



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



# DottNet

**Tessera sanitaria, scade il 31 gennaio l'obbligo di trasmissione dati**

Redazione DottNet | 16/01/2017 17:28

Sono tenuti ad adempiere medici chirurghi, odontoiatri e strutture sanitarie: pesanti le sanzioni

Il prossimo 31 gennaio 2017 scade il termine previsto per l'invio al sistema Tessera Sanitaria dei dati delle spese mediche sostenute dai contribuenti ([clicca qui per leggere il documento completo](#)). Si tratta della prima scadenza fiscale per medici chirurghi, odontoiatri e strutture sanitarie (dagli ospedali alle Asl, alle cliniche convenzionate).

Tutti i soggetti obbligati alla trasmissione telematica al Sistema Tessera Sanitaria dei dati di spesa sanitaria dovranno provvedere ad inviare ricevute, scontrini fiscali di pagamento ed eventuali rimborsi di ogni assistito. Un onere che consentirà all'Agenzia delle Entrate di inserire questi dati nel 730 precompilato. Le sanzioni per i trasgressori sono pesanti: il nuovo Decreto Legislativo stabilisce che "in caso di omessa, tardiva o errata trasmissione dei dati, si applica la sanzione di 100 euro per ogni comunicazione omessa, con un massimo di 50mila euro". Ma a differenza dell'anno scorso le sanzioni si applicheranno a partire dal primo gennaio 2017.

Si tratta della novità introdotta dall'articolo 3, comma 3 del Decreto Legislativo 175/2014 con il quale è stato disposto che medici e strutture sanitarie dovranno comunicare all'Agenzia delle Entrate tutti i dati degli assistiti in modalità telematica ed entro il primo mese successivo al periodo di imposta di riferimento.

Ai fini della predisposizione del 730 precompilato le spese sanitarie dovranno essere inviate da ogni categoria di medico iscritto all'albo e i dati da predisporre per l'invio riguardano tutte le spese sostenute nel 2016.

La novità che è stata recentemente introdotta con il DM del 1 settembre 2016 è che tra i soggetti obbligati alla trasmissione dei dati relativi alle spese mediche rientrano anche, tra gli altri, parafarmacie e veterinari.

Spese sanitarie 730 precompilato, scadenza 31 gennaio 2017

Per l'invio dei dati al sistema Tessera Sanitaria in relazione alle spese sostenute dal 1 gennaio e fino al 31 dicembre 2016 i soggetti obbligati o gli intermediari abilitati dovranno procedere esclusivamente in modalità telematica, accedendo all'area riservata del sito sistema TS con le apposite credenziali oppure, per soggetti abilitati, con gli identificativi Entratel o Siatel Punto Fisco. In caso di mancato possesso delle credenziali richieste si potrà effettuare la registrazione inserendo tutte le informazioni relative a tipologia di richiedente e dati identificativi.

Come detto i dati da inserire riguardano le ricevute di pagamento, gli scontrini fiscali e gli eventuali rimborsi relativi alle spese sanitarie sostenute da ciascun assistito e

più nel dettaglio per il 730 precompilato bisognerà inviare tutte le fatture relative a prestazioni sanitarie, certificative, a carattere peritale rilasciate a persone fisiche. Nel caso dell'attività del medico competente, non vanno inviate le fatture rilasciate al datore di lavoro anche se persona fisica.

Per quanto riguarda le spese sanitarie per i nuovi soggetti obbligati alla trasmissione telematica di cui sopra, bisogna fare alcune specificazione. I dati di spesa da inserire riguardano:

Farmaci: spese relative all'acquisto di farmaci, anche omeopatici; dispositivi medici con marcatura CE: spese relative all'acquisto o affitto di dispositivi medici con marcatura CE; servizi sanitari erogati dalle parafarmacie: ad esempio spese relative ad eco-cardiogramma, spirometria, holter pressorio e cardiaco, test per glicemia, colesterolo e trigliceridi o misurazione della pressione sanguigna; spese agevolabili solo a particolari condizioni: protesi e assistenza integrativa (acquisto o affitto di protesi - che non rientrano tra i dispositivi medici con marcatura CE - e assistenza integrativa); altre spese sanitarie.

Per quanto riguarda invece le spese veterinarie sarà obbligatoria la trasmissione di quelle relative ad animali legalmente detenuti a scopo di compagnia o per pratica sportiva.

Il mese di gennaio si concluderà con il modello integrativo Unico 2016 o Irap 2016/Modifica del rimborso in credito d'imposta. La scadenza originale era prevista per il 29 che cade di sabato. Il documento dovrà dunque essere presentato entro il 30 gennaio. Da chi? Dai contribuenti che hanno trasmesso Unico 2016 o Irap 2016 entro il 30 settembre 2016 e vogliono modificare la scelta fatta nelle dichiarazioni già inviate, cambiando il rimborso in credito.

A febbraio, entro il 28, bisogna presentare la dichiarazione Iva annuale che riguarda il periodo d'imposta 2016. E' una delle novità fiscali del 2017 in quanto, per la prima volta, è staccata dalla dichiarazione dei redditi modello Unico e presentabile solo in forma unificata. Sarà un caso isolato perché, nel 2018, la scadenza slitterà al 30 aprile. Il 28 febbraio, inoltre, sarà l'ultimo giorno utile per ricevere dalla defunta Equitalia i carichi affidati entro il 31 dicembre

2016 al nuovo ente di riscossione. I cittadini avranno tempo fino al 31 marzo per valutare se presentare domanda di adesione agevolata.

# DottNet

## **Privacy negli studi medici: istruzioni e regolamento**

Norme rigide per la riservatezza del paziente: come comportarsi e i modelli da far firmare

La data è fissata per il 25 maggio 2018, quando entrerà in vigore il nuovo Regolamento UE 2016/679 sulla protezione dei dati. La norma (UE) 2016/679 del Parlamento e del Consiglio europei, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche in relazione al trattamento dei dati personali, nonché alla loro libera circolazione, è direttamente applicabile in tutti i Paesi dell'Unione europea, senza necessità di recepimento e sostituisce il "vecchio" Codice della Privacy (Dlgs 196/2003).

Una delle principali novità del Regolamento Privacy Ue, è l'intensificazione dei doveri che gravano sui titolari del trattamento dei dati. Vanno in questo senso l'introduzione del principio di accountability (l'obbligo di responsabilità in capo all'azienda per l'utilizzo dei dati), l'irrobustimento delle garanzie di sicurezza, l'introduzione dei principi di privacy by design (tutela del dato personale fin dalla progettazione) e privacy by default (tutela della vita privata secondo regole predefinite), dei registri aziendali, della valutazione d'impatto e della consultazione preventiva; l'immissione della nuova figura del Data Protection Officer e il ricorso alla certificazione nei processi di trattamento. Chi non si adeguerà entro la data prestabilita andrà incontro a un nuovo regime sanzionatorio che introdurrà multe fino a 20 milioni di euro o al 4 per cento del fatturato annuo globale dell'azienda.

Da maggio 2018, anche le funzioni di controllo delle Autorità garanti saranno chiamate a una collaborazione più stretta e a esercitare poteri di vigilanza stringenti a garanzia dei diritti del cittadino.

Per adempiere agli obblighi previsti dal Sistema di Adeguamento Normativa Privacy (SANP), richiedi la Privacy Box

Ma vediamo nel dettaglio che cosa deve fare il medico nel suo studio:

**RACCOLTA DEL CONSENSO:** Ci sono alcuni adempimenti che il medico è tenuto a fare per ottemperare alle norme sulla privacy. Il primo e più importante è la raccolta del consenso previa informativa sul trattamento dei dati personali.

Ovvero la dichiarazione scritta con la quale il medico informa il proprio paziente su quali dati avrà necessità di raccogliere per un efficace rapporto terapeutico, chi, oltre a lui, verrà a conoscenza di questi dati, in che modo li userà e cosa potrà fare il paziente per tutelare i propri diritti.

MODELLI D'INFORMATIVA: L'Autorità ha predisposto un modello di informativa che può essere adottato nella maggior parte dei casi dai medici e dagli odontoiatri nei propri studi professionali. E' bene precisare che si tratta di modello standard che può essere adattato e integrato nei casi in cui ciò si renda necessario. Per esempio, se il medico intende usare i dati del paziente per partecipare ad una ricerca scientifica, dovrà integrare l'informativa prospettando al paziente anche questa eventualità. In ogni caso, l'informativa può essere consegnata ad ogni singolo paziente, oppure può essere affissa nella sala d'attesa dello studio in modo da renderla conoscibile da ogni paziente.

Il consenso del paziente al trattamento dei dati sanitari deve essere raccolto all'inizio del rapporto di cura e vale a tempo indeterminato. Se il medico intende utilizzare i dati del paziente per finalità diverse e ulteriori rispetto a quelle originarie (per esempio per sperimentazione scientifica) deve integrare l'informativa e acquisire un ulteriore consenso specifico. Ma se non vi sono queste situazioni particolari, il consenso vale una volta per tutte.

Il consenso riguarda esclusivamente l'autorizzazione che il paziente dà al medico ad utilizzare i suoi dati personali per finalità di diagnosi e cura. Tutt'altra cosa è il consenso del paziente all'atto medico, che non riguarda la legge sulla privacy, bensì l'art. 32 della Costituzione, a norma del quale nessuno può essere obbligato ad un trattamento sanitario contro la sua volontà ma che è ben altra materia.

Se il medico, nel proprio studio, si avvale di personale di segreteria, deve redigere una formale lettera di incarico al trattamento dei dati sanitari al personale di segreteria, che si deve attenere alle istruzioni impartite dal medico titolare dello studio.

Se il medico si avvale di un ragioniere e/o commercialista per la tenuta della sua contabilità, anche il consulente fiscale deve firmare una lettera.

**ARCHIVIAZIONE DEI DATI:** Una volta raccolto il consenso dei pazienti e affidate ai collaboratori le rispettive responsabilità, il medico deve fare in modo che durante la sua quotidiana attività professionale i dati sanitari dei propri pazienti siano utilizzati, conservati e in definitiva

trattati in modo adeguato, a seconda che vengano conservati su carta oppure archiviati su computer. Nel caso di trattamento dei dati in forma cartacea, il medico dovrebbe istituire delle schede sanitarie per ogni singolo paziente nelle quali conservare il modulo di consenso firmato e ogni altro atto e documento inerente la salute del paziente. Le schede dovrebbero essere conservate in un luogo e in un modo tale da evitare che persone non autorizzate ne possano prendere conoscenza.

Per adempiere agli obblighi previsti dal Sistema di Adeguamento Normativa Privacy (SANP), richiedi la Privacy Box

Se il medico utilizza un computer, questo deve essere protetto da una password alfanumerica (la meno intuitiva possibile) che deve essere cambiata ogni tre mesi. Inoltre il computer deve essere protetto da un software antivirus, anti-malware e, se è connesso a internet, anche da un firewall. Infine deve essere previsto un salvataggio periodico dei dati da poter utilizzare in caso di emergenza. Le misure di protezione informatica hanno una rapida evoluzione tecnologica, per cui è opportuno che il medico possa contare su un consulente informatico di propria

fiducia per rendere il suo computer sempre protetto al massimo grado

Il paziente diretto interessato ha diritto in ogni momento a sapere quali dati che lo riguardano sono in possesso del medico, ha diritto di verificare che tali dati siano esatti e corretti, ha diritto a chiedere la cancellazione in tutto o in parte dei dati che lo riguardano e ha diritto ad ottenere copia di tutti i dati che lo riguardano.

Per adempiere agli obblighi previsti dal Sistema di Adeguamento Normativa Privacy (SANP), richiedi la Privacy Box



## **Se il web sostituisce il medico**

Curarsi dal medico o farlo on line? Nonostante la consapevolezza che on line non si possa trovare una diagnosi, né tantomeno una cura, moltissimi italiani continuano ad affidarsi in maniera sconsiderata al web. Talvolta consultando solo “dottor Google”. Un esempio di quanto questo possa essere dannoso lo abbiamo avuto con i vaccini e con le bufale rispetto alla possibile insorgenza di forme più o meno gravi di autismo. Ora, un'indagine condotta su 300 ragazzi tra i 18 e i 28 anni, ci dice che i giovani italiani individuano come principale fonte di informazione in tema di salute i blog e i siti internet, che precedono sia il medico di famiglia sia il farmacista.

### **I dati**

Lo studio mette in luce un'attenzione medio-alta dei giovani italiani nei confronti della loro salute (66%), fatto che certamente non è negativo. Il 61% dichiara svolgere attività fisica almeno una volta a settimana mentre poco più della metà (51%) ha un'elevata cura del cibo. La

questione diventa delicata quando si scopre che il 64% ricerca informazioni sulla propria salute attraverso diversi canali: al primo posto ci sono blog e siti internet (71%), mentre arriva solo secondo il medico di base, che rimane una figura fondamentale, preferito dal 63% degli intervistati. Seguono le trasmissioni tv (48%), i parenti e i conoscenti (38%) e il farmacista (31%). Decisamente negativa la tendenza all'automedicazione, in particolare nelle donne. Il 60% dei giovani è propenso a risolvere in autonomia i piccoli disturbi e il 63% afferma di ricorrere ai farmaci senza obbligo di prescrizione medica. Circa la metà dei giovani va in farmacia almeno una volta al mese, per lo più per acquistare antidolorifici (73%) e antinfluenzali (59%). Fortunatamente, sulla scelta dei farmaci da banco, il farmacista e il medico restano le principali figure di riferimento: il 67% prima dell'acquisto chiede consiglio al farmacista, mentre meno della metà (47%) chiede un farmaco specifico.

### L'importanza delle fonti

Questa ricerca ci ricorda ancora una volta che i tempi sono cambiati, ma ci mette anche in guardia nella scelta dei canali informativi che scegliamo. Per informarsi sulla salute bisognerebbe sempre cercare siti o portali attendibili,

magari che operano in partnership o con il patrocinio con aziende sanitarie ospedaliere e enti istituzionali. Quando poi si tratta di affrontare una malattia, la cosa migliore è sempre quella di lasciare a casa il Pc e rivolgersi direttamente a un medico.

# quotidiano **sanità**.it

Lunedì 16 GENNAIO 2017

## Salute Mentale. Starace (Siep): "Finanziamenti insufficienti in 18 regioni su 20. Le Regioni rispettino gli impegni da loro stesse definiti"

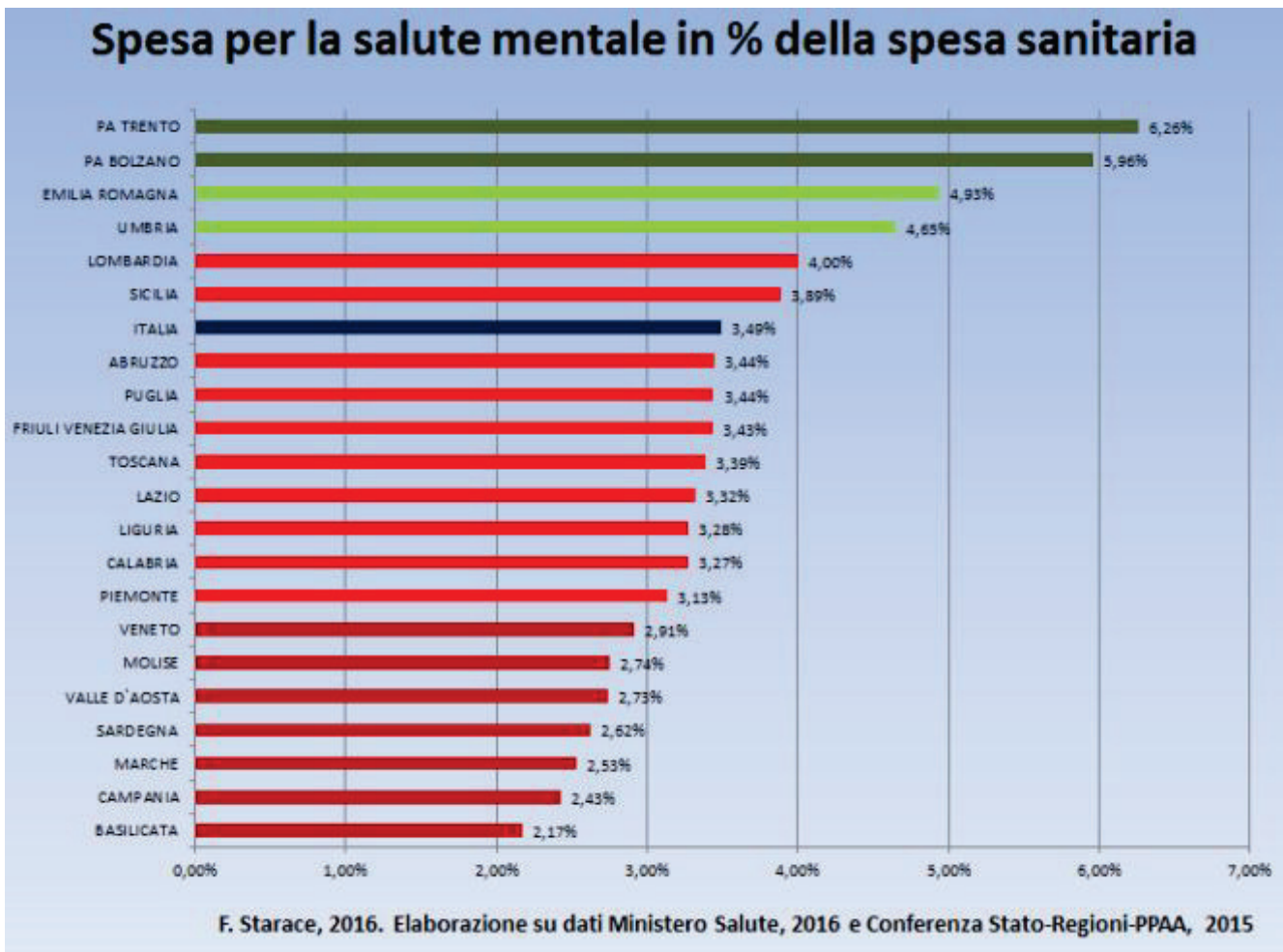
***La percentuale della spesa sanitaria dedicata alla Salute Mentale è pari al 3,49%, ben lontano quindi dalla soglia minima del 5% cui si erano impegnate le Regioni con un documento sottoscritto all'unanimità da tutti i Presidenti il 18 gennaio 2001. Si collocano al di sopra della soglia del 5% solo le PA di Trento e Bolzano, seguita dall'Emilia Romagna, con il 4,93%***

Per la Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica (Siep), la recente pubblicazione del Rapporto Salute Mentale del Ministero della Salute confermerebbe "con la spietata neutralità dei dati" il ruolo sempre più marginale oggi assegnato alle attività psichiatriche nelle Regioni italiane. La Siep, nell'Appello per la Salute Mentale, sottoscritto dai direttori dei DSM e da tutte le Società Scientifiche ed Associazioni di settore, all'aumento delle condizioni di disagio psichico della popolazione corrisponde una contrazione delle risorse economiche e di personale dei Servizi pubblici.

"Il dato più allarmante – afferma il Presidente della Siep, **Fabrizio Starace** – emerge dall'analisi dei costi per Livello di Assistenza, ricavati dai Modelli LA forniti dalle Regioni (1). Nel 2015 i flussi economici per la Salute Mentale in Italia corrispondono a 3 miliardi e 739 milioni di euro. Se si considerano i 107 miliardi e 32 milioni di euro che costituiscono il finanziamento indistinto (comprensivo della quota di riequilibrio) assegnato per lo stesso anno alle Regioni, si ricava che la percentuale della spesa sanitaria dedicata alla Salute Mentale è pari al 3,49%, ben lontano quindi dalla soglia minima del 5% cui si erano impegnate le Regioni con un documento sottoscritto all'unanimità da tutti i Presidenti il 18 gennaio 2001".

Si collocano al di sopra della soglia del 5% solo le PA di Trento e Bolzano; l'Emilia Romagna, con il 4,93% è l'unica regione sostanzialmente aderente all'impegno, mentre l'Umbria (4,65%) è l'unica che si pone al di sopra del 4%. La maggior parte delle Regioni assegna alla Salute Mentale una % della spesa sanitaria che oscilla tra il 3% ed il 4%: nella fascia alta Lombardia (4,0%) e Sicilia (3,89%), mentre nella fascia bassa troviamo Abruzzo, Puglia, Friuli Venezia Giulia e Toscana, con differenze percentuali minime tra loro, e ancora Lazio, Liguria, Calabria e Piemonte, con una quota in ulteriore riduzione. In zona critica, al di sotto del 3% della spesa, le regioni Veneto, Valle d'Aosta, Sardegna, Marche. In coda, a meno della metà della quota minima, le regioni Campania e Basilicata.

**[I dati Regione per Regione \(Fonte: Siep.it\)](#)**



Il quadro delle diverse Regioni mostra caratteristiche talvolta scontate, per altri versi inattese. Non sorprende la collocazione delle PPA di Trento e Bolzano o della regione Emilia Romagna nella parte alta, e nemmeno quella, purtroppo, della Campania e della Basilicata agli ultimi posti. Meno prevedibile la collocazione del Friuli Venezia Giulia, che con il suo 3,43% sfata il mito di un'assistenza psichiatrica non replicabile in altri contesti regionali per gli alti costi che comporterebbe, o di Marche e Veneto, pur considerate regioni di riferimento per la determinazione di costi e fabbisogni standard.

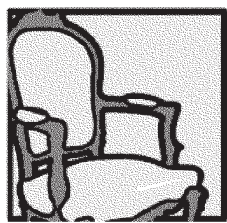
"Consapevoli che ulteriori analisi saranno necessarie per verificare la composizione della spesa e la relazione tra questa e i risultati di processo ed esito – conclude **Starace** – esprimiamo soddisfazione per questo primo, indispensabile elemento di chiarezza introdotto nel dibattito pubblico sulla Salute Mentale. Chiediamo al Presidente Bonaccini, che guida l'unica regione sostanzialmente aderente allo standard di spesa del 5%, di porre all'OdG della Conferenza Stato Regioni una riflessione su questi dati, sollecitando le Regioni inadempienti a recuperare il gap tra stato attuale e impegni assunti".

[1] Si tratta dei costi delle prestazioni/attività sanitarie e socio-sanitarie erogate in regime di residenzialità, semi-residenzialità, ambulatoriale e domiciliare, a favore delle persone adulte con disturbi mentali e/o delle loro famiglie

### Ecco le tappe della manovra

I prossimi mesi dell'anno saranno pieni zeppi di scadenze su argomenti cruciali per la sanità. A dettare la tabella di marcia è la legge di bilancio. Subito intese Stato-Regioni al banco di prova di riparto, rimborso vaccini e assunzioni.

CALABRESE A PAG. 4



Dai nuovi Lea ai superfarmaci, ecco le prossime partite previste dalla legge di bilancio

## Ssn, tutte le scadenze del 2017

Primi traguardi le intese Stato-Regioni su riparto, personale e vaccini

**C**inquanta commi (su 638 dell'articolo 1) e almeno quindici provvedimenti tra decreti ministeriali. Intese in Conferenza Stato-Regioni e determinazioni Aifa. Sono questi gli oneri - e onori - che la nuova legge di Bilancio 2017 (legge 11 dicembre 2016 n. 232 - Gu, supplemento ordinario n. 297 del 21 dicembre 2016) porta in dote a ministero della Salute, Regioni e Aifa in ambito sanitario.

**Intese in Conferenza Stato-Regioni.** Entro il 31 gennaio (vedi tabella) la Conferenza per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (Csr) sarà impegnata a individuare le modalità di riparto dello 0,1% del finanziamento del Ssn per il 2017 (comma 388), riguardo i programmi di miglioramento e riqualificazione dei servizi sanitari, che gli stessi enti del territorio dovranno presentare al Comitato Lea. La stessa scadenza vale anche per altre importanti indicazioni tra cui la sottoscrizione degli accordi (comma 392) attraverso i quali le regioni a statuto speciale e le Province autonome di Trento e di Bolzano assicurano gli effetti finanziari rispetto al fabbisogno sanitario nazionale (Fsn). Una partita che potrebbe valere una riduzione del Fsn fino a 422 milioni per il 2017 e di 603 a decorrere dal 2018. Altra Intesa in Csr per la fine di gennaio è prevista per fissare sia criteri di ripartizione delle somme per il rimborso alle regioni dell'acquisto dei vaccini ricompresi nel nuovo piano (comma 408), che per i processi di assunzione e stabilizzazione del personale (comma 409).

Denso di scadenze anche il mese di febbraio. Oltre a quanto previsto dall'articolo 2 dell'Intesa Csr 7 settembre 2016 n. 157, in merito all'aggiornamento e alla verifica dell'adeguato livello di finanziamenti dei Livelli essenziali di assistenza, le Regioni saranno occupate nel definire le linee di indirizzo in merito all'efficientamento e alla definizione di standard per la logistica distributiva, le politiche e i processi di gestione delle risorse umane nonché le tecnologie dell'informazione e della comunicazione (comma 423). Rispetto quest'ultime, inoltre, c'è da progettare anche l'infrastruttura nazionale necessaria a garantire l'interoperabilità del fascicolo sanitario elettronico che ve-

drà al lavoro regioni, l'Agenzia per l'Italia digitale e i ministeri della Salute e dell'Economia e finanze (comma 382).

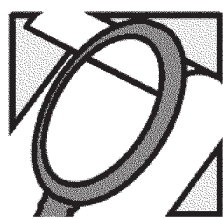
**Farmaci.** Un capitolo a parte merita il settore della farmaceutica. Sin dall'entrata in vigore della legge di bilancio 2017 cambiano i parametri dei tetti di spesa e la loro denominazione (commi 398 e 399). Prevista anche l'istituzione di due fondi, da 500 milioni ciascuno, per l'acquisto di medicinali innovativi e innovativi oncologici. Le modalità di suddivisione delle risorse saranno determinate con apposito decreto del ministro della Salute, di concerto con il ministro dell'Economia e delle Finanze, previa Intesa con le regioni (comma 405). Da osservare con attenzione quanto accadrà rispetto alla definizione dei criteri per la classificazione dei farmaci innovativi, a innovatività condizionata e dei farmaci oncologici innovativi. È previsto che entro il 31 marzo 2017 (comma 402) venga approvata una determinazione del direttore generale dell'Agenzia italiana per il farmaco, previo parere della Commissione consultiva tecnico scientifica (Cts). C'è da chiedersi se, dopo la recente bocciatura da parte del neodirettore dei nuovi criteri sull'equivalenza terapeutica fra due o più farmaci, individuati ed approvati proprio dalla Cts (Det. Aifa-Dg n. 458 del 31 marzo 2016), ci saranno altri contrasti.

Rimanendo nel settore dei medicinali, sorprese poco piacevoli per le casse delle regioni potrebbero provenire dalle novità introdotte rispetto alla spesa per i farmaci biologici e i relativi biosimilari di riferimento (comma 407). Inoltre, a differenza di quanto avvenuto nella finanziaria 2016, quest'anno non sono stati previsti meccanismi di accertamento e impegno nei bilanci delle quote di sfioramento dei tetti di spesa per l'anno 2015. Si tratta di somme ingenti che potrebbero influenzare l'entrata in piano di efficientamento di gran parte delle aziende ospedaliere o delle aziende sanitarie locali e dei relativi presidi a gestione diretta, soprattutto se si considera il restringimento dei parametri di carattere economico-gestionale (comma 390).

Insomma, in sanità i prossimi mesi nonostante la stagione si preannunciano piuttosto caldi.

Emiliano Calabrese

Legge 11 dicembre 2016 n. 232 (Bilancio di previsione 2017)	Scadenza ed enti interessati	Valore provvedimento/Commenti
<b>Commi da 116 a 123 - Progetto scientifico Human technopole</b>		
Istituzione Fondazione per creazione infrastruttura scientifica e di ricerca di interesse nazionale integrata con i settori della Salute e per la realizzazione del progetto scientifico di ricerca (Human technopole); Comitato di coordinamento della fondazione predispone schema di statuto che «disciplina, tra l'altro, la partecipazione alla fondazione di altri enti pubblici e privati...»	<b>Scadenza:</b> non definita <b>Enti interessati:</b> attuazione dei commi da 116 a 122 sono stabiliti con Dpcm su proposta del ministro dell'Economia e delle finanze, di concerto con il ministro dell'Istruzione, dell'università e della ricerca e con il ministro della Salute	Per la costituzione della Fondazione e per la realizzazione del progetto Human technopole di cui al comma 116 è autorizzata la spesa di 10 mln € per il 2017, di 114,3 mln € per il 2018, di 136,5 mln € per il 2019, di 112,1 mln € per il 2020, di 122,1 mln € per il 2021, di 133,6 mln € per il 2022 e di 140,3 mln € a decorrere dal 2023
<b>Commi da 295 a 298 - Incentivi all'attività base di ricerca</b>		
Incentivi all'attività di base della ricerca con finanziamento annuale delle attività base di ricerca dei ricercatori e dei professori di seconda fascia in servizio nelle università statali	<b>Scadenza:</b> 31 luglio di ogni anno Anvur predispone gli elenchi dei ricercatori che possono fare richiesta di finanziamento <b>Enti interessati:</b> ministero dell'Istruzione; Anvur	Stanziamiento di 45 mln € annui a decorrere dal 2017. L'importo individuale del finanziamento annuale è pari a 3.000 €, per un totale di 15.000 finanziamenti individuali
<b>Commi da 364 a 366 - Stanziamenti per il pubblico impiego</b>		
Rinnovo contratti nel Pubblico Impiego	<b>Scadenza:</b> Dpcm da adottare entro 90 giorni dalla data di entrata in vigore della legge <b>Enti interessati:</b> Presidenza Consiglio dei ministri; ministro per la Semplificazione e la pubblica amministrazione, ministro dell'Economia e delle finanze, sentiti il ministro dell'Interno e il ministro della Difesa	Comma 412 vincola quota (non definita) all'interno del finanziamento del Fsn
<b>Commi da 382 a 384 - Fascicolo sanitario elettronico</b>		
Progettazione dell'infrastruttura nazionale necessaria a garantire l'interoperabilità del Fse	<b>Scadenza:</b> entro il 31/3/2017 le Regioni comunicano l'intenzione di volersi avvalere dell'infrastruttura nazionale; entro il 30/4/2017 il Sistema Tessera sanitaria rende disponibile ai Fse dossier farmaceutici regionali i dati a disposizione; previsti successivi decreti per alimentazione e consultazione Fse e gestione codifiche <b>Enti interessati:</b> Agenzia per l'Italia digitale, ministero Salute e il ministero Economia e finanze e Regioni	È autorizzata la spesa di 2,5 mln € a decorrere dall'anno 2017
<b>Commi da 385 a 389 - Miglioramento e riqualificazione di determinate aree del Ssr</b>		
Ogni Regione può proporre al Comitato Lea un programma di miglioramento e riqualificazione di determinate aree del servizio sanitario regionale	<b>Scadenza:</b> entro 31 gennaio 2017 riparto delle quote premiali; entro 1° marzo presentazione progetti <b>Enti interessati:</b> Accordo Csr; Regioni e ministero della Salute (Comitato Lea)	0,1% del livello di finanziamento del Ssn (113 mln)
<b>Comma 390 - Piani di efficientamento Aziende ospedaliere e presidi</b>		
Riduzione dei parametri economico-gestionali per l'individuazione delle aziende ospedaliere da sottoporre a piano di efficientamento	<b>Scadenza:</b> entro il 30 giugno 2017 (vedi articolo 1, comma 524, della legge 208/2015) <b>Enti interessati:</b> Regioni	
<b>Commi 391, 392 e 394 - Finanziamento Fsn anni 2017, 2018 e 2019</b>		
Il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale è rideterminato rispettivamente in 113.000 mln €, in 114.000 mln € per il 2018 e per il 2019 in 115.000 mln €. Le Regioni a statuto speciale assicurano gli effetti finanziari previsti dal presente comma, mediante la sottoscrizione di singoli accordi con lo Stato	<b>Scadenza:</b> per il secondo punto la scadenza è il 31 gennaio 2017 <b>Enti interessati:</b> singoli accordi tra lo Stato e le Regioni a statuto speciale e le Province autonome di Trento e di Bolzano	A seguito degli esiti degli accordi, ove necessario, il livello del finanziamento del Fsn potrebbe subire un decremento fino a un massimo di 422 mln € per l'anno 2017 e 603 mln € a decorrere dall'anno 2018
<b>Comma 398 - Spesa farmaceutica per acquisti diretti</b>		
Il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera è calcolato al lordo della spesa per i farmaci di classe A in distribuzione diretta e distribuzione per conto è rideterminato nella misura del 6,89% e prende la denominazione di Tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti	<b>Scadenza:</b> a decorrere dall'anno 2017 <b>Enti interessati:</b> Aifa; Regioni	
<b>Comma 399 - Spesa farmaceutica convenzionata</b>		
Il tetto della spesa farmaceutica territoriale è rideterminato nella misura del 7,96% e prende la denominazione di Tetto della spesa farmaceutica convenzionata	<b>Scadenza:</b> a decorrere dall'anno 2017 <b>Enti interessati:</b> Aifa; Regioni	
<b>Commi da 400 a 406 - Fondo farmaci innovativi e innovativi oncologici</b>		
Istituzione del Fondo farmaci innovativi e del Fondo farmaci innovativi oncologici	<b>Scadenza:</b> costituzione dei fondi a decorrere dal 2017; determinazione Aifa per individuazione criteri di ammissibilità dei farmaci entro il 31/3/2017; ripartizione alle Regioni delle risorse dei nuovi fondi avverrà con decreto del ministero della Salute di concerto con il ministero dell'Economia e previo Intesa con Csr <b>Enti interessati:</b> Aifa (e Cts); ministero Salute; Csr	I fondi hanno una valore di 500 mln ciascuno a decorrere dal 2017
<b>Comma 408 - Rimborso acquisto vaccini</b>		
Rimborso alle regioni per l'acquisto dei vaccini ricompresi nel nuovo piano nazionale vaccini (Npnv)	<b>Scadenza:</b> entro il 31 gennaio 2017 <b>Enti interessati:</b> somme sono ripartite a favore delle Regioni sulla base dei criteri individuati con Intesa Csr	100 mln € per l'anno 2017, a 127 mln € per l'anno 2018 e a 186 mln € a decorrere dall'anno 2019
<b>Comma 409 - Processi di assunzione e stabilizzazione del personale</b>		
Processi di assunzione e stabilizzazione del personale	<b>Scadenza:</b> entro il 31 gennaio 2017 <b>Enti interessati:</b> somme sono ripartite a favore delle Regioni sulla base dei criteri individuati con Intesa Csr	75 mln € per l'anno 2017 e a 150 mln € a decorrere dall'anno 2018
<b>Commi da 413 a 422 - Acquisti centralizzati</b>		
Analisi, tramite Consip Spa, di nuovi strumenti per la centralizzazione degli acquisti e l'individuazione di linea guida utili per favorire lo sviluppo di migliori pratiche	<b>Scadenza:</b> non definita <b>Enti interessati:</b> ministero dell'Economia e delle finanze; Consip Spa; Soggetti aggregatori e Comitato guida	Incremento delle dotazioni destinate al finanziamento del Programma di razionalizzazione degli acquisti della Pa pari a € 3.000.000 per il 2017 e a € 7.000.000 a decorrere dal 2018
<b>Comma 423 - Linee di indirizzo per logistica, tecnologie Ict e gestione risorse umane</b>		
Definizione di linee di indirizzo per l'efficientamento e la definizione di standard con riferimento ai magazzini e alla logistica distributiva, alle tecnologie dell'informazione e della comunicazione nonché alle politiche e ai processi di gestione delle risorse umane	<b>Scadenza:</b> entro il 28 febbraio 2017 <b>Enti interessati:</b> Intesa Csr	
<b>Comma 602 - Edilizia sanitaria</b>		
Individuazione di iniziative urgenti di elevata utilità sociale nel campo dell'edilizia sanitaria, anche con riferimento alle sinergie tra i servizi sanitari regionali e l'Inail, valutabili da quest'ultimo ente nell'ambito dei propri piani triennali di investimento immobiliare	<b>Scadenza:</b> entro il 30 giugno 2017 <b>Enti interessati:</b> Dpcm su proposta del ministro della Salute, di concerto con il ministro del Lavoro e delle politiche sociali	



Dopo il via libera del Senato il Ddl 2224 veleggia verso la seconda lettura della Camera

# Risk, ora la legge è più vicina

I cardini: gestione del rischio e nuovi profili di responsabilità professionale

**U**na legge piantata su due pilastri: da una parte il potenziamento della sicurezza delle cure ai cittadini, dall'altra il ribilanciamento del rapporto medico-paziente. Questo è, per dichiarazione del relatore **Amedeo Bianco** (Pd), il Ddl 2224 che reca "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie".

Mercoledì scorso il testo ha incassato il via libera dell'aula del Senato: i sì sono stati 168, i no 8 e 35 gli astenuti. Poiché le modifiche apportate in aula al provvedimento, che la commissione Igiene e sanità aveva ampiamente emendato rispetto alla versione trasmessa da Montecitorio (relatore Federico Gelli, Pd), pur se in costante contatto con i deputati.

**La gestione del rischio clinico.** Il primo dei 18 articoli del testo - ora più vicino all'approvazione dopo un decennio di tentativi - sancisce il principio che la sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute, perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività e ottenibile anche mediante l'insieme di tutte le attività mi-

rate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e mediante l'impiego di risorse strutturali, tecnologiche e organizzative. Uno sforzo a cui è chiamato a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che operano in regime di convenzione con il Ssn.

All'obiettivo sicurezza delle cure la futura legge orienta tutta una serie di strumenti: a cominciare dall'attivazione in ogni Regione di un Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, deputato alla raccolta dei dati su rischi ed eventi avversi e sulle cause,

l'entità, la frequenza e l'onere finanziario del contenzioso. Informazioni che il Centro dovrà trasmettere per via telematica all'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità, da istituire con decreto della Salute presso l'Agenas, previa intesa in Conferenza Stato-Regioni. Senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, va sottolineato.

L'Osservatorio dovrà non solo raccogliere i dati regionali ma anche individuare buone pratiche per la sicurezza delle cure, nonché per la formazione e l'aggiornamento del personale esercente le professioni sanita-

rie. Misure che saranno individuate anche con il supporto delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie (previsione inserita dalla Igiene e sanità).

Il testo ribadisce l'obbligo della trasparenza delle prestazioni sanitarie: entro 7 giorni dalla presentazione della richiesta da parte dell'avente diritto, la direzione sanitaria dovrà trasmettere la documentazione sanitaria relativa al paziente. Ancora: cliniche e ospedali sono tenute a pubblicare in Internet i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati negli ultimi 5 anni.

**La revisione della responsabilità professionale.** L'altro pilastro del Ddl 2224 è la revisione della responsabilità professionale: penale, trattata all'articolo 6, e civile, di cui si occupa l'articolo 7. Il primo articolo esclude la punibilità del professionista - circoscritta per i reati di omicidio colposo e di lesioni personali alle ipotesi di

Si inverte l'onere della prova

Interventi a costo zero

colpa grave - nei casi in cui questi abbia rispettato le raccomandazioni previste dalle linee guida e, in mancanza di esse, le buone pratiche clinico-assistenziali. Ciò comporta l'inversione dell'onere della prova, che non sarà più a carico del sanitario ma del paziente stesso.

Si prevede che le linee guida siano inserite nel Sistema nazionale per le linee guida (Snlg) e pubblicate nel sito dell'Istituto superiore di Sanità. Anche in sede di determinazione del risarcimento del danno, il giudice terrà conto dell'eventuale circostanza che il professionista si sia attenuto alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate oppure, in seconda battuta, alle pratiche clinico-assistenziali.

In ambito civile si introduce la distinzione tra responsabilità contrattuale ed extracontrattuale. Si conferma come contrattuale la responsabilità della struttura sanitario o socio-sanitaria, pubblica o privata, per i danni derivanti dalle condotte dolose o colpose degli esercenti le professioni sanitarie, anche quando scelti dal paziente e non dipendenti della struttura stessa. Resta di natura contrattuale la responsabilità del professionista che abbia agito nell'adempimento di un'obbligazione contrattuale con il paziente.

Diventa invece extracontrattuale - ed è qui la "rivoluzione" introdotta dal testo - la responsabilità civile degli esercenti professioni sanitarie, sempre per danni che derivino da condotte dolose o colpose. Il risarcimento avverrà sulla base della tabella unica che aggiorna il codice delle assicurazioni private, prevista nel Ddl Concorrenza, al momento nelle secche parlamentari.

**L'obbligo di conciliazione e la rivalsa.** Chi intenda esercitare un'azione di rivalsa davanti al giudice civile per risarcimento di danno da responsabilità sanitaria, dovrà prima passare

per la conciliazione (o l'alternativa potrà esperire il tentativo di mediazione), che quindi diventa tassativa - per tutte le parti, compagnie assicurative incluse - e durante la quale si svolgerà una consulenza tecnica preventiva. Qualora non ci si "metta d'accordo", ciascuna parte potrà chiedere che la relazione del consulente sia acquisita agli atti del successivo giudizio di merito.

L'azione di rivalsa o di responsabilità amministrativa (art. 9) può essere esercitata - entro un anno dall'avvenuto pagamento, pena la decadenza e solo in caso di dolo o di colpa grave - dal pubblico ministero presso la Corte dei conti (nella versione della Camera si faceva riferimento al giudice ordinario).

Un emendamento in aula ha riscritto tutto il comma 6 art. 9: «In caso di accoglimento della domanda proposta dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria o socio-sanitaria privata o nei confronti dell'impresa di assicurazione titolare di polizza con la medesima struttura, la misura della rivalsa e quella della surrogazione richiesta dall'impresa di assicurazione (...), per singolo evento, in caso di colpa grave, «non possono superare una somma pari al valore maggiore del reddito professionale, ivi compresa la

retribuzione lorda, conseguita nell'anno di inizio della condotta causa dell'evento o nell'anno immediatamente precedente o successivo, moltiplicato per il triplo». Il precedente comma 6 dell'articolo 9 del Ddl introduceva, sempre con esclusione dei casi di dolo, il limite del triplo della retribuzione lorda annua.

Un altro emendamento approvato dall'aula, a firma Bianco, prevede che questo limite alla rivalsa non si applichi nei confronti dei medici privati e di quanti operino in regime libero-professionale dentro una strut-

tura.

**L'obbligo di assicurazione.** Lo disciplina l'articolo 10. Che conferma intanto, l'obbligo a carico delle strutture sanitarie, pubbliche o private, di polizze per responsabilità civile verso terzi e responsabilità civile verso i prestatori d'opera. L'obbligo riguarda anche le strutture socio-sanitarie e le prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramoenia, in regime di convenzione o attraverso la telemedicina. La copertura deve comprendere anche i danni causati dal personale a qualsiasi titolo operante presso la struttura, inclusi quanti svolgano formazione, aggiornamento, sperimentazione e ricerca clinica.

Le strutture devono poi stipulare una polizza per la copertura della responsabilità civile verso terzi degli esercenti le professioni sanitarie (qui il riferimento è al caso in cui il danneggiato esperisca azione direttamente nei confronti del professionista).

I professionisti che svolgano l'attività al di fuori delle strutture hanno poi l'obbligo di assicurazione per i rischi che derivino dallo svolgimento della medesima attività, anche nel caso in cui il sanitario si sia avvalso dell'ospedale nello svolgere la propria "obbligazione contrattuale" verso il paziente.

Il comma 3 introduce poi l'obbligo per gli esercenti attività sanitaria, operanti a qualsiasi titolo in strutture sanitarie o socio-sanitarie pubbliche o private, di stipulare «un'adeguata polizza» per la responsabilità per colpa grave, così da garantire efficacia alle azioni di rivalsa e di responsabilità amministrativa nonché all'azione di rivalsa della compagnia assicurativa. «Una rete di copertura della re-

sponsabilità articolata - è il commento del relatore **Amedeo Bianco** - volta alla certezza del diritto e a garantire la solvibilità del sistema risarcitorio in ogni suo profilo».

I requisiti minimi delle polizze per le strutture e per gli esercenti (con classi di rischio cui corrispondano massimali differenziati) andranno fissati da un decreto del ministro dello Sviluppo, da emanare entro 120 giorni dall'entrata in vigore della legge.

L'articolo 12 introduce la possibilità di azione diretta da parte del danneggiato verso l'impresa assicurativa, entro i limiti delle somme per le quali è stato stipulato il contratto di assicurazione. Il termine di prescrizione dell'azione diretta del danneggiato è pari a quello dell'azione verso la struttura sanitaria o socio-sanitaria pubblica o privata o l'esercente la professione sanitaria.

A un regolamento ministeriale viene infine demandata l'istituzione del Fondo di garanzia per danni derivanti da responsabilità sanitaria: l'obiettivo è "coprire" in modo totale o parziale i danni di due fattispecie: se il danno ecceda i massimali previsti dai contratti di assicurazione; se la struttura o il professionista siano assicurati presso un'impresa che al momento del sinistro si trovi in stato di insolvenza o di liquidazione coatta o vi venga posta successivamente.

**Barbara Gobbi**



*Nel testo varato dal Senato la nuova disciplina sulla responsabilità dei professionisti - Il Ddl torna alla Camera*

# Un ombrello per medici e pazienti

**I cardini: gestione del rischio e inversione dell'onere della prova - Il tutto a costo zero**

**I**l via libera dell'aula del Senato al Ddl 2224 sulla gestione del rischio clinico e la responsabilità degli operatori sanitari, arrivato mercoledì scorso dopo un'intensa concertazione, segna un passaggio fondamentale nell'iter del provvedimento. Che è ormai consolidato nei suoi contenuti fondamentali: dall'attività di gestione del rischio ai provvedimenti mirati alla trasparenza sugli eventi avversi, alla riscrittura del profilo di responsabilità per i medici dipendenti, fino alle regole sulla copertura assicurativa, estesa a tutti gli attori del potenziale contenzioso in un'ottica di certezza della tutela di pazienti, professionisti della salute e aziende.

**Sviluppo.** Testo oggi alla Camera, emendamenti fino al 23 gennaio: possibili 600 milioni annui per il nuovo credito d'imposta

# Decreto Sud a raggio più ampio

Tra le novità il bonus investimenti rafforzato e lo screening sui Patti territoriali

**Carmine Fotina**

ROMA

Da un decreto con qualche misura tampone a un provvedimento più organico per provare a sostenere l'economia del Mezzogiorno. Un vertice tra il ministro della Coesione territoriale Claudio De Vincenti e il presidente della commissione Bilancio della Camera Francesco Boccia ha iniziato a definire il perimetro di lavoro ed è emersa anche la possibilità di estendere il raggio d'azione del decreto legge 243/2016 - "Interventi urgenti per la coesione sociale e territoriale" - che proprio oggi inizia il suo iter in Parlamento.

C'è una linea più coraggiosa, volta a integrazioni di respiro, e una più cauta. Ma appare chiaro che le singole misure con relativi limitati stanziamenti su Ilva, aree di Taranto e Gioia Tauro, depurazione delle acque reflue, G7 di Taormina e Scuola Europea di Brindisi non consentono da

sole di giustificare l'enfasi con la quale il nuovo governo Gentiloni ha riproposto il Mezzogiorno come tema prioritario in agenda. Ecco dunque il rilancio di temi più trasversali attraverso la conversione in legge del decreto, a partire dalla rivisitazione del credito d'imposta per investimenti in beni strumentali nelle regioni meridionali che finora non ha funzionato secondo le attese. De Vincenti, a tale proposito, ha anticipato al Sole 24 Ore lo scorso 10 gennaio l'intenzione di eliminare alcuni vincoli dell'attuale norma ripartendo da una dote di almeno 500 milioni annui (alla fine si potrebbero sfiorare e i 600 milioni) fino al 2019. I Patti per il Sud costituiscono un altro possibile terreno di convergenza tra governo e maggioranza, ad esempio con accorgimenti per accelerarne l'attuazione. I Patti sono diventati a tutti gli effetti un pezzo della programmazione 2014-2020, sulla

quale iniziano ad accendersi i riflettori: ogni piccolo ritardo di spesa può essere fatale.

Il governo, su questo punto, è stato recentemente chiamato in causa dai deputati del M5S della Commissione Politiche Ue che hanno rispolverato un aggiornamento di aprile in base al quale su 75 Programmi operativi 2014-2020 sarebbero solo 27 le Autorità di gestione già ufficialmente designate.

Il Mezzogiorno, il cui bacino elettorale è stato probabilmente decisivo per l'esito del referendum costituzionale dello scorso dicembre, sta diventando una chiave di volta politica. Anche i segnali di rivitalizzazione del tessuto economico, iniziati nel 2015, vanno letti con estrema cautela alla luce di un bilancio complessivo della crisi che ha ampliato le distanze con il Centro-Nord, consegnando alle statistiche 330mila occupati in meno rispetto al 2007 e

quasi un giovane su due a rischio povertà.

Per questo l'esame del decreto che inizia oggi attiverà di certo una sensibilità maggiore rispetto ad analoghi provvedimenti del passato. Il termine per la presentazione degli emendamenti in commissione Bilancio è fissato per il 23 gennaio, nel frattempo si parte con le audizioni.

Oggi tocca ad Assoporti e Svimez. Domani sarà la volta del ministro dell'Ambiente Gian Luca Galletti chiamato soprattutto ad esprimersi sul piano ambientale per l'Ilva. Saranno ascoltati, tra gli altri, anche il presidente della Regione Puglia Michele Emiliano e dell'Autorità anticorruzione Raffaele Cantone.

## Decreto e fondi Ue: le priorità

### IL PROVVEDIMENTO

Il decreto interviene sulla rete di ammortizzatori sociali per i lavoratori dell'Ilva in vista della cessione dell'acciaiera, prevede poi uno stanziamento di 70 milioni per la sanità a Taranto e altri 30 milioni per interventi sociali, un sostegno (40 milioni) ai portuali di Gioia Tauro e della stessa Taranto, risorse per il G7 di Taormina del 2017 e 50 milioni in più per il Fondo per la non autosufficienza.

### CREDITO D'IMPOSTA

Cambierà il credito d'imposta per gli investimenti al Sud. La misura attualmente in vigore finora ha dato inferiori alle attese. Di qui l'idea di modificarla eliminando alcuni vincoli. Le risorse residue dovrebbero avvicinarsi ai 600 milioni annui: bassissimo infatti l'utilizzo finora da parte delle imprese. Il "bonus" è diretto all'acquisto di beni strumentali nuovi.

### PATTI TERRITORIALI

I patti territoriali prevedono, per il 2017, l'obiettivo di spendere 2 miliardi di risorse del Fondo sviluppo coesione. Il 33,4% - 681 milioni - dovrà essere speso per interventi nel settore dell'ambiente. Seguono le infrastrutture (420,6 milioni pari al 20,6%). Il pacchetto sviluppo economico e produttivo si ferma a 400,6 milioni che pesano per il 19,6 per cento

### FONDI UE 2014-2020

Il ministero per la Politica di coesione respinge le critiche sulla partenza lenta della programmazione dei fondi 2014-2020. «L'ammontare delle risorse che corrispondono a bandi o procedure che hanno già selezionato chi realizzerà l'intervento è di quasi 7 miliardi (12% fondi Fesr e Fse). Se si considera il valore dei bandi e delle procedure avviate si è al 33% dei fondi.