

Salerno, 05 settembre 2002

Al Direttore Generale ASL SA/2

Al Presidente RSU ASL SA/2

Ai Componenti RSU ASL SA/2

Alle OO.SS. Comparto

Alle OO.SS. Area Dirigenza

A TUTTI I LAVORATORI ASL SA/2

Oggetto: DOTAZIONE ORGANICA ASL SA/2 - VALUTAZIONI DELLA CISL FPS -

La scrivente O.S. meritava ben altra considerazione dopo aver concesso, fin dall'inizio, fiducia al nuovo vertice aziendale nella convinzione che, nel complessivo quadro normativo di riforma della pubblica amministrazione in generale e del comparto sanità in particolare, quadro pressoché completamente definito, si potesse affrontare un percorso di rinnovamento capace di ridare fiato alla sanità salernitana coniugando i legittimi interessi e le comprensibili aspettative dei lavoratori con il diritto dei cittadini tutti di fruire di servizi adeguati, efficienti ed efficaci.

Proprio in virtù di tale convinzione, per oltre diciotto mesi, non abbiamo mai infierito in occasione di 'errori', 'incertezze' ed 'assenze' del vertice aziendale, non facendo mai mancare la nostra collaborazione e la nostra 'comprensione' per le difficoltà comunque insite in qualsiasi processo di rinnovamento.

Fin dall'inizio avevamo espresso con chiarezza l'intenzione di cimentarci nella sfida di procedere ad una forte accelerazione del processo di aziendalizzazione a condizione, però, che si fosse fatto, nel pieno rispetto dei reciproci ruoli, autonomia decisionale e responsabilità, diffuso ricorso alla concertazione quale efficace strumento di corrette relazioni sindacali.

Sugli aspetti relativi a tali relazioni avevamo soffermato con forza l'attenzione chiedendo più volte che ad essi si dedicasse una specifica sessione preliminare e propedeutica alla fase di specifica contrattazione perché eravamo e siamo convinti che concordare un corretto sistema di relazioni sindacali rende il percorso più chiaro e trasparente e consente alle parti di pervenire ad un complesso di regole delle quali nessuna componente, sindacale o aziendale che sia, può rivendicare la primogenitura ma che costituisce una equilibrata mediazione fra le diverse istanze.

Si è preferito, invece, (e neanche a questo ci siamo sottratti) procedere per singoli distinti argomenti in un gioco, neanche tanto sottile, di contrapposti interessi con continui cedimenti e con accordi, dei quali non sempre sono risultati immediatamente chiari gli effetti, parziali ed avulsi da una visione globale che invece dovrebbe improntare qualsiasi processo di definizione di 'regole'.

Ora non è più possibile attendere.

Si ha la netta impressione che, in maniera strisciante, si stia procedendo non verso una evoluzione, bensì verso una 'involuzione' con metodi sconosciuti finanche alla più arrogante fra le passate gestioni della sanità salernitana.

E veniamo al dunque!

La dotazione organica.

Ci siamo sforzati di far comprendere che non era e non è un problema di numeri.

Di tanto eravamo e siamo fermamente convinti.

Siamo convinti che i prospetti numerici, più o meno analitici, devono rappresentare la sintesi finale di scelte inerenti il 'cosa bisogna fare', il 'come farlo' ed il 'con chi farlo', scelte dalla cui oculatezza dipende la concreta possibilità di realizzare, nel tempo, l'assetto organizzativo delineato nell'atto aziendale e di onorare gli impegni con i cittadini in tale atto assunti.

Ebbene, di tali scelte non c'è traccia.

Né è possibile desumerle dagli sterili prospetti fornitici.

Tutt'altro.

Se non si tratta di macroscopici errori materiali, quello che si intuisce dall'esame dei 'numeri' ci preoccupa fortemente.

Ci piace pensare che si tratti di errori; in caso contrario saremmo costretti a ritenere che, attraverso i numeri, si intende far passare scelte che non si vogliono o possono palesare chiaramente.

Ebbene, se così è, abbiamo il diritto di conoscere tali scelte e sulle stesse confrontarci, anche in maniera serrata, ma sempre nel pieno rispetto delle reciproche autonomie, libertà decisionali e responsabilità.

Proprio per l'importanza che diamo alla dotazione organica avevamo richiesto e chiediamo una attenta riflessione ed un confronto che, per le notevoli implicazioni che le scelte ora operate avranno sul futuro della sanità salernitana e sulle legittime aspettative dei cittadini e dei lavoratori dell'Azienda, non può certamente esaurirsi in una fase di semplice 'consultazione' con invito a formulare specifici rilievi ed osservazioni.

Pur non essendo disposti a lasciarci trascinare su questo sterile terreno non intendiamo sottrarci dal fornire alcune prime generali impressioni scaturite, pur in assenza della preventiva precisazione delle scelte aziendali, da una analisi dei dati fornitici, rifuggendo, però, dalla meschina tentazione di evidenziare i pur numerosi errori ed incoerenze riscontrate e senza invocare, perché proprio di una vetero-burocratica-deteriore cultura che non ci appartiene, norme più o meno in vigore dalle quali desumere numeri.

Infatti, è inutile rappresentare che la disciplina nella definizione delle dotazioni organiche per i servizi assistenziali è varia ed ha subito nel tempo continue modifiche, fermo restando che l'organizzazione e la disciplina degli uffici, nonché la consistenza e la variazione delle stesse sono determinate in funzione delle finalità di efficienza, razionalizzazione e ottimizzazione delle risorse e previa verifica dei fabbisogni dell'Azienda. (cfr. Dlgs 165/2001 art. 6).

Ne deriva pertanto, che la verifica deve necessariamente collegarsi ad una parametrizzazione di dati, e l'esito della stessa, a parere della scrivente, deve costituire parte integrante di tutta la documentazione sulla dotazione organica ai fini di una intelligibile definizione delle risorse occorrenti al raggiungimento degli obiettivi programmati.

Per gli operatori, generalmente addetti alle strutture sanitarie è solo attraverso la determinazione di parametri, e la loro correlazione, che è possibile quantificare il fabbisogno di personale occorrente a rendere funzionale, quali-quantitativamente l'erogazione di servizi al cittadino, servizi nei quali riveste carattere determinante e insostituibile l'apporto della risorsa umana.

Purtroppo dagli atti in nostro possesso non si evince che la metodologia adottata abbia tenuto in debita considerazione parametri relativi a giornate di degenze ordinarie e day hospital, prestazioni ambulatoriali, interventi chirurgici, né analoghe valutazioni, necessarie più che opportune, sono state effettuate per le attività diurne e per i servizi.

I criteri che avrebbero dovuto portare alla determinazione degli standard di personale medico, infermieristico e tecnico, dovevano essere definiti sulla base di alcune considerazioni, tra le quali prioritariamente si dovevano considerare, ad esempio, per le unità operative a degenza ordinaria:

- a) tempo di lavoro, calcolato su un monte ore annuo, abbattuto se per operatori esposti a rischio da radiazioni ionizzanti;
- b) occupazione media dei posti letto;
- c) calcolo delle giornate di degenza e minuti di assistenza da erogare a seconda della disciplina;

- d) definizione di una dotazione minima in base ai minuti di assistenza;
- e) previsione di personale esperto e funzioni di coordinamento in considerazione della ubicazione delle strutture.

Per le unità operative di degenza diurna, gli stessi parametri sopraindicati, si sarebbero dovuti rapportare alle attività di fatto espletate, nel mentre per le strutture ambulatoriali e particolari servizi, metodologia pertanto applicabile anche alle attività distrettuali, invece, si sarebbero dovuti parametrare: il numero degli ambulatori e la situazione logistica degli stessi per una effettiva razionalizzazione nell'assegnazione del personale; ambulatori a più forte criticità per la presenza del personale infermieristico (ginecologia, chirurgia, patologia mammaria, terapia fisica etc.).

Inoltre, dalla analisi della documentazione si evince con chiarezza che l'elaborato non è stato integrato con indagini in quei settori strategici, come per esempio il blocco operatorio, il cui corretto funzionamento in condizioni di massima efficienza condiziona indirettamente (degenza pre-operatoria, programmazione delle liste in elezione, urgenza, day hospital ecc.) l'attività delle altre strutture complesse di assistenza.

L'assenza di questo studio propedeutico alla determinazione del fabbisogno, invaliderà il concretizzarsi dell'avvio di una forma di gestione organizzativa a livello dipartimentale, con il relativo superamento della unità operativa come punto di assegnazione del personale.

La dotazione organica così come determinatasi non tiene conto di una serie di modifiche intervenute nei servizi sanitari:

- 1) verifica della degenza media e della appropriatezza delle prestazioni;
- 2) verifica del turn over dei pazienti;
- 3) verifica del volume delle tecniche diagnostiche;
- 4) modifica delle tipologie di terapie (a sempre più elevata specializzazione);
- 5) verifica ed eventuale aumento delle richieste dei pazienti in termini di prestazioni sia assistenziali sia informative ed educative;
- 6) verifica della burocratizzazione da meccanismi esterni (rendicontazione) ed interni (verifica della qualità);

Alla luce di quanto esposto e nella condivisione della necessità “ **di costruire un clima di collaborazione, proprio prendendo spunto dalle possibilità offerte dallo strumento della dotazione organica, che non è una rigida prefigurazione di assetti ma uno strumento flessibile, rinnovabile annualmente**” che vada “**a costruire un governo diverso dell'Azienda**” e renda possibile il raggiungimento e la concreta attuazione delle indicazioni organizzative dell'atto aziendale al fine di garantire l'efficienza e l'efficacia delle strutture operative, ci si auspica che con immediatezza si avvii da subito un serio e costruttivo confronto sulla dotazione organica e concretamente e realisticamente “**assicurare sviluppo alle professioni**”.

Ed è solo in tale confronto negoziale che si potranno valutare le reali intenzioni dell'Azienda e avviare un processo evolutivo, prorompente e propulsivo che costringerà tutte le parti ad una effettiva mutazione genetica, passando dal versante prevalentemente burocratico a quello strategico-dinamico.

Prima di avventurarci in una serie di esempi su alcune situazioni da approfondire, bisogna per dovere di chiarezza nei confronti di tutti lavoratori, sottolineare che la scrivente organizzazione sindacale giammai si è sottratta alla disamina della dotazione organica e ritiene, come già rappresentato in altre sedi, che ciascuno ha il suo ruolo ed in coerenza con esso deve operare.

Se l'Azienda ritiene che la proposta formulata, anche in assenza delle ulteriori specificazioni ed approfondimenti richiesti dalla CISL-FPS, sia coerente con le finalità e gli obiettivi aziendali deve ovviamente procedere dando avvio a tutte le procedure conseguenti, quali ad esempio la programmazione delle assunzioni e avviare le relative selezioni interne con immediatezza, in considerazione che tra le parti è stato raggiunto l'accordo sulle procedure ed i criteri per le progressioni verticali dichiarandosi fin d'ora disponibile a fornire indicazioni sulle priorità.

Un sindacato serio ha la necessità di raggiungere un accordo che coniughi la legittima aspirazione degli operatori al miglioramento delle proprie condizioni con gli interessi ineludibili dei cittadini dei quali deve essere garante anche il vertice aziendale; è questo approccio che ci caratterizza come organizzazione sindacale che ha fatto della concertazione e non di altri metodi il suo modus vivendi.

Un sindacato serio, prima di raggiungere accordi che hanno rilevanti riflessi sul futuro degli operatori ha necessità di consultare i propri livelli organizzativi fornendo agli stessi spiegazioni e motivazioni a maggior ragione quando, come nel caso in esame, con l'adozione di uno strumento (la dotazione organica) formalmente oggetto di semplice 'consultazione', si toccano aspetti tipici di altre materie che sono, invece, oggetto di concertazione o di contrattazione (assetti organizzativi, criteri per il conferimento degli incarichi, pari dignità delle figure dirigenziali, ecc...).

In ogni caso, proprio nel rispetto dei reciproci ruoli e responsabilità, è evidente che ulteriori ritardi e/o rallentamenti del processo di valorizzazione delle professionalità interne sia attraverso l'avvio delle selezioni che la chiusura della contrattazione sugli istituti ad essa demandata, determinano altre difficoltà da imputare non alla CISL FPS, come insistenti quanto infondate voci strumentalmente tentano di accreditare, ma esclusivamente verso coloro i quali hanno fermo interesse al rallentamento del processo.

La CISL-FPS è stata e sarà sempre presente a tavoli di reale confronto e sin da oggi auspichiamo che si abbia il "coraggio" di andare ad un superamento o, in alternativa, siano evidenziate le zone dove si annidano le 'resistenze' e chi veramente frappone ostacoli all'evoluzione del processo.

Fatte le precedenti doverose precisazioni, non ci sottraiamo dal fornire, in allegato, alcune valutazioni circa la verifica dell'entità delle risorse umane necessarie a consentire, a nostro avviso, la concreta attuazione delle indicazioni organizzative dell'atto aziendale al fine di garantire l'efficienza delle strutture operative.

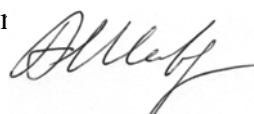
Il Segretario Prov. CISL Medici



Il Se



Il Responsabile ASL SA/2
CISL Dirigenza

Il 

F.to.

I Componenti CISL FPS RSU ASL SA/2

- | | | | |
|-----------------------|-----------------|----------|----------------------|
| 1) Annunziata Carmine | 7) Gaeta | Raffaele | 13) Sparano Emiddio |
| 2) Barone Rita | 8) Iannone | Carmine | 14) Sparano Vito |
| 3) Capuano Aniello | 9) La Rocca | Maurizio | 15) Romanzi Vincenzo |
| 4) Contieri Giuseppe | 10) Olivieri | Marisa | 16) Storniello Vito |
| 5) Dell'Armi Rosa | 11) Perciabosco | Attilio | 17) Trimarco Antonio |
| 6) Del Percio Luigia | 12) Pergamo | Luigi | |

TABELLA IN ALLEGATO

La definizione dei nuovi profili poteva e doveva essere l'occasione per 'regolarizzare' situazioni di fatto create negli anni lasciando spazio a lavoratori che da tempo hanno svolto e continuano a svolgere mansioni decisamente superiori a quelle relative al profilo 'ufficiale', oltre che per consentire sviluppo a personale in possesso dei requisiti per l'accesso a profili di nuova istituzione.

Alcuni profili esistenti non sono contemplati, neanche come figure ad esaurimento. Quale sarà la sorte dei malcapitati?

Non sempre per il collaboratore professionale esperto è specificata l'effettiva specializzazione (tecnico di laboratorio, tecnico di radiologia, tecnico della prevenzione); le figure non sono interscambiabili od equivalenti.

L'indicazione del ruolo di appartenenza o di uno specifico profilo professionale per la Direzione di alcune articolazioni organizzative sottende scelte che contrastano, invece, con l'irrinunciabile principio della pari dignità di tutte le figure dirigenziali e con la sfera dei criteri per il conferimento e la revoca degli incarichi dirigenziali.

Il numero di addetti dei profili professionali amministrativi è pressoché lo stesso indipendentemente dalle dimensioni della struttura e dall'entità delle risorse umane per tale struttura previste.

Dipartimento di Prevenzione.

Ci piace ricordare che, non a caso, è da tempo imposto di destinare allo stesso almeno il 5% delle risorse complessive.

E' a tutti evidente che gli effetti degli investimenti (o disinvestimenti) in prevenzione si vedono a distanza di anni: questo spiega la previsione di destinare alle stesse risorse non inferiori al limite indicato.

Le risorse umane previste per tale Dipartimento sono assolutamente insufficienti e ben lontane dal minimo.

Si ritiene che occorrerebbero, per svolgere una reale attività preventiva, almeno 400 operatori.

Non è dato, poi, capire se e come l'Azienda intende garantire l'attività di disinfezione e disinfestazione quantomeno delle proprie strutture.

Dipartimento Amministrativo

Sviluppo risorse umane

- a) Mancano alcune figure quali: personale tecnico sanitario di laboratorio biomedico, personale tecnico sanitario di radiologia, personale tecnico sanitario di prevenzione dell'ambiente e dei luoghi di lavoro, ecc...

Tecnostruttura Sanitaria

- a) Trattandosi di strutture complesse non è chiaro perché in alcune di esse mancano completamente le figure del ruolo amministrativo (unità integrazione socio-sanitaria, unità valorizzazione e funzionalità professioni ecc...);
- b) si ritiene che le figure, quantomeno per l'unità valorizzazione e funzionalità professioni, debbano essere quelle di 'dirigenti' dei rispettivi profili professionali;

Distretti

- a) La presenza del solo profilo di geometra non si ritiene che possa coprire le effettive esigenze di supporto tecnico. Occorre anche quella di perito industriale.

Presidio Ospedaliero Unico e Stabilimenti Ospedalieri

- a) Il processo di dipartimentalizzazione ospedaliera, in relazione alla distribuzione geografica degli stabilimenti, non può certamente comportare il conseguimento di apprezzabili 'economie di scala' con la condivisione di parte delle risorse umane.

In tale ottica preoccupa la mancata specificazione, in particolare per il personale dei livelli, della dotazione per ciascuno dei cinque stabilimenti.

Per le attività tecniche di supporto se l'intenzione è quella di esternalizzare i servizi lo si dica con chiarezza e ci si comporti di conseguenza.

Le previsioni o sono eccessive (se si intende esternalizzare) o sono palesemente sottostimate se si intende provvedere in proprio.

Approssimativa appare la scelta relativa alla squadra di manutenzione di quindici operatori tecnici a servizio dell'intero Presidio Unico ma allocata presso lo stabilimento di Curteri.

Veramente si ritiene praticabile una simile scelta?.

O non è un modo per non scontentare nessuno ed il tentativo di giustificare numeri che nulla hanno a che fare con una efficiente organizzazione?

- b) Commesso (operatore tecnico portiere): ne occorrono almeno 12 ed un coordinatore per ogni stabilimento per garantire il turno a due persone;
- c) Assistente tecnico geometra: si ritiene insufficiente la previsione di una sola unità per stabilimento; andrebbe, inoltre, prevista la presenza di un perito industriale per ogni stabilimento;
- d) Operatore tecnico specializzato conduttore di caldaie a vapore: almeno 6 ed un coordinatore per ogni stabilimento ospedaliero;
- e) Operatore tecnico specializzato gas medicali: almeno 6 ed un coordinatore per stabilimento;
- f) Operatore tecnico specializzato magazziniere: almeno 2, di cui un coordinatore, per ogni stabilimento;
- g) Operatore tecnico centralinista: prevedere almeno 5 coordinatori;
- h) Operatore tecnico specializzato idraulico: almeno 6 ed un coordinatore per stabilimento ospedaliero;
- i) Operatore tecnico qualifiche varie: almeno 8, di cui un coordinatore, per ogni stabilimento ospedaliero;
- l) manca la previsione del collaboratore professionale esperto ostetrica;
- m) non è precisato se il collaboratore tecnico professionale esperto è tecnico di laboratorio o di radiologia; in ogni caso ne manca uno;
- n) il numero di operatori tecnici autisti di ambulanza è decisamente sottostimato ed insufficiente a garantire i turni quantomeno per i cinque stabilimenti. Manca poi la figura di coordinatore per ciascuno dei cinque stabilimenti.

Dipartimenti Ospedalieri

- a) I collaboratori sanitari esperti vanno sostituiti con il nuovo profilo di 'dirigente';
- b) Va previsto un collaboratore sanitario esperto per ogni struttura complessa o semplice dipartimentale;

Dipartimento discipline chirurgiche

- a) ex O.T.A.: almeno 78 per garantire i turni nelle strutture semplici e complesse dipartimentali;
- b) stante la previsione di gestione di budget è necessaria la presenza di un collaboratore amministrativo.

Dipartimento cardiovascolare

- a) Almeno altri 4 infermieri;
- b) stante la previsione di gestione di budget è necessaria la presenza di un collaboratore amministrativo.

Dipartimento discipline mediche

- a) Il numero di collaboratori professionali infermieri dovrebbe essere di almeno 216;
- b) Se la dislocazione dei collaboratori sanitari fisioterapisti è in due strutture fisiche occorrono almeno 2 collaboratori sanitari fisioterapisti esperti;
- c) Occorrono almeno 69 ex O.T.A.;
- d) stante la previsione di gestione di budget è necessaria la presenza di un collaboratore amministrativo.

Dipartimento materno infantile

- a) E' completamente assente il profilo di collaboratore sanitario infermiere pediatrico;
- b) I collaboratori professionali ostetriche dovrebbero essere almeno 48 per garantire la presenza di due unità per turno;
- c) Le puericultrici dovrebbero essere almeno 48 per garantire la presenza di due unità per turno;
- d) Gli ex O.T.A. dovrebbero essere almeno 60 per garantire la presenza di due unità per turno;
- e) stante la previsione di gestione di budget è necessaria la presenza di un collaboratore amministrativo.

Dipartimento Diagnostico

- a) I collaboratori professionali tecnici di laboratorio dovrebbero essere almeno 85 per garantire la funzionalità di tutte le unità operative semplici e complesse;
- b) I collaboratori professionali tecnici di radiologia dovrebbero essere almeno 70 per garantire la funzionalità di tutte le unità operative semplici e complesse;
- c) stante la previsione di gestione di budget è necessaria la presenza di un collaboratore amministrativo.

Dipartimento area critica

- a) sottostimato è il numero di collaboratori professionali sanitari infermieri in relazione alla dislocazione delle rianimazioni e pronto soccorso ed a quella delle sale operatorie, si ritiene che il numero debba essere di almeno 270 unità;
- b) stante la previsione di gestione di budget è necessaria la presenza di un collaboratore amministrativo.