

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI

(DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA-TEMPIO)

MERCOLEDI' 8 OTTOBRE 2014

LA NUOVA SARDEGNA

REGIONE Riforma delle Asl, domani il voto finale in Commissione

La riforma della sanità è pronta. Domani mattina dovrebbe arrivare in Consiglio l'ultimo parere che manca, è quello del Comitato per le autonomie, e in serata la proposta di legge presentata dal Pd otterrà il via libera definitivo dalla commissione sanità, presieduta da Riamondo Perra (Sardegna Vera-Psi, nella foto). Il sì è scontato, anche se non mancano le tensioni nella maggioranza di centrosinistra. I partiti che contestano – a cominciare dal Centro Democratico, si dovrebbe astenersi per la seconda volta così com'è accaduto in commissione Bilancio – avrebbe voluto un vertice di maggioranza prima dell'ultimo atto e di consegnare il testo al Consiglio. I punti da chiarire (prima di tutto il numero delle Asl) sono ancora molti, ma da una parte la missione a Bruxelles di Pigliaru e dall'altra l'agenda fitta della commissione, hanno impedito il chiarimento in tempi stretti. A questo punto il centrosinistra andrà al voto quasi al buio, anche se non ci dovrebbero essere contraccolpi. È probabile che gran parte del confronto interno alla maggioranza sia rimandato al dibattito in aula. Poi – sempre nella maggioranza – altri sono convinti che a mettere le cose a posto ci penserà l'assessore alla Sanità, Luigi Arru, con alcuni emendamenti già annunciati. Di certo con questa leggina – la novità più importante è l'avvio della nuova Azienda sanitaria regionale per le emergenze – la Giunta potrà cominciare a commissariare le otto Asl, i due policlinici universitari di Cagliari e Sassari e l'ospedale Brotzu. Una strategia contestata dal centrodestra, che parla di epurazione dei manager nominati da Cappellacci e di caccia alle poltrone».

REGIONE Emergenza Ebola, unità di crisi nell'isola Vargiu scrive alla Regione

L'allarme Ebola non ha più confini. Il presidente della commissione Sanità della Camera, Pierpaolo Vargiu (Riformatori) ha scritto una lettera all'assessore Luigi Arru, perché anche in Sardegna sia attivata subito un'unità di crisi per fronteggiare il

virus. «Dopo quanto detto dal ministro Beatrice Lorenzin in Parlamento sull'emergenza mondiale, l'attenzione – scrive Vargiu – deve essere massima. Il picco di contagio deve ancora arrivare e focolai del virus, peraltro ora sotto controllo, hanno colpito anche Nigeria e Senegal, comunità ampiamente rappresentate in Sardegna. Così come, al di là dei rapporti commerciali e turistici, è possibile che cooperanti sardi siano al lavoro in Liberia, Sierra Leone e Guinea, a stretto contatto con i malati e, conseguentemente, a contagio». Per poi concludere: «La lunga incubazione della malattia (21 giorni) rende difficili i controlli in ingresso, per cui è importantissimo che anche la Regione attivi un sistema dedicato di allarme sanitario, in grado di identificare e testare immediatamente eventuali casi sospetti, fino a garantire in modo assoluto la sicurezza sanitaria di tutti coloro che vivono in Sardegna».

OZIERI Infezioni alle protesi, ortopedici ed esperti fanno squadra Un convegno metterà a fuoco la collaborazione tra medici Crescono il numero di impianti e i rischi di complicanze

Luminari dell'Ortopedia si riuniranno venerdì 10 e sabato 11 a Ozieri in occasione del convegno scientifico "Le infezioni in chirurgia protesica tra presente e futuro", che celebrerà il XXXV Congresso della NsoSot, nuova società sarda di ortopedia e traumatologia, e il VI Congresso regionale dell'Otodi, associazione ortopedici traumatologi ospedalieri d'Italia. L'organizzazione del consesso scientifico è curata dal presidente onorario dottor Benedetto Bortone e il presidente del convegno dottor Silverio Zanetti, primario del reparto nell'ospedale Segni di Ozieri e componente insieme con i colleghi Efsio Espa e Santino Canu della segreteria scientifica coordinata da Kassiopea. Il tema trattato, che sarà approfondito in lezioni frontali, dibattiti e relazioni curate dagli esperti, è di rilevante importanza nell'operato quotidiano di chi opera nella chirurgia protesica: in essa, infatti, le infezioni hanno rappresentato e rappresentano tuttora una fra le più severe complicanze. E' importante, quindi, essere sempre al passo con le nuove tecniche di diagnosi e trattamento, nonché di prevenzione. «A causa del crescente numero di impianti registrati - spiega infatti il dottor Silverio Zanetti -, questa patologia non può essere considerata una malattia di nicchia per pochi cultori, bensì un evento, ancorché imprevisto, con cui ogni ortopedico che si occupi di chirurgia protesica deve sapersi confrontare. I costi elevati che tali trattamenti comportano (da 4 a 6 volte il Drg di un primo impianto protesico) e, soprattutto, la sofferenza che i malati devono sopportare spesso per vari mesi o anni, ci obbligano a mettere in campo ogni possibile azione finalizzata all'obiettivo di debellare questa patologia così gravemente invalidante. Il supporto di altri specialisti quali microbiologi, immunologi ed infettivologi, ha consentito di formare delle "squadre" in grado di ottenere risultati lusinghieri, in particolare in ordine alla precocità della diagnosi e, quindi, ad un più efficace trattamento farmacologico e chirurgico». Alla base del trattamento di questi eventi

deve esserci quindi un approccio multidisciplinare, ovvero una stretta collaborazione tra le diverse specialità. Questo è quindi l'obiettivo del congresso, che riunisce appunto sia gli specialisti della chirurgia sia quelli di altre discipline. La prima delle due giornate di incontri sarà dedicata alle riunioni dei consigli direttivi della NsoSot e dell'Osot, in programma venerdì 10 ottobre dalle 14 nella Sala A dell'ex convento e seguiti da una sessione di comunicazioni libere e da una prima tavola rotonda sulla profilassi antibiotica, su quella antitromboembolica e sul trattamento del dolore post operatorio. La giornata di sabato 11 ottobre si aprirà alle 8.30 con l'esposizione del tema portante delle infezioni, attraverso una serie di excursus sulle varie discipline, mentre nel pomeriggio si approfondirà il tema in relazione ai diversi ambiti di intervento.

L'UNIONE SARDA

SASSARI Il bilancio degli illeciti: alla sbarra il manager

Asl

Si chiude l'inchiesta sui presunti illeciti compiuti nella predisposizione dei bilanci 2010, 2011 e 2012 della Asl n.1. Il 16 dicembre si svolgerà l'udienza davanti al gup che dovrà decidere se accogliere le richieste di rinvio a giudizio degli indagati, primo fra tutti il direttore generale Marcello Giannico, e avviare le procedure per il processo. Con il general manager sono coinvolti i responsabili del Servizio Programmazione e del Bilancio, Gian Michele Cappai e Gian Franco Manca, e due impiegate, Vittoria Pinna e Maria Antonietta Spanedda. Le imputazioni vanno da ripetuti falsi ideologici, falsità in atto pubblico e abusi in atti d'ufficio.

DISSIDI Il direttore generale dovrà rispondere anche di diffamazione aggravata nei confronti del direttore amministrativo: Lalla Cavazzuti aveva rifiutato di dare un seguito alle operazioni di restyling che il manager intendeva apportare al bilancio ("troppo buono") del 2010. Ha pagato con il licenziamento ma la causa è ora in appello. Il direttore generale non si era limitato a dar conto in delibera della chiusura del rapporto fiduciario con la Cavazzuti ma aveva aggiunto contro di lei una serie di pesanti critiche inoltrate anche alla stampa locale e nazionale.

BILANCIO NEL MIRINO Dalla lettura delle carte dell'inchiesta emerge un quadro inquietante della gestione della Asl n.1. Il bilancio del 2010 (commissario Paolo Manca) registrava un disavanzo di appena 877 mila euro su un fatturato di oltre mezzo miliardo. Un buon bilancio insomma. Non per Giannico. La Regione spende ogni anno 3-400 milioni per ripianare i bilanci delle Asl. E i direttori generali possono essere rimossi soltanto se hanno fatto registrare un bilancio peggiore dell'anno precedente. Secondo l'accusa quindi le modifiche ad un bilancio già approvato, effettuate per ben tre volte, servivano per appesantire i conti e rendere il documento contabile ben peggiore rispetto a quelli che Giannico avrebbe predisposto nei due anni successivi salvando così la poltrona. Per fare questo aveva revocato l'incarico di responsabile del bilancio ad un impiegato con esperienza ventennale per

affidarlo ad uno stimato funzionario, Gianfranco Manca: «Dottore, non ho esperienza in materia» segnalò con onestà il funzionario. Ma per Giannico era l'uomo giusto per gestire un budget di oltre 500 milioni.

QUOTIDIANO SANITA'.IT

Vaccinazioni. Indagine Censis. Genitori italiani mal informati e diffidenti. E internet "Dis-orienta"

I genitori italiani ignorano quali e quante sono le vaccinazioni obbligatorie, e nonostante il 95% abbia vaccinato i propri figli, solo due genitori su dieci si fidano totalmente dei vaccini. E sulla scelta di vaccinare o di non vaccinare pesano molto le informazioni reperite sul web e sui social. Questi alcuni dei risultati della ricerca presentata questa mattina al Senato. LA SINTESI

Vaccino mio non ti conosco. Sembra essere questo il leit motive di mamme e papà sulle vaccinazioni che sono chiamati a far somministrare ai propri figli. Nonostante circa otto genitori su dieci affermi di sapere cos'è il calendario vaccinale, andando a scavare si scopre che la loro preparazione sulla materia è molto incerta. Solo una percentuale esigua sa quali e quante sono le vaccinazioni obbligatorie. E anche se il 95% dei genitori ha vaccinato i propri figli, poco più di due genitori su dieci si fidano totalmente dei vaccini. E internet, dal punto di vista della conoscenza, "dis-orienta" i genitori. Anche se esigua, una percentuale di mamme e papà affida alle informazioni reperite sulla rete la scelta di vaccinare o di non vaccinare i propri figli.

A indagare sui livelli di conoscenza e diffusione della cultura della prevenzione nella popolazione è una ricerca "La cultura della vaccinazione in Italia" realizzata dal Censis con il contributo non condizionato di Sanofi Pasteur Msd e presentata questa mattina al Senato.

Per comprendere lo stato dell'arte sulla materia sono stati interpellati mille genitori coinvolti più o meno recentemente nell'esperienza di vaccinazione dei propri figli e che, per questa ragione, si suppone abbiano un bagaglio informativo adeguato riguardo alla conoscenza della vaccinazione in età pediatrica. E il gap informativo che emerge, sottolinea il Censis, richiama il ruolo chiave di una corretta informazione sulle vaccinazioni quali strumenti preventivi efficaci e sicuri a tutela della salute: un'informazione estesa a tutta la popolazione, ma diretta in particolare ai genitori, doppiamente responsabili in quanto fautori di scelte per sé e per i propri figli.

«Assistiamo ad un crescente bisogno di informazioni da parte dei genitori – ha detto **Maria Concetta Vaccaro**, responsabile welfare del Censis – che hanno bisogno di capire sempre di più sulla materia, anche perché l'informazione istituzionale è solo apparentemente soddisfacente e ha quindi bisogno di essere curata ulteriormente. Per

questo occorre aiutare i genitori a selezionare le informazioni con le quali vengono in contatto”.

Conoscenza inadeguata e diffidenza verso i vaccini. Dall’analisi dei dati emerge, infatti, uno scenario che lascia trapelare una conoscenza non del tutto adeguata e anche una diffidenza nei confronti dei vaccini. Sebbene quasi la totalità dei genitori coinvolti abbia dichiarato di aver vaccinato i propri figli (il 95%) è meno estesa la percentuale dei genitori che dichiara di fidarsi totalmente e molto dei vaccini (22,4%), una fiducia piena che cresce tendenzialmente all’aumentare dell’età (25,4% dei genitori 46-55enni di fida totalmente o molto).

Le questioni cruciali sulle quali si registrano opinioni spesso contrapposte riguardano la sicurezza e l’efficacia dei vaccini. Il 70,9% dei genitori è convinto che i nuovi vaccini siano più sicuri perché tecnologicamente più avanzati, ma c’è un 61,7% di coloro che ritengono che le vaccinazioni possano essere causa di malattie gravi come l’autismo.

Ancora più netta è la contrapposizione di opinioni in merito all’efficacia dei vaccini: i genitori si dividono a metà tra chi afferma e chi nega che le vaccinazioni non sono poi così efficaci nel proteggere dalle malattie dal momento che non si esclude la possibilità di ammalarsi nonostante il vaccino.

L’impatto di internet. Tutti dati che indicano come il bisogno di informazione sul tema non sia completamente soddisfatto e in cui si rintracciano, in diversi casi dubbi e perplessità rispetto alle informazioni di cui le famiglie dispongono. Anche perché, sottolinea il Censis, non si può negare che l’utilizzo di internet abbia un impatto negativo sull’atteggiamento assunto nei confronti della vaccinazione. Naviga l’80% delle persone intervistate e di questi, tre genitori su dieci, soprattutto under 35, cercano informazioni sulla salute (32,1%), e quasi la metà dei genitori che utilizza internet per la salute dichiara di aver letto sui social network un articolo relativo alla vaccinazione e per quote più basse, ma non irrilevanti, la scelta di vaccinare (10,5% dei genitori) o di non vaccinare (7,8%) viene fatta dipendere proprio dalle informazioni reperite sulla rete.

Genitori poco informati. Ma qual è lo stato dell’arte delle conoscenze sulle vaccinazioni tra i genitori? Il 79% dei genitori afferma di sapere cosa sia il calendario vaccinale, ma solo il 5,6% è stato in grado di indicare che in Italia le vaccinazioni obbligatorie sono 4 e che si tratta dell’antidifterica, antitetanica, antipoliomielitica e antiepatitevirale B. Un’incertezza che può trovare spiegazione nella difficoltà che la somministrazione congiunta di più vaccini (polivalente) potrebbe creare nella differenziazione tra vaccini obbligatori e non.

Soprattutto i genitori fanno molta confusione tra le vaccinazioni obbligatorie e quelle raccomandate. Se tra il 20% e il 50% degli intervistati riconoscono in maniera corretta le vaccinazioni obbligatorie, più del 25% considerano erroneamente obbligatorie quelle vaccinazioni in realtà raccomandate dal Ssn.

E se il 95% dei genitori ha vaccinato i propri figli, quello che divide è se sottoporre i propri figli sia ai vaccini obbligatori che a quelli raccomandati o esclusivamente a quelli obbligatori. In particolare, l’88,3% indica di aver sottoposto i figli a vaccini che definisce obbligatori (di cui il 40,4% solo ai vaccini obbligatori e il 47,9% ai

vaccini obbligatori e raccomandati). L'11,2% indica invece di aver sottoposto i figli a vaccinazione, ma di non ricordare a quale vaccini, e tale situazione è più diffusa tra i genitori meno istruiti.

È anche alta la percentuale di genitori che ha completato tutte le dosi e richiami in base all'età dei figli (75,2%), mentre il 24,3% riconosce di non aver fatto qualche dose successiva alla prima o qualche richiamo. La tendenza a completare tutte le somministrazioni previste aumenta con l'aumentare dell'età: è quindi più accentuata tra i genitori dai 46 ai 55 anni (78,9%) e più ridotta tra i genitori più giovani (71,6%), naturalmente compatibilmente con l'età dei figli.

L'esperienza della vaccinazione è poi fortemente connessa con l'informazione ricevuta. E il Nord è decisamente più informato del Sud della penisola.

Le fonti di informazione. Il pediatra di libera scelta è la figura più consultata (54,8%) in particolare dai genitori del Sud e Isole e tra i diplomati. Segue poi il Servizio vaccinale della Asl (37,5%), un servizio cui si sono rivolti più frequentemente i genitori del Nord e i genitori con titolo di studio basso. Nel confronto tra le varie fonti, la quota di chi dichiara di aver avuto accesso a tutte le informazioni necessarie è più elevata tra chi è stato informato dal Servizio Vaccinale della Asl (65,1%). È invece del 33,3% la percentuale di chi è stato informato dal pediatra e avrebbe voluto saperne di più, mentre l'informazione carente sui rischi dei vaccini è richiamata in misura maggiore (13,3%) tra chi ha chiesto informazioni al proprio medico o pediatra.

In generale, quando si tratta di accedere all'informazione sanitaria, la figura del medico rappresenta il soggetto principalmente consultato per avere informazioni su patologie, prevenzione, stili di vita e servizi sulla salute. In particolare si tratta del medico di famiglia indicato dal 70,6% dei genitori, mentre il 23,5% fa riferimento al medico specialista. La tendenza a rivolgersi al medico di medicina generale aumenta con l'aumentare dell'età, mentre i più giovani si rivolgono più frequentemente al medico specialista. Inoltre, a rivolgersi al medico di medicina generale sono in particolare i genitori residenti a Nord Ovest (76,2%), gli uomini (75,2%) e i genitori diplomati (72,6%). La consultazione del medico specialista è, invece, più diffusa al Sud e Isole (28,8%), tra i genitori istruiti (26,6%) e tra le donne (26,2%).

L'informazione corre su internet. Utilizza internet l'80% delle persone intervistate, ma dei genitori intervistati la quota per acquisire informazioni sulla salute è del 32,1%. E sono soprattutto i genitori fino a 35 anni. Quasi la metà dei genitori che utilizza internet per la salute dichiara di aver letto sui social network un articolo relativo alla vaccinazione (48%) e per quote più basse, ma non irrilevanti, la scelta di vaccinare (10,5% dei genitori) o di non vaccinare (7,8%) viene fatta dipendere proprio dalle informazioni reperite sulla rete.

Le informazioni più richieste sono quelle sui rischi dei vaccini (46,7%), e sono sempre i genitori più giovani ad indicarne la presenza sul web. Più ridotta, il 26,8%, è la quota di genitori che rintraccia informazioni sui vantaggi dei vaccini, il 20% dice di aver trovato informazioni scientifiche sui vaccini o storie di casi che hanno subito effetti negativi dei vaccini.

Comunque il 40,6% dei genitori si è rivolta a siti istituzionali e il 37,2% a siti

specializzati o scientifici. Guardando ai social media, i forum o blog (27,2%) sembrano essere preferiti ai social network (16,1%) per reperire questo tipo di informazioni. La consultazione delle sezioni di salute di quotidiani e riviste online risulta invece la pratica meno diffusa (solo il 12,2%). La consultazione dei siti ufficiali e specializzati per ottenere informazioni relative alla vaccinazione è una pratica un po' più diffusa tra le donne (42,2% a fronte del 38,5% delle donne) mentre gli uomini preferiscono la consultazione di siti istituzionali, specializzati o scientifici (41,0% a fronte del 34,3% delle donne) per reperire informazioni relative alla vaccinazione.

Il giudizio sulle informazioni reperite online... Tra quanti consultano prevalentemente i siti istituzionali e scientifici, la percentuale di intervistati che rintraccia la presenza di informazioni tendenti a palesare un orientamento contrario alla vaccinazione è del 15,0%. Tra coloro che preferiscono la consultazione dei social network, forum e blog per ottenere questo tipo di informazioni, sale al 40% circa la quota di coloro che giudicano le informazioni reperite contrarie alla vaccinazione.

... e quello in generale sulle vaccinazioni. In generale prevale comunque un atteggiamento favorevole alle vaccinazioni, confermato dal fatto che solo il 5,0% si dichiara contrario perché le ritiene rischiose. Il punto di vista leggermente prevalente (34,6%) è quello di chi non esprime una posizione ideologica favorevole o contraria in linea di principio alla vaccinazione ma vuole valutare le singole situazioni e decidere di volta in volta, ribadendo così, ancora una volta, da una parte l'importanza dell'autodeterminazione e dall'altra quella dell'informazione, che viene assunta come base della scelta di vaccinare o meno in ogni specifica circostanza.

Il dibattito: ["La parola d'ordine è corretta informazione"](#)

Lorenzin: ["Italia leader nel campo dell'immunizzazione"](#)

[La sintesi del Rapporto Censis sulla cultura dei vaccini](#)

Oncologia. Eccesso di burocrazia e tagli alla spesa compromettono la qualità delle cure

Per l'80% di oncologi e farmacisti ospedalieri la burocrazia informatica sottrae tempo al dialogo con il paziente. E per il 75% dei malati la razionalizzazione dei costi in oncologia ha avuto un impatto pesante sulla qualità delle cure. I risultati di un'indagine di Datanalysis che ha affiancato il progetto Syn.thesis, promosso da Aiom e Cipomo e Sifo

Eccesso di burocrazia informatica e tagli della spesa. Sono questi gli ostacoli da superare per oncologi, farmacisti ospedalieri e pazienti oncologici. Barriere che mettono a repentaglio la qualità e la garanzia delle cure.

Per otto professionisti su dieci l'eccesso di "burocrazia informatica" sottrae tempo prezioso al dialogo con i pazienti oncologici, compromettendo così il rapporto medico paziente. Un tempo prezioso, necessario per affrontare al meglio il percorso

di cura, che i professionisti perdono a causa della sovrapposizione delle procedure e di sistemi che non si parlano tra loro. Un sistema non da cancellare, ma sicuramente da ottimizzare e razionalizzare. Mentre per due professionisti su tre la razionalizzazione dei costi incide pesantemente sulle cure.

Una preoccupazione avvertita anche dai malati: tre su quattro pensano che i tagli alle spese sanitarie possano seriamente compromettere la qualità dei trattamenti e la metà si affida a famiglia o associazioni di volontariato per integrare l'assistenza pubblica.

A fotografare i disagi di medici e farmacisti ospedalieri e pazienti oncologici è un'indagine condotta da Datanalysis condotta su 1.200 tra oncologi, farmacisti ospedalieri e pazienti che ha affiancato il progetto SYN.THESIS, presentato oggi a Roma al Ministero della Salute.

Un progetto, promosso dal Collegio italiano dei primari medici oncologi ospedalieri (Cipomo), dall'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom) e dalla Società italiana di farmacia ospedaliera (Sifo), nato per stringere un'alleanza tra medici e farmacisti con l'obiettivo di sostenere l'efficacia e la sostenibilità economica delle cure oncologiche.

Per i professionisti serve un intervento nazionale per uniformare le decisioni e anche per stabilire quale sia il rapporto costo/beneficio che si ritenga sostenibile per il Ssn. E la scelta se prescrivere o meno un farmaco in base al suo costo e ai vantaggi che ci si attendono non può essere lasciata al singolo medico, servono linee guida nazionali che possano indirizzare gli oncologi e anche le aziende nelle scelte commerciali. Inoltre, le diverse applicazioni regionali di norme nazionali mettono in seria discussione la reale equità di cura al paziente oncologico. Serve insomma collaborazione, per riuscire finalmente a dare risposte certe ai pazienti.

Intanto per i professionisti il primo scoglio da superare è quello dell'eccesso di burocrazia che sottrae tempo prezioso ai pazienti. Ma anche capire come liberare risorse per investirle su terapie innovative.

“La gestione della burocrazia richiede tempo, è innegabile – osserva **Giampiero Fasola**, presidente del Cipomo – dobbiamo perciò seriamente chiederci, oggi, se non sia opportuno rivedere il sistema, che è evoluto e quindi complesso, ma che certamente non deve risultare anacronistico. Alcuni strumenti che utilizziamo nelle prescrizioni possono essere forse superati, e pare arrivato il momento di un serio ‘ripensamento’ della gestione generale dell'assistenza. Anche perché facendolo sarebbe possibile liberare risorse da investire proprio nelle terapie innovative, uno dei banchi di prova più ardui che attende i sistemi sanitari in oncologia”.

Quello oncologico è infatti uno dei settori in cui appaiono più pressanti gli interrogativi di sostenibilità economica posti dalle nuove terapie. Il 57% di tutti i farmaci innovativi, oltre 3 mila nuove molecole, è in sperimentazione in campo oncologico anche se al paziente ne arriveranno soltanto alcuni.

“La sostenibilità dei costi per queste terapie, alcune in grado di garantire un miglioramento significativo dell'aspettativa di vita dei pazienti – continua Fasola – è fortemente in dubbio: oggi i trattamenti innovativi costano da 40 a 80 mila euro all'anno a paziente, ma l'aumento della spesa sanitaria oncologica galoppa al ritmo

del 5% all'anno e ben presto, con l'arrivo di altre molecole nuove e importanti ma costose, potrebbe diventare insostenibile”.

“L'indagine – intervieni **Stefano Cascinu**, presidente Aiom – mostra chiaramente che questo timore è ben presente nei pazienti ma soprattutto fra gli operatori sanitari: tutti hanno compreso che la sfida del prossimo futuro sarà trovare metodi per garantire a tutti e il più possibile l'accesso alle opportunità di cura”.

Oggi si stima che il 20-30% dei costi in sanità sia evitabile ed è su questi ‘sprechi’ che occorre lavorare per liberare spazio per l'innovazione: migliorare la gestione dei percorsi assistenziali dei pazienti è una strada, già percorsa con successo da alcune Regioni, per ridurre le spese.

“Purtroppo si tratta ancora di esperienze a macchia di leopardo – ha aggiunto Cascinu – ma le buone soluzioni dovrebbero essere accolte e applicate a livello nazionale. Ritengo però che soprattutto la percezione da parte dei pazienti di non ricevere cure efficaci e/o costose a causa della crisi economica, emersa fortemente dall'indagine, è certamente eccessiva ma anche un aspetto da non sottovalutare. In Italia potremmo avere, soprattutto in relazione ai nuovi farmaci, problemi eventualmente correlati a ritardi o a qualche possibile rischio, ma il fattore economico non costituisce, oggi, una limitazione all'accesso alle cure né una discriminante. E, su questo importante aspetto, i pazienti vanno ed hanno il diritto di essere tranquillizzati e rassicurati”.

Arrivare a una sintesi tra innovazione e sostenibilità che tenga sempre al centro di ogni scelta il paziente e i suoi bisogni è quindi molto importante. Si tratta quindi di individuare soluzioni per liberare risorse senza cedere al rischio di compromettere la qualità delle cure e senza rinunciare a un doveroso controllo dei costi: per questo il progetto sta unendo gli intenti di oncologi medici e farmacisti ospedalieri, sull'importanza di mantenere la qualità delle cure con l'esigenza di tagliare i costi.

Un'alleanza oncologi e farmacisti. Da 22 focus group del progetto SYN.THESES condotti in altrettanti centri oncologici italiani è emerso chiaramente che oncologi e farmacisti, pur partendo da esigenze diverse, vedono nella collaborazione e nell'alleanza fra loro il mezzo migliore per arrivare a una visione sistemica dei processi di cura, che potrà portare a risparmi e a una maggiore appropriatezza dei trattamenti.

“Ma non solo – aggiunge **Sandro Barni**, direttore dipartimento Oncologia, AO di Treviglio (BG) e coordinatore del progetto per Cipomo –. In questo quadro di efficace ed efficiente collaborazione fra professionisti è emerso l'importante ruolo di continuità e supporto alle cure svolto dalla famiglia e dalle associazioni di volontariato, un punto fermo di aiuto e di rifugio in un momento di crisi economica che il Paese sta attraversando. Inoltre è importante constatare che non solo i pazienti ritengono buona la qualità delle cure ricevute, ma che soprattutto la migrazione da Sud a Nord e da Nord ancora più a Nord, registrata nei ultimi anni, alla ricerca di assistenza più qualificata si stia riducendo”.

Ebola. Lorenzin in audizione alla Camera: “Non è più

solo questione sanitaria ma soprattutto umanitaria.

Necessari più fondi per i controlli”

Secondo i dati dell'Oms il picco del contagio del virus, prima che inizi ad arrestarsi, arriverà a 20 mila casi entro la fine dell'anno, per ora siamo a più di 7mila. Per questo, secondo Lorenzin, è importante che entri “nella consapevolezza delle istituzioni che il tema della salute riguarda anche la sicurezza globale”. La ministra ha riferito anche di aver chiesto che nella Legge di Stabilità ci siano più fondi da destinare ai controlli per la sicurezza.

Fino ad oggi sono stati riportati dall'Oms 7470 casi probabili, confermati o sospetti di contagio da virus Ebola. E sempre l'Oms, si aspetta che il picco arrivi a 20mila casi entro la fine dell'anno. Per questo ha spiegato la ministra della Salute, **Beatrice Lorenzin**, nel corso di un'audizione davanti le Commissioni riunite Affari esteri e Affari sociali della Camera “la salute non è soltanto un tema che ha a che fare con la cura ma riguarda la sicurezza globale. Abbiamo avuto in questi anni Sars, Mers, problematiche derivanti dalla resistenza agli antibiotici, allerta sulla bio-sicurezza e il bioterrorismo”.

Nel corso dell'audizione dove ha riferito in relazione alle iniziative adottate a livello internazionale per contrastare la diffusione del virus Ebola, la ministra ha ricordato: “Oggi c'è un virus come Ebola, in più ci sono i conflitti e le guerre. Siamo in una fase di globalizzazione in cui le persone e le merci viaggiano e portano più facilmente la contaminazione. Abbiamo focolai di poliomielite in Siria, c'è la meningite in Est Europa, una serie di malattie che credevamo scomparse e che hanno delle recrudescenze. È dunque estremamente importante avere una sorveglianza epidemiologica a livello europeo e globale. Italia è tra i dieci paesi che fanno questo. Siamo leader per le vaccinazioni. Ed è evidente che il tema della vaccinazione di massa è importantissimo nel momento in cui ci sono recrudescenze di malattie che pensavamo non esserci più”. Proprio per sostenere le misure di sicurezza Lorenzin ha fatto sapere di aver chiesto che “in legge di stabilità ci sia un aumento dei fondi destinati all'Usmaf e al controllo dei porti e degli aeroporti. Perché la situazione non può essere gestita come ordinaria ma straordinaria. Abbiamo svolto come ministero da aprile ad oggi quest'attività con i fondi che avevamo a disposizione è evidente che però avendo una serie di fronti aperti da un punto di vista della sicurezza che non è solo ebola abbiamo la necessità che ci sia un rafforzamento dei sistemi di controllo nei prossimi mesi”.

Questo, ha sottolineato Lorenzin, “non significa creare allarmismi nei confronti dei cittadini, anzi il contrario. Abbiamo però bisogno di procedure di sicurezza e di informazione che divengano ordinarie e che facciano parte della nostra vita. E questo non solo su ebola”.

Oggi “siamo sempre di più allertati su emergenze che sono epidemiologiche che riguardano l'attività dei singoli ministeri della salute dei paesi Ue e non solo ma anche i ministri degli esteri, di attività e sviluppo e i sistemi di difesa nazionale”.

Il coordinamento internazionale

“Dal mese di agosto – ha spiegato Lorenzin –, da quando è stato lanciato l’allarme, stiamo lavorando con un’azione di cooperazione e coordinamento tra il ministero della Salute, il ministero Affari Esteri e la Difesa. Questo perché ci troviamo ad affrontare una questione che non riguarda soltanto la sicurezza dei nostri cittadini all’interno del Paese, ma anche un coordinamento di azioni che sono extraterritoriali. Questo tipo di impostazione vige anche a livello internazionale. Sia in Europa che negli Stati Uniti che a livello di Nazioni Unite. Nell’incontro a livello di High Level Commission, che abbiamo avuto prima dell’incontro di Washington circa tre settimane fa, è stato attivato un coordinamento tra le commissioni competenti comprese quelle che trattano di cooperazioni e azioni umanitarie e difesa”.

Questione umanitaria

“Ebola per come si sta sviluppando non è più solo questione sanitaria ma soprattutto questione umanitaria con aspetti geopolitici estremamente importanti. In West Africa in questo momento il problema è ebola, ma si sta morendo anche perché non si è curati da altre malattie come la malaria, l’appendicite, una attacco cardiaco, perché si ha paura a toccare i pazienti e non c’è accesso al cibo né all’acqua. Esponenti dell’Oms denunciano che quelle popolazioni mangiano i pipistrelli, che sono agenti contaminanti, perché non c’è più cibo. Quindi la situazione è estremamente grave motivo per il quale è necessario un intervento coordinato ed estremamente rapido nei paesi interessati per impedire che l’epidemia possa viaggiare”.

20 mila casi entro la fine dell’anno.

È questa, ha detto la ministra della Salute, la previsione fatta sia dall’Onu che dall’Oms “l’epidemia arriverà ad un picco di 20mila casi entro la fine dell’anno”. Ma come si è passati dai pochi casi che avevamo il 21 marzo scorso a questi? “Quello che è emerso nell’incontro di Washington sulla sicurezza globale è il fatto che c’è un problema strutturale nei paesi nel West Africa. Anche l’azione epidemiologica dell’Oms non è riuscita a frenare il diffondersi dell’epidemia per motivi strutturali, la mancanza di medici, siamo di fronte ad una situazione per cui c’è un medico ogni 100mila abitanti. Con tutto ciò che significa. Altra questione è che in certi villaggi, divisi tra fazioni, si crede che il virus sia diffuso dallo Stato e quindi ci sono stati linciaggi di operatori sanitari che andavano a spruzzare disinfettanti. Questo è uno dei motivi per cui ad esempio l’azione europea e in particolare italiana è estremamente importate. Noi abbiamo Ong che si trovano nei territori da 20/30 anni quindi sono accettate dalla popolazione”.

La situazione attuale

“C’è un problema di carattere umanitario ma che è anche politico perché parliamo di un’area che è fortemente destabilizzata con guerre civili e poi c’è un problema di sicurezza dell’area globale e quindi di sicurezza dei paesi europei. L’epidemia – ha ricordato Lorenzin – ha preso il via nella “Regione delle Foreste” ai confini degli stati della Sierra Leone e della Liberia e ha coinvolto successivamente la capitale della

Guinea, Conakry. Il primo caso in Liberia è stato notificato il 30 marzo e in Sierra Leone il 25 maggio. Dal dicembre del 2013, quando l'epidemia avrebbe avuto inizio, fino ad oggi sono stati riportati dall'Oms 7470 casi probabili, confermati o sospetti, inclusi 3431 decessi con un tasso di mortalità del 46% in Guinea, Liberia e Sierra Leone. In Nigeria dove il virus è stato introdotto a luglio dalla Liberia sono stati registrati 20 casi e 8 decessi. In Senegal un solo caso di importazione dalla Guinea. Sia in Nigeria che in Senegal è stata completata l'osservazione di 21 giorni senza evidenza di nuovi casi di malattia. I focolai in Congo con settanta casi di cui l'ultimo isolato il 25 settembre e 43 decessi è del tutto indipendente da quelli dei paesi dell'Africa Occidentale. Anche in Congo sono stati messi in atto misure di sorveglianza nei confronti dei soggetti che sono venuti in contatto con casi di malattia che hanno superato il periodo di osservazione di 21 giorni senza sviluppare sintomi sospetti. Difficile ad oggi dire quando potrà registrarsi una decelerazione dell'epidemia fino al suo arresto”.

Applicazione delle indicazioni epidemiologiche

Gli Stati Uniti ha riferito Lorenzin “sono intervenuti con 3mila persone dell'esercito che si stanno organizzando con ospedali da campo. Ma le difficoltà sono tante. A partire dalla corretta applicazione delle indicazioni epidemiologiche date dall'Oms. Ci troviamo in una situazione per cui la richiesta che è arrivata dalla riunione di Washington, su cui si sta lavorando da un anno, per una nuova prospettiva di sicurezza globale per i temi sanitari è quella di un intervento che divenga strutturale in questi paesi. Ma non è facile”.

Per quanto riguarda i rischi d'infezione nelle zone colpite per i turisti, “è da considerarsi molto basso se si seguono le precauzioni igieniche del tutto elementari. Evitare il contatto con i malati e i loro fluidi corporei, con i corpi e i fluidi dei pazienti deceduti. Evitare contatti stretti con animali selvatici vivi o morti evitare di consumare carni di animali selvatici, lavare e sbucciare la frutta e la verdura prima del consumo, lavarsi con frequenza le mani. Il rischio è invece più elevato per gli operatori sanitari personale delle organizzazioni umanitarie che forniscono assistenza e cure mediche nelle zone colpite. A loro è consigliato di indossare indumenti protettivi, comprese maschere guanti e camici e presidi per gli occhi e di mettere in atto misure di prevenzione e controllo delle infezioni. I dati e i racconti che abbiamo avuto dagli operatori è che per un lungo periodo sono mancate anche queste elementari misure di protezione”.

Casi di contagio in occidente

È evidente che il contagio non riguarda solo le regioni del West Africa ma anche il mondo occidentale. Per quanto riguarda i casi fuori dall'Ue “gli Stati Uniti hanno registrato un caso di importazione, un cittadino liberiano che ha sviluppato sintomi compatibili con la malattia da virus ebola il 24 settembre, circa quattro giorni dopo essere giunto negli Usa. Il soggetto si è rivolto ad un pronto soccorso a Dallas ed è stato messo in isolamento”. Per quanto riguarda l'Europa “c'è un'infermiera che ha fatto registrare un caso di contagio e adesso si sta cercando di capire come sia avvenuto. C'è stato un decesso in Spagna, un contagio nel Regno Unito con

condizioni stabili, due in Germania, un senegalese e un ugandese operanti rispettivamente per Oms ed Emergency con condizioni cliniche stabili, in Svizzera un operatore sanitario australiano della Federazione internazionale della Croce rossa considerato come persona da sottoporre ad indagine ma non è considerato un sospetto probabile. Il coordinamento delle misure sanitarie a livello Ue è sotto l'egida dell'Health Security Committee dell'Unione europea che oltre ad avvalersi della competenza tecnica del centro europeo del controllo delle malattie, si basa sulle raccomandazioni fornite dall'Oms che al momento non consiglia restrizioni di viaggi o controlli all'ingresso”.

La situazione in Italia

“In Italia – ha riferito Lorenzin – le segnalazioni di casi sospetti pervenute fino ad oggi sono state oggetto di indagine epidemiologica. Abbiamo avuto molte segnalazioni ma si sono rivelati dei falsi allarmi. Ma va bene così, vuol dire che c'è un sistema di alert molto attento. Il ministero della Salute al pari di altre organizzazioni mondiali segue l'evolversi della situazione in Africa Occidentale e ha adottato misure in linea con quanto suggerito dall'Oms. Il ministro, dal mese di aprile, ha disposto direttive dettagliate per il rafforzamento delle misure di sorveglianza all'ingresso internazionali di porti ed aeroporti.

Sono state date indicazioni perché il rilascio della libera pratica sanitaria alle navi, che nei 21 giorni precedenti abbiamo toccato dei porti dei paesi colpiti, avvenga solo dopo verifica da parte dell'Usmaf della situazione sanitaria a bordo. Per quanto concerne gli aerei è stata richiamata la necessità dell'immediata segnalazione di casi sospetti a bordo per consentire il dirottamento degli aerei su aeroporti sanitari designati. Malpensa e Fiumicino sono aeroporti sanitari e l'Usmaf ha emanato direttive disciplinari sanitarie in caso di segnalazioni di casi sospetti di malattie infettive”.

Operazione Mare nostrum

“La partecipazione del ministero della Salute con i medici a bordo delle navi della marina militare è volta a consentire, quando ancora i migranti sono a bordo, i controlli sanitari per accertare la presenza e i sintomi di sospetti di malattie infettive. In caso di mancanza del medico a bordo i controlli vengono effettuati a terra prima dello smistamento dei migranti verso i centri di accoglienza. La durata del viaggio è tale da rendere estremamente improbabile l'arrivo di casi di persone con il virus ebola la cui incubazione è di circa 7/10 giorni”. In più ha aggiunto la ministra della Salute “pochi paesi dell'Unione Europea possono contare su due centri nazionali con laboratori di massima sicurezza come lo Spallanzani di Roma e il Sacco di Milano”.

L'evacuazione degli operatori

L'evacuazione dei operatori e dei medici che stanno prestando opera qualora si infettassero può rappresentare una criticità. Un'altra criticità, sempre secondo Lorenzin, può essere data dai “viaggiatori europei, anche non infetti, che provengono dai paesi e che circolano liberamente per i nostri territori. Criticità perchè c'è assoluta necessità che gli operatori, quando si muovono, diano informazione del loro movimento anche se stanno bene per avere una tracciabilità degli spostamenti

all'interno dell'Ue".

“In Europa quasi nessun paese ha aerei attrezzati per fare evacuazione ad alto contenimento biologico. Siamo in pochissimi a farlo. Quasi tutti i paesi europei possono gestire i pazienti in alto contenimento biologico ma non l'evacuazione. L'Italia ha gli aerei della difesa che sono attrezzati. Riusciamo a garantire l'intera filiera: dal prelievo del medico malato, e ci auguriamo di non averne, fino al ricovero allo Spallanzani o al Sacco. Per noi adesso l'allarme più importante è il controllo dei passeggeri che spesso sono europei, operatori medici e non solo. Noi riteniamo importante agire sul campo, creare strutture in grado di accogliere sia i malati africani che europei lì, dove il contagio avviene. Dobbiamo cercare di immaginare delle strutture che rimarranno sul posto per la cura dei pazienti”.

Lorenzin poi ha riferito di aver chiesto “come presidente di turno dell'Ue un censimento a livello europeo dei posti letto negli ospedali e dei sistemi di evacuazione per avere un coordinamento delle nostre azioni in Africa. In più in Sierra Leone abbiamo stanziato come Ue cinque milioni per la cooperazione e lo sviluppo e stiamo realizzando 90 posti letti in isolamento con le Ong”.

Infine il ministro della Salute ha ricordato che “la trasmissione del virus ebola è molto complessa, non avviene in modo semplice in un paese ad alto livello di igiene prevede un contatto fisico con i malati ad alto livello di infetto quanto la malattia è attiva. La guardia però deve essere tenuta alta e dobbiamo fermare l'epidemia in Africa anche se aspettiamo il picco. Questo ci deve far riflettere su come agire nei confronti del continente Africano perché quello che accade dall'altra parte del confine non ci può lasciare indifferenti”.

Ebola. A Madrid infermiera contagiata e altri tre casi sospetti. E' il primo caso in Europa

Cicchitto: “La situazione è diventata drammatica per errori d'analisi, di valutazione e d'interventi”

Vargiu: “C'è stata una sottovalutazione del fenomeno da parte dell'Oms”

M5S: “Da Lorenzin solo una rassegna stampa”

SOLE 24ORE SANITA'

Smi: bozza Sisac «figlia di una scellerata ed effimera relazione d'amore h24»

«La naturale conseguenza della legge Balduzzi, e, se consentite, l'ironia, di una scellerata ed effimera relazione d'amore h24: quel provvedimento, infatti, è figlio della condiscendenza di alcune sigle sindacali, che oggi ne disconoscono la paternità.

Ma basta andare indietro con le rassegna stampa per trovare molteplici prove dello sciagurato appoggio all'allora ministro della Salute».

Il segretario generale dello Smi Salvo Calì boccia con parole di fuoco la [bozza di nuova Convenzione anticipata su questo sito](#) nei giorni scorsi, dando voce alla dura presa di posizione emersa durante la segreteria straordinaria del sindacato.

«Da rispedire al mittente è lo stesso atto di indirizzo della Conferenza Stato-Regioni – continua Calì - che ha recepito l'impianto della legge, che solo lo Smi ha contrastato. La bozza, di fatto, prevede la moltiplicazione delle forme organizzative complesse, regione per regione, disomogenee e prive di equità, con un unico denominatore comune: l'asservimento della categoria al potere politico, minando l'autonomia e l'indipendenza professionale dei medici di famiglia, e il cardine stesso del rapporto fiduciario con il paziente, anche attraverso l'ingabbiamento degli stessi in un ruolo che ha tutte le caratteristiche del rapporto di dipendenza, senza, però, nessuna delle tutele previste da questo inquadramento (vedi articolo 2 comma 2 ed articolo 4 comma 3 del patto e della bozza Sisac).

«Si determina così un forte impoverimento di tutta la sanità territoriale – aggiunge il segretario generale Smi – innanzitutto, perché rimane inevaso il vero problema del nostro Ssn: dare risposte funzionali e adeguate alla mutata domanda di salute, a partire dal nodo della cronicità e dell'invecchiamento della popolazione, come proposto dallo Smi in questi anni. Si insiste, invece, con modelli organizzativi rigidi che inseguono la vecchia visione ospedalocentrica, con la pretesa di risolvere così problemi come quello dell'eccessivo ricorso ai Pronto soccorso o la garanzia di una diversa offerta di continuità dell'assistenza. Inoltre, si tende ancora una volta a intruppare i medici di famiglia in una camicia di forza: nel passato la cascata di oneri burocratici, ora forme di rapporto assimilabili alla dipendenza, senza però i vantaggi di quel trattamento. Purtroppo – conclude Calì - questa è un'altra occasione persa per avviare quella modernizzazione della nostra sanità che aspettano da anni tanto i medici, quanto i cittadini».

Cure palliative, ecco la Carta di Trieste sui diritti del bambino morente

Essere considerato "persona" fino alla fine, ricevere un'adeguata terapia del dolore e dei sintomi fisici e psichici che provocano sofferenza, essere ascoltato e informato sulla propria malattia nel rispetto delle sue richieste, dell'età e della capacità di comprensione. Ma anche avere accanto le persone care ed essere accudito e assistito in un ambiente appropriato alla sua età. Sono i diritti del bambino morente, che in forma di decalogo sono stati sanciti nella Carta di Trieste, presentata oggi a Roma, presso l'Autorità Garante per l'infanzia e l'adolescenza.

La Carta di Trieste, detta anche Carta dei Diritti del bambino morente, è stata illustrata alla presenza del Garante Vincenzo Spadafora, del Consigliere di Amministrazione Elvira Silvia Lefebvre D'Ovidio e di Franca Benini pediatra, responsabile del Centro

Regionale di riferimento della Regione Veneto per la terapia del dolore, cure palliative pediatriche e Hospice pediatrico. Il progetto è stato lanciato a settembre 2012 da un gruppo di professionisti che lavorano con i bambini colpiti da malattia incurabile con il sostegno della Fondazione Maruzza Lefebvre D'Ovidio.

La Carta dei diritti del bambino morente nasce con l'obiettivo di rimarcare i diritti del piccolo paziente, diritti che età, situazione, cultura, luogo e momento non possono né debbono minare. Ogni diritto poi genera dei doveri: la Carta li definisce e li declina cercando di integrare quanto professionalità, etica, deontologia, normativa e ricerca propongono.

Da anni Fondazione Maruzza Lefebvre D'Ovidio Onlus lavora per migliorare la conoscenza e l'applicazione delle cure palliative, con la missione di riconoscere dignità e rispetto a ogni persona malata – in special modo i bambini - ponendo al centro i loro bisogni e quelli della loro famiglia e non la patologia che li ha colpiti.

Ogni bambino ha diritto al gioco, all'interazione con i propri coetanei, così come ogni mamma e papà hanno il diritto di vivere la vita anche oltre la malattia dei propri figli. Quando un bambino colpito da una grave malattia è vicino alla fine, realtà questa contro natura e, di fatto, difficile da accettare, la società civile ha il dovere di intervenire per sostenere dal punto di vista medico, psicologico e spirituale il bambino e il suo nucleo familiare. Ecco perché Fondazione Maruzza da anni si impegna a favore dei bambini inguaribili e del loro diritto ad essere adeguatamente assistiti nel percorso della malattia, riuscendo tra l'altro a ottenere la definizione di norme specifiche all'interno della legge 38/2010, relativa al diritto di accesso da parte dei cittadini alle cure palliative. «Un concentrato di civiltà, di umanesimo, di eticità e profondo senso del vivere civile che lascia ammirati», commenta Vincenzo Spadafora, Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza,.

«Il documento costituisce un unicum nel panorama internazionale - spiega il Consigliere di Amministrazione della Fondazione Maruzza, Silvia Lefebvre D'Ovidio - perché sottolinea e moltiplica il valore dei diritti della persona che ha un'età compresa tra zero e 18 anni. Proprio in virtù di questo valore aggiunto è stato anche integrato e valutato da organismi internazionali come Human Rights Watch».

«La Carta avrà raggiunto il suo scopo - sottolinea Franca Benini, pediatra coautrice del documento - se chiunque stia accanto ad un bambino morente sarà in grado di rimanergli vicino fino all'ultimo, assicurandogli rispetto e dignità. E non sarà impreparato ad accogliere la sua morte».

DOCTOR 33.IT

Pagamento F24, versamenti on line obbligatori se in compensazione e oltre 1000 euro

Non tutti i medici sono d'accordo con l'obbligo di compilare e spedire telematicamente l'F24 imposto dallo scorso 1° ottobre a tutti gli italiani e pendente in molte città per l'imminente appuntamento della Tasi. La Federspev, federazione sanitari pensionati e vedove ha promosso un ricorso al presidente della Repubblica per rimandare l'onere che sussiste su versamenti superiori a 1000 euro o se il debito con il Fisco compensa del tutto crediti vantati nella dichiarazione dei redditi. Per il sindacato guidato da Michele Poerio, il cittadino non risparmia tempo e denaro anzi si complica il suo rapporto con il fisco. Ma a soffrire non sono solo i sanitari. Da questo mese per versare alte cifre o compensare le imposte il contribuente non può più servirsi della banca o della posta, compilando in brutta l'F24 e facendolo riscrivere allo sportello. La circolare 157 dell'Agenzia delle entrate:

- chiede di rivolgersi al Caf per portare i crediti in compensazione, o in alternativa di “loggarsi” al sito dell'Agenzia delle Entrate e scaricare il programma di compilazione F24online o compilare il modello F24web in “diretta”.
- chiede di usare i canali precedenti se il dovuto supera i 1000 euro, o in alternativa di aprirsi un conto corrente online e compilare l'F24 con le procedure disposte da banca o posta.

Lo stato, conoscendo le coordinate bancarie, a suo tempo verrà a prelevare. Non è una modalità inedita: i titolari di partita Iva vi sono soggetti per legge e dal 2007 usano F24online o F24web per portare i crediti in compensazione mentre possono rivolgersi ai Caaf (non all'internet banking) per somme oltre i 1000 euro. «Credo che i disagi siano minori per medici liberi professionisti in quanto partite Iva, mentre saranno notevoli per chi non ha l'Iva e soprattutto per anziani che fin qui usavano modelli cartacei», dice **Nicola Frangi** delegato alla commissione Diritto Tributario dell'Ordine dei commercialisti di Milano. «Chi non ama cimentarsi al pc dovrà rivolgersi a professionisti in caso di F24 saldo zero. Del resto, a interagire direttamente con il Fisco, non è tutto liscio; al di là dei problemi di connessione che possono costringere a ricompilare il modello, s'impiega tempo nel chiedere le credenziali (se si fa on line il Pin è rilasciato una parte subito e l'altra dopo qualche giorno, se si fa la fila all'agenzia delle entrate arriva subito), non si ottiene la ricevuta a fine operazione ma si deve tornare sul sito per avere la certificazione che tutto è ok. Ancor peggio, l'F24 online non rispecchia i campi di quello cartaceo: ad esempio, inverte nelle addizionali comunali le prime colonne e in fase di stampa dispone in modo diverso le righe compilate a video». L'obbligo di F24 online riguarda Irpef, Iva, Imu, Tasi, Ici, insomma tutti i pagamenti con F24. «Fanno eccezione i casi in cui a inviare

l'F24 precompilato è l'ente impositore e –fino a tutto quest'anno- i casi in cui il contribuente ha chiesto di rateizzare la sua Irpef e, avendo iniziato l'anno con la carta, può finire con la carta. Con questa modalità lo stato risparmia sugli aggi alle banche, superiori ai costi dei professionisti malgrado gli F24 presentati da questi ultimi riportino spesso meno errori. I dottori commercialisti in genere –conclude Frangi - assorbono il nuovo onere in quello pattuito nell'ambito del rapporto di assistenza al cliente».

Specializzazione, il Miur pubblica l'elenco delle sedi concorsuali

Publicato dal Miur l'elenco delle sedi di svolgimento delle prove del concorso nazionale per l'accesso alle scuole di specializzazione. Si tratta di un elenco di sedi che potranno essere utilizzate in funzione dell'esigenza, stabilita dal ministro dell'Università, di garantire a tutti i candidati la possibilità di svolgere le prove all'interno della Regione di residenza. Pertanto, fanno sapere i Giovani medici del Sigm, non è detto che tutte le sedi in elenco verranno utilizzate. Il Miur provvederà nei prossimi giorni all'assegnazione dei candidati a ciascuna sede, utilizzando dei criteri non discrezionali. Le sedi sono state individuate sulla base di criteri strutturali, organizzativi e tecnologici, che dovranno garantire pari condizioni per lo svolgimento delle prove a tutti i candidati. Il Miur, in una nota fa sapere, inoltre, che entro il 20 ottobre sarà comunicata a ciascun candidato, attraverso il sito ad accesso riservato www.university.it, la sede in cui dovrà svolgere la prova concorsuale. Mancano ancora i dettagli sul numero degli iscritti a partecipare alle selezioni, anche se dovrebbe essere scongiurato il sovraffollamento delle sedi concorsuali verificatosi in occasione delle prove per l'accesso ai corsi di formazione specifica in medicina generale.

DIRITTO SANITARIO Anche il direttore di U.O.C. è incompatibile con la carica politica

La legge n. 190 del 2012 prevede che, ai fini della prevenzione e del contrasto della corruzione nonché della prevenzione dei conflitti d'interessi, il Governo sia delegato ad adottare più decreti legislativi diretti a modificare la disciplina vigente in materia di attribuzione d'incarichi dirigenziali e d'incompatibilità tra gli stessi e lo svolgimento d'incarichi pubblici elettivi che possano porsi in conflitto con l'esercizio imparziale delle funzioni pubbliche affidate. Pertanto, se è vero che il legislatore, nell'enucleare i criteri direttivi della delega, ha riservato una specifica disciplina per il settore sanitario considerando, espressamente, solo la dirigenza di vertice ovvero il direttore Generale, Amministrativo e Sanitario delle aziende sanitarie locali e ospedaliere, non può ignorarsi che anche altri dirigenti sanitari possano avere, oltre a compiti di tipo strettamente medico-professionale, responsabilità di natura amministrativa e gestionale e che, per tale motivo, non debbano essere trattati diversamente dal complesso della dirigenza nella pubblica amministrazione. Invero, ciò vale con particolare riferimento ai dirigenti di Distretto, ai direttori di Dipartimento e di Presidio e, in generale, di strutture complesse, come nel caso in esame, nonché, ove sia comunque riconosciuta una significativa autonomia gestionale e amministrativa, anche ai dirigenti di struttura semplice. Deve, pertanto, ritenersi che, per identità di "ratio" e competenze, tali figure - pur nella peculiarità della disciplina del personale medico caratterizzata dall'attribuzione formale della qualifica

dirigenziale a tutti gli appartenenti-, in quanto rientranti nella previsione generale della cd. "dirigenza interna" per il riconosciuto espletamento di compiti di natura amministrativo-gestionale, siano, comunque, soggette al campo di applicazione della disciplina in esame.

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

RASSEGNA STAMPA CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

ADDETTO STAMPA OMCEOSS ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584