

Tra autonomia e subordinazione: il caso delle professioni sanitarie nei servizi esternalizzati

Between autonomy and subordination: the case of health professions in outsourced services

Luisa De Vita, Silvia Lucciarini

Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche, Sapienza Università di Roma

Parole chiave: professioni sanitarie; esternalizzazione; lavoro autonomo

RIASSUNTO

Obiettivi: il contributo si propone di esplorare le condizioni di lavoro dei professionisti impiegati nelle diverse professioni sanitarie nei servizi esternalizzati. Anche se si tratta di una prassi consolidata nel complesso panorama della gestione dei servizi alla persona, il ricorso all'esternalizzazione ad enti del cd. privato sociale pone una serie di problematiche legate sia alla qualità del lavoro in termini di reddito, tutele, riconoscimento e autonomia, sia più in generale all'organizzazione del lavoro e della qualità dei servizi erogati.

Metodi: analisi di 47 interviste in profondità somministrate a terapisti neuro-psicomotori dell'età evolutiva (Tnpee), fisioterapisti e logopedisti, tutti impiegati in centri di assistenza pubblici e privati della regione Lazio.

Risultati: il contributo mette in luce da un lato alcune delle criticità tipiche del nuovo lavoro autonomo collegate a frequenti ritardi nei pagamenti, all'assenza di status professionale riconosciuto e all'isolamento professionale, dall'altro segnala le difficoltà di erogazione della prestazione in assenza di regolazione.

Conclusioni: l'eccessiva responsabilizzazione del singolo professionista e il prevalere di dinamiche competitive di mercato condizionano non solo la qualità della prestazione, ma minano anche tutti quegli aspetti fondamentali nel lavoro di cura legati a dinamiche connesse all'affettività e alla fiducia, dipendenti cioè dalla capacità di assicurare continuità e stabilità del servizio.

Keywords: health care professions; outsourcing; self-employment

SUMMARY

Objectives: the paper aims to explore the working conditions of health professionals employed in outsourced services. This outsourcing process, even if consolidated, arouse several problems both on the quality of work (income, protection, recognition and autonomy), and on the organization of work and the quality of the services provided.

Autore per corrispondenza: luisa.devita@uniroma1.it

Methods: analysis of 47 in-depth interviews conducted with different health professionals, employed in public and private centers of Lazio's region.

Results: on the one hand, the paper highlights the well-known problems faced by the new self-employment workers linked to payment delays, lack of professional status and professional isolation, on the other it points out the difficulties in providing services without formal regulation.

Conclusions: the emphasis on individual responsibility and the prevalence of competitive market logics, besides influencing the service's quality, undermine the dynamics of care work linked to affectivity and trust, and therefore the stability and continuity of the service.

Traiettorie del sistema sanitario italiano: dalla statualità al modello integrato pubblico-privato

I sistemi sanitari si sono profondamente trasformati negli ultimi decenni per rispondere o adattarsi al meglio alle diverse pressioni che ne hanno messo progressivamente in discussione e ridefinizione l'impianto sviluppato dal secondo dopoguerra agli anni Settanta. Nel corso di quel "trentennio glorioso" si sono poste le basi dei sistemi di protezione sociale riuscendo a coniugare sviluppo economico e inclusione sociale. Ciò è stato possibile grazie a una congiuntura economica fortemente positiva, alla stabilità politica e alla convergenza a livello europeo di indicazioni che sostenevano la centralità dell'attore pubblico e la sua responsabilità redistributiva tra cittadini e territori basata sul riconoscimento di una pluralità di diritti propri dell'uomo, tra cui la salute. Si supera in quegli anni il primo impianto del sistema sanitario moderno, configuratosi tra i primi dell'Ottocento fino agli Trenta del Novecento e sviluppatosi lungo il canale assicurativo e mutualistico, per arrivare quindi a sistemi universalistici o universalistico-selettivi, finanziati attraverso misure di welfare fiscale generale, a sostegno dell'impegno statale che poneva la salute tra i pilastri del patto sociale. Come noto, il sopraggiungere di criticità - soprattutto di natura macroeconomica - che hanno coinvolto i capitalismi occidentali a partire dal finire degli anni Settanta, ha imposto la ricerca di un nuovo equilibrio che garantisse la sostenibilità dei sistemi sanitari. Il paradigma neoliberista inizia così ad affermarsi anche in Italia, promuovendo una visione e una conseguente riorganizzazione finanziaria, regolativa e gestionale in tutti gli ambiti di policies, volta a ampliare l'area del mercato e a ridurre quella dello Stato attraverso processi incrementali di deregolamentazione. Il sistema sanitario, certamente anche per il suo peso economico sul bilancio nazionale generale, è uno dei primi settori ad essere investito dalle azioni di riforma che vedono nel percorso di aziendalizzazione il centro dell'azione. Questo processo, in cui possono ravvedersi più fasi e momenti (1-4) si intreccia con altre onde di mutamenti, in particolare di tre nature, che modificano ulteriormente il funzionamento e i contenuti del sistema sanitario. Una istituzionale-regolativa, ovvero la progressiva regionalizzazione; una seconda di tipo culturale che vede il passaggio da un paradigma

biomedico a uno biomedico-sociale; e infine una professionale, che richiede l'integrazione di competenze e abilità diverse. Comprendere tali spinte e snodi, che hanno avuto come principale esito la diffusione di un sistema di esternalizzazione nell'erogazione delle prestazioni sanitarie e una integrazione per i servizi a basso contenuto sanitario con competenze e professionalità socio-assistenziali, è una cornice necessaria per capire il contesto organizzativo e gestionale nel quale si muovono i lavoratori autonomi che operano nelle strutture del procurement sanitario. Il percorso di aziendalizzazione del sistema sanitario è avviato dalla riforma sanitaria del 1992-93 e dai decreti legislativi 502/92 e 517/93, che introducono quale principale novità il principio della concorrenza nella gestione delle aziende sanitarie, che divengono aziende pubbliche dotate di propria autonomia imprenditoriale. Viene definito, e poi razionalizzato con la cd. "riforma ter" o "riforma Bindi" del 1999, un sistema di quasi-mercato, finanziato dal pubblico, dove attori pubblici e privati sono erogatori di prestazioni sanitarie soggetti a selezione da parte dell'utenza. In questo modo è tutelata la finalità pubblica del servizio, alla quale si affiancano strumenti di flessibilità e funzionalità tipici dell'impresa di mercato. I soggetti privati e/o del privato sociale acquistano nei due decenni successivi una progressiva rilevanza nell'offerta delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, con forti differenze territoriali dovute alla maggiore responsabilità dell'attore regionale in materia, in particolare a seguito della riforma del Titolo V della Costituzione che nel 2001 ha ridefinito il perimetro delle competenze tra Stato e Enti locali in merito a un ampio ventaglio di materie pubbliche. Il sistema di regolazione tra attore pubblico e soggetti privati ha inoltre subito importanti modifiche. Inizialmente nella 833/78 i soggetti privati che avevano la possibilità di erogare prestazioni sanitarie erano sottoposti a un regime di convenzione e potevano subentrare solo in caso di un numero maggiore di richieste rispetto alla capienza dell'attore pubblico, in sua supplenza. Il dlgs 502/92 interrompe questo rapporto sussidiario e ne sancisce uno alternativo tra erogatori pubblici e privati, previo il raggiungimento da parte dei soggetti privati degli standard che rendevano possibile il regime di convenzione. Nella metà degli anni Novanta, in una congiuntura economicamente difficilissima per l'Italia, tanto che l'azione pubblica si esplica nelle cosiddette riforme dalle tre T, Tagli, Ticket e Tetti volte al contenimento della spesa pubblica (5). Le leggi finanziarie 549/95, 662/96 e 449/97 stabiliscono una procedura di accreditamento "vincolato" dei soggetti privati, perché possono erogare prestazioni solo i soggetti autorizzati, in linea con le precedenti normative, ma tale diritto è finanziariamente condizionato perché deve rispettare i limiti di spesa imposti a livello regionale. Il successivo intervento normativo in materia, nella L. 229/99, configura l'impianto che è in vigore ancora oggi, con l'istituzione del sistema di accreditamento per i soggetti privati interessati a erogare prestazioni sanitarie, detto delle tre A: autorizzazione all'esercizio, che sta ad indicare il raggiungimento di standard definiti; accreditamento

istituzionale, ovvero la possibilità di erogare prestazioni per conto del sistema pubblico; accordi contrattuali, cioè la definizione del numero di prestazioni erogabili per rispettare i limiti di budget stanziati dall'attore pubblico. Questa configurazione regolativa tra attore pubblico e privato definisce sia le prestazioni esclusivamente sanitarie sia quelle socio-sanitarie, come previsto dalla legge quadro 328/00, che riordina il sistema dei servizi sociali e sanitari con una forte integrazione tra le due aree di policy. Tale integrazione è spiegabile sia per motivi strumentali, ovvero la messa a sistema di due casse pubbliche prima separate (assistenza e sanità), una storicamente sottofinanziata e l'altra invece più ricca, che per le competenze professionali degli operatori socio-sanitari, in un sistema che riconosce la salute come benessere fisico e sociale e non meramente come assenza di malattia. Negli anni pertanto nel sistema sanitario sono subentrati nuovi assetti regolativi e gestionali ed è nata per specifici servizi la richiesta di competenze professionali integrate socio-sanitarie. Questo nuovo assetto, anche per la necessità di contenere la spesa sanitaria regionale, si affida alle esternalizzazioni: in questo modo i vincoli finanziari possono essere meglio gestiti perché rispondono a un regime che ha precedentemente stabilito il volume dell'affido del servizio, e perché essendo un servizio esternalizzato può in caso di necessità e vincoli finanziari non essere rinnovato in quanto non strutturale e sistemico. In questo sistema di vincoli procedurali ed economico-finanziari, caratterizzato dalla specificità delle competenze professionali, la strategia scelta da alcuni soggetti privati e del privato sociale è quella di avere un core di lavoratori dipendenti affiancato da un polmone di autonomi e liberi professionisti sui quali si scaricano la flessibilità e i picchi di lavoro all'interno di queste organizzazioni. Tali lavoratori pertanto pur essendo formalmente indipendenti si trovano a esercitare la loro attività con modalità proprie di un contratto di subordinazione. Attraverso l'analisi di 47 interviste in profondità somministrate a terapisti neuropsicomotori dell'età evolutiva (Tnpee), fisioterapisti e logopedisti, tutti impiegati in centri di assistenza pubblici e privati della regione Lazio, il contributo mette in luce da un lato alcune delle criticità tipiche del nuovo lavoro autonomo collegate a frequenti ritardi nei pagamenti, all'assenza di status professionale riconosciuto e all'isolamento professionale, dall'altro segnala le difficoltà di erogazione della prestazione in assenza di regolazione. L'eccessiva responsabilizzazione del singolo professionista e il prevalere di dinamiche competitive di mercato condizionano non solo la qualità della prestazione, ma minano anche tutti quegli aspetti fondamentali nel lavoro di cura legati a dinamiche connesse all'affettività e alla fiducia, dipendenti cioè dalla capacità di assicurare continuità e stabilità del servizio.

Le condizioni di lavoro nei servizi esternalizzati: criticità e opportunità

Prima di analizzare i risultati dell'indagine qualitativa condotta, è utile riprendere gli aspetti salienti evidenziati negli ultimi studi nazionali e internazionali sulle condizioni di

lavoro nei servizi pubblici esternalizzati (6-7). La diffusione di questa pratica organizzativa e gestionale è diventata prassi comune nell'Eurozona a partire dagli anni Ottanta, anche se con diverse declinazioni nazionali dovute agli incastri tra le conformazioni dei sistemi di welfare, dei regimi occupazionali e del modello di relazioni industriali. Come si è già inoltre sinteticamente detto, si è assistito parallelamente ad un progressivo aumento delle differenze anche a livello sub-nazionale, per il decentramento delle competenze in vari ambiti sociali e sanitari, che hanno esasperato ancora di più le disuguaglianze territoriali, quest'ultime in forte aumento dopo l'arretramento della capacità redistributiva dello Stato al finire dei "trenta gloriosi". In Italia queste traiettorie-comuni ad altri paesi europei si sono sedimentate in un sistema di esternalizzazione, in particolare dei servizi socio-sanitari, che è aumentato nel tempo sia per il volume complessivo delle misure sia per il ventaglio di interventi contrattualizzati. Tra le ragioni di questa diffusione possiamo trovare aspetti di opportunità come anche di forte criticità. La necessità di tenere sotto controllo i bilanci degli Enti Locali ha sicuramente dato una forte spinta e accelerazione alla diffusione delle esternalizzazioni. Tale pratica ha arginato la difficoltà di garantire i servizi, imputabili alla diminuzione dei lavoratori della Pubblica Amministrazione causate dal blocco del *turn over* da un lato e permesso il mantenimento di alcuni standard qualitativi dall'altro. Il ricorso alle esternalizzazioni ha infatti fatto sì che entrassero competenze e professionalità non presenti nel perimetro dei lavoratori core "invecchiato" della PA ma necessarie perché capaci di utilizzare nuove tecniche e tecnologie. Inoltre ha permesso di attivare, mantenere e rafforzare il legame con altri attori del territorio vicini ai soggetti a cui il servizio era affidato, potenziando il capitale sociale e le reti, sia formali che informali, di networking tra attori sociali e sanitari. Queste opportunità che il sistema delle esternalizzazioni permette di cogliere tuttavia sfumano e rimangono disattese se inserite in un quadro regolativo debole ove prevale una logica imprenditoriale "stretta" e la produzione di beni collettivi sottende unicamente alle regole di mercato. I bandi per i servizi sanitari, sociali e socio-sanitari rientrano nella giurisprudenza come contratti pubblici e come tali sono soggetti a selezione secondo il criterio del massimo ribasso. Inoltre in caso di vincita l'appaltante può mantenere la commessa per un massimo di tre annualità consecutive, per rispettare il principio di concorrenza. Questo determina la necessità di mantenere bassi i costi per aggiudicarsi la commessa, obiettivo che viene perseguito principalmente attraverso la contrazione e il calmieramento dei salari degli operatori. La politica di contenimento dei costi del lavoro inoltre agisce come un elemento di delegittimazione professionale. Il fatto che i salari vengano stabiliti non secondo uno standard ma attraverso aggiustamenti e limature dei budget da presentare nelle procedure di appalto, contribuisce ad aumentare una vaghezza delle competenze professionali che influisce nella definizione di un giusto compenso e può portare a comportamenti di auto-sfruttamento in un sistema di bassi o bassissimi salari (8). Questi elementi critici

sembrano prevalere nella prassi rispetto alle opportunità, che restano sovente non colte. Questo sistema di esternalizzazioni produce inoltre disuguaglianze lungo più dimensioni: tra chi lavora nel settore centrale della Pubblica Amministrazione e chi nei servizi esternalizzati, per le disparità di reddito e ore di lavoro a parità di figura professionale; nei servizi esternalizzati tra figure “core” e “periferiche” con la possibilità di assommare sui lavoratori meno professionalizzati e marginali i costi della competizione per l'appalto e anche la tutela del salario dei lavoratori più forti dell'organizzazione; il ricorso a lavoratori autonomi-come vedremo-per supplire ai picchi lavorativi con la creazione di lavoratori di riserva utili anche a mantenere i salari contenuti. Queste segmentazioni infine non possono che pesare sulla qualità dei servizi offerti, portando a forti differenziali e disparità tra territorio e territorio e rendendo variabile l'accesso ai diritti di equità tra cittadini promossi dalla Costituzione.

Alcune note di metodo

Per capire meglio queste dinamiche, e la loro complessità, è stata condotta una survey qualitativa, che ha raccolto in 47 interviste in profondità somministrate a terapisti neuropsicomotori dell'età evolutiva (Tnpee), fisioterapisti e logopedisti, tutti impiegati in centri di assistenza pubblici e privati della regione Lazio. Il contributo ha privilegiato, accanto ai caratteri oggettivi che connotano queste professioni, le percezioni e le valutazioni soggettive per approfondire più nel dettaglio il vissuto personale di questi professionisti. L'importanza degli aspetti soggettivi e individuali ha suggerito l'utilizzo dell'approccio biografico delle storie di vita, scegliendo soggetti considerati rappresentativi di una certa realtà. Nella ricerca si è però privilegiato un approccio volto a raccogliere «informazioni il più possibile oggettivabili» (9), tali da consentire di inferire se e in che misura il caso individuale riconduce a dinamiche sociali più ampie. Il tentativo è stato quello, accanto alla ricchezza delle esperienze e delle percezioni soggettive, di analizzare e prendere in considerazione le situazioni concrete in cui gli individui sono collocati, ricostruendo le forme e i modelli di organizzazione sociale all'interno dei quali i soggetti sono inseriti. Le diverse narrazioni si sono articolate in due parti. La prima è stata incentrata sulla comprensione delle condizioni lavorative in termini di reddito, carico e organizzazione del lavoro. La seconda parte è stata invece dedicata all'analisi dell'identità personale e professionale in termini di autonomia e riconoscimento, anche con l'obiettivo di analizzare se e in che modo il prevalere di logiche competitive di mercato condizionano la qualità della prestazione lavorativa e più in generale dei servizi offerti.

Parallelamente ai dati sui laureati dei corsi triennali nelle professioni sanitarie, anche i soggetti coinvolti nella ricerca sono in prevalenza donne, solo sette dei 47 soggetti intervistati è, infatti, di sesso maschile. Si tratta di lavoratori molto giovani, tutti di età compresa tra i 24 e i 37 anni e tutti naturalmente in possesso di una laurea triennale

nelle professioni sanitarie. In cinque casi i soggetti erano già in possesso di una laurea quinquennale, e poi, a fronte delle forti difficoltà sperimentate nell'inserimento lavorativo, hanno optato per le professioni sanitarie dove maggiori sono gli sbocchi occupazionali. Si tratta in prevalenza di lavoratori in coppia (sposati o conviventi), e di questi oltre la metà hanno figli piccoli di età compresa tra i 2 e i 4 anni. Solo cinque professionisti vivono da soli e i restanti dieci risiedono con la famiglia di origine.

Le condizioni di lavoro: tra discontinuità e assenza di limiti

L'analisi delle condizioni di lavoro ha nella discontinuità sia di reddito che di orario il suo tratto principale.

Le diverse storie evidenziano una matrice comune nell'ingresso in queste professioni rappresentato dai contatti personali acquisiti durante il percorso universitario, ad es. con il tirocinio obbligatorio, e si configurano attraverso un aumento graduale del proprio monte ore. S'inizia per tutti i soggetti con sostituzioni o interventi presso studi privati, di conoscenti e colleghi, per poi raggiungere una posizione più strutturata all'interno di unico centro che diventa il principale, in alcuni casi l'unico datore di lavoro e a cui si associano in maniera più o meno saltuaria altre prestazioni, o in altri istituti, o più spesso di tipo informale. Lavorare con un committente principale, spesso unico, è la regola per la maggior parte soggetti intervistati e questo comporta una serie di criticità sia rispetto alla tenuta del proprio reddito, dipendente al numero di ore erogato, sia rispetto all'organizzazione generale del proprio tempo.

Se da un lato un unico committente spesso monopolizza quasi tutto il monte ore dei diversi professionisti, determinando in caso d'improvvisa riduzione dell'orario un fortissimo disagio al lavoratore, dall'altro la possibilità di costruirsi una rete di rapporti personali è estremamente difficile e laboriosa. I problemi maggiori, a detta dei lavoratori intervistati, sono collegati all'intensità dei ritmi e degli orari di lavoro che lasciano poco spazio per la ricerca di nuovi contatti, e alle forti difficoltà nel mantenere stabili i rapporti personali, definire le tariffe e ottenere un riconoscimento per il proprio lavoro. Ad essere difficile è soprattutto la possibilità di ricollocarsi sul mercato, ad esempio quando finisce il periodo di presa in carico dell'utenza, e arrivare a costruirsi un portfolio di committenti da selezionare anche in base alle condizioni di lavoro offerte. Solo 15 dei professionisti intervistati intrattengono rapporti stabili e di una certa entità con due o più società e il vantaggio sembra proprio risiedere nella diversificazione. Per questi professionisti è infatti più semplice non solo evitare discontinuità importanti rispetto alla copertura del proprio monte ore, ma soprattutto gestire le proprie prestazioni, anche favorendo la scelta di servizi/prestazioni più vantaggiose in termini di autonomia professionale e soprattutto di salario.

Quello delle retribuzioni è sicuramente l'elemento di maggiore criticità. Nessuno dei

soggetti intervistati ha dichiarato soddisfacente la propria retribuzione. Dalle interviste è emersa una discreta variabilità nella retribuzione oraria che oscilla, a seconda della committenza, tra i 12 e i 30 euro lordi. I soggetti che hanno una tariffa oraria più alta sono quelli che svolgono le prestazioni a domicilio, anche se la retribuzione più elevata è compensata dai maggiori costi per gli spostamenti.

Gli elementi di disagio sono numerosi. Il primo è la mancanza di regolarità nei pagamenti. Tutti i soggetti intervistati hanno subito almeno una volta un ritardo e in ogni caso il pagamento, che avviene solo se la prestazione è stata erogata, è posticipato a 60-90 giorni. Il secondo è invece legato ad un forte vissuto d'incertezza che dipende da un lato dal non conoscere con precisione l'ammontare della tassazione e dall'altro dalla continua variazione nella retribuzione mensile estremamente dipendente da una serie di cause non prevedibili con sufficiente anticipo. Rispetto al primo punto da tutte le interviste è emersa, anche a fronte dei continui cambiamenti in ambito normativo, l'impossibilità di «fare progetti a lungo termine», di programmare le proprie spese e necessità. Per tutti il momento del pagamento delle tasse è una sorta di «sorpresa», un «aspettare alla fine per vedere come va a finire», che alimenta vissuti di forte timore, in molti casi volutamente sottovalutati, e dipendenti dalla reale possibilità di non poter far fronte a tutte le spese.

Rispetto alle continue variazioni nelle retribuzioni, al di là della certezza comune a tutti i lavoratori di un minor carico di lavoro nei mesi estivi, per l'assenza di molti assistiti, o la chiusura dei centri, numerosi sono gli elementi, difficilmente prevedibili che possono comportare forti oscillazioni. Tra gli altri si segnala la poca affidabilità dei centri, che spesso rimangono scoperti e non sono in grado di assicurare il pagamento delle fatture, le eventuali malattie o i ricoveri dei propri assistiti soprattutto per chi opera con pazienti molto gravi e infine la consapevolezza di non poter garantire di riuscire sempre a lavorare. Le difficoltà reddituali hanno poi come effetto quello di sbilanciare ancora di più il potere contrattuale a favore della committenza. L'urgenza di arrivare ad un reddito accettabile spinge i professionisti intervistati ad accettare più o meno passivamente le condizioni imposte dal datore di lavoro, cancellando qualsiasi possibilità di gestione autonoma (sia nella scelta dei metodi che dei tempi). Questo aspetto è forte soprattutto per i professionisti che lavorano per un unico centro che sceglie per loro modi e tempi. I professionisti che invece svolgono prestazioni domiciliari scontano la maggiore autonomia professionale e gestionale con la difficoltà di conciliare gli orari presso i diversi pazienti, spesso collocati in parti della città molto distanti e assegnati dai diversi centri spesso senza alcun criterio di prossimità.

Il vissuto è dunque quello di un continuo rincorrere di commesse e di utenze per garantirsi continuità e un reddito il più possibile costante. Questo si traduce in complessi incastri che forzano i professionisti intervistati non solo a non porsi limiti rispetto all'esercizio della professione, ma ad accettare quanti più lavori possibile. I lavoratori

hanno dichiarato di lavorare anche il sabato, la domenica, e in tarda serata. Questo, se in alcuni casi dipende dal tipo di assistenza che deve essere fornita h24, nella maggior parte dei casi è però una scelta volontaria del professionista, che inevitabilmente finisce poi per compromettere la qualità delle prestazioni offerte.

L'identità professionale: tra mancato riconoscimento e dipendenza

Sul piano dei contenuti, tutti i soggetti intervistati hanno manifestato una forte soddisfazione per il proprio lavoro. Tutti sono impegnati in un'attività a cui sono molto legati, per la quale hanno studiato e che quindi concretizza le proprie passioni e aspirazioni. L'attaccamento al proprio lavoro è molto forte e tutti i professionisti intervistati giudicano in crescita il proprio percorso professionale, sia in termini di esperienze, che di competenze acquisite.

Tuttavia quando la riflessione si sposta sulla valorizzazione e il riconoscimento professionale, emergono non pochi elementi di criticità.

In prima istanza tutti i lavoratori percepiscono e lamentano una forte incongruenza tra il valore soggettivo della prestazione erogata e il prezzo che il mercato paga per il loro lavoro. Da una parte i lavoratori mettono a disposizione una grande professionalità e devono spesso far fronte in completa solitudine a situazioni molto gravi, dall'altra i diversi centri rispondono con retribuzioni standardizzate e molto rigide. Accanto al fatto che la retribuzione è strettamente legata alle ore lavorate, la prassi secondo la quale la retribuzione si abbassa leggermente (nell'ordine di poco più di due euro), in caso di assenza dell'assistito conferisce scarsissimo valore alla terapia svolta, con un effetto altamente demotivante. Il problema secondo questi professionisti risiede soprattutto nella mancanza di un meccanismo capace di garantire la loro professionalità. L'assenza di criteri e requisiti che chiariscano i parametri e le corrispettive tariffe entro cui svolgere queste professioni, mina la legittimità del lavoro svolto e anche la possibilità di definire il valore, non solo economico, del proprio lavoro.

Non è un caso quindi che tra questi professionisti sia molto forte la spinta ad associarsi e a stabilire reti e rapporti non solo di collaborazione professionale ma anche di mutuo sostegno. Se infatti, nessuno dei soggetti intervistati è mai ricorso a un sindacato, né sembra averci mai pensato, quasi tutti sono iscritti alle diverse associazioni professionali di riferimento. Fondamentali sono poi i rapporti con i colleghi valutati come assolutamente positivi e indispensabili per il lavoro, basati su un intenso scambio professionale, ma anche umano, di condivisione delle medesime condizioni. Opposta è invece la condizione di coloro che svolgono prevalentemente terapie domiciliari. Questi professionisti sperimentano al contrario un forte sentimento d'isolamento e l'incapacità di far fronte in prima persona e senza aiuti a situazioni particolarmente dolorose, difficili da gestire e immersi in dinamiche familiari estremamente complesse. Gli scambi con i colleghi

sono infatti circoscritti alle fasi d'ingresso per avere informazioni sulle posizioni scoperte, o sono limitati al saltuario scambio d'informazioni. Spesso però questi rapporti non si fondano sullo scambio professionale, le utenze seguite sono diverse e non costituiscono un terreno comune di confronto, e sono soprattutto di natura fiscale. Il rapporto con la committenza è invece nullo per tutti i professionisti intervistati. I lavoratori dichiarano di non ricevere nessun supporto dal proprio datore di lavoro. Fatta eccezione per le attività amministrative, i professionisti lamentano l'assenza totale di meccanismi di confronto e dialogo anche per rinegoziare le prestazioni offerte, calibrare e adattare meglio il servizio migliorandone la qualità.

Emerge quindi una netta separazione tra le esigenze della committenza e quelle dei professionisti. La prima è infatti orientata esclusivamente a logiche di mercato che tendono a consolidare il sistema di appalto dei servizi e mantenere bassi i costi per garantirsi continuità. Dalle interviste i diversi professionisti non si sentono affatto valutati per il loro personale contributo e/o apporto professionale, vengono infatti considerati facilmente sostituibili o spostabili su altri servizi. La perfetta sostituibilità dei professionisti, valutati soprattutto sulla base delle loro disponibilità ad accettare le condizioni imposte, oltre ad essere fonte di forte insoddisfazione, crea molte difficoltà anche nella gestione dell'utenza che sviluppa con i diversi operatori anche sentimenti di affetto e fiducia. Molti professionisti segnalano un discreto livello di turn over nei diversi servizi e lamentano, sia le difficoltà emotive legate all'abbandono di alcune situazioni, sia la difficoltà di adattarsi continuamente a nuove situazioni.

Queste dimensioni emergono distintamente dai livelli di coinvolgimento percepito dai diversi professionisti intervistati. Questo coinvolgimento però, proprio perché privo di filtri gestionali e organizzativi, arriva anche a sfociare in alcune situazioni di dipendenza che limitano le chance di miglioramento professionale. La dipendenza affettiva ed emotiva inibisce ad esempio la ricerca di condizioni migliori o l'allargamento della propria rete, perché questo comporterebbe la necessità di abbandonare alcuni dei propri pazienti, con un risvolto doloroso e un sentimento di colpa che in qualche modo imbriglia ancora di più questi lavoratori e li immobilizza in situazioni molto sconvenienti, sia dal punto di vista economico che personale.

Questa condizione è sperimentata maggiormente da coloro che svolgono le terapie a domicilio. Questi professionisti sono per i propri assistiti l'unico riferimento e, in mancanza di una struttura di supporto e di contenimento, la totale responsabilità dell'intervento è appunto scaricata sul lavoratore.

Queste situazioni creano una condizione di fragilità sia professionale che personale. Da un lato pur nell'autonomia dell'assicurare da solo la prestazione, il lavoratore sperimenta una libertà che non è completa nei fatti: gli orari non sono scelti, la frequenza degli interventi è stabilita dal centro come pure la retribuzione che non è collegata alla natura

dell'intervento. Dall'altro le difficoltà di valutare il lavoro svolto senza criteri certi a cui riferirsi, portano a una messa in discussione della professionalità e delle competenze in campo, sia da parte dello stesso lavoratore, sia della committenza allargata paziente-cento di riabilitazione.

Considerazioni conclusive

Il processo tratteggiato evidenzia la presenza di una lunga serie di "angoli ciechi" Luhmaniani, che si dipanano dalla dimensione macro a quella micro.

Il caso delle condizioni di lavoro nei servizi sanitari e socio-sanitari esternalizzati evidenzia la strettissima interrelazione tra il livello macro dell'azione istituzionale e di policy e quello micro legato invece all'azione dei diversi attori. In presenza di lavoratori dalle elevate competenze, in un sistema regolativo che - seppur in presenza di ambiti di interesse sociale e collettivo - introietta logiche di azione tipiche del mercato, senza l'azione di attori intermedi di rappresentanza che mettano in campo azioni collettive, le logiche che prevalgono sono quelle individuali che scaricano sui singoli i costi sociali delle innovazioni.

L'exasperato processo di individualizzazione si esplica nel rapporto tra utente e professionista, e tra lavoratore e attore del privato sociale. Quest'ultimo riesce a essere competitivo nel mercato delle esternalizzazioni solo se utilizza lavoratori autonomi, assommando tali vantaggi in un sistema a costo zero che li massimizza per l'organizzazione a spese del singolo professionista.

Ne derivano condizioni di lavoro vulnerabili sia dal punto di vista economico che professionale. Sul piano economico oltre al basso costo associato alle prestazioni, alle intermittenze e ai ritardi nei pagamenti, si associa anche la necessità di doversi offrire a quanti più committenti possibili con il risultato di abbassare la qualità e aumentare lo stress. Sul piano professionale invece, oltre al mancato riconoscimento professionale sperimentato da questi lavoratori, va sottolineata soprattutto l'assenza di meccanismi e pratiche manageriali in grado di gestire in un sistema maggiormente integrato le prestazioni erogate dai singoli professionisti.

Con l'obiettivo di superare alcune di queste criticità, recentemente sono stati istituiti gli albi delle 17 professioni sanitarie, fino ad oggi regolamentate e non ordinate, che entreranno a far parte dell'Ordine dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione.

L'istituzione di questi albi, che sicuramente rappresenta un tassello importante per la riforma di tutto il sistema sanitario al fine di valorizzazione il ruolo di questi professionisti garantendo anche il diritto alla salute dei cittadini, non sopperisce però alle carenze più generali di regolazioni. Se agli albi spetta il compito di regolare le competenze, gli standard e i requisiti delle singole professioni, appare necessaria un'azione di governo più

strutturale, volta non solo al contenimento della spesa ma soprattutto all'organizzazione dei servizi. Da parte dei soggetti pubblici si tratta di predisporre un monitoraggio e una valutazione più stringente sulla qualità dei servizi esternalizzati. Da monitorare sono: la capacità di progettare l'intervento nelle sue diverse fasi, selezionare le risorse, monitorare l'implementazione e quindi favorire meccanismi di coordinamento professionale e gestionale. Questi sforzi potrebbero portare ad una maggiore sensibilità rispetto alle esigenze, alle professionalità da mettere in campo e ai meccanismi di sostegno da prevedere per professionisti e utenti con il risultato di migliorare le condizioni di lavoro e quindi la qualità delle prestazioni e dei servizi offerti.

Bibliografia

1. Maino F. La politica sanitaria. Bologna: Il Mulino, 2001.
2. Neri S. La regolazione dei sistemi sanitari in Italia e Gran Bretagna. Concorrenza, cooperazione, programmazione, Milano: Franco Angeli, 2006.
3. Vicarelli G. Gli eredi di Esculapio. Medici e politiche sanitarie nell'Italia unita. Roma: Carocci; 2010.
4. Vicarelli G. Aziendalizzazione e management nell'evoluzione del sistema sanitario italiano. Salute e Società 2004; Fascicolo 3.
5. Ferrera M. Le Politiche Sociali. Bologna: Il Mulino, 2012.
6. Grimshaw D, Rubery J, Anxo D, Bacache-Beauvallet M, Neumann L, Weinkopf C. Outsourcing of public services in Europe and segmentation effects: The influence of labour market factors. European Journal of Industrial Relations 2015, 1-19.
7. Dorigatti L, Mori A e Neri S. Pubblico e privato nei servizi educativi. Il ruolo delle istituzioni del mercato del lavoro e delle dinamiche politiche. La Rivista delle Politiche Sociali 2018; 3:209-23.
8. Piasna A. Scheduled to work hard: the relationship between non-standard working hours and work intensity among European workers (2005-2015), Human Resource Management Journal 2017, 28(1): 167-181.
9. Guidicini P. Questionari interviste storie di vita. Come costruire gli strumenti, raccogliere le informazioni ed elaborare i dati. Milano: Franco Angeli, 1995.

Conflitti di interessi dichiarati: *nessuno*