



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



# PROCLAMAZIONE DELLO STATO DI CRISI DEI CENTRI PRIVATI ACCREDITATI DI RADIOTERAPIA CAMPANI

## Radioterapia negata - Pubblico in overbooking e Privato con tetti di spesa esauriti

(seguirà su Il Mattino comunicazione ASPAT del 15/11/2015 "Lettera aperta" al Presidente On. Vincenzo De Luca).

1

### IL MINISTRO ALLA SALUTE - PREMESSA

Nel recente congresso politico tenutosi a Limatola (Bn) il Ministro On. Beatrice Lorenzin ha dichiarato che << tra le maggiori criticità del Servizio Sanitario Nazionale ci sono i tagli con l'accetta che hanno penalizzato soprattutto il Sud ed i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) che non si aggiornano da decenni con la conseguenza di non assicurare alla popolazione cure innovative>>



2

### LA RADIOTERAPIA IN REGIONE CAMPANIA

(da Resoconto integrale n. 09 della seduta di Audizione V Commissione Consiliare Permanente - Salute e Sicurezza Sociale R.C. dell'8 ottobre 2015 e relativo Comunicato-Stampa. Interventi : On. Raffaele Topo - Presidente Quinta CCP e Dr. Paolo Muto - Direttore UOC Radioterapia IRCCS - Istituto Nazionale Tumori - Fondazione Pascale.)

<< Le recenti notizie di stampa secondo cui il budget regionale per le prestazioni di radioterapia segna rosso è l'ennesimo campanello per la sanità regionale. Lo sfioramento dei tetti di spesa per le prestazioni "salvavita" di radioterapia, già a giugno in alcune ASL ed a settembre in altre, al di là dei numerosi e puntuali interventi di censura del sub-commissario Morlacco, nonché delle problematiche legate al nomenclatore tariffario regionale non più adeguato alle esigenze, è la cartina di tornasole che in questo settore, particolarmente delicato della sanità regionale, il modello Campania, oltre a presentare numerose criticità, è profondamente ingiusto dal momento che costringe ogni anno circa 1000 (mille) campani a pagarsi le prestazioni di radioterapia o a rinunciare con gravi conseguenze per la loro salute.>>

3

### STATO DELL'ARTE DELLA RADIOTERAPIA. I DATI RELATIVI ALLE PRESTAZIONI EROGATE

Dr. Paolo Muto:

<<Questi sono dati che abbiamo ricavato, insieme ai Colleghi, dal sito nostro [www.radioterapiaitalia.it](http://www.radioterapiaitalia.it) che è il sito ufficiale della nostra Società Scientifica...>>

I pazienti attesi di radioterapia in Campania sono 16mila, cioè sono 16mila i pazienti che ogni anno avrebbero bisogno di radioterapia ....

Nel 2014 sono stati trattati dal pubblico 3581 pazienti oncologici e dal privato accreditato 5494 ...>> (rapporto 40/60).

<<Nelle strutture pubbliche negli ultimi cinque anni sono stati trattati 17.233 pazienti, cioè abbiamo coperto in cinque anni quello che in un anno la Campania avrebbe bisogno di pazienti di radioterapia, e questo ci deve far riflettere sul fatto che **abbiamo bisogno delle strutture private accreditate**, come ne ha bisogno la Lombardia.>>



4

### LE CARENZE STRUTTURALI DELLA RETE ASSISTENZIALE ONCOLOGICA CAMPANA E LA MIGRAZIONE EXTRA-REGIONALE

On. Raffaele Topo:

<< Il dato 2014 ci dice che i soggetti in cura sono intorno ai 9 mila, ma se l'attesa è di circa 16.000, questi 6.000 dove finiscono? ... 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 ...>>

Abbiamo convocato l'ARSAN che dovrebbe fornirci questi dati.>>

(cfr. mobilità passiva extraregionale).

#### Servizi di RADIOTERAPIA a confronto

- **Lombardia** : 34 Centri di cui 18 pubblici e 16 privati accreditati  
Quindi **7,5 acceleratori lineari/milione di abitanti**
- **Campania** : 16 Centri di cui 7 pubblici e 9 privati accreditati  
Quindi **4,7 acceleratori lineari/milione di abitanti**

≈ La carenza di attrezzature è stata peraltro evidenziata con il recente DCA n. 50/2015 relativo alla definizione del fabbisogno.

Dr. Paolo Muto :

<<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 ... esiste l'H12 anche con prolungamento al sabato >>

5

### L'APPROPRIATEZZA DELLE CURE

Dr. Paolo Muto :

<< L'oncologico (paziente) ha bisogno di radioterapia che serve nel 70 per cento dei casi di tutti i tumori... l'appropriatezza è 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 od in integrazione alla chirurgia o alla chemioterapia per la cura del cancro** >>.

6

### TECNOLOGIE INNOVATIVE E MODALITA' DI TARIFFAZIONE

Dr. Paolo Muto :

<< Da tre anni l'Istituto Pascale utilizza il **cyberknife** (n.b. tecnologia innovativa) che non c'è nel nomenclatore del 1996.... Abbiamo condiviso, con i Colleghi del pubblico, la modalità di trattamento per un cancro di prostata (n.b. con la metodica VMAT) , tra le sei e le otto schermature, che è quello corretto metter in bilancio, per cui alla fine, con tutti gli artifici che si possono comporre, un'impegnativa del medico curante alla fine può venire 10mila o 11mila o 12mila euro, che è quello equo per un trattamento.>> Infatti << Il trattamento più complicato in Lombardia, con acceleratore lineare, costa 14 mila euro.>>



Nelle foto, acceleratore lineare di ultima generazione

On. Raffaele Topo:

<< I Centri convenzionati con le A.S.L. navigano a vista perché non c'è una tariffa adeguata, definita sui nuovi trattamenti e questo è un dato scontato... il tema del costo di questi trattamenti **andrebbe definito con un protocollo aggiuntivo al tariffario** così come avviene nelle altre Regioni .>>

Dr. Paolo Muto :

<< ... ma **ci devono essere delle regole comuni**, cioè che la mammella quando s'irradia venga trattata in maniera eguale a Benevento, a Salerno, ad Avellino, a Napoli, nella struttura accreditata e **il rimborso sia uguale per tutti**, non che ci sia disparità di trattamento a come si compone l'impegnativa del medico curante. >>

On. Raffaele Topo:

<< Quindi, **il trattamento deve avere lo stesso costo ovunque**, con la sola differenza che nella struttura pubblica non c'è il tetto di spesa, che, invece, resta limite invalicabile per quella privata accreditata . >>



Audizione V Commissione Consiliare - Sanità e Sicurezza Sociale

7

### Da "le Inchieste de IL MATTINO " (giovedì 29 ottobre 2015)

Radioterapia negata: l'allarme del Pascale <<Tutto esaurito e i pazienti fuggono>>. **La cura del cancro al Pascale**, istituto tumori di Napoli, è in overbooking, cioè spiega il dr. Paolo Muto << Daremo indicazioni al trattamento terapeutico, ma non potremo accogliere altri pazienti. >>

**Allo STOP erogativo dei centri privati accreditati** per esaurimento dei tetti di spesa assegnati **segue quello del pubblico** per overbooking. Al paziente oncologico campano, nell'ultimo periodo del corrente anno, non resta altro che pagare in proprio le costosissime cure o rivolgersi a Centri di radioterapia fuori regione, amplificando i costi sostenuti dalla Campania per la cd. "passiva", o addirittura ( e non sono pochi) lasciarsi andare non curandosi !!

**Come dire " si curi chi può! "**

**N.b. ( L'informativa continua domani 15 Novembre con la pubblicazione della " Lettera aperta " al Presidente della Giunta Regione Campania On. De Luca )**

# PROCLAMAZIONE DELLO STATO DI CRISI DEI CENTRI PRIVATI ACCREDITATI DI RADIOTERAPIA CAMPANI

## LETTERA APERTA

All' attenzione del **Presidente On. Vincenzo De Luca** e del designando **Commissario Governativo ad acta** per il Piano di Rientro dal Debito Sanitario Regione Campania (segue a comunicazione ASPAT del 14/11/2015 "Radioterapia negata" pubblicata da Il Mattino).

### 1 IL NOSTRO PUNTO DI VISTA - PREMESSA

La condizione dell'erogazione delle **prestazioni di radioterapia** per i pazienti oncologici della nostra Regione è arrivata ad un **punto insostenibile** in quanto i Centri privati istituzionalmente accreditati eroganti tali cure salvavita sono stati bloccati dal precoce esaurimento dei budget programmati in ogni singola ASL della regione.

### 2 CENTRI ACCREDITATI E L'INNOVAZIONE TECNOLOGICA

Da circa 6/7 anni, ormai, gli acceleratori lineari per i trattamenti radioterapici utilizzando metodiche innovative (IMRT - IGRT e VMAT \*) hanno caratteristiche ben diverse da quelli esistenti all'epoca del nomenclatore tariffario nazionale che risale a venti anni orsono (D.M. Bindi 1996).

Ad oggi, purtroppo, **la nostra regione non si è adeguata alle nuove tecniche così come hanno fatto altre:** l'Emilia Romagna, la Toscana, il Piemonte, la Lombardia, il Veneto, etc., e, pertanto, si è giunti ad affrontare il problema delle tariffe di radioterapia solo oggi con evidenti contrasti ed errate interpretazioni da parte dell'Ente regionale.

Lo scorso anno, inoltre, i Centri di radioterapia privati hanno concluso l'articolato e complesso percorso dell'Accreditamento Definitivo/istituzionale attraverso la verifica dei parametri idoneativi di tipo strutturale, tecnologico, impiantistico ed organizzativo, così conseguendo il titolo di erogatori del Servizio Sanitario Regionale.

(\*)

- IMRT - Radioterapia ad intensità modulata
- IGRT - Radioterapia guidata dalle immagini
- VMAT - Radioterapia volumetrica dinamica ad intensità modulata

### 3 ASPAT RADIOTERAPIA - I NUMERI DEL PRIVATO ACCREDITATO

Come già comunicato alla Struttura Commissariale i **Centri associati ASPAT** che operano in radioterapia sull'intero territorio regionale rappresentano il **50% della complessiva piattaforma erogativa del SSR ed il 70% di quella afferente al solo privato accreditato.** Infatti:

- **PAZIENTI ONCOLOGICI TRATTATI SU BASE ANNUA:** 4.500
- **PRESTAZIONI EROGATE SU BASE ANNUA:** 300.000
- **OCCUPATI NELLE STRUTTURE EROGATRICI:** DIPENDENTI 300
  - A RAPPORTO LIBERO PROFESSIONALE 120
  - MEDICI RADIOTERAPISTI 25
  - TECNICI RADIOTERAPISTI 35
  - CONSULENTI 10
  - COMPONENTI DEI COMITATI DI RICERCA SCIENTIFICA 10
 (Ogni singolo Centro è partner di studi osservazionali e di ricerca applicata nel campo della diagnostica e terapia oncologica.)
- **GIORNI MEDIAMENTE ATTESI PER LA PRESA IN CARICO:** 10 GIORNI.



Nelle foto, acceleratori lineari di ultima generazione

### 7 LE PROPOSTE DEL PRIVATO ACCREDITATO

Giova ricordare che da oltre due anni la scrivente Associazione, anche per il tramite del Tavolo Tecnico della ASL Napoli 2 Nord, ha rappresentato tale problematica alla Struttura Commissariale che solo ora riconosce la necessità di adeguare il nomenclatore tariffario della Branca di Radioterapia. In tal senso, in uno ai Centri erogatori rappresentati, tenuto conto che trattasi di prestazioni salva-vita,

**L'ASPAT PROPONE:**

- ⊙ **Rimborso delle prestazioni** già erogate **uguale per tutti**, nelle more eventualmente di nuove disposizioni ministeriali, con equiparazione del Privato al Pubblico, onde evitare disparità di trattamento.
- ⊙ **Adozione**, in attesa dei nuovi LEA, di **pacchetti terapeutici per singolo trattamento**, così come formulati ed avviati dalla Struttura Commissariale all'indirizzo del Ministero della Salute.
- ⊙ **Reiterazione dello strumento** contrattuale dell'**addendum integrativo** già previsto nel quinquennio 2010-2014, al fine di garantire, in regime di appropriatezza prescrittiva, la continuità assistenziale e, nel contempo, di scongiurare lo **STOP erogativo** con conseguente esodo di pazienti oncologici verso altre regioni.
- ⊙ **Ripresa dei pagamenti sospesi e rinvio dei recuperi** alla definitiva conclusione della questione a mezzo piano di dilazione concordato.

### 4 TETTI DI SPESA ED ANOMALE RIMODULAZIONI AMMINISTRATIVE

In Campania, a causa della spending review e dei vincoli imposti dal Piano di Rientro, la Regione non ha ritenuto di adottare autonomamente, almeno nell'immediato, misure di programmazione capaci di contemperare, dal punto di vista del nomenclatore, l'evoluzione tecnologica della Branca di radioterapia, riferendosi unicamente ad una opzione basata sulla EVIDENCE BASED ECONOMY, cioè sui limiti invalicabili di spesa e sull'improprio utilizzo del nomenclatore per remunerare la radioterapia con macchine di ultima generazione.

**La Struttura Commissariale regionale, in assenza per l'anno 2015 di contratti integrativi, ha deciso di fronteggiare l'emergenza data dal blocco totale dell'assistenza per il precoce esaurimento dei tetti di spesa con l'escamotage del ricalcolo delle prestazioni radioterapiche** fatturate negli ultimi due/tre anni, attraverso l'applicazione del vetusto nomenclatore del 1996 anziché di quello più recente ed aggiornato del 2013 (Balduzzi), con ciò recuperando (!?) la liquidità necessaria per portare l'assistenza ai pazienti oncologici quanto più possibile in avanti verso la fine dell'anno.

Il nocciolo della querelle è dato dall'evidente confusione ed approssimazione circa le schermature da liquidare, da cui si evince in modo chiaro ed inequivocabile che, come ben noto agli esperti del settore, per ogni paziente anche con le metodiche più antiche della Radioterapia, ovvero, nelle semplici bidimensionali, non è stata mai remunerata una sola schermatura per l'intero trattamento!! Quindi, resta di palmare evidenza che **la rimodulazione amministrativa** relativa alle fatturazioni delle prestazioni già erogate è **UNO STRATAGEMMA CONTABILE** che genera solo nuovo devastante contenzioso giudiziario.



### 5 NUOVO TARIFFARIO (PACCHETTI) E NUOVI LEA

Atteso quanto sopradescritto, il Sub Commissario Morlacco, (da giugno in assenza del Commissario Governativo ad acta) in considerazione che la criticità indotta dall'utilizzo di nuove metodiche è presente anche nel settore radioterapico pubblico (Pascale, Policlinico Universitario, ASL, vedi informazioni pubblicate ieri) ha avviato a Roma la soluzione della problematica presso il Ministero della Salute dove ha presentato un Decreto con il quale **la Campania**, in analogia a quanto già in essere nella maggior parte delle regioni italiane, **potrebbe adottare un tariffario speciale** concernente profili terapeutici mirati per tipologia di patologia, cioè in base a pacchetti omogenei calibrati sulla complessità del caso clinico da trattare e sulla stadiazione della lesione tumorale.

D'altro canto, il **Ministero della Salute** ha confermato che nell'ambito dei **redigendi NUOVI LEA il nomenclatore-tariffario della Branca di Radioterapia sarà modificato** acquisendo le prestazioni utilizzanti le succitate nuove metodologie.

### 6 LA CRISI DELLE STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE

Alla luce di quanto disposto dalla Struttura Commissariale a partire dal giugno scorso i Centri di Radioterapia Privati Accreditati associati ASPAT sono stati fortemente penalizzati ed irrimediabilmente danneggiati in quanto:

- ✓ dal mese di maggio sono stati **bloccati** completamente i **pagamenti correnti**;
- ✓ l'**attività di recupero** delle somme non riconoscibili (in base alla contestata interpretazione amministrativa del tariffario) è stata attuata tout court senza alcun richiesto Accordo o piano di dilazione previsto dalla normativa;
- ✓ le eventuali modifiche intervenute in corso d'anno circa le **date di esaurimento dei tetti di spesa della Radioterapia** per ciascuna ASL non sono state comunicate, ma diversamente tale obbligo contrattuale è stato ampiamente disatteso attraverso una inenarrabile e capziosa altalena di responsabilità.

L'ASPAT- Branca di Radioterapia

**PROCLAMA**

**LO STATO DI CRISI E DI AGITAZIONE DEI CENTRI EROGATORI PRIVATI DI RADIOTERAPIA (garantite le sole attività agli assistiti già in trattamento) e COMUNICA LA SOSPENSIONE a far data DAL 16 NOVEMBRE 2015, delle nuove prese in carico dei pazienti oncologici campani**

Incardinata in V Commissione. Topo sentirà i commissari Morlacco e Cinque

## Sanità, via alla discussione sulla legge

**NAPOLI (cm)** - Incardinato il disegno di legge che intende introdurre misure necessarie per l'organizzazione sanitaria e per il miglioramento dei servizi per i cittadini, ieri al vaglio della Quinta commissione sanità del consiglio regionale. "Si tratta di una proposta significativa dal punto di vista del controllo - ha dichiarato

il presidente **Raffaele Topo** - poiché, grazie all'istituzione di un ufficio regionale ispettivo, si potrà vigilare sui livelli di appropriatezza delle prestazioni e sull'efficacia dei servizi offerti dalle strutture sanitarie e socio sanitarie ai cittadini campani".

Al termine della discussione in commissione

Sanità il presidente Topo ha disposto la convocazione in audizione, prevista per martedì novembre, del direttore generale per la tutela della salute **Mario Vasco** e i sub commissari **Mario Morlacco** ed **Ettore Cinque**, in quanto soggetti deputati ad illustrare le misure da intraprendere per il miglioramento dell'offerta sani-

taria in Regione. "A seguire - ha precisato il presidente - si provvederà, in seduta di commissione, a stabilire i termini per emendamenti. Sono certo che saranno quanto mai rapidi e frutto di un lavoro puntuale di tutti i componenti della commissione" ha concluso Topo.

© RIPRODUZIONE  
RISERVATA

Informazioni La Ue vuole un sistema che offra certezze sull'affidabilità delle fonti. Al via «dataset» dedicati alle eccellenze del made in Italy

# Aziende & Web Un bollino blu per certificare i dati

Il 36% delle imprese usa la Rete per il business. I numeri più ricercati sono quelli su trasporti, sanità e ambiente

DI BARBARA MILLUCCI

**U**n bollino blu che certifichi la provenienza, dunque l'affidabilità, di un dato aperto e dunque accessibile a chiunque. Dalle aziende che possono utilizzarlo nei processi di segmentazione e marketing ad una startup che può addirittura costruirsi un intero progetto di business fino al cittadino semplicemente curioso. «Stiamo lavorando con le imprese del settore per avere dei sistemi di certificazione dei dati — dichiara Roberto Viola, ex Agcom, da due mesi a capo della sezione Connect della Commissione Ue, all'interno dell'Agenda digitale europea —. Sarà un bollino di qualità che darà certezza alle aziende e ai consumatori circa l'affidabilità e la provenienza del dato».

## La lista

Al di là dei portali più noti (SoldiPubblici, OpenParlamento, OpenBilanci, OpenExpo, ItaliaSicura, Confiscati bene) o più recenti (Opendemano), al momento sul web si fa fatica a capire quali contengano dati affidabili e quali non. Una difficoltà che incontrano in primis le aziende. Secondo la Fondazione Bruno Kessler (Fbk), che collabora con Agid per rende-

re più aperti e fruibili i dati al mercato, le imprese non riescono ancora ad interpretare le informazioni aggregate e a costruirsi sopra dei business.

Oltre alla questione dell'affidabilità delle fonti, c'è un problema di scarso aggiornamento e di navigabilità. Nel senso che per estrapolare e riutilizzare un dato è fondamentale una visualizzazione grafica semplice. Spesso inesistente. Sempre secondo Fbk, che ha rielaborato dati di Finodex, il 45% delle aziende ritiene che i dataset non siano adeguatamente aggiornati. Le informazioni a cui sono maggiormente interessate per fare business sono quelle sanitarie, a seguire quelle sul trasporto e l'ambiente.

Dichiarando, inoltre, di utilizzare il dato per «arricchire» e sviluppare un prodotto, il 36% delle imprese ne riconosce l'enorme potenzialità. «Il dato è diventato sempre più utile nella creazione di

servizi tra aziende — dichiara Maurizio Napolitano ricercatore di Fbk —. Richiede forti investimenti perché bisogna integrare fra loro fonti diverse, capirne l'autorevolezza, dare un aspetto uniforme, riempire buchi mancanti, gestire grossi volumi, alcuni dei

quali, come traffico e consumi, viaggiano molto veloci».

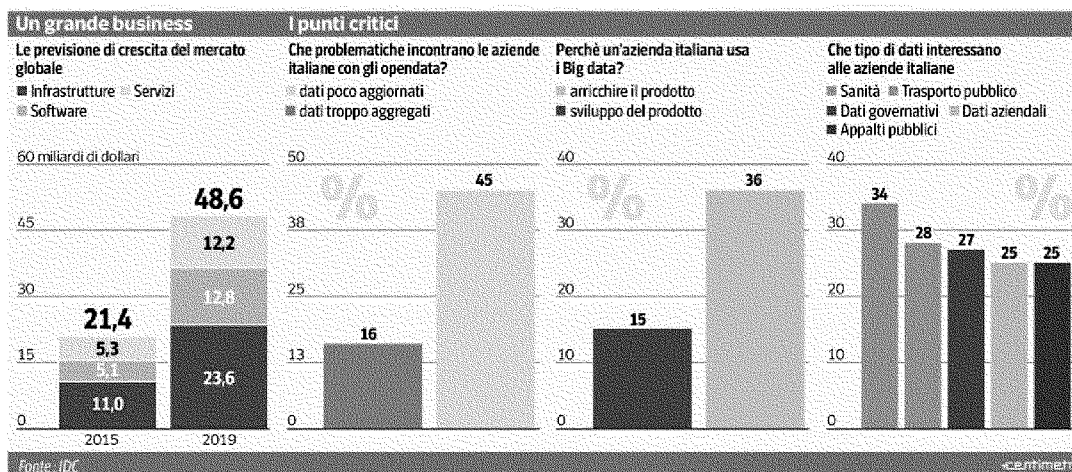
## Numeri

Stando a quanto scrivono gli analisti, le potenzialità di mercato sono enormi. Per Idc, le infrastrutture, i software ed i servizi per i Big Data cresceranno del 23% tra il 2014-2019, raggiungendo i 48 miliardi di dollari. Tra le aziende italiane che sulla raccolta e l'analisi predittiva dei dati hanno costruito business redditizi c'è Expert System, quotata all'Aim di Milano da poco più di un anno.

«Chiuderemo il 2015 in crescita, con 20 milioni di euro di fatturato, rispetto ai 13 del 2014», dichiara l'amministratore delegato Stefano Spaggiari. La società modenese ha siglato un accordo con Google per meglio ottimizzare i risultati delle ricerche. In pratica, la Google Search Appliance, l'applicazione del colosso web dedicate alle attività di ricerca in ambito aziendale, utilizzerà la tecnologia semantica della società modenese «Cogito» per permettere ricerche mirate. La società ha inoltre da poco sviluppato Italian Quality Experience, un motore di ricerca semantico in grado di migliorare le ricerche nel campo delle nostre eccellenze agroalimentari.

Novità sul fronte Food, e in generale sulle eccellenze del nostro made in Italy, in arrivo anche in casa Agid. «Siamo al lavoro per creare anche dati nella moda, nel tessile e nel cibo — afferma Francesco Tortorelli, responsabile area architetture, standard e infrastrutture di Agid —. A breve apriremo i dati dei marchi di qualità del settore agroalimentare gestiti dal ministero delle Politiche agricole. Si potranno trovare i vini suddivisi per Doc, le varietà produttive, la filiera del vino, la geo localizzazione delle produzioni, gli ettari coltivati. In un secondo momento verranno inserite anche le aziende, probabilmente tramite accordi con le Camere di commercio». Insomma un sistema su cui sarà possibile costruire dei business e che, certificando anche la provenienza dei prodotti, dovrebbe prevenirne la tracciabilità e la contraffazione. A tutto vantaggio della trasparenza. E degli affari.

**Gli investimenti nel campo del Big data cresceranno del 23% entro il 2019**



# E-Health, la sanità passa al digitale un mercato da 60 miliardi di dollari

I PAZIENTI HANNO GIÀ I LORO TERMINALI MOBILI: ORA ARRIVANO LE APP ADATTE E SOPRATTUTTO LE PIATTAFORME PER L'ANALISI E LA GESTIONE DEI DATI RICAVATI DAL MONITORAGGIO E IN TEMPO REALE DI OGNI AMMALATO. DA CASA PROPRIA

Christian Benna

Milano

«Salvate il soldato Ryan» va aggiornato ai tempi della rivoluzione digitale. Per i marines e tutti gli altri corpi militari Usa, inclusi i veterani, sono in arrivo prestazioni sanitarie a base di bit e telemedicina. Il Pentagono ha appena firmato un maxi-contratto di 4,3 miliardi di dollari per la digitalizzazione di oltre 10 milioni di cartelle cliniche. Il che significa che tutti i dati immagazzinati nei fascicoli elettronici sullo stato di salute degli addetti della Difesa Usa, in mimetica e non, potranno essere consultate in ogni momento e in qualunque luogo del pianeta connesso a una rete internet. E, in futuro, con l'ausilio dei dispositivi indossabili (orologi e occhiali intelligenti), eventuali malattie, ferite, infortuni o patologie croniche dei G.I. saranno costantemente monitorate, ed eventualmente curate, anche da remoto.

Non siamo ancora arrivati alla pillola intelligente che una volta ingoiata ci dice, attraverso lo smartphone, se stiamo per ammalarci e che fare per prevenire complicazioni, ma la rivoluzione del *digital healthcare* è alle porte. Il mercato oggi vale circa 60 miliardi di dollari, 15 di questi generati in Europa, e riguarda soprattutto so-

luzioni wireless per il controllo dei parametri biometrici e servizi di *mobile health*, per l'assistenza sanitaria a distanza. Le prospettive di sviluppo sono enormi, in grado di cambiare il paradigma della cura tradizionale in un modello predittivo e preventivo, permettendo ai servizi sanitari nazionali di operare in modo più efficiente e risparmiare risorse.

Il primo passo della salute 2.0 è quello della cartella clinica digitale, la piattaforma di dati indispensabile per costruire attorno ad essa la complessa macchina della sanità digitale. La svolta del Pentagono arriva 5 anni dopo il pacchetto di stimoli (fino a 30 miliardi) messi in campo dal presidente Obama per la modernizzazione del sistema sanitario Usa, la stampella informatica per reggere l'urto dell'impegno statale dell'Obamacare che ha fatto lievitare il costo (tra pubblico e privato) della sanità Made in Usa al 18% del Pil, il tasso più alto al mondo.

Secondo un report di Goldman Sachs, l'utilizzo diffuso di tecnologie digitali e di internet delle cose potrebbe portare a risparmi di circa 300 miliardi di dollari l'anno, su una spesa totale che vale 3.800 miliardi. Un terzo delle patologie degli americani è di tipo cronico, e molti di questi pazienti potrebbero essere seguiti dai medici attraverso un monitoraggio a distanza, intervenendo in tempo reale in base ai cambiamenti riscontrati nei referti clinici. La cura digitale non è solo una frontiera made in Usa. In un report l'Ocse ha evidenziato la necessità di puntare su modelli di gestione della sanità 2.0. Nel 1970 la spesa pubblica dei paesi industrializzati per sostenere la sanità ammontava, in media, a circa il

5% del pil, mentre oggi vale circa il 10%. L'aumento dell'aspettativa di vita sposterà in avanti anche i costi per curare tutte quelle patologie che riguardano una popolazione sempre più anziana. Nel 2050, gli ottuagenari nel mondo saranno 434 milioni contro i 125 milioni di oggi, e saranno il 18% della popolazione in Giappone, il 14% in Germania, in Corea del Sud e in Italia. Ci sarà, inevitabilmente, un'impennata di patologie croniche che andranno a carico di sistemi sanitari nazionali. Il tutto mentre gli Stati cercano di ridurre la spesa per la salute, per liberare risorse per la crescita economica.

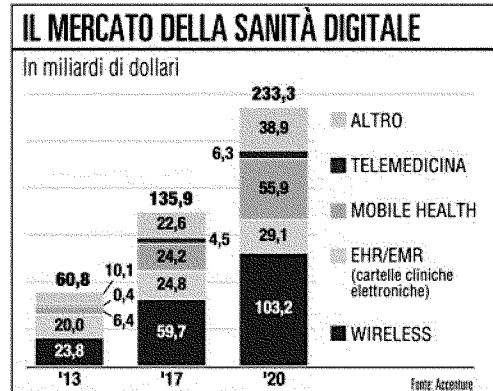
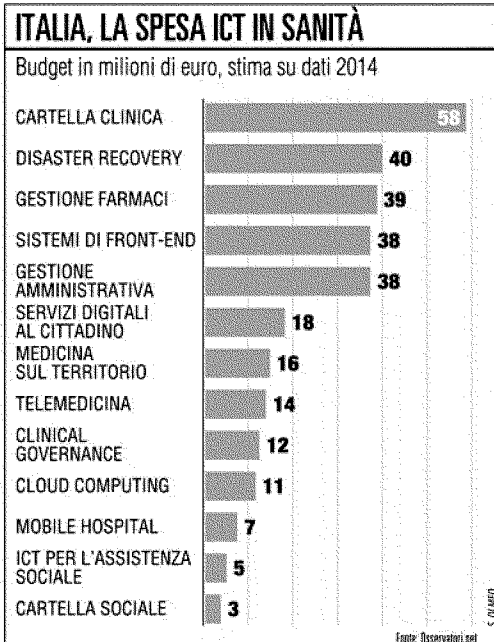
Per far fronte a un modello di welfare in crisi, secondo gli analisti dell'Ocse, il digitale può risolvere diversi nodi, alleggerendo la spesa e migliorando la cura dei malati. Già oggi, lo stima Deloitte, la telemedicina, ovvero l'assistenza sanitaria a distanza, è utilizzata per il 14% dei pazienti britannici, l'11% per gli svedesi e il 10% degli spagnoli. Ma l'innovazione della salute 2.0 riguarderà molti altri settori, a partire da quello assicurativo. Negli Stati Uniti, i grandi finanziatori delle startup della salute digitale sono proprio le compagnie assicuratrici, che contano di poter vendere ai propri clienti polizze inclusive di dispositivi salva vita. C'è anche chi sostiene che l'auto del futuro sarà il driver del digital care, ben più dei wearable device. Tanto che i modelli di auto senza guidatori di Apple e Google dovrebbero prevedere anche soluzioni per il monitoraggio della salute dei passeggeri a bordo.

In attesa delle quattro ruote, la casa di Cupertino ha lanciato un *research kit*, una piattaforma per

costruire app in grado di analizzare i dati sulla nostra salute, mentre Big G investe in innovazione farmaceutica e mette online sportelli medici.

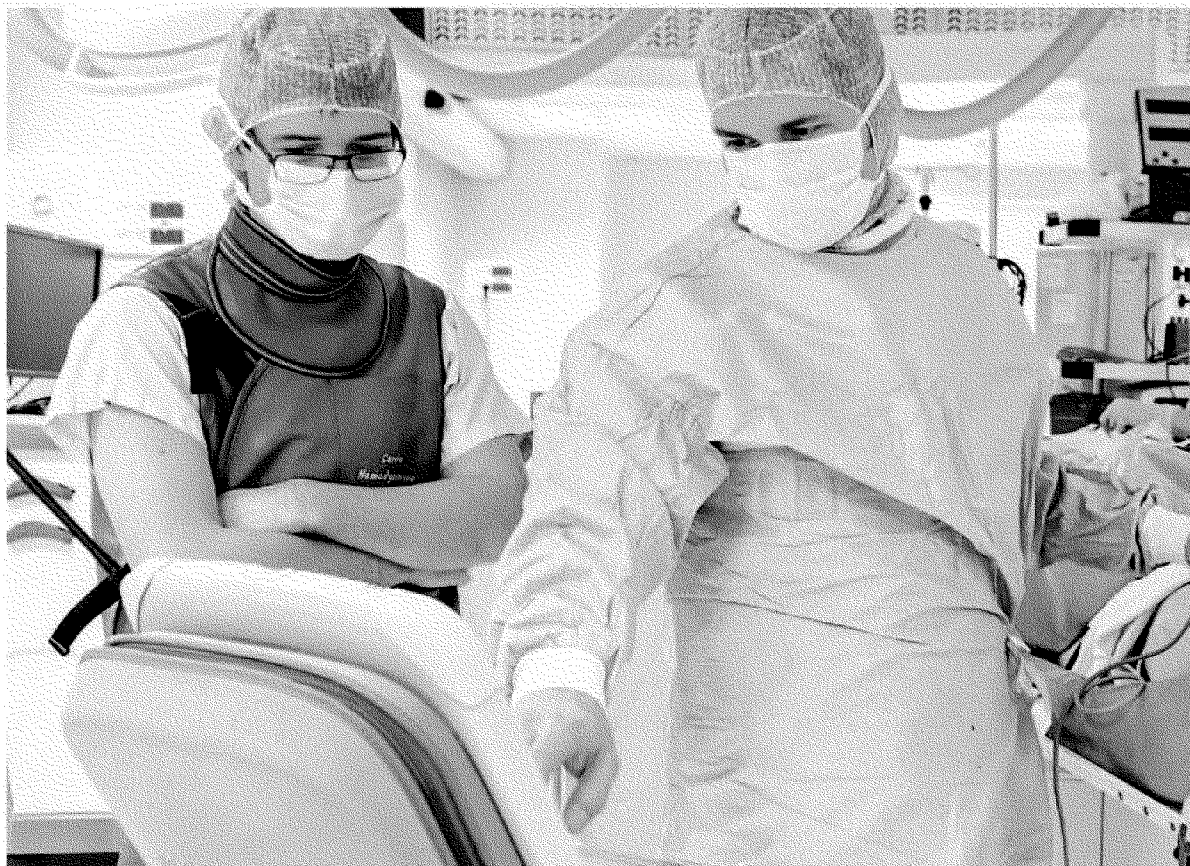
Le idee avveniristiche per l'applicazione dei dispositivi di salute 2.0 non mancano, bisogna però fare i conti con criticità ancora tutte da risolvere. E ancora una volta bisogna guardare all'America per capire benefici e problemi della nuova onda digitale. La strategia di e-health di Obama, malgrado i numeri impressionanti di investimento è finita nella graticola delle critiche. Molti ospedali lamentano che, così com'è, il sistema di cartelle digitali sta ingolfando il lavoro dei medici senza portare i risparmi promessi. E questo sta succedendo perché la corsa al business sanitario 2.0 ha scatenato una competizione senza freni, creando tra i *vendor* di soluzioni informatiche la proliferazione di sistemi chiusi.

Il nodo della privacy è cruciale per lo sviluppo di tutto il settore. Ma, con la scusa della riservatezza molti operatori, e soprattutto nel timore di perdere "clienti", sono riluttanti a lanciare sul mercato piattaforme open source. Le clausole *block in* sono ormai la prassi, e per leggere una cartella clinica di un operatore diverso proprio fornitore, l'ospedale deve sborsare somme di denaro in più rispetto al contratto stipulato. Ora il Congresso sta cercando di correre ai ripari con una legge che punirà tutti coloro che ostacolano lo scambio di informazioni sanitarie.



Per **Deloitte** la telemedicina è utilizzata per il 14% dei pazienti britannici, l'11% per gli svedesi e il 10% degli spagnoli

Secondo **Goldman Sachs** l'utilizzo diffuso di tecnologie digitali e di internet delle cose potrebbe portare a risparmi di circa 300 miliardi di dollari l'anno a livello mondiale





Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# Notizie dalle Province



L'intervista

# Florio: «Sulle Asl griglie troppo ampie, si cambi»

L'ex manager: «Aspirare a un ruolo del genere è diventato semplice»

«Le aziende sanitarie muovono e utilizzando risorse paragonabili a quelle di una multinazionale. Le griglie di idoneità per le direzioni vanno completamente riviste, servono competenze specifiche». A parlare è Sergio Florio, a capo della Asl di Avellino dal 2010 al 2014. In pensione dall'anno scorso, osserva serenamente dall'esterno il bailamme che si è scatenato sul mondo della sanità nell'ambito dell'inchiesta che vede coinvolti, tra gli altri il governatore De Luca, il giudice Scognamiglio e suo marito Guglielmo Manna, che aspirava proprio ad una carica di prestigio in una Asl, probabilmente quella irpina.

**Florio, all'interno di comunicazioni al vaglio della Procura di Roma, la direzione dell'Asl viene paragonata a una panchina di una squadra di calcio. Cosa ne pensa?**

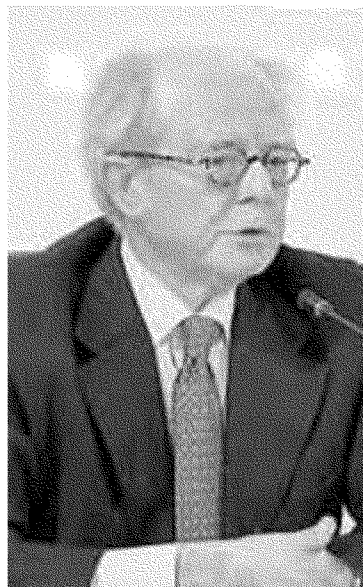
«Volendo riferirmi strettamente alla metafora, di per sé non sarebbe sbagliata. L'allenatore di calcio ha un rapporto strettissimo con la proprietà della squadra con cui lavora. In aziende pubbliche importanti come quelle sanitarie sarebbe altrettanto utile un rapporto immediato tra chi le dirige e il presidente della Regione. Serve una collaborazione quotidiana, perché i successi o gli insuccessi nella gestione di strutture così fondamentali per i cittadini devono tradursi in successi o insuccessi per lo stesso governatore».

**Ad oggi i vertici di Asl e Aziende Ospedaliere sono quelli più ambiti nel settore pubblico. La competizione è eccessiva?**

«La competenza deve essere il primo cardine per svolgere funzioni così importanti. Ad oggi, sulle direzioni delle aziende sanitarie, le maglie sono troppo larghe. Le Regioni dovrebbero valutare in modo diverso gli skill professionali degli aspiranti idonei, non bastano gli attuali form. Sarò chiaro, occuparsi di un ufficio legale di una struttura può produrre competenze per affrontare i contenziosi, ma di certo non l'intera gestione».

**La impressiona che in questi mesi, come emergerebbe dall'inchiesta, siano emerse aspirazioni così forti per la Asl di Avellino?**

«Posso rispondere, ovviamente, solo in relazione all'esperienza personale. In primis ad Avellino, come a Benevento, il rapporto con i cittadini-pazienti è molto diverso da quello che vige nelle realtà napoletane e costiere. La sensazione, molto spesso confortata dalla realtà, è di



**In pensione** Florio ha guidato l'Asl di Avellino dal 2010 al 2014

**L'ambiente**  
«Non stupisce che si possa puntare alle aree interne ma servono competenze importanti»

vivere e poter lavorare meglio è molto forte. A questo va aggiunto che le aziende di Irpinia e Sannio hanno sempre dimostrato in senso positivo una diversità di funzionamento rispetto ad altri territori». **Ma le cariche in sanità sono foriere più di onori o di oneri?**

«Il settore della sanità è importante è stimolante. Detto ciò, il mestiere del manager è abbastanza ingrato, e chi lo svolge bene difficilmente attira simpatie, un po' come credo sia accaduto a me. Oggi, poi, si gestiscono attività da 3-400 milioni di euro, paragonabili a quelle di multinazionali dove i manager vengono scelti solo se dotati di qualifiche di livello internazionale. Questo va ricordato sempre quando si vuole aspirare, legittimamente, ad un ruolo di questo tipo. Non solo, è altrettanto necessario svolgere il ruolo in maniera prettamente tecnica, evitando di pensare al "dopo" e scansando il desiderio di affacciarsi al recinto della politica. Un buon manager non sarà mai un buon politico, e viceversa».

**I. c.**

L'organizzazione  
Dipartimenti,  
il commissario  
nomina 3 direttori

# Dipartimenti, varata la delibera nominati tre nuovi direttori

Sono stati nominati, con delibera del commissario prefettizio, i nuovi capi dei dipartimenti dell'ospedale «Sant'Anna e San Sebastiano». In realtà, i nomi oggetto della delibera sono tre: Pasquale Femiano, direttore del dipartimento Materno Infantile; Ortensio Marotta, direttore del dipartimento delle Chirurgie a Bassa Invasività e Giovanni Pietro Ianniello, direttore del dipartimento di Oncologia medica e chirurgica.

## Gli incarichi

Femiano, Marotta e Ianniello alla guida del Materno-Infantile Specialità chirurgiche e Oncologia

La delibera porta il n.399 a firma del direttore amministrativo, del direttore sanitario e dei tre commissari prefettizi: vengono nominati i nuovi capi dei dipartimenti dell'ospedale «Sant'Anna e San Sebastiano». In realtà, i nomi oggetto della delibera sono tre: Pasquale Femiano, direttore del dipartimento Materno Infantile; Ortensio Marotta, direttore del dipartimento delle Chirurgie a Bassa Invasività e Giovanni Pietro Ianniello, direttore del dipartimento di Oncologia medica e chirurgica. I tre nuovi direttori affiancheranno i già nominati Brunello Pezza, direttore del dipartimento di Emergenza e Accettazione e Trauma Center; Franco Mascia, direttore del dipartimento delle Scienze cardiologiche e Vascolari; Ludovica D'Apice, direttore del dipartimento della Medicina Interna e Specialità medica e Angelo Costanzo direttore del Dipartimento dei servizi Integrati e diagnostici.

Femiano, già primario del reparto di pediatria, prende il posto di Sergio Izzo, nominato direttore del Dipartimento Materno Infantile a fine settembre, ma deceduto un paio di settimane fa, prima della firma del contratto. I primari Ianniello e Marotta, invece, prendono i posti del direttore del dipartimento di Oncologia medica e chirurgica Giovanni Forte e del direttore del dipartimento di Chirurgie a Bassa Invasività Ettore Borsi, collocati in quiescenza il primo marzo scorso. Fino ad oggi, a tenere le redini dei dipartimenti sono stati Nando Salzano per quello di Oncologia Medica e Cesario Villano per quello di Chirurgie a Bassa Invasività. «È una nomina che mi fa molto piacere - è il commento del neodirettore Ortensio Marotta -. Il nostro ospedale è pieno di buone professionalità che, purtroppo ancora non hanno avuto l'occasione di mostrare la propria bravura». La speranza, dunque, «è che riesca a offrire un mio piccolo contributo, associandolo alla mia esperienza»,

continua ancora Marotta. Nel dipartimento delle chirurgie a bassa invasività sono molte le specializzazioni: «Infatti nel nuovo piano ospedaliero ancora non approvato la dizione cambierà in specialità chirurgiche - dice Marotta -. Comprendiamo la divisione otorino, l'oculistica, l'urologia e la chirurgia generale, oltre l'anestesiologia delle sale operatorie». La volontà è quella di «collaborare con tutti i miei colleghi direttori. Sono già vigenti meccanismi di collaborazione - aggiunge il neodirettore -. Noi, ad esempio, collaboriamo molto con i chirurghi del maxillo-facciale e con quelli della neurochirurgia».

Tra gli aspetti da curare nella struttura, «sicuramente c'è quello che riguarda il personale. abbiamo una carenza di unità mediche e infermieristiche. Spero che in un vicino futuro qualcosa si sblocchi», conclude Marotta. Gli incarichi conferiti restano provvisori, come quelli di fine settembre, per cui la delibera precisava «nelle more dell'approvazione definitiva del nuovo atto aziendale». È possibile, dunque, che i nuovi nomi non siano definitivi e che, al momento dell'approvazione del nuovo atto aziendale, ne vengano fatti altri, non escludendo anche quelli che sono stati sostituiti a fine settembre. È bene ricordare, infatti, che le nomine hanno sempre e comunque carattere fiduciario e sono a discrezione della direzione generale dell'azienda ospedaliera.

or. min.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Organizzazione**  
Completato il quadro delle figure dirigenziali Il primario Orl: «Azienda ricca di professionalità»



**Assistenza** Con il riassetto dei dipartimenti l'azienda ospedaliera confida di migliorare prestazioni e assistenza agli utenti



## La ricerca

Tumore al pancreas  
nuove metodiche

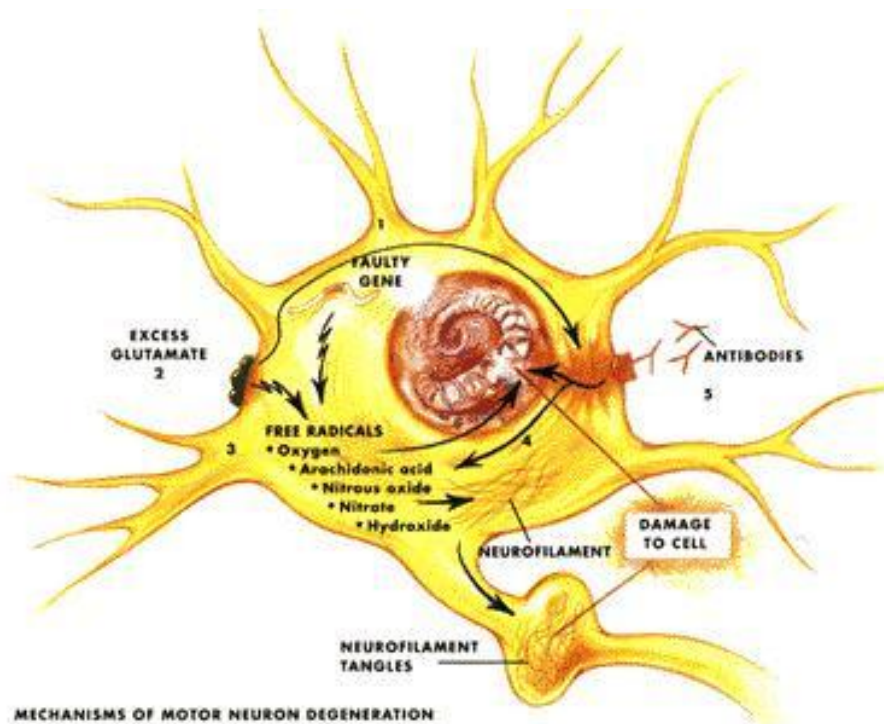
Il trattamento dei tumori inoperabili al pancreas è stato il tema del convegno che si è tenuto all'ospedale di Caserta sul tema «Il cancro del pancreas localmente avanzato. Quali strategie oltre la chirurgia». Il convegno, è iniziato con i saluti del commissario prefettizio Cinzia Guercio e del commissario prefettizio Michele Ametta: «Questo appuntamento rientra nelle iniziative per rilanciare l'immagine dell'ospedale - ha detto Guercio - Siamo amministratori, ma abbiamo il massimo rispetto per i dirigenti medici, con cui cercheremo una interlucazione maggiore di quanto avuto fino ad ora». Guercio ha sottolineato «il disastro abnorme trovato nell'ospedale» al momento dell'insediamento. Dunque, ha continuato Guercio, «è fondamentale il ripristino della legalità». La parola poi è passata al direttore della unità operativa complessa di Diagnostica per Immagini Giuseppe Belfiore, che ha illustrato le tecniche dell'elettroporazione irreversibile e altre terapie ablative: «in due anni e mezzo di esperienza.

Abbiamo visto come, grazie a questa tecnica, il tumore inoperabile può retrocedere e diventare operabile: su 22 casi, tre sono stati i pazienti poi operati - ha commentato Belfiore -. È una scoperta tutta casertana, che abbiamo portato oltre confine, a Parigi e a San Diego». Nel 2015, sono stati nove i pazienti cui è stato diagnosticato un tumore al pancreas, su 100mila abitanti. «Con la terapia si può ridurre la mortalità a cinque anni», ha spiegato ancora Belfiore. L'elettroporazione irreversibile per via percutanea (Ire), associata a cicli di chemioterapia, a partire dalle 24 ore dall'intervento, «potrebbe rappresentare un'alternativa adatta al trattamento dei tumori del pancreas localmente avanzati», ha concluso Belfiore.



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# Medicina News



# Cancro, c'è una nuova chemio Più facile curare il cervello

Ora è possibile superare la barriera del cranio  
Svolta pure per altre malattie neurodegenerative

## Rivoluzione

Microbolle di gas vengono spinte nel sangue e con gli ultrasuoni si oltrepassa la calotta cerebrale

di GINEVRA DE CARLI

**A**ddio vecchia chemio. Contro il tumore al cervello arriva una nuova tecnica non invasiva in grado di oltrepassare il cranio, facendo arrivare i farmaci direttamente dove servono. Lo studio rivoluzionario è stato messo a punto al Sunnybrook Health Sciences Centre di Toronto, in Canada e cambierà il modo di approcciare questa patologia. Il cancro alla testa è uno dei più ostici da trattare perché le terapie non riescono a superare la cosiddetta barriera emato-encefalica. Tuttavia questi ricercatori sono riusciti per la prima volta a bypassarla consentendo così ai chemioterapici di arrivare direttamente a destinazione.

### MEDICINE IN BOLLE

In pratica, i medici hanno iniettato delle microbolle piene di gas nel circolo sanguigno. Dopodiché utilizzando un fascio di ultrasuoni fatto

convergere sul cranio della paziente, hanno fatto vibrare queste microbolle in modo che sospingessero i farmaci per la chemioterapia nella direzione voluta. La barriera sangue - cervello, che separa il cervello dai suoi vasi sanguigni, ha il compito di proteggere il sistema nervoso centrale da agenti patogeni e tossine, ma anche da altre molecole tra cui proprio i farmaci. Ed è per questo che spesso è difficile curare questa complicata patologia.

### OLTRE LO SCUDO

Ma i ricercatori hanno praticato dei fori temporanei nella barriera per far passare in modo sicuro la terapia. La nuova tecnica è stata già sperimentata su una donna 56enne che per otto anni è riuscita a tenere sotto controllo il suo tumore al cervello. Ad oggi le analisi parlano di una buona risposta alla terapia da parte della paziente. Tuttavia i ricercatori dovranno prelevare una parte del tumore di questa donna per capire se la chemio ha funzionato veramente.

### LE PROSPETTIVE

Anche i test effettuati sugli animali in laboratorio hanno dato risultati incoraggianti. Quello che però non è ancora chiaro e sarà dunque da vedere è se la terapia provochi o meno effetti collaterali. Hanno spiegato gli esperti, e pertanto servirà una nuova fase di sperimentazione. Questa nuova

tecnica potrebbe essere utilizzata anche per altre patologie che colpiscono il cervello, come l'Alzheimer, il Parkinson, l'epilessia e altre forme di demenza nonché altre malattie a carattere neurodegenerativo. Insomma si apre una nuova prospettiva di cura per tutti i pazienti colpiti da queste patologie troppo spesso incurabili.

## EPATITE C

### Arriva il test rapido

### Costa poco

### e si fa con le urine

Non servono esami del sangue, ma solo un campione di urine e attraverso un test semplicissimo si potrà diagnosticare l'epatite C. Gli scienziati californiani, che lo hanno ideato, dicono di aver messo a punto un'analisi in un unico step che va alla ricerca dell'antigene virale. Attualmente l'epatite C, grave infezione epatica per lo più asintomatica e che si palesa solo quando il fegato è già gravemente danneggiato, viene diagnosticata con un test in due passaggi piuttosto costoso. Si inizia con la ricerca nel sangue di anticorpi specifici contro il virus per rilevarne l'eventuale presenza. Poi per vedere se il virus è attivo si procede con un test genetico. Questo invece è un Santo Graal per gli infettivologi perché gli screening non sono molto efficaci.

## **Raddoppiati i malati di diabete**

### **Manca la prevenzione**

È sottovalutato ma fa più vittime di patologie considerate gravissime. Il diabete causa nel mondo 5 milioni di morti l'anno, più della somma delle vittime di Aids, malaria e tubercolosi. Questi i numeri dell'International diabetes Federation (Idf) resi pubblici in occasione della Giornata mondiale che oggi si celebra in molte città italiane. Nel mondo un adulto su 11 ha il diabete, per un totale di 415 milioni di malati. Di questi, quasi la metà non abbia ancora ricevuto una diagnosi. Se non curato, il diabete può causare complicazioni cardiache, cecità, insufficienza renale e amputazioni. In Italia i pazienti che ne soffrono sono più di 4 milioni; a questi va aggiunto un altro milione di persone, che ancora non sanno di avere la malattia. L'Idf prevede infatti che entro il 2040 saranno 642 milioni i casi in tutto il mondo.

# Cancro, c'è una nuova chemio Più facile curare il cervello

Ora è possibile superare la barriera del cranio  
Svolta pure per altre malattie neurodegenerative

## Rivoluzione

Microbolle di gas vengono spinte nel sangue e con gli ultrasuoni si oltrepassa la calotta cerebrale

di GINEVRA DE CARLI

**A**ddio vecchia chemio. Contro il tumore al cervello arriva una nuova tecnica non invasiva in grado di oltrepassare il cranio, facendo arrivare i farmaci direttamente dove servono. Lo studio rivoluzionario è stato messo a punto al Sunnybrook Health Sciences Centre di Toronto, in Canada e cambierà il modo di approcciare questa patologia. Il cancro alla testa è uno dei più ostici da trattare perché le terapie non riescono a superare la cosiddetta barriera emato-encefalica. Tuttavia questi ricercatori sono riusciti per la prima volta a bypassarla consentendo così ai chemioterapici di arrivare direttamente a destinazione.

### MEDICINE IN BOLLE

In pratica, i medici hanno iniettato delle microbolle piene di gas nel circolo sanguigno. Dopodiché utilizzando un fascio di ultrasuoni fatto

convergere sul cranio della paziente, hanno fatto vibrare queste microbolle in modo che sospingessero i farmaci per la chemioterapia nella direzione voluta. La barriera sangue - cervello, che separa il cervello dai suoi vasi sanguigni, ha il compito di proteggere il sistema nervoso centrale da agenti patogeni e tossine, ma anche da altre molecole tra cui proprio i farmaci. Ed è per questo che spesso è difficile curare questa complicata patologia.

### OLTRE LO SCUDO

Ma i ricercatori hanno praticato dei fori temporanei nella barriera per far passare in modo sicuro la terapia. La nuova tecnica è stata già sperimentata su una donna 56enne che per otto anni è riuscita a tenere sotto controllo il suo tumore al cervello. Ad oggi le analisi parlano di una buona risposta alla terapia da parte della paziente. Tuttavia i ricercatori dovranno prelevare una parte del tumore di questa donna per capire se la chemio ha funzionato veramente.

### LE PROSPETTIVE

Anche i test effettuati sugli animali in laboratorio hanno dato risultati incoraggianti. Quello che però non è ancora chiaro e sarà dunque da vedere è se la terapia provochi o meno effetti collaterali. Hanno spiegato gli esperti, e pertanto servirà una nuova fase di sperimentazione. Questa nuova

tecnica potrebbe essere utilizzata anche per altre patologie che colpiscono il cervello, come l'Alzheimer, il Parkinson, l'epilessia e altre forme di demenza nonché altre malattie a carattere neurodegenerativo. Insomma si apre una nuova prospettiva di cura per tutti i pazienti colpiti da queste patologie troppo spesso incurabili.

## EPATITE C

### Arriva il test rapido

### Costa poco

### e si fa con le urine

Non servono esami del sangue, ma solo un campione di urine e attraverso un test semplicissimo si potrà diagnosticare l'epatite C. Gli scienziati californiani, che lo hanno ideato, dicono di aver messo a punto un'analisi in un unico step che va alla ricerca dell'antigene virale. Attualmente l'epatite C, grave infezione epatica per lo più asintomatica e che si palesa solo quando il fegato è già gravemente danneggiato, viene diagnosticata con un test in due passaggi piuttosto costoso. Si inizia con la ricerca nel sangue di anticorpi specifici contro il virus per rilevarne l'eventuale presenza. Poi per vedere se il virus è attivo si procede con un test genetico. Questo invece è un Santo Graal per gli infettivologi perché gli screening non sono molto efficaci.

## **Raddoppiati i malati di diabete**

### **Manca la prevenzione**

È sottovalutato ma fa più vittime di patologie considerate gravissime. Il diabete causa nel mondo 5 milioni di morti l'anno, più della somma delle vittime di Aids, malaria e tubercolosi. Questi i numeri dell'International diabetes Federation (Idf) resi pubblici in occasione della Giornata mondiale che oggi si celebra in molte città italiane. Nel mondo un adulto su 11 ha il diabete, per un totale di 415 milioni di malati. Di questi, quasi la metà non abbia ancora ricevuto una diagnosi. Se non curato, il diabete può causare complicazioni cardiache, cecità, insufficienza renale e amputazioni. In Italia i pazienti che ne soffrono sono più di 4 milioni; a questi va aggiunto un altro milione di persone, che ancora non sanno di avere la malattia. L'Idf prevede infatti che entro il 2040 saranno 642 milioni i casi in tutto il mondo.