

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI
29 GENNAIO 2014

DALLA SARDEGNA

LA NUOVA SARDEGNA

SASSARI Mononucleosi, un innesco per la sclerosi multipla *Il virus potrebbe avere un ruolo nello sviluppo della malattia neurodegenerativa: la ricerca di una équipe dell'Università di Sassari guidata da Antonina Dolei*

Una scoperta che renderà meno misteriosa la sclerosi multipla. Una delle malattie più terribili e ancora poco conosciute che hanno una forte incidenza nell'isola. A farla è un gruppo di ricerca dell'università di Sassari. Secondo gli studiosi il virus della mononucleosi infettiva ha un ruolo di innesco della sclerosi multipla. In particolare chi contrae la mononucleosi nella tarda adolescenza o in età adulta può avere un fattore di rischio in più per lo sviluppo successivo della sclerosi multipla. Lo studio è il risultato del lavoro del gruppo di Antonina Dolei, docente di virologia nel dipartimento di scienze biomediche e dell'équipe di malattie infettive di Maristella Mura, e Roberto Manetti del dipartimento di medicina clinica e sperimentale dell'ateneo sassarese. Alla base c'è il tentativo di fare luce sul possibile coinvolgimento di alcuni virus nell'innesco della sclerosi multipla. Lo studio è stato condensato in un articolo pubblicato nella rivista scientifica internazionale Plos one. I risultati della ricerca indicano che c'è un coinvolgimento di due virus nell'innesco e nella attuazione della neurodegenerazione che si verifica nella sclerosi multipla. Indiziati sono il virus di Epstein Barr (EBV), che causa la mononucleosi infettiva, e il retrovirus HERV-W/MSRV, associato alla sclerosi multipla. «La sclerosi multipla è una patologia che in Sardegna ha l'incidenza più alta al mondo. Più di 250 casi ogni 100mila abitanti, contro i 40-70 casi del resto di Italia – spiega Antonina Dolei –. Colpisce le donne con frequenza doppia rispetto agli uomini. Le cause della malattia non sono definite. Ma si ritiene che sia scatenata da fattori ambientali, in soggetti geneticamente predisposti. Tra i fattori ci sono proprio il virus di Epstein Barr e il retrovirus endogeno umano HERV-W/MSRV». La comunità scientifica concorda che esiste una relazione tra essersi infettati in età adulta di mononucleosi, e aver avuto, prima della comparsa della sclerosi multipla, un alto numero di anticorpi del virus Ebv della mononucleosi. Ma non è mai stato trovato un legame tra EBV e sclerosi multipla in atto. Il virus HERV-W/MSRV è fortemente attivato nella sclerosi multipla. Il gruppo di ricerca ha effettuato uno studio su 17 giovani ospedalizzati per mononucleosi infettiva. Ha scoperto nel loro sangue una forte attivazione del virus HERV-W/MSRV. I risultati rafforzano l'ipotesi di un coinvolgimento di entrambi i virus nella sclerosi multipla, con la possibilità che il virus della mononucleosi abbia un ruolo di innesco anni prima della malattia, attivando il virus HERV-W/MSRV, che avrebbe un ruolo diretto nella genesi della malattia. Per questo costituirebbe l'anello mancante che collega l'EBV alla sclerosi multipla.

DALL'ITALIA

DOCTORNEWS33

Tesoretti aziendali, il blocco c'è pure per i medici di famiglia

Con i contratti bloccati a tutto il 2014, non sono solo gli ospedalieri a lottare per fruire di parte dei risparmi conseguiti dalle loro aziende con il blocco del turnover o l'assunzione di giovani al posto di veterani a fine carriera. La medicina generale è "vecchia" e in questi anni si starebbe creando un tesoretto a suon di pensionamenti. Fino alla convenzione del 2005, i medici godevano degli scatti in base all'anzianità di laurea ma gli incrementi –che decrescevano con il numero di scelte- furono sostituiti da un assegno individuale forfettario non riassorbibile, che non è più erogato ai nuovi convenzionati. I soldi risparmiati quando un medico si pensiona sono incamerati dalle Asl in un fondo. Ora qualche mmg vorrebbe usarli per smuovere stipendi fermi al 2010, pur consapevole che i "tesoretti" variano tra Asl. Nel forum www.cagliarimedicinagenerale.org si evocano, dallo sblocco del fondo, incrementi fino a 1000 euro annui e si rimproverano i sindacati nazionali di non reclamarli. **Michele De Giacomo**, responsabile della segreteria tecnica della Sisac, la struttura delle Regioni che fa da controparte ai mmg nelle trattative per l'accordo nazionale, dubita che le cifre siano così alte. «Nella dipendenza, le somme rivendicate dagli ospedalieri, pur non raggiungendo lontanamente il recupero dell'inflazione e variando da un'azienda a un'altra, possono in teoria arrivare a un terzo della rivalutazione della retribuzione; per i medici di famiglia si tratterebbe d'incrementi minimi. Tuttavia, anche la chance di tali incrementi è stata bloccata lo scorso anno da una nota del Ministero dell'Economia, concretizzata nel decreto legge 95 del luglio 2012 sulla spending review (ora legge 135 del 7/8/2012), che all'articolo 15 comma 25 estende ai medici convenzionati il blocco già in atto per i dipendenti Ssn». «Il problema è che nessuna regione ci ha detto a quanto ammonta questo tesoretto», dice **Mauro Martini**, responsabile Medicina generale di Intesa Sindacale-Sumai, che da sempre segue il tema. «Per piccolo o grande che sia fa parte di una quota che andava riversata ai mmg ed è bloccata pertanto qualsiasi azione congiunta i sindacati di categoria vogliono intraprendere per recuperarla ci vedrà tra i partecipanti».

Biasioli (Confedir): spending review dimezzi Asl per dare ossigeno a sanità

Ridurre le Asl per diminuire i dirigenti di nomina politica e abbattere i costi di gestione della sanità: è la proposta avanzata a Carlo Cottarelli, commissario alla Spending review, dalla Confederazione autonoma di dirigenti quadri e direttivi della Pubblica amministrazione (Confedir). «Non possiamo più permetterci una stretta dei servizi sanitari ai pazienti e bisogna porre mano all'apparato della sanità pubblica», dice il presidente Confedir **Stefano Biasioli**, già leader del sindacato medici ospedalieri Cimo. «Ogni Asl ha quattro direttori di nomina politica – generale, amministrativo, sanitario e sociale- da 250 mila euro annui di stipendio medio; ogni direttore generale ha un fondo separato dalla contabilità Asl cui può attingere per ingaggiare consulenti; in Italia ci sono circa 150 Asl, ma alcune non raggiungono la taglia giusta per essere efficienti, pari secondo noi a 300 mila abitanti o più: con queste premesse, un taglio del 50% delle Asl porterebbe a un risparmio ingente e immediato, da investire subito nelle strutture territoriali intermedie». «Certo, una simile

riforma incide sul titolo V della Costituzione e contenuti e formula andrebbero concordati tra stato e regioni», continua Biasioli. «Ma il taglio delle province imminente rende i tempi propizi». Il leader Confedir fa anche parte del Cnel, organo costituzionale che ha proposto la scorsa estate una bozza per vincolare gli enti pubblici a redigere solo bilanci per cassa, cioè solo per spese ed entrate effettive, e non per competenza, cioè sulla base di “previsioni certe”. «Consegnata al premier e alle commissioni parlamentari, la bozza appare "persa", ma sarebbe bene lavorarci ora: potremmo sapere quanto spende un'Asl e quanto sta pagando (ed eventualmente non ha pagato) per forniture, o gli interessi che deve sostenere per investimenti ingenti come la costruzione di strutture in project financing con finanziamenti pluriennali. Una cosa è certa: per i debiti della PA i pazienti non possono più pagare perché di soldi non ne hanno più».

Donne e professione medica, le proposte Fnomceo

«Il freno agli avanzamenti di carriera delle donne in Italia non sono i figli ma la mancanza di strutture di supporto alla maternità e il doppio carico di lavoro sostenuto lungo tutto il percorso professionale». Ne è convinta **Annarita Frullini**, responsabile del gruppo di lavoro Osservatorio Fnomceo della professione medica-odontoiatrica femminile, alla vigilia dell'incontro che si svolge oggi a Roma organizzato dal coordinamento Donne Cimo. L'occasione per discutere di come viene considerata la crescente presenza femminile nella professione medica e per presentare le linee programmatiche per il 2014, anno europeo della conciliazione della vita professionale e familiare. Frullini ha elaborato proposte per una riorganizzazione del lavoro in sanità, un documento già presentato lo scorso anno in forma di "audizione partecipata" alle rappresentanze delle maggiori sigle sindacali e alle colleghe impegnate nelle consultazioni Enpam, chiedendosi se ha ancora significato uno specifico di genere, sia nella professione medica sia nelle altre professioni. «Le radici delle disuguaglianze – afferma l'esponente Fnomceo - non sono misurabili solo attraverso il genere, ma rimane fondamentale, sui diversi temi, ragionare in ottica di genere e disaggregare ogni dato per genere e generazioni. Pur crescendo nella professione, è provato che la presenza femminile non crescerà automaticamente nei ruoli decisionali, perché esiste un sottoutilizzo e uno spreco di competenze altamente qualificate, chiamato in inglese "leaky pipeline". Occorre, pensare un welfare modulato sulle fasi del ciclo di vita delle persone». Ma le ultime riforme hanno penalizzato fortemente i professionisti che lavorano nel sistema sanitario e il valore della differenza rimane sempre un argomento di secondaria importanza; quindi, secondo Annarita Frullini, è necessario «scendere nel concreto e vedere come operare sulle organizzazioni, quando mancano certezze lavorative e siamo immersi in una precarietà non solo lavorativa».

Onere prova, Cassazione: chi denuncia dimostri inadempimento medico

Rivoluzionaria, a modo suo, la sentenza di cassazione numero 27855 del 12 dicembre scorso: pubblicata in questi giorni, essa crea una sorta di piccolo onere della prova per chi denuncia il medico. Nelle cause di responsabilità civile – afferma la III sezione della Corte – «il paziente non può limitarsi ad allegare un inadempimento quale che sia ma deve dedurre l'esistenza di un'inadempimento “vestito”, astrattamente efficiente alla produzione del danno». Solo se si dimostra che c'era un contratto, e che l'inadempimento ha scatenato l'insorgenza o l'aggravamento di una patologia, scatta l'onere del medico di dimostrare che

non c'era imperizia o negligenza nel suo agire, o che il suo inadempimento (se c'è) non è legato al fatto accaduto e denunciato dal paziente. Carmine Gigli presidente Fesmed sottolinea: «La sentenza è interessante; nelle precedenti era sempre stato richiesto all'attore di allegare un semplice generico inadempimento (assenza di guarigione, peggioramento, insorgenza di patologia). Ora invece gli si chiede di dedurre l'inadempienza che ha prodotto il danno. Significa non solo identificare un nesso causale ma anche l'atto ("inadempienza") all'origine dell'evento». Gigli ricorda che cinque giorni dopo la sentenza, in modo del tutto casuale, il consiglio dei ministri licenziava lo schema di decreto 41 «in cui all'articolo 2 comma 2 lettere e) ed f) si prevede che nelle controversie da risarcimento danno Rc, non solo in campo medico, sia necessaria una consulenza tecnica per espletare i procedimenti. Oggi per le richieste di indennizzo non serve all'attore avere un consulente tecnico medico, basta quanto evidenzia l'avvocato. Ma la sentenza va oltre, e stabilisce che va individuata l'inadempienza del medico, cosa che da sola presume l'intervento del consulente tecnico. Se queste cose le mettiamo insieme –conclude Gigli - possiamo sperare in un forte cambio d'atteggiamento legislativo e giurisprudenziale in tema di responsabilità medica».

DIRITTO SANITARIO Blocco assunzioni per piani di rientro

Il fatto

A seguito di nuova articolazione organizzativa relativa alla costituzione di una Uoc di chirurgia generale presso il Policlinico, mediante scissione dalla Uoc di chirurgia dell'Ospedale, la Asl ha indetto un concorso per la copertura della posizione di direttore responsabile. Con successivo piano di rientro per la sanità della Regione Lazio è stata emanata la Legge Regionale che ha stabilito il divieto di procedere ad assunzioni di nuovo personale. La Procura della Corte dei Conti ha citato in giudizio il direttore generale, il direttore amministrativo, il dirigente competente e il responsabile del procedimento in quanto, in violazione delle norme che disponevano la sospensione delle procedure concorsuali, l'Azienda ha assunto il vincitore del concorso per la direzione della Uoc di chirurgia, determinando un danno economico pari agli emolumenti corrisposti al medico.

Profili giuridici

La delibera dell'Azienda ha disposto l'assunzione in riferimento all'acquisizione di specifica autorizzazione regionale, in quanto la normativa implicava la necessità di un'apposita autorizzazione da parte del Commissario ad acta per i provvedimenti concernenti i profili infungibili ed indispensabili al fine del mantenimento dei livelli essenziali di assistenza. La Corte dei Conti ha ritenuto che, sebbene intervenuta successivamente alla nomina in contestazione, la circolare del Commissario escludeva dalla revoca degli atti assunti quelli già in precedenza autorizzati formalmente dalla Regione. Ciò ha indotto i giudici a ritenere l'insussistenza nella specie di una colpa grave nel comportamento dei convenuti, i quali, seppure colpevolmente non rispettosi nella vicenda delle precise prescrizioni di legge e dalle varie circolari emanate successivamente, si erano comunque indotti alla fine a chiedere la prevista autorizzazione.

[Avv. Ennio Grassini – www.dirittosanitario.net]

Patto Salute. Lorenzin: "Raggiunto accordo su Fondo sanitario 2014-2016 e nuovi Lea"

Il Fondo garantirà l'aggiornamento dei Lea con la definizione della nuova lista entro il prossimo 30 giugno. Trovato l'accordo sull'impianto complessivo della norma, sul concetto di spending review interna, finalizzato al miglioramento del sistema sanitario. Coletto: "C'è l'impegno del ministro, i risparmi rimarranno nel settore".

"Il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, e il gruppo di lavoro, composto dagli assessori e dai presidenti di Regione scelti d'intesa con il presidente della Conferenza delle Regioni, esprimono soddisfazione per il confronto sul Patto della Salute, che continua serrato secondo scadenze già fissate. Sono stati esaminati i primi articoli: oggi è stato raggiunto l'accordo sul Fondo 2014-2016 che garantisce l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza (Lea) con la definizione della nuova lista entro il prossimo 30 giugno. E' stato trovato l'accordo sull'impianto complessivo della norma, sul concetto di spending review interna, finalizzato al miglioramento del sistema sanitario". Così in una nota il ministero della Salute al termine dell'incontro odierno sul Patto per la Salute. "C'è l'impegno del ministro della Sanità, Beatrice Lorenzin, che i risparmi ricavati dal nuovo Patto Salute rimarranno all'interno del sistema sanitario". Lo ha detto **Luca Coletto**, coordinatore della Commissione sanità della Conferenza delle Regioni, spiegando quanto deciso oggi nell'incontro ancora tra Ministero e Regioni. "La Spending review all'interno del Patto per la Salute – sottolinea Coletto - creerà risorse da utilizzare per i meno abbienti", in particolare "disoccupati e cassintegrati", perché "il ministro Lorenzin è stato di parola e ha fatto mettere, nero su bianco, che i risparmi della sanità, resteranno al comparto sanitario". Nel Patto per la salute, al quale stanno lavorando ministero e Regioni, "le novità potrebbero riguardare, in particolare, la compartecipazione della spesa: non c'è volontà di implementare i ticket, anzi semmai di limitarli" a favore della tutela di "disoccupati e meno abbienti", ha concluso Coletto.

Convenzioni. Cassazione: "Accordi decentrati non possono contraddire l'accordo nazionale"

La Corte di legittimità ha accolto il ricorso dei medici di famiglia contro l'accordo sulla medicina generale della P.A. di Bolzano che, in particolare, innalzava il rapporto massimo tra medici e assistiti da 1 ogni 1.500 abitanti a 1 ogni 2.000. "Gli accordi decentrati devono restare nei limiti di quelli nazionali". LA SENTENZA.

Gli accordi locali tra Regioni e sindacati "possono regolare autonomamente gli aspetti collaterali a quelli già definiti con gli accordi nazionali" della medicina generale previsti dalla L. n. 138 del 2004, "ma non possono contraddire le disposizioni contenute negli accordi stessi". È quanto ha stabilito la Corte di Cassazione nella sentenza 67/2014 che ha accolto il ricorso presentato dai medici di famiglia contro l'Accordo provinciale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina generale. L'accordo infatti, secondo i medici, confliggeva con l'Accordo collettivo Nazionale per i medici di medicina generale 25.01.05, in particolare là dove innalzava il rapporto massimo tra medici e assistiti da 1 ogni 1.500 abitanti a 1 ogni 2.000.

Sì, dunque, agli accordi decentrati, ma "nei limiti fissati dagli accordi collettivi nazionali".

Un principio che, sottolinea la Cassazione, vale per le Regioni ma anche per le Province Autonome, la cui autonomia deve essere comunque esercitata “oltre che in armonia con la Costituzione e dei principi dell'ordinamento giuridico dello Stato, nei limiti dei principi stabiliti dalle leggi dello Stato”.

In conclusione, osserva la Cassazione, “la disciplina del rapporto convenzionale non è data dalla fusione del contenuto dell'accordo nazionale e di quello provinciale, ma dalla somma del primo, per la parte inerente gli aspetti fondamentali e generali, e del secondo per i soli aspetti localistici dell'assistenza sanitaria di medicina generale”.

Stamina. A Brescia i medici dicono stop alle infusioni. Movimento vite sospese: “E' un crimine contro malati gravi”

I medici degli Spedali Civili di Brescia hanno deciso di sospendere le infusioni Stamina ai pazienti in cura, in attesa di un sì alla sperimentazione del nuovo comitato scientifico ministeriale. Le associazioni dei pazienti non ci stanno, parlano di genocidio e minacciano azioni legali in sede civile e penale.

A Brescia è tutto fermo. Nonostante le ultime infusioni ancora da fare i medici che lavorano negli Spedali Civili hanno deciso di sospendere la somministrazione del metodo di Vannoni e Andolina per evitare problemi e discussioni. Il commissario straordinario dell'azienda ospedaliera, **Ezio Belleri**, ha deciso che ogni medico sarà libero di agire secondo coscienza. E così i medici hanno deciso di fermarsi “Ne va della nostra dignità” hanno detto.

Sono in nove i camici bianchi appartenenti al gruppo **Internal Audit Stamina** che stanno praticando l'obiezione di coscienza e che non faranno altre infusioni se non prima verrà chiarito l'aspetto legale.

Insomma per andare avanti occorrerebbe il sì alla sperimentazione del nuovo comitato scientifico ministeriale (su cui ma manca ancora il decreto del Ministero).

Di questa fase di stallo si sentono naturalmente vittime i pazienti e le famiglie dei pazienti, in particolar modo dei più piccoli. Che hanno cominciato ad attaccare, lamentando “una campagna di diffamazione e fango che ha visto la partecipazione unanime di quasi tutta la stampa e della Tv italiane”.

“E così alla fine ci sono riusciti” denuncia un comunicato del **Movimento Vite Sospese** “La campagna di fango in atto ormai da mesi ha portato ai risultati sperati dai detrattori della Stamina: i medici dell'ospedale di Brescia hanno deciso di rifiutarsi di somministrare le cure compassionevoli ai pazienti in cura con la terapia Stamina”.

“A nulla sono valsi gli appelli dei genitori dei bambini – lamenta il Movimento –. A nulla gli appelli e i picchetti dei disabili. Con una campagna di diffamazione e fango che ha visto la partecipazione unanime di quasi tutta la stampa e della Tv italiane si è raggiunto il più infame dei risultati: la condanna a morte dei malati”.

L'Associazione dice che però non starà a guardare e “I responsabili di questo genocidio dovranno risponderne, prima che davanti alle loro coscienze, in sede civile e penale. E i presupposti ci sono. Le famiglie dei pazienti in cura a Brescia e di chi è in lista d'attesa si stanno già muovendo in questa direzione, per impedire che, con scuse pretestuose, si sopprimano cure compassionevoli previste dalle leggi italiane”.

Ai medici che si rifiutano di continuare le infusioni Stamina ai pazienti già in cura, e a quelli in lista d'attesa “ricordiamo che tutte le persone coinvolte in questa vicenda hanno ottenuto

provvedimenti giurisdizionali che impongono all’Azienda Sanitaria l’ecuzione dei trattamenti. Che la legge Turco-Fazio del 2006 sulle cure compassionevoli è ancora in vigore, e non si può far finta che non sia così. Che c’è una legge, la n. 53 del 2013, che ha esplicitamente previsto (all’art. 2 comma 2) che *le strutture pubbliche in cui sono stati comunque avviati, anteriormente alla data di entrata in vigore del presente decreto, trattamenti su singoli pazienti con medicinali per terapie avanzate a base di cellule staminali mesenchimali, anche se preparati presso laboratori non conformi ai principi delle norme europee di buona fabbricazione dei medicinali e in difformità delle disposizioni del decreto del Ministro della Salute 5 dicembre 2006, possono completare i trattamenti medesimi sotto la responsabilità del medico prescrittore, nell’ambito delle risorse finanziarie disponibili*”.

“Ai medici di Brescia – conclude il comunicato – che hanno annunciato con una lettera al loro direttore generale di non voler somministrare più la cura, ricordiamo che così facendo mettono in serio rischio la prosecuzione dei trattamenti già avviati e la loro modalità di esecuzione secondo il protocollo Stamina. Così facendo ledono il diritto alla vita, alla salute e alle cure di tutti i pazienti sottoposti al trattamento, oltre a sottrarsi all’adempimento degli ordini emessi dalle Autorità Giudiziarie, con tutte le conseguenze, anche penali, che questo potrebbe comportare nel caso di aggravamenti o morte dei loro pazienti”.

Colesterolo. Da ‘buono’ può diventare ‘cattivo’. Verso nuovi bersagli terapeutici

Uno studio USA dimostra che l’apolipoproteina A1 dell’HDL può ossidarsi, trasformandosi da agente protettore a promotore dello sviluppo della malattia coronarica. La scoperta apre la strada a nuovi studi su farmaci che combattano questo meccanismo. Lo studio è su Nature Medicine

Il colesterolo ‘buono’ HDL può anche trasformarsi in una ‘versione cattiva’ che, invece di fornire protezione al cuore, promuove l’infiammazione e l’aterosclerosi, un po’ come il suo ‘compagno cattivo’ LDL. Lo ha dimostrato uno studio statunitense, condotto dalla Cleveland Clinic, un centro clinico accademico no-profit e multifunzionale che si trova in Ohio negli Stati Uniti. Lo studio, intitolato *An abundant dysfunctional apolipoprotein A1 in human atheroma*, è pubblicato su Nature Medicine.

In generale, la apolipoproteina A1 (apoA1) è una proteina primaria presente nell’HDL, che solitamente gli conferisce proprietà cardioprotettive e che permette di trasferire il colesterolo al fegato, dal quale viene escreto. Il Dottor **Stanley Hazen**, che ha guidato lo studio, e i suoi colleghi hanno dimostrato che nell’aterosclerosi, nella parete di un’arteria una larga porzione di questa proteina viene ossidata e non contribuisce più alla salute cardiovascolare, ma, al contrario, allo sviluppo di malattia coronarica.

In pratica, nel corso di cinque anni, i ricercatori hanno sviluppato un metodo per identificare la proteina apoA1/HDL disfunzionale e il processo in cui si ossida, cambiando la sua natura. Lo studio ha preso in considerazione 627 pazienti cardiologici della Cleveland Clinic, in cui è stato testato questo HDL disfunzionale: i livelli più alti sono stati rintracciati nei pazienti con rischio di malattie cardiovascolari.

“Identificare la struttura della proteina disfunzionale apoA1 e il processo attraverso il quale diventa promotrice di malattia invece che agente che la previene è il primo passo nella creazione di nuovi test e trattamenti per malattie cardiovascolari”, ha affermato il Dottor

Hazen. “Ora che sappiamo a cosa assomiglia questa proteina disfunzionale, stiamo sviluppando un test clinico per misurare i suoi livelli nel sangue. Questo sarà uno strumento prezioso sia per la valutazione del rischio di malattia cardiovascolare nei pazienti e per guidare lo sviluppo di terapie mirate all’HDL al prevenire le malattie”.

Questo risultato, dunque, punta a nuovi bersagli terapeutici per farmaci, come quelli progettati per impedire la formazione di HDL disfunzionale e lo sviluppo o la progressione dell’aterosclerosi.

SOLE24ORE/SANITA'

Milleproroghe: slittano i termini per il pagamento dei medici col bancomat e per l'accreditamento definitivo delle strutture sanitarie

Slitta di 18 mesi, dallo scorso 1 gennaio a giugno 2015, l'obbligo per commercianti e professionisti di accettare anche pagamenti con il bancomat. Lo prevedono due emendamenti identici a prima firma Hans Berger (Autonomie) e Andrea Augello (Ncd), approvati al decreto legge milleproroghe in commissione Affari Costituzionali del Senato. Lo slittamento viene previsto «al fine di consentire alla platea degli interessati di adeguarsi all'obbligo di dotarsi di Pos».

L'obbligo, fissato dall'art. 15, comma 4, del Dl 179/124, convertito nella legge 221/12, ha sancito che, a decorrere dal 1 gennaio 2014, i soggetti che effettuano l'attività di vendita di prodotti e di prestazione di servizi, anche professionali, sono tenuti ad accettare anche pagamenti effettuati attraverso carte di debito.

Tra i professionisti sono compresi anche i medici. Ma in base al decreto attuativo trasmesso a fine dicembre dal ministero dello Sviluppo Economico alla Banca d'Italia - come spiega la circolare n. 99 della FnomCeO trasmessa agli Ordini il 20 dicembre scorso - con il quale dovrebbero essere disciplinati gli importi minimi, le modalità e i termini di attuazione delle disposizioni sul pagamento delle prestazioni di servizi, anche professionali, attraverso carte di debito, il perimetro di applicazione del decreto attuativo farebbe riferimento ai pagamenti oltre 30 euro e a esercenti per lo svolgimento di prestazioni di servizi, anche professionali (i medici appunto), con ricavi oltre i 200 mila euro.

Slitta il termine per gli accreditamenti definitivi

Sempre in commissioni Affari costituzionali è stato approvato anche un altro emendamento al Dl milleproroghe che rinvia al 31 ottobre 2014 la scadenza degli accreditamenti provvisori di strutture sanitarie, sociosanitarie private e stabilimenti termali.

È «una buona notizia» affermano il presentatore, Giuseppe Esposito (Ncd) e il suo collega di partito, Raffaele Calabrò. I due senatori affermano che la norma «ha evitato che molte strutture sanitarie campane si trovassero prive di accreditamento e, quindi, nell'impossibilità di continuare a garantire assistenza sanitaria agli utenti.

La Regione Campania, così come altre realtà, sta ultimando l'iter per l'accreditamento

definitivo, ma - aggiungono in una nota - grazie anche al lavoro di squadra con il ministero della Salute, siamo riusciti ad impedire nel frattempo disagi ai cittadini, tutelando il diritto alla salute dei campani».

Il riccometro in Gazzetta: operativo tra quattro mesi. E intanto il rapporto «Lef» rivela: il 20% dei 10 miliardi assegnati grazie all'Isee va a evasori

Uno strumento mirato a garantire l'equità di accesso ai servizi sociali, "blindato" rispetto al fai-da-te regionale dalla sua nuova natura di Livello essenziale di assistenza. E' il nuovo riccometro o Isee, l'Indicatore della situazione economica equivalente, che fotografa la condizione del nucleo familiare tenendo conto del reddito, del patrimonio mobiliare e immobiliare e della numerosità dei componenti.

Il Dpcm 159/2013, finalmente pubblicato in Gazzetta Ufficiale (la 19 del 24 gennaio) dopo una lunga fase di concertazione - e numerosi stand-by - tra ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, sindacati ed enti locali, porta con sé più di una novità, rispetto alla precedente versione del 1998. Novità in parte positive, come la viceministra alle Welfare Maria Cecilia Guerra non si stanca di ripetere, quando sottolinea gli elementi di equità introdotti, a esempio, con la valutazione - ai fini del calcolo - dell'intero nucleo familiare, con l'introduzione di un meccanismo di calcolo "ponderato" del patrimonio immobiliare e con la previsione di un Isee "corrente", cioè aggiornato.

Modifiche necessarie, soprattutto a leggere nero su bianco le storture compiute secondo il meccanismo di calcolo ancora oggi in vigore, e denunciate dal rapporto presentato ieri al Cnel da [Lef \(associazione per la legalità e l'equità fiscale\)](#). Prima denuncia: il 20% degli oltre 10 miliardi distribuiti ogni anno con l'Isee va a famiglie che, grazie all'evasione fiscale, sorpassano "a destra" i nuclei che ne avrebbero diritto. Con un'evasione di 10mila euro si riesce a ottenere un vantaggio che può arrivare fino al 60% rispetto a chi, nell'identica situazione familiare e reddituale, dichiara tutto. L'evasione è in generale pervasiva: dall'analisi delle dichiarazioni sostitutive uniche (Dsu), sempre secondo lo studio Lef, emerge che l'80% dichiara zero finanze sul proprio conto, percentuale che sale al 96% al Sud.

Più in generale, le principali mancanze del "vecchio Isee" insieme al sistema di controlli sono la mancata creazione di una banca dati delle prestazioni, l'assenza di una rete tecnologica, il mancato aggiornamento delle rendite immobiliari. Tutti gap che il nuovo indicatore cerca di colmare e che andranno risolti entro maggio, cioè entro i 130 giorni dall'entrata in vigore l'8 febbraio, entro i quali andrà completato il percorso attuativo. Primo step sarà la messa a punto della nuova Dsu, poi le modalità di condivisione dei dati tra gli enti coinvolti nel calcolo, agenzia delle Entrate e Inps in primis. Dopodiché gli enti erogatori delle prestazioni sociali agevolate avranno 30 giorni di tempo per adeguarsi: dall'8 giugno al massimo, insomma, il nuovo Indicatore dovrebbe essere operativo. Il condizionale è d'obbligo, perché restano aperti problemi non da poco, come il monitoraggio in tempo reale della disponibilità finanziaria delle persone.

