Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

01-NOV-2016
da pag. 14
foglio 1
www.datastampa.it

TUMORI/ Presentata da Lorenzin la proposta di linee guida firmata Agenas-Cipomo-Aiom

Rilanciare le reti oncologiche

Ritardo sui modelli globali di presa in carico - Pronte solo sei Regioni

Rispetto agli anni Novanta, oggi guariamo il 20% in più dei tumori maschili e il 15% in più di quelli femminili. In questo siamo ai primi posti nel mondo e in Europa eguagliati solo dalla Germania.

I trattamenti oncologici sono sempre più complessi e richiedono integrazione di competenze multi-disciplinari ed expertise di professionisti dedicati, soprattutto per le patologie oncologiche meno frequenti. I trattamenti oncologici sono anche sempre più costosi e richiedono di ottimizzare le risorse garantendo al contempo l'accesso alle cure migliori da parte di tutti i pazienti senza che gli stessi siano costretti a "viaggi della speranza". L'attuale frammentazione del Ssn in 20 sistemi sanitari regionali, se per certi aspetti offre vantaggi di organizzazione locale delle risorse, per altri espone al rischio di disparità di accesso alle cure in rapporto all'area geografica di appartenenza. E questo a maggior ragione se manca una Rete oncologica di riferimento. La soluzione esiste, ed è quella di organizzare i professionisti e le strutture in Reti di patologia, secondo il modello del Comprehensive cancer care network.

Nel corso di un recente convegno al ministero della Salute, **Cipomo**, **Aiom** e **Agenas** si sono fatti promotori di una proposta che stabilisce i criteri necessari - che pur nel rispetto delle autonomie locali, devono rispondere a requisiti univoci e condivisi - all'attivazione delle reti oncologiche regionali, e sottolinea la loro fondamentale importanza per migliorare la qualità delle cure e la razionalizzazione delle risorse. I vantaggi delle reti oncologiche regionali sono evidenti: più diagnosi di cancro in fase precoce, pazienti curati a casa sotto stretto controllo specialistico, "decongestionamento" degli ospedali che vanno utilizzati solo per i trattamenti più complessi e stretta collaborazione con i medici di famiglia nella gestione delle visite di controllo (follow up).

In buona sostanza, le reti oncologiche si traducono nella possibilità per tutti di accedere alle cure migliori in modo uniforme sul territorio e in risparmi consistenti per il Servizio sanitario nazionale. In Italia, però, sono attive solo in 6 Regioni: **Piemonte, Lombardia, Toscana, Trentino, Umbria e Veneto**. Troppo poco per poter adempire a pieno alla loro importantissima funzione a livello nazionale. Ognuna di queste 6 reti, poi, funziona con caratteristiche differenti. Lavori in corso in **Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Sicilia** e **Alto Adige.** Assistiamo invece alla totale assenza di questi network in **Abruzzo, Campania, Calabria, Basilicata, Marche, Molise, Puglia** e **Sardegna**.

È indispensabile la presenza di un'autorità centrale denominata **"Coordinamento della Rete oncologica regionale"** in grado di governare i collegamenti tra le diverse strutture, la pianificazione dell'uso delle risorse, la definizione e valutazione dei percorsi dei pazienti per le diverse neoplasie. Serve inoltre la diffusione nel territorio di punti di accesso alla Rete oncologica in grado di prendere in carico rapidamente il singolo caso assicurando la regia e le indicazioni nei diversi passaggi dell'intero percorso di cura. L'organizzazione in Rete deve inoltre prevedere un approccio multidisciplinare e multiprofessionale. Un sistema di rete, oltre a garantire un aumento della qualità delle cure attraverso l'accesso alle migliori terapie indipendentemente dal luogo di residenza, può consentire importanti risparmi anche per i pazienti che non saranno costretti a spostarsi per trattamenti che possono essere eseguiti a casa o vicino al domicilio.

I punti di accesso alla Rete identificati e accreditati funzioneranno da regia della gestione del caso riferendolo al percorso definito sulla base dei Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (Pdta), concordati e periodicamente aggiornati a partire dalle Linee guida delle società scientifiche nazionali e internazionali.

La Rete si deve orientare anche verso la medicina generale nella programmazione del follow up, degli interventi riabilitativi e delle cure palliative, con un coinvolgimento dei distretti territoriali, dei medici di medicina generale e delle associazioni dei pazienti. È inoltre necessario disporre di sistemi di passaggio delle informazioni che rendano semplice lo spostamento tra i diversi nodi della Rete. Indispensabile quindi un percorso di informatizzazione che consenta l'accesso a tutti i dati clinici nei vari punti coinvolti dal percorso assistenziale.

Maurizio Tomirotti
presidente nazionale Cipomo
Carmine Pinto
presidente nazionale Aiom

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Lunedì 31 OTTOBRE 2016

Manovra. Biosimilari: no a gare con principi attivi diversi e no a sostituibilità automatica. Ma le Regioni non ci stanno

Sui farmaci biosimilari il Governo ha di fatto bocciato la misura proposta nei mesi scorsi dalla Conferenza delle Regioni per favorire la intercambiabilità dei farmaci biosimilari con i corrispondenti originator al fine riportare la spesa farmaceutica entro i limiti di compatibilità con l'attuale Fondo sanitario nazionale. Nella manovra, infatti, non è consentita la sostituibilità automatica tra biologico di riferimento e un suo biosimilare né tra biosimilari.

"Non è consentita la sostituibilità automatica tra biologico di riferimento e un suo biosimilare né tra biosimilari", e "nelle procedure pubbliche di acquisto non possono essere posti in gara nel medesimo lotto principi attivi differenti, anche se aventi le stesse indicazioni terapeutiche".

Questo comma presente all'**articolo 59 della nuova legge di Bilancio** sta creando non pochi attriti con le Regioni pronte a dare battaglia su questo versante. Il Governo ha di fatto messo in discussione le **misure proposte dalle Regioni** per riportare la spesa farmaceutica entro i limiti di compatibilità dell'attuale finanziamento del Fondo sanitario nazionale. La Conferenza delle Regioni lo scorso maggio proponeva la messa in campo di "azioni tese a favorire la intercambiabilità dei farmaci biosimilari con i corrispondenti originator", e "l'espletamento di gare in equivalenza terapeutica".

Una misura, questa, che stride fortemente con le intenzioni esplicitate dal Governo. Al momento, in tema di biosimilari, le Regioni si muovono in ordine sparso. L'intenzione, come spiegato in una recente intervista a *Quotidiano Sanità* dall'assessore alla Sanità della Regione Piemonte, **Antonio Saitta**, è quella di "creare un criterio uniforme per tutte le Regioni per quanto riguarda la dispensazione dei farmaci biologici e biosimilari aprendo appunto al principio della concorrenza nel settore che rispetti l'equivalenza terapeutica in favore dei pazienti e mantenendo il principio di scelta da parte del medico curante. Ossia, la decisione ultima spetterà sempre al medico che potrà continuare a dispensare il farmaco originator anche se motivando sempre la sua scelta".

La spesa del Servizio sanitario nazionale per i farmaci biotecnologici in Italia ha raggiunto, nel 2013, quota **3,6 miliardi di euro**, pari al **12,9%** della spesa farmaceutica complessiva a carico del Ssn e al **34,5%** della spesa per farmaci acquistati dalle strutture sanitarie, inclusi i farmaci successivamente distribuiti direttamente al paziente o per tramite delle farmacie aperte al pubblico nell'ambito di accordi di distribuzione per conto. Il t**asso di crescita medio** annuale della spesa per farmaci biotecnologici dal 2009 al 2013 è stato pari al **7,8%**.

Questo ci fa comprendere come tale tipologia di farmaci appaia destinata ad occupare spazi sempre più rilevanti nel mercato. Si stima che nei prossimi anni su cento farmaci almeno 48 saranno biologici e che la percentuale di prescrizione di questi prodotti supererà ampiamente quella dei medicinali destinati alle cure primarie (70% contro 30%). Così come **da qui e il 2020 andranno in scadenza un numero rilevante di brevetti** che apriranno, inevitabilmente, la strada all'ingresso di nuove categorie di farmaci "biosimilari", soprattutto in aree terapeutiche ad alto costo come l'ematologia e l'oncologia. Nello specifico, dalla Direzione Generale dei Dispositivi Medici e del Servizio Farmaceutico del Ministero della Salute sono stati stimati **risparmi fra i 450 ed i 570 milioni entro il 2020**.

La posta in gioco è alta e a questo punto, con l'avvio dell'iter della legge di Bilancio alla Camera, è facile immaginare nelle prossime settimane la presentazione di alcune proposte emendative da parte delle Regioni per provare ad invertire questa tendenza. Il braccio di ferro è appena cominciato.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2016: 244.697
Diffusione 08/2016: 159.849
Lettori Ed. II 2016: 1.199.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

01-NOV-2016
da pag. 19
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Assistenza sanitaria crescono le disuguaglianze L'Italia è spaccata in tre

Piemonte al top, Liguria mediocre, Campania ultima

Dossier

PAOLO RUSSO
ROMA

Se qualcuno voleva la riprova di come il federalismo sanitario abbia finito per aumentare le diseguaglianze degli italiani in fatto di tutela della salute eccolo servito dall'ultimo Rapporto Crea sulle performance dei servizi sanitari regionali, redatto dall'Università Tor Vergata di Roma e di prossima presentazione. Una fotografia di un'Italia dell'assistenza sanitaria che va a tre velocità, dove a fare la differenza sono i soldi che le regioni mettono a disposizione per ciascun assistito, dove ovviamente chi sta peggio è chi ha anche meno risorse. Colpa di scelte fatte dalle singole amministrazioni. Ma anche di un sistema di riparto del fondo sanitario dove le regole le dettano le regioni più ricche e con maggior peso politico. Tant'è che «l'indice di deprivazione», ossia il peso della povertà nelle condizioni di salute della popolazione, caldeggiato dalle regioni meridionali, non è mai entrato a far parte dei criteri di riparto delle risorse.

Così ecco che nella fascia di «eccellenza» ritroviamo, nell'ordine, Veneto, Trento, Toscana e Piemonte. In quella «critica» Liguria, Valle d'Aosta, Abruzzo, Sardegna, Sicilia, Puglia, Calabria e Campania, mentre tutte le altre si trovano in una terra di mezzo, segnata però sempre da insufficienze. Si perché nella classifica sulla scala da 0 a 1, stilata sulla base delle valutazioni di manager asl, utenti, professionisti sanitari, istituzioni e industria medicale, la maglia gialla la conquista il Veneto, ma solo con uno 0,63 che equivale ad uno striminzito 6+. Mentre la maglia nera Campania è bocciata addirittura con un 3+ in pagella. Voti assegnati sulla base di 12 indicatori, che vanno dalla speranza di vita priva di disabilità, alle morti evitabili, dalle famiglie impoverite per colpa delle spese sanitarie, alla spesa per assistito. Ed è proprio quest'ultima che condiziona le altre classifiche. Perché pur ripulendo il dato dai maggiori costi sostenuti per la popolazione anziana, la Campania, ultima in classifica per qualità dell'assistenza, lo è anche per quota di spesa pubblica pro-capite con 1795 euro. Molti meno della ricca Bolzano, che ne spende 2313 o della vicina Trento, che ne sborsa 2281. Anche se poi l'equazione «più soldi uguale migliore Sanità» non regge sempre alla prova dei fatti, visto che l'«eccellente» Piemonte non va oltre una spesa di 1846 euro, una ventina in meno della media nazionale.

Ma le diseguaglianze diventano stridenti quando dai numeri si passa a cose vive, come l'aspettativa di vita oltre 75 anni libera da disabilità. A Trento, Bolzano, così come in Lombardia ed Emilia Romagna gli anziani possono contare su più di 9 anni da vivere serenamente in autonomia, mentre in Sicilia e Campania non si va oltre rispettivamente 6,2 e 7,4 anni.

Anche la quota di persone che rinuncia a curarsi per super-ticket o liste d'attesa varia in modo abissale da un'area all'altra dello Stivale, con il sud che in genere arranca. Il 15,3% in Campania, il 13,9 in Puglia e l'11,6 in Calabria non ce la fa a sostenere le spese, mentre a Trento rinuncia a curarsi meno dell'1% e in Piemonte, Friuli e Basilicata (isola felice del Sud) la quota è comunque intorno al 3%.

Disparità che la riforma costituzionale, sulla quale saremo chiamati a esprimerci il 4 dicembre, vorrebbe superare con il ritorno a un centralismo sanitario che in passato non ha però fornito prove migliori.

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

I punti deboli

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Martedì 01 NOVEMBRE 2016

Morta a 89 anni Tina Anselmi. È stata anche Ministro della Sanità. Con lei ministro nasce il Ssn

La Anselmi fu la prima donna in Italia ad aver ricoperto la carica di Ministro della Repubblica. Durante il suo incarico di Ministro alla Sanità fu approvata la legge 833/78 che introdusse il Servizio sanitario nazionale. Ma anche la legge 194 sull'interruzione volontaria di gravidanza e la tutela della maternità e la legge 180 che chiuse i manicomi.

È morta nella notte **Tina Anselmi** (Castelfranco Veneto, 25 marzo 1927 – Castelfranco Veneto, 1° novembre 2016), la prima donna ad aver ricoperto la carica di ministro della Repubblica.

Per tre volte sottosegretaria al ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, dal 29 luglio 1976 è Ministro del lavoro e della previdenza sociale nel governo Andreotti III: un fatto storico, perché l'Anselmi diventa la prima donna ministro in Italia.

Dopo quest'esperienza è anche Ministro della sanità (dall'11 marzo 1978 al 4 agosto 1979) nei governi Andreotti IV e V. È fra i principali autori della riforma che introdusse il Servizio Sanitario Nazionale. Ma anche la legge 194 sull'interruzione volontaria di gravidanza e la tutela della maternità e la legge 180 che chiuse i manicomi anch'esse approvate nel 1978.

quotidianosanità.it

Martedì 01 NOVEMBRE 2016

Con la manovra andrà in Piano di rientro almeno un altro 20% delle aziende ospedaliere. Lo svela la relazione tecnica alla legge di Bilancio appena depositata in Parlamento

La legge di Bilancio 2017 contiene importanti misure per la sanità. Non solo l'aumento di 2 miliardi del fondo di cui si è molto parlato ma anche cambiamenti sostanziali nella governance farmaceutica e la previsione di un fondo ad hoc per i farmaci oncologici innovativi che affianca quello per l'innovazione istituito negli scorsi anni. Ma anche nuove norme per il Fascicolo sanitario elettronico e la "premialità" delle Regioni. E poi l'abbassamento delle soglie di disavanzo massimo per le aziende ospedaliere (ma anche policlinici e Irccs): con i nuovi limiti si stima che saranno almeno un 20% in più quelle costrette a rivedere i propri conti. Punto per punto i "segreti" della relazione tecnica presentata alla Camera

Domani (mercoledì 2 novembre) la Commissione Bilancio della Camera avvierà l'esame della manovra 2017. Per la sanità le novità non mancano e ne abbiamo già parlato nei giorni scorsi.

Ma quali sono gli obiettivi delle nuove misure proposte dal Governo? Per scoprirlo abbiamo letto la relazione tecnica appena depositata che svela le ragioni e le finalità delle norme proposte spiegando i perché di ogni singola indicazione e chiarendone gli obiettivi che si presume di raggiungere sia in termini di effcientamento che di razionalizzazione del sistema sanitario.

Ecco in particolare cosa viene riportato in riferimento **all'articolo 58** (*Efficientamento della spesa del Servizio sanitario nazionale*) e **all'articolo 59** (*Disposizioni in materia di assistenza sanitaria*)

Titolo VI - Misure a sostegno del Servizio Sanitario Nazionale

Art. 58 (Efficientamento della spesa del Servizio sanitario nazionale)

I commi 10 e 12prevedono la rideterminazione del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato, indicato dall'Intesa Stato–Regioni dell'11 febbraio 2016 attuativa dell'articolo 1, comma 680, della legge 28 dicembre 2015, n. 208.

Con tale Intesa è stato stabilito, che nell'ambito della complessiva manovra di finanza pubblica a carico delle regioni previsto dal citato comma 680, pari a 3.980 milioni di euro per l'anno 2017 e 5.480 milioni di euro per ciascuno degli anni 2018 e 2019, il contributo del settore sanitario fosse pari a 3.500 milioni di euro per l'anno 2017 e 5.000 milioni di euro a decorrere dall'anno 2018.

In tali termini è stato corrispondentemente rideterminato il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard per gli anni 2017 e 2018, precedentemente scontato in bilancio, negli importi rispettivamente pari a 113.063 milioni di euro e 114.998 di euro.

Con il comma 10, **tali livelli sono rideterminati rispettivamente in 113.000 milioni e 114.000 milioni di euro** ed inoltre viene stabilito anche il livello per **l'anno 2019, pari a 115.000 milioni di euro**.

Con specifici Accordi, da sottoscriversi entro il 31 gennaio 2017, le regioni a statuto speciale e le province autonome assicurano gli effetti finanziari previsti dal citato comma. Gli effetti complessivi in termini di manovra

sui saldi di finanza pubblica risultano quindi riassunti nella **seguente tabella**, segnalando che per il 2019, non essendo determinato normativamente il livello del finanziamento, in termini di manovra è stato scontato il valore differenziale tra l'importo previsto nel bilancio dello Stato ed il livello di finanziamento ora determinato.

2017	2018	2019
-63	-998	-2.988

Tali effetti possono essere conseguiti sul versante della spesa, anche tenuto conto delle norme di efficientamento del Servizio sanitario nazionale previste ai **commi da 1 a 9 del presente articolo, dal comma 11 dell'articolo 59 e dai commi da 8 a 11 dell'articolo 60**.

In ogni caso, dato il vincolo dell'equilibrio nel settore sanitario, il pieno conseguimento dell'effetto scontato in termini di indebitamento netto sarebbe comunque assicurato tramite l'attivazione della leva fiscale autonoma delle regioni o dei meccanismi automatici previsti dalla normativa vigente, in caso di emersione di disavanzi regionali.

Il comma 12 dispone che con i medesimi accordi previsti al comma 10, le autonomie speciali assicurano il contributo a loro carico previsto dalla citata Intesa dell'11 febbraio 2016. Decorso il termine del 31 gennaio 2017, all'esito degli Accordi sottoscritti con riferimento al contributo previsto dalla richiamata Intesa, il Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, entro i successivi trenta giorni, con proprio decreto, attua quanto previsto per gli anni 2017 e successivi dalla citata Intesa dell'11 febbraio 2016 al fine di garantire il conseguimento dell'obiettivo programmatico di finanza pubblica per il settore sanitario. Gli effetti di tale comma sono neutrali sui saldi di finanza pubblica.

Con il comma 11 si stabilisce che una quota pari a 1.000 milioni di euro annui del livello del finanziamento del SSN è destinata a specifiche finalità indicate all'articolo 59 (vedi di seguito).

Con riferimento alle citate norme di efficientamento della spesa sanitaria, nel dettaglio si fa presente quanto segue:

Comma 1-2-3 - La disposizione è diretta a superare le criticità per la realizzazione del **Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) regionale**, prevedendo l'utilizzo dell'infrastruttura e dei dati delle prestazioni già esistenti nel Sistema Tessera Sanitaria, gestito dal Ministero dell'economia e delle finanze, nonché le modifiche alla gestione del consenso dell'assistito in fase di alimentazione del FSE.

Ciò, tramite la messa a disposizione dell'infrastruttura e delle banche dati già disponibili del Sistema TS, evitando duplicazioni di spese per la realizzazione a livello regionale delle medesime infrastrutture. In particolare, con l'introduzione, nell'ambito dell'articolo 12 del decreto legge n. 179/2012, del comma 15-septies , si prevede che il Sistema Tessera Sanitaria renda disponibile ai FSE e ai dossier farmaceutici regionali, attraverso l'infrastruttura nazionale di cui al comma 15-ter dello stesso articolo 12, i dati risultanti negli archivi del medesimo Sistema Tessera Sanitaria relativi alle esenzioni dell'assistito, prescrizioni e prestazioni erogate di farmaceutica e specialistica a carico del Servizio sanitario nazionale, certificati di malattia telematici, prestazioni di assistenza protesica, termale e integrativa.

Inoltre, si prevede un'accelerazione del conseguimento degli obiettivi di un potenziamento in termini qualitativi della disponibilità delle informazioni ai fini dell'erogazione delle prestazioni sanitarie (ad es. pronto soccorso: disponibilità dell'intera storia clinica del paziente nonché delle relative informazioni anagrafiche) in modo tempestivo e completo.

Ciò, ovviamente, comporta anche un efficientamento dell'impiego delle risorse evitando esami ripetuti e perseguendo l'appropriatezza nelle cure. In tali termini, attraverso l'FSE potranno essere conseguiti risparmi, non puntualmente quantificabili, derivanti dalla minore erogazione di prestazioni non necessarie, in relazione alle informazioni contenute nel fascicolo.

Commi 4, 5, 6 e 7 - La disposizione si pone l'obiettivo di promuovere e conseguire **una maggiore efficienza ed efficacia dei servizi sanitari regionali**, in coerenza con gli obiettivi di crescita e di sviluppo del Servizio sanitario nazionale (SSN), **elevando, in via sperimentale per l'anno 2017, la quota premiale** di cui all'articolo 2, comma 68, lettera c), della legge n. 191/2009, dello 0,1 per cento, rispetto al livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale e collegando l'erogazione di tale ulteriore quota al raggiungimento degli obiettivi contenuti in un programma annuale di miglioramento e riqualificazione di determinate aree del servizio sanitario regionale, definito anche sulla base delle valutazioni operate dal

Comitato per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) in ordine all'erogazione dei LEA.

Tale riqualificazione, che comunque una volta operata avrà carattere strutturale, potrà consentire alle regioni sia una più efficiente allocazione delle risorse sia, in prospettiva, una riduzione dei costi.

Comma 9 - Trattasi di disposizione diretta a prevedere **un rafforzamento della disciplina dei Piani di rientro degli Enti del SSN (*aziende ospedaliere, policlinici universitari e Irccs, ndr.*)**, introdotta dall'articolo 1, commi da 521 a 536 della legge n. 208/2015.

In particolare si introduce un criterio più stringente di selezione degli Enti chiamati a predisporre un Piano di rientro, introducendo come valori soglia per essere obbligati al Piano uno scostamento del 5% o pari a 5 milioni di euro in valore assoluto, rispetto allo scostamento del 10% o di 10 milioni di euro ora previsto.

In tali termini si stima che gli Enti che saranno chiamati ad adottare un Piano di rientro saranno il 20 per cento in più rispetto a quelli previsti a legislazione vigente, con effetti certi di razionalizzazione della spesa, non puntualmente quantificabili. Inoltre, le nuove soglie definite determineranno una ricaduta sul numero degli ospedali a gestione diretta delle aziende sanitarie del SSN da sottoporre ad interventi di efficientamento dall'anno 2017 che comporteranno anch'essi effetti certi di razionalizzazione dei fattori produttivi sul versante della spesa.

Art. 59 (Disposizioni in materia di assistenza sanitaria)

Comma 1. Le norme di cui ai commi da 2 a 11 del presente articolo danno attuazione all'articolo 21, comma 1, del decreto legge n. 113/2016, che prevedeva che entro il 31 dicembre 2016 doveva essere attuata una revisione del **Governo del sistema farmaceutico**.

Commi 2-3. La norma è diretta a rimodulare **i tetti della spesa farmaceutica**, fermo restando il livello complessivo previsto a normativa vigente nella misura del 14,85%.

In particolare si fa presente che i tetti vigenti sono oggi definiti come segue:
- tetto per la spesa farmaceutica territoriale (spesa convenzionata + distribuzione diretta e per conto di classe A), pari all'11,35%;
- tetto per la spesa farmaceutica ospedaliera e per la distribuzione diretta dei farmaci di classe H, pari al 3,5%.

Con la presente norma si prevede di modificare i tetti nei seguenti termini:
- 7,96% per la sola spesa farmaceutica convenzionata;

- 6,89% per spesa farmaceutica per acquisti diretti (ospedaliera + distribuzione diretta dei farmaci di classe H + distribuzione diretta e per conto di classe A).

Tale intervento si rende necessario al fine di una maggiore trasparenza dei dati, assicurando un unico tetto di spesa per l'intero costo sostenuto dalle strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale per l'acquisto di medicinali con AIC, indipendentemente dal loro utilizzo nel canale della distribuzione diretta o per conto e nell'ambito ospedaliero o ambulatoriale.

In tal modo, si garantisce una maggiore tracciabilità di detti dati, **utile anche al fine di ridurre i contenziosi con le aziende farmaceutiche in materia di payback**, che nell'ultimo periodo hanno registrato un notevole aumento.

In sostanza, la norma in esame, fermo restando il complessivo onere a carico del Servizio sanitario nazionale, **risponde alle esigenze di un più efficace monitoraggio dei consumi e di tracciabilità dei medicinal**i nell'ambito della distribuzione finale.

Commi 4-10. Le disposizioni, prevedono, a decorrere dall'1 gennaio 2017, nell'ambito del livello del finanziamento del SSN, di cui all'articolo 58, commi da 10 a 12, la costituzione di un **Fondo di 500 milioni di euro annui, per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi**, nonché di un **Fondo di pari importo per il concorso alle regioni del rimborso dei farmaci oncologici innovativi.**

Poiché i Fondi hanno carattere strutturale, si prevede che i criteri che **definiscano l'innovatività siano**

stabiliti con determina del Direttore Generale dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA), da adottarsi entro il 31 marzo 2017.

Ciò, in modo da introdurre meccanismi di ingresso ed uscita dei farmaci dai Fondi, al fine di non indurre una spesa superiore all'importo del Fondo.

In ogni caso **il requisito di innovatività non può permanere per un periodo superiore ai 36 mesi**. Sul piano strettamente finanziario si fa presente che il Fondo dei farmaci innovativi è alimentato rispettivamente per 325 milioni di euro per l'anno 2017, 223 milioni di euro per l'anno 2018, 164 milioni di euro a decorrere dall'anno 2019, mediante l'utilizzo delle risorse dell'articolo 58, comma 11 e per 175 milioni di euro per l'anno 2017, 277 milioni di euro per l'anno 2018, 336 milioni di euro a decorrere dall'anno 2019, mediante l'utilizzo delle risorse destinate alla realizzazione di specifici obiettivi del Piano sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662.

Il Fondo dei farmaci oncologici innovativi è interamente alimentato dalle risorse indicate all'articolo 58, comma 11.

I predetti 1.000 milioni di euro dei due Fondi non incidono sui tetti di cui ai commi 2 e 3 e sui meccanismi di pay-back. Ciò anche in relazione alle misure più generali di efficientamento del settore sanitario previste dall'articolo 58, dall'articolo 60, commi da 8 a 11, e da quelle in materia di farmaceutica di cui al comma 11 del presente articolo.

Comma 11. Con l'introduzione della misura si intende **armonizzare la disciplina delle procedure pubbliche di acquisto di farmaci biologici a brevetto scaduto** vincolando le centrali d'acquisto a porre in confronto concorrenziale diretto i farmaci biosimilari con il medicinale biologico di riferimento, escludendo la suddivisione del fabbisogno in quote predeterminate.

In sintesi, si introduce una soluzione equilibrata che promuove la concorrenza nei procedimenti di acquisto, preservando al contempo la libertà dello specialista prescrittore.

Il sistema dell'accordo quadro, quale forma di aggiudicazione multipla, in conformità a quanto previsto dal Codice degli Appalti, prevede l'identificazione di più operatori economici cui affidare un singolo appalto a seguito di una procedura pubblica di gara in cui è predefinito il fabbisogno complessivo e i criteri di attribuzione.

Tale modalità di aggiudicazione applicata alle procedure di gara per l'acquisto di farmaci biologici a brevetto scaduto, per i quali siano presenti sul mercato i relativi farmaci biosimilari, presenta numerosi vantaggi, tra i quali si segnalano:

- l'impiego dei farmaci a più basso costo, con effetti di risparmio;

- il confronto competitivo tra tutti gli operatori, in quanto tutti i produttori sul mercato possono contribuire a ridurre la spesa complessiva;

- l'assicurazione della continuità terapeutica.

Comma 12. Nell'ambito del finanziamento del SSN è prevista una specifica finalizzazione per il **concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto dei vaccini previsti dal Nuovo Piano Nazionale Vaccini (NPNV),** (*100 milioni di euro per l'anno 2017, 127 milioni di euro per l'anno 2018 e 186 milioni di euro a decorrere dall'anno 2019, ndr.*).

Comma 13. Nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 1, comma 541, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, in materia di fabbisogno del personale, in coerenza con quanto disposto dall'articolo 14 della legge 30 ottobre 2014 n. 161 nell'ambito del finanziamento del SSN è prevista **una specifica finalizzazione per il concorso al rimborso alle regioni per gli oneri derivanti dai processi di stabilizzazione e assunzione del personale**, da espletare ai sensi delle disposizioni recate dal primo e secondo periodo del successivo comma 543 del medesimo articolo 1 della legge 28 dicembre 2015, n. 208, (*Fondo vincolato di 75 milioni di euro per il 2017 e di 150 milioni a decorrere dal 2018, ndr.*).

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

01-NOV-2016
da pag. 6
foglio 1
www.datastampa.it

IL RUOLO DEGLI STUDI OSSERVAZIONALI

Le potenzialità «da sfruttare» dei registri di pazienti

Poiché la realizzazione di trial clinici, per costo e complessità, è sempre più appannaggio - salvo l'auspicato forte rilancio della ricerca indipendente - delle decisioni di investimento da parte dei gruppi industriali del settore sanitario, il ruolo degli studi clinici osservazionali diventa sempre più rilevante. Inoltre, la durata limitata nel tempo dei trial clinici e la necessaria selezione dei pazienti limitano significativamente le informazioni che questi studi, pur indispensabili, possono fornire sull'impatto che l'uso di nuovi farmaci, procedure diagnostico/terapeutiche, o device possono produrre nella vita reale.

Studi osservazionali prospettici, ben disegnati e controllati, basati su "Registri di pazienti", possono invece fornire informazioni preziose circa l'affidabilità e la sicurezza delle pratiche mediche nelle condizioni di vita reale. Per questo motivo si fa sempre più ricorso a indagini basate su dati osservazionali presenti in registri elettronici come, ad esempio, è avvenuto per la valutazione dell'impiego nella pratica clinica dei nuovi farmaci anticoagulanti orali. Dopo la pubblicazione dei trial registrativi, sono infatti gli studi di registro che stanno confermando l'efficacia e la sicurezza di questi nuovi farmaci oltre ad evidenziare circostanze nelle quali particolare cautela debba essere usata nel loro impiego clinico.

Nel Convegno della Consulta su "La Ricerca clinica in Italia: evoluzione o involuzione?" si rifletterà sul fatto che i Registri di pazienti non solo costituiscono un valido strumento della ricerca clinica, ma rappresentano anche la base idonea per ampliare e sviluppare iniziative di ancor maggiore valore scientifico. La partecipazione a studi osservazionali di registro contribuisce, ad esempio, a far si che la prassi della ricerca clinica sia applicata alla pratica clinica quotidiana. Per questo motivo e per la ricchezza dell'informazione generata la realizzazione e partecipazione a studi policentrici, osservazionali, prospettici di registro dovrebbe essere incoraggiata anche dai Comitati etici. Al momento attuale, questa attività è purtroppo invece contrastata, anche per effetto del progressivo ridursi delle risorse economiche, il che rende più difficile la registrazione del dato clinico e la sua elaborazione.

Una più ampia partecipazione della classe medica può e deve essere incoraggiata con azioni concrete quali:

- facilitazione alla partecipazione a studi osservazionali prospettici da parte di équipe sanitarie di sedi diverse su progetti di ricerca comuni, mediante opportune correzioni delle regole dei Comitati etici;
- verifica degli atti della pratica clinica quotidiana e dei suoi risultati secondo metodologie che non possono essere le stesse delle sperimentazioni scientifiche. La raccolta di registri e la loro regolare interrogazione dovrà invece rappresentare la forma più semplice e necessaria di verifica degli atti clinici;
- la registrazione dei dati del paziente non è sperimentazione, ma solo una indispensabile valutazione della validità di quanto viene praticato di routine;
- le équipe sanitarie dovrebbero essere motivate a proporre specifici quesiti con i quali interrogare i database, eventualmente anche incentivandone la realizzazione con l'attribuzione di punti Ecm.

Stefano Del Prato
Università degli studi di Pisa
Gualtiero Palareti
Università degli studi di Bologna

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

01-NOV-2016
da pag. 6
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

OLTRE I «TRIAL»

Ricerca clinica, quattro vie

I temi: registri pazienti, trasparenza, linee guida e comitati etici

La ricerca clinica non è solo sinonimo di clinical trial. "Real world evidence", linee guida diagnostico-terapeutiche, conflitto d'interesse e comitati etici: sono i quattro filoni al centro del convegno organizzato a Bologna dalla Consulta cardiovascolare.

A PAG. 6

Il punto e le prospettive in un convegno promosso a Bologna dalla Consulta cardiovascolare

I dilemmi della ricerca clinica

I temi: "real world evidence", linee guida, conflitto d'interessi, comitati

La ricerca clinica non è solo sinonimo di "clinical trial". Con il progredire delle conoscenze e con la complessità crescente del sistema sanitario, la gestione della salute richiede nuovi strumenti e nuove risposte ai bisogni di organizzazione e assistenza, e soprattutto nuove fonti di dati per guidare appropriatamente le scelte quotidiane, non solo del clinico ma anche del decisore pubblico, che ha la responsabilità di utilizzare al meglio le risorse umane ed economiche disponibili.

Ecco perché la Consulta cardiovascolare - costituita da 14 Società alleate nella prevenzione del rischio cardiovascolare - fruendo delle specifiche esperienze disciplinari e del dialogo tra saperi diversi intercorso in questi anni, promuove il 7 novembre a Bologna il Convegno "La ricerca clinica in Italia: evoluzione o involuzione?" (http://ecm.project-communication.it/index.asp), sulla base di quattro documenti tematici - pubblicati nei mesi scorsi su Il Sole-24Ore Sanità - su argomenti collegati alla ricerca e all'assistenza.

Nella prima tavola rotonda discuteremo della crescente importanza in medicina della "real world evidence", e cioè della sempre maggiore disponibilità di informazioni strutturate, ottenibili grazie alla diffusione nel mondo sanitario di procedure di raccolta elettronica ed elaborazione informatica dei dati. Tra queste vanno annoverati la ricerca osservazionale, che utilizza registri clinico terapeutici, nonché i database amministrativi. Questi ultimi sono veri e propri "tesori regionali" - in gran parte ancora poco sfruttati - che andrebbero messi in rete e valorizzati sotto il profilo della ricerca, ampliando l'impiego attuale, perlopiù confinato a funzioni economicistiche anziché cliniche.

Nella seconda tavola rotonda affronteremo i molteplici problemi generati dall'elaborazione di linee guida diagnostico-terapeutiche, ormai disponibili per tutte o quasi tutte le patologie medico-chirurgiche. Ci chiederemo: chi può e deve essere preposto alla loro elaborazione; su quale tipologia di evidenza scientifica esse devono basarsi; se infine esse debbano essere considerate soprattutto un importante strumento di informazione ed aggiornamento sanitario oppure assumere anche valore prescrittivo, condizionando le decisioni del sanitario anche sotto il profilo medico-legale, aspetto di particolare rilevanza per la difficoltà di conciliare raccomandazioni (necessariamente) di carattere generale con il dovere del medico di decidere, in scienza e coscienza, cosa fare nei confronti del singolo paziente, rispettandone la individualità, sotto il profilo clinico ma anche umano.

Nella tavola rotonda successiva il conflitto di interesse sarà sottoposto ad una disamina multidisciplinare, per evitare che - da dimensione di garanzia di trasparenza e correttezza - esso divenga uno strumento perverso di esclusione di competenze, con conseguente impoverimento del patrimonio di conoscenze ed esperienze a di-

Sanità
Farmaci, più fondi meno governance

I dilemmi della ricerca clinica

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

01-NOV-2016
da pag. 6
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

sposizione non solo della ricerca, ma anche delle attività regolatorie e di orientamento della pratica clinica (ad esempio mediante le linee guida). Infine, nell'ultima tavola rotonda discuteremo il tema dei Comitati etici, strumento fondamentale per un'attività di ricerca che risulti di elevata qualità, efficiente e competitiva sul piano internazionale. Si parlerà del riordino dei Comitati etici, per migliorarne la funzione regolatoria e nel contempo valorizzarne il ruolo nella promozione di ricerche realmente utili e significative sul piano clinico. Ciò comporterà un drastico snellimento del fardello di oneri, lungaggini e disomogeneità locoregionali, che sono attualmente oggetto di analisi critiche e di proposte riorganizzative, alcune delle quali - come quelle che prospettano una forte centralizzazione - da valutare con molta cautela.

Il convegno ospiterà relatori, moderatori e "discussant" di riconosciuta competenza ed autorevolezza, per un dibattito di alto livello, con l'obiettivo di formulare idee e riflessioni condivise, che possano essere considerate e valorizzate da coloro che hanno responsabilità di governo sul Sistema sanitario. Lo scopo comune è che l'inscindibile binomio ricerca/assistenza (un tempo definito dall'aforisma "non esiste una grande assistenza senza che vi sia a monte una grande ricerca") trovi finalmente quelle concrete applicazioni e implementazioni multiple, che la nostra organizzazione sanitaria richiede da tempo.

Giuliano Buzzetti
segretario
della Consulta cardiovascolare
Giuseppe Mancia
coordinatore scientifico
della Consulta cardiovascolare

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LE SOCIETÀ SCIENTIFICHE ADERENTI

- **Amd -** Associazione medici diabetologi *(presidente Musacchio; delegato: Ceriello)*
- **Fadoi -** Federazione delle associazioni dei dirigenti medici internisti *(presidente: Campanini; delegato: Stornello)*
- **Fimmg -** Federazione italiana medici di famiglia *(presidente: Milillo, dimissionario; delegato: Marrocco)*
- **Siapav -** Società italiana di angiologia e patologia vascolare *(presidente: Visonà; delegato: Coccheri)*
- Sid - Società italiana di diabetologia *(presidente: Sesti; delegato: Bonora)*
- **Sidv-Fiv -** Società italiana di diagnostica vascolare - Fondazione italiana vascolare onlus *(presidente: Antignani; delegato: Aluigi)*
- **Siaa -** Società italiana per l'ipertensione arteriosa - Lega italiana contro l'ipertensione arteriosa *(presidente: Parati; delegato: Agabiti Rosei)*
- **Sin -** Società italiana di nefrologia *(presidente: Gesualdo; delegato: Santoro)*
- **Sio -** Società italiana dell'obesità *(presidente: Muratori; delegato: Sbraccia)*
- **Siprec -** Società italiana per la prevenzione cardiovascolare *(presidente: Trimarco; delegato: Volpe)*
- **Sisa -** Società italiana per lo studio dell'arteriosclerosi *(presidente: Averna; delegato: Muntoni)*
- **Siset -** Società italiana per lo studio dell'emostasi e della trombosi *(presidente: Falanga; delegato: Ageno)*
- **Sismec -** Società italiana di statistica medica ed epidemiologia clinica *(presidente: Cavallo; delegato: Corrao)*
- **Sitecs -** Società italiana di terapia clinica sperimentale *(presidente.: Catapano; delegato: Poli)*

Cordinatore scientifico:
Giuseppe Mancia
Segretario operativo:
Giuliano Buzzetti

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2016: 74.049
Diffusione 08/2016: 40.471
Lettori Ed. II 2016: 111.000
Quotidiano - Ed. nazionale

ItaliaOggi

Dir. Resp.: Pierluigi Magnaschi

01-NOV-2016
da pag. 31
foglio 1
www.datastampa.it

Altri 3 mln sulla ricerca

Stanziati dal ministero dello Sviluppo economico 3 mln di euro per sostenere i progetti di sviluppo sperimentale e ricerca industriale realizzati da imprese italiane in collaborazione con altre imprese europee. È col decreto del 13 ottobre 2016 (in attesa di essere pubblicato in Gazzetta*) che il Mise detta le regole per l'accesso al fondo da 3 mln di euro per progetti nei campi delle biotecnologie. Il bando offre la possibilità di co-finanziare progetti di sviluppo sperimentale e ricerca industriale, caratterizzati da eccellenza e innovatività. Possono beneficiare delle agevolazioni le imprese che esercitano attività industriale diretta alla produzione di beni e/o servizi, le imprese agroindustriali che svolgono prevalentemente attività industriale, le imprese artigiane e gli organismi di ricerca. Ai fini dell'ammissibilità alle agevolazioni i progetti di ricerca e sviluppo devono prevedere spese ammissibili non inferiori a 200 mila euro e non superiori a 500 mila euro per singolo partecipante italiano.*

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

01-NOV-2016
da pag. 15
foglio 1
www.datastampa.it

GARANTE DELLA CONCORRENZA E DEL MERCATO

Antitrust, stangata-bis per *registromedici.it*

L'azienda spagnola United Ltd ha ricevuto una nuova multa dall'Agenzia per le comunicazioni: 300mila euro per la truffa delle iscrizioni al portale "Registromedici.it". Gli spagnoli hanno infatti violato la delibera Agcm n. 25709 dell'11 novembre 2015 (con multa da 500mila euro) continuando a pretendere pagamenti per servizi non richiesti. Come già segnalato oltre un anno fa, i medici coinvolti nell'operazione ricevevano fatture per prestazioni dubbie e per l'iscrizione a un data-base su internet.

I dottori che incautamente avevano risposto alla mail, senza aderire ad alcuna promozione o iscrizione, hanno ricevuto richieste insistenti e solleciti di pagamento per migliaia di euro. Tra l'altro i camici bianchi avevano denunciato oltre alle insistenti pressioni via mail, vere e proprie richieste intimidatorie, sfociate in esplicite minacce (documentate). Per questo l'anno scorso l'Antitrust aveva già sanzionato l'azienda iberica per un importo di 500mila euro.

Ma, nonostante ciò, le minacce e i solleciti per servizi non richiesti sono proseguiti anche quest'anno fino ad agosto inoltrato e, dunque, sono arrivate altre segnalazioni alle autorità. Agcm ha ricalcato quanto già scritto nella precedente delibera, attribuendo grande peso alle pratiche commerciali scorrette messe ancora in atto dagli iberici a danno degli iscritti al sito, i quali hanno visto crescere gli importi pretesi, gonfiati da interessi e sanzioni rispetto alle somme iniziali chiesti da United.

«Le somme di cui il professionista richiede il pagamento risultano ingenti in rapporto alla dimensione economica delle microimprese coinvolte dalla pratica commerciale nel suo complesso (circa 2.070 euro nel caso in cui venga formulata la proposta transattiva e fino a un massimo di 4.140 euro nel caso in cui si solleciti il pagamento dell'intero importo dovuto per le tre annualità di abbonamento)», si legge nella delibera. «Peraltro, le comunicazioni utilizzate a tal fine ricorrono a espressioni particolarmente aggressive, nonché alla minaccia di adire un'Autorità giudiziaria straniera, in caso di mancato pagamento delle somme richieste». Ora bisogna capire se l'azienda si fermerà o continuerà a pretendere pagamenti per servizi fantasma, con il rischio di ricevere ulteriori sanzioni e l'apertura di procedimenti legali internazionali.

L.Va.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

01-NOV-2016
da pag. 13
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

SVILUPPO DIGITALE

Mai dire «social» al dottore

Stop all'uso del web per le ricerche su diagnosi o terapie

Via libera dei medici alle procedure digitali che semplificano gli aspetti organizzativi e amministrativi dell'attività professionale. A essere valutata negativamente, invece, è la ricerca sul web da parte dei pazienti di informazioni riguardanti gli aspetti clinici di diagnosi e terapia che vengono considerati prerogativa propria dei medici. Il punto sullo sviluppo e sulla diffusione di nuove tecnologie che hanno contribuito a cambiare il modo in cui i cittadini si informano sulla propria salute incidendo inevitabilmente anche sul rapporto medico-paziente.

FATTORI E DONTI A PAG. 13

I professionisti guardano con favore al «digitale» che semplifica gli aspetti organizzativi e amministrativi

Medici, social sì ma con prudenza

Stop al web per le informazioni che riguardano più strettamente diagnosi e terapie

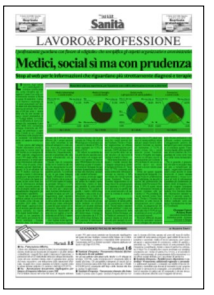
L'interesse degli italiani per i media digitali è in continua crescita tanto che, come rilevabile dal 13° rapporto Censis-Ucsi sulla comunicazione tenutosi a Roma lo scorso 28 settembre, l'utilizzo di Internet è aumentato di 2,8 punti percentuali nell'ultimo anno con una crescita complessiva nel periodo 2007-2016 pari al 28,4 per cento. L'utenza della rete ha così toccato un nuovo record attestandosi al 73,7% degli italiani. Lo sviluppo e la diffusione di nuove tecnologie che, nonostante il protrarsi della crisi economica, prosegue ininterrotto dal 2007 a oggi, ha contribuito a cambiare il modo in cui i cittadini si informano sulla propria salute incidendo inevitabilmente anche sul rapporto medico-paziente.

Come emerso dall'indagine "Health information journey", realizzata lo scorso anno da Gfk Eurisko su un campione di 2.000 individui maggiorenni, circa il 50% degli italiani ricerca attivamente e in modo autonomo informazioni sulla salute. Il 25% circa di questi, principalmente giovani diplomati o laureati, lo fa avvalendosi del web. Il medico continua comunque a essere il riferimento centrale per i pazienti tanto che il 63% di coloro che hanno utilizzato la rete come fonte iniziale di informazioni dichiara di essersi successivamente rivolto al proprio medico per un inquadramento diagnostico più approfondito e attendibile.

Questo tipo di approccio ai problemi sanitari sta evolvendo nel mondo come rilevato nel novembre 2015 dalla "Cello health insight", agenzia di ricerche di mercato specializzata nel settore sanitario. La ricerca "The digital health debate", realizzata su un campione di 1.040 medici provenienti da tre diversi continenti - Europa, America, Asia - ha infatti evidenziato che il 69% dei medici afferma che i propri pazienti sono soliti consultare la rete prima di sottoporsi a visita medica. Ancor più interessante è notare che il 62% dei medici dichiara che, frequentemente, i pazienti si presentano alla valutazione ambulatoriale con la autodiagnosi.

Questo tipo di comportamento non è condiviso dai medici che percepiscono la consultazione della rete come un possibile pericolo. A conferma di ciò, la già citata indagine "Health information journey" di Gfk Eurisko rileva come solo il 10% dei medici di medicina generale (Mmg) e il 17% dei medici specialisti pensano che sia utile per i propri pazienti ricercare informazioni riguardanti la salute sul web. La maggioranza degli operatori sanitari è dell'idea che la ricerca attiva sulla rete da parte dei pazienti può creare confusione a causa del gran numero di informazioni disponibili spesso difficilmente interpretabili da parte dei non addetti ai lavori, rendendo più difficile il rapporto con il proprio medico.

Altri risultati forniti dall'Osservatorio Innovazione digitale in Sanità rilevano che la percentuale dei Mmg che utilizza WhatsApp per comunicare con i pazienti si attesta al 53%, facendo registrare un +33% rispetto al 2015.



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

01-NOV-2016
da pag. 13
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

Per ridurre la variabilità dovuta alle diverse specializzazioni dei medici e al contesto sanitario in cui operano, l'Osservatorio #Web2Salute del corso di Marketing sociale (Compass - Università di Bologna) ha segmentato la popolazione studiata in base alle discipline sanitarie e alle variabili territoriali.

La ricerca, avente per oggetto il rapporto tra medico e social media ha valutato medici infettivologi, medici di famiglia, operatori di sanità pubblica, farmacisti. Per quanto riguarda i medici infettivologi l'indagine è stata svolta in collaborazione con la Simit (Società italiana Malattie infettive e tropicali) e ha coinvolto gli specialisti residenti sul territorio italiano così da poter delineare un quadro completo della percezione del Web 2.0 nel campo dell'infettivologia. I risultati ottenuti evidenziano che il 67,2% degli infettivologi dichiara che per il paziente le informazioni ricercate su internet non sono utili, il 92% degli stessi non ritiene che i social network (come Facebook, Twitter e Youtube) rappresentino un efficace mezzo di comunicazione con il paziente. Il 40% dichiara di non avere un profilo attivo sui social network e di non avere la volontà di crearlo in futuro.

Nella stessa direzione si collocano i risultati ottenuti dall'indagine sottoposta ai medici di famiglia di Rimini (F. Trombini). Il 79% concorda sulla scarsa utilità delle informazioni ricercate su internet, il 68% non ritiene che i social network (come Facebook, Twitter e Youtube) rappresentino un efficace mezzo di comunicazione con il paziente e il 66% dichiara di non avere un profilo attivo sui social network e di non avere la volontà di crearlo in futuro.

Riguardo l'indagine rivolta agli operatori di sanità pubblica, un questionario on-line dal titolo "Social media e operatori di sanità pubblica" è stato sottoposto ai professionisti della Regione Emilia Romagna, con la finalità di conoscere le loro opinioni rispetto ai social media nelle aree sanitarie di competenza. I risultati della ricerca rilevano che il 65% degli operatori di sanità pubblica ritiene utili per i propri clienti le informazioni ricercate su internet; ciò nonostante, il 74,3% di questi ritiene che i social network (come Facebook, Twitter e Youtube) non rappresentino un efficace mezzo di comunicazione con il cliente. Il 65% dichiara di non avere un profilo attivo sui social network e di non volerlo creare in futuro.

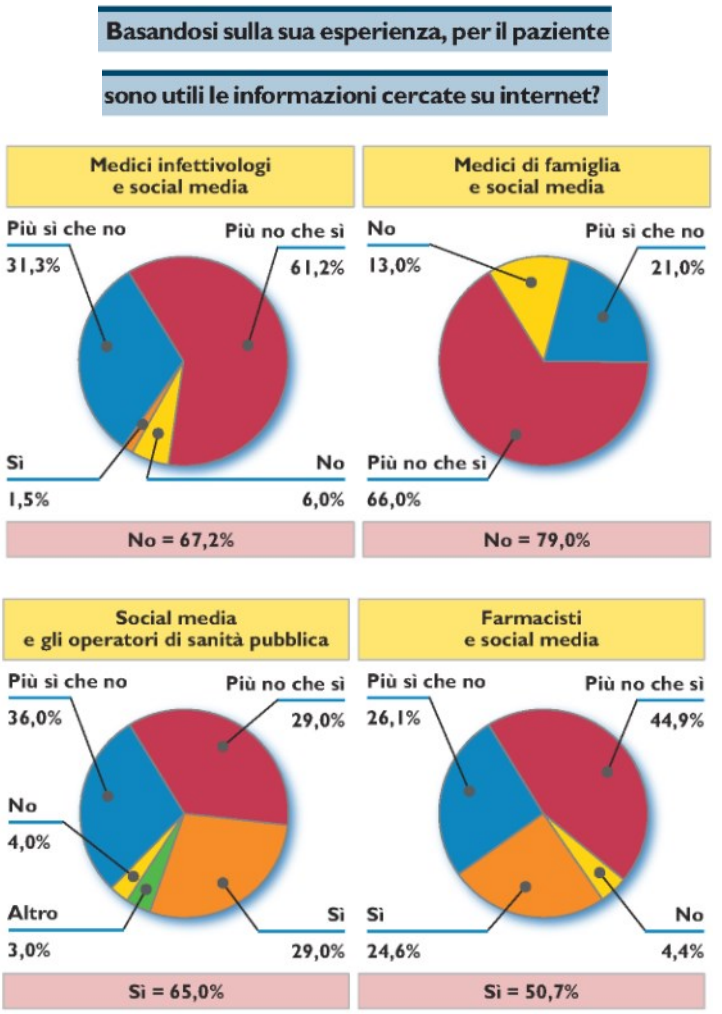
Infine, per quanto riguarda la categoria dei farmacisti, l'indagine svolta in collaborazione con Federfarma, ha raccolto le risposte dei professionisti che operano nella Provincia di Modena. Il 50% di questi ritiene che le informazioni ricercate su internet risultano utili per l'utente e il 71% considera che i social network (come Facebook, Twitter e Youtube) rappresentino un utile mezzo di comunicazione con il cliente. In effetti, la categoria dei farmacisti risulta la più attiva sul web, tanto che il 72,5% di questi dichiara di avere un profilo su un social network.

Posizioni differenti da parte di diversi specialisti possono essere collegate alle peculiarità delle diverse professioni e dei differenti contesti territoriali. L'atteggiamento positivo dei farmacisti può essere compreso se si considera quanto l'innovazione digitale abbia semplificato alcune pratiche che li riguardano da vicino come l'utilizzo della ricetta dematerializzata.

Più in generale, è presumibile che tutte le procedure digitali atte a semplificare gli aspetti organizzativi/amministrativi siano accolte in modo favorevole. A essere valutata negativamente è invece la ricerca sul web di informazioni riguardanti più strettamente gli aspetti clinici di diagnosi e terapia che vengono considerati prerogativa della professione medica. Con l'accesso diretto alle informazioni sanitarie su internet il paziente supera il ruolo di intermediazione del medico andando verso una nuova Apomediazione tra pari (G. Eysenbach).

Giuseppe Fattori
Arianna Donti
osservatorio #web2salute
marketing sociale - Compass
università di Bologna

© RIPRODUZIONE RISERVATA



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

01-NOV-2016
da pag. 3
foglio 1
www.datastampa.it

5° HEALTHCARE SUMMIT DE «IL SOLE-24 ORE»

Nuova governance e innovazione chiavi di volta della sostenibilità

Le chance delle terapie avanzate, l'assenza di politiche sul prezzo - Medici insoddisfatti

La nuova governance della spesa farmaceutica, ma anche i Lea e le politiche sul personale. Questi i tre convitati di pietra della legge di bilancio 2017, almeno nelle prime bozze. Tre capitoli su cui Regioni, Palramento e medici aspettano risposte più concrete, senza nulla togliere al carattere innovativo degli atri contenuti, perlopiù riservati a farmaci, acquisti centralizzati e digital health. Se ne è parlato al 5° Healthcare summit de «Il Sole 24 Ore».

Le Regioni innanzitutto. «Ben venga il sostegno ai farmaci innovativi - ha premesso il coordinatore degli assessori alla Sanità **Antonio Saitta** - ma restiamo in attesa di un governance complessiva del sistema cui hanno interesse le stesse aziende. A mancare in questa manovra è il meccanismo del prezzo-volume, che ci auguriamo possa essere introdotto nel corso dell'iter parlamentare». Sulla stessa linea la presidente della Commissione Igiene e sanità del Senato, **Emilia De Biasi**: «Il farmaco è uno dei grandi temi del futuro - ha spiegato - e questa governance non ci soddisfa. Servono criteri trasparenti sull'equivalenza terapeutica e un luogo di armonizzazione sui prezzi dei prodotti innovativi, che non possono essere affidati alle logiche più sfrenate del mercato». E l'ultimo affondo della senatrice è sui Lea: «Li stiamo ancora aspettando». Ma perché siano effettivi non si può prescindere da un adeguato sostegno al personale. Ne è convinto **Costantino Troise**, segretario nazionale dell'Anaao Assomed: «Il nucleo fondante della sanità sono i medici e senza la sostenibilità del personale il Ssn soccombe. Ma in questa manovra il pubblico impiego è uno dei grandi assenti».

Un ruolo di protagonista nel Ddl di bilancio è riservato al pacchetto sulla farmaceutica. Promosso a pieni voti da Farmindustria: «Un segnale di attenzione al settore da parte del Governo - ha dichiarato il presidente **Massimo Scaccabarozzi** - che incoraggia gli investimenti e manda un messaggio chiaro oltreconfine». Misure che rappresentano «un primo passo necessario per far fronte alla rivoluzione copernicana, avviata dai primi farmaci contro l'Epatite C, in grado di eradicare il virus». Uno tsunami che apre ai pazienti frontiere inaspettate sul fronte delle cure per una malattia killer fino a pochi anni fa, ma che ha posto il Ssn di fronte al doppio dilemma dell'accesso alle terapie e della sostenibilità della spesa. Una rivoluzione che è solo all'inizio. «Sono in arrivo 7mila nuovi prodotti. La scoperta del genoma - ha ricordato Scaccabarozzi - ci ha offerto informazioni e opportunità di cura straordinarie. Le risorse messe a disposizione dal Governo invertono un trend di tagli che ci avevano portato a livelli di insostenibilità drammatici. Ora questa boccata d'ossigeno premia la nostra scelta di continuare a puntare, malgrado tutto, sui giovani e sulla ricerca clinica e incoraggia gli investitori esteri». L'Italia del Pharma è infatti prima per produttività e seconda dopo la Germania per presenza sul mercato e ambisce a un ruolo di leadership internazionale anche in ambito regolatorio, con la candidatura a sede dell'Ema, che dovrà traslocare da Londra dopo la Brexit. «Su questa opportunità - ha rivelato la ministra Lorenzin - sono in atto contatti diplomatici per il trasferimento dell'Ema a Milano».

Ma l'Italia può essere un terreno fertile anche per gli investimenti in Health technology. «Noi siamo presenti in 60 paesi. E possiamo affermare che l'Italia è importante non solo come piattaforma commerciale - ha sottolineato **Stefano Folli**, Ceo Philips Italia, Grecia e Israele - ma anche per le competenze che esprime. Anche se la normativa è ancora molto complicata e tra i professionisti sanitari c'è un problema di mancato ricambio generazionale, che non sempre favorisce l'ingresso di nuove tecnologie». Intanto l'Italia si sta muovendo. «La cabina di regia del Patto per la sanità digitale approvato a luglio scorso - ha spiegato **Massimo Casciello**, dg della digitalizzazione del sistema informativo sanitario - sta per partire dopo la nomina dei componenti regionali. E sul fascicolo sanitario elettronico le Regioni sono tutte in campo, ad eccezione di Campania, Sicilia e Calabria». E le nuove tecnologie possono diventare fattore chiave anche per l'ottimizzazione della logistica del farmaco: «L'Italia in questo ambito è già all'avanguardia - ha spiegato **Eddy De Vita**, presidente e ad di Dhl Italia - ma il lavoro da fare all'interno degli ospedali è ancora molto. La chance è interessante. Dalla nostra esperienza in Gran Bretagna, è emerso che ottimizzando la logistica in corsia nelle strutture del Nhs, si sono ottenuti risparmi per un miliardo di sterline».

B.Gob. e Ro.M.

RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

01-NOV-2016
da pag. 2
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

La legge di Bilancio destina un miliardo del Fsn a innovativi e oncologici - Grande assente il prezzo/volume

Farmaci, più fondi meno governance

Cambiano i "tetti": ospedaliera al raddoppio - Nella bozza anche e-health e B&S

L'asticella del Fsn a 113 mld per il 2017, a 114 per il 2018 e a 115 per il 2019. La prima bozza della legge di Bilancio 2017 - che alla Camera dovrà affrontare una maratona, in vista dell'esame in aula dal 24 novembre e della conclusione in tempo utile per il referendum costituzionale del 4 dicembre - mantiene le promesse sui due miliardi in più per il primo anno. A vantaggio soprattutto di un corposo pacchetto farmaceutico. Si parte dalla ridefinizione del tetto dell'ospedaliera, che passa dal 3,5 al 6,89% e viene rinominato "tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti". La nuova "spesa farmaceutica convenzionata" (l'attuale territoriale), scende dall'11,35% al 7,96%. Non compaiono gli sconti prezzo/volume, sponsorizzati nella proposte sulla "governance farmaceutica " delle Regioni. Affossata anche l'equivalenza terapeutica. Nella bozza di testo della manovra, anche e-health, fondi premiali aggiuntivi sui Lea e la stretta sui parametri che fanno scattare i piani di rientro nelle aziende-ospedale.

GOBBI E MAGNANO A PAG. 2-3

Nella bozza della legge di Bilancio i Fondi per innovativi e oncologici e tetti di spesa rivisti

Manovra pharma-friendly

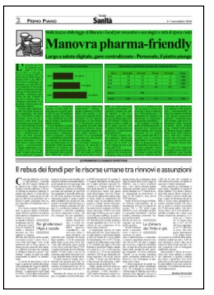
Largo a salute digitale, gare centralizzate - Personale, il piatto piange

L'asticella del Fondo sanitario nazionale a 113 mld per il 2017, a 114 per il 2018 e a 115 per il 2019. La prima bozza della legge di Bilancio 2017 - che alla Camera dovrà affrontare una maratona, in vista dell'esame in aula dal 24 novembre e della conclusione in tempo utile per il referendum del 4 dicembre - mantiene le promesse sui due miliardi in più per il primo anno. A vantaggio soprattutto di un pacchetto farmaceutico decisamente corposo.

Si parte dalla ridefinizione del tetto della farmaceutica ospedaliera, che passa dal 3,5 al 6,89% e viene rinominato: d'ora in poi si chiamerà tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti e sarà calcolato al lordo della spesa per i farmaci di classe A in distribuzione diretta e distribuzione per conto. Un forte incentivo per le imprese produttrici di farmaci oncologici. Il tetto della nuova «spesa farmaceutica convenzionata» (l'attuale territoriale), scende dall'11,35% al 7,96 per cento. Il totale resta invariato. La spesa per l'acquisto di innovativi e oncologici concorre al tetto della farmaceutica per acquisti diretti solo in caso di splafonamento. Sempre per i farmaci, non compaiono gli sconti prezzo/volume, sponsorizzati dalle Regioni.

E tra le proposte avanzate con forza dai governatori è decisamente affossata anche l'equivalenza terapeutica: «Non è consentita - si legge - la sostituibilità automatica tra biologico di riferimento e un suo biosimilare né tra biosimilari. Nelle procedure pubbliche di acquisto non possono essere posti in gara nel medesimo lotto principi attivi differenti, anche se aventi le stesse indicazioni terapeutiche». Dunque il quadro regolatorio sui biosimilari non cambia. L'esistenza di un rapporto di biosimilarità tra un farmaco biosimilare e il suo biologico di riferimento sussiste, solo quando accertato dalla European medicine agency (Ema) secondo quanto previsto dalla direttiva Ue 2001/83. E la sostituibilità automatica tra i due prodotti non è consentita.

Il Governo mantiene le



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

01-NOV-2016
da pag. 2
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

promesse su innovativi e oncologici. Per i primi è confermato, dal 1° gennaio 2017, un Fondo di 500 milioni di euro l'anno (vedi tabella). Le risorse arriveranno in parte dal miliardo "accantonato" proprio per questa finalità, e che va a finanziare anche il Fondo per gli oncologici innovativi da 500 milioni, il Piano nazionale vaccini e i fondi con cui lo Stato concorre (con 75 milioni il primo anno) ad assunzioni e stabilizzazioni di personale Ssn.

Il "Fondo contratti Pa", nel complesso, ottiene una dotazione di 1.400 milioni di euro per il 2017 e di 1.850 milioni di euro a decorrere dal 2018.

Sugli acquisti centralizzati spetterà a un Accordo Stato-Regioni, entro il 28 febbraio 2017, definire le attività da porre in essere per pervenire a linee di indirizzo per l'efficientamento e la definizione di standard con riferimento ai magazzini e alla logistica distributiva.

Sul capitolo e-health si punta all'efficientamento: è previsto che l'Agenzia per l'Italia digitale curi (con una dotazione di 2,5 milioni l'anno a partire dal 2017), in accordo con il ministero della Salute, il Mef e le Regioni, la progettazione dell'infrastruttura nazionale necessaria a garantire l'interoperabilità dei Fse, la cui realizzazione è curata dal Mef attraverso l'utilizzo dell'infrastruttura del Sistema tessera sanitaria. Primi obiettivi sono: l'interoperabilità dei Fascicoli sanitari elettronici e dei dossier farmaceutici regionali; l'identificazione dell'assistito, attraverso l'allineamento della Anagrafe nazionale degli assistiti (Ana), istituita nell'ambito del Sistema tessera sanitaria. Nelle more della realizzazione dell'Ana, l'allineamento sarà assicurato con l'elenco degli assistiti gestito dal Sistema Tessera sanitaria.

Al Titolo VII, «Misure di razionalizzazione della spesa pubblica», sono elencate le misure di efficientamento della spesa per acquisti (si veda articolo in pagina).

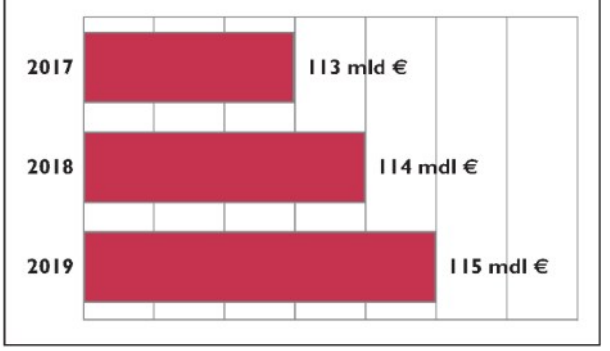
Nella manovra compare poi, come annunciato dalla ministra della Salute nei giorni scorsi, anche la stretta sui piani di rientro per Aziende ospedaliere, Aou, Irccs e altri enti pubblici che erogano prestazioni di ricovero e cura: scatteranno con uno sforamento dimezzato (5%) rispetto alle norme attualmente in vigore e introdotte dalla Stabilità 2015.

Ancora: ferme restando le disposizioni sull'accesso alla quota premiale del Servizio sanitario nazionale, per il 2017 si prevede a livello sperimentale una ulteriore quota premiale, pari allo 0,1% del livello di finanziamento del Fondo sanitario nazionale. E sempre a livello sperimentale per il 2017 ogni Regione può proporre al Comitato permanente per l'erogazione dei Lea un programma annuale di miglioramento e riqualificazione della qualità. La mancata presentazione del programma oppure una verifica negativa della sua attuazione determina, per la Regione, la perdita permanente del diritto di accesso alla quota.

Barbara Gobbi
Rosanna Magnano

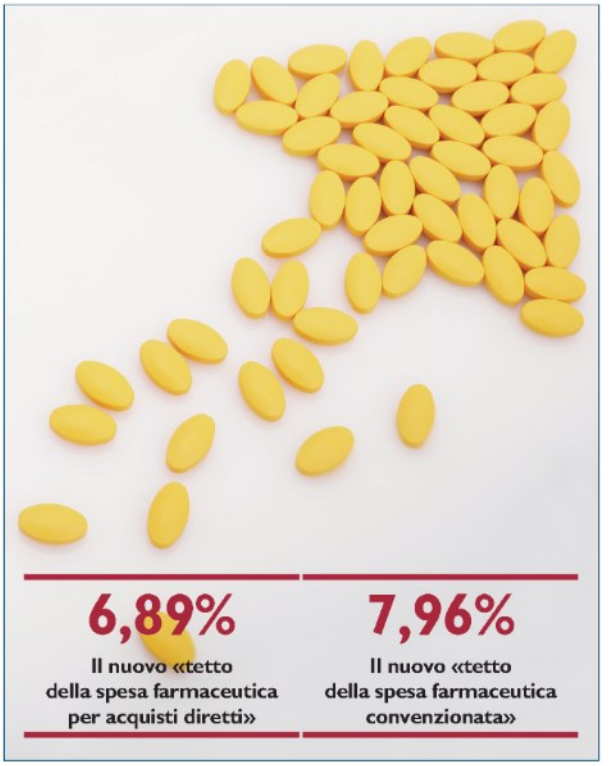
© RIPRODUZIONE RISERVATA

Fondo sanitario nazionale



Ripartizione del Fondo vincolato di 1 miliardo all'anno

Anno	Oncologici	Innovativi	Vaccini	Personale	Totale
2017	500	325	100	75	1.000
2018	500	223	127	150	1.000
2019	500	164	186	150	1.000
Ssn	1.500	712	413	375	3.000
Regioni	-	788	-	-	-
Totale	1.500	1.500	413	375	3.788



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Sfoglia il Quotidiano Digitale Sfoglia Sanità Digitale ABBONATI ACCEDI

31 ott 2016

SEGNALIBRO
FACEBOOK
TWITTER

TAG
Assistenza sanitaria
Medicina generale
Ospedale

AZIENDE E REGIONI

Veneto, così la nuova governance della Sanità

di *Emiliano Calabrese*

La Dgr Veneto 19/2016

La regione Veneto ha approvato il 25 ottobre scorso la legge n. 19 che oltre ad individuare l'ente di governance della sanità («Azienda zero»), dispone la riorganizzazione degli ambiti territoriali delle aziende dando vita a 9 nuove Ulss quale risultato dell'accorpamento delle 21 attuali.
I 33 articoli che compongono la legge prevedono non poche novità soprattutto se si tengono in considerazione i recenti meriti e riconoscimenti dell'ultimo rapporto CREA Sanità. Vale la pena ricordare, infatti, che il centro dell'Università degli studi Roma Tor Vergata, nel confrontare i vari sistemi sanitari regionali, pone quello veneto al primo posto con un indice di performance pari a 0,63 quasi doppio (0,33) a quello della Campania (si veda il nostro servizio su Sanità24).

Azienda zero
L'obiettivo (Art. 1 e 2) è quello di unificare e centralizzare in capo ad un solo soggetto le funzioni di supporto alla programmazione sanitaria e socio-sanitaria, nonché di supporto al coordinamento e alla governance del SSR, riconducendo a esso le attività di gestione tecnico-amministrativa su scala regionale. Gli organi dell'Azienda Zero sono il Direttore generale (Art. 5), nominato dal Presidente della Giunta regionale, ed il Collegio sindacale (Art. 6) composto da tre membri nominati dal Direttore generale e designati uno dal Presidente della Giunta regionale, uno dal Ministro dell'economia e delle finanze e uno dal Ministro della Salute. Previsto inoltre il Comitato dei Direttori Generali (Art. 3) al fine di garantire la piena attuazione di alcune delle funzioni assegnate all'Azienda Zero.
Ridefinizione dell'assetto organizzativo delle Aziende ULSS.
In questo caso lo scopo del legislatore veneto è quello di migliorare la qualità e l'efficienza nella gestione dei servizi resi in un'ottica di razionalizzazione e riduzione dei costi, erogando le prestazioni in modo appropriato ed uniforme, sviluppando un sistema che garantisca la trasparenza dei sistemi organizzativi nonché la partecipazione dei cittadini (Art. 14).
Rispetto al nuovo assetto organizzativo saranno soppresse le Aziende ULSS n. 2 Feltre, n. 4 Alto Vicentino, n. 5 Ovest Vicentino, n. 7 Pieve di Soligo, n. 8 Asolo, n. 13 Mirano, n. 14 Chioggia, n. 15 Alta Padovana, n. 17 Este, n. 19 Adria, n. 21 Legnago, n. 22 Bussolengo.
Dunque dal primo gennaio 2017 ci saranno:
l'ULSS n. 1 Belluno che modifica la propria denominazione in “Azienda ULSS n. 1 Dolomiti”, mantenendo la propria sede legale in Belluno e incorporando la soppressa ULSS n. 2 Feltre;
l'ULSS n. 9 Treviso che modifica la propria denominazione in “Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana”, mantenendo la propria sede legale a Treviso e incorporando le soppresse ULSS n. 7 Pieve di Soligo e n. 8 Asolo;
l'ULSS n. 12 che modifica la propria denominazione in “Azienda ULSS n. 3 Serenissima”, mantenendo la propria sede legale in Venezia e incorporando le soppresse ULSS n. 13 Mirano e ULSS n. 14 Chioggia;
l'ULSS n. 10 Veneto Orientale che modifica la propria denominazione in “Azienda ULSS

n. 4 Veneto Orientale", con sede legale in San Donà di Piave;
l'ULSS n. 18 Rovigo che modifica la propria denominazione in "Azienda ULSS n. 5 Polesana", mantenendo la propria sede legale in Rovigo e incorporando la soppressa ULSS n. 19 Adria;
l'ULSS n. 16 Padova che modifica la propria denominazione in "Azienda ULSS n. 6 Euganea", mantenendo la propria sede legale a Padova e incorporando le soppresse ULSS n. 15 Alta Padovana e ULSS n. 17 Este;
l'ULSS n. 3 Bassano del Grappa che modifica la propria denominazione in "Azienda ULSS n. 7 Pedemontana", mantenendo la propria sede legale a Bassano del Grappa e incorporando la soppressa ULSS n. 4 Alto Vicentino;
l'ULSS n. 6 Vicenza che modifica la propria denominazione in "Azienda ULSS n. 8 Berica", mantenendo la propria sede legale a Vicenza e incorporando la soppressa ULSS n. 5 Ovest Vicentino;
l'ULSS n. 20 Verona che modifica la propria denominazione in "Azienda ULSS n. 9 Scaligera", mantenendo la propria sede legale in Verona e incorporando le soppresse ULSS n. 21 Legnago e ULSS n. 22 Bussolengo.

Fabbisogno di personale medico
Da sottolineare che la riorganizzazione prevede entro il 31 dicembre 2017 (Art. 14) sia l'incremento del 15% dell'attuale numero di posti letto degli ospedali di comunità che almeno il 60% dei medici di medicina generale integrati nelle medicine di gruppo (80% entro il 31 dicembre 2018). Inoltre è prevista la rideterminazione dell'offerta dell'assistenza ospedaliera secondo una logica di rete coordinata, integrando reti cliniche e territorio (Art. 15) ed individuando il fabbisogno di personale medico ospedaliero entro i sessanta giorni successivi all'entrata in vigore della legge (Art. 23).

Osservatorio regionale
Merita infine una citazione la nascita dell'Osservatorio regionale (Art. 16) che dovrà svolgere la funzione di monitoraggio rispetto alla nuova organizzazione sanitaria.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CORRELATI

DAL GOVERNO
01 Settembre 2015
Rapporto Sdo 2014: in calo ricoveri (-3,2%) e giornate di degenza (-1,8%). Migliora l'appropriatezza

LAVORO E PROFESSIONE
16 Settembre 2015
Squire 2.0: qualità e appropriatezza, fatti non parole

DAL GOVERNO
13 Novembre 2015
Classifica Lea 2014: Toscana ancora prima, Calabria ultima. Molte Regioni contestano. Ecco i dati «sub iudice»

Privacy policy | Informativa estesa sull'utilizzo dei cookie

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

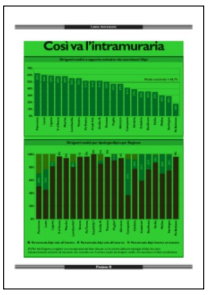
01-NOV-2016
da pag. 1
foglio 1 / 8
www.datastampa.it

Il Sole 24 ORE
Sanità

L'intramoenia 2014 va a bilancio

I principali risultati nell'ultima Relazione inviata dal ministero della Salute al Parlamento

L'organizzazione aziendale e la gestione dell'attività dei medici *(prima parte)*



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

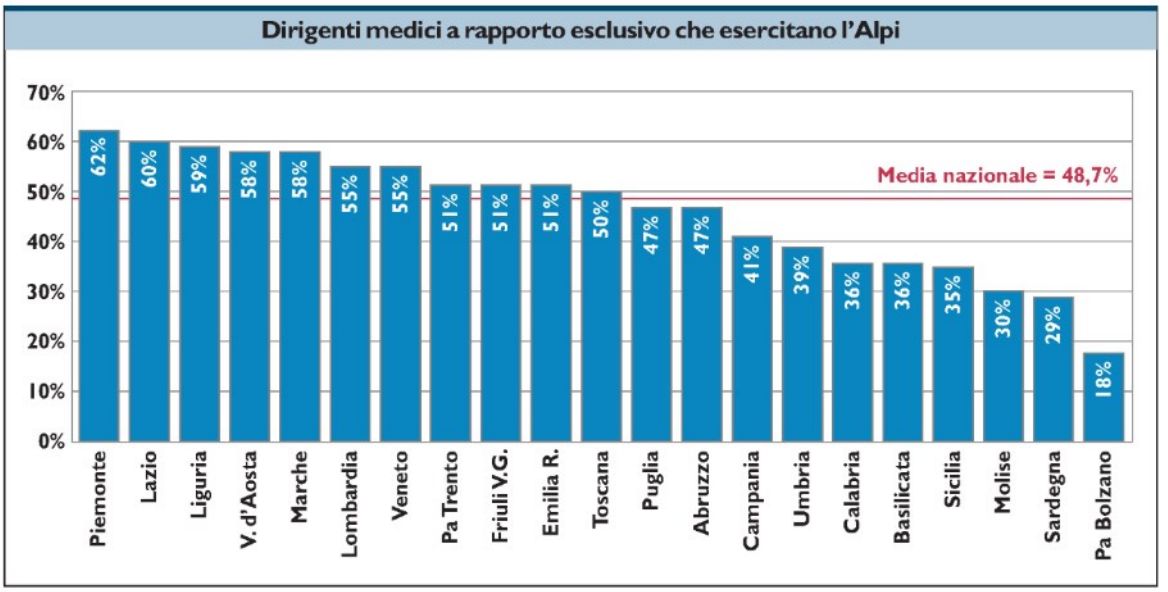
Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

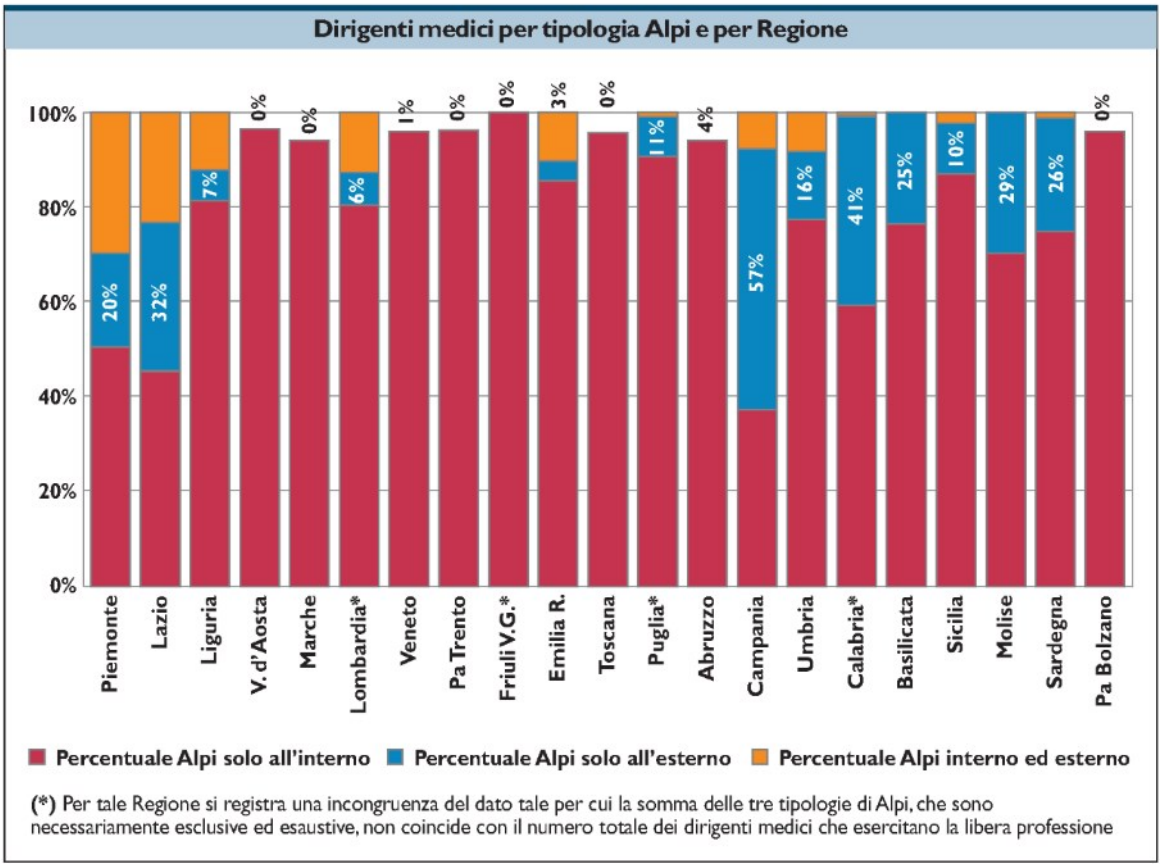
Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

01-NOV-2016
da pag. 1
foglio 2 / 8
www.datastampa.it

Così va l'intramuraria





(*) Per tale Regione si registra una incongruenza del dato tale per cui la somma delle tre tipologie di Alpi, che sono necessariamente esclusive ed esaustive, non coincide con il numero totale dei dirigenti medici che esercitano la libera professione

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

01-NOV-2016
da pag. 1
foglio 3 / 8
www.datastampa.it

Attivazione infrastruttura di rete

Numero aziende in cui è attiva l'infrastruttura di rete/ Numero totale aziende

Regione/Pa	
Abruzzo	2/4
Basilicata	3/4
Calabria	8/10
Campania	17/17
Emilia R.	14/14
Friuli V.G.	11/11
Lazio	11/21
Liguria	9/9
Lombardia	33/48
Marche	3/4
Molise	0/1

Regione/Pa	
Piemonte	12/19
Pa Bolzano	0/1
Pa Trento	1/1
Puglia	10/10
Sardegna	8/11
Sicilia	14/18
Toscana	16/16
Umbria	4/4
V. d'Aosta	1/1
Veneto	24/24

- Regioni/Province autonome in cui **nel 100 per cento** delle aziende è attiva l'infrastruttura di rete
- Regioni in cui **tra il 90 e il 99 per cento** delle aziende è attiva l'infrastruttura di rete
- Regioni in cui **tra il 51 e l'89 per cento** delle aziende è attiva l'infrastruttura di rete
- Regioni in cui **tra l'1 e il 50 per cento** delle aziende è attiva l'infrastruttura di rete
- Regioni/Province autonome in cui in **nessuna** azienda è attiva l'infrastruttura di rete

% aziende in cui è attivata l'infrastruttura di rete che garantisce il collegamento di tutte le strutture

Numero aziende che garantiscono il collegamento di tutte le strutture in cui vengono erogate prestazioni Alpi/Numero aziende che hanno attivato l'infrastruttura di rete

Regione/Pa	
Abruzzo	1/2
Basilicata	3/3
Calabria	6/8
Campania	16/17
Emilia R.	13/14
Friuli V.G.	11/11
Lazio	7/11
Liguria	7/9
Lombardia	28/33
Marche	3/3

Regione/Pa	
Molise	0
Piemonte	5/12
Pa Bolzano	0
Pa Trento	1/1
Puglia	8/10
Sardegna	5/8
Sicilia	14/14
Toscana	15/16
Umbria	4/4
V. d'Aosta	1/1
Veneto	24/24

- Regioni/Pa in cui **il 100%** delle aziende ha un'infrastruttura che garantisce il collegamento di tutte le strutture
- Regioni/Pa in cui **tra il 90 e il 99%** delle aziende ha un'infrastruttura che garantisce il collegamento di tutte le strutture
- Regioni/Pa in cui tra **il 51 e l'89%** delle aziende ha un'infrastruttura che garantisce il collegamento di tutte le strutture
- Regioni/Pa in cui tra l'**1 e il 50%** delle aziende ha un'infrastruttura che garantisce il collegamento di tutte le strutture
- Regioni/Province autonome in cui in **nessuna** azienda ha un'infrastruttura che garantisce il collegamento di tutte le strutture
- Non applicabile

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

01-NOV-2016
da pag. 1
foglio 4 / 8
www.datastampa.it

Tracciabilità dei pagamenti

- Regioni/Province autonome in cui presso **il 100%** delle Aziende il pagamento delle prestazioni Alpi viene effettuato direttamente all'azienda, con mezzi che garantiscono la tracciabilità della corresponsione
- Regioni in cui **tra il 90 e il 99%** delle Aziende permette il pagamento delle prestazioni Alpi direttamente all'azienda e con mezzi che garantiscono la tracciabilità della corresponsione
- Regioni in cui **tra il 51 e l'89%** delle Aziende permette il pagamento delle prestazioni Alpi direttamente all'azienda e con mezzi che garantiscono la tracciabilità della corresponsione
- Regioni in cui **tra l'1 e il 50%** delle Aziende permette il pagamento delle prestazioni Alpi direttamente all'azienda e con mezzi che garantiscono la tracciabilità della corresponsione
- Regioni in cui **nessuna** delle Aziende permette il pagamento delle prestazioni Alpi direttamente all'azienda e con mezzi che garantiscono la tracciabilità della corresponsione

Definizione, con i dirigentiinteressati, degli importi da corrispondere a cura dell'assistito

- Regioni/Province autonome **il 100%** delle Aziende ha definito, d'intesa con i dirigenti, gli importi da corrispondere a cura dell'assistito
- Regioni in cui **tra il 90 e il 99%** delle Aziende ha definito, d'intesa con i dirigenti, gli importi da corrispondere a cura dell'assistito
- Regioni in cui **tra il 51 e l'89%** delle Aziende ha definito, d'intesa con i dirigenti, gli importi da corrispondere a cura dell'assistito
- Regioni in cui **tra l'1 e il 50%** delle Aziende ha definito, d'intesa con i dirigenti, gli importi da corrispondere a cura dell'assistito
- Regioni in cui **nessuna** delle Aziende ha definito, d'intesa con i dirigenti, gli importi da corrispondere a cura dell'assistito

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

01-NOV-2016
da pag. 1
foglio 5 / 8
www.datastampa.it

Attività di controllo relative al progressivo allineamento dei tempi

- Regioni/Province autonome in cui **il 100%** delle Aziende svolge attività di controllo relative al progressivo allineamento dei tempi di erogazioni Alpi/istituzionale
- Regioni in cui **tra il 90 e il 99%** delle Aziende svolge attività di controllo relative al progressivo allineamento dei tempi di erogazioni Alpi/istituzionale
- Regioni in cui **tra il 51 e l'89%** delle Aziende svolge attività di controllo relative al progressivo allineamento dei tempi di erogazioni Alpi/istituzionale
- Regioni in cui **tra l'1 e il 50%** delle Aziende svolge attività di controllo relative al progressivo allineamento dei tempi di erogazioni Alpi/istituzionale
- Regioni in cui **nessuna** delle Aziende permette svolge attività di controllo relative al progressivo allineamento dei tempi di erogazioni Alpi/istituzionale

Misure dirette a prevenire l'insorgenza di conflitto d'interessi o concorrenza sleale

- Regioni/Province autonome in cui **il 100%** delle Aziende ha adottato misure dirette a prevenire l'insorgenza di conflitto d'interesse o concorrenza sleale
- Regioni in cui **tra il 90 e il 99%** delle Aziende ha adottato misure dirette a prevenire l'insorgenza di conflitto d'interesse o concorrenza sleale
- Regioni in cui **tra il 51 e l'89%** delle Aziende ha adottato misure dirette a prevenire l'insorgenza di conflitto d'interesse o concorrenza sleale
- Regioni in cui **tra l'1 e il 50%** delle Aziende ha adottato misure dirette a prevenire l'insorgenza di conflitto d'interesse o concorrenza sleale
- Regioni in cui **nessuna** delle Aziende permette ha adottato misure dirette a prevenire l'insorgenza di conflitto d'interesse o concorrenza sleale

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

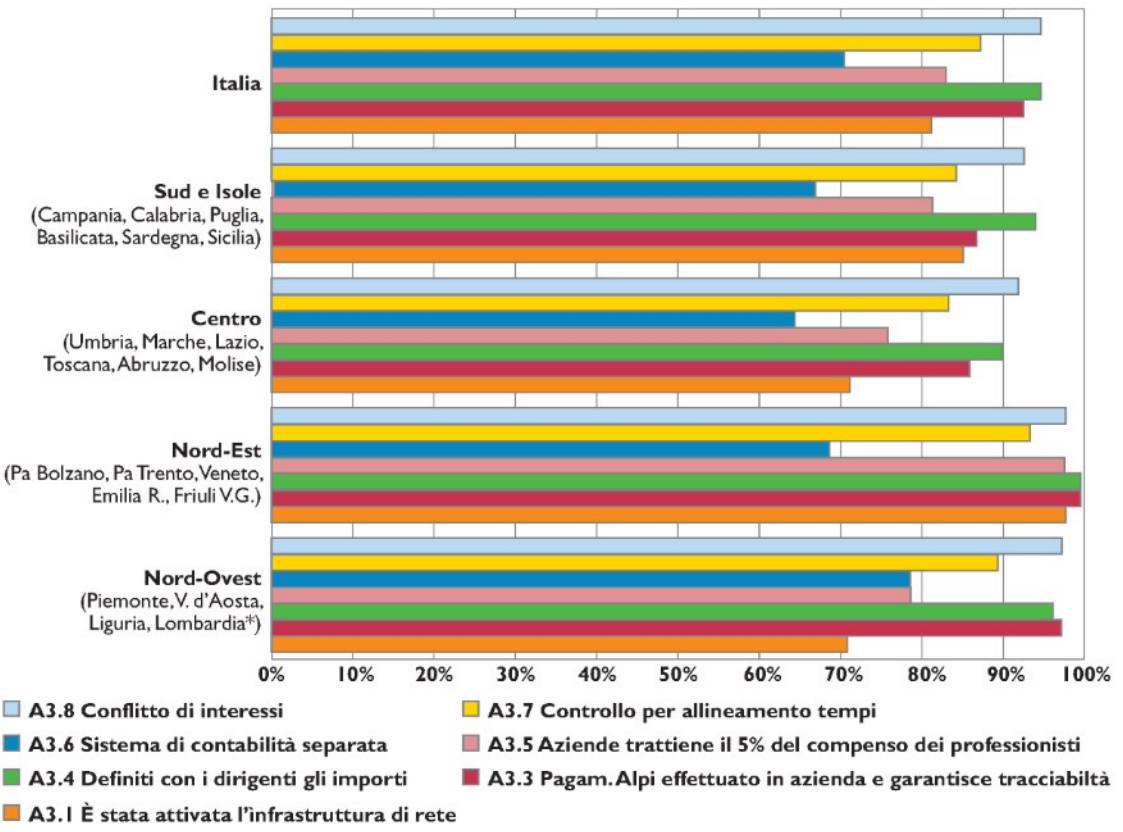
Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

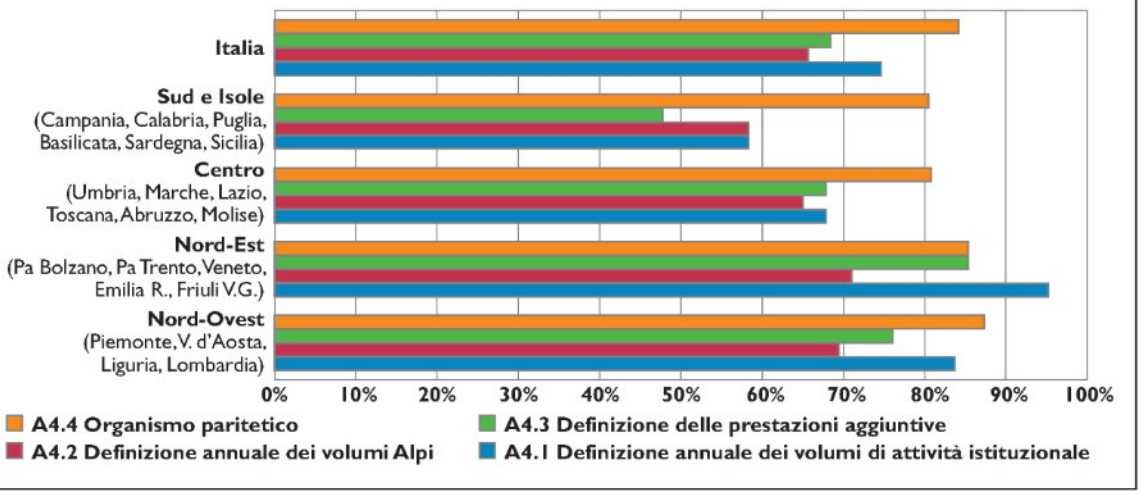
01-NOV-2016
da pag. 1
foglio 6 / 8
www.datastampa.it

I principali item per area geografica



(*) La Regione Lombardia ha riferito che «le Asl di Regione Lombardia, tranne la Asl Vallecamonica-Sebino, non hanno presidi ospedalieri e pertanto non svolgono le attività di ricovero e di specialistica ambulatoriale al pari della aziende ospedaliere. Alcune Aa.Ss.Ll. hanno rilevato che la tipologia di prestazioni in Lpi, oltre a quella veterinaria, è costituita in gran parte dalle visite per patenti e che questo semplifica in particolare la determinazione dei costi (...) sia la gestione dei tempi di attesa, che spesso sono dichiarati inesistenti, sia la programmazione dei volumi di attività»

Il governo aziendale per area geografica



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

01-NOV-2016
da pag. 1
foglio 7 / 8
www.datastampa.it

Quadro sinottico (anno 2014)

REGIONE	Livello REGIONALE SEZIONI 2 - 3 - 5			Livello AZIENDALE SEZIONE 3 - Governo aziendale della libera professione								Livello AZIENDALE SEZIONE 4 - Volumi di attività		
	Passaggio al regime ordinario dell'attività libero-professionale intramuraria	Linee guida	Organismi partetici	Infrastruttura di rete attiva	Tracciabilità pagamento	Importi definiti con i dirigenti	Trattenuta del 5%	Allineamento tempi	Conflitto interessi/ concorrenza sleale	Definizione annualm. volumi Alpi	Definizione volumi Alpi	Organismo paritetico
	R2.1	R3.1	R5.1	A3.1	A3.3	A3.4	A3.5	A3.7	A3.8	A4.1	A4.2	A4.4
Abruzzo	sì	sì	sì	50,0%	100,0%	75,0%	0,0%	75,0%	100,0%	50,0%	75,0%	75,0%
Basilicata	sì	no	no	75,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	75,0%
Calabria	sì	sì	no	80,0%	70,0%	80,0%	80,0%	80,0%	100,0%	70,0%	70,0%	90,0%
Campania	sì	sì	no	100,0%	94,1%	100,0%	94,1%	94,1%	88,2%	58,8%	64,7%	82,4%
Emilia R.	sì	sì	sì	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	92,9%	100,0%	100,0%	85,7%	85,7%
Friuli V.G.	sì	no	no	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	90,9%	90,9%	81,8%	36,4%	54,5%
Lazio	no	sì	sì	52,4%	66,7%	81,0%	71,4%	76,2%	81,0%	52,4%	57,1%	81,0%
Liguria	sì	sì	sì	100,0%	100,0%	100,0%	77,8%	88,9%	100,0%	100,0%	77,8%	88,9%
Lombardia	sì	no	no	68,8%	95,8%	97,9%	79,2%	93,8%	100,0%	81,3%	77,1%	83,3%
Marche	sì	no	sì	75,0%	100,0%	100,0%	100,0%	75,0%	100,0%	100,0%	50,0%	100,0%
Molise	sì	no	no	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Piemonte	sì	sì	no	63,2%	100,0%	89,5%	78,9%	78,9%	89,5%	84,2%	47,4%	100,0%
Pa Bolzano	sì	no	sì	0,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Pa Trento	sì	no	sì	100,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Puglia	sì	no	sì	100,0%	100,0%	100,0%	80,0%	80,0%	100,0%	50,0%	60,0%	100,0%
Sardegna	sì	sì	sì	72,7%	63,6%	81,8%	63,6%	90,9%	81,8%	18,2%	27,3%	72,7%
Sicilia	sì	sì	no	77,8%	94,4%	100,0%	77,8%	72,2%	94,4%	72,2%	55,6%	72,2%
Toscana	sì	sì	sì	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	81,3%	75,0%	75,0%
Umbria	no	sì	no	100,0%	100,0%	100,0%	75,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
V. d'Aosta	sì	sì	no	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Veneto	sì	sì	sì	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	95,8%	100,0%	100,0%	83,3%	100,0%

100% 90%-99% 51%-89% 1%-50% 0%

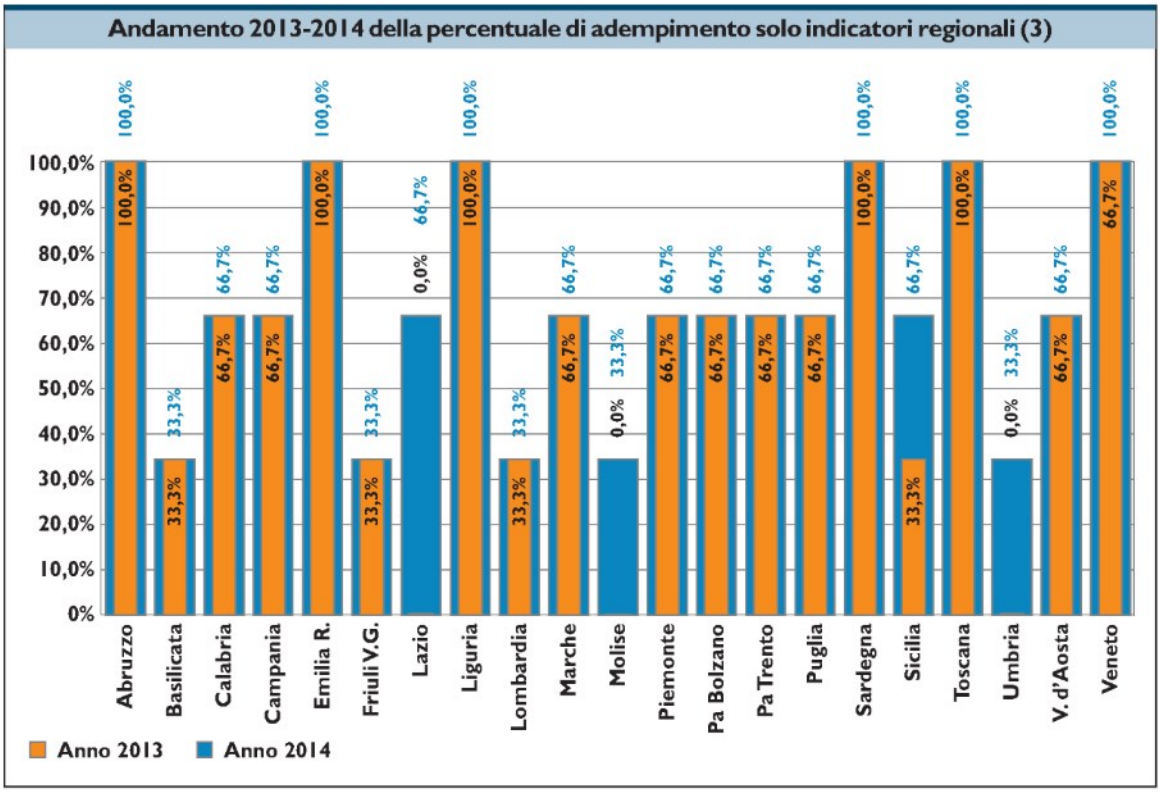
data stampa
dal 1980 monitoraggio media

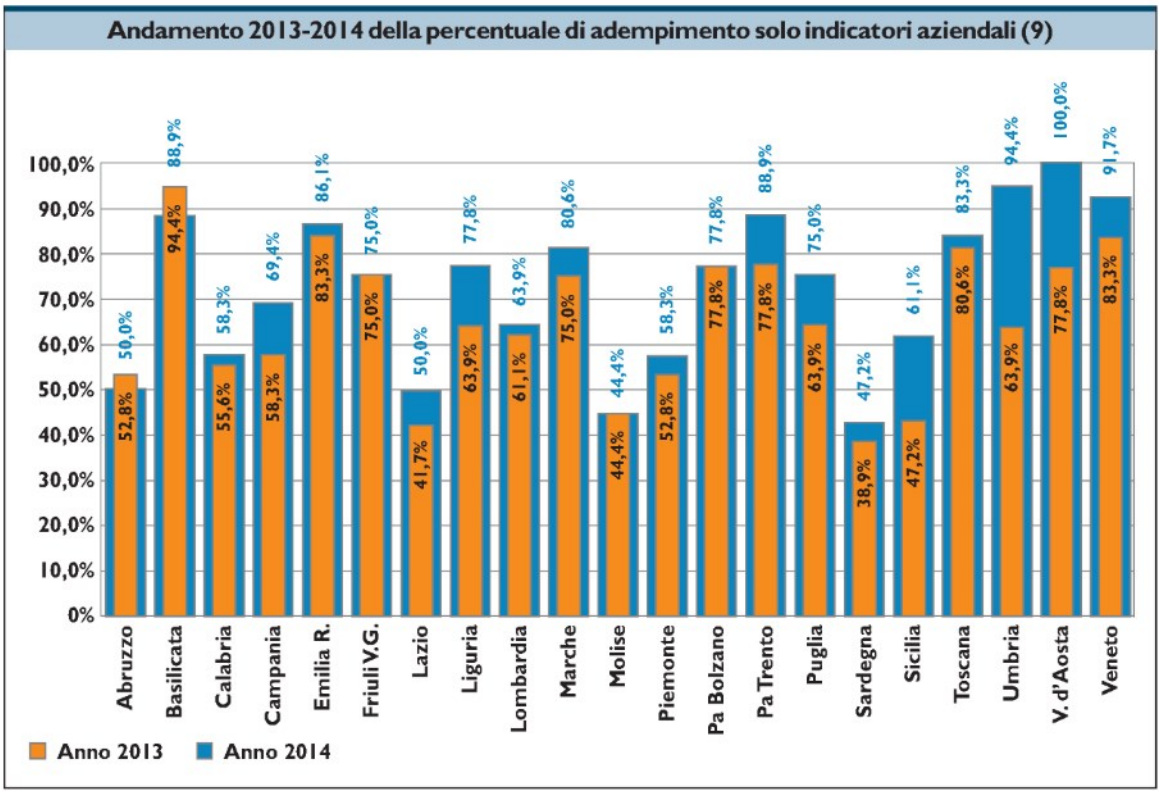
Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

01-NOV-2016
da pag. 1
foglio 8 / 8
www.datastampa.it





data stampa
dal 1980 monitoraggio media