

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
V Commissione Consiliare Permanente
(Sanità e Sicurezza Sociale)

Resoconto Integrato n.08

X Legislatura

08 ottobre 2015

RESOCONTO INTEGRALE N. 09 DELLA SEDUTA
DI AUDIZIONE V COMMISSIONE CONSILIARE
DELL' 08 ottobre 2015

Argomento dell' audizione:

Organizzazione della rete oncologica radioterapica.

Elenco degli intervenuti:

Paolo Muto (Direttore UOC Radioterapia IRCCS
Istituto Nazionale Tumori Fondazione G Pascale - NA)

Cesare Giuda (Direttore UOC Radioterapia A.O.
Moscati - AV)

Roberto Pacelli (Responsabile reparto Radioterapia
Università Federico II)

Davide Di Gennaro (Direttore UOC Radioterapia
Ruggi D' Aragona - SA)

Teresa Pironti (Direttore UOC Radioterapia A.O.
Rummo - BN)

Emilia Anna Vozzella (ASL- AV responsabile UO
Igiene Ospedaliera)

Flora Beneduce (Gruppo F.I.)

Alfoso Longobardi (Gruppo De Luca Presidente in
Rete)

Carlo Ianace (Gruppo De Luca Presidente in Rete)

Valeria Ciarambino (Gruppo M5S)

Presidenza Raffaele Topo
Inizio lavori ore 15.25

PRESIDENTE:

Buon giorno a tutti!. Dichiaro aperta la seduta di
audizione avente ad oggetto:

Organizzazione della rete oncologica radioterapica.

PRESIDENTE:

Vi ringrazio per essere intervenuti.

Approfondiamo il tema dell' oncologia radioterapica, di
attualità alla luce delle polemiche che hanno occupato
un po' di spazio sulla stampa a volte a ragione e a volte
a torto, in particolare sull' utilizzo appropriato dei tetti
di spesa, sulla possibilità di assistere fino a fine anno
cittadini affetti da patologie sensibili, su quello che oggi
il pubblico riesce a fare e su quello che dovrà avvenire
considerando che nel prossimo periodo la Regione
dovrebbe recuperare una capacità di decisione e di
autonomia dopo i 5 anni trascorsi che hanno imposto
determinate regole, molto restrittive e tenendo conto
che il contesto ci obbligherà a garantire gli obiettivi del
patto per la salute, ovvero vorrebbe garantire tutto ciò
che i livelli essenziali di assistenza devono dare alla
Campania, con il costo che quest' attività rappresenta
nel fondo sanitario regionale: 10 miliardi.

Siamo in equilibrio finanziario ed è una notizia utile,
ma, ovviamente, con 10 miliardi non facciamo tutto e
bisognerà adottare scelte, spostare da una parte e
mettere da qualche altra.

Mi permetto di presentare questo quadro preliminare
perché è evidente che queste considerazioni, in qualche
maniera, incideranno sull' attività che svolgeremo nei
prossimi mesi.

Se non ci sono interventi preliminari di Consiglieri
ascolterei voi per provare ad inquadrare l' attività:
quello che si fa nelle strutture maggiormente
rappresentative del sistema regionale, dopodiché
facciamo qualche domanda o qualche intervento noi
consiglieri e proviamo ad arrivare ad una conclusione.

Ho registrato i partecipanti, non so se vogliono parlare
secondo un ordine, farei iniziare il dottor Muto.

Paolo Muto (Direttore UOC Radioterapia IRCCS
Istituto Nazionale Tumori Fondazione G Pascale - NA):
Ho preso servizio nell' ottobre 2010 e il primo ottobre
2015 è scaduto il mio primo mandato quinquennale.
L' Amministrazione è ancora latitante sul rinnovo,
probabilmente non ho lavorato bene perché ho solo
aumentato da 350 a 950 pazienti e quindi si aspettava
qualcosa in più, ma questa non è una nota polemica:

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
V Commissione Consiliare Permanente
(Sanità e Sicurezza Sociale)

Resoconto Integrato n.08

X Legislatura

08 ottobre 2015

siamo nella condizione che c'è tanto da lavorare, i rinnovi di carica, probabilmente, avranno il loro tempo.

PRESIDENTE:

Approfitto di questo inciso per trasferire una valutazione che la Commissione sta facendo e che ha trasferito al Presidente della Regione e poi al Commissario, che la prossima settimana dovrebbe essere nominato. Siamo in una particolare ed imbarazzante situazione, a parte il rinnovo che di per sé è un atto di gestione che il direttore o il commissario potrebbero fare, ma siamo al paradosso. Ad esempio, non riesco a parlare da un mese con un medico di qualità perché sempre impegnato in congressi, attività, lavori, etc.: è un FF dell'ospedale Cardarelli. In altre Regioni professionisti di tale spessore sono direttori di struttura. L'urologo del Cardarelli è uno scienziato ed è un FF mentre invece abbiamo paradossalmente situazioni da altre parti di persone che hanno minore casistica, minore esperienza ma a cui sono stati attribuite maggiori responsabilità. Auspichiamo un intervento della Giunta regionale almeno per essere tempestivi nei rinnovi.

Paolo Muto (Direttore UOC Radioterapia IRCCS Istituto Nazionale Tumori Fondazione G Pascale - NA): Ho preso qualche appunto che mi sono premurato di far pervenire in Commissione perché bisogna affrontare il problema della radioterapia in una maniera un po' più seria di com'è accaduto finora, IL "problema" radioterapia prende spunto da un articolo di una lettera al direttore de Il Mattino, pubblicata il 9 agosto, in cui si faceva un quadro globale della radioterapia campana laddove si poteva migliorare, non discorso d'interazione ed integrazione sul territorio di tutto quello che c'è in programmazione.

Prendendo spunto da questo facevo un paragone di come il servizio radioterapico della Regione Lombardia sicuramente offre meglio e di più perché con circa 10 milioni di abitanti esistono 34 centri di radioterapia, non sistema d'integrazione pubblico privato in cui 18 sono pubblici e 16 sono accreditati e sono presenti in Lombardia 75 acceleratori lineari, quindi un rapporto di 7,5 acceleratori per un milione di abitanti. In Campania

con 5,8 milioni di abitanti abbiamo 16 centri di radioterapia, 7 pubblici, 8 accreditati, 1 privato, con un totale di 27 acceleratori lineari e quindi un rapporto di 4,7 acceleratori per un milione di abitanti, quindi al nord, in Lombardia, 7,5, in Campania 4,7. E' evidente che la potenzialità di accoglienza di una Regione del nord è di gran lunga migliore rispetto alla Campania, le loro liste di attesa sono più brevi delle nostre e quindi con facilità possono accogliere anche pazienti fuori Regione, senza dimenticare che da noi, per carenza di personale, le radioterapie pubbliche funzionano fino alle ore 15:00, non per volontà dei direttori. In Lombardia, in questo sistema pubblico privato, esiste l'H12, anche con prolungamento al sabato, perché la radioterapia è una cultura tutta inglese quella che si fa dal lunedì al venerdì, perché esiste il week end, ma non sta scritto da nessuna parte che se s'irradiasse il paziente il sabato e anche la domenica, potremmo avere risultati ancora migliori.

È necessario in questa sede parlare di programmazione sul territorio per recuperare il tempo perso nel passato e guardare al futuro con fiducia, se verranno applicate regole comuni che vengono rispettate da tutti nell'interesse della cosa pubblica.

Appropriatezza. È questo un termine che in questi giorni sta ricorrendo troppo spesso negli ambulatori ospedalieri e nelle Aule del Parlamento, nessuna radioterapia viene fatta impropriamente se non per necessità, indicazione e speranza di un risultato che possa alleviare una sintomatologia o essere curativa da sola o in integrazione alla chirurgia o alla chemioterapia per la cura di un cancro.

Nella vostra documentazione troverete un esempio di un paziente trattato a Milano in un centro accreditato, questo paziente, nel 2004, è stato trattato per 10 metastasi ossee, in punti diversi, con tecnica cyberknife, dopodiché è stato trattato anche sulla prostrata per altre 4 sedute sempre con questa tecnica particolare.

Due appunti sull'appropriatezza del trattamento. Avrebbe potuto fare una radioterapia con acceleratore lineare con lo stesso ed identico risultato, c'è solo una piccola differenza: questo paziente era oro per la Lombardia, ogni singola seduta è costata alla Regione

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
V Commissione Consiliare Permanente
(Sanità e Sicurezza Sociale)

Resoconto Integrato n.08

X Legislatura

08 ottobre 2015

Campania 14 mila euro, questo paziente per il trattamento è costato 200 mila euro.

Ho cancellato opportunamente: nome, cognome, indirizzo e riferimenti del paziente, ma sono disposto a presentare qualsiasi documentazione.

Questo deve far riflettere perché il cyberknife lo abbiamo in Campania da più di 3 anni al Pascale, abbiamo trattato quasi mille pazienti, abbiamo accumulato l'esperienza idonea per trattare questi pazienti e le altre radioterapie della Regione hanno la possibilità d'inviare il paziente al Pascale senza nessuna possibilità o senza nessun timore di perdere il paziente perché questo deve essere un concetto nel quale dobbiamo portare avanti un discorso comune di rete oncologica radioterapica.

Tutto ciò lo dico perché in quest'Aula l'istituzione di un tavolo di lavoro si possa concretizzare per andare avanti in un momento di crisi, perché i soldi non ce ne sono tanti mi sembra di capire e lei, signor Presidente, mi sembra lo abbia sottolineato in apertura, c'è stata qualche polemica, allora mi sono preso la briga di fare uno schema sulle radioterapie campane, pubbliche e private accreditate. Qualcuno in Regione mi ha detto che i pazienti attesi di radioterapia in Campania sono 16 mila, cioè sono 16 mila i pazienti che ogni anno avrebbero bisogno di radioterapia. Questi sono dati che abbiamo ricavato, insieme ai colleghi, dal sito societario nostro: www.radioterapiaitalia.it, è il sito ufficiale della nostra società scientifica.

Nel 2014 sono stati trattati dal pubblico 3 mila 581 pazienti, sono quelli cerchiati al secondo paragrafo, l'accreditato ne ha fatti 5 mila 494.

Quello che voglio mettere in evidenza è alla fine del terzo paragrafo, laddove ci è stato chiesto:

quanti pazienti nelle strutture pubbliche avete trattato negli ultimi cinque anni? Sono stati trattati 17 mila 233 pazienti, cioè in cinque anni abbiamo coperto quello che in un anno la Campania avrebbe bisogno di pazienti di radioterapia, questo ci deve far riflettere sul fatto che abbiamo bisogno delle strutture accreditate, come ne ha bisogno la Lombardia, ma ci devono essere delle regole comuni, cioè che la mammella quando s'irradia venga trattata in maniera uguale a Benevento, a Salerno, ad Avellino, a Napoli, nella struttura accreditata e il

rimborso sia uguale per tutti non che ci sia una disparità di trattamento a come si compone l'impegnativa del medico curante perché queste sono altre situazioni che vanno in un altro campo che non è di quest'Aula, però quest'Aula può, a mio giudizio, dettare le regole o far trasmettere le regole a chi le deve osservare perché disgraziatamente c'è spazio per tutti.

L'oncologico ha bisogno di radioterapia, la radioterapia serve nel 70 per cento dei casi di tutti i tumori, da sola, in integrazione alla radioterapia o alla chirurgia, quindi questo è un momento di grande riflessione. Questo schema in quel quadro violetto, mette in evidenza quali sono i centri accreditati che attualmente lavorano, quali sono quelli privati non convenzionati, quali sono quelli fermi da più di un anno che non si sa che cosa faranno e che poi magari, improvvisamente, escono fuori che hanno l'accreditamento, possono lavorare, allora, se uno si ferma per due anni, tre anni, quattro anni, la patente è sempre valida? C'è un centro che non figura proprio sul nostro sito societario, è anonimo, non sappiamo chi è, però sappiamo che lavora, allora questo non è un atto di denuncia, è un atto doveroso, da parte di questa Regione che deve controllare perché tutti possano lavorare alla stessa maniera, con la stessa dignità, è rappresentante il professore Pacelli qui di una scuola di specializzazione in radioterapia dove escono fuori ogni anno 4 specialisti in radioterapia che possono e devono e devono trovare occupazione nel pubblico o nel privato accreditato. Il privato accreditato deve tenere il suo personale a tempo pieno, non si può stare in due, la legge questo lo dice.

PRESIDENTE:

Il dato 2014 riferito al pubblico è quello cerchiato con il rosso 3 mila 581 pazienti; 5 mila 494 è quello per i pazienti accreditati, siamo intorno a 9 mila, se l'attesa è 16 mila, questi 6 mila dove finiscono?

Paolo Muto (Direttore UOC Radioterapia IRCCS Istituto Nazionale Tumori Fondazione G Pascale - NA):
Manca un cerchio. Non dobbiamo fare la guerra al nostro vicino che ci può essere utile, dobbiamo recuperare quel paziente che è andato a Milano, che ci

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
V Commissione Consiliare Permanente
(Sanità e Sicurezza Sociale)

Resoconto Integrato n.08

X Legislatura

08 ottobre 2015

ha fatto spendere 200 mila euro perché verrà fuori dalle nostre tasche affinché possa rimanere in Campania.

PRESIDENTE:

Solo per dovere di precisione, perché ormai siamo dei maniaci delle carte e dei dati, ma siamo in grado di dare un numero anche a questi pazienti trattati nel sistema sanitario nazionale, quello non campano? L'anno scorso erano circa 400 milioni compensati per i trattamenti di pazienti, di cittadini fuori Regione.

Paolo Muto (Direttore UOC Radioterapia IRCCS Istituto Nazionale Tumori Fondazione G Pascale - NA):
I 6 mila che mancano all'appello hanno due possibilità.

PRESIDENTE:

O non si curano o vanno fuori.

Paolo Muto (Direttore UOC Radioterapia IRCCS Istituto Nazionale Tumori Fondazione G Pascale - NA):
Se non si curano è ancora peggio, perché ricadranno nella malattia e ci vedranno impegnati in una fase più avanzata di ricaduta, laddove sarà fatta la chemioterapia di prima, seconda, terza, quarta linea, magari quella chemioterapia sarà somministrata una settimana prima di finire.

PRESIDENTE (Topo): Dobbiamo acquisire questo dato, ovviamente qua c'è anche l'imbarazzante situazione di trattamenti che per esempio sono preclusi ad una certa data per ragioni di budget in Campania mentre ne puoi usufruire fuori e ti compensano. Parlerei anche di un'altra anomalia che mi è stata segnalata: se le nostre strutture vogliono trattare pazienti di altre Regioni per i quali ci sarebbe compensazione, questo percorso è precluso.

Paolo Muto (Direttore UOC Radioterapia IRCCS Istituto Nazionale Tumori Fondazione G Pascale - NA):
Accetto pazienti che sono venuti dalla Sardegna, dalla Puglia, dalla Sicilia.

PRESIDENTE:

Nella struttura pubblica non c'è il tetto, ma in quella accreditata sì.

Paolo Muto (Direttore UOC Radioterapia IRCCS Istituto Nazionale Tumori Fondazione G Pascale - NA):
Mi permetto di dire che siamo qui volutamente, come rappresentanti del pubblico e mi preme sottolineare un aspetto: non è stato convocato un FF, ma che non è nemmeno FF quello dell'Ascalesi perché vogliamo che queste situazioni non s'incancreniscano, cioè non è che uno che entra come FF poi diventa a vita primario, io al Pascale sono andato da concorso pubblico essendo già primario dell'Ascalesi e c'ho messo la faccia, c'erano quasi gran parte dei presenti come miei concorrenti, quindi in questo ci troviamo in linea.

PRESIDENTE:

Per la direzione di strutture importanti, come quelle che sono al Pascale, al Cardarelli o in altri ospedali, dobbiamo far svolgere i concorsi, altrimenti rischiamo di avere personalità di un certo livello con una funzione transitoria, professionalmente umiliante, anche a cospetto di colleghi di altre Regioni che invece sono inquadrati nel giusto ruolo.

Il dato dei pazienti che non si curano non lo abbiamo?

Paolo Muto (Direttore UOC Radioterapia IRCCS Istituto Nazionale Tumori Fondazione G Pascale - NA):
Si può avere.

PRESIDENTE:

Abbiamo convocato l'Arsan, mi hanno chiamato dicendo che oggi non erano disponibili, domani mattina dovrebbe venire un funzionario per fornirci questi dati.

Paolo Muto (Direttore UOC Radioterapia IRCCS Istituto Nazionale Tumori Fondazione G Pascale - NA):
Nel primo capitolo ho messo "Ospedale del Mare" è pieno di zeri, però sono riempite le due caselle in cui già sono stati acquisiti gli acceleratori lineari, è stata acquisita una brachiterapia, una Tac, il piano di trattamento, vogliamo programmazione e vorremmo essere coinvolti perché non vorremmo che quest'Ospedale del Mare diventi l'Ospedale del

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
V Commissione Consiliare Permanente
(Sanità e Sicurezza Sociale)

Resoconto Integrato n.08

X Legislatura

08 ottobre 2015

Vesuvio sotto al Vesuvio con una lava che entra dentro e atterra tutto, se non c'è programmazione, se non si colloquia, non si va da nessuna parte.

Entro il 31 dicembre bisogna girare la chiave altrimenti sono soldi che perdiamo della Comunità Europea, sono stati acquisiti quei due e altri quattro che sono: Salerno, Benevento, Avellino e Federico II.

Torniamo al problema dell'emigrazione. Mi permetto di stressarlo perché purtroppo non si conosce per ignoranza, ci sono problematiche che sono state trascurate.

Per esempio, un paziente che va in Piemonte, fa la terapia nel Piemonte e nel pubblico, al 31 dicembre, quella compensazione viene fatta domani mattina, il giorno dopo, questo non credo sia giusto. D'altronde, istituzioni come l'Istituto Europeo di Oncologia a Milano, sono privati, le impegnative dell'Istituto Europeo vengono presentate alla Milano 1 come la Mediterranea le presenta alla Napoli 1, identico e preciso per cui, alla fine del mese si preme il bottoncino: quanti pazienti sono stati trattati in radioterapia? La Milano 1 paga l'Istituto Europeo e paga indipendentemente se il paziente è di Milano, di Torino, di Venezia o di Napoli.

PRESIDENTE:

Tra le polemiche che sono state sollevate in questo scorcio di anno, in particolare per l'esaurimento di cosiddetti tetti di spesa, ce n'è stata una in particolare che si riferisce alla modalità con la quale si sviluppa questo trattamento radioterapico.

C'è una tariffa per questo tipo di trattamento che è un po' datata e che sostanzialmente classificava questo trattamento come un trattamento che si effettuava in una certa maniera, con una sola schermatura che valeva, se non ricordo male, 74-76 euro. Dopodiché, siccome la scienza aiuta e fa evolvere anche i trattamenti con la realizzazione degli strumenti diagnostici più evoluti, c'è stata una modifica dei trattamenti che hanno, originato un alto costo. Siamo stati più volte sollecitati, anche sul costo da definire per un trattamento fatto con acceleratori di nuova generazione etc., in alcune A.S.L., in una in particolare e si è arrivati alla paradossale situazione di fare 260 o 360, ma mi hanno anche

riferito che in questo caso la tariffa era stabilita semplicemente con la moltiplicazione ovvero "74 per", quindi si è arrivati a cifre insostenibili per il sistema pubblico e questo ha determinato questo blocco, dopodiché siamo anche arrivati alla paradossale situazione che per un cittadino che si va a trattare non c'è budget, ma se costa 27 mila euro un trattamento è evidente che si esaurisce.

Volevo cercare di capire, per avere elementi, per orientare la nostra attività: un trattamento fatto con un acceleratore di nuova generazione più o meno quanto costa e come si regolano le altre Regioni?

Paolo Muto (Direttore UOC Radioterapia IRCCS Istituto Nazionale Tumori Fondazione G Pascale - NA): Lei ha centrato il problema. In Italia abbiamo un centro che sta a Pavia, che è il nostro fiore all'occhiello, il Centro di Adroterapia del Cnao, direttore il professor Roberto Recchia di cui mi onoro essere amico, è un trattamento molto sofisticato, è stato fatto un investimento con i soldi suoi e miei, perché è dello Stato la gran parte della partecipazione, di circa 200 milioni di euro per costruire questo centro, un trattamento che è il più complicato di questo mondo, costa 24 mila 900 euro, le sembra mai possibile che un trattamento con acceleratore debba costare 27 mila euro? Non credo.

Il trattamento più complicato in Lombardia, con acceleratore lineare, costa 14 mila euro.

Sulla modalità di iperfatturare un trattamento non posso entrare in merito, perché lavoro nel pubblico e qui abbiamo condiviso, con i colleghi del pubblico, la modalità di trattamento per un cancro di prostrata, tra le sei e le otto schermature è quello che è corretto mettere in bilancio, per cui alla fine, con tutti gli artifici che si possono comporre, un'impegnativa del medico curante, alla fine può venire 10 mila o 11 mila o 12 mila euro, che è quello equo per un trattamento. D'altronde da 3 anni lavoro con il cyberknife, il cyberknife non c'è nel nomenclatore del 1996. Faccio una prescrizione di radioterapia con trattamento stereotassico, la prima seduta e tutto quello che sta vicino 3 mila 500 euro, le sedute successive alla prima mille 500 euro, un cyberknife al massimo fa 5 sedute. Questo è quello che

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
V Commissione Consiliare Permanente
(Sanità e Sicurezza Sociale)

Resoconto Integrato n.08

X Legislatura

08 ottobre 2015

è corretto a mio giudizio, ne possiamo parlare, il tavolo è rotondo, è rettangolare, come vogliamo, ma non possiamo, nella maniera più assoluta, arrivare a cifre blu perché bisogna capire che questa Regione è commissariata e il Commissario non può cambiare una virgola nel tariffario, nel nomenclatore, possiamo parlare fino al 2016.

PRESIDENTE:

Se anche non fosse commissariato il tema del costo di questi trattamenti andrebbe definito con un protocollo aggiuntivo al tariffario così come avviene nelle altre Regioni perché le cifre che mi erano state comunicate nelle altre Regioni più o meno somigliano a quelle che lei sta dicendo, purtroppo la struttura ha registrato queste anomalie solo qualche mese fa, un po' prima che succedessero questi inconvenienti.

Le altre Regioni mi dicono che definiscono dei pacchetti per il trattamento dei singoli.

Paolo Muto (Direttore UOC Radioterapia IRCCS Istituto Nazionale Tumori Fondazione G Pascale - NA):
Alcune Regioni lo fanno.

Abbiamo ricevuto tutti una circolare del Subcommissario Morlacco a giugno dicendo: "Lavorate di più come struttura pubblica".

Caro Presidente con 8 tecnici e 4 macchine alle 3:00 li devo mandare per forza a casa, perché lo straordinario si fa una volta ogni tanto, non può diventare ordinario fino alle 5:00 o alle 6:00.

Cesare Giuda (Direttore UOC Radioterapia A.O. Moscati - AV):

Giusto due precisazioni rispetto a quello che diceva il dottor Muto, in particolare volevo stressare il concetto delle schermature, il pagamento di 80 euro a schermatura nasce dal fatto che una volta le schermature erano fatte manualmente, si spendeva tempo e denaro per fare gli schermi di piombo, ora abbiamo tutti gli acceleratori abbastanza moderni, parlo di quelli del 2000 e non del 2015, hanno una cosa che si chiama Multilife che gli schermi li fa in automatico, quindi quando ruotano intorno al tumore, se ogni grado conta il movimento (...) fai una sagoma; le sagome

potrebbero essere: 360, 3 mila 600 o 36 mila ma non cambierebbe sostanzialmente la qualità del trattamento. La seconda cosa che a me balza agli occhi un po' con dolore perché io lavoro nel pubblico: i nostri numeri sono inferiori a quelli del privato, a parità o a numeri simili di personale o di apparecchiature, ma le regole andrebbero condivise, abbiamo gli Equidairo sulla garanzia della qualità, se fai un trattamento con determinate apparecchiature e determinate tecniche devi avere un determinato numero di personale. Per ogni tecnico, immagino 50 pazienti se fanno Vumat, sto dando i numeri a lotto, ma i numeri non collimano con quelli che leggiamo, sono numeri, è matematica. Sappiamo quali sono i carichi di lavoro.

PRESIDENTE:

Ma non c'è la Com?

Cesare Giuda (Direttore UOC Radioterapia A.O. Moscati - AV):

La Com non ha niente a che vedere con linee guida anche perché la Com non tiene presente il tipo di trattamento.

Un trattamento velocissimo e di alta qualità come la Vumat che ci mette 8 minuti per essere eseguita, richiede, però, un tempo lavoro medico di 4 ore, un tempo lavoro fisico di 3 ore, richiede 3 tecnici per turno all'acceleratore perché richiede una serie di cose di alta precisione.

PRESIDENTE:

Se guardiamo i trattamenti ed il personale in organico nelle strutture non ci possiamo trovare?

Cesare Giuda (Direttore UOC Radioterapia A.O. Moscati - AV):

Non ci possiamo trovare perché ho fatto anche il consulente all'A.S.L. di Salerno dove c'è un problema simile di questo tipo, quindi c'è una grossa disparità. Alta qualità di trattamento vuol dire alta precisione e anche un alto impegno umano e professionale, impegno umano che richiedo per necessità anche nella mia struttura, come in quella dei colleghi.

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
V Commissione Consiliare Permanente
(Sanità e Sicurezza Sociale)

Resoconto Integrale n.08

X Legislatura

08 ottobre 2015

Abbiamo fortunatamente in arrivo questi nuovi acceleratori, il mio acceleratore è nuovo, è del 2008, questo mi permette di fare qualcosa in più, ma il mio personale rimane quello del 2007, quando ho iniziato, solo 4 tecnici e non possono, come Avellino, che non ha altre strutture radioterapiche vicino, dove nonostante i miei 400 pazienti trattati l'anno, in genere facciamo tecniche sofisticate e dovremmo fare 200 o 250, ma non è facile per i pazienti di Ariano, di Bisaccia e altri Paesi, accedere ad altre strutture. C'è un'attesa media di tre o quattro mesi e questo significa che qualche paziente rimane a casa perché dopo tre mesi un paziente oncologico è difficile che sia ancora nella possibilità di fare una radioterapia utile, quindi grazie perché finalmente arrivano le apparecchiature, teniamo presente che non bastano da sole, perché queste macchine non si muovono da sole.

PRESIDENTE:
Sentirei Pacelli.

Roberto Pacelli (Responsabile reparto Radioterapia Università Federico II) :
Condivido con il dottor Topo la prima esperienza di screening sul territorio della mammella a Giugliano, allora ero appena specializzato in oncologia e fu la prima volta che si faceva uno screening a Giugliano, lo facemmo sul territorio e fu un grande successo. I colleghi hanno già detto moltissimo, la situazione universitaria è ancora più peculiare, abbiamo da 3 anni una singola macchina che può fare solo un tipo di radioterapia che si chiama conformazionale, non può fare le tecniche evolute, quindi succede molte volte che ad un paziente che viene al Policlinico Universitario più grande del sud Italia devo dire: "Devi andare nell'altro centro che quasi sempre per i problemi della lista d'attesa è un centro convenzionato che ha una lista d'attesa inferiore".
Attualmente stiamo aspettando che arrivi questa macchina unica nel sud Italia, perché negli altri centri ha vinto la gara un'altra ditta, questa macchina è considerata il top per il trattamento con i raggi x e dovrebbe arrivare a dicembre, abbiamo problemi di personale, abbiamo problemi che la seconda macchina è

quasi in fin di vita perché è una macchina che ha già quasi più di 12 anni, quindi, chiaramente, questi sono i problemi che abbiamo, in più abbiamo il fatto che siamo anche un centro di riferimento sia per le cure fuori Campania, per cui ci arrivano anche le richieste delle A.S.L., molte volte per l'appropriatezza di alcuni trattamenti, e siamo un centro di riferimento come Scuola di Specializzazione di Radioterapia, per cui vengono i giovani, avremmo bisogno di una maggiore tecnologia.

PRESIDENTE:

Questi numeri sono riferiti al 2014, quindi con l'attuale dotazione anche di strumenti nuovi, l'anno prossimo sicuramente miglioreremo.

Ovviamente adottiamo il personale che abbiamo adesso oppure c'è bisogno di personale specialistico?

Roberto Pacelli (Responsabile reparto Radioterapia Università Federico II) :

Quando avevamo due acceleratori, con i contrattisti riuscivamo a fare tre turni e non quattro, cioè il pomeriggio non potevamo fare tutti e due i turni, ma uno solo, c'è un problema di personale.

Davide Di Gennaro (Direttore UOC Radioterapia Ruggi D'Aragona - SA):

Ricordo di essere stato convocato 10-15 anni fa, ero appena primario, su problematiche che riguardavano le liste di attesa che erano interminabili e morale della favola, all'epoca avevo due macchine, sono rimasto con due macchine. Parlo di pubblico, nei privati forse qualcun'altra è stata messa.

Abbiamo l'abitudine di lavorare nel pubblico, tenga presente che noi abbiamo 2 macchine, ma 4 bunker, uno è dedicato alla brachiterapia, adesso finalmente abbiamo chiuso una gara per sostituire la macchina che esisteva da 20 anni e rimane un bunker vuoto. Una c'era la cobaltoterapia, il bunker della cobalto potrebbe benissimo accogliere la brachiterapia e nel bunker nella brachiterapia potrebbe venire un terzo acceleratore.

(Intervento fuori microfono)

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
V Commissione Consiliare Permanente
(Sanità e Sicurezza Sociale)

Resoconto Integrale n.08

X Legislatura

08 ottobre 2015

Davide Di Gennaro (Direttore UOC Radioterapia Ruggi D'Aragona - SA):

Ne ho due, ma potremmo averne tranquillamente tre.

Nella radioterapie tutti pensano che quello che costa siano le macchine, ma le macchine almeno fanno qualcosa, il bunker è una spesa morta, lo potete utilizzare solamente come deposito di pellicole, di ferro vecchio o di legna da ardere a seconda dei casi. Non ha alcun utilizzo e costa l'ira di Dio un bunker di radioterapia.

Naturalmente ci stanno cambiando una macchina, è del 1992, quindi ha più di 20 anni d'età. Quasi si batteva un record di longevità radioterapica per questa macchina, ce la stanno aggiornando.

La Regione Campania ha fatto uno sforzo considerevole, ne parlavamo l'altra sera, insomma quattro acceleratori, più i due dell'ospedale del mare, sono sei acceleratori, ma acceleratori incredibili, acceleratori che danno potenzialità di prestazioni, veramente delle macchine fenomenali. Attualmente in Italia non ci sono macchine così, non parlo dell'Italia meridionale, ma anche della tanto celebrata Italia settentrionale. Le garantisco che sono acceleratori veramente fenomenali. Tutti questi verranno in Regione Campania, quindi tenerli fermi o utilizzarli solamente per un turno mattutino sarebbe una cosa cattiva.

La radioterapia è un'alta specialità, le macchine da sole non camminano oppure se camminano da sole camminano male. Per forza devono esserci delle persone che siano esperte, quindi persone che si confrontano con esperienze non soltanto italiane, ma internazionali.

Per poter utilizzare il cyberknife al Pascale, Paolo ha mandato delle persone in America per interfacciarsi con altro personale. Fortunatamente nella nostra disciplina c'è un'apertura mentale notevole, non è come altre discipline dove ci si nasconde e non si fa vedere quello che si fa. Ringraziando Dio si ha la possibilità di lavorare con dei colleghi in altri Paesi del mondo che fanno vedere tranquillamente. Basta accendere internet, si vedono delle presentazioni dove spiegano tutto passo dopo passo. Il radioterapista, per definizione, ha la cosiddetta open mind, ovvero deve essere aperto di

mente altrimenti si fanno dei guai seri, degli incidenti nucleari tremendi e si finisce su giornali e televisioni.

Avendo due acceleratori sto lavorando con la macchina residua sul doppio turno perché i tecnici con i quali lavoravo, al mattino con due macchine, mi servono per lavorare sul doppio turno.

Ho potuto fare 700 malati l'anno scorso perché siamo stati retribuiti con 88 mila euro per la cosiddetta Lup, la libera attività aziendale, nel 2015 non è stato più possibile.

Mi auguro che vengano fatti dei concorsi per assumere del personale specialistico nelle more che si possa ritornare ad utilizzare queste macchine per un tempo superiore a quello istituzionale con quest'istituto, utilizzando la Lup.

Ho un pallino, quello della radioterapia dei bambini, abbiamo iniziato 6 anni fa con la collega Roberta Migliorati, è la collega del Pausilipon la quale ha fatto dei lavori anche con Paolo Muto di radioterapia mediatica, la quale purtroppo è passata a miglior vita troppo presto.

Normalmente queste famiglie vanno sempre al nord, si devono curare in Campania. Lorella Cuccarini ci ha donato 135 mila euro, faremo un piccolo reparto con una sala per anestesia, una sola per risveglio e attrezziamo un giardino che era abbandonato, stava dietro la radioterapia, come sala occupazionale per far prendere confidenza a questi bambini.

Abbiamo un bunker, se fosse possibile attrezzare quel bunker con un acceleratore e dedicarlo vi garantisco che sarebbe sicuramente una grande cosa. Siamo in continuo contatto con i colleghi di Padova e Genova, sono venuti anche a vedere come lavoravamo prima di accreditarci presso queste società scientifiche. Onestamente penso che sarebbe un'ottima cosa per la Campania.

Teresa Pironti (Direttore UOC Radioterapia A.O. Rummo - BN):

Benevento ha usufruito di questo finanziamento, quindi avremo quest'acceleratore.

Abbiamo un solo bunker, quindi al momento siamo fermi. Per montare quest'acceleratore top di gamma che ci consentirà di fare molti tipi di trattamento di

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
V Commissione Consiliare Permanente
(Sanità e Sicurezza Sociale)

Resoconto Integrale n.08

X Legislatura

08 ottobre 2015

altissima qualità, pagheremo un fermo di mesi perché occorre il tempo per smontarlo, il tempo per rimontarlo e poi la dosimetria che è una cosa lunghissima. Il dottor Muto ne sa qualcosa, la sta facendo da molto tempo.

I pazienti, in questo momento, sono in gravissima crisi. Svolgo il ruolo di collettore verso i centri vicini presentando il caso clinico e parlando con i colleghi dei centri vicini, ma molti di loro mi dicono Campobasso ha la Cattolica, andiamo a Campobasso perché Benevento è dislocata geograficamente in modo da essere quasi equidistante da Napoli.

PRESIDENTE:

State smontando?

Teresa Pironti (Direttore UOC Radioterapia A.O.

Rummo - BN):

È smontato, stiamo facendo degli aggiusti al bunker per accogliere questo nuovo, bisogna fare un adeguamento della climatizzazione dell'impianto elettrico etc., monteremo e poi si dovrà fare la dosimetria.

Non si può stare con un solo acceleratore e un solo bunker in una radioterapia.

PRESIDENTE:

La macchina smontata di che periodo è?

Teresa Pironti (Direttore UOC Radioterapia A.O.

Rummo - BN):

La macchina smontata è vecchiotta, aveva 16 o 17 anni. Siamo fermi da circa 15 giorni, l'acceleratore nuovo ce lo portano il 3 novembre, quindi per il 3 novembre il bunker deve essere adeguato, poi dovranno montarla e prenderanno 45 giorni. Poi, c'è la dosimetria che fanno i fisici.

(Intervento fuori microfono)

Teresa Pironti (Direttore UOC Radioterapia A.O.

Rummo - BN):

Per l'inizio di una terapia abbiamo dei programmi, a seconda che sia una palliazione, un adiuvante etc., mediamente i tempi sono intorno al mese e mezzo (45 giorni).

(Intervento fuori microfono)

Teresa Pironti (Direttore UOC Radioterapia A.O. Rummo - BN):

Per i trattamenti che vanno programmati insieme alle chemio e insieme ai chirurghi che li devono operare facciamo dei percorsi interni, abbiamo dei gruppi interdisciplinari, quindi li prendiamo prima e li seguiamo prima.

I pazienti esterni sono penalizzati, se devono fare palliazioni i tempi sono più brevi e li anticipiamo, ma per le terapie normali e adiuvanti abbiamo circa 2 mesi di attesa per l'inizio della radioterapia.

Sono assolutamente d'accordo con il dottor Guida che ha parlato delle schermature, penso che tutto questo tariffario sia obsoleto, è studiato su un vecchio modello di radioterapia e non è adeguato. Intanto non c'è il cyberknife, non c'è una differenziazione per quello che ci vuole per fare un trattamento di stereotassi. È obsoleto il tariffario, non è quello il modo di concepirlo.

PRESIDENTE:

A parte il pacchetto che è una modalità per semplificare e per arrivare ad un costo più o meno corrispondente a quello che sostiene un'azienda, anche privata, per un trattamento del genere, di solito la tariffa si compone di un costo che è il costo dell'investimento del struttura e il costo del personale, è un calcolo matematico, è un algoritmo.

Teresa Pironti (Direttore UOC Radioterapia A.O.

Rummo - BN):

È obsoleto il fatto che sia a discrezione di chi lo compila.

PRESIDENTE:

Il dottor Muto diceva: "Dobbiamo sapere quanto costa al Pascale". Il trattamento deve avere lo stesso costo ovunque.

Teresa Pironti (Direttore UOC Radioterapia A.O.

Rummo - BN):

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
V Commissione Consiliare Permanente
(Sanità e Sicurezza Sociale)

Resoconto Integrato n.08

X Legislatura

08 ottobre 2015

Si continua a pagare sul numero di sedute. Oggi non si va avanti, è acclarato che per una terapia antalgica basta un solo flash.

PRESIDENTE:

È un po' come i reattivi della Pec che prima costavano 10, ora costano molto meno e con la tariffa siamo ancora a 1100, dovrebbe essere molto inferiore.

La tariffa si dovrebbe aggiornare ogni 6 mesi. È un po' come se comprassimo i telefoni ogni 4 anni.

VOZZELLA, A.S.L. di Avellino:

Lei ha chiesto qual era il finanziamento dei quattro acceleratori lineari ed era collegato ad un finanziamento alle risorse Por 2007-2013 approvate con la delibera di Giunta regionale numero 591 del 1 dicembre 2014. E' stato approvato il finanziamento per quattro acceleratori.

PRESIDENTE :

Benevento deve avere un acceleratore nuovo, se serve un'altra macchina bisogna programmarlo.

Emilia Anna Vozzella (ASL- AV responsabile UO Igiene Ospedaliera):

Questi quattro erano previsti nei 7 punti di offerta pubblici, già attivi della Regione Campania. Tutto questo è stato disciplinato in un decreto commissariale del 27 maggio 2015, il numero 50, in questo decreto commissariale è stata contemplata la determinazione del fabbisogno nella Regione Campania in base ai punti di accesso per le radioterapie e i numeri di impianto previsti, questo anche alla luce dell'accreditamento che c'è stato di recente delle strutture private.

Per il territorio di Avellino e Benevento hanno fatto un'unica macroarea con una popolazione di 713 mila 415 abitanti e il fabbisogno l'hanno classificato come quattro strutture di cui 2 sono già esistenti, sono quelle pubbliche.

(Intervento fuori microfono)

Emilia Anna Vozzella (ASL- AV responsabile UO Igiene Ospedaliera):

Sto leggendo il decreto 50, non parla di macchine, parla di punti di accreditamento.

(Intervento fuori microfono)

Emilia Anna Vozzella (ASL- AV responsabile UO Igiene Ospedaliera):

Tempo fa fu fatta una proposta valutativa per l'ospedale di Ariano. La popolazione che afferisce al nostro territorio, soprattutto quelli dell'area dell'Alta Irpinia, quando hanno bisogno di fare contemporaneamente chemioterapia e radioterapia, hanno una lista d'attesa molto lunga, di tre o quattro mesi, per cui devono andare fuori. La maggior parte della popolazione dell'Alta Irpinia va fuori a fare chemioterapia.

Uno studio di fattibilità è stato redatto al presidio ospedaliero di Ariano, grazie anche alla lungimiranza di alcuni direttori generali, fu già valutata la possibilità di poter fare un piano dell'ospedale senza creare dei problemi. Anche nella determinazione del fabbisogno, visto che si deve fare una rete, se era possibile poter valutare questa possibilità di una struttura pubblica che abbraccia un territorio molto ampio.

Flora Beneduce (Gruppo F.I.):

Ben vengano questi incontri, ringrazio il Presidente Topo, la Commissione e ovviamente voi che siete gli esperti. Stiamo parlando di attrezzature e di macchinari, sappiamo che in Regione Campania sono 28 gli acceleratori lineari, ma sono tutti obsoleti, solo 8 penso che siano di più recente costruzione. Ovviamente c'è da valutare il nuovo tariffario, la nomenclatura per le nuove tecniche che si sono andate a sviluppare. Il dottor Muto parlava di questa tecnica robotica che è la più recente, che lui già applica.

Va bene tutto questo, ho sentito dire che ci sono queste attrezzature in Regione, in alcune Province come Salerno, Avellino etc., ma non vedo la presenza dell'A.S.L. Napoli 3 che ne è assolutamente priva, con un milione di utenti, non pare ci sia nell'ospedale la presenza di nessun acceleratore lineare, per cui i pazienti non possono sottoporsi a radioterapia. È una vergogna.

Siamo tutti quanti dalla parte degli utenti, penso che dobbiamo dare delle risposte concrete. È vero che

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
V Commissione Consiliare Permanente
(Sanità e Sicurezza Sociale)

Resoconto Integrato n.08

X Legislatura

08 ottobre 2015

abbiamo attraversato una fase molto critica che riguarda il rientro della spesa, però finalmente è finita. Una volta tanto pensiamo non più a ridurre gli sprechi che si fanno, ma di stare dalla parte dei pazienti. Il 60 per cento di questi pazienti sono affetti da patologia oncologica, purtroppo devono essere sottoposti a radioterapia.

In Campania ce ne sono tanti, in Italia – ho letto – ci sono 360 mila nuovi casi all'anno di tumore, ma in Campania pare che la percentuale sia più alta.

Dobbiamo porre particolare attenzione a questo trattamento. Dobbiamo lanciare una sfida, caro collega Topo, per la Regione Campania, dobbiamo essere un passo più avanti.

Facciamo in modo tutti quanti insieme di attivare queste breast unit. Dobbiamo darci forza l'uno con l'altro, dobbiamo attivarle. Penso che in questo caso bisogna creare una rete multidisciplinare formata dall'oncologo e dal chirurgo, al centro ci deve essere il paziente che deve essere sottoposto a chemioterapia e a radioterapia nello stesso istituto, non può migrare da una zona all'altra. A questi pazienti, che già hanno un fardello sulle spalle, non possiamo più consentire che vadano fuori Regione Campania; oltre a tutti i costi che devono sostenere le famiglie sia per il paziente sia per tutto il corredo della famiglia.

Alfoso Longobardi (Gruppo De Luca Presidente in Rete):

Complimenti per l'incontro, mi complimento con il Presidente che ha organizzato un incontro su di una tematica così delicata.

Entro subito nel merito di una problematica di tipo gestionale. Da manager mi sono occupato anche di sanità e volevo analizzare questi aspetti.

Premetto che il paziente è unico, a prescindere se si curi presso una struttura pubblica o privata, dobbiamo ragionare in maniera omogenea, quindi tenendo il paziente al centro di ogni eventuale ragionamento.

Volevo rappresentare in primis, per quanto riguarda la tematica in ambito pubblico. Credo che il primo lavoro da fare sia di verificare quali sono i numeri concreti che riguardano la mobilità passiva, cioè tutti quei pazienti che vanno al di fuori della nostra Regione, fare uno

studio approfondito e cercare di capire da quelle risorse quante se ne possono attingere e cosa e quante metterne a frutto di strutture pubbliche all'interno della Regione Campania e creare rete.

Il secondo aspetto riguarda il settore privato accreditato, parliamo sempre di malato oncologico. Per l'altro problema che è stato affrontato, riguardo le schermature, credo che il problema debba essere affrontato per quanto riguarda, non so se esista oggi un percorso diagnostico terapeutico assistenziale legato a questa nuova modalità di cura del paziente oncologico con queste nuove tecnologie.

Metto sul tavolo l'esperienza fatta per altre patologie croniche, esistono dei percorsi. Propongo, dietro correzione del Presidente, di poter realizzare un tavolo tecnico con le associazioni degli specialisti oncologi, il mondo dell'associazionismo legato ai pazienti che certamente devono essere ascoltati e tutti gli operatori che sono coinvolti nell'attività assistenziale. Individuare tempi, prestazioni, costi e numero di prestazioni da ripetere. Se ci sono delle schermature non sappiamo se tecnicamente sia il caso di ripetere una, dieci o cento volte, questo lo devono stabilire gli esperti in materia e da lì non fare un budget ragionieristico, ma il budget va fatto sul percorso da costruire perché o si sceglie di curarli o di non curarli, ovviamente la prima è quella per cui dobbiamo battere i pugni e quindi insistere.

La proposta è di costituire, con le associazioni, un percorso diagnostico terapeutico per quanto riguarda le modalità, individuare la mobilità passiva e riprogrammare attribuendo alla rete della cura del paziente oncologico maggiore dignità e forza.

Penso che la Commissione possa farsi carico di questo.

Carlo Ianace (Gruppo De Luca Presidente in Rete):

Ringrazio il Presidente per questa bellissima audizione, in questo modo il risultato si può ottenere.

Il paziente è cambiato moltissimo, nel corso di 10 anni è completamente cambiato innanzitutto perché è molto più esigente, capisce e vuole essere curato; se per un tumore del retto qualche anno fa si faceva l'intervento adesso si fa la radioterapia. Vanno cambiate completamente le strategie.

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
V Commissione Consiliare Permanente
(Sanità e Sicurezza Sociale)

Resoconto Integrato n.08

X Legislatura

08 ottobre 2015

Bisogna iniziare a capire quali sono le situazioni e soprattutto se ci sono ospedali dove la cura del paziente viene fatta in maniera adeguata e costante.

L'altro giorno ho parlato con Sabino De Placido, mi diceva che in Campania ci si ammala con la stessa incidenza delle altre parti, l'incidenza è molto più raccontata che reale, l'unico problema è che in Campania si muore di più perché non abbiamo la standardizzazione delle cure nei vari ospedali. È una cosa che dovrebbe essere considerata.

Come politica bisogna iniziare ad intervenire anche su questo tipo di interventi. Quando l'intervento va utilizzato, quando c'è il paziente in caso avanzato, quando non è necessario la cura per cui bisogna dire che magari bisogna fare trattamenti adiuvanti ed un buon trattamento adiuvante potrebbe essere meglio.

La terapia del paziente è cambiata molto, anche dal punto di vista palliativo, hanno aumentato la capacità di supportazione del paziente in questi tipi di trattamenti.

Valeria Ciarambino (Gruppo M5S):

Di recente ho letto una nota dell'Aspat che è girata molto anche sulla stampa e personalmente mi ha allarmata, cioè il fatto che nella mancanza di revisione dei Lea e visto il piano di rientro, quindi mancato adeguamento del piano tariffario che risale al 1996, ad oggi stiamo attuando delle radioterapie secondo delle tecniche diagnostiche obsolete – secondo quanto dichiara l'Aspat – non abbiamo attuato quella che è la terapia stereotassica multi slide.

(Intervento fuori microfono)

Valeria Ciarambino (Gruppo M5S):

Dichiarano che i pazienti oncologici potrebbero giovare della terapia stereotassica multi slide.

(Intervento fuori microfono)

Valeria Ciarambino (Gruppo M5S):

Da politico, non da tecnico, chiedo conto a voi perché quanto è scritto sembrava grave. Dichiarano che esistono queste tecniche estremamente moderne e molto più efficaci e addirittura il protocollo radioterapico che si attua oggi con le strumentazioni che oggi si è in

grado di utilizzare, sono persino dannose secondo la letteratura scientifica e internazionale.

Da quanto viene riportato dalla stampa rispetto alle loro dichiarazioni, staremmo erogando delle prestazioni pagate dal sistema sanitario, persino dannose per i pazienti.

Volevo capire se questo era vero, se fosse vero lo troverei scandaloso e credo si debba intervenire in questo senso.

Paolo Muto (Direttore UOC Radioterapia IRCCS Istituto Nazionale Tumori Fondazione G Pascale - NA):
La multi slide si riferisce ad una Tac, quindi diagnostica. Il documento, di per sé, dice una sciocchezza.

In Campania abbiamo il tariffario e il nomenclatore, il nomenclatore del 1996 e il tariffario rivisto nel 2013. Qualsiasi operatore in radioterapia, chiamasi medico o imprenditore, conosce le regole. Il documento è quello del 1996.

Vuoi fare un investimento? Vuoi comprare la macchina nuova? Ti adegui e fai la radioterapia.

Il Pascale ha comprato tre acceleratori con un fondo che il dottor Muto ci ha procurato, un Pon vinto di 14 milioni 400 mila euro investiti al Pascale. Compri il cyberknife, applichi la tecnica migliore, purtroppo vieni rimborsato con la tariffa del 2013.

Come ha detto la dottoressa, penso a curare i pazienti, non vado a vedere il budget se mi conviene o non mi conviene. Si sta facendo un grandissimo errore a pensare che la sanità sia un'industria dove si può guadagnare. Dobbiamo curare i pazienti e li dobbiamo curare al meglio.

Se il documento dell'Aspat vuole fare rivoluzione perché il Presidente della V Commissione possa intervenire su Assessore, su Commissario, su Presidente della Regione, per cambiare le tariffe con i pacchetti da questa sera a domani mattina, non andiamo d'accordo. Ci vuole programmazione. Siamo aperti a tutti, ma dobbiamo parlare.

L'Aspat è rappresentata da investitori, non ho visto il nome di un medico, gente che ha investito e vuole il ritorno.

In quest'ottica sono disposto a collaborare.

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
V Commissione Consiliare Permanente
(Sanità e Sicurezza Sociale)

Resoconto Integrato n.08

X Legislatura

08 ottobre 2015

PRESIDENTE:

Questa nota è nata dalla famosa vicenda della polemica che, se non ricordo male, riguarda la ASL Napoli 2. A seguito di questo sono andati in giro a raccontare i fatti. Ho parlato con il dottor Muto chiedendo un po' di informazioni.

I centri convenzionati con le A.S.L. navigano a vista perché non c'è una tariffa adeguata, definita sui nuovi trattamenti. Questo è un dato scontato.

Non significa che fai una schermatura e la moltiplichi per 360 perché viene 27 mila euro.

È una procedura inesistente.

Siccome Vasco ha scritto che ne avrebbe pagato una, dopo la polemica – diceva – ne paghiamo sette, ma non si riferiva ad un solo trattamento, bensì ne eroghi altri e arrivi ad un importo di 7-8 mila. Per evitare inconvenienti hanno fatto un incontro da Vasco ed hanno deciso di fronteggiare l'emergenza per evitare il blocco dell'assistenza recuperando la liquidità necessaria per arrivare fino a dicembre 2015 attraverso il ricalcolo delle prestazioni fatturate negli ultimi 2 anni, le emissioni di nota di debito da parte delle A.S.L. ed eventuali ratei di ammortamento a 10 anni per la restituzione delle presunte iperfatturazioni.

Tutte le radioterapie da effettuare da qui alla fine dell'anno saranno agganciate al nomenclatore 1996.

Ovviamente questi sono dati di parte perché sostengono la tesi di una parte.

Valeria Ciarambino (Gruppo M5S):

Apprezzo quanto lei ha detto, attiene ad un'assunzione di responsabilità anche individuale. Dal punto di vista gestionale e di programmazione – chiedo – è vero che stiamo erogando dei trattamenti che sono obsoleti e quindi dannosi semplicemente perché non adeguando la tariffazione non tutti sono in grado di fornire il trattamento migliore. Questa era la mia domanda.

PRESIDENTE:

Ringrazio per l'approfondimento che abbiamo provato a fare. Com'è stato ricordato dai colleghi stiamo cercando di fare focus sulle reti perché il modello generalmente è questo in una Regione di 6 milioni di

abitanti. Cerchiamo di capire com'è la situazione, come sono organizzati i centri pubblici, come funziona il sistema complementare e quali sono le distorsioni correggibili. Questa pare una distorsione evidente, ma secondo me è figlia di intenti di altro genere che dovrebbero essere fuori da questo tavolo. Siamo in un altro campo.

A parte questo si può correggere ancora tanto nell'attività che può sembrare normale e ordinaria, cioè programmare un bunker nuovo, se necessario mettere un'altra macchina per soddisfare il bisogno di un'area territoriale. Se si struttura una rete si stabilisce che Benevento e Avellino le contiamo insieme, 700 mila abitanti. In Lombardia per ogni milione di abitanti ci sono 7.5 acceleratori, noi siamo 4 o 5, ce ne sono 4 là, bastano, fai un altro bunker, in due anni lo finisci e andiamo a regime. Abbiamo delle macchine di nuova generazione che ci permettono di compensare quest'offerta debole che ha generato un po' di distorsione, per cui per i 6 mila pazienti mancanti non si capisce quanto sia fuga verso altre Regioni e quanto sia rinuncia al trattamento che è la cosa più grave in assoluto.

Ovviamente parliamo di una materia sensibile. Condivido quanto dice Iannace, con dati scientifici, da noi ci si ammala come nelle altre Regioni. C'è il Pascale, ci sono personalità di un livello scientifico che hanno conoscenze e dati superiori a quelli che vanno in televisione e fanno un po' di reclame, però è un dato oggettivo quello di dover garantire una migliore cura perché se ci si ammala nella stessa maniera forse c'è qualcosa di diverso sugli effetti dei trattamenti e questo deve indurre istituzioni e aziende a fare azioni coordinate per correggere.

Provarei a fare un tavolo di approfondimento per questa materia, capire come far partire quest'acceleratore. Bisogna cercare di verificare i dati per quello che avviene anche fuori Regione, bisogna fare un investimento anche in termini di risorse umane, il dato del cittadino che va fuori è molto importante, ovvero dovremmo investire dove ci sono lacune perché nelle altre branche, tutto sommato, il sistema pubblico o quello accreditato reggono la domanda.

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
V Commissione Consiliare Permanente
(Sanità e Sicurezza Sociale)

Resoconto Integrale n.08

X Legislatura

08 ottobre 2015

Provarei a capire cosa succede a Caserta, si è fanalino di coda anche quando non ci si impegna adeguatamente, approfondiamo con la SUN - non possiamo fare una Commissione -ma un ascolto diretto con la struttura del Policlinico. Aspettiamo la settimana prossima la nomina del commissario per fare un piano di lavoro che serva veramente per capire che liste abbiamo e anche che numeri facciamo con i nuovi acceleratori.

Ho visto il trend Pascale che è un trend notevole nell'ultimo quinquennio, non è un modo per fare un complimento al dr.Muto. I numeri sono una cosa importante in sanità, di solito peggioriamo, devo dire che questo nuovo investimento fatto dalla Regione ci permette di avvicinarci a numeri più alti, quindi a completare la nostra offerta; diventa anche un indicatore a dimostrazione che si fa un lavoro buono.

Sulle strutture private farò una verifica delle cose dette che registriamo. Se è vero che non ci ricordiamo tutto dobbiamo cercare anche di recepire i concetti essenziali: sul sistema di accreditamento in corso, sui centri che non operano. Esiste una legge di 8-9 anni fa che prevede la decadenza di una Commissione se è sospesa per 6 mesi. Non so com'è possibile tenerla sospesa di più. Questo lo vediamo separatamente e ci aggiorniamo.

Per quanto riguarda le informazioni trasmesse dal dottor Muto, faremo una comunicazione istituzionale.

(Intervento fuori microfono)

PRESIDENTE:

Penso che con il personale medico che abbiamo in Campania, e anche con questi investimenti che si stanno facendo, siamo in grado di dare un'offerta di qualità. Mi sembra opportuno segnalare che da un'altra parte ti fanno spendere 200 mila euro per una patologia che potevano curare con la nuova tecnica del cyberknife.

Darei un segnale perché un cittadino è stato costretto ad un pellegrinaggio, è andato molte volte, hanno fatto una cosa abbastanza grave, fermo restando l'utilità del trattamento.

(Intervento fuori microfono)

PRESIDENTE:

Dobbiamo far passare l'idea che in Campania ci si cura meglio, abbiamo acceleratori di nuova generazione, il paziente può aspettare un mese ma poi dobbiamo chiudere le liste. Dobbiamo istituire più borse di studi e, di conseguenza, più precari. Sono per la politica del precariato, meglio precari che a casa, in seguito si stabilizzeranno.

Se abbiamo fondi Cipe che spendiamo per cose di scarsa utilità, li mettiamo dove servono.

Facciamo un progetto per migliorare l'offerta nella radioterapia, formiamo ed utilizziamo 50 tecnici e abbiamo risolto: imparano e vediamo dove vanno a lavorare.

Farei un lavoro del genere, affermando l'idea che in Campania è meglio. Può darsi che in altre Regioni siano altrettanto coscienziosi nel fare trattamenti, però a noi serve per risparmiare, per far stare i cittadini a casa propria nella certezza che i nostri trattamenti sono all'altezza.

Se abbiamo 4.5 acceleratori per milione di abitanti, siamo messi meglio della Lombardia, è possibile che gli abitanti della Campania vadano là? Com'è possibile che abbiamo liste di attesa così lunghe?

Facciamo un finanziamento Cipe nel prossimo biennio, attrezziamo tutte le strutture pubbliche: è una strada.

Provarei a fare uno sforzo per far passare questo messaggio che credo sia rispondente alla realtà.

Aspettiamo la nomina del commissario per fare il punto della situazione, riflettendo sulle cose che ci siamo detti.

Si è svolta questa audizione anche per dare un segnale pubblico, registriamo e mandiamo gli atti all'assessorato, alla struttura. Se riterremo di dover approfondire ulteriormente, organizzeremo assieme al direttore di struttura e ad alcuni componenti della Commissione un tavolo; potremo procedere senza registrare, non c'è bisogno di seguire tutte queste formalità.

Ringrazio tutti gli intervenuti e vi auguro una buona serata.

La seduta è tolta.

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
V Commissione Consiliare Permanente
(Sanità e Sicurezza Sociale)

Resoconto Integrale n.08

X Legislatura

08 ottobre 2015

I lavori terminano alle ore 16,50