

Non si può definire precario chi ha già un posto fisso in altra azienda o in altra regione

Lavoro a veri precari, no mobilità "mascherata" da stabilizzazione



Giuseppe Riccardo Spampinato

Poche settimane addietro anche la Cimo aveva espresso, su queste stesse colonne, la propria soddisfazione in merito alle procedure di stabilizzazione dei precari della sanità pubblica, tanto a lungo invocate e finalmente avviate anche in Regione siciliana. A leggere i titoli di quotidiani e di media on line, sembrava cosa fatta, non più un traguardo sempre inseguito e mai raggiunto, semmai un capitolo da affidare oramai alle pagine dei libri di Storia, per eventuali approfondimenti retrospettivi di sociologi e politici o, magari, per il diletto degli opinionisti che affollano i salotti televisivi.

E invece ancora una volta dobbiamo ricrederci, anche se parzialmente. Il processo di stabilizzazione è iniziato per davvero e difficilmente al punto in cui siamo si potrà tornare indietro, ma

la storia di questa italica vergogna chiamata "precariato" ci ha insegnato a diffidare, perché già in passato ci eravamo persuasi di averla spuntata e poi non se ne è fatto più niente (vedi DPCM del 2015). Oggi non è più quel tempo, la macchina si è veramente messa in moto ma non si possono tuttavia sottacere le difficoltà che l'intera procedura di stabilizzazione sta incontrando lungo il suo cammino.

Nonostante delibere, avvisi di ricognizione e Bandi pubblicati o ancora da pubblicare in Gazzetta Ufficiale, coloro che hanno apposto la propria firma in calce ad un contratto a tempo indeterminato sono ancora troppo pochi. Colpa dei cosiddetti "tempi tecnici", eufemismo che nasconde l'amara condizione della letargica macchina amministrativa di Asp e aziende sanitarie, fatta di ataviche lungaggini burocratiche e di inefficienze mai risolte.

Il processo di stabilizzazione è iniziato davvero e difficilmente si potrà tornare indietro

La cosa che più ci ha lasciati sgozzati è la asserita difficoltà interpretativa, incontrata dai manager delle aziende sanitarie, delle norme che regolamentano la materia, manco fossero state scritte in aramaico. Ci sono volute varie Circolari esplicative, sia ministeriali che regionali, per provare a sgombrare il campo da dubbi e da perplessità filologiche, ma anche questo

non è stato sufficiente. Astenendoci dal ricorso ad un esperto in glottologia, siamo riusciti a far digerire a più d'uno l'assunto che il tetto del 50% della facoltà assunzionali non andava applicato all'ormai famoso (o famigerato) comma 1 dell'art. 20 del Decreto Madia, che prevede l'immissione in servizio, senza ulteriore procedura concorsuale, di chi ha maturato tre anni di anzianità di servizio negli ultimi otto al 31 dicembre 2017.

Sempre con la sola forza della logica proposizionale, ci siamo poi cimentati, anche in questo caso con successo, nel far comprendere che le risorse economiche da considerare per le stabilizzazioni sono le somme complessive servite nel triennio 2015 - 2017 al pagamento dei precari e non più i limiti di spesa relativi al 2009 del vecchio Decreto Legge 78 del 2010. Ma nelle nostre diciassette repubbliche delle banane (per singolare coincidenza è lo stesso numero di aziende sanitarie siciliane), tutto questo non poteva bastare e, difatti non è bastato.

Il solerte assessore della Salute ha provato a ricondurre le procedure di stabilizzazione nel solco dell'uniformità amministrativa, ma alla fine si è reso conto che quanto si era prefissato equivale a radunare una scalpitante mandria di cavalli selvaggi per farla entrare contemporaneamente nel recinto. Alla fine, se non fai schioccare bene la frusta, qualcuno riesce sempre a uscire dai ranghi e bisogna ricominciare da capo. Ed è così che ogni azienda ha partorito atti amministrativi differenti gli uni dagli altri, in molti casi di tenore diametralmente opposto.

Qualcuno si è limitato ad espletare la prevista e semplicissima ricogni-

zione interna degli aventi diritto e ne ha subito deliberato l'immissione in servizio, altri hanno scelto la strada del Bando da pubblicare in Gazzetta Ufficiale, sia nazionale che regionale, con evidente allungamento dei tempi della procedura. Ed infine c'è ancora chi ha confuso la stabilizzazione dei precari con la mobilità, ritenendo di includere nella procedura in corso chi in realtà precario non è, avendo di fatto un "posto fisso" presso altra azienda, a volte in altra Regione, e solo temporaneamente titolare di un contratto a tempo determinato perché in attesa-

Ogni azienda ha partorito atti di tenore diametralmente opposto

Come può un soggetto detentore di un contratto a tempo indeterminato definirsi precario ancora non è stato chiarito da nessuno, ma la difformità interpretativa delle varie aziende siciliane ha indotto l'Assessorato a chiedere un'ulteriore interpretazione alla Conferenza delle Regioni, che ne ha calendarizzato l'esame per lo scorso 21 marzo, anche se va comunque sottolineato come i pareri della Conferenza delle Regioni non siano altrettanto vincolanti come quelli della Conferenza Stato-Regioni, e con ogni probabilità l'arrivo del suddetto parere non sarà conclusivo ma contribuirà forse a ingenerare altra confusione oltre all'attuale.

Di sicuro c'è che lo stesso titolo dell'articolo 20 del Decreto recita testualmente "superamento del precariato nella pubblica amministrazione" e a partire da questo non ci dovrebbero essere dubbi circa i destinatari cui è rivolta la norma. La posizione della Cimo in merito alla questione è molto chiara e decisa, rappresentando questo aspetto quello forse più inquietante dell'intero guazzabuglio interpretativo del Decreto Madia.

Se qualcuno pensa di poter aggirare la mobilità regionale ed interregionale camuffandola da stabilizzazione si sbaglia di grosso. Questa mobilità travestita da stabilizzazione di chi un lavoro ce l'ha già anche se altrove, rischia di mettere a repentaglio la possibilità dei veri precari di accedere all'impiego pubblico con contratto a tempo indeterminato e questo è inaccettabile.

Comprendiamo le legittime aspettative di quanti abbiano operato una scelta quasi obbligata di accettare un lavoro lontano da casa e delle esigenze personali e familiari, spesso di non poco conto e anche per questa categoria di lavoratori ci adopereremo ad agevolare il più possibile le procedure di mobilità VERE, senza però il ricorso ad arzigogolate scorciatoie e illegittime prevaricazioni a danno di chi è in attesa da anni di uscire da questa deplorabile condizione di precariato per vedersi restituire la dovuta dignità umana e professionale.

Giuseppe Riccardo Spampinato
Segretario organizzativo nazionale Cimo

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CEFALÙ

Riabilitazione all'Ospedale Giglio: un modello organizzativo



La sanità italiana è ancora troppo centrata sulla malattia e sulle disfunzioni d'organo e tuttora ricalca modelli organizzativi delle discipline specialistiche. In verità, il più delle volte, dopo una malattia si innescano complessi meccanismi che determinano a cascata la disfunzione di un organo, la limitazione delle attività di una persona e la restrizione della sua partecipazione sociale. La disciplina che studia le disfunzioni d'organo, la limitazione dell'attività di una persona e la restrizione della sua partecipazione è la Riabilitazione.

La Riabilitazione è, infatti, l'organizzazione sanitaria deputata alla gestione del complesso mondo della disabilità. Nessuna competizione con le discipline mediche e chirurgiche il cui compito è quello di intervenire nella fase diagnostica e terapeutica di una malattia, a cui va il merito delle innovative tecniche diagnostiche e terapeutiche che hanno consentito il controllo di malattie ritenute incurabili.

La riabilitazione deve intervenire nella fase della cronicità e della disabilità con la presa in carico della persona per l'intero percorso assistenziale. La presa in carico viene definita

globale poiché la riabilitazione deve elaborare strategie competenti nel rispetto delle dimensioni biologica, psicologica e sociale e della centralità della persona.

I cardini su cui si basa l'organizzazione della riabilitazione sono la multidisciplinarietà e la continuità assistenziale. La multidisciplinarietà è mandatoria. La centralità della persona presuppone che su quel determinato paziente convergano tutte le competenze necessarie in caso di disfunzioni multiorgano in una stessa condizione morbosa o di morbidità multiple nel percorso delle persone fragili quali quelle con disabilità e cronicità.

Una organizzazione multidisciplinare alla base del successo della Fondazione Giglio

Secondo il Piano della riabilitazione della Regione siciliana il team della riabilitazione deve essere composto

da 1) professionisti medici (fisiatri, neurologi, cardiologi, ortopedici, o neuropsichiatri infantili, pneumologi, otorinolaringoiatri, oculisti); 2) professionisti sanitari dell'area della riabilitazione (fisioterapisti, logopedisti, terapisti della neuro e psicomotricità della età evolutiva, terapisti occupazionali, ortottisti); 3) massofisioterapisti, psicologo clinico, assistente sociale, neuropsicologi, tecnico di neurofisiologia; 4) personale con specifica formazione riabilitativa in ambito sociale, socio-sanitario e assistenziale, di animazione e di sostegno, idrokinesiterapia; 5) famiglia o caregiver.

Il ruolo chiave nella organizzazione del team della riabilitazione è svolto ex-aequo dall'infermiere con competenze riabilitative dal versante sanitario e dal caregiver dal versante dell'assistito. La riabilitazione è quindi una comunità ove si realizza un'alleanza di interventi a beneficio della persona disabile. La pretesa autonomia di categorie di professionisti è un contro senso. Deve essere invece salvaguardata l'autonomia del singolo professionista e delle sue conoscenze. Le competenze del team per risultare efficaci devono essere integrate e coordinate.

La continuità assistenziale viene formalizzata dal Progetto Riabilitativo Individuale e realizzata attraverso il dipartimento di riabilitazione e la rete della riabilitazione. Il Progetto Riabilitativo Individuale è lo strumento operativo che rende l'intervento riabilitativo rispondente ai bisogni reali del paziente. Il dipartimento di riabilitazione è l'insieme delle strutture che seguono il percorso della persona con disabilità e che comprende l'organizzazione ospedaliera e quella territoriale. La Rete integrata di riabilitazione prevede centri principali e centri periferici in grado di garantire a tutti i soggetti disabili l'assistenza riabilitativa necessaria, indipendentemente dalla zona di residenza. Con-

corrono a formare la rete le strutture a valenza regionale di alta specialità riabilitativa, le strutture ospedaliere a valenza provinciale di riabilitazione intensiva, le strutture riabilitative ospedaliere aziendali e le strutture territoriali aziendali.

La Riabilitazione della Fondazione Giglio di Cefalù è un esempio di buona organizzazione; è divenuta, nell'arco di poco più di 10 anni, uno dei punti di riferimento dell'intera Regione siciliana. È costituita dall'Unità di risveglio, dall'Unità di medicina fisica e riabilitazione e dall'Unità di lungodegenza. È stata progettata come U.O. a valenza dipartimentale con cinque competenze specialistiche: neurologica, ortopedica, respiratoria, cardiologica, geriatria.

La riabilitazione della Fondazione Giglio vanta i suoi successi grazie alla organizzazione multidisciplinare. Concorrono alla costituzione del team medici specialisti in fisiatria, in neurologia, in malattie dell'apparato respiratorio, in cardiologia, in geriatria ed in medicina interna. Sono poi presenti infermieri esperti in riabilitazio-

ne, fisioterapisti, logopedisti, neuropsicologi, tecnici in neurofisiopatologia.

I limiti attuale della Riabilitazione dell'Ospedale Giglio sono l'assenza dei percorsi nella rete e la mancata appartenenza ad un Dipartimento. In sintesi, i criteri affinché la riabilitazione sia universale, efficiente, efficace ed economica sono la multidisciplinarietà, il Dipartimento e la Rete della Riabilitazione, attraverso i quali si realizzano gli obiettivi manageriali di efficienza, efficacia ed economicità.

Le linee guida nazionali e regionali prevedono questa organizzazione ma in regione Sicilia siamo purtroppo ancora lontani dal vederli compiutamente realizzati, con pochi esempi di organizzazione multidisciplinare e dipartimentale e con una Rete ancora lunga a venire realizzata. Quello del Giglio di Cefalù è dunque un modello organizzativo funzionale destinato a crescere se integrato con una Rete riabilitativa regionale.

Cimo Sicilia
© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'Ospedale Giglio di Cefalù