

L'inchiesta

Record di uscite e pochi nuovi laureati: mancheranno internisti e pediatri

I medici a rischio estinzione
tra 10 anni sparito uno su duePiù radiologi, meno pediatri
ecco chi sale e chi scende
nelle corsie degli ospedali*Le previsioni per il 2021: mancherà un medico su due***Ogni anno
si specializzano
5mila professionisti
ma ne servirebbero
quasi il doppio**

MICHELE BOCCI

ADDIO a 140 reparti di medicina interna, a 67 di chirurgia generale e a 41 di ginecologia. Ma eccone 71 in più di radiologia. Nei prossimi dieci anni, in Italia andranno in pensione più medici di quelli che saranno specializzati dalle università. E per certe discipline negli ospedali sarà crisi.

CHE il saldo tra chi entra e chi esce sia negativo ormai è noto da tempo, sta scritto pure nel piano sanitario nazionale, ma una cosa è prendere in considerazione il totale dei camici bianchi che se ne vanno, un'altra è andare a vedere cosa succede nelle singole specializzazioni. Lo ha fatto il sindacato ospedaliero Anaa Assomed in una ricerca basata sui numeri del **ministero della Salute**, della Federazione degli ordini dei medici, delle università. Si parte dal dato più preoccupante: stiamo per entrare nella "gobba pensionistica": circa la metà degli ospedalieri italiani sono nati tra il 1950 e il '59 e acquisiranno i requisiti per la pensione tra il 2012 al 2021. L'anno con il maggior numero di uscite sarà il 2017, quando oltre 7mila medici chiuderanno i loro contratti. In tutto andranno via 61.300 persone e se ne specializzeranno 50mila. Di questi ultimi, però, non tutti andranno a lavorare in ospedale. In media, un 30

per cento di neospecializzati va a lavorare nel privato, si sposta all'estero o smette con la medicina. Entreranno così in 35mila, di cui circa 5mila faranno i medici di famiglia e non andranno in corsia.

La crisi peggiore colpirà la medicina interna, che pure sta vivendo un ritorno di vocazioni. Il problema è che a fronte di 4.200 uscite in dieci anni le entrate saranno 2.250. La differenza fa 1.950: 140 reparti da 14 medici. I chirurghi generali, invece, saranno 950 in meno. «Questi dati rappresentano un problema per le specializzazioni generaliste, quelle sempre più necessarie di fronte a malati che invecchiano e soffrono di più malattie contemporaneamente», dice Carlo Palermo della segreteria nazionale del sindacato, autore dello studio. Diminuiranno anche i ginecologi (meno 580) e gli anestesisti (meno 380). Caso particolare quello dei pediatri: tra gli ospedalieri e quelli di famiglia ne verranno a mancare ben 3.400. Un deficit enorme su cui il ministero aveva promesso di intervenire. In controtendenza, la radiologia: specializzazione per la quale lo studio prevede mille professionisti in più.

Il ministro **Ferruccio Fazio** nei giorni scorsi ha parlato di un numero adeguato di medici nel nostro paese (4,1 per mille abitanti contro il 3,3 di altri paesi occidentali), ma ha anche ammesso che si potrebbero

far entrare gli specializzandi negli ospedali due anni prima del termine del percorso di studi, che dura in media 5 anni, con contratti a tempo determinato. «Lo chiediamo da tempo» dice Costantino Troise, segretario nazionale dell'Anaa. «È un provvedimento che potrebbe risolvere le cose nei prossimi anni».

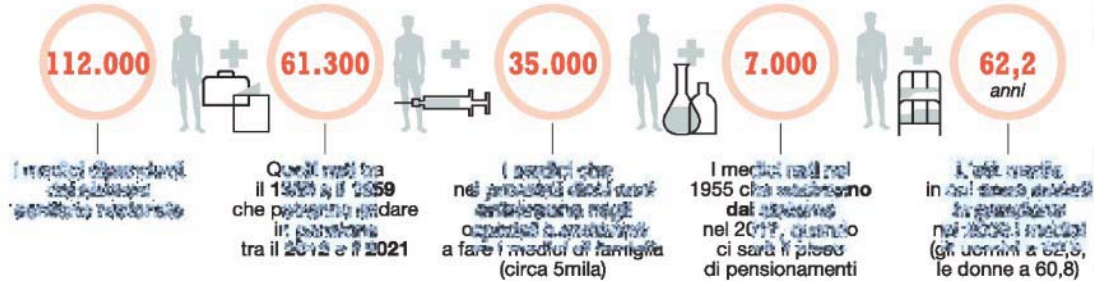
In Italia oggi si iscrivono a medicina circa 9.500 giovani l'anno. Ma saranno laureati tra 11 anni, alla fine della gobba pensionistica. Le specializzazioni hanno numeri più bassi: sfornano 5mila professionisti ogni dodici mesi. Troppo pochi: le Regioni si sono riunite e hanno stimato il loro fabbisogno in 8.851 nuovi specializzati l'anno. Si cerca anche di coinvolgere le università, per aumentare i posti nelle specializzazioni più in crisi e diminuire quelli nelle altre. Per dare una mano, le am-



ministrazioni locali, come Lombardia e Toscana, stanno siglando accordi con gli atenei e tirando fuori soldi per aumentare il numero di borse di studio e orientare l'offerta formativa.

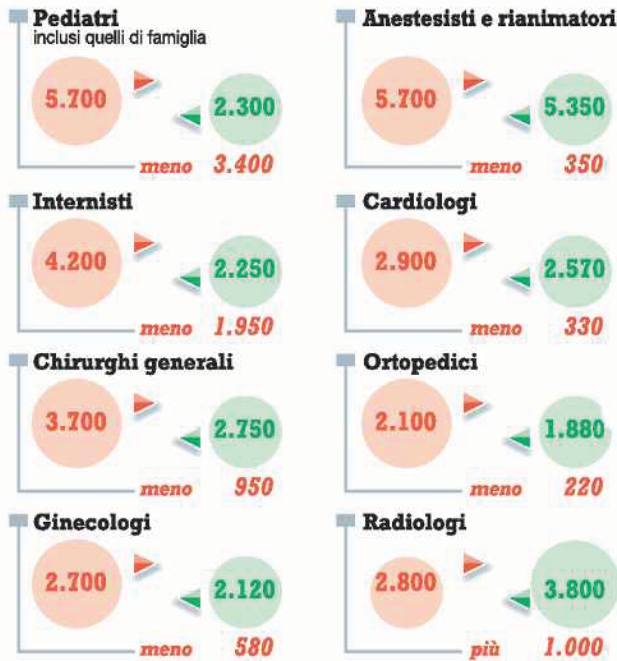
© RIPRODUZIONE RISERVATA

Allarme medici in pensione non rimpiazzati



L'esodo

2012-2021: Differenza tra gli specialisti che vanno in pensione e gli specializzati che entrano nel mondo del lavoro



L'intervista

“E ora le università puntino sulle scuole attente al mercato”

AMEDEO Bianco è il presidente della Federazione degli ordini dei medici.

Comemai specializziamo meno dottori del necessario?

«Prima di tutto è un problema di costi. I contratti di formazione di cinque anni superano i 100 mila euro di retribuzione, e riguardano 25 mila persone. Poi ci vogliono spazi e attrezzature. I chirurghi devono poter operare, ma c'è bisogno di turni di sala. Con mille persone in più l'anno, le scuole potrebbero non reggere».

Bisogna andare oltre le università?

«Da tempo si parla di allargare agli ospedali non universitari le specializzazioni e lo stesso ministro Fazio ha proposto che gli ultimi due anni si passi dal contratto di formazione a quello a tempo determinato. Mi sembra una strada percorribile, con le giuste modifiche retributive e previdenziali per i giovani colleghi».

Che fare per le specializzazioni

meno numerose?

«Occorre maggiore flessibilità. Penso a percorsi comuni per i primi due anni tra specializzazioni contigue, con gli ultimi tre orientati verso i settori in cui ci sono carenze importanti. Invecchiamo, abbiamo bisogno di geriatri, fisioterapisti, cardiologi. Ma anche la pediatria è in sofferenza». (m.b.)

“

Siamo un popolo che invecchia: occorrono geriatri, fisioterapisti, cardiologi

”

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Manovra, rincari di 741 euro a testa

Stangata su ticket e trasporti Stretta alle pensioni, è rivolta

PETRINI A PAGINA 4

Manovra, la stangata nascosta sale il ticket e salasso sui trasporti *Rincari per benzina e Rc auto, a rischio treni e pedaggi*

Secondo la Cgia il costo pro-capite delle misure varate dal governo sarà di oltre 700 euro. Già più cari carburanti e bollette, triplicato il bollo sui titoli in banca

ROBERTO PETRINI

ROMA — Neanche il "Generale Agosto" potrà farla dimenticare. La stangata d'estate, imperniata sul combinato disposto della manovra da 47 miliardi varata giovedì scorso, gli effetti degli aumenti delle tasse locali ai quali ha aperto la strada il federalismo fiscale, e gli interventi spot come quelli sulle accise per la benzina per finanziare l'emergenza Libia e le spese per la cultura, rischia di essere dolorosa. Per la Cgia di Mestre la correzione per il solo anno in corso costerà 741 euro per ciascun italiano. La Federconsumatori, che valuta le misure in termini di perdita di potere d'acquisto, prevede un salasso di 927 euro a famiglia.

La via dolorosa è già iniziata con l'aumento delle accise sulla benzina scattate nell'ultima settimana: in tutto 6 centesimi al litro, Iva compresa, che hanno già fatto lievitare il costo del pieno. La data del 30 giugno ha anche consentito di fare il bilancio degli aumenti delle addizionali Irpef comunali, consentite dal decreto sul federalismo: 55 mu-

nicipi, tra i quali Brescia e Venezia, hanno messo in campo aumenti fin da quest'anno dello 0,2 per cento. Anche le Province sono sul piede di guerra: 29, un terzo del totale, hanno approvato l'aumento dell'aliquota sulla Rc auto del 3,5 per cento, come stabilito dal federalismo, portandosi a quota 16 per cento. Si attende — a giorni — solo il decreto attuativo per far partire gli aumenti della base imponibile dell'Ipt, l'imposta sui passaggi di proprietà che potrà essere elevata del 30 per cento e sarà legata alla potenza fiscale. Ed è solo l'inizio della danza, perché i rincari potranno essere reiterati dal 1° gennaio del 2012.

I tagli di 9,3 miliardi agli enti locali imposti dalla manovra saranno la miccia che renderà inevitabili gli aumenti delle tasse locali, ad esempio nei 2.500 comuni che hanno ancora l'addizionale Irpef a quota zero. Senza contare che le Regioni, negli anni topici dell'impatto della manovra potranno aumentare le addizionali Irpef fino al 3 per cento.

E ancora: dal primo gennaio del prossimo anno tornerà il ticket di 10 euro sulla diagnostica e sulla specialistica, mentre i «codici bianchi» al pronto soccorso pagheranno 25 euro. Nemmeno due anni e, nel 2014, come previsto dalla manovra di giovedì scorso, scatterà la possibilità di un aumento della quota nazionale dei ticket sulla farmaceutica. Secondo le stime dell'Università di Tor Vergata, la manovra comporterà un taglio di 10 miliardi in tre anni alla sanità pubblica, innescando aumenti dei

ticket e tasse regionali (500 euro all'anno a famiglia).

La tassa sulle auto più potenti è stata ridimensionata, ma aumenti pendono sugli automobilisti se passerà la contrastata norma sul «pedaggiamento» dei tratti stradali Anas come il Gra e la Salerno-Reggio. Brutte sorprese, inoltre, per irrisparmiatori e coloro che hanno un dossier titoli: schivato all'ultimo momento il ritorno del fissato bollato su ogni transazione, arriva però l'aumento del bollo sui dossier titoli che viene più che triplicato e passa a 120 euro.

Senza considerare che il governo nei prossimi tre anni avrà in mano una delega che gli consente di aumentare, seppure gradualmente, l'Iva: una misura che nessuno può escludere che arrivi prima dei tre anni previsti. Del resto i rincari camminano a passo veloce, da due giorni sono scattati aumenti di luce e gas: la norma che avrebbe potuto compensare i rincari e ammorbidire la bolletta energetica del 3-4 per cento con un taglio degli incentivi è scomparsa dalla manovra. Mentre si profila un nuovo rischio: le grandi aziende concessionarie di beni pubblici, come le autostrade, gli aeroporti e le ferrovie, subiranno una stretta nei bilanci sulle politiche di ammortamento e non è escluso che si vedano costrette a chiedere nuovi aumenti tariffari.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Il "prezzo" di dieci anni di manovre

	Dimensione manovra (in milioni di euro)	Correzione del deficit (in milioni di euro)	Costo procapite della manovra (in euro)		Dimensione manovra (in milioni di euro)	Correzione del deficit (in milioni di euro)	Costo procapite della manovra (in euro)
2000	8.728	1.239	+26	2009	29.985	9.935	+168
2001	9.968	-12.808	-264	2010	40.630	17.509	+290
2002	18.610	9.100	+186	2011	67.948	44.902	+741
2003	17.210	12.300	+244	TOTALE			2.588
2004	18.110	11.970	+230	2012	40.030	30.730	507
2005	22.350	22.460	+421	2013	47.762	45.033	743
2006	27.420	20.450	+374	2014	20.000	20.000	330
2007	35.880	15.110	+270	TOTALE			1.580
2008	11.893	-5.742	-99				

Fonte: CGIA Mestre

Benzina



Tra la fine giugno e il primo luglio è scattato l'aumento di 6 centesimi per le accise sulla benzina e sui carburanti

Risparmiatori



Stangata per tutti i risparmiatori che hanno un dossier titoli presso un intermediario: le tasse di bollo sulla custodia passano da 34 a 120 euro

Gli aumenti

Tasse locali



Già 55 Comuni si sono avvalsi della possibilità di ritoccare dello 0,2% l'addizionale Irpef. Entro il 2012 altri 2.500 pronti a farlo

Ticket sanitari



Dal 2012 torna il ticket su esami e visite specialistiche (10 euro) e sul codice bianco del pronto soccorso (25 euro). Dal 2014 ticket sui farmaci

Auto



Rc auto più cara del 3,5% in un terzo delle province italiane (29) che hanno sfruttato il via libera concesso dal federalismo

Iva e tariffe



L'aumento dell'Iva potrebbe arrivare prima dei tre anni previsti. Le bollette di luce e gas non godranno della riduzione degli incentivi

Il testo della manovra inviato al Quirinale. Regole più severe e controlli per anziani e invalidi

Tagli e ticket, un conto di 500 euro a famiglia

Stretta sulla rivalutazione delle pensioni, no dei sindacati

■ Stangata sulla sanità. Tra tagli e ticket, ogni famiglia dovrà spendere 500 euro in più l'anno. Sono infatti stati stanziati 10 miliardi in meno nell'ambito della manovra inviata al Quirinale per un passaggio lampo. Stretta sull'assistenza ad anziani e invalidi.

Baroni, Fornovo, Giovannini, Russo e Schianchi ALLE PAG. 2 E 3

Stangata sanità 500 euro a famiglia tra tagli e ticket

Stanziati 10 miliardi in meno: devono pagare gli assistiti

L'EFFETTO CUMULO
Sommando i nuovi balzelli con quelli già in vigore privati più convenienti delle Asl

il caso

**PAOLO BARONI
PAOLO RUSSO**

Dal prossimo anno si dovrà quasi sicuramente pagare un ticket di 10 euro su visite specialistiche ed analisi, una «novità» che andrà ad aggiungersi ai maxi-ticket già applicati su queste prestazioni da tutte le Regioni italiane (Molise escluso). Poi dal 2014 un'altra raffica di nuove tasse, che probabilmente non potranno risparmiarne nemmeno i ricoveri ospedalieri, perché fra tre anni si dovranno compensare il tagli al Fondo sanitario nazionale. In base

alle stime dell'economista del Ceis-Tor Vergata, Federico Spandonaro, sulla sanità calerà infatti la scure: 10 miliardi in meno di stanziamenti nei prossimi tre anni, coi fondi totali che scenderanno dal 6,7% del Pil al 6,4%.

Quanto costerà questa mossa agli italiani? Stando sempre alle stime del Ceis, ogni famiglia sarà chiamata a sostenere un aggravio diretto o indiretto di circa 500 euro all'anno. Un conto salato, insomma, quello che la manovra estiva presenta agli assistiti. Che non risparmia nemmeno gli industriali farmaceutici, chiamati a ripianare gli sfondamenti di spesa per pillole e sciroppi. Mentre il personale dipendente e convenzionato di Asl e ospedali sarà colpito come tutti i pubblici dipendenti dal blocco dei contratti e del turn-over.

Visite ed esami più cari

Salvo miracoli delle Regioni sui propri già malandati bilanci dal prossimo anno dovrebbe entrare in vigore il ticket di 10 euro su visite specialisti-

che, analisi ed accertamenti diagnostici, introdotto dal governo Prodi ma mai applicato a seguito del finanziamento statale accordato per scongiurare l'impopolare balzello. Ora la manovra rinfanzia le Regioni solo per i restanti mesi del 2011 con 486,5 milioni ma anche se all'ultimo istante dal decreto è stata cancellata la esplicita reintroduzione del ticket dal 2012 per il prossimo anno non è garantita alcuna copertura, quindi è più che probabile che la quota fissa di 10 euro vada ad aggiungersi ai 36,16 euro di franchigia (somma entro la quale paga il cittadino, oltre la Regione) già in vigo-



re ovunque e che in alcune Regioni è fissata a un livello anche più alto (vedere grafico). In pratica la somma dei due ticket renderebbe per molte prestazioni meno complesse, come delle banali analisi delle urine o una radiografia al torace, più conveniente rivolgersi direttamente al privato, aggirando liste d'attesa e trafile burocratiche. Poi nel 2014 dovranno essere introdotti nuovi ticket, aggiuntivi rispetto a quelli esistenti, per conseguire risparmi pari al 47% del totale. Quanto possa valere questa percentuale è difficile dire oggi ma poiché il Fondo sanitario nazionale salirà solo dello 0,5% nel 2013 e dell'1,4 nel 2014, contro il +2,8% sancito per il 2012 dall'ultimo Patto per la Salute sottoscritto da Governo e Regioni, all'appello mancheranno oltre 4 miliardi l'anno. Quindi i ticket dovranno portare in dote altri 2 miliardi. Tanti, al punto da rendere più che probabile l'arrivo del famigerato ticket sui ricoveri, anche perché su prestazioni di pronto soccorso non urgenti, specialistica, diagnostica e, in molti casi, farmaci, quasi ovunque si pagano già.

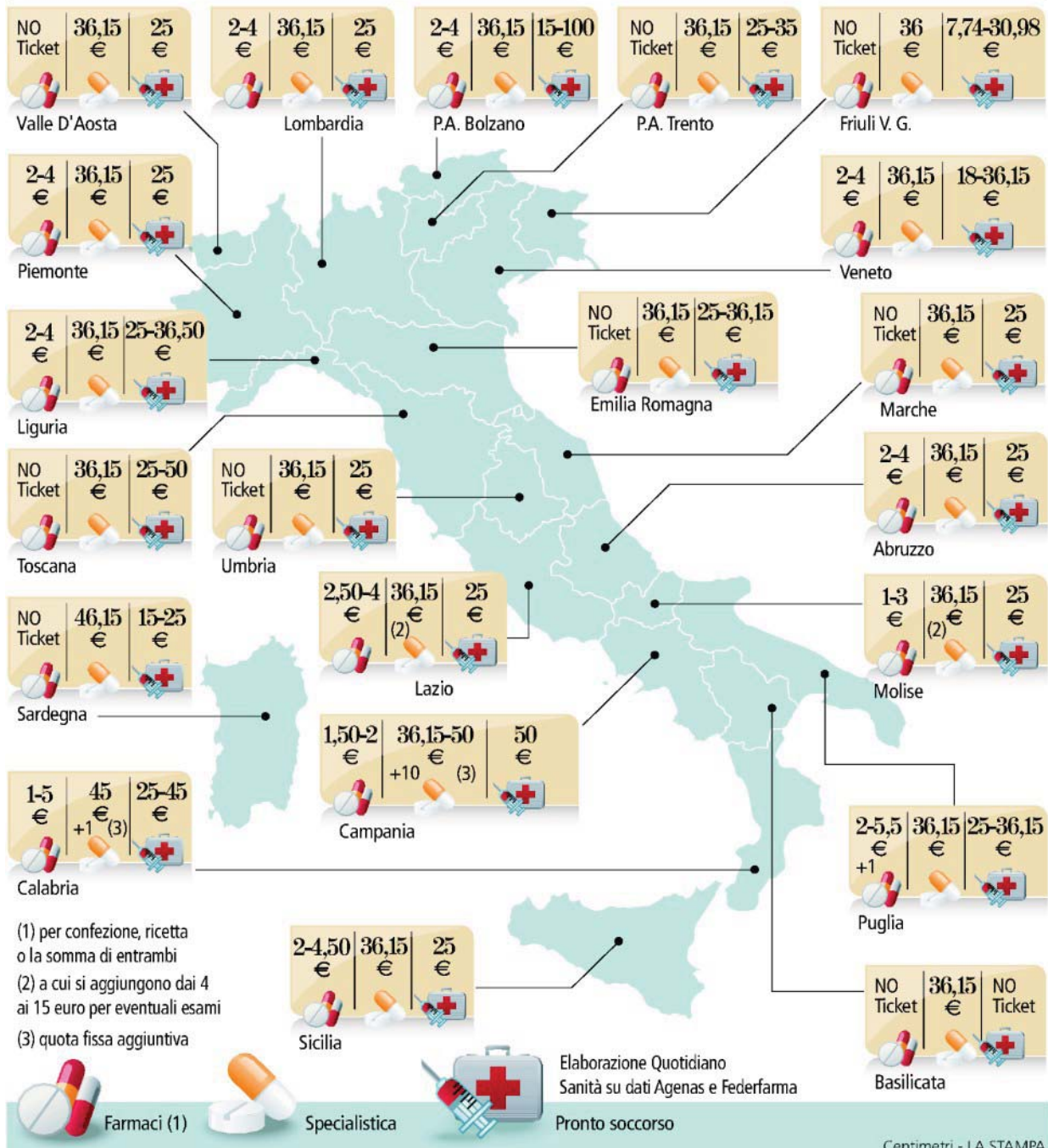
Allarme spesa farmaceutica

Per tamponare la falla della spesa per i farmaci ospedalieri, destinata quest'anno a sfondare il tetto di 2,4 miliardi, l'industria sarà chiamata dal 2013 ad accollarsi il 35% del ripiano in misura proporzionale ai fatturati con modalità che verranno stabilite da un apposito regolamento il prossimo anno. Ma se risultasse troppo difficile distribuire gli oneri tra gli industriali scatterebbe il taglio dal 13,3 al 12,5% sulla spesa sanitaria complessiva del tetto per la farmaceutica convenzionata, ossia per i medicinali dispensati nel canale farmacie. A completare il conto presentato dalla manovra agli industriali della pillola c'è la nuova tassa che le imprese dovranno pagare al momento di presentare la domanda di immissione in commercio dei nuovi farmaci. «Si colpisce un settore che è il motore dell'innovazione, sarà un boomerang», protesta il neopresidente di Farindustria, Massimo Scaccabarozzi.

Protestano i medici

Lamentele alle quali si uniscono i sindacati medici, che protestano contro il blocco dei contratti e del turn-over, dal quale saranno esentati solo i primari delle Regioni alle prese con i piani di rientro dai deficit (quasi tutte quelle del centrosud, dal Lazio in giù). I medici di famiglia di Fimmg e Snamì già minacciano scioperi, mentre per il segretario dell'Anaa, il sindacato dei camici bianchi ospedalieri, Costantino Troise, «è una bomba ad orologeria per la sanità che rischia di diventare un sistema povero per i poveri». Una bomba, come buona parte della manovra, destinata ad esplodere nelle mani del governo che verrà.

La mappa



Errani: "Una sforbiciata che alla fine favorirà solo i privati della salute"

Intervista

”

FRANCESCA SCHIANCHI
ROMA

Mercoledì, prima di un incontro con il governo, si riuniranno i presidenti di Regione, «discuteremo e daremo un giudizio compiuto sulla manovra: per ora posso dire che c'è preoccupazione», commenta il governatore dell'Emilia Romagna, Vasco Errani, che presiede la Conferenza delle Regioni.

Si parla di 9,6 miliardi di tagli a Regioni ed enti locali su 47...

«Credo che il dato si commenti da sé: un taglio simile non assicura la possibilità di dare ai cittadini tutti i servizi di cui hanno diritto».

Sta dicendo che potrebbero venire a mancare dei servizi?

«Non c'è dubbio. Anche perché que-

sta manovra si somma a quella del 2011-2012, che ha già pesato in modo sproporzionato su Regioni ed enti locali: è chiaro che la cosa non è sostenibi-

IL FEDERALISMO FISCALE

«Vogliamo partecipare alla discussione

Sono a rischio i servizi»

le. E poi c'è un secondo punto da considerare».

Quale?

«Non c'è una politica che attenga al problema principale della crescita. Così questi tagli alle Regioni, cioè alla realtà che fa politica industriale, sono un nuo-

vo colpo, soprattutto nella fase in cui siamo».

Con la manovra dell'estate scorsa avete minacciato di restituire al governo le deleghe. Un'ipotesi ancora attuale?

«La Conferenza dei presidenti discuterà in settimana della manovra, in preparazione dell'incontro

col governo. Queste sono le mie opinioni in base alle indiscrezioni lette sui giornali, visto che il governo non ci ha sentiti prima di scrivere la manovra, nonostante la legge sul federalismo fiscale dica il contrario».

Questa manovra va verso il federalismo fiscale?

«Mi sembrano in distonia le parole sul federalismo fiscale nel momento in cui si dà un colpo così pesante alle autonomie: o c'è una coerenza, e qui non c'è, oppure "federalismo fiscale" resta solo una parola».

Che cosa chiederete al governo mercoledì?

«Ne discuteremo insieme in Conferenza dei presidenti. Di certo vogliamo partecipare alla mano-

vra, discutere di sostegno alla crescita e di tenuta del sistema sociale. Nel 2008 i trasferimenti per il Welfare dallo Stato a Regioni ed enti locali è stato di 2 miliardi e 400 milioni. Nel 2011, di 500 milioni, nel 2012 è previsto di 300 milioni a cui dobbiamo aggiungere questa manovra. Come faremo fronte ai servizi che dobbiamo dare ai cittadini?».

Ricadranno sui cittadini anche i risparmi sulla sanità: potrebbe tornare il ticket da 10 euro su visite specialistiche e analisi mediche.

«Spero ardentemente che questo ticket aggiuntivo di 10 euro non ci sia: è un'esperienza che abbiamo già fatto, non fa che provocare uno spostamento sul privato di tantissimi esami, e questo è un danno al Servizio sanitario nazionale. E poi ricordo che la sanità è il comparto della Pubblica amministrazione che ha più ridotto il tendenziale in questi anni, come spesa

procapite l'Italia è agli ultimi posti dei Paesi Ocse. Bisogna fare cose serie».

I ministeri saranno tagliati la metà di voi, e per il taglio ai costi della politica si va alla prossima legislatura...

«E' una storia che si ripete: già con la manovra 2011-12 i tagli per noi sono stati pesantissimi e distribuiti in maniera non equa con lo stato centrale. Fanno un altro errore».



La stima

«Con il ticket
ogni famiglia
pagherà
500 euro l'anno»

Le correzioni

La Cgia: dieci anni di
manovre correttive
sono costate a ogni
italiano 2.588 euro

MILANO — Cinquecento euro all'anno in più per ogni famiglia, solo per la sanità. Questa la conseguenza dei tagli per 10 miliardi in tre anni decisi con la manovra, secondo l'ipotesi più probabile elaborata, dopo una prima lettura del testo, dal coordinatore Ceis Sanità dell'università Tor Vergata di Roma, Federico Spandonaro. Che spiega: «Il finanziamento pubblico della Sanità dovrebbe aumentare dello 0,5% per il prossimo anno e del 1,4% in quelli seguenti, con una media per il biennio 2013-2014 dello 0,9%». Un aumento che di fatto costituisce però un «taglio»: «Basta confrontare questi dati — sottolinea l'economista — con le previsioni di crescita del Pil, che il governo stima tra il 3,1% e il 3,4% annuo, da qui al 2014. Quindi per la sanità pubblica si configura una recessione». Secondo Spandonaro, per

mantenere gli attuali livelli di spesa sanitaria (pubblica e privata) che si attestano a circa il 9% del Pil, le famiglie dovranno perciò sborsare direttamente e indirettamente circa 10 miliardi, pari a circa 500 euro annui per nucleo familiare.

Ma non c'è solo la sanità ad alleggerire le tasche degli italiani. Secondo una prima considerazione elaborata dalla Cgia di Mestre, dieci anni di manovre correttive sono costate a ciascun italiano 2.588 euro: «Tenendo conto che dal 2008 le misure sviluppano i loro effetti su più anni, nel 2011 la dimensione economica della manovra sfiorerà i 68 miliardi di euro. Di questi, ben 44,9 miliardi andranno a correggere il deficit. Pertanto, a ogni italiano questa correzione costerà, per l'anno in corso, 741 euro».

Gabriele Dossena

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Nuovi ticket per le prestazioni sanitarie

Un tetto di spesa per la Sanità

ARTICOLO 18

Razionalizzazione della spesa sanitaria

1. Al fine di garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica, il livello del finanziamento a cui concorre lo Stato per il 2013 è incrementato dello 0,5% rispetto al livello vigente per il 2012 ed è ulteriormente incrementato dell'1,4% per il 2014. Conseguentemente, con specifica Intesa fra lo Stato e le Regioni, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, da stipulare entro il 30 aprile 2012, sono indicate le modalità per il raggiungimento dell'obiettivo di cui al primo periodo del presente comma. Qualora la predetta Intesa non sia raggiunta entro il predetto termine, al fine di assicurare per gli anni 2013 e 2014 che le regioni rispettino l'equilibrio di bilancio sanitario, sono introdotte, tenuto conto delle disposizioni in materia di spesa per il personale di cui all'articolo 4, le seguenti disposizioni negli altri ambiti di spesa sanitaria:

a) nelle more del perfezionamento delle attività concernenti la determinazione annuale di costi standardizzati per tipo di servizio e fornitura da parte dell'Osservatorio dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture di cui all'articolo 7 del decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163 e anche al fine di potenziare le attività delle Centrali regionali per gli acquisti, il citato Osservatorio, a partire dal 1° luglio 2012, attraverso la Banca dati nazionale dei contratti pubblici di cui all'articolo 44 del decreto legislativo 30 dicembre 2010, n. 235, fornisce alle regioni un'elaborazione dei prezzi di riferimento, ivi compresi quelli eventualmente previsti dalle convenzioni Consip, anche ai sensi di quanto disposto all'articolo XXXX ("Interventi per la razionalizzazione dei processi di approvvigionamento di beni e servizi della Pubblica Amministrazione"), alle condizioni di maggiore efficienza dei beni, ivi compresi i dispositivi medici ed i farmaci per uso ospedaliero, delle prestazioni e dei servizi sanitari e non sanitari individuati dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali di cui all'articolo 5 del decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 266, tra quelli di

maggior impatto in termini di costo a carico del Servizio sanitario nazionale. Ciò, al fine di mettere a disposizione delle regioni ulteriori strumenti operativi di controllo e razionalizzazione della spesa. Le regioni adottano tutte le misure necessarie a garantire il conseguimento degli obiettivi di risparmio programmati, intervenendo anche sul livello di spesa per gli acquisti delle prestazioni sanitarie presso gli operatori privati accreditati;

b) in materia di assistenza farmaceutica ospedaliera, al fine di consentire alle regioni di garantire il conseguimento degli obiettivi di risparmio programmati compatibili con il livello di finanziamento di cui al primo periodo del presente comma, a decorrere dall'anno 2013, con regolamento da emanare, entro il 30 giugno 2012, ai sensi dell'articolo 17, comma 2, della legge 23 agosto 1988, n. 400, su proposta del ministro della Salute di concerto con il ministro dell'Economia e delle finanze, sono disciplinate le procedure finalizzate a porre a carico delle aziende farmaceutiche l'eventuale superamento del tetto di spesa a livello nazionale di cui all'articolo 5, comma 5, del decreto legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, nella misura massima del 35% di tale superamento, in proporzione ai rispettivi fatturati per farmaci ceduti alle strutture pubbliche, con modalità stabilite dal medesimo regolamento. Qualora entro la predetta data del 30 giugno 2012 non sia stato emanato il richiamato regolamento, l'Agenzia italiana del farmaco, con riferimento alle disposizioni di cui all'articolo 11, comma 7, lettera b), del decreto legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, a decorrere dall'anno 2013, aggiorna le tabelle di confronto ivi previste, al fine di consentire alle regioni di garantire il conseguimento dei predetti obiettivi di risparmio, e conseguentemente, a decorrere dall'anno 2013 il tetto di spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale di cui all'articolo 5, comma 1, del decreto legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, come da ultimo modificato dall'articolo 22, comma 3, del decreto legge 1° luglio 2009, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla leg-

ge 3 agosto 2009, n. 102 è rideterminato nella misura del 12,5%;

c) ai fini di controllo e razionalizzazione della spesa sostenuta direttamente dal Servizio sanitario nazionale per l'acquisto di dispositivi medici, in attesa della determinazione dei costi standardizzati sulla base dei livelli essenziali delle prestazioni che tengano conto della qualità e dell'innovazione tecnologica, elaborati anche sulla base dei dati raccolti nella banca dati per il monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal Servizio sanitario nazionale di cui al decreto del Ministero della salute dell'11 giugno 2010, a decorrere dal 1° gennaio 2013 la spesa sostenuta dal Servizio sanitario nazionale per l'acquisto di detti dispositivi, tenuto conto dei dati riportati nei modelli di conto economico (Ce), compresa la spesa relativa all'assistenza protesica, è fissata entro un tetto a livello nazionale e a livello di ogni singola regione, riferito rispettivamente al fabbisogno sanitario nazionale standard e al fabbisogno sanitario regionale standard di cui agli articoli 26 e 27 del decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68. Ciò al fine di garantire il conseguimento degli obiettivi di risparmio programmati. Il valore assoluto dell'onere a carico del Servizio sanitario nazionale per l'acquisto dei dispositivi di cui alla presente lettera, a livello nazionale e per ciascuna regione, è annualmente determinato dal ministro della Salute, di concerto con il ministro dell'Economia e delle finanze. Le regioni monitorano l'andamento della spesa per acquisto dei dispositivi medici: l'eventuale superamento del predetto valore è recuperato interamente a carico della regione attraverso misure di contenimento della spesa sanitaria regionale o con misure di copertura a carico di altre voci del bilancio regionale. Non è tenuta al ripiano la regione che abbia fatto registrare un equilibrio economico complessivo;

d) a decorrere dall'anno 2014, con regolamento da emanare ai sensi dell'articolo 17, comma 2, della legge 23 agosto 1988, n. 400, su proposta del ministro della Salute di concerto con il ministro dell'Economia e delle finanze, sono introdotte misure di compartecipazione



zione sull'assistenza farmaceutica e sulle altre prestazioni erogate dal servizio sanitario nazionale. Le misure di compartecipazione sono aggiuntive rispetto a quelle eventualmente già disposte dalle regioni e sono finalizzate ad assicurare, nel rispetto del principio di equilibrio finanziario, l'appropriatezza, l'efficacia e l'economicità delle prestazioni. La predetta quota di compartecipazione non concorre alla determinazione del tetto per l'assistenza farmaceutica territoriale;

e) con l'Intesa fra lo Stato e le Regioni di cui all'alinea del presente comma sono indicati gli importi delle manovre da realizzarsi, al netto degli effetti derivanti dalle disposizioni di cui all'articolo 4 in materia di personale dipendente e convenzionato con il Servizio sanitario nazionale per l'esercizio 2014, mediante le misure di cui alle lettere a), b), c) e d). Qualora la predetta Intesa non sia raggiunta entro il predetto termine, gli importi sono stabiliti, al netto degli effetti derivanti dalle disposizioni di cui al citato articolo 4, fra le predette misure nelle percentuali, per l'esercizio 2013, del 30%, 40% e 30% a carico rispettivamente delle misure di cui alle lettere a), b), e c), nonché, per l'esercizio 2014, del 22%, 20%, 15% e 40% a carico rispettivamente delle misure di cui alle lettere a), b) c) e d); per l'anno 2014, il residuo 3 per cento corrisponde alle economie di settore derivanti dall'esercizio del potere regolamentare in materia di spese per il personale sanitario dipendente e convenzionato di cui all'articolo 4. Conseguentemente il tetto indicato alla lettera c) è fissato nella misura del 5,2%. Qualora le economie di settore derivanti dall'esercizio del potere regolamentare in materia di spese per il personale sanitario dipendente e convenzionato di cui all'articolo 4 risultino di incidenza differente dal 3 per cento, le citate percentuali per l'anno 2014 sono proporzionalmente rideterminate e con decreto del ministro dell'Economia e delle finanze, ove necessario, è conseguentemente rideterminato in termini di saldo netto da finanziare il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale di cui al comma 1.

2. Le regioni possono adottare provvedimenti di riduzione delle misure di compartecipazione di cui al comma 1, lettera

d), purché assicurino comunque, con misure alternative, l'equilibrio economico finanziario, da certificarsi preventivamente da parte del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e dal Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti di cui agli articoli 9 e 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

3. Le disposizioni di cui all'articolo 2, commi 71, 72 e 73 della legge 23 dicembre 2009, n. 191, si applicano anche in ciascuno degli anni 2013 e 2014;

4. Al fine di assicurare, per gli anni 2011 e 2012, l'effettivo rispetto dei piani di rientro dai disavanzi sanitari, nonché dell'intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, sono introdotte le seguenti disposizioni:

a) all'articolo 2, comma 80, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, dopo il periodo: «Gli interventi individuati dal piano sono vincolanti per la regione che è obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro.», sono inseriti i seguenti:

«A tale scopo, qualora, in corso di attuazione del piano o dei programmi operativi di cui al comma 88 del presente articolo, gli ordinari organi di attuazione del piano o il commissario ad acta rinviengano ostacoli derivanti da provvedimenti legislativi regionali, li trasmettono al Consiglio regionale, indicandone puntualmente i motivi di contrasto con il Piano di rientro o con i programmi operativi. Il Consiglio regionale, entro i successivi sessanta giorni, apporta le necessarie modifiche alle leggi regionali in contrasto, o le sospende, o le abroga. Qualora il Consiglio regionale non provveda ad apportare le necessarie modifiche legislative entro i termini indicati, ovvero vi provveda in modo parziale o comunque tale da non rimuovere gli ostacoli all'attuazione del piano o dei programmi operativi, il Consiglio dei ministri adotta, ai sensi dell'articolo 120 della Costituzione, le necessarie misure, anche normative, per il superamento dei predetti ostacoli.»;

b) all'articolo 2, dopo il comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, è inserito il seguente: «88-bis Il primo periodo del comma 88 si interpreta nel senso che i programmi operativi costituiscono prosecuzione e

necessario aggiornamento degli interventi di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del piano di rientro, al fine di tenere conto del finanziamento del servizio sanitario programmato per il periodo di riferimento, dell'effettivo stato di avanzamento dell'attuazione del piano di rientro, nonché di ulteriori obblighi regionali derivanti da Intesa fra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano o da innovazioni della legislazione statale vigente.»;

c) il Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario della regione Abruzzo dà esecuzione al programma operativo per l'esercizio 2010, di cui all'art. 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, che è approvato con la presente legge, ferma restando la validità degli atti e dei provvedimenti già adottati e la salvezza degli effetti e dei rapporti giuridici sorti sulla base della sua attuazione. Il Commissario ad acta, altresì, adotta, entro 60 giorni dall'entrata in vigore del presente decreto, il Piano sanitario regionale 2011 - 2012, in modo da garantire, anche attraverso l'eventuale superamento delle previsioni contenute in provvedimenti legislativi regionali non ancora rimossi ai sensi dell'art. 2, comma 80, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, che le azioni di riorganizzazione e risanamento del servizio sanitario regionale siano coerenti, nel rispetto dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza:

1) con l'obiettivo del raggiungimento dell'equilibrio economico stabile del bilancio sanitario regionale programmato nel piano di rientro stesso, tenuto conto del livello del finanziamento del servizio sanitario programmato per il periodo 2010 - 2012 con il Patto per la salute 2010 - 2012 e definito dalla legislazione vigente;

2) con gli ulteriori obblighi per le regioni introdotti dal medesimo Patto per la salute 2010 - 2012 e dalla legislazione vigente;

d) il Consiglio dei ministri provvede a modificare l'incarico commissariale nei sensi di cui alla lettera c);

e) il comma 51 dell'art. 1 della legge 13 dicembre 2010, n. 220 è sostituito dal seguente:

«51. Al fine di assicurare il regolare svolgimento dei pagamenti dei debiti oggetto della ricognizione di cui all'articolo 11, comma 2, del decreto legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito,

con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, nonché al fine di consentire l'espletamento delle funzioni istituzionali in situazioni di ripristinato equilibrio finanziario, per le regioni già sottoposte ai piani di rientro dai disavanzi sanitari, sottoscritti ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, e già commissariate alla data di entrata in vigore della presente legge, non possono essere intraprese azioni esecutive nei confronti di aziende, enti ed istituti pubblici dei servizi sanitari delle regioni medesime, nonché nei confronti delle stesse regioni, limitatamente alle risorse finalizzate al finanziamento dei servizi sanitari regionali, fino al 31 dicembre 2011. Le procedure esecutive eventualmente intraprese in violazione del precedente comma sono improcedibili e non determinano vincoli sulle somme, né limitazioni all'attività del tesoriere; conseguentemente sulle rimesse che a qualsiasi titolo pervengono alle suddette aziende sanitarie ed ospedaliere non si applicano gli obblighi di custodia di cui all'articolo 546 del Codice di procedura civile.

f) Per le regioni sottoposte ai piani di rientro per le quali in attuazione dell'articolo 1, comma 174, quinto periodo, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, è stato applicato il blocco automatico del turn over del personale del servizio sanitario regionale, con decreto del **ministro della Salute**, di concerto con il ministro dell'Economia e delle finanze, sentito il ministro per i Rapporti con le regioni e per la coesione territoriale, su richiesta della regione interessata, può essere disposta, in deroga al predetto blocco del turn over, l'au-

torizzazione al conferimento di incarichi di dirigenti medici responsabili di struttura complessa, previo accertamento, in sede congiunta, della necessità di procedere al predetto conferimento di incarichi al fine di assicurare il mantenimento dei livelli essenziali di assistenza, nonché della compatibilità del medesimo conferimento con la ristrutturazione della rete ospedaliera e con gli equilibri di bilancio sanitario, come programmati nel piano di rientro, ovvero nel programma operativo, da parte del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali, di cui rispettivamente agli articoli 9 e 12 dell'intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005, sentita l'Agenas.

5. In relazione alle risorse da assegnare alle pubbliche amministrazioni interessate, a fronte degli oneri da sostenere per gli accertamenti medico-legali sui dipendenti assenti dal servizio per malattia effettuati dalle aziende sanitarie locali, in applicazione dell'art. 71 del decreto legge 112 del 2008, convertito dalla legge 133/2008, come modificato dall'art. 17, comma 23, del decreto legge 78/2009, convertito dalla legge 102/2009:

a) per gli esercizi 2011 e 2012 il ministro dell'Economia e delle finanze è autorizzato a trasferire annualmente una quota delle disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale, non utilizzata in sede di riparto in relazione agli effetti della sentenza della Corte costituzionale n. 207 del 7 giugno 2010, nel limite di 70 milioni di euro annui, per essere iscritta, rispettivamente, tra gli stanziamenti di spesa aventi carattere obbligatorio, di cui all'art. 26, comma 2,

della legge 196/2009, in relazione agli oneri di pertinenza dei Ministeri, ovvero su appositi fondi da destinare per la copertura dei medesimi accertamenti medico-legali sostenuti dalle Amministrazioni diverse da quelle statali;

b) a decorrere dall'esercizio 2013, con la legge di bilancio è stabilita la dotazione annua dei suddetti stanziamenti destinati alla copertura degli accertamenti medico-legali sostenuti dalle Amministrazioni pubbliche, per un importo complessivamente non superiore a 70 milioni di euro, per le medesime finalità di cui alla lettera a). Conseguentemente il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre lo Stato, come fissato al comma 1, è rideterminato, a decorrere dal medesimo esercizio 2013, in riduzione di 70 milioni di euro.

6. Ai sensi di quanto disposto dall'articolo 2, comma 67, secondo periodo, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, attuativo dell'articolo 1, comma 4, lettera c), dell'intesa Stato-Regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2012, sancita nella riunione della conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano del 3 dicembre 2009, per l'anno 2011 il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre ordinariamente lo Stato, come rideterminato dall'articolo 11, comma 12, del decreto legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, e dall'articolo 1, comma 49, della legge 13 dicembre 2010, n. 220, è incrementato di 486,5 milioni di euro per far fronte al maggior finanziamento concordato con le regioni, ai sensi della citata intesa, con riferimento al periodo 1° giugno-31 dicembre 2011.

Oltre la Bce: nomine internazionali. Lamberto Zannier neosegretario generale dell'Organizzazione per la sicurezza e la cooperazione in Europa

Dalla Ue all'Osce: le «bandierine» dell'Italia

NOMINE RECENTI

Lamberto Zannier, 57 anni, diplomatico di carriera, è stato appena nominato direttore generale dell'Organizzazione per la sicurezza e la cooperazione in Europa (Osce) al posto del francese Marc Perrin de Brichambaut. In precedenza è stato rappresentante Onu in Kosovo e responsabile della missione Unmik dal giugno 2008

Guido Rasi, 57 anni, è da meno di un mese il direttore esecutivo dell'Ema, l'Agenzia europea dei medicinali che valuta l'immissione dei farmaci sul mercato Ue. Rasi ha alle spalle un passato all'Università Roma II e alla guida dell'Istituto di Neurobiologia e Medicina Molecolare del Cnr

ITASSELLI

Giuseppe Favale nuovo direttore dell'Organizzazione mondiale delle dogane.

Quattro gli italiani a capo di Agenzie europee

di **Carlo Marroni**

Apochi giorni dal via libera definitivo alla nomina di Mario Draghi alla presidenza della Bce l'Italia ha messo a segno un altro risultato, di minore visibilità ma comunque di notevole peso. Infatti il diplomatico Lamberto Zannier è stato nominato nuovo segretario generale dell'Osce (Organizzazione per la sicurezza e la cooperazione in Europa), al posto del francese Marc Perrin de Brichambaut. Zannier, 57 anni, era rappresentante Onu in Kosovo e responsabile della missione Unmik dal giugno 2008. Una nomina a cui la struttura della Farnesina, che fa capo al Segretario Generale, ambasciatore Giampiero Massolo, ha lavorato a lungo e in silenzio. Un successo - affermano fonti della diplomazia italiana, guidata dal ministro Franco Frattini - che si innesta all'interno di uno sforzo che sta andando avanti da tempo e che ha visto negli ultimi mesi molte nomine in organismi internazionali. Per esempio quella di Giuseppe Favale, che era a capo delle relazioni internazionali dell'Agenzia delle Dogane, a direttore della Tarif and Trade Affairs, direzione dell'Organizzazione Mondiale delle Dogane (Omd) competente per la classificazione e la determinazione dell'origine e del valore delle merci. La nomina - che in effetti è stata

una elezione a maggioranza assoluta dei membri - è stata portata avanti d'intesa tra i ministeri dell'Economia e degli Esteri.

Poi ci sono le agenzie europee: sono quattro quelle dove l'Italia negli ultimi mesi ha assunto la guida. È il caso dell'Agenzia Europea dei Medicinali (Ema), la più antica delle quattro essendo stata istituita nel 1993. Da meno di un mese il direttore esecutivo è l'italiano Guido Rasi, 57 anni, che ha alle spalle un passato all'Università Roma II e alla guida dell'Istituto di Neurobiologia e Medicina Molecolare del Cnr. Oltre a fornire agli stati membri e alla stessa UE una consulenza su tutte le questioni connesse alla valutazione, qualità e sicurezza dei farmaci, l'Ema è responsabile della valutazione scientifica delle domande presentate dalle industrie farmaceutiche per l'immissione dei farmaci sul mercato dell'Ue e nell'area Eea-Efta, oltre che del monitoraggio della sicurezza dei farmaci. Dall'inizio dell'anno Carlo Des Dorides è il Direttore Esecutivo dell'Agenzia per i sistemi Globali di Navigazione Satellitare (Gnss): l'agenzia gestisce i programmi europei di navigazione satellitare Galileo ed Egnos e le attività di ricerca e sviluppo connesse, controllando l'utilizzo dei fondi oltre ad occuparsi delle questioni relative al diritto di utilizzo delle frequenze necessarie per il funzionamento dei sistemi oltre che del rilascio delle licenze ai concessionari che direttamente operano su Galileo e Egnos. E sempre dall'inizio del 2011 Andrea Enria è stato eletto presidente della nuova Autorità di vigilanza bancaria europea (Eba). A queste nomine si aggiun-

ge quella di Alberto Pototsching, da circa un anno alla guida dell'agenzia di Cooperazione dei regolatori dell'Energia (Acer), dove operano circa 50 dipendenti. Inoltre prosegue l'azione del ministero degli Esteri, e in particolare della Rappresentanza permanente alla Ue, per accrescere il peso nelle varie articolazioni della burocrazia di Bruxelles. Ora sono sei i direttori generali, livello che porta l'Italia ad affiancare la Germania al primo posto per questi incarichi, rispetto ai cinque di Francia e Gran Bretagna. Il tassello più significativo è stato messo a segno tre mesi fa, con la nomina di Stefano Sannino, già consigliere diplomatico del presidente del Consiglio Prodi, alla guida della direzione generale Allargamento: un ruolo-chiave vista anche la posizione dell'Italia a favore dell'ingresso nell'Unione dei paesi dei Balcani occidentali. Nelle altre direzioni sono posizionati Giovanni Kessler (Antifrode), Stefano Manservigi (Affari Interni), Paola Testori Coggi (Salute e Tutela dei Consumatori), Marco Buti (Affari Economici e Finanze), Marco Benedetti (Interpretariato). Gli sforzi vanno anche per il servizio diplomatico, il Seae: l'Italia può contare su due Capi Missione, Ettore Sequi in Albania, e Mariangela Zapia all'Onu di Ginevra.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



In farmacia**Le regole
per prenotazioni
«riservate»**

Il cittadino che prenota un esame o ritira un referto deve poter contare sulla tutela di dati particolarmente sensibili. Ora che nuove regole consentono di avere questi servizi anche in farmacia, il Garante della privacy ha precisato che andranno predisposti computer dedicati alla prenotazioni, con la postazione collegata al Cup protetta da adeguate distanze di cortesia. Inoltre, è vietato creare banche dati dei referti digitali e l'accesso del farmacista all'esito dell'esame deve avvenire solo nel momento in cui lo consegna al paziente.





Pillole di salute

Grazie al buon senso e a piccoli aiuti medici il sole non fa più paura

LUCA BERNARDO*

■■■ Chi - esponendosi al sole e giovandosi delle piacevoli endorfine che questa pratica scatena - non ha pensato almeno per un minuto alle allarmanti campagne di foto protezione, al rischio oncologico, al precoce invecchiamento foto indotto, alle allergie solari... insomma, al buco nell'ozono?

Vista così sembrerebbe proprio che l'aforisma di Wilde - "Tutto quello che c'è di divertente nella vita o è immorale, o illegale o fa ingrassare" - possa essere applicato anche alla tintarella. Dunque, o sani non abbronzati, oppure abbronzati malati? Possibile non ci sia una soluzione? Il prof. Nicola Zerbinati, noto dermatologo a livello nazionale, riferisce che la a soluzione sta, come sempre, nel buon senso. E prima ancora che in quello medico, in quello popolare. Dalle ore 11 alle 16, periodo di massima radiazione solare, è preferibile esporsi al sole con cautela e magari non prendere la tintarella se la nostra età anagrafica è inferiore ai 4 anni.

Poi, per una corretta informazione, le fotodermatosi conosciute più semplicemente come "allergie al sole" sono un gruppo estremamente eterogeneo di patologie che hanno come comune denominatore l'esposizione ai raggi ultravioletti. Le fotodermatosi condizionate sono espressioni sintomatiche legate di importanti patologie dermatologiche geneticamente determinate, quali xerodermia pigmentosa, poichilodermia congenita e sindrome di Bloom, ma meritano un'attenzione clinico strumentale che va ben oltre la protezione solare estiva.



Così come ben più complesse da trattare, risultano essere le fotodermatosi da foto sensibilizzanti endogeni (proto-porfirine, triptofani), che caratterizzano anch'esse alcune malattie dermatologiche, dermatosi foto influenzabili e dermatosi idiopatiche completano il quadro delle fotodermatosi di più completo inquadramento e percorso terapeutico.

Le fotodermatosi dirette, quelle maggiormente rappresentate nel periodo estivo, nelle

forme acute (eritema) e croniche (invecchiamento) possono essere tranquillamente prevenute con l'assunzione orale e topica di sostanze foto protettive. Oramai, come indica il prof. Zerbinati, l'industria del settore promuove creme con filtri e schermi solari di sempre migliore qualità sia funzionale che cosmetica; la scelta del fattore di protezione 15-20-30-50+ dipenderà dal fototipo del soggetto e dal tempo di esposizione; il vostro dermatologo saprà sapientemente consigliarvi il miglior fattore di protezione e la progressiva riduzione di esso, in accordo con le vostre condizioni clinico-fisiologiche, i bagni riducono la permanenza della crema e, dunque, anche la sua efficacia protettiva, così come i tempi di esposizione, buona norma sarebbe applicare la crema ogni due ore.

Sempre più interesse, in ambito di foto protezione sistemica, destano le sostanze quali betacarotenoidi, polifenoli, provitamina A, astaxantina e licopenoidi, per il ruolo diretto che giocano nella prevenzione del danno attinico. Le quote terapeutiche di queste sostanze contenute in alcuni ortaggi e vegetali sarebbero difficilmente raggiungibili soltanto con l'alimentazione fisiologica, da qui appunto la necessità di assumere le sostanze attive con nutraceutici sapientemente bilanciati per favorire non solo l'accumulo, ma anche il corretto assorbimento.

Le ultime righe le vorrei dedicare alla luce della luna, sotto la quale i nostri vacanzieri favoriranno la profonda idratazione della cute con creme idratanti ed emollienti con principi lenitivi ed antiossidanti e, per evitare non graditi incontri, sempre sotto la luce della luna..., uno spicchio d'aglio a cena.

***Direttore Dipartimento Materno-Infantile AO Fatebenefratelli e Oftalmico Milano**



Rischi sanitari La metà dei viaggiatori non fa prevenzione

Vacanze esotiche? Chiedi al medico il «passaporto»

Partenze sicure

Le cautele e le misure protettive per chi sceglie mete lontane

Germi in valigia

I viaggi sono la prima via di diffusione di molte infezioni nel mondo

Vulnerabili

Più esposti ai «contagi» sono gli anziani, i bambini e i malati cronici

Il 46 per cento dei viaggiatori che punta a mete esotiche rischiose per la salute non si informa preventivamente e non si sottopone alle vaccinazioni consigliate. Il restante 54 per cento è, invece, più prudente: fa quanto meno lo sforzo di documentarsi, principalmente attraverso Internet e in seconda battuta dal proprio medico di famiglia.

Il monito a non trascurare le possibili insidie delle vacanze viene questa volta dai medici della Divisione di malattie infettive del Massachusetts General Hospital, autori di uno studio pubblicato sul *Journal of Travel Medicine*: «I viaggi internazionali — fa notare Edward Ryan, che ha coordinato l'indagine — rappresentano la prima via attraverso la quale molte infezioni fanno il giro del mondo. I viaggiatori non si rendono conto che partire disinformati e impreparati non solo mette a repentaglio la loro salute, ma può anche creare una eventuale minaccia per la salute pubblica nel loro Paese di origine».

«Spesso chi si accinge a viaggiare si rivolge ad agenzie e tour operator anche per le in-

formazioni sanitarie, ma questi non sono gli interlocutori giusti per individuare i pericoli e le precauzioni da adottare — osserva Zeno Rissoffi, direttore del Centro per le malattie tropicali dell'Ospedale Sacro Cuore di Negrar di Verona —. Sarebbe meglio chiedere al medico di famiglia indicazioni per individuare un Centro di medicina dei viaggi. Semmai, si può fare una prima ricognizione su siti Internet istituzionali sempre aggiornati (per esempio, quelli dei Cdc statunitensi oppure quello dell'Organizzazione mondiale della sanità), poi è comunque auspicabile una tappa presso un Centro specializzato».

Il compito dei Centri di medicina dei viaggi è quello di fornire informazioni sulla situazione sanitaria dei Paesi di destinazione: se occorre la profilassi antimalarica, le vaccinazioni utili, le precauzioni da adottare con cibi e bevande.

«L'obiettivo finale è far viaggiare con serenità, a maggior ragione riguardo ai soggetti di più a rischio, come anziani, bambini, persone con malattie croniche o, in generale, chi si reca in aree rurali» puntualizza

il dottor Bissoffi.

Quali i principali rischi da cui guardarsi? «La diarrea del viaggiatore è sicuramente il problema più diffuso in Paesi con condizioni igienico-sanitarie non ottimali — spiega l'esperto —. Più in generale, un altro problema spesso sottovalutato è rappresentato dal mal di montagna, che colpisce circa un viaggiatore su quattro tra coloro che si recano sopra i 2.500 metri senza una adeguata preparazione fisica».

Per quanto riguarda le malattie infettive, — prosegue Bissoffi — la possibilità di sottoporsi a vaccinazioni preventive va valutata caso per caso, fatta eccezione per la vaccinazione contro la febbre gialla, che è obbligatoria per chi si reca in alcune aree dell'Africa. Infine, chi viaggia in aree dove la malaria è diffusa può eseguire una profilassi con farmaci specifici, controindicata solo in caso di insufficienza renale o epatica grave. La decisione di ricorrere o meno alla profilassi va valutata con lo specialista in base alla destinazione, alla durata e alla modalità del soggiorno (se stanziale o itinerante)».

Antonella Sparvoli

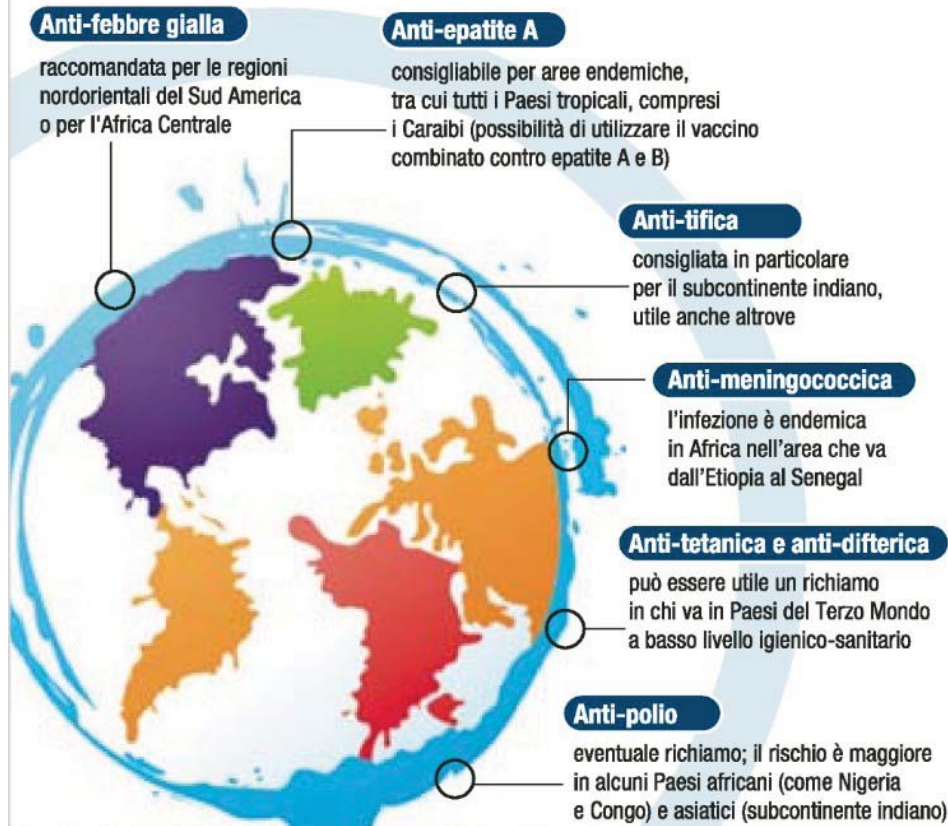
© RIPRODUZIONE RISERVATA



D'ARCO

La mappa delle vaccinazioni

L'opportunità di vaccinarsi va valutata con gli esperti dei Centri di medicina dei viaggi. Ecco uno schema semplificato delle principali malattie infettive per le quali è possibile la vaccinazione



In Piemonte la prima rete informatica per chi soffre di osteoporosi

Ha preso il via il Progetto «GerOs - Networking in Osteoporosi», supportato dalla Fondazione per l'osteoporosi Piemonte, che consentirà per la prima volta in Italia di inviare per via telematica al reparto di Geriatria e malattie metaboliche dell'Osso dell'ospedale Molinette di Torino (diretto dal professor Giancarlo Isaia), i dati relativi a pazienti che abbiano difficoltà a presentarsi a visita medica, sia per la loro età spesso avanzata, che per la considerevole distanza del loro luogo di residenza. Questo progetto, altamente innovativo ed unico in Italia, consentirà di gestire meglio questi pazienti, che usufruiranno di un più agevole accesso ai trattamenti, di un'ottimizzazione dei percorsi di diagnosi e cura, di una riduzione dei tempi di attesa per le visite specialistiche e permetterà anche di raccogliere precisi dati epidemiologici sulla patologia in Piemonte. Ciò perché i pazienti osteoporotici con fratture di femore o di vertebre, soprattutto se residenti in zone periferiche del Piemonte, trovano spesso ostacoli anche di natura burocratica per accedere alle terapie con i moderni e costosissimi farmaci anabolizzanti, in quanto pochissimi Centri sono stati abilitati alla stesura del prescritto piano terapeutico. La conseguenza è che questi pazienti, per lo più anziani e con plurime disabilità, vengono sottoposti a pesanti disagi per poter afferire ai Centri specialistici abilitati per ottenere i trattamenti più idonei. È stata così sviluppata una piattaforma informatica, alla quale si potrà afferire con speciali e controllate chiavi di accesso, che consentirà di creare una rete (network) tra varie strutture specialistiche periferiche (ortopedia, fisioterapia, reumatologia, geriatria) ed il Centro di riferimento regionale per confermare la diagnosi e redigere eventualmente il piano terapeutico necessario per usufruire dei farmaci che lo richiedano. Consentirà inoltre di gestire in modo integrato la terapia per l'osteoporosi con frattura, garantendo diagnosi e piano terapeutico on-line da parte del Centro di riferimento regionale per i pazienti afferenti alle 20 strutture periferiche che al momento hanno aderito al progetto e di garantire equità di accesso alle terapie. In sostanza gli specialisti possono trasmettere radiografie, esami di laboratorio al Centro regionale, usufruendo della rete telematica.

gloriasj@unipr.it

