



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



## Il confine difficile Embrioni crioconservati e figli che nascono dopo la morte dei genitori

di UMBERTO AMBROSOLI

7

### Norme & tech

#### IL CONFLITTO DEL CITTADINO GLOBALE

di UMBERTO AMBROSOLI

Una coppia deceduta in un incidente stradale ha avuto un figlio oltre quattro anni dopo il decesso. Sì, avete letto bene. Liu Xi e Shen Jie non riuscivano a concepire. Nel 2013 hanno quindi intrapreso il percorso della procreazione medicalmente assistita: spermatozoi ed ovociti sono stati congelati, in vitro è stata realizzata la fecondazione e a quel punto l'embrione è pronto per essere impiantato nell'utero materno. Poco prima della data fissata per l'impianto, però, i futuri genitori sono morti. Con un'azione legale i nonni hanno ottenuto la disponibilità dell'embrione crioconservato e lo hanno portato in Laos dove nel 2017 è stato impiantato nell'utero di una madre surrogata, aggirando in tal modo i limiti posti dalla legge cinese a tale procedura. Così è nato Titian (che significa dolce), riconosciuto poi in Cina quale nipote dei suoi nonni solo dopo una complessa battaglia legale.

In altra prospettiva, Titian è parente di Louise Brown, nata a Oldham, nel nord dell'Inghilterra nel 1978 a seguito della prima fecondazione in vitro della storia. O del figlio di Alain Parpalaix e sua moglie Corinne, la quale nel 1984 ha ottenuto dal Tribunale francese di

Crétiel l'autorizzazione a ritirare dal Center d'Etude et de Conservation du sperme ciò che il marito — presto deceduto — aveva depositato appena scoperto di avere un tumore ai testicoli. Grazie alla fecondazione medicalmente assistita si stima che nel mondo siano nati più di sei milioni di bambini. Sei milioni di vite che altrimenti non ci sarebbero state. Dall'ovodonazione alla maternità surrogata: continue innovazioni hanno scandito questi quarant'anni comportando implicazioni etiche importantissime che ogni paese ha affrontato e affronta a modo proprio. Se in Italia la Legge 40 del 2004 impedisce a chi non può generare di ricorrere alla maternità surrogata, in Usa tale pratica medica è consentita addirittura a chi non ha problemi di fertilità. Il progresso scientifico, l'evoluzione dell'etica e della cultura e l'adeguamento normativo hanno ritmi diversi. Oggi il divieto ad esercitare una pratica medica in un Paese non ferma la volontà di chi di quella pratica vuole giovare, anche se dal suo esercizio discendono conseguenze giuridiche complesse ed assai rilevanti per ogni cittadino nel suo Paese di residenza. Insomma, a caratterizzare i nostri tempi c'è anche il fatto che ormai il diritto nazionale è inadeguato ad affrontare le innovazioni (pensiamo ai Bitcoin) offerte ai cittadini di un mondo globale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Il caso

# La «trincea» dei medici sotto attacco

Ettore Mautone

**I**n guardia medica, sulle ambulanze del 118 o in pronto soccorso, come in una trincea. È possibile tollerare lo stillicidio continuo di episodi di violenza ai danni di camici bianchi, che lavorano, a capo chino, negli avamposti della Salute? I numeri sono quelli di una guerra e non conoscono confini geografici visto che non ci sono solo le aggressioni di Napoli (ieri l'ultima al San Paolo, ora sono 24 dall'inizio dell'anno).

> Segue a pag. 42

Ettore Mautone

**F**anno da contrappeso, infatti, a Roma, all'ospedale Sant'Andrea, l'ira del padre di un ricoverato che si è scagliato contro la dottoressa di turno minacciandola di morte e stringendole le mani al collo. Anche a Palese, in provincia di Bari, un intero equipaggio del 118 è stato tenuto sotto scacco da un paziente amato di una sciabola, riuscendo a sfuggire per miracolo alla sua furia. Da giorni il clima all'Ospedale Civico di Palermo è incandescente con aggressioni continue. E a Pordenone le guardie alpine scortano le guardie mediche in luoghi isolati.

Il «nemico» dunque è colui che accorre per prendersi cura dell'aggressore. Quale distorsione dell'intelletto, quale capriola emozionale spinge a picchiare chi accorre per salvarci la vita? Le aggressioni preoccupano per la loro gratuità, allarmano per viltà e spregiudicatezza e non sono frenate dalla vergogna sociale che rappresentano. Le vittime si sentono assediare, sole, abbandonate. Così anche nelle aule giudiziarie quando c'è da difendersi sul piano civile e penale nei pochi procedimenti istruiti. Che durano anni, rubano tempo e denaro e dall'esito incerto. Spesso dopo dieci anni di testimonianze, rinvii, perizie e controperizie, non si riesce a cavare un ragno dal buco. E così le denunce si contano col contagocce. La paura di ritorsioni domina la scena. Il timore di esporre il fianco a quella parte di società che non ha una cultura da spendere, si è già giocata la reputazione altrove e ha smarrito la coscienza civile che dovrebbe agire da freno, scoraggiando in partenza anche la semplice querela. Che resta il primo passo necessario ad avviare il farraginoso motore della giustizia. È chiaro che con queste premesse, medici e infermieri si tengono anche le botte. Incassano in silenzio l'onta dell'assurdo. Ma intanto aumenta la frustrazione e il burn-out, ossia il rigetto patologico del carico di lavoro. E tutto il servizio dei soccorsi di prima linea ne risente. Con esso la nostra salute quando ne abbiamo bisogno. Molti medici, i più bravi o motivati, se possono abbandonano il campo. Nei pronto soccorso non ci vuole stare più nessuno e anche dalle scuole di specializzazione è difficile reperire specialisti del ramo da reclutare nei concorsi. I più bravi e capaci si rintanano dunque nei reparti e si dedicano alle cure programmate, a rapporti medico-paziente più tranquilli. Medici e chirurghi abdicano anche alla propria passione lievi-

tata negli anni dell'Università per svolgere un lavoro nelle retrovie, meno entusiasmante forse, ma foriero di altri ritmi e soddisfazioni anche economiche. Come rispondere dunque in maniera concreta e credibile a tale assurdo sgretolamento di risorse umane e professionali che fa vacillare il primo fortilizio eretto dal servizio sanitario a difesa della nostra salute?

Basterebbe ascoltare e attuare, in breve tempo, con determinazione, volontà e concretezza, i suggerimenti che arrivano dai diretti interessati. A cominciare dalla modifica dello stato giuridico dei medici in pubblici ufficiali, alla stregua delle forze dell'ordine, che renderebbero passibili d'ufficio le minacce, l'oltraggio e le aggressioni con l'aggravante dell'interruzione di pubblico servizio. Poi ci sarebbero da attuare soluzioni organizzative che pongano particolare attenzione ai luoghi e tempi delle aggressioni prevenendo tutto ciò che si può prevedere. No all'utilizzo di vetri e suppellettili pericolose nei front-office. E poi spazi separati tra operatori e utenti per arginare l'invasione degli accompagnatori, senza oscurare la dovuta informazione ai familiari sullo stato di salute dei congiunti che anzi vanno resi partecipi e responsabilizzati. Dunque informare, e fare formazione per operatori e pazienti. I primi da addestrare con tecniche e strategie evolute, già codificate nelle linee guida nazionali per la sicurezza nei luoghi di lavoro. Da addestrare a riconoscere le situazioni di rischio per disinnescare l'evoluzione di una tensione verso la violenza vera e propria. Ma anche un management del rischio capace di studiare nei dettagli come, dove, quando e perché le aggressioni avvengono, con quale frequenza e in quali frangenti, per stilare grafici e tabelle da cui distillare linee guida e *evademe cum* da mandare a memoria nelle direzioni sanitarie dove i responsabili sono chiamati a garantire tali presidi di prevenzione. Qualcuno si trincererà dietro le solite carenze di risorse e di personale. Ma è la volontà che spinge il cambiamento più di ogni altra variabile.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'allarme Nell'ospedale 24 raid dall'inizio dell'anno

## Aggressione al San Paolo medici ancora nel mirino

Una dottoressa presa a pugni  
da una paziente detenuta  
L'ira dell'Ordine: nessuna tutela

**Ettore Mautone**

**O**spedale San Paolo, ore 20 del 25 aprile: reparto di pronto soccorso. Un animato diverbio di lavoro tra una dottoressa e un portantino finisce con l'ennesima aggressione che un medico subisce, in questo caso, da una paziente, ricoverata in un altro reparto dell'ospedale (Chirurgia), ma inspiegabilmente in quel momento in "libera uscita" al pronto soccorso. La donna intervenuta nel diverbio (poi identificata dalla direzione sanitaria e con precedenti penali da scontare) qualificandosi come lontano parente del por-

tantino, non ha esitato a passare alle vie di fatto sferrando un pugno in pieno volto alla dottoressa, facendole volare gli occhiali dal naso e procurandole lesioni giudicate guaribili in 3 giorni.

> Alle pagg. 26 e 27

### La lite

La dottoressa stava ultimando una medicazione quando ha iniziato a discutere con un portantino che avrebbe dovuto portare delle provette in laboratorio. Da qui la lite e l'intervento della paziente fuori reparto.



### I reparti

L'ammalata era ricoverata in Chirurgia e invece si aggirava al pronto soccorso.

La sanità, la rissa

## San Paolo, pugni a una dottoressa aggredita da una paziente detenuta

Il medico discuteva con un portantino: la donna lo difende e picchia la specialista

Ettore Mautone

Ospedale San Paolo, ore 20 del 25 aprile: reparto di pronto soccorso. Un animato diverbio di lavoro tra una dottoressa e un portantino finisce con l'ennesima aggressione che un medico subisce, in questo caso, da una paziente, ricoverata in un altro reparto dell'ospedale (Chirurgia), ma inspiegabilmente in quel momento in "libera uscita" al pronto soccorso. La donna intervenuta nel diverbio (poi identificata dalla direzione sanitaria e con precedenti penali da scontare) qualificandosi come lontano parente del portantino, non ha esitato a passare alle vie di fatto sferrando un pugno in pieno volto alla dottoressa, facendole volare gli occhiali dal naso e procurandole lesioni giudicate guaribili in 3 giorni.

Ma andiamo con ordine: M. R. è una dottoressa intenta ad effettuare gli ultimi adempimenti necessari per le dimissioni di un paziente prima di andare via. M. R. è passata, da alcuni mesi, dai turni in ambulanza del 118, dove prima era impiegata, a quelli in ospedale. Ad un certo punto viene richiamata dai familiari di un paziente in attesa in quanto le provette dei prelievi - dalle cui analisi dipende il tempo di stazionamento in pronto soccorso, prima di un eventuale ricovero o dimissione - da circa mezz'ora stazionano nel contenitore in bella vista senza che nessuno le porti in laboratorio. Il camice bianco spiega a chi protesta che nella fase di cambio turno può capitare e abbozza una difesa dell'operatore socio-sanitario deputato a questo compito. Poi chiede a quest'ultimo di provvedere al più presto. L'operatore, V. M. uno dei più an-

ziani al San Paolo, si avvicina minaccioso alla poltrona dove il medico è seduta spingendo e protestando per essere stato ripreso, cosa che lo avrebbe esposto alle rimproveranze degli assistenti. Il medico si alza e prende in disparte l'uomo redarguendolo per il suo comportamento e chiedendo conto dei toni e degli atteggiamenti poco consoni

al ruolo e alla funzione. Poi lo avverte che se continuerà sarà costretta a un rapporto di servizio. L'invito alla calma non sortisce l'effetto sperato e l'operatore la incalza ancora. A questo punto, dalla zona dove ci sono le sedie con i pazienti e familiari in attesa, si alza una donna che si avvicina dicendo di essere parente (o conoscente) di quell'operatore che sta intanto ancora discutendo animatamente con la dottoressa. Quindi senza fiatare le sfere un pugno. La dottoressa impietrita va a farsi refertare e va via. Una sua collega che ha assistito alla scena chiama intanto le forze dell'ordine. Dopo alcuni minuti arriva la guardia giurata di turno al triage e dopo due volanti della Polizia. Gli agenti raccoglieranno le testimonianze di quanto accaduto. Il direttore sanitario di presidio Vito Rago viene informato dei fatti.

«Ho appurato che la donna che ha aggredito la nostra dipendente - avverte - è ricoverata in Chirurgia da molte settimane. Non c'era alcun motivo perché fosse in pronto soccorso. Evidentemente è ben guarita e ho chiesto al primario della Chirurgia di dimetterla immediatamente. Ho inoltre saputo che la aspetta il rientro al carcere femminile di Pozzuoli dove deve scontare una lunga condanna per gravi reati».

La donna M. I. ha dunque precedenti penali e anche, a quanto è stato appurato, una parentela con una delle famiglie camorristiche di spicco del Rione Traiano. Se così fosse, come mainon era sorvegliata? In ospedale, inoltre, avrebbe familiarizzato con un gruppo di persone che giorno e notte staziona davanti alla Rianimazione del San Paolo (ben oltre i confini e gli orari della sala di attesa), per avere sotto controllo la situazione clinica di uno dei due giovani rapinatori, protagonista della sparatoria, una settimana fa, all'Md della Loggetta.

I medici del pronto soccorso del San Paolo sono esasperati. Quello dell'altra sera è l'ennesimo episodio di violenza. «Siamo pronti - dice un dottore incrociato al triage - a presentare una denuncia penale collettiva, firmata da tutti. Non è possibile che un medico intento al proprio dovere a vantaggio della collettività, sia malmenato. È una vergogna». Intanto il direttore sanitario Rago ha disposto il reclutamento di una ulteriore unità di guardiana da utilizzare in pronto soccorso. «Provvederò con i fondi dell'ospedale, così come ho provveduto stamani a disporre la pulizia dei giardini sul retro che mesi fa avevo chiesto fossero sistemati».

La sanità

## Pronto Soccorso, la solita estate calda: «A ottobre si cambia»

Il manager del Moscati Percopo: «Solo con l'annessione di Solofra avremo un accesso unificato»

**Antonello Plati**

«Avere la possibilità di governare due Pronto soccorso consentirà di elevare la risposta qualitativa nei confronti dell'utenza». Se non la panacea per tutti i mali, il direttore generale del «Moscati», Angelo Percopo, vede negli Ospedali riuniti un ottimo lenitivo ad atavici acciacchi. «L'unione fa la forza», sostiene, convinto, il manager. «Dopo una fase di assestamento - assicura - saranno superati anche i problemi relativi alla carenza di personale».

A margine dell'intitolazione a Franco Rotondi del piazzale antistante all'ingresso della cittadella ospedaliera, Percopo, sul Pronto soccorso, sottolinea: «L'accesso unico è una svolta utile a decongestionare notevolmente i flussi indirizzati prevalentemente verso Avellino». In sostanza, con gli Ospedali riuniti, che andranno a regime dal primo ottobre prossimo, gli stessi operatori del 118 potranno valutare la soluzione più adatta alle esigenze dei pazienti, in base alla gravità del caso e ai tempi di attesa stimati, e scegliere una delle due destinazioni. Bisogna però aspettare ancora 5 mesi, che s'annunciano di passione con un'estate, come sempre, caldissima per i medici e gli infermieri di Contrada Amoretta, prima di poter gestire con maggiore distensione, elevando gli standard, le cure di prima emergenza e la breve osservazione.

Nel frattempo, Percopo e il suo staff non stanno a guardare. «Siamo al lavoro per porre in essere tutte le condizioni che permetteranno di essere operativi» entro i termini indicati dal

decreto regionale con il quale il 19 aprile scorso il governatore, Vincenzo De Luca, ha dato esecuzione all'annessione del «Landolfi» (in precedenza di pertinenza dell'Asl) al «Moscati».

Gli Ospedali riuniti potranno accogliere fino a 628 degenti, così distribuiti: 477 al «Moscati» (che prima del decreto poteva ospitarne 562) e 151 al «Landolfi» (che invece era fermo a 104). Dunque, con questa nuova distribuzione, saranno persi 38 posti letto. Nonostante ciò, Percopo assicura che «con la riorganizzazione l'intero sistema sanitario irpino si rafforzerà». Ma per il direttore generale il vero nodo da sciogliere riguarda il personale: sarebbero, infatti, circa 250 le unità che mancano. Tuttavia, anche sul punto ostenta sicurezza: «Siamo fiduciosi: abbiamo già ottenuto l'autorizzazione per 80 assunzioni alle quali si sommeranno quelle, per quota parte, su Solofra. Alcune figure professionali sono già in servizio per altre si aspetta l'esito dei concorsi. Inoltre, altre procedure per l'immissione di medici e dirigenti sono state avviate. Purtroppo è necessario del tempo per vedere l'impatto di questi ingressi sul funzionamento della struttura».

In attesa, magari, di un ulteriore sblocco del turnover, si rinnova e adegua il patrimonio immobiliare e tecnologico del nosocomio con un Programma triennale, recentemente approvato, che prevede investimenti ingenti. Già entro quest'anno, 10 milioni 744 mila 115,38 euro per l'acquisto di attrezzature e altri 6 milioni 362 mila 171,00 euro per l'adeguamento e l'umanizzazione dei locali e degli arredi per complessivi 16 milioni 436 mila 286,38 euro.

Tra gli interventi, l'implementazione del sistema Ris e Pacs a servizio del dipartimento delle immagini con interfaccia della cartella clinica; la sostituzione di 14 ecotomografi; l'acquisto di un tomografo assiale computerizzato per la sostituzione della Tac a singolo strato; e la sostituzione e integrazione di incubatrici neonatali.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La cerimonia Piazzale antistante al Moscati intitolato a Rotondi

### Il personale

Già 80 innesti in corso, la carenza complessiva è di 250 unità «Procedure da concludere»

L'intervista, la risposta

# «Ospedale Sant'Anna sporco? È una manovra, non arretro»

Il manager Ferrante contesta le dichiarazioni degli addetti alle pulizie

Marilù Musto

«È una protesta strumentale e spicciosa e io non accetto la prepotenza e le probabili pressioni. Ho ereditato una montagna di macerie in questo ospedale e non mi interessa quale sia il fine ultimo della lamentela dei dipendenti della ditta di pulizie Dussmann. Ditta che, ricordo, vedrà scadere il suo contratto il 30 aprile, quindi fra tre giorni. Chiunque può sospettare cosa ci sia sotto, ma non lo dirò certo io». Ha un diavolo per capello Mario Nicola Vittorio Ferrante, direttore generale dell'azienda ospedaliera Sant'Anna e san Sebastiano di Caserta. All'alba, invia un comunicato stampa al veleno, dopo l'uscita dell'articolo de Il Mattino sulla protesta degli addetti alle pulizie, sostenuti dai sindacati. Il quadro che viene presentato dagli operatori è desolante: tagli delle ore di lavoro, sale operatorie senza cera (che non fa attecchire i germi) e immondizia disseminata nella struttura ospedaliera.

**È innegabile che il «problema igiene» in ospedale esista, perché arrabbiarsi tanto?**

«Non sono arrabbiato, ma furioso. Perché questa è una situazione che ho ereditato. Come mai gli operatori si sono accorti solo ora che l'ospedale è sporco, a tre giorni dalla scadenza del contratto della società precedente? Devo pulire io l'ospedale? I lavoratori avrebbero dovuto indirizzare le eventuali rimostranze e lagnanze di spettanza alla vecchia ditta e cosa buona e giusta sarebbe stato rappresentarle anche alla nuova. E invece no, hanno scelto di polemizzare».



Quindi è possibile che gli operatori...  
danno fomento

**La reazione**  
«Ho ereditato solo macerie. Come mai non si è protestato con la ditta che va via?»

«Non credo sia vero. Un altro affronto strumentale. Questa direzione, nei soli otto mesi di lavoro, si è sempre preoccupata dell'attività di pulizia e del decoro dell'ospedale che viene, puntualmente, violato anche con la maleducazione di alcune persone che scrivono sui muri e lasciano rifiuti in giro. E si è impegnata al punto che, nonostante ci fosse una gara in essere, ha provveduto a fare una ricognizione definendo le aree critiche e a rischio dell'Azienda. Una cosa potevo fare e l'ho fatta: una nuova gara d'appalto per il servizio d'igiene che, è evidente, non funziona. Cosa vogliono da me, adesso?».

**Ma i dipendenti della Dussmann scrivono che l'abbassamento dalle sei alle quattro ore di lavoro a turno è dovuto alla riduzione dei costi. Con il nuovo appalto le ore saranno distribuite allo stesso modo?**

«No, cambierà tutto. L'appalto vinto dalla Team Service, una multiservizi che lavora anche in altri ospedali, avrà il compito di rimettere in sesto l'ospedale. E non sono dispiaciuto, ma deluso dal comportamento dei lavoratori della vecchia azienda perché alla nuova ditta ho chiesto io l'assunzione in

uscite:

«Non lo farò certo dire a me, questo»

**Com'è possibile che le sale operatorie non siano ricoperte dalla cera speciale che non fa attecchire i germi da ben 18 mesi?**

blocco di tutti gli operatori della precedente società. Potevo fregarmene, sbattere la porta e dire: vedetevela fra voi. Invece mi sono esposto per garantire il loro posto. E loro cosa fanno? Mi pugnano alle spalle, pur sapendo che io sono qui da pochissimo. Come mai non se la sono presa con chi c'era prima di me?»

**L'appalto è di poco più di due milioni di euro e gli ausiliari spiegano di aver paura del fatto che non cambierà nulla...**

«Si sbagliano, voglio proprio vedere se nei prossimi mesi si agneranno in questo modo come hanno fatto adesso. Non sono responsabile di ciò che è stato fatto prima, ma di come andrà in futuro. Su quello possiamo confrontarci. Ci rivediamo fra qualche mese».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Guerra ai furbetti del ticket dodici milioni da recuperare

## Assistiti morosi, l'Asl si affida all'Agenzia delle entrate

**Sabino Russo**

Stretta dell'Asl contro i furbetti del ticket. Attivata una convenzione con l'Agenzia delle Entrate per il rientro delle somme non versate negli anni che vanno dal 2010 al 2015, per un importo complessivo di quasi 12 milioni di euro. L'attività di recupero degli ultimi tre anni in questione dovrebbe iniziare tra maggio e giugno, in attesa della pubblicazione degli esiti dei controlli sulle autocertificazioni anno 2016.

Per il 2014 le autocertificazioni negative sono 14.426, per un importo da recuperare pari a 2,775 milioni di euro. Situazione simile anche per il 2015, dove ci sono 14.505 autocertificazioni negative, per un importo da recuperare pari a 2,405 milioni. Questi 5,2 milioni vanno ad aggiungersi ai 6,7 milioni degli anni precedenti. Dai controlli dell'Asl sulla compartecipazione della spesa sanitaria (ticket) dovuta ad anomalie nella autocertificazione del diritto all'esenzione per motivi di reddito è emerso che per il 2011 l'importo presunto da recuperare è di 3,094 milioni, a fronte di 13mila autocertificazioni considerate negative. Di questi soldi, finora, quelli recuperati sono stati 807mila euro. Per il 2013, invece, le risultanze delle verifiche sono state rese effettivamente disponibili solo nel mese di febbraio 2016, quando la Sogei ha rielaborato i file, a seguito del parere ricevuto dal Ministero della Salute, che ha condiviso l'interpretazione fornita dal comando

generale della Guardia di Finanza, sulla estensione del limite del reddito fiscale in presenza di membri in carico, diversi dai figli.

Per ragioni di uniformità e per evitare inutili contenziosi, l'Asl ha richiesto alla Sogei l'applicazione del medesimo criterio anche per gli anni 2010 e 2012. Dall'analisi dei dati è emerso che 3.048 autocertificazioni hanno importi non superiori a 12 euro (per una somma complessiva di 16mila euro) dovuti, in larga parte, a piccole differenze di valore del ticket dovuto o calcolato, nonché alla non univoca interpretazione tariffazione delle cosiddette «quote ricette» a favore della Regione o del Sistema sanitario, soprattutto in ambito farmaceutico. Al di sotto di questo importo è antieconomico allestire un'azione esecutiva di recupero, in quanto i costi complessivi sarebbero di gran lunga superiori ai ricavi, se pure recuperati. Le raccomandate delle restanti 17mila autocertificazioni sono state spedite e consegnate nel mese di settembre scorso, per un importo complessivo di 5,6 milioni. Il termine di scadenza del periodo entro il quale si è tenuti a pagare il ticket dovuto è aprile 2018, per consentire anche la rateizzazione. Ad oggi sono stati incassati 1,150 milioni di euro, per un numero di paganti di 9.489.

I cittadini assistiti sono presenti in una anagrafe denominata «Sistema TS-Tessera sanitaria», con la fascia di reddito familiare attribuita loro dal ministero delle Finanze sulla base della dichiarazione dei redditi risalente a due anni prima. I medici

di Medicina Generale ed i Pediatri hanno accesso a tale banca dati e, all'atto della prescrizione, su richiesta dell'assistito, verificano il diritto all'esenzione per reddito, lo comunicano all'interessato e riportano il codice sulla ricetta. Capita, però, che alcuni utenti non sono presenti in questi elenchi o possono trovarsi in una condizione reddituale che non ritengono idonea. In questo caso sono tenuti a recarsi direttamente presso le sedi del distretto di appartenenza, con documento di identità e tessera sanitaria, per la consegna dell'autocertificazione. Da questo mese, però, la procedura può essere effettuata anche presso le sedi dei patronati che hanno sottoscritto l'accordo con l'Asl, che sono: Epas, Enac, Epasa-Itaco, Inpas, Encal-Cisal, Enapal, Ital Uil, Sias, Acai, Enasc, Coldiretti Epaca, Senas, Aic, Cgil Inca e Inas Cisl.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Il punto**  
Esenzioni per limiti di reddito e carico familiare: verifiche sui criteri



**Convenzione**  
Antonio Giordano, direttore generale dell'Asl Salerno: stipulata una convenzione con l'Agenzia delle Entrate per il recupero dei ticket non pagati

# quotidianosanita.it

Giovedì 26 APRILE 2018

## Superticket: un decreto da rifare

***Il decreto di riparto del fondo fra le regioni per l'alleggerimento del superticket, inviato dal Ministero della Salute per la discussione in sede tecnica alla Conferenza Stato e Regioni, segue una logica di mera compensazione lineare, dando risorse alle regioni in proporzione al gettito che esse attualmente ottengono dal superticket. Si tratterebbe di un criterio appropriato se il fondo fosse accompagnato dalla eliminazione, per legge, del superticket. Ma così non è***

Durante l'iter della legge di bilancio per il 2018, come Liberi e Uguali, ci siamo battuti, per ragioni di equità e di efficienza, per l'eliminazione del superticket che grava su prestazioni diagnostiche e specialistiche. Grazie anche alle forti sollecitazioni venute dalla società civile (in particolare la raccolta di decine di migliaia di firme da parte di Cittadinanzattiva) il tema è stato, sia pure solo molto parzialmente, accolto in legge di bilancio.

In termini quantitativi si è trattato di un pannicello caldo: istituzione di un fondo di 60 milioni per la riduzione del superticket, contro i 600 che sarebbero necessari per la sua abolizione. In termini qualitativi, le indicazioni circa la destinazione di queste risorse sono risultate troppo vaghe per essere facilmente applicabili. Si richiede infatti di "conseguire una maggiore equità e agevolare l'accesso alle prestazioni sanitarie da parte di specifiche categorie di soggetti vulnerabili", "privilegiando le regioni che hanno adottato iniziative finalizzate ad ampliare il numero di soggetti esenti".

Il [decreto di riparto](#) del fondo fra le regioni, inviato dal Ministero della Salute per la discussione in sede tecnica alla Conferenza Stato e Regioni, peggiora però ulteriormente questo quadro deludente, arrivando di fatto a tradire la, pur limitata, finalità della norma.

Il principale criterio di riparto adottato, che interessa il 90% del fondo (54 milioni su 60), segue infatti una logica di mera compensazione lineare, dando risorse alle regioni in proporzione al gettito che esse attualmente ottengono dal superticket. Si tratterebbe di un criterio appropriato se il fondo fosse accompagnato dalla eliminazione, per legge, del superticket.

Ma il fondo è invece più modestamente diretto, come ricordato più sopra, a introdurre maggiore equità e a favorire specifiche categorie di soggetti vulnerabili. Non si capisce allora perché lo sforzo richiesto alle regioni, e compensato con il trasferimento, debba essere proporzionale al gettito da esse attualmente ottenuto e non ad esempio alla maggiore o minore incidenza nel loro territorio delle vulnerabilità che si intende proteggere. E inoltre, ancora più grave, niente assicura che le finalità indicate siano effettivamente perseguite, e in modo uniforme, da tutte le regioni beneficiarie, dal momento che il decreto non impone nessuna condizione per fruire del trasferimento, né prevede alcun tipo di monitoraggio circa l'utilizzo delle risorse trasferite in modo da verificarne la coerenza con le finalità della norma.

Non vi è in definitiva nessuna garanzia che le risorse distribuite alle regioni vadano a favore di una riduzione del superticket, né tanto meno di una sua riduzione per soggetti più vulnerabili.

A margine, può poi essere evidenziato anche qualche dubbio sul criterio utilizzato per la ripartizione del restante 10% (6 milioni) del fondo che, per rispondere alla seconda delle finalità indicate dalla legge di bilancio, è attribuito alle sole regioni che hanno previsto ampliamenti delle esenzioni rispetto a quelle obbligatorie (Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria e Basilicata). Il costo supportato da queste regioni per l'ampliamento di cui sopra viene stimato come differenza fra quanto esse dovrebbero incassare dal superticket (secondo le stime che furono effettuate al momento della sua reintroduzione, nel 2012) e quanto hanno effettivamente incassato nel 2016.

27/4/2018

Superticket: un decreto da rifare

molti cittadini ad acquistare le prestazioni fuori dal servizio sanitario nazionale, divenuto troppo caro. Lo scostamento in questione risulta infatti positivo anche nelle regioni che non hanno introdotto esenzioni aggiuntive, per complessivi 167 milioni di euro.

Non resta quindi che auspicare che, in sede tecnica prima e politica poi, le regioni richiedano modifiche significative al decreto di riparto, per renderlo più coerente con le finalità della norma.

**Maria Cecilia Guerra**

*Docente di Scienza delle Finanze all'Università di Modena e Reggio Emilia*

# quotidianosanita.it

Giovedì 26 APRILE 2018

## **Def 2018.** Arriva il via libera dal Governo. Confermata crescita Pil all'1,5%. Per la sanità incidenza su Pil tornerà a salire solo dal 2022

*In ragione dell'attuale momento di transizione caratterizzato dall'avvio dei lavori della XVIII legislatura, il Def approvato oggi non contempla alcun impegno per il futuro. La previsione del rapporto fra spesa sanitaria e Pil presenta un profilo crescente a partire dal 2022 e si attesta attorno al 7,7 per cento nel 2060 e al 7,6 per cento nel 2070. Gentiloni: "L'Italia è uscita finalmente dalla crisi economica più difficile dal dopoguerra, la crescita è ripresa e si è andata consolidando".*  
**[PROGRAMMA DI STABILITÀ DELL'ITALIA](#), [PROGRAMMA NAZIONALE DI RIFORMA](#)**

"L'Italia è uscita finalmente dalla crisi economica più difficile dal dopoguerra, la crescita è ripresa e si è andata consolidando, il lavoro dall'inizio della legislatura è cresciuto recuperando circa 1 milione di posti di lavoro, il deficit si è ridotto attorno al 2,3% e che anche il debito cresciuto enormemente tra il 2007 e il 2012-2014 si è stabilizzato e comincia ora a scendere". Così il presidente del Consiglio **Paolo Gentiloni** ha commentato il Documento di economia e finanza 2018 approvato oggi dal Consiglio dei Ministri.

### **Il Def si compone di tre sezioni:**

Sezione I: Programma di Stabilità dell'Italia

Sezione II: Analisi e tendenze di finanza pubblica

Sezione III: Programma Nazionale di Riforma (PNR)

Il Documento è completato da alcuni allegati, come quello contenente gli indicatori di benessere equo e sostenibile (Bes).

**In ragione dell'attuale momento di transizione caratterizzato dall'avvio dei lavori della XVIII legislatura, il Def approvato oggi non contempla alcun impegno per il futuro**, bensì - si legge in una nota di Palazzo Chigi - si limita alla descrizione dell'evoluzione economico-finanziaria internazionale, all'aggiornamento delle previsioni macroeconomiche per l'Italia e del quadro di finanza pubblica tendenziale che ne consegue. Il Parlamento trova quindi nel Documento un quadro aggiornato della situazione economica e finanziaria quale base per la valutazione delle politiche economiche e dei programmi di riforma che il prossimo Esecutivo vorrà adottare.

**Il Def consente comunque di apprezzare il percorso di risanamento delle finanze pubbliche operato nel corso della passata legislatura:** il debito pubblico in rapporto al Pil è stato stabilizzato a partire dal 2015 dopo sette anni di incrementi consecutivi (dal 99,8% del 2007 al 131,8% del 2014), mentre il deficit è sceso costantemente dal 3,0% del Pil al 2,3% del 2017 (1,9% al netto degli interventi straordinari a tutela del risparmio e del credito). Al tempo stesso, è possibile rilevare un sostegno costante alla crescita, grazie al quale il Paese è uscito dalla recessione, registrando quattro anni consecutivi di progressi del Pil dallo 0,1% del 2014 all'1,5% del 2017.

Il tasso di disoccupazione è sceso dal picco del novembre 2013 (13,0%) all'11,2 del 2017, mentre il numero di occupati è aumentato di quasi 1 milione di unità dal punto più basso della crisi nel settembre 2013, di cui oltre la metà con contratti a tempo indeterminato.

26/4/2018 <strong>Def 2018.</strong> Arriva il via libera dal Governo. Confermata crescita Pil all'1,5%. Per la sanità incidenza su Pil tornerà a...

miglioramento del clima di fiducia, della funzionalità dell'ambiente economico e delle agevolazioni fiscali – dall'accelerazione dei consumi privati, da un recupero degli investimenti pubblici in valore assoluto e in misura minore dalle esportazioni nette. Il ripristino di condizioni di credito più favorevoli a consumi e investimenti contribuisce alla ripresa economica, dopo gli interventi degli anni scorsi che hanno migliorato la governance nel settore bancario e risolto crisi specifiche.

Per quanto riguarda la finanza pubblica, il quadro tendenziale prevede una riduzione del deficit all'1,6% del Pil nel 2018 e allo 0,8% nel 2019, con l'avanzo primario in crescita rispettivamente all'1,9% e al 2,7%. Il debito pubblico è previsto scendere al 130,8% del Pil nell'anno in corso e al 128% l'anno prossimo.

Come accennavamo in precedenza, dopo l'esercizio sperimentale dello scorso anno, il Def 2018 è corredato dagli "Indicatori di benessere equo e sostenibile": si tratta di 12 indicatori di diverse aree che caratterizzano la qualità della vita dei cittadini relative a disuguaglianza, istruzione, salute, ambiente, sicurezza, etc. In esito alla sperimentazione relativa a 4 indicatori, a partire dal 2018 l'Italia è il primo paese dell'Unione europea e dei G7 a dotarsi di un set di indicatori di benessere in base ai quali misurare l'impatto delle politiche pubbliche, abitualmente valutato su pochi indicatori macroeconomici e di finanza pubblica, in primis il Pil.

Il quadro economico-finanziario prospettato nel Def, non avendo come già evidenziato natura programmatica, contempla l'aumento delle imposte indirette nel 2019 e, in minor misura, nel 2020, previsto dalle clausole di salvaguardia in vigore. Come già avvenuto negli anni scorsi, tale aumento potrà essere sostituito da misure alternative con futuri interventi legislativi che potranno essere valutati dal prossimo Governo.

**Per quanto riguarda la spesa sanitaria**, la previsione è stata effettuata sulla base della metodologia del reference scenario la quale recepisce, oltre agli effetti derivanti dall'invecchiamento demografico, anche gli effetti indotti da ulteriori fattori esplicativi in grado di incidere significativamente sulla dinamica della spesa sanitaria. Dopo una fase iniziale di riduzione per effetto delle misure di contenimento della dinamica della spesa, **la previsione del rapporto fra spesa sanitaria e Pil presenta un profilo crescente a partire dal 2022 e si attesta attorno al 7,7 per cento nel 2060 e al 7,6 per cento nel 2070.**

**La componente socio-assistenziale della spesa pubblica** per assistenza di lungo corso è composta per circa 4/5 dalle indennità di accompagnamento e per circa 1/5 dalle prestazioni socio-assistenziali erogate a livello locale. Dopo una fase iniziale di sostanziale stabilità, la componente socio-assistenziale della spesa per LTC presenta un profilo crescente in termini di Pil, che si protrae per l'intero periodo di previsione, attestandosi all'1,6 per cento nel 2070.

G.R.

Conti pubblici

## Il nuovo governo dovrà decidere come bloccare l'aumento Iva

Via libera al Def senza misure per correggere la frenata del Pil  
Ma Padoan: "Può arrivare al 2%"

DEFICIT-PII

0,8%

Il rapporto deficit-Pil per il 2019 è stato fissato dal Def allo 0,8 per cento, più stringente rispetto ai precedenti obiettivi

ROBERTO PETRINI, ROMA

Iva e «shock protezionistico» rallentano la crescita nel triennio e il debito, sebbene stabilizzato, quest'anno sale rispetto alle previsioni dell'autunno scorso. Ma il ministro dell'Economia Pier Carlo Padoan lascia in eredità un percorso di «rientro» serrato a doppia mandata del deficit: il prossimo anno è fissato allo 0,8 del Pil (un decimale in meno rispetto alle attese) e l'avanzo primario aumenta. Il messaggio è implicito: pochi margini per le prospettive di spesa del prossimo esecutivo.

Il Def, il documento di economia e finanza, varato ieri dal Consiglio dei ministri, fotografa una realtà dell'Italia a «legislazione vigente», dato che il governo per gli affari correnti ha le mani legate e non può intervenire per correggere, frenare o accelerare le tendenze dell'economia.

Anche se Padoan si è detto a «titolo personale» convinto che la crescita del 2 per cento sia nelle corde del Paese, per ora il 2018 si ferma all'1,5 per cento coerente con quanto l'esecutivo si era dato come obiettivo nella «nota» al Def dell'autunno scorso. Ma in retromarcia rispetto all'1,6 per cento che pure era stato inserito nella bozza di un mese fa: decisivo il rallentamento, emerso con i dati di aprile, dell'economia del primo trimestre e le variabili «esogene», evocate dallo stesso Padoan ieri durante la conferenza stampa che ha seguito la riunione di governo, e cioè i «rischi geopolitici» e le «tensioni commerciali» che passano, per ora, attraverso un abbassamento del clima di fiducia delle imprese. In particolare il rischio dello shock protezionistico indicato dal Def, nello scenario peggiore, notrebbe

prossimi quattro anni dello 0,8 per cento.

La scelta della parte bassa della «forchetta», che alcuni centri di ricerca ritengono fin troppo ottimistica, si confermano anche negli anni successivi: per il 2019 l'obiettivo del Pil viene ridotto, rispetto alla «nota» di aggiornamento del Def dell'autunno scorso, cioè il termine di paragone più utile, dall'1,5 all'1,4 per cento mentre per il 2020 si conferma il rallentamento già previsto all'1,3 per cento.

Non è difficile scorgere nella frenata dell'economia italiana anche il peso dell'aumento dell'Iva che il Def incorpora nei conti pubblici stimando un incasso di 12,4 miliardi nel 2019 facendo salire l'aliquota ordinaria dal 22 al 24,2 per cento e quella ridotta dal 10 all'11,5 per cento. Nel passato Padoan ha sempre evitato l'aumento, sterilizzando la cosiddetta clausola posta a salvaguardia della tenuta di conti pubblici. Ma stavolta il governo è «fuori gioco» e il ministro dell'Economia non ha potuto far altro che augurarsi che il suo successore «la rimuova».

Il debito, per quanto stabilizzato negli ultimi anni, per il 2018 aumenta rispetto ai più recenti obiettivi del governo: si collocherà nel 2018 a quota 130,8 per cento del Pil contro la precedente previsione della «nota» autunnale del 130 per cento. Anche il ritmo di riduzione tra il 2017 e il 2018 si restringe: in autunno era di 1,6 punti, ora si è portato ad un punto. Comunque il percorso di rientro, anno su anno, continua: deciderà la Commissione europea, in maggio, se sarà opportuno avviare la procedura sul debito secondo il noto articolo 126.3 del Trattato.

Sul cruciale rapporto deficit-Pil Padoan lascia i cassetti chiusi ai prossimi inquilini. Il deficit-Pil del 2019 viene ridotto allo 0,8 dal proposito di 0,9 dell'autunno scorso, il saldo primario cresce al 2,7 per cento (+0,1 punti) e il pareggio di bilancio resta fissato al 2020.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## I numeri

Def	Nota aggiornamento al Def 23 settembre 2017		Def 26 aprile 2018	
	2018	2019	2018	2019
Pil	1,5	1,5	1,5	1,4
Deficit/Pil	1,6	0,9	1,6	0,8
Debito/Pil	130	127,1	130,8	128
Saldo primario	2	2,6	1,9	2,7
Pressione fiscale	42,7	42,7	42,2	42,5

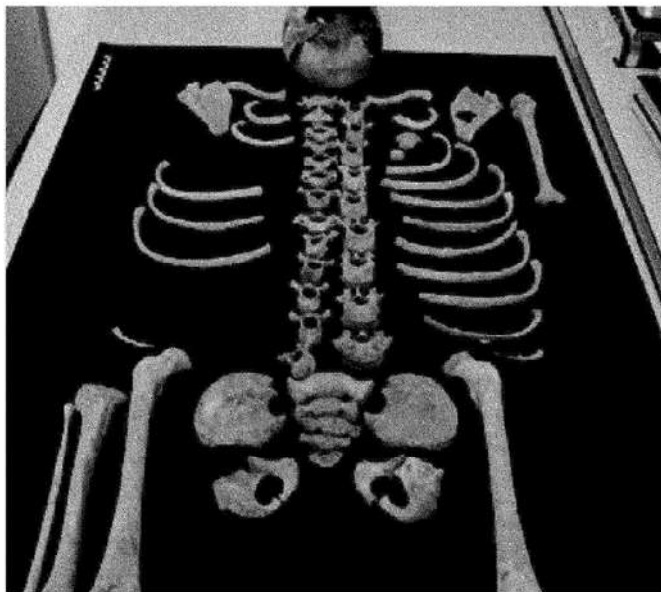


**Governo dimissionario**  
Al centro il presidente del Consiglio Gentiloni, a sinistra il ministro dell'Economia Padoan e a destra il ministro dello Sviluppo Calenda

**POMPEI** L'ossatura del ragazzino di 7-8 anni ritrovata durante un intervento di restauro del complesso termale

## Studio sullo scheletro del bambino, lo screening sulla salute e sul Dna

**POMPEI.** Il Laboratorio di Ricerca Applicate del Parco Archeologico di Pompei sarà il punto di partenza per le analisi preliminari dello scheletro del bambino ritrovato alle Terme Centrali di Pompei. Gli studi antropologici effettueranno un primo screening dello stato di salute della giovane vittima, per poi indirizzare le successive indagini esterne sul Dna. In questa prima fase, si tratta di analisi metriche, morfologiche e dei markers di stress scheletrici, ovvero di misurazioni delle ossa e valutazioni di impronte muscolari sullo scheletro, queste ultime utili a valutare se ci sono tracce di eventuali attività fisiche (trasporto pesi, deambulazione ecc.). Incrociando la misura della lunghezza delle ossa con le analisi dello sviluppo dentario sarà possibile determinare con maggiore precisione l'età del bambino, al momento stabilita tra i 7 e gli 8 anni. Ulteriori informazioni potranno riguardare eventuali patologie rilevabili, considerato che non tutte le malattie sono identificabili sulle ossa. Non sarà invece possibile in questa fase stabilire il sesso dell'individuo, in quanto i caratteri di dimorfismo tipicamente maschili o femminili non sono ancora definiti in età infantile. Tali determinazioni saranno possibili solo in un eventuale seconda fase di analisi sul Dna, qualora si presenti in un buono stato di conservazione. Lo scheletro è stato rinvenuto pressoché completo ad ec-



● — Lo scheletro del bambino di 7-8 anni: tutta la "verità" dall'esame del Dna

cezione di una porzione del torace destro, della mandibola e di parte degli arti superiori e di arti inferiori e non appaiono lesioni dovute alle intercettazioni ottocentesche. «Le indagini sui resti della piccola vittima delle Terme Centrali - dichiara il responsabile del Laboratorio di Ricerche Applicate, Alberta Martellone - saranno fondamentali per ricostruire la composizione e lo sta-

to di salute degli abitanti di Pompei nel 79 d.C. I risultati che ne deriveranno potranno fornire un ulteriore contributo alla conoscenza della storia della città prima che l'evento eruttivo del 79 d.C. la cristallizzasse». In definitiva le analisi su tali resti consentono di aprire uno spaccato sulla popolazione vivente dell'epoca, che in nessun'altra situazione sarebbe stato possibile. **DARO**

**CAOS ALL'OSPEDALE DI GIUGLIANO** Un centinaio di interventi chirurgici saltati in vari reparti. Disagi per gli utenti

## Macchinario guasto in sala operatoria, pazienti a casa

DI VANESSA CICCARELLI

**GIUGLIANO.** Guasto ad un macchinario fondamentale per gli interventi in sala operatoria, all'ospedale San Giuliano di Giugliano in Campania regna il caos. La segnalazione è arrivata da alcuni pazienti, mandati a casa, in questi giorni: la situazione è drammatica, da sabato pomeriggio "l'amplificatore di brillantezza" usato sia per le operazioni di cardiologia e ortopedia, sia dagli anestesisti per la terapia del dolore, non è più funzionante e i medici si vedono quindi costretti, da una settimana a questa parte, a trasferire in altri ospedali i pazienti che devono assolutamente affrontare gli interventi, o mandare a casa quelli in lista d'attesa per evitare giorni di ricovero inutili, dato che i tempi di riparazione del macchinario sono lunghi.



Il dato che preoccupa sia pazienti che medici è che i reparti non siano dotati di un macchinario che in alternativa possa sostituire quello danneggiato e quindi consentire la normale attività chirurgica. Ancora più allarmante, però, è che l'amplificatore usato fino a sabato scorso è stato donato da Pozzuoli: usurato, vecchio di dieci anni e che avrebbe potuto guastarsi anche durante un in-

tervento in sala operatoria, mettendo così a rischio la sicurezza del paziente.

La presenza di un solo apparecchio, inoltre, in passato ha impedito la contemporaneità di interventi urgenti. Spesso, anche con sale operatorie libere, gli addetti del personale medico sono stati costretti ad aspettare che i colleghi degli altri reparti finissero con il proprio intervento per liberare

il macchinario in questione.

Tecnicamente l'amplificatore di brillantezza possiede più valenze, è importante per interventi di elettrofisiologia, per le protesi applicate alla frattura del femore e per gli anestesisti della terapia del dolore che vanno a posizionare aghi ai pazienti che poi vengono rimossi.

Sono un centinaio in tutto i pazienti tra trasferiti e cancellati dalle liste d'attesa. Da più parti arrivano sollecitazioni affinché talio disagi non avvengano, se si pensa che il reparto di Elettrofisiologia di Giugliano registra il numero più alto di pazienti in lista d'attesa per interventi nell'ambito dell'Asl Napoli 2. Stesso discorso per il reparto di ortopedi e per il reparto della Terapia del Dolore: quella di Giugliano in Campania è diventata un Hub regionale con pazienti provenienti da tutta la Campania.

# Bilancio, battaglia in aula: per i debiti messi in vendita i «gioielli» di famiglia

**Luigi Roano**

Dopo sentenze, manifestazioni, polemiche e chi più ne ha più ne metta, finalmente il bilancio previsionale 2018-2020 sbarca in Aula. Alle 10 la prima delle due sedute programmate di Consiglio comunale, l'altra è domani. Un appuntamento cruciale per la maggioranza del sindaco Luigi de Magistris che deve approvare l'atto, altrimenti vanno tutti a casa e arriva il commissario. Per loro si tratta di dimostrare compattezza e a dire il vero nelle ultime sedute da questo punto di vista l'ex pm non ha dovuto preoccuparsi più di tanto. Quella che si profila è comunque una giornata dura perché le opposizioni annunciano battaglia a colpi di emendamenti ed è prevedibile che quella di oggi sarà la più classica delle maratone. Cosa c'è nella delibera 142 che tanto ha fatto penare la giunta? Bisogna fronteggiare innanzitutto la sanzione da 85 milioni, batosta arrivata dalla Corte dei Conti, per non avere previsto nel bilancio 2016 il debito con il Consorzio Cr8 - di pari entità della sanzione - poi inserire la rata più o meno dello stesso peso per rientrare dal disavanzo nei prossimi 15 anni e approvare debiti fuori bilancio per 81 milioni. Insomma, essendo Palazzo San Giacomo un ente in prefallimento, la strada è sempre e comunque in salita anche se si trattasse solamente di deliberare l'acquisto di una stampante. Quali sono le leve con le quali recuperare questa ingente massa di denaro? Dismissione del patrimonio immobiliare, aumento del-

la riscossione, razionalizzazione delle spese. La leva fiscale impossibile da atti-

vare perché le aliquote sono già tutte al massimo.

**Le dismissioni.** Mettere in vendita il patrimonio è un tema che investe Palazzo San Giacomo da almeno 15 anni, fino a oggi i risultati sono stati scarsi. Così il piano B, atteso che altre tipologie di immobili al momento sono difficili da piazzare sul mercato, come le case di edilizia popolare, in vendita ci vanno i cosiddetti gioielli di famiglia. «Un atto straordinario», c'è scritto in delibera. Così dopo l'Albergo dei Poveri, i circoli Posillipo e del Tennis, i ceppi di pregio del centro storico, ecco che - se si trovano acquirenti - si dismette il Palazzo del Consiglio comunale, l'Ippodromo di Agnano, lo storico mercato del Pesce di via Duca degli Abruzzi. C'è mancato davvero un pelo che non finisse sul mercato lo stadio San Paolo, un macigno sui conti di Palazzo San Giacomo.

**Le partecipate.** Non sono beni immobili sul mercato ma anche aziende. Già dismessa la partecipazione nella Gesac-Aeroporto di Capodichino, il Comune è pronto a vendere anche il bellissimo e storico complesso delle Terme di Agnano. E pure la rete del gas, valutata almeno una ottantina di milioni. Quello delle aziende interamente di proprietà comunale è un problema per il sindaco. Soprattutto Anm. Azienda che è in concordato preventivo e di fatto nelle mani del Tribunale. In questo bilancio che arriva in Consiglio comunale sono stati garantiti altri 54 milioni per sopravvivere almeno un anno. Nel frattempo dovrebbe arrivare il piano industriale. Lo valuteranno i giudici, se dovesse funzionare allora ci saranno speranze per Anm. Tuttavia non è escluso che il comparto su-

gommia dell'azienda possa essere esternalizzato. Mentre la metro e le funicolari resterebbero al cento per cento nelle mani del Comune. Per il resto, i conti sono presto fatti. Alla Napoli Servizi, che si occupa proprio del patrimonio, sono andati 42 milioni, all'Asia, che gestisce il servizio di raccolta rifiuti, oltre 230 milioni per i contratti di servizio. La spesa per il personale costa 315 milioni, in forte contrazione rispetto a 5 anni fa soprattutto perché nel frattempo ci sono stati centinaia di pensionamenti o uscite volontarie che hanno fatto calare molto questa voce del bilancio.

**La riscossione.** L'indice di riscossione mediamente è del 60%, il recupero negli ultimi mesi ha avuto una impennata soprattutto perché si è messo mano ai cosiddetti grandi evasori a iniziare dagli enti pubblici che non pagavano la tassa sui rifiuti. Incassi aumentati - inoltre - ci sono stati ritocchi consistenti al Cosap e alla Tassa di soggiorno. Napoli è piena di turisti e dunque aumentano gli introiti.

**L'appello.** Il sindaco è molto impegnato in queste settimane in un'opera di sensibilizzazione politica presso il nuovo Parlamento. Sul debito storico ha trovato una sponda istituzionale importante nei Cinquestelle che devono salvare Roma e Torino. Mentre a Palazzo Chigi il premier Paolo Gentiloni si è accollato il famoso debito del Cr8 per il 77% che non ha evitato la sanzione ma almeno il Comune non pagherà due volte lo stesso debito.

Gli arancioni chiamati ad approvare la delibera con la sanzione per il Cr8. Opposizioni pronte alle «barricate»



**La dismissione**  
Sul mercato i circoli

**La sanità**  
**Avellino-Solofra**  
**Percopo «svela»**  
**gli ospedali riuniti**

---

**Il futuro insieme degli ospedali di Avellino e Solofra sarà svelato domani. Il piano di rientro dal deficit della sanità campana prevede dal prossimo 1° ottobre, la nascita degli Ospedali riuniti, un' che metterà insieme 628 posti letto tra Avellino e Solofra. Un atto, quello di De Luca, fortemente voluto dall'amministrazione della città conciaria, da tempo in contrasto con l'Asl proprio in merito alla gestione del presidio sanitario.**

**Si tiene domani, alle ore 11, presso l'aula multimediale dell'Azienda Ospedaliera «San Giuseppe Moscati» di Avellino (Contrada Amoretta, primo piano, settore B, aula attigua all'aula magna), la conferenza sull'annessione all'Azienda Ospedaliera Moscati di Avellino al Presidio Ospedaliero Landolfi di Solofra «quale presidio di Pronto Soccorso». All'incontro i direttori generali dell'Azienda Moscati, Angelo Percopo e dell'Asl Avellino, Maria Morgante, oltre al sindaco di Solofra Vignola. Il «Landolfi» è destinato a concentrarsi su branche specialistiche: la costituzione di un Polo di Oculistica è già indicata. Previste Unità complesse (Traumatologia o Medicina del lavoro, tra le ipotesi più accreditate) senza, però, azzerare nessuno degli altri reparti. Sarà mantenuto il Pronto Soccorso.**

La sanità, le carenze

## Mancano gli infermieri del 118 «Centrale chiusa per sette ore»

Ornella Mincione

CASERTA. Ferma la centrale Operativa del 118 dalle 8 alle 14 di ieri. Il motivo, l'assenza di personale che potesse coprire il turno. «Gli operatori che hanno fatto il turno di notte non hanno avuto lo smonto - ha spiegato il responsabile della Centrale Operativa, Roberto Mannella - quindi sono stato costretto alle 7 di mattina a chiedere che tutte le chiamate del turno fossero dirottate a Napoli centro». Gli operatori della mattina, infatti, non si sono presentati a lavoro, dichiarando entrambi di essere in malattia. In effetti, uno di questi è realmente in malattia per problemi personali. Mentre sulla veridicità della malattia del secondo non si escludono i dubbi. «Nessuno si sente di sostenere un turno da solo, quando poi bisognerebbe essere in tre», è il commento di qualche operatore alla vicenda di ieri mattina, «visto che si rischiano anche pesanti denunce in caso di problemi degli utenti». Intanto, «il servizio è tornato attivo a pieno regime a partire dalle ore 14 quando sono venuti gli operatori designati di turno - spiega il responsabile Mannella -. È giusto chiarire che il servizio non si è mai fermato. Solo che la gestione dello smistamento delle chiamate è passata a Napoli per sei ore».

Poi è lo stesso responsabile che commenta «con il passaggio di gestione all'Asl abbiamo perso i quattro interinali, al netto delle due unità in malattia (lunga), e ora queste altre due (con ogni probabilità brevi). Detto questo, sembra che dal primo maggio dovremmo avere i quattro operatori che mancano in forza alla Centrale Operativa». Sebbene ci siano altre soluzioni al man-



cato smonto del turno (come chiamare entro due ore altri operatori) il responsabile non può attuare queste soluzioni visto che non è disponibile un organico tale da poter avere operatori in sostituzione, fermo restando che ad oggi gli infermieri della Centrale Operativa stanno lavorando anche in straordinario. Quello della operativa è un problema che si risolverà nel giro di una decina di giorni, visto che il direttore sanitario dell'Asl Arcangelo Correrà ha dichiarato che dal primo maggio saranno attive le unità necessarie. È chiaro però che il 118 di Caserta sta vivendo momenti bui, con 30 medici in meno sul territorio, incarichi da assegnare (per attuazione dell'atto aziendale) e le statiche difficoltà del servizio (come la carenza di postazioni in alcune zone del territorio casertano).

C'è da dire anche che il personale a bordo delle ambulanze sta invecchiando e che il 70% di esso ha una età molto vicina alla quiescenza. Anche la prefettura di Caserta è stata più volte interpellata ad arbitrare tra sindacati e direzione aziendale. Ora, il Saues proprio per la carenza di personale in ambulanza è di nuovo pronto allo sciopero.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## quotidianosanita.it

Venerdì 20 APRILE 2018

## Settimana europea vaccinazioni. Pediatri e neonatologi rispondono ai dubbi dei genitori

***La Società italiana di pediatria e quella di neonatologia, aderendo alla settimana promossa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (Regione Europea), che si terrà dal 23 al 29 aprile, si metteranno a disposizione di mamma e papà telefonicamente per contrastare la disinformazione.***

Sulle vaccinazioni i genitori hanno tanti dubbi. E così che la Società Italiana di Pediatria (Sip) e la Società Italiana di Neonatologia (Sin) durante la Settimana Europea delle Vaccinazioni hanno deciso di aprire un filo diretto telefonico per rispondere alle richieste di mamma e papà. L'iniziativa nasce dall'adesione di Sip e Sin alla Settimana Europea delle Vaccinazioni promossa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (Regione Europea), che si terrà dal 23 al 29 aprile, all'insegna dello slogan "Prevenire, Proteggere, Immunizzare" per contrastare la disinformazione.

Nel corso della settimana, il sito web e la pagina Facebook della Sip saranno dedicati al tema delle vaccinazioni. I genitori potranno inoltre contattare telefonicamente il giorno 24 aprile dalle ore 10 alle ore 12 **Lina Bollani**, Neonatologa Sin (tel. 0382502884) e dalle ore 12 alle ore 14 **Elena Bozzola**, Segretario Nazionale Sip, tel (3394753382).

"I vaccini sono l'unico vero strumento capace di proteggerci dalle malattie infettive, che possono causare morte e/o danni permanenti - spiega il Presidente Sip **Alberto Villani** -. È assurdo che in Europa e in Italia si muoia ancora di morbillo. Nel 2017, in Europa il morbillo ha ucciso 30 persone e ne ha colpite oltre 14.000, circa il 400% in più rispetto all'anno precedente. Nei primi 2 mesi del 2018, le persone contagiate in Italia sono già oltre 400".

"Nei mesi scorsi è stata data molta attenzione alle vaccinazioni pediatriche, ma la sicurezza del neonato dipende anche dall'immunizzazione della mamma - continua il Presidente della Sin **Mauro Stronati** -. In Italia, purtroppo, la percentuale di donne che si vaccinano in vista di una gravidanza è ancora troppo bassa. Secondo l'ISS, una donna su tre non sa se è protetta contro la rosolia e solo il 41% delle donne ha effettuato il vaccino. Le vaccinazioni in gravidanza sono sempre state viste 'con sospetto', per la paura di eventuali danni al feto. In realtà i dati acquisiti sull'utilizzo, in questo caso, di 'vaccini non vivi', come, ad esempio, quello anti-influenzale, sono rassicuranti riguardo l'effetto protettivo e l'assenza di effetti collaterali su gravidanza, madre e feto/neonato. Al contrario, le infezioni contratte in gravidanza arrecano danno non soltanto alla mamma, ma anche al bimbo che porta in grembo, interferendo con il suo sviluppo."

# quotidianosanita.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 Exposanita. 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 Exposanita, 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 Tavarneili- 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. È 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). È 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

**G**iovedì 3 maggio dalle 9, presso l'auditorium in via Monte Rosa 91 a 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 attivi-

tà 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.

Foto: RIPRODUZIONE RISERVATA

FOCUS

**No alla cartella e anche al tributo**

Molti professionisti - temendo di incorrere nell'onerosa dichiarazione - dichiarano l'Irap ma non la versano. Gli uffici mandano la cartella, l'interessato la impugna. Il Fisco sostiene l'impossibilità di far valere l'assenza di autonoma organizzazione. La Cassazione, invece, con giurisprudenza consolidata da ultimo 927/2018 e 15727/2017,

## 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 segreteria 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/enti o 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 e 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 indicati dell'assenza di autonoma organizzazione: 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 e 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 pianeta 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 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 corsi 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 istruire 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 Tsmr (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 istruire 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 Tsmr.

### NOVEMBRE

Assemblee degli Ordini provinciali per il bilancio previsionale 2019 del nuovo Ordine dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie e 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. Atteso il Dm Salute su composizione delle commissioni di 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

In numeri delle professioni sanitarie coinvolte nell'unificazione

RIABILITATORE	13.274,2	Tecnico di neurofisiopatologia	1.600
Educatore professionale	31.850	Tecnico sanitario di radiologia medica	28.081
Fisioterapista	64.866	TERNICO ASSISTENZIALE	24.990
Logopedista	11.000	Dietista	4.200
Otticista e assistente di ottalmologia	4.426	Igienista dentale	7.850
Podologo	1.350	Tecnico oculoprotesista	4.100
Tecnico della riabilitazione psichiatrica	3.480	Tecnico di fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare	2.000
Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva	4.800	Tecnico ortopedico	2.800
Terapista occupazionale	2.000	PREVENZIONE	24.887
TECNICO DI DIAGNOSTICA	39.691	Assistente sanitario	5.437
Tecnico audiometrico	2.000	Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro	16.450
Tecnico sanitario di laboratorio biomedico	28.000	TOTALE	228.260

Fonte: elaborazioni su base di Aspettarla, Massilia, arredi di Bologna