

# LAVORO & PROFESSIONE

A PAG. **27** **FISCO.** Le prestazioni di assistenza tecnica possono arrivare dalle imprese  
A PAG. **28** **ONCOLOGIA.** Cancersim 2008: un progetto "matematico" per gestire i tumori  
A PAG. **30** **SERVIZI.** Le risposte degli esperti ai quesiti dei lettori su professione e carriera

Approvata dal Consiglio europeo una proposta che modificherebbe i tetti attuali anche per quanto riguarda i riposi

## Orario di lavoro stravolto dall'Ue

Sindacati cauti ma già pronti a reagire: oltre le 48 ore si riducono anche i limiti della sicurezza

Il paradosso è compiuto: la proposta approvata dal Consiglio dei ministri del Welfare dell'Ue sulla possibilità di aumentare l'orario di lavoro rispetto alle attuali 48 ore settimanali va in controtendenza con le richieste di medici e dirigenti di applicare nel contratto proprio la direttiva madre del 2000, recepita nel nostro Paese con il Dlgs 66/2003, quello su cui si è arenata la trattativa (v. pagina 6).

Secondo quanto approvato dal Consiglio, il limite massimo di lavoro settimanale resta a 48 ore a meno che lo stesso lavoratore scelga altrimenti (opt out). In questo caso, la durata massima del lavoro settimanale potrà raggiungere le 60 o al massimo 65 ore, se il periodo inattivo dei turni di guardia è considerato orario di lavoro. Le norme sono applicabili ai contratti che superano le dieci settimane.

Ora il discorso si sposta a livello di Parlamento europeo a Strasburgo, dove non è detto che le norme vengano approvate o che lo siano in questo modo, tuttavia l'Italia, sia pure esprimendo criticità soprattutto sulle 60-65 ore settimanali, giudicate dal sottosegretario al Welfare **Francesca Martini** che ha partecipato ai lavori del Consiglio a Bruxelles «squilibrati, pericolosi per la sicurezza sul lavoro e contrari a una buona interrelazione tra vita privata e professionale», ha voluto comunque lavorare

per il compromesso: «Abbiamo lanciato un'ancora a quei Paesi più indietro, per evitare che non esistano limitazioni all'orario di lavoro», ha spiegato Martini. L'Italia, ha aggiunto il sottosegretario, si batterà anche per «vincolare le eccezioni ai massimali alla contrattazione collettiva» che, come ha affermato il ministro del Welfare, **Maurizio Sacconi**, resta la guida per i lavoratori dipendenti. E Sacconi ha aggiunto che in Italia la parte inattiva del turno di guardia resterà orario di lavoro.

La reazione dei sindacati dei medici è stata cauta, ma pronta. Per ora niente allarmi, ha detto **Carlo Lusenti** (Anaa) perché l'iter della direttiva è ancora lungo, ma si tratta comunque di «scelte che tendono a una liberalizzazione dei contratti sempre più a favore di quelli individuali con un ruolo marginale del sindacato».

«L'oscenità - ha ribattuto **Stefano Biasoli** (Cimo Asmd) è che non solo si potrà passare dalle 48 alle 65 ore settimanali ma che, con il bene placido degli accordi collettivi, si potrà andare anche oltre le 65 ore».

L'eventuale approvazione di una modifica di questo tipo alla norma è inaccettabile, ha spiegato **Massimo Cozza** (Fp Cgil) perché si stravolgerebbe l'interpretazione di numerose sentenze della Corte di Giustizia Ue sul tempo di lavoro dei servizi di guardia, definendo il

«tempo inattivo nel luogo di lavoro» non computabile ai fini dell'orario di lavoro effettivo.

In sostanza, ha spiegato Cozza descrivendo gli effetti della modifica, se un medico in un turno di guardia notturno di 12 ore, opera per 3, le restanti 9 ore non vengono conteggiate ai fini dell'orario di lavoro. E nel caso in cui la normativa di uno Stato membro consideri «il tempo inattivo dei servizi di guardia» orario effettivo di lavoro, questo può essere prolungato fino a 65 ore settimanali, calcolate come media in un periodo di tre mesi. Inoltre, conclude Cozza, «vengono esclusi da ogni protezione, a partire dai riposi, i lavoratori occupati a tempo determinato per un periodo da quattro a dodici mesi, come tanti medici».

Provvedimento «inaccettabile» anche er **Armando Masucci** (Ferazione medici Uil Fpl) «non solo per tutelare l'integrità psico-fisica dei lavoratori, ma per garantire ai cittadini la tutela della loro salute».

Tra l'altro, la previsione di «ritoccare» la valutazione del periodo «attivo» di lavoro creerebbe anche problemi proprio nella prima causa di scontro nell'attuale tornata contrattuale tra sindacati e parte pubblica: il riposo obbligatorio tra due turni di lavoro, se le ore di inattività non fossero considerate, si ridurrebbe e non farebbero mai raggiungere il tetto per il riposo massimo richiesto dai sindacati come obbligatorio di undici ore.

P.D.B.

### TAR LAZIO

## Urgenza, la scuola può partire

La scorsa settimana il Tar Lazio ha negato la sospensione dell'attivazione della scuola di specializzazione in medicina d'emergenza-urgenza, chiesta dai sindacati e dalle società scientifiche degli anestesisti. Un altro gol a favore di chi sollecita da anni l'avvio della nuova specialità, prevista dal regolamento 2006 del ministero dell'Università sulle scuole di area sanitaria e dal decreto sugli standard e sui requisiti minimi pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale lo scorso 8 marzo.

«Con il provvedimento del Tar abbiamo superato un ulteriore ostacolo», commenta **Anna Maria Ferrari**, presidente della Simeu (la Società italiana di medicina d'emergenza). «L'ordinanza pone un ennesimo freno alle ambizioni degli anestesisti di dettare legge in un settore in cui vengono coinvolti per lo 0,4-0,6% degli interventi e in cui invece prestano la loro opera esclusiva e quotidiana 12mila medici d'emergenza-urgenza tra pronto soccorso, medicina d'urgenza ed emergenza territoriale».

Ferrari ricorda che anche il Consiglio superiore di Sanità ha respinto le richieste di modifica dell'ordinamento della scuola presentate a livello del Cun, su sollecitazione degli anestesisti. «Il percorso istituzionale va dunque avanti», commenta il presidente Simeu. «Se non ci saranno rallentamenti artificiali contiamo sull'anno accademico 2008-2009». Esulta anche il Comes. «Speriamo - afferma il presidente, **Simone Di Giorgi** - che la decisione del Tar metta la parola fine alle battaglie di chi governa il sistema dell'emergenza al fine di garantire la sicurezza del cittadino, ma anche dell'operatore». E andare oltre le spinte corporative e le divisioni.

M.Per.

### POLTRONE

## Cambio al vertice Spi Cgil

Con 162 voti favorevoli, 8 contrari, 2 nulle e 1 scheda bianca, su 173 votanti **Carla Cantone** è stata eletta come nuovo segretario generale dello Spi-Cgil. Tra gli impegni che occorre far rispettare immediatamente, il neosegretario ha indicato quello sul protocollo del Welfare e l'aumento della contrattazione sociale territoriale, che deve essere rafforzata confederalmente.

### CONGRESSO NAZIONALE

## Ok Anpo all'associazione con Fials e Ascoti

Via libera dall'assemblea del 28° congresso nazionale Anpo ai nuovi rapporti associativi con Fials medici e Ascoti, che darebbero all'associazione dei primari di nuovo la rappresentatività ai tavoli contrattuali. Il Congresso, che ha riconfermato alla guida del sindacato Raffaele Perrone Donnorso, ha anche tracciato le indica-

zioni operative per il programma per il prossimo quadriennio.

Prima di tutto la necessità che tutti i dirigenti si impegnino in un «rinnovato proselitismo», poi, appunto, la realizzazione compiuta e operativa del nuovo soggetto sindacale con Fials medici e Ascoti per dare forza alla realizzazione del programma sindacale.

Dal punto di vista dei principi l'Anpo ritiene sempre necessario superare il Dlgs 229 e rivedere la collocazione giuridico-normativa dei medici e in particolare dei primari: pur riconoscendo la validità del ruolo unico, secondo il sindacato è necessario individuare invece 2 o più livelli della dirigenza medica.

### SIAARTI

## Gestire l'emergenza

La Società italiana degli anestesisti rianimatori (Siaarti) presenta il suo modello per la gestione dell'emergenza con un percorso formativo universitario per chi è privo di specializzazione e un'alleanza operativa con i Mmg, per una gestione corretta e tempestiva delle richieste dell'utenza che rientrano nelle loro competenze.

A PAG. 30

### LE SCADENZE FISCALI DI GIUGNO



DI ALBERTO SANTI

## Venerdì 20

### ■ Iva intracomunitaria - Presentazione elenchi Intrastat

Presentazione presso gli sportelli degli uffici doganali, da parte dei contribuenti tenuti a tale adempimento con cadenza mensile, dei modelli Intrastat relativi agli acquisti e alle cessioni intracomunitarie effettuati nel mese di maggio.

### ■ Conai - Dichiarazione mensile

I produttori e gli utilizzatori di imballaggi tenuti a versare un importo annuo superiore a euro 30.987,41 devono trasmettere entro oggi la dichiarazione relativa al contributo ambientale al Conai. Il relativo contributo è calcolato in relazione alle fatture emesse nel mese precedente, ovvero dei documenti ricevuti dall'impresa in qualità di importatore, dovendosi distinguere ciascuna tipologia di materiale (acciaio, alluminio, carta, legno, plastica, vetro).

## Lunedì 30

### ■ 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 Mod. Unico in rate mensili di uguale importo (da completarsi comunque entro il mese di novembre), l'ultimo giorno del mese rappresenta la scadenza per eseguire il pagamento, che deve essere maggiorato degli interessi (articolo 20 del Dlgs 241/1997).

### ■ Imposta di registro - Contratti di locazione

Termine per la registrazione, previo versamento dell'imposta, dei nuovi contratti di locazione degli immobili aventi decorrenza 1° giugno e termine per il versamento dell'imposta sui contratti del medesimo tipo e con la stessa decorrenza rinnovati tacitamente.

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

Scade il termine entro cui le società e gli enti soggetti a Ires con periodo d'imposta non coincidente con l'anno solare e per i quali giugno sia l'undicesimo mese del periodo stesso

devono eseguire il versamento della seconda (o unica) rata di acconto dell'Ires e dell'Irap. Si utilizza il modello di pagamento unificato F24. 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.

### ■ Imposta di bollo - Versamento

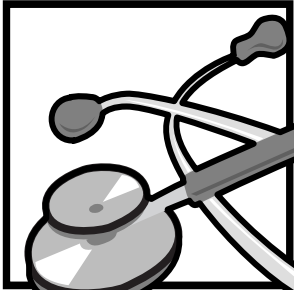
I soggetti autorizzati a corrisponderla in modo virtuale devono provvedere al versamento della terza rata bimestrale 2008.

### ■ Iva - Istanza di rimborso dei non residenti

Scade oggi il termine per la presentazione delle istanze di rimborso dell'Iva pagata in Italia nel 2007 dai soggetti non residenti, senza stabile organizzazione né rappresentante o identificazione diretta nel nostro Paese, in possesso dei requisiti stabiliti nell'articolo 38-ter del Dpr 633/1972.

### ■ Accise - Pagamento imposta

Ultimo giorno per pagare l'accisa per i prodotti a essa soggetti, immessi in consumo nei primi 15 giorni del mese corrente (salve le diverse scadenze stabilite per particolari prodotti).



Il monitoraggio delle condizioni del paziente va realizzato secondo parametri costanti

# Una carta «testa» l'anziano

Sorveglianza affidata agli studi dei medici di base, ai familiari e alle Rsa

Il declino funzionale legato al progredire dell'età è lento e quasi inapparente. I suoi segni di solito non ricevono sufficiente attenzione oppure, a volte, sono oggetto di medicalizzazione eccessiva, con affollamento dei servizi sanitari e alti costi. Anche se una misurazione del declino senile viene praticata dalle Unità di valutazione geriatrica (Uvg) e dalle Geriatriche nell'ambito della medicina di comunità, nella realtà la sorveglianza dei problemi legati all'invecchiamento non è considerata tra gli interventi di salute pubblica. Queste valutazioni, infatti, vengono svolte con finalità specifiche, quali il riconoscimento di invalidità o la concessione di indennità o di ausili, o per autorizzare l'accesso a residenze protette, o ancora per l'ottenimento dell'assistenza integrativa o domiciliare.

L'unica sorveglianza attiva della salute degli anziani è quella svolta dai medici di medicina generale (Mmg) nella pratica corrente, quando consigliano agli assistiti l'uso sistematico della bilancia, l'eliminazione del fumo, la moderazione nel consumo di alcolici, il controllo della pressione e della glicemia, e in genere le pratiche preventive che possono avere significativi effetti sulla salute. Si tratta di semplici pratiche di controllo di para-

Carta di valutazione geriatrica				
	Test	Valore soglia	Intervento	
1	Vista	Tavole di Jaeger	<20/40	Invio all'oculista
2	Udito	Test del bisbiglio (whisper test)	Ripetizione: <3 numeri	Rimozione cerume. Invio all'Orl
3	Continenza	Scala di incontinenza Iko-4	>1 risposta anormale	Invio a Mmg o a specialista
4	Umore	Geriatric depression scale	>1 risposta positiva	Verifica terapia, invio a Mmg o a specialista
5	Memoria	Memory complaint questionnaire (Mac-Q test)	>25/40	Invio a Mmg o a specialista
6	Autosufficienza	Katz's activities daily living (Adl) oppure Instrumental activities daily living (Iadl)	Adl <6; Iadl <8	Invio a Mmg
7	Isolamento	Indagine diretta	Si/No	Invio a servizi sociali
8	Sonno	Indagine diretta	Si/No	Prescrizioni ad hoc
9	Vaccinazioni	Vaccinazioni annuali (influenza, pneumococco)	Si/No nell'anno	Vaccinazioni
10	Cadute	"Up and go" test	Tempo impiegato >20"	Protezioni anticaduta
11	Cardiovascolare	Misurazione pressione arteriosa, lipidi, glicemia	>1 fuori range normalità	Invio a Mmg
12	Farmaci	Indagine diretta	>5 prescritti; >3 autoprescr.	Invio a Mmg
13	Nutrizione	Indice di massa corporea	Fuori range normalità	Invio a Mmg
14	Osteoporosi	Lista dei fattori di rischio ("9 items risk factor")	Presenza fattori di rischio	Invio a Mmg

metri legati a condizioni di cronicità, volte a promuovere comportamenti da "paziente esperto" ancor prima dell'insorgere di vere malattie croniche. Non ci sono dati che indichino quale sia l'efficacia delle raccomandazioni dei medici e non è noto quanto siano effettivamente seguite.

La sorveglianza del deterioramento senile, per essere efficace, occorre sia standardizzata, controllata e attuata con criteri scientificamente validi, semplici e di facile uso. Occorre che siano ben definiti i limiti di normalità dei risultati e che siano chiare le azioni eventualmente da intraprendere qualora i risultati siano al di

fuori dei limiti di accettabilità. Occorre inoltre che il tempo di rilevazione sia contenuto e che le tipologie di analisi siano concordemente accettate non solo dagli specialisti, ma anche dagli utenti. Uno strumento con tali caratteristiche è la Carta di valutazione geriatrica in 14 punti pubblicata nel 2004 da E. Mann e Altri, della quale riportiamo qui una versione tradotta e semplificata.

La Carta esamina e documenta le obiettività a carico di alcune delle situazioni disfunzionali più frequenti nella popolazione anziana, in particolare a carico delle funzioni cognitive, dello stato di benessere psichico e psicosociale, de-

gli organi di senso, dello stato di nutrizione, della resistenza alle infezioni, dell'equilibrio e del circolo. Dei 14 punti, due riguardano i deficit sensoriali (1,2), due la situazione socio-ambientale (6,7), tre le funzioni nervose superiori (4,5,8), quattro l'attuazione di interventi preventivi (9,11,12,13), due il rischio di cadute (10,14) e uno (3) i disturbi della continenza. Per ciascuno di questi punti di rilevamento la Carta indica i valori accettabili e le azioni eventualmente da intraprendere.

Per la sua utilizzazione, il medico curante fornisce istruzioni in merito ai soggetti da esaminare e alla frequenza dei

controlli, valuta le risultanze e prescrive le azioni da intraprendere. Anche i famigliari possono contribuire al mantenimento dell'attenzione ai punti specifici del programma di osservazione. La rilevazione, che normalmente non richiede più di 30 minuti, può essere effettuata da operatori dei servizi domiciliari o delle strutture assistenziali opportunamente addestrate. In funzione di questo addestramento e degli accordi presi con i curanti, agli stessi possono essere attribuiti specifici margini di autonomia prescrittiva.

È evidente che l'uso di questo strumento, come di altri analoghi, può assicurare al me-

dico curante una valutazione obiettiva e ripetibile delle condizioni degli anziani assistiti a domicilio od ospiti delle strutture residenziali. I soggetti anziani possono sentirsi più sicuri degli orientamenti da seguire per mantenere un soddisfacente stato di salute ed essere anche meno soggetti alle lusinghe del mercato. Le famiglie ne possono ricavare un'attenzione diffusa ai più comuni problemi dell'invecchiamento e alle possibilità di prevenzione o di intervento precoce, e le amministrazioni possono disporre di fondamenti scientifici per ottimizzare l'impiego delle risorse.

In generale, l'uso esteso di azioni di screening della salute degli anziani, con questo o con analoghi strumenti, è indispensabile per il perseguimento dell'"active ageing", il modello di invecchiamento sostenuto e promosso dall'Organizzazione mondiale della Sanità, che vede nella terza età il periodo della vita nel quale si può avere il più alto livello partecipativo alle attività sociali, culturali, economiche e politiche delle comunità. Per questo desideriamo proporre l'adozione nei futuri atti programmatici dell'assistenza sanitaria.

Luigi Tonelli

Ausi di Siena

Carlo Felice Saccani

Fondazione "Maugeri" - Pavia

## I BISOGNI ASSISTENZIALI DELLA TERZA ETÀ

### «La geriatria di base non serve: ci sono i Mmg»

L'invecchiamento della popolazione dovuto a una marcata denatalità, a un miglioramento delle condizioni di vita e ai progressi della medicina sta determinando sconvolgimenti demografici, indicati da molti come una rivoluzione, con conseguenti ripercussioni sanitarie, sociali, urbanistiche ed economiche. L'inadeguatezza del Ssn di fronte a questi nuovi assetti è palese. Infatti il nostro Servizio sanitario nasce anni fa per rispondere ai bisogni di una società afflitta prevalentemente da una elevata mortalità infantile e, perciò, per combattere le malattie infettive infantili e degli adulti, ignorando quasi completamente le cronicità e le disabilità. Gli anziani erano ignorati proprio perché erano pochi e comunque se si ammalavano morivano presto. L'età media era bassa, le cronicità erano rappresentate quasi esclusivamente da invalidi di guerra e da invalidi civili.

Oggi il problema è diverso:

- le proiezioni statistiche prevedono che nel 2050 i soggetti con età superiore a 64 anni saranno il 35% della popolazione;

- il 3,5% degli ultra 64enni è rappresentato da ultra80enni che, dal 1984 a oggi, sono passati da 1,2 a 2,4 milioni (circa 57mila in più l'anno) e il trend demografico prevede che nel 2050 raggiungeranno i 5 milioni (circa 109mila in più l'anno). Bisogna ulteriormente di-

re che il 50% di questi ultra 80enni sarà con disabilità con relativi problemi di assistenza. Un altro 4,2% degli ultra 64enni è oggi rappresentato da soggetti con più di 90 anni che negli ultimi 40 anni sono aumentati di 7 volte;

- per il 2020 si prevedono oltre 1,7 milioni di casi di demenza;

- l'indice di vecchiaia è di circa 132, cioè ci sono 132 soggetti con più di 65 anni ogni 100 soggetti con meno di 14 anni e ci sono 3,32 anziani per ogni bambino con meno di 6 anni;

- il 3% delle donne e il 2% dei maschi necessitano di assistenza quotidiana, percentuale che sbalza al 25% e al 18% se si tratta di soggetti con più di 80 anni;

- ci sono oltre 2 milioni di famiglie con un anziano disabile.

E allora ecco il possibile paradosso: l'invecchiamento della popolazione può essere un passo fatto più lungo della gamba. Perciò bisogna rivedere il sistema e riallocare le risorse, ma bisogna farlo alla luce dei nuovi assetti socio-demografici e tenendo presente che il baby-boom e il doctor-boom finiranno senza trascurare la "nuova" condizione e posizione sociale degli anziani che fanno parte di una fascia di popolazione eterogenea, non massificabile, fatta di tante individualità.

Il termine "anziani" coinvolge una realtà estremamente eterogenea di persone con bisogni molto diversificati, sia di tipo sociale che assistenziale. Questo elemento non può essere trascurato in una programmazione generale, considerando che in particolar modo per questa fascia di persone è assolutamente indispensabile una forte integrazione di azioni sanitarie e sociali. L'anziano, oggi, è più partecipativo, più informato, più consapevole, è espressione di bisogni nuovi che sono complessi e che, per questo, richiedono una specifica e competente valutazione.

Considerando ancora che all'invecchiamento della popolazione (conquista positiva) non è corrisposta un'analoga riduzione delle cronicità - che, invece, riscontriamo in aumento e, diversamente dal passato, in età più avanzata (fenomeno della compressione della morbidità) - è realisticamente ipotizzabile attendersi, nei prossimi anni, un ulteriore aumento delle stesse e del numero dei non autosufficienti con relativa domanda di assistenza sempre più pressante.

Il paziente geriatrico è ad alto rischio di istituzionalizzazione, ospedalizzazione e morte, può presentare comorbilità grave e assumere polifarmacoterapia, avere rischio o presenza di dipendenze funzionali e uno stato socio-ambientale critico. È insomma fragile, e questo richiede assistenza globale e continuativa.

E allora è da qui che bisogna partire cercando di non individuare risposte semplicistiche (come la "geriatria di base")

che non farebbero altro che aggravare una spesa sanitaria già compromessa e compressa e andrebbero a duplicare soluzioni già individuate e verificate nel Ssn come la medicina generale che adeguatamente già risponde ai bisogni non complessi della popolazione anziana.

Le soluzioni sono diverse e devono viaggiare su due direzioni. La prima è certamente quella già dimostrata efficace della prevenzione della disabilità per fare in modo che sempre più persone possano raggiungere età più avanzate, con buona qualità di vita e che vede protagonista il Mmg (rappresentante più immediato del Ssn) con il supporto consultoriale nelle sedi istituzionali a sede distrettuale del geriatra nel ruolo di "healthy aging life trainer".

La seconda è quella di rispondere alle domande di assistenza dovute a patologie cronico-degenerative o a una loro riacuzie. Le cronicità trovano la loro risposta assistenziale più adeguata, non solo perché meno costosa, sul territorio (ambulatorio specialistico, centri diurni, Rsa, Adi ecc.). L'ospedale sarà chiamato a regolare una trasformazione dovendosi attrezzare per affrontare le acuzie, mentre il territorio dovrà potenziare tutte le sue strutture e spingere maggiormente la sua azione operativa. Insomma diventa sempre più anacronistico parlare di siste-

ma ospedale-centrico e sarà sempre più realistico prospettare sistemi sanitari anziano-centrici. Una piccola rivoluzione che chiama a un'azione sinergica e simbiotica le tre grandi articolazioni assistenziali (Università, ospedale e territorio) nel necessario tentativo di costruire una reale rete assistenziale fondata sul "continuum", che abbracci l'anziano e che concretamente sia di garanzia con percorsi di salute validati e protetti.

La continuità potrà essere garantita solo dalla costante presenza del geriatra in tutte quelle sedi che costituiranno i nodi della rete e che saranno sempre più numerose per la crescente complessità di questa fascia di popolazione. Insomma soluzioni efficaci, Ebm validate e che non aumentino la spesa e non creino incomprensioni e conflittualità nelle cure primarie. Certo è necessario che la formazione medica si adegui e allora è auspicabile che siano rivisti i criteri di accesso alle facoltà mediche e che, comunque, l'Università proietti maggiormente la sua azione sul territorio e riduca quel gap che incontra il neo-laureato chiamato ad attività assistenziali nel setting territoriale.

### Il territorio deve fare rete

Salvatore Putignano

Presidente Associazione geriatrici extraospedalieri (Age)

Gabriele Peperoni

Vice-presidente Sumai