

AZIENDE & TERRITORIO

A PAG. 20 **CAMPANIA.** Cartolarizzazione, partenza al ralenti tra i dubbi dei creditori

A PAG. 20 **LOMBARDIA.** Delibera d'agosto su ticket "anti-spreco" e monitoraggi

A PAG. 20 **LAZIO.** A regime entro fine mese l'accordo sui pagamenti all'AIOP

Parla Francesco Ripa di Meana, presidente della Federazione che riunisce oltre 100 tra Asl e Ao

«I Dg faranno sentire la loro voce»

«Anche Fiaso al tavolo dei contratti» - In autunno nasce un sindacato di categoria

Altro che manager con le unghie spuntate. I direttori generali di Asl e ospedali sono più che alla finestra. Eccome. Con le dovute cautele, certo. Ma guardano avanti. Sia quel che sia del governo clinico che il Governo ha nelle primissime righe dell'agenda d'autunno. Perché l'aziendalizzazione che «ormai dura da un decennio, non si tocca più». E perché su altri capitoli i manager vogliono farsi sentire: a cominciare dal tema caldissimo dei contratti di medici e professionisti «su cui, da ora in poi, diremo la nostra pozione, anche se non saremo invitati al tavolo dei negoziati», mette in guardia **Francesco Ripa di Meana**, da marzo presidente della Fiaso. Ma anche gli stipendi degli stessi manager «saranno una delle prime cose che affronterà il nuovo sindacato che vedrà la luce in autunno». Mentre a Governo, ministero e Regioni, il presidente della Federazione che riunisce oltre 100 aziende sanitarie e ospedaliere chiede di rispettare quanto, per ora, è stato annunciato dal Dpof: «Rendere chiaro subito quante risorse avrà a disposizione la Sanità nei prossimi anni».

Cosa si aspetta dal nuovo Patto della salute ormai alle porte?

Il tema di fondo è quello di definire chiaramente quante risorse avremo per il



Francesco Ripa di Meana

triennio e anno per anno. È una questione cruciale per consentire davvero, e finalmente, all'aziendalizzazione di dare al meglio i suoi frutti. Non neghiamo l'esigenza di razionalizzare, di stringere la cinghia, i momenti di stretta ci stanno come in tutte le famiglie. E non che in questi anni i vertici delle aziende siano rimasti con le mani nelle mani. Anzi. Certo è che con più risorse potremmo finalmente gestire meglio le aziende e garantire i servizi. E la qualità.

Giuste intenzioni. Ma da anni lo si dice, poi eccoci qui a ripetercelo, sempre sotto lo schiaffo della Finanziaria...

Io credo che ci siano tutte le condizioni per avviare finalmente un percorso virtuoso. Dirò di più: una volta scelte le risorse va creato un sistema di regole pattizie che vengano rispettate. Per noi direttori generali significa avere certezze indispensabili. In questa cornice di regole toccherà a noi mettere in campo delle scelte operative attraverso il management e anche attraverso un'alleanza con i professionisti che lavorano nelle Asl.

Già, ma i medici certo non vi amano...

Io credo che dopo dieci anni di aziendalizzazione questa dicotomia sia stata ormai superata. Nessuno, anche tra i medici, mette più in discussione l'aziendalizzazione, che ha dato anche più chiarezza ai clinici. Superato un primo momento di contrasti, nelle aziende sono cresciute le certezze e la trasparenza. Per questo non mi sembra che ci sia la volontà di tornare indietro. Anzi vedo molto meno conflittualità di prima.

Insomma, è nato l'idillio.

Non si può generalizzare. Bisogna andare a vedere Asl per Asl. Del resto i conflitti tra i dipendenti di un'azienda e la dirigenza, sono anche naturali. E i contrasti ci sono stati anche perché sono state introdotte misure innovative, come obiettivi e valutazio-

CONTINUA A PAG. 18

L'APPUNTAMENTO A METÀ OTTOBRE

E Federsanità va a congresso

Dopo oltre dieci anni dalla sua costituzione Federsanità si prepara al primo congresso nazionale il 12, 13 e 14 ottobre 2006 a Roma.

Al centro dell'incontro il nuovo statuto. Per questo adempimento il nostro congresso sarà impegnato in un lavoro importante che dovrà ridefinire i caratteri dell'Associazione a iniziare da uno Statuto decisamente federalista e rendere coerente l'impegno di tutti questi anni di esistenza con un risultato di rilievo che abbia come fine quello del nostro accreditamento definitivo nel sistema delle autonomie locali, quale soggetto utile e prezioso per la definizione e l'approfondimento delle tematiche sanitarie e sociosanitarie e per l'integrazione sanitaria e sociale.

I sindaci, autorità sanitaria

locale riconosciuta con l'assegnazione di grandi responsabilità per la salute dei cittadini, non hanno mai potuto, saputo o a volte voluto sviluppare pienamente questo ruolo, costretti il più delle volte ai soli e meri interventi sanzionatori o riparatori. I direttori generali delle Asl a fronte di una aziendalizzazione oggettivamente incompiuta non possono esercitare compiutamente un ruolo di governo gestionale fondato sulle capacità e responsabilità individuali - all'interno della programmazione sanitaria nazionale e regionale - poiché molto spesso i limiti di bilancio, le necessità di un controllo centralizzato, i riequilibri economici dei sistemi regionali, spostano altrove il momento della decisione.

CONTINUA A PAG. 18

VENETO

Per i manager un decathlon di obiettivi

Per ottenere l'integrazione al trattamento economico, i direttori generali del Veneto dovranno tagliare dieci traguardi, tanti quanti sono gli obiettivi assegnati dalla Giunta regionale ai manager di Ullss e Ao per il periodo 2005/2007.

La valutazione finale, su mobilità, personale, avanzamento progetti, potenziamento

della medicina territoriale, costruzione hospice e strutture per gli stati vegetativi, è prevista per il 31 dicembre 2007, ma già a dicembre di quest'anno si terrà il primo test quali-quantitativo per misurare quanto fatto fino ad allora.

A PAG. 18

TOSCANA

Farmacie, una Pdl per aumentare le sedi

In controtendenza rispetto al decreto Bersani, che ha dato il "la" all'ingresso dei farmaci da banco nei supermercati, una Pdl messa a punto dagli uffici della Regione Toscana punta a valorizzare il ruolo delle farmacie. Con una strategia basata sullo snelli-

mento delle procedure per l'assegnazione delle sedi e sull'estensione della rete regionale di distribuzione. La proposta dovrebbe aumentare di circa 70 unità il numero delle farmacie.

Il testo punta anche al superamento dell'attuale sistema dei di-

spensari farmaceutici annuali, introducendo l'istituto della "proiezione", che prescinde dall'esistenza in pianta organica di una sede dove si intende aprire la farmacia.

A PAG. 19

Privati in «crisi»

Una vera e propria unità di crisi. Nata per gestire il «drammatico momento che sta attraversando la Sanità campana». A costituirlo, i privati di Aiop, Anisap, Anpric, Aris, Confederazione centri antidiabete, Federfarma, Federlab-Sbv, Snr e Unione industriali-sezione Sanità.

Il nuovo organismo affronterà lo spinoso tema delle cartolarizzazioni e mira a scongiurare l'applicazione della delibera tagliafondi. A mali estremi...

IMMOBILI&FISCO

Esenzione Ici, norme riviste

Il Dl Bersani ha fornito una nuova interpretazione autentica della disciplina di esenzione Ici degli immobili di enti non commerciali. La nuova norma interpretativa inserisce una disposizione che consente lo sconto Ici solo se negli immobili di Onlus, confessioni religiose e altri enti non commerciali, tra cui Asl, Ao e altri enti Ssn le attività svolte non abbiano natura esclusivamente commerciale.

A PAG. 21

RICERCA UE AL SAN RAFFAELE DI MILANO

Pips, guida virtuale alle cure

Un computer, un cellulare, una connessione Internet: poi ci pensa "Pips" a ricordare terapie, dettare la dieta, dialogare col medico. Questa la sfida del Progetto Personalised Information Platform for Life and Health Services (Pips), avviato con il VI Programma Quadro di ricerca Ue e coordinato dal San Raffaele di Milano con altri 16 partner internazionali.

A PAG. 22

IN BREVE

- ▼ **Molise: pagamenti ai fornitori**
Parte il risarcimento dei fornitori da parte della Asl regionale del Molise. Sono state inviate oltre 1.400 lettere ai fornitori che vantano crediti inferiori ai 10mila euro per indicare come ottenere il pagamento entro fine settembre. Per i crediti superiori prosegue l'attività di verifica dei crediti da parte dei commissari liquidatori delle disciolte Asl.
- ▼ **Toscana: risorse per infermieri**
Si terrà l'8 settembre la selezione per i corsi di laurea infermieristica in Toscana. Per gli iscritti ai primi tre anni la Regione ha stanziato 2,5 milioni per 924 assegni di studio assegnati per merito. Agli studenti del primo anno andranno 955,45 euro, a quelli del secondo 1.936,71 e a quelli del terzo 3.227,86.
- ▼ **Trento: una salute elettronica**
Prenotazioni sanitarie on-line e firma digitale a 2.800 operatori sanitari. È la Sanità elettronica trentina secondo due progetti formalmente approvati dalla Giunta provinciale di Trento. Le iniziative sono oggetto di convenzioni con il ministero per le Riforme e l'innovazione che prevedono uno stanziamento alla Provincia di 575mila euro.
- ▼ **Liguria: Ddl a tutela delle donne**
Approvato dalla Giunta ligure un Ddl sulla prevenzione della violenza alle donne e ai minori. Il Ddl, che a settembre approderà in Consiglio regionale per l'approvazione, poggia sul principio della rete, cioè sul lavoro coordinato di servizi sociali, sanitari, volontariato, istituzioni per prevenire la violenza, aiutare le vittime con strutture e cure.
- ▼ **Puglia: accordo tra Asl e il Cnr**
L'Asl Bat 1 e l'Istituto di Fisiologia clinica (Ifc) del Cnr insieme per promuovere e sviluppare programmi di ricerca all'interno dell'Asl pugliese. L'accordo riguarda soprattutto la gestione delle apparecchiature biomediche (ingegneria clinica) e l'informatizzazione delle attività sanitarie e amministrative.



VENETO/ Assegnati gli obiettivi 2005/2007 per il riconoscimento dell'integrativo

Ai manager dieci traguardi

Tetti di spesa su assunzioni e mobilità - Avanti con i progetti regionali

Dieci traguardi da tagliare entro il 2007, con una prima verifica quali-quantitativa del "già fatto" a dicembre di quest'anno.

La Giunta regionale veneta ha dato ai suoi direttori generali i nuovi obiettivi per il periodo 2005/2007, dieci parametri che saranno persi in considerazione per assegnare il trattamento integrativo.

Tra novità e conferme rispetto ai target precedenti, sarà compito dei manager dare sprint alla medicina territoriale accertando l'attivazione di almeno due Utap per azienda sanitaria e orientando la formulazione dei patti aziendali per la medicina convenzionata alle Dgr 3731/2004 e 4395/2005. Ovvero prestando attenzione ai contenuti di eccellenza, di qualificazione delle cure e all'adeguamento agli standard regionali.

Sul fronte del personale, i manager dovranno rispettare i tetti economici fissati a marzo scorso con la delibera 919 e in più riequilibrare il rapporto infermieri/operatori socio-sanitari. Negli ultimi anni, infatti, data la carenza di questi ultimi, l'utilizzo degli infermieri è avvenuto in maniera impropria. Ai Dg si chiede di imprimere un nuovo corso, privilegiando le assunzioni di Oss e riconducendo gli infermieri

Gli obiettivi
Definizione dei patti aziendali per la medicina convenzionata
Attivazione di almeno due Utap in ogni azienda sanitaria
Completare la realizzazione degli hospice e delle strutture per gli stati vegetativi
Rispetto dei vincoli economici stabiliti dalla Dgr 919 del 28/03/2006
Riequilibrare il rapporto infermieri/Oss a favore di questi ultimi
Attuazione delle linee regionali di indirizzo in materie riconducibili ai contratti collettivi nazionali di lavoro
Realizzazione del progetto "Codici bianchi"
Realizzazione delle aree vaste e operatività dei progetti dedicati attivati dalla Regione
Attivazione e operatività dei consorzi relativi a servizi di esternalizzazioni
Rispetto degli obiettivi dei tetti della mobilità

alle loro mansioni.

Sotto l'aspetto strettamente gestionale, rientra la realizzazione del progetto di riorganizzazione del sistema informativo e di quello "codici bianchi", un monitoraggio sugli accessi impropri in pronto soccorso per rilevarne cause e tipologie. L'applicazione delle linee di indirizzo sulle materie che i contratti collettivi hanno lasciato alla competenza regionale, l'adempimento dei flussi informativi e il proseguimento delle iniziative per

creare l'Area vasta, sono gli altri compiti di carattere manageriale.

Dalla Regione arriveranno inoltre le indicazioni per avviare una fase di accentramento di funzioni di acquisti e di logistica. Un altro impegno inserito nella tabella di marcia dei Dg.

I dieci target dovranno essere raggiunti entro il 31 dicembre 2007. Per i "promossi" c'è in palio un integrativo che potrà arrivare fino al 20% del normale trattamento economico.

Check delle infezioni in fase due

VENETO/ 2

A distanza di tre anni dall'avvio, il progetto "Sistema di sorveglianza regionale delle infezioni ospedaliere complicanti l'attività sanitaria e di monitoraggio dei programmi di prevenzione e controllo" entra nella seconda fase.

Avviato nel 2003 per un periodo di tre anni, con il compito di costituire un archivio delle infezioni ospedaliere partendo dai dati degli isolamenti microbiologici e delle Sdo, il progetto riparte adesso per altri due anni con un budget annuale di 60mila euro.

Alla testa dei lavori ci sarà ancora il Ser (Centro di riferimento del sistema epidemiologico regionale) di Castel Franco Veneto e l'Ulss 8 sarà quindi la titolare del finanziamento. Anche la responsabilità scientifica del progetto rimane in capo al direttore del Ser, **Paolo Spolaore**.

In questa nuova fase l'intento è quello di potenziare quanto fatto e di estendere il numero dei partecipanti. Per l'anno in corso sono tre le "cose da fare":

- coinvolgere altri laboratori oltre a quelli già inclusi (ovvero Verona, Pa-

dova, Vicenza, Treviso, Rovigo, Belluno, San Bonifacio, Bassano);

- incrementare i dati in esame, agguizzando una prima analisi degli isolamenti microbiologici da pazienti non ospedalizzati, ma ospitati in altre strutture come le Rsa;

- creare un gruppo di lavoro che si occupi di standardizzare gli archivi microbiologici, con la strutturazione di un flusso informativo obbligatorio dei dati microbiologici da tutti i laboratori clinici del Ssr.

Arrivati al 2007 ci saranno altri tre compiti:

- sulla base del monitoraggio 2006, stilare un trend dell'antibiotico-resistenza nei reparti ospedalieri, confrontando i profili di resistenza con quelli di altre strutture sanitarie;

- analizzare le infezioni in "ascesa";

- una volta completata l'opera del gruppo di lavoro, testare il flusso regionale dei dati microbiologici.

Per il completamento dei lavori è prevista un'eventuale proroga di sei mesi. L'erogazione dei fondi avverrà invece in due tranches annuali sulla base della verifica del lavoro di volta in volta portato a termine.

SEGUE DA PAGINA 17

«I Dg faranno sentire la loro voce»

► ni rigorose per i medici a volte troppo presi dalla loro autoreferenzialità. Ma questo atteggiamento un po' ostile verso di noi cambia giorno dopo giorno.

Che ruolo può avere il Dg in questo cambio di marcia?

Ci teniamo a sottolineare, e non mi stancherò mai di ripeterlo, che il management è uno strumento che negli anni è cresciuto e ha dato dei frutti molto importanti. E non parlo solo della "triade", ma anche di chi partecipa ai collegi di direzione, ai capi di dipartimento. C'è ormai una quantità di persone dentro e fuori le Asl che hanno capito che non c'è per forza conflitto tra economicismo e parte clinica. Anzi, governo clinico ed economico devono essere declinati in parallelo con incroci permanenti.

Puntate a partecipare ai negoziati per i contratti dei medici?

È una richiesta che Fiaso fa da tempo. I direttori generali possono ben dire la loro su questo fronte. Siamo noi, del resto, a vedere ogni giorno come si applicano i contratti. Per questo prenderemo posizione, daremo giudizi e li faremo circolare, anche se non saremo invitati a partecipare ai negoziati. Aggiungo: se servirà, faremo sentire la nostra voce anche prima dell'avvio della nuova stagione contrattuale.

Intanto i Dg sono ancora senza un sindacato.

Qualcosa di molto concreto si sta muovendo. È un discorso che non c'entra con Fiaso. Ma so che un gruppo di direttori generali daranno vita a un sindacato nel prossimo autunno per difendere l'autorevolezza del loro ruolo all'interno delle Asl sia dal punto di vista normativo-contrattuale che dello stipendio.

Ma non guadagnate abbastanza?

Rispetto ai capi di dipartimento di Asl, ad esempio, direi proprio di no. Anzi, spesso capita che un direttore sanitario guadagni meno di un suo sottoposto. Comunque non è solo una questione di soldi.

Avvertite ancora il fiato sul collo della politica?

Le Asl hanno cercato in questi anni margini di libertà sempre più grandi. Molto è cambiato anche con il nuovo titolo V della Costituzione; ora dipendiamo in maniera molto più stretta dalle Regioni. Certo è impossibile che non ci siano rapporti con la politica. Quello che conta è diminuire il più possibile gli effetti negativi di questi rapporti. Cosa che ha tentato di fare la maggior parte delle

direzioni generali delle Asl.

E quando, invece, questo rapporto può essere virtuoso, e non incestuoso?

Quando la politica riesce a esprimere politiche di salute e di servizi, orientamenti, scelte sui finanziamenti, sulle modalità di allocazione delle risorse. Senza però mai condizionare le scelte tecniche che spettano al management.

E qual è la ricetta giusta?

Quella basata sul binomio autonomia-responsabilità. Più le aziende riescono a costruire la loro autonomia verso la politica che vuole intervenire direttamente nella gestione, più saranno capaci di dare obiettivi, realizzare strategie e delegare ai propri dirigenti. Non possono chiederci di assumerci più responsabilità se poi non ci viene garantita autonomia. Fiaso auspica che in tutte le Regioni sia effettuata all'inizio dell'anno la consegna di obiettivi per poi prevedere la valutazione a fine anno, con possibile premio per chi avrà raggiunto i risultati prefissati.

E se tornassero i consigli di amministrazione?

Se è uno strumento per reintrodurre la politica, sarebbe un passo indietro. Se, invece, è un modo di sottolineare l'autonomia della Asl, se ne può discutere.

Cosa pensa della proroga di un anno per l'intramoenia allargata?

Che è arrivato il momento di dare scadenze molto precise. Per molti di noi sarà difficile rispettarle. Sono convinto che lasciare un termine indefinito non faceva affrontare questo nodo. Non potendo più tornare indietro si lavorerà più alacremente.

I rapporti con Federsanità-Anci come vanno?

Siamo come due fratelli che hanno lavorato insieme in questi anni per difendere il valore aggiunto dell'aziendalizzazione. E continueremo a farlo. A differenziarci è il fatto che la Fiaso è convinta che per le Asl sia più utile separare gli interlocutori. Non includere anche i Comuni, come invece fa Federsanità, facilita il confronto a esempio sul tema delle responsabilità. Comunque credo che nessuno abbia ragione o torto. Penso che ognuno di noi contribuirà in questa fase seguendo la propria strada.

Marzio Bartoloni
Roberto Turno

SEGUE DA PAGINA 17

«Federsanità a congresso»

► sione anche su questioni che dovrebbero essere di esclusiva competenza e responsabilità dell'organo monocratico di governo aziendale.

Noi pensiamo di dover essere il possibile collante del confronto, il punto ove interagiscono due importanti attori del sistema salute, pur nella loro diversità e responsabilità: politica e gestionale. Possiamo essere l'associazione che, operando nel territorio, nel sistema sanitario e in quello assistenziale, può offrire chiavi di lettura integrate e valutate congiuntamente ai decisori del sistema. Vogliamo offrire a Anci nazionale, alle sezioni regionali, la possibilità di avvalersi degli approfondimenti e del contributo della professionalità degli operatori sanitari per fare crescere una cultura più decisa nel settore, per un concetto di salute allargata e da condividere con i cittadini.

Il nostro congresso non sarà solo un appuntamento organizzativo ma un grande momento politico per l'affermazione di una idea originale e attuale - la costituzione di FederSanità nel 1995 - che volle e vuole ancora fare interagire il mondo di Asl e Ao col mondo delle Comunità locali. Il Ssn, frutto della sommatoria dei sistemi regionali, dopo la modifica del titolo V della Costituzione, vive un momento di incertezza e richiede scelte organizzative razionali ed egualitarie. La nostra scelta di una organizzazione confederale nazionale, per Federazioni regionali, vuole aiutare questo processo.

Vogliamo affrontare nel nostro congresso tutte le questioni di maggiore fibrillazione del sistema: finanziarie, strutturali, di ruolo, di equità nazionale, di responsabilità individuale e colletti-

va, di responsabilità istituzionale. Pensiamo che sia giunto il tempo nel quale "fare sistema" non voglia dire produrre risultati di un momento, intenzioni positive, che poi svaniscono a fronte di situazioni locali o regionali avverse o diverse. Prima di tutto deve essere il frutto di un percorso unitario fra tutti i soggetti della responsabilità politica, istituzionale e gestionale avendo come obiettivo quello di riconoscere contemporaneamente le diversità regionali, mantenendo equità e uniformità nazionale e veicolando le migliori pratiche di salute. Crediamo che gli enti locali, i Comuni, debbano essere protagonisti riconosciuti in questo campo e per questo è necessario recuperare il tempo perso, in molte Regioni, per affermare un ruolo istituzionale che non è una rivendicazione ma un diritto. In questa ottica riteniamo necessaria per l'associazione e utile per tutti i soggetti interessati (cittadini, Governo, Regioni, Comuni e aziende), la celebrazione del nostro primo Congresso nazionale.

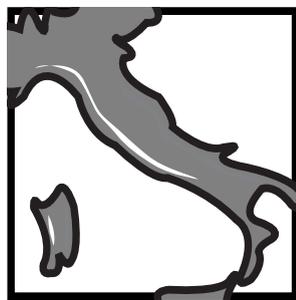
Il nuovo governo, la nuova ministra, hanno presentato al Parlamento una prima indicazione di un percorso definito "Il new deal della Sanità". In quel percorso vogliamo esserci come interlocutori rappresentativi di un mondo composito, come quello nel quale operiamo, ma sicuramente professionale, competente, appassionato, per rendere possibile una offerta di salute ai cittadini che sia all'altezza dei bisogni espressi e coerente con le compatibilità del Paese.

Pier Natale Mengozzi
Vice-presidente vicario

TOSCANA/ Una Pdl punta a estendere il numero dei presidi e a valorizzarne il ruolo

La scommessa sulle farmacie

Più snello l'iter per nuove sedi - Dispensari addio: nasce la "proiezione"



Una farmacia più vicina e accessibile, soprattutto alle fasce deboli della popolazione. E più qualificata, attrezzata a garantire non solo un'adeguata distribuzione dei farmaci, di ausili e presidi medici, ma a coprire anche una vasta gamma di servizi: prenotazioni di prestazioni sanitarie e diagnostiche, consegna a domicilio dei farmaci, partecipazione attiva alle campagne di informazione ed educazione alla salute.

È una vera e propria sfida quella intrapresa dalla Regione Toscana per fare in modo che la farmacia sia pienamente riconosciuta nel suo ruolo di presidio del Ssr. Per di più lanciata in qualche modo controcorrente, nel momento in cui l'attenzione dell'opinione pubblica è concentrata sulla grande novità del settore, l'ingresso dei farmaci da banco nei supermercati, e mentre non accenna a rallentare la spesa farmaceutica nazionale.

La sfida ha preso forma con una proposta di legge che gli uffici regionali stanno per licenziare e affidare all'analisi della Giunta. Una Pdl che, senza voler riformare radicalmente la situazione, si propone due obiettivi

vi fondamentali: lo snellimento delle procedure per l'assegnazione delle sedi farmaceutiche e l'estensione della rete regionale di distribuzione, per migliorare il grado di accessibilità al farmaco da parte del consumatore.

La legge propone un intervento per affrontare alcuni problemi assai spinosi che condizionano pesantemente la possibilità di offrire un efficiente servizio farmaceutico. In primo luogo, contribuisce a correggere un'eccessiva durata delle procedure concorsuali per l'assegnazione delle sedi farmaceutiche. L'attuale sistema del concorso regionale, svolto presso la sede di ciascuna provincia, comporta infatti tempi spesso lunghissimi e dal momento istitutivo della sede alla effettiva apertura della farmacia possono passare anche sei anni.

La nuova legge affronta quindi il problema delle insufficienze della rete distributiva, in larga parte legate all'arcaico sistema dei dispensari farmaceutici, della copertura del servizio in zone poco popolate e disagiate e dell'offerta carente nelle aree di particolare transito quali aeroporti, porti, stazioni ferroviarie e aree di servizio autostradale.

Vengono introdotti criteri più flessibili per l'istituzione di farmacie in relazione alle necessità locali e alla natura del territorio e si avvia il superamento dell'attuale sistema dei dispensari farmaceutici "annuali", introducendo un nuovo istituto, quello della "proiezione". Attualmente i dispensari annuali vengono attivati nelle sedi farmaceutiche che sono state istituite in deroga al criterio demografico, per assicurare il servizio in località disperse o gravemente disagiate. L'istituto della "proiezione" si differenzia nettamente dai dispensari per due motivi: innanzitutto non incontra i limiti caratteristici del dispensario (apertura al pubblico con orari ridotti, minore disponibilità di prodotti...); in secondo luogo prescinde dall'esistenza di una "sede" (in pianta organica) nella località dove si intende aprire la farmacia.

Con l'entrata in funzione della legge, il numero delle farmacie dovrebbe crescere di circa una settantina. Un risultato quantitativo che si abbinerà a una migliore qualità complessiva del servizio.

Susanna Cressati

Linee guida per il «no» alle vaccinazioni

TOSCANA/ 2

Un'eventuale abolizione dell'obbligo vaccinale deve essere attentamente ponderata e soprattutto preparata, anche in considerazione della diversa adesione alle vaccinazioni nelle Regioni, perché altrimenti si potrebbero vanificare i risultati conseguiti nel corso degli ultimi decenni». L'affermazione arriva da fonte autorevole, il gruppo tecnico che sta lavorando sul tema vaccini per la commissione salute della Conferenza delle Regioni, e inserisce una nota di preoccupazione in un dibattito riaperto dalla recente decisione della Regione Veneto di sospendere l'obbligo per le quattro vaccinazioni canoniche a cui viene oggi sottoposta la stragrande maggioranza dei bambini italiani: antidifterite, tetano, poliomielite ed epatite B.

«Le vaccinazioni contro le malattie infettive probabilmente hanno salvato e continuano a salvare più vite di qualsiasi altro intervento di Sanità pubblica, sono paragonabili per efficacia alla disponibilità di acqua potabile», rincara dal canto suo la Toscana, Regione storicamente molto impegnata su questo fronte, che premette questa valutazione sull'obbligo vaccinale alle "Linee di indirizzo per la gestione dei casi di inadempienza" all'obbligo stesso, approvate di recente.

Quello dell'obiezione alla vaccinazione è un fenomeno sicuramente marginale, ma comunque presente e influente sotto il profilo culturale an-

che in terra toscana. Le Linee di indirizzo cercano un difficile equilibrio tra il «doveroso rispetto dei diversi convincimenti culturali» e la «convincimento/consapevolezza della necessità di garantire, attraverso le vaccinazioni, la protezione dei bambini da malattie gravi e potenzialmente mortali». Con un'avvertenza: è proprio la forte protezione vaccinale della popolazione infantile, che riduce drasticamente la circolazione degli agenti patogeni, a rendere possibile la gestione di un dissenso non troppo diffuso, senza rischi per la salute collettiva. In Toscana le coperture delle vaccinazioni, obbligatorie e raccomandate, hanno raggiunto il 95,20% per l'antipolio, il 95,92% per l'antidifterite-tetanica-pertussica, il 95,79% per l'antitetano B, l'89,20% per l'antimorbillo-parotite-rosolia e il 95,35% per l'antihemophilus influenzae b. Ma qualora queste condizioni si modificassero la rotta della "tolleranza" potrebbe cambiare.

Le procedure in caso di rifiuto comportano per ora una verifica periodica delle adesioni, una serie di solleciti successivi per la famiglia, anche attraverso il pediatra e il medico di base, colloqui per la ricerca del consenso fino all'acquisizione formale, alla registrazione del dissenso stesso e alla segnalazione del caso alle autorità competenti. Quando il bambino sarà cresciuto e sarà diventato maggiorenne sarà a lui che si chiederà infine di decidere.

S.C.

EMILIA ROMAGNA/ RICERCA SUI MARKER TUMORALI AL «MORGAGNI»

Prostata, diagnostica d'eccellenza a Forlì

Il cancro alla prostata è la seconda causa di morte per tumore in Italia e in tutto il mondo occidentale. L'Uo di Urologia dell'ospedale "G.B. Morgagni-L.Pierantoni" di Forlì, diretta da **Eduard Bercovich**, si pone in prima linea nello studio di nuove terapie e di metodi di diagnosi precoce. Tra questi, lo studio sul marcatore per la ricerca del tumore alla prostata denominato "Glutazione-S-Transferasi" ha già prodotto i primi risultati.

«L'Uo - spiega Bercovich - è il primo centro che ha iniziato lo studio clinico di questo marcatore, grazie alla disponibilità della biotecnologia molecolare **Linda Valmorri**, che si dedica esclusivamente al reparto urologico e in particolare a questa ricerca sperimentale di estrema rilevanza scientifica».

I marcatori tumorali comprendono un gruppo di proteine, ormoni o altre sostanze il cui monitoraggio permette di seguire l'andamento clinico di un tumore. «Il più conosciuto - precisa Bercovich - è il PSA (antigene prostatico specifico), prodotto dalla ghiandola prostatica e normalmente presente nel liquido seminale e nel sangue. Valori compresi fra 0 e 4 ng/ml (secondo alcuni entro 2,5 ng/ml) possono orientare la diagnosi verso malattie benigne, mentre livelli superiori a 4 ng/ml possono far sospettare la presenza di neoplasia».

«L'obiettivo della nostra ricerca - chiarisce Valmorri - che ha interessato, da febbraio 2005 a giugno 2006, circa centotrenta pazienti è stato valutare le lesioni precoci del Dna anche nei pazienti di cui l'esame biptico risultasse negativo. Il marcatore "Glutazione-S-Transferasi" analizzato è infatti un enzima che ha la funzione di proteggere il Dna dal danno ossidativo. Quando il Dna subisce un'alterazione chimica, tale enzima non

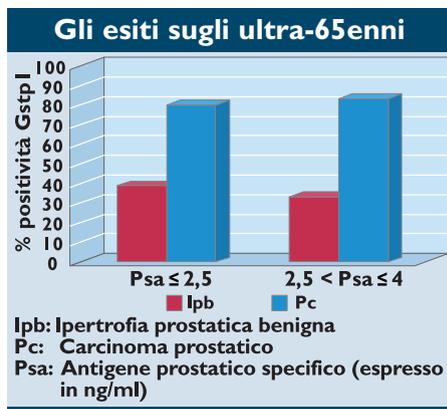
viene più prodotto o viene sintetizzato in concentrazioni estremamente scarse. La sua assenza indica chiaramente che il Dna non è più protetto e che, a seguito di vari "insulti", potrà insorgere un tumore. Lo studio vuole stabilire se lo stato di metilazione del gene rappresenti un parametro adatto per la diagnosi di carcinoma e/o per l'individuazione di categorie di pazienti geneticamente a rischio di carcinoma».

I risultati, estremamente incoraggianti, hanno evidenziato che tale marcatore è particolarmente significativo per pazienti "over-65 anni" con un esame PSA dall'esito dubbio. Dai risultati del grafico si deduce che nei pazienti oltre i 65 anni, anche con valori di PSA totale ritenuti normali, la positività del test è in grado di identificare oltre l'80% dei portatori di carcinoma. Ciò vuol dire che il test positivo induce a effettuare biopsie che così rilevano il carcinoma in casi altrimenti considerati normali.

«L'analisi dello stato di metilazione del promotore del gene GSTP1 in futuro potrebbe trovare una collocazione a livello delle procedure di prevenzione - spiega Valmorri - Questo porterà a un miglioramento della loro efficacia, nell'ottica di una più mirata definizione delle categorie dei soggetti a rischio, per i quali la sola informazione del valore del PSA non è sufficientemente sensibile per una diagnosi precoce di carcinoma prostatico, ma anche della riduzione dei costi».

L'unicità della ricerca sta sia nella particolare metodica realizzata - un kit diagnostico messo a ideazione e produzione italiana - sia nel fatto che, a differenza di precedenti ricerche, il test è effettuato sul sangue e non su frammenti di tessuto.

Tiziana Rambelli



SDA Bocconi

Master MiMS

Una cura intensiva di Management per la Sanità

Il Master in Management per la Sanità prevede un anno di formazione a tempo pieno (gennaio 2007 - gennaio 2008) con didattica attiva e multidisciplinare, il confronto con i professionisti del settore e lo svolgimento di progetti sul campo, per operare con successo in ruoli gestionali di aziende e società di consulenza che lavorano nel settore sanitario. MiMS è un master universitario di II livello per laureati in qualsiasi disciplina. Sono disponibili borse di studio e finanziamenti agevolati. Le candidature online per la VI edizione del master terminano il 12 ottobre 2006.

www.sdabocconi.it/mims

Divisione Amministrazioni Pubbliche, Sanità e Non Profit: tel. +39.02.5836.6810 fax +39.02.5836.6832 e-mail: mims@sdabocconi.it



CAMPANIA/ Iter ancora incerto per l'azzeramento del debito regionale da 5 miliardi

Cartolarizzazione «stop&go»

Incompleta la certificazione del "rosso" - I creditori: «Serve chiarezza»

Una ristrutturazione del debito a piccoli passi e con diverse incognite. In Campania si va avanti verso la cartolarizzazione con una sorta di manifestazione di interesse da parte dei creditori ad aderire al processo di azzeramento del debito di circa 5 miliardi (al 31 dicembre 2005). La Sorsa, società creata dalla Regione per gestire il processo, ha pubblicato il 25 agosto scorso, sul suo sito Internet (www.sorsa.it), i moduli da compilare per dichiarare la propria disponibilità a partecipare all'operazione e pensa di poter partire dal 15 settembre con la fase dei pagamenti, almeno per i creditori che attendono somme inferiori ai diecimila euro.

Tutto, però, è condizionato dalla certificazione del debito che spetta alle Asl e che non è stata ancora completata e all'esito delle singole transazioni che permetteranno una operazione di cartolarizzazione. Un aspetto non secondario per la buona riuscita dell'iniziativa che coinvolge tre banche - Calyon, Credit Suisse e Lehman Brothers - è nel numero di adesioni. Molti creditori, dato il tempo trascorso dall'annuncio dell'accordo raggiunto sulla base di una gara internazionale con gli istituti di credito, non sembrano ben disposti. I fornitori del Servizio sanitario regionale hanno la possibilità di consegnare il modulo fino al 15 settembre. Una volta certificato il debito il creditore dovrà decidere definitivamente se proseguire con la transazione accettando che l'accordo comporta la rinuncia ad adire le vie legali, agli interessi di mora, ai debiti non certifi-

cati e di cedere i propri crediti alla Sorsa. La società della Regione, così, prima realizza l'atto di transazione per conto delle Asl e poi acquisisce i crediti, diventando creditrice delle aziende sanitarie.

Il budget messo a disposizione delle banche è di 3 miliardi, un altro miliardo e mezzo dovrebbe entrare nelle casse da trasferimenti statali che spettano alla Campania. Oltre alla riserva finanziaria, le banche dovranno procedere alla cartolarizzazione tramite una società veicolo che sarà istituita entro metà settembre.

Centinaia di moduli già consegnati dai fornitori (circa 4.000 solo nella provincia di Napoli), ma per vederci più chiaro in una operazione che lascia perplessi i rappresentanti delle diverse categorie di fornitori e i sindacati, è stato sollecitato un incontro. «Abbiamo inviato una lettera per chiedere di essere convocati» dice il presidente dell'Aiop Campania, Vincenzo Schiavone.

Intanto, se pure si azzerasse il debito fino al 2005, la Cisl evidenzia che c'è già un altro anno a cui pensare, perché «nonostante l'incremento delle risorse per la Campania per il 2006 - afferma il responsabile regionale del settore Sanità del sindacato, Aldo Baratto - per quest'anno abbiamo già maturato circa un miliardo di debito. Il problema è che non si può pensare che siano valide le soluzioni ragionieristiche senza affrontare i nodi strutturali».

Laura Viggiano

Ticket anti-sprechi: memento locale

LOMBARDIA

Il ticket "anti-sprechi" di cui il ministro **Livia Turco** ha ipotizzato l'utilizzo esteso a livello nazionale per contrastare il malcostume dei tanti che dimenticano di ritirare i risultati di esami e analisi eseguite a carico del Ssn, in Lombardia è già realtà.

A mettere in puntini sulle i è una delibera del 1° agosto con cui la Giunta ha aggiornato le proprie indicazioni in materia di erogabilità di prestazioni odontoiatriche e di medicina riabilitativa a carico del Ssr, approfittandone anche per rinviare alcuni principi su appropriatezza e controlli.

Tra le indicazioni contenute nel documento spicca proprio l'avviso agli erogatori di prestazioni di specialistica ambulatoriale a riscuotere il più possibile il ticket all'atto della prenotazione stessa e a ricordare agli utenti la minaccia contenuta al comma 18, articolo 4 della legge n. 412 del 1991 - mai cancellata dall'ordinamento nazionale - dove si prevedeva che in caso di mancato ritiro dei risultati di visite o esami diagnostici e di laboratorio l'assistito fosse tenuto a pagare interamente la prestazione usufruita, anche in caso di esenzione.

Ma la delibera non trascurava di rafforzare altre indicazioni di rigore già contenute

nelle normative locali, ad esempio in tema di controlli. A tale proposito le Asl che riscontrano «errori» o «incongruenze di tipo non casuale» in occasione delle normali attività di controllo sulla codifica e l'appropriatezza di erogazione delle attività sanitarie, sono calorosamente invitate a «estendere la verifica a tutta la casistica» coinvolta e a risolverlo «facendo ricorso agli strumenti previsti dalle norme emanate a livello nazionale e regionale».

Coinvolte nel riesame anche le regole che garantiscono un uso appropriato del day-hospital finora disciplinate da una delibera risalente al 1998. La revisione si focalizza sull'uso prevalentemente diagnostico del DH, prevedendo che l'assistenza sia «non solo protratta nell'arco della giornata, ma anche contemporaneamente di tipo continuativo» e che la modalità di erogazione sia «ambulatoriale», aggiungendo una marcia in più alla potenzialità di erogazione di prestazioni da parte delle strutture coinvolte. Negli allegati al provvedimento, infine, le modifiche ai criteri per l'erogazione con il Ssr dell'assistenza odontoiatrica e della Medicina fisica e di riabilitazione riportando per ciascuna prestazione l'inserimento o meno nei Lea.

S.Tod.

Pagamenti certi per Aiop Un piano anti-infortuni Mmg, nasce la rete Mesir

LAZIO/ 1

Un regime entro la fine del mese l'accordo tra Regione e Aiop Lazio, per sbloccare i pagamenti pregressi ma soprattutto stabilire le coordinate per il prossimo futuro.

Dalla prossima settimana gli accordi stipulati dalle case di cura con le tre banche che garantiscono la copertura dell'esposizione regionale secondo le modalità previste dal protocollo d'intesa firmato prima della pausa estiva tra assessorato al Bilancio e Aiop, diverranno operativi. Si chiude così una fase d'incertezza e tensioni durata oltre un anno e si assicurano tempi certi nel pagamento delle prestazioni fatturate dai privati provvisoriamente accreditati.

In base all'accordo, che vale tre anni, la Regione si impegna a far fronte ogni mese al 65% degli importi fatturati e certificati dalle aziende sanitarie. Il restante 35% invece viene garantito dalle banche coinvolte nel programma: Capitalia, la Deutsche Bank in collaborazione con Intesa e Unicredit. Così sarà assicurato a tutti gli operatori il pagamento del 100% dell'importo, che avverrà entro i 30 giorni successivi a quello di riferimento. In pratica, alla fine del mese ogni clinica presenterà alla Asl la fattura, ed entro 30 giorni dovrà essere certificata. L'importo definito dalla Asl sarà corrisposto dalle banche. Gli istituti di credito da parte loro riceveranno dalla Regione la rimessa del 65 per cento. La quota restante sarà corrisposta dalla Regione in cinque anni.

Lucio Borgia

LAZIO/ 2

Quattro milioni per migliorare e potenziare la rete di prevenzione e contrastare il fenomeno degli incidenti sul lavoro. È il budget messo a disposizione dalla Giunta regionale del Lazio per dare nuove risorse al sistema, garantire la piena funzionalità del nucleo ispettivo a disposizione della magistratura, istituire un Osservatorio regionale per tenere sotto controllo i luoghi di lavoro.

«È un investimento per la sicurezza - ha spiegato il presidente **Piero Marrazzo** - di cui ha particolare bisogno il comparto dell'edilizia civile e dei cantieri delle grandi opere in corso di realizzazione sul territorio regionale e in particolare romano. Un settore particolarmente esposto che ha fatto registrare una triste impennata di "morti dell'inciviltà", portando il numero complessivo nel primo semestre 2006 a sette. Un dato inaccettabile a cui intendiamo far fronte con una risposta di sistema puntando sulle strutture che già esistono».

Il piano operativo presentato dall'assessore alla Sanità, **Augusto Battaglia**, infatti punta soprattutto sul potenziamento e l'implementazione delle attività di sicurezza attuate dai Servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (Spresal) dei dipartimenti di prevenzione delle Asl del Lazio, mentre

viene istituito l'Osservatorio regionale prevenzione nei luoghi di lavoro presso l'Agenzia di Sanità pubblica.

In particolare, 1.440.000 euro saranno destinati ai servizi Spresal per interventi per il potenziamento di prevenzione e vigilanza nei seguenti settori: edilizia, industria dei metalli e del legno, trasporti, movimentazione merci e logistica, metalmeccanica, industria di trasformazione e industria conciarica.

Al settore dell'agricoltura vanno 200.000 euro, per interventi di potenziamento di prevenzione, informazione e formazione con particolare attenzione ai rischi derivanti dall'uso di prodotti fitosanitari; 100mila euro sono destinati a interventi di igiene industriale e tossicologia occupazionale (coordinati e supportati dal Laboratorio di igiene industriale del dipartimento di prevenzione della Asl di Viterbo, individuato quale struttura di riferimento regionale per l'igiene del lavoro).

Mezzo milione è destinato alla costituzione di un Osservatorio regionale sulla Sicurezza e Prevenzione nei luoghi di lavoro presso l'Asp. Infine, 30mila euro andranno a coprire oneri relativi al gruppo di ispettori Asl operativi presso la Procura di Roma.

L.B.

LAZIO/ 3

Una rete a banda larga, denominata Mesir, terrà insieme tutti i medici di famiglia e pediatri di libera scelta che operano nel sistema sanitario del Lazio. Il progetto è tra quelli messi in campo dalla Regione per potenziare la medicina territoriale. L'accensione del "motore" è in scaletta per inizio settembre, con il coinvolgimento di tutti i medici che saranno contattati uno per uno al fine di attivare il collegamento.

Intanto il progetto parte avendo già incassato il sostanziale via libera da parte della Fimmg-Lazio. «Piano e obiettivi sono condivisibili, il finanziamento però ci sembra non tarato in modo adeguato» dice il segretario **Pierluigi Bartoletti**. La rete Mesir servirà a creare per ognuno dei pazienti seguiti da ogni medico un profilo sanitario completo. In pratica nella rete, che sarà protetta e accessibile solo attraverso una smart-card personalizzata fornita a ogni medico, verrà creata in breve tempo una sorta di cartella clinica personalizzata che permette la tracciabilità del percorso sanitario di ognuno: dalle malattie dell'infanzia, agli eventuali ricoveri fino al consumo dei farmaci.

Mesir permetterà di archiviare in un contenitore (black box) tutte le informazioni, realizzando così una sorta di anagrafe sanitaria dei cittadini del Lazio, favorendo per altro il collegamento dei medici con tutte le banche dati e i sistemi informativi di Asl,

L.B.

ospedali e centri di ricerca.

La connessione, secondo i risultati di accordi e gare già effettuate, sarà assicurata da Fastweb nel territorio del Comune di Roma e dalla società Albacom nel restante territorio regionale, mentre partono in questi giorni i lavori per la realizzazione della piattaforma informatica Sismed che alimenterà l'intero sistema.

Gli obiettivi sono supportare l'efficienza delle cure primarie per agevolare e potenziare la continuità delle cure, migliorare l'integrazione del medico di famiglia sia che operi in forma singola che associata nel sistema degli interventi sociali e sanitari in collaborazione con presidi, distretti e professionisti. Inoltre, in via telematica sarà possibile attivare piani di assistenza domiciliare integrata perché Mesir permetta a tutti gli attori del piano di avere una corsia preferenziale di comunicazione. Lo stesso avverrà per quanto riguarda gli eventuali episodi di ricovero.

Lo sviluppo del sistema apre le porte infine all'applicazione delle telemedicina perché è in grado di garantire il passaggio di referti cardiologici e delle immagini di Tac e risonanze magnetiche ad alta risoluzione. Mesir poi sarà supportato dalla realizzazione di un nuovo portale sanitario che sarà operativo nel prossimo autunno e che costituirà il completamento di un progetto destinato a creare le condizioni per far assumere alla medicina territoriale un ruolo centrale nel Ssr del Lazio.

«Salvate» dall'imposta le attività non esclusivamente commerciali di enti e aziende

Ici-esente solo se non profit

Il chiarimento definitivo è contenuto nella «manovra d'estate»



Il decreto Bersani (decreto legge 4 luglio 2006, n. 233), ha di nuovo modificato la disciplina di esenzione Ici degli immobili degli enti non commerciali.

L'esenzione ha vissuto un travaglio notevole negli ultimi tempi, infatti, l'articolo 7, comma 2-bis, del decreto legge 30 settembre 2005, n. 203, inserito in sede di conversione dalla legge n. 248 del 2 dicembre 2005 (cosiddetto "collegato") aveva già introdotto, secondo alcuni, una novità nel campo della tassazione ai fini Ici, secondo altri, nessuna novità perché aveva semplicemente riconfermato quanto già previsto dalla legge istitutiva dell'Ici, correggendo una interpretazione della Corte di Cassazione.

La legge in commento ha escluso dal tributo gli immobili gestiti dagli enti non commerciali, tra i quali rientrano (oltre agli enti non profit e la Chiesa cattolica e gli altri enti ecclesiastici), anche le Asl, le aziende ospedaliere e gli Irccs del Ssn, anche se gli immobili stessi sono adibiti a un'attività commerciale.

Di fatto una frettolosa lettura della lettera i) del comma 1 dell'articolo 7 del Dlgs 504/1992 sull'Ici poteva generare delle difficoltà operative.

Le esenzioni dall'Ici per le Asl

Il Dlgs 504/1992, istitutivo dell'imposta comunale sugli immobili ha previsto per una serie di pubbliche amministrazioni, tra cui anche le Asl, le aziende ospedaliere e gli Irccs del Ssn, due ipotesi di esenzione dal tributo.

Infatti, all'articolo 7, comma 1 lettera a) è stabilito che sono esenti da Ici gli immobili posseduti dalle unità sanitarie locali, dalle istituzioni sanitarie pubbliche autonome di cui all'articolo 41 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, destinati esclusivamente ai compiti istituzionali. E questo tipo di agevolazione non ha mai dato luogo a problemi di interpretazione né a particolari dubbi.

Viceversa, la seconda tipologia di esenzione ha fatto sorgere dubbi, negli ultimi tempi, soprattutto a seguito di una sentenza della Corte di cassazione che fissava per l'esenzione un requisito non richiesto dalla legge.

Si tratta dell'esenzione prevista dalla lettera i) del comma 1, dello stesso articolo 7: gli immobili utilizzati dai soggetti di cui all'articolo 87, comma 1, lettera c), del testo unico delle imposte sui redditi, approvato con Dpr 917/1986 e successive modificazioni, destinati esclusivamente allo svolgimento di attività assistenziali, previdenziali, sanitarie, didattiche, ricettive, culturali, ricreative e sportive, nonché delle attività di cui all'articolo 16, lettera a), della legge 20 maggio 1985, n. 222, vale a dire attività religiose o di culto.

Le condizioni necessarie per l'esenzione

Per beneficiare dell'esenzione prevista nella lettera i) del comma 1 dell'art. 7 del Dlgs 504/1992, è necessario che siano presenti contemporaneamente due requisiti:

1) soggettivo, cioè gli immobili de-

Solo le attività non esclusivamente commerciali svolte da enti a loro volta non commerciali possono godere dell'esenzione Ici. È il combinato disposto del decreto fiscale collegato alla Finanziaria 2006, della più recente sentenza della Cassazione e delle regole scritte nel DI Bersani che scrivono la parola fine anche per le aziende del Ssn.

La norma iniziale, infatti, non aveva previsto che dovesse trattarsi di attività non commerciali e per evitare una reazione della Commissione Ue, in quanto la misura avrebbe potuto essere ritenuta, dai tecnici di Bruxelles, un aiuto in contrasto con l'articolo 87 del Trattato Ue, la recente manovra d'estate all'art. 39 ha fornito una nuova interpretazione autentica, che non annulla, ma riduce di molto quella contenuta nel collegato alla Finanziaria 2006.

vono essere utilizzati da «enti pubblici e privati diversi dalle società, residenti nel territorio dello Stato, che non hanno per oggetto esclusivo o principale l'esercizio di attività commerciali» (di cui all'articolo 87, comma 1, lettera c, del Tuir);

2) oggettivo, cioè gli immobili devono essere destinati esclusivamente alle attività indicate esplicitamente dalla norma. È necessario precisare che «per svolgimento delle attività» deve intendersi che «nelo e sull'immobile deve essere materialmente ed esclusivamente svolta l'attività agevolata».

È necessario, pertanto, che l'utilizzo dell'immobile concretizzi l'esercizio di una delle attività espressamente previste nella norma stessa.

Così si è espresso il ministero delle Finanze-Direzione centrale con la Risoluzione dell'11/11/1996, n. 247: «È necessario che l'utilizzo dell'immobile oltre che avvenire direttamente a opera di un ente non commerciale, concretizzi, di per sé stesso, l'esercizio di una delle attività tassativamente ivi indicate (assistenziali, previdenziali, sanitarie, didattiche, ricettive, culturali, ricreative, sportive, di religione o di culto). In altri termini, nello o sull'immobile deve essere materialmente ed esclusivamente svolta l'attività agevolata». Le disposizioni di esenzione rappresentano norme di carattere eccezionale e, quindi, come tali non suscettibili di interpretazione analogica.

Anche in precedenza l'amministrazione finanziaria aveva affermato tale orientamento con la Rm 15 dicembre 1993, n. 2/315/C negando l'esenzione in relazione a un immobile utilizzato da un Ordine dei medici, poiché l'attività svolta non corrispondeva allo svolgimento dell'attività sanitaria, proprio perché «l'utilizzo di un edificio come sede di uffici non può farsi rientrare tra le modalità d'uso dell'immobile tassativamente elencate dalla norma in esame».

La presenza di un'eventuale attività amministrativa sembrerebbe determinare la perdita del diritto all'agevolazione in commento. In tale direzione si è espressa anche la Risoluzione del 25/6/1994 prot. 1242: «La norma esonerativa recata dalla lettera i) dell'art. 7 del Dlgs 504/1992 non fa riferimento genericamente agli immobili destinati all'esercizio delle attività istituzionali degli «enti non commercia-

li», bensì agli immobili utilizzati dai predetti enti per lo svolgimento di specifiche attività. Pertanto non possono farsi rientrare nell'ambito di applicazione della norma esonerativa in commento gli uffici, siano essi sia amministrativi che tecnici, atteso che per essi non sussiste il rapporto di stretta immanenza con lo svolgimento delle predette attività».

C'è chi ritiene che lo svolgimento di una minima attività amministrativa, strumentale e indispensabile all'attività istituzionale di qualsiasi ente non commerciale, che occupi una superficie minima degli immobili, non determini la perdita dell'agevolazione, ma l'amministrazione finanziaria non è di questo avviso.

I dubbi

L'agevolazione Ici in commento riguarda solo le Onlus e la Chiesa o anche gli altri enti non commerciali? Il legislatore vuole favorire solo le Onlus, che rispetto agli altri enti non commerciali godono già di una maggiore tutela fiscale (anche l'attività commerciale direttamente connessa a quella istituzionale è considerata irrilevante fiscalmente, mentre gli altri enti non commerciali, quando pongono in essere attività commerciali sono soggetti all'imposizione)?

L'agevolazione Ici riguarda solo la Chiesa, considerata la diatriba a cui la questione aveva dato luogo?

In particolare, la sentenza della Corte di cassazione dell'8 marzo 2004, n. 4645 che negava l'esenzione Ici agli immobili, appartenenti a un ente ecclesiastico, destinati allo svolgimento di attività oggettivamente commerciali. In tale occasione la Corte di cassazione ha dato un'interpretazione restrittiva della norma con riferimento agli enti ecclesiastici.

Il terzo requisito della Corte di cassazione

Questa interpretazione sembrava che aggiungesse un terzo requisito/condizione a quelli precedentemente discussi, soggettivo e oggettivo.

Per la Cassazione occorre che le determinate attività previste dalla norma (assistenziali, previdenziali, sanitarie, didattiche, ricettive, culturali, ricreative, sportive, di religione o di culto) siano svolte in forma di attività non commerciale. Ma come ha evidenziato una nota dell'Ufficio Avvocatura della Diocesi di Milano dell'ottobre 2005, questo aspetto non rileva ai fini

Le leggi

La norma: art. 7, c. 2-bis, legge 248/2005

«L'esenzione Ici disposta dall'art. 7, co. 1, lett. i), del Dlgs 30 dicembre 1992, n. 504, si intende applicabile alle attività indicate nella medesima lettera a prescindere dalla natura eventualmente commerciale di tali attività»

Le modifiche dell'articolo 39, comma 1, del decreto legge n. 223 del 4 luglio 2006

«L'esenzione disposta dall'art. 7, co. 1, lett. i), del Dlgs 504/1992, si intende applicabile alle attività indicate nella medesima lettera che non abbiano esclusivamente natura commerciale»

Conclusioni

di rimborso dei contribuenti per i versamenti effettuati prima dell'entrata in vigore della norma. Peraltro, gran parte dei Comuni, con proprio regolamento, ha disposto che il beneficio si applichi solo agli immobili posseduti dagli enti non commerciali, escludendo quindi quegli immobili utilizzati in comodato o locazione.

La sentenza della Corte di Cassazione è andata oltre, perché ha fissato per l'esenzione Ici un requisito non richiesto dalla legge. Infatti, la Corte, nel decidere un caso sottoposto al suo giudizio, ha aggiunto un terzo elemento ai due requisiti previsti per ottenere l'esenzione. E cioè che l'attività svolta nell'immobile sia «oggettivamente non commerciale», restringendo in pratica l'area di esenzione ai soli beni ecclesiastici in cui si svolgono attività legate all'esercizio del culto e alla cura delle anime, alla formazione del clero e dei religiosi, a scopi missionari, alla catechesi e all'educazione cristiana.

Di qui la necessità di un intervento legislativo interpretativo che ponesse fine al conflitto instauratosi tra la legge del 1992 e la sentenza della Cassazione. Il legislatore è intervenuto appunto con l'articolo 7, comma 2-bis, del DI 30 settembre 2005, n. 203, inserito in sede di conversione dalla legge n. 248 del 2 dicembre 2005 (cosiddetto "collegato") dal quale emerge con chiarezza estrema che l'agevolazione Ici prescinde dalla natura eventualmente commerciale delle attività poste in essere negli immobili.

Ciò vale per tutti gli enti non commerciali, non solo enti ecclesiastici e Onlus, ma anche per tutti gli altri, compresi Asl, aziende ospedaliere e Irccs del Ssn. A ben vedere nulla di nuovo, perché l'esenzione era già prevista nella legge istitutiva dell'Ici che sancisce l'esenzione per gli immobili utilizzati in maniera esclusiva da enti non commerciali per le attività espressamente elencate. In questi casi l'esenzione si applica anche quando l'attività è considerata commerciale ai fini fiscali. La norma non ha mai previsto che dovesse trattarsi di attività non commerciali.

Molto probabilmente a causa del polverone e della levata di scudi che ha provocato il dibattito sull'esenzione e dei timori di una reazione della Commissione Ue, in quanto la misura avrebbe potuto essere ritenuta, dai tecnici di Bruxelles, un aiuto in contrasto con l'articolo 87 del Trattato Ue, la recente manovra d'estate ha fornito una nuova interpretazione autentica, che non annulla, ma riduce di molto quella contenuta nel collegato alla Finanziaria 2006.

La nuova norma interpretativa inserisce una disposizione che consente lo sconto Ici solo nel caso in cui negli immobili delle Onlus, confessioni religiose e altri enti non commerciali, tra cui Asl, Ao e altri enti del Servizio sanitario nazionale, le attività svolte non abbiano natura esclusivamente commerciale.

Pier Paolo Balzamo

L'agevolazione non può ignorare la natura del servizio erogato

Ici, perché assume importanza solo ai fini delle imposte sui redditi.

Non bisogna dimenticare, infatti, che l'Ici è un'imposta patrimoniale che ha come oggetto gli immobili e non un'imposta sui redditi che ha, invece, come oggetto la ricchezza prodotta, ovvero i guadagni.

A esempio, se un'Asl utilizza un immobile destinato esclusivamente ad attività didattica, gestendo una scuola materna e incamerando corrispettivi (attività commerciale ai fini delle imposte sui redditi - Ires), gode dell'esenzione dall'Ici sull'immobile, perché è presente sia il presupposto soggettivo (ente non commerciale) che quello oggettivo.

Mentre per gli enti ecclesiastici le attività elencate dall'articolo 7, comma 1, lettera i), del Dlgs 504/1992 come attività di religione e di culto (di cui all'articolo 16, lettera a) della legge 222/1985), cioè quelle dirette al culto e cura delle anime, formazione del clero e dei religiosi, a scopi missionari, alla catechesi, all'educazione cristiana sono sempre attività non commerciali, le altre attività elencate dall'articolo 7, comma 1, lettera i) del Dlgs 504/1992, cioè assistenziali, previdenziali, sanitarie, didattiche, ricettive, culturali, ricreative e sportive possono essere indifferentemente sia commerciali sia non commerciali, a seconda che siano svolte a fronte di corrispettivi oppure gratuitamente, ma tale circostanza è ininfluenza ai fini Ici.

A ben vedere l'ulteriore condizione dell'assenza del carattere commerciale dell'attività non è richiesta dalla lettera i), del comma 1, dell'art. 7 del Dlgs 504/1992, né può essere aggiunta in via interpretativa! La norma non dà alcuna indicazione su come tali attività devono essere svolte. L'importante è che siano quelle attività e basta.

L'irretroattività della norma

La Legge finanziaria al comma 133 dell'art. 1 ha, inoltre, chiarito che tale agevolazione ha effetti solo per il futuro, negando l'effetto retroattivo con riferimento all'Ici pagata prima del 3 dicembre 2005. La finalità di quanto previsto dalla Finanziaria 2006 è quella di evitare agli enti locali la gestione delle problematiche e gli effetti connessi alle possibili richieste