

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI
28 giugno 2014

DALLA SARDEGNA

LA NUOVA SARDEGNA

San Raffaele, il sì vale 1800 posti di lavoro L'entusiasmo della Qatar foundation: «Se tutti si comportassero come la Sardegna ci sarebbe più speranza per l'Italia»

Il San Raffaele si farà, ma non si chiamerà come lo aveva battezzato don Verzè. Il nome della mega struttura ospedaliera alle porte di Olbia sarà reso pubblico solo la prossima settimana, ma dalla Qatar foundation fanno sapere che non sarà nemmeno quello dei compagni di cordata del Bambin Gesù. Sul nome dell'ospedale, dunque, regna un po' di incertezza. Ma si tratta dell'unico dubbio. Per il resto, infatti, dopo il sì della Giunta regionale al piano industriale non ci sono più ombre sul futuro del San Raffaele. O meglio dell'ex San Raffaele. All'appello manca solo il sì della commissione Sanità, che si riunirà da martedì, il cui via libera è dato per scontato. Il nuovo ospedale e polo di ricerca aprirà i battenti nel marzo del 2015 con 178 posti letto, ma entro il 2016 dovrà raggiungere quota 242 e lavorare così a pieno regime. Un investimento che in termini occupazionali vale circa 1800 posti di lavoro per un periodo di 12 anni. Di questi oltre un terzo diretti, tra cui specialisti e ricercatori che saranno affiancati per un paio d'anni da primari e ricercatori di fama mondiale che avvieranno i protocolli internazionali sulle varie specializzazioni e sulla ricerca. Saranno, infatti, dieci le aree scientifiche in cui saranno impegnati i team internazionali: genetica, malattie neurodegenerative, cardiologia, oncologia, ma anche medicina dello sport e invecchiamento. Il sì della giunta Pigliaru ha inevitabilmente soddisfatto la Qatar foundation, che per bocca del suo rappresentante in Italia, Lucio Rispo, ha invitato le altre regioni a prendere esempio dall'isola. «Questo passaggio è una bellissima notizia per l'Italia e per la Sardegna in particolare – afferma –. Se tutte le regioni si comportassero come ha fatto la Sardegna ci potrebbe essere più speranza per il futuro dell'Italia. Ma al di là di quello che facciamo oggi, con posti letto e quant'altro, il messaggio più bello dato da chi governa l'isola è quello verso i giovani, che da oggi possono aspirare ad avere un posto di lavoro a casa». Martedì alle 15.30, intanto, sarà convocata (estesa ai capigruppo) la commissione Sanità, a cui spetta il parere vincolante sulla delibera approvata giovedì dalla Giunta. A illustrarla saranno il governatore Francesco Pigliaru e l'assessore alla Sanità, Luigi Arru. «Si tratta di un'occasione importante che la Sardegna non poteva perdere – sostiene il presidente della Commissione, Raimondo Perra (Psi) –. Questo ospedale era atteso dal territorio e accanto a esso si potranno creare nuove occasioni di investimento». Il lavoro della Commissione dovrebbe andare avanti per una settimana circa: l'obiettivo è chiudere entro l'8 luglio. A quel punto la delibera tornerà in Giunta per il sì definitivo e il contratto tra Regione e Qatar foundation potrà finalmente vedere la luce. Con il premier Matteo Renzi come testimone.

CAPPELLACCI L'ok della commissione può non bastare

Il centrodestra plaude al via libera all'ex San Raffaele, ma per l'ex governatore Ugo Cappellacci il sì della commissione Sanità potrebbe non essere sufficiente per l'ok definitivo all'apertura della mega struttura ospedaliera alle porte di Olbia. «La delibera della Giunta è sicuramente un dato positivo – dice il consigliere regionale di Forza Italia –. E sono certo che l'opposizione farà la sua parte perché il progetto vada a buon fine». Per l'ex presidente della Regione i rischi potrebbero arrivare da un'interpretazione secondo cui non basterebbe, per mettere mano alle rete ospedaliera dell'isola, il solo passaggio in commissione Sanità, ma si renderebbe necessaria l'approvazione di una leggina regionale ad hoc. «Spero che la Giunta faccia esaminare tutti gli atti ai propri esperti perché non ci siano brutte sorprese dopo». Anche i Riformatori esprimono soddisfazione per il via libera, ma non nascondono perplessità su alcune zone d'ombra. «Preoccupa – dice il capogruppo Attilio Dedoni – la mancanza di un atto governativo che deroghi ai parametri fissati dalle norme nazionali. Da Palazzo Chigi, infatti, sarebbe giunta soltanto una lettera di intenti contenente l'impegno a concedere le deroghe. Passi la necessità di garantire tempi certi agli investitori stranieri, ma si ha l'impressione che, pur di accelerare l'iter, si possa mettere a rischio l'intera operazione». Si dice favorevole al progetto anche il sardista Marcello Orrù. «In queste settimane abbiamo sentito di tutto e ora vorremmo capire se le eccellenze sanitarie, soprattutto quelle del Nord, saranno valorizzate e tutelate».

SASSARI Confronto tra specialisti su diabete, controlli e terapie

Ieri nella sala conferenze della Fimmg in via Bovet, gli specialisti diabetologi dell'Azienda Universitaria e dell'Azienda Ospedaliera si sono incontrati con i medici di Medicina Generale per discutere sulle problematiche relative al diabete. E' stato un incontro promosso dalle Associazioni di pazienti diabetici, Fand e Adms e Coordinamento delle Associazioni di pazienti diabetici. Tra i temi affrontati il momento critico del passaggio dell'adolescente dalla diabetologia pediatrica alla diabetologia per adulti. Con questo trasferimento specialistico iniziano nuovi approcci terapeutici, nuovi controlli della malattia e nuove indicazioni di educazione per un miglior stile di vita. Nessuna altra figura professionale sanitaria può assolvere a questa delicata ed importante osservazione meglio del medico di medicina generale. L'incontro è stato moderato da Marianna Spanu, responsabile dell'Unità di diabetologia ospedaliera e ha visto una serie di relatori.

OLBIA Disabile bloccata da un'auto della Asl Ragazza in carrozzina si sfoga anche su Facebook: volete il parcheggio? Prendetevi il mio handicap

Il finale di questa storia è lo sfogo di una ragazza disabile, esternato su Facebook. Bisogna guardare attentamente la foto per capire di che cosa sta parlando, per comprendere la sua indignazione quando non ha avuto la possibilità di salire a bordo della sua auto. Ecco le parole piene di amarezza, buttate giù da Laura (nome di fantasia): «La macchina bianca che si vede nella fotografia è della Asl. E' stata lasciata in sosta sulle "zebrature" del parcheggio dei disabili. Nessuno è riuscito a darmi una spiegazione o a dirmi chi fosse il conducente. Tutto questo è accaduto nell'area esterna dell'ospedale di Olbia. I parcheggi dei disabili sono per la gente disabile. E se volete quel parcheggio, allora prendetevi la mia disabilità».

Ci sarebbe poco da aggiungere, in realtà. Ma come tutte le storie, devono essere raccontate dall'inizio. A farlo, in verità, è stato un altro giovane disabile che si trovava proprio davanti a quei parcheggi, mentre Laura avrebbe voluto aprire la portiera della sua macchina. Ma non c'era lo spazio sufficiente per far passare la sua carrozzina. Che cosa glielo impediva? Quella macchina bianca che occupava lo spazio delle zebraure. Si tratta di un'area, così come prevede il codice della strada, che va lasciata sempre libera proprio per consentire a chi sta seduto su una carrozzina di avere ampio margine di manovra. «Tutto è accaduto all'ora di pranzo dell'altro ieri - racconta il giovane disabile che ha assistito alla scena -. Laura era arrivata all'ospedale per sottoporsi a una visita e, dopo diversi tentativi, aveva finalmente parcheggiato la sua macchina in un posto per disabili, di fronte al centro trasfusionale del nuovo ospedale. Ma quando è uscita, attorno alle 14, ha trovato quella macchina bianca in mezzo, che non le consentiva di salire sulla sua. Ha cominciato a chiedere informazioni, a protestare. Poi ha chiamato i carabinieri che, una volta arrivati, hanno potuto fare ben poco, perché non era loro competenza. Hanno detto però che avrebbero segnalato la situazione alla Asl. Qui non si tratta solo di mancanza di rispetto nei confronti di coloro che hanno difficoltà a muoversi. Questa è indifferenza totale, arrivata tra l'altro da qualcuno che lavora per l'azienda sanitaria. Non ci sono scuse, anche se fosse valido il motivo che ha spinto a parcheggiare quella macchina sulle zebraure. Avrebbero potuto lasciarla ovunque, ma non lì». Laura, una volta a casa, non è riuscita a tenersi tutto dentro. Si è sfogata anche su Facebook, dopo averlo fatto con i carabinieri e con chi le aveva espresso tutta la sua solidarietà. E, senza ombra di dubbio, ne aveva tutto il diritto.

L'UNIONE SARDA

SAN RAFFAELE Renzi e lo sceicco pronti alla firma entro la prossima settimana Assunzioni: 113 medici Gli investitori: «La continuità sarda non ci va bene». Il Qatar ora fa rotta su Meridiana

L'altra notte **Francesco Pigliaru** ha dormito molto meglio del solito: due cuscini, forse tre. Ripensando al primo, faticoso round sul San Raffaele-Bambin Gesù (ma non si chiamerà né nell'uno né nell'altro modo: c'è una terna di nomi, al vaglio del pool legale del Qatar e si pensa anche a una dicitura in limba), superato dopo tensioni e maldipancia, il governatore ha raggiunto lo scopo che si prefiggeva: assicurare gli (eventuali) investitori stranieri sulla "certezza del diritto". Ha dormito bene perché tra poco più di una settimana, al termine dei lavori della Commissione Sanità convocata per le 10,30 di martedì, potrebbe esserci la firma finale del Protocollo d'Intesa, alla presenza del premier **Matteo Renzi** e di *The Man*, cioè del Ceo della *Qatar Foundation Endowment* **Rashid Fahad Al-Naimi**. «Per noi - osserva Lucio Rispo, infaticabile plenipotenziario dello Stato arabo -, avere avuto una risposta in tempi certi e stabiliti è stato essenziale. Voi sardi potete andare fieri di un'amministrazione pubblica che dà risposte».

I POSTI DI LAVORO Dei posti letto, abbiamo già scritto (242 a regime più 50 riservati ai solventi), delle specialità pure. Ieri si è appreso qualcos'altro sulla forza lavoro occorrente per il decollo dell'ospedale. Le assunzioni dirette saranno 600 (113 medici), ma a queste bisognerà aggiungerne altre 1200, tra specialisti, ricercatori, che saranno affiancati per un periodo di *phased out* di un biennio da primari e scienziati di fama mondiale per l'avvio dei protocolli sulle varie specializzazioni. Tutta gente, quest'ultima, che arriverà da fuori, e questo fatto comporta l'esigenza di pensare a una rete di trasporti efficiente. «Quelli garantiti

dalla continuità territoriale - rimarca Rispo - sono insufficienti, e questo è un problema. C'è bisogno di una linea Doha-Olbia: dovremo provvedere». Riaffiora il nodo Meridiana. La compagnia non attraversa un momento felice, e il Qatar, esaurita questa fase, deciderà se acquisire il vettore sardo, oppure se risolverà con la Qatar Airways. Da notare, che da tempo - forse in previsione di un accordo poi saltato (il famoso piano B) - esiste una linea aerea diretta tra Heidelberg e Doha.

MIGRAZIONE PASSIVA Oggi la Regione spende 62 milioni all'anno per pagare i cosiddetti "viaggi della speranza" dei pazienti sardi che vanno a curarsi al di fuori dell'isola. Ebbene, Pigliaru ha sottolineato che «la Regione conta di recuperare la metà di questa cifra con la capacità di portare in Sardegna pazienti provenienti dall'Italia, dall'Europa e dal Qatar. «Anziché andare negli Usa - commenta Rispo - gli ammalati quatarini atterreranno a Olbia».

I privati: «Aumentate il budget di 5 milioni»

«Considerato lo spazio economico che la Regione vuole riservare al San Raffaele, ci auguriamo che possa essere incrementato il budget riservato alle case di cura riportandolo almeno alla dotazione iniziale del 2009 di 105 milioni». Si conclude con questa richiesta la lettera di Giorgio Carboni e Andrea Pirastu, presidenti dell'Associazione Italiana Strutture Sanitarie Private (Aissp) e dell'Associazione italiana ospedalità privata (Aiop) e indirizzata al governatore, all'assessore Arru, al premier Renzi, al ministro Lorenzin, al presidente della Commissione sanità della Camera Pier Paolo Vargiu, ai partiti, sindacati, Confindustria, Asl e sindaco di Olbia.

«Le case di cura - si legge - non sono potentati che ostacolano l'apertura del San Raffaele, ma il taglio di 5 milioni non è sostenibile». Le Case di cura sono le seguenti: Policlinico sassarese, Tommasini di Jerzu, Madonna del Rimedio di Oristano, Sant'Anna, Sant'Antonio, Villa Elena, Casa di cura Decimomannu, Lay, Polispecialistico Sant'Elena e Città di Quartu.

DALL'ITALIA

QUOTIDIANOSANITA'.IT

Decreto PA. Il Governo "spiega" le norme sanitarie. La relazione al Parlamento

Pensioni per i primari, stop all'obbligo assicurativo per i professionisti sanitari dipendenti e fondi di garanzia per gli esercenti le professioni mediche con accesso consentito "nei limiti delle risorse del fondo stesso", meno vincoli per realizzazione delle strutture sanitarie, nuove ricette per i cronici. Questi alcuni dei punti salienti della riforma spiegati nella relazione. LA RELAZIONE E IL TESTO.

Dopo la sua pubblicazione in Gazzetta Ufficiale arriva la relazione del Governo che spiega le norme contenute nel decreto che riforma la Pubblica Amministrazione, ora all'esame della commissione Affari Costituzionali della Camera. Vediamo nel dettaglio quelle di interesse

sanitario.

All'**articolo 1**, la norma riguardante i **dirigenti in pensione** presente al comma 5, ribadisce la possibilità di mandare in pensione anche i dirigenti medici responsabili di struttura al compimento dell'anzianità massima contributiva di 40 anni, fatte salve le disposizioni per l'accesso al pensionamento del "Salva Italia" di Monti del 2011, per coloro che maturano i requisiti del pensionamento a decorrere dal 1° gennaio 2012. Limiti, quelli imposti dal "Salva Italia", che oggi corrispondono a 42 anni e 6 mesi di contribuzione per gli uomini e a 41 anni e 6 mesi per le donne.

All'**articolo 3**, riguardante le **assunzioni**, si spiega come per gli enti di ricerca "è eliminata la previsione che impedisce di calcolare, ai fini della determinazione delle risorse finanziarie da destinare a nuove assunzioni, il maturato economico delle retribuzioni del personale cessato".

Il comma 5 spiega invece come per le Regioni in Piano di rientro la previsione è di "semplificazione dell'attuale regime e di graduale aumento delle percentuali di turn over e quindi di assunzioni a tempo indeterminato".

La nuova **collocazione del personale PA** viene affrontata nell'**articolo 4**, laddove si interviene "per favorire i processi di mobilità volontaria tra amministrazioni pubbliche e per disciplinare la mobilità d'ufficio". Verrà applicato solo ai dipendenti con rapporto di lavoro contrattualizzato e occorrerà tener conto della corrispondenza delle qualifiche tra comparti diversi. I bandi dovranno indicare i criteri della scelta dei candidati nonché i requisiti che gli stessi devono possedere.

In via sperimentale, è previsto che i trasferimenti tra le sedi centrali di differenti Ministeri, agenzie ed enti pubblici non economici nazionali sono disposti dall'assenso di quest'ultima, entro due mesi dalla richiesta dell'amministrazione di destinazione, ammesso che l'amministrazione di destinazione abbia una percentuale di posti vacanti superiore a quella di appartenenza.

Si precisa inoltre che il trasferimento non potrà avvenire ad una distanza maggiore di 50 chilometri dalla sede in cui il dipendente è adibito. Al fine di favorire tali processi, il Mef istituisce un Fondo destinato al miglioramento dell'allocazione del personale presso le pubbliche amministrazioni, con una dotazione di 15 mln di euro per il 2014 e 30 mln a decorrere dall'anno 2015.

Si passa poi all'**articolo 6** dove viene fatto divieto di conferire incarichi dirigenziali a chi è già pensionato. Sono comunque consentiti gli incarichi e le cariche conferite a titolo gratuito.

Le **prerogative sindacali** vengono affrontate nell'**articolo 7** dove si spiega l'intento di "recuperare annualmente al servizio di tutte le amministrazioni pubbliche la prestazione lavorativa retribuita corrispondenti al 50% dei dipendenti pubblici con qualifica di dirigente sindacale che godono delle prerogative sindacali riconducibili a distacchi, aspettative e permessi". Pertanto i contingenti complessivi delle prerogative sindacali attualmente vigenti in tutte le amministrazioni pubbliche sono dimezzati dal 1 settembre 2014.

Il problema del ridotto numero di **borse di studio per le scuole di specializzazione** viene affrontato nell'**articolo 15**. Qui si spiega innanzitutto che verrà ridotta di un anno la durata

delle scuole di specializzazione medica a decorrere dall'anno accademico 2014-2015. Si individuano poi somme per innalzare il numero di borse dalle attuali 3.300 fino alla copertura di 5.000 unità. Infine, riguardo il pagamento della quota di iscrizione destinata a coprire i costi connessi all'organizzazione delle prove di ammissione alle scuole di specializzazione, viene spiegato che mentre prima le prove venivano effettuate presso le università e quindi la quota di partecipazione alla prova veniva versata direttamente alle singole università, da quest'anno, essendo diventato il concorso per l'accesso di carattere nazionale, si farà in modo che le risorse versate possano rientrare nella disponibilità di bilancio del Miur.

Con l'**articolo 26** si affronta il problema di rendere "meno onerosa per i **malati cronici** o affetti da particolari patologie o menomazioni non reversibili l'incombenza di recarsi periodicamente dal medico per richiedere la prescrizione di medicinali per il ciclo di terapia prescritto". Per questo si prevede per il medico la possibilità di prescrivere i medicinali, purché assunti dal paziente da almeno sei mesi e pur sempre sotto controllo medico, fino ad un massimo di sei pezzi per ricetta e con una durata della prescrizione non superiore a centottanta giorni.

Si passa poi alle **assicurazioni professionali** trattate nell'**articolo 27**. L'intento è quello di "semplificare e razionalizzare le procedure già previste". Nella relazione si spiega come nel 2012, con l'intento di dare risposta agli esercenti le professioni sanitarie che non riescono a trovare sul mercato un'adeguata copertura assicurativa, il legislatore con la legge Balduzzi aveva deciso di costituire un apposito fondo di garanzia, "demandando all'atto regolamentare la determinazione dei casi nei quali, sulla base di definite categorie di rischio, il professionista dovrà essere garantito".

L'accesso al fondo di garanzia inoltre sarà consentito "nei limiti delle risorse del fondo stesso". Sarà il Dpcm - che deve essere adottato su proposta del ministro della Salute, sentita l'Ania, le Federazioni degli Ordini e dei Collegi e i sindacati più rappresentativi - a chiarire i requisiti per poter accedere. Nella relazione "si precisa che il fondo in questione costituisce un'apposita garanzia per i professionisti sanitari che hanno difficoltà a trovare un'adeguata copertura assicurativa sul mercato e opera nell'ambito e nel rispetto dei principi generali vigenti in materia di responsabilità civile".

Si prevede, infine, che il contributo dei professionisti ammessi all'accesso non sarà più stabilito "in sede di contrattazione collettiva", visto che in questo modo "si allungherebbero sensibilmente i tempi di attuazione del decreto, ma "nella misura determinata dal soggetto gestore del fondo".

Ma la parte forse più significativa in materia assicurativa è la **decisione di abolire l'obbligo di assicurazione** per i professionisti sanitari che sarebbe dovuto scattare il prossimo 15 agosto. Lo si stabilisce infatti, spiega la relazione, con la modifica al comma 4 dell'art. 3 del "Decreto Balduzzi" che "ha - si legge nella relazione - unicamente lo scopo di chiarire definitivamente, al fine di evitare costosi contenziosi futuri, tenuto conto della *ratio* della norma generale (...) in materia di obblighi assicurativi per i professionisti, che tali obblighi non trovano applicazione nei confronti del professionista sanitario che opera nell'ambito di un rapporto di lavoro dipendente con il Servizio sanitario nazionale".

Sempre nello stesso articolo si sottolinea che i componenti del **Consiglio Superiore di Sanità** si riducono da 40 a 30 e, al trentesimo giorno dall'entrata in vigore del Decreto

legge, i componenti in carica del Ccs decadranno automaticamente per poi essere ricostituiti, sempre in quella data, a ranghi ridotti.

Viene, infine, abrogato il comma 3 dell'art. 8ter del Dlgs 502 del 1992 dove si prevedeva che "Per la **realizzazione di strutture sanitarie e sociosanitarie** il comune acquisisce, nell'esercizio delle proprie competenze in materia di autorizzazioni e concessioni di cui all'art. 4 del decreto legge 5 ottobre 1993, n. 398, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 dicembre 1993, n. 493 e successive modificazioni, la verifica di compatibilità del progetto da parte della regione. Tale verifica è effettuata in rapporto al fabbisogno complessivo e alla localizzazione territoriale delle strutture presenti in ambito regionale, anche al fine di meglio garantire l'accessibilità ai servizi e valorizzare le aree di insediamento prioritario di nuove strutture".

L'altra faccia del doping. Gli atleti "grandi" consumatori di farmaci legali: dai fans agli integratori. La Relazione al Parlamento

Sette atleti su dieci dichiarano di assumere regolarmente farmaci. I Fans i più usati (dal 40,9%). Fra i prodotti salutistici quelli maggiormente utilizzati sono gli integratori (62,3%) ed i Sali minerali (13,6 %). Nella relazione si sottolinea il rischio di reazioni avverse per via dell'attività atletica. Aumentate anche le preparazioni galeniche in farmacia. LA RELAZIONE

Dopo il [report pubblicato lo scorso 23 giugno](#), il Ministero della Salute ha inviato al Parlamento la relazione sullo stato di attuazione della legge di contrasto al doping nonché sull'attività svolta dalla Commissione per la vigilanza ed il controllo sul doping e per la tutela della salute nelle attività sportive per l'anno 2013.

Dall'analisi dei dati relativi alle preparazioni galeniche dichiarate dai farmacisti nel 2013, è risultato un aumento delle preparazioni allestite in farmacia e comunicate al Ministero della salute. Risulta confermato come, anche nel corso del 2013, le sostanze maggiormente prescritte siano quelle appartenenti alla classe dei diuretici ed agenti mascheranti (S5), a quella degli agenti anabolizzanti (S1) ed alla classe degli stimolanti (S6). Queste classi di principi attivi rappresentano da sole circa il 75% del totale delle dichiarazioni rilasciate dai farmacisti. Tra questi principi attivi, i più utilizzati nel periodo 2007-2013 sono stati il deidroepiandrosterone ed il testosterone (agenti anabolizzanti).

Le regioni con il maggior numero di prescrizioni risultano essere il Lazio, la Lombardia e la Toscana.

La Commissione, attraverso il sistema informativo Reporting System Doping Antidoping, realizzato in collaborazione con l'Istituto superiore di sanità, ha poi svolto anche per il 2013 una elaborazione dei dati sull'uso dei farmaci consentiti, in base alle dichiarazioni rese dagli atleti sottoposti ai controlli antidoping. I dati riferiti hanno confermato la tendenza dei praticanti l'attività sportiva ad assumere grandi quantità di farmaci non vietati per doping e

di prodotti salutistici. Infatti, il 69,4% degli atleti sottoposti a controllo ha dichiarato di aver assunto prodotti farmaceutici (compresi prodotti omeopatici) e prodotti cosiddetti salutistici (vitamine, sali minerali, aminoacidi, integratori). Fra i primi, si conferma che la categoria di farmaci più usati e dichiarati sono i Farmaci Antinfiammatori Non Steroidei (FANS) con una percentuale del 40,9% dei casi. Fra i secondi, i prodotti maggiormente utilizzati sono gli integratori (62,3% dei casi) ed i Sali minerali (13,6 % dei casi).

Questa assunzione di farmaci risulta "raramente giustificata da valide motivazioni e indicazioni terapeutiche". "Esiste in ogni caso il rischio di comparsa di reazioni avverse, soprattutto quando tali sostanze vengono assunte con modalità e dosaggi diversi da quelli terapeutici o consigliati - si legge nella relazione - considerato anche che durante lo svolgimento di una attività atletica agonistica è spesso presente un aumento della frequenza cardiaca, respiratoria, nonché del metabolismo endogeno, oltre a possibili condizioni di disidratazione. Infatti, l'impegno sportivo determina risposte fisiologiche acute, cardiovascolari, respiratorie, metaboliche ed eventuali condizioni di disidratazione, che possono alterare gli effetti dei farmaci (farmacodinamica) e il loro percorso nell'organismo (farmacocinetica)".

La Commissione ha avviato anche specifiche iniziative finalizzate alla formazione attraverso corsi indirizzati in particolare ha stipulato una convenzione con l'Istituto superiore di sanità per lo svolgimento di un Corso Master FAD Antidoping "La tutela della salute nelle attività sportive e la prevenzione del doping" al fine di formare i professionisti sanitari su tematiche inerenti la prevenzione del doping e la tutela della salute nelle attività sportive. Il Corso Master è stato rivolto a Medici di Medicina Generale (MMG), Medici specialisti di Medicina dello Sport tesserati della Federazione Medico Sportiva Italiana (FMSI) e a Medici dello Sport del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Complessivamente sono state ricevute le iscrizioni di 1083 partecipanti (719 medici di medicina generale e 364 medici dello sport): di questi, 618 (57%) hanno superato il test di valutazione conclusiva (il 48% dei medici di medicina generale ed il 74% di medici dello sport). Gli iscritti al Master FAD antidoping sono stati in prevalenza medici di sesso maschile (74%), sebbene al termine del Corso i medici che hanno superato il test di valutazione finale si sono egualmente distribuiti tra i due generi (56,4% di uomini vs. 58,5% di donne). Le classe di età prevalente tra gli iscritti è stata quella compresa tra i 50 ed i 59 anni (49,3% alla fine del corso), mentre quella meno rappresentata è stata quella di medici di età inferiore ai 30 anni (1,3% alla fine del corso). Il master FAD ha ricevuto richieste di iscrizione da tutte le regioni italiane, con un massimo di adesioni dalla regione Lombardia (11,5%) ed un minimo dalla regione Valle d'Aosta (0,09%). Non è stato registrato alcun iscritto dalla regione Calabria.