

# RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI

(DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA-TEMPIO)

MERCOLEDI' 10 SETTEMBRE 2014

## LA NUOVA SARDEGNA

### Un équipe di studiosi di Sassari e Cagliari ha pubblicato una ricerca

Arriva dalle Università di Sassari e di Cagliari l'allarme sull'uso improprio della cosiddetta terapia chelante. La professoressa Maria Antonietta Zoroddu con i ricercatori Massimiliano Peana e Serenella Medici, insieme ai professori Guido Crisponi e Valeria Marina Nurchi e alle ricercatrici Joanna Izabela Lachowicz e Miriam Crespo-Alonso, hanno pubblicato la ricerca "Kill or Cure" su una delle più prestigiose riviste in campo chimico: "Coordination Chemistry Review".

## L'UNIONE SARDA

### TEMPIO Neurologia e oncologia, assistenza domiciliare

Da ieri anche i pazienti del distretto sanitario di Tempio potranno contare sulle cure palliative oncologiche e neurologiche a domicilio. La Asl di Olbia estende il servizio delle cure domiciliari integrate ai pazienti del Nord Gallura. Dopo i fisiatristi, psicologi e assistenti sociali, anche gli oncologi e i neurologi raggiungeranno le abitazioni delle persone sottoposte alle terapie. «Quello che parte oggi - spiega Anna Manconi, direttore del Distretto sanitario di Tempio - è un progetto importante per la nostra popolazione e prevede, oltre all'assistenza sanitaria, un approccio sociale alla salute, con la valorizzazione delle cure domiciliari territoriali, che consentiranno un buon utilizzo delle risorse sanitarie, una riduzione dei ricoveri impropri e un'adeguata personalizzazione dell'assistenza». Per informazioni i pazienti o i loro parenti possono contattare il Punto unico di accesso del distretto di Tempio Pausania, componendo lo 079 678354 – 379 – 374.

QUOTIDIANO SANITA'.IT

## **Medici fiscali. Vargiu (SC): "Solidarietà a chi tutela gli onesti dai furbi"**

*Il presidente della Commissione Sanità della Camera esprime solidarietà ai medici fiscali Inps che hanno protestato oggi in piazza Montecitorio. "La lotta all'assenteismo va sostenuta con risorse vere. Il governo deve fare la sua parte".*

"I medici fiscali hanno ragione, la lotta all'assenteismo va sostenuta con risorse vere. Durante le audizioni in Commissione abbiamo constatato, di fronte a numeri inattaccabili, che il taglio delle risorse ha comportato meno controlli e meno accertamenti. La soluzione da noi indicata è chiara e largamente condivisa, il governo deve fare la sua parte" lo dichiara **Pierpaolo Vargiu**, presidente della Commissione Sanità della Camera dei Deputati, esprimendo sincera solidarietà ai medici fiscali Inps che hanno protestato oggi in piazza Montecitorio.

Dal maggio 2013 l'Inps ha infatti ridotto drasticamente e poi, dal 1° ottobre dello stesso anno, ha di fatto interrotto le visite mediche di controllo domiciliare disposte d'ufficio. La Commissione Affari Sociali di Montecitorio si è interessata della questione svolgendo un'indagine conoscitiva dal febbraio al maggio scorso al termine della quale ha indicato nel polo unico di controllo in capo all'Inps la prospettiva migliore per un'attività di controllo più efficace.

## **Fecondazione eterologa. Intervista a De Biasi (PD): "Bene discussione parlamentare ma Lorenzin emani subito linee guida nazionali"**

*Per il presidente della commissione Igiene e Sanità del Senato, non essendoci un vuoto normativo, è sufficiente l'intervento del Ministero della Salute per regolamentare a livello nazionale tutti gli aspetti tecnici della materia garantendo la sicurezza delle coppie. In un secondo momento, il Parlamento potrà legiferare su tutte quelle tematiche bioetiche riguardanti l'eterologa. "Serve un atto di coraggio da parte del ministro Lorenzin"*

"Il tema è molto delicato. Stiamo parlando di una malattia: la sterilità. Dobbiamo dare una risposta alle coppie affette da questa patologia e ottemperare alla sentenza della Corte Costituzionale che ha sancito, per loro, il diritto alla genitorialità. Per far questo, non essendoci un vuoto normativo, servono immediatamente delle linee guida nazionali. Il ministro Lorenzin deve avere coraggio e assumersi le proprie responsabilità emandandole. A quel punto il Parlamento, con lo stesso senso di responsabilità, si occuperà di legiferare su tutte quelle questioni bioetiche riguardanti i vari aspetti della fecondazione eterologa". Così la presidente della commissione Igiene e Sanità del Senato, Emilia Grazia De Biasi (PD), ha chiarito la sua posizione a pochi giorni dall'approvazione, da parte della Conferenza delle Regioni, delle direttive per l'introduzione della fecondazione eterologa in Italia.

**Presidente De Biasi, la discussione riguardante la fecondazione eterologa sembra sembra essersi impantanata nella diatriba tra chi afferma la necessità di**

**una legge nazionale e chi, invece, vorrebbe immediatamente delle linee guida da parte del Ministero della Salute. C'è da dire, però, che una strada non sembra escludere l'altra. Lei cosa ne pensa?**

E' senz'altro necessario un intervento legislativo e il Parlamento si assumerà la responsabilità di affrontare tutti quegli aspetti bioetici che potranno sorgere su questo tema: penso, ad esempio, alla fecondazione eterologa per i single, piuttosto che per le coppie gay. Intendiamoci, il mio non è un giudizio a favore o contrario, riconosco però che sono tematiche delicate delle quali è giusto discuterne insieme in Parlamento prendendosi tutto il tempo per farlo.

C'è però un altro aspetto da affrontare con maggiore urgenza, ossia mettere in sicurezza le coppie e dare risposta ad una sentenza della Corte Costituzionale. Ecco, tutti questi aspetti tecnici possono e devono essere affrontati con tempestività, e per farlo è sufficiente un regolamento, non serve un passaggio parlamentare. D'altro canto la stessa legge 40 parla di aggiornamento triennale della linee guida. E' il tempo giusto.

**Quali aspetti potrebbero essere regolamentati in queste linee guida nazionali?**

Penso a degli standard di sicurezza nazionali, alla possibilità di eseguire l'eterologa in centri pubblici specializzati, alla possibilità di garantire una parità di trattamento economico per le coppie, ma anche allo stesso inserimento dell'eterologa nei Lea che, ricordiamo, dovrebbero essere aggiornati a breve, così come previsto nel Patto per la salute. E serve un regolamento da parte del Ministero anche per recepire la direttiva UE sull'utilizzo di cellule umane a scopo riproduttivo in modo da non incappare in una procedura di infrazione.

Fare tutto questo vorrebbe dire anche scongiurare eventuali problematiche quali il rischio di commercializzazione dei gameti, ad esempio. Quest'ultimo verrebbe meno garantendo la possibilità di realizzare la fecondazione eterologa in centri pubblici che operano alla luce del sole, assieme a quelli privati che dovranno attenersi alle linee guida nazionali.

Ripeto, tutto questo è realizzabile immediatamente con un semplice regolamento.

**Su quali altri aspetti si potrebbe intervenire con un regolamento?**

Servirebbe senz'altro un registro dei donatori. E' giusto che, in questo senso, si preveda un limite di età sia per i donatori che per le stesse madri. Giusto anche ribadire il diritto all'anonimato da parte del donatore. Nei Paesi in cui questo diritto non viene riconosciuto, possiamo dire che l'eterologa praticamente non esiste: un conto è la donazione, altro è la paternità. E' evidente che il registro potrà servire in caso di gravi malattie genetiche della persona nata per risalire al donatore/donatrice.

**Cosa risponde, invece, a chi parla di un rischio di eugenetica?**

Dico che è uno spettro che viene agitato ogni volta che si parla di procreazione medicalmente assistita. Esistono protocolli scientifici internazionali sottoscritti anche dall'Italia che si occupano approfonditamente di questo ed indicano in maniera chiara che di questi aspetti si occupa unicamente il medico e non la coppia. Insomma, è giusto e sacrosanto che l'eterologa non diventi un 'supermercato', ma questo rischio non sussiste. Bisogna avere fiducia nella professionalità dei medici e rispetto delle persone.

## **Cosa ne pensa del documento approvato pochi giorni fa all'unanimità dalle Regioni?**

Il documento approvato dalle Regioni è importantissimo e le ringrazio. Approvandolo all'unanimità hanno dato dimostrazione di un grande senso di responsabilità evitando che in Italia potessero nascere 21 modi diversi di intendere ed applicare la fecondazione eterologa. Anche per valorizzare questo atto molto significativo occorre un quadro di riferimento nazionale con le linee guida.

**In conclusione, possiamo dire che la discussione parlamentare è ben accetta ma è necessario da parte del ministro Lorenzin un intervento immediato per mettere in sicurezza le coppie?**

Sì. Il Parlamento si occuperà di eterologa normando, con grande responsabilità, tutti quegli aspetti bioetici che non possono essere affrontati da un semplice regolamento. Ma per questo saranno necessari tempi lunghi. Nella migliore delle ipotesi serviranno almeno 8-10 mesi. Al ministro Lorenzin chiedo la stessa assunzione di responsabilità. Serve nell'immediato un atto di coraggio per dare risposta, sia alla sentenza della Consulta, che al documento delle Regioni.

Dobbiamo sempre tenere a mente che non stiamo parlando di un capriccio ma di una patologia: la sterilità. Bisogna dare una risposta a queste coppie, e garantire non solo la loro sicurezza ma anche quel loro diritto alla genitorialità sottolineato dalla stessa sentenza della Consulta.

## **Sangue e Plasma. In Conferenza Stato Regioni gli obiettivi per raggiungere l'autosufficienza nazionale**

*Mentre per servizi trasfusionali e delle unità di raccolta si avvicina la scadenza per il loro accreditamento, arriva all'esame della Conferenza dell'11 settembre il Programma 2014 per l'autosufficienza nazionale del sangue e dei suoi prodotti. In esame anche il documento sulle norme di polizia sanitaria per l'importazione di pollame e uova da cova. Il TESTO*

In cinque anni dal 2009 al 2013 la rete trasfusionale italiana ha continuato a garantire l'autosufficienza nazionale per tutti i componenti del sangue ad uso clinico (globuli rossi, piastrine e plasma). Solo nel Lazio e in Sardegna si rileva una carenza strutturale di globuli rossi, compensata comunque dalle regioni con una maggiore capacità di produzione. E ancora, se la stragrande maggioranza delle regioni hanno chi più chi meno raggiunto l'autosufficienza per i medicinali plasma derivati prodotti, sette Regioni – Calabria, Campania, Lazio, Molise, Puglia e Sardegna – sono ancora lontane o molto lontane dal raggiungere l'obiettivo. E ancora, il numero complessivo dei pazienti trasfusi con globuli rossi nel 2013 mostra un trend in lieve diminuzione rispetto all'anno precedente.

Sono questi solo alcuni dei dati relativi all'attività delle rete trasfusionale italiana che conferma nonostante il gap tra regioni la capacità complessiva di garantire sistematicamente un equilibrio quantitativo adeguato fra produzione e fabbisogno di emocomponenti ad uso trasfusionale e di perseguire l'obiettivo dell'autosufficienza di medicinali plasma derivati.

Un sistema da tenere però sempre sotto monitoraggio costante come peraltro previsto dall'Accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010 sui requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi del sistema sangue.

Parte da qui il Programma nazionale per l'autosufficienza nazionale del sangue e dei suoi prodotti per l'anno 2014 che - insieme allo schema di D.lgs di attuazione della Direttiva CE sulle [norme di polizia sanitaria](#) per gli scambi intracomunitari e le importazioni in provenienza dai paesi terzi di pollame e uova da cova - arriva all'esame della Conferenza Stato Regioni dell'11 settembre giovedì prossimo.

Un programma definito dal ministero della Salute sulla base delle indicazioni del Centro nazionale sangue e delle strutture regionali di coordinamento che detta le coordinate per raggiungere appunto gli obiettivi di autosufficienza i quali però "non possano essere considerati in modo disgiunto dal processo di adeguamento qualitativo del Sistema trasfusionale al dettato normativo comunitario". Un processo di adeguamento che prevede la conclusione dell'accreditamento istituzionale dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta entro il 31 dicembre 2014.

Pochi mesi ancora per raggiungere i requisiti previsti dall'accordo del 2010. Una "condicio sine qua non" per l'accesso al sistema di lavorazione del plasma nazionale, sottolinea il documento, il cui mancato conseguimento nei tempi previsti "comporterà a carico dei servizi trasfusionali inadempienti (e dei relativi servizi regionali) l'impossibilità di utilizzare il plasma per la produzione di medicinali plasmaderivati, inficiando in tal modo il percorso verso l'autosufficienza di tali prodotti".

Anche perché "ove questo non accadesse si verificherebbe un'importante perdita di risorse, un rilevante aggravio di spesa, la perdita di una preziosa parte del patrimonio etico del dono, oltre a configurarsi una inaccettabile situazione di disparità dei livelli qualitativi e, conseguentemente, della sicurezza, degli emocomponenti labili ad uso trasfusionale nei confronti dei cittadini assistiti".

## **Asma occupazionale. In un caso su cinque la causa è la farina**

*Un'ampia ricerca condotta in Francia sulle cause dell'asma occupazionale, rivela che il responsabile numero uno non è un agente chimico, ma la comune farina. Da quest'indagine conoscitiva, scaturiranno misure di prevenzione mirate*

La candida farina, nasconde un'anima nera. Stando ai risultati di una ricerca appena presentata al congresso della *European Respiratory Society*, si trarrebbe infatti del principale fattore di rischio per asma occupazionale (o professionale).

La ricerca, la più ampia nel suo genere mai condotta in Francia, ha preso in esame 330 casi di asma occupazionale, provenienti da una rete di pneumologi specializzati in patologie professionali, raccolti in una finestra temporale di tre anni.

La farina è risultata essere il fattore causale di un caso su cinque di asma occupazionale, seguita dall'esposizione all'ammoniaca, contenuta nei prodotti di pulizia (15% dei casi).

Le più colpite sono le donne, con una prevalenza di 43 casi per milione, rispetto ai 29 casi per milione registrati tra i maschi.

I tassi di incidenza appaiono più alti tra gli operai, specializzati e non (116 per milione), rispetto ai lavoratori agricoli (97 casi per milione).

In generale, la maggior incidenza di casi di asma occupazionale si è registrata tra gli addetti alla produzione di cibi e bevande (279 per milione), rispetto ai lavoratori agricoli (160 per milione).

“Questo studio – commenta il professor **Frederic De Blay**, Ospedale Universitario di Strasburgo - ci ha fornito un quadro preciso dei casi di asma occupazionale in Francia, aiutandoci ad individuare in quali contesti le persone sono esposte ad agenti nocivi e chi ha maggiori probabilità di esserne danneggiato. Questo aiuterà a mettere a punto misure di prevenzione, per proteggere in maniera efficace le persone a rischio di asma occupazionale”.

SOLE 24ORE SANITA'

## **Lorenzin: sì alla spending sul ministero purché si risparmino i cittadini**

Purché i tagli non tocchino i cittadini, ben venga la spending sul ministero. Ad affermarlo è la ministra della Salute Beatrice Lorenzin, intervistata a Unomattina. «La situazione è complicata e lo sappiamo tutti. Se il taglio del 3% è al ministero siamo in grado di reggere, diverso è per il fondo sanitario che ad oggi è comunque in sicurezza», ha affermato la titolare della Salute rispondendo ad alcune domande sulle prossime misure di spending review. «Se bisognerà fare tagli - ha aggiunto - li faremo e cercheremo di eliminare al massimo il disagio per i cittadini».

Per poi precisare: «Purtroppo i tagli incidono comunque nell'attività del ministero, che riguarda tanti servizi (investimenti nella ricerca scientifica, controllo e sicurezza porti e aeroporti, ispezioni agroalimentari)».

## **Sclerosi multipla: il futuro è staminale. Buoni i primi risultati del progetto Mesems**

Sembra assolutamente promettente il trattamento a base di cellule staminali mesenchimali per la cura della sclerosi multipla, testato su 81 pazienti, di cui 28 italiani, grazie al progetto internazionale Mesems, che si concluderà nel 2016, e che è coordinato dal neurologo Antonio Uccelli dell'Università di Genova. I risultati sono stati annunciati a Boston al Congresso mondiale sulla patologia. Il coordinamento del progetto è tutto italiano, ma coinvolge ricercatori di Spagna, Francia, Inghilterra, Svezia, Danimarca, Svizzera, Canada e Australia. Nel dettaglio, Mesems è il primo studio internazionale di fase II, effettuato in doppio cieco e impegnato a sperimentare la sicurezza di un trattamento con cellule staminali mesenchimali su pazienti con

sclerosi multipla.

**Nessun evento avverso significativo.** Gli 81 pazienti sono il 50% dei 160 previsti dal trial: circa 73 (pari al 90% del totale dei reclutati e avviati al trattamento in cieco) hanno ricevuto almeno un'iniezione di trattamento con mesenchimali oppure di placebo, mentre 51 (pari al 63%) hanno ricevuto entrambe le iniezioni e 27 pazienti (33% del totale reclutati) hanno concluso lo studio. «Il risultato promettente è che al momento nessuna di queste 27 persone ha denotato eventi avversi significativi. Vuol dire che, sinora, il trattamento suggerisce di essere sicuro», afferma Uccelli.

Ovviamente, sottolinea, «è necessaria prudenza e per avere un dato definitivo su sicurezza ed efficacia della terapia bisognerà attendere la fine dello studio, nel 2016».

**Mesems Plus.** Nel frattempo, il comitato etico di Genova ha approvato un'estensione di altri due anni del progetto: si chiamerà Mesems Plus e questo, come spiega lo stesso Uccelli, «sarà importante per verificare più a lungo termine, oltre l'anno di osservazione previsto da Mesems, la sicurezza del trattamento in studio e l'eventuale occorrenza di eventi avversi in tutte le persone trattate».

## **Eterologa in Veneto da ottobre. Il 24 settembre la cifra del copayment a livello nazionale**

«In Veneto partiremo il primo ottobre, dopo aver concordato con le altre Regioni il costo del ticket, che vorremmo essere assolutamente popolare e che naturalmente deve essere uguale in tutta Italia. Partiremo a prescindere dalle scelte che saranno fatte a dalla politica romana. Se ritengono di dover fare una legge, la facciano e la approvino». Non usa mezzi termini il governatore del Veneto Luca Zaia - impegnato dal momento dell'approvazione in Conferenza Stato-Regioni in un "duello" a distanza con i paladini di una via parlamentare - nel presentare la delibera con cui ieri la Giunta ha recepito le linee di indirizzo per la regolamentazione delle procedure di accesso ai 36 centri centri accreditati.

«In Veneto – ha aggiunto il governatore – forniremo anche un accompagnamento psicologico per le coppie che decideranno di farla, perché vogliamo che l'assistenza sanitaria non si fermi all'aspetto meramente tecnico-scientifico, ma si occupi anche della persona. Saranno applicate le linee guida più attente ed equilibrate del mondo, con un esplicito e deciso no all'eugenetica, la totale gratuità della donazione per evitare l'indecoso business che si verifica in tanti Paesi esteri, la garanzia dell'anonimato del donatore, il ragionevole limite di età tenendo anche conto delle infertilità causate da svariate patologie o da cure impattanti come la chemioterapia. Credo – ha concluso Zaia – che una lettura attenta di un documento così serio potrà aiutare a convincere anche chi, legittimamente, in questi giorni ha espresso perplessità».

A giorni si affronterà la questione compartecipazione: per la definizione del ticket, i direttori generali delle Regioni (per il Veneto, Domenico Mantoan) si riuniranno il 16 settembre; per il 24 settembre è prevista una riunione del Coordinamento degli assessori (retto dal veneto Luca Coletto) che dovrebbe ufficializzare il costo della

compartecipazione.«Secondo noi, intendo tutte le Regioni – ha detto da parte sua Coletto – questa nuova prestazione è assolutamente paragonabile alla fecondazione omologa già inserita nei Lea e, come questa, rientra nella fattispecie della procreazione medicalmente assistita e quindi è da considerarsi pressoché automaticamente inseribile nei Lea. Attendiamo risposte di buon senso – ha aggiunto – anche perché, dopo che le Regioni hanno dato un luminoso esempio di federalismo reale togliendo le castagne dal fuoco al Governo, non si pensi che tutti i costi, ticket escluso, debbano ricadere sui bilanci regionali».

## **Semestre Ue: appuntamento "informale" a Milano per i ministri della Salute**

Meeting informale a Milano il 22 e 23 settembre prossimi per i ministri della Salute dei Paesi dell'Unione. Un appuntamento d'obbligo per la presidenza italiana del semestre europeo. L'incontro è esteso ai rappresentanti di Parlamento, Consiglio e Commissione europea, anche ai ministri dei Paesi Efta (European Free Trade Association: Islanda, Liechtenstein, Norvegia, Svizzera) e a grandi organizzazioni internazionali operanti nel settore sanitario (Ocse, Oms).

Il programma dell'evento di Milano prevede tre sessioni, precedute da una colazione di lavoro, nel corso della quale i Ministri affronteranno il tema della terapia del dolore e delle cure palliative.

La prima delle tre sessioni in programma sarà dedicata al tema dell'innovazione per il beneficio dei pazienti, la seconda sessione è relativa alle azioni che l'Unione europea sta mettendo in campo in riferimento all'epidemia di malattia da virus Ebola che interessa alcuni Paesi africani. Nella seconda giornata le delegazioni discuteranno della prevenzione dei tumori, argomento di grande importanza per i Paesi dell'Unione, dal momento che il cancro è la seconda causa di morte (29% per gli uomini e 23% per le donne) e ogni anno oltre 2,5 milioni di persone nell'Unione ricevono una diagnosi di cancro, con un forte impatto sui sistemi sanitari e costi per la società.

Al meeting Informale sono abbinati due eventi collaterali: il consueto meeting degli attaché che si occupano di salute, per conto dei diversi Stati membri, presso le istituzioni comunitarie, e la prima riunione di un Comitato di esperti sul cancro che la Commissione europea ha costituito per dotarsi di un supporto tecnico-scientifico in materia.

DOCTOR33.IT

## **Tagli lineari? Troise (Anaa): nessuno pensi di riversarli sul personale**

I tagli lineari lasciano il posto a quelli semilineari, ma la spending review minaccia di



sfrondare 20 miliardi dal bilancio pubblico e la sanità non ne sarebbe esclusa. Il segretario nazionale Anaa Assomed Costantino Troise ricorda che «il ministro della Salute e l'ex presidente della Conferenza delle Regioni Vasco Errani avevano sostenuto, non più tardi di qualche mese fa, che la sanità non era in condizione di accettare tagli ulteriori rispetto a quelli già fatti tra il 2011-2014». Eppure, proprio ieri, la stessa Beatrice Lorenzin ha dichiarato che «se bisognerà fare tagli li faremo e cercheremo di eliminare al massimo il disagio per i cittadini», aggiungendo però che «se il taglio del 3% è al ministero siamo in grado di reggere, diverso è per il fondo sanitario, che ad oggi è comunque in sicurezza». Troise si domanda su quali voci andrebbero a cadere i tagli e avverte che «in questo modo si va a aumentare il gap che ci separa dai nostri vicini europei e nemmeno posso pensare che si possano far ricadere sulla voce personale, che è in condizioni sempre più gravose ed è l'unico che tiene aperti i cancelli della fabbrica della sanità». Chi sta tentando di mettere in sicurezza i conti dello Stato, secondo Troise «dovrebbe avere l'accortezza di capire che i settori non sono tutti uguali e, per quanto riguarda l'impatto sociale ed economico, i tagli alla sanità hanno un valore negativo doppio perché incidono negativamente sulla esigibilità del diritto alla salute che la costituzione definisce fondamentale per i cittadini e perché deprimono un settore che oggi continua a rappresentare l'11% del Pil».

Ma se invece di tagli si trattasse di razionalizzazioni? «Io credo sia possibile spendere in maniera più appropriata, con maggiore efficacia ed efficienza e forse anche a limare qualcosa, ma in questo settore non si può ragionare con una logica puramente economicistica. E comunque, - accusa Troise - anche per spendere meglio occorre fare proprio quello che il governo non vuol fare: aprire un confronto con i professionisti».

## **Certificati sport Scotti (Fimmg): ora si rischia la certificazione difensiva**

Prima il certificato, poi l'Ecg e poi il referto magari dello specialista, con un impatto da non sottovalutare per le tasche degli assistiti. È questa, secondo il vicesegretario di Fimmg **Silvestro Scotti**, una delle ricadute delle linee guida del ministero della Salute sul rilascio dei certificati sportivi per l'attività non agonistica. In teoria il certificato è obbligatorio, al di là dello sport professionistico, solo per l'attività sportiva non agonistica, ovvero quelle organizzate dal Coni. Eppure le richieste continuano, per quella che Scotti definisce «certificazione difensiva». I gestori, cioè, pensano di tutelarsi rispetto alle coperture assicurative e i medici di famiglia sono «tenuti» a fare il certificato «pur non potendo certificare la compatibilità del paziente con attività fisiche libere o comunque stabilite dall'istruttore, di cui» spiega il vicesegretario Fimmg «non possiamo conoscere il carico reale». A questo stato di cose, già piuttosto confuso, si aggiunge la richiesta dei cardiologi che per voce del presidente della Fondazione Italiana Cuore e Circolazione **Francesco Fedele** sottolineano come debba essere «il cardiologo o il medico dello sport a certificare, altrimenti si rischia una diagnosi imperfetta o “inutile”». Una refertazione che,

secondo Scotti, è di troppo «a meno che non vengano rilevate anomalie. L'unico caso nel quale è richiesto un parere dello specialista. Altrimenti» continua «si tratta di un costo ulteriore, perché oltre alla refertazione è inclusa una visita specialistica, per interpretare l'esame che non è una peculiarità dello specialista. Oltretutto non esiste una casistica così significativa di soggetti che hanno avuto episodi critici da richiedere il parere dello specialista». Scotti, in conclusione, solleva un ulteriore paradosso che emerge «mentre si dovrebbe incoraggiare la popolazione a uno stile di vita più sano e si dovrebbe favorire la diffusione della pratica sportiva, si passa il messaggio che l'attività sportiva è un ambito medico sanitario. Una medicalizzazione eccessiva che» conclude Scotti «è inopportuna».

## **Allarme Federspev: può pagare le tasse solo chi conosce Internet**

Autunno caldo per i medici non avvezzi all'home banking. Da ottobre, oltre i mille euro d'imposta, l'Irpef non si potrà più pagare presentando l'F24 cartaceo né utilizzando contanti, assegni bancari, bancomat o assegni e vaglia postali o carta Postamat. Si potrà pagare solo on line, con il Fisco che preleverà dal conto corrente bancario, al quale sarà sempre necessario appoggiarsi. Lo impone il Decreto Legge Irpef numero 66/14 (articolo 11 comma 2). La norma riguarda il secondo acconto da versare entro il 30 novembre. Ma intanto il 16 ottobre c'è la scadenza della Tasi, la tassa sui servizi, in comuni come Milano, Roma, Palermo e Firenze che non hanno ancora deliberato in materia. Le delibere dovrebbero uscire entro il 18 settembre. «Ma manca informazione. Intanto, anche se tenuti per legge a inviare i prestampati ai cittadini, molti comuni non lo faranno. Il cittadino non solo saprà all'ultimo quanto paga, ma soprattutto non sa ancora se dovrà servirsi di internet già per pagare la Tasi a ottobre», protesta Marco Perelli Ercolini vicepresidente di Federspev, la Federazione dei sanitari pensionati e delle vedove. «In poco più di 20 giorni lavorativi i comuni dovranno attuare le delibere Tasi. E la gente dovrebbe –così stando le cose- andare in banca a contrattare l'apertura di un conto online. Osservo che ci sono migliaia di medici refrattari alle operazioni online, sia pensionati sia in età lavorativa: l'età media della professione è over 50». L'alternativa a un conto bancario online per pagare Irpef & co, è collegarsi sempre via internet all'agenzia delle entrate ([www.agenziaentrate.gov.it](http://www.agenziaentrate.gov.it)) e cercare il software F24 online, che consente di compilare un modello F24 virtuale nel proprio pc e spedirlo al Fisco, o il servizio F24 web che consente di effettuare “in diretta” compilazione e invio online. Ci sono modalità per correggere fino all'ultimo eventuali errori, e ora il programma si aggiorna in automatico. «Ma intanto le Amministrazioni pubbliche non informano il contribuente. E in certi casi non lo aiutano neppure». Perelli Ercolini porge un altro esempio relativo all'Imu, ormai raggruppata nell'imposta unica comunale-Iuc insieme alla Tasi e alla tassa rifiuti Tari (altra scadenza settembrina in molte località): «Per confermare l'aliquota agevolata dello 0,96 al contribuente Imu che affitti un appartamento a un inquilino, vari comuni chiedono il contratto d'affitto in copia autentica anche se lo ha già l'Agenzia delle entrate ed anche se l'articolo 43, comma

1, del Dpr 445/2000 vieta di chiedere al cittadino di produrre atti o certificati in possesso di altri organi Pa per i quali all'interessato basta autocertificarsi. Ne vedremo delle belle».

## **Bolognese (Fic): da Esc 2014 molte novità di impatto clinico**

Studi di rilievo dal punto di vista scientifico e interessanti novità sul rischio cardiovascolare associato agli stili di vita, questo è stato l'Esc 2014 di Barcellona secondo il presidente della Federazione italiana di cardiologia (Fic) **Leonardo Bolognese**. «Sono stati presentati almeno 18 trial randomizzati di grosse dimensioni - spiega a DoctorNews Bolognese - sicuramente i contenuti scientifici di queste ricerche porteranno a modificazioni delle linee guida e avranno conseguenze sulla pratica clinica». Il più importante studio che ha scosso la comunità cardiologica per il suo impatto clinico «è lo studio Paradigma Hf che, per la prima volta dopo tanti anni, ha dimostrato la superiorità di un farmaco, L'LCZ696, capace di ridurre del 20% la mortalità cardiovascolare in pazienti con scompenso cardiaco», afferma Bolognese. Un risultato ottenuto unendo due linee di ricerca, un'associazione tra il vecchio valsartan e il sucubitril, un inibitore della neprilisina. Un trattamento grazie al quale oggi «è possibile salvare una vita ogni 32 pazienti trattati», sottolinea il presidente Fic. Un altro vasto studio che avrà conseguenze sulla pratica clinica, seppur in senso opposto, è Signify, nel quale è stato testato l'effetto dell'ivabradina nei pazienti con angina cronica stabile. «Purtroppo questo trial non ha prodotto un risultato positivo, anzi è stato rilevato un aumento degli eventi sfavorevoli e della mortalità, nel braccio di pazienti trattato con ivabradina», spiega Bolognese. Un terzo studio molto atteso era Atlantic. Questo trial mirava a valutare efficacia e sicurezza dell'intervento precoce (già in ambulanza) con antiplastrinici, su pazienti con infarto miocardico acuto. Atlantic «non ha prodotto significative differenze sulla riperfusione miocardica precoce - spiega Bolognese - ma è stata osservata una riduzione delle trombosi intrastent, uno degli eventi più importanti che si possono verificare dopo angioplastica primaria (utilizzata per ricanalizzare il vaso chiuso che è responsabile dell'infarto acuto). Inoltre, è stato dimostrato che il trattamento in ambulanza è sicuro perché non aumenta le emorragie». Per quanto riguarda gli stili di vita, invece, sono state presentate diverse ricerche «degne di nota», secondo il presidente Fic. Tra questi, uno studio epidemiologico realizzato in Germania su 22 mila adolescenti ha dimostrato che la presenza di obesità nei giovanissimi è in aumento, e ciò è associato a un rischio sei volte maggiore di sviluppare ipertensione arteriosa. Uno studio cinese chiamato «Vino Veritas», il primo nel suo genere a essere randomizzato, ha confrontato gli effetti di vino rosso e bianco sui marker di aterosclerosi. A quanto pare il vino può ridurre il colesterolo se l'assunzione si accompagna all'attività fisica, altrimenti si perde questo effetto. Altre ricerche, poi, hanno dimostrato che il consumo giornaliero di frutta riduce del 40% il rischio cardiovascolare, mentre l'uso delle bevande energetiche aumenta il rischio cardiovascolare, di aritmia e di attacco cardiaco.

## Medici, pazienti e posta elettronica: un rapporto sofferto

Sono utili ai pazienti risparmiando il tempo dei medici o minacciano la sicurezza dei primi complicando il lavoro dei secondi? Ecco l'amletico dilemma dei servizi di posta elettronica nel rapporto tra medico e paziente discusso sul *British medical journal* da due opposti punti di vista nella rubrica *Head to head*. Il governo britannico vede nelle e-mail un mezzo per incrementare l'accesso dei pazienti alle cure primarie e sta sperimentando il servizio in 20 studi associati di medici generici. Inoltre, il nuovo contratto per la medicina generale prevede la comunicazione e-mail per il rinnovo di prescrizioni di farmaci in corso e per la prenotazione di appuntamenti. Ma l'uso della posta elettronica non è ancora obbligatorio e i medici sembrano riluttanti ad adottarla. «Con buone ragioni» sostiene **Emma Richards**, generalista e ricercatrice al dipartimento di Primary care dell'Imperial college di Londra. «L'idea che i pazienti possano inviare un numero illimitato di richieste e domande preoccupa molti medici, non solo in termini di tempo, ma anche di sicurezza clinica». Da studi recenti emerge che le consultazioni telefoniche non sostituiscono gli appuntamenti di persona, anzi li aumentano. «Ma almeno nelle telefonate il medico può raccogliere indicazioni fonetiche sulla salute di un paziente e porre domande pertinenti, cosa impossibile con le e-mail» insiste Richards, affermando che il ritardo inevitabile nel rispondere a una e-mail potrebbe rivelarsi disastroso per un paziente suicida o con dolore toracico. Ma **Elinor Gunning**, medico di famiglia londinese e ricercatrice al Dipartimento cure primarie della Ucl medical school è di parere opposto: «La posta elettronica può essere utile, se correttamente gestita. I pazienti vanno informati che le e-mail non possono essere lette subito, con termini e condizioni d'uso chiare e ripetute in ogni e-mail di risposta». Molte delle preoccupazioni in merito ai servizi di posta elettronica sono state sollevate anche per telefoni e fax, ora considerati entrambi irrinunciabili strumenti a disposizione del medico generico, ricorda la ricercatrice. «Certo, non tutti saranno in grado da subito di accedere o di usare la posta elettronica con facilità, ma è compito della medicina generale fornire il maggior numero di mezzi di accesso possibili per migliorare l'accesso globale alle cure primarie» puntualizza Gunning, aggiungendo che, anche se servono più ricerca, più investimenti e linee guida, esistono già strategie sufficienti a implementare in tutta sicurezza la posta elettronica nella pratica clinica. «Usarla sarà presto inevitabile, e se i medici si lasciano sfuggire l'occasione, potranno perdere un'opportunità vitale a scapito non solo loro, ma anche dei pazienti».

*BMJ 2014; 349 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.g5338>*

**Addetto stampa - Maria Antonietta Izza**

**[ufficiostampa@omceoss.org](mailto:ufficiostampa@omceoss.org) - 339 1816584**