

MEDICILI Inerzia e mancata programmazione centrano l'obiettivo di fiaccare il Ssn

Fabbisogni nel dimenticatoio

Così tra liste d'attesa e disaffezione si rafforza il pilastro assicurativo

di **GIORGIO MONTANILE***
I dati della scorsa manomera di medici specialisti nel periodo 2014-2015, nonché le cause di questa carenza e le conseguenze disastrose sul Ssn sono stati una scoperta inaspettata di questi giorni.
 Tutte ciò era già noto in modo chiaro e inalterabile alla Asstoria italiana nazionale e regionali almeno dal settembre 2011, ma in ciò sono stati pubblicati su «Il Sole 24 Ore Sanità», e poi ripresi dalla stampa nazionale, i risultati del primo studio Animo in merito, a cura di Carlo Palermo ed Enrico Roggiato.



In quell'articolo, dall'analisi dei dati effettuati nel periodo di presenze del Ssn, emersero nelle banche dati dei ministeri, Regioni, Ergonomi ecc., e dalla conoscenza della reale capacità formativa specialistica della Scuola di Medicina al livello nazionale, facendosi così il quadro di una situazione preoccupante.

1. La maggior parte dei medici specialisti dipendenti del Ssn (circa 60%) sarebbe assenti in permesso in un periodo di circa 10-12 mesi, a partire dal 2011.

2. Gli specialisti dipendenti, anziché successivamente a quel periodo, erano in numero notevolmente inferiore per cui era stato generato un deficit "sotto generazionale" nella curva anagrafica di questi.

3. La programmazione del numero di medici specialisti da parte del Ssn e della Regione era numericamente inadeguata e non rispettosa della "globale potenzialità" che si stava realizzando.

4. La carenza del professorato di una determinata carriera scesa di media specialistica del 2011 ai poi (solo negativo di circa 20.000-25.000 nuovi successivi 12-15 mesi, in caso di assenza di alcuni interventi correttivi). Quel "articolo" cercò allora un certo scampo mediatico, ma nessuno menzionò dei dati riportati nello studio Animo da parte delle istituzioni e un silenzio assordante sulle conseguenze da ipotizzare, come se i fatti evidenti non rivoltassero a favore di scarso interesse.

Le risposte emerse da parte dello Stato e delle Regioni al grido di allarme lanciato furono totalmente inadeguate.
 ■ Il problema è del blocco quasi totale delle assunzioni in sostituzione dei medici cessanti dal servizio o la loro parziale sostituzione con un precariato spesso senza tutele o certezze.
 ■ L'impulsione sempre più frequente e diffusa di orari e turni di lavoro sempre più pesanti per durata e intensità dei carichi cronici, in linea con la violazione delle norme europee in merito.

Le istituzioni nazionali e regionali hanno cominciato a manifestare una tipica coscienza della carenza di medici operanti negli ospedali nel 2014, durante la discussione dell'articolo 22 del Patto della Salute. In quella occasione hanno ipotizzato, come soluzione al problema, l'assunzione di 4.500 e quasi 6.000 del numero di istituzioni ai costi di specializzazione a partire dall'autunno 2015 in poi e la promozione nei fatti nel campo per necessità di una quota parte di personale infermieristico a "quasi medici", candidabili con gli obblighi e responsabilità imprevisti, senza un adeguato preparazione professionale specialistica e senza la consulenza del loro stato giuridico.

La denuncia della carenza si è fatta poi più esplicita solamente dal novembre 2015, quando l'Flaio ha cominciato ad adeguarsi all'Animo sulla durata dell'orario di lavoro e dei riposi inaspriti dei medici negli ospedali, in conseguenza della condanna

definitiva da parte della Commissione europea. In quella occasione la denuncia di carenza di medici specialisti da parte delle Regioni e del ministero della Sanità fu legata solamente a quel fatto specifico e non a condizioni di gravi anomalie di sistema già presentatisi da tempo.

Quell'elenco di denunce ha avuto come conseguenza una decisione super-partes nei fatti insufficiente (promozione del 2017 in poi di un totale di 6.000 unità complessive fra medici e personale infermieristico) e pertanto solamente palliativa e comunque fortemente tardiva.

Esattamente l'Animo Anonimo per una giunta consultiva scientifica di controllo a distanza di tempo delle proiezioni statistiche fatte fatta sulla carenza negli anni di specialisti medici, ha elaborato un nuovo studio, utilizzando alcuni gruppi addebiti e ripresi con grande interesse da gran parte della stampa nazionale.

Da questo studio scaturiscono le seguenti nuove risultanze:
 1. fra il 2011 e il 2016 un saldo negativo di specialisti dipendenti di circa 7.000 unità, malgrado la Legge "Fornero" non permessa abbia anzitutto di circa tre anni l'età di promozione e allungato l'importo dell'età della "globale potenzialità" dei medici dipendenti.

2. dal 2015 e soprattutto dal 2016 una riduzione, ancora insufficiente, del differenziale netto fra medici dipendenti che vanno in pensione e totale medici accettati ai costi di specializzazione.

3. dal 2009 a oggi un aumento esponenziale delle fughe anagrafiche fuori del medico, soprattutto appena specializzati, nel 2011 circa 1.600 specialisti, e negli anni successivi prevedibili valori ancora più alti.

4. nel decennio 2010-2025 una ipotesi di saldo complessivo negativo di medici specialisti dipendenti del Ssn di circa 7.300, calcolato prendendo in forte deflusso, in presenza di un incremento esponenziale delle fughe all'estero dei neo-specialisti e in assenza di adeguati interventi correttivi da parte delle Istituzioni, fino a nove anni, il costo negativo residuo a essere il doppio.

5. una previsione per il periodo compreso fra il 2016-2025 di reale saldo complessivo negativo di medici specialisti dipendenti di circa 21.000, perfettamente coerente alla previsione fatta già nel 2011.

È necessario ricordare che la decisione di attuare interventi correttivi in merito alla produzione di specialisti determinata i suoi effetti solamente dopo 6-7 anni e comunque non cancella in breve tempo le ancora aperte che nel frattempo si sono determinate nell'organismo di medici dipendenti. Le conseguenze pesanti di tutto quello nel Ssn e nella salute dei cittadini sono finché da immaginare per tutti.

Da tutto ciò scaturiscono spontaneamente le seguenti tre domande:
 ■ è una possibilità, che i dati sulla curva anagrafica dei medici dipendenti e sulla capacità quantitativa minima di formazione di specialisti da

parte dell'Università, siano stati fino a ora ignorati dalle istituzioni nazionali e regionali, malgrado i suoi precisi echi nelle banche dati delle istituzioni?

■ è mai possibile, che soltanto il Ssn abbia potuto il suo bilancio per ben due volte in 5 anni di contare affermazioni delle suddette banche dati, analizzate, confrontate fra di loro, ricicvando delle condizioni oggettive e essere partecipe tutti delle risultanze di questo lavoro?

■ qual è il motivo di questo ingrossarsi e imbracciare silenzio che perdura da 5 anni da parte dei Governi nazionali, delle Regioni e delle Forze politiche?

La responsabilità di tutto ciò non può essere attribuita solo a stampa, inesperta o ingenuità di un gruppo di politici, governanti nazionali e regionali. In parole povere, è una diffusa e cronica cultura istituzionale.

■ I dati del 2011 e del 2014 mostrano all'Animo non sono di recente nati, ma hanno un ruolo importante nelle relazioni annuali nello stato del Ssn e di Ser retore dal ministero della Sanità e dagli Assessori regionali alla Sanità e pertanto sono di natura logica e finalizzati in parte comune.

■ anche se per inediti motivi vi fosse stata una collisione estrema fino al 2011, ancora stato molto difficile, se non impossibile, disinterferire dopo il primo lavoro relativo dall'Animo e il conseguente clamore mediatico. A maggior ragione dopo la pubblicazione del nuovo lavoro;

■ il calcolo del fabbisogno di medici specialisti fatto nel 2015, in adeguato all'obbligo impostato dall'Italia di seguito le norme su orario di lavoro e un ripeto numero dei medici dipendenti alle norme in essere, tecnicamente non può prescindere da una conoscenza e valutazione dei dati occupazionali;
 ■ la decisione sul fabbisogno di Medici dipendenti e quindi annessamente alle Scuole di specializzazione e di



nessa concordata fra Min. ministri della Salute e dell'Economia e Conferenza delle Regioni e pertanto è quasi impossibile prescindere da un'analisi e un'ipotesi sulla situazione di bisogno futura.

Da quanto sopra, pertanto non è proprio possibile ipotizzare per le Istituzioni la non conoscenza dei suddetti dati, ovvero l'incapacità a formulare le stesse conclusioni esplicitate nei due lavori dell'Animo.

Dal momento che l'ipotesi della non conoscenza o non comprensione del grave pericolo non regge sul piano logico, non resta che pensare a un voluto ritardo nell'individuare e attuare interventi correttivi efficaci da parte delle istituzioni nazionali e regionali, uniti di intenti e finalizzati in parte comune.

La loro inerzia è spiegabile solamente con la volontà comune di ridurre il numero dei medici dipendenti. Le Ssn gli specialisti con impatti sarebbero le seguenti: b. ridurre la spesa per il personale medico; c. favorire di altre spese, più realizzabili sul piano politico.

2. far arrivare i piccoli ospedali, limitatamente per necessità funzionali conseguente alla carenza di medici;
 3. modificare senza alcun rinvio, con l'aiuto dei medici dipendenti che si stanno già disaffezionando verso la medicina pubblica indotta dalla carenza acuta dei medici; l'attuale modello di Ssn italiano in un sistema pubblico, privato, meno accessibile a tutti e poi condizionato anche dal reddito individuale e modulato da un pilastro as-

sicativo privato integrativo di quello pubblico.
 La mancata esplicitazione di questo disegno e il modo subdolo di perseguirlo, accennando l'effemerità, hanno parte dei politici nazionali e regionali.

Quelli nazionali non vogliono nemmeno pubblicamente la responsabilità di modificare l'attuale Ssn, con la creazione di un sistema a due velocità (condizionato dal reddito individuale, per non pagare eventuali perdite elettorali alla regola dei "cannibali"). Quelli regionali per il stesso motivo non intendono assumersi la responsabilità della chiusura dei piccoli ospedali inefficienti, maldestrati e poco produttivi.

È più funzionale ai loro interessi scongiurare in modo indiretto via una approssimativa efficienza medica e conseguente diminuzione delle loro competenze di risparmio. Essendo i medici comunque in prima linea e pertanto più esposti, l'inevitabile caccia al medico colpevole, capo esponente di una parte della popolazione non ideologica, li sentirebbe altrettanto a scendere staccamente le loro responsabilità.

Una ulteriore prova sulla non volontà di correggere o avere le gravi conseguenze di medici dipendenti che si stanno già disaffezionando a data dalla volontà del ministero della Salute e di alcune Regioni di indirettamente per richiesta del Med un modello per il calcolo e la validazione oggettiva del loro fabbisogno basato sulla definizione dei tempi medi di produzione

te di prestazioni da parte dei medici (durata delle cure), di monitoraggio delle industrie manufacturing e dei primi del '900, organizzate in lavori individuali a basso complessità), approntati inappropriatamente al valore di complessità economicamente appeso dal sistema DGIs (nella maggior parte dei casi non espressivo attribuibile della complessità in cura).

Conse e finalmente comprensibile, questo modello non ha nessuna attendibilità scientifica ed è totalmente inattuato per un uso in Ssn, ma è invece adeguato ad essere utilizzato per dare una approssimativa valutazione a un reddito, già precalcolato in partenza.

Tutto ciò avviene, non per mancanza di altri metodi più adeguati alla sanità e più validi sul piano scientifico, ma al solo scopo di dare una parvenza di validità scientifica alla volontà di negazione dell'esistenza di una grave carenza di specialisti medici, in linea con l'aggiornamento delle liste di attesa e l'averne di eventi avversi sarebbe colpa dell'inefficienza e/o incapacità di questi.

Un ulteriore sospetto sussiste anche la volontà di ministere e Regioni di assumere sempre decisioni nel più totale oscurismo senza coinvolgere la Istituzioni nazionali mediche e la Oe.S. (della dirigenza medica).

Quando gli avvenimenti che riguardano la stabilizzazione di medici precari all'interno degli ospedali alla luce di questo possibile disegno, assumono un significato di logica perversa e contano ritardi della situazione e la promessa di stabilizzazione dei precari e la proposta per il 2017 del riparto di lavoro anagrafici di Co.Co.Pre.

Con molta probabilità le Regioni intendono il vano della suddetta metodologia al fine di limitare una riduzione dell'organico e pertanto stabilizzare non iniettare costi di precari.

* segretario e responsabile settore politiche contrattuali Animo Assistenti

MEDICI/ Inerzia e mancata programmazione centrano l'obiettivo di fiaccare il Ssn

Fabbisogni nel dimenticatoio

DI GIUSEPPE MONTANTE *

I dati sulla critica mancanza di medici specialisti nei prossimi 10 anni, nonché le cause di questa carenza e le conseguenze disastrose sul Ssn non sono una scoperta improvvisa di questi giorni.

Tutto ciò era già noto in modo chiaro e inequivocabile alle Autorità interessate nazionali e regionali almeno dal settembre 2011, anno in cui sono stati pubblicati su «Il Sole-24 Ore Sanità» e poi ripresi dalla stampa nazionale, i risultati del primo studio Anaaio in merito, a cura di **Carlo Palermo** ed **Enrico Reginato**.

In quell'articolo, dall'analisi dei dati ufficiali sul personale dipendente del Ssn, presenti nelle banche dati dei ministeri, Regioni, Enpam ecc., e dalla conoscenza della reale capacità formativa specialistica della Facoltà di Medicina al livello nazionale, scaturivano le seguenti 4 evidenze:

1. la maggior parte dei medici specialisti dipendenti del Ssn (circa 60%) sarebbero andati in pensione in un periodo di circa 10-12 anni, a partire dal 2012;
2. gli specialisti dipendenti, assunti successivamente a quel periodo, erano un numero notevolmente inferiore per cui era stato generato un pericoloso "salto generazionale" nella curva anagrafica di questi;
3. la programmazione del numero di medici specialisti da parte del Miur e delle Regioni era numericamente inadeguata e non rispondente alla "gobba pensionistica" che si stava realizzando;
4. la certezza del profilarsi di una drammatica carenza acuta di medici specialisti dal 2013 in poi (saldo negativo di circa 20.000-25.000 nei successivi 12-15 anni), in caso di assenza di drastici interventi correttivi.

Quell'articolo suscitò allora un certo scalpore mediatico, ma nessuna smentita dei dati riportati nello studio Anaaio da parte delle istituzioni e un silenzio assordante sulle conseguenze ipotizzate, come se i fatti evidenziati non sussistessero o fossero di scarso interesse.

Le risposte concrete da parte dello Stato e delle Regioni al grido di allarme lanciato furono totalmente antitetiche:

il perdurare del blocco quasi totale delle assunzioni in sostituzione dei medici cessati dal servizio o la loro parziale sostituzione con un precariato spesso senza tutele o certezze; l'imposizione sempre più frequente e diffusa di orari e turni di lavoro sempre più pesanti per durata e intensità dei carichi connessi, in franca violazione delle norme europee in merito.

Le istituzioni nazionali e regionali hanno cominciato a manifestare una tiepida coscienza della carenza di medici operanti negli ospedali nel 2014, durante la discussione dell'articolo 22 del Patto della Salute. In quella occasione hanno ipotizzato, come soluzione al problema, l'aumento da 4.500 a quasi 6.000 del numero di iscrizioni ai corsi di specializzazione a partire dall'autunno 2015 in poi e la promozione nei fatti sul campo

per necessità di una quota parte di personale infermieristico a “quasi medici”, caricandoli così di compiti e responsabilità impropri, senza un’adeguata preparazione professionale specifica e senza la modifica del loro status giuridico.

La denuncia della carenza si è fatta poi più esplicita solamente dal novembre 2015, quando l’Italia fu costretta ad adeguarsi all’Europa sulla durata dell’orario di lavoro e dei riposi minimi dei medici negli ospedali, in conseguenza della condanna definitiva da parte della Commissione europea. In quella occasione la denuncia di carenza di medici specialisti da parte delle Regioni e del ministero della Sanità fu legata solamente a quel fatto specifico e non a condizioni di gravi anomalie di sistema già preesistenti da tempo. Quell’errore di diagnosi ha avuto come conseguenza una decisione terapeutica nei fatti insufficiente (assunzione dal 2017 in poi di un totale di 6.000 unità complessive fra medici e personale infermieristico) e pertanto solamente palliativa e comunque fortemente tardiva.

Recentemente l’Anao Assomed per una giusta curiosità scientifica di controllo a distanza di tempo delle proiezioni statistiche allora fatte sulla carenza negli anni di specialisti medici, ha elaborato un nuovo studio, ufficializzato alcuni giorni addietro e ripreso con grande interesse da gran parte della stampa nazionale.

Da questo studio scaturiscono le seguenti nuove risultanze:

- 1.** fra il 2011 e il 2016 un saldo negativo di specialisti dipendenti di circa 7.000 unità, malgrado la Legge “Fornero” sulle pensioni abbia innalzato di circa tre anni l’età di pensionamento e allontanato l’impatto distruttivo della “gobba pensionistica” dei medici dipendenti;
- 2.** dal 2015 e soprattutto dal 2016 una riduzione, ancora insufficiente, del differenziale annuo fra medici dipendenti che vanno in pensione e totale medici accettati ai corsi di specializzazione;
- 3.** dal 2009 a oggi un aumento esponenziale delle fughe annue all’estero dei medici, soprattutto appena specializzati; nel 2014 circa 1.600 specialisti e negli anni successivi prevedibili valori ancora più alti;
- 4.** nel decennio 2016-2025 una ipotesi di saldo complessivo negativo di medici specialisti dipendenti del Ssn di circa 7.300, calcolato prudenzialmente in forte difetto; in presenza di un incremento esponenziale delle fughe all’estero dei neo-specialisti e in assenza di drastici interventi correttivi da parte delle Istituzioni, fino a ora assenti, il saldo negativo rischia di essere il doppio;
- 5.** una previsione per il periodo compreso fra 2016-2025 di reale saldo complessivo negativo di medici specialisti dipendenti di circa 21.000, perfettamente coerente alla previsione fatta già nel 2011.

È necessario ricordare che la decisione di attuare interventi correttivi in merito alla produzione di specialisti determina i suoi effetti solamente dopo 6-7 anni e comunque non cancella in breve tempo le enormi crepe che nel frattempo si sono determinate nell’organico di medici dipendenti. Le conseguenze pessime di tutto questo sul Ssn e sulla salute dei cittadini sono facili da immaginare per tutti.

Da tutto ciò scaturiscono spontanee le seguenti tre domande:

è mai possibile, che i dati sulla curva anagrafica dei medici dipendenti e sulla capacità quantitativa annua di formazione di specialisti da parte dell’Università, siano stati fino a ora ignorati dalle Istituzioni nazionali e regionali, malgrado siano presenti nelle banche dati delle suddette?

è mai possibile, che soltanto l'Anaa si sia posta il problema per ben due volte in 5 anni di estrarre informazioni dalle suddette banche dati, analizzarle, confrontarle fra di loro, ricavarne delle conclusioni oggettive e rendere partecipi tutti delle risultanze di questo lavoro?

qual è il motivo di questo fragoroso e imbarazzante silenzio che perdura da 5 anni da parte dei Governi nazionali, delle Regioni e delle Forze politiche?

La responsabilità di tutto ciò non può essere attribuita solo a miopia, incapacità e superficialità di buona parte dei politici, governanti nazionali e regionali. In parole povere, a una diffusa e cronica cialtroneria istituzionale.

Vi sono dei riscontri logici che lo negano. Di seguito accenno ai più importanti:

i dati del 2011 e del 2014 analizzati dall'Anaa non sono di secondo piano, anzi hanno un ruolo importante nelle relazioni annuali sullo stato del Ssn e dei Ssr redatte dal ministero della Sanità e dagli Assessorati regionali alla Sanità e pertanto sono di norma oggetto di elevata attenzione;

anche se per incredibili motivi vi fosse stata una sottovalutazione fino al 2011, sarebbe stato molto difficile continuare in questo disinteresse dopo il primo lavoro redatto dall'Anaa e il conseguente clamore mediatico. A maggior ragione dopo la pubblicazione del nuovo lavoro;

il calcolo del fabbisogno di medici specialistici fatto nel 2015, in seguito all'obbligo imposto all'Italia di adeguare le norme su orario di lavoro e sui riposi minimi dei medici dipendenti alle norme europee, tecnicamente non può prescindere da una conoscenza e valutazione dei dati occupazionali;

la decisione sul fabbisogno di Medici specialisti e quanti ammetterne alle Scuole di specializzazione è di norma concordata fra Miur, ministeri della Salute e dell'Economia e Conferenza delle Regioni e pertanto è quasi impossibile prescindere dai dati occupazionali e dalla valutazione dei bisogni futuri.

Da quanto sopra, pertanto non è proprio possibile ipotizzare per le Istituzioni la non conoscenza dei suddetti dati ovvero l'incapacità a formulare le stesse conclusioni esplicitate nei due lavori dell'Anaa.

Dal momento che l'ipotesi della non conoscenza o non comprensione del grave pericolo non regge sul piano logico, non resta che pensare a un voluto ritardo nell'individuare e attuare interventi correttivi efficaci da parte delle istituzioni statali e regioni, uniti da intenti e finalità in parte comuni.

La loro inerzia è spiegabile solamente con la volontà comune di ridurre il numero dei medici dipendenti. Le finalità ipotizzabili più importanti sarebbero le seguenti tre:

1. ridurre la spesa per il personale medico a favore di altre spese, più redditizie sul piano politico;

2. far morire i piccoli ospedali lentamente per asfissia funzionale conseguente alla carenza di medici;

3. modificare senza dichiararlo, con l'aiuto dei ritardi nelle liste di attesa e la disaffezione verso la medicina pubblica indotta dalla carenza acuta dei medici, l'attuale modello di Ssn italiano in un sistema pubblico-privato, meno accessibile a tutti e più condizionato invece dal reddito individuale e modulato da un pilastro assicurativo privato integrativo di quello pubblico.

La mancata esplicitazione di questo disegno e il modo subdolo di perseguirlo accomuna tatticamente buona parte dei politici nazionali e regionali.

Quelli nazionali non vogliono assumersi pubblicamente la responsabilità di modificare l'attuale Ssn, con la creazione di un sistema a due velocità condizionate dal reddito individuale, per non pagare eventuali prezzi elettorali alla rabbia dei "campanili". Quelli regionali per lo stesso motivo non intendono assumersi la responsabilità della chiusura dei piccoli ospedali inefficienti, inadeguati e spesso pericolosi.

È più funzionale ai loro interessi scaricare in modo indiretto su una supposta inefficienza medica le conseguenze disastrose delle gravi carenze di organico. Essendo i medici comunque in prima linea e pertanto più esposti, l'inevitabile caccia al medico colpevole, capro espiatorio di una parte della popolazione insoddisfatta, li aiuterebbe ulteriormente a occultare cinicamente le loro responsabilità.

Una ulteriore prova sulla non volontà di correggere a breve le gravi carenze di medici dipendenti che si avranno nei prossimi anni è data dalla volontà del ministero della Salute e di alcune Regioni di individuare per richiesta del Mef un metodo per il calcolo e la validazione oggettiva del loro fabbisogno basato sulla definizione dei tempi medi di produzione di prestazioni da parte dei medici (tipico delle catene di montaggio delle industrie manifatturiere dei primi del '900, organizzate in lavori ripetitivi a bassa complessità), rapportati impropriamente al valore di complessità economica espressa dal sistema DGRs (nella maggior parte dei casi non espressione attendibile della complessità clinica).

Come è facilmente comprensibile, questo metodo non ha nessuna attendibilità scientifica ed è totalmente inadatto per un uso in Sanità, ma è invece adeguato ad essere modellato per dare una supposta validazione tecnica a un risultato, già preconstituito in partenza.

Tutto ciò avviene, non per mancanza di altri metodi più adeguati alla sanità e più validi sul piano scientifico, ma al solo scopo di dare una parvenza di validazione scientifica alla volontà di negazione dell'esistenza di una grave carenza di specialisti medici. In tal modo l'allungamento delle liste di attesa o l'avverarsi di eventi avversi sarebbe colpa dell'inefficienza e/o incapacità di questi!

Un ulteriore sospetto suscita anche la volontà di ministero e Regioni di assumere questa decisione nel più assoluto riserbo senza coinvolgere le Istituzioni nazionali mediche e le Oo.Ss. della dirigenza medica!

Guardando gli avvenimenti che riguardano la stabilizzazione di medici precari all'interno degli ospedali alla luce di questo possibile disegno, assumono un significato di logica perversa i continui ritardi della attuazione della promessa di stabilizzazione dei precari e la proroga per il 2017 dei rapporti di lavoro anomali anche di Co.Co.Pro.

Con molta probabilità le Regioni attendono il varo della suddetta metodologia al fine di legittimare una riduzione degli organici e pertanto stabilizzare una minore quota di precari.

* vicesegretario e responsabile nazionale politiche contrattuali
Anaa Assomed