



MESSI A TACERE E INASCOLTATI IN PIENA PANDEMIA

URGENZA DI RISPONDERE ALL'ALLARME LANCIATO DALLE OPERATRICI E DAGLI OPERATORI SANITARI E SOCIOSANITARI IN ITALIA

Amnesty International è un movimento globale di oltre sette milioni di persone impegnate in campagne per un mondo dove tutti godano dei diritti umani. La nostra visione è che ogni persona possa godere dei diritti sanciti dalla Dichiarazione universale dei diritti umani e altri standard internazionali sui diritti umani. Siamo indipendenti da qualsiasi governo, ideologia politica, interesse economico o religione e ci finanziamo principalmente grazie ai nostri soci.

© Amnesty International 2021
Except where otherwise noted, content in this document is licensed under a Creative Commons (attribution, non-commercial, no derivatives, international 4.0) licence.
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>
For more information please visit the permissions page on our website: www.amnesty.org
Where material is attributed to a copyright owner other than Amnesty International this material is not subject to the Creative Commons licence.
First published in 2021
by Amnesty International Ltd
Peter Benenson House, 1 Easton Street
London WC1X 0DW, UK

Index: EUR 30/4875/2021

Lingua originale: inglese

amnesty.org



Foto di copertina: Operatrice sanitaria in servizio in una struttura residenziale per persone anziane in Italia.

© ANSA

AMNESTY
INTERNATIONAL



CONTENUTI

INTRODUZIONE	4
URGENZA DI UN'INCHIESTA INDIPENDENTE	5
OBIETTIVO, CAMPO D'AZIONE E METODOLOGIA	6
1. MISURE DISCIPLINARI E CONDOTTE ANTISINDACALI NEI CONFRONTI DEI/DELLE LAVORATORI/TRICI CHE HANNO DENUNCIATO PROBLEMI IN MERITO A SALUTE E SICUREZZA SUL LUOGO DI LAVORO	8
2. L'ALLARME LANCIATO DA LAVORATORI/TRICI E SINDACATI RIGUARDO AL PERSONALE DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI SOCIO SANITARIE E SOCIOASSISTENZIALI	12
2.1 LE CRITICITÀ STRUTTURALI CHE GRAVANO SUL PERSONALE DEL SETTORE SOCIO SANITARIO E SOCIOASSISTENZIALE IN ITALIA	13
2.2 L'ALLARME DI LAVORATORI/TRICI CIRCA SALUTE, SICUREZZA E CONDIZIONI DI LAVORO DURANTE LA PANDEMIA	16
3. ISPEZIONI E CONTROLLO	19
CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI	21

INTRODUZIONE

Le operatrici e gli operatori sanitari e socioassistenziali che hanno lanciato l'allarme sulle inadeguate condizioni di lavoro e di sicurezza nelle strutture residenziali socioassistenziali e socioassistenziali durante la pandemia sono stati/e spesso soggetti/e a procedimenti disciplinari e hanno temuto ritorsioni da parte dei loro datori di lavoro, per il solo fatto di avere denunciato presunte irregolarità sul posto di lavoro. Datori di lavoro sia pubblici che privati hanno impedito alle operatrici e agli operatori il godimento dei diritti alla libertà d'espressione e alla libertà di associazione, ivi compreso il diritto a riunirsi in sindacato e a cercare, ricevere e diffondere informazioni.

Le autorità italiane devono garantire che le voci di questi lavoratori e lavoratrici non siano ridotte al silenzio, bensì che siano ascoltate.

Amnesty International chiede al parlamento italiano di portare a termine le fasi necessarie per istituire una commissione d'inchiesta indipendente che indaghi sulla risposta delle autorità alla pandemia da COVID-19; tale commissione dovrà inoltre avere uno specifico focus sulle strutture residenziali socioassistenziali e socioassistenziali e prendere in seria considerazione le gravi preoccupazioni espresse da lavoratrici, lavoratori e sindacati in merito a salute, sicurezza e cattive condizioni di lavoro.

A dicembre 2020, Amnesty International ha evidenziato come le autorità italiane non siano riuscite a mettere in atto politiche adeguate a garantire il diritto alla vita, alla salute e alla non discriminazione delle persone anziane ospiti di strutture residenziali socioassistenziali e socioassistenziali¹. Ostacoli nell'accesso a dispositivi di protezione individuale (dpi) idonei, soprattutto durante la prima ondata della pandemia, e politiche mal pianificate e insufficienti a tutelare la salute e la sicurezza sul lavoro hanno esposto sia lavoratrici e lavoratori che le persone anziane a un maggior rischio di contrarre il COVID-19².

Il COVID-19 ha mietuto un'enorme quantità di vittime tra le persone anziane ospiti di strutture residenziali socioassistenziali e socioassistenziali. Al 29 settembre 2021, più di 130.200 persone sono decedute a causa del COVID-19 in Italia: di queste, più del 95 per cento avevano più di 60 anni³. Sebbene manchino dati esaustivi, alcune stime indicano che l'8,5 per cento degli anziani ospiti di strutture residenziali in Italia sarebbe deceduto durante i primi mesi della pandemia. In alcune regioni, il tasso di mortalità è stato più alto, con un picco del 12,9 per cento in Lombardia⁴. Di contro, il tasso di mortalità per il totale delle persone con più di 60 anni presenti in Italia, è stato dello 0,69 per cento dall'inizio della pandemia⁵.

Il personale in servizio nelle strutture residenziali durante la pandemia e i sindacati hanno espresso gravi preoccupazioni in merito alle condizioni di lavoro irrispettose della salute e della sicurezza, ai lunghi turni senza adeguate pause e alle ispezioni sul lavoro inadeguate. I tassi di morbilità e di mortalità del personale sanitario e socioassistenziale sono molto alti. Secondo le statistiche ufficiali, il 65,6 per cento del totale dei/delle

¹ "Abbandonati: violazioni del diritto alla vita, alla salute e alla non discriminazione delle persone anziane nelle strutture socioassistenziali e socioassistenziali in Italia durante la pandemia", Amnesty International, 17 dicembre 2020, <https://d21zrvtkxt6ae.cloudfront.net/public/uploads/2020/12/report-rsa-anziani-.pdf>

² Ivi, cap. 7.

³ "Epidemia COVID-19, aggiornamento nazionale 29 settembre 2021", Istituto Superiore di Sanità, https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Bollettino-sorveglianza-integrata-COVID-19_29-settembre-2021.pdf

⁴ "Older people living in long-term care facilities and mortality rates during the covid-19 pandemic in Italy: Preliminary epidemiological data and lessons to learn", De Girolamo, G., Bellelli, G., Bianchetti, A., Starace, F., Zanetti, O., Zarbo, C., & Micciolo, R., 2020, *Frontiers in Psychiatry*, 11, 586524, <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.586524>

⁵ Al 18 agosto, sono decedute 121.632 persone con più di 60 anni su un totale di 17.752.440 che rientravano in quella fascia di età (nel 2020). Ulteriori informazioni disponibili su: https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Bollettino-sorveglianza-integrata-COVID-19_18-agosto-2021.pdf <https://www.tuttitalia.it/statistiche/popolazione-eta-sesso-stato-civile-2020/>

lavoratori/trici che hanno contratto il COVID-19 sul luogo di lavoro sono operatori/trici sanitari/e e sociosanitari/e, in particolare infermieri/e e tecnici/che, (37,6 per cento), operatori/trici sociosanitari/e (25,4 per cento) e medici/che (8,6 per cento). Inoltre, il 24,1 per cento dei/delle lavoratori/trici che sono deceduti/e dopo aver contratto il COVID-19 sul luogo di lavoro sono operatori/trici sanitari/e e sociosanitari/e, compresi infermieri/e e tecnici/che (10,3 per cento), operatori/trici sociosanitari/e (7,7 per cento) e medici/che (5,7 per cento⁶).

I/le lavoratori/trici di un settore altamente femminilizzato come quello sociosanitario e socioassistenziale, poi, che già prima della pandemia avevano espresso preoccupazione riguardo alla carenza di organico, alle basse retribuzioni e alle condizioni di lavoro precarie, hanno denunciato come questi problemi di lunga data si siano acuiti a causa del COVID-19. Sebbene la campagna di vaccinazione, che ha dato la priorità alle persone ospiti di strutture residenziali e ai/alle operatori/trici sanitari/e e sociosanitari/e, abbia avuto l'effetto di diminuire la morbilità e la mortalità delle persone anziane e dei/delle lavoratori/trici delle strutture residenziali⁷, le preoccupazioni legate alla situazione pregressa del settore sono rimaste inascoltate e devono essere urgentemente prese in esame dalla commissione parlamentare.

URGENZA DI UN'INCHIESTA INDIPENDENTE

La costituzione italiana prevede che si possano istituire delle commissioni parlamentari allo scopo di indagare su questioni di interesse pubblico. A tali commissioni parlamentari d'inchiesta vengono conferiti poteri simili a quelli delle autorità giudiziarie⁸. Attualmente, nel parlamento italiano sono in discussione diversi progetti di legge per creare una commissione che indaghi su differenti aspetti della risposta delle autorità alla pandemia. In particolare, lo scopo di uno⁹ di questi è istituire una commissione che indaghi sulle cause della pandemia da COVID-19 e sulla risposta di quegli stati dove è inizialmente scoppiata l'epidemia prima del 30 gennaio 2020. L'ambito di tale progetto di legge, attualmente in discussione nell'Aula della Camera non interessa per ora la risposta delle autorità italiane alla pandemia. Un secondo progetto¹⁰ riguarda, invece, l'istituzione di una commissione che indaghi sulla risposta delle autorità alla pandemia, con un focus specifico sulle strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali, e mira, tra i vari aspetti, a fare luce sulle carenze di organico, sulla mancanza di dpi adeguati sia per il personale che per gli/le ospiti anziani/e, sulle questioni di sicurezza sul lavoro e sulle cause degli alti tassi di morbilità e mortalità nelle suddette strutture. Un terzo progetto di legge¹¹, ha come scopo l'istituzione di una commissione parlamentare dagli obiettivi più ampi, che si occupi di questioni che hanno un impatto più in generale sul sistema sanitario pubblico italiano, oltre che della risposta delle autorità alla pandemia.

Amnesty International chiede al parlamento italiano di istituire una commissione d'inchiesta parlamentare mirata a condurre un'indagine sulla risposta delle autorità alla pandemia, con un focus specifico sulle strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali per persone anziane. Tale commissione dovrebbe indagare sulle violazioni e sugli abusi del diritto alla vita, alla salute e alla non discriminazione subito dalle persone anziane nelle strutture residenziali, ma anche sui problemi di lunga data nel settore dell'assistenza a lungo termine, tra i quali la carenza di organico, le inadeguate condizioni di lavoro e il mancato rispetto del principio della parità di retribuzione per lavoro di pari valore, nonché sulle preoccupazioni espresse da lavoratori/trici e sindacati riguardo al diritto a condizioni di lavoro sane, sicure, eque e dignitose.

⁶ Dati aggiornati al 30 giugno 2021: "Scheda nazionale infortuni sul lavoro da COVID-19", Inail, <https://www.inail.it/cs/internet/docs/alg-scheda-tecnica-contagi-covid-30-giugno-2021.pdf>

Questi dati si riferiscono agli/alle operatori/trici sanitari/e e sociosanitari/e sia del settore sanitario che di quello sociosanitario e socioassistenziale, che include le strutture residenziali. La categoria dei/delle operatori/trici sociosanitari/e include sia gli/le operatori/trici sociosanitari/e (Oss) che gli/le ausiliari socioassistenziali (Asa).

⁷ "Sorveglianza strutture residenziali sociosanitarie nell'emergenza COVID. Report nazionale", Istituto Superiore di Sanità, https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/REPORT%20STRUTT%20RES_5OTTOBRE2020_13GIUGNO2021_30GIUGNO2021.pdf

Il decreto 44 del 1° aprile 2021 ha stabilito che la vaccinazione contro il COVID-19 è una condizione obbligatoria per gli/le operatori/trici sanitari/e e sociosanitari/e per lo svolgimento delle loro mansioni, almeno fino alla fine dell'anno. Il decreto 122 del 10 settembre 2021 estende la vaccinazione obbligatoria a tutti/e coloro che lavorano in strutture sanitarie, sociosanitarie e socioassistenziali (inclusi/e i/le collaboratori/trici esterni/e) fino alla fine dell'anno.

⁸ Art. 82 della costituzione italiana, https://www.senato.it/1025?sezione=127&articolo_numero_articolo=82

⁹ Testo del progetto di legge: <https://documenti.camera.it/Leg18/Dossier/Pdf/ES0322.Pdf>

¹⁰ Testo del progetto di legge: <http://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/DF/358150.pdf>

¹¹ Testo del progetto di legge: <http://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/01300279.pdf>

OBIETTIVO, CAMPO D'AZIONE E METODOLOGIA

Il presente rapporto integra la ricerca condotta da Amnesty International nel 2020 sulle violazioni del diritto alla vita, alla salute e alla non discriminazione delle persone anziane residenti nelle strutture socioassistenziali in Italia. Fornisce informazioni sugli abusi del diritto alla libertà d'espressione e alla libertà di associazione subiti da operatrici e operatori sanitari/e e socioassistenziali/e durante la pandemia, riportando esempi delle preoccupazioni espresse dagli/dalle operatori/trici riguardo a salute, sicurezza e condizioni di lavoro durante la pandemia. Se è vero che sarebbe necessario un lavoro di ricerca più approfondito per individuare le specifiche responsabilità delle istituzioni statali per quanto riguarda i diritti del personale sanitario e socioassistenziale, le informazioni presentate in questo rapporto ribadiscono la necessità di istituire una commissione d'inchiesta indipendente, per garantire che i responsabili rendano conto delle proprie azioni e che si eviti la ripetizione di simili danni in futuro.

Nonostante l'espressione "operatori/trici sanitari/e e socioassistenziali/e" sia ampia e copra tutti i lavoratori e le lavoratrici del settore sanitario e socioassistenziale, il presente rapporto si occupa dei lavoratori e delle lavoratrici nel settore dell'assistenza a lungo termine. Secondo l'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (Ocse), l'assistenza a lungo termine comprende una vasta gamma di servizi sanitari e di assistenza personale erogati, ad esempio, per ridurre o alleviare il deterioramento delle condizioni di salute di persone con un'ipendenza più o meno ridotta a lungo termine. Del personale dell'assistenza a lungo termine fanno parte i/le infermieri/e e gli/le operatori/trici socioassistenziali/e che svolgono le loro mansioni in strutture di assistenza a lungo termine, come i presidi socioassistenziali residenziali per persone anziane. Sempre secondo l'Ocse, non si considerano, invece, tra il personale di assistenza a lungo termine, i medici e le mediche che lavorano nelle suddette strutture¹².

Tra febbraio e agosto 2021, i/le ricercatori/trici di Amnesty International hanno intervistato 34 professionisti/e sanitari/e e socioassistenziali/e in servizio in strutture residenziali socioassistenziali e socioassistenziali durante la pandemia (20 donne e 14 uomini, 30 lavoratori/trici italiani/e e quattro lavoratori/trici con background migratorio). La maggior parte di questi/e lavoratori/trici sono operatori/trici socioassistenziali/e (10 infermieri/e e 20 operatori/trici socioassistenziali/e, compresi sia Oss che ausiliari socioassistenziali ovvero Asa). Quattro intervistati sono professionisti sanitari, nello specifico fisioterapisti.

Al momento in cui è stata condotta la ricerca per il presente rapporto, 16 lavoratori/trici erano dipendenti assunti/e direttamente dalle strutture presso le quali lavoravano, 10 lavoravano con contratti in *outsourcing* tramite cooperative, uno aveva un contratto di somministrazione a tempo determinato e sette erano liberi/e professionisti/e. Tutte le interviste sono state condotte al telefono o via internet, in italiano senza mediazione di interpreti. In ottemperanza al consenso informato fornito dalle persone intervistate e così come prassi metodologica nelle ricerche di Amnesty International, riportiamo la data dell'intervista, ma abbiamo protetto l'identità di tutte le persone con le quali abbiamo parlato, usando uno pseudonimo o un altro sistema per

¹² "Who Cares? Attracting and retaining care workers for the elderly", Ocse, 2020, Annex 2.A Definitions and data sources <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/92c0ef68-en/1/3/2/index.html?itemId=/content/publication/92c0ef68-en&csp=50980b2bb9059e51e350f213ee338dac&itemIGO=oecd&itemContentType=book#annex-d1e4978>

garantire l'anonimato dei/le singoli/e intervistati/e, in accordo con la volontà espressa da questi/e ultimi/e. La maggior parte delle persone intervistate ha chiesto ad Amnesty International di rendere anonima la propria testimonianza per paura di ritorsioni da parte dei propri datori di lavoro, a riprova del clima di terrore vissuto sul luogo di lavoro per aver denunciato irregolarità, come è documentato più avanti in questo rapporto (v. cap. 1).

Inoltre, Amnesty International ha parlato con 12 rappresentanti di tre sindacati, *Confederazione generale italiana del lavoro* “Cgil”, *Confederazione italiana sindacati lavoratori* “Cisl” e *Unione sindacale di base* “Usb”, nonché con quattro avvocati e due esperti/e del settore dell'assistenza a lungo termine. In aggiunta, Amnesty International ha richiesto un incontro con i quattro principali enti che rappresentano le strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali private in Italia¹³. Alla data della pubblicazione di questo rapporto (ottobre 2021), non abbiamo ricevuto alcuna risposta alla nostra richiesta. Amnesty International ha anche chiesto un incontro con l'Ispettorato nazionale del lavoro, che finora non ha risposto.

Prima della pubblicazione, Amnesty International ha condiviso questo briefing con il ministero del Lavoro e delle politiche sociali e con l'Ispettorato nazionale del lavoro, al fine di offrire loro la possibilità di commentarlo. Al momento della pubblicazione, le suddette autorità non avevano risposto.

Amnesty International desidera ringraziare tutti i soggetti che hanno preso parte a questa ricerca e, in particolare, tutte le lavoratrici e tutti i lavoratori che hanno condiviso le loro esperienze e i loro punti di vista con noi.

¹³ *Unione Nazionale Istituzioni e Iniziative di Assistenza* “Uneba”, *Associazione Nazionale Strutture Territoriali e per la Terza Età* “Anaste”, *Associazione Gestori Servizi sociosanitari e cure Post Intensive* “Agespi”, *Associazione Religiosa Istituti Socio-Sanitari* “Aris”.

1. MISURE DISCIPLINARI E CONDOTTE ANTISINDACALI NEI CONFRONTI DEI/DELLE LAVORATORI/TRICI CHE HANNO DENUNCIATO PROBLEMI IN MERITO A SALUTE E SICUREZZA SUL LUOGO DI LAVORO

“Le cooperative e le strutture pubbliche hanno messo un bavaglio alle persone che hanno denunciato o parlato con la stampa.”

“Marco”, infermiere contrattato da una cooperativa presso una Rsa privata in Lombardia¹⁴.

Quasi un terzo di tutte le lavoratrici e tutti i lavoratori intervistate/i da Amnesty International (11 su 34) hanno espresso preoccupazione riguardo a un clima di terrore e di ritorsioni sul luogo di lavoro, in particolare durante la pandemia da COVID-19. Tre di loro sono stati soggetti a procedimenti disciplinari, compreso il licenziamento, dopo avere denunciato irregolarità nell'ambito della salute e della sicurezza sul lavoro nelle

¹⁴ Intervista telefonica a “Marco” (nome modificato per motivi di sicurezza), 22 marzo 2021.

strutture presso le quali lavoravano durante la pandemia. Altri/e otto si sono detti preoccupati del clima di terrore sul luogo di lavoro e del rischio di ritorsioni da parte dei propri datori di lavoro se avessero rivelato e denunciato le irregolarità. Questo sembra parte di una tendenza più generale: due avvocati intervistati da Amnesty International hanno denunciato più di dieci casi di procedimenti disciplinari e licenziamenti subiti dai lavoratori e dalle lavoratrici in diverse strutture, dopo che avevano segnalato l'assenza di misure adeguate a tutelare la salute e la sicurezza durante la prima ondata della pandemia¹⁵. Queste testimonianze sono particolarmente allarmanti nel contesto della pandemia, poiché la libertà d'espressione e l'attività sindacale sono elementi che migliorano le condizioni di salute e sicurezza sul lavoro¹⁶.

Il 10 maggio 2021, il Tribunale del lavoro di Milano ha stabilito che **Hamala**, un operatore sociosanitario che lavorava con un contratto esterno in una Rsa privata, era stato licenziato ingiustamente nel maggio del 2020 dalla cooperativa per la quale lavorava. Ad aprile 2020, Hamala e altri/e 17 lavoratori/trici avevano denunciato alle autorità giudiziarie e ai media diverse irregolarità nell'ambito della salute e della sicurezza durante le prime settimane della pandemia: nello specifico, avevano sostenuto che la direzione della struttura e la cooperativa per la quale lavoravano avessero nascosto informazioni sui casi di contagio da COVID-19 verificatisi sia tra gli/le ospiti anziani/e che tra i/le lavoratori/trici, e che avessero impedito ai/alle lavoratori/trici di usare le mascherine sul luogo di lavoro, esponendoli così al rischio di contrarre il COVID-19¹⁷. A seguito della denuncia dei/le lavoratori/trici era stata aperta un'inchiesta giudiziaria. La cooperativa ha quindi licenziato Hamala e sospeso gli altri 13 lavoratori esterni in *outsourcing*. I dirigenti della struttura, inoltre, hanno interrotto anche i contratti dei quattro operatori sociosanitari liberi professionisti che avevano presentato la denuncia.

I 13 lavoratori in *outsourcing* sono stati in seguito reintegrati in altre strutture della stessa regione. Il Tribunale di Milano ha ordinato il reintegro di Hamala e il versamento di un'indennità, e ha sottolineato che informare le autorità giudiziarie delle irregolarità fosse una questione di interesse pubblico, perché avrebbe potuto evitare la morte delle persone anziane residenti nelle strutture. Il tribunale ha aggiunto che denunciare illeciti o violazioni della legge alle autorità giudiziarie non può essere considerato un atto soggetto a responsabilità disciplinare e non è un motivo lecito per interrompere il rapporto di lavoro¹⁸. Il caso di un libero professionista al quale era stato interrotto il contratto, è ancora in esame al Tribunale di Milano al momento della pubblicazione di questo rapporto (ottobre 2021).

Piero, sindacalista e infermiere dipendente diretto di una grande Rsa di Milano, è stato preso di mira a causa delle sue attività sindacali, in particolare per aver lanciato l'allarme riguardo all'alto tasso di mortalità tra le persone anziane residenti nella struttura. In primo luogo, sono stati avviati sette procedimenti disciplinari a suo carico per aver parlato apertamente dell'argomento; poi, a novembre 2020, il suo datore di lavoro ha deciso di sospenderlo per un mese. Piero ha raccontato ad Amnesty International che nello stesso periodo, cioè novembre e dicembre 2020, sono stati avviati altri 120 procedimenti disciplinari contro altri/e operatori/trici che avevano espresso preoccupazione riguardo alle condizioni di salute e di sicurezza nella stessa struttura¹⁹.

A dicembre 2020, il Tribunale del lavoro di Milano ha deliberato contro la sospensione di Piero e ne ha ordinato il reintegro, sottolineando come fosse stato vittima della misura in ragione della sua appartenenza al sindacato e come la misura avesse avuto un effetto di intimidazione su tutti gli/le altri/e dipendenti che avessero voluto mettere in discussione i propri datori di lavoro, anche sul piano delle irregolarità nella gestione della salute e della sicurezza sul lavoro²⁰.

Altri/e otto operatori/trici sanitari/e e sociosanitari/e hanno condiviso con Amnesty International le loro esperienze personali, o casi nei quali altri colleghi sono stati presi di mira. **"Silvia"**, ad esempio, un'infermiera con contratto diretto presso una struttura pubblica di Milano, ha raccontato ad Amnesty International:

Ultimamente ci sono state varie ritorsioni [contro lavoratrici e lavoratori] e siamo tutti in massima allerta. Ci avevano detto di non usare le mascherine per non creare panico a utenti e famiglie, ma eravamo già in pieno COVID, verso fine febbraio o inizio marzo [2020]. Ci siamo ribellati e abbiamo fatto denuncia contro la persona che ci ha ammonito di non usare le mascherine. Io sono stata messa in quarantena preventiva per motivi politici e al rientro ho dovuto fare il tampone. Anche altri

¹⁵ Intervista telefonica ad avvocati dello studio legale Romolo Reboa, 13 settembre 2021.

¹⁶ "The Crisis in care. The urgent need for responsible investor action in nursing homes", Uni Global, pp. 10-11, https://www.uniglobalunion.org/sites/default/files/files/news/the_crisis_in_care_en_final.pdf

¹⁷ Per ulteriori informazioni si veda "Abbandonati", cit., p. 83.

¹⁸ Testo completo della sentenza, consultata da Amnesty International, del Tribunale di Milano N. 6275/2020 R.G.L. del 10 marzo 2021.

¹⁹ Per ulteriori informazioni: <https://www.ilfattoquotidiano.it/2020/11/12/pio-albergo-trivulzio-sospeso-dal-servizio-il-sindacalista-che-ha-raccontato-al-fatto-i-provvedimenti-contro-medici-e-personale/6001149/>

²⁰ Ulteriori informazioni disponibili sul sito della Cgil, <https://fpcgil.lombardia.it/2020/12/10/pio-alberto-trivulzio-condannato-per-attivita-antisindacale/?fbclid=IwAR3SxrlB-nZ5O4SKDG6j1QEn4EeV0GD51ghn1auQWXpWguy8r8la-JOT1do>

colleghi sono stati allontanati in questo modo. Le ripercussioni sono iniziate subito dopo le denunce. Spesso colleghi sono stati spostati di reparto e allontanati come ritorsione. Anche io ho ricevuto una misura disciplinare per aver partecipato a una manifestazione²¹.

Due delegati sindacali, inoltre, hanno riferito ad Amnesty International che la direzione della struttura li aveva minacciati di querelarli per diffamazione, in considerazione del loro impegno nella tutela dei diritti dei/le lavoratori/trici²². Condotte antisindacali e paura di ritorsioni se si denunciano delle irregolarità avvengono in un contesto dove i/le lavoratori/trici precari/e del settore trovavano già ostacoli ad affiliarsi ai sindacati.

“Nicola”, ad esempio, un fisioterapista libero professionista che lavora in una struttura privata di Milano, ha detto ad Amnesty International:

Non siamo stati capaci di protestare, dalla dirigenza ci hanno detto letteralmente “o questo o niente”, siamo perennemente sotto ricatto. Faccio anche lavoretti per privati, ma non sono stato in grado di trovare altro. C'è una bassissima sindacalizzazione da noi, perché se vengono a sapere che sei iscritto al sindacato ti fanno fuori professionalmente. Solo i dipendenti sono in genere iscritti al sindacato. La pressione si sente molto, tutti i giorni. Per esempio, noi prendiamo 18 € all'ora, e ogni volta che vai a fare un colloquio con la direzione per negoziare migliori condizioni ti mostrano cv di altri fisioterapisti per farti capire che c'è la fila fuori di persone pronte a sostituirti e che sei sempre e comunque rimpiazzabile²³

Già vari anni fa, Eurofound aveva evidenziato come il tasso di sindacalizzazione in Italia, ovvero il numero di lavoratori/trici iscritti/e a un sindacato sul numero totale dei/delle lavoratori/trici, fosse prevedibilmente più basso nel settore sanitario e sociosanitario privato, rispetto a quello pubblico. Nel settore sociosanitario e socioassistenziale, in particolare, la frammentazione delle aree di contrattazione e l'applicazione di numerosi contratti collettivi diversi rappresentano degli ostacoli all'attività sindacale²⁴. Esistono, infatti, decine di contratti applicabili nel settore dell'assistenza a lungo termine (v. paragrafo 2). La rappresentanza sindacale, inoltre, è effettivamente molto frammentata: al 2019, ad esempio, più di un terzo dei/le dipendenti nella sanità pubblica era iscritto a sindacati diversi dai tre principali (Cgil, Cisl e Uil) e il 9,7 per cento era iscritto a una tra 108 piccole sigle sindacali²⁵.

Secondo un rappresentante del sindacato di base Usb (Unione sindacale di base), la diversità di contratti e di status tra i/le lavoratori/trici sociosanitari/e e socioassistenziali ha contribuito a creare un grande isolamento tra i/le singoli/e lavoratori/trici. Lo stesso sindacato ha sottolineato che la frammentazione acuisce le divisioni tra i/le diversi/e lavoratori/trici del settore e indebolisce i loro strumenti di difesa dalle rappresaglie²⁶.

Il diritto alla libertà di associazione, ivi compreso il diritto di costituire sindacati o di aderire ad essi, è riconosciuto sia dalla Convenzione internazionale sui diritti economici, sociali e culturali (Cidesc, art. 8), sia dalla Convenzione internazionale sui diritti civili e politici (Cidcp, art. 22). Un analogo diritto è riconosciuto anche dalla Convenzione europea dei diritti dell'uomo (Cedu, art. 11) e dalla Convenzione sulla libertà di associazione e la protezione del diritto sindacale dell'Organizzazione Internazionale del Lavoro (art. 2). La Convenzione internazionale sui diritti civili e politici (art. 19) e la Cedu (art. 10) riconoscono inoltre il diritto alla libertà d'espressione. Sebbene questi diritti possano essere soggetti a restrizioni specifiche per motivi di tutela della sicurezza nazionale, di sanità pubblica, di ordine pubblico o di tutela dei diritti di altri soggetti, tali limitazioni devono però essere: regolamentate dalla legge, dettate da necessità, specificamente commisurate a un obiettivo definito e legittimo, e non discriminatorie²⁷.

In base al diritto e agli standard internazionali, i/le lavoratori/trici non possono essere discriminati o colpiti da misure per aver partecipato ad attività sindacali né per aver sporto denuncia contro un datore di lavoro per un presunto illecito; nessuna delle due condotte, inoltre, è un valido motivo per il licenziamento²⁸. I/le lavoratori sono tutelati/e contro le discriminazioni antisindacali, ivi compreso il licenziamento²⁹. Le autorità italiane sono tenute non solo a rispettare i diritti dei lavoratori nelle strutture residenziali sociosanitarie e

²¹ Intervista telefonica a “Silvia” (nome modificato per motivi di sicurezza), 2 settembre 2020.

²² Intervista telefonica a due delegati sindacali, 13 e 14 settembre 2021.

²³ Intervista telefonica a “Nicola” (nome modificato per motivi di sicurezza), 22 aprile 2021.

²⁴ “Italy: Industrial Relations in the Health Care Sector”, Fondazione europea per il miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro (Eurofound), 2011, <https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2011/italy-industrial-relations-in-the-health-care-sector>

²⁵ “Accertamento provvisorio della rappresentatività: Triennio 2019-2020”, Aran, 2019, <https://www.aranagenzia.it/attachments/category/7601/TABELLE%20ACCERTAMENTO%20PROVVISORIO%20RAPPRESENTATIVITA'%20TRIENNIO%202019-2021.pdf>

²⁶ Intervista telefonica a un delegato Usb di Parma, Emilia-Romagna, 14 settembre 2021.

²⁷ Comitato diritti umani, Commento generale n. 34, CCPR/C/GC/34

²⁸ Convenzione Oit N.158 del 1982, art. 5.

²⁹ “Rapporto del relatore speciale sulla promozione del diritto alla libertà d'opinione e d'espressione”, Nazioni Unite, 2015, A/70/361, p. 4 disponibile su: <https://undocs.org/A/70/361>; e “Protezione dei whistleblowers”, Consiglio d'Europa, Raccomandazione CM/Rec (2014)7 e Memorandum esplicativo, 2014, p. 15.

socioassistenziali pubbliche, ma anche a tutelare i suddetti diritti dagli abusi di soggetti privati, come le strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali private; hanno, inoltre, l'obbligo di proteggere gli/le informatori/trici (*whistleblowers*) dalle ritorsioni alle quali possono essere soggetti/e per aver denunciato irregolarità, nonché di mettere in moto i meccanismi necessari per consentire loro di rivelare le proprie informazioni in sicurezza e senza timore di rappresaglie³⁰.

In Italia, i sindacati possono denunciare a un/a giudice civile, o “pretore”, qualsiasi condotta antisindacale tenuta da un datore di lavoro. I/le giudici possono pronunciare decreti tramite i quali ordinano ai datori di lavoro di porre fine a specifiche condotte antisindacali, fino a emanazione della sentenza³¹. Una legge entrata in vigore nel 2017, inoltre, tutela i/le dipendenti che denunciano irregolarità sia nel settore privato che in quello pubblico³². In particolare, la legge vieta di mettere in atto contro i/le dipendenti rappresaglie, quali misure disciplinari, sospensioni o licenziamenti, in ragione della loro decisione di denunciare delle irregolarità. Tuttavia, vi sono alcune differenze tra le procedure e le tutele presenti nel settore pubblico e quelle del settore privato. Nel settore pubblico, la ricezione delle segnalazioni è responsabilità di un ente indipendente centralizzato, l'Autorità nazionale anticorruzione. Quest'ultima ha creato un sistema informatico tramite il quale riceve le segnalazioni sulle irregolarità avvenute nel settore pubblico e può riferire le denunce alle autorità competenti, ivi comprese quelle giudiziarie. I dati disponibili mostrano che il numero di segnalazioni inviate all'attenzione dell'Autorità nazionale anticorruzione è aumentato da quando è entrata in vigore la nuova legge del 2017. Un numero significativo dei casi di irregolarità denunciati riguarda il settore della sanità pubblica: nel 2018, ad esempio, il 14,8 per cento delle segnalazioni totali riguardava la sanità³³.

Non esiste, invece, un'analoga procedura nel settore privato, dove sono le singole imprese ad avere facoltà di istituire sistemi interni di segnalazione³⁴. Secondo la legge, queste procedure possono essere integrate in preesistenti modelli organizzativi per la prevenzione di reati; tuttavia, sono sempre le imprese a decidere se adottare o meno tali modelli organizzativi³⁵. Queste differenze procedurali tra il settore pubblico e il privato sono determinanti, se si considera che il 73 per cento delle strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali in Italia è privato³⁶. La possibilità che gli/le operatori/trici sanitari/e e sociosanitari/e delle strutture private abbiano avuto accesso a procedure adeguate a denunciare irregolarità durante la pandemia è oggetto di forti dubbi.

Entro dicembre 2021, l'Italia dovrà recepire la direttiva dell'Unione europea sulla protezione dei/le *whistleblowers*, la quale prevede che le società pubbliche e private istituiscano procedure interne adeguate per ricevere e dare seguito alle segnalazioni di irregolarità. Tutte le imprese dai 50 dipendenti in su saranno soggette all'obbligo di stabilire canali interni di segnalazione, indipendentemente dalla natura dell'attività. La direttiva Ue estende anche la protezione a una vasta gamma di soggetti, tra cui consulenti, fornitori/trici, tirocinanti e volontari/e³⁷.

Amnesty International richiede al parlamento italiano di perfezionare l'attuale quadro giuridico sulla protezione degli/le informatori/trici, assicurandosi che tutti i datori di lavoro istituiscano dei sistemi per consentire ai/alle lavoratori/trici di segnalare i rischi per la salute e la sicurezza e che i meccanismi di segnalazione per *whistleblowers* in entrambi i settori pubblico e privato diano forti garanzie di riservatezza e di indipendenza. Tutti i datori di lavoro dovrebbero favorire un ambiente sicuro che incoraggi a segnalare apertamente le irregolarità, nel rispetto del diritto alla libertà d'espressione e del diritto di accesso alle informazioni.

Inoltre, come si articolerà in dettaglio nelle sezioni successive di questo rapporto, Amnesty International chiede alle autorità italiane di rispondere con urgenza all'allarme lanciato da lavoratori/trici e sindacati circa salute, sicurezza e condizioni di lavoro eque e dignitose, istituendo una commissione d'inchiesta indipendente per indagare in materia.

³⁰ “Rapporto del relatore speciale sulla promozione del diritto alla libertà d'opinione e d'espressione”, A/70/361.

³¹ Art. 28 dello Statuto dei Lavoratori, <https://www.altalex.com/documents/news/2018/02/04/disposizioni-varie-e-generalisti-stato-dei-lavoratori#titolo4>

³² Legge 179 del 30 novembre 2017, <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/12/14/17G00193/sg>

³³ “Quarto rapporto annuale sul whistleblowing”, Anac, https://www.anticorruzione.it/-/presentazione-del-4%C2%BD-rapporto-annuale-sul-whistleblowing?p_p_id=com_liferay_journal_web_portlet_JournalPortlet

³⁴ Art. 2 della legge 179 del 30 novembre 2017, cit., e art. 6.2 bis, ter e quater del d. lgs. 231/2001:

<https://www.altalex.com/documents/codici-altalex/2014/04/09/responsabilita-amministrativa-delle-societa-e-degli-enti-dlgs-231#3030>

³⁵ Art. 6.1 del d.lgs. 231/2000, ivi.

³⁶ Dati aggiornati al 31 agosto 2020, forniti da Liuc business school, disponibili su: <https://www.corriere.it/dataroom-milena-gabanelli/rsa-covid-perche-case-riposo-sono-diventate-focolai-virus/c79559d4-1c5c-11eb-a718-cfe9e36fab58-va.shtml>

³⁷ Direttiva Ue 2019/1937, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32019L1937&from=RO>

2. L'ALLARME LANCIATO DA LAVORATORI/TRICI E SINDACATI RIGUARDO AL PERSONALE DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI SOCIOSANITARIE E SOCIOASSISTENZIALI

“Il ruolo cruciale degli operatori sanitari e sociosanitari nelle case di riposo non è socialmente e politicamente valorizzato. Sempre più donne e persone migranti lavorano in questo settore in condizioni molto precarie. Gli stipendi sono molto bassi in tutto il settore sociosanitario e socioassistenziale, nonostante l'alta utilità sociale del lavoro di cura.”

Un rappresentante del sindacato Nidil-Cgil³⁸

I problemi di salute, sicurezza e condizioni di lavoro inique sollevati da lavoratori/trici e sindacati durante la pandemia riflettono problemi che affliggono da tempo il personale delle strutture residenziali sociosanitarie e

³⁸ Intervista telefonica a un rappresentante del segretariato nazionale della Nidil-Cgil, 14 aprile 2021.

socioassistenziali e che erano stati sollevati già prima dello scoppio della pandemia, ma che risultano essersi aggravati a causa del COVID-19. Nonostante sindacati e lavoratori/trici durante la pandemia abbiano più volte dato l'allarme, non sono stati/e ascoltati/e dalle autorità.

2.1 LE CRITICITÀ STRUTTURALI CHE GRAVANO SUL PERSONALE DEL SETTORE SOCIO SANITARIO E SOCIOASSISTENZIALE IN ITALIA

Il settore socio sanitario e socio assistenziale è altamente femminilizzato: circa l'85 per cento delle persone che lavorano nel settore in Italia sono donne³⁹ e il 12 per cento hanno un background migratorio⁴⁰. Molti/e di questi lavoratori/trici sono precari/e: lavorano part-time, con contratti a tempo determinato e/o contratti in esterni e/o somministrati ad agenzie. Gli stipendi nel settore socio sanitario e socio assistenziale, del quale fanno parte le strutture residenziali per persone anziane, sono sensibilmente più bassi rispetto a quelli del settore sanitario pubblico: se il compenso orario medio negli ospedali pubblici è di circa 15 €, nel settore socio sanitario e socio assistenziale scende a circa 11 €⁴¹.

CARENZE DI ORGANICO

Secondo l'Ocse, in Italia ci sono circa due operatori/trici socio sanitari/e ogni 100 persone maggiori di 65 anni: una delle percentuali più basse dell'area Ocse, in cui la media è di cinque operatori/trici ogni 100 persone con più di 65 anni⁴². Per quanto il numero di operatori/trici sanitari/e e socio sanitari/e in Italia sia leggermente aumentato tra il 2009 e il 2019, passando da 22 a 23 operatori/trici ogni 1000 abitanti, rimane comunque molto più basso della media europea, che era 32 ogni 1000 nel 2019⁴³. La carenza di personale nel settore socio sanitario e socio assistenziale in Italia è destinata solo ad aggravarsi: la popolazione italiana, infatti, attualmente la più anziana d'Europa, continuerà a invecchiare a ritmo rapido e le stime prevedono che nel 2050 più del 45 per cento della popolazione avrà almeno 55 anni. È la previsione con l'età più alta di tutta l'Europa⁴⁴.

L'OUTSOURCING: L'ESTERNALIZZAZIONE DEI CONTRATTI

La maggior parte delle 7372 strutture residenziali socio sanitarie e socio assistenziali in Italia hanno proprietà e gestione privata; quasi il 25 per cento è di proprietà di aziende private, il 48 per cento è di fondazioni private senza scopo di lucro, mentre il 26,7 per cento appartiene ad autorità pubbliche (comuni o altri enti pubblici come le cosiddette "aziende pubbliche servizi alla persona"⁴⁵). Tali strutture fanno largo uso di collaboratori esterni che sono sotto contratto con cooperative, di lavoratori/trici con contratti somministrati dalle agenzie interinali e di liberi/e professionisti/e, o partite iva: l'impiego di queste tre categorie di lavoratori/trici in outsourcing è una strategia molto diffusa per supplire alle carenze di organico nel settore socio sanitario e socio assistenziale.

Secondo i dati raccolti dal Centro di ricerche sulla gestione dell'assistenza sanitaria e sociale (Cergas), il 75 per cento del personale delle strutture socio sanitarie e socio assistenziali censito nel 2016 era composto da collaboratori/trici in *outsourcing* con cooperative, lavoratori/trici somministrati/e o liberi/e professionisti/e⁴⁶. Secondo la Cgil, i/e lavoratori/trici con contratti esterni presso cooperative, nel settore socio sanitario e socio assistenziale, potrebbero ammontare a 380.000⁴⁷. L'uso sempre crescente di contratti esterni, contratti di somministrazione e partite iva si colloca nel quadro della privatizzazione delle strutture residenziali socio sanitarie e socio assistenziali avvenuta negli ultimi 20 anni⁴⁸.

CONDIZIONI DI LAVORO

Le condizioni di lavoro del personale sanitario e socio sanitario nel settore dell'assistenza a lungo termine appaiono peggiori di quelle di professioni simili nella sanità pubblica: ad esempio, se la retribuzione media

³⁹ "Who Cares?", Ocse, cit., p. 44.

⁴⁰ "Long-term care workforce. Employment and working conditions", Eurofound, p. 11, <https://www.eurofound.europa.eu/publications/customised-report/2020/long-term-care-workforce-employment-and-working-conditions>

⁴¹ "Who Cares?", Ocse, cit., p. 21.

⁴² "Who Cares?", Ocse, ivi, p.37.

⁴³ Dati Eurostat riportati da: <https://www.lavoce.info/archives/69562/troppo-pochi-lavoratori-nel-welfare-italiano/>

⁴⁴ "Ageing Europe: statistics on population development", Eurostat, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Ageing_Europe_-_statistics_on_population_developments#Older_people_.E2.80.94_population_overview

⁴⁵ Dati forniti dalla Liuc Business School, cit.

⁴⁶ Intervista a una ricercatrice di CERGAS condotta online, il 6 aprile 2021.

⁴⁷ Intervista telefonica a tre rappresentanti della funzione pubblica del segretariato nazionale della Cgil, 5 maggio 2021.

⁴⁸ Liuc Business School, cit.

lorda di un/a infermiere/a a tempo pieno nella sanità pubblica è di circa 1600 €, quello di un/a infermiere/a in una casa di cura privata è intorno ai 1200/1300 €⁴⁹.

Mentre i compensi e le condizioni di lavoro del personale nel settore sanitario sono regolati da un unico contratto collettivo nazionale, nel settore sociosanitario e socioassistenziale vi sono attualmente decine di contratti collettivi firmati da una molteplicità di organizzazioni e sindacati che rappresentano lavoratori/trici e datori di lavoro⁵⁰. Nel settore sociosanitario e socioassistenziale, inoltre, vi sono differenze tra i/le lavoratori/trici con contratti diretti presso le strutture e quelli/e con contratti in *outsourcing* presso le cooperative, ad esempio circa gli orari di lavoro e i periodi di riposo.

In generale, le condizioni di lavoro appaiono meno favorevoli per i/le lavoratori/trici in *outsourcing*. In base a uno dei contratti collettivi più applicati per i/le lavoratori/trici dipendenti, ad esempio, il massimo del monte orario è di 38 ore a settimana, calcolato come media annuale: ovvero, se una settimana dovessero lavorare più di 38 ore, in un'altra dovranno lavorare di meno; in ogni caso, non possono lavorare più di 38 ore per più di sei settimane di seguito e hanno diritto a un minimo di 11 ore di riposo al giorno e a un giorno di riposo a settimana⁵¹. In base a uno dei contratti collettivi più applicati dalle cooperative per i/le lavoratori/trici esterni/e, invece, il monte orario medio è sempre di 38 ore, ma possono essere richieste 10 ore di straordinari a settimana, che i/le lavoratori/trici recupereranno sotto forma di periodi di riposo compensativi entro sei mesi; inoltre, le ore di riposo giornaliere alle quali hanno diritto sono di solito 11, ma in alcuni casi possono essere ridotte a otto⁵².

Le strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali godono di un ampio margine di discrezionalità nella scelta dei rapporti contrattuali da applicare col personale: possono assumerlo direttamente, ricorrere a collaboratori/trici esterni/e tramite cooperative, rivolgersi ad agenzie di somministrazione⁵³ e/o pagare i servizi di liberi/e professionisti/e, come infermieri/e e fisioterapisti/e.

UN SETTORE ALTAMENTE FEMMINILIZZATO E SOTTOVALUTATO

Quello dell'assistenza è un settore altamente femminilizzato; circa l'85 per cento del personale nel settore dell'assistenza a lungo termine (Ltc), che comprende le strutture sociosanitarie residenziali per persone anziane, in Italia sono donne⁵⁴. Anche il settore sanitario in Italia è femminilizzato, anche se in misura minore rispetto al settore Ltc; nel 2017, il 66,8 per cento del personale del settore sanitario era costituito da donne⁵⁵.

Il tasso di morbilità da COVID-19 è generalmente molto più alto tra le lavoratrici che non tra i lavoratori proprio perché i settori professionali più colpiti dalla pandemia sono a forte presenza femminile: in Italia, ad esempio, il 68,7 per cento del personale che ha contratto il COVID-19 sul posto di lavoro sono donne. Tre quarti del personale infermieristico e tecnico e più dell'80 per cento del personale sociosanitario e socioassistenziale che ha contratto il COVID-19 sul posto di lavoro è composto da donne⁵⁶.

I salari nel settore sociosanitario sono molto più bassi di quelli del settore sanitario in Italia, anche a parità di lavoro o per un lavoro di valore simile. Ad esempio, mentre il salario medio lordo mensile di un/a infermiere/a a tempo pieno nel settore sanitario è di circa 1600 €, il salario di un/a infermiere/a che lavora in una struttura sociosanitaria residenziale privata è di circa 1200/1300 €⁵⁷. L'Ocse stima che mentre il salario orario medio di operatori/trici sanitari/e nel settore Ltc (nella regione Ocse) è di 9 €, il salario orario medio degli/le operatori/trici ospedalieri/e nelle stesse occupazioni è di 14 €⁵⁸.

⁴⁹ Liuc Business School, ibidem.

⁵⁰ Sebbene manchino dati ufficiali sui diversi tipi di contratti collettivi applicabili nel settore sociosanitario e socioassistenziale in Italia, la Cgil stima che siano almeno 42. Intervista telefonica a tre rappresentanti della funzione pubblica della Cgil, cit.

⁵¹ Contratto collettivo di Uneba, artt. 50-51, https://fp.cisl.it/wp-content/uploads/2020/02/UNEBA_CCNL.pdf. Uneba (*Nazionale Istituzioni e Iniziative di Assistenza Sociale*) è un'organizzazione che rappresenta più di 900 strutture sociosanitarie e socioassistenziali private non a scopo di lucro in Italia. Il contratto collettivo di Uneba si applica al personale sanitario e sociosanitario dipendente direttamente dalle strutture che sono iscritte a Uneba.

⁵² Contratto di lavoro collettivo delle cooperative sociali, artt. 51-52, <https://www.ccnlcooperative.it/>

⁵³ La legge 96/2008 ha introdotto alcune limitazioni rispetto al numero di lavoratori/trici somministrati/e sul numero totale del personale. La quota di lavoratori/trici somministrati/e non può superare il 30 per cento del personale a tempo indeterminato, laddove non diversamente regolato dal contratto collettivo applicabile. Ulteriori informazioni disponibili su: <https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/rapporti-di-lavoro-e-relazioni-industriali/focus-on/Disciplina-rapporto-lavoro/Pagine/Contratto-di-somministrazione.aspx>

⁵⁴ "Who Cares?", Ocse, cit., p.44, disponibile su: www.oecd-ilibrary.org/sites/92c0ef68-en/1/3/2/index.html?itemId=/content/publication/92c0ef68-en&csp=50980b2bb9059e51e350f213ee338dac&itemIGO=oecd&itemContentType=book

⁵⁵ Ministero della Salute, Personale delle Asl e degli istituti di ricovero pubblici ed equiparati, 2017, p. 3, disponibile su:

https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2870_allegato.pdf

⁵⁶ "Scheda nazionale infortuni sul lavoro da COVID-19", INAIL, cit.

⁵⁷ LIUC business school

⁵⁸ "Who Cares?", Ocse, cit., p.

Nel 2019, il divario retributivo di genere (*gender pay gap*) in Italia in tutti i settori lavorativi ammontava al 4,7 per cento⁵⁹. Le donne sono pagate meno degli uomini perché, tra gli altri fattori, sono più rappresentate nei settori meno pagati come l'istruzione e il lavoro di assistenza. Altri fattori che contribuiscono al divario retributivo di genere includono il fatto che le donne tendono a trascorrere meno ore nel lavoro retribuito rispetto agli uomini e più ore nel lavoro non retribuito a casa e il *glass-ceiling*, che si riferisce al fatto che le donne hanno meno probabilità degli uomini di occupare posizioni più retribuite al vertice delle gerarchie⁶⁰. Per esempio, nel settore sanitario, le donne sono in media meno pagate degli uomini perché hanno più probabilità di essere impiegate nelle professioni meno retribuite e più femminilizzate del settore, come l'infermieristica e l'ostetricia, piuttosto che lavorare come mediche, e hanno meno probabilità di occupare specializzazioni altamente pagate come la chirurgia⁶¹. Nell'Unione europea, le donne sono in media retribuite il 20 per cento in meno degli uomini nel settore sanitario⁶².

Nel 2017, il Comitato Cedaw delle Nazioni Unite ha espresso preoccupazione riguardo alla segregazione professionale delle donne in Italia e alla loro sovra-rappresentazione nelle professioni part-time e sottopagate⁶³. Il Comitato ha invitato l'Italia a intraprendere misure per eliminare il divario retributivo di genere e per aumentare l'accesso delle donne all'impiego a tempo pieno⁶⁴.

Non sono disponibili dati sul divario retributivo di genere tra uomini e donne nel settore Ltc in Italia. Tuttavia, l'elevata femminilizzazione del lavoro assistenziale in Italia, combinata con le basse retribuzioni del settore, può contribuire alla segregazione occupazionale e al divario retributivo di genere. Secondo il Comitato delle Nazioni Unite per i diritti economici, sociali e culturali, gli Stati dovrebbero garantire la parità di retribuzione per un lavoro di pari valore senza distinzione di alcun tipo⁶⁵. Il Comitato sottolinea che "la retribuzione stabilita attraverso i contratti collettivi dovrebbe mirare all'uguaglianza per lavori di pari valore. Gli Stati membri dovrebbero adottare leggi e altre misure per promuovere la parità di retribuzione per il lavoro di pari valore, anche nella sfera privata⁶⁶".

Il Gruppo di lavoro delle Nazioni Unite sulla discriminazione contro le donne e le ragazze, un gruppo di esperti/e incaricato di analizzare e fornire una guida interpretativa sugli obblighi degli stati di rispettare, proteggere e realizzare i diritti umani delle donne, ha evidenziato la necessità che il lavoro di assistenza retribuito inizi ad essere adeguatamente valutato sia economicamente che socialmente, assicurando retribuzioni e condizioni di lavoro decenti. Questi possono essere raggiunti attraverso una serie di misure, tra cui una legislazione che garantisca un salario minimo e parità di retribuzione per uno stesso lavoro o per un lavoro di pari valore e affrontando la segregazione occupazionale delle donne. Gli Stati devono introdurre quadri normativi che obblighino "i datori di lavoro a comunicare la composizione di genere delle loro imprese o organizzazioni in quanto a professione, divario salariale di genere e rappresentazione delle donne nella *leadership*⁶⁷".

Amnesty International chiede al governo italiano di attuare le raccomandazioni formulate dagli organismi di controllo dei trattati delle Nazioni Unite su questo tema e di mettere in atto misure per affrontare la segregazione occupazionale e il persistente divario salariale di genere sia nel settore pubblico che in quello privato..

⁵⁹ Il divario salariale di genere è definito come differenza tra la retribuzione oraria lorda dei dipendenti maschi e femmine in percentuale rispetto alla retribuzione lorda maschile. Eurostat, Statistiche sul divario retributivo di genere, disponibile all'indirizzo: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Gender_pay_gap_statistics

⁶⁰ European Commission, The gender pay gap situation in the EU, disponibile su: https://ec.europa.eu/info/policies/justice-and-fundamental-rights/gender-equality/equal-pay/gender-pay-gap-situation-eu_en

⁶¹ Oecd, Women are well-represented in health and long-term care professions, but often in jobs with poor working conditions, disponibile su: <https://www.oecd.org/gender/data/women-are-well-represented-in-health-and-long-term-care-professions-but-often-in-jobs-with-poor-working-conditions.htm>

⁶² World Health Organizations, Delivered by women, led by men. A gender and equity analysis of the global health and social workforce, 2019, p. 31, available at: https://www.who.int/docs/default-source/nursing/delivered-by-women-led-by-men.pdf?sfvrsn=94be9959_2.

⁶³ Cedaw, Osservazioni conclusive sull'Italia, paragrafo 37, disponibile su: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW/C/ITA/CO/7&Lang=En

⁶⁴ Ivi, paragrafo 38.

⁶⁵ UN Cescr, Commento Generale 23 (2016), para. 11.

⁶⁶ UN Cescr, Commento Generale 23 (2016), para. 15.

⁶⁷ Rapporto del gruppo di lavoro delle Nazioni Unite sulla discriminazione contro le donne e le ragazze, "Women's human rights in the changing world of work", A/HRC/44/51, 16 April 2020, para. 44 and 49, disponibile su: <https://undocs.org/A/HRC/44/51>

2.2 L'ALLARME DI LAVORATORI/TRICI CIRCA SALUTE, SICUREZZA E CONDIZIONI DI LAVORO DURANTE LA PANDEMIA

“Ero un jolly, una tappabuchi. Se ne avevano bisogno, mi chiamavano per qualsiasi turno durante il giorno o la notte. Durante la pandemia, ho spesso fatto doppi turni per diversi giorni di seguito [...]. Non avevo turni fissi, mi chiamavano ogni volta che mancava del personale.”

“Jyoti”, operatrice sociosanitaria presso una struttura privata in Lombardia⁶⁸

SALUTE E SICUREZZA

Il personale delle strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali non ha avuto accesso a test del COVID-19 e a dispositivi di protezione individuale almeno fino ad aprile 2020, come già documentato da Amnesty International⁶⁹. Questo, sommato all'assenza di protocolli di salute e sicurezza efficaci durante la pandemia e alle carenze di organico, ha esposto i/le lavoratori/trici del settore ad un alto tasso di morbilità (v. introduzione).

Le carenze di organico strutturali del settore sociosanitario si sono aggravate durante la pandemia. In un sondaggio condotto dall'Istituto superiore di sanità, più di un terzo delle strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali ha indicato la carenza di organico come uno dei problemi principali che ha dovuto affrontare durante i primi mesi della pandemia⁷⁰.

A marzo 2020, il governo italiano ha lanciato una serie di assunzioni straordinarie di operatori/trici sanitari/e negli ospedali pubblici per far fronte al numero crescente di pazienti affetti da COVID-19 che necessitavano di cure ospedaliere⁷¹. Sebbene non siano disponibili dati ufficiali, i sindacati hanno sottolineato che migliaia di medici/he, infermieri/e e operatori/trici sociosanitari/e che lavoravano in strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali per persone anziane sono stati assunti/e, a tempo determinato o indeterminato, dagli ospedali pubblici. Un rappresentante della Cisl ha spiegato ad Amnesty International:

Molti operatori sanitari e sociosanitari hanno deciso di lavorare negli ospedali pubblici, anche con contratti a tempo determinato, perché le retribuzioni sono spesso più convenienti. I salari sono 20 o 30 per cento più alti (che nel settore sociosanitario). Non è solo una questione economica, ma anche di prestigio sociale (...). In più, i turni nelle case di riposo sono estenuanti e c'è molta più pressione per le regole sui minutaggi da dedicare agli ospiti⁷².

Questa campagna di assunzioni straordinarie nella sanità pubblica, tuttavia, non è stata accompagnata da misure complementari che assicurassero il mantenimento di un organico sufficiente nelle strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali, nonostante i numeri già bassi di personale impiegato in questo settore e nonostante la presenza di persone particolarmente a rischio in caso di contagio da COVID-19 e particolarmente bisognose di cure, nonché aventi diritto alle stesse. Un membro della Cisl in Lombardia ha dichiarato che “il problema principale ha riguardato gli infermieri, che sono stati massivamente assunti dal settore sanitario pubblico, lasciando le case di cura prosciugate e costrette a contare su pochi infermieri per garantire servizi molto basici con turni di lavoro insopportabili⁷³”. In alcuni casi, le autorità hanno adottato politiche che consentivano alle strutture di assumere operatori/trici sociosanitari/e che non avevano ancora

⁶⁸ Intervista telefonica a “Jyoti” (nome modificato per motivi di sicurezza), 12 aprile 2021.

⁶⁹ “Abbandonati”, Amnesty International, cit., pp. 62-73.

⁷⁰ “Survey Nazionale sul contagio COVID-19 nelle strutture residenziali e socio-sanitarie”, Istituto superiore di sanità, 5 maggio 2020, p. 19, <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/sars-cov-2-survey-rsa-rapporto-finale.pdf>

⁷¹ Decreto-legge 9 marzo 2020,

<https://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioNotizieNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&id=4188>

⁷² Intervista telefonica a un rappresentante della Cisl, 16 marzo 2021. L'assistenza prestata dagli/dalle operatori/trici sanitari/e e sociosanitari/e nelle strutture residenziali per persone anziane si basa su standard nazionali (*Livelli Essenziali di Assistenza* “LEA”) e criteri organizzativi regolati da leggi regionali, che includono la media di minuti settimanali che il personale deve dedicare alla cura degli ospiti anziani. La maggior parte degli/delle intervistati/e tra lavoratori/trici e sindacalisti/e ritiene che il minutaggio previsto sia insufficiente a garantire l'assistenza e le cure necessarie agli ospiti delle strutture.

⁷³ Intervista telefonica a un delegato Cisl in Lombardia, 16 marzo 2021.

terminato il percorso di formazione o personale meno qualificato⁷⁴. Un rappresentante regionale di Usb ha sostenuto che “in alcuni casi, queste politiche hanno abbassato la qualità dell’assistenza fornita agli anziani e aumentato il carico di lavoro degli operatori sanitari e socioassistenziali più esperti, che dovevano fornire supervisione al personale appena assunto⁷⁵”.

Le carenze di organico hanno significato anche che gli/le operatori/trici sanitari/e e socioassistenziali/e, in particolare quelli/e esterni/e, quelli/e somministrati/e o quelli/e con partita iva, hanno spesso dovuto lavorare sia nei reparti COVID-19 che ospitavano o persone anziane che avevano contratto il COVID-19 lì o che vi erano state trasferite dagli ospedali dove erano stati in cura per il COVID-19, sia in reparti che ospitavano persone anziane che invece non avevano (ancora) contratto il virus. “**Elisabetta**”, un’operatrice socioassistenziale assunta direttamente da una struttura privata in Lombardia, ha raccontato ad Amnesty International:

Lavoratori di cooperative e liberi professionisti vengono considerati “tappabuchi”. Il personale dipendente lavorava fisso su un piano, mentre quelli della cooperativa giravano sui piani in base alla necessità per coprire la malattia o le ferie dei dipendenti. Con il COVID gli spostamenti sono diventati molto più frequenti perché eravamo in grossa difficoltà e in carenza di operatori tra malattie e infortuni COVID. Il personale sotto cooperativa di solito girava molto, con turni in varie strutture, a meno che la cooperativa non avesse un unico appalto in una grande struttura⁷⁶.

La salute e la sicurezza sul lavoro sono un elemento basilare del diritto alla salute, come sottolineato dal Comitato ONU sui diritti economici, sociali e culturali⁷⁷. Il diritto a condizioni di lavoro sane e sicure implica che ci debbano essere politiche interne atte a ridurre le cause di rischio nell’ambiente di lavoro⁷⁸. Le autorità dovrebbero implementare politiche atte a migliorare in maniera continuativa la salute e la sicurezza sul lavoro, compresi meccanismi che garantiscano il rispetto delle norme, come le ispezioni di controllo, di concerto con le organizzazioni dei datori di lavoro e dei/delle lavoratori/trici⁷⁹. Una commissione indipendente d’inchiesta dovrebbe valutare l’efficacia del quadro nazionale della salute e della sicurezza sul lavoro durante la pandemia, ivi compreso il settore socioassistenziale e socioassistenziale, in vista della stesura di piani di preparazione per future crisi sanitarie, come previsto dal quadro strategico dell’Ue in materia di salute e la sicurezza sul luogo di lavoro 2021-2027⁸⁰.

TURNI DI LAVORO ESTENUANTI E SENZA ADEGUATI RIPOSI

Tutti/e gli/le operatori/trici sanitari/ e socioassistenziali/e con cui hanno parlato i ricercatori di Amnesty International hanno evidenziato che le carenze di personale nelle strutture residenziali socioassistenziali e socioassistenziali, aggravate dalle assunzioni straordinarie nella sanità pubblica e dall’alto numero di lavoratori/trici in congedo per malattia proprio a causa del COVID-19, hanno avuto come risultato orari di lavoro prolungati e turni di notte per più giornate di seguito senza adeguati periodi di riposo.

“**Giacomo**”, un infermiere libero professionista che ha lavorato per diverse strutture socioassistenziali e socioassistenziali in Veneto, ha spiegato ad Amnesty International:

Già prima del COVID c’era un’enorme carenza di personale ed eravamo costretti a fare dei turni esagerati. A volte facevi la notte, dormivi qualche ora e poi tornavi a lavorare senza il dovuto riposo. Durante l’emergenza varie persone dello staff hanno lasciato, in particolare i volontari che avevano paura di infettarsi e non avevano copertura assicurativa. Quindi ci siamo ritrovati a coprire molti più turni e con pochissimo staff. A volte lavoravo anche 16 ore al giorno, oppure facevo il turno di notte e poi lavoravo di nuovo il giorno dopo senza riposo, o facevo tre o quattro notti consecutive, che è anche illegale. È stato veramente stressante e stancante. Anche i turni venivano riadattati quotidianamente e non c’era modo per negoziare o pianificare la tua vita personale⁸¹.

“**Jyoti**”, un’operatrice socioassistenziale assunta da una cooperativa, che lavorava in una struttura privata in Lombardia, ha detto ad Amnesty International:

Ero un jolly, una tappabuchi. Se ne avevano bisogno, mi chiamavano per qualsiasi turno durante il giorno o la notte. Durante la pandemia, ho spesso fatto doppi turni per diversi giorni di seguito. Per esempio, ho lavorato dalle 6.30 alle 13.30 e poi di nuovo dalle 17 alle 20. Non avevo turni fissi, mi

⁷⁴ Le autorità sanitarie regionali dell’Emilia Romagna hanno adottato un approccio di questo tipo quando, il 20 marzo 2020, hanno pubblicato le linee guida per le strutture residenziali per persone anziane e con disabilità che avevano bisogno di ricoprire i posti vacanti: https://www.ctss.bo.it/Engine/RAServeFile.php?documenti/all_1_RER_Nota_indicazioni_CRA.pdf

⁷⁵ Intervista telefonica a un delegato Usb di Parma, Emilia-Romagna, 14 settembre 2021.

⁷⁶ Intervista telefonica a “Elisabetta” (nome modificato per motivi di sicurezza), 20 aprile 2021.

⁷⁷ Commento generale n. 14 sul diritto alla salute, par. 4, <https://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf>

⁷⁸ OIL, Convenzione n. 155 sulla salute e la sicurezza dei lavoratori, art. 4

⁷⁹ OIL, Quadro promozionale per la salute e la sicurezza sul lavoro, N. 187; Carta sociale europea (riveduta), art. 3. L’Italia non ha ratificato la convenzione n. 187 dell’OIL, mentre ha ratificato la Carta sociale europea (riveduta).

⁸⁰ Comunicazione (2021) 323, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52021DC0323&from=EN>

⁸¹ Intervista telefonica a “Giacomo” (nome modificato per motivi di sicurezza), 28 aprile 2021.

chiamavano ogni volta che mancava del personale, anche nei fine settimana, nei giorni festivi e così via. Ho dovuto lavorare su diversi piani, anche nei reparti per gli anziani che avevano il COVID⁸².

Tutti/e i/le 34 operatori/trici sanitari/e e sociosanitari/e con cui hanno parlato i ricercatori di Amnesty International hanno raccontato che i loro turni di lavoro erano diventati più lunghi, più faticosi e più stressanti durante la pandemia. In più, hanno spesso dovuto svolgere più mansioni di quelle indicate nei loro contratti. “Annunziata”, un'operatrice sociosanitaria assunta direttamente presso una struttura di Bologna, ha detto ad Amnesty International:

Anche prima della pandemia, avevamo un solo Oss ogni 20 ospiti ed era impegnativo perché avevamo sette minuti al massimo da dedicare ad ogni ospite. Sembrava già una catena di montaggio, era pesante fisicamente e psicologicamente. C'era un continuo ricambio di operatori sanitari anche prima. Durante la pandemia, abbiamo visto una pesante carenza di personale dopo che molti operatori si sono infettati, aggravata dall'assenza delle famiglie dopo che le visite esterne sono state vietate e dall'assunzione di operatori nel settore sanitario. Siamo rimasti con tre lavoratori invece di 10, con turni estenuanti⁸³.

A settembre 2021, un delegato sindacale di Milano ha sottolineato come le carenze di personale fossero molto gravi ancora in quel momento in diverse strutture a livello nazionale, in particolare per quanto riguardava gli/le infermieri/e. In un'intervista, ha dichiarato:

A causa della mancanza di infermieri, i turni vengono sistematicamente coperti da straordinari o da staff spostato da altri reparti. Molti operatori sanitari e sociosanitari sono obbligati a fare doppi turni e lavorare anche fino a 17 giorni continuativi senza il dovuto riposo. Inoltre, in molti casi, le dirigenze delle case di riposo non applicano il Documento di valutazione dei rischi che è obbligatorio per legge. Tanti infermieri stanno andando in burn-out e si stanno dimettendo⁸⁴.

“Annalisa” ha condiviso con i ricercatori di Amnesty International l'impatto della pandemia sulla propria vita:

Per noi era come stare in guerra, non combatti perché il tuo capo ti dice di combattere, ma perché il soldato che hai vicino ha bisogno che tu sia lì. Adesso ho gli incubi con episodi di guerra. Questo l'ho sentito dire da molti, penso sia disturbo da stress post-traumatico quello che stiamo vivendo. Sul momento ho resistito perché avevo paura che, se crollavo io, sarebbe crollato tutto. È stato difficile farsi seguire da una psicologa. Io sono un'appassionata di film horror e di tutto il genere, e ho anche ottima cultura in materia, ma hanno rovinato la passione per i miei film preferiti, i film si sono avvicinati alla realtà⁸⁵.

Considerati questi problemi sollevati dai/dalle lavoratori/trici e dai sindacati, Amnesty International fa appello alla creazione di una commissione indipendente d'inchiesta anche per indagare le questioni legate al diritto a condizioni di lavoro eque e dignitose⁸⁶, specie in ragione della grande frammentazione della contrattazione collettiva (v. cap. 1) nel settore sociosanitario e socioassistenziale in Italia e dell'ampio uso di contratti esterni e di liberi professionisti.

⁸² Intervista telefonica a “Jyoti” (nome modificato per motivi di sicurezza), 12 aprile 2021.

⁸³ Intervista telefonica ad “Annunziata” (nome modificato per motivi di sicurezza), 12 aprile 2021.

⁸⁴ Intervista telefonica a un delegato sindacale di Milano, 14 settembre 2021.

⁸⁵ Intervista telefonica ad “Annalisa” (nome modificato per motivi di sicurezza), 31 marzo 2021.

⁸⁶ Cidesc, art. 7. Secondo il Comitato Onu sui diritti economici, sociali e culturali (Cdesc) il diritto a condizioni di lavoro eque e dignitose (art. 7 della Convenzione) include pause, riposo, limitazioni ragionevoli all'orario di lavoro e ferie pagate periodiche (art. 7d), che costituiscono un prerequisito per prevenire stress da lavoro, infortuni e malattie, garantendo di conseguenza il diritto alla salute (art. 12). Cdesc, Commento generale 23 (2016) sul diritto a condizioni di lavoro eque e dignitose, par. 34.

3. ISPEZIONI E CONTROLLO

Tra il 2017 e il 2020, il numero totale di ispezioni del lavoro eseguite è diminuito dell'80 per cento (da 180.464 ispezioni nel 2017 a 103.857 nel 2020⁸⁷).

Le ispezioni del lavoro giocano un ruolo cruciale nel garantire il rispetto della legislazione sul lavoro e nel favorire condizioni di lavoro eque e dignitose. Ciò nonostante, la capacità dell'Ispettorato nazionale del lavoro di effettuare ispezioni si è ridotta in maniera allarmante negli ultimi anni.

In Italia l'Ispettorato nazionale del lavoro, ente facente capo al ministero del Lavoro e delle politiche sociali, è incaricato di controllare l'effettiva osservanza di un'ampia gamma di leggi e regolamenti in materia di rapporti di lavoro, sicurezza sociale e salute e sicurezza sul luogo di lavoro⁸⁸. Controllare il rispetto della legislazione e normativa laburistica è sua prerogativa esclusiva, mentre nell'ambito della salute e della sicurezza sul lavoro condivide le funzioni dei meccanismi territoriali dei Dipartimenti prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro, facenti capo alle aziende sanitarie locali (Asl⁸⁹).

In molti casi, ispezioni e controlli effettuati dall'Ispettorato hanno individuato mancate applicazioni delle leggi sul lavoro: nel 2020, ad esempio, l'Ispettorato ha trovato inadempienze nel 66 per cento delle ispezioni riguardanti l'ambito dei rapporti di lavoro e pratiche irregolari presso il 78 per cento delle cooperative controllate. Le cooperative, che spesso forniscono i/le operatori/trici sanitari/e e sociosanitari/e esterni/e alle strutture residenziali, hanno messo ad esempio in atto il “*dumping sociale*” per ridurre i costi del lavoro, applicando contratti collettivi negoziati con sindacati che non rappresentano realmente i/le lavoratori/trici⁹⁰. Inoltre, nel 2020, l'Ispettorato ha individuato violazioni per l'utilizzo irregolare di contratti atipici o flessibili nel 20% di casi di lavoratrici e lavoratori sanitari e sociali oggetto di ispezioni (408 lavoratori su 2.050). L'utilizzo distorto di contratti atipici e flessibili, inclusa la pratica di dichiarare falsamente i/le collaboratori/trici come liberi/e professionisti/e – il che significa che gli/le operatori/trici sanitari/e e sociosanitari/e non sono realmente autonomi/e, pur essendo classificati come tali dagli enti che pagano i loro servizi, ivi comprese le strutture residenziali - è più diffusa nel settore della sanità e del lavoro sociale che in tutti gli altri settori, nei quali il numero medio di lavoratori con contratti irregolari identificati ammontava al 9% sul totale nel 2020⁹¹.

Questi dati sulle inadempienze evidenziano il ruolo fondamentale dell'Ispettorato nel tutelare e favorire condizioni di lavoro sicure, eque e dignitose. Di contro, il numero sia delle ispezioni che degli/le ispettori/trici è diminuito negli ultimi anni. Tra il 2017 e il 2020, il numero totale delle ispezioni del lavoro si è

⁸⁷ “Rapporto annuale delle attività di tutela e vigilanza in materia di lavoro e legislazione sociale”, Ispettorato nazionale del lavoro, 2020, p. 1, <https://www.ispettorato.gov.it/it-it/in-evidenza/Documents/Rapporto-annuale-2020.pdf>

⁸⁸ Ulteriori informazioni sulle prerogative dell'Ispettorato nazionale del lavoro disponibili su: <https://www.ispettorato.gov.it/it-it/IspettoratoNazionaleLavoro/Pagine/IspettoratoNazionaleLavoro.aspx>

⁸⁹ Decreto legislativo n. 81 del 9 aprile 2008, art. 13, <https://www.ispettorato.gov.it/it-it/strumenti-e-servizi/Documents/TU%2081-Q8%20-%20Ed.%20Novembre%202020.pdf>

⁹⁰ “Rapporto annuale delle attività di tutela e vigilanza in materia di lavoro e legislazione sociale”, Ispettorato nazionale del lavoro, 2020, cit., p. 42.

⁹¹ Ivi, p. 36.

drasticamente ridotto dell'80 per cento (da 180.464 ispezioni nel 2017 a 103.857 nel 2020). Nello stesso periodo, il numero di ispettori/trici è diminuito del 20,5 per cento⁹².

Non vi sono, invece, dati esaurienti a disposizione sul numero di ispezioni effettuate dalle Asl durante la pandemia e, in ogni caso, i loro rapporti non sono pubblici. Sebbene queste ispezioni siano proseguite durante la pandemia, le testimonianze raccolte da Amnesty International indicano come si siano concentrate su aspetti amministrativi e procedurali e che non siano servite a individuare inadempienze nei confronti delle norme in materia di salute e sicurezza⁹³.

I sindacati hanno ribadito la necessità di rafforzare la capacità dell'Ispettorato di effettuare ispezioni allo scopo di migliorare la salute e la sicurezza sul lavoro. Il 1° maggio 2020, ad esempio, pochi mesi dopo lo scoppio della pandemia, la Cgil ha sottolineato la necessità di intensificare le ispezioni nelle strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali, nelle quali le condizioni di lavoro sono al limite della sostenibilità⁹⁴.

Un rappresentante di Usb in Lombardia ha raccontato ad Amnesty International che la sua sezione aveva denunciato all'Ispettorato nazionale del lavoro parecchi casi di mancata applicazione delle leggi sul lavoro, ivi comprese le pratiche di utilizzo elusivo delle fattispecie di lavoro autonomo all'interno delle strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali, e che aveva chiesto all'Ispettorato di effettuare sopralluoghi. Tuttavia, secondo quanto riporta il sindacato, l'Ispettorato solo in rare occasioni si è mosso per effettuare controlli e occuparsi delle presunte irregolarità in quegli specifici casi⁹⁵. Il 6 luglio 2021, Usb ha reso pubbliche alcune accuse di inadempienze quanto a condizioni di lavoro sane, sicure, eque e dignitose rivolte a una Rsa pubblica in Lombardia, che aveva esternalizzato la gestione e l'assunzione del personale di sette dei suoi reparti a cooperative private. Il giorno precedente, Usb aveva inviato un rapporto che documentava queste stesse denunce alle autorità, incluse la procura, l'azienda sanitaria locale e l'Autorità nazionale anticorruzione⁹⁶. Le carenze di personale nei reparti esternalizzati avrebbero avuto come effetto una qualità più scadente dell'assistenza, un tasso di mortalità da COVID-19 più alto tra gli anziani e condizioni di lavoro peggiori per gli operatori/trici. Un rappresentante legale di Usb in Lombardia ha spiegato ad Amnesty International che Usb aveva denunciato la situazione all'Ispettorato il 15 novembre del 2017, chiedendo un'ispezione urgente. L'Ispettorato ha risposto solo a marzo 2019, confermando di avere avviato la propria attività di controllo. Al momento della pubblicazione di questo rapporto (ottobre 2021), Usb non aveva alcuna ulteriore informazione sull'esito dei controlli⁹⁷.

Gli standard dell'Oil stabiliscono che gli stati devono mantenere un sistema di ispezione del lavoro e che il numero dei controlli da effettuare è determinato, tra gli altri fattori, dal numero e dalla complessità delle norme da applicare⁹⁸.

Il 15 ottobre 2021, a ridosso della pubblicazione di questo rapporto, il governo ha adottato un decreto-legge che, tra le altre misure, permette all'Ispettorato nazionale del lavoro di lanciare un concorso pubblico per assumere 1024 nuovi ispettori⁹⁹.

Amnesty International chiede al governo, in particolare al ministero del Lavoro e delle politiche sociali, di assicurare che l'Ispettorato del lavoro abbia risorse adeguate a garantire il rispetto delle leggi sul lavoro.

⁹² Ivi, p. 1.

⁹³ Amnesty International, "Abbandonati", cit., p. 43-45.

⁹⁴ "I precari storici dell'emergenza", Cgil-Nidil, <https://www.nidil.cgil.it/somministrazione-precari-storici-emergenza/>

⁹⁵ Intervista telefonica a Pietro Cusimano, rappresentante Usb in Lombardia, 12 febbraio 2021.

⁹⁶ Ulteriori informazioni disponibili sul sito Usb, <https://lombardia.usb.it/leggi-notizia/usb-denuncia-lultimo-per-ora-fallimento-della-sanita-lombarda-nelle-rsa-in-appalto-il-quadruplo-dei-morti-che-nelle-rsa-pubbliche-il-caso-golgi-redaelli-1416-1-1.html>

⁹⁷ Il 20 settembre Amnesty International ha inviato una richiesta di informazioni approfondite sull'esito delle visite dell'Ispettorato, il quale non ha ancora risposto al momento della pubblicazione di questo rapporto.

⁹⁸ Convenzione sull'ispezione del lavoro, Oit, 1947 (n. 81), artt. 1 e 10, https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0:NO::P12100_ILO_CODE:C081

⁹⁹ Misure urgenti in materia economica e fiscale, a tutela del lavoro e per esigenze indifferibili (decreto legge), disponibile su: https://www.corriere.it/economia/finanza/21_ottobre_15/decreto-legge-recante-misure-urgenti-materia-economica-fiscale-tutela-lavoro-esigenze-indifferibili-7251b200-2da5-11ec-be4a-8aaf23299e0e.shtml

CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI

Il COVID-19 ha imposto un costo altissimo da pagare, sia alle persone anziane residenti in strutture sociosanitarie e socioassistenziali, sia al personale che se ne prende cura. Gli/le operatori/trici sanitari/e e sociosanitari/e hanno sollevato problemi relativi a salute, sicurezza e condizioni di lavoro eque e dignitose durante la pandemia. Alcuni/e di loro sono stati/e ridotti/e al silenzio per questo, e i loro timori sono a tutt'oggi inascoltati.

Al fine di prendere in considerazione l'allarme lanciato dai/dalle lavoratori/trici delle strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali e dai sindacati durante la pandemia, Amnesty International lancia un appello ai membri del parlamento per:

- istituire una commissione parlamentare d'inchiesta che indaghi, tra le varie questioni, su:
 - la salute e la sicurezza nelle strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali durante la pandemia, compresa l'effettiva efficacia del quadro nazionale su salute e sicurezza sul lavoro;
 - gli alti tassi di morbilità e mortalità nelle strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali;
 - le violazioni e gli abusi del diritto alla vita, alla salute e alla non discriminazione subiti dalle persone anziane;
 - i problemi sollevati dai/dalle lavoratori/trici delle strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali circa la mancanza di un ambiente di lavoro sano e sicuro e di condizioni di lavoro eque e dignitose;
 - il legame tra queste criticità e quelle che il settore soffre da lunga data, come la carenza di personale, le cattive condizioni di lavoro e il divario retributivo di genere;
 - le violazioni e gli abusi del diritto alla libertà d'espressione e di associazione subiti dai/dalle lavoratori/trici delle strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali durante la pandemia.

La commissione dovrebbe anche ascoltare attentamente gli/le operatori/trici sanitari/e e sociosanitari/e, i sindacati, le organizzazioni di datori di lavoro e quelle che rappresentano le persone anziane e le loro famiglie.

Inoltre, in considerazione dei dati portati alla luce da questo rapporto, Amnesty International fa queste ulteriori raccomandazioni:

Il parlamento italiano dovrebbe:

- perfezionare l'attuale quadro giuridico sul *whistleblowing*, assicurandosi che tutti i datori di lavoro si dotino di sistemi che consentano ai/dalle lavoratori/trici di segnalare rischi per la salute e la sicurezza e che i meccanismi di segnalazione, sia nel privato che nel pubblico, diano forti garanzie di riservatezza e di indipendenza. Ciascun datore di lavoro dovrebbe favorire un ambiente sicuro, che incoraggi a segnalare apertamente le irregolarità, nel rispetto del diritto alla libertà d'espressione e del diritto di accesso alle informazioni.

Il ministero del Lavoro e delle politiche sociali dovrebbe:

- assicurare adeguate risorse per l'Ispettorato nazionale del lavoro per garantire il rispetto e l'applicazione della legislazione sul lavoro. Il ministero dovrebbe valutare l'opportunità di rafforzare il sistema di ispezioni nel settore socio-sanitario e socio-assistenziale, in linea con la Convenzione 81 dell'Oil, per garantire che le attività di monitoraggio stiano effettivamente al passo con i complessi e frammentari regolamenti attualmente applicabili nel settore socio-sanitario e socio-assistenziale in Italia;
- garantire che tutti/e gli/le operatori/trici delle strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali – inclusi/e quelli/e con forme contrattuali non standard o informali – possano esercitare il loro diritto alla libertà d'espressione e di associazione, senza timore di rappresaglie. Questo significa anche che le autorità statali dovrebbero astenersi dal violare questo diritto, proteggerlo dagli abusi degli attori privati e adottare misure positive per realizzare questi diritti, in linea con le leggi e gli standard internazionali sui diritti umani.

**AMNESTY INTERNATIONAL
È UN MOVIMENTO GLOBALE
PER I DIRITTI UMANI.
QUANDO L'INGIUSTIZIA
COLPISCE UNA PERSONA,
CI RIGUARDA TUTTI.**

CONTACT US



info@amnesty.org



+44 (0)20 7413 5500

JOIN THE CONVERSATION



www.facebook.com/AmnestyGlobal



[@Amnesty](https://twitter.com/Amnesty)

MESSI A TACERE E INASCOLTATI IN PIENA PANDEMIA

URGENZA DI RISPONDERE ALL'ALLARME LANCIATO DALLE OPERATRICI E DAGLI OPERATORI SANITARI E SOCIOSANITARI IN ITALIA

Le operatrici e gli operatori sanitari e sociosanitari che hanno sollevato preoccupazioni legittime sulle inadeguate condizioni di lavoro e di sicurezza nelle strutture residenziali per persone anziane durante la pandemia sono stati/e spesso soggetti/e a procedimenti disciplinari iniqui e hanno temuto ritorsioni da parte dei loro datori di lavoro.

Lavoratrici e lavoratori, così come i sindacati, hanno lanciato l'allarme sulle condizioni di lavoro irrispettose della salute e della sicurezza, sui lunghi turni senza adeguati riposi e sulle ispezioni sul lavoro inadeguate. I tassi di morbilità del personale sanitario e sociosanitario sono molto alti. Il 65,6 per cento del totale dei lavoratori che hanno contratto il COVID-19 sul luogo di lavoro sono operatrici e operatori sanitari e sociosanitari. Lavoratrici e lavoratori di un settore altamente femminilizzato come quello sociosanitario, hanno espresso preoccupazione anche rispetto al sottorganico, alle basse retribuzioni e alle condizioni di lavoro precarie già prima della pandemia, denunciando come questi problemi di lunga data si siano acuiti a causa del COVID-19.

Le autorità italiane devono garantire che le voci di questi lavoratori e lavoratrici non siano ridotte al silenzio, bensì che siano ascoltate. Amnesty International chiede al parlamento italiano di istituire una commissione d'inchiesta indipendente che indaghi sulla risposta delle autorità alla pandemia da COVID-19, con un focus specifico sulle strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali. Tale commissione deve prendere in seria considerazione le gravi preoccupazioni espresse da lavoratrici, lavoratori e sindacati in merito a salute, sicurezza e cattive condizioni di lavoro durante la pandemia e preesistenti.