	3	39590	29 comuni	0,08	5,94	2,94
Malè	1	15467	13 comuni	0,06	2,32	1,32
Trento	13,83	133611	7 comuni	0,10	20,04	6,21
Rovereto	8,66	96512	20 comuni	0,09	14,48	5,82

Pergine	6,83	55557	15 comuni	0,12	8,33	1,50
Borgo Valsugana	4	26943	18 comuni	0,15	4,04	0,04
Cavalese	3,69	30059	18 comuni	0,12	4,51	0,82
Tonadico	0,83	9445	5 comuni	0,09	1,42	0,59

La Tabella VI approfondisce ed esamina i dati presenti nella Tabella V, calcolando il Tempo Lavorativo/Residenti/1000 per ogni sede distrettuale. Utilizzando questa metodologia (Allegato A DCA 192/19, Regione Calabria), si evince che l'unica sede distrettuale con un numero adeguato di personale è Borgo Valsugana (Figura 9). Tutte le restanti sono in deficit, ad eccezione di Tione che gode di una piccola eccedenza. Trento e Rovereto sono i servizi con maggiore sofferenza tanto da avere una carenza di circa 6 FTE ciascuna (equivalente di 6 professionisti a tempo pieno). Sul totale dell'U.O. di Igiene e Sanità Pubblica si calcola che l'indicatore medio del fabbisogno è 0,11, inferiore quindi al minimo previsto (0,15). In tutta la provincia mancano 23,85 FTE, ovvero circa 24 tempi pieni di personale Assistente Sanitario.

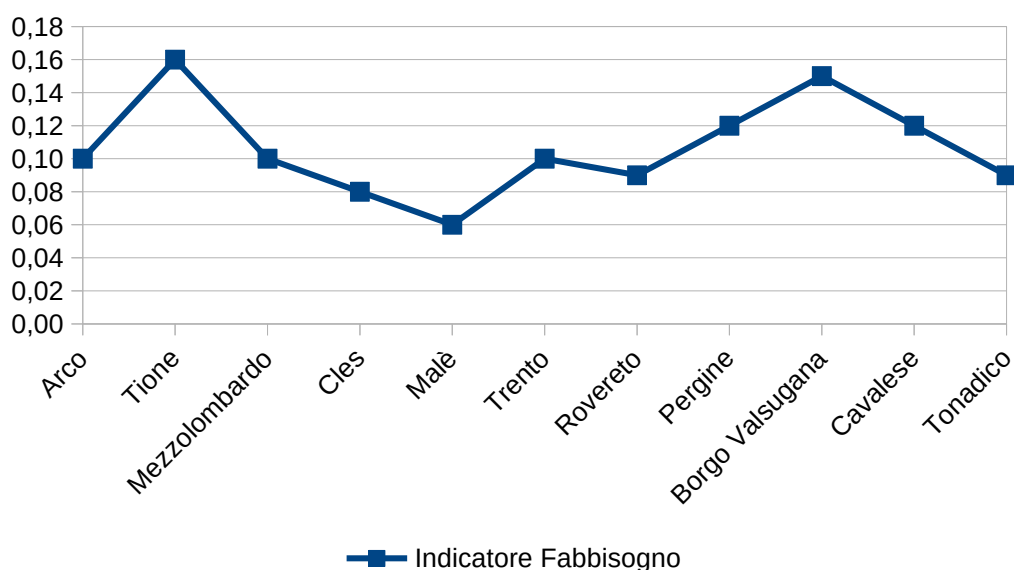


Figura 9: Fabbisogno Servizi territoriali.

Per analizzare il fabbisogno formativo è stato utilizzato un metodo di valutazione qualitativa quale il *Focus Group*. La scelta di questa tecnica di rilevazione per la ricerca sociale è stata fatta per riportare il punto di vista dei coordinatori sugli

strumenti organizzativi adottati e le criticità e i punti di forza dei servizi territoriali (Acocella I., 2015) (Cataldi S., 2015) (Corrao S., 2017).

Il *Focus Group* si è tenuto il 31 Ottobre 2023 dalle ore 9.00 alle 11.00 circa in videoconferenza ed è stato trascritto il 4 Novembre 2023. Le risposte ai quesiti sono state standardizzate per permettere una valutazione qualitativa delle informazioni emerse.

L'incontro ha visto la partecipazione del ricercatore in qualità di moderatore e dei 4 coordinatori del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica dell'APSS.

Due intervistati si sono collegati all'incontro da casa e due dalla postazione personale di lavoro.

Tutti i componenti del gruppo hanno partecipato in modo attivo, senza sollecitazioni da parte del moderatore. Il tono adottato è stato pacato: talvolta è emerso del timore nell'esprimere il proprio pensiero, ma la forza del gruppo e la storica collaborazione che contraddistingue i partecipanti, ha creato un ambiente sereno, utile per far emergere sia i punti di forza che il disaccordo su alcuni aspetti organizzativi. Non ci sono stati cambiamenti di idea significativi, piuttosto molto spesso i partecipanti hanno completato il discorso l'uno dell'altro.

I partecipanti si sono ritenuti soddisfatti dell'incontro svolto in quanto ha permesso loro di confrontarsi e di condividere le idee personali rispetto all'organizzazione e al fabbisogno del servizio. Non hanno ritenuto necessario svolgere un secondo incontro.

Dai dati emersi, è stato possibile creare un'analisi SWOT¹⁴.

¹⁴ SWOT è l'acronimo di *Strengths* (punti di forza), *Weaknesses* (punti di debolezza), *Opportunities* (opportunità) e *Threats* (minacce).

Tabella VII: Analisi SWOT dell'organizzazione del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica.

<p>Punti di Forza</p> <ul style="list-style-type: none"> • Strumenti organizzativi <i>smart</i>, veloci e trasparenti, utili a garantire uniformità di trattamento e offerta sul territorio, permettendo il confronto tra operatori e la crescita del Servizio; • Forte sinergia a livello locale tra comparto e dirigenza medica; • LEA garantiti su tutto il territorio; • Diversi concorsi banditi dall'Azienda per la figura professionale dell'Assistente Sanitario. 	<p>Debolezze</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poca chiarezza nella comunicazione d'intenti e obiettivi su tutti i livelli; • Riunioni di coordinamento a volte troppo frequenti e poco utili; • Scarsa offerta di altre attività in linea con i LEA, oltre alle vaccinazioni; • Personale stanco e demotivato nell'era del post – covid; • Personale poco specializzato ed elevato <i>turnover</i>; • <i>Equipe</i> poco stabili; • Mancanza di una formazione strutturata e di qualità, personalizzata su l'operatore; • Scarsa possibilità di rinnovamento delle competenze per i coordinatori.
<p>Opportunità</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizzo degli strumenti organizzativi per la crescita del gruppo; • Piano di Inserimento e Valutazione del neoassunto condivisibile tra tutti i coordinatori; • Nuovo corso di laurea in Assistenza Sanitaria in Trentino. 	<p>Minacce</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vastità del territorio; • Riorganizzazione aziendale: comparto e dirigenza gerarchicamente divisi; • Aumento della proposta vaccinale; • Carenza di personale; • Carenza di iscritti ai concorsi e quindi poca selezione.

Durante il *Focus Group* sono stati segnalati degli aspetti positivi e negativi dell'attuale organizzazione, mettendo in luce soprattutto la carenza di personale formato e specializzato e la mancanza di opportunità necessarie per investire nel soddisfacimento del fabbisogno formativo del personale in servizio.

4.6 Discussione – Fabbisogno numerico e formativo

Il metodo di calcolo del fabbisogno numerico del personale evidenzia la carenza di personale in quasi tutte le sedi territoriali, specialmente Trento e Rovereto che, seppure in linea con le attività che devono essere garantite su tutta la provincia, delegano ad altri Servizi attività di competenza propria.

Alcune strutture semplici sono caratterizzate da un elevato *turnover* e, secondo quanto affermato dai coordinatori e confermato nel documento “Reclutamento e Conservazione del Personale Sanitario in Europa” (European Health Management Association, 2015), è necessario aumentare la capacità di attrarre professionisti con competenze elevate e di ritenzione degli operatori sanitari tramite strumenti come: una buona educazione, migliori incentivi finanziari e migliore vita professionale e personale di supporto. La presenza di un percorso di studi universitario è essenziale in questo senso, perché forma professionisti che saranno poi presumibilmente impiegati nel territorio d’origine, aumentando la disponibilità di risorse umane nelle sedi territoriali più critiche, diminuendo il *turnover*, e facilitando la possibilità di selezionare professionisti con competenze elevate. Inoltre, la presenza di nuovo e giovane personale, incentiva lo scambio di competenze e abilità tra vecchie e nuove generazioni, linfa vitale di una *Learning organization* (Lavallo T., 2018).

Si evince inoltre la mancanza di una formazione strutturata e di qualità dell’operatore causata da *equipe* poco stabili con un elevato *turnover*, comportando un maggiore investimento nel Piano di Inserimento e Valutazione anziché nella proposta di programmi e corsi di formazione del professionista.

L’APSS inoltre propone pochi percorsi di formazione indirizzati a stimolare ed incentivare le competenze dell’Assistente Sanitario, capaci di aumentare il benessere organizzativo e la proposta di nuove attività.

La nuova organizzazione dell’Unità Operativa, nata con il Regolamento di Organizzazione del 2017 e successive modifiche, ha cambiato le gerarchie del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, passando dalle dipendenze dell’U.O. Cure Primarie (di competenza territoriale) a quelle del Dipartimento di Prevenzione: un cambiamento questo che facilita l’equità di offerta delle prestazioni sul territorio

provinciale nonostante la sua vastità, ma allo stesso tempo ha cambiato l'organizzazione, prevedendo la necessità di nuovi metodi e strumenti di comunicazione e performance professionale che risultano essere efficaci e *smart*, nonostante permangano delle difficoltà relative alla comunicazione *bottom – up* e *top – down*, date dal lavoro prevalentemente a gruppi e tra pari.

4.7 Limiti dello studio

In diversi studi la determinazione sistemica del fabbisogno del personale passa attraverso la rilevazione dei tempi di lavoro che in questa ricerca non sono stati valutati ma, essendo un servizio deputato alla prevenzione e promozione alla salute, si ritiene che il modello di calcolo proposto per analizzare i carichi di lavoro sia ugualmente utile ed efficace per verificarne il fabbisogno.

Un'altra criticità dell'elaborato è legata alla modalità di raccolta dati. Il *Focus Group* è un metodo d'analisi indicato per raccogliere informazioni in piccoli gruppi e approfondire aspetti positivi e negativi di un fenomeno, ma non permette la standardizzazione dei dati. Il metodo del questionario infatti, somministrato a tutti i professionisti oggetto di studio, avrebbe potuto fotografare la formazione attuale di ogni dipendente (corsi di specializzazione, master, laurea magistrale) e valutare in modo più accurato ed efficace il fabbisogno formativo.

CAPITOLO 5. CONCLUSIONI

In un contesto di forti cambiamenti nell'ambito della sanità pubblica, lo studio condotto ha permesso di analizzare le prestazioni ad oggi erogate dai Servizi territoriali di Igiene e Sanità Pubblica dell'APSS di Trento e la *compliance* normativa, nonché indagare il soddisfacimento del fabbisogno quantitativo e qualitativo della figura professionale "Assistente Sanitario", figura elettiva del Servizio in esame, proponendo un metodo di calcolo atto a soddisfare il benessere organizzativo, i bisogni della popolazione e a garantire un servizio efficiente ed efficace.

Dall'indagine è emerso che le attività svolte dall'U.O. soddisfano i LEA e la normativa vigente, sebbene molte delle prestazioni inerenti l'area "Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche", seppur in linea con la *mission* del Servizio e il profilo dell'Assistente Sanitario, in alcune sedi distrettuali vengano gestite da altri professionisti per ragioni legate alla mancanza di formazione specifica e carenza di risorse.

La mancanza di un percorso di studi in Assistenza Sanitaria sul territorio, ha comportato negli anni un elevato *turnover* di personale e la necessità di assunzione di infermieri per poter coprire le attività previste. Si prevede che nei prossimi 10 anni molti di questi professionisti raggiungeranno la pensione e saranno sostituiti da altri operatori con una formazione specifica rispetto ai temi della prevenzione, promozione ed educazione alla salute.

Tuttavia, seppur la carenza di personale sia un problema emerso dall'analisi delle attività e dal *Focus Group*, orientare i servizi a creare una *Learning Organization* può supportare ugualmente un'offerta ottimale delle prestazioni (Donadio A., 2021). In questo tipo di organizzazione infatti, viene particolarmente favorito il lavoro di squadra fra gli operatori, i quali si sentono più motivati a migliorare e a migliorarsi nella loro pratica quotidiana, nonché ad affrontare i cambiamenti e le difficoltà.

La realtà attuale del management aziendale ha cominciato ad avvinarsi già da tempo a questo modello organizzativo, adottando uno schema per gruppi di lavoro, capace di creare relazioni necessarie per il raggiungimento di obiettivi,

garantire integrazione e multidisciplinarietà di conoscenze, e accelerare i flussi informativi.

Nell'U.O. di Igiene e Sanità Pubblica manca però la proposta di un percorso di formazione continua adeguato, che rende complessa l'adesione a progetti e ostacola il benessere organizzativo, già minato dallo stress del post-covid e dall'elevato *turnover* del personale.

La creazione di un piano formativo annuale *ad hoc*, che investa sull'acquisizione di competenze specialistiche nell'ambito dei processi di prevenzione, promozione ed educazione alla salute e su competenze trasversali (come *problem solving* e comunicazione di gruppo), permetterebbe di valorizzare le risorse umane (contribuendo così alla diminuzione del *turnover*) e aumentare il benessere organizzativo (Argentero P., Cortese C.G., 2016). Inoltre, potrebbe contribuire a soddisfare i bisogni dei cittadini, assicurando in modo capillare sul territorio la stessa tipologia e qualità di servizi.

Dei percorsi di formazione che preferiscano l'esperienza alla teoria, modalità d'apprendimento *just in time* e la partecipazione attiva, sono delle metodologie efficaci per raggiungere sempre più la *Learning Organization* già citata in precedenza.

La presenza del Polo delle Professioni Sanitarie che, in collaborazione con l'Università di Verona, assicura un percorso di laurea dedicato sul territorio provinciale, garantirà nel prossimo futuro maggior numero di professionisti specializzati, ma potrebbe anche essere occasione per promuovere scambi e confronti tra Università e dipendenti dei servizi per stimolare il continuo aggiornamento negli operatori già presenti.

L'indagine è stata utile nel raccogliere dati quantitativi e qualitativi circa il fabbisogno dell'Assistente Sanitario nei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica dell'APSS e, sulla base delle analisi relative alle attività offerte, della numerosità di popolazione e dei professionisti presenti, il modello di calcolo proposto e adottato in precedenza da altre regioni, risponde efficacemente alle esigenze di Servizio per migliorare l'offerta prestazionale presente su tutta la provincia.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Allegato A DCA 192/2019 -"Metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale delle aziende del servizio sanitario regionale", Regione Calabria, 2019.
- Acocella i., *il focus group: teoria e tecnica*. francoangeli, milano, 2015.
- Argentero P., Cortese C.G., *Psicologia Del Lavoro*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2016.
- Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari - Trento. Accessibile al sito <https://www.apss.tn.it/Azienda>. (Ultima consultazione 19/11/2023).
- Cataldi S., *Come si analizzano i focus group*. FrancoAngeli, Milano, 2015.
- Codice di etica dell'Istituto Superiore di Sanità, Istituto Superiore di Sanità, 2023.
- Corrao S., *Il focus group*. FrancoAngeli, Milano, 2017.
- Cosa sono i LEA, 2019. Accessibile al sito <https://www.salute.gov.it/portale/lea>. (Ultima consultazione 18/11/2023).
- Costa C., Martini L., Adesso D., Apuzzo L., Pandolfi D., *Metodologie e strumenti per la definizione del fabbisogno delle professioni sanitarie*, 2022. Accessibile al sito <https://www.agenas.gov.it/ricerca-e-sviluppo/ricerca-corrente-e-finalizzata-ricerca-agenas-ccm/personale-sanitario/metodologie-e-strumenti-per-la-definizione-del-fabbisogno-delle-professioni-sanitarie>. (Ultima consultazione 03/12/2023).
- D.Leg.vo 502/1992 " Riordino della disciplina in materia sanitaria", a norma dell'articolo 1 della legge 23 Ottobre 1992, n.421", 1992.
- Donadio A., *Learning Organization: l'apprendimento diffuso come leva di antifragilità*, FrancoAngeli, Milano, 2021.

- DPCM 12 Gennaio 2017, Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, 2014.
- *European Commission*, Reclutamento e Conservazione del Personale Sanitario in Europa, *European Health Management Association*, 2015.
- *Health workforce* – Panoramica, 2021. Accessibile al sito https://health.ec.europa.eu/health-workforce/overview_it. (Ultima consultazione 30/10/2023).
- Kroezen M., Van Hoegaerden M., Batenburg R. *The Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting: Results of a European programme to improve health workforce policies*. Epub, 2017.
- La popolazione in Trentino al 1° gennaio 2023 - dati provvisori, 2023. Accessibile al sito <http://www.statistica.provincia.tn.it/>. (Ultima consultazione 01/11/2023).
- Lavallo T., *Management sanitario e gestione delle risorse umane*. Carocci Faber, Roma, 2018.
- Michelutti P., Malgieri A., *Report on the Pilot Project in Italy*, 2016.
- Nota del 17 ottobre u.s. - prot. 0055510 – rilevazione del fabbisogno delle professioni sanitarie a.a. 2023/2024, Federazione nazionale degli ordini TSRM e PSTRP, Trento, 2023.
- Nota tecnica - Descrizione del modello previsionale per la determinazione del fabbisogno formativo di professionisti sanitari. Accessibile al sito https://www.camera.it/application/xmanager/projects/leg18/attachments/upload_file_doc_acquisiti/pdfs/000/000/963/Nota_tecnica_fabbisogno_professionisti_sanitari.pdf. (Ultima consultazione 03/12/2023).
- Parte il Piano strategico “Ri-formare la PA. Persone qualificate per qualificare il Paese”, 2022. Accessibile al sito <https://www.funzionepubblica.gov.it/>. (Ultima consultazione 20/11/2023).
- Piano Formativo Annuale 2023, Istituto Superiore di Sanità, 2022.

- Piano Nazionale di ripresa e resilienza. Cos'è la Missione Salute. 2022. <https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute>. (Ultima consultazione 29/11/2023).
- Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025, Ministero della Salute, 2020.
- Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2023-2025, Ministero della Salute, 2023.
- Piano Provinciale della Prevenzione 2021-2025, Ministero della Salute, PATrento, 2021.
- Piano Triennale della Formazione degli operatori del sistema sanitario provinciale. 1 ottobre 2020 / 30 settembre 2023. Approvato con deliberazione della Giunta provinciale n. 2085 del 14/12/2020 ,Trento, 2021. Accessibile al sito www.trentinosalute.net. (Ultima consultazione 03/12/2023).

ELENCO FIGURE

Figura 1: Organigramma Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento.....	6
Figura 2: Mappa dei Distretti Sanitari del Trentino (Elaborazione GIS).....	7
Figura 3: Rilevazione del personale Assistente Sanitario effettuata ai sensi dell'art. 6 ter del D.Lgs n. 502/92 e successive modificazioni.....	12
Figura 4: Attività del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica suddivisa per sede territoriale.....	35
Figura 5: Numero di utenti suddivisi per competenza territoriale.....	40
Figura 6: Totale tempo di lavoro mensile suddiviso per equipe territoriale.....	41
Figura 7: Confronto tra residenti e tempo lavorativo del servizio.....	41
Figura 8: Età anagrafica del personale in servizio presso le sedi territoriali.....	42
Figura 9: Fabbisogno Servizi territoriali.....	47

ELENCO TABELLE

Tabella I: Area di intervento LEA "Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive".....	25
Tabella II: Area di intervento LEA "Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche".....	27
Tabella III: Attività U.O. di Igiene e Sanità Pubblica inerenti l'area di intervento "Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive".....	32
Tabella IV: Attività U.O. di Igiene e Sanità Pubblica inerenti l'area di intervento "Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche".....	33
Tabella V: Operatori Servizio Igiene e Sanità Pubblica APSS.....	38
Tabella VI: Fabbisogno del personale del comparto area prevenzione - Assistente Sanitario.....	46
Tabella VII: Analisi SWOT dell'organizzazione del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica.....	49

ALLEGATI

Allegato 1. Richiesta raccolta dati per preparazione tesi di laurea

Lo studente BAÙ MONICA

Codice fiscale: BAUMNC93L42C111M

mail e telefono: monica.bau.1@studenti.unipd.it - 347506534

iscritta al corso di LAUREA MAGISTRALE IN SCIENZE DELLE
PROFESSIONI SANITARIE DELLA PREVENZIONE

chiede di poter accedere ai dati in possesso dell'APSS di Trento per l'elaborazione di un progetto di tesi intitolato: "Proposta di un modello di analisi del fabbisogno della figura professionale "Assistente Sanitario" nell'U.O. di Igiene e Sanità Pubblica dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento".

Categoria di dati da trattare (ai sensi del GDPR 2016/679):

dati particolari di salute, anonimi. Fonte dei dati: U.O. IGIENE E SANITA'
PUBBLICA APSS TRENTO

Periodo di riferimento dei dati: GENNAIO – NOVEMBRE 2023

Modalità di pubblicazione dei risultati: dati anonimi

Tale attività sarà svolta sotto la guida di DOTT.SSA DORIANA DEL DOT

Il relatore di tesi è la PROF.SSA CHIARA BERTONCELLO

Il tutor universitario è la PROF.SSA MIRKA GRIGOLETTO

I dati di cui alla presente richiesta saranno utilizzati solo per le finalità di studio e ricerca sopra descritte, non saranno comunicati a terze parti, e saranno diffusi solo in forma anonima e/o aggregata come sopra dichiarato.

Il laureando si atterrà ai regolamenti ed alle istruzioni operative aziendali nel trattamento dei dati di cui sopra. Risponderà personalmente della violazione di dati personali che tratterà nello svolgimento delle attività di tirocinio e ricerca, a seguito di istruzioni operative ricevute in merito alla materia normativa vigente.

Il trattamento dei dati si effettuerà secondo le modalità esplicitate nella scheda per il progetto di tesi.

Data _____ Firma del
relatore _____

Data _____ Firma del
laureando _____

PARTE RISERVATA ALL'U.O. OSPITANTE

Il sottoscritto _____ Dirigente
di _____

esprime parere favorevole all'utilizzo dei dati per le finalità di ricerca sopra
riportate.

Data

Il Dirigente (timbro e firma)

Data

Il Direttore di Dipartimento (timbro e firma)

Allegato 2. Focus Group

Accoglienza:

Benvenuto e ringraziamenti.

Presentazione:

E' in corso uno studio sul fabbisogno di Assistenti Sanitari nei Servizi distrettuali di Igiene e Sanità Pubblica dell'APSS. Sono già in corso altre indagini simili svolte dall'Ordine FNO TSRM e PSTRP, ma dato che quasi l'80% degli AS ad oggi presenti in Trentino lavora presso tale servizio, si è deciso di svolgere un'indagine più mirata, al fine di consentire un incremento delle competenze del professionista e di creare un servizio sempre più efficiente ed efficace.

In quest'incontro, vorrei conoscere se le azioni intraprese fino ad oggi sono state efficaci, efficienti ed adeguate ai fini del miglioramento dell'organizzazione, della pianificazione della gestione del personale del comparto e a favore dello sviluppo delle competenze avanzate.

A dicembre vi renderò disponibile l'elaborato di tesi, come restituzione dei dati raccolti.

Indicazione su cos'è un Focus Group:

Il FG è una discussione di gruppo alla presenza di un moderatore. Io vi porrò delle domande sulle quali desidero conoscere il vostro parere. Mi piacerebbe inoltre che le risposte ai miei quesiti nascessero da un dibattito tra di voi. Io interverrò solo in caso di chiarimenti, approfondimenti o stimoli.

Indicazioni sul funzionamento della discussione:

La discussione verrà registrata perché è difficile contare sulla memoria e perché sono interessanti i pareri di tutti. Verrà garantito l'anonimato dei partecipanti e il tutto durerà circa due ore.

Le regole da seguire durante il dibattito sono:

1. Tutti devono parlare ad alta voce;
2. Bisogna ascoltare e rispettare le opinioni degli altri;
3. Non bisogna avere timore;
4. Non esiste un ordine di intervento;

5. E' lecito cambiare idea.

Presentazioni componenti del FG:

A questo punto possiamo presentarci: io sono Monica Baù, Assistente Sanitaria presso il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica dell'Alta Valsugana, nonché laureanda magistrale presso il corso di Scienze delle Professioni Sanitarie della Prevenzione dell'UNIPD. Voi siete...

Domande

Opening questions:

L'assetto dell'Unità Operativa di Igiene e Sanità Pubblica della PAT è definito dalle modifiche all'art. 30 e 31 (Delibera n.373 del 06/07/2020) del Regolamento di Organizzazione (Delibera n.256 del 22/06/2017), secondo le quali le attività di Igiene e Sanità Pubblica territoriale sono svolte e assicurate dal Dipartimento di Prevenzione. Da allora, si sono resi necessari dei cambiamenti, partendo dall'adozione di strumenti organizzativi trasversali su tutto il territorio.

1. Cosa ne pensate di questi strumenti organizzativi? E quali sono secondo voi le ricadute sugli operatori?

Introductory questions:

1. Le attività che garantisce ad oggi il servizio sono in linea con quanto dettato dai LEA? Il Servizio potrebbe offrire altre attività?
2. Le attività presenti, vengono garantite in modo equo su tutto il territorio?

Key questions:

1. Quali sono gli obiettivi a breve, medio e lungo termine che vi piacerebbe venissero perseguiti nell'ambito dell'U.O. di Igiene e Sanità Pubblica?
2. Come pensate si possa contribuire alla realizzazione di tali obiettivi?
3. Che idea avete della dotazione organica del vostro servizio?
4. Inoltre, come valutereste la formazione del vostro personale?

Ending questions:

- L'operatore identifica le posizioni del gruppo e definisce le aree problematiche;
- L'operatore riassume ciò che è stato riportato;
- L'operatore chiede al gruppo se vi sono altri punti da trattare e l'eventuale necessità di un secondo FG.

Allegato 3. Discussione *Focus Group*

Cosa ne pensate di questi strumenti organizzativi? E quali sono secondo voi le ricadute sugli operatori?

A. Sono l'ultimo coordinatore entrato nel gruppo, perciò ho poca esperienza e sto imparando piano piano l'utilizzo degli strumenti, basandomi sull'esperienza delle coordinatrici, le quali mi stanno facendo da tutor. Lo strumento del gruppo *whatsapp* aiuta a supportarci a vicenda ed è la base di un'uniformità di trattamento del servizio e organizzazione. Sicuramente il gruppo *whatsapp* avvicina e aiuta nello scambiarsi le informazioni dell'ultimo minuto senza dover aspettare la riunione della settimana successiva o la mail che è più dispersiva del contatto diretto. Io sono molto tecnologica e cerco di sfruttare questi strumenti anche a favore delle mie *equipe*.. che percepiscono questi strumenti sia in modo positivo che negativo.. perché all'inizio sono poco accettate ma poi si vedono i lati positivi di un'organizzazione più *smart*.

D. Sicuramente tutti gli strumenti sono frutto di un ragionamento congiunto che tutte noi avevamo già sperimentato in *equipe* ancor prima di fare gruppo in maniera così consolidata come stiamo facendo da qualche anno. Quindi credo che averli già sperimentati e averli poi messi a disposizione del gruppo ci abbia permesso di arrivare a quella condivisione che diceva la collega che è alla base del nostro lavoro. Il confronto continuo di sicuro è determinante, perché una criticità che dobbiamo affrontare è la vastità del territorio. Non siamo come un caposala del reparto che può presidiare tutti i processi perché ha tutto lì a disposizione e anche tutte le dinamiche dell'*equipe*. Quindi, il confronto tra noi 4 per allinearci e riportare i nostri ragionamenti sull'*equipe* in modo anche geograficamente distante, ci permette di presidiare al meglio quelli che sono i processi e le attività che ci vengono indicate dal dipartimento e che noi dobbiamo coniugare a livello locale, perciò non è automatico quello che teoricamente si può pensare a livello centrale che sia subito spendibile a livello locale e territoriale, anche perché le dinamiche sono particolari, c'è sia il gruppo (*comparto*) ma ci sono anche i medici. Siamo un'*equipe* strutturata anche con la dirigenza medica perciò tutto deve essere filtrato attraverso loro e ci crediamo. Uno strumento sostanziale è

riconoscere anche le altre figure, nonostante dal punto di vista gerarchico la riorganizzazione ci abbia separato e questa è una criticità che negli anni abbiamo dovuto ricredere. Prima avevamo un direttore primario ed ora le gerarchie sono separate e noi coordinatori ci troviamo ad essere un anello di congiungimento. Perciò possiamo tranquillamente dire che se le gerarchie a livello apicale funzionano, a cascata funzioniamo anche noi, mentre se a livello apicale le due funzioni non trovano una quadra, gli obiettivi da raggiungere ne risentono.

C. A me è venuto in mente che la formazione del nostro gruppo è giovane, nonostante siano diversi anni che ci conosciamo siamo più affiatate, anche grazie a tutto quello che è successo in questi anni ma anche per necessità nostra di confrontarci e di trovare degli strumenti che ci unificassero e potessero essere leggibili da entrambi le parti. Mi viene in mente la programmazione mensile: abbiamo condiviso la leggenda e la modalità di programmazione per tutta l'azienda, quindi è un gruppo vecchio ma anche nuovo, in crescita che utilizza gli strumenti proprio per la crescita del gruppo. Condivido il pensiero delle colleghe, è utile per un confronto e per fare andare meglio le cose

B. io non posso che dire che acconsento a ciò che hanno detto e rimarco che questi nostri gruppi e queste nostre comunicazioni (intendo le mail come strumento principale ufficiale – di comunicazione-, i gruppi whatsapp come immediatezza) dopo la riforma dei due articoli – *art. 30 e 31 del Regolamento di Organizzazione del 2017-* , a noi sono servite tanto per chiarirci le idee. Molto spesso una capiva una cosa, una ne capiva un'altra e noi mettevamo assieme cosa capivamo. Quel poco che ci arrivava e per vie traverse, noi 4 mettevamo assieme le idee e riuscivamo a far quadrare le cose.

M. *Quindi mi stai dicendo che uno strumento meno formale come il gruppo whatsapp vi ha aiutato banalmente a tradurre nel pratico le indicazioni del dipartimento?*

B. Sì, ma anche per comunicare con le mie colleghe – *operatori dell'equipe* - senza fare la telefonata la domenica per fare il cambio del turno. Oppure una comunicazione di servizio di spostare la macchina. Per l'immediatezza *whatsapp*

è più veloce. Chiaramente in certi casi rimando all'ufficialità del "guardate la mail/ leggete la mail" se ho urgenza, è comodo anche per il mio comparto.

M. Abbiamo parlato fino ad ora molto del gruppo whatsapp, ma degli incontri bisettimanali e della programmazione mensile meno. Questi due nello specifico li ritenete strumenti efficaci? Qualcuno mi ha già risposto, le altre cosa ne pensano?

A. Assolutamente sì, soprattutto sul fronte turno è stato uno strumento che abbiamo generato assieme, perché abbiamo cercato di venirci incontro sulle esigenze anche richieste dalla P.O. di arrivare ad un turno più infermieristico che alcune di noi non avevano. Io parlo per i miei due ambiti che avevano una cosa molto simile. Il siglario era diverso, ma da una richiesta abbiamo cercato di venirci incontro e di riuscire a costruire uno strumento abbastanza uguale per tutti. Poi ci sono delle variabilità che sono insuperabili, nel senso che penso ad ambiti più grandi dove ci sono operatori che lavorano in sedi diverse ed è un po' diverso dal nostro per forza di cose. Quindi ognuno ha le sue peculiarità che vanno a riassumersi in uno strumento che è in linea di massima, generale per tutte, ha lo scopo generale per tutte. Per quanto riguarda le riunioni, mi sono servite tantissimo perché sono state una guida per imparare a fare il coordinatore perché mi porto a casa qualcosina su cui magari da sola non sarei riuscita a lavorare. Perciò la loro esperienza è essenziale.

M. Anche la frequenza ogni due settimane ritenete che sia buona?

A. Ci sono momenti in cui è buona ogni due settimane e momenti in cui anche se ci svincolassimo non sarebbe male perché è impegnativo e significa mancare 2/3 volte al mese dai nostri servizi e a volte è impegnativo. Poi invece ci sono momenti in cui avessimo anche un incontro a settimana ne avremo da discutere tantissimo. Anche il fatto che sia flessibile questa variabilità (d'estate ne facciamo un po' meno, nel periodo in cui serve ne facciamo un po' di più) è un lato positivo di questa organizzazione. Poi è successo che ci siamo confrontati e ci siamo dette "no, più di così non ce la facciamo".. poi lascio parlare chi partecipa da più tempo di me.

D. Si mi premerebbe aggiungere una cosa fondamentale che credo che altri possano confermare. E' chiaro che noi abbiamo tradotto nel pratico la richiesta della P.O. di trovare degli strumenti organizzativi trasversali, perché avevamo già una storia di strumenti organizzativi nostra, quindi in qualche modo avevamo una programmazione, da sempre, quindi l'impostazione metodologica ce l'avevamo già..il mandato era di trovare uno strumento trasversale. Abbiamo quindi messo a confronto le nostra 4 programmazioni: prendiamo il meglio di tutte e cerchiamo di fare una cosa comune, anche grazie alla nostra collega che è una risorsa tecnologica e questo va riconosciuto e quindi in qualche modo ha tradotto ciò che già facevamo in uno strumento spendibile su tutta la provincia. Idem le riunioni d'*equipe*, come coordinatori da sempre abbiamo fatto le riunioni d'*equipe*, perciò tradurle a livello di coordinamento è stato molto immediato e semplice e abbiamo riconosciuto il valore aggiunto. Con la P.O. questo è stato metodico con cadenza più o meno ravvicinata a seconda del periodo storico. Perciò ci portiamo già dietro una storia rispetto a questi strumenti, ecco perché ci è venuto semplice andare dietro a questo tipo di richiesta.

C. Mi aggancio: strumenti si semplici per noi e anche di facile lettura per noi, ma più difficile per le colleghe del comparto sulla modalità di lettura. E' stato difficile far passare un messaggio di lettura della programmazione. Per quanto mi riguarda l'impegno maggiore, a parte il mese a cavallo tra programmazione vecchia e nuova, è stato spiegare alle colleghe la lettura e fare capire loro che è un metodo valido tanto quanto l'altro e forse anche che esplicita maggiormente le varie attività. Quindi per noi è stato semplice confrontarci, un po' più difficile invece il passaggio con le colleghe. Si insomma, ci è voluto più tempo. Adesso a distanza di qualche mese, posso dire che ci troviamo bene e anche le colleghe ne stanno traendo beneficio.

M. *Quindi, riassumo, mi sembra che stiate vedendo dei risultati da questi strumenti e che li stiate trovando efficaci..*

C. Si

M. *Secondo voi, gli operatori stessi ne traggono beneficio?*

C. La nostra programmazione per quanto fosse mensile, era visualizzabile settimanalmente e qui ci vuole la consapevolezza della flessibilità della programmazione: ossia, quello che scrivo oggi molto spesso viene cambiato 5 volte, quindi è una programmazione dinamica e questo messaggio è arrivato.

A. Nel mio caso, i miei gruppi partivano da una programmazione molto infermieristica “a turno”. Ovvio, c’è stato il passaggio ad una cosa più formalizzata e c’è un po’ meno variabilità rispetto ad altri ambiti. Però rimane, a fine mese il turno è sempre “rosso” di modifiche. Però non ho visto particolari fatiche nell’accettarlo. Forse più sul lato tecnologico. Prima era su un foglio excel classico, quindi modificabile da tutti. Ad oggi invece, che mi muovo più spesso, ho avuto la necessità di sfruttare lo strumento di *Google Drive* che mi pare sia condiviso da tutte le altre coordinatrici e questo ha dato una svolta tecnologica, nel senso che se faccio una modifica al turno, la vedono sia da una parte che dall’altra e comunque è più *smart*. La fatica quindi per me è stata più questa.

B. Da me il turno lo hanno accettato, non sono particolarmente entusiaste, lo hanno accettato. Chiaramente il turno cambia in itinere, tra malattie, sostituzioni, sedute aggiuntive e altro, però hanno accettato il turno.

D. Nelle mie *equipe* il turno è stato molto ben accettato perché l’impostazione era simile. Graficamente diversa, ma simile. Chiaramente un turno mensile, attività ben descritta, con casellina ben descritta. Tutto era già nelle corde della mia *equipe* perciò è stato accettato, spiegato nelle riunioni di *equipe*, condivisa la leggenda e non c’è nessun tipo di problema che mi viene evidenziato. Lo strumento del *Google Drive* è sicuramente efficace (io lavoro su una programmazione il mese precedente e poi la condivido dal 25 del mese prima in poi con l’*equipe*, in modalità visualizzazione, in modo che loro trasversalmente vedano tutto, su tutto l’ambito. Tutti vedono tutti. E’ quindi uno strumento di trasparenza che mettiamo a disposizione dell’operatore. In tutti e 4 gli ambiti le logiche sono le stesse. E’ tutto visibile e credo sia un valore aggiunto. Convegno con loro che il turno cambia sempre in itinere, quindi in qualche modo sta nella logica della programmazione perché siamo molto più soggetti a cambiamenti in corso, perché il turno del caposala in un reparto è suddiviso per mattina/pomeriggio/notte e festività . Noi invece lavoriamo sul mattina e

pomeriggio e dobbiamo inserire l'attività dell'operatore che può, al di là dell'emergenza dell'operatore, dover riprogrammare tutto.

M. *Avete qualcos'altro da aggiungere?*

A. Direi non di meno in questi mesi di campagna antinfluenzale, in cui ci troviamo a dover aprire delle sedute dovute più per la richiesta dell'utenza, piuttosto che da noi. Soprattutto in un periodo storico di post pandemia che è peggio della pandemia. In pandemia dai il 100%, qui devi tarare quello che stai dando perché non ti aspetti venga richiesto il 100% e poi invece...

B. No è diverso..in pandemia ti aiutavano, qua invece siamo da soli..

A. E' vero, e ad avere una richiesta elevata

B. Sì, ad avere una richiesta identica o simile alla pandemia.. tutti vogliono tutto subito!

A. Sì, è vero, si aspettano tutto subito dai servizi che non hanno più le risorse per risolvere questa richiesta, sia come vaccino che arriva che come personale a disposizione

C. Difatti...

A. Infatti, ho toccato un punto..

B. Io volevo tornare un attimo sulle nostre riunioni di coordinamento..Anche per me, ci sarebbero dei periodi in cui ci servirebbero anche degli incontri veloci per chiarire dei punti.. e lo abbiamo fatto! Magari prima della campagna antinfluenzale.. e così abbiamo risolto dei punti..altre volte invece facciamo degli incontri che sono infiniti e non portiamo a casa nulla..scusate, devo dirlo.. a volte due volte al mese diventano troppe e ripetitive. Ogni tanto basterebbe anche una volta al mese perché non abbiamo le stesse necessità tutto l'anno.

A. E soprattutto non abbiamo la necessità di decidere sempre..magari ci sono dei momenti come questo in cui abbiamo bisogno di prendere una decisione alla svelta e la videoconferenza risulta più utile di una riunione di due ore e momenti in cui non c'è una necessità di decidere qualcosa, ma passiamo le ore a discutere

di cose che non devono arrivare ad una decisione perciò ogni coordinatore mantiene la sua linea. Ognuno di noi ha delle esigenze diverse che cambiano da *equipe* a valle e quindi ognuno di noi deve mantenere la propria linea..soprattutto per quanto riguarda le persone dell'*equipe*

D. E non dimentichiamoci dell'*equipe* medica. Perché noi possiamo prendere delle decisioni tra riunioni di coordinamento ma poi dobbiamo interfacciarci con i medici responsabili di ambito, i quali a sua volta dovrebbero interfacciarsi con loro referenti, quindi a volte è difficile trovare una quadra per noi coordinatori. E convengo con le colleghe che le riunioni debbano essere modulate rispetto all'esigenza del momento, a farle in maniera più *smart* per risolvere aspetti più contingenti e magari fare delle riunioni più lunghe in momenti meno impegnativi per noi. L'elasticità fa quindi la differenza.

M. *Le attività che garantisce ad oggi il servizio sono in linea con quanto dettato dai LEA? Il Servizio potrebbe offrire altre attività?*

A. Siamo in linea, cerchiamo di darci un obiettivo che deve essere in linea con i LEA, quindi il garantire un servizio non penso manchi da nessuna parte. Che si possa fare meglio sicuramente sì, nel senso che avessimo il personale adatto ad ogni ambito riusciremo a garantire degli standard più elevati sia di sicurezza che di offerta al pubblico di quello che l'utenza richiede. Io che in questo momento mi trovo in uno dei due ambiti in carenza di personale come anche altre situazioni, dico ok, io sto garantendo in questi due mesi il minimo che devo garantire ma non è abbastanza per dare un servizio di qualità al 100%. Si potrebbe fare sicuramente meglio. Ovvio manca la base, ci manca il personale che può garantire e non possiamo neanche puntare a sovraccaricare troppo gli operatori perché non è corretto, non è sostenibile a lungo termine.. per rischio errore, malattia e problema di sicurezza..

M. *Parlavi di personale adatto, intendevi solo a livello numerico oppure..*

A. Sì, a livello numerico certamente. Poi io ho due *equipe* molto miste tra AS e infermieri, ci siamo sempre detti che un'infermiere dopo 20 anni che lavora all'Igiene è ok.. non dico sia equiparabile ma quasi ad un AS a livello di competenze acquisite, ma la logica differente c'è e ci sarà sempre. Sono situazioni

che si vanno a risolvere nell'arco degli anni. Su un'equipe storica come quella X io ho 4-5 infermieri e 2 AS e la logica di sanità pubblica diversa si vede.

C. Si le attività garantiscono i LEA. Per quanto riguarda Y e Z c'è molto cambio generazionale, molti operatori rimangono 1 o 2 anni e poi se ne vanno. L'investimento nella loro formazione sta quindi nel farli diventare operatori esperti per garantire un certo tipo di qualità nell'attività. D'altronde un neolaureato vuole un certo tipo di inserimento e di affiancamento. Si può fare sicuramente di meglio e qui mi aggancio all'educazione alla salute perché il nostro servizio non sono solo ambulatori vaccinali, ma come igiene e sanità pubblica dovremo essere molto più presenti sul territorio e quindi auspico ci sia un investimento nell'educazione alla salute.

M. *Quindi nello specifico mi stai dicendo che c'è molto cambio generazionale, ma forse manca anche la formazione e l'investimento che gli operatori vogliono dare nella formazione in questo ambito?*

C. No, la voglia dell'operatore non manca, ma oggettivamente il calendario vaccinale è esploso. Sono aumentate le vaccinazioni sia del calendario pediatrico che dell'adulto (fino a qualche anno fa era dedicato al periodo autunnale). Ci sono anche altre attività in cui siamo coinvolti, ma la nostra figura professionale è dedicata anche ad altro oltre alle vaccinazioni ed essendo un professionista a tutto tondo bisogna dedicare più tempo anche ad altre attività e sicuramente con gli operatori attuali bisogna pensare bene dove e quando dedicare questo tempo.

D. Io credo che la pandemia e la post pandemia ci abbiano indotto a fare una riflessione ancor più specifica in questo senso, perché se da un lato la pandemia ci ha fatto capire che eravamo i professionisti in prima linea nell'ambito vaccinale, durante la pandemia e nel post ci siamo detti che non possiamo fare solo vaccinazioni perché sarebbe la morte professionale dell'AS. Quindi da un lato c'è forte il bisogno di riappropriarci di quelle che sono le nostre competenze al di là di quelle vaccinali, pur riconoscendo che il calendario vaccinale è esploso, noi ci troviamo a vaccinare in una maniera diversa rispetto al passato, sia in termini di quantità che di qualità. Noi ci siamo in modo diverso con l'utenza: con i genitori, con le mamme, in termini di *counseling*, trasversalmente nei corsi di

accompagnamento alla nascita per il nostro argomento quindi ampliamo il nostro approccio al processo vaccinale, però dall'altro ci rendiamo conto che non siamo solo vaccinatori, ma siamo altro che ci completa la figura professionale. Quindi, viviamo un po' questa dicotomia: da un lato vorremo fare ma dall'altro siamo limitati perché dal punto di vista dell'organico non siamo sufficienti in molti ambiti, abbiamo un *turnover*, non tanto cambio generazionale perché siamo sempre pronti ad accogliere i nuovi perché portano novità e stimolano il professionista esperto a rinnovarsi, ma proprio l'elevato *turnover* perché in molti ambiti l'*equipe* cambia in maniera veloce e quindi devi ripartire a rinfiancare il neoassunto, riaddestrarlo. Le *equipe* più stabili si possono permettere invece dei ragionamenti diversi e quindi possono dare qualcosa in più in quel momento storico..però io ci tengo a sottolineare che noi AS rincorriamo tutti i LEA, ma c'è molto margine di miglioramento per riappropriarci di quelle attività che purtroppo in qualche modo sei costretto a relegare. Se hai quei pochi operatori e hai quelle cose da portare avanti..prima ci sono le vaccinazioni e poi c'è tutto il resto e questo pesa anche a noi perché quel tutto il resto è il nostro essere AS e vogliamo che diventi parte integrante del primo LEA e ci porti a soddisfare i bisogni dei nostri cittadini.

B. Io non posso che dire che hanno detto tutto..la mia realtà è stata già descritta..siamo costrette a rincorrere i LEA vaccinali e lasciare indietro altre cose e per noi diventa pesante..vaccinare sempre diventa logorante. Mi dicevano “fare PASSI tutto il giorno è logorante” – ma ho risposto “ma non è peggio vaccinare mattina e sera?” anzi hai delle responsabilità anche più elevate..io ho operatori che vaccinano mattina e sera..penso come tutti. Ed è logorante, per loro e per noi come coordinatori perché non riusciamo a fare altro. Vuoi per *turnover*, mancanza di personale, richiesta di LEA..e i LEA principali sono le vaccinazioni e non riusciamo a dare il resto. Qua chiudo sennò entro in polemica.

M. *Tutte le attività che vengono offerte dal servizio sono trasversali?*

A. B. C. D. Sì.

A. Più tra servizi che tra ambiti. Ad esempio nei miei ambiti ho un servizio che lo fa ed uno no..il PASSI e il k colon, per capirci. Ma grosso modo arriviamo ad avere quasi tutti le stesse attività insomma.

D. Sì nella fattispecie di queste due sorveglianze è vero che comunque il tuo ambito risulta coperto..il k colon è su tutto il trentino e quindi riusciamo a coprirlo e lo stesso vale per il PASSI. Insomma tutto sta nella gestione del personale più che nello rispondere ad un LEA. Io direi che siamo ben allineate su quello..

B. Sì anch'io pensavo la stessa identica cosa. Io ho lo screening del colon retto da gennaio e dovrò riprendere PASSI ma non è che...dovrò riprendere, punto.

A. Sì la diversità sta più tra servizi che ambiti. Proprio per il confronto che c'è tra di noi, è difficile che un ambito affronti una nuova attività da solo..ma se è importante che quell'ambito lo affronti, dev'essere importante anche per gli altri allo stesso modo..proprio perché c'è il confronto tra noi e ci diciamo "ok questa è un'attività a cui dobbiamo dare peso" se invece è un'attività che non ha quel peso lì magari è il caso di metterla da parte tutti e 4. Non ha senso che una cosa sia importante per me ed altri no perché altrimenti diamo un peso diverso, diamo un'offerta diversa alla popolazione che non è corretto.

M. *Quali sono gli obiettivi a breve, medio e lungo termine che vi piacerebbe venissero perseguiti nell'ambito dell'U.O. di Igiene e Sanità Pubblica?*

A.. Io passo parola questa volta

M. *Potete spaziare eh..*

D. Mi viene a freddo, veloce veloce: di sicuro di stabilizzare l'*equipe*, in modo da chiarirci bene qual'è il bisogno della popolazione in termini di sanità pubblica e quali e quanti operatori possono rispondere ai bisogni della popolazione per arrivare a dare una risposta di sanità pubblica completa... e quando parlo di stabilizzare parlo di numeri ma anche di rinnovamento della competenza, che è un po'.. e qui mi ricollego alla domanda precedente... i professionisti possono essere più affaticati, disillusi, frustrati perché magari non accedono più a percorsi di formazione strutturati..noi rincorriamo questi crediti perché bisogna farli, ma spesso sono in FAD, spesso in situazioni a margine della nostra attività.. e

abbiamo dimenticato nel tempo che se ci si aggiorna, ci si rinnova, altrimenti rimaniamo sempre lì. Quindi “stabilizzando” intendo anche dando l’opportunità di formazione ai nostri operatori, di qualità . Quindi mi vengono a mente queste due suggestioni e lascio la parola.

B. Ripetimi la domanda..

M. *Quali sono gli obiettivi a breve, medio e lungo termine che vi piacerebbe venissero perseguiti nell’ambito dell’U.O. di Igiene e Sanità Pubblica?*

B. Mi attacco alla collega, la stabilità dell’equipe a livello numerico ed adeguata al territorio..il numero adeguato al territorio e alle esigenze del territorio..che possa variare e non sia stabile, ecco..nel senso che se nel territorio ci sono delle esigenze nuove, si possa rimpolpare..che non sia fissa, che può essere un pro e un contro, anche se la vedo più nel pro..poi...non mi viene in mente altro..

C. E’ una domanda difficile...

B. Non mi viene in mente altro..ah si che magari ci fosse più un..no, niente, non c’entra niente

A. Io lancerei più una cosa che è fuori dalla nostra volontà di coordinatori ma che viene dall’esterno ma penso che sia alla base del nostro lavoro quotidiano che è la comunicazione su tutti i livelli, cioè, chiarire i processi, chiarire le decisioni che vengono prese sopra di noi.

B. Eh, stavo dicendo la stessa cosa..se ci chiarissero le volontà..però poi mi sono zittita..

A. Eh, no nel senso che più proprio delle condivisioni delle volontà sopra di noi. Se io so dove il mio direttore..non è un riferimento ad una persona specifica in questo momento, ma proprio mi riferisco a “chi sta sopra di noi”.. mi dice cosa vuole da me, inteso come coordinatore, io so che il mio lavoro lo posso fare e devo arrivare lì. In questo momento manca un po' all’interno dell’Azienda, non solo del dipartimento, perché lo vedo anche in altri servizi con cui ci capita di interfacciarci, manca un pochino il capire dove stiamo andando..cioè noi andiamo e andiamo, cerchiamo di fare il meglio con le poche risorse che abbiamo, sia

umane che fisiche.. intendo spazi, materiali e risorse all'interno del servizio.. cerchiamo di fare il nostro meglio, ma a volte ci manca il perché lo stiamo facendo. Cioè io a volte, sento che mi mancano delle dinamiche che ancora non comprendo, però a volte dico: ok, io pensavo volessi andare di lì, stiamo andando di lì, ma a quanto pare vuoi andare da un'altra parte. Quindi se fossero chiarite ci aiuterebbero ad andare nella stessa direzione.

M. Quindi tu parli, correggimi se sbaglio, di mancata trasparenza più che mancata presenza?

A. Comunicazione di intenti, di volontà, motivazioni per cui si sceglie di andare in una direzione e di spiegazione proprio a chi poi deve dare una risposta alla popolazione. Cioè io devo rispondere, io sono davanti, io SISP sono davanti alla richiesta della popolazione che arriva nel mio servizio. Però a volte non tutto quello che io erogo dipende esclusivamente da noi, nulla dipende esclusivamente da noi, ma dipende da logiche che sono al di fuori della nostra capacità di organizzazione, coordinamento e condivisione tra noi. Quindi a volte la comunicazione, il fatto che arrivi “guardate che il prossimo mese dobbiamo fare questa cosa qua” e non alla fine del mese “ah no dovevate fare questa cosa qua”..cioè come esempio banale..

M. Chiarissimo..

A. Ecco non so se condividono le colleghe, sennò siete libere di smentire..

B. Sì si era un po' quello che volevo dire io, dobbiamo avere una direzione ben chiara e in questo momento ogni tanto non ce l'abbiamo..ma non ce l'abbiamo noi come non ce l'hanno gli altri servizi. E' un po' una cosa nostra a livello aziendale che manca

D. Condivido, è la stata la premessa di questo incontro, ovvero è necessario che i vertici si comprendano, capiscano la traiettoria e poi tutti remino in quella direzione..ma se il capitano non dice qual'è la rotta e non la condivide, non la fa comprendere, allora diventa più difficoltoso. Anch'io non mi riferisco a delle persone in particolare ma proprio all'approccio aziendale che in questo momento forse dev'essere un po' rivisto.

M. *Pensate che manchi una sinergia tra comparto e dirigenza medica?*

A. D. No, a livello di servizio no!

D. Anzi, a livello di servizio è quella che ci salva, nel senso che è proprio la nostra compattezza storica di servizio che ci ha permesso di far fronte alle richieste del vertice in maniera strutturata, perché noi e i medici siamo...

B. ..siamo compatti, andiamo avanti dritti, stiamo andando avanti grazie al nostro sinergismo, alla nostra sinergia, altrimenti saremo già...

C. ..Crollati!

B. ..Sì, morti!

M. *Avevo da chiedervi la dotazione del personale, ma mi sembra sia già emersa..concludo, come valutereste ad oggi la formazione del vostro personale?*

D. Già detto prima, se ci fossero delle proposte a cui aderire in maniera più strutturata sicuramente sarebbe una linfa, io questo l'ho già detto e lo riconosco. I nostri operatori hanno dato tanto durante la pandemia e quindi adesso forse li abbiamo svuotati ed è necessario ri-riempirli, se mi concedete il termine.. di novità, di voglia di rimettersi in gioco e questo non più non passare attraverso la formazione e l'acquisizione di nuove competenze in base agli interessi dei nostri colleghi e credo questo sia un elemento da presidiare nel prossimo futuro in modo da dare linfa a noi e a loro, perché anche noi coordinatori..ci siamo formati con i nostri master di coordinamento, ma effettivamente aggiornamenti strutturati e specifici per noi non ce ne sono. Abbiamo anche chiesto di poter partecipare come osservatori alle lezioni del master di coordinamento ma pare che questa cosa non sia possibile..io personalmente quando ho fatto il master ho visto i caposala venire alle lezioni ed era veramente una cosa molto utile..loro venivano agli argomenti che intendevano approfondire e si portavano via tanta competenza, quindi non sarebbe male capire se noi possiamo infiltrarci in quel meccanismo di rinnovo di competenza anche per noi, ma in questo momento lo vedo tanto anche tra gli operatori..quindi sì, lavorare su questo.

B. Approvo tutto quello che ha detto. Personalmente anch'io ne ho bisogno come coordinatore, cioè tutte ne abbiamo bisogno, ma anche i miei operatori..oltre che la formazione anche attività nuove che poi la formazione gli potrebbe portare nei servizi..proprio quelle novità, quei comportamenti che dopo portano linfa nelle loro attività quotidiane e potrebbero riprendere un attimino di entusiasmo che in questo momento è un po' "scarsetto"..

M. *Parli anche di novità nelle attività più ordinarie come le vaccinazioni..novità come nuovi approcci..?*

B.. Ma anche semplicemente corsi di aggiornamento sulle vaccinazioni. Secondo me..poi riconosco che sono banali e sono i soliti, però neanche quelli facciamo fare a loro..non so

C. Una volta li facevamo, un paio di volte all'anno

B. Si anche l'incontrarsi tutti insieme, vedersi in presenza..

A. E quando c'è si vede. Ci sono tutti i nostri, tutta la nostra *equipe*

B. Anche quegli incontri in primavera e autunno che faceva l'azienda sanitaria..ti davano delle informazioni che magari portavi via e applicavi.. magari erano scontate o che..però anche l'incontrarsi e il vedersi, scambiarsi due cose, due opinioni, oppure i gruppi di lavoro che siamo riusciti a riprendere quest'anno - *SI AVR e sulle procedure*- danno linfa..è che sono pochi..sono pochi gli eletti e sono impegnativi anche per chi partecipa. In certi periodi non riusciamo a garantirli. Però il fare gruppo tra di loro secondo me aiuta tanto. Banalmente il corso di aggiornamento sulle vaccinazioni, parlo di quello o non mi viene in mente altro...non so se vi viene in mente altro ragazze..

C. Partire da li, bisogna partire da li e dopo ce ne sono tanti altri di argomenti. Però è da un po' d'anni, dal covid che ci siamo rallentati..

B. Ma anche prima del covid era così, comunque dobbiamo riprendere..

A. Si, sia sulla formazione che sull'aggiornamento dobbiamo riprendere, perché è quello in sostanza che manca. Però quando ci sono queste occasioni qua, anche

extra azienda, cioè penso al corso della FIMP¹⁵ che di solito una volta all'anno c'è e ci sarà a febbraio 2024, in anteprima, però sono quelle occasioni in cui il comparto, non parlo della dirigenza medica perché li vedo che non c'è tutta questa partecipazione, ma da parte nostra c'è il 90%, e chiede di partecipare..anche se è di sabato, e per finalità di servizio sicuramente ci evita di dover dire dei no alla partecipazione perché ci evita di dover chiudere per un corso di aggiornamento, la partecipazione c'è da parte di tutta l'*equipe*, sempre.

M. *Ok e per quanto riguarda la formazione dei neo assunti, cosa ne pensate? I neo assunti sono preparati, hanno quel minimo di conoscenza necessaria?*

A. Dipende da dove arrivano

D. vai tu B (*risata*)

B. Posso astenermi?!

A. Secondo me dipende da dove arrivano come università..

B. Io ho fatto l'*ampléin*..no no, secondo me dipende anche da altro..bisogna fare selezione, avere materia prima, tanti numeri ai concorsi che non abbiamo

A. Attrattività dell'azienda sanitaria!

B. Ma no, non abbiamo numeri..

A. Appunto, perché manca l'attrattività dell'azienda sanitaria, cioè se fino a qualche anno fa il trentino era visto come un luogo molto attrattivo, su cui lavorare, ad oggi non c'è più. Cioè, se pensiamo ai concorsi, anche prima del mio..e io da locale valgo poco su questa cosa nel senso che sono comunque a casa mia, ma penso ai tuoi concorsi C.

C. Una volta c'erano meno concorsi, quindi c'era più gente disoccupata, adesso invece ce ne sono tanti quindi giustamente ognuno lo fa nella propria provincia e riesce a rientrare facilmente, quindi quello che vediamo è proprio questo..tantissimi rimangono qui 6 mesi e poi fanno il primo concorso o mobilità vicino casa e stanno qui dai 6 mesi massimo 2 anni e poi se ne vanno.

15 Federazione Italiana Medici Pediatri

B. La stabilità di essere qui, del trentino, o della zona è importantissimo. Ci vuole..per noi la linfa vitale è l'università qui, perché ci formerà quelli che staranno stabilmente qui e ci eliminerà quel *turnover* che nominavamo all'inizio che ci sta un po' distruggendo e poi l'altro problema è che negli ultimi concorsi abbiamo potuto fare poca selezione. I numeri erano bassi, perché ci sono stati tanti concorsi, la nostra figura durante il covid è esplosa, tutti la volevano e tutti hanno fatto concorsi. Prima come diceva A. il trentino era l'*élite*, era l'unico che faceva concorsi, perché come provincia autonoma poteva fare tutti i concorsi che voleva

C. Brava...

B. Avevamo una dirigenza che faceva tanti concorsi..ne faceva 1 o 2 - *all'anno*-rispetto al nulla di tutta Italia

M. *La nostra azienda più di tante altre forse ha riconosciuto anche la nostra figura professionale..*

B. Certo! Comunque c'è da dire che siamo stati anche fortunati, certi elementi sono molto validi, però poi hanno il *turnover* e se ne tornano a casa. Pochi si sono stabilizzati qui da noi, pochi. C. ha un'esperienza elevatissima in questo senso. Penso che in 3-4 anni ne avrà visti 35? 40?

C. Non so, una volta li avevo contati..

B. Ecco, una cosa esageratissima..e poi la qualità, è veramente...il percorso universitario conta, ma fino ad un certo punto. Poi vale anche la persona. Perché se tu hai fatto un percorso che era non valido, ma comunque la persona ha voglia di mettersi in gioco, ha potenzialità, si mette a studiare, ha competenze, acquisisce competenze..diventano valide. Io le ho viste, persone che non sapevano prendere in mano la siringa, che non sapevano cosa fosse la vaccinazione..io le ho viste e adesso sono valide. Ci sono quelle che..non hanno..

A. Condivido tutto, aggiungerei anche che è cambiata un pochino la vita fuori dall'azienda.. nel senso che io vedo persone della mia età, fino a 10 anni fa magari il trasferimento in Trentino era attrattivo anche fuori dalla vita lavorativa..comunque ti dava delle possibilità di vita che era nettamente migliore rispetto ad altri posti in Italia. Adesso non c'è più questa differenza, il costo della

vita è salito anche qua quindi io capisco anche le persone che puntano a tornare a casa anche da un punto di vista più in generale..quindi anche questo è cambiato negli anni. Quindi, a questo punto, perché uno deve farsi un mutuo in trentino quando non è..di stipendio non prendi di più, di qualità della vita non è niente di più rispetto ad altri posti in Italia, uno non punta a tornare a casa anche solo..cioè, vi faccio l'esempio dell'ultima che se n'è andata via da Arco. Lei se n'è andata a Torino, non è tornata a casa sua perché non ne ha avuto la possibilità fino ad ora. Però ha scelto Torino perché Torino ha un aeroporto che ad ogni ora se vuole può prendere l'aereo e va a casa nel giro di mezz'ora. C'è un...comunque non è attrattivo più il trentino neanche come terra. Quindi se si sommano tutte queste cose qua...chi può, torna a casa ecco.

M. Concludo: Cosa ne pensate dell'inserimento del neoassunto?

D. Volevo solo concludere rispetto a prima, sintetizzando e mi collego a questa domanda. Il neoassunto dev'essere seguito partendo da una griglia chiara di cosa sa fare rispetto alle esigenze del servizio in risposta ai bisogni dell'utenza ed è chiaro che qui la differenza la fa il neoassunto per tutte le ragioni che hanno già espresso le colleghe, quindi se parte già con una buona base è chiaro che il nostro inserimento è facilitato, se parti invece con delle voragini formative di base è chiaro che noi le dobbiamo colmare perché alla fine quell'operatore, dati i 6 mesi di prova, diventa un operatore a tutto tondo e ce lo dobbiamo tenere. Quindi è impensabile che noi coordinatori, e il gruppo degli operatori, non colmiamo queste mancanze da parte dell'operatore perché poi sarà il nostro collega, sarò l'operatore che metteremo nelle nostre attività a risposta dei bisogni dei nostri utenti. E' un grande impegno che i coordinatori e le nostre *equipe* hanno, proprio in base a chi mi trovo di fronte e quali mancanze devo colmare. Sicuramente il discorso di avere l'Università qui da noi ci aiuterà, perché il nocciolo fondamentale è stato negli anni che i concorsi hanno lasciato passare delle persone che di lacune ne avevano molte e perché questo? Perché non avevamo alternative. O quello o niente. Allora cosa ci siamo detti? Meglio quello e ricavarne il meglio. Perciò se adesso avremo l'Università con dei numeri maggiori, è chiaro che forse questo problema di fondo sarà risolto e rimarrà l'inserimento di un neoassunto con

tutte le caratteristiche che può avere una persona con le caratteristiche di questo tipo.

M. *Avete qualcosa da aggiungere?*

B. Volevo solo aggiungere che il percorso del neoassunto andrebbe comunque rivisto. Sarà uno dei nostri lavori futuri ma andrà rivisto..

D. Ecco sì, anche in questo caso siamo partiti dal niente e lo abbiamo strutturato noi. Quindi sì, ci abbiamo messo del nostro impegno per fare questo piano di inserimento e valutazione, quindi abbiamo già qualcosa..

B. Sì sì, però dobbiamo rivederlo, integrarlo anche alla luce delle nuove esperienze viste..

D. e anche dagli input che ci verranno dati dal percorso universitario, nel tarare gli obiettivi, le macro aree e i sotto obiettivi che un neo assunto deve in qualche modo raggiungere durante il suo percorso, quindi sicuramente si è da prendere in mano e tarare.

A. Aggiungo che dal punto di vista aziendale di inserimento del neoassunto, anche lì, è da tanto tempo che secondo me andrebbe tarato. Anche lì, vedo una neoassunta di gennaio, e ormai siamo ad ottobre, ha fatto prima un FAD che le ha dato poco niente, adesso hanno un nuovo corso di inserimento che le fanno rifare perché lo hanno rivisto, ma comunque hai un operatore che al SISP non sta dando tanto e non sta dando tanto nell'impostazione del lavoro che era quello che mi aspettavo nel percorso di inserimento di un neoassunto nell'azienda.

C. Sono tutti in *meet*, rispetto agli anni in cui sono arrivata io, sono tutti in *meet*..

A. Il lato positivo è sicuramente il *meet*..

C. Positivo da una parte sì, ma manca la relazione..è vero che possono fare domande, non dico il contrario, però forse non essendo lì si fanno un po' di riguardi

A. Sì però anche due giornate..adesso ne ho una iscritta a due giornate a novembre..boh, vediamo come va..

B. Io ne ho 3!!

A. Ecco, a novembre due giornate perlopiù organizzate a metà mattina, metà pomeriggio, ti scambussola tutta la programmazione..gli da qualcosa?! Ad una che ha già fatto il FAD ad inizio anno?! Sinceramente mi sembra un po' di tempo..boh..è uscita anche dal periodo di prova...si l'Azienda ha pochi argomenti e poco chiari, proprio come impostazione del neoassunto.

C. E' strano che li facciano adesso, è quello che mi fa più specie. Penso che..

B. Li fanno adesso perché hanno avuto dei problemi con la piattaforma e l'hanno finita adesso. La stavano rifacendo!

C. Però intanto sono passati 8 mesi che la persona ha cominciato a lavorare..

B. Adesso lo fanno, siccome è obbligatoria la devono fare..

C. Va beh...

D. Per gli assunti del 2023?

A.B.C.D. Si

M. *Ok, vi ringrazio per la partecipazione!*

B. Per me va bene così. E' stato anche interessante..

M. *Si mi piace pensare che questo sia stato un motivo di confronto e di crescita anche per voi*

B. No l'unica cosa che mi piace è che tutte abbiamo le idee chiare e concordiamo su tutto..mi sembra che tutte andiamo d'accordo ma perché è così che la pensiamo tutte

Saluti Generali e chiusura dell'incontro.