

# Il precariato in sanità

**A un anno dal Dpcm Precari vediamo com'è la situazione nel settore.**

Un recente comunicato stampa dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Roma ha riportato alla ribalta il tema del precariato in sanità, con particolare riferimento alla mancata contrattualizzazione di alcuni lavoratori. Nel comunicato si segnalava l'avvenuto incontro tra Giuseppe Lavra, presidente dell'Ordine provinciale di Roma dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, e Domenico Alessio, direttore generale dell'ospedale Umberto I di Roma: sul tavolo, la questione «dei circa 250 medici precari che in questa struttura lavorano da anni, tra cui circa la metà, senza essere contrattualizzati». Quando si parla di assenza di contratto ci si riferisce alla stipula di contratti atipici o alla libera professione. Chiarisce Lavra: «questi contratti sono atipici nel senso che non hanno un contratto legittimo di riferimento che definisca doveri e diritti a carattere individuale, anche in relazione al restante personale medico con cui ci si trova a collaborare nei contesti organizzativi. Va precisato che non essere contrattualizzati non significa necessariamente “non avere un'assicurazione”, bensì operare in una situazione giuridica illegittima e non avere diritti e doveri certi. Per gli aspetti assicurativi, l'ospedale garantisce la copertura contro il rischio professionale a chiunque sia autorizzato a operare al suo interno, salvo in caso di rivalsa, per la quale deve esservi copertura assicurativa personale e privata di cui si fanno carico i medici precari, ancorché malpagati e sfruttati. Pertanto, se succede qualcosa durante l'attività lavorativa, non dovrebbero esserci problemi paventati, salvo casi di colpa grave».

## Il caso Lazio

Secondo Lavra, «l'Umberto I si distingue per l'alto numero di precari che vi operano: oltre 260 unità, di cui 127 “non contrattualizzati”, quindi “non a norma”. Si tratta di unità che operano da molti anni nei servizi essenziali, in una condizione di vero e proprio sfruttamento che pone anche gravi problemi circa la compatibilità di questa situazione rispetto a principi e regole del codice di

deontologia medica. Per il resto, il ricorso al lavoro precario dei medici è diffuso in tutto il Paese. Purtroppo, però, si stima che tra Roma e Lazio il fenomeno si stia avvicinando alle duemila unità complessive: altro primato negativo per la Regione». Eleonora Albanese, componente dell'esecutivo nazionale di Anaa Assomed, conferma: «negli ultimi anni il blocco del turnover e, più in generale, delle assunzioni ha portato al progressivo depauperamento delle dotazioni organiche, acuito dalla riorganizzazione della rete ospedaliera e dai tagli lineari attuati, in particolare, nelle Regioni sottoposte a piano di rientro, nelle quali tuttavia viene richiesta una corretta erogazione dei Lea. Proprio nelle Regioni in piano di rientro, Lazio in particolare, ciò ha causato il proliferare di contratti a termine, sia di contratti a tempo determinato propriamente detti sia di contratti atipici. Questi ultimi, benché legittimi, sono carenti dal punto di vista della tutela del lavoratore, dal punto di vista sia retributivo sia assicurativo, non garantendo ferie, ma-

**STEFANIA  
SOMARÉ**



## Presenza di operatori socio sanitari nel Ssn

Struttura ospedaliera	Rapporto infermiere:OSS
Strutture con un livello assistenziale base e medio	2: 1
Strutture di livello assistenziale elevato	3:1
Strutture di livello assistenziale intensivo	4:1
Rsa	Rapporto infermiere:OSS
Strutture di riabilitazione	1:1
Residenze per disabili	1:2
Centri diurni continui o centri diurni disabili	1:4

\* Angelo Minghetti di Migepe nota che «spesso l'OSS è lasciato solo, senza presenza di infermiere, nelle ore notturne, dovendo quindi spesso effettuare azioni che sono abuso e non nelle sue competenze»

lattia e maternità. Se da una parte questi contratti sono nati per ovviare a carenze di personale provvisorie in relazione a determinati progetti da portare a termine (come nel caso dei contratti co.co.pro.), dall'altra hanno sopperito a carenze croniche di organico venendo usati, specie nel Lazio, anche nelle aree dell'emergenza-urgenza e, in ogni caso, per periodi molto più lunghi rispetto a quanto inizialmente previsto; in alcuni ospedali laziali, infatti, tale tipologia di contratti arriva anche a una durata di 10-12 anni, come nel caso del Policlinico Umberto I di Roma».

### Precariato: situazione estesa a tutto il Paese

Pietro Degliangioli, dirigente responsabile della S.C. Gestione Risorse Umane dell'Ente Ospedaliero Ospedali Galliera di Genova, afferma: «la situazione dell'Umberto I non è un caso isolato. Le limitazioni imposte dalla normativa alle assunzioni (blocco del turnover, riduzione complessiva della spesa del personale secondo percentuali definite dalla legge ecc.) hanno orientato inevitabilmente aziende ed enti del Ssr verso altre tipologie contrattuali meno rigide e che sembrano consentire maggiori spazi di manovra sotto il profilo dell'acquisizione della forza lavoro occorrente, per assicurare la tenuta dei servizi assistenziali. Tutto ciò porta però a constatare che, nel tentativo di far quadrare i conti, si sta correndo in realtà il rischio di creare nuovo "precariato". Nel nostro ospedale ci sono attualmente 20 unità riconducibili alla figura di dirigente medico, secondo diverse tipologie contrattuali: 11 con contratto a tempo determinato di natura subordinata; 3 con rapporto di collaborazione coordinata e continuativa; 6 con contratto libero professionale. In ogni caso, i rapporti di lavoro subordinato o libero professionale, non

importa se prestati in regime di lavoro autonomo o senza vincolo di subordinazione (e lo stesso dicasi per alcuni rapporti di collaborazione a titolo gratuito), devono essere corredati da adeguate coperture assicurative, a tutela del lavoratore/professionista e di terzi».

Giuliano Lo Pinto ricorda che presso il Galliera, di cui è direttore sanitario, «il precariato è un fenomeno legato in prevalenza alla ricerca e non all'assistenza; diverso è ricorrere a contratti per medici a tempo determinato o per supplire carenze temporanee (gravidanze, lunghe malattie ecc.) o per testare il professionista in vista di un'assunzione a tempo indeterminato».

Come dire: il contratto a tempo determinato non è negativo di per sé, lo diventa se non viene mai sostituito da contratti a tempo indeterminato e con maggiori tutele. Casi di precariato ci sono anche in Lombardia, fa notare Roberto Carlo Rossi, presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Milano, che denuncia anche l'abuso della libera professione in sanità: «ho ricevuto segnalazioni da medici che lavorano con partita Iva non per scelta ma per imposizione dall'alto». Il che complica ulteriormente il quadro.

### Quando il medico è libero professionista

«L'uso della partita Iva in sostituzione di un normale contratto ha preso piede nei reparti di emergenza-urgenza, dove è più che mai importante avere personale affidabile, assunto, protetto da diritti e al tempo stesso con doveri precisi e scritti. Da qui, nel tempo, la collaborazione di medici in libera professione si è estesa a tutti i reparti. Situazione pericolosa, sotto molti punti di vista. Anzitutto le collaborazioni libero professionali non garantiscono diritti né una quota minima di compenso l'ora per il professionista: vi sono medici specialistici che lavorano per 12,50 euro l'ora, cifra ridicola viste la responsabilità che hanno. Le aziende possono permettersi di muoversi in questo modo perché il mercato è pieno di giovani medici che cercano lavoro e sono disposti a tutto; in questo modo però si mette a rischio tutta la classe medica. Il medico libero professionista versa meno soldi nelle casse pensionistiche (Inps o Enpam che sia) rispetto al medico con contratto regolare, il che non si traduce solo in pensioni risibili a fine carriera ma anche in un sistema che fatica a sostenere i pensionati di oggi della categoria. Avere medici a partita Iva negli ospedali ha poi un'altra conseguenza: questi spesso lavorano più ore di quanto previsto dai regolamenti, per racimolare una mensilità più alta. Saltare i turni di riposo, però, è pericoloso per la salute del medico

Da sinistra,  
Eleonora  
Albanese,  
Andrea Bottega,  
Barbara  
Mangiavalli



e dei pazienti». Se Rossi è avverso a questo meccanismo, c'è chi vede in queste tipologie di contratto un modo per avviare la collaborazione con professionisti che poi saranno inseriti nell'organico della struttura ospedaliera: è il caso di Ruggero Parrotto, coordinatore generale e direttore delle Risorse Umane, Organizzazione e Staff dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma: «nell'Opgb esistono diversi tipi di contratto per il personale medico. Prevale il contratto a tempo indeterminato, che interessa oltre 600 medici che hanno un sistema di regole disciplinato dalle previsioni di legge e dalla contrattazione collettiva. Vi è anche una quota di contratti a tempo determinato, di norma propedeutici a una stabilizzazione del rapporto di lavoro dopo un tempo fisiologico di permanenza. Inoltre, l'ospedale fa ricorso ai cosiddetti contratti libero professionali, in cui per un periodo di tempo determinato viene resa una prestazione di lavoro con modalità flessibili e che di norma sono finalizzati a inserire la risorsa nell'organizzazione sanitaria, consentendole peraltro di seguire eventuali ulteriori attività all'esterno. Infine, abbiamo contratti di ricerca, che hanno la caratteristica di "ingaggiare" ricercatori di alto potenziale o svolgono ricerca "pura", oppure che destinano una parte della propria attività a compiti di carattere clinico che integrano i progetti scientifici per cui sono stati inseriti. Questo canale di accesso è importante per la natura di Irccs dell'Opgb e in ragione dei rilevanti obiettivi di produzione scientifica che vengono costantemente raggiunti. Da alcuni anni, però, abbiamo avviato un percorso di progressiva stabilizzazione del personale medico con contratto libero professionale e del personale di ricerca, prevedendo un iter interno di consolidamento nelle attività che approda alla stipula del contratto a tempo indeterminato, a seguito di positivi risultati ottenuti nelle attività scientifiche e sani-

tarie e in presenza di comportamenti organizzativi coerenti con i valori e la mission del nostro istituto. Nell'ultimo biennio tale politica ha determinato la stabilizzazione di più di cento unità, in linea con il percorso di sviluppo dell'ospedale. Il quadro delineato non evidenzia pertanto una situazione di "preariato" nei rapporti di lavoro né di condizioni di collaborazione professionale non contrattualizzate: pone invece criticità tendenzialmente fisiologiche, scaturenti dalla difficoltà a contemperare l'attività scientifica con quella sanitaria, a garantire in qualche caso la completa copertura della turnistica, ad armonizzare a volte il rapporto tra professionisti che lavorano da anni in ospedale e leve più giovani ecc.». Insomma, i punti di vista sono vari e ciò non stupisce, data la complessità del nostro sistema sanitario. Per ora abbiamo considerato solo la categoria dei medici, che però non è la sola a operare in una struttura ospedaliera né in sanità più in generale. Esistono altre figure professionali (infermieri, OSS ecc.): vediamo la loro situazione.

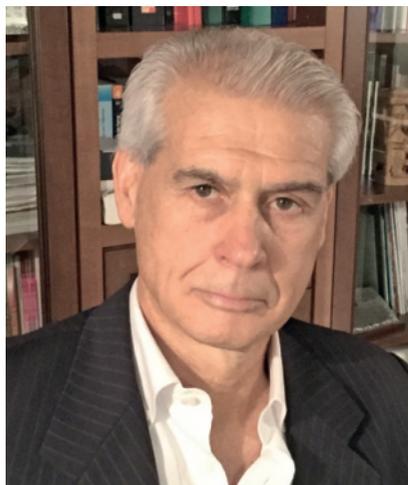
### **Preariato anche tra gli infermieri**

Se i medici sembrano navigare in acque burrascose, diverso non è per gli infermieri. Andrea Bottega, segretario del Nursind, afferma: «il preariato infermieristico in Italia riguarda circa 10.000 unità, di cui 3.000 in Sicilia. Uno scenario a macchia di leopardo, con maggiore incidenza al centro sud, dove le Regioni sono in piano di rientro. Al nord comunque non mancano i precari: la Lombardia è in testa con circa 1.500 unità. Alcune Regioni hanno già messo in atto provvedimenti di attuazione della legge 125/2013 (stabilizzazione del personale che ha maturato i 36 mesi negli ultimi 5 anni alla data del 31/10/2013) ma, anche alla luce delle dichiarazioni del Governo che nella legge di bilancio 2017 prevede lo

sblocco dei fondi per la stabilizzazione di questo personale, pensiamo non si risolve il fenomeno in quanto ci risultano diversi colleghi che hanno maturato i requisiti previsti dall'art. 5 comma 4bis del d.lgs. 368/2001 dopo il 31 ottobre 2013. Per questo il Nursind sta promuovendo cause per il risarcimento del danno e la richiesta di trasformazione del rapporto di lavoro in tutte le realtà in cui il fenomeno è particolarmente presente: Sicilia, Lombardia, Puglia, Molise, Campania, Lazio, Sardegna e Abruzzo».

Secondo Barbara Mangiacavalli, presidente di Ipasvi, i numeri forniti dal sindacato vanno rimpolpati da alcuni casi al limite del precariato, arrivando intorno a 17-18.000 infermieri. «La situazione è quella creata da cinque anni di blocco del turnover, soprattutto nelle Regioni in piano di rientro e quindi direi che i numeri maggiori del fenomeno si concentrano in queste, quasi tutte del Sud. Sono cifre alte che nascono, come la carenza, da una stasi di aggiornamento degli organici di almeno cinque anni e da un'organizzazione che sconta ancora vecchi modelli in cui non si tiene conto né della trasversalità dell'assistenza, che non può più basarsi solo su singole specialità, né dell'aumento dell'età e nemmeno di quello delle cronicità, che secondo i maggiori studi nazionali e internazionali si possono affrontare al meglio solo se dopo l'eventuale acuzie c'è un'assistenza infermieristica efficace e organizzata h24».

Mangiacavalli si riferisce, per esempio, ai casi delle cooperative. «Molti pensano che il lavoro in cooperativa sia di livello inferiore rispetto al lavoro in ospedale, ma non è così. È però vero che si viene pagati molto meno: per servizi in outsourcing sul territorio si parla di retribuzioni da 5 euro l'ora. Un'offesa per la professione. Per l'infermiere questa situazione si traduce in una grande fatica, economica e organizzativa. Tuttavia qualunque infermiere sia impegnato sul campo non trascurerà mai il paziente che gli viene affidato e che deve tutelare e assistere. L'infermiere lavora sempre garantendo il massimo di qualità al servizio, ma poi paga lo stress lavorativo: aspetto, questo, quasi sempre ignorato. Nella popolazione infermieristica lo stress lavorativo è stato associato a disturbi del sonno, fatica cronica, dolori muscoloscheletrici, dispepsia e sindrome del colon irritabile, mal di testa, depressione, burnout, percezione soggettiva di scarsa salute, insoddisfazione lavorativa, demotivazione, elevato turnover, assenteismo, infortunio, abuso di alcool o farmaci, tabagismo. Un impatto diverso in funzione della soggettività di ciascun infermiere, va-



Da sinistra,  
Giuseppe Lavra  
e Roberto  
Carlo Rossi

riando considerevolmente anche tra i diversi ambienti e le diverse aree d'intervento o anche in base ad aspetti oggettivi della realtà lavorativa e alle scelte operate nelle condizioni e nel contesto organizzativo di lavoro». Insomma, una situazione di disagio che si fa sentire. E così negli ultimi anni molti tra gli infermieri e i medici hanno scelto di andarsene. Alleata l'apertura delle frontiere. Si avrà un effetto Brexit anche in questo ambito?

### La scelta di partire

«L'emigrazione professionale», conferma Bottega, «è sempre più presente nella categoria infermieristica per due fattori. Il primo è legato alle possibilità occupazionali e alla richiesta di professionisti: se fino a qualche tempo fa i colleghi delle Regioni del sud trovavano posto nelle strutture del nord, dove le Regioni potevano procedere ai concorsi, ora che i concorsi si sono ridotti per le riorganizzazioni dei Ssr e il taglio dei posti letto per acuti, non resta che andare oltralpe. Il secondo fatto è che i giovani oggi sono culturalmente più disponibili a fare esperienze all'estero. La nostra formazione universitaria fornisce le conoscenze necessarie per garantire qualità professionale anche presso altri sistemi sanitari. Certo, la prospettiva delineata dalla Brexit condiziona anche la possibilità di questa scelta: la Gran Bretagna resta il Paese più ambito per le esperienze professionali, non solo per il riconoscimento economico ma anche per lo sviluppo professionale. Dal punto di vista economico è attrattiva anche la Svizzera. Due Paesi che di recente si sono posti il problema dei lavoratori stranieri. Resta il fatto che i bisogni di salute dei nostri cittadini, per essere soddisfatti, hanno bisogno di personale qualificato (si calcola un fabbisogno di circa 30.000 infermieri per rientrare nella media dei Paesi Ocse) e principalmente tale personale

dovrà essere destinato all'assistenza territoriale. Viste le politiche dello Stato per il personale (blocco del turn over, taglio di strutture), è ipotizzabile un sempre più massiccio uso delle cooperative per garantire i servizi. In questo caso temiamo che la precarietà del rapporto di lavoro sarà ancora maggiore e avrà forme diverse dal classico precariato pubblico del rapporto a tempo determinato». D'altra parte, «non v'è certezza sulle scelte di Oltremania, ma è probabile che chi vorrà lavorare in Gran Bretagna dovrà in qualche modo trasferirvi la cittadinanza, anche se speriamo che ciò non avvenga. Si immagina che chi è già operativo non venga rimandato a casa, anche se l'ideale sarebbe un ciclo bi-triennale di lavoro all'estero per una maggiore formazione e poi il rientro negli organici del nostro Ssn. Gli infermieri italiani che lavorano in Gran Bretagna sono circa tremila, soprattutto perché il servizio sanitario locale fa fronte alla forte carenza scegliendo gli italiani, ritenuti più preparati dal punto di vista accademico, clinico e relazionale. L'effetto Brexit andrà analizzato quando tutte le scelte saranno compiute, ma già si intravedono alcune complicazioni. La prima è quella della lingua: per lavorare in Gran Bretagna finora si doveva superare un test clinico e linguistico ma, a fronte di una capacità di base, una volta trasferiti all'estero, gli infermieri venivano formati per poi passare a uno sviluppo pieno di carriera. Oggi la richiesta è direttamente di un livello quasi di madrelingua, rendendo più difficoltoso il reclutamento. Comunque, se la Gran Bretagna è al primo posto delle opportunità per gli infermieri italiani, secondo una recente elaborazione della BBC su dati Ocse, i nostri professionisti sono tra i più ricercati all'estero: venti Paesi li richiedono, come Germania, Australia, Canada, Svizzera. Noi però vorremmo che, con diverse prospettive e una diversa organizzazione del lavoro, la loro prima meta fosse l'Italia».

All'estero cercano anche medici. Lavra sottolinea che la nostra attuale situazione di precarietà stimola i giovani medici ad andare all'estero. «La possibilità di accedere alla formazione specialistica di chi si laurea ogni anno è bassa: su circa 9-10 mila laureati riescono a entrarne nelle scuole di specializzazione meno di 3 mila l'anno. Peccato che per essere assunti regolarmente nel Ssn bisogna essere specialisti, un altro fattore ostile per i giovani». Medici e infermieri hanno almeno l'opportunità di tentare la via dell'estero: ci sono invece figure sanitarie che non possono sperare in questa strada, tra queste gli OSS.

## Formazione disomogenea

Gli OSS sono figure sanitarie di cui si parla poco eppure lavorano ogni giorno nelle strutture sanitarie accanto agli infermieri, «che in alcuni casi li ignorano, in altri li sfruttano passando loro lavori che non potrebbero fare, a volte li rispettano», rivela Angelo Minghetti, coordinatore nazionale della Federazione Nazionale Migepe delle professioni tecniche e sanitarie. Alla base di questa situazione la decisione presa in Conferenza Stato Regioni nel 2001 di delineare questa nuova figura professionale, senza però stabilirne il percorso formativo in modo uniforme sul territorio italiano. «Questa situazione ha dato vita a un vero e proprio mercato della formazione per la figura professionale degli OSS, comprensivo di casi di rilascio di attestati da parte di enti non accreditati che non potranno mai essere spesi sul territorio nazionale», riprende Minghetti, che ha più volte denunciato la realtà al Ministero della Salute e alle Regioni, senza però ottenere risultati. Il problema è che OSS non qualificati mettono a rischio i pazienti. Sono anche giunte lamentele in Federazione da Rsa e altre strutture per la scarsa formazione di alcuni OSS. Eppure, anziché andare verso l'uniformazione dei corsi di studio, le Regioni continuano a mettere in campo nuove possibilità per creare OSS: questo fa sì che un attestato ottenuto in Lombardia, per esempio, non sia valido nel Lazio. I piani formativi sono così diversi che in molti casi gli OSS non possono spostarsi sul territorio nazionale per lavorare. Per non parlare dell'estero. Negli altri Paesi la formazione avviene attraverso criteri precisi e contenuti specifici. Si può, infatti, notare che in gran parte dei Paesi europei la formazione è per lo più di due anni, con un monte ore che va da 1400 a 1800 ore, con un percorso formativo che prevede in alcuni casi ambiti di specializzazione specifici». Questa mancanza di interesse politico per la figura degli OSS e lo smercio dei corsi di formazione si traduce anche in una forte situazione di precariato, anche se, come detto, le Regioni non hanno mai effettuato una reale stima degli OSS in organico nelle strutture sanitarie per stabilire quanti formarne di volta in volta. «Questa situazione rende difficile anche definire quale sia il precariato. Ciò che si sa è che dei circa 80.000 OSS attualmente in cerca di lavoro, 27.000 hanno attestati di dubbia preparazione», sostiene Minghetti, che aggiunge: «anche per gli infermieri generici esiste il precariato. La legge 42/99 ha infatti messo questa figura a rischio di licenziamento e demansionamento. E non parliamo della situazione degli OSS complementari, una figura che

è stata creata da alcune Regioni e non è riconosciuta in altre. Il risultato è che ci sono 20.000 persone senza lavoro, con un titolo che vale nulla. Insomma, si tratta di una storia senza fine, nonostante le buone intenzioni: a quanto ci risulta, poco o nulla è stato fatto sulla risoluzione del precariato in sanità. Sarà fondamentale dare una stabilizzazione ai precari della sanità per evitare di impoverire sempre più il nostro Ssn delle fondamentali risorse umane necessarie al suo funzionamento, attraverso procedure concorsuali trasparenti».

Insomma, si delinea l'immagine di un sistema in difficoltà, forse non solo per ragioni economiche, ma anche per mancanze politiche. Cerchiamo di capire come si è giunti a questo punto e come si potrebbe voltare la china.

### Pochi soldi e mancanza di visione

Lavra e Rossi sono convinti che la componente economica sia solo una parte dell'origine dell'attuale situazione: più forte è la mancanza di visione della classe politica che si occupa di sanità. Secondo Lavra, per esempio, «anziché muoversi con il blocco del turnover e i tagli lineari, si sarebbe dovuta operare una rigorosa e puntuale ricostruzione delle dotazioni organiche basata su criteri oggettivi e correlati alle reali necessità operative dei servizi. Quindi attraverso una politica di razionalizzazione dell'uso delle risorse umane che, in un contesto molto condizionato da consuetudini clientelari, avrebbe portato anche risparmi economici senza sacrificare i servizi sanitari. Il settore privato convenzionato e accreditato intanto continua a espandersi». Accanto a ciò, secondo Rossi vi è stata nel tempo una perdita del valore del medico: «una volta il medico era considerato, nella società italiana. Oggi i medici vengono pagati poco, sono precari, si chiede loro di aprire partita Iva: questo porta risparmi alle aziende ospedaliere, ma non tiene conto di cosa accadrà tra qualche anno. Le stime dicono che entro il 2020 molti medici andranno in pensione e non avremo chi li sostituirà». Anche Parrotto vede accanto alla questione economica altre cause del problema: «la situazione rispetto ai fenomeni di precariato dipende dalle capacità di copertura economica delle strutture sanitarie, gli ultimi anni hanno generato un aggravamento della situazione occupazionale e del sistema di tutele. È anche vero, però, che il richiamo alla crisi e all'inevitabilità di alcune scelte deregolate è a volte figlio di una convenienza di breve periodo e di una riluttanza a impegnarsi in attività concrete di selezione e sviluppo della persona. Individuare i profes-

sionisti giusti, chiarire le regole di ingaggio, disegnare un percorso di progressivo inserimento nella struttura, indicare da subito gli obiettivi da raggiungere, ivi compresa la coerenza dei comportamenti organizzativi, costituiscono elementi che possono migliorare il contesto e restituire fiducia. Per realizzarli, occorre che anche il sistema sanitario adotti nel suo complesso politiche del personale che non abbiano un mero carattere amministrativo e difensivo, ma che applichino azioni concrete di gestione e sviluppo della persona, puntando sui profili migliori, valorizzandoli, aiutandoli a inserirsi in ambiti ove a volte posizioni "baronali" limitano la capacità di espressione, investendo su percorsi di tutoring e coaching che agevolino il turn-over e il ricambio generazionale». Anche Lavra conferma l'importanza di applicare serie politiche sulla gestione del personale, oltre a «razionalizzare e sanare la filiera degli acquisti per "Beni e Servizi" applicando un sistema di controllo fondato sul benchmarking, costantemente controllato e comparato, intervenendo nei casi devianti». Intanto, ci sono buone notizie proprio dal Lazio, Regione da cui siamo partiti. Albanese precisa che «nonostante il perdurare negli anni di tali tipologie contrattuali, al momento tra le Regioni in piano di rientro il Lazio, anche grazie ad Anaa Assomed, è tra i primi ad aver recepito la normativa nazionale sulla stabilizzazione del personale sanitario precario (DPCM 6/3/2015 e legge di stabilità 2016) attraverso una serie di decreti regionali emanati tra maggio e luglio/2016 (DCA 154/16 e DCA 238/2016) che consentono l'avvio delle procedure di stabilizzazione sia per i tempi determinati sia per i contratti atipici: in particolare, come da esplicita richiesta di Anaa Assomed, in tali decreti si fa riferimento alla possibilità di usare graduatorie concorsuali ancora vigenti per l'immissione in ruolo del personale sanitario precario posto in posizione utile nelle suddette graduatorie e in possesso dei requisiti del DPCM e/o della legge di stabilità. Così è stato possibile avviare, sempre nel Lazio, una prima ampia tranche di stabilizzazioni, primo passo di un percorso più lungo che, attraverso procedure concorsuali legate al rispetto della normativa europea in materia di orario di lavoro e riserve nella misura del 50% al personale sia a tempo determinato sia con rapporti atipici con tre anni di servizio all'atto del bando concorsuale, riguarderà la stabilizzazione dei precari con contratto atipico, auspicando comunque che vengano rispettati i tempi già previsti dalla legge di stabilità 2016».