



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



---

**Il commissario  
Polimeni:  
«Il 2017 l'anno  
della svolta»**

«Il giudizio sui livelli di assistenza sanitaria in Campania basati su dati del 2015. Dai primimesi del 2017 ci sarà un riadeguamento», parole del commissario straordinario Joseph Polimeni. «Ci sono stati 130 decreti dall'inizio del 2016 con alcuni provvedimenti strutturali che incideranno sui prossimi quattro o cinque anni, come il Piano ospedaliero».

La graduatoria La mappa del disastro

# Sanità, è scontro Regione-governo

Lorenzin attacca, De Luca rilancia

**Ettore Mautone**

**R**egione-governo: è duello sulle responsabilità il giorno dopo in cui si riflette sul disastro Campania che emerge dalle anticipazioni dei dati sui piani di rientro. Il ministro Lorenzin attacca sull'inefficienza del sistema, in particolare insiste sulla esemplare mancata rendicontazione dei fondi per la Terra dei Fuochi. Dal canto suo, il governatore De Luca rivendica l'azione risanatrice avviata dai suoi direttori generali. Resta sostanzialmente all'Anno Zero la Sanità in Campania, tra eccellenze e carenze, luci e ombre.

# Polimeni: «Un giudizio con dati incompleti nei primi mesi 2017 la classifica cambierà»

## Intervista

Il commissario di governo:  
«Varati oltre centotrenta decreti per il riassetto del sistema salute»

**Ettore Mautone**

Oltre 130 decreti dall'inizio dell'anno con alcuni provvedimenti strutturali che incideranno sulla programmazione dei prossimi quattro o cinque, come il Piano ospedaliero, il riordino territoriale, il programma di reclutamento di 5 mila unità di personale e la rete oncologica regionale: ecco il bilancio del lavoro svolto nel corso del 2016 da Joseph Polimeni, commissario governativo per la prosecuzione del piano di rientro dal deficit sanitario. Polimeni rivendica la bontà del lavoro svolto, giustifica con un «vuoto inerziale», a cavallo tra vecchia e nuova giunta e prima del suo insediamento l'arretramento dei Lea registrato nel 2015 e si dice convinto della possibilità di aggiustare il tiro entro febbraio. Un commissario determinato ad andare avanti per nulla impensierito dalla nuova norma che consente, facendo cadere l'incompatibilità, il subentro di De Luca nella doppia veste di Commissario e Governatore.

**Dottor Polimeni, la Campania è ultima nella classifica sui Livelli di assistenza del 2015. Di chi è la colpa?**

«I giochi non sono ancora chiusi ed entro i primi mesi del 2017 potremo integrare alcuni dati sfuggiti. Il 2015 è stato l'annus horribilis della sanità regionale per una serie di motivi che vanno dal passaggio del testimone tra vecchia e nuova giunta al ritardo del nostro insediamento, alla cancellazione dell'Arsan. Il debito di flussi con il ministero viene ora pagato ma i Lea bassi in questa regione sono un dato storico. Quanto al nostro lavoro ci siamo insediati il 6 gennaio del 2016 e in questo anno abbiamo fatto molto».

**Qual è il bilancio di questo anno di lavoro?**



«È condensato negli oltre 130 decreti, di cui alcuni strutturali come il Piano ospedaliero, che hanno ridisegnato la cornice legislativa e di programmazione della Campania. Il riordino degli ospedali ha avuto una valutazione positiva e tranne piccoli errori materiali e aggiustamenti sui protocolli d'intesa con le due università e sui posti letto territoriali, sarà pienamente operativo nel 2017 con gli atti aziendali di asl e ospedali già approvati».

**Quali altri provvedimenti incidono sui livelli di assistenza?**

«Penso al riordino del territorio con le aggregazioni tra medici, pediatri e specialisti, che non tutte le regioni hanno fatto in modo così esplicito. Poi i protocolli d'intesa con le tre università, (Federico II, Vanvitelli e Salerno), il ridisegno della rete oncologica e il Piano per la prevenzione che sono veri e propri piani sanitari».

**I decreti sui fabbisogni del privato accreditato sono ancora fermi.**

«Abbiamo innovato e qualificato questo settore. La programmazione è diventata biennale (2016 e 2017) e i decreti 85 e 89 di agosto hanno avuto

una fase di aggiustamento che ora, pur separando il 2016 dal 2017, consentiranno di andare avanti con regole di cui c'era bisogno.

Riabilitazione e specialistica hanno già firmato le intese con le Asl o le stanno firmando».

**Restano le Case di cura: il budget è sottostimato?**

«A consuntivo del 2016 si potranno fare valutazioni e piccoli aggiustamenti ma non tanto sul budget, differente dal fatturato, ma sulla distribuzione delle risorse. Abbiamo inviato un ulteriore sollecito ai manager a chiudere i contratti e ad andare avanti. Abbiamo appostato incentivi sui Drg ad alta complessità dove scontiamo la mobilità passiva in base alle previsioni comma 574 della legge stabilità. Sulla riabilitazione abbiamo puntato sui setting assistenziali dell'età evolutiva dove c'è maggiore possibilità di miglioramento clinico assicurando la flessibilità».

**Le conversioni dei centri neuropsichiatrici: a che punto siete?**

«Abbiamo appena approvato il decreto per la conversione dei centri in degenza post-acuzie e in strutture residenziali psichiatriche».

”

**L'analisi**  
Il 2015 anno terribile tra cambi di gestione politica e vecchi mali e ritardi

**I contratti integrativi sono al palo.**

«Li abbiamo previsti, spetta alle Asl attivarli».

**Intanto i Livelli di assistenza sono in picchiata.**

«Al netto delle difficoltà del 2015, che recupereremo in corso d'opera, c'è bisogno di tempo. Roma non fu fatta in un giorno. Tanti altri decreti qualitativi devono ora essere attuati».

**Quali?**

«L'applicazione della classificazione di Robson per diminuire i cesarei, il riordino dei punti nascita, le verifiche di appropriatezza».

**E la prevenzione?**

«Abbiamo riattivato tante unità ferme come la Commissione vaccini e il percorso nascita. Il 2015 è stato un momento di paralisi».

**Quali novità per le zone disagiate interne e insulari?**

«Qui è previsto un investimento di 4,7 milioni di euro di fondi ministeriali per valorizzare la telemedicina e il rinnovo dei mezzi di soccorso aereo e trasporto marittimo a integrazione di quanto previsto dal Piano ospedaliero».

**Il Piano territoriale a che punto è?**

«Stiamo sollecitando l'attuazione. I Pat (Piani di assistenza territoriale) dovrebbero vedere la luce entro fine anno ma sono i direttori generali a doverli presentare. Non c'è una macchina amministrativa molto oliata ma si migliora a vista d'occhio. Oggi c'è una visione ospedalocentrica in una realtà che ha bisogno di una serie d'interventi attuativi».

**Su Terra dei fuochi cosa è stato fatto?**

«Un vero e proprio piano sanitario con screening, piani diagnostico-terapeutici-assistenziali, (Pdta) screening, programmazione e linee progettuali, informazione e comunicazione creando una filiera di interventi che parte da zero. Poi c'è lo sblocco dei fondi della sorveglianza dei comuni della Terra dei fuochi».

**Ci sarete ancora voi (commissario e sub commissario) nel prossimo anno?**

«Si vedrà, siamo un organo tecnico a disposizione dei ministeri della Salute ed Economia da cui dipendiamo. I titolari dei due dicasteri (Lorenzin e Padoan ndr) sono stati confermati. Vedremo gli sviluppi. Bisogna però chiarire che la norma della finanziaria che abroga l'incompatibilità del ruolo di commissario con quello di governatore non prevede alcun automatismo».

**La Sanità, lo scontro**

# Regione-governo: duello sulle responsabilità

## La Lorenzin attacca l'inefficienza del sistema, De Luca rivendica l'azione dei direttori

Livelli di assistenza (Lea) ai minimi storici in Campania, un punto sotto i 100: livello mai raggiunto da nessuna regione, nemmeno quando, nel 2009, siamo entrati nel tunnel del Piano di rientro. Il giorno dopo le anticipazioni de Il Mattino sulla verifica dei Lea, segna un nuovo braccio di ferro a distanza tra ministero della Salute e Regione sulle responsabilità di un primato negativo che nessuno si aspettava in tali proporzioni. Una tegola che si abbatte da un lato sul ministero della Salute, responsabile di sette anni di commissariamenti e dall'altro precipita sulla Regione che da metà del 2015 ha assunto le redini del governo di Asl e ospedali.

Il ministero guidato da Beatrice Lorenzin punta il dito sull'inefficienza della macchina amministrativa di Palazzo Santa Lucia che sovrintende al governo della Salute in Campania, la cui filiera conduce ai direttori generali nominati da De Luca, e grida allo scandalo per il mancato utilizzo e rendicontazione dei fondi assegnati per Terra dei Fuochi. Palazzo Santa Lucia risponde alle accuse rispedendo al mittente ogni addebito e imputando il vergognoso risultato negativo ai ritardi di Roma nell'indicazione dei commissari in carica

(insediatisi solo all'inizio del 2016) e alla precedente amministrazione che fino alla primavera del 2015 era ancora al timone. Di Asl e ospedali.

Quel che è certo è che al centro resta un processo di risanamento della Sanità in Campania concluso solo sul fronte contabile ma ancora

all'anno zero per quanto riguarda la qualità dell'assistenza erogata ai cittadini. In merito Enrico Coscioni, consigliere per la Salute del presidente della Regione Vincenzo De Luca, precisa che «il risultato negativo è riferito al 2015, anno in cui la prima metà vedeva in carica la precedente amministrazione, in cui il presidente della Regione era anche commissario di governo. Dopo le elezioni, solo nel gennaio 2016 - continua Coscioni - il governo nominò i nuovi commissari. Fino ad allora la Sanità non aveva una direzione e, per di più, la quasi totalità delle aziende sanitarie era commissariata senza direttori generali in carica». «Dal 2016 - conclude il consigliere di De Luca - l'attuale amministrazione ha invertito la rotta nominando i direttori ge-



Enzo De Luca e sotto il ministro Lorenzin



nerali. Il presidente De Luca ha consentito il ritorno a una gestione ordinaria delle aziende, ha accelerato l'apertura dell'Ospedale del mare e ha, con il nuovo piano ospedaliero, dato impulso alla razionalizzazione dell'offerta sanitaria consentendo anche l'apertura di pronto soccorso chiusi, conferendo specifici atti sulla griglia Lea, ma soprattutto De Luca ha ridato fiducia al comparto che si sentiva emarginato».

Un ping pong delle responsabilità sul piano tecnico che diventa una partita tutta politica guardando al prossimo delicato passaggio che vedrà De Luca impegnato, dal gennaio, a rivendicare il ruolo di commissario vista la cancellazione dell'incompatibilità con il ruolo di governatore inserita nella legge Finanziaria. Qui Lorenzin - secondo fonti da Roma - conferma la netta contrarietà ad attribuire a De Luca il ruolo di commissario. Efficientamento e razionalizzazione dei processi organizzativi della Sanità regionale devono, secondo il titolare del dicastero di via XX Settembre, conservare una guida centrale per completare il lavoro avviato. Dalla Campania, si lamentano i tecnici del ministero, non è arrivata nemmeno una sola relazione sulle decine di milioni assegnati ai controlli e screening in Terra dei fuochi. Qui a dettare legge è il decreto 61 del 2014: dei 34 milioni assegnati alla Campania la prima tranche, di 17 milioni, è stata trasferita a fine del 2015 ma materialmente disponibili per le Asl solo a giugno. Dopo alcuni mesi di bagnomaria nella casse di Palazzo Santa Lucia le risorse sono infine state liquidate alle Asl a ottobre quando è partito il Piano oncologico e il programma per gli screening in Terra dei fuochi.

e.m.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



### Il piano ospedaliero

Ha avuto un giudizio nella sostanza positivo anche se non sono mancati piccoli errori che presto aggiusteremo



### L'accreditamento

Il rapporto con i privati è stato qualificato con una programmazione biennale, il prossimo anno i decreti definitivi



### Il territorio

Stiamo accelerando per poter attuare piani con reti di ambulatori e non più ospedali sempre sotto pressione

## La sferzata Sulla mancata rendicontazione dei fondi per la Terra dei Fuochi i primi veleni

1

Il risanamento contabile in buona parte concluso  
All'anno zero le strategie sulla qualità e i tempi



# Sanità tra luci e ombre: caos 118 piano ospedaliero appena avviato

## Campania, tante eccellenze ma la mappa del disagio è ancora troppo vasta

**Ettore Mautone**

Novantanove punti di media per i livelli di assistenza equivalgono a un 4 in un ideale registro scolastico dove il 6, la sufficienza, è fissata a quota 160. La pessima media della Campania, ultima della classe nel 2015, porta con sé riverberi in tutti i settori assistenziali. Ma ci sono attività che valgono zero, come l'eccesso di cesarei, la prevenzione, le vaccinazioni, gli screening e l'educazione ai corretti stili di vita che rendono conto dell'esplosione del fumo tra gli adolescenti e dell'epidemia di casi obesità infantile. Altri che valgono 5, come la celerità negli interventi di frattura del femore, infine le cose che funzionano. La mappa del disagio è fatta in Campania di luci e ombre di carenze ed eccellenze che si intrecciano in un groviglio complesso.

### Il «118»

In Campania il 118 viaggia con mezzi obsoleti e personale sottodimensionato rispetto alle piante organiche. Allo stato de 1229 medici previsti sono in servizio 1016 di cui soltanto 317 dipendenti. Gli altri sono in parte convenzionati con contratto a tempo indeterminato e in parte convenzionati a tempo determinato. Ciò crea disagi nei turni di lavoro, caos nella filiera delle responsabilità, disorganizzazione di turni, ferie, permessi.

### La svolta

Alla Sun integrate le attività di oncologia. Altri settori restano parcellizzati

A mettere ordine basterebbe attuare una riforma del servizio a costo zero attesa da anni in base a norme e delibere già in pista integrando realmente il servizio con i dipartimenti di emergenza e i pronto soccorso delle Asl e delle aziende ospedaliere coinvolgendo anche con le guardie mediche notturne e festive.

I policlinici, tranne per l'ostetricia e per trasferimento dal 118, non accettano pazienti in pronto soccorso. Il protocollo per decongestionare gli ospedali cittadini funziona ma non è sufficiente. Quando si bloccano i presidi della Napoli 1 va in tilt tutto il sistema.

### Il Pronto soccorso

Grazie all'intervento della Regione sono stati riattivati nell'ultimo anno le emergenze dell'ospedale di

Frattamaggiore, di Giugliano e di Pozzuoli a Napoli nord e il centro ortopedico del Cto destinato a diventare una struttura di riferimento per l'Ictus (nella rete stroke) aperto anche fisicamente agli accessi in emergenza.

Inaugurato anche il nuovo reparto emergenza del Pellegrini mentre sono ancora in difficoltà, in attesa dei traslochi dell'ospedale del Mare, il Loreto Mare, il San Giovanni Bosco e il San Paolo. In affanno riguardo a procedure e metodologie di smistamento dei pazienti, il Fatebenefratelli e Villa Betania per il record di accessi soprattutto per la caduta dei filtri diagnostici dei centri accreditati da mesi rimasti senza benzina a fine anno.

### I filtri

Medici di base, pediatri di famiglia e specialisti ambulatoriali che lavorano presso gli studi dei vari quar-

tieri e i distretti dovrebbero assicurare il filtro territoriale per evitare l'affollamento del pronto soccorso.

Qui la cura è il Piano territoriale licenziato dalla struttura commissariale che prevede aggregazioni funzionali con la presenza di infermieri e attrezzature diagnostiche (ecografi, elettrocardiografi ecc.) per un primo livello di cura. Il Piano però non è ancora partito. Entro questo dicembre le Asl dovevano presentare i piani attuativi. Al palo c'è contratto integrativo della specialistica ambulatoriale e irrisolto è il nodo della grave obsolescenza delle attrezzature diagnostiche dei distretti. Molti specialisti continuano a lavorare in ospedale e molti ospedalieri restano in ospedali come il san Gennaro destinato a funzioni distrettuali. Manca inoltre una regia che faccia da interfaccia tra le Asl e il ministero.

### Policlinici

La ex Sun, oggi Ateneo Vanvitelli, è partita con l'integrazione delle attività oncologiche. Integrando in una filiera unica tutte le figure mediche, chirurgiche e della ricerca coinvolte ma in altri settori assistenziali si scontano ancora difficoltà anche fisiche vista la parcellizzazione di diversi poli distanti tra loro dell'attività assistenziale. Il manager Di Mauro conta da gennaio di attivare la nuova piastra operatoria a Cappella Cangiani e di rendere efficienti le reti temo dipendenti che coinvolgono nel pronto soccorso anche le due università.

Alla Federico II il nodo da sciogliere sono i tempi biblici con cui i vari reparti, dislocati nei vari padiglioni, dialogano tra loro per prendere in carico pazienti complessi come quelli oncologici. Per ottenere consulenze mediche in casi chirurgici

e viceversa passano settimane che sottraggono opportunità di guarigione ai pazienti pur nell'eccellenza di alcune significative realtà cliniche.

### Piano oncologico

Il Piano in pista da pochi mesi prevede unità integrate tra medici, chirurghi e radioterapisti in ogni azienda sanitaria che accompagnano i pazienti durante tutto il percorso di cura dalla diagnosi fino alla guarigione scandendo tempi certi delle varie fasi su cui è impegnato anche un infermiere. Il paziente verrà indirizzato presso il miglior centro per la cura di una determinata patologia e nei tempi giusti. Proprio ieri è partita la prima convenzione della asl Napoli 3 sud con il Pascale. E' in moto la farragginosa macchina degli screening in tutte le aziende ma soprattutto a Caserta restano grandi difficoltà con interventi spot senza un piano organico.

### Privati

I contratti con le Case di cura e i centri specialistici sono congelati dopo un duro braccio di ferro che dura da mesi. I sindacati a fronte della minaccia di licenziamenti hanno dichiarato lo stato di agitazione permanente e solo l'intervento di de Luca ha franato le procedure avviate. Servono dialogo e regole certe oltre che una camera di ascolto e condivisione delle scelte. Criterio che andrebbe allargato anche agli Ordini dei medici costituiti in coordinamento ma mai convocati e ascoltati dalla struttura commissariale. Lo stesso dicasi per l'intersindacale della dirigenza medica esclusa da ogni interlocuzione qualificata su scelte tecniche di ampio respiro e relativamente ai principali nodi dell'assistenza che sono ancora tutti da sciogliere in Campania.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### Il rilancio

Decisivi gli interventi della Regione nei reparti di pronto soccorso in provincia

## Le bocciature



### PREVENZIONE

Vaccini

Screening

Educazione agli stili di vita (obesità, fumo)



### ASSISTENZA TERRITORIALE

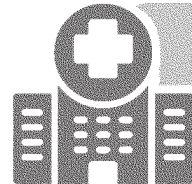
Sostegno agli anziani

Aiuti ai disabili

Hospice per malati terminali

Specialistica ambulatoriale

Controlli veterinari e sugli alimenti



### ASSISTENZA OSPEDALIERA

Parti cesarei in eccesso rispetto alla media nazionale

Interventi al femore oltre le 48 ore

Ricoveri non appropriati negli ospedali o fuori dagli schemi previsti per legge



---

**La graduatoria** Troppi cesarei, screening al palo  
per risalire la classifica serve più prevenzione

L'emergenza: mezzi obsoleti e vuoti in organico  
serve una riforma con norme già messe in campo

# quotidianos**sanità**.it

Mercoledì 28 DICEMBRE 2016

## Bari, un nuova tecnica laser sconfigge tumore inoperabile. Uno dei primi casi in Italia

***Un tumore maligno al labbro non operabile chirurgicamente è stato trattato con una tecnica laser innovativa, chiamata termoablazione. Una decisione che per l'equipe del reparto di Otorinolaringoiatria dell'Istituto "Giovanni Paolo II" di Bari si è trasformata in un successo. L'istituto si candida, così, a diventare punto di riferimento italiano per questo tipo di trattamento.***

L'intervento chirurgico pareva l'unica soluzione per rimuovere il suo tumore del labbro. Ma per lui, un 87enne pugliese, sarebbe stato troppo rischioso. Così i medici dell'Istituto "Giovanni Paolo II" di Bari non si sono arresi ed hanno cercato un'alternativa. Gli specialisti del reparto di Otorinolaringoiatria hanno deciso di ricorrere alla termoablazione, una tecnica laser oggi applicata solo in pochi casi di metastasi linfonodale.

"È una delle prime volte in Italia che il calore manda in fumo un carcinoma – ha spiegato il responsabile dell'Unità Operativa, **Gaetano Achille** - la metodica termoablativa laser ecoguidata è ormai ampiamente utilizzata in campo oncologico del distretto testa-collo, ma le correnti linee guida la limitano al trattamento di noduli tiroidei benigni e di metastasi linfonodali laterocervicali da neoplasie maligne tiroidee, nonostante le esperienze in letteratura ne dimostrino l'efficacia anche in altre patologie neoplastiche testa-collo non operabili".

Il risultato? Il paziente ora sta bene, ha solo una semplice bruciatura, né incisioni chirurgiche, né postumi di anestesia. Il trattamento di questo paziente si inserisce in quella nuova frontiera della medicina che sta andando consolidandosi negli ultimi anni: la terapia personalizzata.

"La metodica appare del tutto priva di rischi operatori, ripetibile, ma soprattutto non impedisce l'eventuale successivo ricorso a tecniche chirurgiche di salvataggio, ove necessario – ha aggiunto il responsabile della Otorinolaringoiatria - il paziente risultava affetto da metastasi linfonodale laterocervicale del primo livello da carcinoma del labbro, trattato chirurgicamente in altra sede. Le linee-guida prevedono, per tali pazienti, il trattamento chirurgico delle logge laterocervicali, ma le condizioni cliniche generali, l'età e la durata dell'intervento non permettevano tale programma terapeutico".

L'alternativa poteva essere solo un trattamento di radioterapia, la cui efficacia, però, non raggiunge le percentuali della chirurgia, anche per la presenza di malattia neoplastica avanzata. E, così, anche grazie a questo nuovo risultato, l'Istituto potrà candidarsi a diventare centro di riferimento per la termoablazione, applicata a quei tumori non operabili che colpiscono la testa e il collo.

# Sanità24

## **Andi: prevenzione e diagnosi precoce contro i tumori del cavo orale**

di Sara Lavorini

Il tumore del cavo orale è una neoplasia, purtroppo in aumento, che colpisce annualmente il 7% della popolazione maschile e l'1% di quella femminile.

Fino a qualche anno fa questa forma di cancro aveva un'incidenza molto bassa ma ad oggi, a causa dell'aumento della cattiva abitudine al fumo e dell'infezione da Papilloma virus (Hpv), si registrano 6 mila nuovi casi all'anno, con tasso di mortalità a 5 anni dalla diagnosi di oltre il 70%.

E' come se ogni tre ore una persona morisse a causa di questa grave patologia.

L'allarme è stato lanciato oltre che dagli oncologi, anche dagli odontoiatri e dagli igienisti dentali, che

quotidianamente si occupano della salute della bocca e hanno il dovere di fare prevenzione.

«Tra i fattori di rischio per l'insorgenza di questa neoplasia che interessa gengive, lingua e tessuti molli della bocca – dichiara il presidente Toscana dell'Associazione nazionale dentisti italiani (Andi), Luca Barzagli - ci sono fumo, alcol, cattiva igiene orale, protesi dentarie mal realizzate e una dieta povera di frutta e verdura e Papilloma Virus (Hpv). Molto preoccupante è anche l'aumento di lesioni precancerose, già nella fasce più giovani della popolazione, ovvero gli adolescenti, che a causa sia degli stili di vita spesso errati, come fumo e alcool e, anche del sesso orale non protetto, possono causare infezioni da papilloma virus. Per questo motivo è doveroso fare partire delle campagne di prevenzione ed educazione della salute orale, già dalle scuole e dai consultori».

La necessità di sensibilizzare i pazienti e quindi fare delle campagne informative ai cittadini, ha portato già da diversi anni gli specialisti che lavorano in campo odontoiatrico ad organizzare nelle pizze delle giornate di screening gratuiti in tutta Italia.

Obiettivo comune è aumentare il numero dei casi diagnosticati precocemente e di conseguenza ridurre la mortalità, ancora troppo alta, non solo in Italia. Quando

infatti il carcinoma è rilevato e curato nella sua fase iniziale, è possibile ottenere una guarigione completa e avere uno standard di sopravvivenza dell'80% ed effettuare così, anche interventi meno invasivi per il volto e per il cavo orale.

«L'Andi con la sua Fondazione tutti gli anni si impegna con l'Oral Cancer Day (Ocd), - aggiunge Barzagli -, che in realtà dura un mese e, in tutte le piazze italiane organizza dei Gazebo informativi, per la divulgazione di depliant su come fare prevenzione. In alcune città si fanno addirittura le visite gratuite ai cittadini direttamente e, comunque siamo disponibili per le visite nei nostri studi per tutto il mese. L'idea dell' Ocd è venuta ad Andi ed ormai è diventata un appuntamento obbligato di tutti gli anni. In Toscana abbiamo firmato, come Andi un protocollo di intesa con la chirurgia maxillo - facciale di Firenze il cui direttore è anche presidente della associazione dei tumori, in modo da poter snellire le procedure di diagnosi o, in caso di accertata malattia, il percorso terapeutico. Per un'azione ancora più ampia contro il cancro orale e per una diffusione sempre più capillare, in questa decima edizione l'Oral Cancer Day ha vantato una nuova importante sinergia con Cao Nazionale (Albo Nazionale Odontoiatri), Cenacolo Odontostomatologico Italiano (Coi-Aiog) e Società italiana di Patologia e Medicina orale (Spmo). E' fondamentale poi

la collaborazione con gli igienisti dentali, figure altamente specializzate nella prevenzione, che si occupano anche del mantenimento della salute orale dei pazienti. Nelle sedute di richiamo infatti l'igienista ha il compito di segnalare al medico qualsiasi forma di lesione sospetta rilevata. Per il prossimo anno è già stata programmata per sabato 13 maggio la giornata dell' Oral Cancer Day».

# Sanità24

## La storia infinita degli specializzandi ante 1983 e le risposte del Parlamento

di Antonio Puliatti (avvocato)

Potremmo intitolarla “la storia infinita” quella che riguarda i medici iscritti alle scuole di specializzazione prima dell’anno 1991. La vicenda ha infatti dato luogo ad un contenzioso enorme che negli anni ha visto l’alternarsi di diverse tesi giurisprudenziali, in particolare in ordine alla prescrizione e alla qualificazione dell’azione, questioni cui hanno dato risposta le Sezioni Unite con la nota sentenza n. 9147/2009, cui sono seguite numerose sentenze di condanna dello Stato in tutti quei casi in cui la prescrizione decennale risultava validamente interrotta.

Né la normativa interna di adeguamento alle menzionate Direttive né le pronunce della Corte di Giustizia hanno tuttavia espressamente riguardato il profilo economico dei corsi iniziati prima del 31.12.1982.

Si è quindi determinato, in seno alla stessa Suprema Corte un contrasto di decisioni in merito alla sussistenza di un diritto al risarcimento del danno in favore di quei medici specializzandi che avessero iniziato i corsi anteriormente al 1° gennaio 1983 come evidenziato nell'ordinanza interlocutoria n. 21654 del 2015. Le ragioni della tesi negativa sono legate al fatto che avendo gli specializzandi iscritti a corsi di specializzazione anteriormente al 31 dicembre 1982 frequentato un corso che legittimamente sul piano del diritto comunitario era iniziato in una situazione nella quale lo Stato italiano non era ancora divenuto inadempiente all'obbligo di ottemperare alle direttive ed essendo l'obbligo statutale di adempiere le direttive correlato all'organizzazione del corso nella sua completezza , doveva ritenersi che la situazione di inadempienza dello stato verificatasi dal 1° gennaio 1983 fosse riferibile soltanto all'organizzazione di corsi di specializzazione a far tempo da quella data. Quanto invece alla tesi ammissiva la soluzione favorevole è stata eminentemente fondata sul richiamo delle sentenze della Corte di Giustizia che avevano affermato il diritto alla remunerazione in favore di tutti i medici iscritti alle scuole di specializzazione negli anni in questione in ragione dell' "obbligo incondizionato e sufficientemente preciso dettato dalle disposizioni comunitarie".

Sono state formulate diverse ipotesi: a) che tutti i corsi di specializzazione completati o meno prima del 31.12.1982 fossero suscettibili di remunerazione/risarcimento per la loro intera durata. h) che soltanto i corsi indetti prima ma non completati entro il 31.12.1982 lo fossero e per la loro intera durata oppure c) per il solo tempo intercorso dal 01 gennaio 1983 alla scadenza del ciclo ovvero ancora d) che per i medici iscritti a corsi di specializzazione indetti prima del 31.12.1982 e completati o meno a questa data, la normativa comunitaria non avesse attribuito alcun diritto economico per la relativa frequentazione e solo regolato le condizioni di riconoscimento in ambito comunitario del conseguito titolo specialistico.

Su tali ipotesi non risultano tuttavia precedenti pregiudiziali da parte della Corte di Giustizia e pertanto la Corte ha ritenuto necessario chiedere alla medesima Corte.

In via pregiudiziale, l'interpretazione delle cennate direttive ed in particolare:

a) se la direttiva n. 82/76/CEE, riassuntiva delle direttive n. 75/362/CEE e n. 75/363/CEE, debba essere interpretata nel senso che rientrano nel suo ambito di applicazione anche le formazioni di medici specialisti - sia a tempo

pieno che a tempo ridotto - già in corso e proseguite oltre il 31 dicembre 1982.

In caso di risposta affermativa al quesito sub a):

b) se la normativa debba essere interpretata nel senso che per i corsi di formazione specialistica già iniziati alla data del 31 dicembre 1982 l'insorgenza dell'obbligo di remunerazione adeguata per i medici specializzandi dipenda dall'assolvimento dell'obbligo di riorganizzazione o comunque di verifica di compatibilità con le prescrizioni delle predette Direttive;

c) se in favore dei medici che abbiano conseguito specializzazioni frequentando corsi di formazione che avevano già avuto inizio ma non erano ancora conclusi al 1° gennaio 1983 sia insorto o meno l'obbligo di adeguata remunerazione per l'intera durata del corso o per il solo periodo di tempo successivo al 31 dicembre 1982 ed a quali eventuali condizioni.

Il giudizio è stato quindi sospeso in attesa del pronunciamento pregiudiziale della Corte di Giustizia.

Corre obbligo segnalare però che la questione, ben nota al nostro Parlamento, potrebbe trovare soluzione qualora si dovesse giungere all'approvazione del disegno di legge n.

2400 il quale prevede che ai medici ammessi alle scuole di specializzazione in medicina istituite presso le università dall'anno accademico 1978/1979, e specializzati dall'anno accademico 1982/1983 all'anno accademico 1991/1992, il ministero dell'Istruzione, dell'università e della ricerca corrisponda, per tutta la durata del corso di specializzazione, a titolo forfetario, una remunerazione annua onnicomprensiva di importo pari a 11.000 euro .

La storia. Come è ormai noto anche ai non addetti ai lavori, stante la ormai ampiamente dibattuta questione, la vicenda muove dalla Direttiva 75/362/CEE concernente il reciproco riconoscimento dei diplomi. Certificati ed altri titoli di medico e comportante misure destinate ad agevolare l'esercizio effettivo del diritto di stabilimento e dalla Direttiva 75/363/CEE cui seguì la Direttiva 82/76/CEE che le modificò e che con l'art. 16 impose agli Stati membri il termine ultimo del 31.12.1982 per l'adozione delle misure necessarie per conformarsi: le prime due direttive avrebbero dovuto essere attuate entro il 20.12.1976: le direttive del 1975 furono poi compendiate e riunite nella Direttiva 93/16/CEE la quale con l'art. 44 le abrogò e venne a sua volta abrogata a decorrere dal 20.10.2007, dall'art. 62 della Direttiva 2005/36/CE.

In tale contesto la formazione specialistica a tempo pieno e quella a tempo ridotto, se ammessa per determinate circostanze, doveva essere remunerata adeguatamente: ma in Italia l'adeguamento alle predette direttive avvenne soltanto con il d.lgs 257/1991.

La Legge n. 370 del 1999 all'art. 11 ha previsto l'attribuzione di una borsa di studio annua onnicomprensiva lire 13.000.000 agli specializzandi specializzandi in medicina già ammessi alle scuole di specializzazione negli anni accademici decorrenti dal 1983 al 1991 e destinatari di giudicati favorevoli.

# Sanità24

**Malattie rare, Italia in pole position in Europa. Ecco la lista degli «Ern»**

di Barbara Gobbi

PDF Ern per le malattie rare - I risultati

Assistenza e ricerca sulle malattie rare: l'Italia si piazza ai primi posti nella "classifica" ormai definita dalla selezione degli Ern, le reti europee di riferimento lanciate nel 2011 dalla direttiva sulle cure transfrontaliere. A tracciare una prima mappa delle eccellenze è l'Azienda ospedaliero-universitaria di Padova. Non a caso: è proprio l'Aou a totalizzare il maggior numero, ben 18, di raggruppamenti con il "bollino". Prima dello svedese, prestigiosissimo, Karolinska Hospital. Prima ancora di altre strutture blasonate come l'ospedale universitario francese Necker. E in buon compagnia, tra i primi, con due altre strutture di punta italiane: l'Irccs pediatrico Bambino Gesù di Roma e l'Irccs Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano.

Il percorso per arrivare all'individuazione dei centri d'eccellenza è partito dalla scelta di dedicare i primi 5 anni di attuazione della direttiva 2011/24 sulle cure transfrontaliere alle patologie orfane. Un ambito in cui hanno senso le grandi reti europee di ricerca e di eccellenza, capaci di far circolare informazioni, modelli e innovazione mantenendo il paziente il più possibile a casa. A una prima fase di individuazione nazionale delle strutture "papabili", da parte del ministero della Salute, ha fatto seguito una doppia scrematura internazionale, che in definitiva ha condotto alla selezione dei migliori sulla base di due macro-parametri: il primo, comune a tutti gli ospedali, relativo a parametri come la presa in carico del paziente, l'attività scientifica, la casistica, la capacità di portare avanti la ricerca clinica; il secondo, specifico per materia.

Sul primo fronte l'Aou di Padova primeggia centrando il massimo del risultato, per ottenere poi l'en plein su linee specifiche, come l'epatologia. «Ma in generale - spiega Paola Facchin, coordinatrice del tavolo tecnico delle Regioni per le malattie rare e rappresentante, insieme al genetista Bruno Dallapiccola, del gruppo tecnico sulle malattie rare presso la Commissione europea - quello che emerge è il primato italiano, insieme alla Germania, in un ambito in cui contano moltissimo sia l'aspetto

assistenziale-organizzativo che quello della ricerca. In secondo luogo, il messaggio che arriva ai pazienti è quello di un'Europa che, tra tante difficoltà, è ricca di ospedali vocati alle patologie orfane, che nel loro ambito sono stati capaci di sviluppare tante Ern. E molti di questi - circa una cinquantina - sono strutture italiane. A dimostrazione che la nostra sanità, pure tra mille difficoltà di costi, conti e personale, riesce ancora a esprimersi al meglio».

Tutto bene quindi? Non proprio: innanzitutto perché questa notizia di “buona sanità” è stata lasciata sottotraccia dal ministero della Salute, che pure è stato tra i promotori dell'iniziativa. Tanto che l'Aou di Padova si è presa la briga di recuperare punteggi e risultati e di metterli in fila. In secondo luogo, perché due macroaree nuove rispetto al prospetto iniziale - quella sulle epilessie gravi e Genturis (sindromi genetiche come la neurofibromatosi, predisponenti allo sviluppo di tumori) - sono orfane di strutture italiane che, come il Gemelli e il Bambino Gesù, si sarebbero candidate a fare parte fin dall'inizio.