

LAVORO & PROFESSIONE

A PAG. **36** **ONLUS.** Deducibilità «vigilata» dal Fisco sulle donazioni da soggetti Irpef e Ires
A PAG. **38** **SERVIZI.** Le risposte degli esperti ai quesiti dei lettori e i concorsi per il Ssn
A PAG. **39** **CONSIGLIO DI STATO.** Trasferibile il dipendente «in conflitto» col superiore

Il 26 novembre si ferma per 24 ore l'attività di camici bianchi, dirigenti sanitari, tecnici, professionali e veterinari

Medici&Co: sciopero per il contratto

La protesta su rinnovi, esclusività, pressione fiscale e stabilizzazione dei precari

La data scelta è lunedì 26 novembre. Nelle strutture del Ssn si fermeranno medici, veterinari, dirigenti sanitari, tecnici, professionali e amministrativi e saranno garantite solo le urgenze.

L'annuncio ufficiale è stato fatto dai sindacati riuniti a Roma il 13 novembre nella manifestazione con cui hanno illustrato le cause della loro protesta.

Prima di tutto la mancata apertura del rinnovo del contratto 2006-2009. Gli atti di indirizzo messi a punto dal Comitato di settore e che hanno avuto il via libera delle Regioni, sono ancora fermi in attesa dell'approvazione di Palazzo Chigi senza la quale l'Aran non può convocare le parti.

Ma sempre legato al contratto c'è il problema del finanziamento del biennio economico 2008-2009, per il quale nel Ddl Finanziaria 2008 c'è (per ora) solo la copertura dell'inflazione, senza la somma ulteriore necessaria a confermare anche per quegli anni l'aumento concordato per il 2006-2007 tra Governo e sindacati con l'accordo del maggio scorso. L'Economia ha sottolineato alle Regioni che le somme relative devono essere, secondo le previsioni della Finanziaria 2007, accantonate

Chi è sceso in piazza			
Categoria	Tempo pieno	Part time	Tempo indet.
Medici	108.762	1.042	109.804
Veterinari	5.813	48	5.861
Odontoiatri	162	1	163
Totale area medica	114.737	1.091	115.828
Dirigenti sanitari	14.677	458	15.135
Dirigenti ruolo professionale	1.425	16	1.441
Dirig. ruolo tecnico	1.174	20	1.194
Dirigenti ruolo amministrativo	3.456	22	3.478
Totale dirigenti non medici	20.732	516	21.248
Totale generale	135.469	1.607	137.076

nei bilanci e, quindi, sarebbero con questo meccanismo già disponibili. Ma dopo il «niet» delle Regioni il Governo - come ha confermato il sottosegretario alla Salute, **Serafino Zucchelli**, intervenuto alla manifestazione - si sarebbe impegnato a trovare i fondi necessari.

Altro nodo da sciogliere è quello della rivalutazione dell'indennità di esclusiva. Ferma al 1999, anno della sua istituzione, secondo i medici ha bisogno di circa 200 milioni in più per una rivalutazione una tantum (che de-

ve trovare poi però riscontro anche negli anni successivi). O in alternativa può essere inserita nel monte salari, in quanto, sostengono i sindacati, se non sarà più possibile il cambio di opzione, diventa di fatto un "obbligo" contrattuale per chi vuole lavorare alle dipendenze del Ssn. Anche su questo versante Zucchelli ha ribadito e confermato l'impegno costante del ministro della Salute.

Per quanto riguarda il precariato Zucchelli ha ricordato durante la manifestazione che nel Ddl Finanziaria è

stato inserito l'obbligo per le aziende sanitarie di verificare i contratti atipici e di stabilizzarli «nei limiti economici consentiti» e, sempre la manovra, prevede che gli anni di professione esercitati con contratti atipici non andranno perduti, ma entreranno a pieno titolo nel curriculum dei dirigenti.

Medici e dirigenti, tuttavia, protestano anche perché sostengono che l'incremento della pressione fiscale previsto con la manovra di quest'anno, ha di fatto annullato l'effetto degli aumenti incassati col rinnovo del biennio economico 2004-2005 del contratto e per questo chiedono anche un abbassamento della pressione fiscale.

Durante la manifestazione, i sindacati hanno infine sottolineato quelli che per loro sono attualmente i quattro problemi principali della Sanità pubblica: il sottofinanziamento cronico del sistema; il federalismo nel nome del quale le Regioni travalicano spesso i loro ambiti di intervento e che rende disuguale il trattamento del personale lungo tutta la Penisola: una politica sempre più economicistica del Governo: un ceto medio (a cui i dirigenti appartengono) sempre più povero.

P.D.B.

FEDERFARMA STOPPA L'INDIRETTA

La farmacia concilia

Convocati e appagati. Alla vigilia dell'assemblea in cui decidere il grande strappo con il Ssn, Federfarma ha fatto sapere che non ci sarà nessuna "indiretta": «Il Governo ci ha convocati, sospendiamo l'agitazione sindacale», ha fatto sapere l'associazione dei titolari, sul piede di guerra contro la norma del Ddl Bersani che porterebbe fuori canale anche i farmaci «C» su ricetta. Soddisfatta la Fofi che ha dato atto al ministro **Livia Turco** «di avere responsabilmente fornito un'ulteriore prospettiva al dibattito già avviato con il tavolo tecnico». Nessun commento dal fronte politico, troppo preso dalla Finanziaria. A protestare - preoccupati - sono stati i **Liberi farmacisti** che hanno invitato il premier **Romano Prodi** e il ministro dello Sviluppo, **Pierluigi Bersani**, a non cedere a ricatti corporativi e hanno contestato il «bluff» dei farmacisti: «Il piano di riforma concordato con la Salute porterebbe meno di 450 nuove farmacie, altro che 2mila come dicono i titolari». L'ultima parola, l'ha avuta la Fofi: «I conti li facciamo sui dati Istat e sono fatti bene».

Il rischio è che di tutto questo si finisca col parlarne solo nell'anno nuovo. A Finanziaria fatta. Con un Governo magari preso da tutt'altre emergenze.

S.Tod.

FISCO

Asl, tasse telematiche

A partire da gennaio le aziende sanitarie possono versare anche le ritenute e l'Irap con il modello on line F24. E quanto prevede il provvedimento del direttore dell'agenzia delle Entrate che approva il nuovo modello di versamento. La novità interessa gli enti pubblici e le amministrazioni centrali dello Stato con vincoli del sistema di tesoreria unica dello Stato.

A PAG. 36

CASSAZIONE

La guardia deve visitare

Il medico di guardia medica non può non visitare un paziente che presenta sintomi che possono essere legati a patologie gravi. La Cassazione in questo senso ha condannato un dottore che non era intervenuto su un paziente con "bruciore allo stomaco" rivelatosi poi un sintomo di infarto, rinviandolo a una farmacia.

A PAG. 39

ANESTESISTI-RIANIMATORI IN AGITAZIONE A DICEMBRE

Aaroi: guerra alla specialità in Urgenza

Giusto il tempo "tecnico" dopo lo sciopero del 26 novembre e a dicembre gli anestesisti annunciano battaglia e il blocco delle sale operatorie.

Per il prossimo mese, infatti, sarà messo in atto lo sciopero degli anestesisti-rianimatori dell'Umsped-Aaroi, che avrà come conseguenza il rinvio di circa 50mila interventi chirurgici pro-

grammati. Saranno comunque garantiti i servizi di emergenza e di rianimazione. L'annuncio è stato dato la scorsa settimana sempre in occasione della manifestazione dei dirigenti del Ssn.

Motivo del "supplemento" di protesta la richiesta di blocco dell'avvio della nuova scuola di specializzazione in medicina di emergenza urgenza «che nasce

da una volontà politica che non coincide con i bisogni dei cittadini» e crea una «categoria di medici "tuttologi", non coerente con le necessità dell'utenza».

Se lo sciopero non sarà sufficiente, l'Aaroi insieme alle altre associazioni di categoria «metterà in cantiere più incisive e pesanti iniziative per correggere le scelte fin qui effettuate».

LE SCADENZE FISCALI DI NOVEMBRE



DI ALBERTO SANTI

Lunedì 26

■ Iva - Contribuenti minimi in franchigia - Comunicazione dei corrispettivi

Per i contribuenti minimi in franchigia di cui all'articolo 32-bis, del Dpr 633/1972, scade il termine per la comunicazione all'agenzia delle Entrate dell'ammontare dei corrispettivi delle cessioni di beni e delle prestazioni di servizi conseguiti nel mese precedente

Venerdì 30

■ Imposte sui redditi dovute da persone fisiche e società di persone - Versamento seconda o unica rata di acconto

Entro oggi è dovuto il versamento a titolo di secondo

ovvero unico acconto delle imposte risultanti dalla dichiarazione dei redditi (Modello Unico) delle persone fisiche, delle società di persone e delle associazioni, quali l'Irpef, l'addizionale regionale, l'Irap e le imposte sostitutive. Il pagamento può essere eseguito, utilizzando il modello F24 e con possibilità di compensare gli importi a debito con i crediti evidenziati in dichiarazioni e denunce già presentate. Il modello deve essere presentato con modalità telematiche per i titolari di partita Iva, ovvero, a un'azienda di credito convenzionata, al concessionario della riscossione o a un ufficio postale, per i non titolari di partita Iva.

■ Ires e Irap - Seconda rata di acconto per i soggetti Ires

Scade il termine entro cui le società e gli enti soggetti ad Ires con periodo d'imposta coincidente con l'anno solare devono eseguire il versamento della seconda (o unica) rata di acconto dell'Ires e dell'Irap. Si utilizza a tale proposito il modello di pagamento unificato F24, con possibilità di compensare gli importi a debito con i crediti evidenziati in dichiarazioni e denunce già presentate. Il modello deve essere presentato con modalità telematiche per i titolari di

partita Iva, ovvero, a un'azienda di credito convenzionata, al concessionario della riscossione o a un ufficio postale abilitato, per i non titolari di partita Iva.

■ Imposte dovute in base al Mod. Unico - Versamento rateale da parte dei non titolari di partita Iva

Per i contribuenti che non siano titolari di partita Iva e abbiano scelto di versare le imposte risultanti dalla dichiarazione annuale Modello Unico in rate mensili di uguale importo, entro oggi deve essere effettuato l'ultimo pagamento, da maggiorarsi a titolo di interesse (articolo 20 del Dlgs 241/1997).

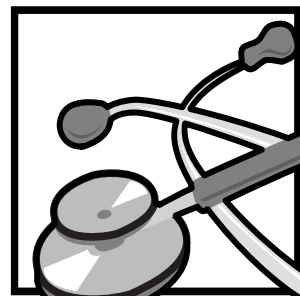
■ Sostituti d'imposta - Versamento ritenute alla fonte su redditi di lavoro autonomo

L'articolo 2 del Dlgs 445/1997 consente ai sostituti d'imposta che nel corso dell'anno abbiano erogato solo compensi di lavoro autonomo a non più di tre percipienti e operato ritenute d'acconto complessivamente non superiori a 1.032,91 euro di eseguire il relativo versamento entro oggi - senza alcuna maggiorazione - se trattasi di ritenute effettuate nei mesi da maggio a ottobre 2007.

La legislazione attuale non inserisce le professioni sanitarie tra quelle con particolare stress

Quando il medico è usurato

A rischio chi assiste le patologie croniche, ma aiutare gli altri gratifica



Il medico deve adempiere al proprio compito con professionalità, elevata attenzione, competenza e prudenza per non incorrere in errori che possano provocare danni all'assistito. L'aumento dell'informazione medica di base di ogni singolo cittadino e l'incremento del numero delle tecnologie sanitarie a disposizione del professionista hanno fatto sì che nell'opinione pubblica si sia diffusa sempre più l'idea che ogni mancata guarigione sia imputabile a un errore medico.

Questo ha contribuito a introdurre in Sanità il concetto di risk management che richiede ai professionisti una attenta valutazione di ogni singolo processo assistenziale e la conseguente discussione collettiva di comportamenti a rischio rilevati, con il fine di prevenire errori più gravi, che possano causare danni alla persona. Questo clima di particolare attenzione rivolto alla Sanità contribuisce, però, ad accentuare la pressione psico-fisica degli operatori sanitari.

È fondamentale contestualizzare l'attività lavorativa medica per definire le fonti di stress psico-fisico a cui ogni professionista può essere esposto.

I medici, gli infermieri, gli altri operatori addetti all'assistenza e i tecnici che lavorano in ambiente ospedaliero sono quotidianamente oggetto di stress, imputabili alle caratteristiche proprie del lavoro. Gli operatori che sono inseriti in turno possono rientrare nella categoria dei lavoratori dipendenti notturni così come definiti nel Dlgs n. 66/2003: qualsiasi lavoratore che svolga durante il periodo notturno almeno una parte del suo orario di lavoro, secondo le norme definite dai contratti collettivi di lavoro.

Il lavoro notturno deve essere svolto per l'intero ultimo anno precedente la decorrenza del trattamento pensionistico, nonché nel periodo transitorio, per un periodo minimo di sette anni negli ultimi dieci anni di attività lavorativa, e a regime pari almeno alla metà della vita lavorativa.

Un aspetto che contribuisce enormemente ad accrescere lo stress degli operatori sanitari è rappresentato dalla necessità quotidiana di stabilire un rappor-

La Costituzione italiana chiede al legislatore di garantire a ogni individuo di manifestare al massimo ogni attitudine, tutelando il diritto alla salute e impedendo il protrarsi di situazioni lavorative che possano arrecare danni alla persona o metterne in pericolo l'integrità psico-fisica.

La legge n. 421 del 23 ottobre 1992 aveva anticipato i limiti dell'età pensionabile di due mesi per ogni anno di occupazione in attività particolarmente usuranti, fino a un massimo di sessanta mesi. Il decreto legislativo n. 503 del 30 dicembre 1992 identificava i non ventenni, gli invalidi all'80 per cento, le forze armate e altre categorie fra i beneficiari dell'anticipazione dell'età pensionabile, ma solo con il decreto legislativo n. 374 del 11 agosto 1993, sulla base di un criterio basato sull'impegno psico-fisico intenso e continuativo, è stato redatto un elenco di attività definite normalmente usuranti, tra cui erano presenti:

1. Lavoro notturno continuativo
 2. Personale addetto ai reparti di pronto soccorso, rianimazione, chirurgia d'urgenza.
- Il decreto ministeriale del 19 maggio 1999 tutela le attività riconosciute come particolarmente usuranti e, nello specifico, gli addetti ai lavori in galleria, cave e miniere, lavori in cassoni ad aria compressa, lavori svolti dai palombari, lavorazioni del vetro cavo, lavori espletati in spazi ristretti, lavori ad alte temperature e lavori di asportazione dell'amianto, lasciando fuori da tale beneficio gli operatori sanitari (medici, infermieri e tutto il personale addetto all'assistenza).

La scelta del lavoro condiziona la vita di ogni persona sotto molteplici aspetti: individuali, familiari e relazionali. Lavorare in Sanità presuppone una professionalità elevata, voglia e capacità di aggiornarsi, ma anche desiderio di ascoltare e comprendere le difficoltà di chi, in un momento di grande debolezza fisica e mentale, richiede aiuto professionale e umano.

to fisico e mentale con l'assistito, riuscendo a garantire comprensione e massima attenzione, senza rimanere troppo emotivamente coinvolti per la debolezza propria di un soggetto sofferente. Particolare attenzione è richiesta nelle situazioni di emergenza-urgenza, in cui ogni operatore sanitario deve prestare assistenza a vittime di incendi, incidenti o catastrofi che possono presentare gravi deturpazioni. Sebbene la volontà di aiutare la persona in difficoltà e l'esperienza maturata nel tempo conferiscano a ogni operatore la forza di superare tali

situazioni, non è da sottovalutare l'impegno psicologico necessario a superare tali disagi. Altri utenti che richiedono un particolare sforzo emotivo sono i pazienti oncologici o terminali che necessitano di comprensione e forte supporto psicologico, oltre che di elevata qualità assistenziale, professionale e umana.

Aspetto fondamentale, da non sottovalutare, è la sicurezza dei luoghi di lavoro e la valutazione dei rischi a cui sono esposti i medici in ambiente lavorativo, così come richiesto dal Dlgs 626/94. L'esposizione a tali rischi (biologico, fisico e chimico) non può costituire fonte di stress per i medici, in quanto le misure di prevenzione messe in atto dal datore di lavoro devono garantire ai professionisti il totale azzeramento degli incidenti sul lavoro, evenienza attualmente inaccettabile in considerazione delle attuali conoscenze e dei dispositivi di protezione disponibili. Compito di ogni datore di lavoro è, infatti, garantire la messa in opera di tutte le azioni necessarie al fine di eliminare i rischi, ove possibile, o ridurre al minimo l'esposizione degli operatori, utilizzando tutti i mezzi di prevenzione disponibili (sistemi di protezione collettiva, Dpi, sostituzione di ciò che è pericoloso con quello che lo è meno ecc.).

Negli ultimi anni la Sanità italiana sta subendo modifiche organizzative previste dalla legislazione nazionale e regionale, anche alla luce dei recenti trasferimenti di competenze dal governo centrale a quelli loco-regionali. Ogni individuo soggetto a modifiche si irrigidisce e manifesta dissenso a tutto ciò che è nuovo. Il faticoso processo finalizzato al raggiungimento di un nuovo equilibrio che sostituisca il precedente, destabilizzato da fattori non propri e imposti, costituisce fonte di disagio psico-fisico. In considerazione del fatto che, come osservato da Charles Darwin, «non è la più forte delle specie che sopravvive, né la più intelligente, ma quella più reattiva ai cambiamenti», si ritiene che ogni individuo, investito dalla necessità di cambiare le proprie abitudini, dopo un primo periodo di disorientamento, decida di farsi carico del problema e di contribuire a tale processo. Agli operatori sanitari italiani è stato chiesto di rivedere le proprie

modalità organizzative territoriali e ospedaliere, dando priorità ai processi, rafforzando il territorio e ripensando il ruolo dell'ospedale. Quest'ultimo deve riappropriarsi del compito di erogatore di prestazioni per pazienti acuti, con degenze medie di 6-7 giorni, con una struttura organizzativa basata sull'intensità di cura e sui dipartimenti, non più sulle divisioni specialistiche. Tale processo richiede un sforzo mentale e organizzativo finalizzato al superamento dell'articolazione funzionale delle attività, basato sulle unità operative, sulle sezioni e sui settori, e al raggiungimento di un modello divisionale basato sui dipartimenti. Lo sforzo richiesto agli operatori per assorbire un così imponente cambiamento costituisce un'ulteriore fonte di stress che, comunque, non sta incidendo sulla qualità delle prestazioni erogate, grazie all'elevata professionalità dei lavoratori che operano in una delle fondamentali risorse del nostro Paese: il Servizio sanitario nazionale.

Per quanto sopra esposto è possibile affermare che anche i medici, come tutti gli operatori sanitari, sono soggetti a molteplici fonti di stress, ma contemporaneamente possono beneficiare di gratificazioni professionali e umane provenienti da soggetti sofferenti che hanno ricevuto assistenza di qualità elevata.

ta. Non è possibile affermare in modo perentorio che il lavoro medico sia da catalogare tout court come usurante, anche se è caratterizzato da un elevato numero di fonti di stress psico-fisico, in parte dettato dal periodo storico in cui viviamo, in parte dettato dalle caratteristiche intrinseche del ruolo. In base alla normativa vigente e a un criterio basato sull'impegno psico-fisico intenso e continuativo, riteniamo sia plausibilmente accettabile limitare il termine usurante ai lavoratori dipendenti notturni, così come definiti nel Dlgs n. 66/2003. Sarà possibile valutare con maggiore attenzione quelle situazioni lavorative in cui alla suddetta condizione si possa associare l'assegnazione a strutture del dipartimento di Emergenza urgenza-Accettazione, in considerazione dell'aggiuntiva fonte di stress costituita dai tempi di intervento e dalla particolarità degli utenti e delle condizioni in cui essi accedono al servizio.

Particolare attenzione richiedono infine i professionisti che operano in stretto contatto con patologie croniche a prognosi infausta, per i quali è già previsto un supporto psicologico (es. gruppi Balint). La difficoltà maggiore è costituita dall'intensità del rapporto che si viene a instaurare fra utente e professionista. Suddetta intensità è conseguenza del lento e costante progredire di tali malattie che infondono nei medici, e in tutti gli operatori sanitari, un profondo senso di impotenza che è causa di forte stress emotivo.

Ritengo che coloro che operano in Sanità abbiano fatto una scelta importante di vita che presuppone una piena coscienza del loro principale obiettivo, rappresentato dal prendersi cura di tutti coloro che affrontano l'esperienza fisica e psichica dello stato di malattia. L'eventuale riconoscimento dell'importante impegno psico-fisico richiesto ai sanitari in particolari situazioni potrebbe rappresentare un giusto riconoscimento nei confronti di chi ha fatto la scelta di essere di supporto e aiuto a tutti coloro che richiedono assistenza sanitaria.

Giacomo Corsini
Direzione medica Asl di Pistoia

Il lavoro notturno è a ciclo continuo

L'intensità di cura incide sullo sforzo

MALPRACTICE&CONTENZIOSI

«Serve un osservatorio sui dati»

Da 5 anni l'Amami (Associazione medici accusati di malpractice ingiustamente) si chiede come sia possibile attribuire ai dati raccolti dal Tribunale del malato una valenza statistica. Come si possono scambiare le segnalazioni dei cittadini con gli errori dei medici? Il risultato negativo di una terapia per essere definito frutto di un errore medico deve essere stato giudicato tale da una sentenza inappellabile, non dal Tribunale del malato. Non solo. Purtroppo in Italia, come l'Amami sostiene da sempre, non esiste un sistema di rilevazione e raccolta dei dati degli errori medici, ossia i casi in cui l'errore da parte dello specialista è stato riconosciuto, accertato e punito come tale.

Il Tribunale del malato parla infatti di «talune segnalazioni fatte al Pit salute». Chi fa queste segnalazioni? E che cosa esattamente segnala? Chi decide chi ha sbagliato? Sono anni che Amami chiede alla classe politica l'istituzione di un Osservatorio del contenzioso e dell'errore, con la capacità di imporre ai medici, Asl e assicurazioni, la segnalazione di ogni richiesta di risarcimento o denuncia per supposti errori sanitari. Purtroppo, nulla ancora è stato fatto ed è un altro campo in cui arriviamo ultimi,

In Italia le denunce contro i medici sono 15mila all'anno e il 90% di esse si conclude con l'assoluzione o l'archiviazione, spiega l'Amami (Associazione medici accusati di malpractice ingiustamente). Per rispondere all'emergenza i ministri Clemente Mastella e Livia Turco definiranno a breve una Commissione condivisa tra i ministeri della Giustizia e della Salute sul tema dei contenziosi legali medico-paziente. «Alla Commissione - spiega Mastella - verrà affidato anche il compito di approfondire il concetto di responsabilità professionale del medico». Mastella ha poi indicato la

perché in Paesi a noi vicini come la Svizzera, l'Austria e la Francia hanno già a disposizione un organismo che raccoglie tutte le denunce ai medici.

Negli stessi Paesi Ue il contenzioso è limitato al 10 per cento di quello italiano, con un indice di

strada della fase conciliativa precedente il giudizio.

La Commissione sugli errori medici viene però giudicata un «flop annunciato» da Maurizio Maggiorotti, presidente dell'Amami. Per l'associazione sono necessari l'istituzione di un Osservatorio del contenzioso dell'errore medico, che presenti dati certi, e la costituzione di un fondo per risarcire le vittime degli «eventi imprevedibili». L'Amami ha anche auspicato che nei procedimenti le consulenze tecniche medico-legali siano redatte in collegialità dal medico-legale e da uno specialista della materia.

litigiosità paziente-medico inferiore a quello della sola Basilicata! Ormai anche in Italia come negli Usa quello della denuncia al medico è diventato un business in cui tutti hanno da guadagnarci, dagli avvocati ai consulenti tecnici, dalle compagnie di

assicurazione alle associazioni cosiddette «a tutela del cittadino». La conseguenza è che le cause ai medici intasano inutilmente le aule dei tribunali: su 10 casi di medici denunciati, 7 vengono archiviati dallo stesso Pm e, dei 3 per i quali il Pm esercita l'azione penale, 2 verranno sicuramente assolti, raramente per non aver commesso il fatto, più spesso perché il fatto non sussiste.

L'80% dei chirurghi italiani ha ricevuto almeno una richiesta di risarcimento o un avviso di garanzia per presunta malpractice e i nostri sanitari trascorrono nei tribunali 1/3 della propria vita lavorativa, spendendo 2.500 euro all'anno. A causa di tutto ciò, i medici sono sempre più scoraggiati e in pochi anni sono dimezzate addirittura le iscrizioni alla facoltà di Medicina. Sarebbe bene riflettere, quindi, prima di «sparare» cifre all'impazzata e alimentare questa macchina che ha fatto aumentare i prezzi della Rc professionale per i chirurghi del 400% negli ultimi 5 anni e che costa all'Italia 10 miliardi di euro l'anno, l'1% del Pil.

Maurizio Maggiorotti
Presidente Amami