HiQPdf Evaluation 03/24/2017

Rivoluzione manager Sanità, si punta su merito e su un Albo

Ok Cdm a decreto,valutazione anche su Lea e taglio liste attesa

24 marzo 2017

(fotogramma)

ROMA - Manager della Sanità, si volta pagina: non saranno più scelti dalla politica ma selezionati attraverso un Albo nazionale a cui potranno accedere dopo una selezione per curriculum e titoli. E c'è di più: chi non raggiunge gli obiettivi prefissati, o amministrerà male, decadrà direttamente dall'incarico. E' questa la 'rivoluzione' in arrivo già a partire da ottobre, quando diventerà operativo il nuovo Elenco unico nazionale per i direttori generali nella Sanità.

Il Consiglio dei ministri ha infatti dato il via libera ad un decreto legislativo sui dirigenti sanitari. Si tratta di un decreto, ha spiegato il ministro della Salute Beatrice Lorenzin, "estremamente importante che era stato bloccato dall'impugnativa della Regione Veneto nell'ambito della riforma Madia". Ora il testo, che accoglie i correttivi delle Regioni, andrà alla Conferenza Stato-Regioni e al Consiglio di Stato e "concluderà il suo iter entro giugno". Il problema della sanità italiana, ha quindi sottolineato il ministro, "non è la mancanza di personale qualificato, perché i medici, infermieri e tecnici sono di altissimo livello. Il problema è di tipo organizzativo e gestionale, con la componente manageriale che è scelta dalle Regioni. Abbiamo cambiato il modo di selezionare i direttori generali, lasciando le competenze alle Regioni, ma riportandole a criteri di valutazione meritocratici, validi per tutti. E quindi assicurando procedure conformi a principi di merito, imparzialità e trasparenza, con un albo nazionale cui potranno attingere le amministrazioni locali".

Per questo, viene istituito presso il ministero della salute un elenco nazionale di idonei, aggiornato ogni due anni attraverso una selezione di candidati da parte di una commissione di esperti. All'elenco dei direttori generali non potrà iscriversi chi abbia più di 65 anni e per accedere bisogna avere un attestato di formazione in materia di sanità pubblica e gestione sanitaria. Quindi, ha rilevato Lorenzin, "parliamo di manager con comprovata esperienza". La permanenza nell'elenco dura 4 anni: è un elenco aperto, che viene aggiornato e prevede un sistema di valutazione dei dirigenti, che, ha ricordato il ministro, "gestiscono 113 miliardi della spesa sanitaria italiana". La grande novità riguarda poi il capitolo 'valutazione', con la perdita dell'incarico nel caso di non raggiungimento degli obiettivi. Ci sarà infatti una valutazione dei direttori generali iscritti nell'albo, ha spiegato, "tenendo conto del raggiungimento degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi".

I Livelli essenziali di assistenza (Lea) diventano dunque elemento primario di

la Repubblica
3 mesi a 19.99€
e 20€ in buoni sconto
la Repubblica

tvzap la social TV Seguici su

STASERA IN TV

Rai 1 20:30 - 23:05 Qualificazioni Mondiali 2018 - Italia - Albania

Rai 2 21:05 - 22:55 Il paradiso per davvero

5 21:10 - 23:30 Il segreto - Stagione 21 - Ep. 1307

21:10 - 23:40 Crazy, Stupid, Love

Guida Tv completa »

CLASSIFICA TVZAP SOCIALSCORE

1. Made in Sud 80/100 Mi piace

ILMIOLIBRO EBOOK

HiQPdf Evaluation 03/24/2017

valutazione e tra i criteri viene inserita anche la riduzione delle liste d'attesa, che sui territori provocano diseguaglianza. "Vogliamo raggiungere un omogeneità del livello di assistenza a livello nazionale", ha affermato Lorenzin. Vengono anche valutati i dati dei bilancio ed è prevista la decadenza dei direttori generali non solo in caso di violazione della legge e malasanità ma anche nei casi in cui la valutazione delle performance sia negativa. Non c'è la possibilità di ricorso e si prevede la cancellazione dall'elenco e reinserimento solo dopo nuova selezione. A cascata, c'è un procedimento demandato alle regioni per la nomina dei direttori sanitari e dei servizi socio-sanitari: anche qui viene costituito un elenco regionale degli idonei e la selezione avviene per titolo e colloquio.

manager sanità sanità

© Riproduzione riservata 24 marzo 2017

Altri articoli dalla categoria »

Rivoluzione manager Sanità, si punta su merito e su un Albo

Salute, ecco il cerotto smart che entra nella ferita e rilascia il farmaco

"Mal di sushi", a Milano il caso arriva in tribunale: due ristoratori a

Divisione Stampa Nazionale — Gruppo Editoriale L'Espresso Spa - P.Iva 00906801006 — Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di CIR SpA

HiQPdf Evaluation 03/23/2017

Rivoluzione per i manager della Sanità, selezione per merito e Albo nazionale

Ok Cdm a decreto, valutazione anche su Lea e taglio liste attesa

Redazione ANSA ROMA 24 marzo 2017 17:23

Sanit: Lorenzin, da ottobre albo direttori generali © ANSA

Manager della Sanità, si volta pagina: non saranno più scelti dalla politica ma selezionati attraverso un Albo nazionale a cui potranno accedere dopo una selezione per curriculum e titoli. E c'è di più: chi non raggiunge gli obiettivi prefissati, o amministrerà male, decadrà direttamente dall'incarico. E' questa la 'rivoluzione' in arrivo già a partire da ottobre, quando diventerà operativo il nuovo Elenco unico nazionale per i direttori generali nella Sanità.

Il Consiglio dei ministri ha infatti dato il via libera ad un decreto legislativo sui dirigenti sanitari. Si tratta di un decreto, ha spiegato il ministro della Salute Beatrice Lorenzin, "estremamente importante che era stato bloccato dall'impugnativa della Regione Veneto nell'ambito della riforma Madia". Ora il testo, che accoglie i correttivi delle Regioni, andrà alla Conferenza Stato-Regioni e al Consiglio di Stato e "concluderà il suo iter entro giugno". Il problema della sanità italiana, ha quindi sottolineato il ministro, "non è la mancanza di personale qualificato, perché i medici, infermieri e tecnici sono di altissimo livello. Il problema è di tipo organizzativo e gestionale, con la componente manageriale che è scelta dalle Regioni. Abbiamo cambiato il modo di selezionare i direttori generali, lasciando le competenze alle Regioni, ma riportandole a criteri di valutazione meritocratici, validi per tutti. E quindi assicurando procedure conformi a principi di merito, imparzialità e trasparenza, con un albo nazionale cui potranno attingere le amministrazioni locali".

Per questo, viene istituito presso il ministero della salute un elenco nazionale di idonei, aggiornato ogni due anni attraverso una selezione di candidati da parte di una commissione di esperti. All'elenco dei direttori generali non potrà iscriversi chi abbia più di 65 anni e per accedere bisogna avere un attestato di formazione in materia di sanità pubblica e gestione sanitaria. Quindi, ha rilevato Lorenzin, "parliamo di manager con comprovata esperienza". La permanenza nell'elenco dura 4 anni: è un elenco aperto, che viene aggiornato e prevede un sistema di valutazione dei dirigenti, che, ha ricordato il ministro, "gestiscono 113 miliardi della spesa sanitaria italiana". La grande novità riguarda poi il capitolo 'valutazione', con la perdita dell'incarico nel caso di non raggiungimento degli

DALLA HOME SALUTE&BENESSERE

Rivoluzione per i manager della Sanità, selezione per merito e Albo nazionale
Sanità

Con GMV sanità italiana arriva a Mosca, aperto policlinico
Sanità

Mostra itinerante per scoprire talento persone autistiche
Sanità

Dal Bambino Gesù un decalogo del 'perfetto' volontario in corsia
La crescita

Scoperta mutazione gene che danneggia fertilità femminile
Ginecologia

HiQPdf Evaluation 03/23/2017

obiettivi. Ci sarà infatti una valutazione dei direttori generali iscritti nell'albo, ha spiegato "tenendo conto del raggiungimento degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi". I Livelli essenziali di assistenza (Lea) diventano dunque elemento primario di valutazione e tra i criteri viene inserita anche la riduzione delle liste d'attesa, che sui territori provocano diseguaglianza: "Vogliamo raggiungere un'omogeneità del livello di assistenza a livello nazionale", ha affermato Lorenzin. Vengono anche valutati i dati dei bilancio ed è prevista la decadenza dei direttori generali non solo in caso di violazione della legge e malasanità ma anche nei casi in cui la valutazione delle performance sia negativa. Non c'è la possibilità di ricorso e si prevede la cancellazione dall'elenco e reinserimento solo dopo nuova selezione. A cascata, c'è un procedimento demandato alle regioni per la nomina dei direttori sanitari e dei servizi socio-sanitari: anche qui viene costituito un elenco regionale degli idonei e la selezione avviene per titolo e colloquio.

RIPRODUZIONE RISERVATA © Copyright ANSA

P.I. IT00876481003 - © Copyright ANSA - Tutti i diritti riservati

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 301.987
Diffusione 12/2016: 223.463
Lettori Ed. II 2016: 1.965.000
Quotidiano - Ed. nazionale

NAZIONE - Carlino - GIORNO

Dir. Resp.: Andrea Cangini

25-MAR-2017
da pag. 3
foglio 1
www.datastampa.it

RIVOLUZIONE ASL

Dirigenti sanitari, arriva l'Albo unico E chi sbaglia decadrà subito

I MANAGER della Sanità saranno scelti attraverso un Albo nazionale, a cui potranno accedere dopo una selezione per curriculum e titoli. E chi non amministrerà male, decadrà dall'incarico. Sono le novità in arrivo già a partire da ottobre, quando diventerà operativo il nuovo Elenco unico nazionale per i direttori generali nella Sanità, contenuto nel decreto legislativo a cui il cdm ha dato ieri l'ok.
Il provvedimento, spiega il ministro della Salute Beatrice Lorenzin (**nella foto**), «era stato bloccato dall'impugnativa della Regione Veneto». Ora il testo, che accoglie i correttivi delle Regioni, andrà alla Conferenza Stato-Regioni e al Consiglio di Stato ed entro giugno diventerà legge.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 158.319
Diffusione 12/2016: 194.405
Lettori Ed. II 2016: 843.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE

Dir. Resp.: Guido Gentili

25-MAR-2017
da pag. 18
foglio 1
www.datastampa.it

Riforma Madia. Via libera allo schema di decreto legislativo

Tornano in mano alle Regioni le nomine dei manager sanitari

DIETROFRONT

L'Albo nazionale non sarà più una graduatoria per punteggi di candidati ma un elenco di «ammessi» tra cui sceglierà una commissione regionale

Roberto Turno

La valutazione dei candidati, i criteri e le modalità di valutazione, i tempi per la verifica, l'iter in caso di decadenza o di mancata conferma nell'incarico. Ma anche le regole sui punteggi, sulle esperienze dirigenziali e sulla rosa dei candidati. Bocciato dalla Corte costituzionale lo scorso 25 novembre, lo **schema di Dlgs** frutto della **legge Madia** sulla scelta e la nomina dei **manager** della **sanità pubblica**, cambia volto. E non solo perché prevede quell'Intesa con le Regioni che era mancata in prima battuta. Si cambia, infatti, e non di poco: riassegnando libertà di scelta e potere ai governatori.

La marcia indietro – che fa dell'Albo niente più che una summa di "ammessi" e di relativi curricula, non più una graduatoria per punteggi di aspiranti direttori generali di asl e ospedali – è stata decretata ieri dal **Consiglio dei ministri** con un Dlgs correttivo e integrativo che va adesso al parere necessario per l'Intesa della Conferenza Stato-Regioni. Un parere che si annuncia positivo, dopo l'accoglimento di tutte le richieste dei governatori, sulla scorta del giudizio della Consulta, oltreché del Consiglio di Stato che proprio sull'assenza dell'Intesa (ma non solo), s'era espresso negativamente fin dal gennaio 2016. Ma inutilmente, tanto che il Governo era andato avanti ugualmente, salvo poi inciampare nella successiva sentenza della Consulta.

Ma il cambio di passo sarà importante ugualmente, ha detto ieri la ministra della Salute Beatrice Lorenzin, ricordando le regole stringenti cui saranno sottoposti, fino al rischio di decadenza, i futuri manager del Ssn. Fatto sta che le Regioni riconquistano quello che, senza il ricorso del Veneto alla Consulta, avrebbero perduto. E senza dimenticare che, come ha detto la stessa Lorenzin, sebbene l'iter del provvedimento sarà completato entro giugno, l'Albo (elenco) nazionale dei manager sarà operativo da ottobre.

Sono diverse le modifiche apportate al vecchio schema di Dlgs. Una volta individuati gli idonei all'Albo, anzitutto, la valutazione dei candidati sarà svolta dalla Commissione regionale «per titoli e colloquio» entro la procedura regionale. La nomina della Commissione regionale, inoltre, viene demandata al presidente della Regione. Cambio di passo anche su modalità e criteri della valutazione, che vengono definiti dalle Regioni, che tra i titoli, in ogni caso, dovranno considerare anche i profili del management e della direzione aziendale, inclusi i corsi di perfezionamento universitario di almeno un anno e le attribuzioni professionali. Il punteggio minimo per accedere all'Albo dovrà essere di 70 (non più 75) punti, sempre col tetto massimo di 100, attribuendo più peso (il 60%) alle esperienze dirigenziali degli ultimi sette anni, piuttosto che ai titoli formativi e professionali. Ma la "pagella" servirà soltanto per l'inserimento nell'Albo. Che sua volta, fatto significativo, recherà i nomi degli ammessi in rigido ordine alfabetico, senza alcuna indicazione del punteggio conseguito. Mentre la Regione potrà scegliere ulteriori «modalità e criteri di selezione» per individuare il candidato più idoneo all'incarico da assegnare.

Non solo. Le Regioni potranno effettuare la valutazione «per titoli o colloquio, o per titoli o per colloquio», si legge con tipico bizantinismo. In soldoni: faranno come gli pare. Liberi di scegliere a loro piacimento «modalità e criteri di selezione». La stessa rosa dei candidati che sarà proposta dalla Commissione alla Regione non sarà più rigorosamente di 3 candidati, ma «non inferiore a 3 e non superiore a 5». È il titolo V, signori, e Renzi lo aveva dimenticato.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 332.759
Diffusione 12/2016: 318.217
Lettori Ed. II 2016: 2.218.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

25-MAR-2017
da pag. 18
foglio 1
www.datastampa.it

«Pessima sanità, gli ordini controllino di più»

La ministra della Salute Lorenzin: «Spero che ora i responsabili siano puniti»

L'intervista

di **Margherita De Bac**

ROMA «Una storia di pessima sanità». La ministra della Salute, Beatrice Lorenzin, commenta così il caso del primario Norberto Confalonieri, primario del Cto di Milano, arrestato

Possibile che al Cto nessuno si fosse accorto di niente?

«Spero che i responsabili ricevano sanzioni adeguate anche da parte degli ordini professionali che devono rafforzare la vigilanza, come è previsto in un disegno di legge a mia firma, ora alla Camera».

Lorenzin è reduce dal consiglio dei ministri che ieri ha approvato un decreto di riforma dei direttori generali delle Asl. Mancano solo passaggi tecnici, le Regioni sono d'accordo, a ottobre entrerà in vigore.

Cosa c'è di nuovo?

«Che la politica sarà costretta a compiere un passo indietro molto significativo. I 113 miliardi della spesa sanitaria finora sono stati gestiti dalle amministrazioni locali attraverso un ristretto numero di persone, un centinaio, messe a capo delle Asl. Da cui dipende il funzionamento di aziende sanitarie e ospedali».

Ora cosa cambierà?

«Gli assessori dovranno individuare i manager scegliendoli in un albo per titoli, basato sulla selezione dei candidati da parte di una commissione nazionale. Si riduce la discrezionalità politica. Per entrare nell'elenco degli idonei servono una serie di requisiti molto rigidi. In Italia manca un'élite di dirigenti sanitari qualificati. Nel nuovo albo si entra per merito, titoli, esperienza dirigenziale e solo se in possesso di una formazione specifica in management sanitario da acquisire e rinverdire con specifici corsi».

Però gli assessori devono poter scegliere anche collaboratori di fiducia. O no?

«È l'assessore a decidere chi nella rosa degli idonei che risponderanno agli avvisi per la sua Regione, fa al caso suo, basandosi su condivisione di obiettivi e colloqui. Inizialmente il decreto prevedeva che la scelta fosse limitata ai primi tre della graduatoria. Se dopo due anni dalla nomina il direttore non ha rispettato gli obiettivi fissati dal decreto, come riduzione liste di attesa e applicazione dei Lea, la lista delle prestazioni rimborsate dal servizio pubblico, decade e non c'è ricorso che tenga. Oltretutto il dirigente esce dall'albo con immaginabili penalità per la sua carriera».

La prossima settimana incontrerà le Regioni per avviare una riflessione sui ticket. Conferma di volerli abolire?

«Riprendiamo il discorso avviato. Tre le ipotesi. 1)Rimodulare i ticket in base alla numerosità della famiglia e alle nuove povertà. 2) Ridurli fino a farli scomparire progressivamente. 3) Lasciare una compartecipazione del cittadino vincolando il ricavato a progetti in favore di donne e di emarginati e anziani fragili».

La Lombardia ha deciso di dimezzare il superticket stanziando 25 milioni recuperati attraverso risparmi. Eppure il ministero ha impugnato il provvedimento. Non è incoerente?

«Per questo cerchiamo di arrivare a una proposta condivisa dalle Regioni. Il ticket ha più componenti. Bisogna verificare se la spesa di 3 miliardi sostenuta dai cittadini risponde a criteri di equità, se sono sempre i soliti a pagare e come sventare gli evasori».

Cosa pensa degli operatori sanitari che non si vaccinano?

«Abbiamo visto quali sono i risultati della mancata vaccinazione contro il morbillo. Mi aspetto una maggiore partecipazione spontanea ai piani di prevenzione».

mdebac@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

> In Italia manca un'élite di dirigenti sanitari qualificati Nel nuovo albo si entrerà con una formazione specifica in management sanitario

La parola

ASL

Le Aziende sanitarie locali (Asl) sono gli enti pubblici deputati alla gestione e all'erogazione dei servizi sanitari. Dipendono dalle Regioni e hanno un'autonomia sia amministrativa che imprenditoriale.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

la Repubblica.it

24-03-2017

Lettori
37.302

www.la.repubblica.it/

Aspettativa di vita, i medici al primo posto nella classifica

di GIUSEPPE DEL BELLO

PENSIONE, sospirato traguardo o trampolino per una nuova vita? Chi ci arriva, e sono in tanti, ha buone speranze di campare a lungo. E se si tratta di ex camici bianchi, le prospettive sono ancora più rosee. Sono loro, i dottori, a piazzarsi al primo posto della classifica dell'aspettativa di vita. A dispetto di una professione che figura tra le più logoranti, il dato che emerge dallo studio realizzato dall'Ordine degli Attuari spariglia le carte: i medici pensionati sono più longevi, seguiti a ruota da avvocati e pubblici dipendenti. La ricerca, presentata a dicembre scorso dal presidente Giampaolo Grenca, rivela che i cosiddetti percettori di reddito (in questo caso i pensionati) sopravvivono a lungo dopo avere lasciato il lavoro.

La pensione. D'altro canto a stupire non è il dato (scontato) che quelli che percepiscono un assegno più cospicuo se la passano meglio. Più soldi in banca e meno preoccupazioni, a loro volta si traducono in maggiori possibilità di cure e serenità d'animo. Insomma, si sta meglio. La conseguenza è appunto un'aspettativa di vita più lunga rispetto a quella della media generale della popolazione. Al contrario, sorprende la posizione dei camici bianchi nella hit parade dei pensionati.

Il 12% in più del resto della popolazione. Entrando nel dettaglio delle categorie con prospettiva temporale molto lunga, gli attuari piazzano i medici sullo scalino più alto della classifica. Vuol dire che i discendenti di Ippocrate a partire dai 65 anni possono sperare di viverne altri 20,6, cioè il 12,3 per cento in più della popolazione generale che può contare su un'aspettativa ulteriore di "soli" 18,3 anni. Subito dopo i dottori, ci sono gli avvocati che possono aggiungere in media ai 65 altri 20,1 anni. Tra l'altro, dall'analisi si scopre che la forbice dell'aspettativa di vita tra chi gode di assegno pensionistico e chi non ha tutela previdenziale diventa gradualmente più ampia quando ci si approssima all'età del pensionamento. Ma il futuro non è buio nemmeno per i lavoratori pubblici che hanno (sempre dopo i 65) davanti a loro altri 20,3 anni contro i 18,4 di quelli del settore privato, appena un punto in più della popolazione generale.

Milioni di dati. In totale la ricerca, spulciando nei documenti previdenziali, ha catalogato 15 milioni di dati di pensionati, di cui 10 si riguardano gli assegni di vecchiaia, i rimanenti 5 quelli di invalidità e di reversibilità a coniuge e figli.

Tra 83 e 86. L'elemento (favorevole) è che i titolari di reddito previdenziale in Italia hanno oggi un'aspettativa di vita tra 83 e 86 anni per gli uomini e tra 87 e 90 per le donne. E anche il futuro promette bene, visto che una valutazione prospettica spinta fino al 2045, prevede una media di 88 anni per i maschi e di 92 per le femmine, come sempre ben più longeve del sesso forte. Ma i risultati dello studio degli Attuari che certifica una vita sempre più lunga per i pensionati è anche fonte di perplessità. E il primo a esprimerla era stato, a dicembre, proprio il presidente dell'Inps Tito Boeri secondo cui "bisognerebbe tener conto che i percettori di prestazioni previdenziali più generose hanno un tasso di mortalità più basso". Che vuol dire? Semplicemente che gli assegni elevati potrebbero subire una riduzione. Due piccioni con una fava: meno soldi e per minor tempo. Ma questa è un'altra storia.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 301.987
Diffusione 12/2016: 223.463
Lettori Ed. II 2016: 1.965.000
Quotidiano - Ed. nazionale

NAZIONE - Carlino - GIORNO

Dir. Resp.: Andrea Cangini

25-MAR-2017
da pag. 3
foglio 1
www.datastampa.it

Stop ai rimpalli per i malati cronici Visite e ricette saranno più veloci

Medici di base e specialisti collaboreranno per snellire le procedure

VIA CRUCIS
Oggi 25 milioni di persone sono costrette a un ping pong per ottenere le prescrizioni

IL TAVOLO
Agenzia del farmaco e dottori assieme per agevolare il rapporto tra colleghi

ROMA

PIÙ FACILE ottenere i medicinali per chi è affetto da una patologia cronica, come il diabete. La novità potrebbe arrivare a breve, secondo quanto è stato da poco concordato nell'ambito del Tavolo sulla medicina generale dell'Aifa, l'Agenzia italiana del farmaco. E riguarderà i piani terapeutici, preparati dagli specialisti, che al momento sono essenziali per procedere all'acquisto delle medicine per le malattie croniche. Una semplificazione, chiesta da tempo dai medici di famiglia, che consentirà ai cittadini di pagare qualche visita in meno e di beneficiare di tempi più rapidi. Anche grazie all'ausilio di internet. La questione riguarda il vero e proprio *ping pong* al quale sono sottoposti, secondo l'Istat, circa 25 milioni di pazienti (tra i 7,5 e i 10 considerati gravi) affetti da diverse tipologie di malattia cronica, dal mal di testa all'artrosi, dal diabete all'ipertensione: ottenere la prescrizione di centinaia di medicinali studiati per le loro cure è attualmente piuttosto complicato.

IL MALATO solitamente valuta con il proprio medico di famiglia la necessità di predisporre una terapia e, quindi, di ottenere le relative cure. Per metterle materialmente in campo, però, gli serve andare dallo specialista, pagando il relativo ticket per la visita. Ma qui possono iniziare gli inconvenienti. Spesso il paziente non risolve tutto al primo colpo, ma torna dal suo medico per verificare quali esami diagnostici sono stati effettuati fino a quel momento. E comincia così un rimpallo che può andare avanti diverso tempo. Senza contare che, poi, i piani vanno aggiornati periodicamente: di solito durano tra tre mesi e un anno. Quindi, dopo qualche tempo, la procedura va ripetuta.
Bisogna anche considerare che in alcune Regioni è richiesto, come ulteriore aggravio, il passaggio alla farmacia ospedaliera per il rilascio della prima dose di farmaci e il timbro sulla prescrizione per ottenere le successive confezioni nella farmacia sotto casa. A tutto questo, infine, si aggiungono le liste d'attesa per l'accesso alle visite specialistiche che, come noto, hanno spesso tempi piuttosto lunghi.

L'OBIETTIVO del Tavolo, allora, è di ridurre drasticamente questa *via crucis*, aiutando i pazienti ad ottenere assistenza in maniera più veloce. Sarà introdotto, così, un dialogo più serrato tra medico di famiglia e specialista per ridurre il numero di visite incrociate. Le due figure, in sostanza, dovranno agire congiuntamente sia sulle modifiche ai piani terapeutici sia sulla prescrizione dei medicinali. I dettagli saranno discussi a partire dal prossimo incontro, ma esiste già un accordo di massima sulla direzione da prendere. «Dopo incontri, riunioni e tavole rotonde, finalmente agli annunci ora dovrebbero seguire i fatti», spiegano dalla Fimmg, la Federazione dei medici generali. L'Aifa ha, infatti, già concordato sulla opportunità di creare questo raccordo: l'idea è che i piani terapeutici dei malati cronici vengano preparati eliminando i vecchi steccati, anche grazie all'ausilio massiccio delle piattaforme web che consentono la comunicazione costante tra medici.

Matteo Palo

Le tappe

Come funziona ora

Il paziente deve saltare dal medico di famiglia allo specialista per ottenere le medicine e gli esami che gli servono. Un ping pong che si ripete più volte

Come funzionerà

I piani terapeutici saranno concordati da medico di famiglia e specialista, che si sentiranno via web, evitando alcune visite e tagliando i tempi

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 216.821
Diffusione 12/2016: 177.209
Lettori Ed. II 2016: 1.199.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

25-MAR-2017
da pag. 18
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

IL CASO

I test allergici diventano a pagamento

Paolo Russo A PAGINA 18

A PRESCRIVERE LE ANALISI SARÀ LO SPECIALISTA: TICKET DA 25 A 50 EURO

"Troppi allergici immaginari" E il test diventa a pagamento

PAOLO RUSSO
ROMA

Un popolo di allergici, uno su quattro immaginario ma pronto a sperperare un fiume di denaro per test spesso inutili. Ma attenzione, d'ora in avanti, per accertare se quelle bolle o quel respiro affannoso dipendono da una fragola piuttosto che dal polline, costerà caro, perché a prescrivere l'analisi non sarà più gratuitamente il medico di famiglia, ma lo specialista. Dove per ogni capatina a studio per la visita si paga il super ticket che, a seconda della Regione, varia da 25 a 50 euro.

La novità è contenuta nei Lea, i nuovi Livelli essenziali di assistenza, da poco pubblicati in Gazzetta Ufficiale, «con i quali arriva una tassa che peserà su molti cittadini che fino ad oggi si sono rivolti al loro medico di fiducia, che sicuramente è in grado di capire se quei test sono necessari o no», afferma Silvestro Scotti, Segretario nazionale della Fimmg, la Federazione dei medici di famiglia. Una scelta che andrebbe nella direzione opposta da quella auspicata dalla stessa Fimmg, che con la nuova convenzione punta ad incentivare i medici ad eseguire direttamente in studio tutta una serie di accertamenti di routine e non invasivi.

Ma la Società italiana di allergologia (Siaaic) mette in guardia. «Un esercito di circa 20 milioni di italiani, presunti allergici, a torto o a ragione spende centinaia di euro in test che non sono validati scientificamente e che hanno la stessa attendibilità del lancio di una monetina», denunciano in un documento.

Ogni anno, stima la Siaaic, sarebbero tra i 3 e i 4 milioni gli esami inutili, a volte fai da te, per accertare intolleranze e allergie. Ipotetiche perché i veri allergici, secondo gli esperti, non sarebbero che 2 milioni. Però intanto con i test si dilapidano ben 300 milioni di euro l'anno.

Tra i fanta test gli allergologi elencano quello del capello, della forza, il pulse test che valuta la variazione dei battiti del polso a contatto con l'alimento sospetto o il vega test, un elettrodo da impugnare e che, con la variazione del voltaggio, indicherebbe se si è allergici a questo o a quell'altro. Tutti sistemi alternativi senza valore scientifico. Ma che costano. Tanto. Si va dai 90 ai 500 euro.

Poi ci sono i test seri, quelli che si fanno negli ambulatori di Asl e ospedali. Ma anche in questo caso c'è uso e abuso. Da qui l'idea del super-ticket. Solo che con la primavera le liste d'attesa sono già lunghe e senza il supporto dei medici di famiglia c'è il rischio di dirottare ora sempre più allergici veri o immaginari verso il privato.

Per una tassa che arriva una però se ne va. È quella che grava su 10 milioni di malati cronici sottoposti a piani terapeutici, fino ad oggi costretti a un ping-pong tra medico di famiglia e specialista per ottenere la prescrizione di 32 categorie terapeutiche di medicinali, molti dei quali salvavita. Una corsa a ostacoli condita dal pagamento del solito super ticket per la visita. Fimmg e Aifa, l'Agenzia italiana del farmaco, hanno convenuto che d'ora in avanti medici di famiglia e specialisti agiscano in raccordo evitando così agli assistiti spreco di tempo e denaro. «Garantendo comunque appropriatezza prescrittiva e aderenza alle terapie», assicura Scotti. Perché, si tratti di test per l'allergia o di salvavita, soldi da sperperare nella Sanità non ce ne sono più.

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 216.821
Diffusione 12/2016: 177.209
Lettori Ed. II 2016: 1.199.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

25-MAR-2017
da pag. 18
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

3-4
milioni
Gli esami inutili che, secondo la Siaaic, si fanno ogni anno per intolleranze o allergie

2
milioni
I «veri» allergici, secondo gli esperti Il 25% di chi si dichiara allergico non lo è

Esami seri o inutili?

Tra i fanta test, gli allergologi elencano quello del capello, il pulse test che valuta la variazione dei battiti del polso a contatto con l'alimento sospetto o il Vega test, un elettrodo da impugnare che con la variazione del voltaggio indicherebbe se si è allergici a un dato elemento.

Tutti i test sopra indicati, per gli allergologi, sono sistemi alternativi senza valore scientifico. Possono però essere molto costosi: dai 90 ai 500 euro. Poi, invece, ci sono gli esami seri, che si fanno negli ospedali o nelle Asl. Test utili di cui però, dicono gli esperti, a volte si abusa.

10
milioni
I malati cronici sottoposti a piani terapeutici: ora non saranno più costretti al ping-pong tra medico di famiglia e specialista per le prescrizioni

Secondo i nuovi Livelli essenziali di assistenza a prescrivere i test non saranno più i medici di famiglia

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Quotidiano - Ed. nazionale

l'Unità

Dir. Resp.: Sergio Staino

25-MAR-2017
da pag. 9
foglio 1
www.datastampa.it

L'Italia si ricompatta sul no a nuovi Ogm nel territorio europeo

I ministeri di Salute, Ambiente e Agricoltura ritrovano una linea comune

R.E.

L'Italia esprimerà un parere negativo il prossimo 27 marzo quando i governi europei riuniti nel Comitato d'Appello si pronunceranno sull'autorizzazione a livello continentale di due nuove varietà di "mais gm", il Pioneer 1507 e il Syngenta Bt11, e sul rinnovo dell'autorizzazione del MON 810. Al voto dello scorso 27 gennaio non si era raggiunta la maggioranza assoluta necessaria per prendere una decisione definitiva sulle tre autorizzazioni. Il nostro Paese ritrova così un'unità d'intenti sulla questione Ogm, dopo le difformità emerse tra le posizioni del ministero della Salute e dell'Ambiente da una parte e delle Politiche agricole dall'altra, proprio in occasione del 27 gennaio scorso. Allora, come detto, non si era raggiunta la maggioranza qualificata per approvare o respingere l'autorizzazione, rimandando la palla al Comitato d'appello, ma aveva sorpreso il voto favorevole dell'Italia, considerato che sul territorio italiano è stata vietata la coltivazione degli Ogm. Un voto che era stato sostanziato dal parere favorevole della Salute e Ambiente, mentre il dicastero delle Politiche agricole aveva precisato di «aver dato come indicazione di voto l'astensione, che equivale da sempre alla contrarietà».

Rischi per l'ambiente

Questa spaccatura è ora ricomposta in quanto i ministri Lorenzin, Martina e Galletti hanno concordato di esprimersi con voto contrario all'autorizzazione. Un compattarsi, quello dei tre ministeri sul fronte del no, che è accolto con gran soddisfazione dalle associazioni ambientaliste e agricole italiane. Le tre varietà di mais Ogm oggetto del prossimo voto - ha osservato Greenpeace che aveva sollecitato i ministri a «votare con un chiaro no a questi tre mais Ogm, per tutelare la nostra agricoltura e il nostro ambiente» - sono state modificate per essere in grado di produrre tossine derivate da un batterio del suolo, il *Bacillus thuringiensis* (Bt). «Le tossine Bt prodotte da questi mais Ogm sono potenzialmente in grado di danneggiare non solo i parassiti del mais, ma anche altri insetti non bersaglio, tra cui farfalle, coccinelle e, se i residui raggiungono corsi d'acqua, anche organismi acquatici». Coldiretti, attraverso il presidente Roberto Moncalvo, ha sottolineato che «per l'Italia gli organismi geneticamente modificati in agricoltura non pongono solo seri problemi di sicurezza ambientale ma soprattutto perseguono un modello di sviluppo che è il grande alleato dell'omologazione e il grande nemico del Made in Italy».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Venerdì 24 MARZO 2017

Cancro. In due casi su tre sarebbe provocato da mutazioni genetiche "casuali". Lo studio su *Science*

La vera causa del tumore, secondo un gruppo di ricerca americano, potrebbe essere il 'caso'. Non inteso come fato o destino ma come comparsa di mutazioni replicative durante la divisione cellulare. E potrebbero essere addirittura 2 su 3 i tumori generati da queste mutazioni. L'introduzione di questo terzo importante fattore nella lista delle cause del cancro getta nuova luce su quei tumori che compaiono anche al di fuori di un pabulum di familiarità e nelle persone 'campioni' di vita sana

Il tumore è una malattia del DNA, ovvero di un accumulo di mutazioni capaci di far impazzire la cellula e farla replicare all'infinito, fino ad uccidere il suo ospite, cioè il paziente. Ma cos'è che fa impazzire le cellule? Fino a ieri le uniche risposte accettate dalla scienza erano ereditarietà e fattori ambientali. Ma quella è solo una parte della verità; anzi, secondo uno studio appena pubblicato su Science, queste due cause spiegherebbero solo un terzo di tutti i tumori. Il grosso, addirittura 2 tumori su 3 secondo gli autori, sarebbe causato da mutazioni che compaiono durante la replicazione cellulare, in maniera del tutto casuale. In un processo che qualcuno ha semplicisticamente chiamato 'sfortuna'.

Perché ci si ammala di tumore dunque? Per un mix di predisposizione genetica e fattori ambientali o per il fattore 'S' come 'sfortuna'? Le risposte sono entrambi corrette, anche se digerire l'esistenza del fattore 'sfortuna' non è facile e decisamente complesso da trasmettere al pubblico, senza rischiare di compromettere anni e anni di lavoro sulla prevenzione.

Ma non è neppure scientificamente corretto nascondere l'evidenza, che arriva da uno studio pubblicato su Science da Cristian Tomasetti, Bert Vogelstein e Lu Li della Johns Hopkins University (USA). I primi due autori si erano già espressi nel 2015 su quello che loro chiamano fattore 'R' (come mutazioni replicative) con un altro lavoro che aveva ricevuto una vasta copertura mediatica ma che, come nel gioco del telegrafo senza fili, aveva portato a strillare titoli del tipo 'il tumore è causato dalla sfortuna', in un pericoloso e semplicistico cortocircuito disinformativo.

In realtà, ribadiscono oggi gli autori, nessuno ha mai negato l'importanza della prevenzione. Purtroppo però, al di là di quello che è possibile evitare adottando un corretto stile di vita e non esponendosi troppo al sole o all'inquinamento, di tumore ci si può ammalare anche solo per quegli errori di 'trascrizione' nelle copie del DNA che si formano quando le cellule si replicano e gli epiteli si rinnovano. E i tumori che derivano da questi 'errori di battuta' del DNA non sono pochi, potrebbero essere addirittura 2 su 3.

Un recente studio – scrivono gli autori – ha messo in luce il ruolo preminente rivestito, nella genesi dei tumori, dalle mutazioni replicative che si sviluppano a partire dagli inevitabili errori associati con la replicazione del DNA. Se fino ad oggi la comparsa di un tumore veniva attribuita ai fattori di rischio ambientali (fumo, cattiva alimentazione, eccessiva esposizione al sole, obesità, ecc.) e all'ereditarietà, è arrivato il momento di aggiungere alla lista una terza causa, le mutazioni replicative, cioè quegli errori che si producono nel DNA nel delicatissimo momento della replicazione cellulare.

Tomasetti e colleghi hanno addirittura messo a punto un metodo per determinare le percentuali di mutazioni che causano il cancro attribuibili a fattori ereditari, a quelli ambientali e a quelli replicativi. E la loro conclusione è che una notevole percentuale delle mutazioni alla base dei tumori è attribuibile proprio a fattori replicativi, cioè al cosiddetto fattore 'S' come sfortuna (o per meglio dire 'R' come replicazione).

Per arrivare a questa conclusione, gli autori del lavoro pubblicato su Science, sono andati a studiare la relazione tra il numero delle divisioni normali delle cellule staminali e il rischio di sviluppare 17 tumori diversi in 69 Paesi del mondo (il lavoro del 2015 aveva studiato solo la popolazione americana). La loro conclusione è che le mutazioni replicative sono responsabili addirittura dei 2/3 delle mutazioni nei tumori umani. Dato, secondo gli autori, coerente e in linea con le stime epidemiologiche della percentuale di tumori che sarebbe possibile evitare grazie alla prevenzione (secondo Cancer Research UK il 42% dei tumori sarebbe prevenibile, mentre i Centers for Disease Control and Prevention statunitensi stimano che il 21% delle morti per tumore nei soggetti con meno di 80 anni potrebbe essere evitata).

Gli autori ritengono che questi loro studi non sono antitetici, ma complementari rispetto a quelli dell'epidemiologia tradizionale. L'introduzione di questo terzo importante fattore (il fattore 'R') nella lista delle cause del cancro getta nuova luce su quei tumori che compaiono anche al di fuori di un pabulum di familiarità e nelle persone 'campioni' di vita sana.

E la speranza naturalmente è quella che ciò che ad oggi appare ineludibile, cioè le mutazioni replicative, possa un giorno diventare evitabile, attraverso la somministrazione di farmaci antiossidanti o introducendo magari nei nuclei delle cellule somatiche dei geni in grado di aumentare l'efficienza della riparazione del DNA.

Ma tutto ciò appartiene al futuro e alla fantasia. Per adesso conviene affidarsi a ciò che ha dimostrato così bene di funzionare nella lotta ai tumori: le misure di prevenzione primaria e la diagnosi precoce, che è un'arma vincente anche contro i tumori originati dalle mutazioni replicative.

Maria Rita Montebelli