

*Segreteria Regionale Puglia*

Caro Giacomo,

con l'avvio delle trattative ho ritenuto utile inviarti alcune riflessioni sulla questione Irap, riservandomi di esporre personalmente le altre sul documento della Sisac nel corso della prossima segreteria.

Come ben sai, in Puglia il nuovo accordo regionale ha previsto l'istituzione di forme associative complesse e contestualmente lo stanziamento di ben 18 milioni di euro per l'assunzione di personale di studio e infermieristico. Al fine di ridurre il carico burocratico del medico, liberandolo da incombenze improprie, è stato previsto per queste forme complesse l'assunzione obbligatoria del collaboratore di studio con una cospicua indennità regionale in aggiunta, persino, a quella nazionale. Differentemente, tale obbligo non è contemplato per gli infermieri in ragione della cronica carenza di questo tipo di personale. Anche le modalità organizzative: orario di studio, ambulatori dedicati, pdt e progetti obiettivo, compiti specifici per inferiori e collaboratori di studio, attività esclusiva nell'ambulatorio unico per i medici che esercitano in super gruppo; disegnano un sistema in cui ben definito, senza alcuna autonoma attività organizzativa da parte del medico di famiglia. Sistema, quello sanitario, che prevede forme e modalità di erogazione dell'assistenza assimilabili a quella ospedaliera.

L'avvio delle trattative per il rinnovo dell'ACN offre una opportunità unica per definire il ruolo giuridico del mmg. Non v'è dubbio che il rapporto che lega noi al SSN è quello del lavoro parasubordinato, ai sensi dell'art. 409 n. 3 c.p.c., avente il carattere di collaborazione coordinata e continuativa, così come richiamato da numerose sentenze comprese quelle della Suprema Corte (Corte Cass. Sez. Lav., 15 luglio 2002, n. 10255; Sez. Un., 1 dicembre 2000, n. 1241 e 22 novembre 1999, n. 813). Richiamarlo, nell'ACN, così come abbiamo fatto noi in Puglia, potrebbe essere un ulteriore tassello a nostro favore nella complessa vicenda che ci vede in prima linea nel chiedere l'esenzione dei mmg dall'imposta Irap. Ugualmente fondamentale sarebbe specificare chiaramente nell'ACN il dato che l'organizzazione dell'assistenza primaria non è legata a scelte autonome del mmg, bensì rientra in sistema ben codificato che il mmg non può autonomamente modificare e nel quale deve prestare la propria opera professionale.

In sostanza la posizione del MMG, che agisce sostanzialmente adoperando le sue capacità professionali in un sistema disegnato da norme e disposizioni autoritative per lui vincolanti, è del tutto assimilabile a quella del dirigente medico ospedaliero dipendente, il quale pure presta la sua opera inserito all'interno dell'organizzazione del SSN (con i relativi vincoli e limiti) ma ovviamente non è, né può, essere soggetto ad IRAP.

Con la circolare n. 45/E del 13/06/08 l'Agenzia delle Entrate ha stabilito che oggetto dell'imposta è il valore aggiunto costituito dalla differenza tra potenzialità produttiva del lavoratore autonomo (che conta solo su se stesso) e potenzialità produttiva del lavoratore autonomo quando coadiuvato da prestazioni lavorative e/o disponibilità finanziarie altrui, occorrendo separare la capacità produttiva del singolo professionista dalla capacità produttiva della struttura (intesa come combinazione di uomini, macchine e materiali). Senza una diversa specificazione tutto lo sforzo culturale e sindacale di questi anni teso a collocare la figura del mmg al centro del sistema di cure territoriali del SSN, inserendolo sin anche – come in Puglia – per gli aspetti legati alla programmazione all'interno delle direzioni generali e distrettuali, potrebbe essere riconsiderato alla luce di una interpretazione voluta dall'amministrazione tributaria dello Stato che ci considera solo e semplicemente liberi professionisti, autonomamente organizzati, che erogano prestazioni definite sulla base di una convenzione con le Regioni.

Un caro saluto.

Filippo Anelli