

Boom di errori medici assicurazioni in fuga

“Troppi danni da pagare”

E le Regioni inventano la polizza fai da te

Almeno 34mila le denunce per danni subiti in ospedali e studi medici: più 15 per cento l'anno

MICHELE BOCCI

UN BOOM di denunce per errori medici che travolge il sistema sanitario. L'aumento esponenziale di richieste danni per presunti casi di malasanità sta facendo scappare le Asl dalle assicurazioni, e viceversa. Le prime si trovano a pagare polizze sempre più care e difficilmente sostenibili, le seconde spuntano contratti troppo poco vantaggiosi, così li disdicono o non si presentano alle gare. Sempre più Regioni stanno quindi pensando di autoassicurarsi. Lo fanno già la Toscana, il Piemonte e da pochissimo la Liguria. L'idea è quella di non stipulare polizze e rimborsare i danni pescando direttamente dal proprio bilancio, dove viene accantonata una quota dedicata.

Secondo i dati dell'Ania, in un anno sono ben 34mila le denunce dei cittadini per danni subiti in ospedale o negli studi dei medici. L'aumento dal 2008 al 2009 (il dato contenuto nella relazione 2010-2011 dell'Associazione degli assicuratori) è stato addirittura del 15%. Considerando che un risarcimento medio vale tra i 25mila e i 40mila euro, la malasanità costa una cifra enorme, compresa tra 850 milioni di euro e 1 miliardo e 400 milioni all'anno. La forbice è dovuta alla velocità di liquidazione: più il tempo passa, più cresce il valore del danno. Tra l'altro appena il 10% dei casi viene rimborsato

in 12 mesi.

Arrivare in fondo a un contenzioso poi non è facile. Quando si segnala alla Asl un errore medico questa avverte l'assicurazione che può provare a conciliare con il paziente, sempre che il dottore sia d'accordo. Molto spesso si finisce a processo e i tempi lievitano.

Nella sua relazione, Ania segnala un netto aumento di litigiosità in questo settore. Il lavoro tiene conto solo delle compagnie italiane o con sede in Italia ma sul mercato ce ne sono anche molte straniere, quindi le denunce sono di più. «Sta anche aumentando il valore dei risarcimenti - commenta Roberto Manzato, direttore del ramo "vita e danni non auto" di Ania - Per le assicurazioni questo settore non è vantaggioso. Del resto si paga in media il 50% di più quanto si incassa dalle polizze». Ecco perché molte compagnie scappano dalla sanità. «Non è la mancanza della volontà di assicurare anche in un ramo storicamente in perdita - prosegue Manzato - però può succedere che le condizioni poste da chi vuole comprare una polizza non si incrocino con quelle di chi la vende». E c'è chi rischia di restare senza assicurazione. Alessandro Visconti dirige l'azienda Icp di Milano, che controlla mille posti letto tra l'altro al Buzzi e al Cto, ed è membro della Fiaso, l'associazione dei direttori generali delle Asl. «L'assicurazione che ci seguiva ci ha mandato la disdetta del contratto - racconta - Ora faremo una gara ma non so

se ci saranno concorrenti.

Potrebbe anche non presentarsi nessuno». Per Visconti il problema è centrale nella nostra sanità perché «i costi assicurativi incidono sempre più sui nostri conti. La mia azienda tra franchigia e premio di polizza spende 8 milioni di euro su un bilancio da 300 milioni». Quando si fa un'assicurazione c'è il rischio che la compagnia crolli. È successo alla Faro, che è fallita e ha lasciato alcune Asl in grande difficoltà.

Alcune Regioni hanno pensato di fare da sole. In Toscana tutto nacque quando a Careggi vennero trapiantati per sbaglio tre organi di un donatore malato di hiv. L'assicurazione, costretta a un risarcimento milionario, lo stesso anno ha disdetto la polizza. L'azienda ha così pensato di autoassicurarsi, coinvolgendo poi tutta la Regione. Nel 2009 la Toscana spendeva 45 milioni di euro di polizze assicurative per le Asl con cui copriva circa

1.500 denunce di danno all'anno. Nel 2010 ha rimborsato da sola ben il 50% dei danni da errori medici per un valore di 5 milioni di euro.

Nella restante metà ci sono sicuramente danni più importanti, ma difficilmente serviranno altri 40 milioni per risarcirli. In più i soldi sono stati dati prima ai cittadini. Il Piemonte ha adottato da tempo un sistema simile anche se conserva un'assicurazione per i casi più costosi. Da pochi giorni, poi, è partita la Liguria.

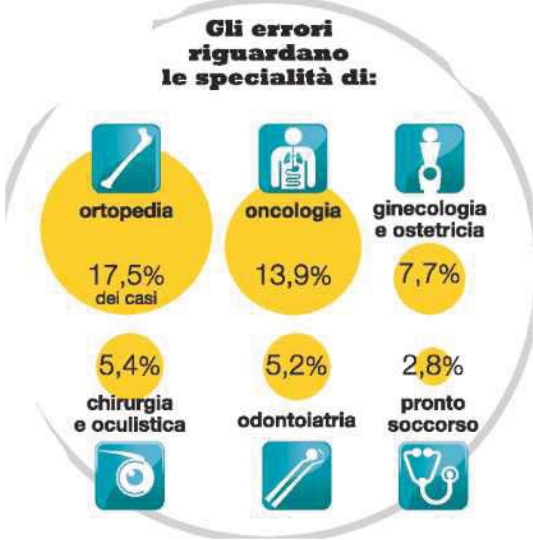
© RIPRODUZIONE RISERVATA



Denunce in crescita



fonti: Ania, Regione Toscana, Commissione d'inchiesta sugli errori sanitari



L'intervista

Il giurista Vittorio Occorsio autore di uno studio sui casi di malasanità

“Per i pazienti è più facile avere ragione e le cause sono diventate un business”

VITTORIO Occorsio è un giurista esperto di questioni sanitarie e autore del libro “Cartella clinica e responsabilità medica”, uscito a maggio scorso per Giuffrè.

Perché aumentano le richieste di risarcimento?

«Nel 2001 la Rivista italiana di medicina legale ha iniziato a parlare del paradosso di vedere accanto al progresso della medicina, indubitabile, un aumento dei processi contro i medici. Tutto è iniziato con due sentenze della Cassazione di quegli anni, che hanno dato maggior tutela al paziente, il quale non deve più accollarsi l'onere della prova cioè non deve essere lui a dimostrare la colpa del medico».

Come finiscono i processi?

«Oggi il cittadino vince più facilmente, così si fanno più cause. Per lo stesso motivo stanno nascendo studi legali che si offrono di assistere le persone nei



L'ESPERTO
Vittorio
Occorsio

processi contro il sistema sanitario e i medici. Alcuni di dubbia qualità. Basta andare fuori da ospedali come l'Umberto I primo per trovare avvocati che fermano chi esce dai reparti».

Quali sono gli effetti dell'aumento di litigiosità?

«Oltre a quelli economici, c'è la tendenza dei medici a premunirsi con una serie di scudi, tecnici e giuridici, che nuocciono allo stesso paziente. Penso alla cosiddetta medicina difensiva, per cui si prescrivono esami e altre prestazioni che non servono oppure, ad esempio, si rinuncia a fare certi interventi chirurgici difficili e cruciali perché esporrebbero maggiormente il professionista al rischio di denuncia».

(mi.bo.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Le due Italie della Sanità Bypass più rischioso al Sud

La «classifica» riservata: sotto esame 1.470 strutture

Il rapporto

Stilato dal ministero e ancora non pubblico: le disparità su cesarei e interventi al femore

ROMA — Dove si cura meglio l'infarto? Un buon centro per l'artroscopia del ginocchio? Il numero uno nella chirurgia del tumore polmonare? La risposta è nella classifica online degli ospedali italiani, pubblicata su Internet con lettura riservata agli addetti ai lavori. Studio immane del ministero della Salute realizzato da Agenas, l'agenzia per i servizi sanitari regionali diretta da Fulvio Moirano. Migliaia di dati, la fotografia dell'attività di circa 1.475 strutture tra pubbliche, private e convenzionate. I numeri mostrano la solita Italia a due marce. Il centro nord in generale più efficiente del centro sud. In alcuni centri di Piemonte o Lombardia si può essere operati di bypass con un rischio di mortalità sovrapponibile a 0. In certi ospedali siciliani il rischio sfiora il 10%. Ma anche nell'ambito di una stessa Asl esistono situazioni in bianco e nero. La possibilità per una persona anziana di essere operata al femore entro 48 ore dal trauma (tempo considerato ottimale per ridurre le complicanze) oscillano tra il 2% in provincia di Frosinone e l'80% a Firenze e dintorni.

Metodo

Il lavoro fa parte del Programma nazionale esiti. L'edizione 2005-2009 è stata consegnata la scorsa estate alle Regioni. Si sta riflettendo sull'opportunità di renderlo pubblico. Per ora solo i tecnici hanno ricevuto codici personali per entrare nelle pagine dell'apposito sito web.

Le «pagelle» costituiscono uno strumento per eliminare

Il parto chirurgico

Nel Meridione praticato anche su 8 donne ogni 10. La clinica piemontese dove raggiunge il 90%

inefficienze e percentuali fuori norma. Il Lazio, ad esempio, ha già avviato la fase di correzione e si è avvantaggiato pubblicando autonomamente il rapporto 2010. Hanno intrapreso un percorso di riorganizzazione Toscana, Veneto e Sicilia. I responsabili di Agenas hanno fatto il giro d'Italia per confrontarsi con Regioni e società scientifiche. L'analisi si basa sulle schede di dimissione ospedaliera, quelle che raccontano la storia di un ricovero. Esaminati 47 indicatori corrispondenti ad altrettante prestazioni, dal bypass aortocoronarico alla colecistectomia laparoscopica, dall'ictus allo scompenso cardiaco, dall'infarto a interventi chirurgici non oncologici. Si tratta di attività accreditate dalla letteratura internazionale per diagnosticare l'efficienza dei servizi sanitari.

Risultati

Alcune delle pagine più significative riguardano la mortalità a 30 giorni dall'intervento per bypass. La media italiana è del 2,2% (poco più di due pazienti su 100 muoiono a un mese dall'operazione). Nel 2009 circa 30 ospedali non hanno superato la soglia dei 50 bypass all'anno mentre il volume considerato accettabile per la sicurezza del malato è di 200.

Sono davvero troppe invece le cardiocirurgie che marciano a scartamento ridotto dal punto di vista dell'attività. Tra le eccellenze il Monzino di Milano, la Poliambulanza di Brescia, le Molinette a Torino. Al di sotto dell'1,5% il Sacco di Milano, gli ospedali Riuniti di Bergamo, il



Careggi di Firenze, il San Camillo Forlanini di Roma (con 0,79%), l'Ismett di Palermo. La mortalità sale al sud, è superiore al 5% a Salerno, al Monaldi di Napoli, presso la casa di cura San Michele (Caserta, quasi 8%), al Papardo di Messina ma anche in alcune grandi aziende universitarie romane. Frattura di femore: in un anziano il trattamento ritenuto ottimale è l'intervento al massimo entro 2 giorni. La tempestività riduce il pericolo di complicanze. Opportunità negata in decine di ospedali del sud dove appena 5 pazienti su 100 vengono operati rispettando le linee guida internazionali. Ma anche a Milano (Niguarda, San Paolo) si scoprono ritardi sorprendenti che dipendono dall'organizzazione.

Le aziende sono corse ai ripari. Nel Lazio a fine 2009 è stata introdotta una nuova modulazione di tariffa. Il rimborso è tanto più alto quanto minore è l'attesa del paziente con femore fratturato. In Toscana questo indicatore rientra nella tabella di valutazione dei manager in fase di eventuale riconferma. Tra le

prestazioni sentinella non potevano mancare i parti con taglio cesareo primario (primo figlio). E qui la forbice è davvero ampia. Si va dalle percentuali virtuose del Buzzi (Milano), ospedali Riuniti (Bergamo), casa di cura per il Bambino (Monza) dove meno di 10 donne su 100 partoriscono con la chirurgia. A realtà del sud che potrebbero essere definite vere e proprie fabbriche di cesarei. Case di cura private dove 8 donne su 10 ricevono il taglio probabilmente senza criteri di appropriatezza, solo perché vantaggioso sul piano della remunerazione. La Campania si distingue con percentuali decisamente straordinarie, in negativo. Ci sono però esempi estremi anche in Piemonte. Presso la clinica Sedes Sapientiae il cesareo è scontato (9 volte su 10).

Uso dei dati

Si sta discutendo sull'uso dei dati. È opportuno, ci si chiede, metterli a disposizione della comunità oltre che dei decisori? È stato analizzato in un documento l'impatto socio eco-

nomico sulla popolazione. Vantaggi: il cittadino potrebbe entrare in possesso di informazioni utili per orientare le sue scelte. Ricadute negative: sarebbe discriminato chi non possiede Internet. In un'epoca di crisi, i meno abbienti e bisognosi di buona sanità. Non solo. Per tutti ci sarebbero difficoltà nel comprendere correttamente le informazioni. Uno dei possibili impedimenti potrebbe consistere nello scarso senso di fiducia del cittadino sull'obiettività dei risultati. Dunque l'uso potrebbe essere riservato ai medici di famiglia e sarebbero loro a indirizzare i pazienti verso questa o quella struttura. Anche qui esistono pro e contro. Terza ipotesi: si alle classifiche liberamente consultabili purché rielaborate in una forma di più facile lettura.

Margherita De Bac
mdebac@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Valutazione di 1.475 ospedali

Istituti pubblici e privati, 47 prestazioni valutate in base alle schede di dimissione. Dati riferiti al 2009



CESAREO

In case di cura private 8 donne su 10 ricevono il taglio probabilmente solo perché vantaggioso sul piano della remunerazione

Percentuali di parti con cesareo primario (primo figlio)
Media italiana 30%

- H Ospedali sotto 10%**
 - Ospedali Riuniti (Bergamo)
 - Buzzi (Milano)
 - Casa cura per bambino (Monza)
 - San Leonardo (Castellamare Stabia)
- H Ospedali sopra 80%**
 - Sedes Sapientiae (Torino)
 - Ospedale di Venosa (Potenza)
 - Villa Maione (Napoli)
 - Orestano (Palermo)
 - Villa Serena (Palermo)



BYPASS

Nel 2009 circa 30 ospedali non hanno superato la soglia del 50 by pass all'anno mentre il volume considerato accettabile per la sicurezza del malato è di 200

Mortalità a 30 giorni dall'intervento per bypass

Media italiana 2,2%

- H Ospedali con mortalità vicina a 0**
 - Santa Croce e Carle Cuneo
 - San Giovanni Battista (Molinetto)
 - San Gaudenzio Novara
 - Centro medico Monzino (Milano)
 - Poliambulanza (Brescia)
 - Università di Udine
 - Cattolica (Campobasso)
 - Casa Cura Mediterraneo (Napoli)
- H Ospedali con mortalità 5% e più**
 - Sant'Andrea (Roma)
 - Campus Biomedico (Roma)
 - Federico II (Napoli)
 - San Giovanni di Dio (Salerno)
 - Monaldi (Napoli)
 - San Michele (Caserta)
 - Azienda ospedaliera Palermo
 - Papardo Messina
 - Azienda universitaria Catania



FEMORE


In un anziano il trattamento ritenuto ottimale è l'intervento al massimo entro 2 giorni. La tempestività riduce il pericolo di complicanze

Possibilità di essere operati entro 48 ore dal trauma
Media italiana 30% (media inglese 80%)

- H Ospedali sotto 10%**
 - Niguarda (Milano)
 - San Paolo (Milano)
 - Ospedale di Trento
 - Ospedale di Treviso
 - Ospedale di Terni
 - Umberto I (Frosinone)
 - Icof (Latina)

Fonte: Agenas - Ministero della Salute

NORD E SUD DIVISI DAL RISCHIO SALUTE PAGELLE CHE CI AIUTANO A INTERVENIRE

 Anche l'Italia, finalmente, pubblica (online) le pagelle dei suoi ospedali, grazie a un grande studio del [ministero della Salute](#). Il quadro che emerge è, ancora una volta, quello di un Paese tagliato più o meno in due, dove è «più prudente» ammalarsi al Centro-Nord, salvo numerose e lodevoli eccezioni. Anche se è prevedibile che le classifiche saranno oggetto di critiche e distinguo, forniranno a singoli cittadini e a operatori sanitari un'utile bussola per orientare le proprie scelte e le proprie valutazioni, e quindi sono da salutare come un grande passo avanti. Consultarle, nel caso di un singolo, potrebbe fare la differenza fra la vita e la morte se si guarda ai diversi tassi di mortalità, per esempio, per un delicato intervento di cardiocirurgia (da meno dell'1% in alcuni ospedali del Nord all'8% in certi ospedali della Campania e della Sicilia). Ma non si tratta solo di questo.

Rendere pubbliche certe differenze potrebbe essere di sprone e sostegno per decisioni impopolari ma sagge, come quella di accorpate in centri di riferimento ad alta specializzazione risorse umane e fi-

nanziarie, in modo da garantire ai cittadini maggior sicurezza e al sistema maggiore efficienza. Non si ridurrà solo la mortalità operatoria ma anche i costi in termini di strumentazioni sofisticate sottoutilizzate e, talvolta, anche di professionalità non valorizzate.

Altro *vulnus* del sistema per cui le pagelle potranno essere un'occasione di «cura» è quello dell'inappropriatezza. Un esempio lampante è rappresentato dai cesarei. Possibile che in certe zone d'Italia e in certe strutture le donne abbiano bisogno del cesareo 9 volte su 10? A pensar male si fa peccato ma molto spesso ci si azzecca, diceva un celebre politico. Adesso certe discrepanze sono sotto gli occhi di tutti. Sarà più difficile per i controllori far finta di niente, lasciando pagare alle future madri un prezzo insensato in termini di salute, e a tutti i cittadini in termini di prelievo fiscale per rimborsi inutilmente elevati, visto che all'ospedale, o alla clinica, un cesareo «rende» ben di più di un parto naturale.

Luigi Ripamonti

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Contratti flessibili. Secondo il ministero è utilizzabile per gli appalti di servizi

Il lavoro a chiamata anche negli ospedali

Dopo alberghi e ristoranti, «intermittente» sempre più diffuso

PAGINA A CURA DI
Silvia Bradaschia
Giuseppe Buscema

■ Alberghi e ristoranti sono tra i principali fruitori del lavoro a chiamata, ma i settori interessati alla flessibilità che questo contratto consente sono molteplici e in continuo aumento. Un contratto ammesso anche nel comparto socio sanitario - come da recente risposta a interpello del ministero del Lavoro (si vedano il box a fianco e l'articolo in basso) - che piace perché garantisce coperture previdenziali, assistenziali e assicurative, pur lasciando alle parti un ampio margine sui tempi di utilizzo.

Il contratto a chiamata (intermittente o *job on call*) è una particolare ed elastica tipologia di rapporto di lavoro subordinato che consente prestazioni lavorative discontinue, peraltro limitate ai casi ammessi in via legislativa o dalla contrattazione collettiva.

La peculiarità consiste nel fatto che, instaurato il rapporto di lavoro, le obbligazioni delle parti insorgono in caso di chiamata: datore di lavoro per quanto concerne la retribuzione, lavoratore relativamente alla prestazione. Naturalmente, competono al lavoratore tutti gli istituti retributivi previsti per la generalità dei lavoratori, anche se il calcolo delle competenze viene effettuato in misura proporzionale all'orario svolto rispetto a quello normalmente previsto per un lavoratore a tempo pieno.

Ai fini dell'organico aziendale, il lavoratore è computato in proporzione alla prestazione lavorativa svolta nell'arco di ogni semestre.

È prevista, peraltro, la possibilità di concordare una clausola di disponibilità del lavoratore a fronte della quale viene riconosciuta un'indennità a prescindere dall'effettiva prestazione lavorativa, con l'obiettivo di impegnare il lavoratore a rispondere alla chiamata quando richiesto. La fissazione dell'ammontare dell'indennità viene demandata ai contratti collettivi e comunque in misura non inferiore al 20% della retribuzione prevista dal Contratto nazionale applicato. L'indennità non è utile ai fini del Tfr, delle mensilità aggiuntive e degli altri istituti retributivi.

Ai fini della prova, il contratto deve essere stipulato in forma scritta e il contenuto dello stesso è stabilito dall'articolo 35 del Dlgs 276/2003 (durata, ipotesi, luogo, modalità, preavviso di chiamata, misure di sicurezza, eccetera). Il contratto a chiamata è ammesso, sia a tempo determinato, sia indeterminato, per prestazioni di carattere discontinuo o intermittente individuate dai contratti collettivi. Tuttavia, salvo rari casi, la contrattazione collettiva non regola questo istituto contrattuale.

Ai sensi dell'articolo 40 del Dlgs 276/2003, comunque, in assenza di regolazione è possibile instaurare comunque il rapporto nei casi individuati dal Dm 23 ottobre 2004 che rinvia alla tipologia di attività indicate nella tabella allegata al Rd 2657/23. Il ministero del Lavoro, a tal fine, con la circolare 34/2010 dedicata al lavoro nel turismo, ha esaminato compiutamente anche il contratto a chiamata elencando tutte le qualifiche ricomprese nel Rdl del 1923 (ad esempio custodi, portinai, ca-

merieri, impiegati e interpreti in alberghi eccetera).

In ogni caso è possibile l'assunzione:

- se si tratta di lavoratori disoccupati con meno di 25 anni, o di lavoratori con più di 45 anni (anche pensionati);
- relativamente ai rapporti con prestazioni da rendere nel fine settimana (dalle ore 13 di venerdì alle ore 6 del lunedì successivo), nei periodi delle ferie estive (dal 1° giugno al 30 settembre) o delle vacanze natalizie (dal 1° dicembre al 10 gennaio) e pasquali (dalla domenica delle Palme al martedì successivo il lunedì dell'Angelo).

Non è possibile ricorrere al lavoro a chiamata per la sostituzione di lavoratori che esercitano il diritto di sciopero; nelle imprese che non abbiano effettuato la valutazione dei rischi in materia di sicurezza sul lavoro; salvo diversi accordi sindacali, presso unità produttive in cui nei sei mesi precedenti vi siano stati licenziamenti collettivi (se riguarda lavoratori adibiti alle stesse mansioni dei licenziati), sospensione dei rapporti di lavoro o di riduzione dell'orario, con diritto al trattamento di integrazione salariale.

Gli adempimenti del datore di lavoro sono: comunicazione preventiva e telematica al Centro impiego, iscrizione al libro unico entro il giorno 16 del mese successivo a quello di riferimento, consegna al lavoratore di una copia della comunicazione di assunzione o del contratto di lavoro, all'atto dell'assunzione e prima dell'inizio del lavoro (nessun obbligo, pertanto, fino all'effettiva prestazione lavorativa, circolare 20/2008). Resta confermata l'assenza di obbligo del rispetto del Dlgs 368/2001 che regola il lavoro a termine.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Gli interpelli

01 | 38/11 (21/9/2011)
Utilizzo con riferimento ad operatori socio sanitari impiegati presso strutture o aziende ospedaliere in esecuzione di un appalto di servizi

02 | 72/09 (12/10/2009)
Non si applica la disciplina del lavoro a termine (decreto legislativo 368/01), ma è consentito il rapporto a tempo determinato

03 | 48/08 (3/10/2008)
Ove non sia pattuito l'obbligo di rispondere alla chiamata può essere riconosciuto (solo per periodi di non lavoro), lo stato di disoccupazione indennizzabile con indennità

04 | 37/08 (1/9/2008)
I contratti collettivi individuano le condizioni in presenza delle quali risulta possibile utilizzarlo, mentre non hanno un potere preclusivo

05 | Prot. 25/I/0003252 (7/9/2006)
Possibile per l'attività di pulizia svolta all'interno di stabilimenti industriali (edifici destinati alla produzione industriale)

06 | Prot. 25/I/0001566 (13/7/2006)
Non applicabile ai lavoratori da occupare nell'ambito delle strutture residenziali-assistenziali per anziani

Tutte le regole



01 | FONTE NORMATIVA
• Dlgs 276/2003 articoli da 33 a 40
• Tabella occupazioni Rull 2657/23

02 | PRASSI
• Circolare ministero Lavoro 4/05
• Circolare Inps 17/06
• Circolare Inps 4/06
• Tabella occupazioni Rull 2657/23
• Circolare empals 18/08
• Nota ministero lavoro 11383/09
• Interpelli ministeriali (tabella 1)
• Circolare ministero Lavoro 34/10 (turismo)
• Messaggio Inps 7404/11

03 | TIPOLOGIA
• Lavoro subordinato
• Svolgimento di prestazioni di carattere discontinuo o intermittente

04 | SETTORI DI ATTIVITÀ
• Applicabile a tutti i settori nei casi ammessi in via legislativa o dalla contrattazione collettiva

05 | COSTI
• Lavoro di pendente come da tabelle sindacali
• Tabella occupazioni Rull 2657/23

06 | CERTIFICAZIONE DEL CONTRATTO
• Possibile certificazione del contratto presso i soggetti abilitati

07 | COMUNICAZIONE DI ASSUNZIONE
• Utilizzo telematico a Centro Impiego il giorno precedente all'inizio del lavoro

08 | CONTRATTO DI LAVORO
• Sottoscrizione di apposito contratto
• Firma scritta ai fini della prova

09 | CONTENUTO DEL CONTRATTO
• Durata
• Ipotesi che consentono la stipula del contratto
• Luogo, forme e modalità eventuale disponibilità
• Preavviso chiamata (non meno di un giorno)
• Modalità di richiesta e rilevazione della prestazione
• Trattamento economico: misura, tempi e modalità di pagamento
• Norme sicurezza

10 | LIBRO UNICO DEL LAVORO
• Se non percepisce indennità di disponibilità: registrazioni al momento della prima chiamata
• Se percepisce indennità di disponibilità: registrazioni ogni mese

11 | PRESTAZIONI INPS PRESTAZIONI INAIL
• Ordinarie del lavoro di pendente

12 | RAPPORTO DI LAVORO CON SOGGETTI EXTRACOMUNITARI
• Non consente il rilascio del permesso di soggiorno per primo ingresso
• In sede di rinnovo del permesso potrebbe presentarsi il problema del reddito insufficiente

13 | COMPUTO DEL LAVORATORE NELL'ORGANICO AI FINI DELL'APPLICAZIONE DI NORMATIVE DI LEGGE
• Il lavoratore è computato nell'organico dell'impresa in proporzione all'orario di lavoro effettivamente svolto nell'arco di ciascun semestre (Circolare Inps 17/06)

14 | APPOSIZIONE DEL TERMINE
• Possibile in ogni caso senza i vincoli del Dlgs 368/2001 (interpello 72/09 e circolare 4/05)

15 | VANTAGGI PER IL DATORE DI LAVORO
• Impiego per il lavoro temporaneo o discontinuo
• Non ricade nel sommerso

16 | VANTAGGI PER IL LAVORATORE
• Garantisce le coperture previdenziali, assistenziali e assicurative

• Possibile attività anche con più datori
• Il contratto può coesistere con altre tipologie contrattuali, a patto che tra le varie tipologie di rapporti non ci sia incompatibilità

17 | DIVIETO DI AVVIARE LAVORATORI A CHIAMATA
• Scioluzione di lavoratori in sciopero
• Unità produttive con licenziamenti collettivi (nei 6 mesi precedenti)
• Unità produttive con sospensione dell'apporto o riduzione dell'orario, con diritto al trattamento di integrazione salariale
• Imprese che non abbiano effettuato la valutazione dei rischi

18 | INDENNITÀ DI DISPONIBILITÀ (se non prevista nel contratto)
• Nessuna erogazione
• Possibile rifiuto alla chiamata da parte del lavoratore
• Nessuna conseguenza

19 | INDENNITÀ DI DISPONIBILITÀ DM 10 MARZO 2004 (se prevista nel contratto)
• 20% della retribuzione prevista dal Ccnl:
- minimo tabellare
- contingenza
- ndr
- ratei mensilità aggiuntive
• Contributi versati su ammontare effettivo (in deroga al minimale)
• In caso di impossibilità di rispondere alla chiamata il lavoratore deve informare il datore e giustificare (malattia o altro evento e durata)
• Per tale periodo non muta l'indennità di disponibilità
• Il rifiuto ingiustificato può comportare risoluzione del contratto, restituzione indennità di disponibilità, risarcimento danno

20 | DURANTE IL PERIODO DI DISPONIBILITÀ
• Al lavoratore spetta esclusivamente l'indennità di disponibilità
• Ogni altro istituto contrattuale, di natura tributativa, previdenziale e assistenziale, non compete

21 | CONTRIBUTIONE VOLONTARIA
• Il lavoratore ha facoltà di coprire con contribuzione volontaria i periodi di disponibilità o quelli durante i quali ha percepito retribuzioni inferiori a quella convenzionale (Dm del 30 dicembre 2004)

22 | AGEVOLAZIONI CONTRIBUTIVE PER IL DATORE DI LAVORO
• Non è prevista l'agilizzazione delle agevolazioni contributive (ad esempio legge 407/90 e 223/91)

23 | PENSIONE
• **Sistema retributivo o misto:** l'indennità di disponibilità concorre alla formazione dell'anzianità contributiva utile ai fini del diritto alla pensione, nonché della retribuzione imponibile ai fini previdenziali per il calcolo della prestazione pensionistica
• **Sistema contributivo:** l'indennità concorre alla formazione dell'anzianità contributiva utile ai fini del diritto alla pensione, nonché all'individuazione del montante contributivo individuale da utilizzare per la determinazione del relativo importo

24 | IL LAVORATORE ISCRITTO A LISTE DI MOBILITÀ È PERETTORE DI INDENNITÀ PIÙ RICOCCARSI CON LAVORO INTERMITTENTE
• Con obbligo di rispondere alla chiamata: trattamento di mobilità rimane sospeso
• **Senza obbligo di rispondere alla chiamata:** maggior della disoccupazione indennità riconosciuta per periodi di non lavoro (messaggio Inps 7401/11)

“È lesbica, da lei niente sangue” bufera sulla donazione negata

Roma, la donna denuncia. L'ospedale: forse un eccesso di scrupolo

I precedenti



2005

Il policlinico di Milano vieta a un 39 enne gay di donare il sangue. L'allora ministro per la Salute Storace apre un'inchiesta: "Basta discriminazioni"



2010

Nello stesso ospedale di Milano impedita la donazione a un giovane gay con un rapporto stabile. Il ministro Fazio si rivolge al Consiglio superiore di sanità

Mandata via dal medico: la sua relazione omosessuale ritenuta a rischio CARLO PICOZZA

ROMA — È lesbica, vuole donare il sangue ma si sente rispondere: «No grazie». «La relazione con la sua compagna», per il medico, «comporta rischi di trasmissione di malattie infettive». Ma lei, Licia M., 39 anni, impiegata in uno studio privato, non ci sta e denuncia «la discriminazione» consumata con il diniego del medico dell'Umberto I, il policlinico universitario più grande d'Europa. Le associazioni «a difesa» insorgono: «Vietare la donazione in base all'orientamento sessuale», per Fabrizio Marrazzo del Gay center e Roberto Stocco dell'Arcigay romano, «è fuori legge». «Sia fatta piena luce sull'episodio», esortano. Dall'Umberto I, però, Gabriella Girelli, direttrice del Centro trasfusionale, frena: «Il diniego è stato opposto non per l'omosessualità ma per i rischi valutati dal medico che l'ha ascoltata». «Non esiste alcuna legge che vieta agli omosessuali di donare sangue», continua, «solo le persone a rischio non possono farlo ed è il medico che le visita a stabilire se, sulla base del colloquio, esistano o no

pericoli per il paziente ricevente».

In altre parole il no del medico sarebbe legato ai rischi di malattie infettive trasmissibili con il sangue e non alle scelte sessuali della donna. Ma c'è un ma: «La relazione di un donatore con un'altra persona», dice Girelli, protocolli clinici alla mano, «donna o uomo che sia, deve durare da almeno quattro mesi». Come dire, la paziente può tornare «tra qualche settimana». «Ma la relazione con la mia compagna», sostiene Licia M., «è stabile e dura da più di quattro mesi». «La direttrice del Centro», aggiunge, «non è ben informata». «Sulla correttezza dell'operato dei miei collaboratori», ribatte Girelli, «mettere la mano sul fuoco».

Dopo aver confidato al medico di convivere con la sua compagna, Licia M., accompagnata da un'amica in ospedale, si è «trovata di fronte alla triste sorpresa». «Nei miei confronti», dice, «si è consumata una discriminazione: vivo e ho rapporti stabili con la mia compagna da oltre quattro mesi, quindi sono una possibile donatrice escludendo fattori di rischio legati a rapporti sessuali promiscui». «A volte», ammette Girelli, «si esagera nello scrupolo, ma le insidie vanno valutate con rigore». Di più non dice - appigliandosi al «segreto professionale del medico» - neanche di fronte

alla denuncia che la stessa paziente ha fatto con nome e cognome.

«Negli ambulatori del Centro», racconta Licia M., «un medico mi ha rivolto una serie di domande, anche sulla mia vita privata e, di fronte alla dichiarazione della mia omosessualità, mi ha detto che non potevo donare il sangue perché il mio rapporto è considerato a rischio per la trasmissione di malattie infettive». «Ma con la mia compagna non ci tradiamo», continua, «ci amiamo e rispettiamo come e forse più di tante altre coppie».

Del tema «omosessualità e donazioni» si sta occupando il Comitato dei ministri del Consiglio d'Europa i cui indirizzi sono attesi per dicembre: su spinta dei Paesi del nord Europa, sembra prevalere l'orientamento a considerare ad alto rischio l'omosessualità maschile.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



PESTE NERA DECODIFICATO IL GENOMA

L'epidemia che nel Trecento uccise quasi il 50% della popolazione europea fu resa più letale dalle cattive condizioni di vita delle popolazioni

CRISTIANA PULCINELLI

cristiana.pulcinelli@gmail.com

In quattro anni si portò via tra il 30 e il 50 per cento della popolazione europea. Non a caso passò alla storia come Morte Nera, o Peste Nera. Scoppiò nel 1346 nella città di Caffa, un avamposto dei mercanti genovesi in Crimea e fece una strage. I sopravvissuti si imbarcarono su 12 navi che dal Mar Nero fecero rotta verso il Mediterraneo. In Europa la peste dilagò rapidissimamente: nel 1347 era in Sicilia, sei mesi dopo a Venezia, nel 1349 era già arrivata sulle coste del mare del Nord, uccidendo tra il 60 e il 70% delle persone colpite. Boccaccio, testimone dell'epidemia, sosteneva che i malati morivano in tre giorni.

Il responsabile della peste fu scoperto nel 1894 da Alexandre Yersin: era un batterio che, con l'aiuto delle pulci e dei topi, aveva innescato l'epidemia. In onore del suo scopritore fu chiamato *Yersinia pestis*. Per oltre 600 anni *Yersinia pestis* rimarrà in Europa, per fortuna non raggiungendo più quel livello di mortalità e di capacità di infettare. Perché? A lungo gli scienziati si sono interrogati su questo punto. Alcuni sono anche arrivati a pensare che, in realtà, l'epidemia del Trecento non fosse di peste, ma di qualche

altra malattia.

Ora però un gruppo di ricercatori tedeschi e canadesi ha definitivamente accertato che a sconfiggere l'Europa fu davvero *Yersinia pestis*: la certezza viene dal fatto che sono riusciti a decodificare il genoma di quel batterio vecchio di 660 anni. Come raccontano sull'ultimo numero di *Nature*, tutto è avvenuto grazie al vescovo di Londra Ralph Stratford. Stratford nel 1348 costruì due nuove fosse comuni per accogliere i morti della peste: durante quell'anno a Londra ne cadevano circa 200 al giorno e i cimiteri «normali» non bastavano più. Le due aree prescelte sorgevano a East e West Smithfield, oggi sotto il centro finanziario della città.

INDAGINI NEI CIMENTERI

Proprio dai resti delle persone sepolte a East Smithfield è stato estratto il Dna del batterio della peste che li aveva uccisi e i ricercatori sono riusciti a decodificarne il genoma. È il primo genoma di un antico batterio patogeno a venire decodificato.

Dall'analisi è emerso che il batterio è comparso tra il XII e il XIII secolo: tutte le pestilenze precedenti, quindi, sarebbero dovute ad altri agenti patogeni. Inoltre, il batterio trovato a Londra è all'origine di ben 17 ceppi moderni di *Yersinia pestis*. La cosa più strana

è che sembra essere cambiato assai poco da allora: il suo genoma differisce da quello di oggi usato come riferimento solo per 100 nucleotidi. Se ne deduce che la ferocità della Peste Nera dovesse derivare da qualcos'altro, ad esempio un riarrangiamento nel genoma (ovvero uno spostamento di alcune sequenze delle basi che compongono il Dna) che è difficile da ricostruire con i piccoli frammenti recuperati dalle vittime.

FATTORI AMBIENTALI

Alcuni ipotizzano inoltre che furono fattori ambientali ed epidemiologici a rendere il batterio più cattivo. Ad esempio il fatto che, quando arrivò dalla Crimea, molti europei erano fiaccati dalla malnutrizione e da anni di clima freddo e umido. Per saperne qualcosa di più, si sta pensando di riportare in vita un batterio antico modificando il genoma del batterio moderno della peste. Un'operazione, dicono i ricercatori, del tutto sicura. Anche perché oggi, per fortuna, contro *Yersinia pestis* esistono gli antibiotici. ●

