

PRECARI: MA CHE COLPA ABBIAMO NOI?

Andrea Rossi, Domenico Montemurro, Maurizio Cappiello, Matteo D'Arienzo, Claudia Pozzi, Maddalena Zippi, Antonietta Pipoli, Dario Amati, Fabio Ragazzo, David Giannandrea

Il termine “precariato” contiene nella sua origine etimologica tutte le difficoltà del vissuto quotidiano dei giovani (e meno giovani) medici precari. Deriva dal latino “Prex” o “Precis” cioè preghiera, supplica, conferendo al sostantivo a cui si riferisce il significato di provvisorietà, instabilità o di condizione concessa per “favore”, permessa temporaneamente, senza garanzie o diritto di permanenza. Il termine rispecchia quindi perfettamente la condizione di sudditanza psicologica nei confronti di Direzioni e Direttori e di assenza totale di tutela dei Diritti fondamentali e nell'utilizzo comune, indica la mancanza del rapporto di continuità lavorativa.

Il precariato balza agli onori della cronaca già nei primi anni 60' con i precari della scuola, fino ad arrivare ai nostri giorni con la Lg 196 del 24/06/1997 “ Pacchetto Treu”, in cui viene legalizzato anche attraverso l'istituzione di agenzie interinali riconosciute dallo Stato, al fine di favorire l'occupazione; successivamente con la Lg 30 del 14/02/2003 detta “Legge Biagi” si introducono ben 47 tipologie di lavoro flessibile.

Il tema “precariato” ormai divenuto negli anni sempre di maggiore attualità, arriva quindi all'attenzione della Commissione e del Parlamento Europeo con i seguenti provvedimenti:

- Sentenza n. 26951 del 2/12/2013: si riconosce ai precari un indennizzo del danno per illegittimità ed abuso dei contratti a termine; sentenza emanata pochi giorni dopo la procedura di infrazione nei confronti dell'Italia da parte della Commissione Europea per utilizzo abusivo dei contratti precari non docente della scuola, poi estesa al personale docente e successivamente in data 26/08/2013 a tutto il pubblico impiego.

- Sentenza della 3° Sezione della Corte di Giustizia Europea del 26/11/2014 detta “Sentenza Mascolo” sull’illegittimità della reiterazione dei contratti a termine della scuola: in riferimento alla clausola n. 5 della direttiva 1999/70/CE, relativa all’accordo quadro CES, UNICE e CEEP sul lavoro a tempo determinato, viene imposto al Parlamento e Governo Italiano in tema di tutela dei diritti dei lavoratori, di adeguare il nostro paese alle politiche sociali dell’Unione Europea, ribadendo un principio inderogabile a tutela di tutti i dipendenti precari pubblici, quindi ivi compresi quelli della Sanità.

Il “precariato” nel corso degli anni è diventata una componente forte e dilagante in moltissimi settori lavorativi, non per ultimo nel settore medico-sanitario.

E’ diventata cogente quindi la necessità di analizzare e misurare questo fenomeno, anche attraverso una ricognizione sui numeri dei camici bianchi interessati, al fine di permettere una corretta programmazione delle risorse umane in Sanità.

Tuttavia i dati esistenti sui precari in Italia sono lacunosi ed in particolare i cosiddetti atipici della Sanità (Box 1) sono pressoché completamente sfuggiti al radar del Ministero di Economia e Finanza che, nel Conto Annuale del Tesoro, li ha semplicemente scotomizzati. Dalla necessità di quantificare questo fenomeno sommerso parte l’iniziativa promossa da Anaaio Giovani di analizzare ed elaborare i dati sul precariato medico in Italia attraverso un’indagine di ricognizione, che ha utilizzato come strumento un questionario somministrato a tutte le Aziende Sanitarie e Ospedaliere del territorio Nazionale.

I dati aggiornati al 31/12/2013, sono stati gestiti da un data management, processati e quindi analizzati con il software statistico STATA SE. Il campione analizzato delle aziende che hanno risposto al nostro sondaggio, è stato di 39480 medici. Sul totale di 20 regioni italiane, 15 (75%) hanno partecipato al censimento.

Le Aziende che hanno risposto sono state 82 su un totale di 225 (36,4%), con una partecipazione che ha visto regioni come Liguria, Friuli, Marche, Emilia Romagna, Piemonte, Lombardia ed Abruzzo costituire una percentuale di risposta al censimento dei precari pari a più del 40% delle aziende interpellate (*Tabella 1*).

Tabella 1

Regione	N° aziende che anno risposto	AO (2015) elaborati da Ministero della Salute e da conto annuale del Tesoro	ASL (2015) elaborati da Ministero della Salute e da conto annuale del Tesoro	% aziende aderenti del totale
Abruzzo	3	-	4	75
Basilicata	-	1	2	0
Calabria	1	4	5	11
Campania	3	9	7	18,75
Emilia-Romagna	8	5	8	61,53
Friuli-Venezia Giulia	7	3	5	87,5
Lazio	5	6	12	27,77
Liguria	2	-	5	40
Lombardia	21	29	15	47,72
Marche	3	2	1	100
Molise	-	-	1	0
Piemonte	10	6	13	52,63
Puglia	2	2	6	25
Sardegna	4	3	8	36,36
Sicilia	3	8	9	17,64
Toscana	3	4	12	18,75
Trentino-Alto Adige	-	-	2	0
Umbria	-	2	2	0
Valle d'Aosta	-	-	1	0
Veneto	7	2	21	30,43

Partendo dai dati osservati e dal numero di medici a tempo determinato riportati per il medesimo anno dal Ministero dell'Economia e Finanze (n=7500, www.contoannuale.tesoro.it), è stato possibile ottenere una proiezione del numero totale dei medici con contratti atipici (n=6530), numeri che porterebbero ad un totale di oltre **14000 medici precari**.

Tra le Regioni che hanno aderito all'iniziativa, è stata osservata una notevole differenza inter-regionale rispetto al tasso di risposta, con minimo registrato dalla Calabria (11%) ed un tasso massimo registrato dalle Marche (100%). Tassi di risposta intermedia sono stati riscontrati nelle regioni del Centro-Nord (in particolare in Lombardia e in Piemonte) a fronte tuttavia di una numerosità campionaria maggiore in valore assoluto, in termini di numero di aziende (*Tabella 1*).

Sono reputabili come dati positivi, il tasso di risposta delle Regioni Italiane (n=15) ed il tasso di risposta del 36,4% relativo alle aziende interpellate sul territorio nazionale, in quanto permettono di fornire uno spaccato rappresentativo della realtà nazionale. Non passa tuttavia inosservato come nessuna azienda di Basilicata, Molise, Umbria, Trentino-Alto Adige, Valle d'Aosta abbia risposto al sondaggio, e che il tasso di regioni aderenti più elevato sia relativo alle Regioni di Nord e Centro Italia. I motivi di tale scelta da parte delle Aziende interpellate potrebbero essere molteplici, ma è ipotizzabile che molte di queste abbiano preferito non divulgare i propri dati, pur contravvenendo in pieno alla legge sulla trasparenza nelle pubbliche amministrazioni (DL 33/2013).

Sul totale del campione analizzato delle Aziende che hanno partecipato, il 92% di medici pari a 36554 unità presentavano un contratto a tempo indeterminato (fonte conto annuale dello Stato), dei restanti 2926 medici (pari al 7,4% del campione), 1564 (3,96 %) presentavano un contratto a tempo determinato e 1362 (3,45%) un contratto di lavoro cosiddetto "atipico".

Escludendo le Regioni con basso tasso di risposta (<30%), quelle con maggior numero di contratti precari sono risultate, nel nostro campione, la Lombardia e l'Emilia

Romagna, rispettivamente con 1062 e 504 medici precari, con percentuali di contratti atipici rispetto al numero totale di precari rispettivamente del 51 e 78%.

Di particolare rilevanza è risultato essere che, nelle Aziende intervistate, gli atipici rappresentano quasi la metà dei contratti precari (46,5%), confermando la massiccia presenza di questa tipologia di contratto anche in ambito sanitario, nonostante la loro intrinseca natura non si sposi affatto con l'attività lavorativa dei medici e delle altre figure sanitarie ospedaliere. Questo dato potrebbe essere sottostimato, in quanto nelle Regioni con tassi di risposta più elevati e pertanto con conseguente significatività statistica più elevata, si arriva fino al 78% di contratti atipici sul numero totale di precari (è il caso dell'Emilia Romagna). Questa sproporzione tra contratti atipici e tempi determinati può essere spiegata dal fatto che il contratto atipico è più conveniente dal punto di vista economico e la tipologia contrattuale è notevolmente più flessibile rispetto a quella dirigenziale a tempo definito.

Questo dato non può che confermare l'estrema limitatezza del DPCM Precari nella possibile stabilizzazione a ruolo dei soli tempi determinati. Emerge infatti chiaramente che gli unici lavoratori che potrebbero eventualmente giovare di tale provvedimento sono solo la metà di tutti i medici precari. E' inoltre facoltà e non obbligo delle Aziende emanare concorsi, al fine di poter coprire fino al 50% dei posti disponibili e inoltre vige il requisito di aver prestato un servizio effettivo con contratto a tempo determinato non inferiore ai tre anni nel quinquennio precedente. Lo stesso decreto *in primis* pone lo stesso vincolo per le Regioni sino ad oggi sottoposte a piano di rientro, dove vige tuttora il blocco del turnover. Alla luce dei dati di questo studio, si conferma quanto già dichiarato in precedenza dalla nostra Associazione, ovvero la scarsa utilità di questo DPCM per la stabilizzazione dei precari in sanità, per i quali sarebbe necessario ed urgente un provvedimento ad hoc.

Si evidenzia inoltre, un atteggiamento da parte delle Regioni nei confronti della stabilizzazione dei precari, di colpevole stallo, non essendosi "esposte" finora, tranne rare eccezioni (Puglia, Umbria e Lombardia), né in favore né a sfavore di procedure

atte a risolvere la situazione. E da una rassegna di quanto è stato fatto dalle singole Regioni in merito, si evidenzia una situazione paradossale: l'urgenza di stabilizzare i precari è maggiore nelle Regioni soggette a piano di rientro, quelle che presentano quindi vincoli di bilancio più restrittivi.

Regioni come Emilia Romagna e Lombardia presentano la più elevata percentuale di precari, rispettivamente 12% e 14% sul campione totale della popolazione medica qui esaminato. Sorprende, in questo caso, come Regioni ad alto carico assistenziale per popolazione residente e per migrazione sanitaria da altre Regioni, reggano una quota significativa di tale carico su "risorse umane" con contratti precari (*Tabella 2*).

Tabella 2

Regione	n tot medici	n tempi indeterminati	n tot precari	% precari	% tempi determinati	% altri contratti	% donne
Abruzzo	1977	1870	107	5	4	1	53,29
Basilicata							
Calabria	1129	1032	97	9	9	0	59,18
Campania	1224	1162	62	5	2	3	46,77
Emilia-Romagna	4343	3839	504	12	3	9	61,5
Friuli-Venezia Giulia	1964	1830	134	7	4	3	63,43
Lazio	2742	2555	187	7	5	2	57,22
Liguria	1014	980	34	3	3	1	58,82
Lombardia	7557	6495	1062	14	7	7	57,38
Marche	2805	2578	227	8	5	3	60
Molise							
Piemonte	3933	3817	116	3	2	1	58,78
Puglia	2202	2062	140	6	6	1	64,29
Sardegna	1491	1403	88	6	3	2	63,63
Sicilia	2904	2812	92	3	2	1	58,69
Toscana	1711	1663	48	3	1	1	75
Trentino-Alto Adige							
Umbria							
Valle d'Aosta							
Veneto	2484	2456	28	1	1	0	45
Dato Nazionale	39480	36554	2926	7,41	3,96	3,44	59

Lascia alquanto perplessi il basso tasso di risposta tra le Aziende Ospedaliere Universitarie, ovvero “le culle del precariato medico” (Box 2), alla luce del quale la percentuale di precariato che abbiamo ottenuto è da considerarsi verosimilmente sottostimata rispetto alla realtà. Inoltre i dati del nostro censimento sono aggiornati al Dicembre 2013 ed è presumibile che il numero di precari sia aumentato ancor di più negli ultimi due anni, considerati i corposi tagli alla spesa sanitaria effettuati dal Governo, i sempre più frequenti accorpamenti tra Aziende Sanitarie e soprattutto il prolungamento del blocco del turnover nel pubblico impiego.

Un altro dato che merita considerazione è il dato anagrafico dei medici con contratto precario, ovvero una età media che sfiora i 40 anni.

È pur vero che dal nostro studio emerge che la durata media degli anni di precariato a partire dall'anno di inizio del contratto in essere è risultata essere di 1,42 anni, ma questo dato mal si sposa con il precedente. Infatti non è possibile sapere, dai dati a nostra disposizione, se i medici coinvolti nel censimento non lavorassero in precedenza con altra tipologia di contratto atipico come borsa di studio, dottorato di ricerca, libero professionale o altro.

Considerando che la maggioranza degli specialisti termina il proprio percorso formativo a circa 30-31 anni, è chiaro come questi Colleghi siano costretti a passare da un contratto precario all'altro probabilmente da almeno 9-10 anni. Va certamente considerato un generale invecchiamento della popolazione medica a tempo indeterminato, nonché dei tempi determinati in attesa di una stabile occupazione; soprattutto si nota un gap generazionale legato al mancato turnover e la totale mancanza della doverosa trasmissione del bagaglio culturale e di esperienza tra generazioni di professionisti, fondamentale nello svolgimento del nostro lavoro. Inoltre i contratti atipici non prevedono il rispetto di diritti fondamentali, quali maternità, allattamento, malattia, congedi parentali, penalizzando fortemente i professionisti che non ne possono usufruire. Questa situazione mal si sposa con il riscontro, nella popolazione da noi valutata, di una percentuale di donne che rasenta il

60%, e determina un grave danno contributivo legato alla difficoltà, se non all'impossibilità di una ricongiunzione contributiva con l'ENPAM rispetto ai contributi versati in precedenza.

Di fatto, dunque, il medico deve rinunciare alla stabilità e ai diritti lavorativi per un lungo decennio, per poter svolgere la sua professione, dopo aver investito in precedenza in media circa 11 anni della sua vita per la formazione. Facile, con questi dati alla mano, dedurre quindi alcuni dei motivi del corposo calo delle iscrizioni al test di ingresso a medicina di quest'anno: medicina non è per tutti, ma per chi se lo può permettere e forse comunque potrebbe non valerne più la pena.

Sono stati infine analizzati i dati dei contratti precari (sia a tempo determinato che "atipici") suddividendoli per tipo di specializzazione. E' emerso che il maggior numero di precari, valutato come dato aggregato, si osserva in ginecologia e ostetricia (n°200), medicina interna (n°175), medicina di emergenza-urgenza (n°159), anestesia e rianimazione (n°156), radiodiagnostica (n°145), e chirurgia (n°137) (Grafico 2).

Grafico 2



E' stata fatta una proiezione calcolando una stima del numero dei precari per ciascuna branca specialistica nel 2013. Tale dato è stato messo quindi in rapporto con i posti previsti per ciascuna scuola di specializzazione nel medesimo anno, dato ricavato dal conteggio elaborato recentemente da A. Mastrillo, ad invarianza di assegnazione delle borse. Da tale analisi è emerso in particolare che il numero di precari nell'ambito della medicina d'urgenza è circa 6 volte maggiore rispetto al numero di borse di specialità e quello degli specialisti precari in ginecologia e ostetricia lo è di quasi tre volte. E' interessante notare inoltre che per altre branche sia internistiche (ematologia, oncologia e reumatologia) che chirurgiche (chirurgia pediatrica, chirurgia maxillo-facciale e chirurgia plastica) il rapporto tra numero di precari e numero di borse di studio sia aumentato di 2 o 3 volte. Per quanto concerne la medicina d'urgenza, le ragioni di questa situazione possono essere ricercate nel fatto che l'organizzazione del lavoro dei medici nei Pronto Soccorsi Italiani, regolata su turni, è in perenne stato di emergenza, per l'elevato turnover dei medici che, logorati dai ritmi e dalle condizioni di lavoro, cercano altre strade. La ricerca da parte delle Direzioni Ospedaliere di

nuovo personale per coprire i turni del mese successivo e non incorrere nell'interruzione di pubblico servizio, trova quindi facile soluzione nell'assunzione di personale precario, proveniente anche da altre discipline internistiche o chirurgiche. Un ragionamento simile lo si può fare anche per Ginecologia e Ostetricia e il dato è preoccupante, considerato quanto queste specialità siano strategiche per il buon funzionamento di qualsiasi Azienda Ospedaliera.

La sproporzione rilevata nelle altre discipline verosimilmente risiede nel fatto che alcuni Reparti ad attività ultraspecialistica, siano essi internistici o chirurgici, risentono maggiormente del fenomeno del precariato, andando la programmazione ed il rispetto del turnover a favorire specialità considerate, a torto o ragione, più vitali e strategiche.

I dati di questa indagine suggeriscono la necessità di una rivalutazione del percorso di formazione post-laurea, attraverso un accesso programmato alle scuole di specializzazione che tenga maggiormente conto delle reali esigenze del SSN e anche dei dati di precariato. Tali politiche saranno in grado di limitare il sempre più preoccupante fenomeno della migrazione di personale medico che ha visto, solo dal 2009 al 2012, circa 5000 medici chiedere al Ministero della Salute l'attestato di conformità UE, necessario per poter esercitare la professione in altri stati Europei ed un flusso netto verso altri paesi di circa 1000 medici tra il 2009 e il 2015, con una colpevole perdita delle ingenti risorse investite nella loro formazione e preparazione universitaria prima e specialistica poi. I contratti atipici di fatto quindi impediscono la crescita professionale del medico che viene lasciato, dopo anni di studio, in un limbo inaccettabile, con conseguenze gravi sulla qualità dell'assistenza. A risentirne non per ultima è la formazione dal medico che non si interrompe dopo la specializzazione, ma che deve essere un continuum nel mondo del lavoro. Il giovane medico non dovrebbe spendere il suo primo decennio di attività in continui cambi di contratto, magari di struttura o addirittura di indirizzo, ma dovrebbe quanto prima potersi inserire in un contesto lavorativo e di indirizzo stabile dove poter sviluppare conoscenze e abilità fondamentali per una sanità di qualità.

Si impone più che mai oggi, l'urgenza di un'abitudine all'analisi e alla descrizione dei fenomeni quali precariato medico e precariato formativo (vedi l'enorme gap tra nuovi laureati in medicina e insufficienti posti disponibili presso le varie scuole di specialità) per consentire una programmazione di formazione e accesso al mondo del lavoro basata sull'evidenza dei numeri.

BOX 1- Principali Tipologie di contratto precario che coinvolge la classe medica ospedaliera in Italia

1) Contratto a tempo determinato ottenuto con avviso pubblico per titoli e colloquio	53,4%
2) Contratto libero professionale	23,7%
3) Contratto di lavoro a progetto (Co.Co.Pro.)	8,4%
4) contratto di lavoro con collaborazione coordinata e continua (Co.Co.Co.)	5,1%
5) Contratto di lavoro di somministrazione (Ex interinale)	2%
6) Contratti di lavoro operati da agenzie di servizio	NC
7) contratti 15 octies del Dlg 502/92 (contratti per l'attuazione di progetti finalizzati)	1%
8) Borsa di Dottorato di Ricerca	NC
9) Assegni di ricerca a progetto, riguardante in particolar modo IRCSS e Università	4%

NC= non conteggiato nel censimento

BOX 2- Abuso contratti atipici nelle Aziende Ospedaliere

I contratti precari, in particolare quelli atipici, sono sempre di più utilizzati nelle Aziende Ospedaliere, vedi ad esempio i contratti <15 octies> del Dlg 502/92 (contratti per l'attuazione di progetti finalizzati) che per definizione non possono essere utilizzati per sostituzione e/o integrazione di personale sanitario, ma che di fatto in alcune realtà sono diventati parte rilevante del panorama contrattuale Aziendale, diventando indispensabili per assicurare i Lea.

Un esempio per tutti si ha in alcuni centri di alta specializzazione per i trapianti, sia Universitari che Ospedalieri/Universitari integrati, nei quali colleghi con queste tipologie di contratto sono coinvolti regolarmente nell'attività di prelievo d'organi e trapianto.

Ovviamente l'esempio non è orfano, nelle Aziende Ospedaliere IRCSS sono tanti i colleghi che svolgono attività, non solo di ricerca, ma anche di assistenza ed attività chirurgica sotto il "cappello" di un *contratto da borsista*, sponsorizzato da parte di qualche associazione di volontariato o da privati (per lo più aziende farmaceutiche), a tutto vantaggio delle Aziende Ospedaliere, che possono fruire di risorse umane ad alta resa a costo zero.

Da sottolineare poi la consuetudine, in alcune realtà ospedaliere, di attingere da graduatorie per avviso pubblico o concorso per proporre contratti atipici, contravvenendo al regolamento del bando medesimo.