

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI

DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA TEMPIO

MERCOLEDI' 4 FEBBRAIO 2015

LA NUOVA SARDEGNA

OSILO Oggi alle 17 un convegno con oncologi e psicologi Lotta ai tumori con gli stili di vita

“Semplicemente, si informa. E si previene”. È lo slogan programmatico del convegno “Parliamo di salute. La linea giusta è prevenire”, organizzato dal Comune di Osilo, che si terrà oggi alle 17, nella sala riunioni dell'ex mercato civico. Al tavolo dei relatori, alcuni dei più qualificati esperti delle patologie tumorali della sanità sarda. Gianni Meloni, primario radiologo all'Azienda ospedaliera di Sassari, che parlerà di “Screening tumore della mammella”; Luisa Paoni, ginecologa alla Asl n. 1 di Sassari, che interviene su “Screening tumore al collo dell'utero”; l'osilese Nina Olmeo, già oncologa alla Asl di Sassari, che interviene su “Screening tumore del colon retto”; Valeria Sanna, psico-oncologa all'Azienda ospedaliera di Sassari, con “Psico-oncologia dei tumori”; Giuseppina Sarobba, primario oncologo alla Asl n. 3 di Nuoro, con una relazione su “Stile di vita e tumori”. I lavori saranno introdotti dal sindaco di Osilo, Nanni Manca, e saranno coordinati da Nina Olmeo. Per i genitori che volessero partecipare e avessero il problema del con chi lasciare i figli, è previsto un servizio di accoglienza e intrattenimento dei bambini a cura delle operatrici del Centro di aggregazione sociale. A richiesta, verrà rilasciato un attestato di partecipazione. «L'intento del convegno - dicono gli organizzatori - è quello di fare informazione sanitaria, senza allarmismi ma anche senza omissioni, nella convinzione che dal confronto con gli specialisti, possano emergere consigli e indicazioni soprattutto in merito agli stili di vita, da cui spesso dipende la propensione maggiore o minore a sviluppare una patologia». Nozioni che vengono ripetute in tante occasioni ma che si fa fatica, in alcuni casi, a mettere in pratica e che invece, come ribadiranno gli esperti, possono contribuire a ridurre il rischio di contrarre numerose tipologie di tumore.

L'UNIONE SARDA

Don Ettore Cannavera, i tormenti di un sacerdote

davanti al dramma «**Fine vita, non rinviemo più il confronto**»

Sollecitato nel mese scorso da un confronto-dibattito alla Comunità la “Collina” di Serdiana sul tema della fine della vita e da altri autorevoli interventi che si sono succeduti in questi giorni sulle colonne di questo giornale, ma spinto soprattutto dal dramma di chi in questo preciso istante vive sulla propria pelle l'incalzante momento della morte e si trova davanti alla decisione se attenderla passivamente o anticiparla con un gesto (autodeterminazione), non posso come sacerdote, e come essere pensante in continua ricerca, non esprimere le mie riflessioni su un tema così delicato ed eticamente pregnante. La morte dà senso alla vita o è l'implosione di ogni senso? È difficile rispondere a questo interrogativo solo col sostegno della mia intelligenza e del cammino culturale. Può l'uomo sottrarsi a scoprire il senso della morte come traguardo della vita? Può l'uomo intravedere e capire quando questo traguardo è raggiunto e decidere se fermare la corsa?

La facoltà di autodeterminarsi in ogni ambito di vita è da tutti accolta e vissuta come caratteristica dell'umano, segno della sua libertà. Può escludersi quella libertà nel capire e decidere quando questa “corsa” ha raggiunto il suo traguardo e ogni ulteriore respiro (vitale, ma non umano) non è più vita ma fatica insostenibile? La Sla, oltre alle componenti di intollerabile dolore fisico rispetto alle quali non possiamo distogliere lo sguardo, ci pone davanti all'interrogativo più drammatico della vita. Può essere ancora definita umana una vita vissuta in quelle condizioni? Ha ancora senso, una vita simile? Per me, che ho ispirato la mia vita all'antropologia biblica, l'essere è ontologicamente relazionalità, è fatto a immagine e somiglianza di un Dio-Amore, di un Dio-Relazione.

E quando questa relazione non è più possibile a livello intellettuale e affettivo, debbo chiedermi se quella vita posso ancora considerarla come vera vita, come la mia vita, come vita ancora degna di essere da me vissuta. È la presenza/assenza di “relazionalità” che, secondo la mia formazione umana e religiosa, definisce l'umano. Ma quando quella possibilità di relazione viene meno e sono consapevole della fine imminente, perché non permettermi di andare? Perché non aiutare me - che da cristiano sento la morte come passaggio “a miglior vita” - in questo transito e fare di questo passaggio un momento di serenità anziché un ulteriore peso aggiunto a un peso già insostenibile? Perché negarmi, ora che sono consapevole di aver raggiunto i traguardi che la vita mi poneva e sento di poter accettare il momento del distacco, la possibilità di liberarmi di un corpo che tante conquiste e soddisfazioni mi ha concesso ma ora è diventato un carcere insostenibilmente duro?

La vita è un dono, ma non è una “cosa”: è una opportunità, un disegno che mi è stato affidato. E se è così, perché escludere allora che una volta realizzato quel disegno io possa porle fine?

Morire con dignità significa riconoscere umilmente quando non sono più in grado di “gestire” la mia vita e di “restituirle” a chi me l'ha affidata, al “padrone” della vita.

Una restituzione normata dalle istituzioni competenti, dall'etica, dalla politica!

Tante sono le implicazioni antropologiche, scientifiche e morali di questi interrogativi, ma non possiamo sfuggire ad essi né sottrarci a questo ineludibile

confronto, oggi urgente per chi li vive sulla propria pelle, e un giorno, lontano, inesorabilmente, al traguardo della vita, per noi tutti.

QUOTIDIANO SANITA'.IT

Convenzione Mmg. La Fimmg replica alla Sisac: “Vogliono un medico di famiglia dipendente di serie B e senza garanzie”. Intervista al vice segretario nazionale *Silvestro Scotti*

"Non è vero che siamo noi a non voler trattare". Sul tavolo ci sono due visioni opposte che al momento appaiono inconciliabili. "Se passasse quella che ci è stata proposta, dice Scotti, i cittadini troveranno solo le strutture, i medici di famiglia non ci saranno più". "Impossibile proseguire trattative con chi ha questa visione rigida e univoca"

“Il problema non sono le risorse” ma il fatto che con il modello di riforma della sanità proposta da Sisac disegna una prospettiva di “un medico di famiglia come un dipendente di serie B senza valorizzarne il lavoro e gli investimenti fatti in questi anni, ma addirittura sottraendogli quelle risorse”. Replica così il vicesegretario nazionale della Fimmg **Silvestro Scotti** all'indomani della nostra intervista al presidente Sisac [Franco Rossi](#) sullo stallo delle convenzioni per medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali.

Per Fimmg il rischio che al cittadino venga tolta la libertà di scelta del proprio medico è però reale nonostante le rassicurazioni Sisac. “il medico di famiglia non ci sarà più, ci sarà solo la struttura decisa dal burocrate di turno e che sarà per giunta fisicamente molto lontana”. Per Scotti il modello da attuare prevede invece un gruppo di nuovi “medici di medicina generale sempre più autosufficienti, valorizzati sia individualmente che collettivamente grazie a dinamiche retributive che motivino il lavoro di equipe in base ad obiettivi misurabili”. Sull'esito della trattativa Scotti (dopo che [Fimmg ha minacciato lo sciopero](#)) chiude la porta: “È evidente che allo stato attuale non esiste mediazione e non capiamo perché dovremo sederci al tavolo se per la Sisac è già tutto scritto e imm modificabile”.

Dottor Scotti, il presidente Sisac sostiene che siete voi che non volete aprire la trattativa sul rinnovo delle convenzioni perché la legge Balduzzi non vi piace e perché non stanziare risorse.

Credo che quella della Sisac sia una posizione pregiudiziale. Noi non mettiamo in discussione l'invarianza delle risorse, diciamo semplicemente che la Legge Balduzzi è un provvedimento d'indirizzo che vuole riorganizzare la sanità territoriale. Il punto è che ci stiamo scontrando con una controparte che fornisce una sua interpretazione della legge senza nessuna intermediazione.

Se il problema non sono le risorse, dov'è la questione?

Alla base c'è una differenza interpretativa della Balduzzi e degli atti conseguenti tra cui il Patto della Salute. E le ripeto non incentriamo la questione sulle risorse perché il problema non è quello. Noi non abbiamo difficoltà a trattare sul paniere economico

del 2010, ma vogliamo strumenti per la rivalutazione del nostro lavoro anche alla luce delle nuove funzioni che saranno in capo ai medici. Il punto è che le proposte che ci sono giunte fino ad oggi disegnano invece un medico di famiglia come un dipendente di serie B senza valorizzarne il lavoro e gli investimenti fatti in questi anni, ma addirittura sottraendogli quelle risorse. Insomma, un cortocircuito che non possiamo accettare.

Altra questione su cui ci sono divergenze riguarda il lavoro di gruppo.

Il modello che ha in mente Fimmg è quello di un gruppo di nuovi medici di medicina generale sempre più autosufficienti, valorizzati sia individualmente che collettivamente grazie a dinamiche retributive che motivino il lavoro di equipe. La proposta che ci è stata fatta parla invece di sommare i medici, di togliere la parte variabile della retribuzione e controllarne i fattori produttivi. A questo punto mi devono spiegare cosa diventerà il medico di famiglia: un dipendente senza garanzie? La Sisac, le ripeto, vuole sommare i lavoratori e creare dei gruppi totalmente gestiti dalle aziende mentre noi crediamo che le nuove forme aggregative devono basarsi sulla libera professione auto-organizzata per obiettivi misurabili e dimostrabili.

Secondo voi la riforma così interpretata rischia di far scomparire lo studio del medico di famiglia e di conseguenza la possibilità di scelta del cittadino del proprio medico. Dalla Sisac dicono che non si metteranno in discussione questi capisaldi. Perché sostenete che c'è questo rischio?

La Balduzzi, le ripeto, è nata per sviluppare il territorio e offrire un'assistenza ancora più capillare. Ebbene, se ai medici di medicina generale si tolgono risorse per destinarle alle AFT, saranno molti gli studi a dover chiudere. Pensi per esempio ai piccoli paesi. I medici si uniranno in unico grande studio magari in paesi vicini ed ecco che si rischierà di avere una miriade di territori senza assistenza sanitaria. Da qui ne consegue che i cittadini saranno, de facto, impossibilitati a scegliersi il proprio medico per il semplice fatto che il medico non ci sarà più, ci sarà solo la struttura decisa dal burocrate di turno (che sarà per giunta fisicamente molto lontana). La Balduzzi non mi sembra che si prefigga questo obiettivo. E questo scenario mi sembra che la Sisac, e la Politica se veramente corresponsabile di tali derive funzionali, dovrebbero avere il coraggio di raccontarlo ai cittadini.

Qual è allora il vostro modello di AFT?

Noi pensiamo ad una AFT funzionale che sia composta di reti, gruppi, ma pure di singoli professionisti che operano in base ad obiettivi comuni misurabili (per il lavoro di gruppo e per il singolo) al cui raggiungimento viene legata una parte della retribuzione. Qui dobbiamo valorizzare il lavoro dei professionisti e non adottare criteri dirigisti di controllo.

A questo punto come pensate di procedere?

È evidente che allo stato attuale non esiste mediazione e non capiamo perché dovremo sederci al tavolo se per la Sisac è già tutto scritto e immodificabile. Fimmg non ci sta ad una trattativa condotta in questo modo. Stiamo trattando con chi ha una vision o una mission, a qualcun'altro la scelta tra queste due opportunità, troppo rigida e univoca. L'unica cosa per cui ringraziamo il presidente Sisac è il suo rimando alla Politica per risolvere la questione. Ecco, noi lo chiediamo da tempo e lavoreremo proprio in questa direzione.

Convenzioni. Smi: “Serve proposta e protesta unitaria dei sindacati. Basta riforme a costo zero”

Il sindacato chiede alle altre organizzazioni di avviare un percorso comune per rimuovere lo stallo sulla trattativa per il rinnovo della convenzione. Onotri: “Basta con le iniziative singole e le fughe in avanti a danno dei medici italiani.

“Mentre alcuni sindacati minacciano lo stato di agitazione, solo ora che siamo in questa situazione di stallo, noi siamo in agitazione da anni: contro il Patto della salute, la legge Balduzzi, ma anche per l’arrendevolezza, se non addirittura il consenso, di questi anni a tutte le ‘trovate’ della controparte pubblica, regioni e governo, a danno dei medici”. Così **Pina Onotri**, segretario generale Smi interviene sullo stallo della trattativa dopo la [minaccia di sciopero della Fimmg](#) e la replica della [Sisac](#).

“Strutture organizzative, anziché funzionali, per la continuità assistenziale, ruolo unico per i medici, ma senza tempo pieno, accordi a isorisorse per le cure primarie e a iporisorse per i medici di famiglia, questi – ricorda Onotri - alcuni dei punti cardine della ‘rivoluzione’ della medicina generale finalizzata a garantire l’illusione di una diversa assistenza per i cittadini h24. Un pasticcio: le vicende e le polemiche di questi giorni raccontano la cronaca di un suicidio annunciato”.

“È evidente la difficoltà di conciliare, oggi, il nostro stato giuridico, e cioè liberi professionisti – spiega - con i nuovi compiti, da svolgere in organizzazioni di tipo piramidale e rigide. Il punto, quindi, non è riaprire le trattative, ma a che condizioni”.

Lo Smi, quindi, chiede a tutti i sindacati di voltare pagina: “Rispettiamo le specificità di ciascuno, superiamo gli scontri del passato, valorizziamo le cose che possono unirci, piuttosto che quelle che ci dividono e finiamola con le fughe in avanti autoreferenziali – continua il segretario generale Smi – definiamo un percorso unitario di “proposta e di protesta” per superare e modificare una legge (la Balduzzi) inapplicabile e basata sulla logica delle riforme “a costo zero”. Dobbiamo trovare delle soluzioni praticabili che consentano la fruizione dei servizi in maniera omogenea da nord al sud, conservando nel contempo quello che è stato il patrimonio e valore aggiunto della Medicina Generale: la presenza capillare sul territorio e l’accessibilità universale alle cure primarie”.

“Lo Smi è pronto - conclude Onotri - l’obiettivo è difendere i medici italiani, penalizzati da eccessivi e impropri carichi burocratici e mortificati economicamente sia per il blocco degli accordi di lavoro che dura da oltre cinque anni, sia per il lievitare dei costi di gestione dell’attività che forniscono al Ssn. Costruiamo davvero una riforma delle cure primarie che tuteli i diritti legittimi della categoria e non gli interessi di pochi e che valorizzi le professionalità che operano nel territorio. Così sì che avvieremo una vera rivoluzione delle cure primarie utile al Ssn, capace di rispondere in modo funzionale alla mutata domanda di salute (cronicità, invecchiamento della popolazione, continuità dell’assistenza) e di offrire servizi adeguati ai cittadini”.

Il decreto trapianti presto alla Stato-Regioni

A breve, il decreto trapianti passerà al vaglio conclusivo della Stato-Regioni. Presentiamo in anteprima il testo del decreto di riordino, che rende possibile la piena attuazione della direttiva 2010/53/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, relativa alle norme di qualità e sicurezza degli organi umani destinati ai trapianti (ai sensi dell'articolo 1, comma 340, legge 24 dicembre 2012, n. 228), nonché l'attuazione della direttiva di esecuzione 2012/25/UE della Commissione, che stabilisce le procedure informative per lo scambio tra Stati membri di organi umani destinati ai trapianti, e l'attuazione dell'articolo 7, comma 2, della legge 1 aprile 1999, n. 9, concernente disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e tessuti. La direttiva Ue del 2010 definisce un quadro comune relativo alle norme di qualità e sicurezza degli organi di origine umana destinati al trapianto nel corpo umano. Un provvedimento quadro che ha l'obiettivo di proteggere i donatori e di ottimizzare gli scambi tra paesi membri e paesi terzi.

Il testo al vaglio della Stato-Regioni individua tutti i passaggi e tutte le figure, i ruoli e le prassi di riferimento in materia di donazione, trasporto e trapianto degli organi umani. Individua le strutture competenti e anche il flusso informativo che raccoglie le dichiarazioni rilasciate dal cittadino per esprimere il consenso o l'opposizione alla donazione di organi e tessuti dopo la morte che può essere resa alla Asl di residenza, attraverso un tesseramento all'Aido oppure presso gli uffici comunali contestualmente all'emissione della carta d'identità.

In dettaglio, il decreto stabilisce:

- 1) le norme volte a garantire la qualità e la sicurezza degli organi umani destinati al trapianto nel corpo umano, «al fine di assicurare un elevato livello di tutela della salute umana a garanzia dei diritti fondamentali della persona»;
- 2) le misure da applicare in occasione di scambio transfrontaliero di organi destinati ai trapianti nell'Unione europea, «con particolare riferimento alle procedure per la trasmissione di informazioni circa la caratterizzazione di organi e donatori, la tracciabilità degli organi, la segnalazione di reazioni ed eventi avversi gravi»;
- 3) gli obiettivi, le funzioni e la struttura del sistema informativo trapianti di cui all'articolo 7, comma 3, della legge 1 aprile 1999, n. 91.

Tumori: Aiom, prevenire resta la carta vincente: le 10 regole d'oro

Ogni anno a più di 12 milioni di persone viene diagnosticato un tumore e 7,6 di queste muoiono. Se non si prenderanno iniziative concrete si arriverà a 26 milioni di nuovi casi - sostiene l'UICC (Unione Internazionale Contro il Cancro) - e a 17 milioni di morti entro il 2030, soprattutto nei Paesi in via di sviluppo. In Italia i decessi per

cancro sono in netto calo. In circa vent'anni (1996-2014) sono diminuiti del 18% fra gli uomini e del 10% fra le donne. Il numero di nuovi casi è sostanzialmente stabile: sono stati stimati 365.500 nel 2014 (erano 366mila nel 2013, 364mila nel 2012 e 360mila nel 2011): 196.100 (54%) negli uomini e 169.400 (46%) nelle donne. Il merito è da ricondurre anche alle campagne di prevenzione tuttavia il fattore di rischio più importante, il fumo di sigaretta, risulta ancora troppo diffuso. Un terzo degli italiani under 35 è tabagista. La prevenzione rimane lo strumento più efficace per combattere i tumori, vivere bene e più a lungo. Per questi motivi, l'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) aderisce alla Giornata Mondiale contro il Cancro promossa dall'UICC, un'organizzazione non governativa che rappresenta associazioni impegnate nella lotta alla malattia in oltre 100 Paesi. Il tema al centro dell'edizione 2015, sostenuta anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, è «Combattere il tumore con la Prevenzione». L'Aiom promuove il progetto «10!!! Diamoci un dieci per sconfiggere il cancro», una strategia che vuole coinvolgere oncologi, pazienti, istituzioni, associazioni e media.

Le 10 regole quotidiane di prevenzione:

- 1) «Non fumare. Se fumi, smetti di fumare. Se non riesci a smettere, non fumare in presenza di non-fumatori.
- 2) Riduci il grasso corporeo (cercando di mantenere un BMI compreso tra 21-23).
- 3) Fai attività fisica (almeno mezz'ora al giorno di attività fisica moderata, es. camminata veloce).
- 4) Limita i cibi ipercalorici ed evita le bevande zuccherate.
- 5) Riduci il consumo di carni rosse (massimo 500 g a settimana) e ed evita gli insaccati.
- 6) Limita il consumo di alcool (massimo due bicchieri di vino o di birra al dì).
- 7) Mangia almeno cinque porzioni al giorno di frutta e verdura.
- 8) Evita l'eccessiva esposizione al sole.
- 9) Rivolgiti tempestivamente al medico in caso di sospetto (ad esempio se noti un nodulo nel seno, un'ulcerazione cutanea che non si rimargina, un neo che cambia forma o colore, la presenza di sangue nelle feci, perdita di peso).
- 10) Partecipa ai programmi di screening (donne sopra i 25 anni: carcinoma della cervice; donne e uomini sopra i 50 anni: carcinoma del colon; donne sopra i 50 anni: carcinoma della mammella)».

DOCTOR 33. IT

Prescrizioni su foglio bianco da ospedali? L'esperto: ricettario Ssn numerato non sempre a portata di mano

Ospedali che dimettono i pazienti senza ricetta o senza impegnativa costringendoli a recarsi dal curante per la prescrizione. Medici di famiglia che di fronte a una nota Cuf o a un piano terapeutico sono costretti a rinviare il paziente in ospedale. Tensioni inevitabili. Nel 2009 l'Ordine dei Medici di Genova guidato da **Enrico Bartolini** decise di prevenirle varando un Decalogo per Migliorare il Comportamento tra

Collegi che chiedeva ai medici ospedalieri di compilare le ricette rosse del Ssn ogniqualvolta richiesti. A sei anni di distanza Bartolini vede che le cose non sono cambiate. «Con estrema sincerità, siamo al punto di prima, più o meno la stessa quantità di ricorsi. E la stessa qualità: i problemi vengono da determinate strutture e certi medici di famiglia sono meno accomodanti di altri». Per Bartolini, «il punto di svolta è stata l'introduzione del codice identificativo del medico nei ricettari ospedalieri. Non voglio in nessun modo giustificare il medico della struttura, ma finché il ricettario era "dell'ospedale" nessuno aveva difficoltà a tenerlo in tasca; quando (legge 326/2003, ndr) è stato introdotto il ricettario che rende possibile risalire allo specialista, pur essendosi i medici preoccupati di approvvigionarsi, le cose sono cambiate. Se il modello non è subito disponibile qualcuno, sbagliando anche ai sensi di legge, preferisce far prima prescrivendo sulla ricetta bianca». Già, il medico ospedaliero è obbligato a usare la ricetta rossa dalla legge 347/2001, articolo 8. Di fronte all'errore del collega, il Mmg ha due possibilità, denunciarlo o far finta di niente. «E così accade. Per conto mio -dice Bartolini -se il farmaco è prescrivibile solo dallo specialista il collega ospedaliero deve sapere che la sua negligenza crea un grave problema al medico di famiglia e al paziente. Quando però l'errore è sporadico, perché infierire? Una ricetta in bianco può essere persino un modo di rimettere la prescrizione di una medicina o di un esame alla discrezionalità di un collega che del paziente ne sa di più». Per il Presidente genovese «né ospedale né territorio hanno grandi colpe se su questi temi il rapporto si incrina: piuttosto, le regioni dovrebbero riservare più attenzione, smussare una legislazione talora repressiva sulle prescrizioni dei medici di famiglia, che non sempre sono "iper"». Bartolini esprime idee a titolo personale. «A livello istituzionale, conoscendo quanto il tema possa dividere, conto di rimettere mano con il Consiglio quanto prima al Decalogo».

Irap, molti precari in ospedale la pagano anche se non dovuta

Quanti medici non assunti ma ingaggiati a partita iva dall'ospedale per lavorarci sono tuttora soggetti alla richiesta di pagare l'Irap? La domanda sorge dopo l'ennesimo braccio di ferro concluso in Cassazione tra il Fisco e un medico veneto che per la libera professione si appoggia su due ospedali. Correttamente mette i redditi nel quadro RE ma l'Agenzia delle entrate gli chiede l'Irap 2007. Per le sentenze di Cassazione vale il distinguo tra attività organizzata e non organizzata: se il professionista mette lo zampino nella organizzazione della struttura e dunque sopporta costi connessi alla formazione del suo reddito paga l'Irap, se i costi li sopportano altri no.

In primo grado il giudice dà ragione al medico, in appello la Commissione Tributaria Regionale conferma tutto, ma il Fisco ricorre. Da una parte ravvisa un vizio quasi di forma (la Ctr ha parlato di "medico convenzionato", ma la Suprema Corte chiarirà: non c'è dubbio si tratti di libero professionista); dall'altra c'è una domanda più profonda. Il medico paga 33 mila euro di affitto delle strutture, cifra che si addice di più a un affitto di struttura alla cui manutenzione egli contribuisce. Inoltre non ha

prodotto i contratti di collaborazione con le strutture da cui si desumerebbe se si sobbarca dei costi di conduzione della struttura (nel qual caso paga l'Irap) oppure no. Per la [Cassazione](#) il medico comunque non paga l'Irap. Il valore ingente di compensi percepiti e spese sostenute, in astratto magari compatibile con situazioni assoggettate all'imposta, non basta a dimostrare che il medico fa attività organizzata; la stessa incongruità delle spese può essere figlia ad esempio di errore di valutazione della struttura.

«Purtroppo al medico con un contratto di collaborazione per un ospedale o a progetto o retribuito con fattura - ce ne sono oltre 7 mila da aggiungere ai 2500-2700 contratti a tempo determinato - l'Irap è richiesta dal Fisco, senza valutare il singolo caso, e il comportamento ricorrente è pagare e chiedere rimborso anche se l'imposta non sarebbe dovuta: siccome il contenzioso costa, molti vi rinunciano», dice il vicepresidente Cimo **Guido Quici**. «Il problema tocca da vicino i giovani (non più contribuenti minimi cioè sopra 30 mila euro di reddito ndr) e all'onere fiscale va aggiunto quello assicurativo: mancando copertura aziendale, questi medici sono costretti a coprirsi integralmente con la polizza per specialità, premi alti».

Quici aggiunge che i concetti di produttività e attività organizzata sottendono un paradosso. «Il professionista dovrebbe pagare la tassa nella misura in cui gli strumenti o la segreteria a sua disposizione concorrono a un incremento reddituale; ma questo incremento da dove nasce? L'interpretazione ricorrente è che deve l'Irap chi organizza i fattori produttivi, li acquista, li paga, mentre dove il professionista non risponde dell'organizzazione dei mezzi non la deve; ma per molti professionisti che si appoggiano ad ospedali e trattano i pazienti di quelle aziende, il fatturato decolla di più proprio perché di pagare i fattori produttivi, e l'Irap, si occupa direttamente la struttura».

Antibiotico-resistenza. Dati europei allarmanti.

Ricciardi (Iss): il fenomeno è preoccupante

«Il fenomeno dell'antibiotico resistenza - precisa a DoctorNews33 **Walter Ricciardi**, commissario straordinario dell'Iss - è preoccupantissimo perché cominciamo ad avere situazioni in cui i pazienti sono resistenti a quasi tutti gli antibiotici e questo vuol dire non avere più strumenti per curarli». Come messo in evidenza ripetutamente negli ultimi anni anche dall'Agenzia Italiana del Farmaco (Aifa), i dati mondiali sulla resistenza antimicrobica, non mostrano uno scenario promettente. L'utilizzo inappropriato degli antibiotici ha portato, infatti, a un vasto e rapido sviluppo di ceppi di batteri resistenti a questa classe di farmaci, che rende difficile il trattamento di una gamma sempre più ampia di infezioni abbastanza comuni e facili da contrarre. L'Oms ha più volte ribadito la necessità di una rete sinergica che coordini a livello globale il monitoraggio delle antibiotico-resistenze e la condivisione dei dati. Solo 129 dei 194 Paesi Membri hanno fornito dati nazionali sulle Amr e, tra questi, solo 42 hanno rintracciato i dati relativi a tutte le 9 coppie "batteri-antibiotici" che le agenzie nazionali hanno indicato come le principali minacce per la salute pubblica, tra queste: *Staphylococcus aureus* e meticillina, *Escherichia Coli* e le cefalosporine, *Klebsiella pneumoniae* e i carbapenemi.

Dottor Ricciardi, il primo Rapporto voluto dalla Commissione Europea e realizzato dal Centro Europeo per il controllo e prevenzione delle malattie (Ecdc), l'Autorità europea per la sicurezza alimentare (Efsa) e dall'Ema, pone il problema della resistenza agli antibiotici. E' uno scenario che va peggiorando?

Il problema esiste ed è legato all'uso eccessivo e distorto degli antibiotici sia negli animali che nell'uomo e che vede l'Europa meridionale particolarmente interessata per il settore animale, mentre Italia e Francia lo sono sul versante dell'uomo. Il ministero della Salute sta facendo molto, ma poi di fatto dipende dalle regioni e dal comportamento dei singoli professionisti, allevatori per quanto riguarda gli animali e medici per gli uomini, tenere giusti indirizzi. È un problema di cultura e di etica, che vede purtroppo l'Italia molto indietro sul versante degli animali e abbastanza indietro per gli uomini.

Si rischia di non avere farmaci per le cure?

Sì, questo fenomeno dell'antibiotico resistenza è un fenomeno preoccupantissimo perché cominciamo ad avere situazioni in cui i pazienti sono resistenti a tutti gli antibiotici e non abbiamo più strumenti per curarli.

Quanto pesa questa situazione fra gli animali e in campo umano invece?

Purtroppo è un circolo vizioso perché somministrando troppi antibiotici agli animali, che diventeranno poi cibo per gli uomini, si mette in moto un 'sistema' che deve essere interrotto lavorando a 360 gradi. Sull'animale diminuendo il numero di antibiotici somministrati e sull'uomo dando gli antibiotici in maniera mirata. Nel caso dell'influenza stagionale di quest'anno, ad esempio, in Italia e Francia si sono prescritti antibiotici a iosa quando invece essendo di origine virale e non batterica va curata diversamente. Inghilterra, Germania e Paesi Scandinavi adottano altri sistemi e da questi dovremmo prendere spunto.

Quanto sono seri in Italia i controlli sugli allevamenti?

I controlli sono a un buon livello e non dimentichiamo che l'Italia è l'unico Paese che ha l'assistenza veterinaria all'interno del Sistema Sanitario Nazionale. Ma il problema è di comportamento degli allevatori soprattutto, prima che strutturale.

DIRITTO SANITARIO **Reato di lesioni personali aggravate per l'avulsione di un dente incisivo**

Integra la fattispecie criminosa delle lesioni personali aggravate, di cui all'art. 583, comma primo, n. 2 del codice penale, anche l'avulsione di un solo dente incisivo, in quanto occorre far riferimento alla naturale funzionalità dell'organo indipendentemente dalla possibile applicazione di una protesi dentaria. Anche l'ulteriore indebolimento di un organo, la cui funzione sia già limitata a causa di precedente anomalia, costituisce causa per ritenere la sussistenza dell'aggravante di cui al n 2 del primo comma dell'art 583 cod pen.

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

RASSEGNA STAMPA CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

ADDETTO STAMPA OMCEOSS ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584