

RISCHIO INFARTO NEI TRADIMENTI DELL'ESTATE

di NICOLA SIMONETTI

Estate sicura dall'amore incauto, sia dal punto di vista etico-morale, sia da quello dell'igiene e della prevenzione di contagi, sia per la salvaguardia del matrimonio e della salute cardiaca. "Allarme rosso" nei mesi caldi, le incognite riguardo alla "prima volta", all'adulterio facile, alla malattia sessualmente trasmessa vi si concentrano e si danno appuntamento. La Società scientifica italiana di ostetricia e ginecologia lancia l'iniziativa "parti sicuro con Traveledx" che prende il via da Bari. Fino al 16 luglio nella libreria Giunti dell'aeroporto, sarà disponibile per tutti i giovani, gratuitamente, il "Passaporto dell'amore", un documento che riepiloga tutte le principali informazioni in tema di contraccezione e protezione da conoscere prima di mettersi in viaggio. La campagna estiva è attiva anche on line su www.sceglitu.it con il concorso "scrivi il tuo SMS per la prevenzione": i migliori verranno premiati in occasione della giornata mondiale della contraccezione (26 settembre 2011).

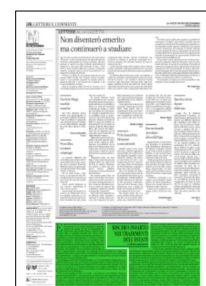
Un sondaggio, svolto dalla Società Scientifica, su 1.131 maturandi ha rilevato che il 64% crede che, nelle vacanze, avrà un'avventura occasionale. Il 32% ha iniziato attività sessuale prima dei 15 anni, nella metà dei casi d'estate. Il 42% ha già avuto da 2 a 5 partner; il 10% da 6 a 10 e il 9% più di 10. Un'esigua minoranza (12%) utilizza abitualmente la doppia protezione (pillola più preservativo), una teenager su 4 ha fatto ricorso, almeno una volta, alla contraccezione di emergenza.

"Non si può mandare in ferie il cervello - raccomanda il prof. Herbert Valensise, segretario nazionale SIGO - e rischiare grosso. Le minorenni sono responsabili da sole del 3,4% del totale di tutte le interruzioni volontarie di gravidanza e 3 volte su 4 chi contrae un'infezione a causa di rapporti non protetti è un giovane tra i 15 e i 24 anni. Il nostro obiettivo è sensibilizzare i giovani sull'importanza della prevenzione e dell'informazione. I mesi estivi sono quelli di massima allerta: lo riscontriamo a settembre nei nostri ambulatori dove si verifica un boom di accessi (+30%), per tentare di risolvere situazioni

scabrose". In Italia, la pillola è scelta dal 16,3% delle donne e nel 2010 si sono vendute 94.824.000 confezioni di preservativi, il minimo storico. "In Puglia, Nel 2008, in Puglia, 1.054 under 19 sono diventate mamme. Nel 2008 ci sono stati 4.075 aborti fra le minorenni, un dato che rimane stabile nonostante le campagne di prevenzione. Le malattie sessualmente trasmissibili sono in aumento e l'estate ne è pronuba. Crediamo che - dice Valensise - si debba insistere con l'informazione, soprattutto in prossimità delle vacanze". Le "corna" crescono di più in estate: tre volte di più che nelle altre stagioni. Seguirà, in autunno-inverno, il boom delle separazioni.

I medici, però, guardano l'aspetto salute e mettono in guardia: le relazioni extraconiugali, specie se consolidate, possono far rischiare l'infarto. Uno studio italiano, pubblicato sull'*International Journal of Andrology*, per la prima volta, correla rapporto clandestino e sua durata ed intensità con i rischi per la salute. Più al sicuro gli uomini che tradiscono la partner nei cui confronti il sentimento è andato via. Rischio grande, invece, per chi le "corna" le fa alla partner (moglie o convivente) che lo ama.

"Negli uomini fedeli sembra che il testosterone svolga un ruolo protettivo e favorente la salute sessuale - dice il prof. Mario Maggi (università, Firenze), coordinatore dello studio - purché la coppia sia affiatata fisicamente e psicologicamente. Una vita sessuale insoddisfacente si associa invece ad un aumento delle patologie cardiache... La nostra ricerca ha dimostrato che il tradimento è un fattore di rischio indipendente di problemi cardiovascolari. Ed è più dannoso per chi mente a una partner cui è legato da un forte sentimento: il rischio triplica. Spesso è una disfunzione erettile (colpisce 3 milioni di italiani) a mettere in crisi un matrimonio ed a motivare surrettiziamente un altro letto, la novità che rianimerebbe la funzione calante. Resta l'illusione. Si trascurano i rimedi farmacologici che - dice Maggi - possono risolvere le crisi di coppia. Oggi vardenafil (nome non commerciale: per l'acquisto, ricetta medica), la "pillola" del risveglio sessuale, è persino orodispersibile e, con le opportune indicazioni, senza rischi".



Tumori Pap test **Ogni tre anni può bastare**

Quando il test per la ricerca del papilloma virus (Hpv) è negativo e il Pap test, che analizza lo stato del tessuto uterino, è normale, i controlli possono essere ripetuti a distanza di tre anni, perché il rischio che si sviluppi un tumore dell'utero è estremamente basso. La nuova indicazione, che allunga i tempi rispetto a quanto consigliato finora (e cioè di fare un test ogni uno-due anni), giunge da un ampio studio del National Cancer Institute in cui è stato analizzato il destino di oltre 330 mila donne che si erano sottoposte ai due test tra il 2003 e il 2005. Tra coloro che avevano avuto un doppio esito negativo, l'incidenza del tumore nei cinque anni successivi è risultata pari a 3,2 casi ogni 100 mila donne; tra le donne che avevano avuto il test Hpv negativo è stata di 3,8 casi e tra quelle che avevano avuto il Pap test normale è stata di 7,5 casi; per questo si ritiene che tre anni siano un buon intervallo tra un controllo e il successivo.

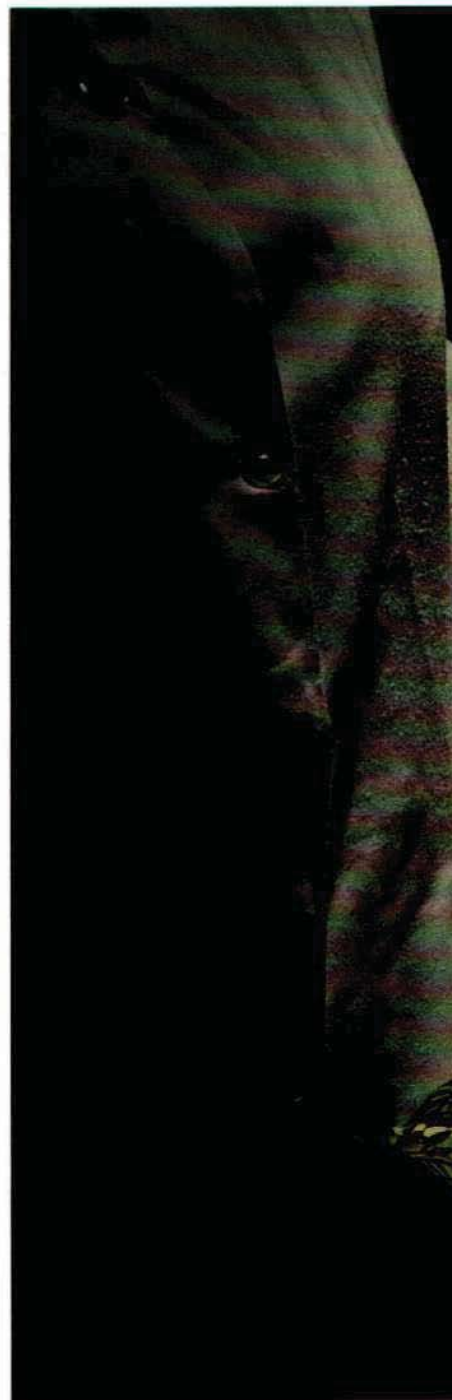
Agnese Codignola

Scienze SALUTE GLOBALE

Vade retro AIDS

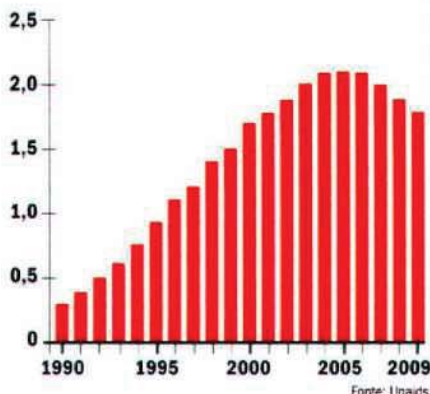
Per la prima volta cala la mortalità e diminuiscono le infezioni. I sieropositivi sono ancora 34 milioni. Ma il mondo può cominciare a sperare

DI CATERINA VISCO - FOTO DI PAOLO PELLEGRIN



Killer alle corde

Decessi dovuti all'Aids dal 1990 al 2009
Dati in milioni



A DESTRA: KASSI KEITA HA TRE ANNI ED HA L'AIDS, SUA MADRE MIRIAM DEMB È IN TERAPIA

Il 25 per cento in meno di nuovi casi di infezione in dieci anni. Sei milioni e mezzo di persone curate con i farmaci nei Paesi poveri. Ma soprattutto la curva della mortalità da Aids che per 30 anni è salita senza sosta con oltre 30 milioni di vittime, si inverte, e in maniera importante. A fronte di 34 milioni di sieropositivi censiti nel mondo e destinati ad ammalarsi, soprattutto in Africa ma anche nei paesi dell'Europa orientale e dell'Asia centrale, e di un'emergenza costante inevitabile di fronte alle dimensioni del fenomeno, la sensazione forte che accoglie i delegati all'annuale conferenza della International Aids Society, che apre le porte a Roma il 17 luglio, è quella di poter mettere il virus alle corde. Lo ripetono fino allo sfinimento gli addetti ai lavori: guai a vantarsi di aver sconfitto l'Aids,

perché Hiv colpisce ancora duro in enormi aree del mondo, ma se la mortalità cala e le infezioni rallentano così tanto, vuol dire che le strategie messe in campo cominciano a funzionare. E non più solo nei Paesi ricchi.

«Il calo nella mortalità in molti Paesi africani è un dato decisamente positivo. E colpisce il fatto che, se mettiamo in un grafico i dati sulla mortalità nel mondo, otteniamo una curva molto simile a quel-

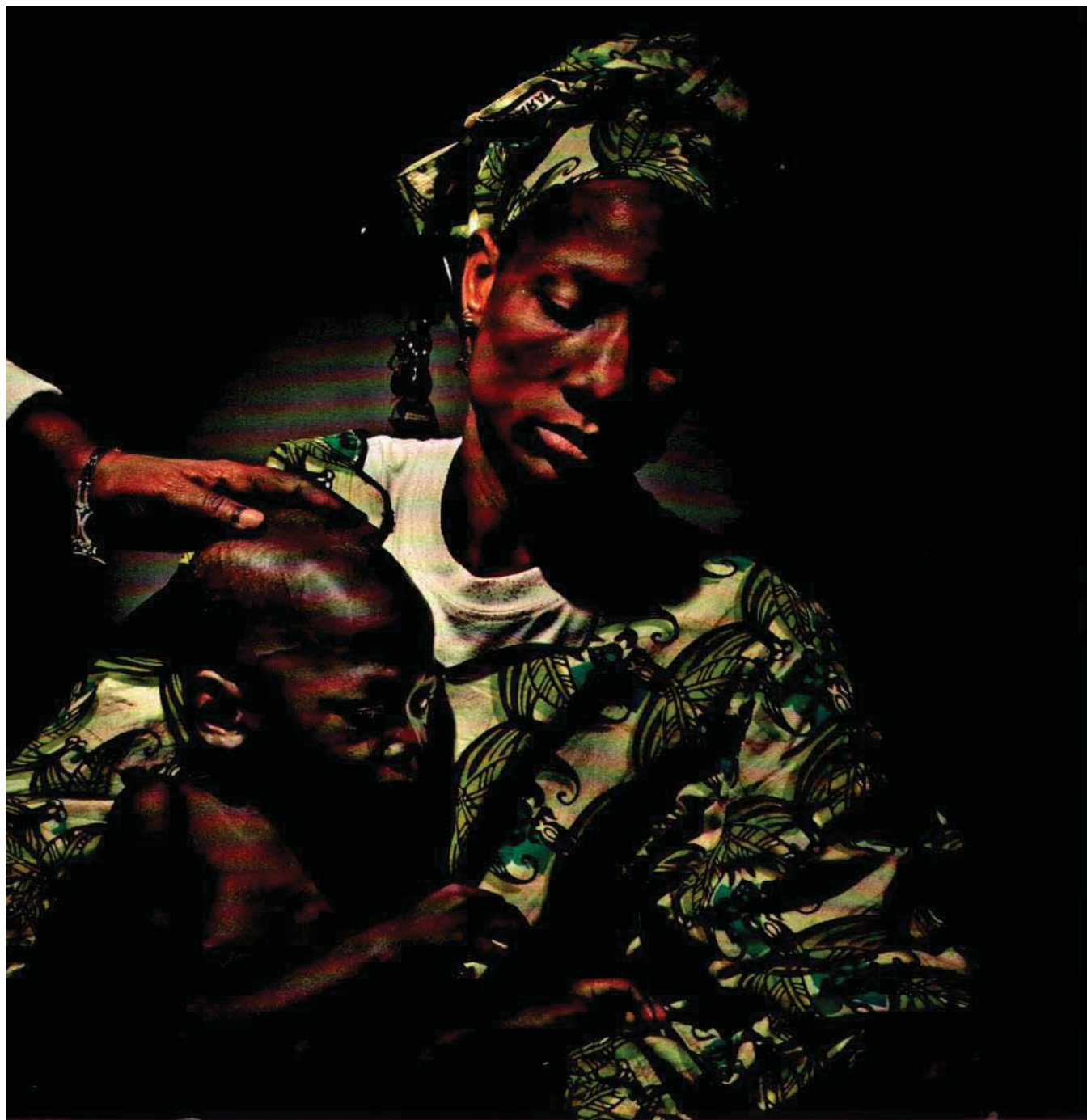


Foto: Magnum / Contrasto

la che abbiamo già visto nel 1997-98 nei Paesi occidentali dopo l'arrivo della terapia antiretrovirale», racconta Stefano Vella, direttore del Dipartimento del farmaco dell'Istituto superiore di sanità e co-presidente della conferenza internazionale di Roma. È stato in quegli anni che la peste del secolo scorso ha smesso di fare paura alle nostre latitudini, ma la scena sembrava spaccata tra i ricchi, che potevano e possono accedere ai farmaci

e alle politiche di prevenzione, e il Sud del mondo senza i soldi per comprare le medicine e senza le strutture sanitarie capaci di arginare le nuove infezioni. La divaricazione sembrava insanabile. Ma l'enorme mole di conoscenze scientifiche accumulate e gli sforzi di molti cominciano a dare i frutti migliori, perché, per molto tempo, insperati.

Alla base di tutto c'è la forza della scienza anti-Aids, che in un tempo rela-

tivamente breve ha trasformato un male con una mortalità certa e un carico di coinfezioni come Tbc o epatiti, in una malattia gestibile: da trattamenti a base di 20-24 pillole al giorno, con devastanti effetti collaterali, si è progressivamente arrivati a una monodose (1 o 2 pillole quotidiane) con reazioni avverse mitigate. Non solo: proprio nelle settimane scorse, un grande studio dei National Institutes of Health americani, condot-

►

Scienze

to dai ricercatori della University of Chapel Hill, ha definitivamente dimostrato che le terapie sono efficaci anche come strumento di prevenzione: l'inizio precoce del trattamento può ridurre fino al 96 per cento il rischio di trasmissione del virus da un paziente sieropositivo a un partner sieronegativo.

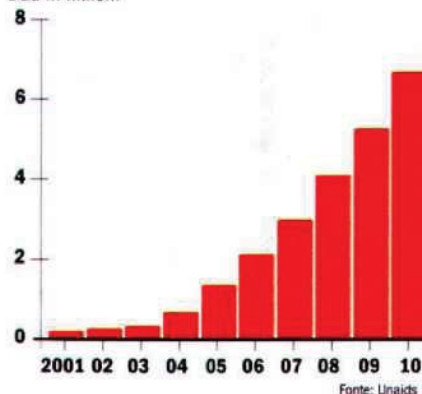
Lo studio di Chapel Hill chiude il cerchio di diversi lavori che hanno indicato sempre più chiaramente che i farmaci non solo salvano la vita di quanti hanno contratto il virus, ma anche quella di chi gli sta accanto, giacché rendono meno contagioso il paziente. È la consacrazione del cosiddetto "treatment as prevention" che ha dimostrato già la sua efficacia sul campo nel caso delle madri sieropositive per evitare la trasmissione materno-fetale, ma che oggi potrebbe essere pensato addirittura in un contesto di sanità pubblica: la terapia potrebbe essere uno strumento di prevenzione efficace e a costi aggiunti molto ridotti, visto che i pazienti vi si devono sottoporre comunque.

«Bisogna però distinguere tra diversi casi», spiega Adriano Lazzarin, primario della Divisione di malattie infettive del San Raffaele di Milano: «Il trattamento delle donne in gravidanza è una pratica consolidata che dà un'altissima percentuale di successo; e anche l'uso della terapia come prevenzione nei confronti di un partner sano ha un alto livello di efficacia confermato. Diverso invece è il caso del-

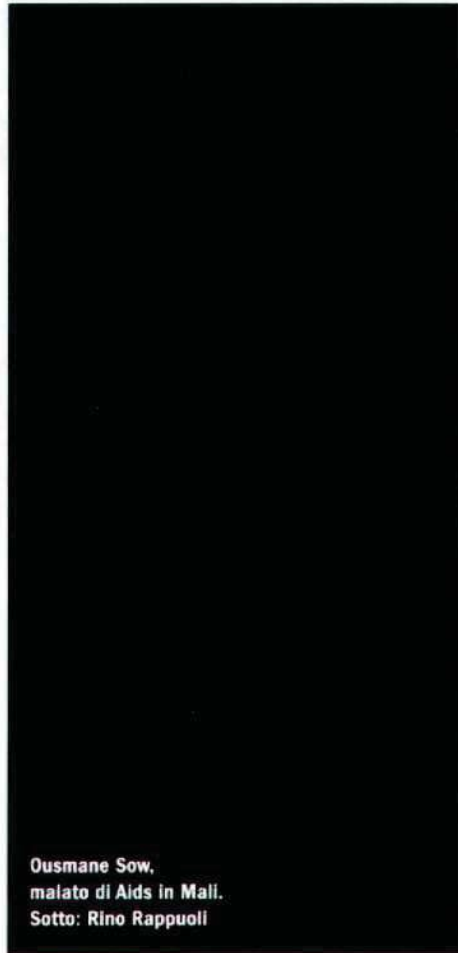
Terapie in crescita

Persone in cura con le terapie anti-retravirali nei Paesi a medio e basso reddito

Dati in milioni

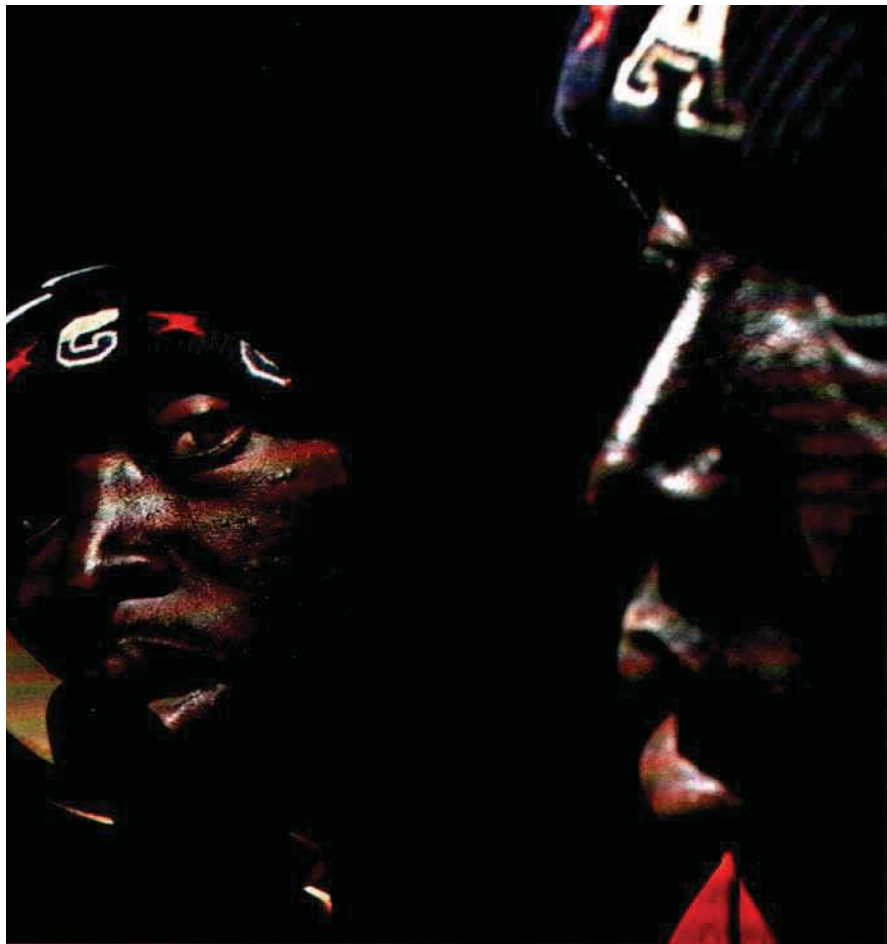


l'uso dei farmaci antiretrovirali per ridurre la viremia di intere comunità, o addirittura quella globale». Perché questa strategia possa essere efficace al 100 per cento, infatti, dovrebbero essere trattati tutti i sieropositivi del mondo, e la terapia dovrebbe funzionare su ciascun individuo allo stesso modo. E questo non è possibile. «In primo luogo perché molte persone non fanno il test, o scoprono di avere contratto l'Hiv anni dopo l'infezione. Poi perché servirebbero finanziamenti molto più ingenti di quelli a disposizione. Infine, non si può dimenticare che le persone rispondono in modo diverso alla terapia: alcuni sono allergici ad alcuni farmaci, altri sviluppano resistenze», anno-



Ousmane Sow, malato di Aids in Mali. Sotto: Rino Rappuoli

ta Lazzarin. Che sta portando avanti, insieme alla Clinica di Malattie Infettive dell'ospedale universitario Luigi Sacco di Milano, un progetto per diffondere un test capace di valutare la sieropositività con una semplice analisi della saliva, sen-



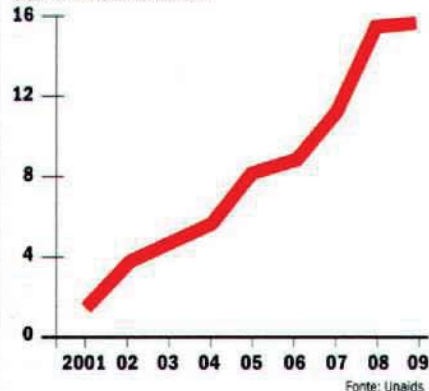
za bisogno di un esame del sangue: si chiama Easy Test e consiste in un tampone che si tiene nella guancia per pochi minuti.

Anche se sono passati decenni e anche se in Italia l'Aids non è più percepito come una grave minaccia, resta il

fatto che nel nostro Paese vivono circa 150 mila persone Hiv positive e che un sieropositivo su quattro non sa di essere infetto. Mentre questa consapevolezza è il primo passo per una prevenzione efficace.

Soldi spesi bene

Risorse disponibili nei Paesi a medio e basso reddito per la cura dell'Aids
Dati in miliardi di dollari



A maggior ragione nei Paesi dove il virus è molto più diffuso che da noi. Ciò che si è dimostrato in questi anni è che i sieropositivi vanno sottoposti a terapie antiretrovirali prima che la loro condizione si trasformi in Aids. Solo così si riescono a garantire lunghi anni di vita senza che il virus diventi letale. «Il calo nella mortalità da Aids è il risultato dell'efficacia delle terapie e della loro diffusione nei Paesi del Sud del mondo. È quindi fondamentale insistere nello sforzo di mettere in trattamento tutti i 34 milioni di sieropositivi nel mondo», prosegue Vella. I fondi necessari per farlo sono più di quelli a disposizione: nel 2010 sono stati spesi 16 miliardi di dollari e, secondo alcune stime, ne servirebbero almeno il doppio. Eppure, proprio ora che i risultati indicano che si è sulla strada giusta, molti finanziatori si stanno tirando indietro, prima tra tutti l'Italia.

Il nostro Paese, infatti, non solo non ha promesso nuovi fondi, ma è anche l'unico tra i Paesi del G8 a non aver ancora versato i finanziamenti già promessi al Fondo globale. Roma fa orecchie da mercante, ma quello dell'Aids è un problema che non conosce confini. «In un mondo globalizzato», conclude Vella, «le malattie non hanno passaporti, e i primi ad approfittare delle migrazioni dei popoli sono proprio gli agenti patogeni. Intervenire laddove la situazione è più grave vuol dire proteggere tutti i Paesi del mondo. Dare i soldi all'Africa è come darli a Milano, a Palermo o a Treviso». ■

Sanità

Da lunedì il conto del ticket sale a 46 euro

Per alcuni esami più conveniente rivolgersi ai privati

Dieci euro in più sui ticket già previsti dalle Regioni. Da lunedì almeno 15 milioni di italiani (quelli senza esenzioni per età, malattie, reddito) pagheranno una *sovrattassa* sugli esami diagnostici e le visite specialistiche.

Regione per Regione. I ticket regionali s'aggirano sui 36 euro in tutta Italia, tranne che in Calabria e Sardegna, dove raggiungono i 46 euro. È la cosiddetta compartecipazione alla spesa sanitaria dei malati. Un esborso che ora aumenta di 10 euro. Il costo di una risonanza magnetica col servizio sanitario nazionale lieviterà a 46 euro (56 in Calabria e Sardegna). Lo stesso vale per tac, mammografie, colonscopie e per tutti gli accertamenti medici complessi per i quali la compartecipazione dei cittadini si fermava al massimo a 36/46 euro. E le tasche dei malati saranno colpite anche sulla lunga lista di prestazioni mediche che finora avevano prezzi inferiori: 22,50 euro per le prime visite cardiologiche, oculistiche, ginecologiche e dermatologiche; 17,50 euro per i controlli successivi; 4,05 euro per un esame del sangue base (emocromo); 2,30 euro per le urine; 15,65 per una radiografia al polso. Il ticket di 10 euro previsto dalla Finanziaria andrà, infatti, a sommarsi ai costi attuali indicati sopra (ripresi dal tariffario delle prestazioni sanitarie della Lombardia, ma simili in tutta Italia). L'effetto, soprattutto all'inizio, può rivelarsi paradossale: «Il malato che vorrà fare questi esami con il servizio sanitario nazionale — denuncia Sara Valmaggi del Pd lombardo — rischia di trovarsi a

pagare di più di chi sceglie di rivolgersi ai laboratori privati». L'emocromo col servizio sanitario nazionale costerà 14,05 euro (4,05 più 10), quello negli ambulatori privati, al momento, resta di 4 euro o giù di lì (per essere competitivi i laboratori privati hanno allineato le tariffe agli ospedali). Certo, in futuro verosimilmente anche i privati aumenteranno i prezzi.

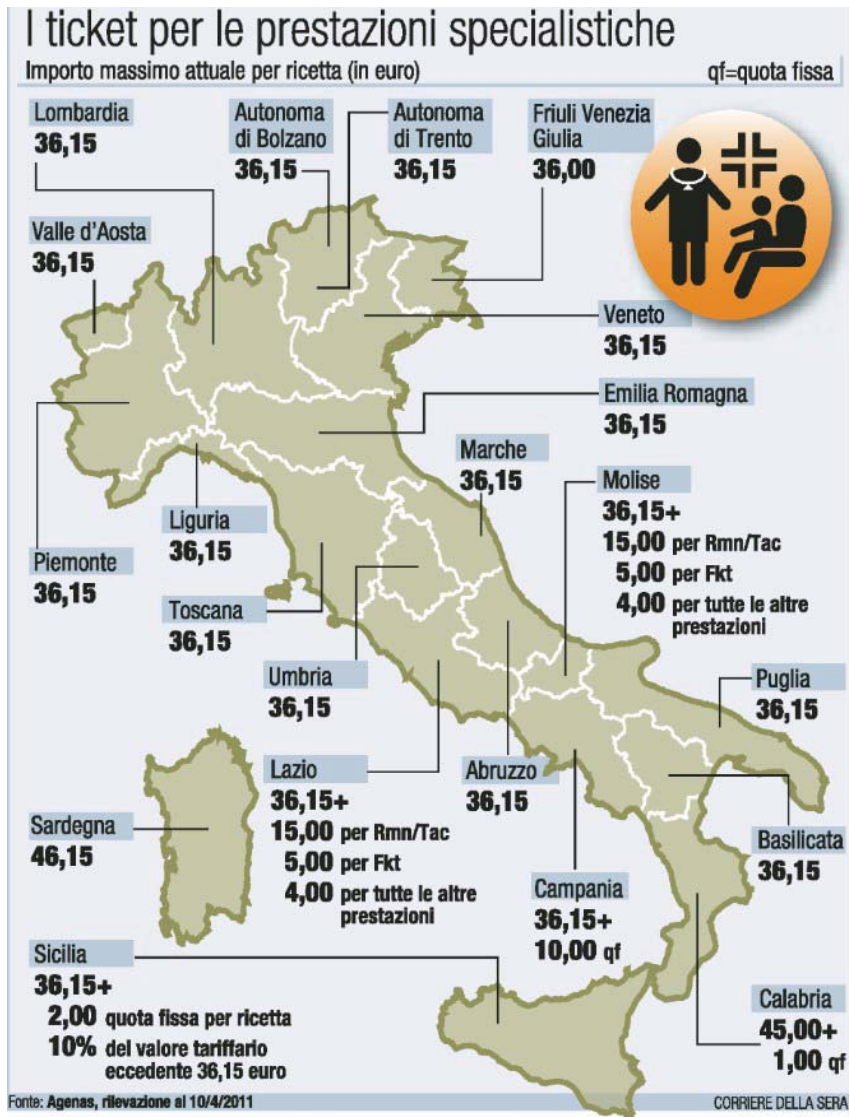
Stangata a macchia di leopardo. Tutti pagheranno di più insomma, ma restano significative differenze a livello regionale. Oltre agli abitanti della Calabria e della Sardegna, saranno particolarmente colpiti gli abitanti del Molise: già oggi pagano, infatti, in aggiunta ai 36 euro di ticket regionale, altri 15 euro di *sovrattassa* per le risonanze magnetiche e le Tac e 4 euro per specifici pacchetti ambulatoriali. In Campania c'è una quota fissa di 10 euro per ricetta.

Quello del superticket di 10 euro, comunque, è un ritorno. Il suo debutto fu nel 2007 sotto il governo di Romano Prodi. Ma dopo cinque mesi di polemiche ci fu una retromarcia: la copertura degli introiti che sarebbero dovuti pervenire alle Regioni con i 10 euro — pari complessivamente a 834 milioni annui — venne assicurata con fondi statali (la norma, però, non è mai stata cancellata). Si è sempre andati avanti così: con coperture statali stabilite di anno per anno. Fino ad oggi. Previsto dalla manovra Finanziaria, anche il ticket da 25 euro per chi si presenta al Pronto soccorso in codice bianco (i casi meno gravi): ma, in realtà, le Regioni lo incassano già da anni. Tranne la Basilicata.

Simona Ravizza
sravizza@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Sanità, confermato il ticket da lunedì Salasso per le visite specialistiche

La Cgil: «Oltre 40 euro per un'ecografia». 25 euro ai codici bianchi in ospedale

Torna lunedì il balzello da 10 euro su visite e analisi. La copertura finanziaria per la sospensione fino al 31 dicembre 2011 viene ridotta da 486,5 milioni di euro a 105 milioni

Nuccio Natoli
■ ROMA

REGIONE che vai, ticket che trovi. E' così da anni, ma da lunedì (o martedì, dipende da quando la manovra sarà pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale) lo sarà ancora di più. Non fosse altro perché i ticket sanitari aumenteranno e le differenze potrebbero diventare più rilevanti. E' l'effetto della decisione contenuta nella manovra di introdurre il ticket da 10 euro sulle visite specialistiche (la copertura finanziaria che doveva garantire la sospensione del ticket fino al 31 dicembre 2011 viene ridotta da 486,5 milioni di euro a 105 milioni), e quello da 25 euro sulle prestazioni di pronto soccorso che si risolvono in 'codice bianco', ossia i casi più lievi.

L'IDEA dei ticket sanitari risale al 2007 (governo Prodi), ma di fatto non sono mai stati introdotti in maniera generalizzata. Tutti i governi ogni anno giravano alle Regioni (sono loro a gestire la spesa sanitaria) l'equivalente del valore dei ticket. Il governo Berlusconi lo aveva fatto anche per quest'anno (2011) mettendo a disposizione 486,5 milioni di euro. Finora ne sono stati usati 381,5. Ciò significa che, avendo deciso di fare decadere da lunedì il contributo statale, il risparmio per i conti pubblici sarà di 105 milioni di euro. Avendo però autonomia sulla spesa sanitaria ogni Regione si è mossa come ha ritenuto più opportuno con il meccanismo dei ticket. Il risultato è che in ogni regione ci sono ticket di tutti i tipi, da quelli sui ricoveri, a quelli sulle ricette, a quelli sulle visite specialistiche. Ad esempio, già oggi i ticket per il pronto soccorso ci sono a vario titolo in ogni regione, con l'esclusione della Basilicata. Molte, da anni, fanno pagare ai cittadini il ticket 'nazionale' da 25 euro anche se poi lo Stato glielo rimborsava (la Regione usava quindi quei soldi del «rimborso» statale per altro scopo). Lo stesso accade per le visite specialistiche che in Campania possono arrivare fino a 46 euro. Le regole sono diverse da zona a zona anche sulle esenzioni. E' facile che chi è esente in una regione, non lo sia in un'altra.

A QUESTO punto come impatterà la reintroduzione del ticket 'nazionale' da 10 euro sulle visite specialisti e da 25 euro sul pronto

soccorso? Non c'è una risposta unica. Ogni Regione deciderà in piena autonomia. Potrà accadere che qualcuna si limiterà 'solo' a sommare il ticket nazionale a quello regionale. Qualcun'altra potrebbe scegliere di ridurre quello regionale e di aggiungere quello nazionale per arrivare a una cifra tonda, tipo 50 euro. In ogni caso sono soldi che lo Stato non verserà più alle singole Regioni.

La norma nazionale fa anche riferimento alle esenzioni, inserendovi i giovani «minori di 14 anni». Come detto sulle esenzioni ogni Regione ha regole sue. Quindi, l'unica esenzione che dovrebbe avere valenza nazionale resta quella sui più giovani.

SECONDO l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) ogni anno in Italia si verificano circa 30 milioni di accessi al pronto soccorso. Di questi circa 7,5 milioni alla fine sono classificati come codice bianco. E' su

questi, quindi, che si dovrebbero scaricare i 25 euro di ticket. Fatto un rapido conto si arriva alla conclusione che correre al pronto soccorso costerà alle famiglie circa 187,5 milioni di euro l'anno. Qualcuno sostiene che con i nuovi ticket per i cittadini potrebbe diventare più economico rivolgersi al medico privato (magari pagato in nero) che all'ospedale pubblico.

MA LA CGIL denuncia il «salasso economico» per le famiglie soprattutto per quanto riguarda gli esami specialistici. «Ecografie, elettrocardiogrammi ed esami allergologici — spiega il sindacato —. Saranno questi semplici e comuni esami a subire un pesante incremento economico alla luce del super ticket introdotto nella manovra che ha avuto il via libera oggi (ieri, ndr) al Senato». E così un'ecografia alla mammella, dopo l'introduzione del ticket di 10 euro previsto dalla manovra, arriverà a costare oltre 45 euro. Il costo di un'ecografia addominale inferiore, per fare un altro esempio di esami comuni, si aggirerà oltre i 40 euro. E ancora,

il costo di un elettrocardio-

gramma passerà da 11,65 a 21,65 euro, un fundus oculi da 7,75 a 17,75 euro, un esame una lastra al torace da 15,50 a 25,50 euro, un esame allergologico strumentale da 6,04 a 16,04 euro.



“ PROTETTI I PIÙ DEBOLI

Le categorie deboli saranno protette dall'introduzione dei ticket. Per loro è prevista l'esenzione

SALUTE
Il ministro Ferruccio Fazio
(Prisma)



PRONTO SOCCORSO

Balzelli diversi in ogni Regione

Per i codici bianchi in pronto soccorso da lunedì torna il ticket da 25 euro, strumento già previsto nella Finanziaria 2007. Ad eccezione della Basilicata, che non ha mai applicato questa norma, nelle altre Regioni è già così: record in Campania e a Bolzano dove la quota è di 50 euro



I TAGLI ALLA SALUTE

10 EURO

Ticket sulle prestazioni specialistiche e diagnostiche



25 EURO

Ticket sui codici bianchi in pronto soccorso

RICETTE SALATE

La batosta sulla specialistica

Da lunedì al di là della prestazione specialistica richiesta si paga un ticket di 10 euro a ricetta. Esempio: un'analisi delle urine che costava 3 euro salirà a 13. L'importo massimo del ticket per ricetta è fissato a livello nazionale a 36,15 euro. Ma non è così in tutte le Regioni



Ricette sui farmaci, la 'fascia A' si paga

Per quanto riguarda il ticket sui medicinali, la competenza è delle Regioni, che hanno la possibilità di introdurre un ticket sui farmaci di fascia A (in genere una quota fissa per confezione o per ricetta).

CATEGORIE ESENTI 1



CATEGORIE ESENTI 2

Esclusi bambini, anziani e invalidi

Bambini sotto i 6 anni, anziani over 65, titolari di pensioni sociali e invalidi di guerra. Sono alcune delle categorie che hanno diritto all'esenzione dalla partecipazione ticket sulle prestazioni di diagnostica strumentale, di laboratorio e sulle altre prestazioni specialistiche ambulatoriali



Ticket subito, esenti over 65 e bimbi

Sanità

Da lunedì si inizierà a pagare 10 euro per le visite diagnostiche e 25 per gli accessi al pronto soccorso con codice bianco

DA ROMA ALESSIA GUERRIERI

Sui ticket si gioca d'anticipo e si parte già da lunedì. La tassa per le visite ambulatoriali ed il pronto soccorso, infatti, sarà tra pochi giorni una realtà; una medicina amara per gli italiani, ma non per le casse dello Stato che risparmierà da subito 381 milioni di euro. Il testo iniziale della manovra metteva sul piatto 486 milioni di risorse destinate alla conferma per il 2011 dell'esenzione da questi ticket (dal 2014 scatteranno anche quello per i farmaci e per i ricoveri), una cifra che ora invece è scesa a 105. Uno degli otto emendamenti presentati dal relatore alla manovra 2012-2013, così, fa scattare *ex nunc* la misura che la prima versione della legge anti-deficit aveva previsto per il 1° gennaio 2012. Insomma, gli italiani dovranno pagare 10 euro per la diagnostica e la specialistica e 25 per gli interventi di pronto soccorso classificati col codice bianco. Ma anche qui ci saranno dei distinguo: resta in vigore difatti la gratuità delle visite per gli over 65 e per i bambini fino a 14 anni.

«Nella manovra sono stati

introdotti i ticket del 2007, ma restano le categorie deboli esenti» si è affrettato a precisare ieri il [ministro della Salute Ferruccio Fazio](#). Dunque, la novità non sarà erga omnes. «Dobbiamo arrivare ad un sistema sanitario in cui le patologie siano curate con continuità assistenziale - ha aggiunto - evitando che il paziente entri ed esca dall'ospedale, facendo in modo che sia seguito sempre».

In realtà, entrambi i ticket erano già presenti nella Finanziaria Prodi, ma di fatto le Regioni nella maggioranza dei casi hanno trovato coperture alternative, non applicando quindi il balzello ai cittadini. A parte la Basilicata, l'unica che non l'ha mai avuto, le altre amministrazioni hanno utilizzato per lo più le risorse statali (quasi un miliardo di euro l'anno). Secondo i dati Agenas (agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali), in realtà, per le prestazioni specialistiche le regioni chiedono già un contributo al malato fino ad un massimo di 36,15 euro (più alto in Calabria, Sardegna e Campania), prevedendo poi ognuna una serie di esenzioni.

Il ticket sul pronto soccorso, invece, veniva in alcune Regioni applicato già da prima della Finanziaria 2007 e oggi esiste ovunque, tranne che in Basilicata. L'Agenas stima che su 30 milioni di accessi annui al reparto emergenza, circa 7 milioni e mezzo richiedono prestazioni classificate col codice bianco, il più leggero. Il rischio adesso è che, però, questi ticket aumentino ancora. Nella provincia autonoma di Bolzano e in Campania la quota fissa, infatti, è già il doppio: 50 euro.



Il superticket spinge le cure low cost

Le cure mediche a prezzi stracciati valgono 10 miliardi di euro all'anno. I risparmi vanno dal 30 al 60%

PAOLO RUSSO
ROMA

Aggirando le liste d'attesa di Asl e ospedali e pagando qualche spicciolo in più del super-ticket in vigore dalla prossima settimana su visite e analisi, sempre più italiani scoprono la scorciatoia della sanità low cost privata, che ormai fattura quasi 10 miliardi di euro con una crescita del 20-30% l'anno.

L'esplosione

Un vero e proprio boom, destinato a espandersi ancor di più con l'entrata in vigore con la manovra, dei 10 euro su visite specialistiche, analisi e accertamenti diagnostici, che vanno ad aggiungersi ai ticket da 36, in alcuni casi 46 euro già in vigore in tutte le Regioni. Importi destinati a crescere, nel 2014, quando con i contributi degli assistiti bisognerà ottenere il 40% dei risparmi previsti - e sono tanti - per la sanità. A quel punto curarsi nei nuovi centri medici privati low cost che stanno spuntando come funghi in tutta Italia diventerà quasi più conveniente che rivolgersi al pubblico. E i capitali privati l'hanno capito, spingendo il piede sull'acceleratore degli investimenti. Lo dimostra la scesa in campo di grandi gruppi bancari, come Intesa SanPaolo e il Gruppo Banche popolari, primi azionisti della Welfare Italia, 25 poliambulatori specialistici e odontoiatrici sparsi per l'Italia a fine anno, che diventeranno 130 tra 4 anni.

Le stime

A fornire le stime di mercato è la Assolowcost, l'associazione che rappresenta le più svariate imprese, da Ikea alla Dacia automobili, accomunate dalla politica dei bassi costi a buoni livelli di qualità. «Nella sanità è difficile fare stime - spiega il presidente Andrea Cinosi - ma essendo questo uno dei settori di punta del low cost non è azzardato stimare una incidenza pari al 6% della spesa sanitaria complessiva». Ossia un mercato miliardario che sfiora le due cifre.

I due fronti

Alla base del fenomeno c'è ovviamente la crisi, che grava sia sui pazienti che sui medici. Il centro Studi di economia sanitaria, Ceis-Tor Vergata, ha calcolato che nel 2010 in Italia più di 3 milioni di persone hanno avuto problemi economici a

causa delle spese sanitarie e che oltre 2 milioni e mezzo di italiani, soprattutto famiglie con bambini e pensionati, sono stati costretti a rinunciare a visite, analisi o appuntamenti dal dentista. E così, per fermare l'emorragia di pazienti/clienti anche gli studi medici e le strutture sanitarie hanno deciso di scendere nell'arena dell'offerta a basso costo, come hanno già fatto trasporto aereo, abbigliamento ed altre professioni.

Secondo l'indagine condotta dalla Scuola di Formazione Continua del Campus Biomedico di Roma, (che non a caso sta avviando un master in imprenditorialità sanitaria) le strutture sanitarie low cost riescono in media a far risparmiare tra il 30% e il 60% rispetto alle normali tariffe di mercato. «Soprattutto concentrando più medici in un unico poliambulatorio per ottenere economie di scala sfruttando in modo intensivo le apparecchiature», spiega Fabio Capasso, direttore della Scuola di formazione dell'Ateneo.

La formula

Le strutture per ora sono concentrate soprattutto a Nord ed offrono servizi medici di vario genere, anche se dove l'offerta low cost è determinante sono i settori non coperti dal Servizio Sanitario Nazionale: cure dentarie e psicoterapia. Due campi dove circa il 90% degli assistiti è costretto a rivolgersi al privato. Ma la formula «bassi prezzi, buona qualità» si sta rivelando vincente anche per visite specialistiche e accertamenti diagnostici, dove il low cost sanitario ha affilato due armi vincenti: prezzi non di molto superiori ai ticket e tempi di attesa praticamente azzerati. Un miracolo ottenuto senza diminuire i livelli di qualità e sicurezza dell'offerta ma, spiega il Presidente di Assolowcost, Andrea Cinosi, sfrondando i costi. «Ad esempio uno studio può decidere di puntare su centrali di acquisto, risparmiando fino al 70% sui materiali sanitari».

Completamente diversa è l'analisi che fa del fenomeno Costantino Troise, segretario nazionale del forte sindacato dei medici ospedalieri Anaa, per il quale «anche il low cost è comunque un privato profit portato per sua natura ad inflazionare la domanda». Come dire: paghi di meno ma spendi di più per prestazioni non sempre necessarie. Il tutto, aggiunge Troise, «con il rischio che continuando con tagli e ticket si favorisca una privatizzazione strisciante facendo del servizio pubblico una sanità povera per i poveri».



I numeri della sanità low cost

(1) Fonte Assolowcost (2) Fonte Ceis-Tor Vergata (3) Fonte Campus Biomedico di Roma (4) Fonte Fiaso



Fatturato (1) annuo

10 miliardi



Trend (1) di crescita



20-30% /anno



Famiglie con problemi (2) causati da spese sanitarie

3 milioni



Costo medio visita (3) specialistica "low cost"



60 euro



Ticket regionali sulla specialistica attuali

36-46 euro

Dal 2012

46-56 euro



Sedute di (3) psicoterapia in media

low cost

35 euro

tradizionale

120 euro



Apparecchio dentale (4) in media

low cost

490 euro

prezzo di mercato

2.200 euro



Sanità. Il peso del mancato rimborso deciso dal Governo

Superticket, per il 2011 al Nord più facile evitarlo

GOVERNATORI IN TRINCEA

Le Regioni decideranno se riversare la spesa sugli utenti già da quest'anno ma a Roma e al Sud mancano risorse proprie

Roberto Turno

■ Dai 61 milioni in Lombardia fino ai 2 milioni nel Molise e ai 3 milioni o poco più a Trento e Bolzano. Le Regioni stanno velocemente facendo i conti delle somme che dovranno recuperare dopo che il Governo ha deciso di non finanziare più per tutto l'anno, dal momento dell'entrata in vigore della legge di conversione del decreto-manovra, il superticket da 10 euro su visite e analisi specialistiche. Per il 2011 servono 381 milioni. E almeno 834 milioni nel 2012 per tutto l'anno e così negli anni a venire. I governatori devono decidere: rinascerà da subito, compiuti tutti gli atti amministrativi necessari, il superticket e pagheranno gli assistiti? Oppure si troveranno fondi nelle pieghe dei bilanci locali per evitarli? Oppure si userà un mix di mini ticket?

È questa, nell'immediato, la preoccupazione delle Regioni dopo la sorpresa della rinascita del superticket da 10 euro. Perché è chiaro che non tutte hanno possibilità di recuperare fondi nei propri bilanci per evitare il balzello, almeno per quest'anno. Operazione più complicata per un anno intero. Qualsiasi decisione sarà presa solo carte alla mano, con tanto di delibere di giunta e dopo prevedibili e infuocati dibattiti politici. Le Regioni più ricche, intanto, dovrebbero evitare per quest'anno l'applicazione del maxi balzello. Quelle più dissestate, proprio per i bilanci in bilico di asl e ospedali, avranno ben più difficoltà.

In Lombardia, ad esempio, il salasso potrebbe essere evitato. Ma al Nord ci stanno pensando anche altre Regioni. Mentre da Roma in giù sarà assai più difficile riuscire ad aggirare la stangata pagando con altre risorse finanziarie regionali. L'applicazione del superticket non sarà necessariamente immediata, dun-

que non avrà effetto fin da lunedì o martedì prossimi. Ci vorrà del tempo – ma non troppo – per decidere localmente e, nel caso, per predisporre tutte le procedure amministrative, compresa l'eventuale e non facile informazione ai cittadini, i primi e veri colpiti dalla nuova tassa sanitaria. Il Governo, d'altra parte, a questo punto si è tolto dal bilancio il fardello: lo Stato non pagherà più, ci pensino le Regioni e decidano loro autonomamente. E politicamente se ne prendano la responsabilità davanti ai propri cittadini-elettori.

Un comportamento che ha fatto subito gridare ai governatori l'accusa di «pericoloso gioco allo scaricabarile» da parte del Governo. Proprio mentre il capitolo-sanità si conferma il nervo scoperto dei bilanci regionali. Perfino nell'immediato futuro, si ipotizza, nelle Regioni con i conti in ordine, che anche loro presto potrebbero finire nel tritacarne dei piani di rientro per i disavanzi sanitari. I tagli della manovra – 7,5 miliardi fino al 2014 – mettono sempre più in pericolo i conti della sanità.

Fatti i conti, il superticket si sommerebbe all'attuale franchigia. E così, accusa la Cgil, converrebbe fare gli esami privatamente, pagare la franchigia ed evitare il superticket: «Un regalo al mercato della sanità e un grave danno al Ssn». Il rappresentante dei governatori, Vasco Errani (Emilia Romagna, ha mette in guardia: c'è il rischio di dirottare prestazioni e servizi verso il privato. «Si assisterà a un consistente spostamento del pacchetto di prestazioni dal pubblico al privato» concorda Daniela Scaramuccia (Pd), assessore in Toscana. E la governatrice Renata Polverini (Lazio, Pdl) aggiunge: «Una misura iniqua, uno sgarbo istituzionale, che colpirà proprio i cittadini a minor reddito».

Questo sul fronte delle Regioni. Ma anche medici e dirigenti del Ssn sono sulle barricate: giovedì prossimo terranno a Roma gli «stati generali» contro la manovra e in «difesa della sanità pubblica».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'impatto

Quanto vale il ticket sulla visita specialistica, in milioni di euro

Regioni	Valore ultimi mesi 2011
Piemonte	29,03
Valle d'Aosta	0,82
Lombardia	60,97
Bolzano	3,15
Trento	3,24
Veneto	30,46
Friuli	8,12
Liguria	11,43
Emilia Romagna	28,27
Toscana	24,45
Umbria	5,88
Marche	10,18
Lazio	35,03
Abruzzo	8,46
Molise	2,09
Campania	35,67
Puglia	25,48
Basilicata	3,84
Calabria	12,84
Sicilia	31,05
Sardegna	10,55
Italia	381,00

Sono state attaccate a un paziente che non tollerava le protesi

Spagna, primo trapianto di entrambe le gambe

In seguito a un incidente, gli erano state amputate entrambe le gambe all'altezza di metà coscia e poteva muoversi soltanto su una sedia a rotelle.

Ora **Hakim**, un ventenne spagnolo, può sfoggiare due gambe nuove di zecca, o quasi.

Un'équipe dell'ospedale universitario La Fe, a Valencia, ha effettuato, per la prima volta al mondo, un trapianto di entrambi gli arti inferiori.

L'intervento, iniziato domenica scorsa e terminato lunedì mattina, ha richiesto la presenza di più di 35 fra medici, infermieri e assistenti, coordinati dal chirurgo **Pedro Cavadas**. Quest'ultimo, 46 anni, è un pioniere in questo tipo di interventi: nel 2008 aveva infatti realizzato il primo doppio trapianto di braccia. E nel 2009 il primo trapianto di lingua e mascella.

La questione, nel caso del paziente spagnolo, è ora di sapere se riuscirà a servirsi delle gambe trapiantate e a non utilizzarle come delle protesi. Una risposta che potrà arrivare solo fra un anno, un anno e mezzo. Prima



Il chirurgo spagnolo Pedro Cavadas, che ha effettuato il primo trapianto simultaneo delle gambe

bisognerà aspettare almeno 15 giorni per vedere se la fase critica è superata, poi attendere sei mesi per il

consolidamento e un anno prima di pronunciarsi sul successo dell'operazione. In ogni caso il paziente non sarà in grado di camminare prima di un anno.

Il trapianto delle gambe è meno complesso di quello delle braccia in quanto ci sono meno tendini da collegare, ma il problema ci sarà al momento della riabilitazione, in attesa che i nervi ricrescano.

Anche l'Italia è pioniera nei trapianti di arti. L'italiano **Marco Lanzetta** nel 1998 ha effettuato a Lione per la prima volta al mondo un trapianto di mano da cadavere, nel 2000 ha effettuato il primo trapianto di entrambe le mani e nello stesso anno il primo trapianto di mano in Italia.

—© Riproduzione riservata—



Tumori di Roberto Satoli **Meno bisturi, please**



L'intervento chirurgico per tumore al seno spesso comprende lo svuotamento dell'ascella, per rimuovere possibili metastasi ai linfonodi, almeno quando l'ormai celebre "linfonodo

sentinella" dimostra che ci sono.

Ma d'ora in poi le donne operate potranno risparmiarsi anche questa piccola mutilazione: il braccio spesso rimane gonfio e non è solo una questione estetica, ma di debolezza e fragilità. Uno studio americano pubblicato su "Jama" dimostra che se si fa la radioterapia e la chemio dopo l'intervento si possono lasciar stare i linfonodi, anche con metastasi, e non cambia né la sopravvivenza a cinque anni (che è ormai altissima, al 92 per cento) né il rischio di ricadute. Sono ormai purtroppo rarissimi, su migliaia di trial, i risultati come questi, che producono effetti pratici immediati, rilevanti e apprezzabili direttamente dagli interessati.

E paradossalmente rischiano di sfuggire al sistema dei media, molto sensibili al luccichio delle nuove tecnologie e invece distratti quando si tratta di spiegare che in medicina talvolta "less is more". Eppure sono proprio queste le circostanze in cui l'informazione può fare la differenza, in questo caso mettendo le donne malate in condizione di essere protagoniste di scelte dalle quali dipende non solo la vita, ma la sua qualità.

Il vaccino che verrà COLLOQUIO CON RINO RAPPUOLI



Un vaccino contro l'Hiv entro i prossimi dieci anni. Una speranza, certo, ma fondata. Soprattutto se a parlarne sono Rino Rappuoli, responsabile mondiale della ricerca di Novartis Vaccines, e Alan Aderem, del Seattle Biomedical Research Institute, sulle pagine di "Nature". I due, fra i massimi esperti di vaccini del mondo, non hanno dubbi: grazie alla conoscenza che abbiamo accumulato, alle tecnologie avanzate e a nuovi modi di condurre sperimentazioni, nel futuro prossimo sarà possibile realizzare quello che non siamo riusciti a fare in 30 anni. Come? Lo abbiamo chiesto a Rino Rappuoli.

Perché siete così ottimisti?

«Perché i risultati parzialmente positivi ottenuti fino ad ora da diverse linee di ricerca ci indicano che dobbiamo mettere insieme più strategie. Uno studio condotto in Thailandia ha utilizzato l'esperienza di due linee di ricerca, che purtroppo non hanno da sole portato ad alcun risultato: da una parte colpire le proteine che si trovano sull'involucro del virus, dall'altra aumentare la risposta immune, stimolando le cellule T. Lo studio thailandese ha lavorato con due immunizzazioni: la prima

serve per stimolare il sistema immunitario, la seconda colpisce il virus con una proteina ricombinante. Questo mix di azioni ha dimostrato di prevenire l'infezione nel 31 per cento dei casi. Il miglior risultato mai raggiunto nella lotta al virus».

Mettere insieme diverse strategie vuol dire anche dover considerare molte

variabili contemporaneamente.

«È qui ci viene in aiuto la tecnologia, in particolare quella che noi chiamiamo "system biology". Grazie a strumenti informatici sempre più sofisticati siamo oggi in grado di misurare parametri prima non quantificabili, di elaborare modelli matematici complessi che permettono di confrontare una mole ingente di dati per scoprire la molecola che funziona. Siamo all'inizio di una nuova era della vaccinologia. E non è tutto».

Cioè?

«Un'idea è quella di disegnare vaccini migliori partendo dalla realizzazione tridimensionale della struttura degli antigeni. Nei nostri laboratori lo abbiamo già fatto nel caso dello streptococco B e del virus respiratorio sinciziale; grazie ai raggi X e alla risonanza magnetica nucleare. Allo stesso modo potremmo studiare la struttura della proteina GP120, uno dei target individuati per il vaccino contro l'Hiv, e disegnare degli antigeni migliori. Finora i vaccini che colpiscono questa proteina non hanno funzionato perché il virus la cambia in continuazione. Se riusciamo a disegnare delle molecole che hanno come target elementi che il virus non può cambiare, otterremo un vaccino universale».

Nell'articolo su "Nature" lei e Aderem fate riferimento a un modo nuovo di condurre le sperimentazioni. Di cosa si tratta?

«Finora per raccogliere dati ingenti si sono condotti trial su molte persone, ma le nuove tecnologie ci consentono di analizzare in profondità anche le informazioni che otteniamo da pochi pazienti. Bisogna ribaltare il processo e procedere in parallelo su più studi, ma meno ampi. Così avremo il modo di analizzare centinaia di parametri contemporaneamente».

Letizia Gabaglio