

Realizzazione di un piano di azioni positive per la parità nell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige

Relazione finale

20 agosto 2009

Comitato per le pari opportunità e valorizzazione delle differenze di genere
dell'Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano

Valutazione dei dati ed analisi:
Maria Moser-Simmill, Ufficio per la Consulenza di Genere
e dell'Organizzazione - Linz (A)

Traduzione:
Claudia Guerrieri – Torricella in Sabina (Rieti)

Indice generale:

1. Incarico del progetto: obiettivo e step attuativi.....	Pagina 3
2. Analisi dei dati: sintesi dei risultati.....	Pagina 7
2.1. Dati generali sul personale occupato.....	Pagina 7
2.2. Dati sugli occupati per sesso,orario di lavoro e comprensorio sanitario.....	Pagina 9
2.3. Dati sugli occupati (dipendenti) per classi di età, sesso e forme di orario di lavoro.....	Pagina 11
2.4. Dati sugli occupati per ruolo, orario di lavoro e sesso.....	Pagina 14
2.5. Dati sugli occupati per funzioni direttive: analisi del personale Dirigente.....	Pagina 16
3. Individuazione delle aree di attività con il Comitato.....	Pagina 20
4. Sviluppo e discussione sulle proposte di azioni positive nei gruppi di lavoro comprensoriali.....	Pagina 22
4.1. Costituzione dei gruppi di lavoro comprensoriali per lo l'individuazione e definizione di provvedimenti.....	Pagina 22
4.2. Rappresentazione riassuntiva dei risultati dei gruppi di lavoro comprensoriali per il piano di azioni positive.....	Pagina 23
4.3. Excursus su: "Incentivazione delle donne nelle funzioni direttive"	Pagina 26
5. Piano di azioni positive per le pari opportunità nell'Azienda sanitaria (2009-2012).....	Pagina 28
5.1. Riepilogo dei punti chiave delle azioni positive.....	Pagina 28
Appendice:	Pagina 33
Appendice 1: Analisi dei dati: Dati generali sugli occupati e per diverse caratteristiche strutturali.....	Pagina 33
Appendice 2: Analisi dettagliate per comprensori sanitari: distribuzione per ruolo, orari di lavoro e sesso dirigenti (e sostituti/e) per sesso e qualifica professionale.....	Pagina 42
Appendice 3: Risultati dei gruppi di lavoro comprensoriali: Piano di azioni positive per le pari opportunità.....	Pagina 48
Appendice 4: Attuazione delle proposte di azioni positive (pacchetti di misure dei gruppi di lavoro comprensoriali.....	Pagina 52

1) Incarico del progetto: obiettivo e step attuativi

Il Comitato per le pari opportunità e per la valorizzazione delle differenze di genere dell'Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano ha richiesto la consulenza per la realizzazione di un piano di azioni positive per le pari opportunità.

L'obiettivo principale del piano di azioni positive per le pari opportunità nel periodo 2009-2012 è finalizzato a:

- Migliorare la situazione di pari opportunità fra uomini e donne nell'Azienda sanitaria attraverso l'applicazione di azioni concrete e proposte di miglioramento nell'area delle risorse umane.
- Migliorare la qualità di lavoro e di vita di tutti/tutte gli/le occupati/e nell'Azienda sanitaria ed elevare l'efficienza dell'intera organizzazione.
- Integrare il piano delle azioni positive con le attività centrali di politica del personale e con gli obiettivi dell'intera struttura organizzativa.

Realizzazione e controllo del progetto:

- Il progetto è stato realizzato nel periodo fra maggio 2008 - autunno 2009.
- Per l'analisi e la valutazione dei dati esistenti specifici sul sesso e l'affiancamento per la realizzazione di un piano di azioni positive è stata incaricata la Signora Moser-Simmill (Moser Simill Unternehmensberatung, Linz/A).
- Il controllo e la direzione del progetto spetta al Comitato per le Pari Opportunità
- Le tappe e i risultati essenziali sono stati concordati con la Direzione dell'Azienda Sanitaria (Direzione generale e direttori comprensoriali).
- Lo sviluppo concreto dei provvedimenti si fonda sull'analisi dei dati a livello comprensoriale in gruppi di lavoro comprensoriali (con la collaborazione dei rappresentanti del Comitato, dei dipartimenti così come dell'amministrazione/ufficio del personale e dell'organizzazione sindacale).

Le fasi fondamentali del lavoro e del processo per la realizzazione del piano di azioni positive

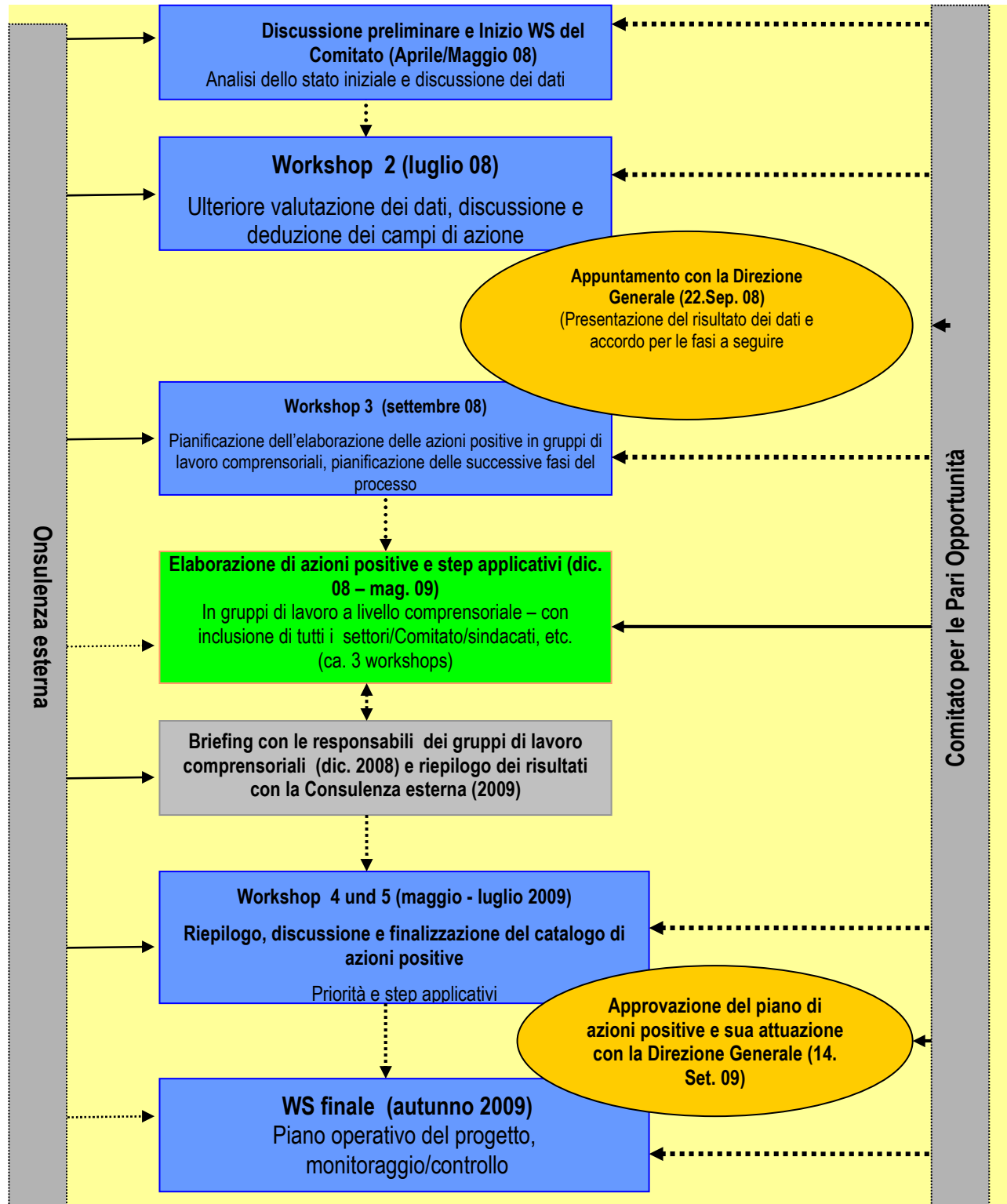
- Analisi dei dati, valutazione dei dati e discussione dei risultati: l'analisi e valutazione dei dati sugli occupati dell'Azienda Sanitaria per sesso e ulteriori caratteristiche (come età, forme di orario di lavoro, etc.) sono state la base per una discussione dettagliata e il confronto con la situazione allo stato iniziale.
- Relazione sull'analisi dei dati e conclusioni

- Deduzione di campi di azione per il miglioramento delle pari opportunità e per i seguenti settori: reinserimento dopo il periodo di assenza (dei genitori) (provvedimenti di conciliazione), modelli di orari di lavoro, sviluppo demografico e quota di donne nei dirigenti.
- Presentazione dei risultati dei dati dei gruppi di lavoro a livello comprensoriale (per la divulgazione della discussione ed elaborazione delle azioni positive specifiche o rilevanti a livello comprensoriale per le Pari Opportunità) e nomina dei membri per i gruppi di lavoro tramite i direttori comprensoriali.
- Preparazione dei gruppi di lavoro comprensoriali (realizzazione di materiale per i gruppi di lavoro e briefing delle conduttrici e delle moderatrici)
- Attuazione di 3 sedute dei gruppi di lavoro nei 4 comprensori sanitari per la elaborazione di proposte di azioni positive specifiche del comprensorio nel periodo gennaio-maggio 2009
- Presentazione dei risultati dei gruppi di lavoro comprensoriali attraverso le direttrici e moderatrici del Comitato per le Pari Opportunità
- Discussione e riepilogo dei risultati del lavoro dei diversi gruppi di lavoro comprensoriali in un piano di azioni positive unitario per le Pari Opportunità (Priorità di campi tematici e punti chiave delle azioni positive, formulazione di obiettivi e step applicativi/progetti concreti)
- Stesura di una relazione “Piano di azioni positive per le Pari Opportunità nell’AS” e discussione

Progetto e processo finale: prossimi passi

- Presentazione e votazione del piano di azioni positive con la Direzione Generale e i direttori/trici comprensoriali. Il piano di azioni positive è da decidere e concordare con la Direzione Generale e i relativi dirigenti responsabili e da definire assieme al Management.
- Workshop conclusivo del Comitato: finalizzazione del piano di azioni positive (inclusa tabella di marcia per l’esecuzione, controlling, etc.) e pubblicazione/comunicato nell’organizzazione.

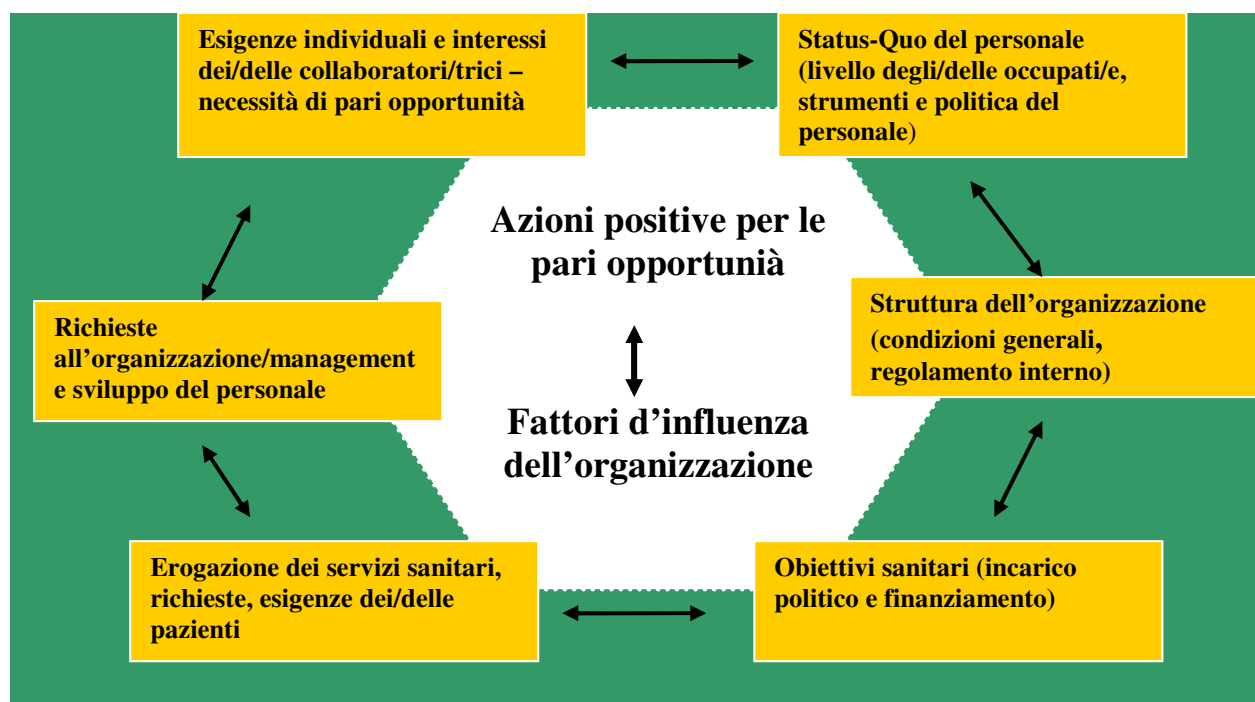
Di seguito sono rappresentate graficamente le singole fasi del processo e il timing



Criteria di qualità di un piano di azioni positive per le pari opportunità nell'organizzazione dell'Azienda sanitaria

- Le azioni positive per le pari opportunità – devono essere efficienti e durature – e sono da collocare nella struttura dell'organizzazione.
- I contenuti e l'applicazione delle azioni positive dipendono da diverse condizioni generali esistenti nell'organizzazione oppure derivanti dall'interazione tra diversi soggetti (si veda il grafico che segue)
- L'elaborazione di obiettivi ed azioni positive/campi d'azione è da concordare con il Management e deve essere da questo appoggiata e sostenuta.
- Nell'elaborazione delle azioni positive devono essere coinvolti rispettivamente le unità direttive e di coordinamento e le unità operative di specifica competenza.
- L'elaborazione delle azioni positive deve essere orientata alle pari opportunità, come da mandato del Comitato, nonché alle necessità ed alle possibilità dell'organizzazione.
- L'adozione delle misure deve essere effettuata dall'organizzazione/ufficio del personale.
- Il Comitato Pari Opportunità ed i gruppi di lavoro comprensoriali mettono a disposizione il loro know-how e la loro competenza professionale per l'elaborazione delle azioni positive.
- Il Comitato Pari Opportunità coadiuva l'adozione delle misure in qualità di consulente.

Fattori d'influenza e interazioni sullo sviluppo e l'adozione di provvedimenti per le pari opportunità



2) Analisi dei dati: riepilogo dei risultati

L'analisi sui dati degli/delle occupati/e è stata elaborata per sesso e altre caratteristiche strutturali (di seguito elencate).¹

Un'analisi dei dati specifica sui sessi fornisce informazioni più precise (soprattutto quantitative) sull'assetto degli/delle occupati/e suddivisi per sesso e sulle differenze fra i generi.

L'analisi dei dati è servita come base di discussione sul tema delle pari opportunità e per la pianificazione delle azioni positive nel Comitato Pari Opportunità.

In base all'analisi dei dati sono stati formulati in parte quesiti concreti e consigli per le azioni di miglioramento delle pari opportunità fra donne e uomini nell'Azienda sanitaria. In seguito alle discussioni tenutesi soprattutto nei gruppi di lavoro comprensoriali è risultato che sono ancora necessarie altre ricerche qualitative, indagini e discussioni per poter predisporre azioni positive per raggiungere una posizione di uguaglianza.

I dati sugli occupati sono stati elaborati, rappresentati ed interpretati per le seguenti caratteristiche strutturali:

- Occupati per sesso e comprensorio
- Occupati per orario di lavoro e sesso (e per comprensorio sanitario)
- Occupati per classi di età e sesso
- Occupati per orario di lavoro, età e sesso
- Occupati per ruolo, orario di lavoro e sesso
- Dirigenti (e sostituti/e) per ruoli, comprensori e sesso
- Dirigenti per orario di lavoro e sesso

2.1.) Dati generali sugli occupati²

In totale sono occupati presso l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige **10.155 persone**; di cui **7.203 donne (= 70,93%)** e **2.952 uomini (= 29,07%)**. Circa il 90% degli occupati sono dipendenti (BED); pari a 9.076 persone. Il secondo più grande gruppo comprende i liberi professionisti/contrattisti d'opera (FRE) con 771 persone che rappresentano il 7,6% degli occupati, seguiti dal gruppo dei convenzionati (KON = medici di base) con 135 persone (=1,3% degli occupati), (vedi grafico 1 nell'appendice).

Per l'ulteriore analisi dei dati sono stati consultati e valutati unicamente i dati del personale

¹ L'analisi dei dati è stata condotta sulla base dei dati riguardanti il personale forniti dall'Ufficio Statistica del Personale (situazione: 20/09/2007). La raccolta dei dati è stata effettuata dalla dott.ssa Susi Schuster. I dati sui dirigenti sono stati integrati e aggiornati (integrazione dei dati: luglio 09; Signora Lösch)

² Tutti i dati analizzati si trovano nelle appendici 1-2; in questo capitolo sono rappresentati alcuni grafici principali e i risultati statistici descritti in maniera riepilogativa.

dipendente (BED). Su proposta del gruppo di lavoro di Bolzano dovranno essere compresi in futuro nell'analisi dei dati anche i contrattisti d'opera, poiché questo gruppo proprio nel comprensorio sanitario di Bolzano rappresenta una parte più grande e in crescita. L'analisi del personale occupato per sesso (per M = maschile e W/F = femminile)³ in assoluto ed in percentuale evidenzia il seguente quadro: quasi $\frac{3}{4}$ (73% = 6.654) del personale dipendente di tutta l'azienda è femminile, mentre poco di più di $\frac{1}{4}$ (27% = 2422) è maschile.

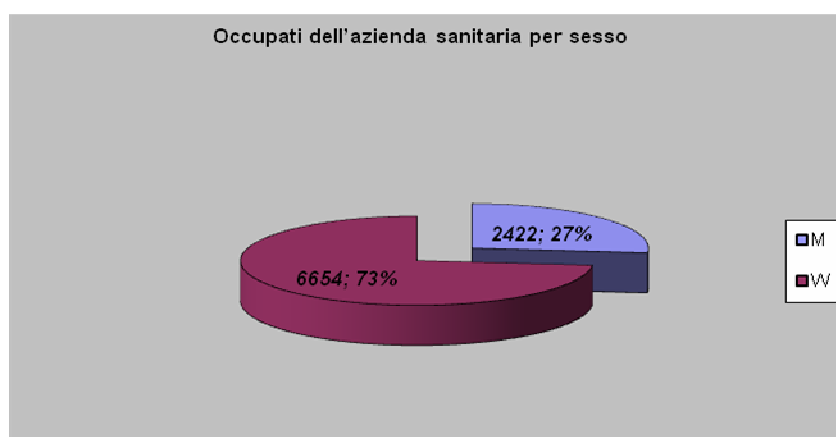


Grafico 2: dipendenti per sesso⁴

Il grafico 3 presenta la **suddivisione del personale dipendente nei singoli comprensori** (per sesso)

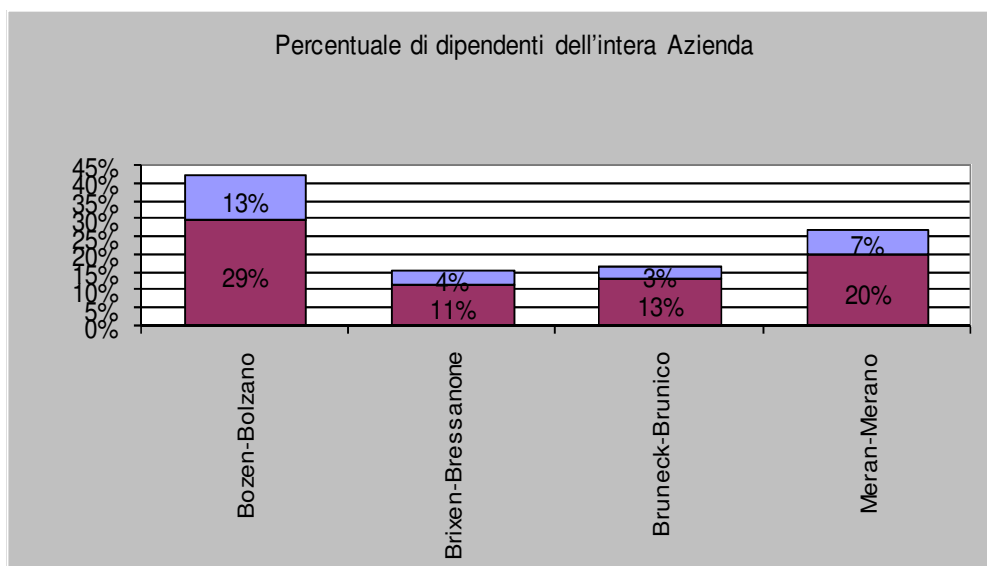


Grafico 3: dipendenti per sesso e comprensorio

Nel comprensorio di Bolzano sono occupati/e, rispetto all'Azienda sanitaria, il 42% dei/delle dipendenti, a Bressanone il 15%, a Brunico il 16% e a Merano il 27%. La divisione percentuale dei due sessi nei singoli comprensori sanitari è come segue (senza grafico): Bolzano (70% f, 30% m), Bressanone (75% f, 25% m), Brunico (80% f, 20% m), Merano (74% f, 26% m).

³ Questa abbreviazione vale per tutti i grafici che seguono

⁴ La numerazione dei grafici nella relazione finale corrisponde alla numerazione della relazione sull'analisi dei dati (vedi anche appendice 1 e 2).

2.2. Dati sugli occupati per sesso, orario di lavoro e per comprensorio sanitario

Il 32% dei/delle dipendenti lavorano part-time (PT), il 97,5% del personale occupato a tempo parziale è femminile (2.843). La percentuale di occupate con lavoro a tempo pieno (FT) è del 61,9%.

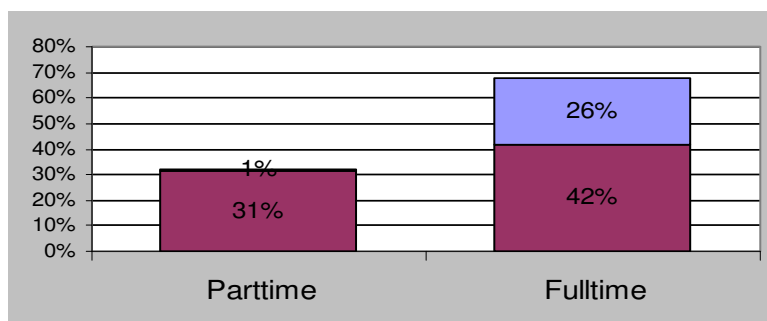


Grafico 4: dipendenti per sesso e orario di lavoro

In totale circa il 43% (=2.843) del personale femminile lavora a part-time; il 57% (= 3.811 di tutte le 6654 donne) lavora full-time.

Il personale occupato PT si suddivide in quasi un'eguale proporzione: al 50% PT (= 17% di tutti i dipendenti) ed al 75% (= 15% di tutti i dipendenti). Altre forme di occupazione di tempo parziale (meno del 50% oppure tra il 50% e il 75% oppure al di sopra) sono poco sviluppate e rappresentano piuttosto degli "accordi speciali".

La distribuzione dei/delle dipendenti fulltime e part-time per comprensorio mostra leggere differenze (vedi grafico 5 nell'allegato).

A Bolzano la quota degli/delle occupati/e PT con il 28% risulta inferiore alla media; nei comprensori di Merano (con il 34%), Bressanone (con il 35%) e Brunico (con il 39%) risulta superiore alla media.

Distribuzione delle dipendenti per forme di orario di lavoro e comprensorio

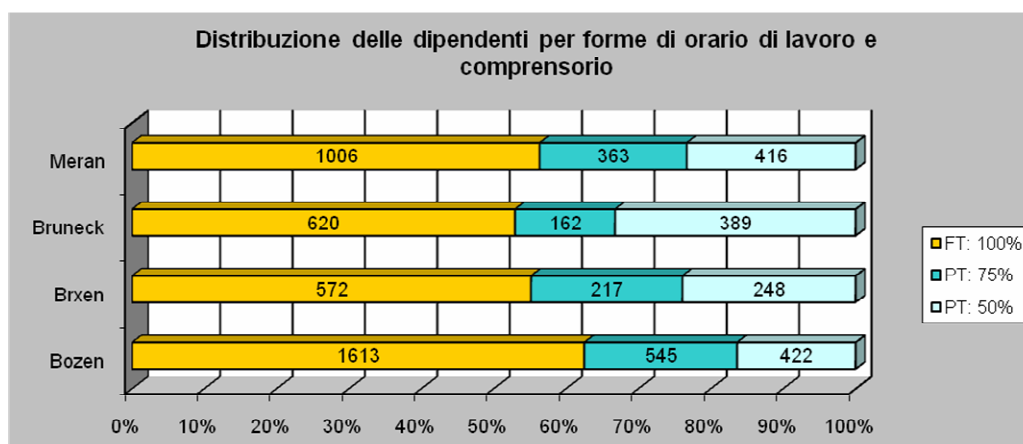


Grafico 6: dipendenti femminili per comprensorio e orario di lavoro

Interpretazione riepilogativa dei dati per sesso, comprensorio e forme di orario di lavoro:

- Tranne Bolzano, tutti gli altri comprensori possiedono una quota di donne occupate al di sopra della media (in rapporto con la media dell'intera azienda vedi Grafico 3)
- Comprensori con una quota di donne maggiore (alla media dell'Azienda Sanitaria) come Brunico, Bressanone e Merano possiedono anche una quota maggiore di PT sul totale del personale occupato (vedi Grafico 5 nell'appendice).
- Forme di occupazione PT sono per il personale maschile un'eccezione alla forma di orario di lavoro. Per quasi la metà del personale femminile (il 43% lavorano con una forma di PT) questa forma di orario di lavoro è la regola.
- Inoltre, nei comprensori di Brunico, Bressanone e Merano lavorano più donne part-time che a Bolzano. Qui la quota delle donne lavoratrici PT è "solo" il 38,5% del personale femminile occupato. Nei comprensori di Brunico (47,5%) e di Bressanone (45%) le donne lavoratrici PT sono sopra la media (media = 43% di tutte le donne) rispetto al totale delle dipendenti femminili (vedi Grafico 6).
- La **distribuzione delle occupate PT** nelle singole forme principali di orario di lavoro PT (quindi il 50% e il 75% dell'orario di lavoro) per comprensorio forniscono il seguente quadro (vedi Grafico 6)
 - A Bolzano sul 27% delle occupate PT (vedi Grafico 5), l'11% lavora al 50%-PT e il 14% al 75%-PT.
 - A Bressanone e Brunico il rapporto è pressoché inverso; qui lavorano più donne occupate PT solo al 50%PT (il 18% su 34% a Bressanone e il 27% su 38% a Brunico); al 75%-PT lavorano a Bressanone il 16%, a Brunico l'11% (distribuzione percentuale sul totale del personale occupato tratto dal Grafico 5 nell'appendice 1).
 - Solamente a Merano le donne occupate PT sono distribuite quasi equamente: il 17% al 50%-PT e il 15% al 75%-PT (distribuzione percentuale sul totale del personale occupato tratto dal Grafico 5).

Interpretazioni e quesiti sulla predetta valutazione dei dati:

- La distribuzione delle diverse forme di orario di lavoro dei sessi ha una **dimensione di genere** piuttosto pronunciata. Le forme di occupazione PT sono condizioni di lavoro "tipicamente femminili" e generalmente sono da mettere in correlazione con la suddivisione del lavoro fra i generi nella famiglia.
- Il modello di orario di lavoro part-time dell'Azienda sanitaria rivela, ad una prima osservazione, l'assenza di una grande flessibilità. "Forme intermedie" oltre alle principali forme di lavoro PT, sono piuttosto l'eccezione.

- Si pone a questo punto il quesito fino a che punto i regolamenti PT esistenti vadano incontro e supportino le esigenze individuali di flessibilità delle donne in riferimento alle diverse fasi di vita e il loro impegno nel processo dell'attività lavorativa (reinserimento, ampliamento dell'attività lavorativa dopo la fase intensiva dell'educazione dei bambini).
- Inoltre, se le forme di lavoro part-time per i padri non debbano esistere o eventualmente essere concesse in misura ridotta.
- Inoltre, si desume dall'analisi dell'attività lavorativa delle donne occupate PT che vi è un fenomeno di "persistenza nel part-time"; questo significa, che anche con l'aumento dell'età dell'attività lavorativa e con una maggiore flessibilità, le donne migrano meno verso un'occupazione full-time (vedi anche i seguenti grafici ed i dati del personale occupato suddiviso per età, orario di lavoro e sesso). Questo "persistere nell' occupazione PT" anche in età avanzata e senza impegni di assistenza familiare avrebbe non solo conseguenze negative sulla pensione individuale per anzianità delle donne, ma si dimostrerebbe anche non efficiente rispetto alla politica del personale. Inoltre, nei prossimi anni le difficoltà di reclutamento delle risorse umane in ambito medico e assistenziale si aggraveranno.
- Le premesse per un recupero e un'attivazione delle risorse di personale "non utilizzato" (femminile) sarebbero: un modello di PT più flessibile, incentivi adeguati che motivino le donne a lavorare di più e misure strutturali ed organizzative adeguate (ad esempio il si dovrebbe sviluppare un modello di inserimento del personale basato su un pool di risorse di occupati per orario di lavoro).

2.3. Dati sul personale occupato per classi di età, sesso e orario di lavoro

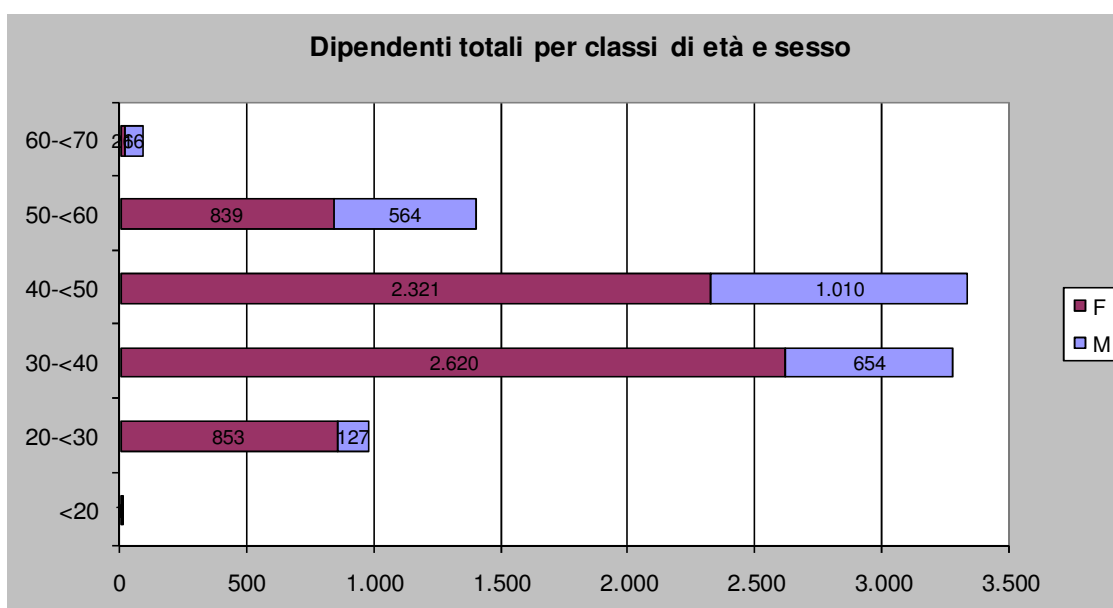


Grafico 7: dipendenti (in numeri assoluti) per classi di età e sesso

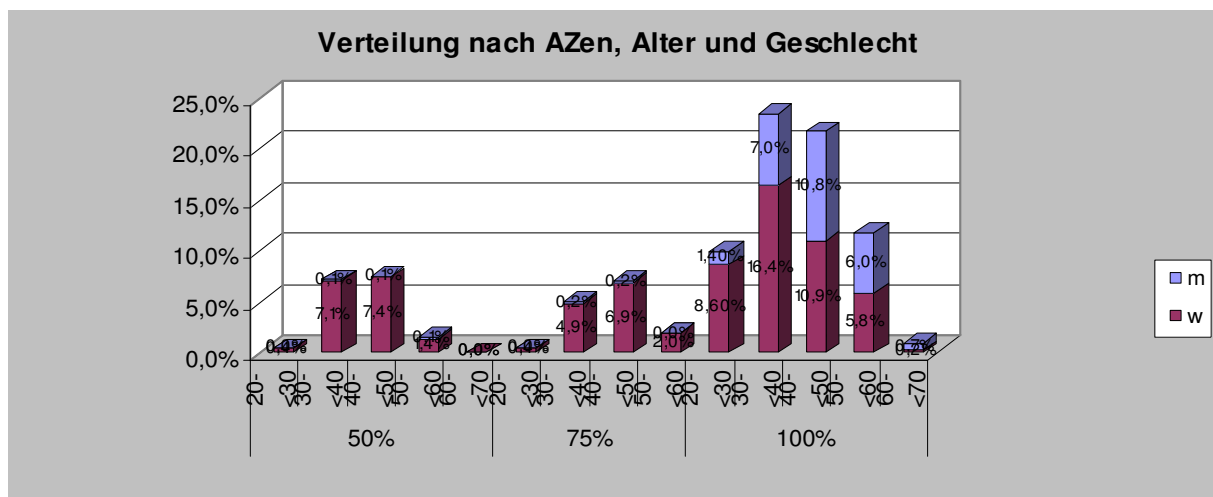


Grafico 9: dipendenti per classi di età, sesso e forme di orario di lavoro

Interpretazione dei dati per classi di età e sesso (vedi grafico 7,8,9 e tabella nell'appendice 1):

- ⇒ Osservando la distribuzione percentuale per sesso nelle diverse classi di età, risulta una quota di donne inferiore alla media (in riferimento alla distribuzione media = 73% f) nel gruppo di età delle 50-60enni (con 60% f), e delle 60-70enni (con 24% f) e delle 40-50enni (con 69,7% f). La quota relativamente più bassa, soprattutto delle occupate più anziane dell'Azienda sanitaria, si può motivare probabilmente con i diversi ingressi nell'età pensionabile; altri (possibili) fattori come differenze nell'accesso al lavoro nei decenni precedenti, la differente composizione per età nei diversi gruppi professionali (per sesso) oppure un totale abbandono del lavoro da parte delle donne durante le fasi di formazione della famiglia ("baby pensione") dovrebbero essere analizzati nel dettaglio.
- ⇒ Nelle classi di età più giovani, le donne (riferendosi a tutti i comprensori e gruppi professionali) riportano un dato "superiore alla media" (con l'87% nelle 20-30enni e l'80% nelle 30-40enni).
- ⇒ Questo corrisponde ad una tendenza che si può esprimere in breve: **"Più giovani sono, più sono donne"**.
- ⇒ Per esperienza non solo la quota di donne in ambito assistenziale è superiore alla media ma anche in ambito medico è costantemente in crescita (la percentuale di donne fra le laureate delle facoltà di medicina ha nel frattempo superato la soglia del 70%).
- ⇒ Un confronto tra classi di età per comprensorio (e sesso) dimostra che nei comprensori di Bressanone, Bolzano e Merano la quota del personale occupato in età più anziana è più alta in maniera insignificante (vedi grafico 8 nell'appendice 1).
- ⇒ Se si osserva la **quota di donne occupate part-time nelle singole coorti di età** (vedi Grafico 9, appendice 1) e si mette in relazione sul totale delle dipendenti femminili dei relativi gruppi di età, risulta che nel gruppo di età delle 30-40enni la quota di part-time

(50% PT e 75% PT messe insieme), quindi la quota PT “motivato dalla famiglia” (con ca. il 43%) in questo gruppo di età è nella media (in relazione alla percentuale di quota PT del totale delle dipendenti femminili); nel gruppo di età delle ultra quarantenni la quota part-time è in parte superiore alla media: la quota PT nel gruppo di età delle donne 40-50enni è sopra il 57%.

Osservazioni e quesiti sulla predetta valutazione dei dati:

- L'alta ed in crescente aumento percentuale di donne nelle fasce più giovani di età; quindi giovani professioniste, giovane personale specializzato soprattutto nei ruoli sanitari rappresentano temi stimolanti per l'attività del reclutamento e sviluppo del personale:
- Le seguenti questioni diventano più rilevanti:
 - ⇒ Come può il personale femminile giovane e specializzato conciliare la pianificazione familiare con l'evoluzione professionale o di carriera, come può organizzare il rientro al lavoro in maniera ottimale ed essere sostenuto in questo?
 - ⇒ Quali condizioni generali (di conciliazione fra famiglia e professione) sono necessarie per raggiungere questo obiettivo?
 - ⇒ Come si possono evitare “l'uscita dal servizio” e le lunghe “fasi di assenza” che conducono a perdite di qualificazione?
- In uno scenario nel quale le risorse di personale ben qualificato si riducono ed i costi di formazione, ricerca e apprendistato diventano più elevati, sarà sempre più necessario per l'organizzazione aziendale mantenere occupato il personale specializzato qualificato a lungo termine; questo significa organizzare al meglio le risorse umane e le fasi di uscita dal e rientro in servizio del personale.
- Se si osserva la quota alta sopra la media di donne occupate part-time nella fascia delle più anziane, si riconferma l'ipotesi già formulata della “Persistenza del Part-time”: le motivazioni per l'alta richiesta di PT delle donne in età avanzata possono avere ragioni diverse: la conciliazione fra famiglia e lavoro (compiti di assistenza ai bambini) dovrebbero giocare un ruolo secondario. Si presumono altri fattori, invece, come impegni privati di cura ed assistenza come parenti che necessitano di cure, motivi di salute, qualità di vita, etc.
- Sia a causa degli interessi individuali di mantenimento delle donne (in pensione) e soprattutto a causa di necessità aziendali, ci si porrà sempre di più in futuro la domanda di come evitare “l'uscita dal servizio” per motivi di età, quali azioni possano essere elaborate in relazione alle possibilità di occupazione adatte all'età e di forme di orario di lavoro per poter mantenere questo gruppo di persone nel sistema occupazionale in maniera corretta e produttiva.

- In generale, sarà più virulenta in futuro un'organizzazione del lavoro e degli orari di lavoro adeguati all'età per effetto dell'andamento demografico, più di quanto sia accaduto nel passato. Se si osserva il grafico 7 è evidente che fra circa 5-10 anni più di $\frac{3}{4}$ di tutto il personale dipendente avrà più di 40 anni (rimanendo la stessa dinamica pensionistica; ossia senza tener conto delle modifiche della riforma pensionistica e rimanendo la stessa politica di assunzione di giovane personale qualificato).

Al momento la percentuale delle ultra quarantenni è ancora di ca. 53%.

- Aumenteranno in futuro sia il fabbisogno che la necessità di individuare **modelli di sviluppo del personale in riferimento alle diverse fasi di vita della persona.**

2.4. Dati sugli occupati per ruolo, orario di lavoro e sesso:

Distribuzione degli occupati per sesso e per figure professionali/ruoli ⁵ dell'intera Azienda sanitaria (in %):

Ruoli	Femminile	Maschile	Totale
Ruolo professionale	42,3%	57,7%	100%
Ruolo tecnico	58,5%	41,5%	100%
Ruolo sanitario	77%	23%	100%
Ruolo amministrativo	84,6%	15,4%	100%

Distribuzione del personale femminile occupato per orario di lavoro e per figure professionali/ruoli dell'intera Azienda sanitaria (in %)

Ruoli	Distribuzione delle donne per PT/FT			Totale f in %
	50%-PT	75%-PT	100%-FT	
Ruolo professionale	18%	27%	55%	100%
Ruolo tecnico	27%	21%	53%	100%
Ruolo sanitario	20%	18,5%	60,5%	100%
Ruolo amministrativo	24%	22,5%	53,5%	100%

⁵ un'attribuzione delle diverse figure professionali ai ruoli si trova nell'appendice 1, pagina 39

Interpretazione dei dati e quesiti sulla distribuzione degli occupati per ruolo, orario di lavoro e sesso (vedi Grafico 10 nell'appendice 1 e suddette tabelle)

- Se si osserva la distribuzione del personale dipendente nei singoli ruoli per sesso ed orario di lavoro, ne risulta un quadro già conosciuto: quasi tutto il personale dipendente part-time (più del 90%), ed anche per ruolo, è femminile.
- La distribuzione per sessi nei singoli ruoli fornisce un quadro: la percentuale delle donne nei ruoli professionali (con 42,3 % f) e nei ruoli tecnici (con il 58,5% f) è parecchio inferiore rispetto alla media percentuale di donne sul totale del personale dipendente (73% f). Nel ruolo sanitario (con il 77%) le donne sono sopra la media e nel ruolo amministrativo (con l'84,6%) sono addirittura fortemente sopra la media.
- La distribuzione delle dipendenti per ruolo e forme di orario di lavoro mostra che, ad eccezione del settore sanitario (lì la quota PT è del 38% in riferimento a tutte le dipendenti), le donne lavorano più spesso PT che FT (comparato con la media percentuale PT/FT).
- Nella discussione di questi dati si è palesato il presupposto, che la frequenza di PT possa avere a che fare con la minore qualificazione di determinati posti di lavoro /impieghi.
- Nei ruoli sanitari la frequenza del PT in tutti i comprensori si mostra mediamente inferiore (in riferimento alla distribuzione specifica dei sessi nel comprensorio, vedi allegato).
- Nel settore amministrativo si può osservare in tutti i comprensori una rappresentanza di donne molto al di sopra della media ed anche una maggiore frequenza di PT (a Brunico e Bressanone più del 50% delle donne lavorano nel settore amministrativo part-time.) Se questa frequenza di PT nel settore amministrativo sia collegato ad attività o posti di lavoro con livelli meno qualificati oppure con altri fattori, dovrebbe essere analizzato più nel dettaglio (analisi del luogo di lavoro).

2.5. Dati sul personale occupato per funzioni direttive: analisi dei quadri dirigenti

Sono rappresentati qui di seguito i dati dell'Azienda sanitaria relativi a singola struttura, funzione dirigenziale e sesso suddivisi secondo la seguente analisi:

- Numero dei dirigenti (tutti) nei comprensori espressi in numeri assoluti e per sesso
- Dirigenti (in totale) per ruolo – distribuzione assoluta e percentuale per sesso
- L'analisi dettagliata a livello comprensoriale, che fornisce una migliore informazione sulla diversa distribuzione gerarchica fra i sessi delle posizioni dirigenziali ed un quadro più completo, è rappresentata nell'appendice 2. In questa sede sono confrontati i singoli dati e commentati.
- Sono stati presi in considerazione, inoltre, per la discussione e l'analisi anche dati più attuali (al luglio 09) del ruolo sanitario relativi a direttori/trici sanitari/ie e medici/che di strutture complesse e del ruolo amministrativo relativi a direttori/trici⁶ di ripartizione.

Dirigenti (o sostituti/e) per sesso e comprensorio sanitario (in numeri assoluti)

COMPENSORIO SANITARIO	FUNZIONE	F	M	Totale
Bolzano/Bozen	Dirigente	130	172	302
	Vice-dirigente	87	60	147
	Totale	217	232	449
Bressanone/Brixen	Dirigente	43	76	119
	Vice-dirigente	33	29	62
	Totale	76	105	181
Brunico/Bruneck	Dirigente	50	71	121
	Vice-dirigente	24	27	51
	Totale	74	98	172
Merano/Meran	Dirigente	65	112	177
	Vice-dirigente	51	52	103
	Totale	116	164	280
Totale azienda		483	599	1.082

Dirigenti (e sostituti/e) per ruolo e sesso (in numeri e in %) (tutti i comprensori sanitari in totale):

⁶ Questi si riferiscono al ruolo amministrativo e professionale

Dirigenti per ruoli		F	M	Total	F	M
Ruolo amministrativo	Dirigente	46	51	97	47%	53%
	Vice-dirigente	21	11	32	66%	34%
	Totale	67	62	129	52%	48%
Ruolo professionale	Dirigente	3	8	11	27%	73%
	Vice-dirigente	1	1	2	50%	50%
	Totale	4	9	13	31%	69%
Ruolo sanitario	Dirigente	229	300	529	43%	57%
	Vice-dirigente	164	110	274	60%	40%
	Totale	393	410	803	49%	51%
Ruolo tecnico	Dirigente	10	72	82	12%	88%
	Vice-dirigente	9	46	55	16%	84%
	Totale	19	118	137	14%	86%
Totale		483	599	1082	45%	55%

Analisi dettagliata per comprensorio e differenziata per le diverse posizioni dirigenziali del ruolo sanitario (posizioni dirigenziali – il livello gerarchico e decisionale più alto)

(1) Direttori/trici sanitari e medici di strutture complesse⁷

Tabella: Dirigenti/direttori/trici di strutture complesse, analisi della statistica: sett. 2007

Ruolo sanitario	Direttori/trici sanitari e medici/che di strutture complesse (2007)				
Comprensori	Total	M	F/W	M in %	W in %
Bolzano	50	46	4	92%	8%
Bressanone	23	21	2	91%	9%
Brunico	24	21	3	88%	13%
Merano	29	26	3	90%	10%

Tabella: Dirigenti/direttori/trici di strutture complesse, analisi della statistica: luglio 2009

Ruolo sanitario	Direttori/trici sanitari e medici/che di strutture complesse (2009)				
Comprensori	Total	M	F/W	M in %	W in %
Bolzano	46	42	4	91%	9%
Bressanone	23	21	2	91%	9%
Brunico	26	22	4	85%	15%
Merano	28	25	3	89%	11%

⁷ Questi dati sono stati tratti dall'analisi della statistica del personale del sett. 2007; fonte: Dott.ssa Schuster (vedi appendice 2). I dati sono stati paragonati con i dati aggiornati: luglio 2009 (fonte: Signora Lösch); questi dati si riferiscono sulle direttrici effettivamente nominate.

Ad un primo sguardo sui “dati di stock” (2007 e 2009 in confronto) relativi alla distribuzione delle posizioni dirigenziali/di direzione delle strutture complesse nel ruolo sanitario, non si evidenziano delle differenze minime rispetto ai numeri assoluti⁸.

L'osservazione della suddivisione delle posizioni dirigenziali tra i sessi nel periodo 2007-2009 indica delle variazioni insignificanti. In numeri assoluti la quantità delle donne dirigenti è aumentata di una persona (copertura di un posto vacante), la quantità dei dirigenti uomini in totale si è ridotto (a causa di pensionamenti), in un comprensorio è aumentato di una persona (copertura di un posto vacante).

Analisi in dettaglio delle più alte posizioni dirigenziali nel settore amministrativo per comprensorio e sesso:

(2) Direttori/trici di ripartizione (dati attuali: luglio 2009)⁹

Tabella: (nominate effettivamente) direttrici di ripartizione/del settore amministrativo, analisi della statistica: luglio 2009

Ruolo amministrativo	Direttori/trici di ripartizione (2009)				
Comprensori	Total	M	F/W	M in %	W in %
Bolzano	6	5	1	83%	17%
Bressanone	7	6	1	86%	14%
Brunico	6	5	1	83%	17%
Merano	6	6	0	100%	0%

Interpretazione dei dati e quesiti sulla distribuzione delle posizioni direttive per sesso e ruolo:

- La distribuzione percentuale di tutte le posizioni direttive mostra una percentuale di donne del 45% (percentuale di uomini: 55%). Vedi tabella sopra: dirigenti (e sostituti/e) per ruolo e sesso (in numeri e in %). Questa tabella si riferisce a tutti i comprensori sanitari e non differenzia per gerarchie. Se si osservano invece tutte le funzioni direttive (senza i sostituti/e), gli uomini sono rappresentati maggiormente con il 60,75%, la percentuale delle donne invece è del 39,35% (tutti i comprensori).
- La distribuzione percentuale delle posizioni direttive differenziata per sesso e ruolo nell'Azienda presenta un **netto “sbilanciamento” tra i sessi**. Se si confronta la

⁸ Questo è motivato dal fatto che i dati si basano non sui posti in pianta organica bensì sulla rilevazione dei dati delle posizioni direttive occupate e suddivise per sesso in un giorno determinato (questo significa che non sono stati ricompresi posti vacanti/non ancora coperti).

⁹ I dati qui analizzati non sono confrontabili con i risultati dei dati del 2007, dato che le valutazioni suddivise per comprensorio/dirigenti e per sesso e ruolo (appendice 2) dei dati del 2007, sono state effettuate ricomprendendo nei dati quelli di direttori/trici amministrativi di uffici e di ripartizioni.

rappresentanza del totale del personale occupato diviso per sesso (73% f, 27% m) con la struttura dirigenziale, si evidenzia un' **eclatante disparità fra i sessi a livello dirigenziale, che più è alta la gerarchia professionale, più è elevata**. Per esempio, la percentuale di donne presenti nel settore sanitario (in riferimento solamente al personale occupato full-time) è del 67%; la percentuale di donne nelle posizioni direttive è dunque con il 43% ben al di sotto; Ancora più eclatanti sono le **differenze fra i generi (“Soffitto di cristallo”)** se si analizzano **esclusivamente le posizioni direttive al grado più elevato**. Come mostrano le tabelle sull'analisi dettagliata delle funzioni direttive nel ruolo sanitario dei “direttori/trici sanitari e medici di strutture complesse” la **percentuale di donne nelle posizioni direttive è tra l'8% e il 13%** (per comprensori e in riferimento all'anno 2007) e tra il 9% e il 15% (per comprensorio, in riferimento all'anno 2009).¹⁰

- Molto simile e ancora più eclatanti sono **le differenze fra i generi a livello direttivo nel settore amministrativo**: la percentuale di uomini sul totale del personale occupato nel settore amministrativo è del 15,4%; il 53% dei dirigenti (tutti i direttori/trici amministrativi e di reparto) sono uomini. Osservando solamente le posizioni Top nel settore amministrativo (direttori/trici di reparto) per comprensorio, nel comprensorio sanitario di Merano nessuna posizione Top è occupata da una donna; negli altri comprensori solo una su 6 e 7 direttori/trici di reparto è donna. (vedi Tabella sopra/2009)
- La grande discrepanza fra la distribuzione dei sessi nelle posizioni direttive ha, in parte, motivazioni strutturali. Questo significa ad una osservazione obiettiva che all'azienda sanitaria non riesce, o comunque in misura limitata, di utilizzare l'intero potenziale dei dipendenti per la creazione (nuova generazione di dirigenti) e il reclutamento di dirigenti (TOP).
- In quasi tutti i settori la **“funzione direttiva” ha connotazioni maschili** (ovvero è legata al sesso maschile); vi è una cosiddetta **“cecità dei sessi”**, cioè non si ha la percezione del potenziale dirigenziale femminile, che dovrebbe significare lungimiranza nel cambiamento del mainstreaming (essere al centro della corrente) e di cultura dell'organizzazione. Anche nei settori professionali che (storicamente) sono fortemente dominati dalle donne, come quello dell'assistenza, in cui il personale maschile qualificato si va posizionando lentamente, la percentuale dei dirigenti maschi è già al di sopra della media percentuale del totale del personale maschile occupato in questo settore.
- In generale concorrono fattori e motivi diversi nella forte disparità fra generi nei dirigenti. Un'analisi differenziata delle motivazioni, appare qui efficace per poter elaborare azioni positive in maniera adeguata, efficiente e duratura. (A quest'analisi nei gruppi di

¹⁰ Questi leggeri cambiamenti nelle relazioni sono dovuti in parte a causa delle posizioni direttive ancora vacanti, che prima del posto vacante (pensionamento) erano occupati da uomini (differenze nei numeri assoluti) e dall'altra a causa della occupazione in questo periodo di una posizione dirigenziale vacante con una donna (comprensorio di Brunico).

lavoro comprensoriali è stato dedicato molto spazio e tempo per lo sviluppo di proposte di azioni positive; vedi Punto 4 di questa relazione.)

- In relazione al fatto che la percentuale femminile delle più giovani coorti di età è sopra la media (sviluppo demografico), ci si chiede in riferimento ad un'organizzazione strategica della politica delle nuove leve di dirigenti dell'azienda, quanto si riesca a formare il potenziale di donne altamente qualificate (di tutti i gruppi di età) e utilizzarle per l'assunzione di responsabilità direttive. Questo però necessita di un "cambiamento culturale" e di una riduzione della "cecità dei sessi" nell'occupazione di posizioni direttive. Una non considerazione oppure non adeguata del potenziale femminile significherebbe rinunciare in futuro all'80% (del possibile potenziale) nella ricerca delle "teste migliori" per compiti direttivi.
- L'utilizzo e la formazione del potenziale dirigenziale femminile necessita di un lavoro adeguato sulle motivazioni e, soprattutto, sul cambiamento culturale dirigenziale predominante (connotato come maschile), oltre ad un investimento e ad una valorizzazione mirata sulle future generazioni dirigenziali femminili

Altre analisi dei dati e valutazione dettagliata dei dirigenti (e sostituti/e) per sesso e ruolo per i singoli comprensori sanitari si trova nell'appendice 2.

3) Campi di azione e consigli su interventi tramite il Comitato (base di discussione)

Partendo dalla situazione dei dati esistenti, si consiglia al Comitato di elaborare i seguenti campi di intervento e temi sulle azioni positive per le pari opportunità:

- Organizzare in maniera strutturale l'uscita ed il rientro in servizio nel periodo di assenza dei genitori per l'assistenza alla prole (misure di conciliazione, tra le altre)
- Sostenere "l'assenza per paternità"
- Modelli lavorativi (creare una gamma di offerta più ampia)
- Tenere conto dei temi demografici (flessibilità del lavoro e capacità occupazionale in età avanzata, team misti per età e altro ancora)
- Riduzione del fenomeno "Persistenza del personale femminile nel part-time"
- Valorizzazione della classe dirigente e aumento della percentuale di donne dirigenti, (migliorare la qualificazione dei dirigenti, motivare le donne, colloqui mirati con i collaboratori)

4. Sviluppo e discussione di proposte di azioni positive nei gruppi di lavoro comprensoriali

4.1. Istituzione di gruppi di lavoro comprensoriali per lo sviluppo e discussione di azioni positive

Compiti e composizione dei gruppi di lavoro comprensoriali

Dopo la discussione dei dati valutati nel Comitato con la Direzione Generale e i direttori comprensoriali i dati sono stati successivamente discussi a livello comprensoriale e sono state elaborate proposte concrete di azioni positive. L'inclusione delle esperienze e perizie dei relativi dipartimenti dei comprensori sanitari nella realizzazione di un piano di misure ha reso possibile l'elaborazione di un piano di misure generale che tiene conto anche delle specifiche esigenze e diversità nei comprensori sanitari.

L'ampia discussione e confronto sui risultati dei dati a livello comprensoriale è servito per la sensibilizzazione sulle attuali questioni di genere e sfide nell'Azienda sanitaria. Lo sviluppo di proposte di azioni positive a livello comprensoriale con l'inclusione di rappresentanti impegnate ed interessate dei dipartimenti ha garantito che l'applicazione in successione di concrete tappe di azioni positive e progetti siano più fortemente condivise.

Compiti e obiettivi dei gruppi di lavoro comprensoriali:

- Discussione dei dati di genere specifici del comprensorio
- Confronto sui risultati dei dati, valutazione e discussione di retroscena
- Ampliamento dei dati quantitativi per l'apporto qualitativo di esperienze dei diversi dipartimenti
- Discussione di conclusioni e consigli di azioni
- Elaborazione di concreti punti fondamentali di azioni positive nell'ambito delle pari opportunità a livello comprensoriale
- Raccolta di proposte di applicazione (possibili progetti, obiettivi raggiungibili, target e timing)

I **risultati** tratti dai gruppi di lavoro comprensoriali sono stati riassunti nell'ambito di un workshop generale (20 maggio 09) e discussi nel Comitato. Sulla base delle proposte dei comprensori sono state definite delle priorità ed è stato elaborato il seguente piano generale di azioni positive per le pari opportunità.

Questo dev'essere valutato e concordato con la Direzione Generale e i direttori/trici comprensoriali.

Scelta dei partecipanti e delle partecipanti per i gruppi di lavoro comprensoriali

Criteria per la scelta:

- E' auspicata la parità di trattamento (esperienze e/o formazione in ambito Gender Mainstreaming/pari opportunità)
- Competenza professionale nei rispettivi settori (di assistenza, medicina, amministrazione, servizi tecnici)
- Competenze metodologiche ed esperienze di progetti (p.e. progetti di qualità)
- Competenza decisionale
- Motivazione alla collaborazione e interesse sul tema

Composizione dei gruppi di lavoro (ca. 8 persone)

- Rappresentanti del Comitato per le Pari Opportunità
- Rappresentanti di tutti i settori (competenza professionale, competenza sulla parità di trattamento, competenza decisionale)
- Rappresentanti del settore amministrativo e dell'area delle risorse umane
- Rappresentanti delle organizzazioni sindacali

I membri del gruppo di lavoro sono stati nominati dai direttori e dalla direttrice comprensoriali. L'attività è stata riconosciuta come orario di lavoro.

Ciascun gruppo di lavoro è stato diretto dalle rappresentanti del Comitato e sostenuto da una moderatrice.

Prima dell'inizio delle attività dei gruppi di lavoro comprensoriali, predette direttrici e le moderatrici sono state dapprima preparate all'incarico con un briefing (workshop). L'attività dei gruppi di lavoro comprensoriali si è svolta in 3 sedute nel periodo gennaio - maggio 09.

I risultati dei comprensori sono stati riassunti in un workshop generale di valutazione (20 maggio 09) e sono documentati qui di seguito.

4.2. Rappresentazione riassuntiva dei risultati del lavoro dei gruppi di lavoro comprensoriali per il piano di azioni positive per le pari opportunità

Nell'appendice 3 sono stati riassunti i risultati dettagliati della discussione di ogni gruppo di lavoro comprensoriale, rappresentata la composizione dei gruppi/partecipanti e le date, così come le questioni aperte e i dati aggiuntivi necessari.

La discussione sull'elaborazione di proposte di azioni positive nei gruppi di lavoro comprensoriali è stata valutata dalle direttrici come molto positiva, costruttiva e impegnata. La grande collaborazione e il buon clima di lavoro hanno consentito una discussione produttiva e orientata

al risultato. Il risultato dei gruppi di lavoro comprensoriali rappresenta un ampio catalogo delle azioni positive "specifico per comprensorio"; sono state effettuate, inoltre, ulteriori ricerche sui dati elaborati e rilevate carenze di dati.

Le discussioni hanno dimostrato che è presente una sensibilità molto estesa nei confronti della tematica sulla parità di trattamento nell'azienda sanitaria. Le misure proposte sono da considerare eque rispetto alla multidimensionalità e complessità della problematica.

Di seguito sono riassunte le conclusioni ed i suggerimenti sulle azioni da intraprendere, così come le proposte di misure per comprensorio sanitario. La descrizione dettagliata delle misure si trovano nell'appendice 4 di questa relazione.

Conclusioni e consigli sulle azioni espresse dai comprensori:

Risultati dei comprensori	Conclusioni e consigli sulle azioni	Proposte di misure
Bolzano	<ul style="list-style-type: none"> • In quali settori bisogna migliorare le pari opportunità? • Dove sono auspicabili, necessarie delle modifiche? <ol style="list-style-type: none"> 1. Rivalutazione delle dirigenti 2. Promozione di una cultura aziendale nel lavoro part-time per la conciliazione senza perdite o riconoscimenti professionali 3. Misure sulla conciliazione: 3 a) Telelavoro come misura positiva della conciliazione 3 b) Promozione dell'assenza per paternità: il ricorso all'assenza per paternità e la consapevolezza in vigore sull'assenza per paternità 	<ul style="list-style-type: none"> • Quali misure dovrebbero venir applicate nel comprensorio? • Con quali misure, interventi si possono apportare delle modifiche? • Quali possono essere i punti di partenza? • Concessione di una quota equivalente ("Quota rosa") per uomini e donne nelle diverse commissioni e/o gruppi di lavoro a livello comprensoriale e aziendale • Sensibilizzazione dei dirigenti: organizzare corsi di perfezionamento rivolti a tutto il personale per avvicinarlo ai temi del "Gender Mainstreaming" e della "rivalutazione del personale part-time • Proseguimento e ampliamento della certificazione (audit famiglia & lavoro) soprattutto in quei reparti con un'alta percentuale di dottoresse con bambini • Aumento delle offerte e richieste per il telelavoro come misura per la conciliazione famiglia/lavoro • Elaborazione di una regolamentazione unitaria a livello aziendale sul tema "telelavoro" con la disposizione di applicare questo nella sanità in accordo con le associazioni sindacali + lavoro informativo per il personale e i dirigenti • Lavoro informativo sulle norme legislative in vigore sull'assenza per paternità • Misure di consapevolezza per la candidatura di assenza di paternità (cultura della paternità) - l'accesso e l'utilizzo deve essere occupato positivamente e aumentato • Miglioramento della cultura dirigenziale (e sensibilizzazione dei dirigenti) all'assenza per paternità

	3 c) Miglioramento e potenziamento dell'offerta di assistenza per i bambini – adeguamento alla richiesta reale (anche per gli occupati con contratto d'opera)	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento dei posti nell'assistenza per bambini aziendale, trasformazione e creazione di una propria struttura per l'asilo (incl. assistenza estiva)
Bressanone	<p>1. Miglioramento della situazione femminile e rafforzamento della loro posizione nell'assunzione di lavori di responsabilità sviluppo di provvedimenti e programmi su misura</p> <p>Ipotesi di barriere per donne nelle posizioni dirigenziali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Scarso appeal di determinate posizioni dirigenziali (come coordinatori) a causa del conflitto di obiettivi, sovraccarico, etc. • Processo di selezione (adatto ai primari?) • Criteri di discriminazione femminile? • Posizione d'impiego di fatto (sono le donne effettivamente interessate?) • Nessun assesment? <p>2. Ampliamento dell'offerta di assistenza per bambini (15 posti sono troppo pochi!)</p> <p>3. Sostegno degli occupati a tempo parziale e flessibilizzazione delle forme di lavoro a tempo parziale (è possibile fare il cambio) → Smantellamento della discriminazione di personale qualificato a tempo parziale, rivalutazione degli occupati a tempo parziale</p> <p>4. Ripresa del tema "sviluppo demografico" e sostegno di collaboratrici più anziane</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Attuazione di una consultazione attiva: "Di cosa avreste bisogno per far incontrare la conciliazione famiglia/lavoro e lo sviluppo della carriera?" • Un team di consulenti (psicologo, coach) Consulenza a sostegno attraverso la psicologia aziendale e sviluppo del personale, sostegno per i dirigenti medi – Coach per dirigenti – Coaching regolare per il TOP Management • Ampliamento dell'assistenza per bambini tutto l'anno + posti aggiuntivi per l'assistenza estiva a Bressanone e nuovo allestimento a Vipiteno • Sviluppare e promuovere altre possibilità di forme di lavoro a tempo parziale: p.e 66%, 80%, 90% Job sharing • Misure in ambito della medicina del lavoro: regolari check di salute per collaboratori/trici più anziani
Brunico	1. Creare orari di lavoro più flessibili, possibilità di lavoro a tempo parziale per tutti soprattutto per gli impiegati più anziani	<ul style="list-style-type: none"> • Trasformare orari di lavoro flessibili in azienda: p.e. creare rapporti di servizio al 10%, 20%, 30%, etc • Informazione nell'ambito di colloqui di sostegno delle collaboratrici sugli svantaggi del lavoro a tempo parziale (pensione, etc.) possibilità di perfezionamento, formazione e possibilità di carriera e assistenza di bambini
	2. Collegamento tra azienda/reparto e sostenere gli impiegati durante il congedo parentale	<ul style="list-style-type: none"> • Flusso informativo durante la maternità e il congedo parentale • Informazioni sulle possibilità di assistenza per i bambini • Misure di iscrizione alla scuola dopo il

	<p>3) Le posizioni dirigenziali devono essere legate a determinate competenze e isruzione (Management-Know-How)</p> <p>4) I nuovi assunti devono ruotare in diversi posti di lavoro</p>	<p>congedo parentale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Creazione di Know-How dirigenziale, soprattutto nell'ambito di incentivi ai collaboratori/trici
Merano	<p>1. Miglioramento del rientro in servizio del personale dopo una lunga assenza</p> <p>2. Sviluppo di proposte per modelli di lavoro diversi (p.e. reparti con collaboratori/trici a tempo parziale); rivalutazione e parità dei/delle dipendenti a tempo parziale</p> <p>3. Creare possibilità di carriera per gli occupati part-time</p> <p>4) Incentivo alla motivazione e stima dei collaboratori/trici (p.e. nella suddivisione dei turni)</p> <p>5) Incentivare le donne nelle posizioni direttive</p> <p>6) Orario di lavoro adeguato all'età</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Periodo di inserimento (formazione) e misure per collaboratori/trici dopo un'assenza prolungata (maternità, malattia, assistenza di parenti, etc.) • Modelli di orari di lavoro più flessibili in ambito del part-time (p.e. 60%, 90%, etc.) • Iniziative per un rapporto di lavoro più "allentato" tra tempo parziale/tempo pieno • Informazione ai collaboratori/trici sulle conseguenze riguardo alla pensione, al pagamento volontario di contributi, etc soprattutto per quelli che vogliono il tempo parziale; • Idea dell'introduzione del telelavoro • Far affluire nella scelta dei dirigenti la competenza sociale • Giornate di ferie e di orario di lavoro (senza detrazioni dalla pensione) per collaboratori/trici

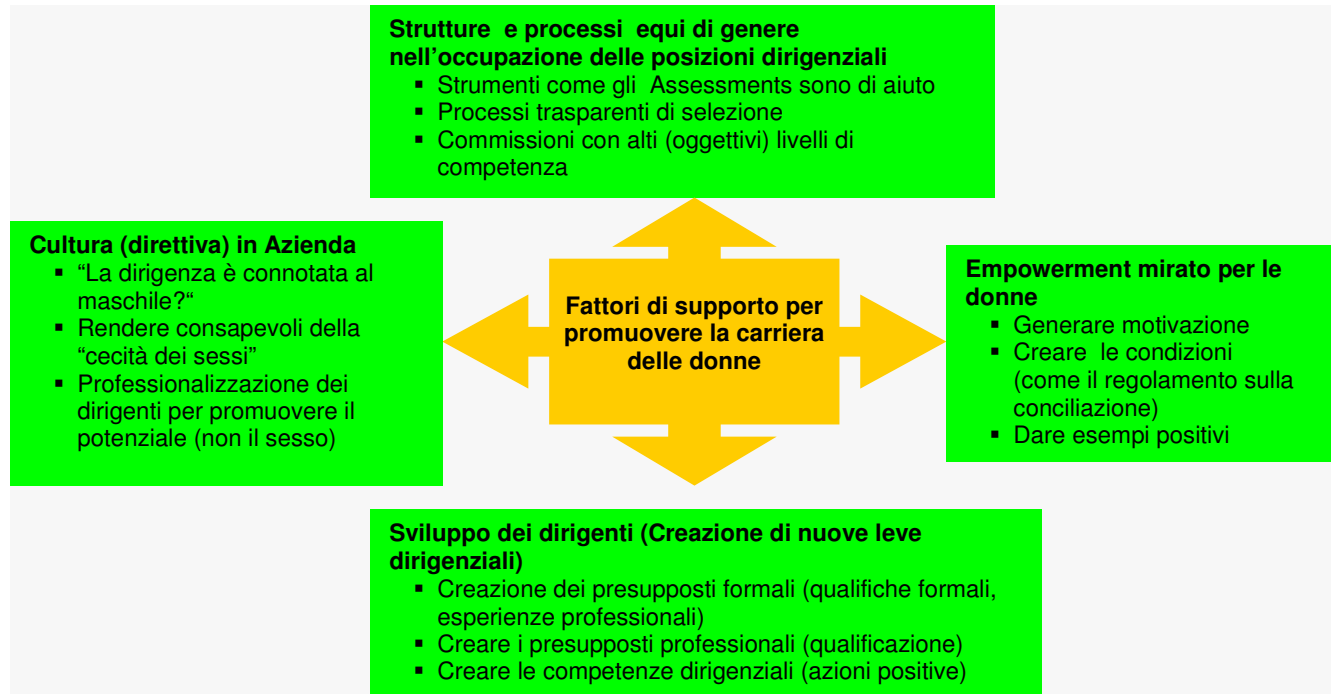
4.3 Excursus: "Promozione delle donne nelle posizioni dirigenziali"

Il tema "Promozione delle donne nelle posizioni dirigenziali" è stato discusso ampiamente e in dettaglio nei gruppi di lavoro comprensoriali.

Tra le cause e i motivi principali del perché la percentuale di donne nelle posizioni dirigenziali nell'azienda sanitaria sia particolarmente bassa sono:

- Le donne partecipano troppo poco a gare, bandi
- Alle donne mancano spesso volte precedenti esperienze (necessarie, professionali)
- Le donne sono troppo poco interessate ai compiti dirigenziali
- I dirigenti hanno spesso poco appoggio da parte dell'organizzazione (soprattutto coordinatori/trici); il lavoro dirigenziale è stressante e poco attrattivo
- Gli obblighi famigliari vengono visti come motivo di impedimento
- Le donne trovano poco appoggio da parte dell'organizzazione a candidarsi
- Le posizioni dirigenziali sono "riservate" agli uomini – dirigere è una "connotazione maschile"
- Ed altro ancora

Il grafico che segue rappresenta quei fattori, che sono da prendere in considerazione come presupposti per poter aumentare sistematicamente la percentuale di donne dirigenti nell'organizzazione



5) Piano di azioni positive per le pari opportunità nell'azienda sanitaria (2009-2012)

Sulla base dei risultati dei gruppi di lavoro comprensoriali e delle valutazioni e priorità fissate nei workshops si possono riassumere i seguenti punti fondamentali e il pacchetto di misure per il piano di azioni positive per le pari opportunità 2009-2012.

Nell'applicazione dei singoli pacchetti di misure bisogna riallacciarsi a singole, concrete proposte di misure e ai pacchetti elaborati dai gruppi di lavoro comprensoriali (vedi appendice 4).

5.1. Riepilogo delle principali misure per le Pari Opportunità

Principali misure per le Pari Opportunità – 2009 – 2012 – Comitato per le Pari Opportunità

I.) Pacchetto di misure per il miglioramento delle carriere delle donne nell'azienda

Misure concrete:

- **Costituzione vincolante delle commissioni di concorso secondo la previsione normativa** (1/3 percentuale di donne) e comunicazione della composizione della commissione prima della pubblicazione al Comitato per le Pari Opportunità (adozione mediante la Direzione Generale: ordine scritto)

Misure prioritarie:

- **Sondaggio:** Effettuazione di un sondaggio attivo e rappresentativo fra il personale qualificato femminile (medico e assistenziale) con quesiti sulla conciliazione tra famiglia/lavoro e sviluppo della carriera.
- **Verifica delle procedure per la selezione e la occupazione di posizioni dirigenziali** (ricerca di dati su bandi e concorsi degli ultimi 3 anni, applicazioni di procedimenti equi di genere, Standards/Assessment)
- **Adozione di una composizione paritaria di genere** (Obiettivo: min. 30% di donne) nelle diverse commissioni e/o gruppi di lavoro a livello comprensoriale e aziendale (applicazione obbligatoria di questo obiettivo nelle composizioni nuove e successive)

Misure successive:

- Sviluppo di nuove leve dirigenziali mirate: costituzione mirata di nuove leve dirigenziali femminili (programmi di Mentoring, sostegno nell'acquisizione dei requisiti necessari professionali e esperienze lavorative, etc.)
- Misure di qualificazione per le donne (Empowerment, qualificazione, motivazione, etc.)

- Formazione di sensibilizzazione dei dirigenti: corsi di aggiornamento per dirigenti nei diversi settori (Gender Mainstreaming, rivalutazione del personale part-time, sostegno alle donne e utilizzo delle potenzialità femminili per futuri incarichi dirigenziali, competenze sociali e gestione di collaboratori/trici)
- Sondaggio fra i dirigenti e creazione di una struttura di supporto all'interno dell'azienda per i dirigenti - team di consulenti (psicologo, coach)/consulenza di sostegno, coaching attraverso il servizio psicologico interno e lo sviluppo del personale per i dirigenti intermedi, coaching regolare per il TOP Management (vedi proposta di misure/pacchetto di misure 3) –Bressanone)

Argomenti chiave:

- ⇒ Lavoro di gruppo esteso a tutti i comprensori sul tema "Miglioramento della carriera femminile in azienda"
- ⇒ Direzione: Comitato per le Pari Opportunità e Ripartizione del Personale
- ⇒ Membri del gruppo di lavoro: dirigenti di tutti i settori professionali, dell'amministrazione, così come rappresentanti sindacali
- ⇒ Inizio del lavoro di gruppo: fine 2009

Struttura e tempistica per l'esecuzione del pacchetto di misure I):

- Lavoro di gruppo esteso a tutti i comprensori sul tema "Miglioramento della carriera femminile in azienda"
- Direzione: Comitato per le Pari Opportunità e Ripartizione del Personale
- Membri del gruppo di lavoro: dirigenti di tutti i settori professionali, dell'amministrazione, così come rappresentanti sindacali
- Inizio del lavoro di gruppo: fine 2009

Output: Vantaggi per l'organizzazione – risultati (obiettivi) fino a fine 2012:

- ⇒ Aumento misurabile e statistico della percentuale di donne nelle posizioni dirigenziali in tutti i settori
- ⇒ Implementazione di procedimenti equi di genere e standard di qualità nei bandi e nella formazione delle posizioni dirigenziali
- ⇒ Mentoring per le nuove leve dirigenziali femminili: progetto pilota
- ⇒ Miglioramento della stima e il sostegno nei confronti delle donne
- ⇒ Applicazione di specifiche misure di qualificazione per il potenziamento e il rafforzamento delle competenze dirigenziali in generale (ca. il 40% dei dirigenti hanno assolto in questo periodo queste misure)
- ⇒ Realizzazione dei primi progetti pilota sulla conciliazione fra part-time e incarichi dirigenziali, così come telelavoro.
- ⇒ Creazione in azienda di un'immagine positiva della "donna e dell'incarico dirigenziale al femminile"

II. Pacchetto di misure per la conciliazione fra famiglia e lavoro (per uomini e donne)

Misure concrete/prioritarie:

- **Sviluppo dell'offerta aziendale di assistenza alla prole orientata alle esigenze e più flessibile** (asili e assistenza estiva per bambini) – è già presente un gruppo di lavoro

Ulteriori misure

- Proseguimento dell' **audit "famiglia e lavoro"** (trasformazione di progetti pilota in reparti selezionati)
- **Rientro in servizio pianificato in modo sistematico** e sostenuto (realizzazione in azienda di un programma per dirigenti in collaborazione con l'ufficio del personale – colloqui obbligatori di uscita e rientro in servizio, rimanere in contatto e migliore flusso informativo, partecipazione a manifestazioni e corsi di aggiornamento durante il congedo parentale, etc.)
- Sfruttare la **flessibilità dell'orario di lavoro** e **offrire modelli di lavoro flessibili** mirati, avvio del fenomeno "persistenza del part-time", ampia informazione in azienda sulle possibilità e conseguenze del part-time, rivalutazione di forme di orario di lavoro part-time
- **Introduzione di telelavoro** (per più reparti e settori, verifica delle possibilità, trasformazione di progetti pilota)
- Promozione mirata dell' **assenza per paternità**

Argomenti chiave:

- ⇒ Un'offerta di assistenza per bambini orientata alle **necessità** consente alle madri/padri di migliorare il loro "impegno lavorativo" (quantità e qualità) (soprattutto nei mesi estivi e in relazione agli orari di servizio)
- ⇒ Misure di conciliazione e un'uscita e rientro in servizio organizzato sistematicamente impedisce un "Drop-Out" dovuto alla famiglia e lunghi periodi di assenze che portano a perdite di qualificazione. I costi aziendali (alti costi di istruzione, costi di ricerca e selezione, frizioni e ricadute su tutti i team coinvolti, etc.) possono venir ridotti/evitati.
- ⇒ Sviluppo demografico: il personale qualificato più giovane (medicina e assistenza) è circa per l'80% femminile e prima della fase della fondazione della famiglia: un'uscita (dovuta alla famiglia) di questo gruppo di età aggrava l'azienda di problemi di reclutamento. I costi sociali e individuali a parte (gli alti costi di formazione non sono stati "ammortizzati")

Struttura e tempistica per l'esecuzione del pacchetto di misure II):

- ⇒ Lavoro di gruppo esteso a tutti i comprensori sullo sviluppo e applicazione di “misure innovative per la conciliazione nell'azienda sanitaria”
- ⇒ Direzione: Comitato per le Pari Opportunità e Ripartizione del Personale (con coinvolgimento delle rappresentanti sindacali)
- ⇒ Inizio del lavoro di gruppo: fine 2009
- ⇒ Esecuzione fino a fine 2012

Output: Vantaggi per l'organizzazione – risultati (obiettivi) fino a fine 2012:

- ⇒ L'offerta aziendale di assistenza per bambini è aumentata e corrisponde più o meno alle necessità delle madri e padri occupati in azienda: le risorse del personale dei “genitori” possono essere mantenute; rendimento ottimale in azienda
- ⇒ Applicazione di un programma speciale in ambito di “rientro in servizio, diverse misure e colloqui mirati con collaboratori/trici per quelli che rientrano in servizio, gli assenti per congedo parentale, etc.” attraverso l'ufficio del personale in reparti selezionati (ca. 50% degli assenti sono stati fino a fine 2012 coinvolti nel programma)
- ⇒ Facilitazione del rientro in servizio e miglioramento del livello di qualificazione per periodi di assenza prolungati
- ⇒ Successo nell'applicazione di progetti pilota nel settore dell'audit “famiglia e lavoro”, così come nel telelavoro
- ⇒ Trasferimento dei risultati su più comprensori/reparti
- ⇒ Riduzione del cambio di personale nei reparti; più continuità del personale
- ⇒ Aumento delle motivazioni e miglioramento delle possibilità di carriera in azienda dei dipendenti con figli
- ⇒ Variazione statistica che può essere ricostruita nell'utilizzo di modelli flessibili di part-time (all'infuori dei modelli PT del 50% e 75%)
- ⇒ Il sostegno attivo dei modelli di assenza per paternità c'è e viene già utilizzato

III.) Sviluppo demografico e aspetti di genere (“Productive Ageing”)

Misure concrete:

- Confronto con il tema dello sviluppo demografico e degli effetti sugli occupati negli anni a venire
- Realizzazione di relazioni di esperti e manifestazioni di sensibilizzazione sul tema sviluppo demografico, Productive Ageing/modelli adeguati all'età nel mondo del lavoro
- Riflessioni sui modelli di lavoro parziale a seconda dell'età
- Creazione di posti di lavoro adeguati all'età

Struttura e tempistica per la realizzazione del pacchetto di misure III):

- ⇒ Gruppo di lavoro strategico per la preparazione del tema nell'organizzazione
- ⇒ Direzione: Direzione (con la collaborazione della ripartizione del personale, del Comitato per le Pari Opportunità, così come dei sindacati)
- ⇒ Inizio del gruppo di lavoro: 2010
- ⇒ Fino a fine 2012

Output: Utilizzo e risultati (obiettivi) fino a fine 2012:

- ⇒ Confronto intensivo sul tema “invecchiamento” ed effetti dello sviluppo demografico sugli occupati e sull'azienda
- ⇒ Creazione del Know-How e creazione di una consapevolezza sulle questioni della “produttività” diventare anziani in azienda e modelli di orario di lavoro e organizzazione del lavoro adeguato all'età
- ⇒ Prime riflessioni e concezione di misure pilota in ambito “Productive Ageing” (valutazione lavorativa, sensibilizzazione dei dirigenti, modelli di orari di lavoro adeguati all'età e organizzazione del posto di lavoro, tra gli altri)
- ⇒ Fino a fine 2012: inizio dell'applicazione dei progetti pilota su questo tema

Appendice:

Appendice 1: Valutazioni dell'analisi dei dati: Dati generali sugli occupati e per diverse caratteristiche strutturali

Dati generali sugli occupati

In totale sono occupate presso l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige **10.155 persone**; di cui **7.203 donne (= 70,93%)** e **2.952 uomini (= 29,07%)**.

Di seguito sono rappresentati **gli occupati per sesso e per tipo di contratto di lavoro/incarico**. Come evidenziato dal grafico la maggior parte degli occupati si concentra sui **dipendenti (BED)** che con **9.076 persone** rappresentano circa il 90% di tutti gli occupati.

Il secondo gruppo comprende i **liberi professionisti/contrattisti d'opera (FRE)** con **771 persone** che rappresentano il 7,6% degli occupati, seguiti dal gruppo dei convenzionati (KON = medici di base) con 135 persone (= 1,3% degli occupati).

Il seguente grafico mostra la composizione per sesso (per M = maschile e W/F = femminile)¹¹.

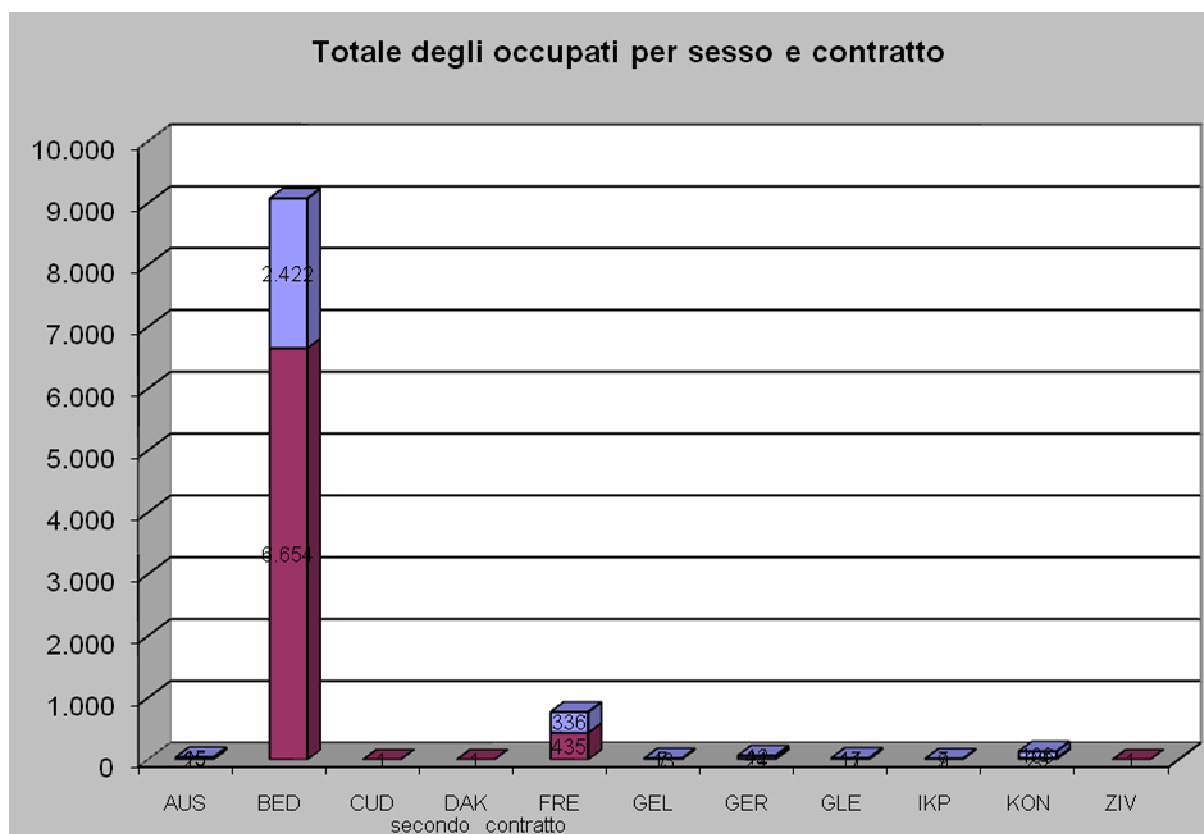


Grafico 1: Totale degli occupati per sesso e contratto

¹¹ Questa abbreviazione è valida per tutti i grafici seguenti.

L'analisi del personale occupato per sesso in assoluto ed in percentuale evidenziano il seguente quadro:

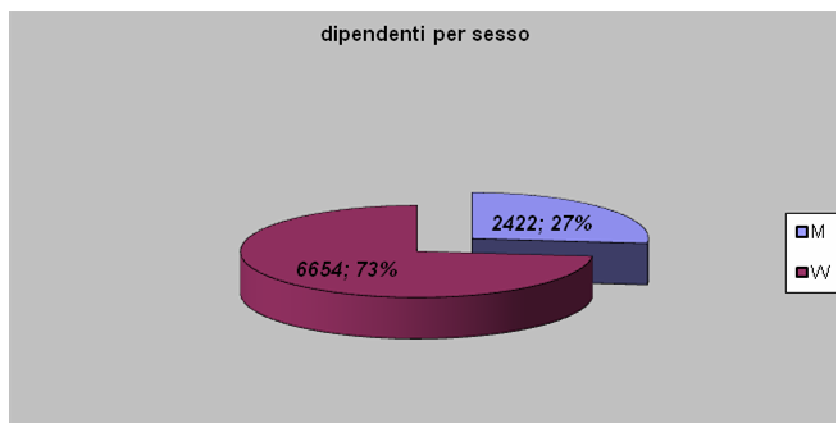


Grafico 2: dipendenti per sesso

Quasi $\frac{3}{4}$ (73% = 6.654) del personale dipendente di tutta l'azienda è femminile, un po' di più di $\frac{1}{4}$ (27% = 2422) maschile.

Dati sugli occupati (dipendenti) per sesso e comprensorio

Il grafico 3 presenta la suddivisione del personale dipendente nei singoli comprensori

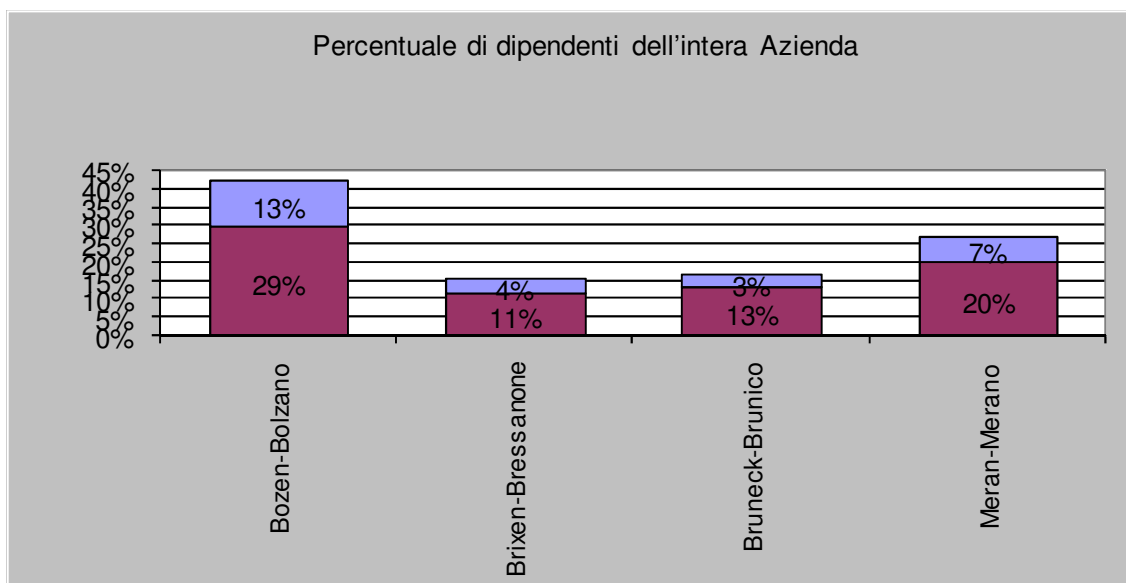


Grafico 3: dipendenti per sesso e comprensorio

Nel comprensorio di Bolzano sono occupati/e, rispetto all'Azienda sanitaria, il 42% dei/delle dipendenti, a Bressanone il 15%, a Brunico il 16% e a Merano il 27%.

La divisione percentuale dei due sessi nei singoli comprensori sanitari è come segue (senza grafico): Bolzano (70% f, 30% m), Bressanone (75% f, 25% m), Brunico (80% f, 20% m), Merano (74% f, 26% m).

Dati sugli occupati per sesso, orario di lavoro e per comprensorio sanitario

Dipendenti per sesso e orario di lavoro:

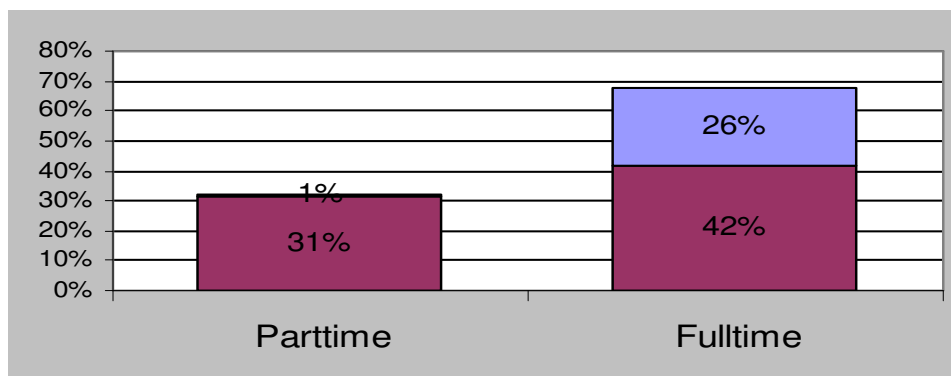


Grafico 4: dipendenti per sesso e orario di lavoro

Il 32% dei/delle dipendenti lavorano part-time (PT), il 97,5% del personale occupato a tempo parziale è femminile (2.843). La percentuale di occupate con lavoro a tempo pieno (FT) è del 61,9%.

In totale circa il 43% (=2.843) del personale femminile lavora a part-time; il 57% (= 3.811 di tutte le 6654 donne) lavora full-time.

Il personale occupato PT si suddivide in quasi un'eguale proporzione: al 50% PT (= 17% di tutti i dipendenti) ed al 75% (= 15% di tutti i dipendenti).

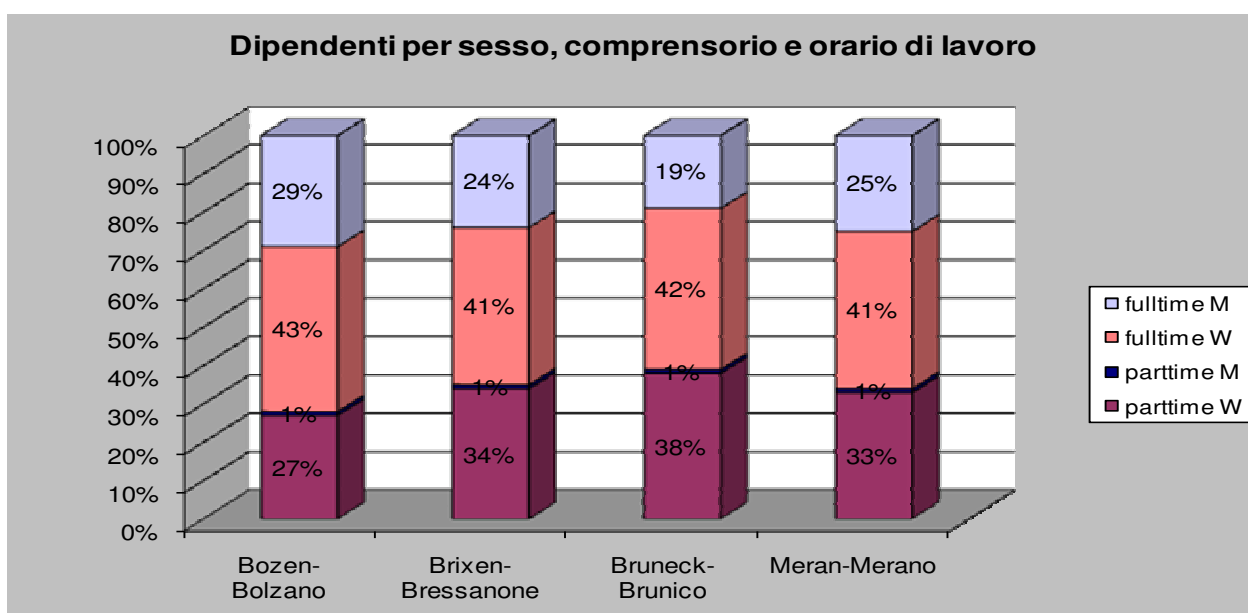


Grafico 5: Dipendenti per sesso, comprensorio e orario di lavoro (W=F)

La distribuzione dei/delle dipendenti fulltime e part-time per comprensorio mostra leggere differenze.

A Bolzano la quota degli/delle occupati/e PT con il 28% risulta inferiore alla media; nei comprensori di Merano (con il 34%), Bressanone (con il 35%) e Brunico (con il 39%) risulta superiore alla media.

Prendendo in considerazione il sesso, la quota del personale occupato PT maschile (sul totale del personale dipendente) si aggira intorno all'1% (arrotondato).

Distribuzione delle donne occupate part-time, nelle diverse forme di PT, nei singoli comprensori:

Il personale occupato part-time si distribuisce in parti quasi uguali fra il 50% e il 75% dell'orario di lavoro; altre forme di occupazione PT (meno del 50% oppure tra il 50% e il 75% oppure al di sopra) sono minimamente pronunciate e rappresentano piuttosto l'applicazione di "accordi speciali".

Distribuzione delle dipendenti per forme di orario di lavoro e comprensorio

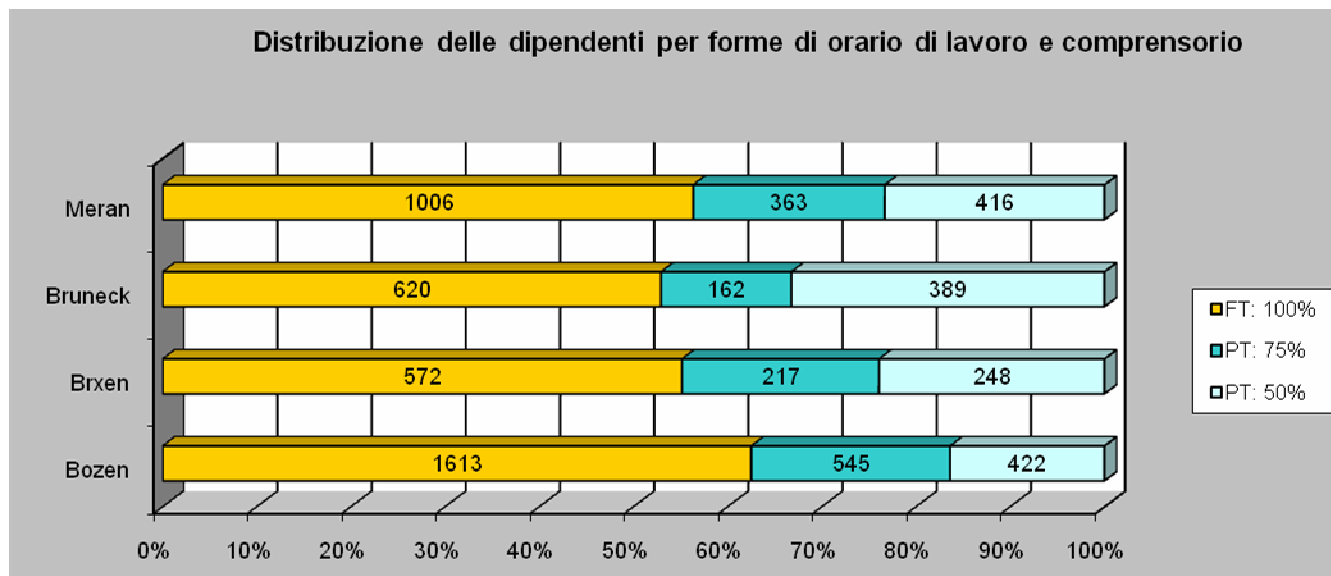


Grafico 6: dipendenti femminili per comprensorio e orario di lavoro

Dati sul personale occupato per classi di età e sesso

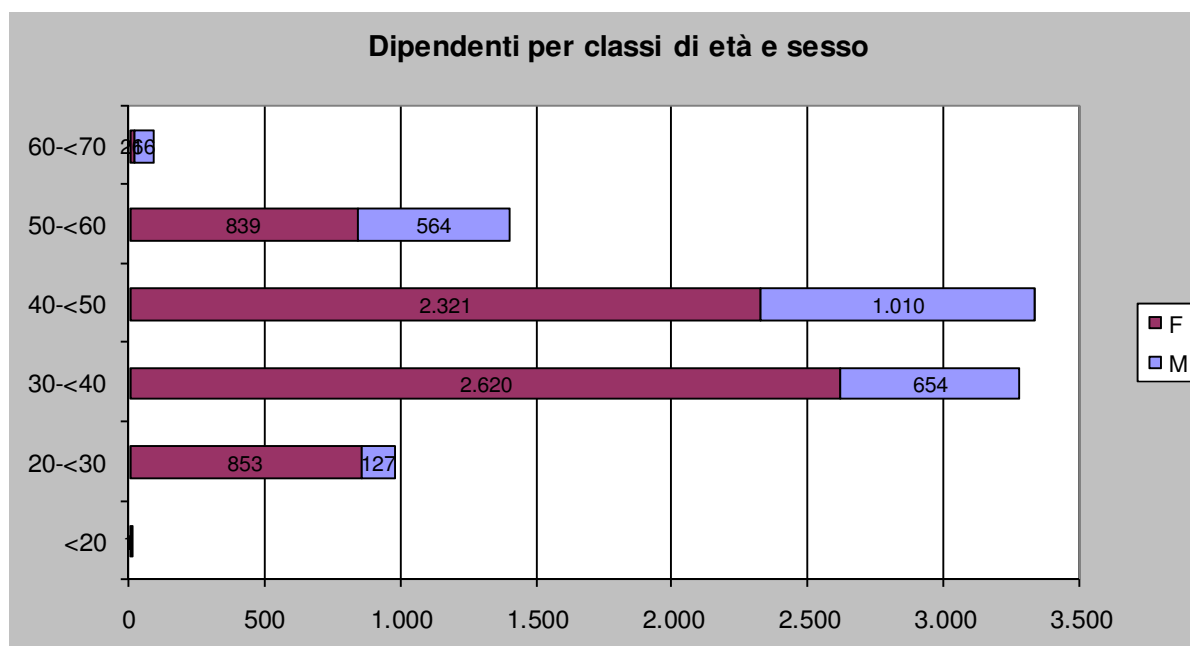


Grafico 7: dipendenti per classi di età e sesso (totale)

Tabella: Dati totali sul personale occupato per classi di età e sesso (in %)

Alter -età	F	M	Totale
<20	0%	0%	0%
20-<30	9%	1%	11%
30-<40	29%	7%	36%
40-<50	26%	11%	37%
50-<60	9%	6%	15%
60-<70	0%	1%	1%
	73%	27%	100%

Dipendenti per sesso, classi di età e comprensorio

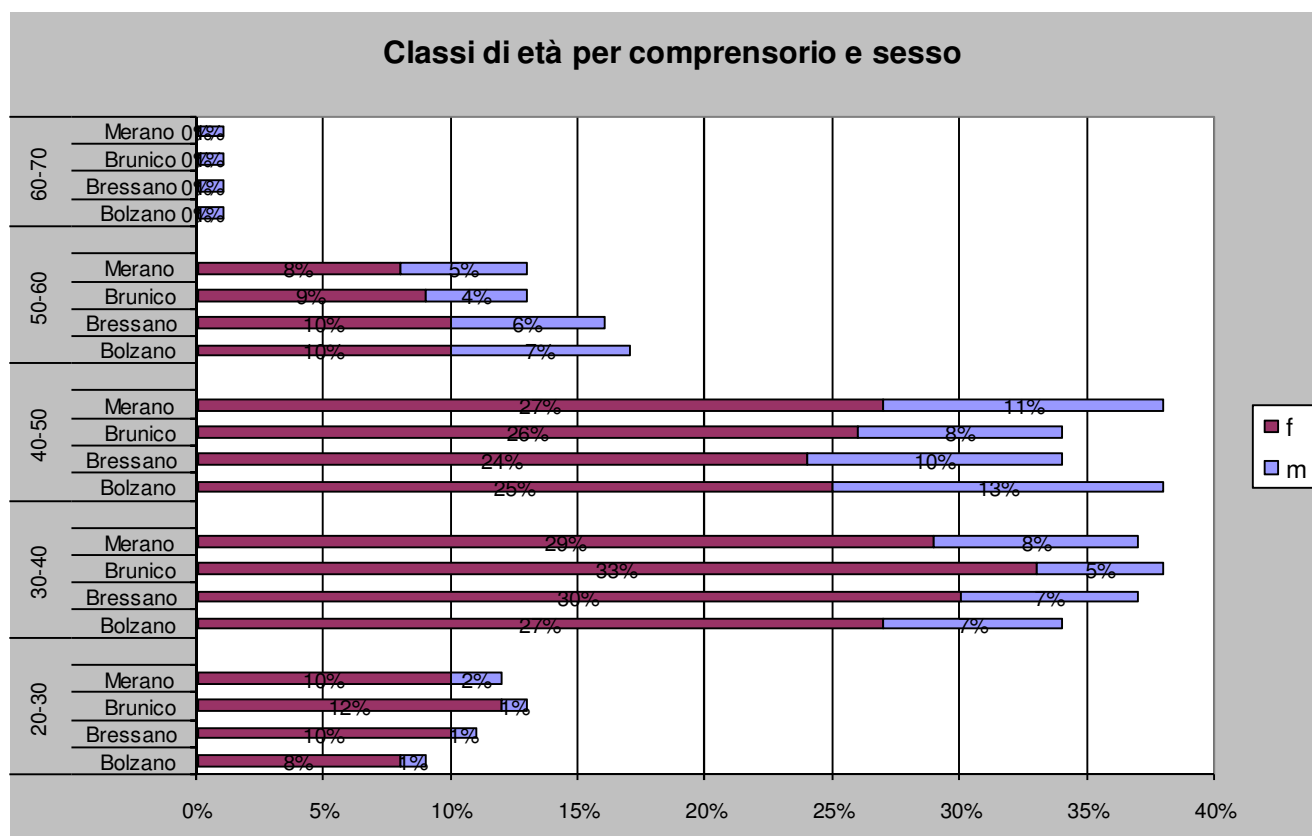


Gráfico 8: dipendenti per classi di età, sesso e comprensorio

Dati sul personale occupato per classi di età, orario di lavoro e sesso

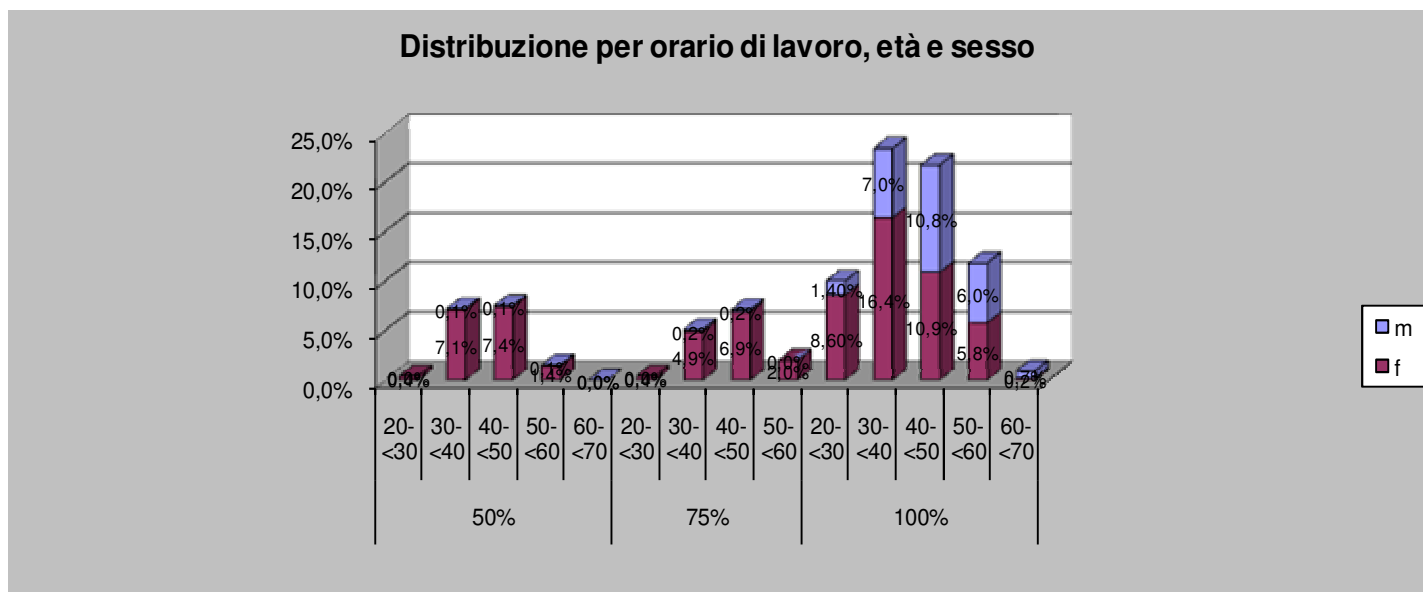


Grafico 9: Dipendenti per classi di età, sesso e forme di orario di lavoro

La suddetta distribuzione (grafico 9) mostra il **totale dei/delle dipendenti per forme di orario di lavoro (50%, 75% e 100%), sesso e classi di età.**

Percentuali di orario di lavoro che si collocano tra queste percentuali non sono statisticamente rilevanti (sotto l’%).

L’osservazione per comprensori rivela un quadro simile (per questo è stata tralasciata una valutazione dettagliata per comprensorio).

Dati sul personale occupato per ruolo, orario di lavoro e sesso

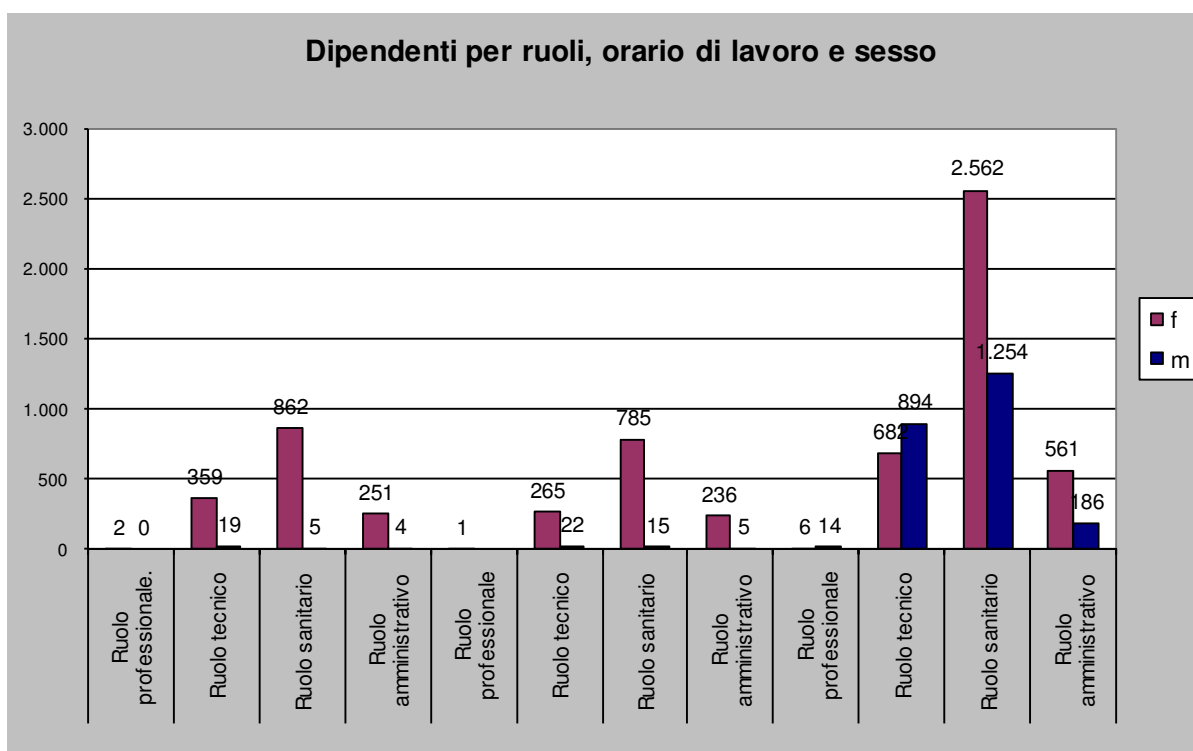


Grafico 10: Dipendenti per ruoli, orario di lavoro e sesso

Analisi supplementare su suddetta distribuzione:

Totale	599	1082	45%
---------------	------------	-------------	------------

Distribuzione per sesso e per figure professionali/ruoli nell'Azienda sanitaria (in %):

Ruoli	Femminile	Maschile	Totale
Ruolo professionale	42,3%	57,7%	100%
Ruolo tecnico	58,5%	41,5%	100%
Ruolo sanitario	77%	23%	100%
Ruolo amministrativo	84,6%	15,4%	100%

Distribuzione del personale femminile occupato per orario di lavoro e per figure professionali/ruoli dell'Azienda sanitaria (in %)

Ruoli	Distribuzione delle donne per PT/FT			
	50%-PT	75%-PT	100%-FT	Totale f in %
Ruolo professionale	18%	27%	55%	100%
Ruolo tecnico	27%	21%	53%	100%
Ruolo sanitario	20%	18,5%	60,5%	100%
Ruolo amministrativo	24%	22,5%	53,5%	100%

Dati sul personale occupato per funzioni direttive: analisi dei quadri dirigenti

Quadri dirigenti (o vice-dirigenti per sesso e comprensorio sanitario (totale e in %))

COMPENSORIO SANITARIO	FUNZIONE	F	M	Totale
Bolzano/Bozen	Dirigente	130	172	302
	Vice-dirigente	87	60	147
	Totale	217	232	449
Bressanone/Brixen	Dirigente	43	76	119
	Vice-dirigente	33	29	62
	Totale	76	105	181
Brunico/Bruneck	Dirigente	50	71	121
	Vice-dirigente	24	27	51
	Totale	74	98	172
Merano/Meran	Dirigente	65	112	177
	Vice-dirigente	51	52	103
	Totale	116	164	280
Totale azienda		483	599	1.082

Dirigenti e (vice-dirigenti) per ruolo e sesso (in numeri e in %) in totale (di tutti i comprensori sanitari)

Dirigenti per ruoli		F	M	Total	F	M
Ruolo amministrativo	Dirigente	46	51	97	47%	53%
	Vice-dirigente	21	11	32	66%	34%
	Totale	67	62	129	52%	48%
Ruolo professionale	Dirigente	3	8	11	27%	73%
	Vice-dirigente	1	1	2	50%	50%
	Totale	4	9	13	31%	69%
Ruolo sanitario	Dirigente	229	300	529	43%	57%
	Vice-dirigente	164	110	274	60%	40%
	Totale	393	410	803	49%	51%
Ruolo tecnico	Dirigente	10	72	82	12%	88%
	Vice-dirigente	9	46	55	16%	84%
	Totale	19	118	137	14%	86%
Totale		483	599	1082	45%	55%

A confronto: occupati per sesso e ruolo (in numeri e %) in generale:

La seguente tabella mostra le percentuali di donne e di uomini sul totale del personale dipendente in riferimento ai singoli ruoli:

Occupati/e per ruoli	F	F in %	M	M in %	Totale
Ruolo amministrativo	1071	84,6	195	15,4	1266
Ruolo professionale	11	42,3	15	57,7	26
Ruolo sanitario	4253	77	1276	23	5529
Ruolo tecnico	1317	58,5	936	41,5	2253
Totale	6652		2422		9074

Dirigenti per orario di lavoro e sesso

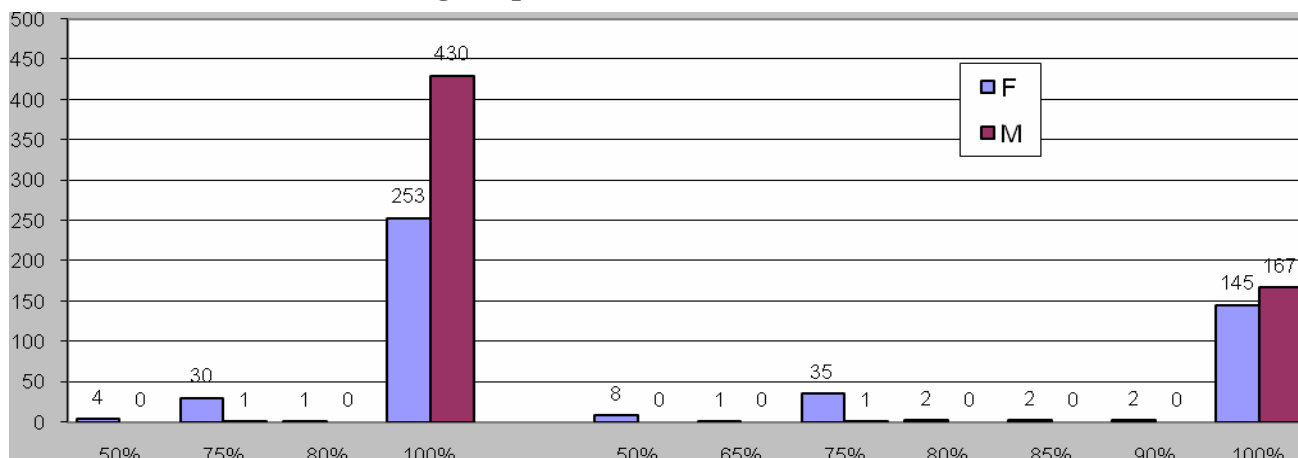


Grafico 13: Funzioni direttive per orario di lavoro e sesso

Correlazione tra diverse figure professionali ai ruoli:

Stellenpläne: zugeordnete Berufsgruppen (beispielhafte Auswahl) Piano dei ruoli: esempi di figure professionali		
Sanitätsstellenplan Ruolo Sanitario	Sanitäre/r Leiter/in - Arzt/Ärztin Sanitäre/r Leiter/in - Zahnarzt/ärztin Sanitäre/r Leiter/in - Apotheker/in Sanitäre/r Leiter/in - Tierarzt/ärztin Sanitäre/r Leiter/in - Biologe/in Sanitäre/r Leiter/in - Psychologe/in Geburtshelfer/in Kinderkrankenpfleger/in Krankenpfleger/in Logopäde/in Physiotherapeut/in Orthoptiker/in-Ophthalmologie-Assistent/in Erzieher/in Ergotherapeut/in Medizinisch-röntgentechnische/r Assistent/in Sanitätsassistent/in Masseur/in	Dirigente sanitario/a – Medico/Medica Dirigente sanitario/a - Odontoiatra Dirigente sanitario/a - Farmacista Dirigente sanitario/a - Veterinario/a Dirigente sanitario/a - Biologo/a Dirigente sanitario/a - Psicologo/a Ostetrico/a Infermiere/a pediatrico/a Infermiere/a Logopedista Fisioterapista Ortottista-assistente di oftalmologia Educatore/ricce professionale Terapista occupazionale Tecnico/a sanitario/a di radiologia medica Assistente sanitario/a Massofisioterapista e massaggiatore/ricce
Berufsbez. Stellenplan Ruolo professionale	Ingenieur/in Rechtsanwalt/anwältin Geologe/in Architekt/in Seelsorger/in	Ingegnere/a Avvocato/a Geologo/a Architetto/a Assistente religioso/a
Fachstellenplan Ruolo tecnico	Statistikinspektor/in Statistiker/in Sozialassistent/in Reinigungskraft Fachkraft Werkstatt Schneider/in Portier/in-Telefonvermittler/in Fachkraft des Magazines Hydrauliker/in Gärtner/in Tischler/in Elektriker/in Koch/Köchin Maschinenschlosser/in Dampfkesselwärter/in Altenpfleger/in und Familienhelfer/in Fachkraft Wachdienst Bademeister/in Pflegehelfer/in OSS Pflegegehilfe/in OTA spezialisierte Hilfskraft	Ispettore/ricce statistico/a Statistico/a Assistente sociale Addetto/a alle pulizie Operatore/ricce tecnico/a officina Sarto/a Portiere-centralinista Operat. tecnico/a del magazzino Impiantista idraulico Giardiniere/a Falegname/a Impiantista elettricista Cuoco/a Congegnatore/ricce meccanico/a Conduttore/ricce di caldaie a vapore Assistente geriatrico e familiare Operat. tecnico/a addetto/a alla sorveglianza Bagnino/a Operatore/ricce socio-sanitario/a OSS Operatore/ricce tec. addetto/a all'assistenza OTA Ausiliario/a specializzato/a
Verwaltungsstellenplan Ruolo amministrativo	Verwaltungsinspektor/in Technische/r Inspektor/in Verwaltungssachbearbeiter/in Sekretariatsassistent/in qualifizierte/r Sekretariatsassistent/in Amtswart/in	Ispettore/ricce amministrativo/a Ispettore/ricce tecnico/a Collaboratore/ricce amministrativo/a Assistente di segreteria Assistente di segreteria qualificato/a Commesso/a

**Appendice 2: Analisi dettagliate per comprensorio sanitario (distribuzione per ruolo, orario di lavoro e sesso rispetto al totale) e
Analisi dettaglia: dirigenti (e vice-dirigenti) per sesso e ruolo**

Comprensorio sanitario di Bolzano: Distribuzione per ruolo, orario di lavoro e sesso

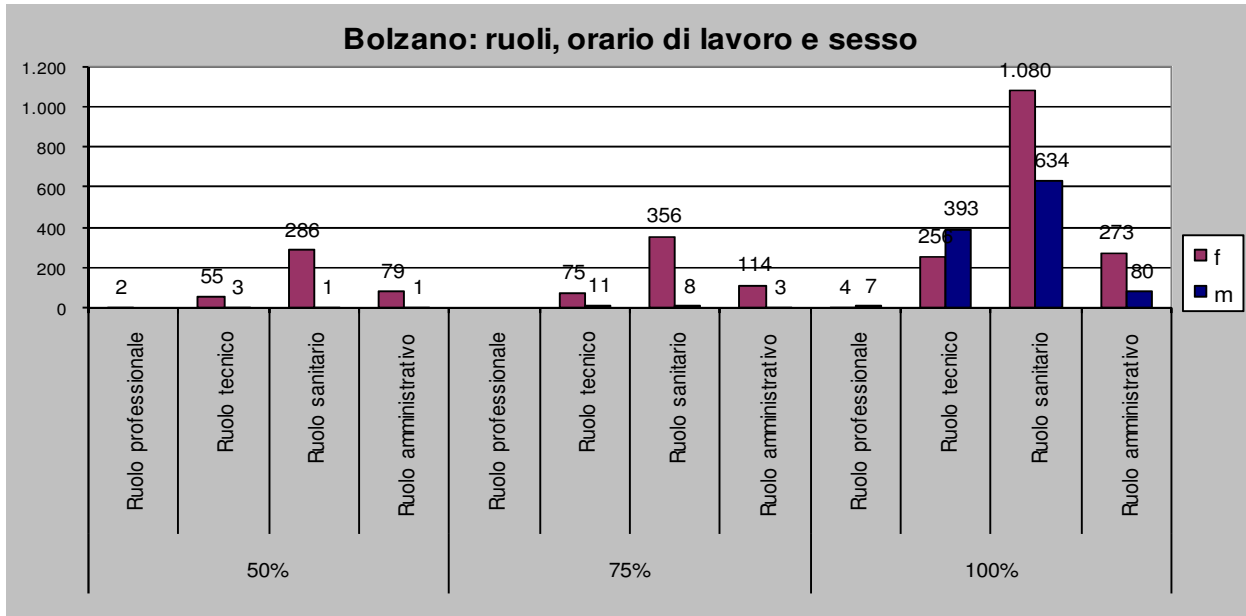


Grafico 14 Distribuzione per ruolo, orario di lavoro e sesso

Comprensorio sanitario di Bressanone: Distribuzione per ruolo, orario di lavoro e sesso

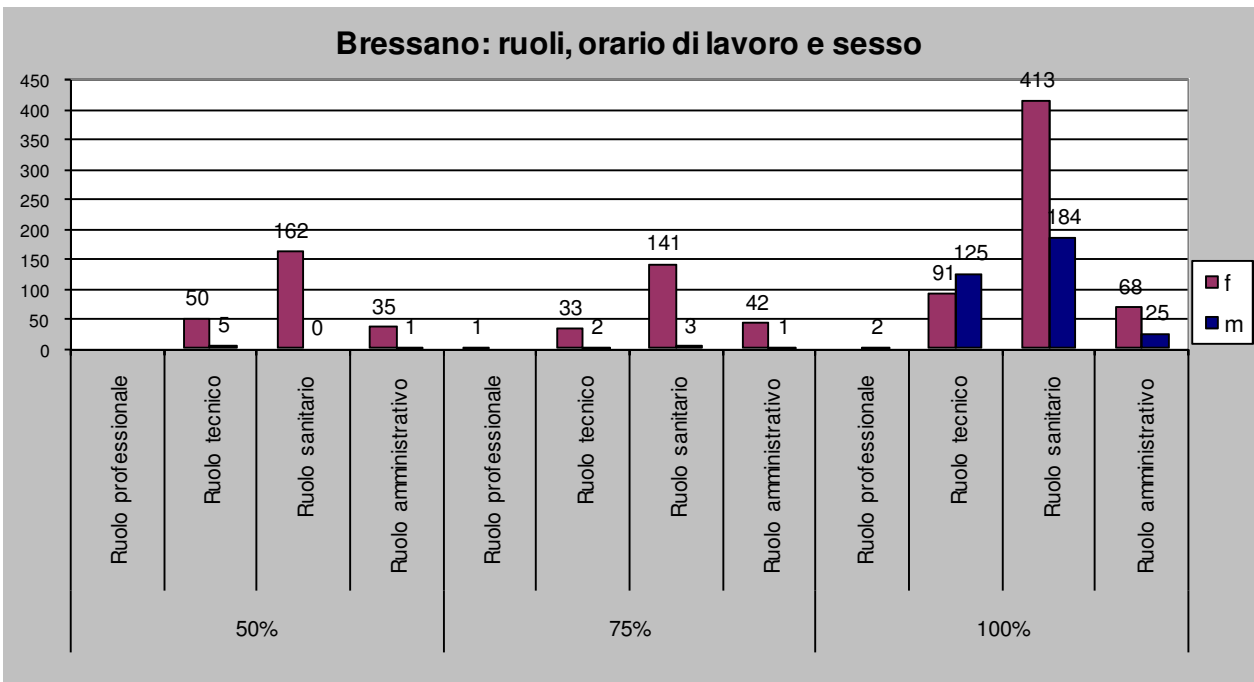


Grafico 15 Distribuzione per ruolo, orario di lavoro e sesso

Comprensorio sanitario di Brunico: Distribuzione per ruolo, orario di lavoro e sesso

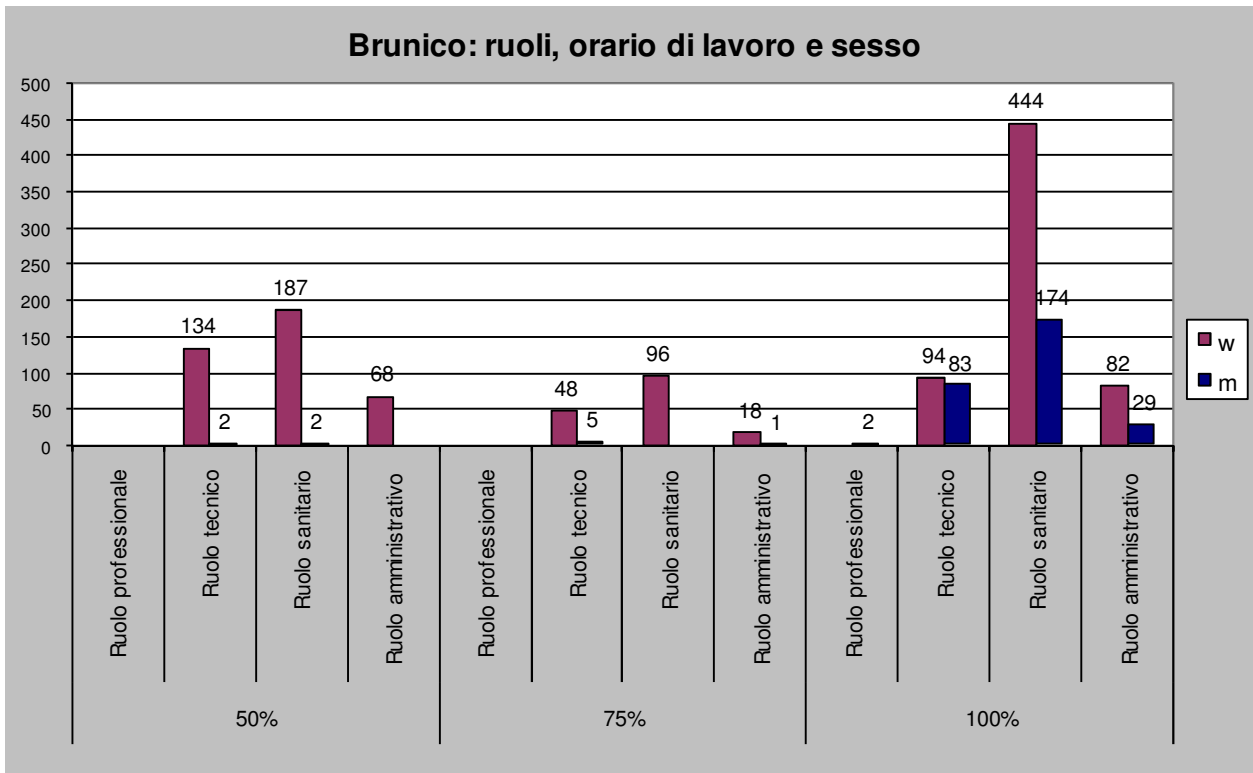


Grafico 16 Distribuzione per ruolo, orario di lavoro e sesso

Comprensorio sanitario di Merano: Distribuzione per ruoli, orario di lavoro e sesso

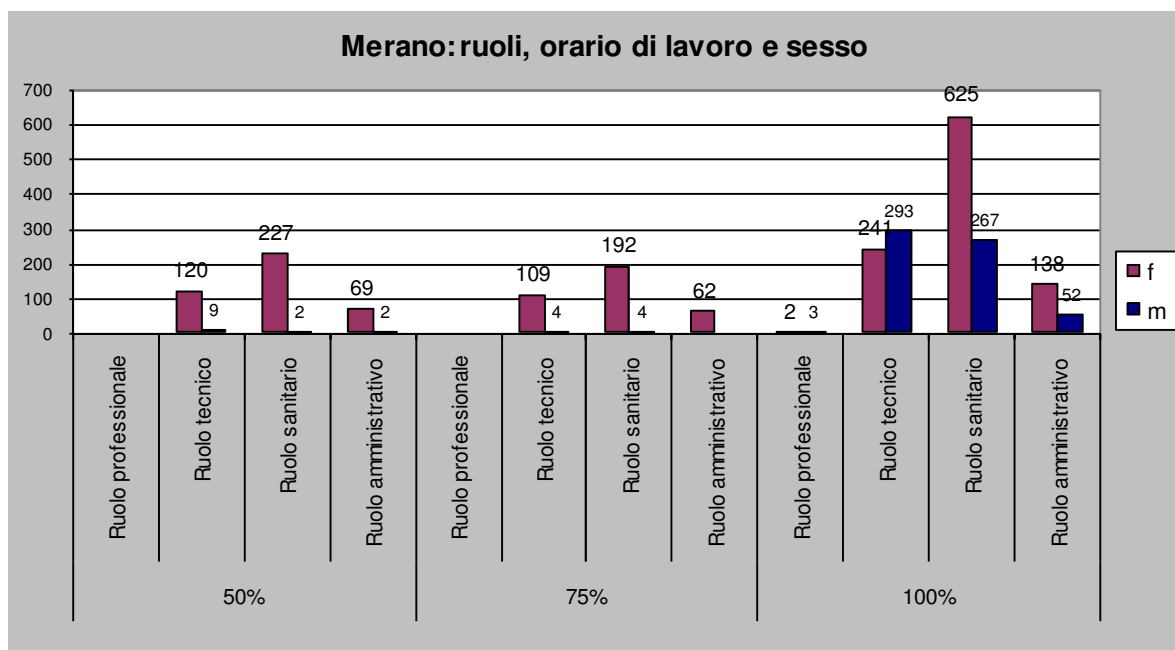


Grafico 17 Distribuzione per ruolo, orario di lavoro e sesso

Analisi dettagliate per comprensorio sanitario: dirigenti (e vice-dirigenti) per sesso e ruolo

Dirigenti per ruolo e sesso nel comprensorio sanitario di Bolzano (in %)

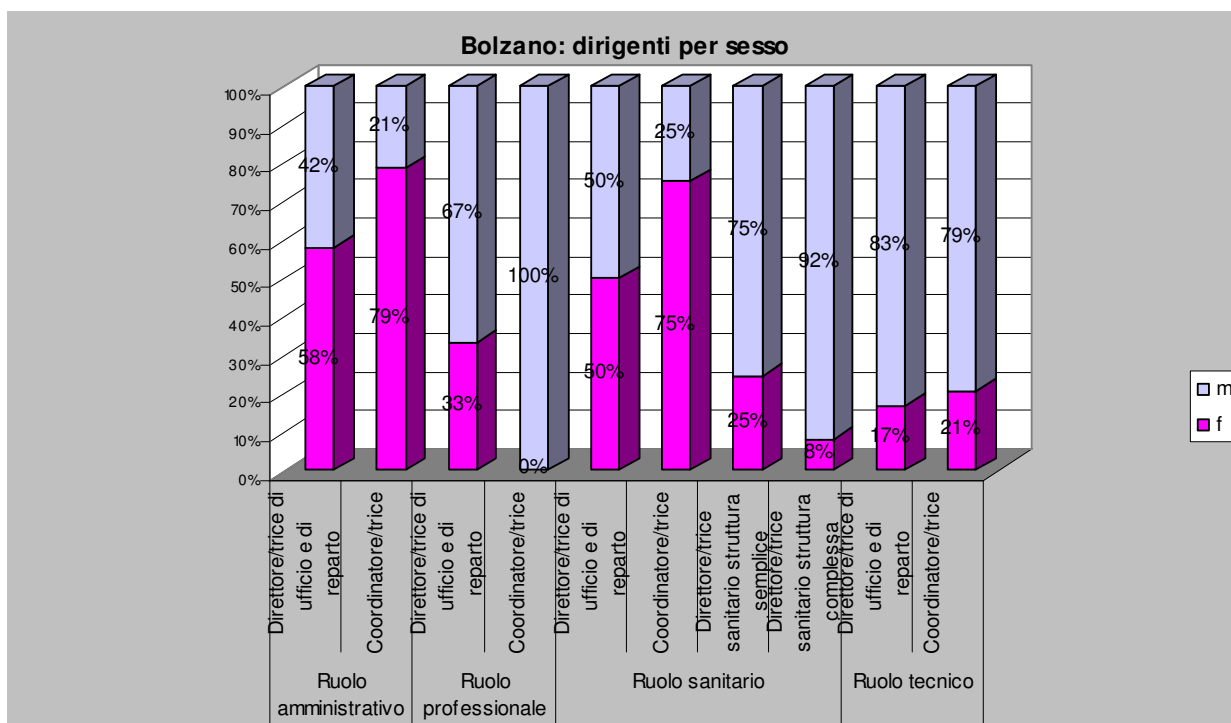


Grafico 18: Dirigenti per ruolo e sesso - Bolzano

Dirigenti per ruolo e sesso a Bolzano (in cifre)

Ruoli	INCARICO	F	M	Total	F	M
Ruolo amministrativo	Direttore/trice di ufficio e di ripartizione	18	13	31	58%	42%
	Coordinatore/trice	11	3	14	79%	21%
Ruolo professionale	Direttore/trice di ufficio e di ripartizione	2	4	6	33%	67%
	Coordinatore/trice		1	1	0%	100%
Ruolo sanitario	Direttore/trice di ufficio e di ripartizione	4	4	8	50%	50%
	Coordinatore/trice	67	22	89	75%	25%
	Direttore/trice sanitario struttura semplice	18	55	73	25%	75%
	Direttore/trice sanitario struttura complessa	4	46	50	8%	92%
Ruolo tecnico	Direttore/trice di ufficio e di ripartizione	1	5	6	17%	83%
	Coordinatore/trice	5	19	24	21%	79%
Totale dirigenti Bolzano		130	172	302	43%	57%

Dirigenti per ruolo e sesso nel comprensorio sanitario di Bressanone (in %)

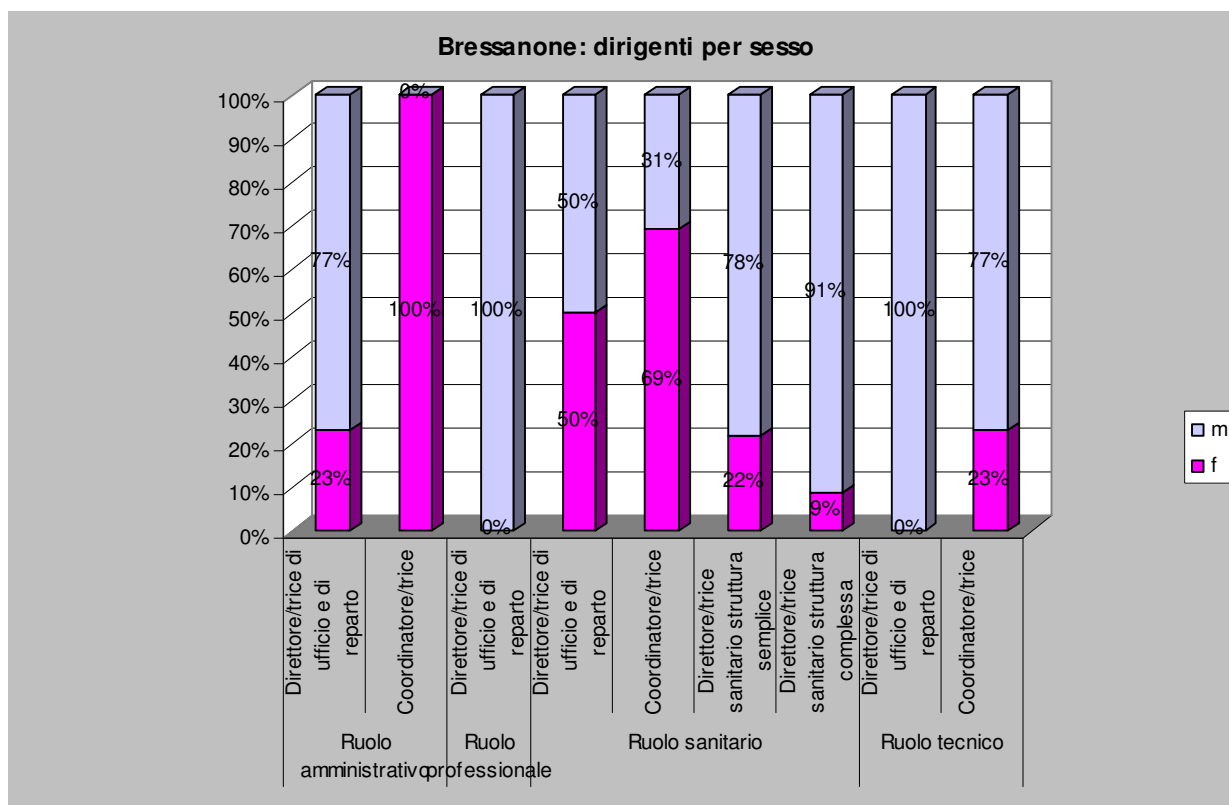


Grafico 19: Dirigenti per ruolo e sesso - Bressanone

Dirigenti per ruolo e sesso a Bressanone (in cifre)

Ruolo	INCARICO	F	M	Totale	F	M
Ruolo amministrativo	Direttore/trice di ufficio e di ripartizione	3	10	13	23%	77%
	Coordinatore/trice	2	0	2	100%	0%
Ruolo professionale	Direttore/trice di ufficio e di ripartizione	0	1	1	0%	100%
	Direttore/trice di ufficio e di ripartizione	1	1	2	50%	50%
Ruolo sanitario	Coordinatore/trice	27	12	39	69%	31%
	Direttore/trice sanitario struttura semplice	5	18	23	22%	78%
	Direttore/trice sanitario struttura complessa	2	21	23	9%	91%
Ruolo tecnico	Direttore/trice di ufficio e di ripartizione	0	3	3	0%	100%
	Coordinatore/trice	3	10	13	23%	77%
Totale dirigenti Bressanone		43	76	119	36%	64%

Dirigenti per ruolo e sesso nel comprensorio sanitario di Brunico (in %)

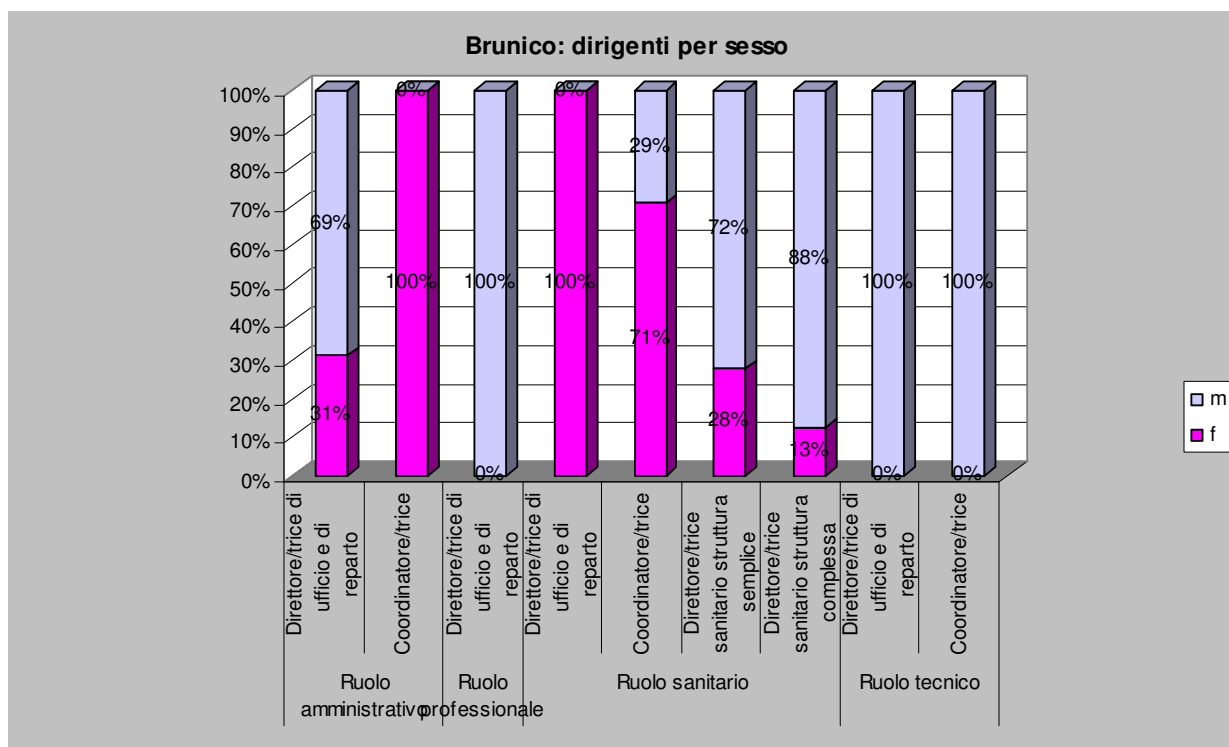


Grafico 20: Dirigenti per ruolo e sesso - Brunico

Dirigenti per ruolo e sesso a Brunico (in cifre)

Ruoli	INCARICO	F/W	M	Total	F/W	M
Ruolo amministrativo	Direttore/trice di ufficio e di ripartizione	5	11	16	31%	69%
	Coordinatore/trice	1		1	100%	0%
Ruolo professionale	Direttore/trice di ufficio e di ripartizione		1	1	0%	100%
Ruolo sanitario	Direttore/trice di ufficio e di ripartizione	2		2	100%	0%
	Coordinatore/trice	34	14	48	71%	29%
	Direttore/trice sanitario struttura semplice	5	13	18	28%	72%
	Direttore/trice sanitario struttura complessa	3	21	24	13%	88%
Ruolo tecnico	Direttore/trice di ufficio e di ripartizione		2	2	0%	100%
	Coordinatore/trice		9	9	0%	100%
Totale dirigenti Brunico		50	71	121	41%	59%

Dirigenti per ruolo e sesso nel comprensorio sanitario di Merano (in %)

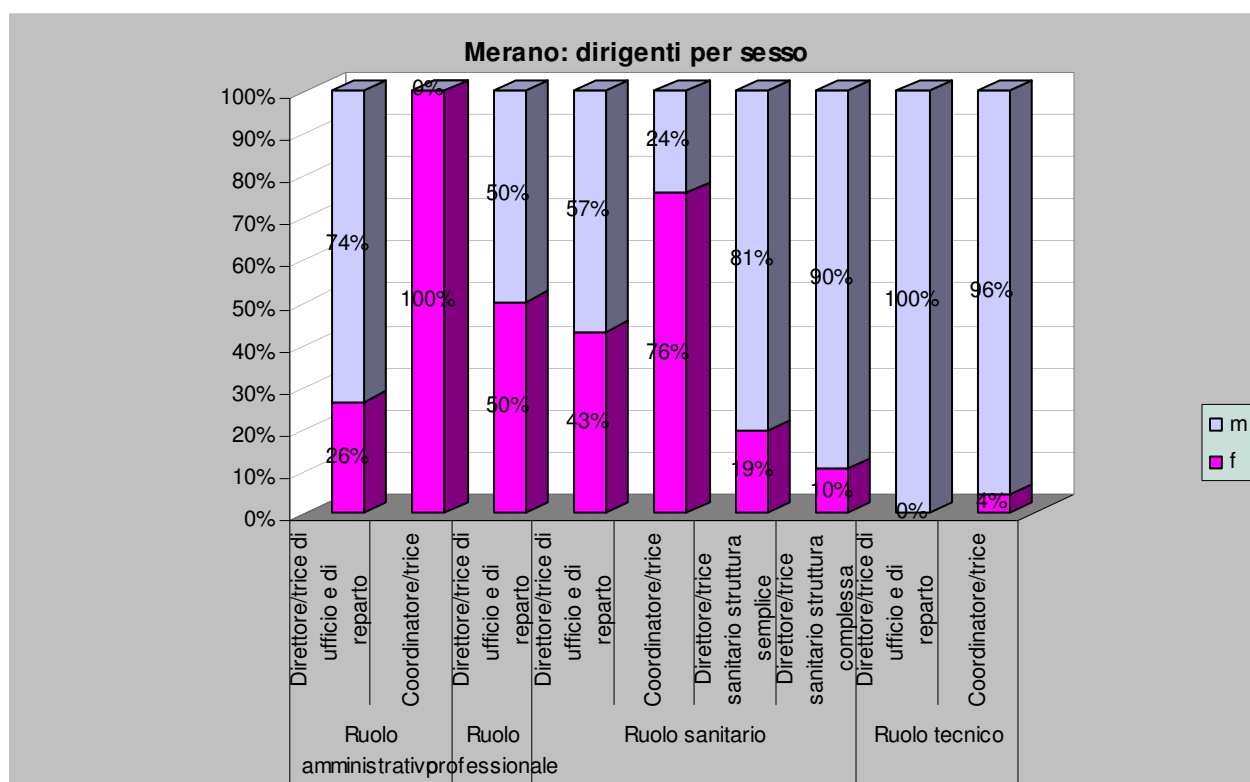


Grafico 21: Dirigenti per ruolo e sesso

Dirigenti per ruolo e sesso a Merano (in cifre)

Ruoli	INCARICO	F/W	M	Total	F/W	M
Ruolo amministrativo	Direttore/trice d'ufficio e di ripartizione	5	14	19	26%	74%
	Coordinatore/trice	1		1	100%	0%
Ruolo professionale	Direttore/trice d'ufficio e di ripartizione	1	1	2	50%	50%
Ruolo sanitario	Direttore/trice d'ufficio e di ripartizione	3	4	7	43%	57%
	Coordinatore/trice	44	14	58	76%	24%
	Direttore/trice sanitario struttura semplice	7	29	36	19%	81%
	Direttore/trice sanitario struttura semplice	3	26	29	10%	90%
Ruolo tecnico	Direttore/trice d'ufficio e di ripartizione		1	1	0%	100%
	Coordinatore/trice	1	23	24	4%	96%
Totale dirigenti Merano		65	112	177	37%	63%

Anhang 3: Arbeitsergebnisse aus den Bezirken: Maßnahmenkatalog für Chancengleichheit

Arbeitsergebnisse aus den Bezirken: Maßnahmenkatalog für Chancengleichheit

	Bozen	Brixen	Bruneck	Meran
Gesundheitsbezirk TeilnehmerInnen	Dott.ssa Flavia Basili Dott.ssa Sabrina Balduzzi Dott. Paolo Conci Paola Galetti Francesco Munini Dott.ssa Barbara Hippel Luana Casanova Stua	Dr. in Clara Astner Armin Burger Dr.in Anna Holzknecht Dr. Markus Lercher Arthur Morandell Emanuela Pattis Margit Taschler Dr. in Christina Troi Marina Cattoi	Birgit Gisser Monika Wolfsgruber Dr.in Angelika Angerer Maria Elisabeth Rieder Monika Rieder Maria Pescolderung Dr.in Dorothea Wachtler	Dr.in Fiorella Baggio Dr.in Stefanie Stollreither Toni Tschenett, Ingrid Oberparleiter Ulrike Lösch Renate Klotz Dr. Peter Spechtenhauser
Leitung	Dott.ssa Flavia Basili – Projektleiterin Luana Casanova Stua - Moderatorin	Dr.in Clara Astner – Projektleiterin Marina Cattoi - Moderatorin	Gisser Birgit/Wolfsgruber Monika - Projektleiterinnen Dr.in Wachtler Dorothea - Moderatorin	Ulrike Lösch – Projektleiterin Ingrid Oberparleiter -Moderatorin
Termine	16.02.09 16.03.09 28.04.09	16.02.09 16.03.09 23.04.09	17.02.2009 11.03.2009 15.04.2009	03.02.09 10.03.09 26.03.09
Ergebnisse				
Zusammenfassende Diskussionsergebnisse und Analysen aus den Bezirken	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Priorisierung des Themas: „Frauen in Führungspositionen“ und Aufwertung der weiblichen Führungskräfte: Frauen sind in den Gremien und in Führungspositionen nicht repräsentativ vertreten (von 46 Führungskräften in Bozen/komplexe Struktur sind 4 Frauen = 9%) ▪ Kontroversielle Diskussion um die „Rosa Quote“ ▪ Schwierigkeiten für das 	<p>Diskussion der Daten und Fragen dazu:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die meisten MitarbeiterInnen befinden sich im Alter von 30 – 50, je jünger, desto mehr Frauen. Welche Folgen? Welche Folgen in 10 Jahren? ▪ Viele Teilzeit (TZ) -Beschäftigte im Alter zw. 40 -50. Was ist der Grund? ▪ Was hindert unsere Führungskräfte in Teilzeit zu gehen? ▪ Was hindert Männer in Teilzeit zu gehen? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Bezirk Bruneck hat von allen Bezirken die höchste Anzahl an Frauen in Teilzeit und davon die meisten in 50%Teilzeit, wenige zu 75%; andere Formen gibt es nicht. Eine große Anzahl von Frauen, die 50%Teilzeit aus Familiengründen arbeiten, kehren nicht mehr in Vollzeit (VZ) oder 75% Teilzeit zurück. ▪ Je jünger die MitarbeiterInnen, desto 	<p>Vereinbarkeit von Familie und Beruf:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Veränderung der Situation und des Bedarfes an betrieblicher Kinderbetreuung (Sommerbetreuung!) ▪ Zunahme von Part-Time-Anfragen bei Ärztinnen: bedeutet

	<p>weibliche ärztliche Personal, Beruf und Familie zu verbinden (keine Teilzeit- Möglichkeit, wird nicht einbezogen in strategische Tätigkeiten der Abteilung)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Koordinierungskräfte sind nur mit Vollzeit-Anstellung möglich (aufgrund der Turnusse): ▪ Frage: Wie kann man den Turnusdienst flexibler gestalten (organisatorisch und in der Personalkultur)? ▪ Mitarbeiterinnen (als „Mütter“) mit Betreuungspflichten werden in professioneller Hinsicht als „unzuverlässig“ gesehen ▪ Es existiert ein großer Bedarf nach einer ganzjährigen Struktur für die dauerhafte Betreuung von Kindern und einer Sommerbetreuung (dzt. gibt es nur 28 Plätze in der betrieblichen Kinderbetreuung – dem stehen 60 Anfragen jährlich gegenüber) ▪ Die Ansuchen der Teilzeitbeschäftigten um Arbeitszeiterhöhung steigen stetig; werden jedoch nicht positiv und zufrieden stellend behandelt ▪ Wenig Väter nehmen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Es gibt MitarbeiterInnen die mehr arbeiten möchten und können nicht! (Stellenplan voll!). Wenn Stellen frei sind: werden vom Betrieb eher neue Mitarbeiter angestellt statt MA von TZ auf VZ? ▪ Welche Aufgaben bekommen Ärztinnen in Teilzeit? Wie wirkt sich TZ bei ÄrztInnen finanziell aus? Welche Rolle spielt TZ in Bezug auf Aufgaben, Turnusse u.s.w.? Gibt es Unterschiede in den verschiedenen Stellenplänen? ▪ TZ verlieren gewisse Zulagen: Änderung der Grundvoraussetzungen!! ▪ Aus welchem Grund bewerben sich so wenige Frauen für Führungspositionen? Wie viele Männer bewerben sich für Führungspositionen? ▪ Welcher Einfluss hat das Auswahlverfahren für Führungskräfte (Primare) auf Anzahl der weiblichen Bewerbungen (Ist der Kuchen schon verteilt? Werden Frauen davon abgeschreckt?) ▪ Karriere und Familie ist nicht vereinbar? Ein UMDENKEN ist notwendig! ▪ Frauen in Führungspositionen: wie bringt man Familie und Beruf ins Gleichgewicht? Die Frauen in Führungspositionen (Brixen-Bruneck) haben keine Kinder! ▪ Wie stehen die verschiedenen Berufsgruppen im Verhältnis (Zahl) 	<p>größer ist der Frauenanteil; bei den älteren Frauen sinkt er stufenweise.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trotz des hohen Frauenanteiles an den MitarbeiterInnen sind die Führungspositionen vor allem mit Männern besetzt. <p>Diskussion zu den Ursachen: Ad1) Warum verharren die Frauen im Teilzeit?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Angst nie mehr eine Partimestelle zu bekommen, wenn sie sie einmal aufgeben ▪ Fehlende Information bzgl. der Rentensituation (geringere Rente) ▪ Frust der Frauen, weil der Wiedereinstieg in den Beruf nach der Elternzeit, vor allem nach mehrjähriger Abwesenheit schwierig ist;(bei 50% Teilzeit lässt dieser sich leichter ertragen, allerdings verschlimmert dies die Situation noch zunehmend) ▪ Viel müssen bei Rückkehr aus der Elternzeit an einen anderen Arbeitsplatz ▪ Die Arbeitszeitmodelle sind zu starr <p>Ad2) Warum sind die Frauen jünger?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Viele kehren aus der Elternzeit nicht zurück ▪ Frauen gehen früher in Rente (vor allem früher- 	<p>gleichzeitig eine Abnahme der Karrieremöglichkeiten (durch die Anspruchsnahme von Teilzeitarbeit) Anforderungen an die Führungskräfte (und Führungsaufgaben) steigen: vermehrt Bedarf an sozialer Kompetenz</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ durch demografische Entwicklungen (Veränderung der Altersgruppenstruktur - mit erhöhtem Lebensalter ergeben sich bei Turnussarbeit vermehrt Schwierigkeiten) und ▪ Part-Time-Flexibilität (erhöhte Management- und Anforderungen an die Organisation)
--	--	--	--	---

	<p>Väterkarenz in Anspruch (Anfragen stoßen auf Schwierigkeiten von Seiten der Organisation)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Telearbeit: es existieren nur wenige Beispiele für Telearbeit (derzeit nur für wenige Bereiche); es besteht keine Regelung auf Bezirksebene 	<p>zueinander? Hat diese historische Entwicklung auf die Genderperspektive einen Einfluss?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Rückkehr von Mutterschaft/Elternurlaub ist schwierig! (für Mütter sowie für deren Vertretungen) 	<p>Babypension)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Beim ärztlichen Personal ist der Frauenanteil bei den Jungärzten immer höher <p>Ad3) Warum sind vor allem Männer in Führungspositionen?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ viele Frauen sind nicht bereit Zeit und Energie in Führungsposition zu investieren ▪ für die Direktion sind Männer bessere Führungskräfte (s. Fall von Diskriminierung) 	
Offene Fragen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wieso bewerben sich weniger Frauen für Führungspositionen? ▪ Anregung einer (anonymen) Befragung des weiblichen Personals zur Ermittlung der Gründe ▪ Wichtigkeit der Auswertung der statistischen Daten bezüglich des nicht-angestellten Personals (Werkverträge, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Warum verharren Frauen in Teilzeit? (Recherche wäre wichtig) ▪ Welche Fragen/Probleme haben junge Ärztinnen zur Vereinbarkeit von Familie und Karriere? ▪ Warum bewerben Frauen sich nicht für Führungspositionen? (Hypothese: Führungsarbeit ist unattraktiv) ▪ Führungskräfte (v.a. Koordinatorinnen) haben wenig Unterstützung in der Organisation („Akt der Klugheit, sich nicht zu bewerben“) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sind die Stellen für KrankenpflegerInnen auf den Abteilungen fix? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Haben die MitarbeiterInnen genügend Informationen bezüglich Part-Time und Pensionsansprüche? ▪ Wie kann die Umsetzung von Maßnahmen effizient kontrolliert werden?
Datenergänzungen <i>Welche Daten, Informationen wurden zusätzlich erhoben, recherchiert?</i>	<p>Folgende Daten fehlen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ zweisprachige Bezeichnung der Berufsgruppen ▪ Unterteilung nach Funktion und nach Gliederung der Arbeitszeiten-Gliederung ▪ Die Daten des Personal mit Werkvertrag und Konventionsverträgen (Arbeitsabkommen) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Durchführung einer Befragung der MitarbeiterInnen im SB Brixen (TZ-Ärztinnen, VZ-Ärztinnen, Interesse der Frauen an Führungspositionen, Rückkehr von TZ-Kräften auf Vollzeitstellen) <p>Ergebnisse der Befragung unter Teilzeit-Ärztinnen im SB Brixen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Von den 54 Ärztinnen arbeiten 5 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wieviele ÄrztInnen (w/m) sind beschäftigt? ▪ Wieviele Sanitäre LeiterInnen (w/m) sind beschäftigt? ▪ Wieviele Frauen mit Direktionsauftrag? 	<p>Anregung für eine Bedarfserhebung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Was brauchen Part-Time-MitarbeiterInnen und Wiedereinsteigerinnen (Wartestand) an Rahmenbedingun

		<p>75%-parttime und 7 50%.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Befragten schätzen ihre Chancen auf Karriere als gering bis unmöglich ein bei Teilzeit (Führungsauftrag bei TZ unmöglich) ▪ Problem liegt v.a. in der mangelnden Akzeptanz von männlichen Kollegen und Primarii (wenig Unterstützung, teils Entwertung, weil fachlich nicht so am Laufenden), aber auch bei fachl. Kompetenz („Du bist eh nie da“) ▪ Weniger Chancen auf Weiterbildung – Übergabeprobleme je nach AZ ▪ Oftmals wenig Selbstvertrauen und Angst, Verantwortung zu übernehmen ▪ Generelle Aussage: Vereinbarkeit nicht möglich bei Führungsarbeit und Vollzeit 		<p>ngen, Informationen, Maßnahmen, etc (bzgl. Gleichstellung)?</p>
--	--	---	--	--

Anhang 4: Konkretisierung von Maßnahmenvorschlägen (ausgearbeitete Maßnahmenpakete der Bezirksarbeitsgruppen)

„Konkretisierung von Maßnahmenvorschlägen (Projektideen)“

	Bozen	Brixen	Bruneck	Meran
Gesundheitsbezirk Maßnahmenpaket 1	1) Valorizzazione della classe dirigente femminile: Riservare ugualmente una quota rosa nelle diverse commissioni e/o gruppi di lavoro di rilevanza aziendale/comprenditoriale	1) Aktive Befragung: Was würden Sie brauchen, um die Vereinbarkeit Familie/Beruf bzw Karriereentwicklung zusammenzubringen?	1) Informationsfluss während der Mutterschaft und Elternzeit	1) Förderung von Frauen in Führungspositionen
Ziele: <i>Was soll konkret erreicht, verbessert werden?</i>	⇒ Garantire la presenza del genere femminile in queste commissioni in una percentuale maggiore di quella attuale.	⇒ Wertvolle MitarbeiterInnen sind nicht gezwungen zu kündigen; ⇒ MitarbeiterInnen fühlen sich ernst genommen und aufgewertet.	⇒ Kontakt zwischen Betrieb und Bediensteten	⇒ Wertschätzung und Förderung der Frauen; ⇒ Ausbau und Stärkung der Führungskompetenzen allgem.; ⇒ Personen, die die Qualität einer Führungskompetenz besitzen mehr Möglichkeiten für Karriere einräumen; ⇒ Gleiche Zugangskriterien für Frau/Mann schaffen (z.B. Berücksichtigungen der eff. Dienstjahre abschaffen) ⇒ Verbesserung von Vereinbarkeit Familie/Beruf
Zielgruppe: <i>Wer soll einbezogen werden?</i>	⇒ Direzione aziendale e Direzioni comprenditoriali	⇒ Hochqualifiziertes Personal, wo Mangel besteht (FachärztInnen)	⇒ Vorgesetzte ⇒ Direktionen und ⇒ Bedienstete	⇒ Führungskräfte; ⇒ Alle, die eine Führungsposition anstreben
Erwartetes Ergebnis, Nutzen:	Raggiungere il 50% di presenza femminile nelle	Bisherige Erfahrungen haben positives Echo erzeugt.	Durch die aktuellen Informationen wird der	Erweiterung seiner Kompetenzen;

<p><i>Was bringt die Maßnahme den Betroffenen, Zielgruppen?</i></p> <p><i>Was ist der Nutzen für die Organisation?</i></p>	<p>Commissioni</p> <p>Le donne avranno più rappresentatività all'interno di queste commissioni con potere decisionale sulla gestione e programmazione delle risorse</p>	<p>Fachkompetenz bleibt erhalten, Qualität steigt. Investierte Ressourcen bleiben erhalten.</p>	<p>Wiedereinstieg erleichtert</p> <p>informierte=motivierte MitarbeiterInnen früherer Wiedereinstieg nach Mutterschaft /Elternzeit</p>	<p>Qualitätssteigerung; Erlernen des „Handwerks“; Dienst wird besser geführt; Steigerung des Corporate Identity; Steigerung der Zufriedenheit; MitarbeiterInnen-Motivation Arbeitszufriedenheit; Qualitätssteigerung; Kosteneinsparung durch effizientere Leistung; Konstanz bei den MitarbeiterInnen</p>
<p><i>Hürden</i></p> <p><i>Mit welchen Schwierigkeiten ist zu rechnen?</i></p>	<p>Raccolta completa dei dati sulle composizioni di tutte le commissioni attuali</p> <p>Difficoltà culturali per la proposta di quota rosa</p>	<p>Es besteht die Gefahr, dass man Übererwartungen schafft. Es wurden letztlich mehrere Befragungen durchgeführt, Mitarbeiterinnen und Führung sind eher skeptisch.</p>	<p>keine</p>	<p>Desinteresse der Politik; Das herrschende System; Rechtliche Vorgaben (bestehende Vollzeitpflicht für Führungskräfte,) Unveränderlichkeit des Systems; Mentalität verändert sich nicht; Fehlende disziplinierte Konsequenzen die helfen dies umzusetzen</p>
<p><i>Unterstützende Faktoren</i></p> <p><i>Wer muss einbezogen werden, damit die Maßnahmen erfolgreich sind?</i></p> <p><i>Was haben wir schon? Usw.</i></p>	<p>Comitato per le pari opportunità Direzione aziendale + Direzioni comprensoriali</p>	<p>Anonymität und Neutralität müssen gesichert sein; die Vertrauensbasis muss vorhanden sein; Ziel und Zweck der Befragung muss klar mitgeteilt werden;</p>	<p>Vorgesetzte</p> <p>alle Voraussetzungen</p>	<p>Marketing machen; Politik mit einbeziehen; Entscheidungsträger für den richtigen Weg überzeugen; Gewerkschaften einbeziehen;</p> <p>Leitbild; Komitee für Chancengleichheit; Externe ExpertInnen für Konflikte in Meran; Motivierte MitarbeiterInnen</p>

Betroffene Abteilungen, Organisationseinheiten		Alle	Alle	Alle MitarbeiterInnen; alle Abteilungen; alle Dienste; Verwaltung
Umsetzungsschritte <i>Was können die ersten Schritte sein?</i>		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zielgruppe erfassen ▪ Definierte Fragen vorbereiten ▪ Bestimmen, wer es macht? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Definition dieser Aufgabe von Seiten der Direktion ▪ Weiterleiten an die Vorgesetzten ▪ Vorgesetzte besorgen sich Email-Adresse oder findet Alternative wenn keine Email-Adresse vorhanden ▪ Errichtung von Infopoints im Krankenhaus, wo alle Informationen abgefragt werden können 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gespräche mit der Politik führen um die rechtlichen Voraussetzungen zu schaffen ▪ Grundsatzpapier des Betriebes auf zentraler Ebene erarbeiten ▪ Bezirksübergreifende Projektgruppen ernennen ▪ Anfallende Kollektivverträge besprechen ▪ Coachings für Interessierte
Projektzeitraum, Beginn	Subito ed entro il 2009	3 Monate	sofort	Sofort
Ungefähres Projektvolumen		70 Stunden	3 Monate	2 Jahre
Offene Fragen				Wird diese Maßnahme gewollt? Kontrolle durch ein internes Organ? Benötigt es weitere Umfragen?
Anregungen an das Komitee	Chiedere la composizioni di tutte le commissioni attualmente esistenti (divise per genere e ruolo professionale)			Maßnahme weiterverfolgen; Mehr Mut; Mehr Präsenz um aufzuzeigen; Gezielte Referate/Workshops zur Sensibilisierung der Wichtigkeit des Themas.

<p>Maßnahmenpaket 2</p>	<p>2) Misure di conciliazione familiare e lavorativa:</p> <p>2a) Valorizzare il Part-Time del personale Imedico femminile: Organizzare corsi formativi rivolti a tutto il personale sui temi del gender mainstreaming e sulla valorizzazione del personale part-time. Estendere la certificazione Audit Famiglia & Lavoro in reparti da individuare secondo criteri condivisi.</p> <p>2b) Promuovere lo strumento del Telelavoro: Elaborazione di un regolamento comune a livello aziendale sul telelavoro con individuazione della sua applicabilità in sanità, condividerlo con le OOSS, informare il personale e la dirigenza sul telelavoro.</p> <p>2c) Promuovere l'accettazione culturale del periodo di assenza dei padri: Informazione mirata ai padri ed al personale con incarico direttivo e di coordinamento sull'esistenza di strumenti di conciliazione previsti per i padri</p>	<p>2) Ausbau der Kinderbetreuung ganztägig + zusätzliche Plätze für Sommerbetreuung in Brixen und Errichtung eines neuen Angebotes für Sterzing (evtl Konventionierung mit Gemeinde)</p>	<p>2) Flexible Arbeitszeiten: Turnusse und Arbeitsverhältnisse (%)</p>	<p>2) Verbesserung des Wiedereinstiegs von Personal nach längerer Abwesenheit</p>
--------------------------------	---	---	---	--

	<p>2d) Garantire la struttura di assistenza bambini/e (asilo+materna) Coinvolgimento diretto dell'Assessorato al fine di garantire al Comprensorio di Bolzano una struttura propria e permanente per l'assistenza della prole del personale.</p>			
<p>Ziele: <i>Was soll konkret erreicht, verbessert werden?</i></p>	<p>2a) Promuovere una cultura che accetti l'esigenza di svolgere il lavoro part-time per motivi familiari senza che ciò influisca sulla professionalità della medica e favorirne il riconoscimento.</p> <p>2b) Aumento della proposta da parte dell'ente del telelavoro come strumento di conciliazione lavoro/famiglia.</p> <p>2c) Elaborare ed utilizzare opuscoli informativi e trasmetterli per posta ai padri.</p> <p>2d) Realizzare una struttura propria con una scuola materna e la copertura di un numero superiore di posti.</p>	<p>⇒ Die zur Verfügung stehenden Plätze decken den Bedarf</p> <p>⇒ Es besteht keine Warteliste.</p>	<p>⇒ Die Arbeitszeiten sollen an die Bedürfnisse der MitarbeiterInnen und PatientInnen angepasst werden</p>	<p>⇒ Erleichtern des Wiedereinstiegs;</p> <p>⇒ Verbesserung des Qualifizierungserhaltes bei längeren Abwesenheiten;</p> <p>⇒ Mehr flexiblere Abwesenheitsgestaltung;</p> <p>⇒ Vereinbarkeit Familie/Beruf;</p> <p>⇒ Bindung des Personals an die Abteilung;</p> <p>⇒ Involvieren in Teambesprechungen auch während der Abwesenheit;</p> <p>⇒ Einsparungen Personal/Kosten;</p> <p>⇒ Weniger Personalwechsel in den Abteilungen;</p> <p>⇒ Steigerung des Corporate Identity;</p> <p>⇒ Motivationssteigerung;</p> <p>⇒ Entwicklung eines einheitlichen Verfahrens</p>

				bei Verabschiedung, Einbindung und Wiedereinstieg; ⇒ Persönliche Gesprächsführung; ⇒ Bedürfnisse der WiedereinsteigerInnen entgegen zu kommen; ⇒ Einlernzeit nach Rückkehr
Zielgruppe: <i>Wer soll einbezogen werden?</i>	2a)-2b)- 2c) Direzione aziendale Ripartizione personale Direzione comprensoriale OOSS 2b)+ SISL, Ripartizione Approvvigionamenti 2c) + padri 2d) Assessorato Direzione comprensoriale	⇒ Alle MitarbeiterInnen mit Kindern	⇒ Gewerkschaften; ⇒ Direktion (Verwaltungs-, Pflege- und Ärztliche-) auf Betriebs- und Bezirksebene	⇒ Alle Bedienstete, welche längere Zeit abwesend sind (z.B. durch Krankenstand; Mutterschaft; Wartestand usw.)
Erwartetes Ergebnis, Nutzen: <i>Was bringt die Maßnahme den Betroffenen, Zielgruppen?</i> <i>Was ist der Nutzen für die Organisation?</i>	2b) Aumento delle richieste di telelavoro	Wesentliche Erleichterung der Vereinbarkeit. MitarbeiterInnen kehren aus den Elternurlaub früher zurück (kompetente Mitarbeiterinnen erhalten) Einsatz und Motivation der Mitarbeiterinnen steigt Mitarbeiterinnen sind bereit, flexiblere Arbeitszeiten	Motivation, Anpassung der Arbeitszeit an Lebensumstände, früherer Wiedereinstieg nach Elternzeit motivierte gesunde MitarbeiterInnen: weniger Krankenstände, bessere Betreuung der Patienten	Steigerung der Arbeitsmotivation; Steigerung der Zufriedenheit der MitarbeiterInnen; Möglichkeiten der besseren Familienplanung; Möglichkeit eines frühzeitig planbaren Arbeitsplatzwechsels zur Vereinbarkeit Familie/Beruf; Kosteneinsparung; Motivierte MitarbeiterInnen; Verantwortungsbewußtere MitarbeiterInnen;

		anzunehmen MitarbeiterInnen sind eventuell bereit, 75% statt 50% zu arbeiten. Zeitaufwendige Auswahlverfahren erübrigen sich: sparen von Zeit und Ressourcen.		
Hürden <i>Mit welchen Schwierigkeiten ist zu rechnen?</i>	2a) Le mediche nel periodo di vita dedicata all'assistenza e alla cura familiare hanno difficoltà ad ottenere la riduzione dell'orario di lavoro. Vengono difficilmente coinvolte nelle attività strategiche del reparto. 2b) Difficoltà organizzative per l'implementazione del telelavoro per alcuni ambiti lavorativi e figure professionali 2d) Nel breve termine far costruire una nuova struttura per asilo nido e scuola materna	Fehlende Finanzierung könnte eine Hürde sein	organisatorische und verwaltungstechnische	Wollen dies die MitarbeiterInnen überhaupt? Schlechte Erfahrungen könnten Umsetzung erschweren MitarbeiterInnen können nicht immer auf die gewünschte Stelle zurückkommen; Unterbrochener Informationsfluß/ Verbindung (MitarbeiterIn/Betrieb) während der Abwesenheit
Unterstützende Faktoren <i>Wer muss einbezogen werden, damit die Maßnahmen erfolgreich sind? Was haben wir schon? Usw.</i>		Die Maßnahme hat sich bewährt; Kinderhort ist so geplant, dass es erweitert werden kann. Projekt wird erfolgreich, wenn Betriebsführung es unterstützt In Sterzing gibt es schon eine Bedarfserhebung, es besteht dringender Bedarf; es	Komitee für Chancengleichheit und Aufwertung der Gender- Differenzen Teilzeitmodelle 50% und 75% Gleitzeitmodelle Usw.	Direktionen Führungskräfte (Führungsaufgabe) Team Evtl. Gewerkschaften einzelne Abteilungen setzen dies bereits zum Teil um.

		bestehen schon Verhandlungen, grundsätzliche Bereitschaft der Führung...		
Betroffene Abteilungen, Organisationseinheiten	Tutti/tutte	Alle	Alle	Alle
Umsetzungsschritte <i>Was können die ersten Schritte sein?</i>		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bedarf erfassen: z.T durch Maßnahme 1, Erfahrungswerte, Warteliste, Analyse der Zukunftsperspektiven usw. ▪ Verhandlung mit der Führung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Umfrage bzgl. des Bedarfes an Teilzeit zu anderen Prozentsätzen, Gleitzeit, Tauschbörse(100%Stelle tauscht zeitweise mit 50% o.ä.)... 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pilotprojekt erarbeiten ▪ Führungskräfte informieren und ihre soziale Kompetenz stärken ▪ Verantwortliche überzeugen, dass das Ziel positiv für ihren Dienst ist ▪ Erstellen einer Informationsbroschüre für MitarbeiterInnen, welche beabsichtigen länger Abwesend zu sein ▪ Rechtliche Voraussetzungen schaffen um eine Fortbildung während des unbezahlten Wartestandes zu ermöglichen
Projektzeitraum, Beginn	2a) subito ed entro il 2009 2b) entro 2 anni 2c) entro 1 anno 2d) subito	Beginn sofort; mehr Plätze ab 2010	sofort	sofort
Ungefähres Projektvolumen			1 Jahr	
Anregungen an das Komitee				Wiederholtes Berichten von positiven Erfahrungen

Maßnahmenpaket 3		3) BeraterInnen-Team (Psychologe, Coaching) Unterstützende Beratung durch Betriebspsychologe und Personalentwicklung Betriebspsychologe Unterstützung für mittlere Führungskräfte Coach für Führungskräfte Regelmäßiges Coaching für TOP Management	3) MitarbeiterInnen-förderung	3) Altersteilzeit Form für entlohntes System = 1995 mehr als 18 Dienstjahre Form des Beitragssystem/gemischtes System = 1995 weniger wie 18 Dienstjahre Bei beiden Systemen: 50% Arbeit (entlohntes System 80% Gehalt + Pensionsbeiträge auf 80% - gemischtes System: 50 % Gehalt + Beiträge auf 100%)
Ziele: <i>Was soll konkret erreicht, verbessert werden?</i>		⇒ Bestehende Frauen in Führungspositionen werden unterstützt, ⇒ Frauen sind ermutigt Führungspositionen anzustreben und anzunehmen.	⇒ mehr Frauen in Führungsposition	⇒ Personal muss länger arbeiten, Frauen besonders getroffen da sie nun erst mit 65 Jahren in Pension können, ⇒ Betrieb hat Berufsbilder hat Nachtdienste oder andere belastende Dienste, ⇒ Erleichterung des Überganges ins Rentenalter
Zielgruppe: <i>Wer soll einbezogen werden?</i>		⇒ Weibliche Führungskräfte und solche die es werden wollen	⇒ Vorgesetzte	⇒ Personen ab den 55. Lebensjahr (bei belastender Arbeit zusätzliche Urlaub?)
Erwartetes Ergebnis, Nutzen: <i>Was bringt die Maßnahme den Betroffenen, Zielgruppen?</i> <i>Was ist der Nutzen für die Organisation?</i>		Frauen in Führungspositionen haben Unterstützung bei Entscheidungen, fühlen sich sicherer.	Karrieremöglichkeit, Motivation	Erleichterung der Diensterfordernisse im Alltag/Alter, Kein Nachteil für Pension. Leichter Übergang für Rente Verminderung der Abwesenheiten durch Krankenstände Individuelle und flexible

		<p>Positive Auswirkung auf Team (weniger Konflikte, mehr Motivation und Produktivität). Die besonders ausgeprägte Sozialkompetenz der Frau wirkt sich auf Organisation positiv aus. Geschlechtsgemischte Führungsteams arbeiten besser</p>	<p>Genderausgewogenheit ungenutzte Ressourcen können aktiviert werden</p>	<p>Vertragsgestaltung Konfrontation mit Nachteilen wie bei „normaler“ Teilzeitbeanspruchung Höhere Leistung durch Motivation</p> <p>Weniger Krankenstände (aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr voll belastbare MitarbeiterInnen bleiben im Arbeitsverhältnis) Sozialverträgliche Personalanpassung, qualitativer Personalaustausch: Möglichkeit die wertvollen Erfahrungen älterer ArbeitnehmerInnen mit der Neueinstellung von Auszubildenden zu kombinieren, Individuelle und flexible Vertragsgestaltung als Anreiz für MitarbeiterInnen</p>
<p>Hürden <i>Mit welchen Schwierigkeiten ist zu rechnen?</i></p>		<p>Fehlende Finanzierung könnte eine Hürde sein Bereitschaft, Coaching anzunehmen. Erfahrung im sanitären Bereich noch sporadisch.</p>		<p>Mehrkosten für das Land, Finden von Personal</p>
<p>Unterstützende Faktoren <i>Wer muss einbezogen werden, damit die Maßnahmen erfolgreich sind? Was haben wir schon?</i></p>		<p>Erfahrungen aus Landesverwaltung: Coaching wird routinemäßig für neue FK angeboten. Wissenschaftliche Befunde belegen, dass durch Coaching die Produktivität steigt.</p>	<p>Direktion, Vorgesetzte</p> <p>Mitarbeiterfördergespräche Usw.</p>	<p>Gewerkschaften, Betrieb, Landesamt für Personal, Politik</p> <p>Vorgespräche mit dem Gesundheitsassessorat,</p>

Usw.		Es gibt schon einen genehmigten Stellenplan. Es besteht schon eine Bedarfserhebung und es gibt schon mehrere Konzeptvorschläge		Gespräche mit den verschiedenen Personalämtern Usw.
Betroffene Abteilungen, Organisationseinheiten		Alle	Alle	Gewerkschaften/Betrieb/Land/Politik
Umsetzungsschritte <i>Was können die ersten Schritte sein?</i>		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Welches Konzept wird angewandt? ▪ Evtl neue Bedarfserhebung ▪ Konsens mit Führung finden über Konzept ▪ Evtl. Pilotprojekt 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Der/die Vorgesetzte gibt den Mitarbeiterinnen im Rahmen der Mitarbeiterfördergespräche gezielte Informationen über Nachteile der Teilzeitarbeit, Fort- und Ausbildungsmöglichkeiten, Kinderbetreuungsangebote 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorschläge für bereichsübergreifende Kollektivvertragsänderungen von Gewerkschaften ausarbeiten ▪ Einsetzung einer Arbeitsgruppe mit ExpertInnen für Rentenfragen ▪ Sensibilisierung der zuständigen Landesämter/Politik
Projektzeitraum, Beginn			sofort	sofort
Ungefähres Projektvolumen			1 Jahr	2 Jahre
Anregungen an das Komitee				Mitarbeit in der Arbeitsgruppe