

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI

(DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA-TEMPIO)

MARTEDI' 25 NOVEMBRE 2014

LA NUOVA SARDEGNA

SASSARI **Lotta contro l'Aids Si muore ancora, tre ragazzi in tre mesi**

Tre decessi negli ultimi tre mesi, dal 12 settembre a oggi. È un dato drammatico, serve a ricordare a tutti che di Aids si muore ancora e non si deve abbassare la guardia. Ogni giorno è una sfida nuova, con piccoli passi in avanti e tanti pregiudizi da superare, anche nel settore sanitario. Padre Salvatore Morittu, fondatore di Mondo X Sardegna e della Casa famiglia Sant'Antonio Abate di Sassari (l'unica attiva in Sardegna capace di accogliere persone malate di Hiv e patologie correlate) coglie l'occasione dell'appuntamento delle «Giornate della solidarietà» - in programma il 29 e 30 novembre - per una riflessione che serve a fare circolare le informazioni e consentire che arrivino a tutti. «I tre ragazzi deceduti in questi mesi erano tutti da noi, alla Casa famiglia. Uno era arrivato dieci anni fa, l'altro da poco più di un anno, il terzo da appena due mesi. Abbiamo fatto il funerale e vorrei dire che è importante che gli ammalati di Aids siano onorati nel loro percorso estremo. E il funerale ha un grande significato per chi da vivo è dentro la malattia. Hanno tante aspettative, pensano: potrò essere trattato come gli altri?». È anche un momento per guardare alle famiglie, per dare una speranza e favorire la riconciliazione? «In due dei tre casi le mamme erano volutamente assenti. I fatti della vita hanno portato debolezza e fragilità, sembrava che non dovessero più riavvicinarsi ai figli. Invece c'è stata una viva riconciliazione, le madri erano presenti per salutare i loro ragazzi. E la comunità li ha ritrovati, attuali, senza i pesanti riferimenti al passato». Sembra assurdo, ma la morte e un funerale diventano elementi per raccontare la vita di questi ragazzi... «È vero. È possibile raccontare un evento così particolare e relazionare la morte non come solitudine e abbandono ma lanciare un messaggio dalla nostra frontiera, dove i malati vivono una dimensione così come potrebbe essere in una famiglia». A che punto è la ricerca e quali progressi hanno fatto le cure per l'Aids? «I farmaci stanno assumendo una dimensione che posso definire più equilibrata. Nel senso che siamo passati da una manciata di medicine a due o tre pastiglie per volta. La difficoltà di oggi è quella di continuare a vivere sapendo che sarai pur sempre un malato. I ragazzi recuperano vita ma non la qualità che possa permettergli una esistenza simile a quella

di chi sta bene. Anche un abbraccio aiuta a stare meglio». É una sfida impossibile? «Condividere la vita con loro richiede fatica e impegno. Quello che noi facciamo è qualcosa di molto limitato, ma il bisogno di vivere che esprimono è molto forte. Amano la vita molto più di noi, vogliono giocare la sfida sino all'ultimo, al di là delle loro fragilità psichiche e fisiche». C'è il rischio dell'isolamento e dell'emarginazione? «I ragazzi sono spesso troppo esagerati nella loro autoemarginazione, è fondamentale che non si isolino perché una delle reazioni più frequenti è quella di tendere a scomparire in qualunque modo. E vanno incoraggiati, perché nel momento in cui si fanno una ragione della loro condizione possono vivere sentendosi meno soli». Che cosa dice chi scopre di avere fatto il drammatico incontro con l'Aids? «Un ragazzo al quale avevano appena fatto una diagnosi disperata, la prima frase che mi ha rivolto è stata questa: mi raccomando, non mi lasciate solo. Ecco, il nostro obbligo è quello di accentuare l'attenzione e le cure per queste persone. E raccontarli - come accadrà domani con la presentazione del libro "Aids: destinati a vivere" - significa ricordare che esistono come persone e non come problema». La casa famiglia ha i posti occupati, come si fa a dare risposte a tutti? «Abbiamo 12 ospiti, sempre al completo. Stiamo assolvendo alla funzione di privilegiare sempre più i poveri, gli ultimi. E spesso tocca dire che non c'è posto. Ma non è una resa, solo una sfida difficile che continua»

OLBIA Bambini e radiazioni, ecco i giusti percorsi **L'Imaging pediatrico al centro di un corso. Murru:** **meno dosaggi e tecniche diagnostiche di qualità**

«Il bambino non è un piccolo adulto. E per questo bisogna proteggerlo e tutelarlo. Utilizzando con lui tecniche diagnostiche di alta qualità ma diminuendo i dosaggi». Si è partiti da questo concetto per parlare di "Imaging pediatrico" al convegno organizzato dal dipartimento di Radiologia del Giovanni Paolo II. Un incontro dedicato al pediatra e al radiologo dell'adulto, al quale hanno però partecipato anche medici di medicina generale, infermieri, tecnici, cardiologi, ginecologi e altri specialisti. A illustrare il tema e a far capire in che direzione bisogna muoversi è stata Flora Maria Murru, specialista in radiologia pediatrica all'istituto per l'infanzia Burlo Garofalo di Trieste (uno dei pochi materno-infantili che ci sono in Italia) e che da un anno è stata "prestata" alla radiologia dell'ospedale olbiese. «La volontà - ha detto la Murru - è quella di creare una comunicazione diretta tra radiologo e pediatra sui percorsi diagnostici da attuare nei confronti del bambino: ovvero, lavorare insieme per ottenere una buona diagnosi con gli strumenti giusti. Gli stessi strumenti all'avanguardia di cui dispone l'ospedale di Olbia, ma che devono essere utilizzati con un'attenzione maggiore quando si tratta di un bambino. Al radiologo dell'adulto, in questo caso, deve essere dato un orientamento per fare una buona radiologia pediatrica nella normalità. Mentre di fronte a patologie rare, il bambino deve essere indirizzato in un centro specializzato». Più che soddisfatto della riuscita del corso, Vincenzo Bifulco, primario della radiologia del Giovanni Paolo II. «Assistere a una

risposta così massiccia da parte di medici, tecnici e infermieri, dimostra quanto l'aggiornamento sia una parte fondamentale del nostro lavoro. E proprio il dialogo e il confronto contribuiscono in maniera forte ad accrescere competenze e professionalità per offrire un miglior servizio all'utenza. Accanto a queste occasioni che coinvolgono tutti gli operatori della sanità, nel nostro reparto va avanti costantemente la formazione interna a numero chiuso»

L'UNIONE SARDA

SASSARI Invalido totale sorpreso a caccia: sette medici nei guai

Era invalido al 100 per cento. Almeno così risultava. Nel 2005 gli avevano dato persino l'accompagnamento. Novecento euro di pensione, più altri quattrocento, per una persona che lo seguisse passo passo. Peccato che non ne avesse bisogno. Guidava tranquillamente l'auto e perdipiù seguiva ardentemente una passione: quella per la caccia. Fino a quando i carabinieri del Nas non gli sono saltati addosso. A parte lui, sono finiti sotto inchiesta in sette, per truffa e falso ideologico. Il suo medico di base e gli altri componenti la commissione di invalidità della Asl, tutti medici, sono finiti nei guai per aver attestato l'invalidità di un uomo che aveva tutte le facoltà per guidare e andare addirittura a caccia. Tutta la prassi, lunghissima, per il riconoscimento della patologia, una demenza gravissima, era finita nel 2005 col riconoscimento di fatto della percentuale massima di invalidità, accompagnatore compreso.

Fine del gioco

Il falso invalido aveva già avuto un primo riconoscimento di invalidità, nel 2003. Nonostante gli avessero riconosciuto una percentuale del 90 per cento, usufruiva del porto d'armi. Nel 2005 si era aggravato, secondo il medico di base e anche, evidentemente, secondo i medici della commissione della Asl. Era passato a invalido totale, massimo riconoscimento, che significava pure indennità di accompagnamento. L'ultimo certificato del suo medico di base che ne attesta la buona salute, per il rinnovo del porto d'armi, risale al 2009.

Arrivano i Nas

Ma qualcosa interrompe quest'idillio fra il paziente e i medici che a turno si sono occupati di lui. I Nas, allertati in qualche modo, seguono il paziente e da subito intuiscono che c'è qualcosa che non torna. Nessun accompagnatore attorno, l'invalido totale guida l'auto senza apparenti problemi, e frequenta assiduamente negozi di caccia e pesca per assecondare la sua passione: andare per i boschi, fucile in mano. Una telecamera fa il resto. Finisce con otto persone indagate, molti sono medici più che conosciuti, in città.

Ebola. Primo caso in Italia. Medico di Emergency rimpatriato e trasportato allo Spallanzani di Roma. Lorenzin: "Sta bene"

Un medico italiano di Emergency ha contratto il virus Ebola in Sierra Leone ed è stato ricoverato a Roma. Il ministro Lorenzin ha fornito rassicurazioni sul suo stato di salute: "Il nostro medico sta bene, non ha avuto febbre o altri sintomi".

Arriva anche in Italia il primo caso di Ebola. Un medico italiano di Emergency che ha contratto il virus in Sierra Leone, è stato imbarcato su un aereo militare e ieri è arrivato a Pratica di Mare, dove è stato predisposto il suo trasferimento presso l'Ospedale Spallanzani di Roma ([vedi protocollo per la gestione dei casi Ebola](#)). Il medico presenta ancora una sintomatologia lieve, ai primi stadi della malattia.

Il medico contagiato è stato prelevato ieri in Sierra Leone, dove è atterrato e subito ripartito il Boeing KC 767 dell'Aeronautica configurato appositamente per questo tipo di trasporti sanitari di emergenza.

Il velivolo, in particolare, è dotato di una barella chiusa - denominata Aircraft Transit Isolators (Ati) - che garantisce il trasporto in sicurezza di pazienti colpiti da malattie infettive altamente contagiose e diffusibili, tra le quali ad esempio le febbri emorragiche, la sars, il colera e, appunto, l'ebola.

A bordo del velivolo anche una Unità di isolamento aeromedico, cioè un team della stessa Aeronautica composto da ufficiali medici e infermieri addestrati ad ogni tipo di trasporto in condizioni di bio-contenimento.

Sul caso è intervenuto con un comunicato anche il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**: "Mi sento di rassicurare la famiglia che il nostro medico sta bene, non ha avuto febbre o altri sintomi durante la notte, stamattina ha fatto colazione e continua a bere in maniera autonoma, esprimo la mia vicinanza a lui e alla famiglia e assicuro che il governo italiano tutto è al fianco del nostro connazionale".

Hiv. In Italia sono le donne a rischiare di più. Al via campagna Lila di sensibilizzazione e raccolta fondi

Con il sostegno al "Progetto DONNA - prevenzione al femminile" si aiuta Lila nell'attuare una corretta informazione sul tema dell'Hiv e genitorialità. Prevista anche una raccolta fondi con Sms solidale al 45508, fino al prossimo 7 dicembre.

Con il ricavato saranno realizzati interventi incentrati sulla prevenzione e l'informazione sul territorio.

Oggi in Italia le persone con Hiv sono circa 150.000 mentre ogni anno sono circa 4.000 le nuove infezioni. Un dato che non accenna a diminuire nonostante i comportamenti preventivi siano ormai ben noti. Il nostro Paese, dove il rapporto sessuale non protetto è la prima causa di infezione, è infatti all'ultimo posto in Europa nell'uso del profilattico. A causa una di serie di fattori biologici, sociali e culturali a essere particolarmente esposte al rischio di contrarre l'infezione sono le donne. Per informarle su come affrontare il problema Lila Onlus (Lega Italiana per la Lotta contro l'Aids) lancia una campagna di sensibilizzazione e di raccolta fondi con Sms solidale al 45508 fino al 7 dicembre per sostenere il Progetto DONNA.

Con il ricavato Lila Onlus realizzerà interventi rivolti alle donne incentrati sulla prevenzione e l'informazione HIV e diverse iniziative sul territorio nazionale dedicando particolare attenzione al tema dell'Hiv e della genitorialità, dal concepimento alla gravidanza. Ciò attraverso la produzione e diffusione di materiali esplicativi, i centralini telefonici dedicati; l'attivazione di sportelli di ascolto e orientamento presso le 14 sedi locali (presenti in 11 Regioni) oltre che l'offerta di test a risposta rapida su saliva.

L'infezione da Hiv, infatti, se opportunamente trattata, oggi può lasciare spazio a progetti di vita personali, lavorativi e familiari, compreso quello di diventare genitori. Per affrontare quest'ultima esperienza, però, occorre essere opportunamente informati e aggiornati.

È ad esempio necessario sapere che l'Hiv può essere trasmesso al nascituro solo nel caso in cui a esserne affetta sia la madre, in questi casi si parla di "trasmissione verticale" che può avvenire durante la gravidanza, al momento del parto o attraverso l'allattamento al seno. Il rischio di trasmissione da madre a figlio però può essere estremamente ridotto, meno dell'1%, adottando le dovute precauzioni: idonea terapia durante la gravidanza, parto cesareo, allattamento artificiale e idonea terapia al neonato. Se a essere Hiv positivo è il padre il virus non può mai essere trasmesso direttamente al nascituro, è ovviamente necessario che lo trasmetta alla futura madre all'atto del concepimento. Per evitarlo è possibile ricorrere a tecniche mediche ma - in alcune condizioni - il rischio di trasmissione è prossimo allo zero anche nel caso la coppia decida di concepire per via naturale.

Per questa campagna Lila Onlus potrà contare sul prezioso della conduttrice televisiva **Elena Di Cioccio**, che ormai da qualche anno è testimonial e volto della campagna di comunicazione.

L'hashtag della campagna è #SosteniamoLila

SOLE 24ORE SANITA'

RAPPORTO OASI 2014/ Le grandi sfide raccolte e l'orizzonte del cambiamento possibile

Fare i conti non basta più: l'epoca dei ragionieri è al tramonto, come quella dei manager "lacrime e sangue": d'ora in poi dovranno vincere cervello (cuore) e buon senso. L'analisi che il Cergas Bocconi fornisce ogni anno nel Rapporto Oasi, riesce non solo a fotografare i numeri della sanità italiana, ma consente di focalizzare immediatamente le questioni essenziali: ciò che va, ma soprattutto ciò che non va, e dove affondare la lama del bisturi. Per voltare pagina occorre mettere mano a qualcosa che va oltre le cifre: un cambio di mentalità che passa certamente attraverso le maglie strette della riorganizzazione dei servizi, ma purché sia fatto con occhi nuovi. Perché non c'è niente di peggio che immaginare il futuro con l'animo del passato.

Le azioni programmatiche del Patto della salute 2014-2016, parlano chiaro, ma le scelte operative quali saranno? in quale sanità ci stiamo incamminando? Le soluzioni di oggi dovranno avere il coraggio dello smantellamento unito a una straordinaria saggezza. E la saggezza passa da concetti "tecnici" che nel tempo stanno acquistando uno spessore di pratica quotidiana. Per fare un esempio, qualche anno fa si parlava di «meno ospedale e più territorio» e forse qualcuno si sentiva "avanguardista". Oggi sappiamo, perché lo abbiamo constatato nella pratica, che un anziano, un cronico, un bambino è meglio che siano curati a domicilio: costano meno, si curano più efficacemente, si genera meno spreco. Territorio significa anche sempre più infermieri e meno medici, con buona pace delle rendite di posizione.

Il banco della non autosufficienza resta il Moloch di oggi e il macigno che incombe sul futuro della sanità. Nei prossimi anni, un esercito crescente di cittadini sempre più vecchi sarà lì a presentare il conto delle scelte che devono avvenire oggi. E Oasi 2014 lo indica con chiarezza, è stato già tagliato molto, ora bisogna definire le priorità. Le massicce azioni di «razionamento» garantiscono qualche anno di sostenibilità, ma non possiamo illuderci: questi interventi non saranno risolutivi, ma un tentativo bisogna farlo per migliorare i livelli di copertura dei bisogni, attraverso una migliore definizione delle priorità e dei modelli di allocazione delle risorse.

Passare alla fase B. Il Cergas pone una domanda diretta ai dirigenti del Ssn: avendo ormai raggiunto il sostanziale pareggio di parte corrente, come smaltire efficacemente debiti e contenziosi pregressi? Ed è qui che il ragioniere deve lasciare il posto al gestore oculato ma dal cuore d'oro: è meglio centralizzare il contenzioso a livello regionale (col beneficio di controllare e sistemare tutto dall'alto) o lasciare la responsabilità alle singole aziende (col rischio di far affogare i servizi delle inadempienti)? In questi anni, come in una grande aula scolastica: ci sono le aziende diligenti, le prime della classe e quelle destinate a essere sempre indietro. In ogni caso, seguendo (e subendo) le politiche di cesoia, chi più e chi meno ha prodotto micro-aggiustamenti o macro-riordini. Sulle spalle delle Asl è pesato tutto il

cambiamento operativo: hanno sopportato accorpamenti e tagli, cercando sempre il modo di uscire dal guado convincendo gli interlocutori di sapere esattamente dove andare. Uno sforzo incessante, a volte spedito, a volte goffo, per il Cergas ha creato un serbatoio di best practice a cui sarebbe ora che, chi di dovere, attingesse per ripensare i servizi. Ogni territorio ha espresso le sue soluzioni e ha garantito anche nelle Regioni più stressate dai vincoli dei Piani di rientro che le cose funzionassero e che i pazienti ricevessero le cure al meglio possibile. Questo significa che una ricetta unica non funziona: ogni territorio esprime contemporaneamente problemi e soluzioni e questi margini di manovra devono poter restare anche nella sanità di domani. A questa esigenza di "modularità" fa da specchio il bisogno che siano riconosciuti i meriti a chi ha trovato soluzioni ai problemi. I manager della sanità pubblica hanno stipendi congelati o in riduzione, a fronte di responsabilità crescenti. E questo rischia di far perdere motivazione. Oggi, dopo tagli e accorpamenti, abbiamo Asl di dimensioni gigantesche su cui insistono Irccs, policlinici, strutture universitarie. Il modello della vecchia Unità sanitaria è tramontato da un pezzo e l'Italia delle Asl racconta oggi la storia del Paese più di mille telegiornali. È ora che la politica ne prenda atto.

Formazione dei medici, l'Ecm cresce in ordine sparso

L'Educazione continua in medicina va a bilancio in occasione della VI Conferenza nazionale organizzata presso Agenas a Roma. Ne emerge un ritratto in chiariscuro, che dà conto di corsi in aumento (oltre tremila eventi in più rispetto al 2013), rivolti essenzialmente a medici chirurghi (65%), infermieri (38%) e riabilitatori (25%) ma di una forte asimmetria tra le professioni destinatarie di formazione.

Gli eventi di aggiornamento previsti nel 2014, compresi quelli a distanza, sono 34.786 a fronte dei 31.157 del 2013. Solo il 10% riguarda la farmacia, l'8% odontoiatria e psicologia.

Nel complesso, sono 1.200.000 i professionisti della sanità destinatari di formazione continua e 1.400 i provider che la forniscono, ovvero gli enti pubblici (come asl e aziende ospedaliere), o privati che investono in eventi formativi. «La formazione è occasione di crescita professionale ma va tutto a beneficio dei cittadini e dell'offerta sanitaria, per questo è importante che vi siano controlli per valutarne qualità e serietà. Quelli effettuati nel 2014 sono stati ben 260», secondo Achille Iachino, segretario Commissione Formazione continua. «In alcuni casi - sottolinea il presidente della Federazione degli Ordini dei medici (Fnomceo) Amedeo Bianco - è stato tolto l'accreditamento, a dimostrazione del fatto che il sistema di controllo diventa serio e robusto. Tuttavia, i risultati positivi non devono mettere in secondo piano le criticità, ovvero la forte asimmetria tra le professioni destinatarie di formazione. Dobbiamo aumentare l'offerta». La formazione in sanità, secondo Francesco Bevere, direttore generale dell'Agenas, «oltre ad alimentare le conoscenze, le capacità e le competenze, risveglia il senso di appartenenza di ciascuno». Le prospettive future mirano «alla semplificazione per l'accreditamento», sottolinea Iachino. «Serve una profonda riforma normativa per ridurre gli adempimenti burocratici a carico dei provider,

puntando di più sulla qualità».

DOCTOR 33.IT

Ims, spesa per farmaci crescerà. Oncologi: eliminare quelli a bassa efficacia

Lo stato deve svecchiare il parco-farmaci con una scelta coraggiosa, non solo per poter introdurre con successo i nuovi costosi principi attivi anti-epatite, ma per far fronte all'innovazione nell'insidioso ambito oncologico. Lo ribadisce Gianpiero Fasola presidente di Cipomo, collegio italiano dei primari di oncologia medica, a Milano. Avvicinato da Doctornews alla presentazione del rapporto Oasi, Fasola torna su proprie precedenti dichiarazioni commentando i dati del rapporto IMS, il quale prevede un trend di grande crescita per i fatturati dell'industria farmaceutica nel mondo, e conseguentemente anche per la spesa dei servizi sanitari: nel prossimo lustro è previsto un balzo del 30% rispetto al 2013, pari a 1300 miliardi di dollari, dalle vendite di nuovi prodotti. Solo per il cancro si prevede una spesa globale di 100 miliardi di dollari. L'Italia dovrebbe scendere di un gradino, come mercato, passando dal 7° all'8° posto con un aumento della spesa farmaceutica complessiva (territoriale più ospedaliera) dagli attuali 27,9 miliardi a una forbice tra 28 e 36 miliardi di euro annui. Sarà comunque impossibile contenere il nuovo boom di farmaci salvavita, non solo i nuovi anti-epatite ma anche oncologici e anti-diabete. «E' in gioco la sostenibilità del servizio sanitario perché siamo di fronte a un'innovazione "a scalino", a un salto di qualità che richiede un cambio di velocità decisionale alle istituzioni», dice Fasola. «L'oncologia è il primo fronte sia perché sono in arrivo nuove molecole, sia perché la spesa cresce logaritmicamente, e -ricordo- le terapie farmacologiche incidono per il 40% sull'importo complessivo delle prestazioni contro una media del 4-13% nel resto degli ambiti di cura».

«Come Cipomo – continua Fasola - chiediamo di ridefinire le soglie di sostenibilità delle cure. E' tempo di dire al di là di quale soglia un farmaco non può essere passato dal Ssn. L'Health Technology Assessment ci dà degli strumenti decisionali, ci dice qual è un rapporto matematico tra costi ed efficacia delle cure, ma solo una decisione coraggiosa in campo governativo ci può dire se quello specifico rapporto in una determinata patologia consente l'erogazione di una terapia a carico Ssn». Fasola specifica ancora: «Un recente studio italiano pubblicato su Clinical Cancer research relativo agli ultimi 30 grandi trial clinici di molecole oncologiche rileva che, dando un peso più alto al valore innovazione, sarebbero cambiati i parametri e solo due molecole sarebbero state promosse. Tocca al ministero della Salute e al governo dire qual è il livello di sostenibilità contingente ora, altrimenti rischiamo di continuare a usare farmaci costosi con rapporto costo-efficacia poco conveniente a scapito di principi innovativi più efficaci».

In materia di Health Technology Assessment l'Italia approverà a fine anno un documento strategico con gli altri paesi dell'Unione Europea e avvierà una sperimentazione in parallelo con la cabina di regia prevista dal patto salute; alfieri della sperimentazione saranno il Ministero della Salute, al cui ruolo centrale gli intervistati nei recenti sondaggi realizzati per il progetto Oasi si affidano per migliorare il tasso d'innovazione nelle terapie, e Cergas che ha presentato un nuovo disegno per la valutazione a livello nazionale delle novità tecnologiche.

DIRITTO SANITARIO Mmg: mancata cancellazione dell'assistito deceduto non obbliga al compenso

La convenzione dei medici di medicina generale sancisce che "la revoca da operarsi da parte dell'assistito ha effetto dal giorno del decesso" e che "l'azienda è tenuta a comunicare la revoca al medico interessato entro un anno dall'evento". La disposizione prevede, quindi, che tale fattispecie di revoca ha effetto dal giorno del decesso dell'assistito, ma non prevede in alcun modo che "nel caso in cui l'azienda non adempia tempestivamente all'obbligo di comunicazione a suo carico ne derivi l'effetto dell'inefficacia dell'evento, vale a dire del decesso dell'assistito, con conseguente protrazione degli obblighi a carico dell'azienda stessa fino a quando non abbia provveduto a comunicare l'evento ai sanitari interessati". Pertanto, deve ritenersi che "la cessazione del diritto dei sanitari convenzionati ai compensi per le loro attività a favore degli assistiti, e dell'obbligo delle aziende sanitarie di erogare loro questi compensi, è collegata all'evento morte degli assistiti, e non alla comunicazione formale di esso da parte dell'azienda sanitaria al singolo sanitario interessato.

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

RASSEGNA STAMPA CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

ADDETTO STAMPA OMCEOSS ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584