

TRENT'ANNI DI AIDS

70% DELLE DONNE viene infettato dal virus da un partner stabile

76% DEGLI UOMINI contrae il virus dell'Hiv con rapporti occasionali

I NUMERI DEL CONTAGIO

60

MILIONI

Il totale delle persone infettate dall'inizio dell'epidemia e 25 milioni sono decedute per cause legate al virus Hiv

17%

RIDUZIONE

Della percentuale di nuove infezioni negli ultimi 8 anni. I ragazzi sotto i 15 anni che convivono con l'Hiv sono 2 milioni

La ricerca internazionale tra vittorie e sconfitte

L'ALLARME

Ci sono segnali preoccupanti che indicano una ripresa delle infezioni anche da noi

LA PREOCCUPAZIONE

La malattia ha un esito infausto perché chi ha bisogno di medicinali ancora non ne ha
Esattamente 30 anni fa fu diagnosticato il primo caso di Aids negli Usa, in questi giorni a Roma ci si confronta su una malattia che continua a incutere paura

Federico Mereta

1981. NEGLI USA viene riconosciuto il primo caso "ufficiale" di Aids, riscontrato in un paziente gay con una forma di polmonite. Oggi, a trent'anni di distanza, la scienza di tutto il mondo si confronta su una malattia che, dopo aver creato tanti timori, oggi pare colpevolmente sottovalutata. L'occasione viene dal Congresso dell'International Aids Society



(IAS), in corso a Roma. Il quadro disegnato dagli esperti presenta luci ed ombre: se da un lato oggi il trattamento farmacologico consente di tenere a bada l'infezione nel tempo, almeno nei Paesi ricchi del mondo, occorre fare di più perché le persone considerino anche questo pericolo quando hanno comportamenti a rischio. Anche in Italia sono ancora molti i casi di infezione da virus Hiv, il responsabile della malattia, che vengono individuati ai primi sintomi di Aids conclamato, quando ovviamente l'approccio terapeutico è più complesso. "Nel nord del mondo abbiamo ottenuto grandi successi grazie ai farmaci e siamo stati in grado di cronicizzare l'infezione - spiega Stefano Vella, Direttore del Dipartimento del Farmaco dell'Istituto Superiore di Sanità e copresidente dell'Ias. Ma la partita è ancora aperta, e ci sono segnali preoccupanti che indicano una ripresa delle infezioni anche da noi: in alcune zone della Francia si registra un'incidenza simile a quella del Botswana, a Washington i numeri appaiono del tutto sovrapponibili a quelli dell'Uganda. Ciò accade perché i comportamenti e i contesti sociali agevolano la trasmissione del virus, e perché la percezione del rischio è bassa".

La situazione cambia in Africa,

epicentro dell'infezione è più in generale nel sud del mondo. Purtroppo in molti casi l'infezione ha un esito infausto perché nonostante i progressi nell'accesso ai farmaci la stragrande maggioranza di chi ha bisogno di medicinali ancora non ne ha. E la recessione economica esacerba questo problema: ogni giorno nel mondo oltre 7000 persone contrarre l'infezione, un numero che è più che doppio rispetto a quello degli individui che iniziano la terapia.

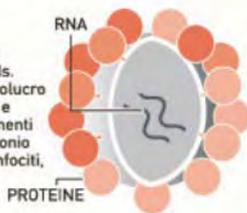
L'INFEZIONE È SOTTOVALUTATA Oggi la terapia precoce è una parte integrante della prevenzione. ma può ovviamente essere condotta solamente quando la persona ha scoperto la propria sieropositività. "Una persona trattata con i farmaci, la cui carica virale è azzerata, non infetta gli altri - fa sapere Vella. Quindi l'efficacia della terapia sul singolo individuo si trasforma in un'efficacia estesa socialmente. Occorre però che la persona sia a conoscenza del proprio status sierologico, cosa che non accade nei tempi e nelle dimensioni corrette. La bassa percezione del rischio fa sì che ad esempio in Italia - ma è problema simile in tutta Europa - oltre il 50 per cento delle persone apprendi di esser sieropositivi".

va ne o stesso momento in cui apprende di avere l'Aids. Sono i cosiddetti "late presenters", cioè individui che apprendono della loro salute gravemente compromessa tardi. Prima quando l'epidemia era legata a comportamenti noti - scambio di siringhe o sesso tra uomini non protetti - i tossicodipendenti e/o i gay avevano percezione del rischio e facevano il test. Oggi che la trasmissione è prevalentemente per via eterosessuale la scarsa percezione del rischio fa sì che le persone non chiedano di fare il test, come se si percepissero immuni da questo problema".

Proprio sulle diagnosi in ritardo e sulla scarsa richiesta dei test si concentra l'attenzione degli esperti presenti a Roma. Questi due elementi, infatti, contrastano l'opportunità di "spegnere" l'epidemia con un approccio che si sta vorrebbe diffondere sempre di più quello del "Treatment as Prevention", ovvero della cura come prevenzione. e si punta anche ad obiettivi più ambiziosi, come la completa scomparsa del virus dall'organismo. Questo presuppone la possibilità di stanare il virus dai reservoir (una sorta di "fortini") dell'organismo in cui si annida e abbatterlo. In attesa di un vaccino, che appare ancora lontano....

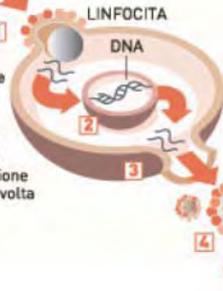
CHE COS'È

L'HIV è un retrovirus responsabile dell'Aids. È costituito da un involucro ricoperto di proteine e contenente due segmenti di RNA, il suo patrimonio genetico. Attacca i linfociti, cellule del sistema immunitario



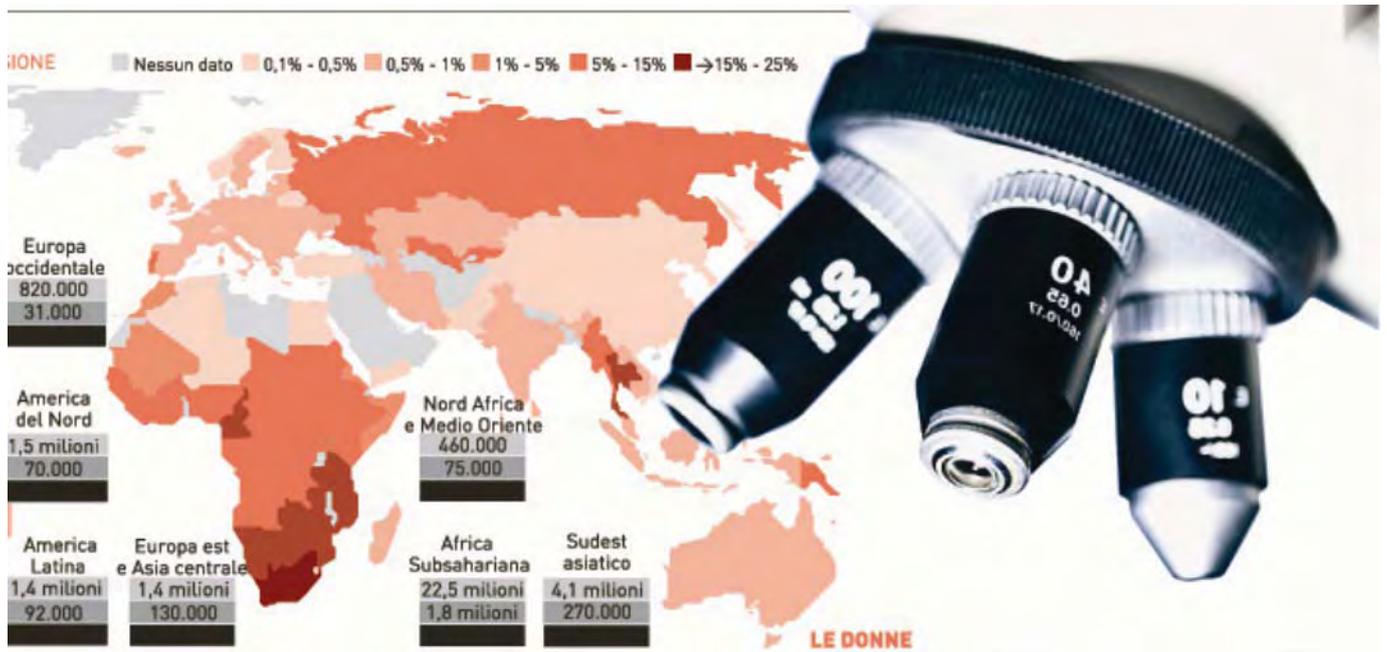
COME DI RIPRODUCE

- 1 Il virus si fonde con la cellula e introduce il suo RNA
- 2 L'RNA si unisce con il DNA della cellula ospite e ne sfrutta il processo di replicazione per duplicarsi a sua volta
- 3 Vengono prodotte nuove proteine e nuovi segmenti di RNA virale
- 3 Il nuovo virus si separa dalla cellula e assume la caratteristica forma dell'Hiv. La cellula ospite viene distrutta
- 4



LA DIFFUSIONE

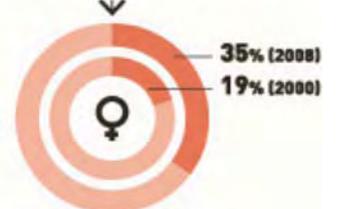




LE DONNE

- Dei 33 milioni di persone sieropositive: 15,7 milioni sono donne
- In **Africa** subsahariana sei persone su dieci affette da HIV sono di sesso femminile
- Il 95% dei sieropositivi vive in paesi in via di sviluppo
- In **Asia** la percentuale di donne che hanno contratto l'infezione è aumentata e appare in crescita:

Matrimoni precoci, mutilazione genitale e la violenza nella coppia facilitano la diffusione del virus nel sesso femminile. Nel solo Sudafrica fino al 70 per cento delle donne subisce violenza sessuale nel corso della vita



La mancanza di istruzione e l'insicurezza economica penalizzano particolarmente le donne



Solo il 38% delle donne sa cosa provochi il virus HIV e come si trasmetta

INFOGRAFICA A CURA DI **ODHBN**

Virus Iniziata la Conferenza mondiale. Roma non ha versato 260 milioni

«Perché adesso è possibile la fine dell'era dell'Aids»

Sidibé, capo di Unaid (Onu). In Italia un caso ogni 2 ore

Il dilemma

«Curo chi rischia di morire o faccio prevenzione sui sani? È un problema di fondi»

I social network possono aiutare nella prevenzione. Ma servono farmaci sicuri e a basso costo

ROMA — Qualche settimana fa, il settimanale inglese *The Economist* titolava in copertina: «È la fine dell'Aids?». C'è un punto interrogativo, ma potrebbe succedere davvero? «Sì, è un momento in cui stanno cambiando le "regole del gioco" e oggi si può cominciare a sperare di eliminare la malattia». Probabilmente non a breve, i problemi da risolvere saranno molti, ma l'ottimismo c'è. A parlarne, in un'intervista al *Corriere*, è Michel Sidibé, originario del Mali, 59 anni, direttore dell'Unaid, il programma delle Nazioni Unite per l'Aids, un personaggio chiave nella lotta alla malattia.

Due scoperte hanno cambiato le prospettive, negli ultimi mesi. La prima: se si trattano i sieropositivi il più presto possibile, si può ridurre la trasmissione del virus di un buon 90% (e più). La seconda: se si dà una pillola di antivirali al giorno a persone con alto rischio di infezione (i partner di sieropositivi, ma potrebbero essere tossicodipendenti, prostitute, etero o omosessuali con molti partner), si può ridurre di oltre il 60% il contagio. Stiamo parlando di terapia come prevenzione, il tema «caldo» della Conferenza della Ias, l'International Aids society, coordinata da Stefano Vella dell'Istituto superiore di sanità, che si è aperta a Roma.

«Negli ultimi cinque anni nel mondo — dice Sidibé, intervenuto alla sessione inaugurale — sono stati curati 6,6 milioni di sieropositivi, dodici volte più che nel 2001. È un successo. E l'Unaid ha come obiettivo, per il 2015, l'accesso al trat-

tamento per 15 milioni di persone. Ma rimangono 7 milioni di pazienti che hanno bisogno di cure e non possono averle. È un problema di priorità, legato ai costi: curo chi rischia di morire, e magari riduco la trasmissione del virus, o somministro farmaci a persone sane a rischio di infezione per evitare che si ammalinino? La priorità andrebbe al primo gruppo».

Ma Sidibé spiega: «Per pensare a queste strategie occorrono farmaci sicuri, con pochi effetti collaterali e a basso costo. Oggi non li abbiamo». La buona notizia è che una multinazionale ha appena rinunciato al brevetto di quattro antivirali, permettendo alle aziende di generici di produrli a prezzi inferiori.

Se l'idea dei farmaci, usati come prevenzione, lascia ben sperare, non vanno trascurati gli altri metodi. «La prevenzione primaria, innanzitutto, e quindi l'educazione sessuale, in particolare per i più giovani, la circoncisione, l'uso di gel vaginali, e del condom, anche in combinazione. Tutti devono essere consapevoli che non esiste la panacea universale e che nessun metodo funziona al 100 per cento».

La malattia si può prevenire e curare (un ventenne che si infetta oggi ha davanti almeno 50 anni di vita), ma c'è un problema di risorse. Molti Paesi hanno tagliato i finanziamenti al Fondo globale per la lotta all'Aids, malaria e tubercolosi nei Paesi poveri, e l'Italia, nonostante le promesse, non ha versato 260 milioni di euro, più altri 30 stabiliti durante l'ultimo G8 dell'Aquila. «È un peccato — dice Sidibé — anche perché,



in precedenza, il governo italiano ha avuto un ruolo attivo nella risposta all'Aids».

Sidibé guarda al mondo intero e conferma che ancora oggi l'Africa rimane la regione più colpita, anche se stanno diminuendo le nuove infezioni, mentre nell'est Europa l'epidemia continua a crescere e i sieropositivi sono triplicati, dal 2001. Anche l'Italia non ha risolto tutti i problemi: si contano 4 mila nuovi casi l'anno (uno ogni due ore), gli infetti

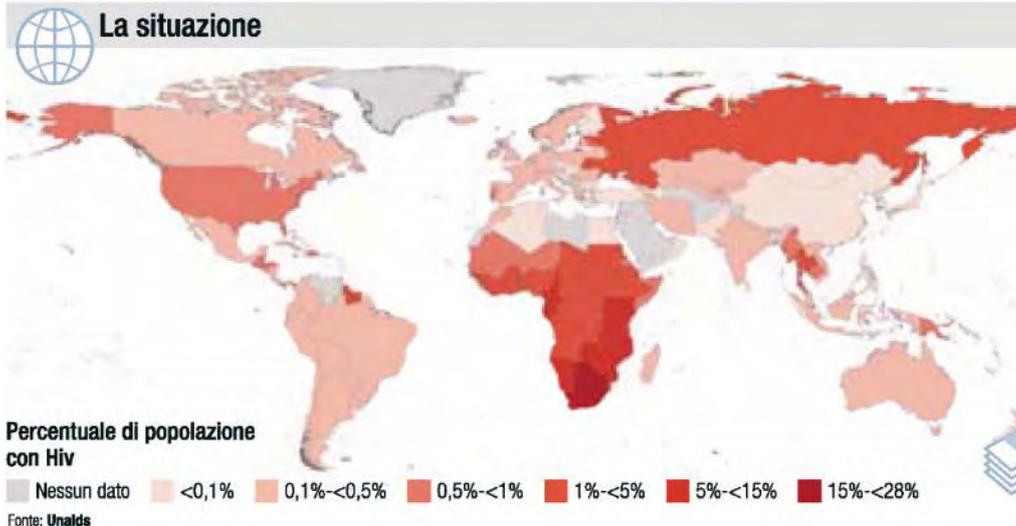
sono circa 150 mila e, di questi, all'incirca 30 mila non lo sanno. Ecco perché è importante puntare sul test. «È indispensabile promuoverlo dappertutto e, in particolare, dove c'è stigma nei confronti della malattia, stigma che va rimosso diffondendo informazione. E i social media potrebbero rappresentare una nuova opportunità».

Adriana Bazzi
abazzi@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

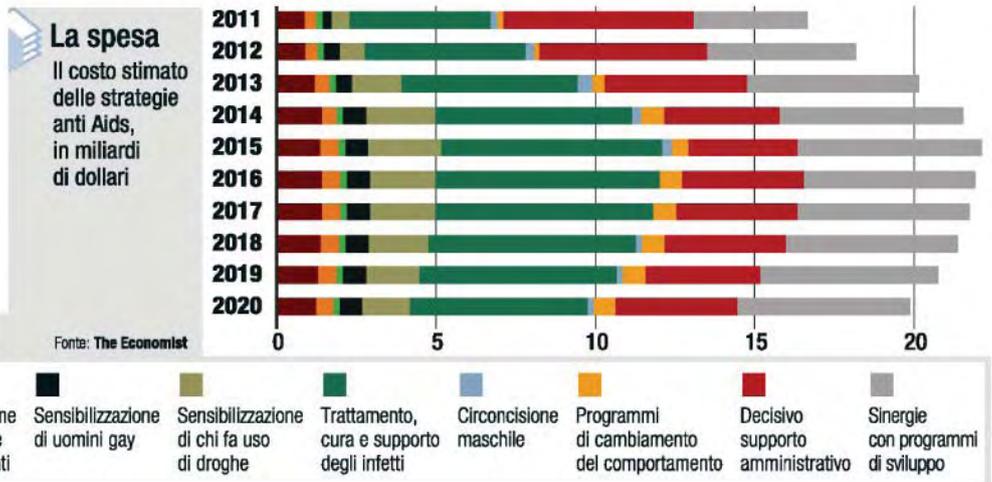
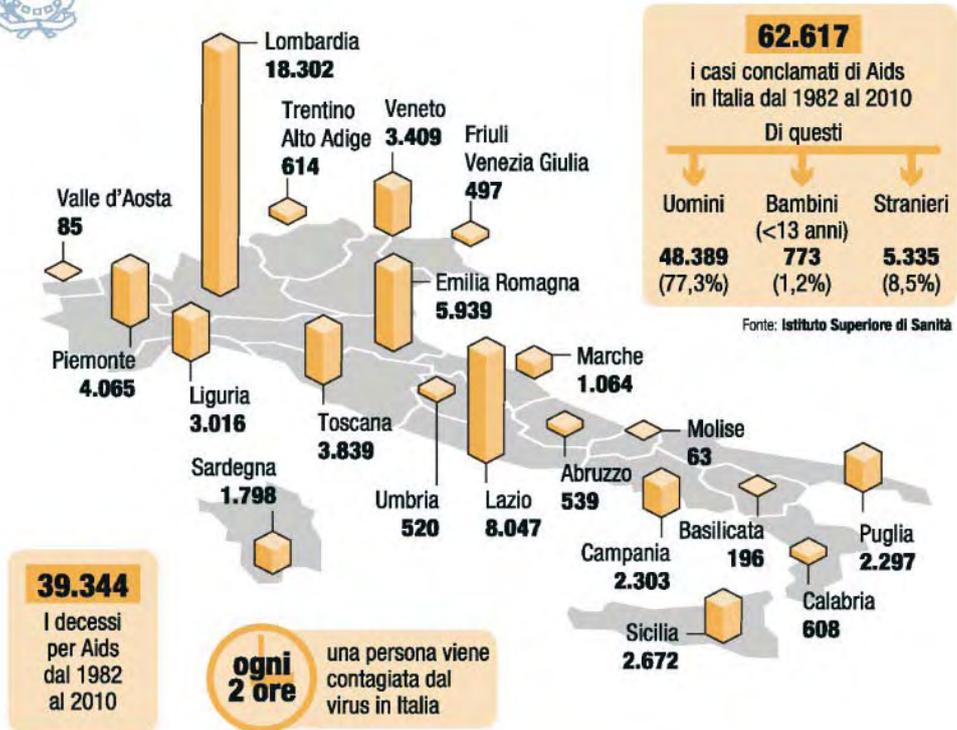
Chi è

Michel Sidibé, 59 anni, è direttore dell'Unaid, il programma dell'Onu per l'Aids





I numeri La distribuzione dei casi conclamati di Aids in Italia dal 1982 al 2009



- **Al via** gli stati generali dell'Hiv che uccide 2 milioni di persone l'anno
 → **Il nostro** governo non versa i fondi al Global Fund. Proteste a Roma

Aids: la conferenza è in Italia, l'unico paese che non paga

La sesta conferenza dell'International Aids Society (Ias) si è aperta ieri sera all'auditorium di Roma. Contestato il sindaco Alemanno. Striscioni contro Berlusconi: «Bugiardo, dai i soldi al Global Fund».

CRISTIANA PULCINELLI

Ospitare la conferenza in Italia è una bella occasione per la nostra ricerca, ma è anche un modo per mettere in luce i paradossi che governano il paese. Solo qualche giorno fa, la rivista *Science* sottolineava come «nonostante i ricercatori italiani siano da tempo considerati tra i migliori a livello mondiale nella lotta all'Aids, il Governo non ha intenzione di proseguire il Programma Nazionale di Ricerca sull'Aids». E Medici senza Frontiere ha chiesto al governo italiano di «rispettare gli impegni presi nella lotta all'Aids»: il nostro paese infatti è l'unico tra quelli del G8 a non aver versato i contributi per il 2009 e il 2010 al Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. Né c'è un impegno per il triennio successivo. La parte scientifica della conferenza ha preso il via ieri, tra le contestazioni degli attivisti: «Berlusconi bugiardo, dai i soldi al Global Fund», diceva lo striscione nella sala dell'Auditorium. L'attenzione dei ricercatori si concentrerà soprattutto su due nuove strategie. La prima riguarda la possibilità di usare le terapie antiretrovirali non solo per tenere a bada l'infezione da Hiv, ma per evitare che una persona infettata possa trasmettere il virus. È quello che si chiama «trattamento come prevenzione». Negli ultimi due anni, due studi pilota condotti su coppie eterosessuali nelle quali uno dei partner era infetto, hanno mostrato che se il sieropositivo prende le terapie antiretrovirali ha il 90% di probabilità in meno di trasmettere il virus al part-

ner. L'uso dei farmaci come di prevenzione viene caldeggiato anche in un editoriale pubblicato sulla rivista medica inglese *The Lancet* e firmato da Julio Montaner, ex presidente della Ias.

La seconda strategia è più azzardata: si tratta di utilizzare i farmaci antiretrovirali sulle persone sane per evitare che si contagino. Si chiama profilassi pre-esposizione (PrEP) e due nuovi studi condotti in Africa, e che verranno presentati durante il convegno, dimostrerebbero la sua validità.

A spingere per la PrEP c'è il fatto che si è dimostrato molto difficile diffondere l'uso del preservativo presso alcune popolazioni, mentre un vaccino efficace non sarà pronto prima di 10 o, più realisticamente, 20. Insomma c'è un serio problema di prevenzione, tanto che nel 2008 ancora si contavano 2,7 milioni di nuove infezioni nel mondo.

Purtroppo però queste terapie non sono esenti da effetti collaterali. Il più recente è un invecchiamento precoce. Lo studio pubblicato su *Nature Genetics* mostra che una classe di farmaci spesso utilizzati per curare l'infezione da Hiv in Africa e in altre regioni povere danneggerebbe il Dna nei mitocondri, causando un invecchiamento precoce e facendo aumentare il rischio di sviluppare malattie legate all'età, tra cui cardiopatie e demenza. ♦

TEST RAPIDO

Oggi e domani, ore 18, in via del Corso a Roma, test per HIV fornito dall'Istituto Spallanzani. Una unità mobile dove eseguire un test rapido con risposta in mezz'ora.



GENTE PERLOMENO, IO LA PENSO COSÌ

LA PAGINA DEL DIRETTORE



CHE SPAVENTO SE UN FIGLIO DIVENTA UN TERNO AL LOTTO

Non sono mai stata una giocatrice, nel senso che lotterie, gratta e vinci e affini mi interessano pochissimo. Ogni tanto ho compilato qualche schedina del Totocalcio, mettendo 1-2-X del tutto a caso, tanto per provare l'ebbrezza: e regolarmente ho poi perso il tagliandino che ti dà il tabaccaio, quindi anche se ne avessi mai azzeccata una non lo so e non ho riscosso un euro. Quando, come mi è capitato lo scorso weekend, cammino per il vicoletto di Arenzano, in Liguria, per andare al mare con mio figlio, a volte ci fermiamo davanti alla vetrina di un barretto dove si gioca di tutto e guardiamo il totale montepremi del Lotto che è scritto grande così: 38 milioni, 40 milioni... Cifre da non crederci. «Che dici, giochiamo mamma?». Ma sì, giochiamo appunto, investiamo due euro e poi ce ne andiamo a fare il bagno e mangiamo la focaccia e ci dimentichiamo sereni del Lotto e di quelle montagne di soldi.

A memoria, solo due volte finora ho vinto qualcosa: alla lotteria di una cena di Natale, *grand soirée* con le signore tirate a lucido, era per beneficenza e per questo avevo comprato cinque o sei biglietti. Ma ci saranno state duecento persone, mai avrei pensato che la fortuna quella sera toccasse a me. Fortuna che aveva la forma di un salame lungo un metro e cinquanta, anche piuttosto disgustoso da vedere, e non sto a dirvi la trasformazione delle signore lucidate in camionisti (con tutto il rispetto per i secondi) quando ho ritirato il premio-serpente. L'altra mia vincita è stata invece più simpatica, dal parrucchiere: avevano esposto in negozio una specie di tabellone del gioco dell'oca, tu sceglievi quale casella numerata comperare e poi c'era un'estrazione. Il ricavato delle caselle acquistate era per

l'Africa senz'acqua. Ho vinto un taglio di capelli per mio figlio, mi era sembrata un'iniziativa carina.

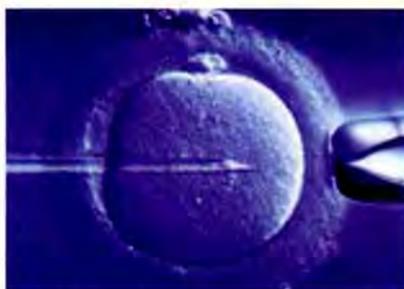
Da carina a orrenda il salto è grosso: questo è il giudizio che do all'ultima lotteria nata in Gran Bretagna, Paese di bizzarre regine e di scommettitori nati, che mette in palio 25mila sterline (circa 30mila euro) da spendere in cure e assistenza per la fecondazione in provetta. Già ribattezzata "la lotteria per vincere un bebè", ha avuto il benestare dell'authority governativa che regola i giochi, e pare che un sacco di coppie facciano la fila per comperare i biglietti. Com'è naturale che sia, non ci sono criteri selettivi per i partecipanti:

chiunque può tentare la sorte, anche i single e le donne più che mature, tanto gli ideatori di questa lotteria hanno già pensato a tutto. Se vince una donna sola, il suo premio sarà una donazione di liquido seminale; se il trionfatore è un uomo senza compagna, sono già pronti per lui una madre surrogata e una certa quantità di embrioni da fecondare.

Se vi gira la testa, vi dico che anche a me. La Ivt Lottery, la Lotteria dell'Inseminazione Artificiale, spazza in un colpo ogni regola di buon senso e ogni ragionamento anche appena articolato sul delicato mondo dei figli concepiti in vitro. Non c'è un grammo di moralismo nel mio pensiero, ci sono invece tonnellate di sconcerto per una superficialità che rade al suolo l'intelligenza, i sentimenti e le persone stesse.

Si difendono, gli inventori del gioco, dicendo che il loro è uno sforzo per supplire ai risparmi del governo conservatore di Cameron, che in stato di crisi ha tagliato gli aiuti alle coppie in cerca di un bambino. Io dico invece che se un figlio diventa un terno al lotto dobbiamo rendercene conto e avere, di conseguenza, paura.

MONICA MOSCA



In Gran Bretagna l'ultima lotteria nata mette in palio una fecondazione in vitro.

Aumentano i malati (spesso immaginari) che cercano soluzioni in rete

Attenzione al dottor Internet la diagnosi virtuale inganna

FABIO TONACCI

L'ANSIA arriva puntuale dopo il terzo clic. La leggerezza con cui avevamo inserito nel motore di ricerca il nostro banale sintomo, "crampi allo stomaco", si frantumava davanti al primo dei 229 mila siti segnalati. «Tumore allo stomaco. Cause e cure».

ALLE PAGINE 23, 24 E 25
CON UN COMMENTO
DI PAOLO CORNAGLIA FERRARIS

Quindici milioni di italiani consultano Internet prima di andare dal medico. Ma la cyber-diagnosi nasconde molti rischi

Gli errori del dottor Internet L'illusione di curarsi online

“Le visite sono spesso troppo brevi e l'insoddisfazione porta a soluzioni fai-da-te”

Bisogna anche diffidare dei sedicenti esperti che affollano il cyberspazio

FABIO TONACCI

L'ansia arriva puntuale dopo il terzo clic. La leggerezza con cui avevamo inserito nel motore di ricerca il nostro banale sintomo, "crampi allo stomaco", si è frantumata davanti al primo dei 229 mila siti segnalati. «Tumore allo stomaco. Cause e cure». Pausa di riflessione, il sudore si fa freddo. Ma come è possibile? Ci aspettavamo qualche rassicurazione, al massimo un invito a migliorare lo stile di vita, e invece ci troviamo assaliti dal dubbio. Viene automatico aprire quella pagina. E senza capire bene perché, si finisce nella lettura ansiogena di una mole senza fine di informazioni mediche. Spesso incomprensibili. Quasi sempre inquietanti. Pagine e pagine che ci spiegano la pericolosità dei fino ad allora ignoti leiomioma e liomiosarcoma, e basta il nome per capire che non si tratta di un raffreddore. E poi ancora, dettagli, trattamenti, foto cliniche, forum di discussione, ricerche scientifiche italiane e straniere, diagnosi caserecce offerte da sedicenti "esperti" e soprattutto la lista dei sintomi che, d'un tratto, ci sentiamo di avere tutti. Anche i più inverosimili. È suggestione, naturalmente. Avevamo avvistato anche siti che le-



Eppure gli italiani non resistono, lo fanno eccome. Il 47 per cento di chi usa Internet nel nostro paese, quasi un utente su due, almeno una volta ha interpellato la rete per un'improbabile auto-diagnosi, scavalcando il medico di famiglia. Parliamo di 15 milioni di italiani. Ma — cosa ancor più preoccupante — solo uno su quattro verifica l'autorevolezza della fonte di ciò che sta leggendo. I dati arrivano dal *Bupa Health Pulse 2010*, una ricerca condotta a livello europeo in collaborazione con la London School of Economics. Nella classifica dei pazienti virtuali siamo ai primi posti. Più attivi dei francesi (fa auto-diagnosi sul web il 41 per cento degli utenti), meno degli inglesi (58 per cento). Sia detto, il "dottor Internet" non è privo di qualità: è disponibile h24, è gratuito, non lascia in attesa, risponde a tutti ed è dotato di un sapere enciclopedico, fondato sul più grande archivio mai esistito nella storia dell'umanità. Ricerche, trattati, manuali, sperimentazioni. Milioni e milioni di pagine. Certo, non ha né il tatto né la sensibilità di Patch Adams. Assomiglia di più al dottor House, ma senza la genialità del suddetto: il web è un medico cinico, freddo, spietato. E sputa diagnosi a raffica, quasi sempre catastrofiche. Qualche esempio.

Digitate su Google "tremore alle mani". Si ottengono 157 mila risultati. L'impatto lascia senza fiato. «È il più precoce e prominente sintomo del morbo di Parkinson», si legge in bell'evidenza su uno dei primi siti trovati, che si definisce «portale verticale dedicato alle neuroscienze in genere e alla neuropsicologia clinica in particolare». A seconda di cosa cliccate, il tremore sarà associato anche alla cirrosi epatica. E all'ipertroidismo. E alla sclerosi multipla. E finalmente anche a una semplice carenza di vitamina b12, risolvibile con una pillola. Un ventaglio di malattie molto diverse, con cure diversissime, ma messe sullo stesso piano. Altro sintomo, altra ansia. «Rash cutaneo». 134 mila siti. Forse una comune dermatite, si dice in un portale di medicina sportiva. «Potrebbe essere un caso di psoriasi», sostiene il sedicente esperto dermatologo dottor

Carli1965 su un forum. Puntuali arrivano i nefasti, quelli che l'associano alla patologia più grave: forse meningite, forse "porpora di Schonlein Henoch", forse lupus eritematoso, forse mille altre cose. Ancora, «dolore alle orecchie», quattro milioni e mezzo di pagine linkate. Si va dal raffreddore al tumore al cervello, in una escalation che passa per otite, occlusione dentaria, laringite e mononucleosi. Tutte ipotesi che — senza altri indizi e senza una visita medica reale — sono campate per aria. Ma chi sta davanti al monitor va in crisi.

«Questo è il modo più sbagliato di usare la rete — avverte Eugenio Santoro, direttore del laboratorio di informatica medica dell'Istituto Mario Negri e autore del libro "Medicina e Web 2.0" — qualsiasi sintomo, anche il più irrilevante, può venire associato alla peggiore delle patologie e generare ansia. Oppure può accadere l'opposto, cioè si può sottovalutare un segnale del nostro corpo perché si è trovato qualche tipo di infondata rassicurazione su Internet». Eppure milioni di italiani lo fanno ogni giorno. Una delle spiegazioni, secondo Santoro, sta nella durata media di una visita medica in una struttura pubblica: «Non supera gli otto-dieci minuti e ai pazienti evidentemente non basta». Una carenza di affetto sanitario, insomma. Ma la cybercondria non è un disturbo ad esclusivo appannaggio degli ipocondriaci conclamati, che sono circa il 6-7 per cento della popolazione italiana. Di fronte al "pessimismo clinico" del web (se non siete ancora convinti, provate a cercare su Google parole generiche come "sudorazione", "pancreas", "fegato", "lingua", "polmoni" e guardate cosa esce) può capitare a tutti di sentirsi come l'Argante di Molière, malato immaginario. In versione 2.0. «Di fronte a un sintomo — spiega Daniele La Barbera, ordinario di Psichiatria all'università di Palermo e presidente della Società italiana di psicotecnologie e clinica dei nuovi media — tutti, ipocondriaci e non, ci sentiamo vulne-

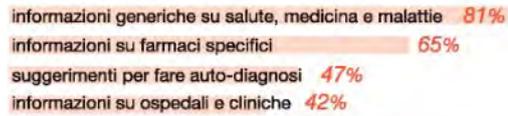
rabili e fragili. Quindi tendiamo a prendere per fondata la prima diagnosi che ci viene offerta. Su Internet ne troviamo a centinaia. Questo uso distorto della rete ha cambiato anche il rapporto gerarchico medico-paziente: le persone si fidano meno di noi dottori, arrivano convinti di sapere già quale sia la loro malattia e la cura migliore. Pochi giorni fa è venuto da me un ragazzo che era andato in depressione perché sicuro di soffrire di un complesso disturbo narcisistico. E questo solo perché su un sito di benessere e sport, non attendibile, aveva compilato un questionario pseudo-medico».

Al netto della psicosi dell'autodiagnosi, Internet rimane uno strumento importante per chi sa di dover fare i conti con una malattia reale. E gli italiani che cercano sul web informazioni legate più in generale al mondo della sanità sono 20 milioni, il 34 per cento della popolazione. «Si possono trovare chiarimenti su aspetti specifici di ogni patologia — dice Santoro — informazioni sull'uso dei farmaci, su come affrontare una malattia cronica, sulle terapie più recenti, sui protocolli sanitari da seguire, sui decorsi post-operatori. Sono nati dei veri social network di pazienti che condividono un problema medico come *aimac.it* per i malati di cancro, *oaism.it* per la sclerosi multipla, nei quali si scambiano impressioni, si creano amicizie, si aiutano a vicenda. Spesso funziona meglio del sostegno di uno psicologo». In Italia qualsiasi diagnosi via web è vietata dalla legge. Come comportarsi allora con la miriade di "esperti che rispondono", sparsi nella rete? «Bisogna diffidare — sostiene Santoro — non si sa mai chi c'è dall'altra parte del monitor. E anche se è un vero medico in buona fede, senza una visita completa rischia di trascurare sintomi determinanti. Meglio allora rivolgersi a un portale come *medicitalia.it*, che ha la certificazione Honcode (una sorta di marchio di qualità dei siti che trattano di salute, ndr), dove si trovano specialisti affidabili che rispondono alle domande dei pazienti, danno loro consigli, suggeriscono strutture di cura». Oasi mediche sul web dove un raffreddore è un raffreddore e non l'inizio della fine.

Gli italiani e la salute sul web



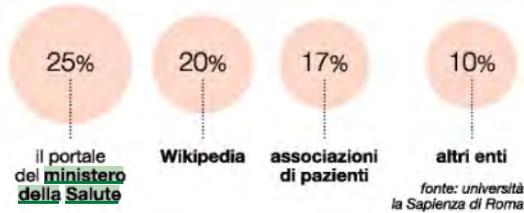
Che cosa cercano



...ma solo 1 su 4 controlla l'attendibilità del sito consultato

fonte: Censis

I siti più cliccati per cercare informazioni mediche



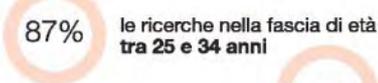
Quindici milioni di italiani consultano Internet prima di andare dal medico. Per curiosità, per sfiducia nei confronti del sistema sanitario o per presunzione. Ma in rete i sintomi di una banale indigestione possono diventare le prove di una malattia terribile E viceversa. Ecco i rischi dell'autodiagnosi via Google

I rischi dell'auto-diagnosi online

Un esempio delle macroscopiche differenze nelle diagnosi e nei rimedi forniti da alcuni siti online, partendo da un semplice sintomo

<p>3 Sclerosi Multipla Controllare i sintomi e prendere medicine specifiche</p>	<p>3 Problemi di cuore, Angina pectoris Consultare il medico, cambiare stile di vita</p>	<p>3 Ascesso cerebrale Correre dal medico</p>	<p>3 Cataratta Rimuovere mediante operazione</p>	<p>3 Meningite Andare urgentemente dal medico</p>
<p>2 Sciatica Trattamenti di fisioterapia</p>	<p>2 Appendicite Intervento urgente</p>	<p>2 Infiammazione all'orecchio Prendere antibiotici</p>	<p>2 Glaucoma Medicine specifiche</p>	<p>2 Psoriasi o eczema Curare con trattamenti medici o nei casi gravi con fototerapia</p>
<p>1 Carenza di vitamina B12 Prendere vitamine</p>	<p>1 Indigestione Controllare lo stile di vita, trattare con antiacidi e rimedi di erboristeria</p>	<p>1 Raffreddore Trattare con antinfiammatori</p>	<p>1 Presbiopia Usare lenti correttive</p>	<p>1 Dermatite Usare crema emoliente</p>
<p>Formicolio alle mani</p>	<p>Crampi allo stomaco</p>	<p>Mal d'orecchio</p>	<p>Visione sfocata</p>	<p>Eruzione cutanea</p>

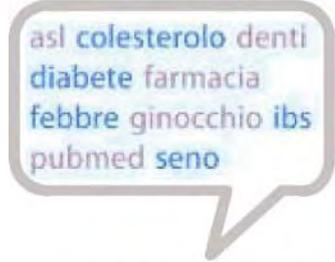
fonte: Bupa Health Pulse 2010



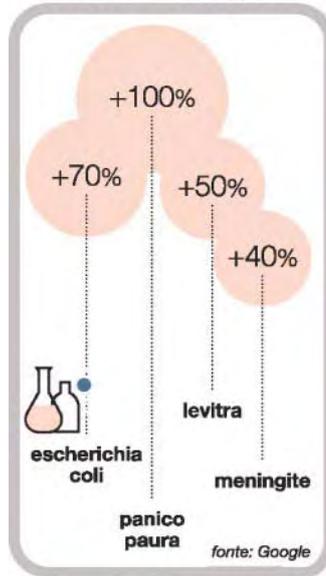
Gennaio il mese con più ricerche "mediche"

fonte: Bupa Health Pulse 2010

Le parole più cercate su Google (area "salute") negli ultimi 12 mesi



Le ricerche "emergenti"



Papa, Bossi ci ripensa di nuovo: Lega nel caos

La manovra alla prova mercati Scontro sui ticket

ROMA — Attesa per la reazione dei mercati alla manovra economica varata dal governo. Ed è scontro sui ticket sanitari in vigore da oggi: anche Veneto e Umbria, dopo il no di altre cinque regioni, si sono opposte alla loro introduzione. Intanto il premier Berlusconi sale al Quirinale per esporre al presidente Napolitano le misure prese contro la crisi economica. E sulla possibile autorizzazione all'arresto del deputato pdl Alfonso Papa il leader della Lega Bossi ci ripensa.

SERVIZI DA PAGINA 6 A PAGINA 13

Le misure del governo alla prova dei mercati Berlusconi da Napolitano

Ticket al via, ma Veneto e Umbria si sfilano

Stamattina scattano le nuove norme. Nel Lazio può essere più conveniente ricorrere a visite private

LUISA GRION

ROMA — Debutto di fuoco per la manovra di Tremonti: oggi entrano in vigore le misure adottate dal governo per stabilizzare i conti entro il 2014, ma il contesto che le accoglie è tutt'altro che tranquillo e il verdetto dei mercati finanziari per niente scontato. Al di là del giudizio sugli interventi di risanamento (48 miliardi) e i buoni risultati ottenuti dalle banche italiane negli *stress test* di venerdì scorso (i risultati sono arrivati a mercati chiusi), l'Italia fa i conti con uno *spread* ancora troppo alto nei confronti dei titoli tedeschi e con il quadro (quello americano in particolare) non è favorevole. Gli occhi dunque, sono ancora puntati su Italia, Grecia e Spagna e sono sicuramente questi i temi che il premier Berlusconi dovrà affrontare nell'incontro programmato per la tarda mattinata di oggi al Quirinale con capo dello

Stato Giorgio Napolitano (anche in previsione del vertice europeo straordinario in programma per giovedì a Bruxelles).

Ma restando alle manovre, proprio su uno degli interventi ad applicazione immediata (i ticket sanitari), è caos. Le regioni infatti, da oggi, possono scegliere se adottare il balzello di 10 euro su visita specialistiche e diagnostiche (125 euro sui codici bianchi al pronto soccorso, Basilicata a parte, sono già in vigore dal 2007 anche se con alterni risultati), o se finanziare la spesa con risorse proprie o introducendo altri ticket. Ieri il fronte del «sì al ticket» (Lazio, Liguria, Lombardia, Calabria, Sicilia e Basilicata) ha perso per strada il Veneto: il governatore Zaia, al contrario delle prime indicazioni, ha detto che non lo applicherà «nonostante siamo fra le poche regioni, forse l'unica, che non ha altri superticket o addizionale Irpef». Anche l'Umbria ha sciolto le riserve: niente balzello. Nei giorni scorsi avevano già detto «no» anche Toscana, Emilia Romagna, Sardegna, Val d'Aosta e Trentino Alto Adige. Stanno invece ancora studiando se come evitare l'introduzione del ticket Piemonte, Marche, Campania e Friuli.

In realtà, per le amministrazioni che devono sottostare ai piani di rientro della spesa sanitaria (Piemonte, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Calabria e Sicilia) c'è poco da scegliere, anche se la presidente Polverini tergiversa con un «ora si paga, ma valuteremo». Mala materia scotta: il Tribunale dei malati-Cittadinanzattiva dello stesso Lazio ha denunciato che così «ai pazienti conviene rivolgersi al privato. Se la spesa per le visite specialistiche è arrivata a 46 euro con liste d'attesa di due o tre mesi, spendendo qualcosa in più, 52 euro, si prenota una visita privata con un'attesa di due o tre giorni. Questa manovra del governo è una pri-



vatizzazione della sanità non dichiarata». Grande imbarazzo, quindi, anche in Puglia: «L'entrata in vigore dei pesantissimi ticket sulle prestazioni specialistiche e sul pronto soccorso — ha scritto il presidente Vendola sul suo blog — rappresenta soltanto l'inizio di un percorso fatto di tagli, di tasse, di drastico impoverimento dell'Italia che lavora e dell'Italia più disagiata».

I ticket di fatto sono una misura altamente impopolare e lo scontento per come il governo ha scritto la manovra, soprattutto riguardo ai rinvii e ridotti tagli al costo della politica, avanza. Ma al di là del *rush* parlamentare che ha portato all'approvazione delle misure in tempi record per salvarsi dalla tempesta finanziaria, e al di là delle polemiche che gli interventi stanno sollevando, il lavoro sulla manovra procede. In settimana è previsto un incontro della Commissione che sta esaminando le 483 forme di agevolazione fiscale e assistenziale con l'intenzione di produrre, dopo l'estate, una lista degli sconti sui quali intervenire. Se così non fosse, e se l'annunciata riforma del fisco non producesse gli effetti considerati, dal 2013 tutte le voci saranno fatte oggetti di una rasoziata orizzontale che ridurrà tutte le agevolazioni del 5 per cento per arrivare al 20 nel 2014.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le misure



MALATTIE STATALI

L'assenza dal lavoro, nel giorno che precede o che segue una festività, rende obbligatoria la visita fiscale. La visita scatta per un solo giorno di stop



SANATORIA FISCO

Il contribuente può chiudere le cause con il Fisco (per liti fino a 2000 euro) se paga 150 euro. Per liti fino ai 20 mila euro, ci sono svariate soluzioni



SUPERBOLLO AUTO

Tassa per le auto di grande cilindrata. Il proprietario deve pagare 10 euro per ogni chilowatt che ecceda i 225 di potenza del motore

Le Regioni



NO DEL VENETO

Il governatore leghista Zaia non introduce i ticket sanitari: «Le cure resteranno di alta qualità nella mia regione»



L'UMBRIA FRENA

Il governatore Marini sospende l'applicazione dei ticket: «Una misura ingiusta e iniqua, che colpisce le famiglie»



IL LAZIO IN TILT

La Regione vuole imporre il nuovo ticket, ma non è stato aggiornato il sistema digitale che ne permette la riscossione

Errani: l'Emilia Romagna adotterà misure più eque nella sanità

“Tassa contro i malati che favorisce i privati troverò un'alternativa”

Trenta milioni

Da Roma avremo
30 milioni in meno.

Spero ancora che il
governo discuta e ritiri
questa misura sbagliata

SILVIA BIGNAMI

BOLOGNA — Il presidente dell'Emilia Romagna Vasco Errani guida il fronte del no dei governatori al nuovo ticket sanitario che entrerà in vigore oggi. «Questa misura crea un doppio danno: ai cittadini e al servizio sanitario nazionale» avverte il presidente della conferenza delle regioni. Un danno alle persone, perché le obbliga a una maggior spesa anche per esami di base. Ma anche un danno al servizio sanitario, perché «rischia di far scivolare verso i privati una serie di prestazioni». Porta ancora aperta alla trattativa col governo, «perché non rinuncio al confronto e lavoro per il ritiro di questo provvedimento iniquo e unilaterale». Ma nel frattempo si studiano misure alternative per coprire il “buco” che si apre per la mancata applicazione del ticket, che in Emilia Romagna pesa per 30 milioni di euro.

Presidente, lei ha inviato una lettera alle Ausl: il nuovo ticket da 10 euro sulle visite specialistiche non sarà applicato.

«Esatto, sono del tutto contrario a questo provvedimento iniquo e unilaterale. Il ticket di 10 euro è un esperimento fallito anni fa, tanto che fu cancellato. Diverso il discorso per il ticket da 25 euro sui codici bianchi, che è già in vigore da anni da noi e in gran parte delle regioni, per scoraggiare il ricorso al Pronto Soccorso senza motivo».

Lamanovra però vi consente di non applicare il ticket da 10 euro solo trovando misure equivalenti per il riequilibrio economico.

«Sì, ed è per questo che ci siamo dati due settimane per trovare formule più eque e adeguate ed evitare che questa norma crei un doppio danno: ai cittadini al servizio sanitario».

Perché parla di danno?

«Perché applicando un costo in più alle prestazioni sanitarie comuni, ad esempio gli esami del sangue, rischiamo di incoraggiare i cittadini a rivolgersi ai privati. Sia chiaro: la mia non è una impuntatura ideologica. Il problema è che se i cittadini vanno dai privati anche per le analisi più semplici, calano gli introiti per il servizio sanitario. E così si produce un danno».

Ma come farete a coprire i tagli del governo, senza il ticket? Non farlo pagare costa all'Emilia Romagna 1,2 milioni di euro in più alla settimana.

«Sì, e abbiamo calcolato che da qui a fine 2011, il costo salirà a 30 milioni di euro. Questo perché il governo, a livello nazionale, ha deciso di finanziare solo 338 degli 824 milioni che costituivano l'ammontare dei trasferimenti statali sulla sanità. I restanti 486 milioni dovrebbero essere recuperati dal ticket. In Emilia Romagna, il mancato trasferimento ammonterà a circa 30 milioni di euro».

L'assessore regionale alla sanità Carlo Lusenti ha ipotizzato l'introduzione di ticket di due o quattro euro sulle prescrizioni farmaceutiche, o di ticket mirati, solo per le prestazioni “rilevanti”, come Tac o risonanze.

«Non entro nel merito delle misure che adatteremo, perché dobbiamo prima discuterle. Quel che è certo è che saranno improntate a una maggiore equità e adeguatezza. Il punto è introdurre misure giuste che nello stesso tempo siano utili al sistema sanitario. Nel frattempo, resto aperto al confronto col governo per convincerlo al ritiro di questa misura iniqua».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LINEA DI CONFINE

MARIO PIRANI

Sanità in pericolo
senza le riforme

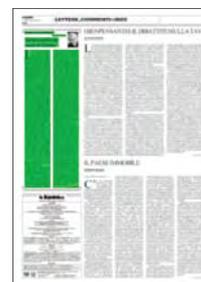
La caterva di e-mail, proposte, proteste ricevute dopo la rubrica (4 luglio) sugli scarsi successi raggiunti dai ripetuti piani d'integrazione tra ospedale e territorio meritano almeno una citazione. Si tratta di argomenti collegati oggi dall'incombente minaccia dei tagli imposti dalla manovra finanziaria. Il Dipartimento welfare della Cgil denuncia: «Il livello di finanziamento previsto è dello 0,5% nel 2013 e dell'1,4% nel 2014. Ben al di sotto del Pil nominale, non copre nemmeno l'inflazione. I tagli programmati nel 2013-2014 risultano di otto miliardi, ma se si conteggiano gli effetti delle precedenti manovre i tagli sullo stesso biennio superano i 13 miliardi. Per il Ssn è allarme rosso, ha detto il presidente della Conferenza Stato-Regioni, e comporta l'impossibilità di siglare il futuro patto per la salute. A pagare i costi della crisi vengono chiamati proprio i cittadini più deboli. Insistere coi tagli lineari invece che riqualificare la spesa vuol dire programmare il disavanzo di tutte le Regioni e stroncare il percorso di risanamento di quelle impegnate nei piani di rientro. Bisogna rovesciare questa impostazione regressiva e agire in modo selettivo sulla spesa inappropriata, vera causa dei disavanzi, concentrati in alcune regioni, e dove è evidente che per governare la spesa occorre sostenere cambiamenti coraggiosi, ad esempio chiudere ospedali inappropriati per offrire più assistenza territoriale e cure primarie. Se i tempi di recupero di questa spesa inappropriata sono più lunghi di quelli necessari alla manovra, si apra un confronto su questo problema, non si spaccino come fa il governo tagli lineari per misure virtuose e strutturali».

Un'altra nota sindacale, assai più drammatica, che mi proviene dalla Campania, bolla come «vergognosa» la deroga al blocco del turnover del personale esclusivamente a favore dei primari, laddove risulti come necessaria per assicurare il rispetto dei Lea (livelli essenziali di assistenza), quasi questa esigenza non possa verificarsi per la mancanza di altri operatori di diversa qualifica. Per cui l'eccezione andrebbe esercitata partendo da una verifica della situazione concreta e tenendo conto che in

Campania dal 2007 fino al 2009 il personale del Servizio sanitario è stato ridotto di 8500 unità, con una ulteriore diminuzione nel 2010 di altre 1409 unità (solo 2000 sono stati sostituiti da precari). Questa situazione ha comportato una riduzione di orario di alcuni servizi, soppressione e chiusura di altri mentre quei servizi che operano nelle 24 ore, come il pronto soccorso, le medicine d'urgenza, la rianimazione, e tutte le unità afferenti ai Dea (dipartimenti a elevata assistenza) sono al limite del collasso, i medici e gli infermieri lavorano al limite delle proprie capacità psico-fisiche a causa dei maggiori carichi di lavoro, ma anche per coprire i turni vacanti derivanti dalla mancata sostituzione del personale. Del resto un recente rapporto del [ministero della Sanità](#) ha evidenziato che la Campania non è in grado di assicurare ai cittadini i Lea sia in termini quantitativi che qualitativi.

Resta poco spazio per altre citazioni. Una lettera del professor Daniele Brachetti, cardiologo di Bologna, conferma l'esigenza di un mutamento strutturale: «È necessario differenziare le aree del pronto soccorso ospedaliero che devono occuparsi delle urgenze gravi, da quelle in cui viene erogata una assistenza continuativa per patologie non gravi, un tempo affidate ai medici condotti: le crisi ipertensive, la gastroenterite, l'influenza, i piccoli traumi e così via. E allora ci vuole tanto per organizzare strutture con disponibilità continua di medici e infermieri per questo tipo di pazienti, incrementando studi associati e molte strutture territoriali esistenti, rivedendone funzioni e orari, con costinatamente più bassi dell'attuale spesa ospedaliera? Tutto è complicato da chi non vuole cambiare il proprio modello di lavoro». Infatti se ne parla da anni e nel frattempo si taglia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Le Regioni in allarme “Le famiglie andranno negli ospedali privati”

Pochi gli euro di risparmio rispetto alle stesse visite nel pubblico

IL PRECEDENTE

«La misura fu introdotta nel 2007
Emerse chiaramente che era
un danno per la Sanità e fu tolta»

FRANCESCA SCHIANCHI
ROMA

Hanno iniziato Toscana ed Emilia Romagna: le prime a opporsi ai ticket sanitari imposti dalla manovra. Dopo di loro, dal Trentino alla Val d'Aosta, ai ripensamenti di Veneto e Umbria, ha cominciato a dilagare fra le regioni il tentativo di fare a meno di quei 10 euro in più sulle visite specialistiche e 25 sui ricorsi al Pronto soccorso in codice bianco (quest'ultimo peraltro già in vigore da tempo ovunque tranne che in Basilicata), provvedendo in qualche altro modo a coprire i 482 milioni in meno che arriveranno quest'anno dal governo (834 milioni dal 2012).

Perché i ticket sono una misura «ingiusta e impropria», li definisce il governatore toscano Enrico Rossi, «iniqua» secondo la collega dell'Umbria Catiuscia Marini. Se un esame la settimana scorsa costava, poniamo, otto euro, nelle regioni che li adottano saranno diciotto euro da oggi, o comunque da quando la manovra targata Tremonti verrà recepita con un atto della Giunta regionale (o un semplice decreto firmato dal presidente nelle regioni commissariate) e trasmessa ai direttori delle Asl.

Ma non c'è solo una questione di «iniquità»: «Ai cittadini conviene rivolgersi al privato: se la spesa per visite specialistiche è arrivata a 46 euro, con liste d'attesa di due o tre mesi, spendendo 52 euro si prenota una visita privata con un'attesa di due o tre giorni», calcola Giuseppe Scaramuzza, vicepresidente del Tribunale dei diritti del malato del Lazio-Cittadinanzattiva. «È una spinta verso il privato: la privatizzazione della sanità non dichiarata».

Un aspetto, quello della concor-

renza della sanità privata, che i governatori di Regione hanno ben presente. «Il dato oggettivo è che una parte di prestazioni specialistiche a bassa o media intensità tecnologica rischiano di costare meno nelle strutture private», lancia l'allarme il presidente dell'Emilia e della Conferenza delle regioni, Vasco Errani. Che, sottolinea, non parla di ipotesi ma di esperienza vissuta: «Questo ticket venne introdotto per qualche mese nel 2007. Emerse con chiarezza che era un danno per il Servizio sanitario e venne tolto», ricorda: dal ticket si incassò circa la metà del previsto, con una migrazione massiccia di cittadini verso strutture non pubbliche. Per questo un dirigente sospira: «Con questi ticket si incasserà comunque meno del previsto, bisogna trovare misure alternative per avere un gettito vero, non aleatorio e non orizzontale».

«Se il privato costa poco di più ed è più efficiente e veloce, cosa fa un cittadino?», concorda il consigliere regionale Pd del Lazio Esterino Montino, vicepresidente della Regione ai tempi della giunta Marrazzo. «Bisogna fare attenzione, perché c'è il rischio che alla fine si riversino sulle casse regionali i costi indiretti dei privati accreditati», valuta, «e poi c'è il rischio di utenti al confine che vanno a curarsi altrove». Se la Toscana non applica il ticket e il Lazio sì, insomma, chi abita vicino al confine potrebbe guardare a Grosseto o Siena, per esempio. Ma questa concorrenza non potrebbe sviluppare un meccanismo «virtuoso»? Cioè per rispondere a un privato sempre più invadente, il pubblico migliora le sue prestazioni? «Ma la performance del pubblico è legata alle risorse - risponde Montino - nel Lazio abbiamo attrezzature di altissimo livello usati tre ore al giorno perché col blocco del turno non c'è chi può usarli. Apparentemente queste misure sembrano un risparmio, ma si rischia di portare al collasso il sistema pubblico».



Ticket, si allarga il fronte del "no"

Con Veneto e Umbria salgono a sette gli enti locali che non vogliono far pagare la tassa sulla sanità

**Toscana, Emilia,
Sardegna, Trentino
e Val d'Aosta si sono
già dette contrarie**

**Scattano nuove regole
anche sulle visite
mediche fiscali per
i dipendenti pubblici**

SANDRA RICCIO
TORINO

Regioni in ordine sparso sul ticket sanitario. Si allarga il fronte del «no» alla tassa da 10 euro sulle prestazioni specialistiche e a quella da 25 euro sui codici bianchi al pronto soccorso, entrate in vigore già ieri.

Sono ormai sette le regioni che hanno deciso di non applicare quanto previsto dalla legge di bilancio varata venerdì - a tempo di record - dal Parlamento. Cinque regioni si erano già pronunciate contro: Val d'Aosta, Trentino Alto Adige (solo per i codici bianchi e non per la specialistica), Emilia Romagna, Toscana e Sardegna. Ieri l'alt è arrivato anche dal Veneto con il governatore Luca Zaia che è stato tassativo: «Niente ticket, non vogliamo gravare ancora sui cittadini. Noi abbiamo un bilancio virtuoso, chiuso con un attivo di 12,5 milioni di euro, anche se non abbiamo né un "superticket" né tantomeno l'applicazione dell'addizionale Irpef». Il governatore ha poi aggiunto: «Anche senza i

ticket garantiremo gli alti standard qualitativi delle nostre cure come sempre».

Stessa direzione ha annunciato ieri anche l'Umbria la cui presidente Catuscia Marini ha detto che il ticket è una misura «ingiusta e iniqua», un «balzello odioso che penalizza i cittadini senza dare servizi migliori e potenziati». «Inoltre - ha aggiunto - non l'applieremo, come istituzione Umbria, perché non differenzia il costo del ticket in base al reddito della persona che richiede la prestazione sanitaria». «In queste ore - ha annunciato la presidente umbra - abbiamo anche avviato un confronto con le altre regioni al fine di individuare ipotesi sostitutive omogenee dei ticket, soprattutto per quelle con i bilanci in regola e dunque senza deficit».

Nel frattempo si studiano nuove strade. Già da ieri il Veneto aveva deciso di correre ai ripari rispetto ai nuovi ticket e di mettere in campo multe salate per chi usa i mezzi di emergenza impropriamente, con una delibera che potrebbe arrivare in giunta prima della pausa estiva.

Intanto in Lombardia, Basilicata, Liguria, Calabria e Sicilia il ticket è già partito. Il ticket contenuto nella manovra in Lombardia sarà applicato in automatico da domani: i terminali degli ospedali, cioè, saranno già aggiornati automaticamente ai nuovi importi. L'aumento dovrebbe essere indicato in modo automatico domani anche in Liguria.

Stanno invece ancora studiando se e come evitare l'introduzione del ticket Piemonte, Marche, Campania e Friuli, mentre il Lazio, malgrado l'espressa contrarietà del presidente Renata Polverini, non sembra in grado di evitare almeno per ora il ticket vista la sua condizione di regione sottoposta a piano di rientro.

La gestione della sanità, è a totale appannaggio delle amministrazioni locali. Che possono scegliere quale sistema applicare per fronteggiare le spese e ripianare gli eventuali deficit. Alcune, come appunto il Lazio, non possono permettersi, al momento, di decidere quale strada percorrere. Le casse sono in rosso e dunque tocca accettare la novità pur masticando amaro. «E' impossibile scongiurare la compartecipazione - ha detto ieri la governatrice Renata Polverini -. Non lo possono fare le regioni virtuose, figuriamoci noi che siamo soggetti a piano di rientro».

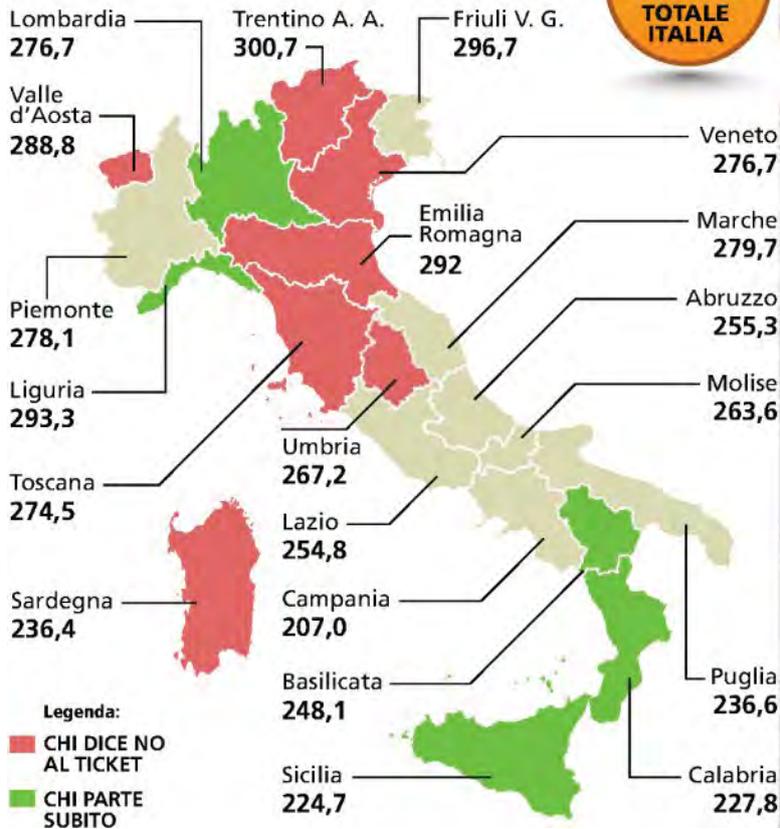
Intanto nuove disposizioni sono state introdotte anche per le visite fiscali nei confronti dei dipendenti del pubblico impiego in malattia. Da domani torneranno ad essere richieste alle Asl solo se il dirigente responsabile del lavoratore lo riterrà opportuno, mentre l'obbligo permane «dal primo giorno quando l'assenza si verifica nelle giornate precedenti o successive a quelle non lavorative». Le nuove disposizioni sono contenute nell'articolo 16, comma 9, della manovra economica approvata in settimana.



Gli effetti sulle famiglie

STIMA DELLA CGIA DI MESTRE DEI TAGLI SU TICKET SANITARI, AGEVOLAZIONI IRPEF E PENSIONI (valori in euro per abitante)

259,6
TOTALE ITALIA



Ticket e non solo per arginare la spesa sanitaria

Già quest'anno recupero di 105 milioni. Poi misure da 5,4 miliardi concordate con le Regioni

LA STRATEGIA

Attraverso il Fondo nazionale il governo imporrà agli enti locali un controllo rigoroso

Scattano da oggi i ticket da 10 euro sulle visite specialistiche e di 25 sui codici bianchi del pronto soccorso. Le Regioni più virtuose potranno non applicarli.

Alessandra Servidori

IL DECRETO n.98 del 2011 ha affrontato anche il tema cruciale della spesa sanitaria partendo dalla riquantificazione del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) prevedendo una riduzione di spesa, rispetto quanto previsto a legislazione vigente, di 2,5 miliardi nel 2013 e di 5,4 miliardi nel 2014. Anche questo obiettivo deve essere conseguito mediante una intesa tra Stato e Regioni da stipularsi entro il 30 aprile 2012, fatta salva l'applicazione delle misure già indicate nella norma, nei casi in cui il percorso concertato non dovesse avere seguito. In caso di mancato accordo, infatti, scatterebbe quanto indicato all'articolo 17 con riguardo, dal 1° luglio 2012, ai prezzi di riferimento dei beni, prestazioni e servizi, all'obbligo, dal 2013, per le aziende farmaceutiche di versare direttamente alle Regioni una quota, non superiore al 35% dell'eventuale sfioramento del tetto di spesa fissato per la farmaceutica ospedaliera. Come in casi precedenti, saranno dunque a carico dell'industria del farmaco, nella quota indicata, gli eventuali deficit per i prodotti farmaceutici.

SEMPRE dal 2013 opererà il controllo della spesa per l'acquisto di dispositivi medici che non potrà superare il 5,25 del fabbisogno standard nazionale e regionale. Dal 2014 con regolamento governativo sarà messa a punto la compartecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria (farmaceutica ed altre prestazioni sanitarie). Per gli anni 2013 e 2014 sono estese al SSN le norme per il contenimento della spesa del personale. Viene potenziata la strumentazione concernente i Piani di rientro dai deficit sanitari e al rafforzamento della governance del settore per le Regioni sottoposte a tale procedura.

VIENE fornita una copertura (70 milioni) per i costi degli accertamenti medico-legali sui dipendenti pubblici assenti dal servizio per malattia. E' prorogato fino a tutto il 2013 il progetto sperimentale coordinato dal INMP (Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti) per la ricerca, la prevenzione e la cura delle malattie connesse alle migrazioni e alle povertà, con particolare riferimento alle patologie femminili e della maternità. All'uopo è stanziato un finanziamento di 5 milioni.

E' prevista, entro novanta giorni dall'entrata in vigore della legge (ovvero da oggi), la modifica del regolamento ministeriale sulla Agenzia del farmaco (AIFA). Come si vede in materia di sanità vengono rafforzati i poteri e le funzioni centrali di programma-

zione e coordinamento al fine di tenere sotto controllo la dinamica della spesa, secondo il metodo delle indicazioni di possibili interventi già operativi nel caso in cui le Regioni non siano in grado di raggiungere in autonomia gli obiettivi di risanamento. Tali disposizioni, poi, si integrano con il disegno più complessivo che deriverà dall'entrata in vigore del federalismo fiscale e della relativa politica dei costi standard che dovrebbero rendere tendenzialmente uniformi nelle diverse regioni i costi delle medesime prestazioni sanitarie.

AL SENATO si è posta l'esigenza di incrementare le entrate di 105 milioni di euro per il 2011. Di qui l'emendamento che ha reintrodotta, a partire dalla data di entrata in vigore del provvedimento, un ticket di 10 euro sulle visite specialistiche e le analisi mediche (da cui sono esenti gli anziani e gli affetti da particolari patologie) nonché il ticket di 25 euro per l'accesso e l'assistenza nei Pronto soccorso, non seguiti da ricovero (salvo alcuni casi).

Le Regioni (che già hanno applicato forme di compartecipazione per queste prestazioni) possono evitare l'applicazione dei ticket mediante il ricorso a fondi propri o ad altre differenti forme di compartecipazione. A quanto risulta in base alle prime informazioni saranno le Regioni che presentano situazioni di disavanzo a dare applicazione ai ticket, mentre quelle 'virtuose' si avvarranno di mezzi propri, risparmiando i cittadini.



GLI AUMENTI

10 euro
SPECIALISTICA
E DIAGNOSTICA

25 euro
CODICE BIANCO
AL PRONTO
SOCCORSO

10 euro
FACOLTATIVO
PER LE REGIONI
SULLE RICETTE

ESENZIONI: restano in vigore tutte le attuali



FRENATO
Il ministro
della Salute
Ferruccio
Eazio: i ticket
devono
arginare la
spesa
sanitaria

Veneto e Umbria si uniscono alle sei Regioni in cui non scatterà il prelievo

Ticket, cresce il fronte del no

Attesa per i mercati. Rimpasto, Berlusconi da Napolitano

ROMA – Debutto nel caos per i nuovi ticket sanitari previsti dalla manovra: sono sempre più numerose le Regioni che stanno decidendo di non applicare gli aumenti per le prestazioni. Molti governatori hanno infatti già annunciato lo stop al ticket aggiuntivo di 10 euro per gli esami diagnostici e le visite specialistiche: Veneto e Umbria si sono unite alle sei Regioni in cui non scatterà il prelievo. E molte altre giunte decideranno tra oggi e domani la linea da adottare. La manovra passa intanto all'esame dei mercati. L'Italia si presenta più forte anche perché le banche hanno tutte superato il test di resistenza a choc esterni realizzato a livello Ue. Il premier Berlusconi oggi a consulto con il presidente Napolitano sulla situazione economica e politica.

CIFONI, LAMA E FRANZESE ALLE PAG. 2 E 3

Molti ospedali ancora non sanno se far pagare i 10 euro in più per gli esami diagnostici

Manovra, sui ticket sanitari è caos anche Umbria e Veneto dicono no

Cresce il fronte delle Regioni ribelli: sono diventate otto

Terminali pronti ad applicare i nuovi aumenti in Lombardia
di GIUSY FRANZESE

ROMA - Sarà un debutto nel caos più totale: sì, no, forse, chissà. Secondo la manovra dovrebbero scattare da oggi i nuovi ticket sanitari: 25 euro per i codici bianchi al pronto soccorso e 10 euro aggiuntivi rispetto alle tariffe già in vigore per visite e esami specialistici. Un provvedimento impopolare che alle Regioni non piace. E così chi può sta cercando di evitare di far pagare il

balzello ai propri concittadini, cercando risorse alternative per coprire i tagli, come d'altronde prevede la stessa manovra. Un fronte, questo delle regioni ribelli, che cresce: Val D'Aosta, Emilia Romagna, Toscana, Sardegna e Trentino Alto Adige già da giorni avevano detto che non avrebbero applicato gli aumenti; da ieri anche il Vene-

to ha detto no alla nuova tassa. «Abbiamo preso questa decisione nonostante minori entrate rispetto ad altre Regioni. Anche senza i ticket garantiremo gli alti standard qualitativi delle nostre cure come



sempre» ha annunciato il governatore del Veneto Luca Zaia.

Anche in Umbria non dovrebbe cambiare nulla. Dagli uffici della Regione, un fax inviato ad Asl ed ospedali annuncia: «Lunedì mattina nessuna novità, procedere come sempre». I 25 euro per i codici bianchi già esistono dal 2007 e continueranno ad esserci; non verrà applicato invece il superticket da 10 euro sulla diagnostica e sulle visite. Il congelamento del balzello per ora è previsto fino a dicembre in attesa di predisporre un piano alternativo. Poi si vedrà. Stamattina la giunta ratificherà la decisione. «Sospendiamo una misura iniqua e ingiusta, che colpisce e danneggia i cittadini» dice il governatore della Regione Catuscia Marini. Aggiungendo: «È una misura iniqua perché si tratta di una tassa imposta a tutti senza tenere conto delle differenze di reddito. Inoltre, una misura così danneggia lo stesso sistema sanitari pubblico, favorendo e aprendo spazi verso gli operatori privati».

Quasi certamente le Marche procederanno per la stessa strada. Anche qui i codici bianchi al pronto soccorso già pagavano 25 euro e così rimarrà. Sui 10 euro aggiuntivi, però, per visite e esami ci sono molti dubbi. La giunta regionale delle Marche ne discuterà oggi.

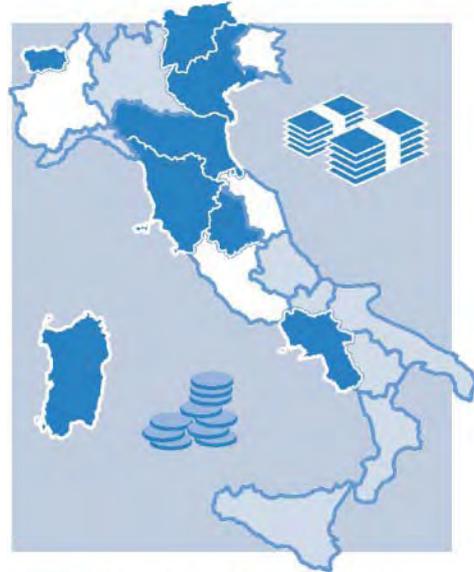
Nulla cambia per il momento in Campania. Già a gennaio scorso sono stati decisi una serie di aumenti dei ticket (so-

no stati introdotti anche sulle cure termali e sui codici bianchi al pronto soccorso già si pagano 50 euro) per cui è improbabile che si proceda con nuovi aumenti. Ma la Campania è una delle regioni con i piani di rientro dai deficit sanitari e quindi dovrà in tempi rapidissimi decidere come compensare la decisione di stoppare i nuovi aumenti.

A conti fatti, quindi, da oggi i nuovi ticket saranno richiesti sicuramente in Liguria, in Calabria, in Sicilia, in Abruzzo, in Basilicata, in Puglia. E in Lombardia dove comunque, il governatore Roberto Formigoni, ha messo al lavoro gli esperti per capire se a breve il superticket di 10 euro possa essere ridotto. Nel Lazio si sta ancora valutando (vedi intervista sotto).

E intanto l'associazione Tribunale dei diritti del malato ha fatto due calcoli: in alcuni casi converrà prenotarsi l'esame specialistico direttamente dalle strutture private. La differenza, a livello di costo, sarà di qualche euro, ma a in compenso si attenderà solo qualche giorno a fronte di svariate settimane: «La spesa per le visite specialistiche è arrivata a 46 euro, con liste d'attesa di due o tre mesi. Spendendo qualche euro in più, 52 euro, si prenota una visita privata con un'attesa di due o tre giorni». E' una buona notizia? Assolutamente no, replicano dall'associazione, perché di fatto è la privatizzazione della sanità».

La mappa dei pagamenti



- regioni che non adatteranno i ticket
- regioni che adatteranno i ticket
- regioni che non hanno ancora deciso

Berlusconi al Quirinale per riferire sullo stato dell'economia. I sindacati: colpiti gli statali

Manovra, si comincia a pagare

Via a superbollo e ticket sanitario, ma nove Regioni non lo applicheranno

● Attesa per la reazione dei mercati alla manovra. Intanto già da oggi scatta l'aumento del ticket sanitario: 10 euro sulle prestazioni diagnostiche e specialistiche e 25 sui codici bianchi al pronto soccorso. Ma 9 Regioni non li applicheranno. Al via il superbollo per le auto di lusso sopra i 225

kw e il rincaro del bollo sul deposito titoli. Salasso per i dipendenti pubblici: secondo la Cgil, subiranno una perdita sulle retribuzioni di oltre 200 euro dal 2014. Oggi il premier Berlusconi sale al Colle per riferire al presidente Napolitano sul dopo manovra.

Severini a pagina 2

Vendola duro, Lazio impreparato. Studio Cgil: ai travet 200 euro in meno. Bossi: «Meglio la secessione»

Manovra, caos sui ticket

Ira delle Regioni, anche Veneto e Umbria dicono no. Berlusconi sale al Quirinale

di Alessandra Severini

ROMA - La manovra entra in vigore e c'è attesa per la reazione dei mercati finanziari. Già oggi però i cittadini si troveranno a pagare un ticket sanitario più salato: 10 euro sulle prestazioni diagnostiche e specialistiche e 25 sui codici bianchi al pronto soccorso. Ma non in tutte le Regioni gli aumenti si applicheranno da subito. Finora solo in 6 hanno detto sì: Basilicata, Sicilia, Lazio, Calabria, Liguria e Lombardia. Più fortunati i pazienti in Sardegna, Emilia Romagna, Val D'Aosta, Toscana, Umbria, Veneto, Piemonte, Campania e Friuli Venezia Giulia, i cui governatori hanno deciso di sospendere l'applicazione della manovra, prendendo tempo per studiare alternative. Il Trentino non introdurrà il ticket di 10 euro, ma farà pagare ai cittadini quello sui codici bianchi.

Nel Lazio le disposizioni sui ticket sono ancora un rebus: i sistemi informatici non sono stati

ancora programmati per la riscossione dell'aumento delle nuove tariffe ed è caos per i pagamenti in Pronto Soccorso, per i quali è prevista una stretta sui controlli. Secondo Cittadinanzattiva i nuovi ticket aumenteranno il ricorso ai privati: «Se la spesa per le visite specialistiche è arrivata a 46 euro con liste d'attesa di 2 o 3 mesi, spendendo 52 euro, si prenota una visita privata con un'attesa di due o tre giorni». «Un inaudito gioco al massacro», secondo il governatore della Puglia, Nichi Vendola.

Scatterà da subito il superbollo per le auto di lusso sopra i 225 kw e il rincaro del bollo sul deposito titoli. Chi ha meno di 50 mila euro continuerà a pagare 34,20 euro, per tutti gli altri arriva l'aumento da 70 a 680 euro. Secondo la Cgil, fra i più colpiti, ci saranno i dipendenti pubblici. Le retribuzioni per gli statali rimarranno ferme fino al 2014, turn over bloccato e maggiori controlli sulle assenze per malattia. Per i lavoratori pubblici, secondo il sindacato, ci sarà

una perdita sulle retribuzioni di oltre 200 euro da quando la manovra entrerà a regime, nel 2014. Partono oggi, invece, il poker cash (la possibilità di giocare a soldi e non, come avveniva finora, acquistare un «gettono» per entrare a giocare nel tavolo virtuale) e i casinò games, con i dadi, il black jack e la roulette: un affare da 1,5 miliardi al mese, che garantirà nuove entrate all'erario.

Oggi il premier salirà al Quirinale per riferire a Napolitano sul dopo manovra. E resta delicato il rapporto con la Lega, con Bossi che torna a minacciare la secessione («la medicina migliore») e a sostenere il sì all'arresto del deputato Pdl Papa. Ma l'occhio del premier oggi sarà soprattutto a Milano per capire come reagirà la Borsa. Saranno i mercati a decidere se la manovra è sufficiente o no. (ass)



L'EPIDEMIA I primi malati 30 anni fa. Polemica sui mancati versamenti dell'Italia al Fondo globale

Aids, un nuovo caso ogni 2 ore sempre più donne infettate

Conferenza mondiale a Roma: terapie per spegnere il virus

di CARLA MASSI

ROMA - Sono poco più di 160mila le persone sieropositive che vivono in Italia. Di queste, almeno una su quattro non lo sa. O meglio, viene a saperlo tardi rispetto al momento del contatto con il virus dell'Aids. Virus che nonostante le terapie continua a diffondersi nei paesi occidentali e in quelli poveri. Un cammino che dura da 30 anni. Dal giugno del 1981 quando, dagli Usa, arrivarono le prime informazioni su alcuni insoliti casi di polmonite in giovani bianchi americani.

Del nuovo identikit del virus, delle strategie d'attacco, della prevenzione, della politica del farmaco nelle diverse zone del mondo, delle campagne di informazione e dei trapianti su sieropositivi si parlerà a Roma, all'auditorium, fino giovedì durante la Conferenza mondiale della International Aids Society. Settemila esperti, delegati da 128 paesi. L'Italia, come il resto d'Europa e gli Stati Uniti, si trova ad assistere ad una continua crescita di casi (la maggior parte, il 70%, infettati per contatti eterosessuali): 40% donne, età media tra i 32 e i 38 anni. Ogni due ore una persona viene contagiata, un totale di quattromila infezioni l'anno. Nel 2010 quasi il 60% dei pazienti ha avuto la diagnosi di Aids conclamato, sono i dati dell'Istituto superiore di sanità, quando ha scoperto di essere sieropositivo. Una tendenza che è aumentata in modo preoccupante negli ultimi quindici anni. Come è aumentata la sopravvivenza di chi si è infettato e migliorata la qualità della vita. Come testimonia Paolo che, dieci anni fa a Palermo, fu sottoposto a trapianto di rene da Ignazio Marino, attuale presidente della commissione di inchiesta al Senato sul servizio

sanitario e chirurgo che lottò contro il parere negativo dell'allora ministro della Salute Girolamo Sirchia.

«Se vogliamo abbattere la circolazione del virus dobbiamo curare le persone e portare la terapia a tutti, come è stato fatto negli anni Cinquanta per la lotta alla tubercolosi», spiega Stefano Vella, co-presidente della Conferenza di Roma e direttore del dipartimento del farmaco dell'Istituto di sanità. Una strada, ripetono gli infettivologi, è quella di diffondere la cosiddetta cultura del test. Abituarsi, cioè, a pensare di sottoporsi al test ogni volta che si teme di aver avuto un rapporto a rischio. Almeno una volta l'anno se si hanno più partner. «Se entro tre mesi dalla sospetta infezione - fa sapere Giuliano Rizzardini, direttore del dipartimento Malattie infettive dell'ospedale Sacco di Milano - il risultato è ancora negativo si può stare tranquilli. Ma è opportuno preoccuparsi». Perché, «l'Aids non è affatto sotto controllo, ribadisce ordinario di infettivologia all'università di Tor Vergata a Roma.

«Trattare le persone sieropositive significa ridurre drasticamente la possibilità che possano diffondere il virus - insiste Anthony Fauci, direttore dell'Istituto nazionale per la lotta alle malattie infettive degli Stati Uniti - ma spendere molto adesso significa risparmiare in futuro». Neo dell'Italia additata durante la Conferenza: da due anni il nostro paese non versa i contributi (circa 260 milioni di euro) al Fondo globale per la lotta all'Aids, tubercolosi e malaria. «Scriverò al presidente del Consiglio e al ministro degli Esteri perché siano rispettati gli impegni», annuncia il sindaco di Roma Alemanno alla cerimonia di apertura della Conferenza.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Strutture sanitarie piene di opportunità, che colgono soprattutto i professionisti stranieri

Infermieri, emergenza in corsia

Sale il fabbisogno negli ospedali. Ma non i posti all'università

Il fabbisogno degli infermieri

Regione	Fabbisogno 2010 Formazione di base (Classe 1)	Fabbisogno 2010 Formazione specialistica (Classe 1/S)	Fabbisogno 2011 Formazione di base (Classe 1)	Fabbisogno 2011 Formazione specialistica (Classe 1/S)
Piemonte	1.230 + 53 inf. pediatrici	80	1.272 + 53 inf. pediatrici	80
Valle D'Aosta	50	-	50	-
Lombardia	4.000	130	4.500 + 50 inf. pediatrici	200
Trentino - Alto Adige	290	-	320	10
Veneto	2.200	60	2.200	60
Friuli Venezia Giulia	500	30	500	50
Liguria	700	30	450 + 25 inf. pediatrici	30
Emilia Romagna	2.200	60	2.200	100
Toscana	1.500	80	2.000 + 25 inf. pediatrici	100
Umbria	300	-	350	-
Marche	600	30	600	50
Lazio	3.000	200	3.000 + 50 inf. pediatrici	200
Abruzzo	580	25	580	25
Molise	120	-	120	-
Campania	1.500	80	1.600	80
Basilicata	150	-	150	-
Puglia	100	30	1.000	50
Calabria	700	25	700	25
Sicilia	1.200	60	1.200	60
Sardegna	800	20	800	25
TOTALE	22.673	940	23.655	1.145



Fonte: Scheda Ipasvi per il Ministero della Salute

Pagina a cura
di IGNAZIO MARINO

Si aggrava il deficit di infermieri negli ospedali e nelle altre strutture sanitarie. Se nel 2010 la richiesta che arrivava dalle regioni si attestava a 22.600 professionisti nel 2011 il fabbisogno è aumentato di almeno 1.000 unità. E come se non bastasse, alla carenza cronica di operatori sanitari, si aggiunge la riduzione dei posti messi a disposizione. Per l'anno accademico 2011-2012, infatti, il decreto ministeriale 5 luglio 2011 assegna 15.781 posti ai corsi di laurea in infermieristica: -3,4% rispetto allo scorso anno. Come denunciato dal collegio Ipasvi Milano Lodi in rappresentanza di una regione, come la Lombardia, che vede una decurtazione del cinquanta per cento rispetto alle richieste avanzate

dai Collegi Lombardi.

Dalla lettura della scheda (si veda tabella in pagina) inviata dalla Federazione dei collegi degli infermieri guidata da Annalisa Silvestro, la Lombardia era e resta la regione con la più alta necessità di professionisti specializzati. Se nel 2010 il fabbisogno era stimato in 4 mila unità nel 2011 è salito a 4.500. «È giunto il momento», si legge in una nota di protesta del distretto milanese degli infermieri, «di prendere coscienza anche degli effetti devastanti dell'ultima manovra economica che blocca il turnover i rinnovi contrattuali fino al 2014, questo trend va invertito, o senza infermieri la sanità italiana dovrà presto scordarsi i livelli di eccellenza che oggi può vantare».

In uno scenario in un cui la disoccupazione giovanile oscilla intorno al 30%, non si capisce dunque perché non si

mettano a disposizione più posti favorendo così l'ingresso in Italia di professionisti stranieri (sudamericani e indiani in testa) che, in base a una direttiva europea di settore, entrano nel nostro Paese senza troppe restrizioni (si veda altro articolo in pagina).

Prova a dare una risposta all'annosa questione il vicepresidente dell'Ipasvi, Genaro Rocco. «Il fatto è che la formazione dei giovani costa. E una struttura sanitaria che deve fare i conti con i sempre più ridotti finanziamenti pubblici finisce per ridurre le convenzioni con le università. In un momento molto difficile come questo, ci rendiamo conto di non poter chiedere altri finanziamenti ma in realtà basterebbe per quelli in essere che si vincolasse una quota parte alla formazione di nuove leve».

—© Riproduzione riservata—