

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI

DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA TEMPIO

MARTEDI' 24 MARZO 2015

SOMMARIO

LA NUOVA SARDEGNA

- ❖ **SASSARI Il Riesame: no agli arresti degli psichiatri** Il pm aveva chiesto misure cautelari per i 5 medici indagati per abuso d'ufficio e esercizio abusivo della professione *I LEGALI DELLA DIFESA Un impianto accusatorio infondato e interamente suggestivo che si basa sulle sole dichiarazioni di una specializzanda*
- ❖ **TEMPIO Presìdi ortopedici negati a una donna, la verità della Asl** L'azienda sanitaria: «Decisione presa dallo specialista Non ci sono stati tagli e non esistono pazienti di serie B»

L'UNIONE SARDA

- ❖ **SASSARI Clinica psichiatrica: no all'arresto** Il tribunale del Riesame respinge l'appello del pm

QUOTIDIANO SANITA'.IT

- ❖ **Elezioni Fnomceo.** Trionfo per Roberta Chersevani: la sua lista prende tutti e 13 i membri medici del Comitato Centrale. *E lei si avvicina sempre più ad essere la prima donna alla guida dei medici e odontoiatri italiani*
- ❖ **Odontoiatri.** Giuseppe Renzo confermato alla presidenza del Cao
- ❖ **L'OPINIONE Tornare ai Comuni? Va bene. Ma per sistemare la sanità non basta un cambio di "gerenza" di Ivan Cavicchi**
- ❖ **Tumore renale.** Diagnosi precoce grazie a un test delle urine

SOLE 24 ORE SANITA'.IT

- ❖ **Elezioni Fnomceo, vince la lista Chersevani**
- ❖ **Giornata mondiale Tbc.** Ricerca, fondi e piani di cure per eradicare l'epidemia entro il 2035
- ❖ **Epatite C.** Aifa pubblica il nuovo algoritmo per la terapia

DOCTOR 33. IT

- ❖ **Vince la lista di Chersevani, per Fnomceo più vicina prima presidenza in rosa**
 - ❖ **Certificati a indigenti, non serve né fattura né Iva.** *Le precisazioni dell'Agenzia delle entrate*
 - ❖ **DIRITTO SANITARIO** Ordine dei Medici: limiti al divieto di pubblicizzare i prezzi delle prestazioni
-

SASSARI Il Riesame: no agli arresti degli psichiatri **Il pm aveva chiesto misure cautelari per i 5 medici** **indagati per abuso d'ufficio e esercizio abusivo della** **professione** *I LEGALI DELLA DIFESA Un impianto accusatorio* *infondato e interamente suggestivo che si basa sulle sole dichiarazioni di* *una specializzanda*

Nessuna misura cautelare né interdittiva nei confronti dei cinque psichiatri sassaresi finiti di recente in una vera e propria bufera giudiziaria. Indagati per reati che vanno dall'abuso d'ufficio al falso, dall'esercizio abusivo della professione alla soppressione e all'occultamento di documenti. Il tribunale del Riesame ieri ha detto no alle richieste del pm Carlo Scalas di arresti domiciliari e sospensione dalla professione per Liliana Loretto, direttore della clinica psichiatrica di Sassari, Paolo Milia, strutturato nella stessa clinica, Giancarlo Nivoli, professore emerito e "padre" della scuola sassarese di psichiatria, sua moglie Noemi Sanna e la loro figlia Alessandra Nivoli, entrambe ricercatrici. Tutti finiti sotto indagine dopo la denuncia di una specializzanda che lamentava di esser stata allontanata illegittimamente dalla scuola di Psichiatria di Sassari, una sorta di "punizione" per aver «contrastato l'anomalo sistema vigente all'interno della Clinica psichiatrica di San Camillo» dove si svolge il corso di specializzazione. Tra le altre cose una gestione «parafamiliare», come l'aveva definita il gip. La denuncia era arrivata sul tavolo del sostituto procuratore Scalas che aveva fatto partire le indagini disponendo anche intercettazioni telefoniche e ambientali. Ieri i giudici del Riesame hanno rigettato l'appello del pubblico ministero. Il primo "no" alle misure era arrivato infatti dal giudice per le indagini preliminari e la decisione era stata impugnata da Scalas. Gli avvocati Nanni Campus, Giuseppe Conti, Marcello Bazzoni, Luigi Satta e Edoardo Morette – che difendono gli indagati – hanno presentato una corposa e dettagliata memoria difensiva esponendo una linea evidentemente condivisa dal tribunale presieduto da Pietro Fanile. «Un impianto accusatorio infondato e interamente suggestivo con molti atti di indagine inutilizzabili non poteva che portare a questo risultato» è stato il primo commento dell'avvocato Campus che ha poi aggiunto: «Per non parlare delle intercettazioni, in parte illegittime in quanto non erano previste per i reati contestati». E c'è un altro aspetto non trascurabile: «Le misure cautelari personali possono essere applicate solo quando si procede per delitti per i quali la legge stabilisce la pena dell'ergastolo o della reclusione superiore a tre anni. Ma l'esercizio abusivo della professione è punito con la pena della reclusione sino a sei mesi o con multa sino a 516 euro». La specializzanda aveva sollevato perplessità sulla gestione dei corsi sostenendo tra le altre cose che lei e gli altri colleghi venissero lasciati soli nelle visite e nelle diagnosi ai pazienti «senza alcun affiancamento da parte dei medici strutturati che affidavano agli studenti anche la prescrizione degli psicofarmaci e dei relativi dosaggi». Da qui la contestazione dell'induzione

all'esercizio abusivo della professione. Accuse che la difesa respinge al mittente dopo aver elencato le numerose falle di un'inchiesta nella quale «emerge chiaramente la non conoscenza delle dinamiche di un ateneo». Comprese quelle che regolano la gestione di una scuola di specializzazione. «Inchiesta – rincara la dose l'avvocato Giuseppe Conti – che si sta sgonfiando come un palloncino del Luna Park». Il legale entra nel merito del ruolo e dei compiti che hanno gli specializzandi all'interno della scuola: «Non si può trascurare un presupposto essenziale – spiega Conti – E cioè che non si sta parlando di studenti ma di persone abilitate all'esercizio della professione medica». Che, ad eccezione dei compiti strettamente in capo agli strutturati, possono quindi visitare i pazienti e somministrare loro le cure. «Condotte inoffensive – definisce quelle degli indagati l'avvocato Luigi Satta – che non avrebbero mai potuto richiedere l'applicazione dei domiciliari. E la decisione del Riesame rappresenta la conferma di quanto noi sappiamo da principio». L'indagine della Procura andrà avanti.

TEMPIO Presìdi ortopedici negati a una donna, la verità della Asl L'azienda sanitaria: «Decisione presa dallo specialista Non ci sono stati tagli e non esistono pazienti di serie B»

I presìdi ortopedici negati ad una donna tempiese che ne usufruiva da sette anni non sono stati concessi perché lo specialista che l'ha visitata, "in scienza e coscienza", ha ritenuto appropriati, per la specifica patologia della donna soltanto i plantari. Ad affermarlo dopo la denuncia di una settantenne che si era vista "tagliare" le scarpe ortopediche, è la Asl di Olbia. «In merito al caso specifico della signora settantenne - si legge in un comunicato -, lo specialista, valutate la patologia e i risultati raggiunti in questi anni, ha prescritto alla donna dei plantari ortopedici. Ausili che lo specialista, in scienza e coscienza, ha infatti ritenuto appropriati e indicati per quella specifica patologia». Praticamente, la donna, Antonia Deledda, che il 15 ottobre del 2007, a 62 anni, una Commissione di prima istanza per l'accertamento degli stati di invalidità civile aveva dichiarato affetta da diabete mellito, metatarsalgia bilaterale, alluce valgo e spina calcaneare ad entrambe le piante dei piedi", oggi, a 70 anni, sarebbe improvvisamente guarita e bisognevole dei soli plantari. «Bisogna comunque ricordarsi - precisa il comunicato della Asl - che rientra nelle competenze esclusive dello specialista la valutazione del bisogno dei pazienti». E poi: «Il bisogno del paziente è prioritario rispetto ad altre valutazioni, comprese quelle di natura economica». Il comunicato dice anche che è errato affermare che in seguito "ai tagli della sanità" siano state "tagliate le scarpe" alla paziente di Tempio. Così come non corrisponde al vero l'affermazione secondo cui nella Asl di Olbia ci sarebbero dei pazienti di serie A e di serie B. Cosa della quale a Tempio dubitano tutti». Ovviamente la vicenda delle scarpe negate ha suscitato i commenti più disparati fra la gente, fra le forze politiche e anche nei movimenti di opinione, come ad esempio il Popolo dei lucchetti che, per evitare strumentalizzazioni politiche nel clima elettorale

si era, per così dire, ritirato, in attesa di tornare in campo subito dopo l'elezione della nuova amministrazione. «Su questa vicenda - dice Nicola Luciano, uno dei leader del movimento -, stanno correndo in città voci strane e anche molto gravi, che speriamo non rispondano al vero. Noi, come Popolo dei lucchetti, stiamo facendo le nostre indagini. Ci auguriamo solo che i preidi sanitari assegnati, siano esse scarpe, plantari, deambulatori o pannoloni, solo per citarne alcuni, continuino ad essere assegnati. Così come ci auguriamo che le scarpe ortopediche, per grandi e piccini che pare stiano scomparendo, non ricompaiano, magari fra qualche settimana, quando la città sarà chiamata alle urne per il rinnovo del consiglio comunale».

L'UNIONE SARDA

SASSARI Clinica psichiatrica: no all'arresto

Il tribunale del Riesame respinge l'appello del pm

Il Tribunale del riesame ha respinto l'appello presentato dal pubblico ministero contro la decisione con cui lo stesso organo giudiziario aveva rigettato la richiesta del gip di accogliere tre ordinanze di custodia cautelare ai domiciliari nei confronti di Liliana Loretto, direttore della Clinica, sospesa anche dall'incarico di direttore della scuola di specializzazione, dell'ex direttore Giancarlo Nivoli e dello psichiatra Paolo Milia. Ieri il Tribunale ha accolto le memorie presentate dal collegio difensivo e l'ulteriore documentazione a sostegno dell'innocenza degli indagati. L'inchiesta era scaturita dalla denuncia presentata da una specializzanda che lamentava di essere stata ingiustamente esclusa dalla scuola “per aver contrastato l'anomalo sistema vigente dove gli specializzandi venivano lasciati soli dai loro tutor anche nelle visite, nelle diagnosi e nella prescrizione dei medicinali ai pazienti”. Un atteggiamento critico che si sarebbe rivelato un boomerang. Secondo la specializzanda le sue accuse avrebbero indotto i vertici della Clinica a bocciarla.

QUOTIDIANO SANITA'.IT

Elezioni Fnomceo. Trionfo per Roberta Chersevani: la sua lista prende tutti e 13 i membri medici del Comitato Centrale. E lei si avvicina sempre più ad essere la prima donna alla guida dei medici e odontoiatri italiani

Concluse ieri sera le operazioni di scrutinio. Debacle per Salvatore Amato che non

riesce a portare nessuno dei suoi in Comitato Centrale. Chersevani fa il pieno di voti e si piazza al secondo posto con soli due voti in meno del primo classificato. La poltrona di presidente della Fnomceo è ormai vicina. Tutti i risultati.



Si è concluso poco prima delle 20 lo scrutinio della componente medica per il nuovo Comitato Centrale della Fnomceo ([quella odontoiatrica è stata scrutinata ieri](#)). La vittoria per **Roberta Chersevani** è stata nettissima: la sua lista guadagna tutti e 13 i posti riservati ai medici nel vertice della Federazione e anche a livello personale la presidente dell'Ordine di Gorizia può rivendicare un ottimo secondo posto con 1.282 preferenze, solo 2 in meno del primo votato che è risultato essere **Raimondo Ibba**.

Sconfitta piena invece per la lista capeggiata dal presidente di Palermo **Salvatore Amato** con nessun posto nel nuovo CC e lui stesso che non riesce a far meglio del 14° posto in graduatoria, non sufficiente per sedere nella stanza dei bottoni della Federazione.

Un risultato che smentisce quindi le previsioni della vigilia che, pur dando per certa la vittoria di Chersevani, ventilavano fortemente la possibilità di un Comitato Centrale non così monolitico ma più equamente bi-partisan.

Ecco i risultati completi delle elezioni per il nuovo Comitato Centrale della Fnomceo (nome e numero preferenze). Ricordiamo che nel Comitato centrale, che dovrebbe riunirsi a fine settimana per la distribuzione delle cariche, siederanno i primi 13 eletti della componente medica e i primi 4 della componente odontoiatrica.

I Medici:

1. IBBA RAIMONDO (Pres. Omceo Cagliari) 1284
2. CHERSEVANI ROBERTA (Pres. Omceo Gorizia) 1282
3. CONTE LUIGI (Pres. Omceo Udine) 1252
4. BOVENGA SERGIO (Pres. Omceo Grosseto) 1182
5. BORROMEI FULVIO (Pres. Omceo Ancona) 1156
6. MARINONI GUIDO (V. Pres. Omceo Bergamo) 1156
7. CAUDO GIACOMO (Pres. Omceo Messina) 1127
8. SPATA GIANLUIGI (Pres. Omceo Como) 1125
9. SCASSOLA MAURIZIO (Pres. Omceo Venezia) 1119
10. ZUCCARELLI BRUNO (Omceo Napoli) 1117
11. AWAD MUSA (Omceo Roma) 1114
12. CILIBERTO ENRICO (Pres. Omceo Crotone) 1114
13. GIUSTETTO GUIDO (Pres. Omceo Torino) 1098
14. AMATO SALVATORE 904
15. MUZZETTO PIERANTONIO 783

16. VENEZIANO PASQUALE 748
17. MANFREDI CARLO 743
18. ORTU MAURIZIO 740
19. QUIRICONI UMBERTO 710
20. PAGANI AUGUSTO 702
21. RIGHETTI GIOVANNI MARIA 680
22. COLLINI MARCO 678
23. GROSSI MAURIZIO 678
24. PANDULLO CLAUDIO 658
25. TRUCCO UGO 654
26. FRULLINI ANNARITA 465
27. STELLA ROBERTO 136
28. FERRARI CESARE 47
29. ALBERTI FRANCESCO 31
30. FERRARI ANNA MARIA 30
31. D'AUTILIA NICOLINO 18
32. BENATO MAURIZIO 14

Gli Odontoiatri

1. RENZO GIUSEPPE 295
2. IANDOLO RAFFAELE 267
3. ZIVI ALESSANDRO 255
4. SANVENERO SANDRO 224
5. POLLIFRONE BRUNELLO 145
6. PRADA GIANFRANCO 50
7. ALMINI STEFANO 35
8. BRUCOLI VALERIO 10
9. LANDI MARCO 10

Revisori (passano i primi 3)

CASALE EZIO 1275
ALBERTI FRANCESCO 1206
ONORATI SALVATORE 1196
DE ANGELIS FIORELLA 736
STAMEGNA LUIGI 718

Supplente (entra il 1° classificato)

FERRARI ANNA MARIA 1165
PATERNO' ROCCO 726

Odontoiatri. Giuseppe Renzo confermato alla presidenza del Cao

Concluse le votazioni per il rinnovo dei vertici Fnomceo. La componente odontoiatrica ha registrato una nuova vittoria per il presidente in carica della Commissione Albo Odontoiatri (Cao).

Lo scrutinio della componente odontoiatrica si è concluso con la conferma di **Giuseppe Renzo** alla presidenza della Commissione Albo odontoiatri (Cao).

L'OPINIONE Tornare ai Comuni? Va bene. Ma per sistemare la sanità non basta un cambio di “gerenza” di Ivan Cavicchi

Qualsiasi discorso sulla gerenza gestionale e amministrativa della sanità fuori da un progetto di riforma del sistema non è credibile. Governo, strategia, organizzazione, partecipazione sociale e prassi professionali non sono separabili

Carlo Palermo con argomenti tutt'altro che infondati ha riproposto la questione della gerenza del sistema sanitario ([QS 18 marzo 2015](#)). Uso il termine gerenza e non governance per indicare in senso istituzionale la soluzione gestionale e amministrativa “che conduce” e “fa andare” il sistema sanitario. Gli anni '90 furono interamente dominati da una questione simile e il verso era quello di togliere la gerenza ai comuni per darla alle regioni. Il mio amico Carlo a circa 25 anni di distanza, quindi dopo aver abbondantemente assaggiato il budino regionale e aziendale, ci propone un ragionamento inverso:

- rimettere il comune a capo di sottosistemi di servizi soprattutto quelli con una natura territoriale lasciando alle regioni tutto il resto
- ripensare l'azienda con un cda di nomina comunale .

Alla prova del cucchiaino il budino evidentemente non gli è piaciuto.. ma come dargli torto?

Negli anni '90 la questione della “gerenza” era soprattutto intesa come una contraddizione costituzionale. La riforma del 1978 non senza dei validi motivi l'aveva affidata ai comuni e non alle regioni come prevedeva la Costituzione. I comuni, solo dopo un decennio, nei confronti delle regioni calarono le brache soprattutto perché la loro esperienza gestionale fu a dir poco fallimentare affidata a comitati di gestione, che non erano sbagliati in via di principio, ma che furono lottizzati in modo scriteriato facendo le peggiori cose. Era il tempo in cui il PCI sosteneva lo slogan “fuori la politica dai comitati di gestione”.

Oggi Carlo Palermo soprattutto dopo gli ultimi provvedimenti di riordino della sua regione ma anche di tante altre, ci dice due cose:

- oggi sono le regioni e le aziende che si sono dimostrate incapaci, cioè non hanno fatto meglio né dei comuni e né dei comitati di gestione
- i processi in atto di riordino regionale stanno pericolosamente accentrando la gerenza a danno della territorialità.

La sua proposta alla fine è chiara: tornare all'impianto istituzionale della 833, quindi riformando la “riforma della riforma” (502/517) tenendo conto dei nuovi

orientamenti sul Titolo V che sta spostando la tutela sanitaria dalle regioni allo stato centrale circoscrivendo le titolarità delle regioni a programmazione e organizzazione.

Quale discussione? In primo luogo mi dichiaro d'accordo con Carlo sulla necessità di ridefinire la gerenza della sanità. Per non ripetere proposte già fatte rimando a "Sanità, un libro bianco per discutere" (2005), dove proponevo "l'azienda sui generis" cioè una azienda di servizio a management diffuso e a partecipazione sociale", al saggio "Governo e compossibilità" (2013) dove proponevo il governo multilevel nel quale il comune era recuperato a funzioni di salute, e su questo giornale insieme a Troise per citare rispettivamente gli articoli più recenti ([QS 9 aprile 2014](#) e [QS 17 maggio 2014](#)) dove discutevamo entrambi di come le prassi professionali sono funzioni alla governance e non indipendenti da essa e il contrario.

In secondo luogo non credo che in questa situazione esista una istituzione magica capace da sola di risolvere i problemi di gerenza della sanità. Negli anni '90 regioni e aziende dovevano salvare la sanità dall'ingovernabilità e la governabilità della sanità è peggiorata perché esse prive di un vero pensiero riformatore non sono state in grado di dare corso né alla razionalizzazione della 229, né alla più recente spending review portandoci dritti dritti tra clientele sprechi e malaffare ai tagli lineari. Tutti i livelli istituzionali di un eventuale governo multilevel oggi hanno un limite culturale di fondo che è di tipo progettuale e riformatore. Per me qualsiasi discorso sulla gerenza della sanità fuori da un progetto di riforma del sistema sanitario non è credibile. Governo, strategia, organizzazione, partecipazione sociale e prassi professionali non sono separabili.

In terzo luogo il mio amico Carlo propone di suddividere la gerenza dei servizi tra Regioni e Comuni distinguendo quelli prossimi ad una idea di territorialità da quelli da questa distanti e quindi con ambiti sovra territoriali. Personalmente ritengo che la nozione di territorio ormai per tante ragioni abbia perso di senso di significato. Cioè non è più una idea chiave per cui non la userei per ridefinire il sistema di gerenza. Il processo di riduzione del numero delle Asl è iniziato con De Lorenzo nel 1992 ma con esso è iniziato anche un crescente processo di deterritorializzazione. Oggi gli ambiti dei distretti hanno preso il posto di quelli delle aziende e quelle delle aziende sono diventati aree vaste sub regionali. In Toscana, ma anche in Emilia ormai tra macro aree e aree vaste siamo ai "cantoni" sanitari.

Anche per questo non credo più da tempo all'integrazione ospedale territorio. E' una idea marginalista che continua ad essere ribadita stancamente ma solo perché non disponiamo di una idea forte di unità delle tutele. Ci illudiamo di integrare le divisione del sistema con l'attak. Quello che nasce per essere diviso è difficilmente integrabile. Se vogliamo davvero integrare dobbiamo ridiscutere il taylorismo delle nostre organizzazioni e partire da ciò che unisce non da ciò che divide.

In quarto luogo se l'idea di territorio è usurata serve una nuova idea che almeno ne sviluppi le antiche idealità. Da tempo nei miei libri al posto di territorio, che per la gerenza è un concetto di spazio da amministrare con dei servizi decentrati, uso il concetto di comunità, che per me è un soggetto che partecipa alla gerenza e quindi è

a sua volta servizio.

E' da questa idea che nascono le proposte di distretto di comunità e quelle che puntano a riconcepire il sistema dei servizi nel tentativo di rimettere insieme cura e comunità di persone e che troverete ben descritte soprattutto nei lavori del 2012/13 (I mondi possibili della programmazione sanitaria...; il riformista che non c'è...). Carlo Palermo arriva vicino alla questione "comunità", parlando di rafforzare il rapporto tra questa e la sanità, di cda delle nuove aziende quale espressione della comunità di riferimento fino a parlare di sussidiarietà e di vicinanza "ai luoghi della cittadinanza".

Nello stesso tempo continua a parlare di "nuovi ambiti territoriali" di "lontananza dai territori"...e di "bacini di utenza"...cioè continua a ragionare con la logica dei luoghi e non con quella dei soggetti sociali. Assumere la comunità in luogo del territorio significa assumere i contenuti in luogo dei contenitori, quindi i loro bisogni, le loro caratteristiche, le loro organizzazioni sociali, le istituzioni che le rappresentano, le loro attività economiche, le loro culture, le loro esistenze, con almeno tre vantaggi:

- una comunità non può essere esterna alla gerenza anzi essa garantirebbe davvero una corretta idea di federalismo cioè la condivisione dei poteri tra le istituzioni e la società civile
- non si può produrre salute primaria senza una comunità titolare di diritti e di doveri alla salute per cui tutta la partita della costruzione e produzione di salute primaria andrebbe tolta alle aziende e alle regioni e data ai comuni cioè alle comunità rispetto alle quali il sindaco diventerebbe il primo sponsor di salute
- la comunità di salute dovrebbe essere concepita come l'hub del sistema, il distretto di comunità la cerniera tra la comunità e tutto il resto cioè lo spoke.

Ringrazio Carlo Palermo per aver riproposto la questione politica della gerenza ma è evidente che dobbiamo continuare la discussione.

Ivan Cavicchi

Tumore renale. Diagnosi precoce grazie a un test delle urine

Uno studio pubblicato su JAMA Oncology suggerisce che il dosaggio di due proteine urinarie, l'aquaporina-1 e la perlipina-2, potrebbe essere utilizzato come test di screening per rivelare la presenza di un tumore renale. La diagnosi precoce consente alla maggioranza dei pazienti di sopravvivere a questo tumore, che in genere dà sintomi solo quando è già in fase avanzata.

Per il tumore del rene, diagnosi precoce significa 80% di possibilità di sopravvivenza. Una grande opportunità che purtroppo spesso si 'infrange' sulla natura silenziosa di questo tumore. I sintomi caratteristici di questa neoplasia, ematuria e dolori addominali, stanchezza ed edemi declivi, si sviluppano infatti molto tardivamente nella sua storia naturale.

Ma uno studio proveniente dagli Stati Uniti suggerisce che presto potrebbe rendersi

disponibile un test di *screening* non invasivo per questo tumore, che non richiede neppure un prelievo di sangue. L'esame infatti si basa sul dosaggio di alcune proteine urinarie.

Nello studio, pubblicato su [JAMA Oncology](#), i ricercatori della Washington *University School of Medicine* di St. Louis hanno dimostrato che l'accuratezza del loro metodo, nel rilevare la presenza di un tumore del rene in fase iniziale, supera il 95% e che il test non produce falsi positivi.

“Di solito la diagnosi di tumore del rene si fa per caso – afferma l'autore anziano dello studio **Evan D. Kharasch**, Russell D. and Mary B. Shelden *Professor of Anesthesiology, Washington University* – in occasione di una TAC o di una risonanza magnetica fatta per altre ragioni. Ovviamente non possiamo pensare di utilizzare queste tecniche radiologiche per lo *screening* di questo tumore e per questo abbiamo cercato di mettere a punto un esame delle urine, che potesse aiutarci ad individuare precocemente un tumore del rene. I risultati del nostro studio dimostrano che i biomarcatori che abbiamo individuato sono molto sensibili e specifici per il rene”.

Per arrivare a questi risultati Kharash, **Jeremiah J. Morrissey**, primo autore dello studio, e colleghi del *Siteman Cancer Center*, del *Mallinckrodt Institute of Radiology* e della Divisione di Chirurgia Urologica hanno analizzato dei campioni di urine provenienti da 720 pazienti del Barnes-Jewish Hospital, in procinto di essere sottoposti ad una TAC addome per ragioni indipendenti dal sospetto di un tumore del rene. Come controllo, sono stati utilizzati i campioni di urine di 19 pazienti portatori di tumore renale.

Sul campione biologico, sono stati dosati i livelli di due proteine urinarie, aquaporina-1 (AQP1) e perlipina-2 (PLIN2). Solo nei portatori di carcinoma renale i livelli di queste proteine sono risultati elevati.

Anche tre dei 720 pazienti sottoposti a TAC addome hanno presentato elevati livelli di queste proteine urinarie; in due di loro è stata successivamente posta diagnosi di tumore renale, mentre il terzo è deceduto per altre cause, prima che potesse essere confermata o meno questa diagnosi.

Ognuna di queste proteine urinarie, presa singolarmente è una spia della possibile presenza di un tumore renale; ma le due prese insieme danno un risultato più sensibile e specifico. “Mettere insieme questi due biomarcatori – commenta Morrissey - consente di individuare i pazienti affetti da carcinoma renale, senza falsi positivi”.

Queste proteine non risultano elevate in presenza di altre neoplasie e consentono anche di escludere chi non è affetto da tumore renale. Che è poi un altro punto di forza del test, perché non tutti i processi occupanti spazio pertinenti al rene e rilevati anche causalmente alla TAC, sono necessariamente tumori; il 15% circa non ha infatti caratteri di malignità. “Questo test – sottolinea Kharash – permetterebbe dunque di evitare anche un 10-15% di nefrectomie inutili.”

Il prossimo *step* dei ricercatori americani consisterà dunque nella messa a punto di un test di *screening* urinario, somministrabile al grande pubblico e che nelle loro intenzioni dovrebbe andare ad affiancare mammografia, colonscopia, Pap test e gli altri esami di *screening* attualmente utilizzati per la diagnosi precoce dei tumori.

Negli Usa il tumore del rene è la 7° neoplasia più comune nell'uomo e la 10° nella donna; ogni anno vengono fatte circa 65 mila nuove diagnosi e si registrano 14.000 decessi. In fase precoce il tumore renale può essere efficacemente trattato, con un 80% di guarigioni. Purtroppo la maggior parte di queste neoplasie viene diagnosticata alla comparsa dei sintomi, quando spesso sono già presenti metastasi.

“ Il tumore renale in fase avanzata – ricorda Morrissey - è molto difficile da trattare. Per questo riponiamo molte speranze in questo test, che aiuterà ad individuare i pazienti portatori di questa neoplasia, in una fase della sua storia clinica quando è più facilmente trattabile”.

“L'incidenza di masse renali è in aumento – scrivono **Brian I. Rini** del Cleveland Clinic Taussig *Cancer Institute* e **Steven C. Campbell** del Glickman *Urological and Kidney Institute* (Cleveland, USA) in un [invited commentary](#) pubblicato lo stesso giorno su *JAMA Oncology* – per il sempre più diffuso utilizzo di *imaging* addominale. Di conseguenza gli urologi si trovano sempre più spesso di fronte al dilemma di cosa fare a livello diagnostico e terapeutico di queste masse, che sono tipicamente di piccolo diametro (< 4 cm), asintomatiche e spesso osservate in pazienti anziani con varie comorbilità o con alterazioni della funzionalità renale. Le indagini radiologiche consentono a volte, ma non sempre, di distinguere le forme benigne dalle maligne. Ed è diventato più diffuso il ricorso alla biopsia delle masse renali, allo scopo di distinguere le forme benigne, come i tumori cromofobi e i tumori a cellule renali (RCC) a cellule chiare di basso grado, da quelle più aggressive. Ci sono sempre più evidenze infatti a sostegno di un accettabile *outcome* per i pazienti derivante dalla sorveglianza attiva di queste piccole masse renali (SRM)”.

In un contesto di questo tipo dunque l'individuazione di questi marcatori urinari, AQP1 e PLIN2, è di grande interesse. AQP1 è una proteina 'addetta' al trasporto di acqua, localizzata nell'endotelio capillare glomerulare e sulla membrana apicale dei tubuli prossimali, nei reni normali.

PLIN2 è una proteina correlata alla differenziazione degli adipociti; la sua attivazione trascrizionale è mediata dall'*hypoxia inducible factor* e risulta iperespressa nel carcinoma a cellule renali a cellule chiare.

Gli editorialisti mettono tuttavia in guardia dai facili entusiasmi. In primo luogo non è ancora stato dimostrato che questi biomarcatori siano in grado di individuare tumori significativi dal punto di vista clinico (dei tre pazienti individuati dallo *screening*, due sono risultati portatori di tumori a cellule chiare di basso grado).

Questo tumore inoltre presenta una bassissima incidenza nella popolazione generale (20-25 nuovi casi per 100.000 persone per anno) e questo comporta evidenti preoccupazioni in merito alla costo-efficacia di uno *screening* del genere. Un punto questo che potrebbe essere superato, utilizzandolo su popolazioni ad alto rischio di tumore renale, come i soggetti con sindromi ereditarie per neoplasie renali, nei fumatori, nei pazienti con malattia renale cistica acquisita, associata ad insufficienza renale in stadio terminale. Nei pazienti con elevati valori di questi biomarcatori urinari, un'ecografia renale sarebbe una valida modalità di *screening* secondario.

Un'altra immediata e rilevante applicazione clinica di questo test – riflettono ancora gli editorialisti – potrebbe trovarsi nei pazienti portatori di SRM; precedenti lavori di Morrissey e colleghi avevano dimostrato che i livelli urinari di AQP1 e PLIN2 sono

significativamente più elevati nei pazienti con RCC papillare e a cellule chiare, rispetto a quelli con tumori renali benigni, compresi oncocitoma e angiomiolipoma. Tuttavia, mentre esiste una correlazione tra il livello di questi biomarcatori e le dimensioni della massa tumorale, non esiste un'associazione di questi marker con il grado del tumore, un dato ugualmente, se non più importante nel determinare il rischio di progressione e di metastatizzazione.

SOLE 24 ORE SANITA'.IT

Elezioni Fnomceo, vince la lista Chersevani

Raimondo Ibba, Roberta Chersevani, Luigi Conte: è questa la tripletta di candidati che si è aggiudicata il maggior numero di voti: lo spoglio delle 1999 schede scrutinate in giornata dopo il voto Fnom di venerdì scorso assegna dunque una netta vittoria alla compagine che si pone in piena continuità con la presidenza di Amedeo Bianco. Il triennio 2015-2017 vedrà per la prima volta al vertice della [Federazione](#) una donna. Chersevani, radiologa e senologa, è presidente dell'Omceo di Gorizia e ha guidato la commissione deontologica per l'aggiornamento del Codice deontologico Fnom. Le sue prime dichiarazioni: «Ricordiamoci sempre che siamo tutti medici, colleghi e ordinisti. Il clima disteso di questi giorni con il gruppo guidato da Toti Amato è di buon auspicio per fare un lavoro di squadra che ci avvicini agli iscritti. Penso a una Federazione più forte secondo il modello tedesco. E senza tirare in ballo il genere, spero che questa mia elezione abbia un effetto-traino sulle tante iscritte che aspettavano di essere meglio rappresentate».

Chersevani, rientrata subito nella sua Gorizia (dove gli iscritti medici "puri" all'Omceo sono appena 724, pari a 4 voti ai fini delle elezioni Fnomceo) per fare ambulatorio, convocherà nei prossimi giorni il Comitato centrale che entro una settimana dovrà procedere all'elezione formale della presidente, del vice e del segretario.

Giornata mondiale Tbc. Ricerca, fondi e piani di cure per eradicare l'epidemia entro il 2035

«Global solidarity and action»: questa la chiamata alle armi dell'Oms a tutti i Paesi membri, in vista della [Giornata mondiale della tubercolosi](#) del 24 marzo. Obiettivo, supportare una [nuova strategia ventennale](#), mirata a eradicare entro il 2035 l'epidemia globale.

Se è vero infatti che negli ultimi anni si sono registrati molti progressi contro la malattia, con oltre 37 milioni di vite salvate, ancora nel 2013 si sono ammalate 9 milioni di persone, di cui almeno mezzo milioni farmaco-resistenti. Si stima che 1,5 milioni di individui continuino a morire di tb ogni anno. Un problema non solo sanitario: la malattia ha infatti conseguenze devastanti per le famiglie, di cui arriva a ridurre il reddito annuo in media del 50%, aggravando spesso disparità preesistenti. «E' una questione di giustizia sociale, fondamentale ai fini del nostro obiettivo di

copertura sanitaria universale. Ogni uomo, donna o bambino di qualsiasi parte del mondo deve avere parità di accesso ai trattamenti», spiega la Dg Oms Margaret Chan.

La nuova strategia. La "Tb end strategy", adottata lo scorso anno dall'Assemblea generale, è centrata su tre aree-chiave: cure integrate per i pazienti e prevenzione diffusa ovunque ce ne sia la necessità, bambini inclusi; rafforzamento delle politiche e dei sistemi di supporto all'obiettivo; focus su ricerca e innovazione. L'obiettivo finale è di abbattere del 95% i decessi e del 90% i casi da qui al 2035. Il 2015 è considerato un anno strategico per ottenere questi risultati, potenziando gli interventi nei Paesi-chiave. Focus, ancora, sui pazienti che vivono con Hiv. Nel 2013 i co-infetti erano 1,1 milioni, ne sono deceduti 360mila.

L'emergenza risorse. E' vitale, ricordano ancora dall'Oms, che i gap di 2 miliardi di dollari da destinare agli interventi di cura che mancano all'appello ogni anno nella lotta alla Tb e l'1,39 miliardi che servirebbero alla ricerca siano colmati al più presto. Servono nuovi strumenti di diagnosi, farmaci e vaccini, che solo una mobilitazione collettiva può aiutare ad approntare. «Dobbiamo lavorare con criteri e soggetti innovatori nella salute, nello sviluppo, nella società civile e nel settore privato se vogliamo porre fine al peso di questa malattia che è assolutamente prevenibile», spiega Mario Ravaglione, direttore del Global Tb Programme Oms. I ministeri della Salute di tutto il mondo, Italia compresa, sono chiamati a fare la loro parte.

Epatite C. Aifa pubblica il nuovo algoritmo per la terapia

L'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) informa che è stato appena pubblicato, nella sezione dedicata del Portale istituzionale, il nuovo Algoritmo per la terapia dell'Epatite C cronica, realizzato in collaborazione con l'Associazione Italiana per lo Studio del Fegato (Aisf).

Si tratta di una nuova piattaforma Aifa, disponibile ad accesso libero nella sezione "Percorsi Decisionali sui Farmaci", in grado di definire il percorso logico ottimale per la definizione della terapia personalizzata per il trattamento di questa patologia.

Considerata l'eccezionale diffusione della malattia nel nostro Paese e l'elevato impatto dei costi dei farmaci ad azione antivirale diretta (DAA) di nuova generazione sul Servizio sanitario nazionale (Ssn), è stato ritenuto necessario programmare un processo di modulazione di accesso alle nuove terapie che prevede in via prioritaria il trattamento dei pazienti in base ad un criterio di urgenza clinica, come definito dalla Commissione Tecnico Scientifica (CTS) dell'AIFA.

In accordo con tutto ciò l'Algoritmo identifica la migliore terapia per i seguenti gruppi di pazienti:

1. Pazienti con cirrosi in classe di Child A o B e/o con HCC con risposta completa a terapie resettive chirurgiche o loco-regionali non candidabili a trapianto epatico e nei quali la malattia epatica sia determinante per la prognosi;
2. Pazienti con recidiva di epatite dopo trapianto di fegato con fibrosi METAVIR ≥ 2 (o corrispondente Ishak) o fibrosante colestatica;
3. Pazienti con epatite cronica con gravi manifestazioni extra-epatiche HCV-correlate (sindrome crioglobulinemica con danno d'organo, sindromi linfoproliferative a cellule

B);

4. Pazienti con epatite cronica con fibrosi METAVIR F3 (o corrispondente Ishak);

5. Pazienti in lista per trapianto di fegato con cirrosi MELD <25 e/o con HCC all'interno dei criteri di Milano con la possibilità di un'attesa in lista di almeno 2 mesi;

6. Pazienti con epatite cronica dopo trapianto di organo solido (non fegato) o di midollo con fibrosi METAVIR ≥ 2 (o corrispondente Ishak).

7. Pazienti con epatite cronica con fibrosi METAVIR F0-F2 (o corrispondente Ishak)

L'Algoritmo AIFA-AISF consente di armonizzare le più recenti evidenze scientifiche con la necessaria appropriatezza prescrittiva e il rispetto della rimborsabilità sostenibile a carico del nostro SSN, l'impiego clinico appropriato dei nuovi farmaci DAA nelle categorie di pazienti affetti da epatite C cronica, secondo i criteri di rimborsabilità approvati dall'AIFA. Nell'Algoritmo vengono pertanto suggerite le opzioni terapeutiche ottimali per l'utilizzo dei vari farmaci, in conformità a quanto riportato nelle specifiche scheda di monitoraggio. Tale appropriatezza non solo permette di massimizzare il beneficio clinico per il paziente, ma consente anche di liberare risorse per altre innovazioni farmacologiche allo scopo di riservare parte delle risorse a chi ne ha più bisogno.

L'obiettivo finale di questo tipo di Algoritmi decisionali è quindi quello di fornire al clinico una "guida" (non di essere una linea-guida) per un approccio terapeutico individuale il più possibile aggiornata e di facile utilizzo, allo scopo di valutare indicazioni e modalità di trattamento, utilizzando gli schemi terapeutici più vantaggiosi per il paziente. Il giudizio sui vari schemi terapeutici viene espresso come "ottimale", "subottimale" o "sconsigliato" tenendo in considerazione il beneficio che arreca al paziente, valutando cioè l'efficacia, la durata del trattamento e gli effetti indesiderati. L'algoritmo può quindi guidare tra le opzioni disponibili e attualmente rimborsate, riportandole tutte nella massima trasparenza ma, appunto perché non si tratta di linee guida vincolanti (ammesso che le linee guida lo siano sempre), lasciando comunque libertà decisionale e piena responsabilità al medico.

Tutti gli Algoritmi AIFA sono anche strumenti informatici dedicato a tutti i pazienti i quali possono in questo modo attingere informazioni, da condividere con il proprio medico curante, sulle diverse possibilità di cura.

L'Algoritmo sarà periodicamente aggiornato man mano che si renderanno disponibili gli ulteriori farmaci per la cura dell'epatite C cronica (DAKLINZA, HARVONI, VIEKIRAX, EXVIERA) ai quali l'AIFA sta dando massima priorità allo scopo di incrementare il prima possibile le opzioni terapeutiche disponibili nella cura dell'infezione da HCV, senza mai perdere di vista le tematiche della sostenibilità per il SSN.

DOCTOR 33. IT

**Vince la lista di Chersevani, per Fnomceo più vicina
prima presidenza in rosa**

Il nuovo comitato centrale Fnomceo si riunisce il 27 per eleggere il nuovo Presidente. Ma sarà con ogni probabilità la triestina **Roberta Chersevani** la prima leader donna della Federazione degli Ordini dei Medici chirurghi e odontoiatri italiani. Chersevani è alla guida della squadra di 13 candidati eletta ieri come nuovo comitato centrale Fnomceo dopo lo scrutinio delle 1999 schede. L'équipe guidata dalla attuale presidente Omceo Gorizia si identifica nel documento "Ripensare la professione per innovare", condiviso dai sindacati principali (Anaa e Fimmg in particolare). Il più votato della lista vincitrice è risultato Raimondo Ibba, leader Omceo Cagliari pluriconfermato, con 1284 voti, seguito da Chersevani a soli due voti di distanza. La squadra raccoglie molti elementi del precedente Comitato centrale Fnomceo a partire dal segretario Luigi Antuono Conte e da Sergio Bovenga Presidente del consorzio Cogeaps che registra i crediti Ecm; ma ci sono anche l'esperto di deontologia Fimmg Guido Marinoni, il leader Omceo Torino Guido Giustetto e il presidente uscente di Napoli Bruno Zuccarelli. Rappresentate nella squadra che costituirà il prossimo comitato centrale anche Roma (con Musa Awad), Messina, Venezia, Como, Crotone ed Ancona.

L'altra lista guidata da **Salvatore Amato** Presidente Omceo Palermo, che si riconosce nel documento più "critico" verso il comitato centrale uscente, dal titolo Ad includendum-Costruire insieme per la professione, ha avuto nello stesso Amato il candidato più votato. Quest'ultimo però, è rimasto staccato di 194 voti dall'ultimo classificato nella lista "top". Nel programma di Chersevani: difesa del Codice deontologico, collaborazione con le altre professioni ma senza invasioni di competenza, dibattito a tutto campo per una formazione ed un accesso al Servizio sanitario ed al mondo del lavoro da perfezionare, "vision" europea della professione medica. Nei programmi di entrambi i candidati, l'esigenza di tenere il più possibile unita la categoria trovando più punti di condivisione che di distinzione.

Certificati a indigenti, non serve né fattura né Iva. Le precisazioni dell'Agenzia delle entrate

Non è necessario fare fattura e numerarla quando si emette un certificato gratuito agli indigenti - immigrati soprattutto - che ne facciano richiesta. Inoltre, anche se questo tipo di certificato non attiene a prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione, come può accadere nel caso dell'invalidità, non è necessario caricare l'Iva del 22% sul servizio. Lo precisa l'Agenzia delle Entrate all'Ordine dei Medici di Torino; quest'ultimo aveva chiesto se il medico impegnato nel "sociale", quando visita un italiano o un immigrato nullatenente e gli certifica gratis una condizione (dall'invalidità all'idoneità a un lavoro), debba emettere fattura a importo zero, o non emetterla, e se occorra caricare l'Iva sulla prestazione. Il Dpr 633/72 esclude dal campo d'applicazione Iva le prestazioni dirette alla tutela della salute, ma nei certificati volti a ottenere prestazioni (o meglio, a "soddisfare condizioni legali o contrattuali previste nel processo decisionale altrui o per finalità comunque non connesse alla tutela della salute") ci vorrebbero fattura ed Iva. Tuttavia l'Agenzia ricorda che il caricamento Iva presuppone il pagamento di un corrispettivo. Quando non ci sono corrispettivi a fronte di un servizio si entra nella fattispecie dell'autoconsumo. Ad esempio, se un

imprenditore che distribuisce delle apparecchiature ne porta una a casa ad uso personale deve fatturare la prestazione e l'Iva operando su se stesso come fosse un cliente qualunque. Ed è un tipo particolare di autoconsumo il donare una prestazione superiore alle vecchie 50 mila lire - cifra al di sotto della quale l'Iva non si carica - per fini estranei all'esercizio dell'impresa. «In certi casi - spiega l'avvocato dell'Omceo Torino **Bruno Longhin** - la legge consente all'impresa di fruire di annotazioni particolari che consentono di pagare il tributo in misura diversa. Le professioni però, diversamente dall'impresa, sono da sempre connotate dalla possibilità di erogare prestazioni gratuitamente. Quello che non sapevamo è come si dovessero annotare queste prestazioni gratuite: si emette il certificato senza fattura o si fa fattura a importo zero? L'Agenzia delle entrate ci ha detto che non occorre fare fattura, ma occorre tenere (al di là della dichiarazione del soggetto che ha fruito della prestazione, ndr) un "recording" perché il Fisco possa verificare i canoni della gratuità e accertare che non si siano occultati introiti».

L'Agenzia delle Entrate ricorda poi che a disciplinare le prestazioni di servizi professionali gratuiti è l'articolo 54 del Codice Deontologico. Lo stesso articolo ammette tali prestazioni a patto non abbiano fini promozionali, ma l'Ordine dei Medici nazionale l'ha appena sospeso in attesa del giudizio del Tar Lazio sul ricorso contro la sanzione comminata dall'Antitrust per violazione delle regole sulla concorrenza. Per il Garante infatti un professionista può ben offrirsi gratis per farsi pubblicità. «L'articolo 54 è sospeso per due mesi solo ai fini deontologici», ricorda Longhin. «Dunque, non sono applicate le sanzioni per il medico o il dentista che usi la gratuità per fini commerciali, ma per tutto il resto l'articolo citato dall'Agenzia vige perfettamente».

DIRITTO SANITARIO Ordine dei Medici: limiti al divieto di pubblicizzare i prezzi delle prestazioni

L'Autorità garante della concorrenza e del mercato ha individuato un'intesa restrittiva nella spedizione di due missive, da parte del presidente della Commissione odontoiatri, agli appartenenti all'Ordine degli odontoiatri di Bolzano, in quanto ritenute idonee ad incidere sul comportamento economico degli iscritti, con l'effetto di restringere la concorrenza tra i medesimi. La nozione di "impresa", alla quale occorre fare riferimento per l'applicazione della normativa in materia, è quella risultante dal diritto comunitario e si riferisce a tutti i soggetti che svolgono un'attività economica e sono attivi in uno specifico mercato. Per questo sono ormai considerate "imprese" anche gli esercenti le professioni intellettuali che offrono sul mercato, dietro corrispettivo, prestazioni suscettibili di valutazione economica, rendendo in tal modo possibile qualificare in termini di associazioni di imprese anche gli ordini professionali. [Avv. Ennio Grassini - www.dirittosanitario.net]

RASSEGNA STAMPA CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

ADDETTO STAMPA OMCEOSS ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584