

Lavorare per il diritto alla salute

Cecilia Taranto

Partendo dal presupposto che la qualità dei servizi si fonda sul riconoscimento della cruciale importanza del lavoro umano nel campo socio-assistenziale, il contributo evidenzia come, anche in virtù dei tagli lineari degli ultimi anni, la qualità del lavoro è stata seriamente condizionata dalla carenza di personale e dalla crescita

del precariato. Ribadisce inoltre la necessità di valorizzare le professioni e di investire per creare occupazione, nonché rimarca l'urgenza di ripensare gli attuali sistemi contrattuali a favore di contratti di filiera e di settore e di riorganizzare e riqualificare i servizi mediante una vera e propria governance partecipativa.

RPS

1. Qualità del lavoro è qualità dei servizi

Lavorare per la salute e la cura delle persone, fino a salvare vite, è una grande responsabilità, non sempre riconosciuta e valorizzata come si dovrebbe.

Nel campo sanitario e socio assistenziale il lavoro è fatto di competenze professionali e «gesti tecnici» ma se non vi è capacità di relazioni umane e di sensibilità verso le persone, non c'è qualità nell'assistenza. L'assistenza in campo sociale e sanitario si fonda sul lavoro umano e, per quanto sia cresciuta la componente strumentale e tecnologica, rimane centrale la prestazione professionale delle lavoratrici e dei lavoratori.

Nel vasto e articolato «sistema socio-sanitario» tantissime lavoratrici e lavoratori operano con serietà e dedizione: sono una delle risorse più preziose che il nostro paese possiede. Nei servizi sociali e socio-sanitari si trovano le più disparate tipologie di lavoro: dai dipendenti di servizi pubblici a quelli delle imprese private (profit e non profit), fino ai soci lavoratori delle cooperative e alle «badanti». Soprattutto negli ultimi anni, anche in forza di tagli lineari al finanziamento della sanità e dell'assistenza sociale, la qualità del lavoro è stata seriamente condizionata dalla carenza di personale e dai conseguenti sovraccarichi di orario e di lavoro e dalla crescita del precariato. Qui la «flessibilità» del/nel lavoro ha pervaso ogni segmento del sistema dei servizi: il fenomeno del badantato ne è l'espressione estrema.

Il «Jobs Act» approvato dal Governo finisce per aggravare questa situazione, estendendo e «legalizzando» forme di precarietà e sottotutela anziché estendere, seppur progressivamente, stabilità e regolarità del lavoro. La carenza di personale, nonostante lo sforzo degli operatori, peggiora la qualità dei servizi offerti ai cittadini: nel Sistema sanitario nazionale (Ssn) mancano oltre 40 mila infermieri, migliaia di operatori di assistenza, ma anche tecnici sanitari; e professionalità nei servizi ad alta integrazione socio-sanitaria (SerT, Salute mentale, ecc.). Anche la presenza di soggetti privati, in alcune Regioni relevantissima, segnala l'esigenza di ristabilire un governo del servizio pubblico, il pieno rispetto degli standard e dei contratti di lavoro. Per questo servono accreditamenti rigorosi e un ricorso motivato all'appalto esterno (si pensi al «memorandum sul lavoro pubblico»).

2. Regole uniformi nei servizi

Per salvare e restituire ai cittadini il diritto alla tutela della salute e agli operatori il diritto a lavorare in condizioni dignitose sappiamo che bisogna cambiare le politiche di austerità che, in questa lunga crisi, hanno guidato le scelte di politica economica e sociale in Europa e in Italia.

Se da un lato il Servizio sanitario nazionale che, nonostante difetti e debolezze, ha permesso l'accesso alle cure a tante persone che in altri paesi ne sarebbero e ne sono state escluse, dall'altro è l'indicatore dell'emergere di una povertà che porta troppe persone alla rinuncia delle cure per motivi economici. Questa è la ragione per la quale cancellare il sistema dei ticket sanitari è assolutamente indispensabile.

Infatti, nei paesi dove i bisogni sociali sono stati affidati prevalentemente alle risposte di mercato, gli effetti in termini di disuguaglianze – e di maggiori costi generati dalla spinta al consumo – sono ormai noti come fallimentari, mentre il welfare pubblico e universale, per quanto limitato e imperfetto, si è dimostrato un indubbio vantaggio per tutti.

Proprio in tempo di crisi bisogna agire per rafforzare il sistema di welfare sociale e sanitario, con nuovi investimenti: tecnologici, di ricerca, umani e questo in ragione del fatto che il Sistema sanitario pubblico e universale rappresenta un formidabile motore che alimenta sviluppo economico e occupazione.

Solo per questa via è davvero realizzabile un nuovo modello di welfare che risponda ai bisogni di salute, di cure e di protezione sociale considerandoli diritti.

Persistono in Italia differenze tra le aree, disparità di condizioni sociali ed economiche, ma ciò non è sufficiente per spiegare le enormi differenze in campo sanitario, socio-sanitario e sociale che osserviamo tra le Regioni e all'interno delle stesse.

La realtà è che si è creato, nel corso degli ultimi 15 anni, con i diversi sistemi sanitari e sociali regionali, un eccesso di autonomia che è sconfinata nella frammentazione e dove la funzione «guida» dello Stato a garanzia della parità di accessi, di diritti, di prestazioni è progressivamente venuta meno.

Così, però, si rischia di distruggere l'unità del paese nel campo dei diritti sociali. Si creano nuove e inedite sacche di povertà, spostando il peso sulle famiglie che sono già alle prese con gravi e diffusi problemi. Disoccupazione, soprattutto giovanile, bassi salari, invecchiamento della popolazione costituiscono plasticamente l'esempio del dramma nel quale si vive.

Si pensi, ad esempio, al fatto che i Lea (Livelli essenziali di assistenza) sono ancora lontani dall'essere realizzati. Per non dire dei diritti relativi all'assistenza sociale dove la situazione è ancora più grave, devono ancora essere definiti i livelli essenziali delle prestazioni sociali.

La Cgil da tempo è in campo con le proprie proposte sulla prevenzione, sull'integrazione socio-sanitaria, sulla diversa politica di compartecipazione della spesa, sulla continuità assistenziale nel territorio nelle ventiquattro ore, mettendo mano seriamente al Titolo V della Costituzione. E ora è impegnata con la campagna «Salviamo la Salute».

Dunque è urgente ridefinire il ruolo centrale dello Stato al fine di assicurare un quadro di regole uniformi e uguali per tutti gli attori, siano essi pubblici o privati accreditati, che svolgono funzioni pubbliche.

3. Investire per creare lavoro

I servizi di cura e assistenza alla persona e socio-educativi sono ad alta intensità di lavoro. Nonostante la crisi e i tagli lineari abbiano danneggiato alcuni settori (gli appalti e i subappalti hanno prodotto perdite di posti di lavoro, precarizzazione nei servizi pubblici e, talvolta, sono stati fonti di irregolarità e illegalità), i servizi alla persona hanno contribuito più di altri alla crescita dell'occupazione, come ci ricordano i più recenti rapporti sull'andamento del mercato del lavoro.

Secondo il 1° Rapporto sulla cooperazione in Italia realizzato dal Censis (2013), dal 2007 al 2011 l'occupazione creata dalle cooperative italiane

RPS

Cecilia Taranto

è aumentata dell'8%. Nello stesso arco di tempo l'occupazione nelle imprese è diminuita del 2,3% mentre il mercato del lavoro nel suo insieme ha perso l'1,2%.

Il settore del non profit nel suo complesso conta sul contributo di 681 mila dipendenti, 270 mila lavoratori esterni, 5 mila lavoratori temporanei e 19 mila lavoratori comandati/distaccati, che si aggiungono ai volontari (4,7 milioni), ai religiosi (40 mila) e ai giovani del servizio civile (19 mila).

Il censimento Istat (2013) ha rilevato nel 2011, rispetto al 2001, una crescita del personale impiegato pari al 39,4%. A trainare questo andamento positivo del non profit è stata in particolare la cooperazione sociale, che ha registrato tra il 2007 e il 2011 una crescita degli addetti del 17,3%. Le cooperative sociali attive sono 11.264. Rispetto alla rilevazione del 2003 il loro numero è quasi raddoppiato (+98,5%).

Si tratta di un'occupazione che, se adeguatamente sostenuta, può crescere di più e meglio. Troppo spesso qui il lavoro è «povero» e precario. Deve ottenere più valore e solidità, ne va della qualità dei servizi.

Una vera riqualificazione del welfare socio-sanitario è possibile solo valorizzando e riconoscendo il lavoro e il diritto a rinnovare i contratti (fermi da cinque anni!), superando le precarietà e i dumping tra settori e professioni.

3.1. Gli occupati dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali

La categoria professionale più rappresentata nel sistema dei servizi socio-sanitari, con il 27,5% dei lavoratori retribuiti, sono le professioni tecniche: professioni sanitarie infermieristiche, fisioterapisti, mediatori interculturali, educatori, tecnici di laboratorio ecc. Seguono le professioni qualificate nei servizi, con il 24,1%: operatori socio-sanitari, assistenti socio-assistenziali e assistenti domiciliari, addetti alla sorveglianza di bambini, ecc. Le professioni intellettuali, scientifiche e di elevata specializzazione sono il 17,9%; le professioni non qualificate (collaboratori scolastici, portantini, addetti alle pulizie, operatori ecologici, ecc.) il 13,8%, le professioni esecutive nel lavoro d'ufficio l'11,4%. Il 67% di questa forza lavoro sono donne, in particolare nell'istruzione, nei servizi per lungodegenti e nell'assistenza sociale (Fp Cgil su Ministero della Salute, 2014a).

Nel Ssn (direttamente e in «convenzione») e nel sistema socio-sanitario «allargato» (tab. 1) operano circa 1 milione e mezzo di addetti.

Tabella 1 - Addetti Ssn (diretto e indiretto)

	Numero addetti Ssn (diretto e indiretto)
Strutture Pubbliche	715.992
di cui:	
<i>a tempo indeterminato</i>	665.031
<i>con rapporto di lavoro flessibile (precario)</i>	34.125
<i>personale universitario</i>	16.836
Convenzioni Medicina di Base ed ex Sumai, e altri	80.472
Strutture private «convenzionate»	101.680
Riabilitazione ex art. 26 L. 833/78	23.888
Totale	922.032

Fonte: Elaborazione Fp Cgil su Ministero della Salute, 2014a, 2014b.

Altre strutture private socio-sanitarie «convenzionate» (spesa totalmente o parzialmente % a carico Ssn)	496.000
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------

Fonte: Elaborazione Fp Cgil su Rapporto biennale pari opportunità, Rapporti istituzionali associazioni datoriali, Enti bilaterali.

A questi si aggiungono gli operatori della «filiera» della salute: appalti, fornitura di beni e servizi, ecc. Nel settore della farmaceutica operano oltre 70.000 addetti (Farindustria, 2014), in quello dei dispositivi medici quasi 54.000 (Centro studi Assobiomedica, 2014). La «filiera della salute» è, ma potrebbe esserlo ancor di più, un formidabile motore per creare occupazione nel nostro paese. Infatti il nostro welfare socio-sanitario ha ampi margini per creare maggiore occupazione, oltretutto di qualità: il rapporto dipendenti pubblici per 100 abitanti è sceso al di sotto della media Ue e, a parità di spesa socio-sanitaria procapite, il rapporto occupati/abitanti in Italia è molto al di sotto di molti paesi Ue (tab. 2). Inoltre il personale sta rapidamente invecchiando (ad esempio, il personale infermieristico collocato nella fascia di età tra i 50 e i 60 anni rappresenta il 26,51%; oltre i 60 anni il 2,01%).

Con 3,9 medici ogni mille abitanti l'Italia si colloca sopra la media Ocse di 3,2 medici, al contrario risulta sotto la media sia per il numero di infermieri, 6,4 ogni mille abitanti, contro gli 8,8 della media Ocse.

Esiste quindi un gap occupazionale che può e deve essere colmato. Naturalmente ciò prevede investimenti.

Tabella 2 - Output occupazionale del settore sanitario (pubblico e privato) in alcuni paesi europei (2010)

Stati	Spesa sanitaria per occupato (euro)	Occupati per ogni milione di euro speso	Spesa sanitaria per abitante (euro)	Occupati in sanità ogni 1.000 abitanti
Austria	117.288,4	8,5	3.761,5	32,1
Belgio	122.525,3	8,2	3.515,3	28,7
Danimarca	139.674,4	7,2	4.852,9	34,7
Finlandia	89.897,4	11,1	3.007,0	33,4
Francia	130.606,8	7,7	3.563,4	27,3
Germania	103.728,9	9,6	3.539,7	34,1
Grecia	111.473,2	9,0	2.051,0	18,4
Italia	122.296,6	8,2	2.445,3	20,0
Norvegia	141.127,3	7,1	6.164,3	43,7
Paesi Bassi	116.743,3	8,6	4.226,9	36,2
Portogallo	93.381,1	10,7	1.785,5	19,1
Regno Unito	78.992,3	12,7	2.646,0	33,5
Spagna	110.518,9	9,0	2.166,7	19,6
Svezia	106.461,6	9,4	3.589,1	33,7
Svizzera	167.597,4	6,0	6.145,7	36,7

Fonte: elaborazione Fondazione «Zancan» su dati Eurostat e Who.

È quello che la Cgil ha proposto con il Piano per il Lavoro, e che nel welfare socio-sanitario, in estrema sintesi, deve prevedere:

- finanziamenti adeguati sia in campo sanitario che per le politiche sociali (entrambi al di sotto della media Ue e Ocse);
- lo sblocco progressivo del turn-over, indirizzando le assunzioni per far avanzare i processi di riorganizzazione, riconversione e riqualificazione del nostro Ssn e nel sociale;
- la stabilizzazione dei precari, che spesso assicurano i Lea in servizi essenziali (dal Pronto soccorso al Centro di salute mentale). Il testo del d.p.c.m. concordato con il Ministero della Salute lo scorso dicembre 2013 a seguito del d.l. 101/2013, prevedeva la stabilizzazione, nel limite massimo del 50% delle risorse disponibili per gli anni dal 2013 al 2016, per coloro che avessero già maturato almeno tre anni negli ultimi 5. Il nuovo testo, a seguito dei rilievi del Ministero dell'Economia e del Dipartimento della Funzione pubblica non costituisce più la soluzione ma anzi è diventato il problema da superare e un ostacolo alla stabilizzazione mettendo a rischio l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza. È quanto mai urgente individuare ulteriori soluzioni che salvaguardino non solo i lavoratori a tempo determinato ma anche tutte le altre tipologie di lavoro flessibile presenti nel Ssn;

- precise misure a garanzia dell'occupazione, riferita alle strutture, pubbliche e private operanti nell'ambito del Ssn e nel sociale che subiscono «crisi», con un progetto di tutela occupazionale: ricollocazione all'interno dei servizi ospedalieri qualora gli standard di personale siano carenti, oppure per la riconversione dei servizi verso la prevenzione e l'assistenza nel territorio (Case della Salute, assistenza domiciliare, ecc). Ciò implica un grande Patto per la tutela dell'occupazione e dei servizi che coinvolge Governo, Conferenza delle Regioni e parti sociali (sindacato e associazioni delle imprese). La Cgil ha da tempo lanciato l'allarme e denunciato la necessità di un sistema di ammortizzatori sociali inclusivo. Oggi, tempo di «crisi» anche nei settori pubblici e privati del socio-sanitario assistenziale, ciò non è più rinviabile. L'inclusione deve avvenire attraverso un sistema pubblico e universale senza differenze tra lavoratori e settori di attività, dimensione di azienda, collocazione territoriale, tipologia di lavoro. La cassa integrazione in deroga non può più rappresentare la soluzione alle crisi aziendali, è necessario assicurare strutturalmente l'inclusione al sistema generale anche a chi oggi è privo di tutele;
- la riconversione dei servizi, produttiva e professionale, per potenziare la prevenzione e l'assistenza integrata sociale (oggi sottodimensionata e addirittura assente in alcune regioni), elevando così lo standard di questi servizi (soprattutto in alcune Regioni, con un vero e proprio percorso di convergenza). L'assistenza territoriale integrata socio-sanitaria costituisce un volano per creare nuova e qualificata occupazione. Qui servono anche soluzioni contrattuali per il personale (di tipo salariale e di «carrera» professionale) che incentivino la riconversione «ospedale/territorio»;
- la riconversione, parziale e progressiva, della spesa sociale per trasferimenti monetari in servizi esigibili al fine di creare nuovi posti di lavoro;
- un accordo che fissi regole universali per appalti e accreditamenti con precise clausole di salvaguardia sociale e occupazionale a garanzia dei diritti, compresa la continuità del lavoro (verso contratti di settore), riconoscendo e regolando anche il lavoro di cura delle assistenti familiari;
- orientare e qualificare l'offerta di lavoro:
 - con una migliore programmazione, negli accordi Stato-Regione, dei fabbisogni di personale nei servizi socio-sanitari, riequilibrando il rapporto tra le professioni in base alle carenze legate alle

RPS

Cecilia Taranto

- prevalenti necessità assistenziali dei cittadini (es. cronicità, non autosufficienza);
- disciplinando ed elevando la formazione, migliorando i trattamenti contrattuali (retribuzione e status, ecc.) degli addetti al lavoro di cura nei servizi alla persona (es. assistenti familiari), considerando come relazionare queste/i lavoratrici/lavoratori alla rete dei servizi.

4. *Valorizzare le professioni*

La «costruzione» di figure professionali adeguate ai variegati e mutevoli fabbisogni del sistema socio-sanitario e l'aggiornamento continuo delle professionalità (e delle stesse figure professionali) sono essenziali per assicurare servizi e prestazioni di qualità.

Nel secolo scorso si sono succedute due generazioni di riforme educative per la formazione del personale sanitario: la prima, all'inizio del secolo scorso, quando i percorsi formativi furono basati sulla scienza; la seconda, intorno alla metà del secolo, quando furono introdotte innovazioni pedagogiche orientate su problemi e discipline. Ma allora è lecito chiedersi cosa fare domani?

Le prossime generazioni di studenti dovranno avere la capacità di gestire grandi quantità di informazioni e di estrarre, sintetizzando, ciò che è necessario per prendere decisioni sulla base della centralità della persona.

Vanno adottati percorsi per nuovi professionisti in formazione, che siano basati sulle competenze adattate ai contesti, per rispondere alle necessità che cambiano rapidamente piuttosto che rimanere dominati da percorsi statici, per definire un'educazione interprofessionale e trans professionale che sviluppi a sua volta le relazioni di collaborazione e non le relazioni gerarchiche.

È necessario un intervento relativo alla priorità del riconoscimento del valore delle professioni, che ci auguriamo possa arrivare anzitutto dalla «cabina di regia», concordata con il Ministero della Salute e la Conferenza delle Regioni, e che prevede la partecipazione delle organizzazioni sindacali.

La decisione di istituire un percorso universitario per i professionisti sanitari, adottata con il nostro consenso dagli anni '90, rappresenta il motore di un cambiamento che oggi deve essere capitalizzato, riaffermando, prima di tutto, un modello standard di funzionamento, as-

sicurando quindi il personale necessario ai servizi, e le possibilità di condividere, fermo restando la responsabilità della diagnosi e della cura al medico, la presa in carico delle persone da parte dei professionisti sanitari.

Ci domandiamo, ad esempio, che senso abbia far ricadere sul medico la vaccinazione quando è possibile liberarlo da questa incombenza, affidandola a professionisti che sono già in grado di farlo. Tutto ciò potrebbe garantire una visita medica in più a vantaggio dei cittadini.

Del resto i sistemi organizzativi in Italia sono molto diversi fra loro nonostante vi siano leggi che già propongono modelli più evoluti. A partire dalla legge 251/2000 (disciplina delle professioni sanitarie) che ha trovato attuazione solo in alcune Regioni.

5. Regole condivise e un nuovo sistema contrattuale: dagli appalti ai servizi socio-sanitari privati

Alla base di tutto resta però l'urgenza di una nuova disciplina dei sistemi di accreditamento, di appalto e di convenzione.

Ciò che sta accadendo produce lavoro povero con il rischio di una progressiva dequalificazione del sistema. Gran parte delle Regioni e dei Comuni ritengono possibile l'accreditamento, l'appalto, la convenzione con soggetti che non rispettano i contratti nazionali di lavoro di riferimento.

Si sta determinando una rincorsa selvaggia al contratto di lavoro più povero. In assenza di una legge sulla rappresentanza sono stati sottoscritti contratti nazionali di lavoro che hanno previsto il peggioramento delle condizioni salariali e normative da parte di organizzazioni che potremmo definire fantasma.

Gli attuali sistemi contrattuali vanno ripensati profondamente, nei contenuti e, soprattutto, nell'inderogabile necessità di ridurne il numero.

Non si tratta di pensare, come sembrerebbe fare l'attuale governo, ad un modello contrattuale centralistico e dirigistico, con regole decrescenti e standardizzate, come se lavorare all'anagrafe di un Comune fosse la stessa cosa che lavorare in un centro trapianti.

La scelta di un profondo cambiamento al quale siamo interessati riguarda innanzi tutto il campo di applicazione del Ccnl. Dal nostro punto di vista è infatti necessario rimettere insieme i lavoratori e le lavoratrici impegnati nello svolgimento di funzioni pubbliche (finan-

RPS

Cecilia Taranto

ziate interamente da risorse pubbliche anche quando gestite in forma privatistica). È per questa ragione che parliamo di contratti di filiera e di settore. Ciò appare fondamentale per il governo dell'intero processo «produttivo» e determina la possibilità concreta di reciproca contaminazione sulle buone prassi. È infatti fuori discussione che tanto il soggetto pubblico quanto quello privato hanno l'obbligo di elevare, la qualità e la quantità delle prestazioni e al tempo stesso di ottimizzare e razionalizzare la gestione delle risorse (umane e finanziarie). Ecco perché la proposta di riformulazione dei campi di applicazione che prevede la corresponsabilizzazione del pubblico e del privato sulla definizione delle aree contrattuali. La nuova distinzione opererebbe quindi una riunificazione del contratto sanità pubblica e sanità privata sulla base delle effettive prestazioni richieste. Da qui la distinzione fra:

- Area sanitaria: dove la normativa nazionale si dovrà incaricare di definire gli standard minimi di servizio alle Regioni, le quali potranno individuare modelli alternativi di funzionamento solo se autorizzate da una commissione nazionale,
- Area socio-sanitaria o dell'integrazione: anche in questo caso convivono nell'area esperienze molto distanti. Ad esempio la riabilitazione e il ricovero in Rsa (Residenza sanitaria assistenziale) per persone parzialmente autosufficienti o non autosufficienti è gestita quasi completamente da soggetti privati.

Gli elementi principali e comuni afferenti le aree come sopra indicate, devono caratterizzarsi con il progressivo superamento delle differenze di inquadramento contrattuale, per addivenire al riconoscimento della stessa retribuzione a parità di lavoro e di professionalità, nonché continuare nel processo di omogeneizzazione dei diritti.

6. Più potere ai lavoratori e più spazio alla contrattazione

Il funzionamento dei servizi e la loro riorganizzazione e riqualificazione, per avere successo, devono essere costruiti con un'adeguata contrattazione e un'ampia partecipazione, nella quale si eserciti, accanto a quella doverosa delle istituzioni, la responsabilità degli operatori, dei cittadini e delle forze sociali di rappresentanza. Questo significa avere sedi e strumenti riconosciuti, in cui si possano esercitare le forme della democrazia partecipativa. Una vera e propria governance partecipativa che arricchisce il ruolo insostituibile delle istituzioni elette dai cittadini.

Questa scelta è ancor più decisiva se vogliamo uscire dalla crisi con un paese più coeso.

Le nostre proposte sono semplici e chiare (e si basano su esperienze concrete):

1. istituire una sede permanente di confronto nazionale e in tutte le Regioni sul Patto per la Salute e per un Patto per il Sociale;
2. trasformare le Aziende sanitarie locali (Asl) – oggi verticistiche e monocratiche – in Aziende sanitarie di comunità (Asac) con organismi agili di consultazione e di verifica delle direzioni generali, che coinvolgano operatori e cittadini;
3. istituire l'Assemblea della Salute (che coinvolga Asl e relativi Comuni), rappresentanza dei cittadini, dei lavoratori, che si riunisce sugli atti di programmazione e può dare una valutazione sull'Asl, della quale la Regione tiene conto nel giudizio sulla direzione generale.

Come si evince, la necessità di addivenire a una profonda riforma della organizzazione e disciplina dei servizi pubblici e del mondo del lavoro che in questi campi è impegnato è la nostra priorità. Un obiettivo da raggiungere in fretta per frenare la deriva neoliberista che punta a ridurre tutti gli spazi pubblici. Le attuali difficoltà non discendono infatti solo dalla profondità della crisi economica. Molto c'era da fare prima della crisi, molto di più si deve fare oggi. Anche per questa ragione il rinnovo dei contratti pubblici, e la loro riforma, rappresenta lo strumento principale per raggiungere l'obiettivo. Proprio le scelte degli ultimi anni hanno dimostrato che le decisioni unilaterali e dirigistiche non sono destinate a produrre efficienza e qualità dei servizi. Le condizioni dei lavoratori e delle lavoratrici in questi anni sono drasticamente peggiorate, sia nel pubblico che nel privato, insieme alla qualità e alla quantità delle prestazioni. Il sindacato è pronto alla sfida.

RPS

Cecilia Taranto

Riferimenti bibliografici

Censis, 2013, *1° Rapporto sulla cooperazione in Italia*, «Note e Commenti», n. 5/6, disponibile all'indirizzo internet: http://www.censis.it/14?shadow_ricerca=118861.

Istat, 2013, *9° Censimento dell'industria e dei servizi e Censimento delle istituzioni non profit. Primi risultati*, disponibile all'indirizzo internet: http://www.istat.it/it/files/2013/07/Fascicolo_CIS_PrimiRisultati_completo.pdf.

Ministero della Salute - Direzione Generale del Sistema informativo e statistico sanitario e Direzione Generale delle Professioni sanitarie e delle Risorse Umane del Ssn, 2014a, *Il personale del sistema sanitario italiano anno 2011*, 23 luglio, disponibile all'indirizzo internet: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2191_allegato.pdf.

Ministero della Salute - Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica, 2014b, *Relazione sullo stato sanitario del Paese 2012-2013*, 18 dicembre, disponibile all'indirizzo internet: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2258_allegato.pdf.

Farmindustria, 2014, *Il mercato del lavoro nel 2011 nel settore chimico e farmaceutico*.

Centro studi Assobiomedica (Csa), 2014, *Produzione, ricerca e innovazione nel settore dei dispositivi medici in Italia – Rapporto 2014*, disponibile all'indirizzo internet: <http://www.assobiomedica.it/static/upload/ass/0000/assobiomedica-pr-2014.pdf>.