

# RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI

(DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA-TEMPIO)

VENERDI' 21 NOVEMBRE 2014

LA NUOVA SARDEGNA

## **ALGHERO Rischio crolli, ambulatorio chiuso** **Decisione del medico a Santa Maria La Palma, pazienti dirottati in città o Fertilia**

Da diverso tempo i residenti della borgata di Santa Maria La Palma che hanno necessità di sottoporsi alle visite del medico debbono raggiungere Fertilia e addirittura Alghero. L'ambulatorio infatti non è più agibile a causa delle condizioni strutturali, il tetto è a rischio crollo, e quindi il medico non è più in grado di svolgere correttamente il proprio lavoro dovendo tutelare l'incolumità dei pazienti, oltre che naturalmente la sua. Sull'uscio dell'ormai ex ambulatorio di Santa Maria La Palma è apparso il cartello "trasferito a Fertilia per rischio crollo". Il locale è di proprietà della Agenzia Laore, braccio operativo regionale nel comparto agrario, che non sembra intenzionata a ripristinare le condizioni di normale efficienza del locale. Vale la pena di ricordare che l'amministrazione comunale algherese è proprietaria di diversi locali nella borgata che adeguatamente sistemati potrebbero porre fine al disagio dei pazienti di Santa Maria di doversi recare a Fertilia o ad Alghero. Disagio che diventa decisamente serio e faticoso soprattutto quando si tratta di pazienti anziani che abitualmente si recavano nell'ambulatorio a piedi e ora sono costretti a chiedere un passaggio a qualche familiare o a salire sul bus, compreso naturalmente il percorso inverso per rientrare in borgata. In questa penosa vicenda si potrebbe curiosamente inserire la mobilitazione politica in atto per un nuovo ospedale. Perché non cominciare dall'ambulatorio di Santa Maria La Palma?

L'UNIONE SARDA

**SASSARI Aiutino all'amico medico: sette colleghi sotto**

## **accusa** Dottore arrestato per truffa: inquisiti per favoreggiamento

Colleghi di lavoro e amici, così tanto amici da cercare di far saltare un'indagine dei carabinieri del Nas. Sette specialisti che lavorano abitualmente in città sono nei guai perché, secondo la Procura, hanno informato il medico del lavoro Giovanni Marras, sull'inchiesta in corso per l'ipotesi di truffa che lo riguardava.

**MEDICI NEI GUAI** Le persone denunciate dai militari del Nucleo antisofisticazioni, sono tre dentisti, un cardiologo, un'androloga, un medico del lavoro e due medici di base. Sono accusati di favoreggiamento, nell'ambito della stessa indagine che riguarda Marras, accusato di avere affidato alla segretaria Genny Piana, il compito di occuparsi di visite specialistiche. I colleghi di Marras, difesi dall'avvocato Claudio Mastandrea, avrebbero segnalato alcune situazioni anomale che, evidentemente, erano il risultato dell'attività dei carabinieri, circostanze che riguardavano il poliambulatorio dove lavorava il protagonista della presunta truffa.

**CARABINIERI SEMPRE MALATI** I militari del Nas di Sassari hanno iniziato ad occuparsi di Giovanni Marras qualche anno fa. Le indagini che hanno portato all'arresto dello specialista (il Tribunale del Riesame di Sassari ha revocato di recente la misura dei domiciliari per il medico del lavoro e la sua segretaria) sono durate a lungo e hanno richiesto impegnative verifiche. A quanto pare alcuni investigatori, per osservare da vicino quanto avveniva durante le visite, hanno frequentato assiduamente il poliambulatorio. Qualcuno avrebbe anche provato a cogliere sul fatto gli indagati, sottoponendosi agli accertamenti specialistici. Questo viavai di carabinieri "malati" ha insospettito i medici che, per ragioni di lavoro, si trovavano spesso nell'ambulatorio di Marras e che, evidentemente, conoscevano i militari. Quindi, stando alle contestazioni della Procura, è scattata l'operazione "salva-collega".

**L'AIUTINO** Qualcuno degli specialisti che avevano notato la presenza insistente dei carabinieri, probabilmente, ha anche pensato che, all'interno dell'ambulatorio, vi fossero dispositivi per immortalare le visite mediche, secondo il pm, affidate alla segretaria. Così, sempre stando alle informative dell'Arma, sono partiti i messaggi di avvertimento al principale indagato sulle operazioni investigative in corso. Il fatto è che i medici non sapevano di essere intercettati. Anche loro.

QUOTIDIANO SANITA'.IT

## **Stabilità. Fondo non autosufficienze a 400 milioni.** **Social card anche a extracomunitari**

*La commissione Bilancio approva emendamento del Governo che alza il Fondo come promesso nei giorni scorsi. I 150 mln in più arriveranno dal fondo per la famiglia, che passa da 298 a 148 mln. Ma l'aumento al momento vale solo per il 2015. Confermata la volontà di estendere la social card ai cittadini comunitari ed*

*extracomunitari, misura già stabilita dal Dl Milleproroghe e poi soppressa in sede di conversione.*

Disco verde dalla commissione Bilancio della Camera per una serie di emendamenti alla legge di Stabilità che includono, tra l'altro, misure in favore della non autosufficienza e sulla social card. Approvato, dunque, l'aumento da 250 a 400 milioni di euro del fondo per la non autosufficienza, compresa la Sla, per il 2015. I 150 milioni in più arrivano dal fondo per la famiglia, che passerà da 298 a 148 milioni. Dal 2016 il fondo resterà a 250 milioni. Soddisfazione è stata espressa dal Comitato 16 novembre onlus delle persone malate di Sla, già sceso in piazza nelle scorse settimane per chiedere un aumento dei fondi. "Adesso - spiega **Mariangela Lamanna**, la vicepresidente del Comitato - la preoccupazione è capire bene il senso dell'emendamento presentato. Il punto è che questi fondi devono essere destinati esclusivamente all'assistenza domiciliare indiretta per i malati, per consentire alle famiglie con membri affetti da disabilità grave di potersi pagare un'assistenza dignitosa nelle proprie case".

Non sono mancate critiche alla scelta di attingere al fondo per la famiglia per aumentare quello per le non autosufficienze. Ma a spegnere le polemiche è intervenuto il relatore, **Mauro Guerra (Pd)**, precisando: "Queste risorse non sono sottratte a risorse già esistenti e destinate, ma provengono da risorse aggiuntive inserite con legge di Stabilità all'interno dei 500 milioni destinati alla famiglia con cui si finanzia anche il bonus bebè. Il tema della non autosufficienza - ha sottolineato Guerra - qualche rapporto sul sostegno alle famiglie ce l'ha".

Infine, il Governo ha anche confermato la volontà di estendere la social card ai cittadini comunitari ed extracomunitari, misura già stabilita dal Dl milleproroghe (150/2013) e poi soppressa in sede di conversione. La mancata approvazione della proposta, si legge nella relazione tecnica, comporterebbe il recupero dei contributi già erogati nei primi tre mesi di quest'anno e "non consentirebbe di pagare a Poste i compensi previsti per il servizio comunque prestato per assicurare la continuità del programma". Inoltre, senza il via libera all'emendamento, verrebbe meno anche la sperimentazione avviata nei dodici Comuni con oltre 250mila abitanti.

## **Dentisti. Allarme Aio: "Ricorsi al Tar e 600 professionisti di ritorno da Atenei stranieri fanno saltare numero chiuso"**

*Oltre 600 laureati in odontoiatria italiani provenienti da paesi dell'Unione Europea o da corsi di laurea extra Ue "parificati" si aggiungeranno ogni anno per i prossimi 4-5 anni ai circa 800 neolaureati provenienti dagli atenei italiani. Così Pierluigi Delogu, presidente dell'Associazione italiana odontoiatri, spiega la situazione, annunciando il prossimo Congresso Aio il 22 novembre a Roma.*

Oltre 600 laureati in odontoiatria italiani provenienti da paesi dell'Unione Europea o da corsi di laurea extra Ue "parificati" si aggiungeranno ogni anno per i prossimi 4-5 anni ai circa 800 neolaureati provenienti dagli atenei italiani. L'allarme lo lancia Associazione Italiana Odontoiatri. I "conteggi ad occhio" fatti dai nostri giovani che

si sono stabiliti in Spagna, Romania, Albania perché respinti al test d'ingresso al Corso di laurea dell'Università italiana, parlano di circa 3 mila "fuoriusciti". I dati dovrebbero essere confermati a breve dalle richieste d'iscrizione agli Ordini dei Medici. Infatti i neolaureati "forestieri" tornano in Italia a cercare lavoro alimentando la sottoccupazione nel nostro settore, a dispetto dei motivi per cui il numero chiuso è stato introdotto. Intanto ogni anno nel nostro paese per effetto di ricorsi al Tar sul test si dilata il numero degli iscritti al corso di laurea. Al 4° Congresso Politico abbiamo deciso di verificare con i politici e con tutti i protagonisti della filiera del dentale e della formazione nel dentale, con un dibattito "in diretta", le possibili alternative – anno o biennio comune per le facoltà sanitarie, test d'ingresso in quarta superiore - per superare il blocco, ormai costantemente aggirato. **Così Pierluigi Delogu, presidente dell'Associazione italiana odontoiatri (Aio), fa il punto della situazione in Italia.**

Con l'occasione, Delogu annuncia anche il prossimo Congresso Aio, in programma a Roma al Centro Congressi Cavour sabato 22 novembre, con rappresentanze della medicina generale e della specialistica ambulatoriale. Si parlerà anche di avviamento alla professione e di nuove regole, anche contrattuali, a salvaguardia dei futuri dentisti. "Il futuro dell'odontoiatria non è solo nello studio di proprietà. Anche a causa della nuova composizione dei neolaureati, le disponibilità non saranno per tutti uguali. Strutture gestite all'insegna della massima produttività andranno a cercare manodopera a basso costo tra i giovani dentisti remunerandoli con contratti di monocommittenza a finta partita Iva. Noi dobbiamo evitare che la professione perda contatto con i pazienti e si trasformi in manovalanza in mano a grossi gruppi finanziari. Siamo aperti alla valutazione di nuovi sistemi contrattuali che offrano certezze retributive e assicurino anche la contribuzione per la previdenza pensionistica".

## **Consip. Due nuove gare per Tomografi e Angiografi per un valore di 40 mln**

*Le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere potranno acquistare fino a 64 apparecchiature di alto livello qualitativo, alle migliori condizioni tecnico-economiche disponibili sul mercato.*

Consip ha pubblicato due nuove gare nel settore sanitario, rispettivamente per la fornitura alle strutture sanitarie pubbliche di Tomografi a risonanza magnetica (RM) e di Angiografi a uso vascolare e a uso cardiologico. Entrambe le convenzioni che saranno attivate a conclusione delle gare sono giunte alla seconda edizione e garantiscono continuità all'offerta Consip di apparecchiature sanitarie alla PA, sulla scorta del successo delle edizioni precedenti.

Grazie a tali iniziative le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere - nel periodo di validità delle rispettive convenzioni - potranno acquistare in tempi rapidi, attraverso la piattaforma telematica, apparecchiature di alta qualità alle migliori condizioni tecnico-economiche, insieme a dispositivi accessori e a servizi connessi e opzionali.

Nel dettaglio, la gara Tomografi è suddivisa in quattro lotti e prevede la fornitura di un massimo di 43 apparecchiature di quattro tipologie (Tomografi RM 1,5 Tesla "standard bore" e "big bore", Tomografi RM basso/medio campo settoriali e Tomografi RM medio campo "total body"), per un valore complessivo base d'asta di circa 30 milioni di euro, a fronte di una spesa annua della PA per questi dispositivi di 45,3 milioni di euro. La convenzione durerà sei mesi, con possibilità di proroga di ulteriori sei mesi. La gara Angiografi è invece suddivisa in due lotti e prevede la fornitura di nove angiografi digitali per uso vascolare e sei angiografi digitali per uso cardiologico (massimale incrementabile fino a un totale di 21 apparecchiature), per un valore a base d'asta di circa 9,2 milioni di euro, a fronte di una spesa annua della PA per questi dispositivi di 28 milioni di euro. La convenzione durerà otto mesi, con possibilità di proroga di ulteriori sei mesi.

Come per tutte le convenzioni Consip, l'aggiudicazione della gara non rappresenta un acquisto diretto ma fissa i prezzi, le condizioni di fornitura e i livelli di servizio che regolano il rapporto contrattuale fra l'amministrazione acquirente e il fornitore individuato da Consip.

Entrambe le gare si svolgeranno attraverso la piattaforma telematica e saranno aggiudicate secondo il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa (50 punti tecnici e 50 punti economici).

Il termine di scadenza per la presentazione delle offerte è fissato per le ore 16 del 4/2/2015 relativamente alla gara Angiografi e alle ore 16 dell'11/2/2015 per la gara Tomografi.

SOLE 24ORE SANITA'

## **Caos formazione. Sigm: «Tenere distinto il problema sanatoria dalla riforma sul personale»**

L'Associazione italiana giovani medici (Sigm), nell'apprendere che per la data odierna, con un preavviso di meno di 24 ore, è stata proclamata una manifestazione di fronte al Ministero della Salute da parte di un gruppo di medici che portano avanti la richiesta di finanziamento di 12000 contratti a fronte del grave danno perpetrato dal CINECA in occasione dell'inversione delle domande del concorso nazionale per l'accesso alle scuole di specializzazione, esprime perplessità su tale iniziativa.

Il SIGM è solidale e rispettoso del disagio in cui versano i medici manifestanti, al punto di avere contribuito all'organizzazione della manifestazione unitaria del 5 novembre 2014, ma non condivide un modus operandi dettato più da rabbia ed istinto che da ragionamento su dati, contesto storico e percorsi percorribili.

L'aver organizzato una manifestazione davanti il Ministero della Salute, il giorno in

cui era in programma la discussione della proposta del Tavolo Politico ex articolo 22 del Patto della Salute, potrebbe rivelarsi un grave errore concettuale per le seguenti ragioni:

1) si rischia di spostare l'attenzione sulle competenze per la risoluzione del vulnus creato per la non ottimale gestione del concorso nazionale per l'accesso alle scuole di specializzazione dal MIUR al Ministero della Salute ed alle Regioni, quasi a chiedere a questi ultimi un intervento su questione non di diretta competenza (sanatoria dei danni perpetrati dall'errore di inversione delle domande dei test di ammissione);

2) si rischia, al di là di qualunque siano le richieste dei manifestanti, di confondere la protesta per le "12.000 borse" con la proposta delle Regioni di ridurre le piante organiche a discapito delle giovani generazioni per arruolare personale neolaureato e/o specializzato a basso costo, con inquadramento parificato al personale infermieristico, per di più a rapido turn over, nonché di declassare la formazione medica, creando un non meglio precisato doppio canale formativo post lauream, che darebbe luogo alla creazione di ruoli medici di serie A e di serie B.

Va inoltre precisato che il problema della sanatoria in questione non interesserebbe 12.000 medici aspiranti specializzandi, come impropriamente comunicato dai manifestanti. Infatti, 11.600 circa è il numero dei concorrenti che hanno partecipato alle selezioni. Di questi, circa 200 concorrevano per i posti riservati al personale sanitario militare e dipendente del SSN (senza contratto). 5533 saranno, inoltre, i vincitori di contratto di formazione specialistica, a cui andranno aggiunti circa 900 vincitori di borse di studio per i corsi regionali di formazione specifica di medicina generale. Infine, tra i rimanenti candidati che risulteranno non vincitori in nessuna delle due precedenti selezioni, molti sono già specialisti o in possesso del diploma di laurea di medicina generale, e per tali medici sarebbe opportuno chiedere e prevedere una possibilità di accesso al mondo del lavoro, piuttosto che istituire la figura dello "specializzando a vita".

Ciò anche al fine di estendere il diritto alla formazione post lauream a tutti i medici che non ne hanno ancora potuto usufruire. A tal proposito, va analizzato, con onestà intellettuale, un ulteriore dato relativo alle capacità formative delle scuole di specializzazione: il fabbisogno di specialisti dichiarato dalla Conferenza Stato Regioni per l'anno accademico 2013/2014 è pari a 8189 unità.

Il SIGM rappresenta il rischio che le Regioni potrebbero confondere le finalità della manifestazione odierna per trarre forza a supporto del proprio disegno, che, così come proposto, non è in alcun modo recepibile da parte delle giovani generazioni di medici. Se così fosse, l'operato di una minoranza della categoria dei giovani medici (non tutti gli aspiranti specializzandi si riconoscono in questo movimento, né tale movimento può ritenersi rappresentativo di chi è già specializzando o specialista), le cui ragioni rispettiamo, rischierebbe di produrre delle gravissime ricadute sull'intera categoria dei giovani medici.

## **Privacy. Serve ok del paziente per lasciare ricette in farmacia**

Medici di famiglia attenti: la prassi di lasciare la ricetta cartacea in farmacia, pur ammessa dal garante della privacy, dev'essere autorizzata dal paziente e deve essere l'eccezione e non la regola. Lo ribadiscono il Codice deontologico dei farmacisti e una nota di Federfarma: il primo all'articolo 15 ricorda che indirizzare prescrizioni in farmacia senza il consenso del paziente può configurare accaparramento di clientela, sanzionabile deontologicamente; la seconda afferma che la prassi andrebbe adottata quando il paziente è impossibilitato a recarsi in studio. In ogni caso, come spiega l'avvocato Paola Ferrari nel tutorial "Riservatezza e marketing in farmacia", il transito della ricetta dallo studio al negozio va autorizzato con espressa delega del paziente al farmacista o meglio al suo collaboratore delegato al trattamento dei dati personali. Il farmacista potrà ritirare la ricetta del curante, aprirla e prenotare il farmaco. Ogni altra prassi – ricorda del resto la stessa Federfarma nella nota già citata - andrebbe contro il diritto del cittadino di scegliersi liberamente la farmacia configurato all'articolo 15 della legge 475/1968. «Bene il consolidarsi di un quadro di regole, ma con l'avvento nelle regioni della ricetta dematerializzata è probabile che tra qualche mese l'attenzione mediatica in tema di privacy si sposti verso altri temi», ammette Paolo Misericordia, medico di famiglia presidente di Fimmgmatica, società che cura l'informatizzazione per il sindacato Fimmg. «La dematerializzazione delle ricette consente al paziente di scegliere liberamente la farmacia dove recarsi per la dispensazione del farmaco, e supera i suddetti problemi, a meno che a qualche collega non venga in mente di dirottare in farmacia i promemoria cartacei. Si aprono invece altre questioni, a mio avviso di portata minore. Ad esempio, il medico renderà disponibili al sistema d'accoglienza, e dunque ad Asl, regione, ministero dell'economia, i dati sensibili del paziente prima ancora che questi metta piede in farmacia per ritirare le medicine, e dia l'assenso implicito con questa azione a rendere i propri dati fruibili al sistema. In realtà, il consenso del paziente s'intende già ottenuto dal medico in precedenza, ma i contenuti del rapporto di diagnosi e cura tornano in primo piano rispetto a pur importanti questioni di "procedura"».

## **Specializzazioni. Salta l'incontro Lorenzin-Giannini**

Il tanto atteso incontro sull'articolo 22 del Patto per la Salute tra il ministro della Salute Lorenzin e quello dell'Università Giannini, previsto per ieri, alla fine non c'è stato. Restano così a bocca asciutta aspiranti specializzandi e aspiranti medici che puntavano sull'incontro per avere qualche notizia in più sia sul futuro del test di medicina sia sull'eventuale disponibilità di più borse di studio. Molto delusi i giovani medici del Sigm anche perché in contemporanea è stata organizzata una

manifestazione di fronte al ministero della Salute da parte di un gruppo di medici che portano avanti la richiesta di finanziamento di 12.000 contratti. «Un grave errore concettuale» secondo Sigm sia perché «rischia di spostare l'attenzione sulle competenze per la risoluzione del vulnus creato per la non ottimale gestione del concorso nazionale per l'accesso alle scuole di specializzazione dal Miur al ministero della Salute e alle Regioni sia perché si potrebbe «confondere la protesta per le 12.000 borse con la proposta delle Regioni di ridurre le piante organiche a discapito delle giovani generazioni per arruolare personale neolaureato e/o specializzato a basso costo, con inquadramento parificato al personale infermieristico». Le Regioni, secondo i Giovani medici Sigm «potrebbero confondere le finalità della manifestazione odierna per trarre forza a supporto del proprio disegno». In questo modo «l'operato di una minoranza della categoria dei giovani medici rischierebbe di produrre delle gravissime ricadute sull'intera categoria dei giovani medici».

### **Standard ospedalieri. Consiglio di stato li rinvia al mittente**

Il regolamento sugli standard ospedalieri approvato a luglio con il Patto Salute non piace al Consiglio di Stato: è scritto male e si riferisce al triennio 2014-2016 ma il 2014 è già passato. I giudici amministrativi non bocchiano il provvedimento ma, con un parere di dodici pagine depositato il 6 novembre, ne bacchettano gli autori non solo per motivi strettamente “di forma”. E il Tribunale del Malato con il Presidente Tonino Aceti coglie l'occasione per sottolineare che contestualmente alla riscrittura imposta dai magistrati Governo e Regioni attivino quattro tavoli previsti dal Patto ma non ancora

realizzati- sebbene i tempi per l'attivazione siano scaduti – e due tavoli ulteriori per una vera riforma “coordinata” della sanità. Il regolamento, che va riscritto tenendo conto delle perplessità dei giudici, prevede una riduzione dei posti letto per raggiungere 3,7 letti ogni 1000 abitanti, di cui 0,7 di riabilitazione e lungodegenza post-acuti. Inoltre, prevede un riordino degli ospedali, suddivisi in presidi di base (uno ogni 80-150 mila abitanti), di primo livello con le principali specialità (uno ogni 150-300 mila abitanti), e di secondo livello con specialità d'élite e chirurgie specialistiche (uno ogni 300-600 mila abitanti, inclusi Irccs e ospedali universitari). I problemi non sono gli standard, ma come vengono recepiti. Intanto, “la scrittura si caratterizza per il ricorrere di acronimi e di espressioni in lingua straniera, il cui ricorrere – secondo le regole della redazione dei testi legislativi – andrebbe vietato”. Altra pecca, il rinvio di norme organizzative importanti –da disciplinare con fonti normative superiori- a un tavolo tecnico per la clinical governance non ancora attivato e preposto a dettare standard per le strutture di II livello, regole per l'aggiornamento del personale, norme organizzative di gestione del rischio, direttive di health technology assessment, per il miglioramento delle attività cliniche e per la valutazione della qualità percepita dai cittadini. A ben vedere “resta il dubbio se la stessa intesa sia stata raggiunta”, poiché non si capisce se siano stati quanto meno discussi alcuni emendamenti presentati in blocco in precedenza (2013) dalle regioni e indicati da esse come “irrinunciabili”. Infine, all'articolo 2 del Regolamento è scritto che le Regioni lo attuano “senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica”, ma l'adeguamento delle regioni ai suggerimenti ed il

connesso cambiamento/adeguamento di alcune strutture necessario al perseguimento dei fini fissati potrebbero «comportare un immediato onere a carico della finanza pubblica, prima di provocare i risparmi attesi». Aceti riparte da queste incertezze e chiede, nell'ambito di un intervento "non frammentato", l'attivazione degli standard di personale citati, dei requisiti minimi degli ospedali di comunità e per la continuità assistenziale ospedale/domicilio e dei criteri per il trasporto e soccorso sanitario, che si sarebbero dovuti adottare entro ottobre. Chiede inoltre standard organizzativi per il distretto e per l'assistenza territoriale. Insomma, i compiti per Ministero della Salute e Regioni crescono.

## **Morte cardiaca improvvisa nei giovani atleti: difficile prevenirla con screening**

La morte cardiaca improvvisa di un giovane atleta è un evento raro, ma oggetto di notevole attenzione da parte dei mezzi d'informazione stimolando, quando avviene, accesi dibattiti sullo screening cardiaco prima dell'inizio dell'attività sportiva. Ma tenuto conto delle criticità che l'esame sottintende, sottoporsi a esami per la diagnosi precoce delle cardiopatie deve essere per i giovani atleti una scelta non obbligatoria, ma volontaria, e lo screening andrebbe svolto da medici esperti in grado di comprendere appieno l'adattamento cardiovascolare durante l'esercizio intenso. Questo è quanto conclude uno studio pubblicato su *Jama Internal Medicine* e coordinato da Sabiha Gati del Department of Cardiovascular Sciences, alla St George's University di Londra, Regno Unito. «La morte cardiaca improvvisa è un repentino e inatteso decesso naturale a causa cardiaca che può verificarsi in giovani sportivi senza patologie note durante le prestazioni atletiche» esordisce la ricercatrice, sottolineando che l'evento è raro quanto inatteso, ma nonostante l'esiguo numero di atleti coinvolti ha, date le circostanze nelle quali si verifica e il frequente coinvolgimento di soggetti giovani in apparente buona salute, un impatto socio-economico ed emozionale devastante. Sia l'American Heart Association (Aha) sia la Società Europea di Cardiologia (Esc) approvano lo screening pre-gara degli atleti, anche se vi è disaccordo su quale sia l'approccio migliore. L'Aha raccomanda un'anamnesi e l'esame fisico, un metodo pragmatico e relativamente poco costoso, ma scarsamente sensibile in quanto la maggior parte degli atleti sono asintomatici. «Viceversa, l'inclusione dell'elettrocardiogramma (Ecg), in conformità con le raccomandazioni Esc, migliora la sensibilità in termini di riscontro di eventuali cardiopatie, ma si associa nel contempo a un inaccettabile aumento del tasso di falsi positivi, dovuto in gran parte alla sovrapposizione tra i disturbi elettrici delle malattie di cuore e quelli dovuti alla preparazione atletica» spiega Gati, sottolineando che nei giovani atleti con Ecg normale, l'ecocardiografia contribuisce in modo poco rilevante alla diagnosi di cardiopatie gravi.

## **DIRITTO SANITARIO Borse di studio 1983-91: solo euro 6.713,93 annui ai medici specializzandi**

Gli importi da corrispondere ai medici specializzandi italiani che hanno frequentato il corso di specializzazione dopo il 31 dicembre 1982, per effetto del tardivo recepimento delle direttive Comunitarie, non possono essere commisurati all'intero ammontare della borsa di studio, così come introdotta e quantificata nel D. Lgs. 8 agosto 1991, n. 257 (euro 11.103,82). Tale fonte non ha efficacia retroattiva, essendo diretta ad individuare, secondo la discrezionalità del legislatore interno, la misura della retribuzione dovuta per le prestazioni fornite dai medici specializzandi; inoltre, l'obbligazione scaturente dalla mancata attuazione di norme comunitarie non ha natura né retributiva né risarcitoria e non può dar luogo ad una riparazione integrale. Avendo, dunque, natura indennitaria e pararisarcitoria, deve essere quantificata scegliendo un parametro equitativo fondato sul canone di parità di trattamento per situazioni analoghe, che va desunto dalle indicazioni contenute nella L. 19 ottobre 1999, n. 370, che stabilisce un importo di euro 6.713,93.

[Avv. Ennio Grassini – [www.dirittosanitario.net](http://www.dirittosanitario.net)]

**RASSEGNA STAMPA CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA**

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