



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT





La sanità

## Patto della salute: ticket soft, duello sui fondi

### Siglata l'intesa, scontro sul riparto: la Campania punta a recuperare il miliardo sottratto

Gerardo Ausiello

Il nuovo Patto per la Salute non c'è ancora ma alcune misure sono già una certezza: più assunzioni in reparti e strutture strategiche, meno rigore e burocrazia per le Regioni con i conti in rosso, ticket leggeri per le fasce deboli. È ancora battaglia, invece, sul nodo più difficile da sciogliere, quello delle risorse, su cui la Campania e il Sud sono in prima linea.

#### I conti non tornano

Poiché il riparto dei fondi avviene sulla base dell'età media e in Campania vive la popolazione più giovane d'Italia, alla Regione è stato sottratto un miliardo in tre anni. Il governatore Stefano Caldoro non ci sta e chiede il rispetto dell'accordo siglato l'anno scorso, in occasione dell'ultimo riparto, quando si stabilì all'unanimità che i criteri andavano modificati. Il principio, dunque, c'è ma la sfida più difficile sarà trasformarlo in una norma concreta e operativa. Se dunque passerà anche solo parzialmente la formula con quattro parametri (età, speranza di vita, condizioni socio-economiche ed epidemiologia) proposta da Caldoro, la Campania riuscirà a recuperare risorse preziose. La strada, tuttavia, resta in salita perché il Nord fa fronte comune contro un Sud in minoranza (accanto all'ex ministro socialista al tavolo si battono i governatori di Calabria e Sicilia).

**Caldoro**  
Si discute sulla tesi della Regione C'è tempo fino a lunedì per siglare l'accordo

vestire i risparmi nello stesso settore sanitario. Ciò che però in queste ore agita i governatori è una sorta di postilla con cui il ministero dell'Economia si cautela: in caso di crisi o di imprevisti, la scure potrà calare pure sulla sanità.

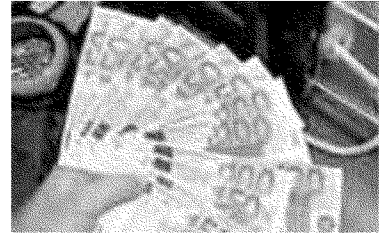
#### Passi in avanti

Qualche norma sta bene al Nord ma anche al Sud. Sullo sblocco del turn over, ad esempio. Finalmente d'ora in avanti il fabbisogno di personale sarà stabilito a livello nazionale. Si farà quindi una media: chi sarà il di sotto di questo numero potrà fare più assunzioni, gli altri dovranno stringere la cinghia. Una scelta che favorisce certamente la Campania, costretta a rinunciare a circa 8 mila tra medici, infermieri e amministrativi proprio a causa delle rigide regole imposte da Roma. Meno paletti ci saranno, poi, per le Regioni sottoposte a piano di rientro: in pratica si guarderà meno al rigore finanziario e più ai livelli essenziali di assistenza e alla qualità dei servizi. Infine i ticket: ci sarà una sorta di legge delega all'interno del Patto, con una Commissione che dovrà (entro dicembre) stabilire i nuovi ticket, improntati all'equità sociale e al pugno di ferro contro chi evade.

#### Il braccio di ferro

Il tempo stringe perché le nuove regole vanno definite entro lunedì. La posta in gioco è alta. Per questo ieri dal ministero di Lungotevere Ripa è scattato lo sprint: ormai il patto è chiuso, hanno fatto sapere. A confermarlo è stata la Lorenzin: si tratta, ha affermato, del «passo decisivo per garantire la sostenibilità del nostro sistema sanitario per i prossimi 15-20 anni». Poco dopo, però, è arrivata la frenata: «La conferenza delle Regioni valuterà nel merito i contenuti della bozza e si esprimerà la prossima settimana - avverte il presidente della Conferenza delle Regioni, Vasco Errani - Questo è il percorso che avevamo definito e a questo percorso, senza alcuna fuga in avanti, ci atterremo». «Finora si è fatto un buon lavoro, vedremo», aggiunge Caldoro.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



#### Battaglia sui criteri

Il Nord favorito rispetto al Mezzogiorno

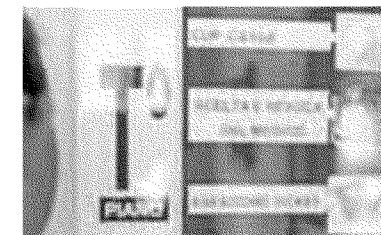
Il criterio difficile da scardinare è sempre quello dell'età media, che favorisce le Regioni del Nord e penalizza quelle del Mezzogiorno.



#### Più assunzioni mirate

Scatta il piano di fabbisogno nazionale

Si farà una media: chi sarà al di sotto di questo numero potrà assumere, chi si piacerà al di sopra dovrà stringere la cinghia.

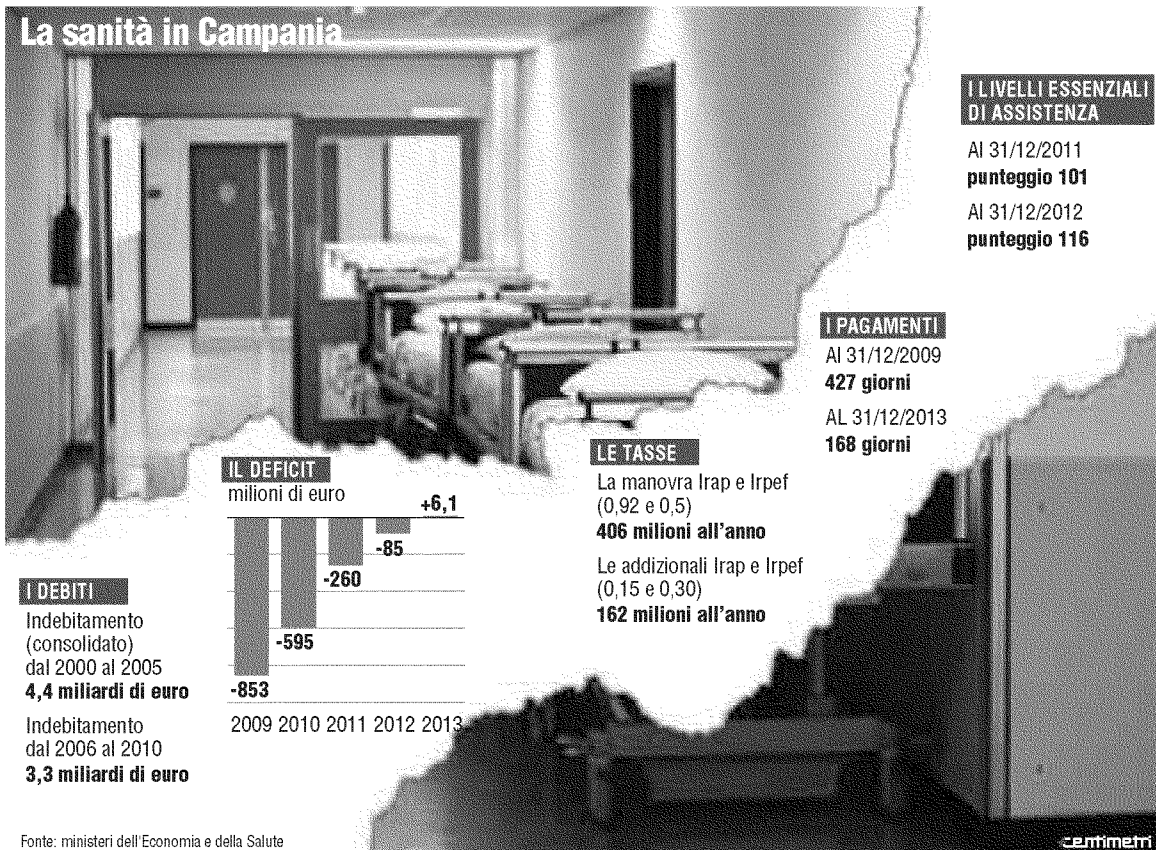


#### Esenzioni, lotta ai «furbi»

Più attenzione alle fasce sociali deboli

È la promessa fatta dai ministeri della Salute e dell'Economia. Niente sconti, invece, ai furbi che cercano di pagare di meno.

## La sanità in Campania



# Decreto PA. Il Governo "spiega" le norme sanitarie. La relazione al Parlamento

*Pensioni per i primari, stop all'obbligo assicurativo per i professionisti sanitari dipendenti e fondi di garanzia per gli esercenti le professioni mediche con accesso consentito "nei limiti delle risorse del fondo stesso", meno vincoli per realizzazione delle strutture sanitarie, nuove ricette per i cronici. Questi alcuni dei punti salienti della riforma spiegati nella relazione.*

27 GIU - Dopo la sua pubblicazione in Gazzetta Ufficiale arriva la relazione del Governo che spiega le norme contenute nel decreto che riforma la Pubblica Amministrazione, ora all'esame della commissione Affari Costituzionali della Camera. Vediamo nel dettaglio quelle di interesse sanitario.

All'**articolo 1**, la norma riguardante i **dirigenti in pensione** presente al comma 5, ribadisce la possibilità di mandare in pensione anche i dirigenti medici responsabili di struttura al compimento dell'anzianità massima contributiva di 40 anni, fatte salve le disposizioni per l'accesso al pensionamento del "Salva Italia" di Monti del 2011, per coloro che maturano i requisiti del pensionamento a decorrere dal 1° gennaio 2012. Limiti, quelli imposti dal "Salva Italia", che oggi corrispondono a 42 anni e 6 mesi di contribuzione per gli uomini e a 41 anni e 6 mesi per le donne.

All'**articolo 3**, riguardante le **assunzioni**, si spiega come per gli enti di ricerca "è eliminata la previsione che impedisce di calcolare, ai fini della determinazione delle risorse finanziarie da destinare a nuove assunzioni, il maturato economico delle retribuzioni del personale cessato".

Il comma 5 spiega invece come per le Regioni in Piano di rientro la previsione è di "semplificazione dell'attuale regime e di graduale aumento delle percentuali di turn over e quindi di assunzioni a tempo indeterminato".

La nuova **collocazione del personale PA** viene affrontata nell'**articolo 4**, laddove si interviene "per favorire i processi di mobilità volontaria tra amministrazioni pubbliche e per disciplinare la mobilità d'ufficio". Verrà applicato solo ai dipendenti con rapporto di lavoro contrattualizzato e occorrerà tener conto della corrispondenza delle qualifiche tra comparti diversi. I bandi dovranno indicare i criteri della scelta dei candidati nonché i requisiti che gli stessi devono possedere.

In via sperimentale, è previsto che i trasferimenti tra le sedi centrali di differenti Ministeri, agenzie ed enti pubblici non economici nazionali sono disposti dall'assenso di quest'ultima, entro due mesi dalla richiesta dell'amministrazione di destinazione, ammesso che l'amministrazione di destinazione abbia una percentuale di posti vacanti superiore a quella di appartenenza.

Si precisa inoltre che il trasferimento non potrà avvenire ad una distanza maggiore di 50 chilometri dalla sede in cui il dipendente è adibito. Al fine di favorire tali processi, il Mef istituisce un Fondo destinato al miglioramento dell'allocazione del personale presso le pubbliche amministrazioni, con una dotazione di 15 mln di euro per il 2014 e 30 mln a decorrere dall'anno 2015.

Si passa poi all'**articolo 6** dove viene fatto divieto di conferire incarichi dirigenziali a chi è già pensionato. Sono comunque consentiti gli incarichi e le cariche conferite a titolo gratuito.

Le **prerogative sindacali** vengono affrontate nell'**articolo 7** dove si spiega l'intento di "recuperare annualmente al servizio di tutte le amministrazioni pubbliche la prestazione lavorativa retribuita corrispondenti al 50% dei dipendenti pubblici con qualifica di dirigente sindacale che godono delle prerogative sindacali riconducibili a distacchi, aspettative e permessi". Pertanto i contingenti complessivi delle prerogative sindacali attualmente vigenti in tutte le amministrazioni pubbliche sono dimezzati dal 1 settembre 2014.

Il problema del ridotto numero di **borse di studio per le scuole di specializzazione** viene affrontato nell'**articolo 15**. Qui si spiega innanzitutto che verrà ridotta di un anno la durata delle scuole di specializzazione medica a decorrere dall'anno accademico 2014-2015. Si individuano poi somme per innalzare il numero di borse dalle attuali 3.300 fino alla copertura di 5.000 unità. Infine, riguardo il pagamento della quota di iscrizione destinata a coprire i costi connessi all'organizzazione delle prove di ammissione alle scuole di specializzazione, viene spiegato che mentre prima le prove venivano effettuate presso le università e quindi la quota di partecipazione alla prova veniva versata direttamente alle singole università, da quest'anno, essendo diventato il concorso per l'accesso di carattere nazionale, si farà in modo che le risorse versate possano rientrare nella disponibilità di bilancio del Miur.

Con l'**articolo 26** si affronta il problema di rendere "meno onerosa per i **malati cronici** o affetti da particolari patologie o menomazioni non reversibili l'incombenza di recarsi periodicamente dal medico per richiedere la prescrizione di medicinali per il ciclo di terapia prescritto". Per questo si prevede per il medico la possibilità di prescrivere i medicinali, purché assunti dal paziente da almeno sei mesi e pur sempre sotto controllo medico, fino ad un massimo di sei pezzi per ricetta e con una durata della prescrizione non superiore a centottanta giorni.

Si passa poi alle **assicurazioni professionali** trattate nell'**articolo 27**. L'intento è quello di "semplificare e razionalizzare le procedure già previste". Nella relazione si spiega come nel 2012, con l'intento di dare risposta agli esercenti le professioni sanitarie che non riescono a trovare sul mercato un'adeguata copertura assicurativa, il legislatore con la legge Balduzzi aveva deciso di costituire un apposito fondo di garanzia, "demandando all'atto regolamentare la determinazione dei casi nei quali, sulla base di definite categorie di rischio, il professionista dovrà essere garantito". L'accesso al fondo di garanzia inoltre sarà consentito "nei limiti delle risorse del fondo stesso". Sarà il Dpcm - che deve essere adottato su proposta del ministro della Salute, sentita l'Ania, le Federazioni degli Ordini e dei Collegi e i sindacati più rappresentativi - a chiarire i requisiti per poter accedere. Nella relazione "si precisa che il fondo in questione costituisce un'apposita garanzia per i professionisti sanitari che hanno difficoltà a trovare un'adeguata copertura assicurativa sul mercato e opera nell'ambito e nel rispetto dei principi generali vigenti in materia di responsabilità civile". Si prevede, infine, che il contributo dei professionisti ammessi all'accesso non sarà più stabilito "in sede di contrattazione collettiva", visto che in questo modo "si allungherebbero sensibilmente i tempi di attuazione del decreto, ma "nella misura determinata dal soggetto gestore del fondo".

Ma la parte forse più significativa in materia assicurativa è la **decisione di abolire l'obbligo di assicurazione** per i professionisti sanitari che sarebbe dovuto scattare il prossimo 15 agosto. Lo si stabilisce infatti, spiega la relazione, con la modifica al comma 4 dell'art. 3 del "Decreto Balduzzi" che "ha - si legge nella relazione - unicamente lo scopo di chiarire definitivamente, al fine di evitare costosi contenziosi futuri, tenuto conto della *ratio* della norma generale (...) in materia di obblighi assicurativi per i professionisti, che tali obblighi non trovano applicazione nei confronti del professionista sanitario che opera nell'ambito di un rapporto di lavoro dipendente con il Servizio sanitario nazionale".

Sempre nello stesso articolo si sottolinea che i componenti del **Consiglio Superiore di Sanità** si riducono da 40 a 30 e, al trentesimo giorno dall'entrata in vigore del Decreto legge, i componenti in carica del Ccs decadranno automaticamente per poi essere ricostituiti, sempre in quella data, a ranghi ridotti.

Viene, infine, abrogato il comma 3 dell'art. 8ter del Dlgs 502 del 1992 dove si prevedeva che "Per la **realizzazione di strutture sanitarie e sociosanitarie** il comune acquisisce, nell'esercizio delle proprie competenze in materia di autorizzazioni e concessioni di cui all'art. 4 del decreto legge 5 ottobre 1993, n. 398, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 dicembre 1993, n. 493 e successive modificazioni, la verifica di compatibilità del progetto da parte della regione. Tale verifica è effettuata in rapporto al fabbisogno complessivo e alla localizzazione territoriale delle strutture presenti in ambito regionale, anche al fine di meglio garantire l'accessibilità ai servizi e valorizzare le aree di insediamento prioritario di nuove strutture".

*(Fonte: quotidianosanità)*

# **Patto per la Salute. Tutti in attesa delle decisioni dei Governatori. Ma il testo resta “top secret”**

*Il grosso del lavoro è ormai compiuto. L'accordo è sul tavolo dei presidenti regionali che la settimana prossima dovranno sciogliere la riserva. Al momento gli unici a mostrare perplessità sembrano i piemontesi. Il testo ancora “riservato” ma su fondi sanitari e spending review “interna” non dovrebbero esserci sorprese.*

27 GIU - “La Conferenza delle Regioni valuterà nel merito i contenuti della bozza e si esprimerà la prossima settimana quando sarà convocata una riunione straordinaria che avrà all’ordine del giorno proprio la proposta del nuovo Patto per la Salute 2014-2016”, Così ieri il Presidente della Conferenza delle Regioni, Vasco Errani.

“Il lavoro di elaborazione del Patto per la Salute - che ha visto in questi giorni protagonisti il Ministero della Salute, il Ministero dell’Economia ed una delegazione della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni - ha portato alla predisposizione di una bozza. Si tratta di un passaggio positivo e coerente con gli impegni che avevamo assunto”. “Questo – ribadiva sempre Errani ieri sera - è il percorso che avevamo definito e a questo percorso, senza alcuna fuga in avanti, ci atterremo”.

Concetti confermati e ribaditi dall'assessore alla Sanità del Veneto Luca Coletto (coordinatore della Commissione salute per la Conferenza delle Regioni). “Abbiamo elaborato una bozza di massima ma che non è da considerare ancora definitiva. Ora il documento dovrà essere esaminato dalla Conferenza dei presidenti la prossima settimana”.

Dopo l’ultima giornata di confronto- evidenzia l'assessore della Sanità della Toscana, Luigi Marroni – “il Governo e le Regioni che erano presenti alla trattativa hanno presentato alle altre Regioni una bozza che riassume tutto il lavoro che è stato fatto. Ora, la prossima settimana dovrebbe essere convocata la Conferenza dei presidenti per il via libera al testo che poi andrà in Conferenza Stato-Regioni per l'approvazione definitiva”.

“Abbiamo concluso il lavoro - evidenzia l'assessore della Sanità della Liguria, Claudio Montaldo - ma non c’è ancora un testo disponibile, abbiamo presentato le slide riassuntive alle altre Regioni. Tra le cose importanti l'articolo 1 con i finanziamenti per i prossimi tre anni”.

La delegazione della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e il ministero della Salute hanno fatto “un lavoro duro”, ora “tocca ai presidenti limare” la bozza del Patto per la Salute a cui si è arrivati e “trovare la quadra”, afferma ancora Luca Coletto secondo il quale tuttavia, su alcuni punti, come ad esempio “il personale”, “si poteva fare qualcosina di più”.

“Abbiamo chiuso il lavoro come Commissione Salute - spiega Coletto - Abbiamo rivisto e trattato tutti i vari punti del patto: è un 'brogliaccio', che ora va nella mani dei presidenti. La Commissione ha fatto il suo lavoro, abbiamo fatto qualche rilievo, ora è competenza esclusiva dei presidenti confrontarsi e trovare la quadra nei vari ambiti. Tocca ai presidenti limare e validare quanto prodotto”. Certo si poteva fare qualcosa in più, ribadisce Coletto, e “buttare il cuore oltre l'ostacolo”, in particolare sulla

“dotazione del personale e su come incanalarlo nella carriera sanitaria, e si poteva fare qualcosina in più anche su altri ambiti che potevano dare dei vantaggi in un periodo di congiuntura economica negativa”. Poi, secondo Coletto, “c’è sempre lo spauracchio dei tagli ed è chiaro che tagliare rispettando i Lea diventa sempre più difficile”. Proprio per evitare i tagli, secondo Coletto, “bisogna arrivare velocemente a cristallizzare e a chiudere il patto” che, come emerso nelle ultime settimane, dovrebbe mettere nero su bianco che tutte le risorse frutto di razionalizzazione vanno reinvestite nel settore.

Al momento l’unico a manifestare perplessità e cautela è l’Assessore della Regione Piemonte, Antonio Saitta “mancano ancora elementi perché da parte nostra si possa approvare questo testo che è frutto del lavoro di un tavolo tecnico composto da sole otto Regioni” (vedi articolo a parte).

Sui testi, in ogni caso, c’è ancora cautela e riservatezza: secondo le cronache riportate dalle agenzie di stampa nella riunione del 26 giugno al ministero, il documento cartaceo consegnato agli assessori sarebbe poi stato ritirato, proprio per impedire fughe di notizie nel merito prima del vaglio finale dei Presidenti delle Regioni.

Due cose, e di non poca importanza, sembrano comunque certe: i fondi per il triennio ci sono e le cifre sono quelle confermate dal ministro Lorenzin (109,9 mld nel 2014, per salire nel 2015 a 112 mld e nel 2016 a 115,4 mld); e la procedura di “spending review interna” che permetterà di reinvestire i risparmi nello stesso settore sanitario.

Tanti comunque gli ambiti affrontati nel Patto, dalla riorganizzazione della rete ospedaliera alle cure primarie e l’innovazione. Secondo le anticipazioni “una sorta di legge delega all’interno del Patto, con una Commissione che dovrà entro dicembre stabilire i nuovi ticket”, che “si impronteranno a un tema di esigenza di equità sociale e di contrasto a chi evade”.

I livelli essenziali di assistenza “sono dentro il Patto per la salute, come anche il reperimento delle risorse. Entro il 30 settembre ci sarà la definizione della lista aggiornata dei Lea, con alcuni che saranno tolti e altri inseriti”. All’interno del Patto sono individuate ed inserite le risorse per l’aggiornamento dei Lea: 900 milioni in 3 anni.

Ci sarà poi una clausola di salvaguardia, cioè un comitato che vigilerà sull’attuazione del Patto. Il Comitato sarà formato dai ministeri della Salute, dell’Economia e Agenas. Questo patto, ha detto Lorenzin, “non potrà dunque rimanere lettera morta, altrimenti si interviene per via sussidiaria”.

Infine sarebbe prevista una ‘task force’ di esperti per prevenire le situazioni di criticità locali ed i piani di rientro nelle Regioni. Tale task force sarà costituita all’interno dell’Agenzia per i servizi sanitari regionali (Agenas).

**(Fonte: quotidianosanità)**

**Patto per la salute.** Verso la firma - Entro fine anno la soluzione sui ticket

# Sanità: i governatori in rosso non saranno più commissari

**Roberto Turno**  
ROMA

Per quelli già in carica non cambierà niente. Ma nel futuro non sarà possibile che i governatori siano commissari di sé stessi per il profondo rosso della spesa sanitaria, non importa se ereditato dai vecchi presidenti. Se lo sono giurato, la ministra Lorenzin e le regioni, nel «Patto per la salute 2014-2016» che nella mattinata di ieri è stato pressoché messo in sicurezza. Anche, a quanto pare, col beneplacito dell'Economia sulla garanzia che i risparmi che si realizzeranno nel Ssn nei prossimi anni resteranno tutti nel perimetro di spesa della sanità pubblica. Sempreché, beninteso, prossime leggi di stabilità o manovre di contenimento dei conti pubblici, non impongano al Governo di fare di necessità «virtù». Cioè di tagliare ancora.

Il «Patto» verrà formalmente siglato con ogni probabilità la prossima settimana in Stato-Regioni. Ufficialmente non esistono testi, ma «appunti». Tutti da collazionare ed evidentemente da limare ancora in questi giorni. Anche in attesa, ad esempio che l'Economia sblocchi i suoi pareri come quello atteso sugli investimenti, dalle tecnologie all'ammmodernamento strutturale, per i quali le regioni chiedono che siano garantiti quelli su cui il Cipe s'è già espresso. Ma che non sono ancora arrivati. La (quasi) cautela mostrata ieri dal rappresentante dei governatori, Vasco Errani, dimostra del resto che la trattativa col Governo non è da considerare chiusa. Non ancora, almeno.

Intervenuta al Senato in audizione, Beatrice Lorenzin s'è mostrata però ottimista, rivendicando tra i risultati incassati al tavolo della trattativa alcuni punti fermi: a partire dalla certezza che l'accordo sarà applicato integralmente grazie a una clausola di salvaguardia che ne affida il control-

## LORENZIN

«Garantita la sostenibilità del Ssn nei prossimi anni». Ok dell'Economia: i risparmi resteranno nel perimetro della spesa sanitaria

## ISTAT-CNEL

### Cresce la povertà per le famiglie con più di 3 figli

Aumenta la povertà assoluta (+2,3%). Nel 2012 la povertà ha coinvolto le famiglie con più di tre figli soprattutto se minori. Lo evidenzia il Rapporto Bes 2014 di Istat e Cnel. La quota di persone che vivono in famiglie assolutamente povere passa dal 5,7% del 2011 all'8%, con circa 2,3 milioni di poveri assoluti in più rispetto al 2007. In condizioni di grave deprivazione sono invece il 14,5% del totale (erano il 6,9% nel 2010), ovvero 9 milioni di persone, un raddoppio in soli due anni.

lo passo dopo passo ad un comitato ad hoc.

«Sono molto soddisfatta, il Patto sarà il passo decisivo per garantire la sostenibilità del Ssn per i prossimi 15-20 anni», promette la ministra. La partita dei ticket, intanto, sarà risolta con una sorta di delega da mettere nero su bianco entro fine anno. Poi si capirà anche quando effettivamente decollerà il sistema tutto da scoprire che punterà sul reddito, sulla composizione del nucleo familiare e su minori certezze per i cronici sotto determinate (e ignote, per ora) soglie di entrate. «Saranno improntati all'equità sociale e al contrasto verso chi evade», promette ancora la ministra. Anche per i Lea (livelli di assistenza) si arriverà a interventi che in tre anni varranno 900 milioni circa di minori garanzie rispetto alle attuali, scemando determinate prestazioni e prevedendo l'ingresso di altre.

Insomma, per gli italiani non sarà una partita a vincere, quella del welfare sanitario che si prospetta da un Patto che in tre anni vale circa 327 miliardi. Con gli operatori che aspettano al varco di conoscere il testo dell'accordo, tra sospetti e malumori, tanto che il primo sindacato degli ospedalieri, l'Anaa, già parla di «occasione mancata». Occasione che forse potranno cogliere i neo laureati in medicina: per loro potrebbero aprirsi le porte del Ssn, senza essere specializzati. Si formerebbero in ospedale, a stipendio basso, non da dirigenti. Se il testo finale lo confermerà.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

*Interpello del ministero del lavoro sulle società in regime di accreditamento*

## Medici, durc all'Enpam Pagamento delle Asl solo se c'è regolarità

DI DANIELE CIRIOLI

La regolarità contributiva (Durc) riguarda anche l'Enpam. Cliniche, laboratori di analisi e altre società che operano in regime di accreditamento con l'Ssn (Servizio sanitario nazionale), per essere ritenute in regola dal punto di vista contributivo, infatti, non devono avere scoperture neppure verso l'Enpam, oltre che verso l'Inps e l'Inail. Le aziende sanitarie, pertanto, per poter stipulare appalti e per poter pagare compensi a tali società, devono prima chiedere e ottenere dall'Enpam una certificazione equipollente al Durc che attesti il regolare adempimento di tutti gli obblighi contributivi. Lo precisa l'interpello n. 15/2014 del ministero del lavoro.

**Enpam e Durc.** I chiarimenti sono stati sollecitati proprio dall'Ente nazionale di previdenza e di assistenza dei medici e degli odontoiatri (Enpam) che ha chiesto di sapere la ricorrenza dell'obbligo della certificazione del

### Il Durc allarga i confini

Per la regolarità contributiva delle società operanti in regime di accreditamento con l'Ssn, è richiesta anche la correttezza degli adempimenti nei confronti dell'Enpam.

corretto assolvimento degli obblighi contributivi per le società operanti in regime di accreditamento con l'Ssn nei confronti del fondo degli specialisti esterni. La risposta del ministero è affermativa. Dopo aver ricordato che la questione riguarda la disciplina del documento unico di regolarità contributiva (il Durc, che attesta la regolarità e la correttezza degli adempimenti di carattere contributivo da parte di un operatore economico nei confronti di tutti gli istituti previdenziali e assistenziali), in relazione all'ipotesi specifica di regolarità contributiva per le società operanti in regime di accreditamento con Ssn, il ministero richiama la legge n. 243/2004. All'art. 1, comma 39, spiega, è stabilito il versamen-

to in favore del fondo degli specialisti esterni istituito presso l'Enpam di «un contributo pari al 2% del fatturato annuo attinente a prestazioni specialistiche rese nei confronti del Servizio sanitario nazionale e delle sue strutture operative (Aa.Ss.Ll.), senza diritto di rivalsa (...)».

**Certificazione equipollente.** Secondo il ministero, in considerazione del rapporto di concessione ex lege che intercorre tra le società e le aziende sanitarie locali, nonché dell'esigenza di interpretare in modo uniforme la normativa in materia di regolarità contributiva, le aziende sanitarie, oltre all'acquisizione d'ufficio del Durc, sono tenute (sia in sede di stipula del contratto di accreditamento che al mo-

mento della liquidazione delle fatture) a richiedere all'Enpam il rilascio della certificazione equipollente al Durc attestante il regolare adempimento degli obblighi contributivi.

**Il dato contributivo.** Con riferimento ai dati relativi al fatturato annuo delle società accreditate, inoltre, il ministero evidenzia che l'obbligo contributivo delle predette società risulta parametrato a una somma pari a una percentuale del fatturato annuo afferente alle prestazioni specialistiche rese nei confronti dell'Ssn, con indicazione dei nominativi dei medici e degli odontoiatri che hanno partecipato alle attività di produzione del fatturato e delle quote contributive di spettanza individuale. Il ministero precisa infine che il calcolo della base imponibile del contributo può essere effettuato solo avvalendosi dei dati in possesso delle Asl che fruiscono delle prestazioni specialistiche e ambulatoriali dei medici e degli odontoiatri operanti per conto delle predette società.

---

**La privacy**

---

**Cartella clinica elettronica, primo sì**

Primi passi concreti per la realizzazione del fascicolo sanitario elettronico, l'insieme dei dati e dei documenti digitali che rappresentano la storia clinica e sanitaria di una persona: il Garante per la privacy «ha espresso parere favorevole su uno schema di decreto del Presidente del Consiglio dei ministri - il primo di una serie di decreti attuativi previsti dalla norma di legge - che consentirà a Regioni

e Province autonome di dare il via al Fse». Già nel 2009 l'autorità «era intervenuta in tale materia con un provvedimento generale, svolgendo un ruolo di 'supplenza in attesa di una normativa adeguata. Lo schema odierno individua i primi contenuti da attivare a livello nazionale: i dati e i documenti da inserire nel fascicolo elettronico; le responsabilità e i compiti dei soggetti coinvolti; le garanzie e le misure di sicurezza

da adottare nel trattamento dei dati personali. Il testo prevede, in particolare, che il paziente sia informato chiaramente e possa decidere con maggiore consapevolezza se dare il consenso all'alimentazione del Fse in mancanza del quale il fascicolo rimarrà vuoto e quindi non accessibile, né per finalità di cura, né per finalità di ricerca o di programmazione sanitaria.

---

Conservazione elettronica. Dm in vigore

# Fattura telematica con archiviazione in tempi lunghi

**Alessandro Mastromatteo  
Benedetto Santacroce**

**NEWS** In vigore da oggi le nuove regole per la conservazione elettronica dei documenti fiscali: il decreto ministeriale datato 17 giugno 2014, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 146 del 26 giugno 2014 sostituisce, abrogandole da subito, le disposizioni contenute nel previgente decreto ministeriale del 23 gennaio 2004. Superamento, quindi, del vincolo temporale dei 15 giorni per la conservazione delle fatture elettroniche, semplificazioni nell'assolvimento dell'imposta di bollo, eliminazione dell'obbligo di comunicazione dell'impronta dell'archivio digitale ed operatività delle medesime regole per i documenti del settore doganale rappresentano le principali novità in materia.

La conservazione dei documenti valida fiscalmente prevede l'apposizione di un riferimento temporale opponibile a terzi sul pacchetto di archiviazione, il quale viene infatti già firmato digitalmente secondo le regole tecniche attuative del Cad. Occorre assicurare le caratteristiche di immodificabilità, integrità, autenticità e leggibilità anche utilizzando i formati scelti dal responsabile della conservazione che deve motivarne la scelta nel manuale di conservazione. Va assicurata infine la ricerca ed estrazione delle informazioni in base a cognome, nome, denominazione, codice fiscale, partita Iva, data o associazioni logiche tra questi. Si tratta dei medesimi metadati già richiesti del previgente decreto ministeriale ma la loro individuazione è ora richiesta solo se tali informazioni sono obbligatoriamente previste.

Viene eliminato l'obbligo di conservazione quindicinale delle fatture. Il processo di conservazione va quindi completato, anche per le fatture elettroniche, entro il termine di tre mesi dalla scadenza pre-

vista per la presentazione della dichiarazione annuale.

Non va più inviata alle Agenzie fiscali l'impronta dell'archivio. È richiesta l'indicazione in dichiarazione dei redditi di avere optato per la conservazione elettronica dei documenti fiscali.

Invece del pagamento

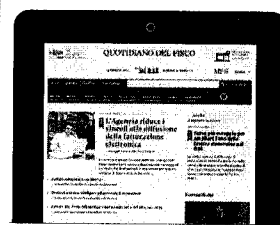
## LA SEMPLIFICAZIONE

Il processo va completato entro tre mesi dalla scadenza per la presentazione della dichiarazione

dell'imposta di bollo in acconto e a saldo, è ora previsto il versamento in unica soluzione entro centoventi giorni dalla chiusura dell'esercizio e le fatture elettroniche, quando assoggettate, devono contenere l'annotazione di assolvimento dell'imposta secondo le nuove regole.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il Sole **24 ORE.com**



QUOTIDIANO DEL FISCO

**Focus sulle novità per i bilanci e la contabilità**

Sul Quotidiano del Fisco di oggi approfondimenti di **Franco Roscini Vitali e Matteo Pozzoli** sui nuovi principi che sono stati determinati da parte dell'Oic

[www.quotidianofisco.ilssole24ore.com](http://www.quotidianofisco.ilssole24ore.com)

# CREDITO D'IMPOSTA «RETROATTIVO»

## Agevolabili le operazioni già avviate: conta la data di consegna

Luca Gaiani

■ **Credito d'imposta** per gli investimenti con occhi puntati alle regole della competenza temporale. Il Dl 91/2014 concede un incentivo, sotto forma di credito di imposta, per le imprese che effettuano acquisti di macchinari nuovi a partire dal 25 giugno 2014 e fino al 30 giugno 2015, per importi superiori alla media dei cinque esercizi precedenti. Per individuare gli importi agevolabili va innanzitutto stabilito se il costo, secondo le regole di competenza, si considera sostenuto nel periodo temporale rilevante.

### Base di calcolo

L'articolo 18 del Dl 91/14 introduce un incentivo fiscale per le imprese che realizzano investimenti, che per vari aspetti ricalca le regole della "Tremontibis" del 2001. In luogo della precedente deduzione dal reddito, ora si prevede di attribuire un credito d'imposta, rendendo immediatamente spendibile il bonus anche per imprese in perdita fiscale. La base di calcolo del credito di imposta (15%) è costituita dall'eccedenza del costo di investimenti in beni nuovi (destinati a strutture produttive italiane) inclusi nella voce 28

della tabella Ateco 2007 rispetto alla media dei corrispondenti acquisti dei cinque esercizi precedenti, escludendovi l'anno con investimenti più elevati.

Per calcolare l'incentivo, va prestata attenzione alla data in cui l'investimento si considera effettuato (articolo 109 Tuir), ricordando che il costo è agevolato solo se fiscalmente sostenuto tra il 25 giugno 2014 (entrata in vigore del Dl 91) e il 30 giugno 2015. Per gli acquisti, rileva il momento in cui il fornitore consegna o avvia la spedizione del bene o, se successivo, di passaggio di proprietà; per eventuali prestazioni connesse con l'investimento (trasporto, installazione eccetera) non comprese nel costo del bene, va presa in esame la data di ultimazione (circolare 44/E/2009). Se il macchinario è acquisito in appalto (anche in "leasing-appalto"), vale la data di ultimazione dell'opera o i singoli importi liquidati in via definitiva con stati di avanzamento dei lavori (Sal). Per il leasing conta non la maturazione dei canoni, ma il momento di consegna del cespite all'utilizzatore; se è prevista una condizione sospensiva, va atteso l'esito positivo del collaudo. In ogni caso, non rileva il momento di en-

trata in funzione dei beni.

### Investimenti in corso

Chi al 25 giugno aveva già avviato programmi di investimento dovrà verificare sui documenti di trasporto le date di consegna o spedizione dei beni. Per gli appalti ultimati dal 25 giugno, in assenza di precedenti Sal liquidati in via definitiva, tutto il costo del macchinario è agevolato anche se la realizzazione era cominciata prima di tale data ed erano già stati pagati acconti (circolare 54/E/2002). Idem per i leasing stipulati prima del 25 giugno: la consegna al locatario avviene dopo di essa.

Per verificare se gli investimenti daranno origine al beneficio, va fatta la media del quinquennio precedente: fino al raggiungimento di tale ammontare, non c'è credito d'imposta. Il calcolo, per l'incentivo 2014 (25 giugno-31 dicembre), si fa prendendo gli anni 2009-2013 (costo dei beni nuovi voce 28 Ateco di tali anni), escluso quello con investimenti più alti e dividendo il risultato per 4. La media, come precisato per la "Tremontibis" (circolare 90/E/2001), è mobile: per gli investimenti del primo semestre 2015, il quinquennio da considerare slitta di

un anno (2010-2014). Se ci sono fusioni nel periodo di media, l'incorporante calcola la media sommando gli investimenti propri a quelli dell'incorporata. La beneficiaria di una scissione deve aggiungere gli acquisti di beni strumentali della scissa quantificandoli secondo la percentuale di cui all'articolo 173, comma 4, Tuir (quota di netto contabile trasferito). Nei conferimenti d'azienda, la conferitaria conta solo gli investimenti propri (circolare 4/E/2002).

### Competenza temporale

I costi delle imprese si considerano sostenuti, anche ai fini del nuovo credito d'imposta, non al pagamento, ma secondo la competenza temporale ex articolo 109 del Testo unico. Per gli acquisti, vale la data di consegna o spedizione; se c'è appalto d'opera, si verifica il momento dell'ultimazione (accettazione da parte del committente) o gli importi risultanti dai Sal liquidati in via definitiva. Sui leasing, i canoni si deducono *pro rata temporis*, ma per l'incentivo conta la data di consegna del bene. Questi atti, per fruire dell'agevolazione, vanno realizzati tra il 25 giugno 2014 e il 30 giugno 2015.



**Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale**

# Notizie dalle Province



SANITA

## Caos ospedale, tagli e disservizi Mancano 90 infermieri in corsia

■ I reparti rischiano il collasso, i medici allo stremo  
Il conto lo pagano gli utenti. Sos dei sindacati

Continua la polemica sull'assenza di personale nell'Ospedale Sant'Anna di Boscotrecase dove da qualche giorno il personale è in rivolta per una carenza di unità.

Di 161 infermieri nella struttura ospedaliera di via Lenze ne lavorano meno della metà, appena cinquanta e i servizi rischiano di paralizzarsi.

Il restante delle unità sono state invece distribuite sugli ambulatori del distretto sanitario, privi di ogni controllo e soprattutto senza essere di grande supporto.

E così all'indomani del dossier inchiesta pubblicato su Metropolis ad intervenire sulla vicenda sono i due rappresentanti sindacali Giovanni Savino e Domenico Iapicca rappresentanti Fsi e membri del Rsu.

L'ospedale sta attraversando una fase di criticità assurde, i reparti lamentano carenze di personale per non parlare di quelle di servizi. E di qui una lunga lista. Da otto mesi la struttura si è svuotata di infermieri e per ogni reparto incalza Domenico Iapicca siamo passati da un numero di cinque unità a due, in questo modo i pazienti rischiano di non ricevere l'attenzione giusta, il personale medico e paramedico di non dare il massimo della prestazione, bisogna intervenire e subito. Reparti al collasso come quello di cardiologia e di ortopedia che nonostante siano tra i più rinomati vedono pazienti non solo in barella nei corridoi ma diventare pedine di un andirivieni continuo tra un reparto all'altro a causa del personale.

Sono mesi che chiediamo interventi continua Giovanni Savino ma nessuno si interessa eppure in questa struttura abbiamo il

più alto tasso di utenza, reparti e servizi che in questo modo rischiano di affogare e il tutto perché la direzione non interviene.

Il direttore generale dell'Asl deve immediatamente mettere in campo delle soluzioni concrete ed immediate conclude il sindacalista Domenico Iapicca non è possibile che abbiamo una sala con una Tac allestita ma non abbiamo il personale e quello che arriva percepisce cifre d'oro ed impensabile soprattutto in tempi di crisi. Eppure la struttura sanitaria al confine tra Torre Annunziata e Boscotrecase ha da poco inaugurato una terza sala operatoria ma che continua ad essere utilizzata parzialmente come la sala Tac, il tutto mentre un'ala dell'ospedale resta una cattedrale nel deserto.

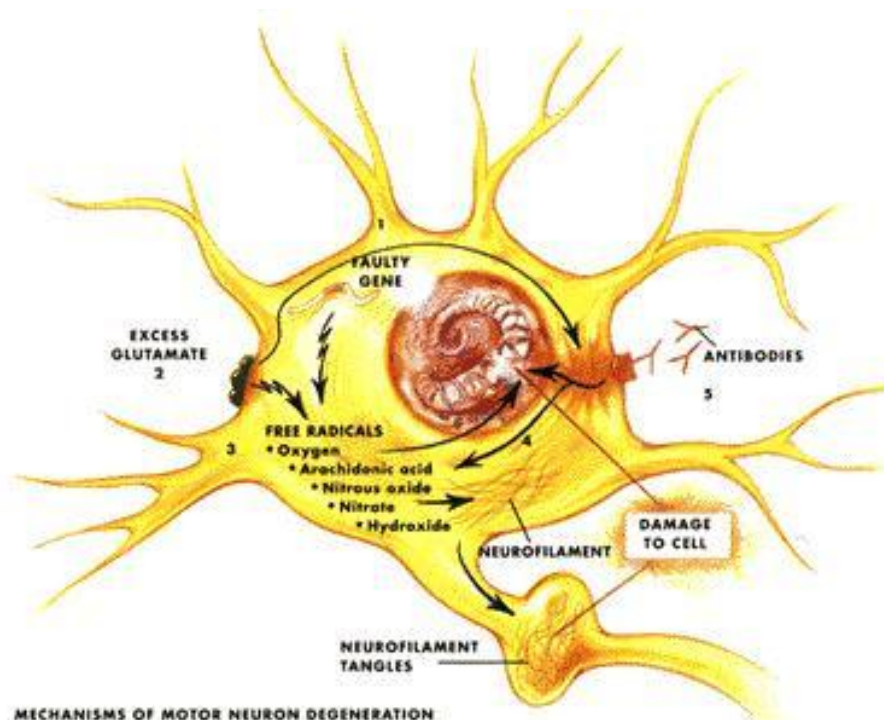
(giovanna salvati)





Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# Medicina News



MECHANISMS OF MOTOR NEURON DEGENERATION

# Tumore del rinofaringe, identificati i geni responsabili

**Scienziati di Singapore, dove questa rara forma di cancro è più diffusa, hanno sequenziato il genoma delle cellule cancerose. Si aprono prospettive per cure mirate**



È un tumore raro, di cui si parla poco, ma che spesso è letale o ha un impatto rilevante sulla vita dei pazienti visto che colpisce direttamente il viso. Un gruppo di studiosi del Cancer Science Institute di Singapore ha però fatto un importante passo avanti per la diagnosi e la cura del carcinoma del rinofaringe mappando l'intero genoma della malattia. «La novità di questo studio è che è stato sequenziato il genoma delle cellule tumorali del cancro rinofaringeo - spiega Giuseppe Spriano, responsabile dell'Unità operativa di Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico-Facciale dell'Istituto Regina Elena di Roma e presidente della Società italiana di otorinolaringologia e chirurgia cervico-facciale (Sioechf) -. Sono state individuate le mutazioni genetiche responsabili: in pratica un determinato gene codifica delle proteine, gli oncogeni, che determinano lo sviluppo e la crescita del tumore. Se un gene è modificato la proteina da lui codificata sfugge al controllo e se questa proteina codifica la duplicazione cellulare assisteremo a una crescita tumorale incontrollata».

## Lo studio

In particolare i ricercatori, che hanno pubblicato il loro lavoro sull'ultimo numero di [Nature Genetics](#), hanno analizzato il Dna e le proteine di oltre 100 pazienti con questo tipo di cancro e hanno così individuato alcune mutazioni genetiche responsabili dell'insorgere della patologia. «Diversamente da quanto è avvenuto per neoplasie molto diffuse come quelle del seno e del colon – dice Phillip Koeffler, autore principale dello studio – la biologia del cancro del rinofaringe è stata poco indagata e le nostre conoscenze sono limitate. Ne consegue che ad oggi non esistono terapie mirate a fermare le alterazioni genetiche o nuovi farmaci capaci di intervenire sulle mutazioni che causano e fanno progredire la malattia». Partendo a queste nuove conoscenze gli scienziati sperano ora di poter comprendere di più sulle cause alla base della neoplasia e sulla sua prognosi, individuando quali geni sono responsabili delle forme più aggressive. Inoltre si potranno sviluppare nuovi strumenti diagnostici e sfruttare terapie già esistenti (o crearne di nuove) che puntino direttamente a scardinare le basi molecolari della malattia. «Attualmente il trattamento standard di un carcinoma rinofaringeo è rappresentato dalla radio e dalla chemioterapia, ma così facendo una parte dei tumori guarisce ed un'altra no – commenta Spriano -. Questo significa che in realtà i tumori, anche se della stessa sede e dello stesso stadio, sono tra loro diversi. Alla luce di questa scoperta, cioè l'aver individuato i geni mutati e le proteine da loro espressi sarà possibile utilizzare degli inibitori di tali proteine, i cosiddetti farmaci intelligenti, che agiscono contro un amminoacido specifico di quella proteina controllata da quel gene mutato. Si colpiranno i responsabili genomici del tumore perché sapremo quali sono i geni da colpire».

## **Sintomi e terapie**

Il rinofaringe costituisce la porzione superiore della faringe ed è localizzato dietro il naso. Il carcinoma del rinofaringe è molto raro in Europa e negli stati Uniti: in Italia colpisce circa una persona ogni centomila abitanti, quindi sono più o meno 600 le nuove diagnosi ogni anno. È però molto più frequente nel Sudest asiatico, a Hong Kong e in alcuni Paesi del Nord dell'Africa, dove le popolazioni sono probabilmente più «predisposte» per motivi genetici. L'unica causa nota, per ora, è l'esposizione al virus di Epstein-Barr, che può influire sul rischio di insorgenza del cancro del rinofaringe. Spesso la malattia non dà sintomi precoci, ma i segnali a cui bisogna fare attenzione (recandosi per una visita dall'otorinolaringoiatra) sono: perdita unilaterale dell'udito, sanguinamento od ostruzione nasale persistente, tumefazioni al collo o alla gola. «In caso di sospetti - conclude Spriano - lo specialista procede con una rinoscopia (procedura che consente di visualizzare le strutture interne del naso) e a una conseguente biopsia. Confermata la presenza del tumore va poi eseguita una risonanza magnetica della testa e del collo. Le terapie vengono poi scelte in base allo stadio del tumore: negli stadi iniziali la cura è costituita dalla radioterapia, nei casi più avanzati si deve invece associare la chemioterapia alla radioterapia. Il ruolo della chirurgia è limitato al trattamento di piccole ricadute. Il futuro aperto da questa scoperta sarà quello di sequenziare il genoma del tumore dalla semplice biopsia e, una volta conosciute le mutazioni, instaurare una terapia mirata e personalizzata per quel tumore, non uguale per tutti come oggi accade».

***(Fonte: CorriereDellaSera)***

# Un chip nel cervello, un ragazzo paralizzato muove la mano

## Sperimentata per la prima volta grazie a un team della Ohio University una tecnica in grado di bypassare il midollo spinale e comandare il movimento con il pensiero



Un meccanismo articolato permette di muovere le mani col pensiero, bypassando il midollo spinale. È la tecnologia Neurobridge, della quale si parla da tempo che è dedicata a coloro che hanno subito lesioni midollari alte o ictus e che sono dunque impossibilitati nel movimento. Ora è stata testata per la prima volta da un ragazzo tetraplegico e si sono registrati i primi piccoli grandi successi.

### Come funziona

Si tratta di un chip con 96 elettrodi e grande 0,4 cm che viene inserito nel cervello: gli elettrodi leggono i comandi di movimento impressi dalla sezione del cervello specifica e li trasmettono via cavo a un supporto nel cranio, collegato a sua volta a un computer. Il primo paziente in assoluto a sperimentarla è Ian Burkhart, un ragazzo ventitreenne tetraplegico. Un chip dunque è stato impiantato nel cervello del giovane paralizzato da un team della Ohio State University e Ian è entrato ufficialmente nell'era che i medici definiscono bionica, regalando speranze a molte persone, sia mielolese che colpite da ictus. I suoi pensieri vengono tradotti in impulsi e nonostante la lesione midollare i comandi cerebrali possono comunque giungere alle mani. Come ha spiegato Chad Bouton, ricercatore della Ohio University, il concetto che sta alla base di Neurobridge non è poi così diverso da quello del bypass aorto-coronarico. Dopo l'intervento per impiantare il chip nel cervello, gli scienziati di Battelle, l'ente di ricerca no-profit ideatore di Neurobridge, sono entrati nel cervello del ragazzo e l'hanno collegato, mentre Ian osservava i movimenti di una mano digitale, pensava di replicarli e il computer leggeva nella mente del giovane. I primi movimenti reali sono avvenuti al Wexner Medical Center di Columbus, in un clima di emozione generale.

### L'esperimento

Il ragazzo nell'esperimento ha dimostrato di poter aprire la mano e di stringerla poi in un pugno, afferrando un cucchiaino. Un piccolo gesto, ma enormemente significativo per una persona che non è più in grado di pilotare i movimenti degli arti: ««a cosa che mi manca maggiormente – ha spiegato Ian – è l'autonomia: è molto frustrante dipendere dagli altri anche per i gesti e le necessità più semplici». La fantascienza diventa realtà, scrive il Washington Post, mentre il giovane Ian ha iniziato rivivere piccoli spazi di autonomia che per lui sono un regalo prezioso. Da quando nel 2010, in seguito a un'immersione, si è rotto la spina dorsale è rimasto completamente paralizzato. Aveva deciso di festeggiare la fine del primo anno all'università dell'Ohio con una giornata di mare e fu proprio lo schianto contro un banco di sabbia nascosto dalle onde ad aver causato la lesione. Le speranze per il momento sono tiepide e la cautela doverosa, ma l'era bionica è comunque iniziata.

*(Fonte: CorriereDellaSera)*