

IN BREVE n. 007-2017
a cura di
Marco Perelli Ercolini

*riproduzione con citazione
della fonte e dell'autore*



Anche questo anno ho cercato, come per gli scorsi anni, di esporre ai Colleghi una sintesi delle possibili uscite nel 2018, in modo schematico e il più chiaro possibile. Non ho preso in considerazione le possibilità di anticipare la pensione con l'APE (che non interessa per l'ENPAM). Spero di esservi riuscito. Ringrazio l'Amico Attilio Steffano e il Suo Staff che hanno reso possibile la divulgazione di questo mio servizio che mi auguro possa essere utile ai Colleghi.

SCARICA e LEGGI IN

[http://www.perelliercolini.it/PDF/Quando il medico puo andare in pensione 2018.pdf](http://www.perelliercolini.it/PDF/Quando_il_medico_puo_andare_in_pensione_2018.pdf)

BASTA BUFAL E DATI ERRATI SULLE PENSIONI a cura di Cinzia Boschiero da Formiche.net: <http://formiche.net/2018/02/08/basta-bufale-e-dati-errati-sulle-pensioni/>

Convegno - Casa dell'aviatore 7.1.2018

Il 7 febbraio, un numero significativo di associazioni di pensionati dirigenziali, e del pubblico impiego e del settore privato, si sono dati appuntamento a Roma, alla Casa dell'Aviatore, per discutere alcuni temi caldi del dibattito previdenziale, ed elettorale. Le sigle sono eloquenti: Anpan, Anrra, Anua, Anupsa, Confedir, Federspev, Unpit, Unuci.

Acronimi che forse a numerosi lettori significano poco o nulla, ma che hanno ottocentomila iscritti e rappresentano almeno due milioni di voti, tali, in una fase di frammentazione politica come l'attuale, da poter essere decisivi nella tornata del 4 marzo.

Si tratta, in gran misura, di dirigenti del settore sanitario, delle Forze armate, delle medie imprese e



via discorrendo. Persone che hanno lavorato con impegno (spesso servendo lo Stato con lealtà e passione) per diversi decenni e i cui assegni previdenziali sono mediamente sui due-tremila euro lordi al mese, falcidiati negli ultimi anni dal blocco della perequazione automatica all'aumento del costo della vita.

In aggiunta, sempre negli ultimi anni, sono corse voci insistenti su “manutenzioni” della normativa riguardante le pensioni di reversibilità a favore di coniuge e figli a carico.

Voci particolarmente preoccupanti perché tanto i militari quanto i dirigenti sanitari quanto, infine, un'elevata proporzione di coloro che nel settore privato hanno avuto carriere con frequenti cambiamenti di posto di lavoro, un severo impedimento, se non all'occupazione del coniuge, quanto meno al perseguimento di un'effettiva progressione professionale.

Una platea affollata e – ho avuto modo di dire a uno degli stretti consiglieri economici del Segretario del Partito Democratico (Pd) – “inviperita”. **Matteo Renzi** figurava tra gli invitati al convegno, ma non è andato. A mio avviso, nell'interesse del Pd, avrebbe fatto bene a partecipare e a rispondere in prima persona alle preoccupazioni di un importante bacino elettorale. Il convegno – occorre sottolineare – si è svolto in uno dei circoli del ministero della Difesa. Quindi, la politica politicante (ed elettorale) è stata tenuta fuori della porta.

Tuttavia, il clima generale non era favorevole a chi ha avuto responsabilità di governo dalla fine del 2012 ad oggi.

“Vogliamo risposte – ha sottolineato il presidente del comitato organizzativo dell'evento, **Michele Poerio** – sui quattro punti che riteniamo imprescindibili che intendiamo evidenziare al mondo istituzionale, sociale e a tutte le rappresentanze politiche: mancata perequazione automatica delle pensioni, separazione assistenza e previdenza, pensione di reversibilità, politiche pensionistiche innovative a favore dei giovani”. Basta con le fake news sulle pensioni e basta con dati errati, è stato il motivo conduttore del convegno.

Sui quattro temi del convegno, nelle ultime settimane *Formiche.net* ha presentato analisi non molto differenti da quelle esposte alla Casa dell'Aviatore. È arduo pensare che retroattivamente venga sanato il costo della mancata perequazione per i pensionati e le loro famiglie. In materia di separazione tra assistenza e previdenza, comunque, la normativa del 1989 parla chiaro. E i dati ricavati dai bilanci Inps dal gruppo di ricerca “Itinerari Previdenziali” sono eloquenti. Verosimilmente, la Commissione istituita dal governo per esaminare ancora una volta i conti giungerà a conclusioni analoghe. Data la forza politica e contrattuale delle sigle rappresentate – nonché per semplice buon senso – è difficile pensare che, nella prossima legislatura, si verifichino tentativi per ridurre ulteriormente la copertura delle pensioni di reversibilità. Nei programmi elettorali, mancano proposte innovative per le pensioni dei giovani e quel che più conta indicazioni di come incoraggiare la crescita dell'economia (ancora molto più contenuta di quella in atto nel resto d'Europa) e dell'occupazione – chiave di volta della sostenibilità previdenziale.



Un quinto tema si è aggiunto a quelli annunciati: quanti sono i silenti nei conti Inps e come vengono utilizzati i loro versamenti? È argomento di cui si parla poco ma che, dopo il convegno, sarà difficile ignorare. I silenti sono coloro che non maturano i requisiti pensionistici e che quindi al termine della loro vita lavorativa non percepiscono la benché minima pensione. Ben sette-otto milioni di italiani rischiano di rimanere senza pensione a causa dell'incremento da 15 a 20 anni dei contributi minimi da maturare per collocarsi a riposo varato

nel 1993. Silenti, quindi, innocenti perché l'aumento dei requisiti, effettuato, per decreto legge, in un momento di grave crisi sarebbe dovuto essere temporaneo e invece è diventato permanente.



L'Italia ha i requisiti più alti al mondo (in termini di anni di versamenti di contributi per poter fruire di una pensione: rispetto ai nostri vent'anni, negli Usa e in gran parte d'Europa si richiedono non più di dieci anni. Si parla di una falla da ben 10 miliardi di euro, a tanto ammontano quei contributi, che se l'Inps fosse costretta a restituire ai lavoratori rischierebbe il default. Un bel guaio per l'Inps, ma anche e soprattutto per coloro che hanno avuto carriere brevi o che emigrano all'estero e "lasciano" i versamenti in Italia o, peggio ancora, che muoiono prima di avere adempito ai requisiti,

abbandonando i familiari senza alcuna tutela. I silenti sono soprattutto donne, ex lavoratori autonomi, stagionali, professionisti con una vita lavorativa irregolare, categorie destinate a crescere con l'aumento del precariato e dei contratti a termine.

Questi dati fanno emergere tutta la superficialità con cui sono state redatte le riforme previdenziali. Il convegno ha lanciato un sasso in uno stagno che per anni è stato volutamente ignorato. Si annunciano azioni giudiziarie. E legislative.

SCUOLA - CONCORSI PERSONALE DOCENTE

Sulla Gazzetta ufficiale n.33 del 9 febbraio 2018 è stato pubblicato il dm Istruzione 15.12.2017 con le modalità di espletamento della procedura concorsuale di cui all'art.17 comma 2, lettera b), e commi 3,4,5 e 6 del Dlgs.59/2017, per il reclutamento a tempo indeterminato di personale docente di primo e secondo grado in possesso di abilitazione o specializzazione al sostegno.

TRA 5 ANNI MANCHERANNO ALL'APPELLO 45 MILA MEDICI, TRA SPECIALISTI E MEDICI DI FAMIGLIA

da QuotidianoSanità

Scotti (Fimmg): "14 milioni di italiani rischiano di restare senza medico".

Troise (Anaa): "quando riapriranno i concorsi sarà troppo tardi".

L'allarme lanciato oggi da Fimmg e Anaa che hanno elaborato una serie di calcoli diffusi dall'Ansa che evidenziano uno scenario drammatico dovuto al combinato disposto di un'accelerazione dei pensionamenti dovuti all'età media avanzata degli attuali camici bianchi e allo scarso rimpiazzo con giovani leve. Per i medici di base poche borse di studio e per quelli ospedalieri niente concorsi. E tra dieci anni scenario ancora più fosco con una stima di una carenza di medici di 80mila unità.

LEGGI IN

http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=58854&fr=n

STATALI, TROPPIA DIFFERENZA TRA STIPENDIO E PENSIONI: PER LA CORTE DEI CONTI URGE UNA PEREQUAZIONE a cura di Simone Micocci

È compito del legislatore individuare le modalità per la perequazione della pensione; ma, qualora questo si rilevi inadatto sarà la giurisprudenza ad intervenire.

Importante sentenza della Corte dei Conti

(sezione di Bari - sentenza 53/2018 giudice V. Raeli depositata in Segreteria il 23 gennaio 2018 vedi in <http://www.grnet.it/wp-content/uploads/2018/02/Corte-Conti-Puglia.pdf>)

colla quale è stato riconosciuto il diritto dei dipendenti pubblici alla perequazione del trattamento pensionistico, perché troppo distante dall'ammontare dello stipendio.

La Corte dei Conti, sezione Bari, con la sentenza 53/2018 ha applicato il principio di automatico collegamento della misura delle pensioni al trattamento retributivo per il personale in servizio, non previsto dalla legge ma che si applica ogni volta che il trattamento previdenziale si discosta troppo dallo stipendio del personale ancora in attività.

LEGGI IN

<https://www.money.it/statali-differenza-stipendio-pensioni-Corte-Corti-perequazione>

CORTE COSTITUZIONALE - PENSIONE DI ANZIANITÀ: IL LAVORO PRESTATO NEL PERIODO DI "FINESTRA MOBILE" NON PUÒ DETERMINARE UNA RIDUZIONE DEL TRATTAMENTO

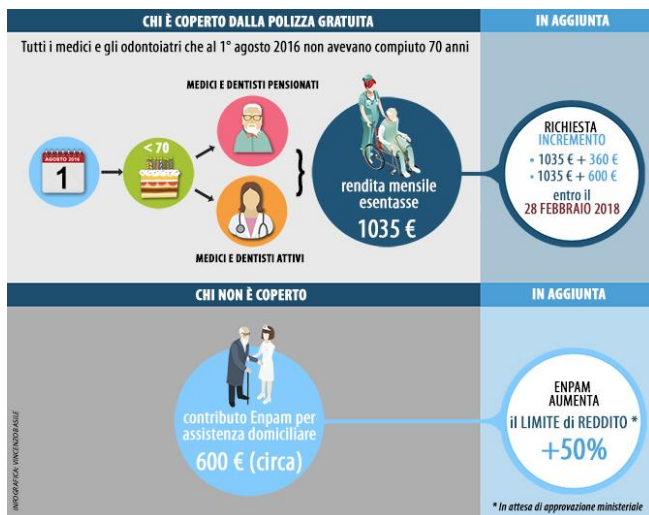
Il lavoratore, una volta maturati il requisito anagrafico e quello contributivo previsti dall'ordinamento per accedere al pensionamento di anzianità, non può subire una riduzione del trattamento determinabile a tale data, pur avendo conseguito una ulteriore contribuzione. Per questo motivo la Corte Costituzionale con sentenza n. 23/2018 del 9 febbraio 2018, ha dichiarato inammissibile la questione di legittimità costituzionale dell'art. 5, comma 1, della legge 2 agosto 1990, n. 233 (Riforma dei trattamenti pensionistici dei lavoratori autonomi), e dell'art. 1, comma 18, della legge 8 agosto 1995, n. 335 (Riforma del sistema pensionistico obbligatorio e complementare), sollevata, in riferimento all'art. 3 della Costituzione.

La Corte Costituzionale con sentenza n. 23/2018 del 9 febbraio 2018, ha dichiarato inammissibile la questione di legittimità costituzionale dell'art. 5, comma 1, della legge 2 agosto 1990, n. 233 (Riforma dei trattamenti pensionistici dei lavoratori autonomi), e dell'art. 1, comma 18, della legge 8 agosto 1995, n. 335 (Riforma del sistema pensionistico obbligatorio e complementare), sollevata, in riferimento all'art. 3 della Costituzione [[continua...](#)].

LEGGI IN

<http://www.ipsoa.it/documents/lavoro-e-previdenza/pensioni/quotidiano/2018/02/10/pensione-di-anzianita-il-lavoro-prestato-nel-periodo-di-finestra-mobile-non-deve-penalizzare>

ALLEGATO A PARTE - CORTE COST. Sentenza n.23/2018 (documento 037)



NON AUTOSUFFICIENZA,
SCOPRI LE TUE TUTELE dal sito
 Enpam
 data pubblicazione : 07/02/2018

Medici e odontoiatri possono ora verificare quanto sono tutelati dal rischio di perdita di autosufficienza e, per tutto il mese di febbraio, hanno l'occasione di rafforzare la propria protezione qualora lo desiderino.

Potresti aver diritto a 1.035 euro al mese, esentasse, e non saperlo. L'Enpam ha infatti sottoscritto una polizza long term care che protegge gratuitamente tutti gli iscritti attivi e

gran parte dei professionisti pensionati dal rischio di una futura non autosufficienza.

Il modo più immediato per vedere se si è coperti da questa polizza è di accedere alla propria [area riservata sul sito dell'Enpam](#) e verificare l'esistenza di un link ad Emapi, l'ente di mutua assistenza per i professionisti italiani attraverso il quale viene fornita la prestazione.

La presenza della schermata di benvenuto dell'Emapi all'interno della propria area riservata è indice di una copertura attiva.

In alcune situazioni la schermata potrebbe non essere visibile, come nel caso dei giovani medici e dentisti abilitati da pochi mesi (poiché le posizioni dei nuovi iscritti vengono aggiornate una volta l'anno).

Cliccando sul link e seguendo le istruzioni sarà inoltre possibile accedere direttamente al menù dell'area riservata Emapi e gestire la propria polizza assicurativa long term care scegliendo, ad esempio, di incrementare la rendita base di 1.035 euro con una copertura aggiuntiva.

FEBBRAIO PER AUMENTARE LA RENDITA

Per tutto il mese di febbraio gli iscritti potranno decidere di incrementare di 360 o 600 euro l'importo dell'assegno mensile di 1.035 euro (portandolo rispettivamente a 1.395 e a 1.635 euro mensili). Per ottenere questo beneficio aggiuntivo è previsto il pagamento di una quota calcolata in base alla propria età e detraibile dalle tasse.

L'adesione alla copertura volontaria aggiuntiva è subordinata alla compilazione di un questionario sanitario e all'accettazione dell'adesione da parte della Compagnia di assicurazione.

LTC BASE E ASSISTENZA DOMICILIARE

Ad essere coperti dalla polizza Long term care a carico dell'Enpam sono tutti i medici e gli odontoiatri che alla data del primo agosto 2016 non avevano compiuto 70 anni (ad eccezione di alcuni casi**).

Sono inclusi anche gli studenti universitari del V e VI anno di medicina e di odontoiatria che hanno scelto di iscriversi all'Enpam volontariamente.

La Fondazione ha pensato comunque anche ai medici e ai dentisti che non sono rientrati sotto l'ombrello della polizza. Nel loro caso ottenere un sussidio per l'assistenza domiciliare sarà più facile poiché il limite di reddito, attualmente fissato a 6 volte il minimo Inps, sarà aumentato del 50 per cento.

In altre parole, potrà fare domanda anche chi avrà un reddito fino a 9 volte il minimo Inps (quasi 59mila euro per un nucleo familiare di una persona). Questa nuova agevolazione entrerà in vigore appena i ministeri vigilanti avranno approvato la delibera Enpam che l'ha istituita.

****Non sono coperti dalla polizza Ltc:** i medici e i dentisti che al 1° agosto 2016 avevano già una pensione d'invalidità; i pensionati a cui è stata estesa la polizza nel 2017 ma che hanno perso l'autosufficienza prima del 28

febbraio 2017; i medici e i dentisti che al momento dell'inizio della copertura si trovavano nello stato di non riuscire a svolgere almeno una delle sei attività ordinarie della vita quotidiana oppure già affetti da patologia nervosa o mentale dovuta a causa organica (come per esempio Parkinson o Alzheimer).

Nota bene: la copertura Ltc riguarda i medici e gli odontoiatri (non i familiari).

Come fare per: **LTC – Long term care**

Come fare per: **Chiedere un aiuto economico** (ad esempio: assistenza domiciliare, case di riposo, ecc)

SI' AL BONUS VERDE ANCHE PER AIUOLE E SENTIERI da Sole 24 ore – risposta 271 a cura di Giuseppe Acciaro

D - Nell'ambito della "sistemazione a verde" di un giardino, possono essere agevolate le spese relative a cordoli per formazione di aiuole, mattonelle per percorsi pedonali, sentieri in ghiaio lavato, marciapiedi, fontanelle, pozzetti, caditoie, punti luce, eccetera? Vale a dire interventi non propriamente di verde o irrigazione, ma che sono inevitabilmente necessari per la corretta riqualificazione di un giardino?

R - Le Entrate hanno chiarito finora che i bonus verde premia interventi di risistemazione a verde "pesanti" (radicale risistemazione o creazione ex novo del giardino), In questo senso, si ritengono agevolabili le spese indicate nel quesito, a decorrere dal 1° gennaio 2018, con la detrazione per gli interventi di risistemazione di giardini, balconi, coperture e terrazzi nella misura pari al 36, da recuperare in dieci anni, entro il limite di spesa di 5mila euro per unità immobiliare, Peraltro, alcune delle spese relative alla risistemazione del giardino potrebbero beneficiare anche della detrazione del 50 sul recupero edilizio, in quanto interventi di manutenzione straordinaria relativi a pertinenze di unità abitative (ad esempio, la sostituzione della recinzione).

CONDOMINIO - RITENUTA AL 4% SULLE FATTURE PER I GIARDINI

da Sole 24 ore - risposta 275 a cura di Giorgio Gavanelli

D - Le fatture emesse al condominio per la manutenzione o il rifacimento del verde condominiale, soggette al 4% di ritenuta d'acconto, devono essere sottoposte anche a ritenuta dell'8 %, come per le ristrutturazioni edilizie? Di conseguenza, '8% integra e sostituisce il 4% per cento? E ai fini Iva, si applica l'aliquota del 10% per fatture emesse sia a privati che a condomini?

R - Poiché le fatture per il "bonus verde", previsto dal comma 12 dell'articolo 1 della legge 205/2017 (legge di Bilancio 2018), non devono essere obbligatoriamente pagate con il bonifico specifico per le spese di ristrutturazione, ma solo con «strumenti idonei a consentire la tracciabilità delle operazioni» (e quindi anche con bonifico ordinario, carta di credito e assegni), l'istituto di credito non applicherà la ritenuta dell'8 per cento. Va dunque applicata la ritenuta del 4% tradizionalmente prevista per le prestazioni di servizi a condomini, L'aliquota Iva, in questo caso, dipende dalla tipologia di prestazione e non dal soggetto destinatario

PUNTUALIAZZAZIONI SUL CONSENSO INFORMATO IN MEDICINA

dal dispositivo della sentenza della Corte di Cassazione sezione 3° civile n. 2369/2018

Può essere utile ricordare, nell'affrontare la problematica del consenso informato (sotto il profilo del contenuto, delle modalità di acquisizione e del fondamento), che:

a) il consenso informato, inteso quale espressione della consapevole adesione al trattamento sanitario proposto dal medico, impone che quest'ultimo fornisca al paziente, in modo completo ed esaustivo, tutte le informazioni scientificamente possibili riguardanti le terapie che intende praticare o l'intervento chirurgico che intende eseguire, con le relative modalità ed eventuali conseguenze, sia pure infrequenti (col solo limite dei rischi imprevedibili, ovvero degli esiti anomali, al limite del fortuito, che non assumono rilievo secondo l'*id quod plerumque accidie*, in quanto, una volta realizzatisi, verrebbero comunque ad interrompere il necessario nesso di causalità tra l'intervento e l'evento lesivo): Sez. 3, sent. n. 27751 del 11/12/2013, Rv. 628757-01;

b) il medico viene meno all'obbligo di fornire idonea ed esaustiva informazione al paziente, al fine di acquisirne un valido consenso, non solo quando omette del tutto di riferirgli della natura della cura prospettata, dei relativi rischi e delle possibilità di successo, ma anche quando ne acquisisca con modalità improprie il consenso, sicché non può ritenersi validamente prestato il consenso espresso oralmente dal paziente (Sez. 3, Sentenza n. 19212 del 29/09/2015, Rv. 637014 - 01);

c) il diritto al consenso informato del paziente, in quanto diritto irretrotrattabile della persona, va comunque e sempre rispettato dal sanitario, a meno che non ricorrano casi di urgenza, rinvenuti a seguito di un intervento concordato e programmato, per il quale sia stato richiesto ed ottenuto il consenso, e tali da porre in gravissimo pericolo la vita della persona - bene che riceve e si correda di una tutela primaria nella scala dei valori giuridici a fondamento dell'ordine giuridico e del vivere civile -, o si tratti di trattamento sanitario obbligatorio. Tale consenso è talmente inderogabile che non assume astratta rilevanza, al fine di escluderlo, il fatto che l'intervento *absque pactis* sia stato effettuato in modo tecnicamente corretto, per la semplice ragione che, a causa del totale deficit di informazione, il paziente non è posto in condizione di assentire al trattamento, consumandosi nei suoi confronti, comunque, una lesione di quella dignità che connota l'esistenza nei momenti cruciali della sofferenza fisica e/o psichica (Sez. 3, sent. n. 16543 del 28/07/2011, Rv. 619495 - 01).

Il tema del consenso informato è stato di recente oggetto di ulteriori precisazioni, da parte di questo giudice di legittimità (sent. n. 26827/2017), che, con argomentazioni interamente condivise dal collegio, ha affermato, in particolare che:

-la mancanza di consenso può assumere rilievo a fini risarcitori quando siano configurabili conseguenze pregiudizievoli derivate dalla violazione del diritto fondamentale all'autodeterminazione in sé considerato, a prescindere dalla lesione incolpevole della salute del paziente;

-il diritto all'autodeterminazione, distinto dal diritto alla salute, secondo l'insegnamento della stessa Corte costituzionale (sent. n. 438 del 2008), rappresenta: da un lato, una doverosa e inalienabile forma di rispetto per la libertà della persona umana, atteso il principio personalistico che anima la nostra Costituzione, la quale vede nella persona umana un valore etico in sé e ne sancisce il rispetto in qualsiasi momento della sua vita, in considerazione del fascio di convinzioni etiche, religiose, culturali e filosofiche che orientano le sue determinazioni volitive (Cass. n. 23676/2008 e n. 21748/2007); dall'altro, uno strumento relazionale volto al perseguimento e alla tutela dell'interesse della persona, quale paziente, ad una compiuta informazione, che si sostanzia nella indicazione: delle prevedibili conseguenze del trattamento sanitario; del possibile verificarsi di un aggravamento delle condizioni di salute; dell'eventuale impegnatività, in termini di sofferenze, del percorso riabilitativo post-operatorio;

-ad una corretta e compiuta informazione, infatti, consegue per il paziente: la facoltà di scegliere tra le diverse opzioni di trattamento medico; la possibilità di acquisire, se del caso, ulteriori pareri di altri sanitari; la facoltà di scelta di rivolgersi ad altro sanitario e ad altra struttura, che offrano maggiori e migliori garanzie (in termini percentuali) del risultato sperato, eventualmente anche in relazione alle conseguenze postoperatorie; la facoltà di rifiutare l'intervento o la terapia, ovvero di decidere consapevolmente di interromperla; la possibilità di prepararsi ad affrontare dette conseguenze con maggiore e migliore consapevolezza;

-in questa prospettiva, viene in rilievo il caso in cui, alla prestazione terapeutica, conseguano pregiudizi che il paziente avrebbe alternativamente preferito non sopportare nell'ambito di scelte che solo a lui è dato di compiere; nonché la considerazione del turbamento e della sofferenza che derivino al paziente sottoposto ad atto terapeutico dal verificarsi di conseguenze del tutto inaspettate perché non prospettate e, anche per questo, più difficilmente accettate;

-tale tipo di danno non patrimoniale è risarcibile (in via strettamente equitativa) ogniqualvolta varchi la soglia della gravità dell'offesa secondo i canoni delineati dalle sentenze delle Sezioni unite nn. 26972-26975 del 2008, che hanno condivisibilmente affermato che il diritto deve essere inciso oltre un certo livello minimo di tollerabilità, da determinarsi dal giudice nel bilanciamento tra principio di solidarietà e di tolleranza secondo il parametro costituito dalla coscienza sociale in un determinato momento storico;

- diversamente, il paziente che chieda il risarcimento anche del danno da lesione della salute che si sia verificato per le non imprevedibili conseguenze di un atto terapeutico, necessario e correttamente eseguito *secundum legem artis*, ma tuttavia compiuto senza la preventiva informazione del paziente circa i suoi possibili effetti pregiudizievoli e dunque senza un consenso consapevolmente prestato, deve necessariamente allegare, sulla base anche di elementi soltanto presuntivi (Cass. n. 16503/2017) - la cui efficienza dimostrativa seguirà una sorta di ideale scala ascendente, a seconda della gravità delle condizioni di salute e della necessità dell'operazione - che egli avrebbe rifiutato quel determinato intervento se fosse stato adeguatamente informato (Cass. n. 2847/2010), allegando ancora che, tra il permanere della situazione patologica in atti e le conseguenze dell'intervento medico, avrebbe scelto la prima situazione, ovvero che, debitamente informato, avrebbe vissuto il periodo successivo all'intervento con migliore e più serena predisposizione ad accettarne le eventuali conseguenze (e le eventuali sofferenze) - predisposizione la cui mancanza andrebbe realisticamente e verosimilmente imputata proprio (e solo) all'assenza di informazione.

In definitiva, occorre qui ribadire che, in materia di consenso informato, il giudice deve interrogarsi se il corretto adempimento, da parte del medico, dei suoi doveri informativi avrebbe prodotto l'effetto della non esecuzione dell'intervento chirurgico - dal quale, senza colpa di alcuno, lo stato patologico è poi derivato - ovvero avrebbe consentito al paziente la necessaria preparazione e la necessaria predisposizione ad affrontare il periodo post-operatorio nella piena e necessaria consapevolezza del suo dipanarsi nel tempo. Infatti, se il paziente avesse comunque e consapevolmente acconsentito all'intervento, dichiarandosi disposto a subirlo qual che ne fossero gli esiti e le conseguenze, anche all'esito di una incompleta informazione nei termini poc'anzi indicati, sarebbe insussistente il nesso di causalità materiale tra la condotta del medico e la lesione della salute, proprio perché il paziente avrebbe, in ogni caso, consapevolmente subito quella incolpevole lesione, all'esito di un intervento eseguito secondo le *leges artis* da parte del sanitario.

FRANCOBOLLI 2018 - NUOVE EMISSIONI

Emessi il 10 febbraio dal Ministero dello Sviluppo Economico, due francobolli ordinari appartenenti alla serie "le Eccellenze italiane dello spettacolo" dedicati ai cantautori italiani Domenico Modugno e Mia Martini nel valore di € 0,95. I francobolli sono stampati dall'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato S.p.A., in rotocalcografia, su carta bianca, patinata neutra, autoadesiva, non fluorescente. Per il francobollo dedicato a Domenico Modugno, bozzettista: Tiziana Trinca. Per il francobollo dedicato a Mia Martini bozzettista: Isabella Castellana. Le vignette raffigurano, rispettivamente, i ritratti di Domenico Modugno e di Mia Martini, delimitati dal particolare di un disco in vinile.

Mia Martini

Data di emissione il 10 febbraio 2018

Domenico Modugno

Data di emissione il 10 febbraio 2018

ANCORA UNA VOLTA L'INCAPACITA' PROGRAMMATORIA DEI NOSTRI AMMINISTRATORI: ESTINZIONE MMG E OSPEDALIERI - CARENZA MEDICI, ECCO IL QUADRO. IL CASO NUMERO CHIUSO

ALL'UNIVERSITÀ da DoctorNews di martedì 13 febbraio 2018 a cura di Mauro Miserendino
L'estinzione dei medici di famiglia e ospedalieri entra nell'agenda del prossimo governo. Le Regioni accelerano sulla convenzione e valutano di aumentare l'ottimale e il massimale; il mondo politico la cita nella campagna elettorale; e certo si alzerà l'attenzione sul contratto ospedalieri in Aran
[\[continua...\]](#)

LEGGI IN

<http://www.doctor33.it/politica-e-sanita/medici-in-estinzione-ecco-tutti-i-numeri-il-caso-numero-chiuso-alluniversita/?xrtid=SYVLYRXCSPTYTPXAYARSYTSV>

ECCO GLI ASPIRANTI DG DI ASL E OSPEDALI

Publicato l'elenco nazionale degli idonei: 758 candidati per 250 poltrone da manager del Ssn, le donne sono 209

L'elenco, frutto della riforma del 2016, pubblicato oggi dal ministero della Salute. Lorenzin: "Si realizza una riforma epocale che ha l'obiettivo di riequilibrare i rapporti tra il vertice politico regionale e la governance delle aziende sanitarie, al fine di slegare, in particolare, la nomina dei direttori generali dalla "fiducia politica" per agganciarla a una valutazione di profilo esclusivamente tecnico".

Il nostro SSN ha costi medio-bassi con risultati medio-alti, invidiato da molti Paesi, ma ahimè incomincia ad avere lacune... La fabbrica della salute non è una comune industria fatturiera, la Sanità deve tutelare un «bene», il bene intangibile della salute. La salute non ha prezzo, ma ha dei costi troppo spesso con spese che poco hanno a che fare colla salute, ma coi costi dello sperpero e della parassitologia. La tutela salute comporta una spesa, spesa doverosa per la quale i cittadini pagano fior di tasse. E ora nell'ottica aziendale l'amministratore «deve» far quadrare i conti, ma con poco riguardo alla «qualità» e alle reali «esigenze» del cittadino. Un manager aziendale guarda ai numeri, ma in Sanità bisogna guardare alle esigenze sempre più sofisticate e di conseguenza più costose per lo scopo richiesto di tutela del bene salute. Ma un manager aziendale è anche un tecnico di sanità? Ha vissuto la sanità sul campo ospedaliero e degli ambulatori e studi del medico di famiglia? E purtroppo stiamo andando verso la mercificazione della sanità: questo rende e va fatto, questo ha dei costi troppo elevati... e via dicendo... si trascura "questo è necessario e va fatto". Ed ecco i tempi di attesa per prestazioni anche di una certa urgenza... e il ricorso (strana e quanto mai «illogica usanza») alla prestazione in regime di libera professione così detta «scavalca lista» colla quale si va a sfruttare il medico, cui vengono dati quattro soldi, che deve rendere in quattrini fuori orario all'azienda. Tanto andrebbe ancora detto... solo attenzione: basta guardare al dio soldo e ricordiamoci al bene supremo della salute che non ha o non deve avere un prezzo o essere considerato un peso perché ha dei costi, è invece una giusta e doverosa spesa.... (mpe)

ALLEGATO A PARTE - ELENCO DIRETTORI GENERALI (documento 038)

SANITÀ INTEGRATIVA, MA A CHI CONVIENE? da QuotidianoSanità del 3.2.2018

Gentile Direttore,

nulla osta che in un paese moderno convivano un servizio sanitario pubblico, uno privato e uno misto. I

problemi nascono da come vengono gestiti, su quanto incidano in percentuale sull'offerta delle cure ai cittadini e sul fatto che vengono riservati ad una parte della popolazione servizi privati supportati anche dalla tassazione di tutti coloro che non vi aderiscono.

Desideriamo con questa lettera brevemente analizzare come la gestione di un fondo sanitario possa condizionare la salute delle persone e la professionalità dei medici. [\[continua...\]](#)

LEGGI IN

http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=58915&fr=n

WHATSAPP: UNA MULTA O UNA TRUFFA PER GLI UTENTI VODAFONE, TIM E WIND-TRE? da NewsLetter StudioCataldi

La puntata n. 42 di MEDIAevo si occupa di una serie di articoli del sito TecnoAndroid, l'ultimo dei quali pubblicato ieri, 10 febbraio 2018

di **Paolo M. Storani** - *MEDIAevo* n. 42. Tra le news selezionate il 27 gennaio 2018 da Google vi era quella intitolata "[WhatsApp](#): gli utenti Vodafone, Tim e Wind TRE sono in pericolo, in arrivo una multa da 500 euro" che sarebbe (il condizionale s'impone) pubblicata da Denis Dosi per il sito **TecnoAndroid**.

In verità anche in precedenza ne lessi in internet di analogo tenore, ma non le aprii neppure.

Ma, stante l'insistenza sul problema, ho deciso di approfondire un po'.

Ieri, 10 febbraio 2018, mi capita giusto a fagiolo il titolo di un'altra notizia, stavolta "pubblicata da Felice Galluccio", era il seguente: "[Whatsapp](#), attenzione: [multa](#) da 260 eda uro per gli utenti TIM, Wind, 3 e Vodafone", insomma l'elenco contempla la gran parte degli operatori telefonici utilizzati dai possessori italiani di smartphone.

In realtà, mi appare evidente che il contenuto della notizia parla di [una truffa](#) e non di una "[multa](#)" come insiste a titolare il sito, da cui talvolta si ritrae qualche buona segnalazione nella materia della telefonia.

Per meglio esprimersi, la **minaccia** della [multa](#) sarebbe essa stessa la [truffa](#).

In rete circolerebbe un trabocchetto tramite un "semplice messaggio su [WhatsApp](#)".

[\[continua...\]](#)

LEGGI IN

<https://www.studiocataldi.it/articoli/28982-whatsapp-una-multa-o-una-truffa-per-gli-utenti-vodafone-tim-e-wind-tre.asp>

INPS: CONGEDO PAPÀ OBBLIGATORIO E FACOLTATIVO PER IL 2018

dal sito DPL Mo

L'INPS informa, dal proprio sito internet

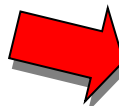
(<https://www.inps.it/NuovoportaleINPS/default.aspx?itemdir=51573&lang=IT>),

che dal 2018 il **padre lavoratore dipendente** ha diritto a 4 giorni di **congedo obbligatorio**, da fruire entro i 5 mesi dalla nascita del figlio o dall'ingresso in famiglia o in Italia del minore (in caso di adozione e affidamento nazionale o internazionale). I giorni, come precisa l'articolo 1, comma 354, legge 11 dicembre 2016, n. 232, possono essere goduti anche in via non continuativa.

Dal 2018 è prevista, inoltre, la possibilità per il padre lavoratore dipendente di fruire di un ulteriore giorno di **congedo facoltativo**, in sostituzione al periodo di astensione obbligatoria spettante alla madre.

Tali diritti non possono essere sottoposti a valutazioni discrezionali da parte del datore di lavoro. Sono tenuti a presentare domanda per il [congedo papà](#) solamente i lavoratori per i quali il pagamento delle indennità è erogato direttamente dall'INPS ([circolare INPS 14 marzo 2013, n. 40](#)), mentre tutti i lavoratori per i quali le indennità sono anticipate dal datore di lavoro, devono comunicare in forma scritta a quest'ultimo la fruizione dei congedi, senza necessità di presentare domanda all'Istituto.

In quest'ultimo caso spetterà ai datori di lavoro comunicare all'INPS attraverso il flusso UNIEMENS le giornate di congedo fruito, secondo le disposizioni del [messaggio 18 aprile 2013, n. 6499](#).

 **Ma attenzione non è sicuro che la regola valga nel pubblico impiego alla cui norma era stato posto un blocco dal Dipartimento delle Funzioni Pubbliche. Infatti, tale blocco non risulterebbe mai revocato e, conseguentemente, resa esecutiva tale norma di legge.**

ALLEGATO A PARTE - INPS circ. 40/2013 (documento 011)
DIP.FUNZ.PUBBLICA 8629/2013 (documento 012)
UE Direttiva 8/3/2010 (documento 013)
Legge n.92 del 28 giugno 2012 (documento 014)

SE LA NEO-MAMMA NON LAVORA, AL PAPA' I PERMESSI PER L'ALLATTAMENTO

Se la neo mamma non lavora la riduzione oraria così detta per l'allattamento (art.40 lett. b) e c) del Dlgs 151/2001 cit. "*in alternativa alla madre lavoratrice dipendente che non se ne avvalga*"; "*nel caso in cui la madre non sia lavoratrice dipendente*"), spettano al padre lavoratore dipendente (Ministero del Lavoro circolare prot. 15/V/14.01.05.04 del 12 maggio 2009).

ALLEGATO A PARTE - MIN.LAVORO Circolare B/2009 (documento 039)

DLgs 151/2001 - Riposi, permessi e congedi

con modifiche del Dlgs. 23 aprile 2003, n. 115.

Art. 39. - Riposi giornalieri della madre (legge 30 dicembre 1971, n. 1204, art. 10)

1. Il datore di lavoro deve consentire alle lavoratrici madri, durante il primo anno di vita del bambino, due periodi di riposo, anche cumulabili durante la giornata. Il riposo è uno solo quando l'orario giornaliero di lavoro è inferiore a sei ore.
2. I periodi di riposo di cui al comma 1 hanno la durata di un'ora ciascuno e sono considerati ore lavorative agli effetti della durata e della retribuzione del lavoro. Essi comportano il diritto della donna ad uscire dall'azienda.
3. I periodi di riposo sono di mezz'ora ciascuno quando la lavoratrice fruisca dell'asilo nido o di altra struttura idonea, istituiti dal datore di lavoro nell'unità produttiva o nelle immediate vicinanze di essa.

Art. 40. - Riposi giornalieri del padre (legge 9 dicembre 1977, n. 903, art. 6-ter)

1. I periodi di riposo di cui all'articolo 39 sono riconosciuti al padre lavoratore:
 - a) nel caso in cui i figli siano affidati al solo padre;
 - b) in alternativa alla madre lavoratrice dipendente che non se ne avvalga;
 - c) nel caso in cui la madre non sia lavoratrice dipendente;
 - d) in caso di morte o di grave infermità della madre.

Art. 41. - Riposi per parti plurimi (legge 30 dicembre 1971, n. 1204, art. 10, comma 6)

1. In caso di parto plurimo, i periodi di riposo sono raddoppiati e le ore aggiuntive rispetto a quelle previste dall'articolo 39, comma 1, possono essere utilizzate anche dal padre.

LIBERI PROFESSIONISTI - RATEIZZAZIONE DOMANDE 2018 fonte: Inps

La legge 5 marzo 1990, n. 45 ha stabilito che il **pagamento dell'onere di ricongiunzione** può essere effettuato **ratealmente** con la maggiorazione di un interesse annuo composto, pari al tasso di variazione medio annuo dell'indice dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati, accertato dall'ISTAT per l'anno precedente a quello di riferimento.

La circolare INPS 2 febbraio 2018, n. 24 riporta le tabelle con i coefficienti aggiornati per predisporre i piani di rateizzazione degli oneri di ricongiunzione, relativi alle domande presentate nel 2018. Il tasso di variazione calcolato dall'ISTAT per il 2017 è dell'1,1%.

ALLEGATO A PARTE - INPS Circolare n. 24 del 2.02.2018 (documento 040)

GESTIONE SEPARATA - ALIQUOTE CONTRIBUTIVE 2018 fonte: Inps

Con la circolare INPS 31 gennaio 2018 n. 18 l'Istituto comunica le aliquote e il valore minimale e massimale del reddito per il calcolo dei contributi dovuti nel **2018** dagli **iscritti alla Gestione Separata**, di cui all'articolo 2, comma 26, legge 8 agosto 1995, n. 335.

La circolare fissa le **aliquote contributive**, previdenziali e assicurative, dovute da [collaboratori e figure assimilate](#) e liberi professionisti, differenziandole per soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie e soggetti titolari di pensione o provvisti di altra tutela pensionistica obbligatoria.

ALLEGATO A PARTE - INPS Circolare n. 18 del 31.01.2018 (documento 041)

ISTAT - SVALUTAZIONE 2017

La variazione del numero indice dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati dell'anno 2017 rispetto all'anno 2016 è dell'**1,1 %**.

RIVALUTAZIONE 2018 PENSIONI ENPAM

Posto che la svalutazione monetaria nel 2017 è risultata pari all'1,1%, le pensioni Enpam dei Fondi in godimento al 31 dicembre 2017 saranno maggiorate dello 0,83% (pari al 75% dell'incremento percentuale fatto registrare nel 2017 dal suddetto indice) fino al limite di quattro volte il trattamento minimo INPS (per il 2018 pari a € 26.098,28) e oltre tale limite dello 0,55% (pari al 50% del citato incremento) ai sensi dell'articolo 25 del Regolamento del Fondo della Medicina Convenzionata e Accreditata e dell'articolo 26 del Fondo di Previdenza Generale.

Per il 2018 l'importo delle pensioni minima INPS è stato provvisoriamente determinato in € 507,42 per 13 mensilità. Ne consegue che la pensione erogata dal Fondo di Previdenza Generale va integrata sino all'importo di € 6.596,46 annui pari ad un importo mensile di € 549,71 (tenendo presente che le pensioni Enpam sono erogate in 12 mensilità).

ENPAM - ANNO 2018 IMPORTI CONTRIBUTI MINIMI OBBLIGATORI **QUOTA A**

Importo dei contributi minimi obbligatori per l'anno 2018 da ciascun iscritto alla "Quota A" del Fondo di Previdenza Generale

- € 221,09 per tutti gli iscritti fino al compimento del 30esimo anno di età;
- € 429,16 per tutti gli iscritti dal compimento del 30esimo anno di età fino al compimento del 35esimo anno di età;
- € 805,35 per tutti gli iscritti dal compimento del 35esimo anno di età fino al compimento del 40esimo anno di età;
- € 1.487,33 per tutti gli iscritti ultraquarantenni;
- € 805,35 per tutti gli iscritti ultraquarantenni ammessi alla contribuzione ridotta in base alla previgente normativa,

cui va aggiunto il contributo di maternità, adozione e aborto obbligatorio per ciascun iscritto attivo, uomo o donna, indipendentemente che sia già iscritto ad altro forma obbligatoria (es. ospedalieri).

Con pagamento in una unica soluzione entro il 30 aprile ovvero in quattro rate con scadenza 30 aprile, 30 giugno, 30 settembre e 3° novembre di ciascun anno a mezzo MAV inviato dalla Fondazione ENPAM o domiciliazione bancaria (addebito permanente in conto corrente) attivata con procedura SDD e adesione entro il 31 marzo dell'anno di riferimento del contributo.

Gli importi sono totalmente deducibili ai fini fiscali.

Gli iscritti di età inferiore a 40 anni e gli iscritti ultraquarantenni a contribuzione ridotta possono chiedere di essere ammessi a contribuire nella misura intera. Tale opzione è irrevocabile.

SCHEMA TECNICA

Determinazione della misura dei contributi minimi obbligatori "Quota A" per l'anno 2018

Conformemente a quanto previsto dall'art. 3 del Regolamento del Fondo di Previdenza Generale, il contributo dovuto alla "Quota A" è determinato in misura fissa e per fasce di età (fino a 30 anni, da 30 a 35, da 35 a 40, oltre i 40 anni) e viene annualmente rivalutato *"in misura pari al 75% dell'incremento percentuale fatto registrare dal numero indice dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati elaborato dall'Istituto Centrale di Statistica fra il mese di giugno del/secondo anno precedente a quello di pagamento ed il mese di giugno dell'anno immediatamente precedente il pagamento medesimo, maggiorato di un punto e mezzo percentuale"*.

Per determinare l'Importo dei contributi da porre in riscossione nell'anno 2018 si è proceduto nel seguente modo:

- è stato preso come base di partenza l'incremento percentuale dell'indice ISTAT fatto registrare fra giugno 2016 e giugno 2017, pari a 1,1%;
- si è provveduto a determinare il 75% di tale percentuale (1,1% - 0,825%);
- è stata applicata a tale aliquota la maggiorazione di un punto e mezzo percentuale (0,825% + 1,5% = 2,325%).

Tenuto conto dei dati sopra esposti sono stati determinati, per ciascuna fascia di età, i contributi da

porre a carico degli iscritti per il 2018, incrementando del 2,325% i corrispondenti importi dovuti per l'anno 2017, come indicato nella seguente tabella:

classe di età	anno 2017	anno 2018
<30	€ 216,07	€ 221,09
30-35	€ 419,41	€ 429,16
35-40*	€ 787,05	€ 805,35
>40	€ 1.453,54	€ 1.487,33

**Medesimo importo per tutti gli iscritti ultraquarantenni ammessi a contribuzione ridotta, secondo la previgente normativa.*

ENPAM - CONTRIBUTO MATERNITA' ANNO 2018

Per l'anno 2018 il contributo capitaro dovuto da ciascun iscritto per la copertura dell'indennità di maternità (articolo 83 del DLgs 151/2001) è stato fissato nella misura di **40 euro**.

MATERNITA' ENPAM

Importo annuo dell'indennità di maternità

Art.70 e seguenti del Decreto Legislativo 26 marzo 2001, n. 151

Art. 5 del Regolamento ENPAM a tutela della genitorialità

(Delibera del CdA n. 103 del 28 ottobre 2016 - approvata con nota ministeriale prot. 1729/2017)

Per il 2018 il reddito lordo annuo minimo valutabile è di € 15.039,96, mentre quello massimo è di € 75.199,80, con una indennità massima lorda erogabile di € 25.066,60 e minima di 5.013,32 (*importi determinati sulla base del dato provvisorio comunicato con circolare Inps n.186 del 21.12.2017*).

Prestazione aggiuntiva

Art. 5 comma 4 del Regolamento ENPAM a tutela della genitorialità

(approvato con nota ministeriale prot. 1729/2017)

Anno	Importo	Ulteriore prestazione
2017	€ 18.000	€ 1.000
2018	€ 18.000	€ 1.000

ENPAM - RIVALUTAZIONE DEI LIMITI REDDITUALI

Art. 3, comma 8 - Gestione Quota B

Regolamento del Fondo di Previdenza Generale

(integrato con le modifiche approvate con nota ministeriale prot. 10516/2017)

Anno 2017* Limite reddituale € 101.427,00

*Circolare INPS n°186 del 21.12.2017

Reddito virtuale già assoggettato al contributo minimo obbligatorio

<i>Anno dichiarazione</i>	<i>Anno reddito</i>	<i>Medici infraquarantenni e ultraquarantenni assoggettati a contribuzione ridotta</i>	<i>Medici ultraquarantenni</i>
2017	2016	€ 5.002,71	€ 9.239,10
2018	2017	€ 4.880,91	€ 9.014,12

INPS: PREMIO DI 800 EURO PER LA NASCITA O L'ADOZIONE DI UN MINORE - ESTENSIONE DEL BENEFICIO da Dpl Mo – fonte:Inps

L'INPS ha emanato il messaggio n. 661 del 13 febbraio 2018, con il quale, Ordinanza del Tribunale di Milano del 12 dicembre 2017, fornisce le prime istruzioni per l'estensione del beneficio relativo al premio di 800 euro per la nascita o l'adozione di un minore (di cui all'articolo 1, comma 353, della Legge 11 dicembre 2016, n. 232 – c.d. Legge di Stabilità 2017), alle donne straniere regolarmente presenti in Italia, in precedenza respinte in applicazione delle circolari n. 39/2017, n. 61/2017 e n. 78/2017.

Il riesame della domanda sarà effettuato su istanza della richiedente da presentarsi alla Struttura territoriale competente utilizzando l'apposito modello predisposto dall'Istituto e allegato al presente messaggio (vedi allegato).

La struttura territorialmente competente valuterà, in base alla citata Ordinanza, la sussistenza dei requisiti sia con riferimento alla regolare presenza in Italia sia con riferimento agli altri requisiti giuridico-fattuali richiesti dalla legge.

In ottemperanza al disposto dell'Ordinanza è stata, inoltre, pubblicata una nuova scheda informativa ed una *news* sull'Home page del sito dell'Istituto, finalizzata a pubblicizzare l'ampliamento del novero dei beneficiari.

I premi verranno corrisposti con riserva di ripetizione se, all'esito del giudizio di impugnazione del citato provvedimento giudiziale da parte dell'Istituto, emergerà un diverso orientamento giurisprudenziale.

**ALLEGATO A PARTE - INPS Messaggio n. 661 del 13.02.2018 (documento 042)
Allegato Mess_661/2018 (documento 043)**

GOVERNO: RIVALUTAZIONE 2018 DELL'ASSEGNO PER IL NUCLEO FAMILIARE NUMEROSO E DELL'ASSEGNO DI MATERNITÀ da Dpl Mo –

fonte: Gazzetta Ufficiale

Il Dipartimento per le Politiche della Famiglia, della Presidenza del Consiglio dei Ministri, ha pubblicato, sulla Gazzetta Ufficiale n. 36 del 13 febbraio 2018, il Comunicato concernente la "Rivalutazione, per l'anno 2018, della misura e dei requisiti economici dell'assegno per il nucleo familiare numeroso e dell'assegno di maternità".

L'**assegno mensile per il nucleo familiare** — ai sensi dell'art. 65 della legge 23 dicembre 1999, n. 449 e successive modifiche e integrazioni – da corrispondere agli aventi diritto per l'anno 2018, se spettante nella misura intera, è **pari a 142,85 euro**; per le domande relative al medesimo anno, il valore dell'indicatore della situazione economica equivalente è pari a 8.650,11 euro;

L'assegno mensile di maternità – ai sensi dell'art. 74 della legge 26 marzo 2001, n. 151 – da corrispondere agli aventi diritto per l'anno 2018, per le nascite, gli affidamenti preadottivi e le adozioni senza affidamento, se spettante nella misura intera, è pari a **342,62 euro**; per le domande relative al medesimo anno, il valore dell'indicatore della situazione economica equivalente è pari a 17.141,45 euro.

**PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
DIPARTIMENTO PER LE POLITICHE DELLA FAMIGLIA**

COMUNICATO

Rivalutazione, per l'anno 2018, della misura e dei requisiti economici dell'assegno per il nucleo familiare numeroso e dell'assegno di maternità'.

La variazione nella media 2017 dell'indice ISTAT dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati, calcolato con le esclusioni di cui alla legge 5 febbraio 1992, n. 81, da applicarsi per l'anno 2018 ai sensi dell'art. 13, comma 4 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 5 dicembre 2013 n. 159 (assegno al nucleo familiare numeroso e assegno di maternità) e' pari allo 1,1 per cento (comunicato ufficiale dell'ISTAT del 16 gennaio 2018).

Pertanto:

a) l'assegno mensile per il nucleo familiare ai sensi dell'art.65 della legge 23 dicembre 1999, n. 449 e successive modifiche e integrazioni, da corrispondere agli aventi diritto per l'anno 2018, se spettante nella misura intera, e' pari a 142,85; per le domande relative al medesimo anno, il valore dell'indicatore della situazione economica equivalente e' pari a € 8.650,11;

b) l'assegno mensile di maternità' ai sensi dell'art. 74 della legge 26 marzo 2001, n. 151, da corrispondere agli aventi diritto per l'anno 2018, per le nascite, gli affidamenti preadottivi e le adozioni senza affidamento, se spettante nella misura intera, e' pari a € 342,62; per le domande relative al medesimo anno il valore dell'indicatore della situazione economica equivalente e' pari a € 17.141,45.

**E SE DOPO I MEDICI MANCASSERO ANCHE I POSTI LETTO? SENZA
TURN OVER A RISCHIO 40MILA LETTI OSPEDALIERI - PRONTO
SOCCORSO IN PANNE** da QuotidianoSanità di mercoledì 14 febbraio 2018

La riduzione del personale potrebbe trascinare una ulteriore riduzione dei posti letto, già oggi tra le più basse nel panorama europeo, fino a 40.000 posti letto portando il rapporto al di sotto del 2,5 per mille abitanti, che collocherebbe l'Italia all'ultimo posto in Europa. A quel punto tutti i Pronto soccorso italiani diventerebbero gironi infernali. Ecco perché è importante puntare alla sostenibilità futura del nostro SSN anche in termini di adeguato turnover *di Carlo Palermo (Anaa)* [Leggi >](#)

LEGGI IN

http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=58938&fr=n

AGENZIA ENTRATE COMUNICA

Fisco; Precompilata, entrano asili nido e terzo settore

La precompilata compie dei passi avanti e da quest'anno accoglie anche le erogazioni liberali e le rette per asili nido. I provvedimenti dell'Agenzia delle Entrate, infatti, dettano le istruzioni per la trasmissione telematica di queste informazioni e forniscono chiarimenti sulle modalità con cui i contribuenti possono opporsi all'utilizzo dei dati da parte del Fisco per l'inserimento nella dichiarazione dei redditi precompilata. In base ai provvedimenti, firmati dal direttore dell'Agenzia,

Ernesto Maria Ruffini e approvati dal Garante per la protezione dei dati personali, l'opposizione all'utilizzo dei dati può essere esercitata via fax o mail fino al 28 febbraio 2018 per le spese relative alla frequenza degli asili. Per le informazioni relative alle erogazioni liberali, invece, i cittadini potranno esercitare la propria opposizione fino al 20 marzo.

Rette versate agli asili nido - A partire da quest'anno, gli asili nido devono trasmettere telematicamente alle Entrate una comunicazione con le informazioni relative alle spese sostenute dai genitori, nell'anno precedente, per ciascun figlio per il pagamento delle rette di frequenza e delle rette per i servizi formativi infantili. La comunicazione deve essere inviata entro il 28 febbraio di ciascun anno tramite i servizi telematici dell'Agenzia. Obbligati alla trasmissione sono anche tutti quei soggetti, diversi dagli asili nido, che ricevono il versamento delle rette.

Dati delle erogazioni liberali - Dal 2018 le Onlus, le associazioni di promozione sociale e le fondazioni possono scegliere di trasmettere telematicamente all'Agenzia delle entrate, entro il 28 febbraio dell'anno successivo a quello di riferimento, i dati relativi alle erogazioni liberali in denaro costituenti oneri deducibili o detraibili effettuate nell'anno precedente dai contribuenti persone fisiche. Possono inoltre comunicare i dati relativi alle erogazioni liberali restituite nell'anno precedente, con l'indicazione del soggetto a favore del quale è stata eseguita la restituzione e dell'anno nel quale è stata ricevuta l'erogazione rimborsata.

Cos'è l'opposizione all'inserimento dei dati nella dichiarazione precompilata – I contribuenti che hanno sostenuto spese per le rette relative alla frequenza degli asili nido, e tutti coloro che hanno effettuato erogazioni liberali a favore di organizzazioni non lucrative di utilità sociale, associazioni di promozione sociale, fondazioni e associazioni riconosciute, possono decidere di non rendere disponibili all'Agenzia delle Entrate i dati di tali spese o erogazioni, inclusi i relativi rimborsi ricevuti, e di non farli inserire quindi nella propria dichiarazione precompilata. Naturalmente, i dati, per quali è stata esercitata l'opposizione, possono comunque essere inseriti nella successiva fase di modifica o integrazione della dichiarazione precompilata, purché sussistano i requisiti previsti dalla legge per la detraibilità delle rette per la frequenza degli asili nido o, nel caso specifico delle erogazioni liberali, per la loro eventuale detraibilità e/o deducibilità.

Tempistica e modalità per esercitare l'opposizione - In particolare, l'opposizione all'utilizzo delle spese per la frequenza degli asili nido può essere esercitata, entro il 28 febbraio 2018, comunicando le informazioni contenute nel modello fac-simile di richiesta di opposizione che sarà pubblicato il 12 febbraio 2018 sul sito internet dell'Agenzia delle Entrate e specificando il codice fiscale del soggetto minore iscritto all'asilo nido per cui è stata sostenuta la spesa. Tale comunicazione va trasmessa all'Agenzia delle Entrate debitamente sottoscritta, unitamente alla copia di un documento di identità, inviando una e-mail all'indirizzo opposizioneutilizzospeseasilinido@agenziaentrate.it, oppure, inviando un fax al numero 0650762651.

Riguardo le erogazioni liberali, l'opposizione all'inserimento nella dichiarazione precompilata dei relativi dati si effettua con le seguenti modalità:

- già da quest'anno, quindi in riferimento al 2017, comunicando l'opposizione all'Agenzia delle entrate fino al 20 marzo dell'anno successivo a quello di effettuazione dell'erogazione. In questo caso, vanno fornite le informazioni contenute nel modello fac-simile che sarà pubblicato il 12 febbraio 2018 sul sito internet dell'Agenzia delle Entrate, mentre la comunicazione dell'opposizione va trasmessa all'Agenzia delle Entrate debitamente sottoscritta, unitamente alla copia di un documento di identità, inviando una e-mail all'indirizzo opposizioneutilizzoerogazioniliberali@agenziaentrate.it, oppure, inviando un fax al numero 0650762650;
- comunicando l'opposizione direttamente al soggetto destinatario dell'erogazione liberale al momento di effettuazione dell'erogazione stessa o comunque entro il 31 dicembre dell'anno in cui l'erogazione è stata effettuata. Quest'ultima modalità si applica però con riferimento alle erogazioni liberali effettuate a partire dall'anno 2018, quindi sarà utilizzabile il prossimo anno.

Sicurezza dei dati e accessi controllati - La sicurezza nella trasmissione dei dati è garantita dalla cifratura e da misure di controllo degli accessi al sistema dell'anagrafe tributaria. Inoltre, i dati e le notizie trasmessi dai soggetti tenuti alle comunicazioni sono raccolti in uno specifico archivio separato dagli altri archivi dell'Anagrafe tributaria e non saranno accessibili fino alla scadenza del termine per l'esercizio dell'opposizione. In caso di opposizione, infine, i dati relativi al contribuente sono cancellati integralmente dall'archivio.

LASTRICI SOLARI AD USO ESCLUSIVO - SPESA a cura dell'Ufficio legale della Confedilizia - da Italia Oggi del 14.02.2018 pag.35

“In tema di condominio degli edifici, l'art.1126 cc, allorché pone l'obbligo di partecipare alla spesa relativa alle riparazioni del lastrico solare di uso esclusivo, nella misura dei 2/3 a carico «di tutti i condomini dell'edificio o della parte di questo a cui il lastrico solare serve» fa riferimento ai soli condomini che siano anche proprietari individuali delle singole unità immobiliari comprese nella proiezione verticale di detto lastrico e alle quali esso funge da copertura, mentre restano esclusi gli altri condomini alle cui porzioni individuali il lastrico stesso non sia sovrapposto, indipendentemente dalla esistenza, nella colonna d'aria ad esso sottostante, di parti comuni” (sentenza numero 11484/2017, inedita).

Nella specie, la Suprema corte ha cassato la sentenza di merito che, in un condominio diviso in più scale, aveva posto a carico di tutti i condomini, limitatamente alla accennata aliquota dei due terzi, la spesa occorrente per il rifacimento del lastrico solare, in virtù della esistenza di parti di proprietà comune ad esso sottostanti.

ASSICURAZIONE INFORTUNI DOMESTICI fonte: Inail

La legge 493/1999 stabilisce che è **obbligato** ad assicurarsi contro gli infortuni in ambito domestico colui che:

- ha un'età compresa tra i 18 e i 65 anni compiuti
- svolge il lavoro per la cura dei componenti della famiglia e della casa
- non è legato da vincoli di subordinazione
- presta lavoro domestico in modo abituale ed esclusivo.

L'ambito domestico coincide con l'abitazione e le relative pertinenze (soffitte, cantine, giardini, balconi) dove risiede il nucleo familiare dell'assicurato. Se l'immobile fa parte di un condominio, si considerano come ambito domestico anche le parti comuni (androne, scale terrazzi, ecc.).

Rientrano anche tra i luoghi tutelati le residenze temporanee scelte per le vacanze, a condizione che si trovino nel territorio italiano. Non è tutelato, invece, l'infortunio in itinere.

Matrimonio, parentela, affinità, adozione, tutela, vincoli affettivi e coabitazione sono i criteri che definiscono, ai sensi della legge 493/1999, il nucleo familiare rispetto ad altre esperienze di vita insieme.

In base ai requisiti assicurativi indicati, **si devono assicurare**:

- gli studenti anche se studiano e dimorano in una località diversa dalla città di residenza e che si occupano dell'ambiente in cui abitano
- tutti coloro che, avendo già compiuto i 18 anni, lavorano esclusivamente in casa per la cura dei componenti della famiglia (ad esempio ragazzi e ragazze in attesa di prima occupazione)
- i titolari di pensione che non hanno superato i 65 anni
- i lavoratori in mobilità
- i cittadini stranieri che soggiornano regolarmente in Italia e non hanno altra occupazione
- i lavoratori in cassa integrazione guadagni

- i soggetti che svolgono un'attività lavorativa che non copre l'intero anno (lavoratori stagionali, lavoratori temporanei, lavoratori a tempo determinato); l'assicurazione, in questo caso, deve ricoprire solo i periodi in cui non è svolta attività lavorativa. Tuttavia, il premio assicurativo non è frazionabile e la quota va versata per intero, anche se la copertura assicurativa è valida solo nei periodi in cui non è svolta altra attività lavorativa.

Nell'ambito di uno stesso nucleo familiare possono assicurarsi più persone (ad esempio: madre e figlia).

E' escluso dall'obbligo assicurativo:

- colui che ha meno di 18 anni o più di 65 anni
- il lavoratore socialmente utile (Lsu)
- il titolare di una borsa lavoro
- l'iscritto a un corso di formazione e/o a un tirocinio
- il lavoratore part time
- il religioso

E' esonerato dal pagamento del premio assicurativo contro gli infortuni in ambito domestico colui che ha un reddito al di sotto di una determinata soglia. In tal caso **il premio è a carico dello Stato**.

In particolare, è escluso dal pagamento chi contemporaneamente:

- ha un reddito personale complessivo lordo fino a 4.648,11 euro annui
- fa parte di un nucleo familiare il cui reddito complessivo lordo non supera i 9.296,22 euro annui.

Chi possiede i requisiti di legge ma non paga l'assicurazione, è soggetto ad una **sanzione** da parte dell'Inail, graduata in relazione al periodo di trasgressione e per un importo non superiore, comunque, all'equivalente del premio (12,91 euro).

Sono a disposizione degli assicurati Contact center, Inail sms e associazioni di categoria che forniscono tutte le informazioni necessarie a risolvere dubbi su aspetti normativi e procedurali.

ALLEGATO A PARTE – INAIL Opuscolo illustrativo infortuni domestici (documento 044)

INAIL COMUNICA:

È ancora possibile evitare le sanzioni pagando il premio annuale di 12,91 euro oltre il termine del 31 gennaio. La prima iscrizione può essere effettuata in qualsiasi momento dell'anno, quando maturano i requisiti per la copertura assicurativa

ROMA - Scaduto il termine del 31 gennaio per il rinnovo dell'assicurazione contro gli infortuni domestici, obbligatoria per tutte le persone di età compresa tra i 18 e i 65 anni che svolgono in modo abituale, gratuito ed esclusivo un'attività rivolta alla cura dei componenti della famiglia e della casa, ci si può ancora mettere in regola ed evitare le sanzioni pagando il premio annuale di 12,91 euro deducibile ai fini fiscali e non frazionabile su base mensile.

Le prestazioni previste. L'assicurazione dà diritto a una rendita vitalizia in caso di infortuni che causano una grave invalidità permanente, pari o superiore al 27%. In caso di morte, i familiari hanno diritto alle stesse prestazioni garantite ai superstiti delle vittime del lavoro. Chi deve iscriversi per la prima volta può farlo in qualsiasi momento dell'anno, quando maturano le condizioni che rendono obbligatoria la tutela. La copertura assicurativa ha effetto dal giorno successivo a quello in cui è stato effettuato il pagamento.

Come e dove effettuare il pagamento. Il versamento può essere effettuato con il bollettino precompilato recapitato a domicilio, disponibile anche sul sito dell'Inail, previa autenticazione. In alternativa è possibile utilizzare il bollettino postale in bianco Td 451 oppure pagare in modalità elettronica con il sistema "PagoPA", accedendo dal sito dell'Istituto o utilizzando la rete degli sportelli bancari, dei tabaccai e degli istituti abilitati al servizio.

Il premio è gratuito per i redditi più bassi. Il premio annuale è a carico dello Stato per le persone con un reddito complessivo lordo personale fino a 4.648,11 euro l'anno che fanno parte di un nucleo familiare che non supera i 9.296,22 euro. In questo caso per iscriversi è necessario presentare l'autocertificazione che attesta il possesso dei requisiti per l'assicurazione e per l'esonero dal pagamento presso le sedi territoriali dell'Inail.

CARENZA MEDICI: IL PERICOLO È REALE da ENPAM Previdenza n.6 del 14 febbraio 2018 a cura di Gabriele Discepoli

L'allarme lanciato in questi giorni dalla Fnomceo e dai sindacati di categoria sulla carenza dei medici è reale. "Sono stati i nostri numeri e la nostra voce a sollevare il problema", commenta il presidente dell'Enpam Alberto Oliveti.

Ad aver provocato la situazione attuale è stata una programmazione degli accessi alla formazione post-laurea inadeguata rispetto ai bisogni dei cittadini, sommata a un blocco delle convenzioni e del turn-over che sta ostacolando il graduale ingresso dei giovani medici.

“Quando si sbloccheranno le convenzioni e le assunzioni, l'Italia scoprirà amaramente che i giovani medici pronti ad essere inseriti sono inferiori alle esigenze – dice Oliveti –. Intanto con il passare del tempo aumenta l'età media dei camici bianchi che lavorano e si avvicina sempre di più il momento in cui dovranno andare in pensione”.

Per favorire il ricambio generazionale l'Enpam ha studiato il meccanismo della App, l'anticipazione della prestazione pensionistica. Questa misura consentirebbe ai **medici di famiglia** vicini alla pensione di diminuire l'attività lavorativa, pur continuandola, a fronte dell'immediato inserimento di un giovane medico di medicina generale. La App potrà però essere applicata solo nel momento in cui questa forma di **staffetta generazionale** verrà contemplata dall'Accordo collettivo nazionale, che è ancora fermo.

Sul **lavoro dipendente** pesa invece il blocco del **turn-over** del personale sanitario pubblico, determinato in varie percentuali dalle leggi finanziarie degli ultimi anni e che colpisce le regioni italiane in modo variegato: dalle regioni soggette a piani di rientro, dove il blocco è stato pressoché totale, fino ad altre dove i pensionamenti sono stati sostituiti con assunzioni a singhiozzo.

Alcuni nuovi istituti, utili per i medici che hanno molti anni di contributi, potrebbero portare oltretutto a nuove fuoriuscite non previste. “Almeno quattro colleghi dipendenti pubblici mi hanno contattato personalmente per avere informazioni sul **cumulo contributivo**, con l'obiettivo di andare in pensione in anticipo – racconta il consigliere di amministrazione Enpam Luigi Galvano –. Ma il pubblico si è preparato a fare le assunzioni che serviranno per rimpiazzare i colleghi?”

FISCO, ECCO LE SCADENZE FISCALI PER IL 2018. FIMMG:

BUROCRAZIA AI MASSIMI da DoctorNews di giovedì 15 febbraio 2018

Non si sono ancora spenti i riflettori sull'onere per i medici di inviare online al Fisco i dati delle spese sostenute presso di loro dai pazienti, da espletare entro l'8 febbraio, che già arriva altro vento di burocrazia, stavolta su viaggi e spostamenti [[continua...](#)]

LEGGI IN

<http://www.doctor33.it/politica-e-sanita/fisco-ecco-le-scadenze-fiscali-per-il-fimmg-burocrazia-ai-massimi/?xrtid=CRSVXLYSRXPTLYRPTCXAARR>