

TEMA

Rappresentare i lavoratori non standard



Precarietà lavorativa e rappresentanza nella sanità. Il caso del Lazio

*Francesco Gagliardi e Marco Accorinti**

1. Premessa

Il settore sanitario italiano, anche se con accentuazioni territoriali diverse, sta attraversando una fase di profonda trasformazione, nella direzione di un suo significativo ridimensionamento conseguente ai minori trasferimenti pubblici alle strutture ospedaliere pubbliche e private in convenzione, con effetti importanti non solo sulla tenuta dell'occupazione ma anche, e questo è forse l'aspetto quantitativamente più rilevante, sull'ampliamento della precarizzazione lavorativa.

Nelle parti che seguono, con specifico riferimento al caso del Lazio, dove più severe risultano le misure di contenimento della spesa pubblica per la sanità, si propongono alcune indicazioni di tendenza (certamente non conclusive) rispetto ai cambiamenti intervenuti nelle condizioni lavorative del personale della sanità nel Lazio, e se e come queste modificazioni stiano incidendo sulle forme di rappresentanza dei lavoratori del settore. Si tratta di indicazioni desunte dai risultati di una limitata indagine di campo¹ (di tipo qualitativo) che, senza alcuna pretesa di rappre-

* Francesco Gagliardi è ricercatore Cnr nell'Istituto di ricerche sulla popolazione e le politiche sociali di Roma.

Marco Accorinti è ricercatore Cnr nell'Istituto di ricerche sulla popolazione e le politiche sociali di Roma, e docente di Welfare locale, strutture dei servizi e terzo settore nell'Università «La Sapienza» di Roma.

Francesco Gagliardi ha redatto il caso degli infermieri del paragrafo 2 e il paragrafo 3; Marco Accorinti ha curato il caso dei medici e degli ausiliari del paragrafo 2. La premessa è frutto di una stesura comune ai due autori.

¹ Il lavoro di campo per l'indagine, condotta dall'unità Irpps-Cnr nell'ambito dei Progetti di ricerca di interesse nazionale (Prin), è consistito nella realizzazione di 39 interviste in profondità a lavoratori e rappresentanti del settore, così ripartite: 10 sindacalisti, 3 rappresentanti degli ordini professionali degli infermieri, 7 medici, 11 infermieri (di cui 5 giovani laureati da 36 mesi, al momento disoccupati dopo aver lavorato con contratti atipici o a tempo determi-

sentatività statistica, ha inteso solo acquisire prime percezioni sulle modalità attraverso cui la precarietà si manifesta tra i lavoratori del sistema sanitario laziale e sull'eventuale ricaduta che ciò comporti in termini di rappresentanza.

Si avverte che le tipologie di lavoratori del settore presi in considerazione riferiscono ai medici ospedalieri e agli infermieri professionali e a quei lavoratori definiti dalla classificazione Istat-Isfol *non qualificati nei servizi sanitari* (portantini e assimilati), cioè il cosiddetto «personale ausiliario»; pertanto non sono state considerate a questo livello dell'indagine quelle figure che vanno sotto l'etichetta di «professioni qualificate nei servizi sanitari» né quelle addette al lavoro amministrativo (come tecnici di laboratorio, operatori dell'assistenza, ostetriche e puericultrici, fisioterapisti, farmacisti, informatori scientifici del farmaco).

Prima di presentare i risultati dell'indagine di campo è opportuno chiarire che nell'articolo il termine «precarizzazione lavorativa» viene utilizzato in un'accezione ampia, che va oltre quella generalmente assunta nell'utilizzo comune, che definisce «precario» colui che vive la mancanza di continuità del rapporto di lavoro. Si tratta cioè di un lavoratore che si trova intrappolato per periodi prolungati nei segmenti secondari del mercato del lavoro, caratterizzati da elevati livelli di instabilità e da posizioni occupazionali a bassa applicazione del regime di tutele contrattuali (Barbieri, Scherer, 2005). Una definizione che interpreta il precariato esclusivamente sotto il profilo di un fenomeno degenerativo della flessibilità lavorativa, generalmente costituita dai contratti cosiddetti «atipici» (ovvero: contratto di lavoro a tempo parziale, contratti a tempo determinato, lavoro interinale, lavoro parasubordinato).

Sebbene quello del lavoro temporaneo sia certamente un aspetto fondamentale del precariato, si è ritenuto comunque non essere l'unico, rientrando in questo ambito anche quei lavoratori che, pur godendo di un contratto lavorativo a tempo indeterminato, si trovano a vivere una condizione di lavoro e di reddito tale da non consentirgli un'adeguata pianificazione della propria vita presente e futura. In altri termini, nel caso della sanità rientrano in questa definizione di precari, oltre a quei lavo-

nato), 1 responsabile di cooperativa sociale impegnato nella realizzazione di servizi di cura in convenzione con strutture ospedaliere pubbliche, 6 ausiliari e 1 dirigente ospedaliero dell'Ufficio personale.

ratori il cui rapporto di lavoro è regolato da contratti atipici, anche quelli che occupano posti di lavoro che risultano caratterizzarsi per un elevato livello di insicurezza e in cui prevalgano scarse garanzie di espressione delle loro rivendicazioni e dei diritti per mezzo di una rappresentanza collettiva. Il caso emblematico è rappresentato dai lavoratori (infermieri e/o ausiliari) di alcune cooperative sociali che operano in convenzione con le strutture sanitarie.

2. Le percezioni degli operatori sanitari di fronte ai mutamenti del sistema

2.1. Il caso dei medici

La precarizzazione dei medici non è certo un fenomeno recente, attribuibile alle politiche di contenimento della spesa avviate a partire dal 2011: essa ha origini ben più lontane, che si possono far risalire agli anni novanta. La presenza significativa di precari tra i medici è l'effetto di un insieme contestuale di ragioni: certamente incide l'aziendalizzazione della sanità avviata a partire dalla metà degli anni novanta, lo sviluppo di nuove o comunque rinnovate (come gli infermieri) figure professionali di tipo paramedico (ad esempio, fisioterapisti e dietologi), che hanno sostituito i medici in mansioni sino ad allora da loro svolte, sebbene provvisti di competenze ben al di sopra di quanto necessario. Tutti elementi che si sono inseriti in una condizione della storia sanitaria italiana caratterizzata tradizionalmente da un eccesso di medici (Tousijn, 2000), che superava il livello medio registrato negli altri paesi dell'Unione Europea.

Un ulteriore elemento che, stando alle testimonianze raccolte, non deve essere sottovalutato è quello del costo crescente delle scuole di specializzazione registratosi a partire dal 2000, che hanno assorbito risorse per pagare gli stipendi di coloro che avevano già concluso il percorso. Tutti fattori che, sebbene precedenti alle politiche di contenimento drastico della spesa pubblica avviate in questi ultimi anni, radicalizzano ulteriormente la situazione, rendendo per molti medici le condizioni di lavoro precario ancora più incerte e penalizzanti. La percezione prevalente è che, come è stato testimoniato da diversi medici intervistati, «a parte i figli d'arte, quelli cioè che appartengono a famiglie di medici, il percorso di

inserimento lavorativo ideal-tipico di uno specializzato in medicina che non intenda o non riesca a fare il medico generico di famiglia, si compone di un susseguirsi di contratti da “gettonisti”, contratti a tempo determinato di durata tre/quattro mesi, spesso ricevuti dopo avere già realizzata la prestazione lavorativa, presso una azienda ospedaliera. La retribuzione per questi contratti è poco superiore a 1.000 euro al mese per un impegno lavorativo a tempo pieno (40 ore) e senza alcun riconoscimento di straordinario, indennità assicurative a copertura dei rischi professionali e sostegno alle attività formative obbligatorie. Per incrementare le entrate, il sabato e la domenica molti associano a questi contratti le guardie mediche, pagate mediamente 5,50 euro l’ora e regolate attraverso contratti occasionali».

Una situazione lavorativa che può andare avanti per anni, tanto che ormai la condizione di instabilità lavorativa viene assunta quasi come inevitabile, e comunque in nessun caso emerge un sentimento di perdita di tempo: la frase più volte sentita dai giovani medici intervistati, sebbene con sfumature diverse, è quella di avere «vissuto i primi anni di lavoro come un’opportunità di crescita professionale per fare quello per cui ho studiato e ho passione».

C’è molto fatalismo nelle testimonianze raccolte, è come se le cose siano così e non possano cambiare. Sembra emergere in un certo qual modo un meccanismo di fatto accettato, che a partire però dal 2011 sta diventando sempre più oneroso per chi lo subisce, in quanto se prima della crisi, pur nell’incertezza lavorativa, vi era comunque una certa regolarità sia nei rinnovi dei contratti sia nei pagamenti, negli ultimi anni non è più così. Rispetto ai rinnovi, l’incertezza fino all’ultimo giorno del contratto in essere è diventata la normalità, e non è infrequente il caso di medici ai quali non sia stato rinnovato il contratto e che si siano trovati costretti a ricorrere al sussidio di disoccupazione. Una condizione che per un medico risulta particolarmente penalizzante, considerato che ciò comporta l’impossibilità a esercitare, contestualmente alla ricezione del sussidio, la professione in maniera privata.

Sulla situazione ha certamente gravato l’ultima riforma del lavoro (legge 92/2012, conosciuta come «legge Fornero») che, rivedendo i tempi minimi di rinnovo tra un contratto a tempo determinato e l’altro, ha interrotto un meccanismo rodato, di fatto accettato, costringendo invece a periodi di blocco e di disoccupazione, con il rischio che il posto lasciato sia stato nel

frattempo occupato da un altro medico. Per questo motivo spesso ci è stato testimoniato che «si preferisce continuare a lavorare senza contratto e senza le necessarie assicurazioni di un riconoscimento futuro, come avveniva comunque negli anni pre-crisi, in modo da trovarsi sul posto al momento giusto e mostrare disponibilità e interesse per la posizione (oltre ad apprendere)». E chiaramente durante i periodi di interruzione si rimane senza stipendio: «a volte alcuni primari ti chiedono anche due anni di lista d'attesa per entrare nella specializzazione, e lavori a tempo pieno senza alcun compenso. Non solo, ma vieni anche guardato male se per caso fai una guardia da qualche parte e ti guadagni qualche soldo».

2.2. Il caso degli infermieri

Il disagio occupazionale degli infermieri è invece un fenomeno particolarmente recente, quanto meno nel Lazio, considerato che i primi segnali cominciano a manifestarsi solo a fine 2010. Gli infermieri si sono distinti negli ultimi trent'anni per essere la categoria del settore sanitario per la quale si registravano livelli relativamente più elevati di protezione sotto il profilo sia della stabilizzazione sia delle condizioni salariali, poiché operavano in un mercato professionale in cui la domanda risultava particolarmente più elevata rispetto all'offerta. Domanda di lavoro che si è ulteriormente rafforzata con l'obbligatorietà della laurea in scienze infermieristiche, in quanto ciò ha consentito di impegnare su certe attività e funzioni personale infermieristico in sostituzione di quello medico, con evidenti risparmi di costi.

Nonostante la situazione di sbilanciamento tra domanda e offerta a netto favore della domanda, si cominciano a registrare condizioni crescenti di disoccupazione e precarietà anche per queste figure. Come ha fatto presente il responsabile del personale di un'importante struttura ospedaliera della città di Roma, «da due anni, ed è la prima volta che ciò accade nella storia dell'ospedale, non vi sono inserimenti di nuovi infermieri: gli unici riguardano le sostituzioni per turn-over, ma non tutte le posizioni vengono coperte, anche se finora, per quanto riguarda gli infermieri, non si è comunque arrivati a una restrizione delle piante organiche. Chi entra oggi come infermiere, a differenza del passato, ha prima fatto un periodo più o meno lungo, secondo i casi, di contratto a tempo determinato per sostituzione di personale assente».

Dall'inizio della crisi si cominciano a registrare nel Lazio serie difficoltà di inserimento dei giovani infermieri formati. Le strutture sanitarie non riescono infatti ad accogliere l'offerta, un cambiamento rispetto a un recente passato in cui l'offerta di infermieri neolaureati autoctoni riusciva con difficoltà a soddisfare la metà dei posti disponibili, il che rendeva necessario l'impiego di numeri importanti di personale straniero, non formato in Italia. Stando alle opinioni del presidente del Collegio degli infermieri di Roma (Ipasvi di Roma), «il problema oggi della disoccupazione degli infermieri nel Lazio non è il surplus di professionisti formati, ma la loro mancata assunzione. I carichi di lavoro, i doppi turni, gli organici ridotti all'osso, sono la cartina di tornasole di questo fenomeno».

I giovani infermieri neolaureati conoscono, forse per la prima volta a Roma, periodi di attesa per l'inserimento lavorativo non dissimili da quelli dei laureati in altre discipline a carattere meno professionalizzante: comunque, le opportunità lavorative cui si riesce ad accedere, nel caso del lavoro dipendente, sono per lo più a carattere temporaneo e largamente regolate da forme contrattuali atipiche (includendo in questa fattispecie anche le prestazioni a partita Iva, che mascherano di fatto il lavoro dipendente). Le difficoltà di lavoro stanno indirizzando diversi giovani infermieri verso il lavoro autonomo, dove però le opportunità lavorative risultano limitate, anche per effetto della perdita nel potere d'acquisto delle famiglie registratasi nel corso di quest'ultimo quinquennio. A parte alcuni casi eclatanti finiti anche sui giornali a diffusione nazionale, sigle sindacali regionali denunciano da mesi come, per fare fronte a un organico infermieristico inadeguato, si tenda ad assicurare l'attività lavorativa ordinaria attraverso un ricorso sempre più ampio al lavoro straordinario del personale infermieristico. In alcuni ambiti di servizio, ad esempio, per fare fronte all'incremento di attività si è abusato anche dell'istituto contrattuale della «pronta disponibilità», in deroga al contratto collettivo nazionale del comparto sanità: è ormai prassi quasi comune che il personale in pronta disponibilità superi regolarmente i sei turni di reperibilità di 12 ore nell'arco del mese.

Le crescenti difficoltà di inserimento lavorativo dei neolaureati in scienze infermieristiche stanno alimentando pratiche di impiego improprie di giovani professionisti. Con il pretesto di poter accedere a un lavoro solo se si è in possesso di una significativa esperienza sul campo, superiore a quella assicurata dal tirocinio seguito per il conseguimento della laurea, sta ormai diventando prassi diffusa quella di sottoporsi a lunghi

periodi, anche superiori a 12 mesi, di praticantato, il più delle volte non retribuito e senza alcuna assicurazione – una volta concluso – di assunzione. «Sono ormai molti», racconta una docente responsabile di corsi di laurea in Scienze infermieristiche di Roma, «i neolaureati che, a fronte delle difficoltà di trovare lavoro, stanno cercando strade di inserimento occupazionale diverse rispetto a un recente passato, come quella del lavoro autonomo e dell'associazionismo/cooperative di servizi sanitari, e sempre di più quello dell'emigrazione in altri paesi dell'Unione Europea, in particolare Germania e Regno Unito, dove i nostri formati sono particolarmente apprezzati». Si sta passando, negli ultimi due anni, da una situazione in cui il Lazio, come molte altre regioni italiane del Centro Nord, era catalizzatore di domanda di infermieri immigrati, a una condizione di fuoriuscita di queste professionalità verso altre nazioni. Un fenomeno che non sta interessando solo i neolaureati, ma anche e sempre di più quegli infermieri che, approdati dall'estero in Italia per esercitare la professione, oggi stanno dando luogo a crescenti flussi di rientro o comunque di ricerca in altri paesi.

Le attuali difficoltà lavorative che incontrano gli infermieri stanno alimentando pratiche di crescente precarizzazione contrattuale di figure professionali da parte di alcuni soggetti della cooperazione sociale, pratiche sinora riservate soprattutto al personale sanitario a minore qualificazione, come gli operatori socio-sanitari. Si tratta per lo più di cooperative che operano in convenzione per l'assistenza domiciliare, che approfittando delle difficoltà degli infermieri professionali a trovare lavoro propongono retribuzioni ben al di sotto di quanto previsto nei contratti, peraltro senza alcuna garanzia di stabilità. Un mondo, quello delle cooperative che lavorano nel settore sanitario, molto articolato, nel quale i soggetti competenti e rispettosi dei contratti e attenti alla qualità dei servizi offerti, quindi alla professionalità del loro personale, faticano sempre di più a mantenere le posizioni di mercato, a fronte di bandi emessi – pochi, in quest'ultimo biennio – nei quali, per l'espletamento dei servizi richiesti, si riconosce un costo significativamente inferiore, dell'ordine del 30 per cento in meno, rispetto a quanto prevaleva per i medesimi servizi in passato.

Ciò sta comportando, in base alle testimonianze raccolte, il taglio negli investimenti formativi da parte delle cooperative impegnate, che non si limita solo all'attività di formazione ricorrente ma anche a quella introduttiva e di avvio, destinata al personale da utilizzare in nuove attività di

cura. Anche gli emolumenti riconosciuti dalle cooperative sociali agli infermieri sono peggiorati: la retribuzione oraria nelle cooperative più serie è diminuita mediamente in questi ultimi due anni tra il 10 e il 20 per cento, si è passati da 12 euro l'ora a dieci euro l'ora, ma non mancano casi anche di otto euro l'ora. Quello però che sta avvenendo sempre più è la sostituzione della figura di infermiere con quella di ausiliario, la cui retribuzione oraria può arrivare anche a sei euro l'ora. Retribuzioni più basse, turni più impegnativi, riduzione del personale, mancanza di corsi di aggiornamento, sono tutti fattori che possono contribuire a un peggioramento qualitativo dei servizi offerti.

2.3. Il caso degli ausiliari

Una condizione di disagio diffuso, per certi versi ancora più marcato rispetto a quello percepito tra gli infermieri, si registra negli operatori socio-sanitari e negli ausiliari specializzati addetti ai servizi socio-sanitari. Si tratta di figure professionali che, quanto meno nel Lazio, svolgono spesso il loro lavoro all'interno degli ospedali e delle case di cura come dipendenti di soggetti esterni (di solito cooperative sociali di servizi socio-sanitari, tipo A ex Legge 381 del 1991), cui viene assegnata la realizzazione di specifici ambiti di servizio come quelli della pulizia degli ambienti, del trasporto di medicine e referti, di materiali e vitto, ma anche l'assistenza, pulizia e trasporto dei degenti. Non è infrequente che il «personale superiore» (in genere il caposala) assegni al personale ausiliario compiti diversi da quelli per i quali siano abilitati, esponendoli quindi a responsabilità superiori a quelle che competono loro.

La debolezza della posizione contrattuale degli ausiliari è comunque tale da non permettere al personale di sottrarsi alle indicazioni dei superiori anche quando queste appaiono esulare dai loro compiti e competenze. Come è stato riferito da una sindacalista di base, gli ausiliari si trovano a vivere una condizione di forte ricattabilità che fa sì che «se a un lavoratore di una cooperativa gli viene chiesto di svolgere una mansione superiore o di lavorare oltre il turno stabilito, questo la deve fare, perché altrimenti domani rischia di andare a casa, e la fa a rischio suo, ma anche non da meno del malato». Si arriva anche, continua la testimonianza, a non dichiarare una malattia, se si ritiene ad esempio che questa possa comportare l'impossibilità di svolgere il servizio assegnato: «prendiamo il caso di un

ausiliario che lavora nella “squadretta” incaricata del trasporto malati, che a un certo punto si accorge di avere sviluppato una condizione inabilitante dovuta, ad esempio, alla manifestazione di ernie del disco. Fino a che può questo lavoratore evita di andare dal medico competente che, esonerandolo da quell’incarico, potrebbe indurre la cooperativa a mandarlo a casa qualora non disponesse di altri servizi compatibili cui assegnarlo».

Per questi lavoratori prevalgono spesso modalità di selezione e di gestione basate quasi esclusivamente su rapporti di tipo «personale», in cui gli aspetti meritocratici fondati sui titoli e sulle competenze possedute e dimostrate sul lavoro sono spesso ignorati. Almeno nel Lazio i lavoratori ausiliari rappresentano la categoria del settore sanitario relativamente più esposta a pratiche di tipo clientelare: «è un bacino elettorale enorme, perché la gente viene presa dalle cooperative sulla base esclusivamente di un colloquio, e i titoli spesso vengono ignorati, prevalendo le appartenenze politiche e clientelari». Proprio le modalità di inserimento, unite alla possibilità di «ricattabilità», fanno sì che le amministrazioni sanitarie, per tramite dei datori di lavoro incaricati del servizio, possano utilizzare il personale ausiliario con molta flessibilità, senza i limiti e i vincoli che si troverebbero ad affrontare qualora questi fossero inseriti in organico. Secondo le testimonianze raccolte questo è il vero vantaggio per le strutture ospedaliere, non tanto quello dei costi, che – anzi – rischiano di risultare maggiori nelle forme di *outsourcing* di mano d’opera: grazie a queste pratiche l’amministrazione ospedaliera può infatti spostare come gli pare il personale e non deve preoccuparsi, ad esempio, delle sostituzioni per ferie o malattie, in quanto ricade nei compiti della cooperativa incaricata.

Nell’attività di ricerca di campo è stato possibile approfondire il caso del personale ausiliario immesso in ruolo presso l’Ospedale Sant’Andrea di Roma (emanazione della seconda Facoltà di Medicina dell’Università «La Sapienza» di Roma). Nel 2005 è cominciata la lotta dei lavoratori esternalizzati dell’Ospedale, nato come struttura sanitaria con più esternalizzazioni in tutto il Lazio, da quelli legati all’assistenza diretta a quelli amministrativi, economici e tecnici. Un esercito di oltre 400 lavoratori che si auto-definirono «fantasmi»: lavoravano ogni giorno dentro l’Ospedale, ma nessuno sapeva esattamente neanche chi fossero. Proprio nel 2005 venne costituito il «Coordinamento dei lavoratori fantasma» del Sant’Andrea, che insieme al Cobas ha iniziato la battaglia per la reinternalizzazione dei servizi e la stabilizzazione dei lavoratori delle cooperative.

Gli intervistati, ma anche l'analisi del materiale pubblicato in questi anni, fanno emergere un'azione sindacale molto impegnativa: «qui, quando noi abbiamo fatto la stabilizzazione, noi veramente non abbiamo guardato in faccia nessuno, perché io parto da un altro discorso... io parlo di uno che può essere entrato pure con una raccomandazione ma fa una vita di merda, e guadagna 500 euro al mese, è un povero disgraziato comunque, non posso dire che sei nemico mio perché sei entrato con una raccomandazione... sei uno sfruttato comunque». Interminabili ore in assemblee e riunioni, sciopero della fame, occupazione della strada antistante l'Ospedale, occupazione degli uffici regionali, continui presidi all'interno della struttura. Qualcuno di chi allora manifestava sottolinea che «quello che di importante è veramente successo è che altri fantasmi hanno preso coscienza della loro condizione e hanno cominciato a lottare». La soluzione, fortemente favorita da un'azione mediatica di livello nazionale (la trasmissione televisiva di Raitre *Report* ha dedicato tre servizi alla vicenda), è stata trovata grazie a un tavolo di concertazione congiunto tra azienda, assessorati regionali al Bilancio e alla Sanità, direzione della formazione professionale della Provincia di Roma. Il percorso di assunzione è avvenuto passando da un percorso di qualificazione, finanziato dalla Provincia, a seguito del quale gli ausiliari sono stati inseriti in liste alle quali l'Ospedale ha attinto grazie alla deroga alle limitazioni di spesa economica consentite dall'apertura di nuovi reparti e dipartimenti sanitari.

La vicenda del Sant'Andrea, definita da molti con il termine improprio di «stabilizzazione», mostra gli elementi tipici dell'attuale situazione del personale in sanità: da una parte vincoli e tagli lineari che impongono politiche di risparmio e contenimento dei costi, anche a rischio della qualità degli interventi; dall'altra differenti percezioni del personale sanitario rispetto agli effetti che i suddetti interventi economico-finanziari possono avere sulla propria carriera lavorativa, sul proprio status professionale, sulle prospettive di lavoro.

3. Spunti di riflessione su precarietà e rappresentanza in sanità

Nella premessa si proponeva una questione di fondo, ovvero quali siano gli effetti delle politiche di contenimento della spesa pubblica in sanità nel Lazio sui lavoratori del settore, quindi di come si collochi la rappre-

sentanza sindacale rispetto a questi cambiamenti. Alla luce delle testimonianze raccolte, un primo elemento che risulta emergere è quello di trovarsi di fronte a un processo che, sebbene ancora in fase iniziale, potrebbe indicare un progressivo declino delle professioni sanitarie. Un fenomeno che, sebbene appaia investire in particolare modo gli infermieri, segnando di fatto una fase di stallo nel processo di valorizzazione professionale di questi lavoratori avviatosi a fine degli anni ottanta, non risparmia comunque la stessa professione medica. Una tendenza che potrebbe essere l'effetto dell'azione combinata della contrazione dei fondi pubblici per la sanità e della minore capacità di spesa da parte delle famiglie, conseguente alla crisi che ha investito il paese.

Un declino, la cui manifestazione più evidente è rappresentata da accresciuti livelli di precarizzazione dei rapporti di lavoro, che appare trovare risposte dai professionisti del settore di carattere largamente individuale, come se essi, pur riconoscendosi come parte di una comunità specifica di professionisti, abbiano comunque difficoltà a esprimere un'azione di contrasto di tipo collettivo. Ciò è probabilmente da ascrivere al fatto che l'occupazione nel sistema sanitario non si esprime solo in termini di funzioni all'interno di un'organizzazione, ma anche nel ruolo professionale specificamente assunto da ciascun lavoratore. Il lavoro nella sanità, soprattutto quando riferito ad ambiti di servizio organizzati, come quelli di un ospedale in reparti, «non può essere analizzato solamente in termini di ruoli direttivi e ruoli subordinati o di contenuto delle singole mansioni, cioè come risultato di una determinata logica organizzativa» (Tousijn, 2000, p. 9).

La presenza di lavoratori in possesso di competenze professionali molto specialistiche e ad alto apprezzamento sociale come quelle dei medici, e per certi versi anche degli infermieri, fanno sì che i lavoratori intervistati esprimano una propria identità professionale, perseguendo una strategia professionale determinata. A differenza di altre figure lavorative, i medici e gli infermieri sentono infatti di essere parte di una comunità professionale con standard, codici etici e rispetto reciproco fra i suoi membri, basati sulla competenza e sulla fiducia in norme di comportamento stabilite da lungo tempo. Nonostante ciò la precarizzazione dell'occupazione in sanità non riesce a distinguersi nelle risposte da quanto si registra in generale in altri ambiti di lavoro precario in cui manca un'analogia identità professionale.

Se guardiamo singolarmente le comunità professionali analizzate e con riferimento al caso Lazio, nel caso dei medici sembrerebbe emergere un «consolidamento della precarietà», tanto da poter affermare che sia diventata la modalità prevalente, e per certi versi unica, attraverso la quale sia possibile svolgere la professione medica. Una percezione presente non solo in coloro che accedono alla professione (come i giovani medici neo-specializzati), ma anche tra i medici che hanno alle spalle oltre un decennio di esperienza lavorativa (anche nella medicina di base). Del resto sarebbe possibile che i medici vivano l'instabilità contrattuale come un dato proprio della loro professione, essendo un aspetto per certi versi proprio dell'esercizio di un'attività professionale di alto profilo come quella medica. Tuttavia, quello che emerge come elemento di disagio diffuso è il decadimento dello status, che vuol dire minore riconoscimento del ruolo di medico e significativa incertezza sotto il profilo retributivo.

Diverso è il caso degli infermieri, tra i quali prevale tradizionalmente una visione del lavoro dipendente svolto per lo più in strutture organizzate di tipo ospedaliero, e per i quali la precarietà rappresenta un fenomeno del tutto nuovo, che viene vissuto con forte disagio. L'aspirazione che sembrerebbe prevalere tra gli intervistati è quella di un lavoro stabile non soltanto nella forma contrattuale, ma anche nell'occupazione (sede, reparto, caposala, équipe, colleghi, turni).

Forse proprio sugli ausiliari sono ricaduti maggiormente gli effetti del precariato sanitario che si è determinato nel corso degli ultimi anni, in particolare nelle strutture pubbliche del comparto, anche a causa del blocco delle assunzioni e dei vincoli alla spesa per il personale dipendente disposti dalla normativa nazionale. Il lavoro di molti ausiliari si può affermare caratterizzarsi come strutturalmente precario, in quanto svolto all'interno di organizzazioni che operano in committenza sulla base di contratti le cui acquisizione e rinnovo in molti casi rispondono a logiche spartitorie e di vantaggio elettorale. Se si guarda ai costi della pratica dell'esternalizzazione dei servizi, non emergono risparmi effettivi da giustificare il ricorso: anzi, solo in termini finanziari, stando ad alcuni studi (Corradi, 2011), sembrerebbe più conveniente operare con personale internalizzato presso le strutture sanitarie. Le questioni di tipo economico trascendono quindi da quelle più politiche che in taluni casi risultano prevalenti: l'azienda sanitaria pubblica si de-responsabilizza, appaltando, sia rispetto al lavoratore sia rispetto al cittadino che usufruisce di un ser-

vizio svolto da «persone precarie», per le quali la de-motivazione professionale ed economica possa portare a un peggioramento dei servizi resi e al deterioramento di molti diritti sindacali, nonché all'aumento di una logica clientelare e partitica negli appalti.

Facendo ricorso a un'utile schematizzazione proposta da Standing (2012) in un suo recente contributo, un lavoratore precario rischia di sperimentare un vissuto lavorativo animato da *acredine*, *anomia*, *ansia* e *alienazione*. L'*acredine* origina dal sentimento di frustrazione che i lavoratori precari accumulano a fronte di mancanza di prospettive e di riconoscimento e di adeguata valorizzazione del loro impegno; l'*anomia* nasce invece dallo stato di sconforto «associato a un persistente senso di fallimento della persona» (Standing, 2012, p. 41); l'*ansia* è il frutto dell'insicurezza lavorativa e quindi di reddito; l'*alienazione*, infine, è espressione di situazioni lavorative in cui si percepisce il proprio impegno inutile sotto il profilo delle ricadute sociali e/o personali, a fronte di un vantaggio esclusivo del datore di lavoro. Se riferiamo questo tracciato di vita ai medici romani in condizione di instabilità lavorativa, stando a quanto emerso dall'indagine, sembrerebbe prevalere in particolare una condizione diffusa di *acredine*: nel loro lavoro, sentimenti di empatia e di competizione sono in costante tensione. Le persone che si trovano a competere nascondono vicendevolmente la propria conoscenza, le proprie informazioni, i contatti e le risorse, quasi come se il rilevarle comportasse la perdita di un vantaggio competitivo, il timore di fallire o di essere in grado di ottenere solo uno status limitato; e ciò conduce facilmente verso un disconoscimento del bisogno di empatia.

Negli infermieri incontrati, invece, il vissuto prevalente è quello sia dell'*acredine* sia dell'*ansia*: si percepisce infatti un sentimento diffuso di frustrazione e di attesa per un futuro, se non uguale, almeno simile a quello prevalente in un passato molto prossimo. Non sembrerebbero ancora emergere, stando alle percezioni raccolte attraverso le interviste, per questi due ambiti professionali considerati né l'*anomia* né l'*alienazione*, aspetti che qualora cominciassero ad affermarsi rischierebbero di avere un impatto importante sulla qualità dei servizi offerti.

Diverso è il caso del personale ausiliario, dove le condizioni lavorative prevalenti nel settore e le percezioni raccolte fanno ritenere che con l'*acredine* e l'*ansia* sia anche largamente presente un vissuto di *alienazione*, nel senso di sentirsi inseriti in modalità occupazionali che in molti casi

non valorizzano né riconoscono il lavoro svolto a vantaggio dei datori di lavoro.

Circa la questione su come la rappresentanza di tipo sindacale si venga a collocare rispetto alla crescente precarizzazione del lavoro in sanità, dall'indagine di campo condotta non sono emerse evidenze tali da consentire di affermare che si stia producendo in questo specifico settore una «crisi della rappresentanza», ossia di un sindacato percepito dai lavoratori precari intervistati come sostanzialmente inadeguato a farsi interprete, portavoce e costruttore di soluzioni ai problemi dei lavoratori. Certo, in base alle testimonianze raccolte dai sindacalisti intervistati, quello che appare affermarsi, con il distinguo tra una sigla e l'altra, è l'immagine di un sindacato sostanzialmente in trincea, impegnato quasi esclusivamente nella difesa di quei lavoratori stabilizzati della sanità, in particolare di quelli occupati nelle strutture ospedaliere private, che stanno confrontandosi con un rischio crescente di perdita del posto di lavoro che, in taluni casi, da rischio è diventato purtroppo realtà. Un sindacato che appare non riscontrare attrattiva da parte dei giovani medici e infermieri precari, prevalendo tra i lavoratori con alte qualifiche professionali l'opinione di trovarsi a che fare con un soggetto inadeguato a farsi carico dei loro bisogni e delle loro aspettative, che non sono esclusivamente riconducibili alla sicurezza lavorativa, come è nel caso – soprattutto – dei medici precari. È una percezione di cui i sindacalisti intervistati sembrano avere coscienza, quando affermano: «noi a parole denunciando lo sfruttamento dei giovani precari e chiediamo soluzioni nette per contrastare questo fenomeno, ma concretamente nei posti di lavoro non riusciamo a farci carico di questi lavoratori, impegnando il nostro tempo e le nostre energie prevalentemente o solo nei confronti dei lavoratori dipendenti».

Rispetto in particolare ai medici precari, quando si ragiona di rappresentanza non si può sottovalutare il fatto che questi si sentono comunque «diversi» dagli altri lavoratori della sanità nelle medesime condizioni lavorative: si percepiscono, o sono indotti a percepirsi, come professionisti comunque in concorrenza tra loro. In questo caso, come lo stesso sindacato appare riconoscere, è opportuno che l'azione della rappresentanza sia condotta in modo da evitare che «questa aspirazione alla crescita professionale non sia svilita né dall'assenza di garanzie che comprometterebbero un'effettiva autonomia professionale e negoziale anche

individuale, né dall'inquadramento in funzioni subordinate più protettive socialmente [...] ma meno ricche di prospettive professionali e di autonomia nella gestione del proprio lavoro» (Cgil, 2013, p. 25).

Uno specifico ambito di difficoltà di azione del sindacato tradizionale riguarda il mondo della cooperazione sociale. Lo sviluppo delle cooperative sociali e del non-profit in generale è stato sostenuto da molti (Borzaga, Fazzi, 2011) come la soluzione per conservare, se non addirittura per migliorare, i livelli di assistenza socio-sanitaria, in un contesto caratterizzato da continui e reiterati tagli alla spesa sociale a fronte di un aumento della richiesta di assistenza. Tuttavia, senza entrare in una riflessione troppo ampia, deve essere fatta attentamente la valutazione delle forme della precarietà all'interno del settore non-profit: non si tratta solo del fenomeno diffuso delle cosiddette «cooperative finte sociali», nate con l'esclusivo scopo di utilizzare le agevolazioni normative, contrattuali, previdenziali e fiscali riconosciute dalle normative vigenti. Il fenomeno è più profondo e ampio, riguardando le caratteristiche di flessibilità e disponibilità tipiche della formula cooperativistica, per solito riconosciute tramite l'argomento dell'alta finalità sociale dei servizi gestiti e di una presunta migliore qualità intrinseca rispetto ai servizi gestiti direttamente dall'amministrazione pubblica, per definizione statalista e burocratica.

L'affidamento dei servizi pubblici alle cooperative sociali può rappresentare, in molti casi, una scelta dettata più che da elementi di risparmio sui costi del personale, da ragioni legate alla maggiore flessibilità nella gestione dell'organizzazione del lavoro. A questi elementi di «razionalità» aziendalista, soprattutto nel caso delle strutture ospedaliere pubbliche, si sono troppe volte aggiunte motivazioni di tipo clientelare e di spartizioni degli appalti in base all'appartenenza politica. Tra questi lavoratori, anche nel caso di rapporti di lavoro regolati in forma non associativa, la pratica sindacale è molto limitata. Lo stato di potenziale ricattabilità in cui si trovano i lavoratori del terzo settore rende l'azione sindacale difficile e dagli esiti molto incerti. D'altra parte, l'impressione percepita negli ausiliari intervistati è quella di un sindacato che, forse proprio per le difficoltà suddette, preferisce non misurarsi con questa realtà, offrendo un ascolto molto limitato alle loro richieste e ai loro bisogni specifici e individuali.

In generale, dall'indagine condotta sembrerebbe quindi emergere, così come per i medici, anche per gli infermieri e gli ausiliari precari una condizione diffusa di risposta ai disagi occupazionali largamente di tipo indi-

viduale, in cui prevale la rassegnazione, e ciò in quanto si ritiene, a torto o a ragione, che le organizzazioni sindacali tradizionali siano poco interessate a farsi carico dei propri bisogni. Evitando generalizzazioni e affermazioni conclusive, che certo non è possibile trarre da un'indagine così limitata nei numeri e nelle testimonianze raccolte, i risultati sembrano comunque invitare a una riflessione e un approfondimento sulla tenuta degli schemi e dei modelli di rappresentanza tradizionali in una realtà lavorativa in mutamento come quella della sanità, in cui le esigenze dei singoli lavoratori risultano sempre più parcellizzate e diversificate.

Riferimenti bibliografici

- Barbieri P., Scherer S. (2005), *Le conseguenze sociali della flessibilizzazione del mercato del lavoro in Italia*, in *Stato e Mercato*, 74, agosto, pp. 291-322.
- Borzaga C., Fazzi L. (2011), *Processes of Institutionalization and Differentiation in the Italian Third Sector*, in *Voluntas*, XXII, 3, pp. 409-427.
- Cgil, Area contrattazione (2013), *In-flessibili: guida pratica per la contrattazione collettiva inclusiva per la tutela individuale del lavoro*, Roma, Ediesse.
- Corradi V. (2011), *Le incerte vie della sostenibilità. Aziende di servizi pubblici e cittadini per l'ambiente*, Milano, Franco Angeli.
- Standing G. (2012), *Precari. La nuova classe esplosiva*, Bologna, Il Mulino.
- Tousijn W. (2000), *Il sistema delle occupazioni sanitarie*, Bologna, Il Mulino.

ABSTRACT

I tagli di spesa pubblica in alcune Regioni come il Lazio, dove negli anni più elevati sono stati i disavanzi accumulati nella sanità, si traducono in effetti relativamente più rilevanti sulla tenuta delle opportunità occupazionali che, in particolare nelle strutture sanitarie private, stanno comportando la diminuzione degli organici e la gestione di lavoratori in esubero. L'articolo, partendo da un'indagine di campo condotta nel 2012 con riferimento al Lazio, analizza gli effetti sulla tutela lavorativa degli operatori sanitari (medici, infermieri e personale ausiliario) delle politiche di contenimento dei costi, e se e come questi cambiamenti di status occupazionale stiano incidendo sulle forme di rappresentanza dei lavoratori di questo settore. In base all'analisi condotta sembrerebbe emergere per tutte e tre le categorie professionali coinvolte (ovvero medici, infermieri e ausiliari) una condizione diffusa di sfiducia nella capacità delle organizzazioni

sindacali tradizionali di farsi carico dei loro bisogni occupazionali, preferendo affidarsi a modelli diversi che vanno a forme di autotutela individuale (soprattutto i medici), di rappresentanza collettiva di base (gli ausiliari) o di categoria professionale (gli infermieri).

Cuts in public spending in some Italian regions, such as Lazio, where the accumulated deficits in health care were the highest, translate significant effects on employment opportunities. Particularly in the private health care is being achieved the reduction in staff and management of temporary workers. The article, based on a field survey conducted in 2012 in Rome, analyzes the effects of cost-containment policies on employment protection of health workers (doctors, nurses and support staff). In addition, the article reflects on the way in which changes in employment status affect the forms of representation of workers in the health sector. According to analysis, it would appear a widespread condition of no-confidence in the ability of traditional trade unions to take charge of needs of doctors, nurses and support staff. The workers interviewed prefer to rely on different forms: individual self-defense (especially for doctors), collective, basic, representation (for support staff) or professional representation (for nurses).