

# RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI  
SASSARI (E OLBIA-TEMPIO)

14 LUGLIO 2014

## QUOTIDIANOSANITA'.IT

### **Patto Salute. Lorenzin: "Risorse per attuazione sono garantite"**

*Al Patto il ministro della Salute dedica l'editoriale dell'ultimo numero della newsletter Salute Informa+. "La possibilità di realizzare concretamente gli obiettivi fissati – scrive - è garantita non solo dai risparmi derivanti dall'applicazione delle misure in esso previste ma anche da quelli conseguiti dalla revisione della spesa".*

“Grande soddisfazione” da parte del ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, per l'Intesa sul nuovo Patto per la salute 2014-2016 in Conferenza Stato Regioni lo scorso 10 luglio. “Sono molto soddisfatta – scrive il ministro, che al Patto dedica l'editoriale dell'ultimo numero della newsletter Salute Informa + del ministero – perché tutto ciò è stato possibile proprio grazie al lavoro che abbiamo svolto con le Regioni ed il Ministero dell'Economia e delle Finanze in un clima di grande collaborazione e senso di responsabilità comune. Siamo riusciti a creare, in una fase delicatissima, un'ottima sinergia che ci ha visto insieme autori di una vera e propria riforma della sanità italiana. Questo risultato mi riempie di grande soddisfazione ed è la dimostrazione di cosa possono fare le istituzioni quando decidono di "costruire" insieme attorno ad un tavolo”.

Lorenzin assicura poi che "la possibilità di realizzare concretamente gli obiettivi fissati nel nuovo Patto per la salute è garantita non solo dai risparmi derivanti dall'applicazione delle misure in esso previste, che rimarranno nella disponibilità delle Regioni per finalità esclusivamente sanitarie, ma anche da quelli conseguiti dalla revisione della spesa, che saranno utilizzati per migliorare i livelli qualitativi dell'intero sistema sanitario”.

“Con l'Accordo sottoscritto da Governo e Regioni – prosegue Lorenzin - abbiamo messo in sicurezza il sistema sanitario italiano per le prossime generazioni e abbiamo gettato le basi per donare un nuovo volto alla nostra sanità. E' stato il mio obiettivo sin dal principio del mio mandato e a distanza di un anno esatto, dopo tanto lavoro fatto con i miei Uffici, posso dire di averlo raggiunto. Con il Patto abbiamo affrontato i grandi temi della sanità. Dalla programmazione triennale dei costi standard e dei fabbisogni regionali, che consente di avviare e implementare politiche di innovazione del SSN sul territorio, alla definizione degli standard relativi all'assistenza ospedaliera, che, unitamente all'assistenza sanitaria transfrontaliera, all'aggiornamento dei LEA ed alla reale promozione dell'assistenza territoriale, costituiscono i pilastri su cui fondare tutte le iniziative necessarie per garantire la tutela della salute a tutti i cittadini uniformemente sul territorio nazionale. Il tema degli investimenti in sanità e' anch'esso centrale per garantire le condizioni di competitività, di qualità e di sicurezza delle strutture sanitarie”.

Tra le novità contenute nel Patto, il ministro ricorda “la previsione di attivare un sistema di

monitoraggio, analisi e controllo dell'andamento dei singoli Sistemi Sanitari Regionali, che consenta di rilevare in via preventiva, attraverso un apposito meccanismo di allerta, eventuali e significativi scostamenti delle performance delle Aziende sanitarie e dei Sistemi Sanitari Regionali, in termini di qualità, quantità, sicurezza, efficacia, efficienza, appropriatezza ed equità dei servizi erogati. E' previsto che questo compito venga affidato all'Agenas quale strumento operativo del Ministero della Salute, analogamente a quanto accade negli altri Paesi dell'Unione Europea. Il Patto sarà governato da una Cabina di regia politica, che ne garantirà il monitoraggio costante e verificherà l'attuazione di tutti i provvedimenti, avvalendosi di un apposito Tavolo tecnico, istituito presso l'Agenas”.

Per Lorenzin “anche il tema della gestione delle risorse umane trova nel Patto un impegno definito e uno strumento concreto per procedere ad una riforma del sistema attuale attraverso specifici provvedimenti che saranno elaborati dal Governo insieme alle Regioni. Il tema della revisione del sistema di compartecipazione (ticket) e delle esenzioni sono trattati nel Patto in un'ottica di riforma, affinché si eviti che la compartecipazione rappresenti una barriera per l'accesso ai servizi sanitari e la principale causa dell'esodo dei cittadini dalle cure”.

Il nuovo Patto per la salute 2014 - 2016, conclude il ministro, “mira ad un generale efficientamento del nostro SSN, proprio nell'ottica dell'appropriatezza. Tutte le previsioni in esso contenute sono state ispirate dai bisogni di salute dei cittadini e, allo stato attuale, costituisce il solo strumento per la costruzione di una sanità più vicina alle persone, più efficace ed efficiente, sicura, di qualità e competitiva in Europa”.

## **Cardiologia. Le indicazioni del Siapav identificare paziente ad alto rischio**

*La Società italiana di angiologia e patologia vascolare indica nei malati di diabete o con problemi renali i soggetti maggiormente a rischio cardiovascolare. La prevenzione è sempre lo strumento migliore in particolare l'angiografia coronarica, l'elettrocardiogramma da sforzo e il test ad ultrasuoni per le placche coronariche*

Un'alta percentuale di cittadini, nella fascia di mezza età, è soggetta a patologie cardiovascolari, pur non riportando alcun sintomo. La Società italiana di angiologia e patologia vascolare, Siapav, da alcune indicazioni per la prevenzione e la cura di queste malattie. Ricordando che in Europa, sotto i 75 anni, il 42% dei decessi di donne e il 38% di decessi di uomini è dovuto a patologie cardiovascolari. “Un buon sistema di prevenzione può contribuire ad abbattere del 50% queste percentuali”, dichiara **Adriana Visonà**, presidente Siapav e primario angiologo a Castelfranco Veneto. Soggetti a rischio sono tradizionalmente i malati di diabete o con problemi renali.

“Tra gli strumenti di prevenzione migliori – aggiunge la dottoressa – vi sono l'angiografia coronarica, l'elettrocardiogramma da sforzo e il test ad ultrasuoni per le placche coronariche. Non ultimo, la misurazione dell'indice caviglia braccio (che misura il rapporto della pressione sanguigna fra la caviglia e il braccio), poiché soggetti ad alto rischio, oltre a quelli che hanno subito un infarto o un ictus, sono quelli soggetti ad arteriopatia obliterante periferica”.

Nel sistema complessivo di prevenzione, hanno un posto di rilievo anche fattori psicosociali o il fatto di andare in apnea durante il sonno o di avere una disfunzione erettile.

Mediamente, una persona su 5 oltre i 65 anni soffre di un'arteriopatia periferica e solo il 10% di questi casi i sintomi sono chiari.

Come si prende in carico un paziente che debba passare attraverso un complesso sistema di prevenzione e cura? Attraverso un team multidisciplinare che veda la collaborazione fra angiologi, chirurghi vascolari e cardiologi. Per esempio, in molti casi di prevenzione medica secondaria è evidente il ruolo dell'angiologo non solo nella prescrizione di farmaci come le statine (sempre parlando di pazienti affetti da arteriopatie periferiche) ma anche nella formazione degli altri specialisti all'impiego degli stessi farmaci.

## **Farmaco biologico. Quale equilibrio tra continuità terapeutica e sostenibilità economica**

È la “variabilità” a dominare nel mondo dei farmaci biologici strettamente legati ai farmaci biosimilari, la loro opzione terapeutica una volta scaduta la copertura brevettuale. Un connubio strettissimo che apre però le porte a numerosi interrogativi in termini di comparabilità clinica e quindi di interscambiabilità dei due farmaci. Oltre a produrre un patchwork di normative a livello locale che contribuiscono a rendere il quadro ancora più fumoso. Consideriamo, infatti, che in Italia l'unica norma statale che fa riferimento esplicito ai farmaci biosimilari è rappresentata da un provvedimento del 2006 (D.lgs n. 219/06) nel quale si sottolinea la necessità di condurre studi pre-clinici e clinici per dimostrare l'efficacia e la sicurezza dei farmaci biologici e biosimilari al fine di ottenere l'autorizzazione per la loro entrata nei mercati. A questa si è poi aggiunto un position paper dell'Aifa sui farmaci biosimilari che stabilisce alcuni principi cardine, ma non obblighi.

**E così, in assenza di una cornice nazionale che regoli la materia,** Regione che vai norma che trovi. Anche perché, i farmaci biologici, che rappresentano un'importante risorsa terapeutica per il trattamento di numerose malattie gravi e debilitanti - si va dai tumori alle malattie infiammatorie, fino a quelle autoimmuni, neurologiche e degenerative - scontano un peccato “originale”: i loro costi sono particolarmente elevati. Elemento di non poco conto per le fragili casse regionali, soprattutto quelle in Piano di rientro, tirate per la giacchetta tra l'esigenza di fare quadrare i bilanci regionali e il garantire efficacia di cure e continuità terapeutica ai propri cittadini. Un obiettivo, quest'ultimo, il cui raggiungimento, in termini clinici, è però tutt'altro che scontato.

Per approfondire le diverse sfaccettature che caratterizzano la complessa materia che ruota intorno al tema del farmaco biologico, la Fondazione Charta ha voluto organizzare degli incontri ad hoc in cinque città italiane (Milano, Venezia, Ancona, Firenze e Napoli) nel corso del quale si confronteranno istituzioni, clinici, farmacisti ospedalieri e farmacoeconomisti.

**Simili, ma non identici.** Le indicazioni dell'Ema e dell'Aifa parlano chiaro: il principio attivo dei biosimilari è analogo, ma non identico al farmaco di riferimento, il cosiddetto originator. Simili, ma non identici. Quindi non automaticamente interscambiabili. Tant'è che a differenza di quanto avviene per i farmaci equivalenti, non vale per i biosimilari il principio della sostituibilità automatica.

Caratteristiche biochimiche e produzione sono, infatti, differenti, con tutte le conseguenze del caso in termini di certezza dell'efficacia. La struttura e la forma del biosimilare può,

infatti, differire rispetto all'originator e possono anche subentrare contaminanti con la conseguenza di alterarne l'efficacia. Inoltre la replicazione del processo di produzione può presentare alcune criticità: le diversità nella produzione potrebbero anche determinare un differente profilo di sicurezza del biosimilare, con conseguenze negative per i pazienti. Anche se va anche sottolineato che, grazie a processi produttivi più innovativi, il biosimilare potrebbe presentare profili di sicurezza persino superiori rispetto all'originator. Insomma, l'allievo potrebbe superare il maestro.

Rimane però il fatto che i limiti nell'interscambiabilità dei farmaci non si fermano qui: al differente processo di produzione che non garantisce un'automatica interscambiabilità, si aggiungono la mancanza di studi di "dose finding" mirati ad individuare la dose adeguata di biosimilare, e rischi di immunogenicità (che peraltro esistono anche per i biologici) che potrebbero portare ad insuccessi terapeutici ed anche, nel peggiore dei casi, effetti avversi.

**Spetta la medico decidere quale farmaco utilizzare.** Comunque, i biosimilari costituiscono un'opzione terapeutica aggiuntiva a disposizione dei medici, gli unici professionisti che possono indicare qual è la strada più opportuna da seguire per la somministrazione del farmaco al paziente.

Una decisione rimessa quindi ai professionisti, ma con tratti di "sovranità limitata". L'Aifa sottolinea, infatti, che i biosimilari sono da preferire agli originator qualora costituiscano un vantaggio economico, in particolare per il trattamento dei pazienti "naive", cioè quelli non ancora trattati con i farmaci biologici per i quali i farmaci con i quali sono stati trattati, secondo il giudizio dello specialista prescrittore, sono "sufficientemente distanti nel tempo".

**Indicazioni, ma non regole certe.** Sul solco di quanto tracciato dall'Agenzia regolatoria, molte Regioni italiane hanno quindi indicato con grande chiarezza che il biosimilare debba essere la prima scelta per la cura dei pazienti "naive".

Risultato: i professionisti si potrebbero trovare tra l'incudine e il martello della sostenibilità economica, indicata con determinazione dalle normative regionali, e le decisioni cliniche prese in scienza e coscienza.

Decisioni spesso non facili, che potrebbero andare a cozzare con quanto indicato dalle coordinate regionali. Quali sono, infatti, i pazienti che a tutti gli effetti possono rientrare nella categoria "naive" considerando che l'indicazione "sufficientemente distante nel tempo" ne amplia i confini, senza però definirli, con il rischio di esporla a diverse interpretazioni e quindi a differenti applicazioni regionali?

**L'estrapolazione terapeutica.** C'è poi un altro punto caldo che chiama in causa i professionisti: quello dell'estrapolazione terapeutica, vale a dire sulla possibilità che un farmaco possa essere utilizzato per più indicazioni terapeutiche. Sulla questione si è pronunciata l'EMA stabilendo che: "Nel caso in cui il farmaco originatore sia autorizzato per più di una indicazione, l'efficacia e la sicurezza del farmaco biosimilare devono essere confermate o, se necessario, dimostrate separatamente per ogni singola indicazione. In taluni casi può essere possibile estrapolare la somiglianza terapeutica dimostrata in un'indicazione ad altre indicazioni autorizzate per il medicinale di riferimento... Devono anche essere investigati eventuali problemi di sicurezza in differenti sottopopolazioni". Inoltre: "Il Committee for Medicinal Products for Human Use (Chmp) dell'EMA stabilisce caso per caso se le indicazioni multiple possano essere estrapolate sulla base delle evidenze

scientifiche derivanti da un esercizio di comparabilità approfondita e in conformità ad opportune giustificazioni scientifiche”.

Ma il problema è che per quanto riguarda alcune aree specialistiche, gastroenterologia e dermatologia in primis, non ci sono ancora dati certi a supporto dell'estrapolazione. E così la palla passa nelle mani del medico che ancora una volta deve prendere decisioni.

**I cittadini: no alla scelta delle cure su criteri di risparmio.** Rimane il fatto che da più parti, anche e soprattutto dai cittadini, arriva un “no” deciso alla tentazione di scegliere le cure su criteri di risparmio economico. L'invito è quello di approvare una norma di rango superiore, valida a livello nazionale, che mantenga saldamente nelle mani del medico la decisione sulla prescrizione dei biologici e dei biosimilari, impedendo lo switch automatico e garantendo la continuità terapeutica ai pazienti.

**Ogni Regione si muove in ordine sparso.** Il quadro fin qui descritto lascia quindi molte questioni aperte, con scenari regionali che, a volte, differiscono notevolmente tra loro. Ci sono, infatti, Regioni che hanno emanato linee guida ad hoc, mentre altre come Veneto, Emilia Romagna e Toscana sono entrate ancora di più nello specifico emanando documenti tecnici di valutazione scientifica dei diversi biosimilari. Ma c'è anche una regione, l'Abruzzo, che non ha emanato alcun provvedimento sulla modalità di prescrizione dei biosimilari.

Comunque, in generale, nelle Regioni l'utilizzo del biosimilare è indicato principalmente per i pazienti “drug naive”, e la continuità terapeutica viene generalmente garantita ovunque. Tuttavia in alcune realtà locali è stato sancito che la domanda di continuità terapeutica con il biologico debba essere esplicitamente richiesta dal medico prescrittore e supportata da relazione tecnica.

Paletti rigidissimi sono stati messi in Campania, il diktat è prediligere i farmaci a brevetto scaduto: il biosimilare, a prezzo più basso deve essere la prima scelta per i naive. Si può ricorrere a un altro biosimilare o all'originator solo in caso di documentata inefficacia terapeutica o intolleranza e dietro presentazione alla direzione sanitaria della scheda paziente con motivazioni della scelta. E dipende dalla prescrizione dei biosimilari la valutazione dei dirigenti, come anche l'apertura o chiusura dei centri sanitari.

**L'approccio economicistico è comunque predominante.** E ci sono Regioni che hanno indicato anche specifici obiettivi di consumo: in Trentino Alto Adige è stato fissato un incremento almeno del 20% per alcune categorie di biosimilari, e in Veneto è stato stabilito che la percentuale di pazienti naive trattati con farmaco biosimilare non deve essere inferiore all'80% (Fonte: Rapporto federalismo Cittadinanzattiva- Tdm).

**Ancora, anche sulle procedure di gara assistiamo a delle differenze.** Fermo restando che è sempre stata riconosciuta la necessità di preservare la continuità terapeutica e la libertà prescrittiva del medico, le gare hanno previsto due lotti separati (uno per i pazienti naive e uno per i pazienti già in trattamento) oppure un lotto unico (riservandosi di acquistare anche il prodotto non aggiudicatario per la continuità terapeutica).

## **Patto salute, Anaa: niente di buono per medici e dirigenti sanitari**

Nulla di nuovo e niente di buono per medici, dirigenti sanitari e personale sanitario del Ssn. Così Anaa Assomed commenta l'intesa sul Patto per la salute siglata da Governo e Regioni nel pomeriggio di giovedì. Il patto della salute, riprende la nota, conferma dubbi e perplessità sulla capacità di invertire la rotta di una politica recessiva. Anche la certezza delle risorse economiche stanziare, si dimostra effimera, confermate solo per il 2014, fissate (ma non certe) per il 2015 e 2016 rimangono direttamente dipendenti dallo stato della finanza pubblica. Un patto concluso tra Mef, Ministero della salute e Regioni, che volontariamente, ha evitato ogni contatto con i medici e sanitari che quella realtà rappresentano e dal cui impegno sempre più gravoso, dipende il raggiungimento degli obiettivi e rispetto dei programmi. Il patto, sottolinea Anaa, non si discosta dalla politica sanitaria fino a oggi perseguita, basata sul taglio dei posti letto, sull'implementazione del loro tasso di occupazione, sulla definizione di nuovi criteri per il ricovero molto discutibili alla prova dei fatti, che continua ad ignorare gli effetti destabilizzanti che ne conseguono sia clinici (aumento del rischio clinico, abbassamento della qualità) sia sociali (esclusione dalle cure delle fasce più deboli della popolazione, aumento dei tempi di attesa, sovraffollamento del Dea). E mentre si dichiara la volontà di ricalibrare i punti di forza del sistema ospedale/territorio, di fatto si riduce il raggio di azione degli ospedali, a cui peraltro si chiedono maggiori funzioni e si attribuiscono più estese competenze. Il piano di riordino della assistenza territoriale, continua la nota dell'Associazione sindacale, che per il momento si arricchisce di acronimi (Uccp, Aft), rimane un programma di buone intenzioni sulla carta, impossibile da attuare per la maggioranza delle Regioni stante i gravi ritardi accumulati sul piano della organizzazione dei servizi. Un patto che sottende nuove energie e un rilancio della politica dell'occupazione e che invece, a rigorosa invarianza di spesa, si poggia sulle spalle dei medici e sanitari che sono sempre più stanchi di aspettare che si rimuova il blocco del turnover, che si ristabilisca un confronto contrattuale e che si metta fine alla lunga lista di prevaricazioni subite in questi anni. E mentre si registrano brillanti dichiarazioni di consenso da parte del Ministro della salute e delle autorità regionali, a margine segnaliamo, conclude la nota, che le due grandi questioni centrali per i cittadini quali i Lea e ticket sono rinviati a data futura, con buona pace del diritto alla salute e delle tasche dei cittadini.

## **Pos obbligatorio, per le associazioni di medici ne basta uno**

Uno per tutti, tutti per uno: ci può essere anche un solo lettore bancomat in un'associazione di medici di famiglia, e in particolare in una medicina di gruppo, a patto che dietro ci sia una persona giuridica (cooperativa, studio associato, Srl) che riscuota per tutti. Ma tale indirizzo, avallato dalla Commissione Fisco Fimmg e dettagliato in un documento firmato dal consulente Maurizio Di Marcotullio, ha controindicazioni: il medico che non se la sente farà bene a dotarsi di lettore Pos personale. «In considerazione del fatto che il costo (presumibilmente esiguo) di gestione è interamente deducibile dal reddito ... si potrebbe concludere che la strada più semplice sia quella di dotare ogni singolo medico del proprio Pos personale». Il documento accenna a situazioni in cui il Pos accentrato potrebbe avere controindicazioni: intanto, se dopo una visita domiciliare un paziente chiede di pagare con bancomat; in secondo luogo se a pagare non è il paziente ma un suo parente, nel qual caso

bisognerà specificarlo nella fattura del medico e in tutte le operazioni che tracciano la transazione. E ancora: il conto della struttura al quale è appoggiata la riscossione andrebbe per “sicurezza” cointestato a tutti i medici dell’associazione; infine, a fronte di costi delle commissioni che su sollecitazioni del governo le banche potrebbero diminuire, il minor onere economico ne implica di burocratici. Pur esente fin qui da sanzioni, l’obbligo di tenere in studio un lettore bancomat dal 30 giugno scorso sussiste indipendentemente dal fatturato libero professionale del mmg, di norma esiguo. E se per il medico che esercita da single, o coordinato con altri studi single in un’associazione semplice, sarà naturale far da solo, per chi sta in una medicina di gruppo con sede comune o principale ci sarebbe l’opportunità di fruire dei vantaggi della modalità di riscossione accentrata istituita con Finanziaria 2007: la struttura riscuote per il professionista che vi lavora e gli gira il compenso. La circolare dell’Agenzia delle Entrate 13/E/2007 distingue poi il caso che la prestazione sia effettuata dal medico nel suo rapporto con il paziente (fattura intestata al medico) o dalla struttura con suo personale (fattura della struttura). Il caso prevalente è il primo, ma la coop con personalità giuridica che metta a disposizione dell’associazione locali, strumenti e/o personale può ben riscuotere in entrambi i casi. E nel primo caso l’iter con Pos sottosta a una procedura dispendiosa:

l’operatore della struttura riscuote con bancomat, emette lo scontrino, il medico rilascia al paziente fattura a sé intestata, la struttura paga il medico e spedisce al paziente quietanza in cui attesta il pagamento. La struttura dovrà annotare nei suoi registri dati del pagamento, estremi della fattura emessa dal mmg con le sue generalità e codice fiscale, ammontare del corrispettivo, modalità di pagamento, quietanze rilasciate. E a fine anno dovrà rilasciare modello del sostituto d’imposta per gli importi cumulati di ciascun medico.

## **Irap, Mmg esenti ma anche senza dipendenti meglio pagare e chiedere rimborso**

«Si può affermare che il medico di famiglia non deve pagare l’Irap, sia se ha il dipendente sia a maggior ragione se non l’ha. Ma nessuna istituzione, e nemmeno Fimmg, può a valle di questo ragionamento invitare il medico a non pagare l’Irap». E’ il commento del vicesegretario Fimmg **Carmine Scavone** di fronte alle nuove ordinanze della Cassazione 15306 e 15307 del 4 luglio scorso che sanciscono come i medici di famiglia senza dipendenti non debbano pagare l’Irap: strumentazione minima ed indispensabile a lavorare e modestia dei proventi conseguiti parlano da soli. Il riferimento peraltro è al vecchio articolo 22 del dpr 270, tempi in cui non si presumeva che il mmg avesse dipendenti. L’indirizzo è stato sancito anche dal Ministero dell’Economia il 13 giugno 2008 con la circolare 45/E: per il convenzionato che lavora in maniera tradizionale il tributo non si pone. Ma pur continuando a collaborare con i rappresentanti dei mmg, l’Agenzia delle Entrate, in linea con il momento critico del paese, di recente ha seguito un indirizzo più restrittivo. Di qui la recente circolare 42 che stabilisce come anche un dipendente part-time in studio leghi il medico al tributo, e da qui vari no delle Commissioni tributarie al rimborso pure di medici senza dipendenti, benché esentati dal Mef. Ma almeno i mmg senza dipendenti possono evitare di pagare? «Dire così, purtroppo, sarebbe lanciare un invito indiscriminato a fronte di casi singoli individuati nell’ambito di contenziosi con l’Agenzia; anche un solo caso nel quale il giudice evidenzia che il medico deve pagare –dice Scavone - potrebbe trasformare una constatazione in un incitamento allo ‘sciopero fiscale’».

L’indicazione di Fimmg è di pagare sempre e sempre chiedere il rimborso sia se non si hanno dipendenti - e qui il successo della richiesta è certo data la circolare 45/E - sia se li si

hanno, perché le commissioni tributarie almeno in un terzo dei casi hanno dato ragione al medico. «Quel personale consente di svolgere i compiti di convenzione in modo più rapido, di dare agli assistiti i servizi chiesti dal Ssn agli assistiti – dice Scavone - ma non crea valore aggiunto e non alza il fatturato, anzi pesa sempre più sui guadagni. L'indirizzo è riconosciuto sia da alcune commissioni tributarie sia dalla Cassazione, ma non unanimemente. Ci sono sentenze e sentenze. Due medici dello stesso studio associato nella stessa situazione sono stati giudicati da due commissioni tributarie diverse, con esiti diversi. Sembra una favola ma è l'Italia».

**Addetto stampa** - Maria Antonietta Izza - [ufficiostampa@omceoss.org](mailto:ufficiostampa@omceoss.org) - 339 1816584