

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI

(DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA-TEMPIO)

LUNEDI' 8 SETTEMBRE 2014

LA NUOVA SARDEGNA

SASSARI La Asl chiude i conti 2013 con un passivo di 5 milioni Risultato economico pubblicato sul sito. Ora i conti passano al vaglio dei revisori Giannico: «Il miglior bilancio in termini gestionali». Ma nel 2012 c'era il pareggio

Chiude con un passivo di 5 milioni e 495mila euro il bilancio di esercizio 2013 dell'Azienda Sanitaria Locale. Il risultato economico è stato pubblicato sul sito della Asl all'interno di un'ampia relazione di gestione relativa allo stesso anno. Successivamente i conti passeranno al vaglio dei revisori e attraverso un iter che dovrà portare all'approvazione definitiva del documento contabile da parte della Regione. Per il momento il direttore generale Marcello Giannico si dice soddisfatto, considera quello del 2013 «il miglior bilancio della storia della Asl in termini gestionali» e si prepara, nelle prossime settimane, a presentare ufficialmente al collegio sindacale, alla conferenza provinciale dei sindaci e alla Regione il documento economico e finanziario. Un risultato positivo, dunque, a giudizio del manager, nonostante il segno meno davanti a quei 5 milioni e rotti. Ed è lecito avere dei dubbi se si pensa che il precedente esercizio, quello relativo al 2012, era andato in sostanziale pareggio con un insignificante avanzo di 13mila euro. Un risultato che era parso particolarmente degno di nota considerate le vicissitudini dei precedenti conti, compreso uno in particolare, dal quale era scaturita addirittura una vicenda giudiziaria. «Invece - dice Giannico - nonostante l'apparenza questo è il miglior risultato ottenuto negli ultimi anni». E spiega che «il bilancio chiude con una perdita di circa 5 milioni di euro, meno dell'uno per cento del finanziamento regionale che viene riconosciuto ogni anno alla Asl di Sassari. Una percentuale irrisoria rispetto all'intero bilancio» è il commento del manager che ci tiene a sottolineare che il dato negativo non dipende dalla sua gestione ma è frutto del pesante contenzioso con l'Azienda ospedaliero universitaria mai sanato dai predecessori. «Dopo 7 anni dalla nascita dell'azienda mista questo è il primo bilancio dove le poste contabili di crediti e debiti reciproci finalmente quadrano. Il risultato è che abbiamo dovuto iscrivere a bilancio una posta di circa 10 milioni di euro a debito. Diversamente avremmo potuto chiudere con un utile di 5 milioni di euro che avrebbe fatto comodo per programmare

ulteriori e importanti investimenti». Facendo un confronto con i risultati precedenti si nota che nel 2012 si era registrato un avanzo di 13mila euro, nel 2011 un disavanzo di 13 milioni e 897mila euro e nel 2010 un saldo negativo pari a 18 milioni e 546mila euro. I conti sembrano dunque migliorare anche se adesso spetterà ai revisori, e infine alla Regione, impartire la “benedizione” all’operato gestionale dell’attuale direzione aziendale.

QUOTIDIANO SANITA'.IT

Cannabis terapeutica. Entro settembre via libera dal governo. La produrrà l’esercito

Lo riferisce il quotidiano "La Stampa". Secondo il giornale c'è già un via libera da parte dei ministeri interessati, Salute e Difesa mentre l'esecutivo dovrebbe dare il suo consenso definitivo entro fine mese. Sono 9 le Regioni che hanno legiferato sul tema, approvando normative che ne consentono l'utilizzo ai sensi del decreto Turco del 2007.

All’estero sono migliaia i pazienti che utilizzano la cannabis terapeutica. Sono persone affette da sclerosi multipla, Sla, fibromialgia, neuropatia, glaucoma, Hiv o con dolori oncologici. In Italia invece nonostante il decreto del 2007 emanato dall’allora ministro della Salute, **Livia Turco**, che ha riconosciuto l’efficacia farmacologica dell’intera pianta della cannabis, nel 2013 solo 40 pazienti hanno avuto accesso a questa terapia.

Nel nostro Paese infatti, come denunciato a più riprese dall’**Associazione Luca Coscioni**, sono molti ancora gli ostacoli all’accesso a questi prodotti, utili a lenire il dolore delle persone. Ora però la situazione pare stia per cambiare. Infatti, secondo quanto riferisce il quotidiano torinese “La Stampa” il governo si appresta a dare il via libera alla produzione di Cannabis terapeutica. E a farlo sarà l’Istituto farmaceutico militare di Firenze.

Sulla materia c’è già il via libera da parte dei ministri della Difesa, Roberta Pinotti, e della Salute, **Beatrice Lorenzin**. Ed entro la fine del mese in corso dovrebbe arrivare l’assenso definitivo da parte del Governo.

Sempre secondo quanto riferisce “La Stampa” a produrre i farmaci derivati dalla cannabis sarà l’Esercito, l’Istituto farmaceutico militare che ha sede a Firenze, stabilimento, nato con l’obiettivo di produrre farmaci per il mondo militare, che ha esteso la sua attività anche al settore civile.

Attualmente sono 9 le Regioni italiane che hanno legiferato sul tema dei farmaci a base di cannabis, approvando normative che ne consentono concretamente l’utilizzo ai sensi di decreto del 2007 emanato dall’ex ministro Turco. Si tratta di Puglia, Toscana, Veneto, Liguria, Marche, Friuli Venezia Giulia, Abruzzo, Sicilia e Umbria.

Nonostante il decreto Turco e le normative regionali la maggior parte dei farmaci in

questione, non è ancora presente nel mercato italiano e i medici che li vogliono prescrivere, ancora troppo pochi, sono costretti a richiedere l'importazione dall'estero al ministero della Salute. In questo modo si spera che i molti ostacoli all'accesso a questi prodotti possano essere superati.

Tumore dell'ovaio. Scoperto un marcatore di risposta al bevacizumab

Con un semplice esame del sangue sarà possibile sapere in anticipo quali pazienti risponderanno alla terapia anti-angiogenetica e personalizzare così il trattamento. Un risparmio sia in termini economici, che per la paziente, alla quale viene così risparmiato il rischio di effetti indesiderati, derivanti da un farmaco inutile per la sua patologia

Un esame del sangue permetterà in futuro di predire quali pazienti saranno in grado di rispondere ad alcuni trattamenti e il test potrebbe approdare alla pratica clinica già nei prossimi anni. La notizia viene da un gruppo di ricercatori del Manchester *Cancer Research Centre*, che l'ha pubblicata su *Clinical Cancer Research*.

Il test consentirà di prevedere in particolare quali pazienti possono beneficiare di una terapia anti-angiogenetica, come ad esempio il bevacizumab; questo consentirà di risparmiare alla paziente il rischio di effetti collaterali inutili, derivanti dall'esposizione ad un farmaco che non apporterebbe alcun beneficio contro la sua malattia e allo stesso tempo consentirebbe di evitare una spesa inutile per le casse della sanità.

I ricercatori inglesi hanno preso in esame dei campioni di sangue appartenenti a pazienti arruolati in un *trial* internazionale sul trattamento del cancro dell'ovaio, all'interno del quale un gruppo era randomizzato alla chemioterapia tradizionale più placebo e l'altro alla chemioterapia più bevacizumab.

Andando ad analizzare i livelli di una serie di proteine, prima dell'inizio della terapia, gli scienziati hanno individuato due proteine particolari, Ang1 e Tie2, in grado di predire la risposta al trattamento con bevacizumab.

In particolare le pazienti con elevati livelli di angiopoietina 1 (Ang 1) e bassi livelli di *Tunica internal endothelial cell kinase 2* (Tie2), sono quelle che sembrano avere le più alte probabilità di risposta alla terapia anti-angiogenetica. Le pazienti che presentavano elevati livelli di entrambe le proteine erano al contrario quelle con minor possibilità di risposta al farmaco.

La valutazione congiunta dei livelli di Ang1 e Tie2 si propone dunque come un *biomarker* predittivo di una più lunga sopravvivenza libera da malattia (PFS) nelle pazienti con tumore ovarico in trattamento con bevacizumab.

La scoperta andrà adesso verificata attraverso *trial* di maggiori dimensioni. "Nel prossimo futuro – ha anticipato la professoressa **Caroline Dive**, del *Cancer Research Institute* dell'Università di Manchester, coautrice dello studio - abbiamo intenzione di andare ad esplorare ulteriormente la possibilità di utilizzare un esame del sangue per personalizzare il trattamento del cancro dell'ovaio. Arrivare a mettere a punto un

trattamento individualizzato, specifico per ogni paziente e per il loro particolare tumore è un punto chiave per migliorare l'esito del trattamento, risparmiando allo stesso tempo a quelli che non ne potrebbero giovare, gli effetti indesiderati potenziali della terapia”.

Tumore prostata. Un test del sangue potrebbe predire la risposta al trattamento. Ecco i casi

I pazienti con il carcinoma della prostata con la proteina AR-V7 troncata sembrano rispondere di meno all'enzalutamide e all'abiraterone, due farmaci ampiamente utilizzati. Secondo gli esperti, un test del sangue potrebbe predire la resistenza a questi farmaci e indirizzare i pazienti verso altre terapie. Lo studio su The New England Journal of Medicine

I pazienti con tumore alla prostata che presenta la proteina AR-V7 'troncata' - rintracciabile nel sangue – sembrano non rispondere a due farmaci di ampio utilizzo, l'enzalutamide e l'abiraterone. Ad affermarlo è un team di ricercatori del Johns Hopkins Kimmel Cancer Center, negli Stati Uniti, che ha pubblicato i risultati dello studio sul *New England Journal of Medicine*.

Il cancro alla prostata si serve degli ormoni androgeni per crescere. L'enzalutamide e l'abiraterone colpiscono gli androgeni e bloccano la capacità dei recettori di attivare le cellule tumorali prostatiche. L'AR-V7 è una forma troncata del recettore, cui manca proprio la parte che rappresenta dei due farmaci. Ad identificare questa variante è stato nel 2008, **Jun Luo**, Ph. D, del Johns Hopkins.

Nello studio odierno, i ricercatori hanno preso in considerazione due gruppi ciascuno di 31 uomini con tumore alla prostata in fase metastatica e con valori dell'antigene prostatico specifico PSA in crescita, nonostante i bassi livelli di testosterone. Durante lo studio, gli esperti somministravano ad un gruppo di pazienti l'enzalutamide e all'altro l'abiraterone, misurando se i livelli di Psa continuassero a salire, prova dell'inefficacia del trattamento.

I risultati evidenziano che i due farmaci funzionano nell'80% dei casi, ha affermato **Emmanuel Antonarakis, M.D.**, assistant professor di Oncologia al Johns Hopkins e primo autore del paper, mentre circa il restante 20% - 18 pazienti - non trae beneficio. In particolare, nel gruppo dell'enzalutamide, nessuno dei 12 pazienti con AR-V7 positivo ha risposto al farmaco, mentre dei 19 pazienti rimanenti nel gruppo, tutti con AR-V7 negativo, dieci hanno mostrato una risposta. Nel gruppo cui è stato somministrato l'abiraterone, tutti e sei i pazienti con AR-V7 positivo non hanno tratto beneficio dal farmaco; mentre dei rimanenti 25, 17 hanno presentato un risultato.

“Finora non eravamo in grado di indicare quali pazienti non avrebbero risposto alle terapie”, ha dichiarato **Antonarkis**. “Se i nostri risultati verranno confermati da altri ricercatori, un test del sangue potrebbe predire la resistenza all'enzalutamide e all'abiraterone, e consentirci di indirizzare i pazienti con test positivo per l'AR-V7 verso altri tipi di terapie, risparmiando tempo e soldi evitando una terapia inutile”. Antonarkis ha aggiunto che la AR-V7 troncata potrebbe apparire nei campioni di sangue del paziente all'inizio della terapia oppure essere acquisita più tardi, quando la

terapia è già iniziata. Il test “potrebbe anche essere utilizzato per monitorare i pazienti in trattamento con l’enzalutamide o l’abiraterone per l’AR-V7, fornendo indicazione del fatto che il farmaco potrebbe non funzionare per molto più tempo”

I ricercatori, inoltre, hanno misurato la sopravvivenza libera da progressione di malattia: nel gruppo trattato con enzalutamide, tale sopravvivenza era di 2,1 mesi per i pazienti con AR-V7 positiva contro i 6,1 mesi negli altri pazienti; mentre nel gruppo trattato con abiraterone il parametro era pari a 2,3 mesi nei pazienti con la variante positiva contro i 6 mesi degli altri pazienti.

Inoltre, nel gruppo trattato con enzalutamide la sopravvivenza complessiva era di 5,5 mesi (pazienti con AR-V7 positiva) contro 9 mesi (pazienti con AR-V7 negativa); mentre nel gruppo trattato con abiraterone, la sopravvivenza complessiva era di 10,6 mesi (AR-V7 positiva) contro 12 mesi (AR-V7 negativa).

Lo studio è stato finanziato dalla Prostate Cancer Foundation, Department of Defense, e dal National Institutes of Health's National Cancer Institute.

**Emmanuel Antonarkis et al., AR-V7 and Resistance to Enzalutamide and Abiraterone in Prostate Cancer, The New England Journal of Medicine, 3 settembre 2014*

Inquinamento dell’aria: è allarme in Europa

Uno studio presentato ieri a Monaco, in occasione dell’apertura del congresso della European Respiratory Society, ribadisce i pericoli dell’inquinamento. A rischio soprattutto bambini e adulti obesi. La European Lung Foundation assegna un premio all’OMS per le sue linee guida sulla qualità dell’aria e inaugura insieme all’ERS la campagna Healthy Lungs for Life

La relazione tra inquinamento dell’aria e malattie dei polmoni è sempre più evidente. A ribadirla, sottolineando il pericolo, è un nuovo studio appena pubblicato su *European Respiratory Journal* e presentato in contemporanea a Monaco di Baviera, dove si inaugura oggi il congresso annuale della *European Respiratory Society*.

Lo studio conferma quanto già evidenziato in passato da altre ricerche e cioè che i bambini che crescono in zone fortemente inquinate presenteranno un’alterata funzione respiratoria da adulti e un elevato rischio di sviluppare tosse e bronchite. La novità presentata dallo studio ESCAPE (*European Study of Cohorts of Air Pollution Effects*) sta nel fatto che gli obesi emergono come categoria particolarmente sensibile ai danni da inquinamento, forse perché ad elevato rischio di infiammazioni polmonari.

Per lo studio sono stati utilizzati indicatori quali l’intensità del traffico in una certa area e fatte simulazioni di livelli di esposizione a diversi inquinanti, come gli ossidi d’azoto (NO₂ e NO_x) e il particolato (PM).

I parametri di funzionalità respiratoria sono stati raccolti su 7613 soggetti arruolati in otto nazioni (Italia, Svizzera, UK, Francia, Germania, Belgio, Spagna, Svezia).

“Lo studio ESCAPE – affermano gli autori **Nicole Probst-Hensche Martin Adam,**

Swiss Tropical and Public Health Institute – ha confermato le grandi differenze nella qualità dell'aria nelle diverse regioni europee e ha dimostrato che l'inquinamento ha effetti negativi non solo per i bambini, ma anche per gli adulti. Di certo i livelli di inquinamento che si incontrano in Europa sono assai lontani da quelli delle megalopoli cinesi o indiane, ma stiamo osservando sempre più una compromissione della funzionalità polmonare nelle persone esposte ad elevati livelli di inquinamento dell'aria ed è qualcosa di cui preoccuparsi”.

In un rapporto pubblicato a inizio anno, l'OMS ha stimato che l'inquinamento abbia causato nel 2012 sette milioni di morti premature, 3,7 milioni delle quali legate all'inquinamento dell'aria esterna.

“I risultati di questo studio – commenta **Peter Barnes**, presidente dell'ERS – impongono di intraprendere urgenti misure contro l'inquinamento dell'aria in Europa. È di cruciale importanza che le autorità politiche prendano nota di questo e aggiornino le linee guida in tutti gli Stati membri per accogliere le raccomandazioni sugli standard della qualità dell'aria, stilate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Questo assicurerà un uguale livello di protezione a tutti i cittadini della Comunità Europea”.

Sempre oggi, in occasione dell'inaugurazione del congresso di Monaco la *European Respiratory Society* e la *European Lung Foundation* (ELF) lanciano la campagna *Healthy Lungs for Life*; tema di quest'anno 'Respira Aria Pulita'. Nel corso della cerimonia inaugurale infine, **Zsuzsanna Jakob**, Direttore Regionale dell'OMS per l'Europa, riceverà un premio dall'ELF per l'introduzione delle linee guida sulla qualità dell'aria.

SOLE 24ORE SANITA'

Caso Englaro, il Consiglio di Stato respinge il ricorso della Lombardia: «L'alimentazione e l'idratazione artificiale sono atti medici».

Il diritto a una morte dignitosa, sulla scorta del caso di Eluana Englaro, si consolida con un altro tassello. La decisione di somministrare al paziente l'alimentazione e l'idratazione artificiale è infatti in tutto e per tutto un «atto medico». E' quindi diritto del paziente o del suo tutore decidere di rifiutarlo o interromperlo, secondo quanto previsto dall'art. 32 della Costituzione. E la Regione guidata all'epoca da Roberto Formigoni aveva l'obbligo di garantire la sospensione delle terapie alla donna rimasta in stato vegetativo per quasi 18 anni. E' questo il cuore della sentenza del Consiglio di Stato n. 04460, depositata il 2 settembre 2014, con la quale il giudice speciale amministrativo ha respinto l'appello presentato dalla regione Lombardia contro la sentenza del Tar lombardo n 314 del 26/01/2009.

Il Tar lombardo aveva accolto il ricorso di Beppino Englaro, padre di Eluana - morta

a Udine il 9 febbraio 2009 a seguito dell'interruzione della nutrizione artificiale - contro il provvedimento della Dg Sanità della Regione Lombardia del 3 settembre con il quale la stessa Regione respingeva la richiesta, formulata dal padre di Eluana, di mettere a disposizione una struttura per il distacco del sondino naso-gastrico che alimentava e idratava artificialmente la ragazza.

Eluana Englaro, fu infatti trasportata in Friuli nel febbraio 2009, alla clinica La Quiete di Udine, per vedere attuata la sentenza della Cassazione che autorizzava la sospensione del trattamento terapeutico e del sondino nasogastrico, e che la Lombardia si rifiutò di attuare.

«La decisione di somministrare al paziente l'alimentazione e l'idratazione artificiale - si legge nella sentenza del Consiglio di Stato - è, in tutto e per tutto, il frutto di una strategia terapeutica che il medico, con il consenso informato del paziente, adotta valutando costi e benefici di tale cura per il paziente, ed è particolarmente invasiva, per il corpo del paziente stesso, poiché prevede, nel caso della nutrizione enterale, addirittura l'inserimento di un sondino che dal naso discende sino allo stomaco o l'apertura di orificio, attraverso un intervento chirurgico, nell'addome».

«L'inserimento, il mantenimento e la rimozione del sondino naso-gastrico o della Peg sono dunque atti medici», continua la sentenza. «E non possono in alcun modo essere considerati una forma di alimentazione sui generis, quasi un regime dietetico a parte, un surrogato dell'alimentazione e idratazione naturale».

Il nodo delicatissimo sollevato dalla Regione Lombardia è quello del «diritto a morire», che secondo l'appellante non trova spazio nel nostro ordinamento e soprattutto non è contemplato dalla complessa disciplina di settore, che regola il Servizio sanitario nazionale, e tra i Lea, i livelli di assistenza sanitaria.

«La Regione trascura in questo modo però - si legge nella sentenza del Consiglio di Stato - che a base del proprio rifiuto di ricoverare l'assistito (per la rimozione del sondino ndr) essa ha inteso porre e imporre d'imperio una visione assolutizzante, autoritativa della "cura" e, in ultima analisi, al suo fondamentale e incompressibile diritto di autodeterminazione terapeutica, quale massima espressione della sua personalità».

E ancora, «Certo - ed è quanto solo rileva ai fini del presente giudizio - non compete alla Regione far valere, rivestendo anticipatamente un ruolo difensivo, presunti profili di responsabilità del personale medico, con l'affermazione, implicita ma chiara, che eseguire la volontà del tutore significherebbe compiere un delitto, poiché tale affermazione, oltre che impropria, è errata, essendo tale comportamento scriminato, proprio come dimostra la vicenda in questione».

La sentenza, estremamente ricca e complessa, non mancherà di avere ripercussioni anche sulla spinosa questione del testamento biologico.

Fnomceo: manca il decreto, nessuna sanzione per chi non si assicura

Nessuna sanzione disciplinare per i medici e per gli odontoiatri che non si assicurano, fino a quando non sarà emanato il Dpr previsto dal decreto Balduzzi, che disciplinerà le procedure e i requisiti minimi e uniformi per l'idoneità dei contratti assicurativi. Lo ha scritto nero su bianco la Fnomceo, in una lettera al ministro della Salute, Beatrice Lorenzin. Infatti, ai sensi dell'articolo 5 del Dpr 137/2012, la mancata stipula di una polizza costituirebbe illecito disciplinare. Ma Luigi Conte, segretario della Federazione, ha precisato: «Non ci sembra giusto dare operatività all'obbligo di legge che prevede le sanzioni e non applicare contestualmente l'altro obbligo, vale a dire l'emanazione del Dpr che definisca i requisiti minimi del contratto, oltre a istituire il Fondo: elementi di tutela assolutamente necessari per dare serenità ai nostri professionisti». Infatti, nonostante numerose richieste di proroga, l'obbligo di assicurarsi per i professionisti della Sanità è scattato il 15 agosto scorso, in assenza appunto, di questo decreto che preveda, tra l'altro, la costituzione di un Fondo per garantire idonea copertura assicurativa ai professionisti. Restano da chiarire ancora numerosi punti oscuri: il nodo specializzandi, la normativa per gli atipici e per i pensionati, senza dimenticare chi ha perso il lavoro o chi, pur non esercitando, non voglia essere cancellato dall'Ordine.

DOCTOR33.IT

Certificati sportivi, ecco le linee guida: Ecg annuale a over 60 e categorie a rischio

Per praticare sport amatoriale ci vuole il certificato rilasciato dal medico di famiglia per l'adulto e dal pediatra per il bambino, o dai medici delle società tesserate Coni o della Federazione medici sportivi. E soprattutto ci vuole l'elettrocardiogramma: pregresso (anche di anni) per gli "amatori" senza fattori di rischio; annuale dopo i 60 anni se lo sportivo presenta anche un solo fattore di rischio; e annuale per gli under 60 in caso di patologie croniche. Lo affermano le linee guida del Ministero della Salute sui certificati sportivi appena uscite e introdotte da una circolare del ministro Beatrice Lorenzin, che ora aspettano l'ok della Corte dei conti. Le linee guida interessano gli studenti che praticano sport in ambito scolastico ma fuori orario (corse campestri etc), i partecipanti ai giochi della gioventù fino alle selezioni regionali e i tesserati Coni sotto i 12 anni e sopra i 45 (tra i 12 e i 45 queste società tesserano "agonisti" per i quali valgono regole certificatorie più complesse). L'attesa è durata un anno circa: ad agosto 2013 a sorpresa il decreto legge sulle semplificazioni aveva provato ad abrogare il certificato per queste attività sportive, colpendo nel vivo la legge Balduzzi e un regolamento di due mesi prima che imponevano l'Ecg "a tappeto". In fase di conversione però all'articolo 42 bis il legislatore aveva rimesso l'obbligatorietà dei certificati lasciando però ai medici la scelta se eseguire o no l'Ecg: un indirizzo ribadito da una recente nota ministeriale a Fimmg e Fimp. In realtà, mentre i medici sportivi della Fmsi sostengono l'Ecg perché legge aritmie che

la visita semplice non vede, altri – soprattutto i pediatri – affermano che non va fatto a tappeto su tutti. La Fnomceo aveva “mediato” rilasciando una linea guida dove si chiede ai cittadini di tenere tra i documenti per il certificato almeno un Ecg datato. Due mesi fa il consiglio superiore di sanità ha dato l’ok alla linea guida e ora la bozza del Ministero aggiunge che il medico, oltre a poter prescrivere altri esami se crede, deve conservare i referti del suo paziente ovvero registrarne i dati nella scheda assistito informatizzata. **Maria Grazia Catellani**, presidente dei probiviri Fimp, sottolinea intanto come non sia necessario l’ecg annuale per i giovani sportivi. «Se per gli adulti, ovvero in presenza di fattori di rischio o di pratiche sportive impegnative/borderline, l’Ecg annuale appare indispensabile, come lo è per lo sport agonistico dei tesserati Coni tra 12 e 45 anni e le gran fondo e le maratone, per un bambino fino a 12 anni esso non dà garanzie perché non vede tutte le patologie e tutte le aritmie. Inoltre, un Ecg in un bambino va letto da figure specializzate, data la variabilità di parametri come il qt. Bene farebbe il Ministero – affermava Catellani, ancora in attesa della circolare ministeriale – a dirottare le risorse per Ecg periodici sulla popolazione adulta e a rischio e ad emanare, specie per noi pediatri, più utili linee guida anamnestiche come quelle applicate sui giovani sportivi Usa e israeliani e di alcuni paesi Ue».

Manca regolamento, Bianco dichiara slittato obbligo Rc per i medici

L’Ordine dei Medici ritiene ancora non operante l’obbligo per i medici di assicurarsi contro i danni da responsabilità civile, e non attive le sanzioni disciplinari previste dalla legge e dal nuovo codice deontologico all’articolo 54 per chi non si assicura. Lo scrive il presidente della Federazione degli Ordini **Amedeo Bianco** al Ministro della Salute **Beatrice Lorenzin**, sottolineando che l’obbligo previsto fin dalla manovra Tremonti 2012 e scattato da Ferragosto di quest’anno, non opera “a parere di questa Federazione... fino a quando non sia emanato il decreto di cui all’articolo 3 del decreto legge 158/12”. Dunque, la professione ha una preoccupazione in meno, finché non uscirà il regolamento previsto dalla legge Balduzzi che impone al governo di facilitare l’accesso alle polizze Rc alle categorie più a rischio, definendo i requisiti per accedere alle polizze e le regole per contrattare con le Compagnie assicurative. La richiesta della Balduzzi nasce dal fatto che tutti i medici devono assicurarsi ma le Compagnie a loro volta non sono obbligate a coprirli. La legge rimedia con l’istituzione di un fondo finanziato in parte con contributi versati dai medici interessati alla copertura, in parte con il 4% della raccolta premi Rc. Il regolamento per il Fondo non è uscito in tempo, ma - ricorda Bianco - le leggi, e in particolare la recente riforma della Pubblica amministrazione, impongono “l’obbligo di garantire idonea copertura assicurativa ai professionisti sanitari, anche nell’esercizio dell’attività intramuraria”, e l’adempimento di tale obbligo presume la definizione delle categorie di rischio professionale che più hanno bisogno del Fondo. In mancanza, secondo Fnomceo, per chi non è assicurato non vige l’obbligo di legge e non sussiste neppure il rischio delle sanzioni disciplinari previste dalla manovra

Tremonti 2012 e contemplate nel nuovo Codice.

Tar Lazio: Mmg non parasubordinati ma professionisti soggetti a studi di settore

«Apprendiamo adesso della sentenza sugli studi di settore, occorre capire le motivazioni e ci vorrà una decina di giorni per ottenerle e valutare che fare, analizzando i contenuti, la porzione di categoria coinvolta». Carmine Scavone responsabile fisco del sindacato Fimmg non si pronuncia sulla sentenza della III sezione del Tar Lazio secondo la quale i medici di famiglia convenzionati devono essere inclusi negli “studi di settore”, cioè il metodo con cui si determinano i compensi da lavoro autonomo. Tale metodo, riassunto un anno fa nel modello VK10U, utilizza il valore dei beni del medico ai fini del calcolo del reddito (presunto). «Per noi medici di famiglia invece il reddito effettivamente percepito non può essere presunto con i modelli dell’Agenzia delle Entrate in quanto non è prodotto con logiche d’impresa, ma è sostanzialmente legato allo stipendio erogato dal Ssn e regolato dalla convenzione. Per semplificare, secondo noi avere un locale in più non vuol dire essere più ricchi».

«Facemmo ricorso al Tar a luglio 2013 - rievoca Scavone - quando l’Agenzia delle entrate elaborò il nuovo cluster specifico per la nostra categoria, riconoscendo la nostra diversità sostanziale ma non tutte le osservazioni da noi presentate attraverso il Sose (la Società di Tesoro e Bankitalia preposta a modellare gli studi di settore in base alla reale situazione economico-giuridica delle varie professioni, ndr). Oltre all’annullamento dello studio di settore, come Fimmg avevamo chiesto la sospensione immediata del cluster ma il Tar non ce l’aveva riconosciuta per mancanza di motivazione; la sentenza appena uscita rivelerà gli indirizzi dei giudici su quanto la nostra organizzazione differisca o meno dall’organizzazione di un libero professionista puro».

Addetto stampa - Maria Antonietta Izza

ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584