

# RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI  
7 FEBBRAIO 2014

## DALL'ITALIA

### DOCTORNEWS33

#### **Chirurgo assolto anche se non dissente dal capo: Acoi, sentenza spacca equipe**

«Una pronuncia spacca équipe». Così Luigi Presenti, presidente di Acoi – l'associazione dei chirurghi ospedalieri – commenta la sentenza 5684 della Cassazione che assolve l'assistente di un primario chirurgo per lesioni gravi provocate durante due interventi sullo stesso paziente. Pur avendo co-operato con il primario, condannato, e pur non avendo dissentito nel diario clinico dalla decisione causa di danno presa dal collega, l'assistente non è corresponsabile. E ciò innova rispetto alla precedente sentenza in materia analoga (1312/2000) che aveva salvato un aiuto medico solo perché aveva dissentito nel diario clinico dalla condotta del "capo" prendendone le distanze e sottolineandone rischiosità ed inidoneità. Nel caso antecedente, come sottolinea ora la Suprema Corte, si parlava di terapia medica e l'aiuto aveva tutto il tempo per dissentire; un intervento chirurgico invece di tempi non ne dà, e non basta la compresenza sola a far scattare il concorso di colpa. «In ogni caso però non c'è da stare allegri», dice Presenti. «Sentenze come questa possono innescare situazioni negative nell'équipe. In una visione gerarchica delle cure è chiaro che il Direttore di unità operativa assume su di sé la responsabilità dell'intervento, ma qui (a parte che non a tutti gli interventi partecipa il "primario") si ribadisce il principio secondo cui o si calcolano prima insieme tutti gli imprevisti di un'operazione, oppure per un aiuto/assistente sarà d'ora in poi meglio dissentire ogniquale volta il responsabile di équipe prenda una decisione rispetto alla quale si ravvisi anche il minimo margine di rischio, e questo è un implicito incoraggiamento al ricorso alla medicina difensiva oltre che una spada di Damocle sull'équipe».

#### **Test medicina, il Miur taglia i posti del 20%**

A leggere i numeri pubblicati nel Decreto del ministero dell'Università e della Ricerca, il quadro per gli aspiranti studenti di Medicina quest'anno non sembra dei più rosei. Per l'anno accademico 2014-2015 i posti messi a concorso per Medicina sono stati, infatti, tagliati del 23%, 2239 in meno rispetto a 12 mesi fa. Se nel 2013 furono 10.157, più 591 per gli studenti stranieri, nel 2012 sono 7.918 più 351 per gli studenti non comunitari non soggiornanti. E le cose non vanno molto meglio per le altre facoltà, da Veterinaria che passa a 632 accessi contro gli 825 del 2013 a Odontoiatria il cui taglio si riduce al 20% 787 posti in luogo dei 984 del 2013. Ma, va detto, si tratta di numeri provvisori visto che si attende la definizione del fabbisogno nazionale comunicato annualmente dal ministero della Salute. E proprio da quest'attesa, come spiega **Angelo Mastrillo**, segretario della Conferenza dei corsi di laurea delle professioni sanitarie, potrebbe esserci qualche ragione di ottimismo. «La riduzione dei posti del 20% è sicuramente rilevante» spiega «ma provvisoria in attesa

che il ministero definisca i posti disponibili. Comunque» anticipa a DoctorNews33 «non dovrebbero esserci riduzioni rispetto ai 10.157 posti del 2013, perché la richiesta formulata dalle Regioni dovrebbe essere superiore. Sembrerebbero confermate, invece, le diminuzioni per Odontoiatria e Veterinaria». Qualche novità da registrare anche sul fronte dei contenuti dei test. I quesiti restano 60, cui i candidati dovranno rispondere in 100 minuti, è cambiata, però, la ripartizione del numero di domande per ciascun argomento in favore del numero dei quesiti delle materie disciplinari. Per Medicina e Chirurgia e Odontoiatria rispetto allo scorso anno i quesiti di cultura generale scenderanno da 5 a 4, quelli di ragionamento logico da 25 a 23, mentre passeranno da 14 a 15 le domande di biologia, da 8 a 10 quelle di chimica. Abolito ufficialmente, infine il cosiddetto bonus maturità. Le modifiche nei quesiti, peraltro, non sembrano così significative spiega Mastrillo «penso che incida poco o nulla sull'esito dello scorso anno: restano favoriti gli studenti del Liceo Scientifico rispetto a quelli del Classico» conclude. Il test è previsto per l'8 aprile, dal 12 febbraio all'11 marzo dovranno essere presentate solo on line le domande di partecipazione.

## **Rapporto Osmed: si riduce spesa Ssn, aumenta quella dei cittadini**

Scende la spesa a carico del Servizio sanitario nazionale e aumenta quella sostenuta dai cittadini. Il rapporto Osmed curato dall'Aifa e presentato ieri a Roma si riferisce ai primi nove mesi del 2013 e mostra una tendenza chiara; il direttore generale dell'Agenzia del Farmaco **Luca Pani** la riassume così: «Si riduce del 3,9% la spesa territoriale a carico del Ssn, pari a 8,8 miliardi di euro, mentre aumenta rispetto al 2012 (+11,2%) l'acquisto privato da parte dei cittadini dei medicinali di fascia A, rimborsabili dal Ssn. Si riduce, invece, dell'1,6% l'acquisto di medicinali di fascia C a carico del cittadino». Dal rapporto si desume che la spesa farmaceutica nazionale totale, comprensiva dei medicinali distribuiti attraverso le farmacie pubbliche e private e di quelli acquistati e dispensati dalle strutture sanitarie pubbliche, è stata pari a 19,5 miliardi di euro, il 74,7% dei quali rimborsati dal Servizio sanitario nazionale. Il documento analizza anche le cause della riduzione della spesa pubblica: ha inciso una contrazione del 4,7% dei prezzi, mentre si è assistito a un lieve spostamento della prescrizione verso categorie più costose (+0,2%) e a un aumento nei consumi (+1,9% in termini di dosi giornaliere). La spesa privata, comprendente tutte le voci sostenute dal cittadino, è stata pari a poco più di sei miliardi di euro e certifica un'affezione crescente degli italiani nei confronti dei farmaci. Sono 1 miliardo e 398 milioni le confezioni di medicinali vendute, per una media di circa 23 confezioni a testa, con una crescita del 2,0% rispetto ai primi nove mesi dell'anno precedente. Per certi versi preoccupante, si conferma in aumento anche il consumo di antibiotici, di cui sono state consumate 22,3 dosi giornaliere ogni mille abitanti con un aumento del 5,4% trainato dalle regioni del Sud. Ma in testa alla graduatoria di consumo e spesa restano i farmaci per l'apparato cardiovascolare, seguiti da quelli per l'apparato gastrointestinale e il metabolismo. Si conferma inoltre l'ampio utilizzo di antidepressivi.

## **Anaao: Fnom con i sindacati, su competenze infermieristiche urge legge**

L'ordine dei medici prende in mano il tema delle nuove competenze infermieristiche e i rischi di sconfinamenti nell'attività medica. «Il presidente Fnomceo **Amedeo Bianco** ha convocato tutti i sindacati; ci sarà un forte intervento per ottenere un iter legislativo sulla

bozza oggi destinata all'approvazione della conferenza stato-regioni», spiega **Carlo Palermo** coordinatore dei segretari regionali Anaa Assomed. Aver scelto la conferenza stato-regioni per l'evoluzione dell'infermiere secondo Palermo «è scelta inopportuna sotto il profilo giuridico. Nessuno nega la crescita dei colleghi ma deve avvenire in un percorso chiaro, definito da legge, che ribadisca l'autonomia dei medici su diagnosi e terapia sancita da sentenze della Corte Costituzionale, o si rischiano 21 declinazioni della professione infermieristica (e anche di più visto che saranno accordi locali con gli atenei a regolare la materia) e un'assistenza diversa lungo l'Italia. E il medico rischia legalmente: oggi la legge 502 prevede organizzazione dipartimentale e in unità operative e sancisce le responsabilità mediche; se competenze tra due professioni diverse si sovrappongono in un contenzioso per colpa il giudice va a vedere chi guida il reparto in base a leggi e sentenze, e chi paga è il medico. Per questo deve cambiare la legge». Per Palermo, l'ospedale per intensità di cure è spesso il luogo dove impera la sovrapposizione di competenze. «Lavoro in Toscana e osservo l'adesione di alcune strutture a un modello "spinto" che disperde i malati nei setting più svariati lungo tre quattro piani con il medico e i familiari costretti a rincorrerli. Le evidenze in termini di esiti di cura fin qui danno ragione al modello dipartimentale, che peraltro già contempla l'intensità di cure – si pensi alla cardiologia tripartita in Unità coronarica, reparto di media intensità e low care – ma si accelera sul modello nuovo: un po' per sfruttare le disponibilità di letti e un po' per destrutturare la legge 502 attribuendo le aree organizzative a dirigenti infermieristici ed ingegneri clinici. Una rivoluzione che "spacchetta" il paziente in due percorsi diversi, clinico e assistenziale, non sempre semplificandogli la vita».

## QUOTIDIANOSANITA'.IT

### **Rapporto Osmed. Primi nove mesi 2013: spesa farmaceutica a 19.5 mld. Boom della privata. Continua ad aumentare l'ospedaliera. Diminuisce la territoriale**

*Si conferma la crescita dei farmaci ospedalieri e la diminuzione della spesa in farmacia. E poi un +3,9% di spesa diretta del cittadino come conseguenza dell'aumento dei ticket, di un maggior consumo di farmaci di automedicazione e farmaci di classe A che si sceglie di acquistare privatamente. In testa ai consumi in farmacia i cardiovascolari. Mentre in ospedale la spesa più elevata è per gli anticancro. IL RAPPORTO AIFA.*

All'appello mancano ancora i dati di ottobre, novembre e dicembre, ma il trend della spesa farmaceutica del 2013 sembra confermare le tendenze del 2012, con buone notizie per la spesa territoriale e cattive notizie per quella ospedaliera. Dal Rapporto Osmed curato dall'Aifa, presentato oggi a Roma e riferito al periodo gennaio-settembre 2013, emerge infatti che la spesa per i medicinali acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche a settembre 2013 aveva già superato del 3,3% la spesa dello scorso anno. Il destino dell'ospedaliera, quindi, sembra essere quello di superare ancora una volta il tetto. Ma per sapere esattamente come andranno le cose bisognerà aspettare i dati definitivi e dettagliati.

Lo stesso vale per la spesa territoriale, che comunque sembra assestarsi sul trend virtuoso dello scorso anno. Da sottolineare, però, che se è vero che la spesa farmaceutica territoriale

pubblica tra gennaio e settembre è diminuita del 3,9% rispetto allo stesso periodo dello scorso anno (“tale decremento – secondo l’Aifa - è dovuto principalmente alla riduzione del -4,9% della spesa farmaceutica convenzionata netta, che si associa con una lieve riduzione del -0,3% della spesa per medicinali di classe A erogati in distribuzione diretta e per conto”), tuttavia la spesa privata ha invece subito un incremento del 3,9% (secondo l’Aifa conseguenza dell’incremento dell’11,2% della spesa per i farmaci di fascia A acquistati direttamente dal cittadino, all’aumento del 9% della spesa per i farmaci per l’automedicazione, all’aumento del 2,1% della spesa per compartecipazioni nell’acquisto di medicinali e alla riduzione dell’1,6% della spesa per i farmaci di classe C con ricetta).

Anche in questo caso, comunque, per scoprire quale sarà il risultato della spesa territoriale rispetto al tetto del Fsn (che nel 2013 scenderà all’11,35% rispetto al 13,1% dello scorso anno) bisognerà aspettare i dati definitivi e dettagliati, che per la valutazione dello sfioramento della spesa territoriale dovrà calcolerà la somma della spesa farmaceutica convenzionata, comprensiva di ogni compartecipazione a carico degli assistiti e della spesa per medicinali di classe A erogati in distribuzione diretta, inclusa la distribuzione per conto e la distribuzione in dimissione ospedaliera, al netto di ogni importo versato dalle aziende farmaceutiche in attuazione di procedimenti di legge.

**I dati gennaio-settembre 2013 disegnano comunque un quadro già chiaro.** In generale, nei primi nove mesi del 2013 la spesa farmaceutica nazionale totale (pubblica e privata) è stata pari a 19,5 miliardi di euro (era 19,2 lo scorso anno), di cui il 74,7% è stato rimborsato dal SSN. In prevalenza i medicinali sono stati dispensati ai cittadini a carico del Ssn attraverso il canale delle farmacie territoriali pubbliche e private. La spesa dei farmaci acquistati a carico del cittadino è stata pari a 4,93 miliardi di euro composta soprattutto dai farmaci di classe C con obbligo di ricetta (11,5%).

Vale inoltre la pena di sottolineare, secondo il rapporto, che in termini di spesa a carico del Ssn si registrano andamenti opposti nel canale convenzionale (consumi in aumento +1,9% e spesa in forte decremento -2,6%, rispetto al 2012) rispetto a quello non convenzionale -dato dagli acquisti delle strutture sanitarie pubbliche -, che invece è caratterizzato da consumi in riduzione e spesa crescente (rispettivamente -20,3% e +3,3%, rispetto al 2012).

### **Aumenta il peso del ticket**

I consumi in regime di assistenza convenzionale sono in significativa crescita, con incrementi sia del numero di ricette, che delle confezioni, rispettivamente del +3,2% e del +2,6%; in media ogni giorno sono utilizzate 1.002,4 dosi ogni mille abitanti in crescita del +1,8% rispetto all’anno precedente, e sono state dispensate 839 milioni di confezioni (circa 14 confezioni per abitante).

Nel 2013 è stata riscontrata una crescente incidenza del 12,7% - sulla spesa convenzionata - della compartecipazione a carico del cittadino (comprensiva del ticket per confezione e della quota a carico del cittadino eccedente il prezzo di riferimento sui medicinali a brevetto scaduto) rispetto al 12,1% registrato nel 2012. L’ammontare complessivo della spesa per compartecipazioni a carico del cittadino sui medicinali di classe A è risultata pari a 1.074 milioni di euro, in un aumento rispetto allo stesso periodo dell’anno precedente del +2,1%, attribuibile principalmente all’incremento del ticket fisso per ricetta (+5,0%), mentre la quota a carico del cittadino eccedente il prezzo di riferimento per i medicinali a brevetto scaduto è rimasta pressoché stabile (+0,3%). Il ticket per confezione, con un valore di spesa pari a 421 milioni di euro, ha pesato per il 39,2%, mentre la quota a carico del cittadino

eccedente il prezzo di riferimento per i medicinali a brevetto scaduto, con 653 milioni di euro, ha inciso per il residuale 60,8%.

### **Scende del 2,6% la spesa per la farmaceutica convenzionata**

Le principali componenti della diminuzione del -2,6% della spesa farmaceutica convenzionata (effetto quantità, prezzi e mix) rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente, evidenziano un aumento delle quantità di medicinali prescritti (+1,9% in termini di dosi-definite-giornaliere, i.e. DDD), una diminuzione dei prezzi (-4,7%) e, infine, un lieve spostamento dei consumi da specialità medicinali meno costose verso quelle più costose (effetto mix positivo: +0,2%).

### **Aumenta del 3,3% la spesa per i medicinali acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche**

Nei primi nove mesi del 2013 la spesa per i farmaci utilizzati in ambito ospedaliero è stata pari a 1,9 miliardi di euro, in linea con lo stesso periodo dell'anno precedente e composta per il 68,1% dai farmaci di classe H, per il 16,7% dai farmaci di classe C e per il restante 15,2% dai farmaci di classe A. I primi 30 principi attivi rappresentano il 48,0% della spesa e comprendono in prevalenza principi attivi che rientrano nella categoria degli antineoplastici. I primi tre principi attivi a maggiore spesa nei primi nove mesi del 2013, utilizzati in ambito ospedaliero, rimangono il trastuzumab (124,2 milioni di euro), il rituximab (90,9 milioni di euro) e il bevacizumab (77,9 milioni di euro).

La spesa per i medicinali acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche è stata invece pari a 6,114 miliardi di euro (5,8 nel 2012), data da 2,117 miliardi di distribuzione diretta e per conto di farmaci di fascia A e da 3,997 miliardi di euro di farmaci erogati da Asl, Aziende ospedaliere, centri di riabilitazione Ria e penitenziari. Il dato è in crescita del +3,3% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. In media sono state spesi 102,4 euro pro capite e utilizzavate, ogni giorno, 148,2 dosi ogni mille abitanti in diminuzione del - 20,3% rispetto all'anno precedente.

### **I farmaci più utilizzati. Per la convenzionata al top i cardiovascolari, in ospedale gli antineoplastici e gli immunomodulatori**

Nell'ambito dell'assistenza farmaceutica convenzionata, l'utilizzazione di medicinali si concentra su un numero limitato di principi attivi; infatti, le prime 30 sostanze rappresentano il 40% della spesa farmaceutica lorda. La categoria terapeutica dei farmaci dell'apparato cardiovascolare rappresenta la prima sia in termini di spesa (45,7 euro pro capite), sia in termini di dosi medie prescritte (469,4 dosi ogni 1000 abitanti al giorno, di seguito DDD/1000 ab die); seguita dalla categoria dei farmaci dell'apparato gastrointestinale e metabolismo, con una spesa pro capite di 24,4 euro e 151,6 DDD/1000 ab die.

Nell'ambito dell'assistenza farmaceutica erogata dalle strutture sanitarie pubbliche, la categoria terapeutica dei farmaci antineoplastici e immunomodulatori rappresenta la prima a maggiore incidenza in termini di spesa con 41,4 euro pro capite e la sesta in termini di dosi medie prescritte (8,8 DDD/1000 ab die); seguita da farmaci antimicrobici per uso sistemico, con una spesa pro capite di 19,0 euro e la settima in termini di dosi medie prescritte (5,9 DDD/1000 ab die).

A brevetto scaduto quasi la metà dei farmaci erogati in convenzionata

Rappresentano oramai il 46% della spesa farmaceutica convenzionata, in crescita rispetto al

2012 del +4,9%, e il 65,0% delle DDD totali, in crescita rispetto al 2012 del +7,7%. La percentuale di spesa per i farmaci equivalenti (farmaci a base di principi attivi con brevetto scaduto, ad esclusione di quelli che hanno goduto di una copertura brevettuale) è stata pari al 29,2% del totale dei farmaci a brevetto scaduto. Complessivamente, i primi venti principi attivi a brevetto scaduto rappresentano circa il 50% delle DDD; il lansoprazolo continua ad essere il principio attivo a brevetto scaduto a maggior spesa, seguito dal pantoprazolo, rispettivamente con una spesa di 196,8 e 195,2 milioni di euro.

#### Distribuzione diretta e per conto

Nei primi mesi del 2013 la spesa per i farmaci erogati attraverso la distribuzione diretta e per conto è stata pari a 3,5 miliardi di euro, a sua volta composta per 2,8 miliardi di euro dalla spesa diretta in senso stretto (per ogni classe di rimborsabilità) e per 703 milioni di euro dai medicinali erogati in distribuzione per conto. La spesa è costituita per il 57,6% dai farmaci di classe A, per il 41,3% dai farmaci di classe H e dal rimanente 1,1% dai farmaci di classe C. Tra i primi trenta principi attivi erogati in distribuzione diretta a maggior spesa si confermano il fattore VII ricombinante (161,5 milioni di euro), l'etanercept (145,2 milioni di euro) e l'adalimumab (142,2 milioni di euro).

### **Stamina. Lorenzin: “Nell'informazione sono presenti lobby anti-scienza”**

*Così il ministro della Salute intervenuta videoforum di Repubblica. Il problema per il ministro è che “viviamo un impoverimento della cultura scientifica che non permette di autotutelarci”. Tra i temi trattati le esenzioni dei ticket per disoccupati e cassintegrati e la chiusura dei piccoli ospedali: “Il modello va portato avanti con coraggio, ma bisogna contestualmente costruire la rete dell'urgenza”.*

"Il caso stamina ha mostrato l'impoverimento della cultura scientifica che sta vivendo il nostro Paese. Siamo invece ipertecnologizzati, ma i nostri bambini a scuola sono sempre ultimi nelle prove scientifiche. Questo non ci permette di autotutelarci, anche dalla cattiva informazione. Parlo soprattutto delle tv, perché la carta stampata è stata più attenta. Abbiamo visto utilizzare i bambini in tv, credo che per l'informazione deontologicamente ci siano problemi. Esistono nell'informazione delle lobby che sono anti-scienza, contro cui i ricercatori sono impreparati, perché loro non agiscono con i metodi della comunicazione di massa". Così il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, incalzata dalle domande dei lettori, è intervenuta oggi al videoforum di *Repubblica* sul caso Stamina.

"Il primo Comitato scientifico aveva definito il protocollo privo di consistenza scientifica e non sicuro. Così io ho chiuso la sperimentazione – ha spiegato Lorenzin -. Poi è arrivato il Tar, secondo cui quegli scienziati del Comitato non erano attendibili perché si erano già pronunciati. Tengo a sottolineare che è normale per la comunità scientifica dibattere, esprimersi. Evidentemente prima".

Nelle sue risposte sul tema riguardante il cosiddetto metodo Vannoni, il ministro ha parlato anche delle cure compassionevoli spiegando che possono essere definite tali solo quelle che hanno superato almeno la fase 1 della sperimentazione, “Stamina non ha neanche cominciato”. “Dobbiamo rivedere tutto nel suo complesso, alla luce di questa vicenda. A chi è senza speranza si può permettere di accedere a cure che abbiano superato la fase 1, ma non creare cavie umane”, ha puntualizzato il ministro.



Si è passati poi al Ddl Lorenzin e, in particolare, al riordino delle professioni. "È una vicenda che va avanti da 15 anni. Durante i quali abbiamo avuto una diversificazione professionale all'interno varie categorie, professioni nuove che non sono riconosciute - ha spiegato il ministro -. Nel ddl abbiamo raccolto e armonizzate diverse proposte, lasciando al dibattito parlamentare, col lavoro di due commissioni competenti, la riorganizzazione di una materia spinosa. Mi piacerebbe riuscire a fare il ddl in tempi veloci e dare risposte alle nuove professioni numericamente importanti, per una gestione nuova e più efficiente". Quanto poi al problema specializzandi, "il ministro Carrozza si è trovato con un tetto economico sulle nuove specializzazioni, cosa folle perché quando laurei un medico, devi permettergli di specializzarsi. Devi garantirlo. Un giovane impiega circa dieci anni per diventare un medico specializzato. La soluzione della ministra è di far che gli ultimi due anni li faccia in ospedale, per professionalizzarsi. Ma qual è il vero fabbisogno di medici in Italia? - si è chiesta Lorenzin -. Nei prossimi cinque anni molti dottori andranno in pensione, ma sarà davvero necessario rimpiazzarli tutti o servono in particolare alcune figure specifiche? Ho chiesto al ministero di pianificare i fabbisogni, per discuterne nel patto per la salute. Abbiamo bisogno di una programmazione nazionale".

Non poteva mancare un passaggio sull'attuale crisi che ha colpito anche la richiesta di salute delle famiglie. "Ci sono famiglie che per non pagare il ticket non si curano, con costi che arriveranno dopo. Qua c'è tutto il tema della riprogrammazione sanitaria e dei ticket - ha detto Lorenzin -. Il nuovo patto prevede appunto di togliere il ticket alle categorie più svantaggiate come quelle dei disoccupati e cassintegrati. Tra 30 anni avremo una popolazione povera a cui dovremo garantire cure molto onerose. Dobbiamo capire per tempo dove andiamo".

Infine, sulla chiusura dei piccoli ospedali, il ministro ha spiegato che la priorità deve essere quella di garantire un accesso alle cure sicure. "Il piccolo ospedale deve fare prestazioni adeguate. Dobbiamo mediare sui territori la riconversione delle piccole strutture. Non sono tanti 60 chilometri se hai accesso a un pronto soccorso accessibile in auto o elicottero. Non va difeso il presidio territoriale, va costruita una rete di servizi efficienti, con la rianimazione - ha concluso Lorenzin -. Il modello è questo e va fatto con coraggio, ma bisogna anche garantire contestualmente la costruzione della rete dell'urgenza".

## **SOLE24ORE/SANITA'**

### **Medici e bancomat: ufficiale la soglia dei 200mila euro per i pagamenti. Il decreto in Gazzetta**

I professionisti che fatturano dai 200mila euro in su dovranno utilizzare il pos per le carte di debito a partire dal 30 giugno 2014, come prescrive anche il decreto millepororoghe all'esame del Parlamento.

A ufficializzare il tetto dei 200mila euro è il decreto del ministero dello Sviluppo economico, di concerto con l'Economia, del 24 gennaio 2014, pubblicato sulla Gazzetta

Ufficiale n. 21 del 27 gennaio.

Il decreto - in base al quale il Servizio studi della Camera ha chiesto il coordinamento con le previsioni del milleproroghe - prevede che il posa sia utilizzato da aziende e professionisti per incassi al di sopra dei 30 euro, ma poi aggiunge il limite che gli incassi devono essere relativi alle attività di vendita di prodotti o servizi «il cui fatturato dell'anno precedente a quello nel corso del quale è effettuato il pagamento sia superiore a duecentomila euro.

La previsione riguarda anche i medici, come ricorda la FnomCeo e scatterà dal 30 giugno, come il milleproroghe si accinge a confermare una volta che sia convertito in legge (scade il 28 febbraio).

Per ora la previsione riguarda solo le carte di debito (bancomat), ma il decreto - che entrerà in vigore il 26 marzo - stabilisce anche la possibilità che un ulteriore decreto, da emanare entro novanta giorni dal 26 marzo, appunto, possa individuare nuove soglie e nuovi limiti minimi di fatturato rispetto a quelli individuati e disporre l'estensione degli obblighi ad ulteriori strumenti di pagamento elettronici anche con tecnologie mobili.



**Mediadue Comunicazione**

Maria Antonietta Izza - [m.izza@mediadue.it](mailto:m.izza@mediadue.it) - 339 1816584