

Sanità Nel nuovo piano nazionale anche i ricoveri non rinviabili

Oculista e tac entro due mesi Le liste d'attesa con il «tetto»

Nuove regole di Fazio: tempi stretti per 58 prestazioni

1.080

Giorni
Per un intervento di protesi all'anca l'attesa massima è di 1.080 giorni. Lo stesso per protesi a menisco, ginocchio e al seno

Le diagnosi «accelerate»

Specialisti

Fisiatra e oncologo

Nell'elenco anche la visita dal fisiatra, dal gastroenterologo, dall'oncologo, dal pneumologo

Le visite

Cure e occhi

Tempi ridotti per cardiologia, chirurgia vascolare, endocrinologia, neurologia e oculistica

Prestazioni

Mammografia e tac

Attesa controllata per mammografia; tac al torace, all'addome, al capo, rachide, bacino; risonanza al cervello

Gli ambiti

Pelle e ossa

Attesa ridotta per visita ortopedica, ginecologica, otorinolaringoiatrica, urologica, dermatologica

Le risonanze

Capo e collo

Sono in elenco la risonanza muscoloscheletrica e alla colonna vertebrale, l'ecografia a capo e collo

ROMA — Massimo trenta giorni per la diagnosi di tumori e malattie cardiovascolari. Altrettanti per l'eventuale intervento chirurgico. Ospedali e ambulatori del servizio sanitario pubblico non potranno discostarsi da questa tempistica rigorosa, tracciata nel «Piano nazionale di governo delle liste di attesa» che verrà approvato in una delle prossime riunioni della Conferenza Stato-Regioni. In lavorazione da un paio d'anni, l'intesa è in dirittura d'arrivo dopo l'ultima modifica di un'apposita Commissione interregionale.

Il piano per il triennio 2010-2012 contiene diverse novità rispetto al precedente del 2006. Vengono individuati due gruppi di patologie (tumori e cuore) con «tetti» per visite ed esami. Secondo il documento «una volta confermato il sospetto clinico formulato, dovrà essere garantito l'avvio di un percorso dia-

gnostico terapeutico necessario alla sua soluzione», al massimo entro due mesi. Vengono inoltre considerate come prioritarie 58 prestazioni (tra visite specialistiche, indagini strumentali, ricoveri in day hospital o ordinari). Al momento di prescriverle il medico specificherà se si tratta di urgenze (da eseguire prima possibile comunque non oltre 72 ore), se l'attesa deve essere breve (entro 10 giorni) o se c'è differibilità (30 giorni per le visite o 60 per gli accertamenti diagnostici).

Nell'elenco delle priorità ci sono anche la visita dall'oculista o dal dermatologo, esami diagnostici come Tac, risonanza, mammografia, ecografia all'addome o ecodoppler. E poi colonscopia, elettrocardiogramma, audiometria. Tra i ricoveri non rinviabili oltre i tempi indicati, quelli per tonsillectomia, chemioterapia, chirurgia oncologica (tumore

a mammella, prostata, colon retto, utero). In area cardiologica precedenza per by pass e angioplastica.

Rigore sulla libera professione dei medici. L'obiettivo è garantire che la lista di attesa pubblica non sia condizionata da quella per l'intramoenia. Le Regioni ogni settimana

rileveranno la lunghezza dell'una e dell'altra e con scadenza semestrale invieranno i dati al **ministero della Salute**. Il ministro **Ferruccio Fazio** cerca di imprimere una svolta: «Non deve più succedere che un paziente paghi per poter percorrere la scorciatoia». Le Regioni dovranno attrezzarsi di centri di prenotazione unica, i Cup, in modo che il traffico delle prenotazioni

sia centralizzato e trasparente. È davvero il colpo di grazia su un problema annoso? Tutto dipenderà dalla solerzia delle Regioni. Alcune, come il Veneto che dal 2007 ha

allargato il concetto delle priorità a tutto l'elenco delle prestazioni, sono molto avanti. Altre non posseggono neppure un abbozzo di Cup.

Margherita De Bac

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'elenco completo

Ecco le altre prestazioni che saranno erogate con minor tempo di attesa divise per categoria

Ecocolordoppler

Sono in elenco l'ecocolordoppler cardiaca, dei tronchi sovra aortici, dei



vasi periferici

Ecografia

All'addome, alla mammella e quella ostetrica-ginecologica

Esami specialistici

Colonscopia, sigmoidoscopia con endoscopio flessibile, esofagogastroduodenoscopia, elettrocardiogramma, elettrocardiogramma dinamico, elettrocardiogramma da sforzo, audiometria, spirometria, fondo oculare, elettromiografia

Prestazioni

in day hospital

Chemioterapia, coronarografia, biopsia percutanea del fegato, emorroidectomia, riparazione ernia inguinale

Interventi chirurgici

Tumore alla mammella, tumore alla prostata, tumore al colon retto, tumori dell'utero, by pass aortocoronarico, angioplastica coronarica, endoarteriectomia carotidea, intervento protesi d'anca, interventi chirurgici per il tumore del polmone, tonsillectomia.



Più qualità *La riforma della Gelmini è un provvedimento che migliora la qualità delle nostre università* **Francesco Rutelli** senatore Api

Risorse insufficienti *Non è una riforma, è una misura debole e le risorse sono insufficienti* **Luigi Zanda** senatore Pd

Contro i baroni *La riforma è positiva, ma bisogna porre fine ai poteri dei baroni* **Giulio Tremonti** ministro dell'Economia

Università, la riforma a rischio

Voto slittato, corsa per salvarla. Un bonus per i ricercatori

ROMA — La strada è in salita e piena di curve (politiche) pericolose. Per salvare la riforma dell'università il governo è pronto addirittura a cambiare strategia. E a giocarsi l'ultima carta: far modificare il calendario dei lavori alla Camera e progettare un intervento a favore dei ricercatori, la categoria più critica verso il ddl Gelmini.

Il problema numero uno è proprio quello dei tempi. Giovedì scorso l'esame della riforma da parte dell'Aula di Montecitorio è stato spostato dal 5 al 14 ottobre. Sembra poco, in realtà cambia tutto. Il 15 ottobre, cioè il giorno dopo, alla Camera comincia la sessione di bilancio che dura circa un mese e per regolamento costringe tutti gli altri provvedimenti ad aspettare in coda. Se sarà confermata

la data del 14, quindi, la riforma non solo non sarà approvata prima che l'attività accademica entri nel vivo, come era nelle intenzioni del governo anche per evitare le proteste. Ma finirà su un binario morto, specie considerando l'eventualità delle elezioni anticipate a marzo, che comincia ad essere evocata anche all'interno della maggioranza e del governo.

Sarebbe una sconfitta per il centrodestra, che su questa riforma ha investito parecchio. E la fine di un disegno di legge che non solo ridisegna il sistema di governo delle università, riducendone l'autonomia, ma distribuisce le risorse in base alla qualità della ricerca e della didattica e reintroduce il concorso nazionale per i docenti. Misure, e il vero nodo è questo, che il ministro dell'Economia Giulio Tremonti ha definito condizione essenziale per ripianare almeno in parte il taglio da un miliardo e 350 milioni di euro previsto nel 2011 per l'intero settore.

Ce ne è abbastanza perché la maggioranza tenti di modificare il calendario della Camera mettendo sul tavolo della prossima conferenza dei capigruppo due ipotesi: anticipare l'esame dell'Aula al 11 di ottobre oppure rimandare al 18 l'inizio della sessione di bilancio. In tutti e due i casi ci sarebbe qualche giorno per approvare in Aula la riforma e poi tornare al Senato, dove votare prima che anche lì cominci la sessione di bilancio. Possibile cambiare una decisione presa solo pochi giorni fa? Difficile ma non impossibile.

Il rinvio della settimana scorsa non è stato il frutto solo delle perplessità dell'opposizione sul disegno di legge ed in particolare sulla sua copertura finanziaria. Ma è stato uno dei primi segnali di un clima politico generale mutato, a poche ore dal voto di fiducia al governo Berlusconi che non ha certo chiuso le ferite del centrodestra. Non è dunque da escludere che un esame a freddo della questione possa portare ad una scelta diversa.

Per provare a spingere in questa direzione i tecnici del ministero dell'Istruzione stanno studiando la fattibilità di un emendamento che arriva dall'opposizione e prevede per i ricercatori un'indennità didattica, cioè una piccola aggiunta in busta paga. Per legge i ricercatori che lavorano nelle università non sono tenuti ad insegna-

re. La realtà è ben diversa, perché sulle loro spalle pesa circa il 40 per cento della didattica. Proprio per questo, in segno di protesta contro la riforma Gelmini, quasi la metà dei ricercatori ha annunciato che da quest'anno non farà lezione. L'indennità didattica sarebbe un modo per venire incontro alle loro proteste e — visto che l'idea originale è del pd Luigi Nicolais — anche alle perplessità dell'opposizione. Ma è una strada davvero percorribile?

Anche considerando una somma contenuta (intorno ai 150 euro netti al mese) e tenuto conto che i ricercatori che fanno lezione sono circa 15 mila, si arriverebbe ad un costo di 45 milioni di euro l'anno. Non pochi dal momento che basterebbe qualche milione in meno per far partire quel piano di assunzioni di professori associati (9-10 mila in sei anni) che nelle intenzioni del governo rappresenta la strada maestra per risolvere la questione ricercatori, per la quale si esclude qualsiasi ipotesi di stralcio. I tecnici del ministero al momento sono scettici. Ma pur di riuscire a tirar fuori la riforma dal binario morto dove è inaspettatamente finita, correzioni fino a qualche giorno fa impensabili adesso hanno tutto un altro aspetto.

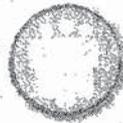
Lorenzo Salvia



I numeri e il confronto

Ecco una fotografia degli atenei italiani e un confronto con gli altri Paesi per quanto riguarda la spesa annua per studente e la percentuale di abbandono durante il ciclo universitario

Totale iscritti*



*(anno accademico 2007-2008)
1.799.041

Laureati nel 2007



184.699

Professori



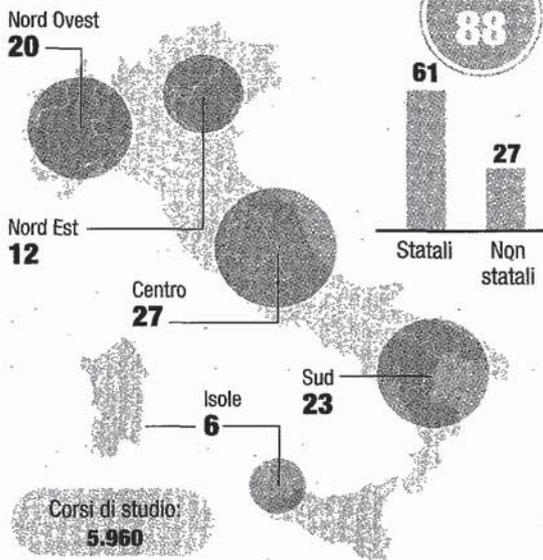
36.566

Personale non docente

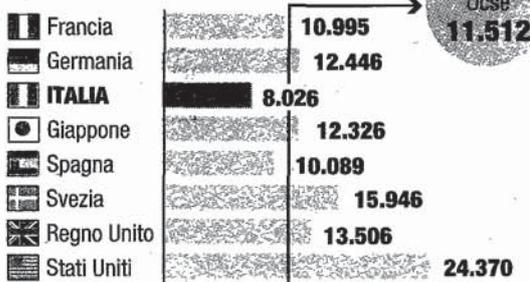


49.635

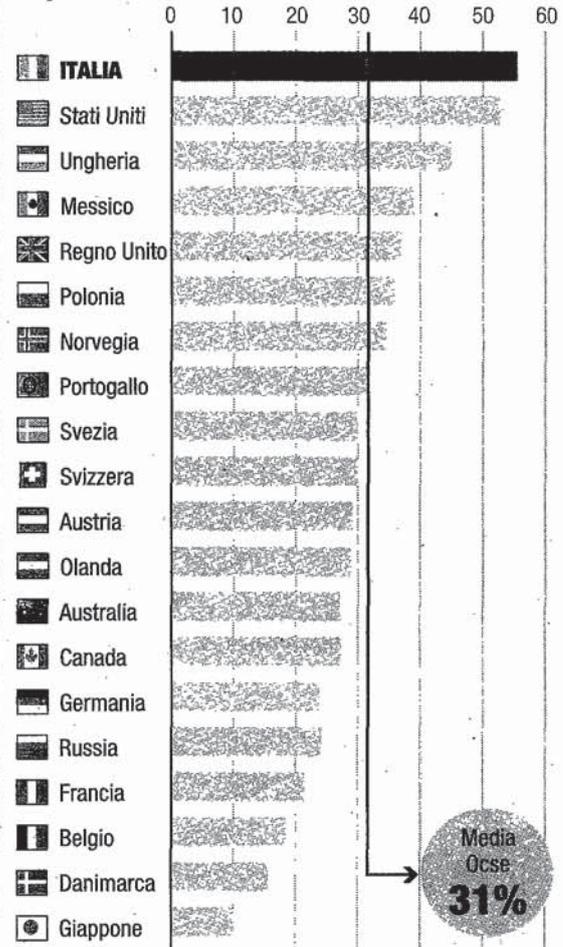
Gli atenei in Italia



La spesa per studente (dato annuale, in dollari)



La percentuale dell'abbandono



Sanità. A sei mesi dal varo registrato un modesto aumento di farmaci Ignorata la legge contro il dolore

LA RICERCA INTEGRALE



Sul Sole 24 Ore Sanità in distribuzione da domani l'indagine completa sul primo semestre di applicazione della legge 38 contro il dolore. La ricerca, realizzata insieme al centro studi Mundipharma e alla Fadoi (la federazione delle associazioni dei dirigenti ospedalieri internisti), ha interessato 135 reparti di medicina generale. La nuova normativa ha semplificato le procedure per la prescrizione, da parte dei medici, delle medicine per alleviare le sofferenze dei malati terminali o dei pazienti cronici. I farmaci possono, infatti, essere prescritti utilizzando il normale ricettario del sistema sanitario

Marzio Bartoloni

Medici e ospedali rischiano di affondare la lotta al dolore nel nostro Paese. A sei mesi dall'entrata in vigore della legge 38, approvata con voto bipartisan e all'unanimità tra gli applausi di tutto il Parlamento, il diritto a non soffrire per milioni di italiani resta ancora sulla carta.

Pochi gli oppioidi prescritti dai camici bianchi, nonostante si tratti di farmaci cruciali per lenire sofferenze inutili ad almeno 250 mila malati terminali e a milioni di pazienti cronici. Dopo il via libera del marzo scorso alla legge che ha semplificato la prescrizione dei farmaci anti-dolore autorizzando i medici a utilizzare il normale ricettario del Ssn, la crescita è stata modesta: solo l'8% in più rispetto alle già pochissime confezioni vendute nel passato. È comunque molto indietro ai consumi degli altri Paesi europei.

Pochi anche gli ospedali che hanno deciso di rispettare l'obbligo sancito dalla legge di monitorare nella cartella clinica il livello di dolore di tutti i pazienti. Una rivoluzione, questa, tanto attesa quanto delusa. Oggi rispetta questo diritto degli assistiti poco più della metà degli ospedali (il 60 per cento). Con una aggravante: la stragrande maggioranza si è messa in regola ben prima dell'approvazione delle nuove norme. Gli altri, invece, della legge non sembra essersene accorti.

A scattare questa fotografia impietosa è un'indagine che «Il Sole 24 Ore Sanità» ha realizzato con il centro studi Mundipharma e Fadoi (la federazione delle associazioni dei dirigenti ospedalieri internisti) su 135 reparti di medicina generale. Un'indagine che traccia un primissimo bilancio della legge piuttosto negativo. Aggravato dal fatto che dopo sei mesi non c'è traccia anche di altri adempimenti: entro fine giugno scorso Governo e Regioni dovevano disegnare, con un'intesa, l'identikit della rete nazionale e di quelle regionali per le cure palliative e la terapia del dolore, indicando strutture e figure professionali che ci dovrebbero lavorare. Mentre entro fine settembre il ministero dell'Istruzione e dell'Università doveva - con uno o più decreti - dare vita a percorsi formativi e a un master ad hoc sulle cure palliative e la terapia del dolore per medici e personale sanitario. Ma i provvedimenti finora mancano all'appello.

«L'applicazione della nuova normativa non è sicuramente semplice - avverte Furio Zucco, medico esperto del settore e coordinatore di questa indagine -, ma ora ci aspettiamo nei prossimi mesi un grande sforzo da parte di Governo, regioni, ospedali e medici per applicare finalmente questa legge sacrosanta»

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il fumo fa male e i medici non danno il buon esempio

Il 38,7% ha il vizio

Dottori e infermieri ammettono una forte dipendenza e confessano di non riuscire a smettere.

Roma

Dovrebbero essere i primi a dare il buon esempio. Eppure sono tanti i medici e gli infermieri che proprio non riescono a smettere di fumare. Lo rivela uno studio dell'Università La Sapienza di Roma, condotto su un campione composto per il 55,8% da infermieri, il 30,4% da medici e il 13,8% da tecnici. Il risultato è che il 38,7% s'è dichiarato fumatore. Di questi, il 76,1% ha ammesso una dipendenza molto forte e il 73,8% una bassa motivazione ad abbandonare con il vizio delle sigarette. Fra le tre categorie considerare, si è visto che proprio i medici sono quelli con una dipendenza dal fumo molto forte. Nel loro caso, l'amore per le sigarette comincia già ai tempi dell'università. E chi decide di smettere lo fa il più delle volte perché l'età avanza.

Si comincia all'università

Secondo i risultati di un altro studio - condotto in nove facoltà di



Sigaretta anche negli ospedali.

Medicina di Germania, Italia, Polonia e Spagna nel 2009 - si è visto che i fumatori erano il 30% ma solo il 19% si consideravano veri fumatori. Tra questi, gli studenti spagnoli sono risultati i più numerosi (23,3%). Dal sondaggio internazionale è emerso pure che il 72% dei futuri medici riconosce il ruolo dei professionisti sanitari come modello di comportamento, con differenze statisticamente significative tra i Paesi considerati (in Spagna solo il 53% contro il 91% della Polonia). Però solo il 17% ha dichiarato di aver ricevuto istruzioni sui metodi per far smettere i pazienti di fumare. (CITY)



Trapianto eccezionale a Roma Il ragazzo che vive con un cuore a pile

di MARGHERITA DE BAC
e FRANCESCO DI FRISCHIA

Il ragazzo, 15 anni, aveva i giorni contati. Ora ha un cuore a pile e i medici prevedono che, con quel dispositivo nel petto, «potrà vivere senza problemi per altri 20-25 anni». L'intervento è stato effettuato all'ospedale Bambin Gesù di Roma.

A PAGINA 21

Roma L'intervento al Bambin Gesù è durato dieci ore. L'apparecchio pesa 90 grammi

Il ragazzo con il cuore a pile Primo trapianto su un 15enne

Dispositivo permanente. «Potrà vivere altri 20-25 anni»

ROMA — Il ragazzo, 15 anni, aveva i giorni contati. Da giovedì vive grazie a una piccola pompa di titanio che gli è stata sistemata nel ventricolo sinistro. Si tratta del primo intervento al mondo di trapianto di un cuore artificiale permanente su un paziente under 18. Lo ha compiuto giovedì l'équipe diretta dal dottor Nino Amodéo dell'ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma. Il paziente, colpito da distrofia muscolare e gravissimi problemi cardiaci, è in prognosi riservata e lo rimarrà per 1-2 settimane, ma i medici giudicano positivo il decorso post operatorio.

«Il ragazzo (un metro e 60 per 50 chilogrammi) è affetto da una malattia muscolare sistemica (la sindrome di Duchenne, la più comune forma di distrofia dei bambini ndr) che lo esclude dalla possibilità del trapianto tradizionale — hanno spiegato ieri il presidente del Bambino Gesù, Giuseppe Profiti, e il direttore sanitario, Massimo Raponi annunciando il delicatissimo intervento —. Da sei mesi era co-

stretto su una sedia a rotelle e questa strada era l'unica possibilità per tentare di salvarlo». Dopo l'operazione, durata 10 ore, invece «ha un'aspettativa di vita di 20-25 anni — ha aggiunto Raponi — e ci auguriamo che possa tornare a una esistenza normale».

La pompa è frutto della miniaturizzazione delle sofisticate apparecchiature già in uso da anni per gli adulti cardiopatici: attraverso un'elica irrorata il sangue nell'aorta ascendente e poi in tutto il corpo, con una velocità variabile dai 2 ai 6 litri al minuto. L'apparecchio sperimentale, prodotto negli Usa, pesa solo 90 grammi ed è lungo 4 centimetri: è alimentato da batterie attraverso un cavo che dal torace risale lungo il collo ed è stato si-

stemato dai chirurghi dietro l'orecchio sinistro. Lì c'è uno spinotto che si collega esternamente a batterie fisse (per la notte) o mobili (per il giorno) che durano circa 10 ore, a seconda dell'attività fisica del paziente. Il ragazzo, quando uscirà da casa, se le porterà dietro attaccate alla cintura.

«Le altre pompe usate in malati adulti pesano circa 400 grammi e sono collegate per l'alimentazione esterna sul-

l'addome — ha precisato Amodéo — ma questo causa nel 40% dei casi l'insorgenza di pericolose infezioni che possono rivelarsi letali. Con l'attacco dietro l'orecchio, invece, su 400 impianti su adulti già fatti, il rischio di infezioni fino a oggi è stato "zero"».

Entro l'inizio del prossimo anno nel Bambino Gesù dovrebbero essere sperimentati cuori artificiali ancora più piccoli di quello usato giovedì, fino ad arrivare a pompe di soli 30 grammi di peso e 2 centimetri di lunghezza, destinate a bambini e addirittura a neonati. «Questa è solo una tappa della nostra ricerca iniziata 24

anni fa con il primo trapianto di cuore — ha precisato con orgoglio il presidente Profiti — ed è il frutto di un grande lavoro di squadra. L'obiettivo è far diventare questo intervento di routine e di sviluppare un cuore artificiale che, vista la carenza di donazioni di organi, consenta di rendere normale la vita di tanti nostri piccoli pazienti».

Il successo dell'intervento è stato sottolineato anche dal ministro della Salute, **Ferruc-**

cio Fazio, che lo ha collegato alle notizie di tenore del tutto diverso degli ultimi giorni su alcuni casi di malasanità: «La cosa importante di questo trapianto — ha sottolineato Fazio — è che è stata salvata la vita a un ragazzo. L'Italia ha grandissime eccellenze nel Lazio e in tutte le altre regioni. Abbiamo una buona sanità, lo



dicono le statistiche, non facciamoci condizionare da alcuni episodi». Tra i primi a congratularsi anche il sindaco di Roma, Gianni Alemanno, il presidente della Provincia di Roma, Nicola Zingaretti, e la governatrice della Regione Lazio, Renata Polverini.

Francesco Di Frischia

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il ministro

Fazio: «È stata salvata la vita a un ragazzo grazie al fatto che l'Italia ha grandissime eccellenze. Abbiamo una buona sanità»

La storia

Pioniere

Usa, 1982: Robert Jarvik (*sopra*) innestò a Barney Clark un cuore artificiale, ma il paziente morì dopo 112 giorni per insufficienza renale

Indipendente

Nel 2001, negli Usa, Robert Tools fu il primo ad avere un cuore artificiale indipendente. Morì dopo 5 mesi per una emorragia addominale

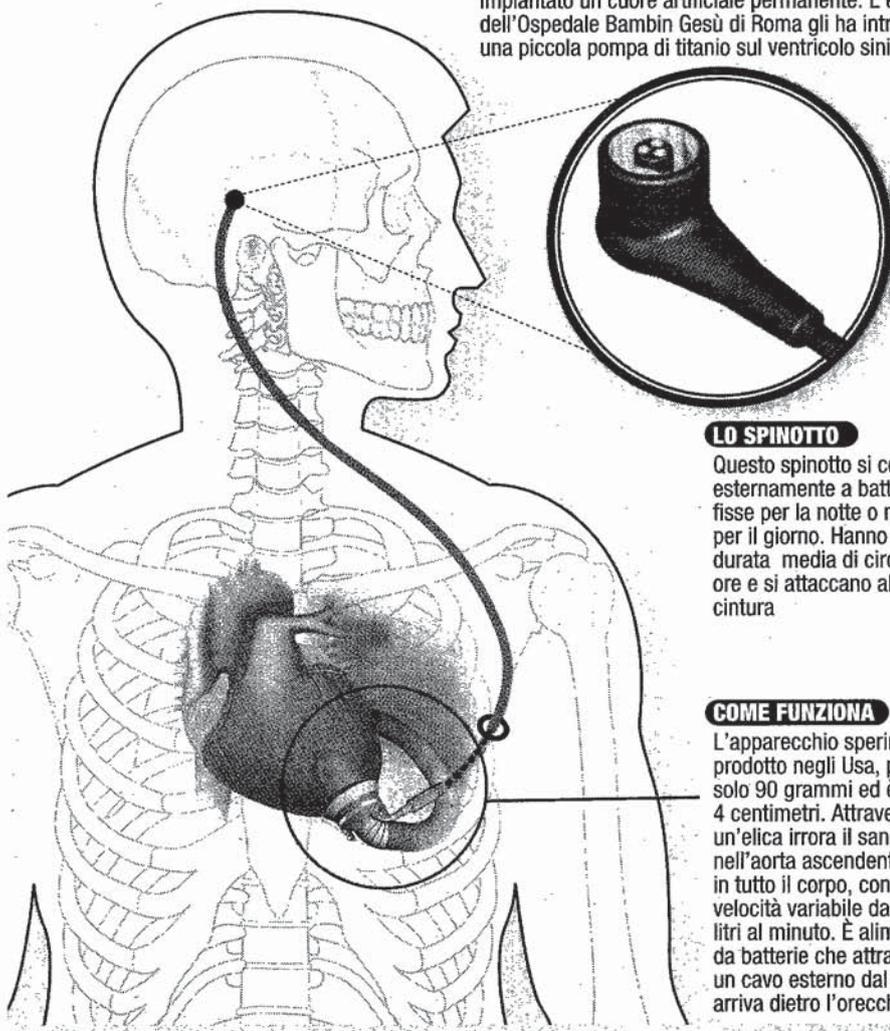
In Italia

Sopra, Luciano Sai e Mario Viganò che nel 2001 gli inserì un sistema definitivo di assistenza ventricolare in attesa del trapianto. Più in alto, Oliviero Manara che, nel 2001, utilizzava una borsa con un sistema esterno per alimentare il ventricolo

La nuova tecnica

IL PAZIENTE

Un italiano quindicenne, alto un metro e 60 per 50 chilogrammi, affetto da distrofia muscolare e gravi problemi cardiaci, è stato il primo al mondo ad aver impiantato un cuore artificiale permanente. L'equipe dell'Ospedale Bambin Gesù di Roma gli ha introdotto una piccola pompa di titanio sul ventricolo sinistro



LO SPINOTTO

Questo spinotto si collega esternamente a batterie fisse per la notte o mobili per il giorno. Hanno una durata media di circa 10 ore e si attaccano alla cintura

COME FUNZIONA

L'apparecchio sperimentale, prodotto negli Usa, pesa solo 90 grammi ed è lungo 4 centimetri. Attraverso un'elica irrorà il sangue nell'aorta ascendente e poi in tutto il corpo, con una velocità variabile dai 2 ai 6 litri al minuto. È alimentato da batterie che attraverso un cavo esterno dal torace arriva dietro l'orecchio

Ricerca

Ma il futuro sono le staminali

Giancarlo Calzolari

■ Il nostro cuore è una pompa perfetta e straordinaria in grado di funzionare anche per un secolo, come dimostrano tanti centenari. Per molti il cuore artificiale è soprattutto quello che, forse, sarà realizzato partendo dalle cellule staminali del nostro corpo, senza nessun rigetto e con tutte le caratteristiche umane. Un progetto ancora lontano dal trasformarsi in realtà per le difficoltà tecniche incontrate nell'utilizzazione di queste cellule. C'è chi ipotizza di ricostruire completamente tessuti cardiaci originali, per poi procedere al trapianto di un cuore biologico artificiale. Tuttavia oggi esistono molti meccanismi alimentati da sistemi a pile più o meno sofisticati. Ora si è in grado di ricaricare le pile con alimentatori che rimangono all'esterno del corpo umano per

due o tre anni. Poi però si devono sostituire. In molti casi si tratta di cosiddetti cuori parziali o assistenti ventricolari, e servono esclusivamente a mantenere in vita il paziente in attesa di un trapianto. Ben diverso è il cuore artificiale permanentemente sperimentato per la prima volta a Roma. Il problema è che il cuore ha bisogno di una, sia pur debolissima, fonte di energia. Molti sognano una fonte «atomica», ma ci sono difficoltà, per adesso, insormontabili. Tutti parlano di una fantomatica pillola di plutonio che potrebbe dare impulsi di energia per molti anni. Ma i problemi tecnici (chi vorrebbe restare vicino ad un individuo, sia pure un fratello, che emette radiazioni atomiche?) sono enormi. D'altra parte, il nuovo cuore meccanico non darà mai fenomeni di rigetto come accade nei comuni trapianti cardiaci da cadavere umano o persino da uomo a scimmia. Si possono così evitare i pesanti trattamenti antirigetto. Gli esperimenti fatti con animali (un'industria torinese ha sperimentato un trapianto in un vitello) hanno fornito importanti indicazioni che, però, non possono essere considerate definitive.



METODICHE CHIRURGICHE D'AVANGUARDIA

I nuovi laser migliorano la visione

Le più sofisticate tecnologie Lasik rimodellano la forma della cornea annullando il dolore. Il pericolo di infezioni si riduce quasi a zero e il recupero funzionale diventa totale e rapidissimo

Luigi Cucchi

■ La visione conquista nuovi spazi. I progressi sono sorprendenti e costanti. Gli oculisti italiani sono all'avanguardia sul piano internazionale e da decenni tracciano il cammino della ricerca. La chirurgia refrattiva, in particolare, indica i vantaggi di nuove metodiche che si affermano nel mondo. In questi ultimi anni si sono registrati tali progressi che molti disturbi della vista possono ora essere corretti ottenendo risultati d'eccezione. Il laser hanno rappresentato una autentica rivoluzione; quelli più sofisticati, a femtosecondi e ad eccimeri, offrono nuove opportunità che aumentano con il progredire della tecnologia. Ne parliamo con due oculisti d'avanguardia, i dottori Silvio Zuccarini ed Emanuele Scuri, il primo svolge la propria attività a Firenze (silvio.zuccarini@virgilio.it), il secondo a Brescia (info@studio-oculistico.net). Entrambi sono stati tra i primi oculisti ad utilizzare in Italia il laser ad eccimeri (dal 1992).

Da circa un anno lo utilizzano in combinazione con il laser a femtosecondi. Attualmente sono gli unici ad utilizzare in Italia il laser Femtec Technolas Perfect Vision nella sua versione più aggiornata che permette la chirurgia Intracor per la correzione della presbiopia. Nel mondo negli ultimi tre anni sono già stati eseguiti quasi 5000 interventi di questo tipo. In Europa l'autorizzazione CE per questa chirurgia è avvenuta nel Novembre 2009 ed in Italia vengono eseguiti solo a Brescia e Firenze proprio dai dottori Scuri e Zuccarini. Con questa tecnica si determina un deli-

cato rimodellamento della curvatura corneale che permette la messa a fuoco di oggetti vicini e lontani anche nei pazienti presbinti senza uso di occhiali. L'intera procedura non prevede alcuna incisione della superficie oculare. Si agisce esclusivamente negli spazi interni del tessuto corneale in un'area chiamata stroma, eseguendo una serie di precisi anelli concentrici che consentono la correzione della presbiopia in un tempo operatorio di soli 20 secondi.

Non si ha ablazione di tessuto corneale in quanto la correzione desiderata si ottiene con una redistribuzione delle forze biomeccaniche che determinano la curvatura della cornea.

Con questa tecnica viene annullato il dolore postoperatorio ed il rischio infettivo, precisa il dottor Emanuele Scuri che dal '76 ad oggi ha eseguito oltre 35mila interventi laser sulla retina e 7mila di chirurgia refrattiva.

La tecnologia Lasik fu pensata nel lontano 1949 dallo spagnolo Ignacio Barraquer, che per primo intuì che la sottrazione di tessuto corneale poteva modificare il potere refrattivo della cornea e conseguente possibile correzione chirurgica dei difetti di vista. I primi trials clinici per la moderna Lasik iniziarono nel 1994 e l'approvazione da parte della FDA avvenne nel 1999, ricorda il dottor Silvio Zuccarini. Attualmente grazie alla

tecnologia con laser a femtosecondi non si ricorre più al bisturi per effettuare questo intervento e la tecnica Lasik è diventata estremamente sicura. I rari inconvenienti che si potevano verificare utilizzando il microcheratomo quali ectasie, strie, dislocazione del lembo, proliferazione epiteliale nell'interfaccia e la cheratite lamellare diffusa sono pressoché scomparsi. Con questa tecnica si possono trattare i difetti visivi quali la miopia, l'ipermetropia, l'astigmatismo, anche associati a presbiopia utilizzando tecniche Supracor (Technolas) o tecniche presbiopiche customizzate Visx. Il nuovo livello di sicurezza e precisione che si ottiene con la FemtoLasik, che crea un flap di spessore estremamente sottile ed uniforme, ha significato un fondamentale passo avanti nella chirurgia refrattiva.

Anche in Italia la domanda di questa chirurgia oculare è in rapida crescita, come avviene in tutti i Paesi occidentali, soprattutto per il progredire della tecnologia che ha raggiunto elevati livelli di sicurezza. Questi interventi chirurgici non sono sempre possibili. Si possono effettuare solo su pazienti selezionati da accurate visite oculistiche. Esistono infatti delle patologie oculari che rappresentano controindicazioni assolute che sono individuate solo da approfonditi esami diagnostici. Il margine di sicurezza delle moderne tecniche chirurgiche è infatti giustificato dalla estrema precisione che gli strumenti diagnostici hanno ora raggiunto. Le innovative apparecchiature laser negli Stati Uniti sono le uniche approvate dalla NASA per i piloti militari.



Già grandi a otto anni l'anticipo da record delle donne bambine

Dagli estrogeni alla tv, perché la pubertà arriva sempre prima

Trent'anni fa l'età dello sviluppo iniziava a dodici, la media oggi è scesa a undici. E in cinque casi su cento scatta addirittura in piena infanzia

MICHELE BOCCI

L'INFANZIA si sta accorciando. C'è sempre meno tempo per essere bambini, tra stimoli esterni che impongono di crescere in fretta e diventare prima possibile come gli adulti e cambiamenti fisiologici che anticipano la pubertà. Succede soprattutto alle bimbe con il primo accenno di seno alle elementari, atteggiamenti disinibiti e un look sempre più simile a quello di un'adolescente, magari con il plauso della mamma. Le chiamano donne bambine e secondo gli esperti sono in continuo aumento.

Negli Stati Uniti, dice una ricerca svolta di recente in North Carolina, le piccole che iniziano lo sviluppo puberale già a 7 anni, magari per poi concluderlo in tempi normali, sono passate dal 5 al 10% del totale. Mentre nel nostro Paese si calcola che la vita infantile abbia perso un anno nel giro di appena una generazione. In concreto, se le mamme di oggi hanno concluso lo sviluppo, in media, a 12 anni, le loro figlie lo hanno fatto a 11. Un fenomeno sociale, certo, ma che prima ancora può essere legato a una vera e propria pa-

tologia: la cosiddetta pubertà precoce. Si tratta dell'arrivo della prima mestruazione molto in anticipo, intorno agli 8 anni: un tempo accadeva a circa il 3% delle bambine, oggi ne interesserebbe il 5%.

I numeri arrivano dall'unica ricerca su larga scala fatta nel nostro Paese. L'autore è Gianni Bo-

na, responsabile della clinica pediatrica di Novara. «In ambulatorio vediamo sempre più bambine che sviluppano velocemente. Anche ai maschi succede, ma è più difficile verificarlo perché non ci sono le mestruazioni a sancire la conclusione dello sviluppo puberale». La pubertà precoce va curata perché ha un forte impatto sulla crescita psicologica e fisica. «Le bambine vanno incontro a problemi perché il loro corpo cambia mentre loro sono ancora piccole — prosegue Bona — Poi chi conclude presto la pubertà resta più basso. Ricerche svolte nei campus universitari Usa ci dicono che l'altezza media delle femmine si sta abbassando».

Le cause dell'anticipo della pubertà si studiano da anni. Di recente in Germania hanno messo sotto accusa certe plastiche usate per biberon, vestiti e pentole. «Le ipotesi sono molte — dice sempre Bona — Si pensa a sostanze come i fitoestrogeni contenuti nei vegetali. Oppure a composti sintetici

che mimano gli estrogeni. In generale si sa che l'inquinamento ambientale ha un ruolo, ma non è mai stato dimostrato con certezza».

Qualcun altro punta il dito sugli stimoli esterni. «Certe immagini erotiche che passano in televisione o sui giornali, possono avere un ruolo», dice Chiara Ciampi, neuropsichiatra infantile al pediatrico Meyer di Firenze. «Il nostro ospedale e l'università hanno dimostrato in una ricerca che guar-

dare troppa tv innesca una reazione ormonale che anticipa i primi segni della pubertà».

Il problema oltre che fisiologico, in un Paese dove ogni anno oltre 10 mila adolescenti tra i 15 e i 19 anni partoriscono e 4 mila abortiscono e dove secondo una recente ricerca svolta a Genova il primo rapporto per qualcuno arriva già a 11 anni, diventa anche psicologico. E culturale. «Visitando le nostre pazienti viene spesso il sospetto che faccia piacere alle mamme vederle crescere velocemente» conferma la dottoressa Ciampi. Rientra nella tendenza della nostra società a non voler vivere fino in fondo le varie età, come l'infanzia appunto o la vecchiaia. «Il nostro mondo crea un clima che spinge alla maturità precoce, se non fisica almeno mentale», spiega lo psicologo Fulvio Scaparro, autore con Marcello Bernardi del libro «La vita segreta del bambino». «Molti genitori non capiscono l'importanza che ha l'infanzia nello sviluppo di una persona e vogliono farla passare più velocemente possibile. Il problema non è la bimba che si vuole truccare, quello è un gioco. Il problema sono gli adulti che invece di sdrammatizzare si compiacciono di questo suo voler sembrare grande».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Precoci in tutto



10 mila

I bambini nati ogni anno in Italia da mamme adolescenti, di età tra 15 e 19 anni



4 mila

Le interruzioni di gravidanza eseguite ogni anno nel nostro paese che riguardano adolescenti



11 anni

Età minima del primo rapporto sessuale secondo un sondaggio del Coord. figure sieropositivi



La pubertà

1
anno

negli ultimi 30 anni
l'età media in Italia
della **prima**
mestruazione
è passata
da 12 a 11 anni

5
per cento

delle bambine
italiane intorno
agli **otto anni**
è soggetta a
pubertà precoce
(era il 3%)

10
per cento

delle bambine
statunitensi inizia
ad avere i **primi**
segn
pubertà già
a **sette anni**

Le cause

I cambiamenti sono legati alla **produzione ormoni prodotti dall'ipofisi**, le gonadotropine, che stimolano la funzione delle **ovaie**

FAMILIARITÀ

Circa la metà dei casi sono di bambini con **la madre** che ha avuto lo **stesso problema**

ALIMENTAZIONE

L'assunzione di alcune sostanze, come **gli estrogeni** e i fitoestrogeni, attraverso i cibi, attiverebbe reazioni ormonali

TELEVISIONE

Uno studio realizzato dal Meyer e dall'Università di Firenze ha provato che **guardare troppa tv** fa crescere prima

PLASTICA

Il contatto con certe **materie plastiche**. Secondo uno studio tedesco sarebbero pericolosi certi **contenitori di alimenti**

PATOLOGIE

Da tempo è accertato che alcune neoplasie infantili possono **accelerare la pubertà**



PESO

In Italia il 12% dei bambini è **obeso** e il 25% **sovrappeso**. Questa condizione avrebbe a che fare con l'anticipo della pubertà



INTERVISTA | **Ferruccio Fazio** | Ministro della Salute

«In arrivo controlli spietati sull'attività intramoenia»

IL MONITO

«Non deve più avvenire che un assistito scelga l'intervento a pagamento per evitare lunghe attese»

LA VIGILANZA

«Sarà decisivo incrociare il monitoraggio nazionale delle prenotazioni con i dati regionali»

Roberto Turno

Controlli spietati sull'attività libero professionale intramoenia dei medici pubblici, per stroncare il fenomeno delle liste d'attesa create ad arte per spingere i pazienti a pagare quel che nel normale orario di lavoro non viene garantito gratis o col solo pagamento del ticket. E un grimaldello per fare trasparenza: l'incrocio del Cup (centro unico di prenotazione) nazionale con quelli regionali. Il ministro della Salute, **Ferruccio Fazio**, spiega obiettivi e strategie del piano sulle liste d'attesa da concordare in via definitiva con le regioni. Ci conta forte il ministro, ma il muro della vergogna delle liste d'attesa nel Ssn non sarà facile da sgretolare.

Professor Fazio, qual è il punto forte del progetto per abbattere le liste d'attesa?

Sarà decisivo il monitoraggio nazionale che vogliamo garantire sul fenomeno delle liste d'attesa. Lo realizzeremo grazie al Cup nazionale che abbiamo già presentato alle regioni e che va ad integrare i Cup regionali.

Il monitoraggio cosa terrà sotto controllo in particolare?

Vigilerà sull'attività istituzionale svolta nel normale orario di lavoro di funzionamento della struttura pubblica e insieme sull'attività in intramoenia. Vogliamo evitare una volta per tutte che ci siano liste d'attesa lunghissime per ottenere prestazioni sanitarie nell'attività istituzionale dell'orario di lavoro e invece abbreviate nell'attività intramoenia, come purtroppo spesso avviene. Per questo saranno attivati meccanismi per fare in modo che le due attività siano "equilibrate". Non deve più avvenire che un assistito debbari correre alle prestazioni in intramoenia, a pagamento, per evitare una lista d'attesa troppo lunga senza pagare. Per farcela servono criteri di trasparenza e nuovi meccanismi.

Questa scommessa l'hanno già tentata molti governi. E in molte regioni dalla Toscana in su, le liste d'attesa sono state tagliate. Ora volete codificare e rendere vincolanti queste regole. Quali i casi più acuti da risolvere?

Un aspetto importante riguarda le prestazioni cardiologiche e quelle oncologiche, che vengono "divise" a seconda del singolo quesito clinico. Pensiamo a liste differenziate con attese inferiori per interventi più urgenti o meno urgenti, e a tempi meno brevi per le attività di prevenzione, che sono programmabili. Se si ha bisogno di una mammografia perché si ha un nodulo, non si

può rinviare la prestazione a due anni dopo.

Già, a farcela: l'Italia della salute è divisa in due...

Andrà fatto. Dovranno essere garantiti i posti dove fare la mammografia entro 10 giorni.

Ma rispettare il timing sarà spesso una scommessa.

Il monitoraggio che vogliamo introdurre, dovrà garantire il risultato e la sicurezza dei pazienti. Anche attraverso meccanismi pensati, col Cup, per abolire i "buchi" nel sistema di prenotazione, quando cioè un paziente non si presenta alle prestazioni che ha prenotato.

Recentemente ha presentato alle regioni una proposta di riforma della libera professione intramoenia dei medici: le due proposte ora si sommano?

Senz'altro vanno entrambe nella direzione di rendere l'intramoenia sempre più trasparente e senza ingiustizie per i cittadini. Che devono poter scegliere liberamente le prestazioni in intramoenia, e non solo perché costretti dalle liste d'attesa lunghe.

Non crede che i costi standard dovrebbero premiare anche la qualità garantita da chi abbatte le liste d'attesa?

Certo, ma i criteri di appropriatezza dei costi standard oggi sono quelli del «Patto» di dicembre. Nulla esclude che in un prossimo «Patto» non possa rientrare anche questo aspetto. A me piacerebbe.



I ritardi. Oggi per un ecocolordoppler servono 720 giorni e fino a 420 per una mammografia

Le regioni. I governatori fisseranno i dettagli, se inadempienti varranno le regole nazionali

Giro di vite sulle liste d'attesa

Pronto il piano della Salute: tetto massimo di due mesi per 58 prestazioni

Paolo Del Bufalo
Sara Todaro
ROMA

Quattro classi di priorità, con gli interventi urgenti da garantire in ogni caso e in maniera vincolante entro 72 ore. Ben 58 prestazioni sanitarie sotto stretta sorveglianza con un tempo massimo d'attesa di 60 giorni. Massima vigilanza sull'attività intramoenia dei medici e tempi blindati per oncologia e cardiovascolare. Parla chiaro e fissa paletti solidi la bozza di «Piano nazionale di governo delle liste d'attesa» - anticipato in un ampio servizio del prossimo numero del settimanale

INTERVENTI CHIRURGICI

Decide 4 classi di priorità: operazioni ambulatoriali urgenti entro 72 ore
Tempi certi per oncologia e patologie cardiovascolari

le «Il Sole-24 Ore Sanità» - che il ministro della Salute, **Ferruccio Fazio**, ha trasmesso alle regioni per il necessario parere. Una scommessa tutta da vincere per abbattere le liste d'attesa negli ospedali e nelle asl, dove può capitare - secondo rilevazioni 2009 del Tribunale dei diritti del malato - di aspettare 720 giorni per un ecocolordoppler, 420 per una mammografia, 390 per una visita cardiologica. A meno che non si aggiri la barriera pagando l'intramoenia dei medici.

Lo schema di intesa - che vuole ridurre l'inappropriatezza e rendere compatibile la domanda con la garanzia dei Lea, i livelli essen-

ziali di assistenza - fissa ed elenca una minuziosa tempistica: le prestazioni ambulatoriali urgenti dovranno essere garantite in 72 ore, quelle comunque indifferibili in 10 giorni, le visite mediche differibili dovranno essere rese disponibili in 30 giorni, gli accertamenti differibili andranno eseguiti in 60 giorni. In questa cornice, i dettagli sui tempi d'attesa saranno definiti dalle regioni e dalle aziende sanitarie: in caso di inadempienza saranno considerate automaticamente valide le indicazioni concordate a livello nazionale.

I tempi contingentati riguardano 58 prestazioni a più alto rischio d'attesa, dalle mammografie alle Tac alle semplici tonsillectomie. Le strutture individuate dai piani attuativi delle aziende sanitarie dovranno smaltire almeno il 90% delle richieste nei tempi previsti.

Ancor più ambizioso il bersaglio prescritto per malattie cardiovascolari e oncologia, le principali cause di morte in Italia. Strumento principe saranno i percorsi diagnostico-terapeutici (Pdt) da definire subito dopo la prima visita, individuando i tempi massimi d'attesa per ciascuna delle fasi di cura così da garantire uno svolgimento «personalizzato» a ciascun paziente. Un impegno cui le regioni potranno far fronte con specifici «pacchetti ambulatoriali complessi» (i Pac) per patologie da erogare in *day service*. Obiettivo: la presa in carico globale del malato e l'intervento coordinato e multidisciplinare con priorità e modalità d'accesso differenziate in base alla gravità del caso. Il trattamento «su misura» per cardiologia e oncologia non dovrà superare i 30 giorni per la diagnosti-

ca e altri 30 giorni per l'avvio delle terapie dal momento dell'indicazione clinica.

Mission impossibile (forse), come sembra lasciar intendere la stessa bozza di intesa che mette la libera professione dei medici tra gli strumenti di governo delle liste d'attesa, considerata come possibile forma di «ristoro» da offrire al cittadino in caso di «ridotta disponibilità, anche temporanea» delle prestazioni critiche da garantire onorando la tabella di marcia fissata a livello regionale. La «libera professione aziendale» si segnala - andrà concordata coi professionisti e sostenuta economicamente dall'azienda, riservando al cittadino solo l'eventuale partecipazione al costo (ticket).

Ecco poi la vigilanza sulla libera professione dei medici: le regioni dovranno garantire che libera professione e attività istituzionale «non entrino in concorrenza». Più in generale tutta la tenuta dell'accordo è affidata a controlli su «settimane campione» (almeno una ogni sei mesi) in cui le regioni verificheranno i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali e li trasmetteranno al ministero. Per far muovere la macchina cancella-liste le regioni dovranno investire parte delle somme vincolate agli obiettivi del piano sanitario nazionale (1,4 miliardi nel 2010) sommate ai finanziamenti (10 milioni) per l'informatizzazione della Pa e per realizzare i Cup, i centri unici di prenotazione.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



I tempi di attesa

Numero giorni

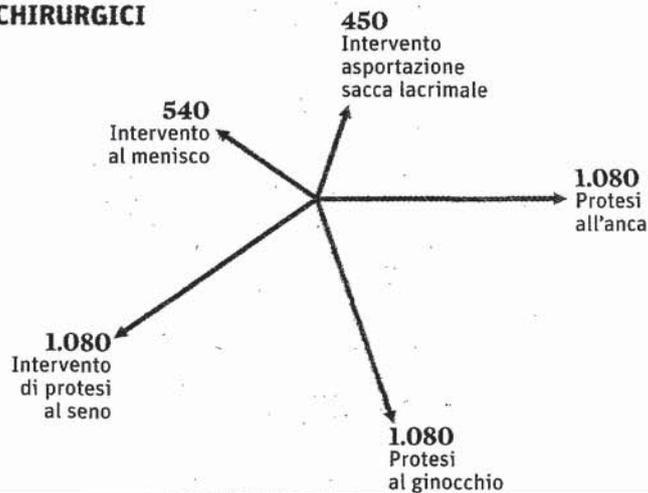
PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE



VISITE SPECIALISTICHE



INTERVENTI CHIRURGICI



Nota: Tempi massimi di attesa segnalati dai cittadini
 Fonte: Rapporto Pit salute 2009 del Tribunale dei diritti del malato

RICERCA, FARMACI, MEDICI QUANDO LE RICETTE SONO BUSINESS

 Di questi tempi la gente si chiede se quelli che scelgono di fare il medico lo facciano davvero per essere di aiuto agli ammalati. Per la maggior parte dei nostri medici è certamente così tanto che il nostro servizio sanitario è uno dei primi al mondo per qualità delle cure e risultati. Ma c'è anche la medicina degli affari: quella di appalti e nomine per esempio, ma anche quella dei medici che prescrivono un farmaco in cambio di regali o di soldi e quella di chi produce i farmaci e vuole soprattutto venderli. L'industria del farmaco ha grandi meriti — i vaccini, i farmaci per il cuore e per certi tumori e per il diabete e tanti altri hanno salvato milioni di vite —, ma deve fare profitto, non può essere altrimenti.

Ogni giorno in Italia 25.000 «informatori» incontrano ciascuno diversi medici e devono fare di tutto per convincerli della bontà dei propri farmaci (e qualcuno è pagato tanto di più quanto più i medici che incontra prescrivono). *Ça va sans dire* che più il farmaco è nuovo e più costa, più i collaboratori dell'industria hanno margini per essere convincenti. C'è niente che si possa fare dato che gli interessi in gioco sono

davvero rilevanti? Come minimo intensificare i controlli e assicurarsi che non ci siano deviazioni in numero e tipologia di prescrizioni rispetto a quelle che ci si può aspettare in una certa zona in base agli ammalati che si curano. Ma i controlli non bastano, meglio darsi delle regole e sarebbe bello che lo facesse i medici come hanno fatto negli Stati Uniti. Basta attenersi all'evidenza scientifica, si dà un farmaco solo se è efficace e fra due farmaci uguali si sceglie quello che costa meno (e se c'è il generico si usa il generico); lo stesso si dovrebbe poter fare per i diagnostici e per tutto ciò che ruota intorno alla medicina.

Anche noi possiamo contribuire con tante piccole cose in occasioni diverse che aiuteranno certamente i medici a essere più accorti. C'è il caso che il dottore vi dica «ecco un farmaco nuovo, proprio quello che fa per lei». Chiedetegli «dottore, lei come lo sa?». Se la risposta vi convince prendete la medicina nuova, se no meglio quella vecchia, costa meno ed è quasi sempre più sicura.

Giuseppe Remuzzi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Firenze, 6 arresti e 24 indagati
Anche il presidente di dermatologia

Tangenti ai medici per vendere più farmaci

MICHELE BOCCI
A PAGINA 23

Tangenti ai medici per vendere più farmaci

Firenze, 6 arrestati e 24 indagati. Ai domiciliari il presidente della Società di dermatologia

Le tappe

GLI ESPOSTI

Scattano le indagini dopo gli esposti di alcuni malati di psoriasi insospettiti per lo scarso risultato delle cure

GLI ARRESTI

Sei arrestati a cui è contestata l'associazione a delinquere. Tredici indagati sono stati interdetti dal lavoro

GLI INDAGATI

Nell'inchiesta "Derma... affare fatto" ci sono 24 indagati e almeno 800 malati cronici coinvolti

LA PSORIASI

È una delle forme più comuni di dermatite cronica: in Italia ne soffrono 2,5 milioni di persone

MICHELE BOCCI

FIRENZE — Hanno ricevuto dalla casa farmaceutica un fiume di soldi: circa un milione e 700 mila euro con cui hanno finanziato borse di studio, congressi e pubblicazioni, apparecchiature da mettere in reparto. In cambio hanno fornito pacchetti di pazienti, gruppi di malati di psoriasi su cui utilizzare i medicinali prodotti da quelle aziende. Un giro di corruzione scoperto dai carabinieri del Nas che punta dritto al vertice della dermatologia italiana. Al centro di quella che il pm di Firenze Sandro Cutrignelli e il gp Angelo Pezzuti considerano una associazione a delinquere c'è Torrello Lotti, professore ordinario, primario di due reparti, presidente delle società scientifiche italiana e internazionale della sua specialità. È stato arrestato ieri mattina all'alba. Come lui sono finite ai domiciliari altre 5 persone, fra cui medici, la sua segreteria e organizzatori di convegni. Altre 24 persone sono indagate e fra loro sono stati interdetti per due mesi dalla attività di impresa 13 dirigenti delle case farmaceutiche Abbott, Janssen-Cilag, Wyeth Lederle, Shering Plough, Novartis, Morgan Pharma, produttrici dei

farmaci, biologici e non, usati nel trattamento della psoriasi.

La psoriasi colpisce un milione e 800 mila persone in Italia. In certi casi per curarla si usano i farmaci biologici. L'Aifa ha avviato nel 2005 il programma nazionale "Psocare" per utilizzare sui pazienti che non migliorano con le terapie sistemiche le nuove molecole, che sono molto care (un trattamento annuale costa 10-15 mila euro) e a carico del sistema sanitario.

A Lotti faceva capo uno dei 154 centri accreditati per questi trattamenti, dove sono stati arruolati

20 mila malati, ma vista la sua fama accademica e clinica ha influenza su altre realtà. Secondo le accuse, aveva creato un mercato di malati: «spostati a pacchetti, venduti come oggetti», ha detto il sottosegretario alla salute Francesca Martini. Così circa 800 pazienti sarebbero stati trattati non in base al medicinale di cui avevano bisogno ma con un altro prodotto, sempre pensato per la psoriasi, ma scelto in base agli accordi fatti da Lotti e dagli altri medici con l'industria. Il mercato è partito quando, all'inizio del 2009, è stato tolto dal mercato il Raptiva della Merck Serono, che finanzia-

va generosamente congressi e borse di studio per specialisti. Il ritiro della Merck da ogni impegno ha fatto sì che il professor Lotti si sia trovato alle prese, oltre che con le croniche ristrettezze di bilancio dell'università, con un ammanco di 200 milioni per due borse di studio. E' stato allora, secondo le accuse, che ha messo sul mercato i pazienti, proponendoli a gruppi di 40 o 100 ai migliori offerenti in proporzione agli stanziamenti che questi erano disposti a erogare. «Non capisco. Vedo la colpevolizzazione di un sistema largamente accettato e logico e razionale», si è difeso ieri Lotti: «La prova dei soldi direttamente a me non c'è. Ho operato a favore delle istituzioni».

Il ministro Ferruccio Eazio, dopo aver ribadito che la sanità toscana è buona, ha parlato di cambiamenti: «Contro gli abusi in medicina stiamo modificando il sistema sanzionatorio dell'Ordine dei medici per renderlo più agile e in grado di dare risposte tempestive. Chiunque utilizza gli ammalati a fini speculativi va punito, ma quanto accaduto non deve minare la fiducia nel lavoro dei dermatologi». Amedeo Bianco, presidente della Federazione degli Ordini, parla di «notizia molto triste. E speriamo che gli accertamenti delle autorità riducano la gravità del fatto. Nel prescrivere i

farmaci bisogna fare solo l'interesse del paziente». «Stiamo ricevendo decine di telefonate di malati angosciati — spiegano dall'associazione degli psorisiaci — perché hanno paura che si smetta di curarli. Ci abbiamo messo tanto a ottenere la possibilità di avere i farmaci e ora temiamo che si faccia di tutta l'erba un fascio, e si interrompano i programmi».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Soldi e favori dalle case per prescrivere le cure contro la psoriasi



La proroga di Unico. Le conseguenze dello slittamento al 5 ottobre

Compensazioni a rischio per il bonus sulla ricerca

Luca De Stefani

La proroga del termine per la presentazione delle dichiarazioni al 5 ottobre 2010 rischia di posticipare di un mese la possibilità di compensare in F24 il credito d'imposta per i costi sostenuti per attività di ricerca industriale e sviluppo precompetitivo, non compensato in Unico con l'Irpef/Ires e l'Irap dell'anno dell'investimento.

Questa spiacevole conseguenza potrebbe verificarsi anche nel caso in cui Unico 2010 sia stato inviato entro la fine di settembre, in quanto la norma collega la data della possibile compensazione in F24 non con il momento dell'effettivo invio della dichiarazione dei redditi, ma con il "mese successivo al termine" per la sua presentazione (articolo

1, comma 282, legge 296/06). Considerando che la proroga è stata stabilita da un "comunicato stampa" delle Entrate ed è stata causata da un «guasto tecnico ai servizi telematici dell'Agenzia», sarebbe auspicabile che, almeno in via amministrativa e in tempi brevi, l'agenzia chiarisse la questione. Magari concedendo la possibilità di utilizzare il credito in F24 già da ottobre 2010, almeno ai contribuenti che hanno presentato il modello Unico entro la scadenza del 30 settembre 2010, oggi ancora in vigore secondo l'articolo 2, Dpr 322/98.

A differenza del bonus ricerca, ai fini della compensazione dei crediti Iva per importi superiori a 10mila euro annui va pre-

sa a riferimento la data di effettiva presentazione del modello Iva 2010. Fino alla data del suo invio telematico, il credito Iva 2009 può essere compensato liberamente in F24 fino a 10mila euro annui, per pagare debiti tributari o contributivi diversi dall'Iva. A seguito della presentazione della dichiarazione Iva 2010, autonoma o in Unico, questa compensazione esterna in F24, per pagare debiti tributari o contributivi diversi dall'Iva, può

avvenire per importi annui, compresi tra 10mila e 15mila euro, dal 16 del mese successivo all'invio. Per gli importi annui superiori a 15mila euro, infine, è necessario che l'intermediario abbia rilasciato il visto di conformità nella dichiarazione Iva presentata, visto che non è necessario anche in Unico. Quindi solo chi ha presentato la dichiarazione Iva 2010 a credito entro il 30 settembre 2010 può iniziare a utilizzare dal 16 ottobre 2010 il credito Iva 2009 in compensazione esterna, per importi da 10mila a 15mila euro annui ovvero superiori a 15mila euro annui, se c'è il visto.

In linea generale, oltre all'invio telematico dei modelli Unico 2010 PF, SP, SC, ENC e CNM (comprensivi o meno del modello Iva 2010), Iva 2010 autonoma e Irap 2010, risultano altresì prorogati di cinque giorni altri adempimenti, come la presentazione, se prevista, della dichiarazione Ici 2010 relativa alle variazioni del 2009 (decreto ministeriale 12 maggio 2009).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

