



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



San Felice a Cancellò Intervento decisivo per un neonato di 15 giorni

Posto di primo soccorso a rischio chiusura Ma gli operatori del presidio salvano vite

SAN FELICE A CANCELLÒ (ren.cas.) - Il Psaut (Postazione fissa di primo soccorso territoriale) rischia la soppressione per carenze di personale medico e infermieristico e gli operatori ricordano che il presidio è in grado di salvare vite. Un neonato di appena quindici giorni oggi vive grazie all'intervento del personale medico ed infermieristico e un altro esempio della professionalità degli operatori in servizio a San Felice a Cancellò è la recente testimonianza di un cittadino salvato dalle cure ricevute al presidio. Questo grazie alla competenza di un medico che, dopo aver prestato le prime cure, ha approfondito il problema



L'insegna del Psaut

effettuando un elettrocardiogramma. Da questo accertamento sono scaturiti altri esami, richiesti dal medico di base, che hanno portato all'intervento di angioplastica coronarica, ed

evitato eventi fatali.

Il personale del Psaut garantisce anche assistenza nelle situazioni di emergenza nei reparti dell'ospedale; con il servizio ambulanza, poi, copre il territorio del-

l'intera Valle. Per la carenza di personale medico ed infermieristico, si potrebbe andare incontro alla chiusura del Psaut e ciò incrementerebbe il disagio per i cittadini del comprensorio. Infatti già in passato tanti reparti sono stati "scippati" al presidio ospedaliero della città. Si confida, quindi, nel buon senso delle autorità competenti affinché non vengano tolte ai cittadini prestazioni sanitarie che potrebbero rispondere, data la favorevole posizione della struttura, alle esigenze spesso urgenti delle persone del Casertano, del Beneventano e del Napoletano.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SANITA'**Problemi alla centrale del San Sebastiano per la mancanza di personale
Emergenza 118, chiuso per 6 ore**

CASERTA (l.c.) - Centrale del 118 chiusa per 6 ore nella giornata di ieri all'ospedale Sant'Anna e San Sebastiano a causa della mancanza di personale, dalle 8 alle 14. E' un vero e proprio disastro quello che sta avvenendo al servizio di comunicazione ambulanze a causa del passaggio dall'azienda

che gestiva il servizio alla Asl. Sono rimasti in otto, nella giornata di ieri. 'Eliminati' i quattro dipendenti interinali, e a causa di problemi di salute per alcuni addetti, il servizio di emergenza risulta gravemente compromesso.

Al punto che ieri, il primario del reparto, è stato costretto a chiudere la

centrale. Una decisione inevitabile: non vi era alcun infermiere che potesse occuparsi di gestire il servizio di coordinamento per i mezzi di soccorso. Chi ha chiamato si è sentito rispondere da un addetto del cardarelli di Napoli. Un ospedale lontano ed affollato. I mezzi del nosocomio parteno-

peo difficilmente, nel caso di una vera emergenza, avrebbero avuto la possibilità di intervenire. ancora un successo per l'amministrazione del Sant'Anna e San Sebastiano e del governatore della Regione Vincenzo De Luca.

© RIPRODUZIONE
RISERVATA

IL FENOMENO

La vita oltre i cent'anni (ma attenti a un numero)

*È morta la
persona più
anziana al
mondo: era
una donna
e aveva
117 anni
e 250 giorni* *La longevità
sembra avere
un limite
Che tra 10
giorni sarà
raggiunto
dalla nuova
primatista*

Andrea Cuomo

■ Ci sono tre cose che aiutano se avete intenzione di diventare tra le persone più longeve del mondo (ma non ditelo all'Inps): essere giapponesi o, nel caso non vi aggradi il sushi, sardi; essere donne; lasciare che il mondo si dimentichi di voi, ricordandosene solo dopo che, da morti, qualcuno deciderà di dedicarvi un articolo di scarsa importanza come quello che state leggendo.

Ah, un'altra cosa che aiuta è non strafare: non sperate, cioè di andare oltre i 117 anni, che rappresentano le colonne d'Ercole (anzi, di Matusalemme) della nostra *shelf life*. È come se avessimo una data di scadenza scritta da qualche parte, un «entro e non oltre» che vale anche per quelli tra noi più ostinati nel non lasciare il grande condominio chiamato Terra. Partorirai con dolore, non berrai Champagne con il panettone e morirai al massimo a 117 anni. Che poi, vatti a lamentare.

L'altro giorno è morta la donna più vecchia del pianeta. Si chiamava Navi Tajima, era nata il 4 agosto 1900 nella prefettura di Kagoshima e nella sua vita

aveva collezionato 42.994 giorni, pari a 117 anni e 250 giorni. Era la nonna del mondo da quando era passata dall'altra parte della superficie terrestre la precedente capolista, la giamaicana Violet Brown, nata il 10 marzo 1900 e morta il 15 settembre 2017 all'età di 117 anni e 189 giorni. Tutti i supercentenari scomparsi negli ultimi dieci anni non hanno mai toccato quota 118: in quattro si sono fermati a 117 anni e spiccioli e tra essi un'alta giapponese, Misao Okawa, morta nel 2015 a 117 anni e 25 giorni; e la piemontese Emma Morano-Martinuzzi, la più longeva della storia italiana ed europea, arresasi alla biologia e alla statistica nell'aprile 2017 a 117 anni e 137 giorni.

Di due sole persone nella storia dell'umanità è stata accertata una vita più lunga: si tratta della francese Jeanne Louise Calment, morta nel 1997 a 122 anni e 164 giorni; e della statunitense Sarah deRemer Knauss, che ci ha salutato il penultimo giorno del Novecento, il 30 dicembre 1999, all'età di 119 anni e 97 giorni. Poi nella superclassifica della pazienza ci sono 6 centodiciassettenni,

10 centosedicenni e 27 centocinquicenni. Praticamente dei ragazzini.

Lo scettro di supervecchia è passato ora nella tremule mani di *lady* Chiyo Miyako, giapponese della prefettura di Kanagawa, che tra nove giorni, il 2 maggio, entrerà anche lei nei 117. Al secondo posto l'italiana Giuseppina Progetto-Frau, che invece è ancora a quota 115 anni (e 328 giorni): sarda della Maddalena (ma originaria della Sicilia e attualmente residente a Montelupo Fiorentino, in Toscana), conferma la tradizione di longevità dell'isola. Sono sardi, ad esempio, tre dei quattro uomini più longevi della storia: il primatista Antonio Todde (visuto 112 anni e 346 giorni), Giovanni Frau e Valerio Piroddi.

La lista delle persone viventi più longeve ci dice molto sulla geografia e la biologia di coloro che non hanno fretta a prenotare la visita della trista mietitrice. Dei 36 supercentenari con età superiore a 112 anni censiti dal Gerontology Research Group, 35 sono donne e un solo uomo, il giapponese (e te pareva) Masazou Nonaka, che ha 112 anni e 272 giorni. Il che la dice lunga sulla superiorità del

cosiddetto sesso debole, specializzato in resilienza (alcuni maschiietti userebbero altri argomenti). Tra le nazioni più rappresentate stravinca il Giappone, che ospita metà dei supervecchietti mondiali (18). Ma dietro ci siamo noi: l'Italia vanta sei «over 112», tutte donne ovviamente. A pari merito con noi gli Usa, che vantano però cinque volte e mezzo la nostra popolazione e occupano al massimo la settima piazza della classifica. Noi la seconda e la quarta. Trisnonni d'Italia, l'Italia s'è desta.

DA RECORD

Nabi Tajima



117 anni
e 250 giorni

Violet Brown



117 anni
e 189 giorni

Emma Morano



117 anni
e 137 giorni

Chiyo Miyako



116 anni
e 356 giorni

23/4/2018

Nuovi Lea e fisioterapia. Aifi: "Serve accesso diretto. La politica abbia coraggio di sviluppare modelli innovativi"

quotidiano**sanità**.it

22 APRILE 2018

Nuovi Lea e fisioterapia. Aifi: "Serve accesso diretto. La politica abbia coraggio di sviluppare modelli innovativi"

Se ne è parlato durante un convegno sul tema che si è tenuto a Bologna nell'ambito di Exposanità. Per il presidente Aifi, Mauro Tavarnelli: "Serve lo sviluppo di nuovi modelli che differiscano dall'unica risposta conosciuta finora, ovvero quella della cura all'acuzie. È necessario un accesso diretto alla nostra figura tramite il superamento del modello ospedalocentrico".

Cambia la sanità, cambia l'assistenza ai cittadini, cambia di conseguenza anche il ruolo del fisioterapista. Non più soltanto uno specialista della riabilitazione, ma anche l'attore principale quando si tratta l'argomento prevenzione, sempre più d'attualità con le trasformazioni della società e l'insorgenza sostenuta di malattie croniche tipiche di una aumentata aspettativa di vita. Una discussione che procede di pari passo con quella relativa all'introduzione dei nuovi Livelli essenziali di assistenza, definiti con l'introduzione del Dpcm del 12 gennaio 2017 ma ancora sulla difficile strada del recepimento e dell'attuazione.

"Serve lo sviluppo di nuovi modelli che differiscano dall'unica risposta conosciuta finora, ovvero quella della cura all'acuzie", spiega il presidente dell'Aifi, **Mauro Tavarnelli**, durante il convegno sul tema che si è tenuto a Bologna nell'ambito di Exposanità, la mostra internazionale della sanità e dell'assistenza. La discussione, organizzata dalla sede dell'Emilia-Romagna dell'Associazione italiana fisioterapisti, è servita dunque a ribadire "la necessità di un accesso diretto alla nostra figura tramite il superamento del modello ospedalocentrico", tiene a sottolineare Tavarnelli. E invece "una visione di tipo burocratico sta penalizzando l'approccio multidisciplinare nel trattamento dei pazienti, con il risultato di parcellizzare le cure", rincara **Vincenzo Manigrasso**, dirigente delle Professioni sanitarie della riabilitazione al Sant'Orsola-Malpighi di Bologna.

Dunque come sta proseguendo la discussione? Due sono i livelli di analisi, che tengono conto sia delle esigenze e delle richieste dei cittadini, sia dei rilievi di tecnici e politici.

Il punto di vista dei cittadini. "Stiamo scontando enormi ritardi nel recepimento dei nuovi Lea- spiega **Tonino Aceti**, coordinatore nazionale di Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato- Oltretutto esiste un problema di disponibilità di risorse economiche, derivata anche dalla mancata determinazione delle risorse". Questo si ripercuote in una "situazione disomogenea tra regione e regione": al contrario, sarebbe auspicabile "ancorare il percorso riabilitativo dei pazienti in base al loro reale bisogno e non alle risorse erogate". Dunque per Aceti "ben venga l'accesso diretto al fisioterapista, che potrebbe abbattere i costi delle cure e i tempi di applicazione. Credo infatti che potrebbe salvarci il poter utilizzare al meglio le risorse interne di cui disponiamo, mettendole al servizio della collettività".

Comprese le persone con disabilità, a patto che anche loro possano essere coinvolte "nel confronto quando si tratta di prendere provvedimenti per la qualità della vita dei cittadini", rivendica **Vincenzo Falabella**, presidente Fish. "E' un obbligo per lo Stato, eppure questo coinvolgimento è mancato anche nel confronto per l'introduzione dei nuovi Lea. Qui il ruolo del fisioterapista è centrale in un concetto riabilitativo che non deve essere più considerato come un risarcimento ma come raggiungimento di un benessere necessario a inserire la persona nel contesto sociale lavorativo e affettivo in cui vive, in modo da garantire i suoi diritti".

23/4/2018

Nuovi Lea e fisioterapia. Aifi: "Serve accesso diretto. La politica abbia coraggio di sviluppare modelli innovativi"

complessivo" della persona. "In questo senso il fisioterapista può svolgere un grande ruolo per la valutazione degli ausili e delle protesi ma anche per l'assistenza e la riabilitazione: il dibattito va ripreso e aggiornato".

Molto diretta la senatrice dell'Udc, **Paola Binetti**, secondo la quale il fisioterapista ha bisogno "non soltanto di avere più responsabilità, ma anche più spazio" per quanto riguarda il tema della prevenzione. Abbiamo un bisogno enorme di fisioterapia e a chiederlo è il nostro stesso stile di vita, costretto a fare i conti per la maggior parte con sedentarietà e sovrappeso, in persone comunque considerate sane". Secondo Binetti "il vero tema è che il fisioterapista dovrebbe entrare nella vita degli anziani e delle persone con malattie croniche e di quelle con disabilità, raggiungendole a casa con l'assistenza domiciliare o sul posto di lavoro: è lì che va fatta l'opportuna opera di rieducazione e riabilitazione per ridurre il danno a favore dell'autonomia personale e sociale, che ha una ricaduta non solo sotto il profilo del risparmio economico ma soprattutto nel garantire la dignità di vita".

La discussione nazionale si riverbera sulle regioni e sull'effettivo recepimento del decreto da parte loro. "Quella del fisioterapista, intesa come figura autonoma inserita all'interno di una presa in carico globale del paziente, può essere molto importante", sostiene **Raffaella Sensoli**, consigliere dell'Assemblea regionale dell'Emilia-Romagna. "Dobbiamo sostenere con forza il cambio di paradigma, da un sistema incentrato sulla sanità a uno basato sulla salute: con l'aumento dell'età e delle cronicità, dobbiamo concentrarci sul mantenimento dello stato di salute perché una popolazione in salute è ricca sotto tutti i punti di vista, fisico, morale, mentale ed economico, perché si generano risparmi sul Servizio sanitario nazionale".

Fisioterapisti arma vincente. Ed è proprio questo cambio di passo a vedere impegnati in prima linea i fisioterapisti. "Da tempo stiamo portando avanti il concetto che la presa in carico diretta da parte del fisioterapista crei vantaggi ai cittadini- evidenzia Tavarnerelli- In minor numero di visite, minori costi derivati da ticket e diminuzione delle liste d'attesa, generando benefici di conseguenza anche al Sistema nazionale grazie a una vera razionalizzazione delle risorse". Per questo "crediamo che la vera sfida e l'atto di coraggio che deve compiere la politica oggi vadano in questa direzione. Il fisioterapista può diventare una figura cardine nel passaggio tra presa in carico in ospedale e sul territorio: noi la chiamiamo fisioterapia d'iniziativa e vede il cittadino e il fisioterapista collegati direttamente, come deve avvenire ad esempio nelle Case della Salute. L'arma vincente- conclude il presidente di Aifi- è dunque avvicinarsi ai bisogni dei cittadini, evitare la fase acuta e gestire la cronicità".

La storia

Scopre il farmaco contro il tumore mentre Nerviano rischiava il crac

**L'eccellenza**

Elena Ardini, biologa del Nerviano Medical Sciences, salvato dai cinesi

La biologa Elena Ardini premiata a Chicago, il prodotto in licenza alla Roche: "In Italia grandi ricercatori"

ALESSANDRA CORICA

«Queste sono le prime capsule, vede? Ogni tanto le guardo. E ho la consapevolezza che questo traguardo lo abbiamo raggiunto davvero. Io e il mio team, insieme, dopo tanti anni di lavoro e di sacrificio: è una soddisfazione unica». Elena Ardini, biologa 51enne, due figli, mostra orgogliosa la boccetta di vetro con due pillole che dall'autunno 2012 porta con sé in borsa: sono compresse di Entrectinib, farmaco usato per curare alcuni tipi di tumore al polmone con alterazioni molecolari specifiche. E risultato di una ricerca tutta italiana, sviluppata a Nerviano, il centro di ricerca per anni sull'orlo del crac e

fino a poco tempo fa di proprietà della Regione. A fine marzo è arrivato, dopo una lunga trattativa, il closing con i cinesi del fondo Sari, che ne hanno acquisito il 90 per cento. E hanno, così, posto fine ad anni di angoscia e incertezza per i lavoratori della struttura. Tra cui, appunto, Ardini e il suo team che, negli stessi anni in cui la struttura rischiava il fallimento, hanno condotto il loro studio. Innovativo al punto da essere stato premiato la settimana scorsa, a Chicago, dall'Associazione americana per la ricerca sul cancro: il loro è stato il lavoro più letto e citato del 2017.

«Abbiamo iniziato a lavorare a questo farmaco nel 2006, io e la mia collega Maria Menichincheri – ricorda allora Ardini –. Per anni, non ci siamo arrese. E abbiamo lavorato, con il nostro team, nonostante tutto. Nonostante gli stipendi che ogni tanto non arrivavano, la mancanza dei fondi per comprare i reagenti, l'incertezza per il futuro. Lo abbiamo fatto perché ci credevamo. E perché siamo consapevoli che ogni volta che un ricercatore interrompe il suo lavoro, ci sono dei pazienti costretti ad aspettare di più per avere quelle terapie che potrebbero aiutarli. È una responsabilità troppo grossa».

I primi pazienti a cui è stato somministrato l'Entrectinib, all'Istituto dei tumori, hanno ricevuto le prime compresse nell'autunno del 2012: «I risultati – spiega Ardini – sono stati buoni sin dall'inizio: nella prima fase, con la somministrazione di dosi molto basse, i pazienti non hanno avuto problemi. Abbiamo allora proseguito il trial, aumentando le dosi su altri malati. E non solo i pazienti non hanno avuto

reazioni negative. Ma hanno iniziato a mostrare dei miglioramenti: ricordo una ragazza di 22 anni, malata di neuroblastoma, sul quale si decise di usare l'Entrectinib poiché presentava una di quelle alterazioni molecolari specifiche per le quali era stato formulato. Nessuno pensava che potesse avere effetto. E invece...». E invece la paziente ha iniziato a migliorare, come altri malati poi curati al Niguarda, quando la sperimentazione si è allargata: «Un successo».

Oggi il farmaco è stato dato da Nerviano in licenza all'azienda americana Ignyta (di recente acquisita dalla Roche). E il lavoro di Ardini e dei suoi colleghi – condotto proprio negli anni in cui, di Nerviano, si parlava solo a causa dei debiti insanabili e della crisi nera – è stato riconosciuto a livello internazionale: «La ricerca, in Italia, purtroppo fatica tanto. Alla fine degli anni Novanta ho lavorato per qualche tempo negli Usa, e lì è tutto diverso – dice Ardini –. Nonostante questo, però, io sono contenta di essere tornata qui. Di essere un cervello di ritorno, come mi scrivono gli amici sui social: noi italiani abbiamo grandi risorse, creatività, capacità di risolvere i problemi. Qui in Italia la ricerca si può fare, la nostra storia lo dimostra».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le professioni sanitarie COME CAMBIA L'ACCESSO AL LAVORO

Le linee guida

A maggio il vademecum con le indicazioni per istruire la pratica d'iscrizione

L'esborso

Le procedure saranno dematerializzate
Tassa d'ingresso verso quota 300 euro

L'attuazione della legge Lorenzin

Consigli e commissioni in attesa di due decreti

Per completare il puzzle della nuova vita ordinistica delle professioni sanitarie mancano all'appello altri due decreti attuativi della legge Lorenzin: quello sulla composizione delle commissioni d'albo e quello sulla composizione del consiglio direttivo del nuovo Ordine multi-professione e del nuovo Ordine delle professioni infermieristiche.

Dopo l'approvazione della legge Lorenzin - un provvedimento omnibus, definito come una delle grandi riforme della sanità dell'ultima legislatura, accanto a quella sulla responsabilità professionale - varata sul filo di lana dopo quattro anni di gestazione in Parlamento, il primo decreto attuativo del ministero della Salute è stato il quello del 13

marzo sull'istituzione dei nuovi albi e del super-Ordine.

Il secondo, firmato subito dopo, è quello che disciplina le procedure per la composizione dei seggi elettorali e lo svolgimento delle elezioni per il rinnovo degli Ordini delle professioni sanitarie. Quest'ultimo provvedimento detta le regole anche per la presentazione delle liste e per lo svolgimento delle operazioni di voto e di scrutinio nonché le modalità di conservazione delle schede.

Ora sono attesi gli ultimi due atti fondamentali per chiudere il cerchio. Si tratta del decreto per determinare la composizione del consiglio direttivo dell'Ordine dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche,

della riabilitazione e della prevenzione, nonché la composizione del Consiglio direttivo dell'Ordine delle professioni infermieristiche.

Un altro decreto dovrebbe poi determinare la composizione delle commissioni di albo all'interno dell'Ordine multi-albo, nonché la composizione delle commissioni di albo all'interno dell'Ordine delle professioni infermieristiche.

Ro.M.

Impresa & territori

Convegno. 3 maggio

La frontiera del valore nella sanità

Giovedì 3 maggio dalle 9, presso l'auditorium in via Monte Rosa 91a Milano, si terrà il convegno «Value Based HealthCare. Una strategia per l'Italia», promosso da Medtronic in collaborazione con Sanità 24-Il Sole 24 Ore. Al centro dell'incontro la strategia per definire nuovi modelli sanitari basati sul valore, con l'obiettivo di migliorare gli esiti di salute dei pazienti, pur contenendo le risorse. Interverranno Andrea Urbani, dg Programmazione sanitaria del ministero della Salute, e Giulio Gallera, assessore al Welfare in Lombardia.

Norme e tributi

Dichiarazioni 2018. In assenza delle indicazioni di legge i giudici delineano il perimetro dei «piccoli» tenuti a versare l'imposta

Irap in bilico su beni e collaboratori

Test sull'autonoma organizzazione per i professionisti che impiegano strutture e dipendenti

PAGINA A CURA DI
Giorgio Gavelli

Anche per il modello Irap 2018 la preoccupazione principale di lavoratori autonomi e piccoli imprenditori riguarda il perimetro della soggettività passiva, ossia l'esatta individuazione di chi è tenuto all'imposta. Sino ad ora, infatti, il legislatore non ha posto le regole, lasciando alla giurisprudenza il compito di definire il confine tra la presenza dell'autonoma organizzazione - requisito necessario per essere soggetti al tributo regionale - e la sua assenza. Le istruzioni si limitano a segnalare che non sono interessati dal tributo:

- a) i soggetti che esercitano attività agricola di cui all'articolo 32 Tuir;
- b) le cooperative agricole e della piccola pesca di cui all'articolo 10 del Dpr 601/1973 e quelle di servizi nel settore selvicolturali;
- c) i soggetti in regime di vantaggio ("minimi"), compresi gli esercenti arti o professioni con i requisiti per rientrare nel predetto regime, a prescindere dal fatto che se ne siano avvalsi (circolare 45/E/2008);
- d) i soggetti in regime forfettario;
- e) i medici che abbiano sottoscritto convenzioni con le strutture ospedaliere per svolgere la professione all'interno di tali strutture, dove gli stessi percepiscano per questa attività

più del 75% del proprio reddito complessivo.

L'elenco non comprende, ovviamente, tutti i soggetti esclusi dal tributo regionale per mancanza dei presupposti impositivi, in particolare di quell'autonoma organizzazione che, secondo la Cassazione, ricorre quando il contribuente:

- sia, sotto qualsiasi forma, il responsabile dell'organizzazione, e non sia quindi inserito in strutture organizzative riferibili ad altrui responsabilità ed interesse;
- impieghi beni strumentali eccedenti, secondo l'id quod plerumque accidit, il minimo indispensabile per l'esercizio dell'attività in assenza di organizzazione, oppure si avvalga in modo non occasionale di lavoro altrui in misura eccedente l'impiego di un dipendente con mansioni esecutive.

Difficile calare questi concetti nella realtà quotidiana delle tante figure professionali e di piccola impresa. Vediamo quali sono i dubbi principali.

Dipendenti e collaboratori

Se è confermato dalla recente giurisprudenza l'orientamento emerso con la sentenza a Sezioni unite 9451/2016 sull'irrilevanza, a questi fini, dell'addeito con funzioni meramente esecutive (Cassazione 26654 e 20797 del 2017, 23557 e 17506 del 2016), anche nel caso di due dipendenti

per una sostituzione di maternità (Cassazione 27378/2017), altrettanto non può dirsi per figure quali il praticante e il collaboratore familiare. Nel primo caso, alcune recenti pronunce (Cassazione 4783/2018 e 1723/2018) paiono mettere in discussione il principio, fino a ora sempre affermato, che chi "impara" il mestiere non può accrescere il valore aggiunto dell'attività del dominus.

Parallelamente, la Suprema corte non sembra aver definito il contrasto interno sul ruolo da attribuire al collaboratore familiare (24060 e 17429 del 2016).

Beni strumentali

L'indagine forse più complicata riguarda il "peso" dei beni strumentali, in bilico tra un orientamento (ad esempio, pronuncia 17671/2016) - secondo cui anche spese rilevanti e una dotazione strumentale di valore possono non integrare il presupposto impositivo, laddove indispensabili per l'esercizio della specifica attività professionale o d'impresa esercitata - e altri più restrittivi. Non ancora definito è il ruolo svolto dalla disponibilità di studi professionali e ambulatori, in quanto è sempre difficile collegare l'utilizzo dell'immobile con il risultato dell'attività professionale.

Struttura

Le pronunce delle Sezioni unite

del 2016 consentono di eliminare i dubbi con riferimento a studi associati e società semplici di persone, che, di regola, secondo la Cassazione, versano sempre l'Irap.

Soluzione opposta, invece, per i medici che operano nelle forme della "medicina di gruppo", esonerata anche se i componenti della struttura condividono le spese di personale di segreteria o infermieristico.

FIRIPRODUZIONE RISERVATA

FOCUS

No alla cartella e anche al tributo

Molti professionisti - temendo di incappare nell'omesso dichiarazione - dichiarano l'Irap ma non la versano. Gli uffici mandano la cartella. Interessata la impugnare il Fisco sostiene l'impossibilità di far valere l'assenza di autonoma organizzazione. La Cassazione, invece, con giurisprudenza consolidata da ultimo 5727/2018 e 15542/2017,

Gli ultimi sviluppi della giurisprudenza

Rosso: va pagato il tributo e inviata la dichiarazione. **Verde:** non si fa la dichiarazione e non si versa l'Irap, eventualmente andando a rimborso. **Giallo:** situazione "di confine" da approfondire

PERSONALE MERAMENTE ESECUTIVO

La presenza di personale di segreteria non fa scattare l'autonomia organizzativa (Cassazione 26654 e 20797 del 2017; 23557 e 17506 del 2016), anche nel caso di due dipendenti per una sostituzione di maternità (Cassazione 27378/2017). Per il

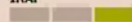
caso del medico convenzionato con il Ssn con segretaria part-time: Ctr Lombardia 3273/18/2017 e Ctr Sicilia 1780/4/2017

IRAP  NO

INCARICHI SOCIETARI E DI CONSULENTE TECNICO

Non sono soggetti a Irap i compensi del commercialista per gli incarichi di sindaco e revisore di società/entità di consulente tecnico, se li si può distinguere dall'attività professionale e ci si avvale dell'organizzazione di

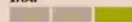
terzi (Cassazione 3790/2018; 30395, 28988 e 21161 del 2017; 22138/2016). Ctp Milano 4777/7/2017

IRAP  NO

INCARICHI FATTURATI SINGOLARMENTE

Niente Irap se l'attività di amministratore, revisore e sindaco è svolta singolarmente separatamente da quella espletata da un commercialista all'interno dello studio associato

e senza ricorrere a un'autonoma struttura organizzativa (Suprema corte 19327 e 20975 del 2016)

IRAP  NO

COMPENSI E COSTI ELEVATI

I compensi elevati non equivalgono all'organizzazione autonoma: potrebbero dipendere dalle capacità del singolo (Cassazione 29863 e 28642 del 2017). Nemmeno il valore assoluto dei costi e la

percentuale sui compensi rende soggetti Irap (Cassazione 4851, 4783 del 2018 e 9202/2017; Ctr Lombardia 4897/09/2017)

IRAP  NO

LAVORO PER STUDIO ALTRUI

Sono indici dell'assenza di autonomia organizzativa: l'inserimento in una struttura riferibile a responsabilità altrui e l'impiego minimo di beni strumentali (Cassazione 7602/2018, 25245, 12227 e 6673 del 2017). Es. professionista con studio in comodato da parente recapito presso il proprio cliente

principale o professionista collaboratore di uno studio (o di una struttura sanitaria privata). Per il partner di società di revisione con attività autonoma: Cassazione 6439/2018 e Ctp Milano 504/23/2018

IRAP  NO

DOMICILIAZIONI DELL'AVVOCATO

I compensi per le domiciliazioni corrisposti dall'avvocato a colleghi non rilevano ai fini del presupposto impositivo, esulando dall'assetto organizzativo dell'attività forense

(Cassazione 26332/2017 e 20088/2016). Analogamente, per le sostituzioni del medico di base: Ctr Lazio 7747/02/2016

IRAP  NO

PROFESSIONISTI NELLO STUDIO ASSOCIATO

L'esercizio dell'attività professionale in forma associata è sempre soggetto a Irap, anche nel caso di studio multiprofessionale (Cassazione 3792/2018, 13729/2017 e 3585/2017).

L'applicazione del tributo regionale allo studio associato è stata affermata anche da Ctr Lombardia 5164/22/2017

IRAP  SI

STUDIO CONDIVISO CON IL CONIUGE

Nel caso del professionista con studio condiviso con coniuge, anch'egli professionista, l'Irap è dovuta, data la possibilità di giovare delle reciproche competenze e della

sostituibilità nello svolgimento dell'attività (Cassazione 1089/2018 e 1136/2017)

IRAP  SI

UTILIZZO DI TRE STUDI

Fa scattare l'Irap l'utilizzo di tre studi, con beni strumentali e spese considerevoli a titolo di compensi a terzi per prestazioni afferenti l'attività professionale, (Cassazione

7495 e 6193 del 2018, 29626 del 2017, e Ctr Lombardia 3493/15/2017).

IRAP  SI

CONSULENTE FINANZIARIO CON PRATICANTE

Nel caso di un consulente finanziario con praticante remunerato non meramente esecutivo non è possibile escludere che l'apporto del praticante abbia accresciuto il

valore della consulenza fornita ai clienti (Cassazione 1723/2018 e 4783/2018)

IRAP  DIPENDE

PARTITA IVA AUTONOMA E STUDIO ASSOCIATO

Il professionista che svolge attività individuale (con partita Iva autonoma) e come componente di uno studio è esonerato dall'Irap - sul valore aggiunto individuale - se dimostra che l'attività individuale

non gode dei benefici organizzativi dell'associazione professionale (Cassazione 27042 e 24590 del 2017)

IRAP  DIPENDE

Le professioni sanitarie

COME CAMBIA L'ACCESSO AL LAVORO

Le linee guida

A maggio il vademecum con le indicazioni per istruire la pratica d'iscrizione

L'esborso

Le procedure saranno dematerializzate
Tassa d'ingresso verso quota 300 euro

Esame di Stato

Il tirocinio dei medici anticipa la laurea

Antonello Cherchi

Laurea abilitante. Questo è l'obiettivo dei medici per ridurre i tempi di ingresso nella professione. Mentre il piano dei tecnici della sanità inizia in questi giorni il percorso per delineare il nuovo super-Ordine e istituire i 19 Albi, i medici sono alle prese con la riforma dell'esame di Stato. Il traguardo di breve periodo è lo svolgimento del tirocinio prima della laurea e la revisione della batteria di test da sottoporre durante le prove di abilitazione.

Nel medio-lungo periodo si punta, però, a fare in modo che la sessione di laurea diventi anche il momento in cui il medico conquista il via libera per iniziare a lavorare. «Un percorso più complesso e che, dunque, richiede maggior tempo, ma a cui stiamo lavorando», commenta Roberto Stella, coordinatore area strategica formazione della

Fnomceo (Federazione nazionale degli Ordini dei medici e degli odontoiatri).

Il passaggio intermedio che può rappresentare il viatico per la laurea abilitante è, invece, a portata di mano. Il tavolo tecnico tra ministero dell'Istruzione e Fnomceo ha prodotto uno schema di decreto che a inizio aprile ha ricevuto il via libera (con osservazioni) del Consiglio di Stato. «E ora si entra nella fase conclusiva», sottolinea Stella.

La riforma dell'esame di Stato si articola in due momenti. Il primo è l'anticipo del tirocinio pratico-valutativo di tre mesi - che ora si svolge una volta conseguita la laurea - a prima della fine degli studi. Una novità su cui il Consiglio di Stato ha, però, avuto da ridire, sostenendo che «la peculiarità della professione medica rende più che plausibile l'espletamento del tirocinio dopo il conseguimento della laurea».

Va, inoltre, considerato che con l'anticipo «si rischia di creare sovrapposizioni con la normale attività teorico-pratica degli studenti, nonché di rendere comunque l'esame di abilitazione, seppur attualmente non connotato da particolare selettività, una prova essenzialmente teorica ed incentrata esclusivamente sul superamento di test». Per i giudici amministrativi sarebbe, dunque, opportuno legare il periodo del tirocinio prima della laurea non solo all'iscrizione dello studente agli ultimi anni di corso (il quinto o il sesto anno), ma anche «alla circostanza che siano stati sostenuti positivamente gli esami fondamentali (da individuare da parte del ministero) previsti per quelle annualità».

L'altro momento della riforma è la revisione dei test: si tratterebbe di 200 quesiti a risposta multipla predisposti di volta in volta da una commis-

sione nazionale di esperti e inseriti in una nuova banca dati. Anche questo passaggio non ha convinto del tutto il Consiglio di Stato, che ha paventato un aumento delle possibilità di errore nella predisposizione dei test e, dunque, una crescita del contenzioso.

Le osservazioni di Palazzo Spada non dovrebbero, però, rallentare più di tanto l'iter del decreto. «La finalità - commenta Stella - resta quella di sveltire l'iter di accesso alla professione, che si ottiene anche aumentando da due a tre le sessioni dell'esame di Stato, che ora sono due. Con la laurea abilitante, invece, tutti questi passaggi, quello pratico e quello teorico dei test, saranno spalmati lungo il percorso di studi. Dunque, ci sarà da rivedere anche quest'ultimo». Ecco perché non è affare di domani, ma i medici sono convinti ci si arriverà.

Le nuove professioni sanitarie Una corsa di 18 mesi verso gli Albi della salute

Antonello Cherchi e Rosanna Magnano • pagina 6



Debutto. Tecnici di laboratorio biomedico, logopedisti e dietisti: sono 19 le professioni unificate nel super-Ordine

Le professioni sanitarie
COME CAMBIA L'ACCESSO AL LAVORO

Le linee guida
A maggio il vademecum con le indicazioni
per istruire la pratica d'iscrizione

L'esborso
Le procedure saranno dematerializzate
Tassa d'ingresso verso quota 300 euro

Corsa al super-Ordine della salute

Definito il cronoprogramma che entro settembre 2019 dovrà portare alla nascita dei 19 albi

Rosanna Magnano

La macchina del nuovo Ordine multi-albo che accoglierà 19 professioni sanitarie si mette in marcia. E 225mila professionisti, a partire da giugno, dovranno avviare le procedure per l'iscrizione.

Anche solo pronunciare l'acronimo del nuovo Ordine dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie

tecniche, della riabilitazione e della prevenzione (Fno Tsrmpstrp) è di per sé una sfida, ma il cronoprogramma della complessa operazione è stato fissato. E le procedure da diramare a tutte le associazioni maggiormente rappresentative saranno definite entro maggio.

«Si tratta di un vademecum indispensabile - spiega Alessandro Beux, presidente del

nuovo Ordine - per rendere il più possibile certo e omogeneo il percorso e per garantire tutti: da un lato i professionisti, che saranno tutti trattati nello stesso modo. Dall'altro per proteg-

gere i rappresentanti che gestiranno le selezioni e le iscrizioni ai relativi albi dall'ondata di ricorsi che sicuramente arriverà». Perché «tutti alzeranno la mano, ma non tutti potranno entrare. Solo chi ha seguito un adeguato percorso formativo».

Intanto si procede per gradi. Il primo passo sarà quello di nominare i rappresentanti delle associazioni delle singole professioni - potranno essere da uno a cinque per ogni regione - che dovranno istituire le pratiche di iscrizione ai nuovi albi (17 più i due preesistenti dei tecnici radiologi e degli assistenti sanitari). «Si è convenuto - continua Beux - di scegliere persone con una conoscenza giuridica adeguata, perché oltre a vagliare la documentazione che arriverà dai candidati, dovranno conoscere bene la storia dei per-

corsi formativi, così da poter riconoscere gli idonei».

Altro tema importante è la gestione dematerializzata del processo, unica strada per rispettare i 18 mesi imposti per mettere a regime il nuovo organismo. Dunque, entro settembre 2019. Un terzo punto è quello delle associazioni maggiormente rappresentative. Che fine faranno? «Fatta salva la funzione di predisposizione del fascicolo per l'iscrizione all'Ordine finché non ci saranno le commissioni d'albo - continua Beux - continueranno a fare ciò che hanno sempre fatto. Nessuna apocalisse, quindi».

Resta qualche incertezza sull'esborso che il professionista dovrà mettere in conto per iscriversi all'Ordine multi-albo. Si parla di circa 300 euro. Ma l'obiettivo è limare il più possibile la cifra e

agevolare il pagamento per chi si iscriverà entro settembre 2019. «Quel che è certo - prosegue Beux - è che andrà pagata la tassa di concessione governativa. Stiamo invece valutando quanto far pagare, tra tassa annua e contributo di segreteria, a chi si iscriverà in questa fase di transizione. Stiamo aspettando i pareri dei nostri legali e fiscalisti».

C'è, infine, la questione degli operatori esclusi dal processo di selezione dei titoli. Alcune associazioni stanno pensando di avviare dei percorsi formativi integrativi per rimanere nel mercato del lavoro. «Il tema è molto delicato - conclude Beux - e per certi versi drammatico. Le regole del gioco sono chiare: per lavorare bisogna essere iscritti all'Ordine e per farlo occorre un titolo adeguato. Altrettanto certo è che

non si allargheranno le maglie e non si faranno sanatorie. Resta il fatto che tra gli operatori senza un titolo adeguato ci sono quelli che non l'hanno mai cercato e hanno approfittato delle lacune normative, mentre altri hanno, in buona fede, seguito i percorsi disponibili. Laddove possibile, faremo di tutto per creare opportunità che consentano alle persone di recuperare in sei mesi o un anno lo scarto formativo. Ma il concetto che deve passare è che l'asticella è stata fissata e per entrare nell'Ordine bisogna superarla almeno di un millimetro».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La tabella di marcia

MAGGIO

Il 3 maggio il gruppo di lavoro Tsm (tecnici sanitari di radiologia medica)-Conaps (Coordinamento nazionale professioni sanitarie) riceve una sintesi dei contributi elaborati in più fasi, per poi presentare entro il 31 maggio,

la versione finale della procedura che i rappresentanti delle associazioni maggiormente rappresentative dovranno seguire per istituire le proposte di iscrizione dei professionisti al nuovo Ordine multi-albo.

GIUGNO

Avvio dell'istruzione delle pratiche di iscrizione da parte dei rappresentanti delle associazioni maggiormente rappresentative (ex articolo 5 del Dm 13 marzo 2018) e iscrizioni da parte dei Consigli direttivi degli Ordini Tsm.

NOVEMBRE

Assemblee degli Ordini provinciali per il bilancio previsionale 2019 del nuovo Ordine dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione.

SETTEMBRE 2019

Scade il mandato dei rappresentanti delle associazioni maggiormente rappresentative che per 18 mesi hanno vicariato le commissioni d'albo. Attesi i Dm Salute su composizione delle commissioni d'albo e del Consiglio direttivo del nuovo Ordine

NOVEMBRE 2020

Rinnovo dei consigli direttivi del nuovo super-Ordine. Per la prima volta saranno chiamati, sia come elettori sia come candidati, non più solo i tecnici sanitari di radiologia medica ma anche i professionisti degli altri albi.

MARZO 2021

Rinnovo del comitato centrale del nuovo super-Ordine. I presidenti chiamati a eleggere il comitato centrale non saranno più solo tecnici di radiologia, ma i componenti potranno essere espressione anche degli altri Albi.

Tutte le categorie interessate

I numeri delle professioni sanitarie coinvolte nell'unificazione

RIABILITATIVI	122.242	Tecnico di neuropsicopatologia	1.600
Educatore professionale	31.150	Tecnico sanitario di radiologia medica	28.081
Fisioterapista	64.366	TECNICO ASSISTENZIALE	210.950
Logopedista	11.000	Dietista	4.200
Otticista assistente di oftalmologia	4.426	Igienista dentale	7.850
Podologo	1.350	Tecnico ausilioprotesista	4.100
Tecnico della riabilitazione psichiatrica	3.480	Tecnico di fisiopatologia cardiocircolatoria e professione cardiovascolare	2.000
Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva	4.500	Tecnico ortopedico	2.800
Terapista occupazionale	2.000	PREVENZIONE	21.082
TECNICO DI AGOSTICHE	89.651	Assistente sanitario	5.437
Tecnico suolometrista	2.000	Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro	16.450
Tecnico sanitario di laboratorio biomedico	28.000	TOTALE	225.260

Fonte: elaborazioni su dati dell'Anagrafe Nazionale della Sanità