

Salute

La tendenza In aumento i casi sotto i 50 anni

Contro l'ictus pressione a posto e frutta in tavola

«Difficoltà a parlare, calo della vista a un occhio, insensibilità sono tra i sintomi che devono indurre a chiamare subito il 118

Nemici

Il fumo, l'alcol e le droghe sono tra i pericoli maggiori per le arterie cerebrali

Educazione

Aprile è il mese dedicato alla prevenzione degli «eventi» cerebrovascolari

Avere un ictus a 45 anni. A volte addirittura prima. Possibile, anzi accade sempre più spesso. Secondo i dati diffusi in occasione della campagna di sensibilizzazione contro l'ictus, promossa ad aprile dall'Associazione per la Lotta all'Ictus Cerebrale (A.L.I.Ce. Italia Onlus), ogni anno in Italia si verificano circa 10 mila casi di ictus in persone che hanno meno di 54 anni. Per di più i casi fra i giovani adulti sono in crescita: negli ultimi 20 anni la percentuale di pazienti fra i 20 e i 54 anni è passata dal 13 al 19% e l'ictus è la patologia neurologica più diffusa dopo il

trauma cranico.

«I motivi sono molti — spiega Domenico Inzitari, neurologo del Dipartimento di Scienze neurologiche e psichiatriche dell'Università di Firenze e responsabile della Stroke Unit al Policlinico Careggi —. Nei giovani, ad esempio, gli ictus possono dipendere anche da traumi che alterano la struttura delle arterie carotidi o vertebrali: l'arteria si "stira", l'endotelio (il rivestimento interno dei vasi, ndr) si scolla dalla parete e il vaso tende a chiudersi. Questo tipo di eventi è in aumento perché, oltre a essere una possibile conseguenza di incidenti in auto o in moto, è cresciuto il numero di persone che si dedicano a sport estremi o ad attività fisiche pesanti, come il windsurf o la canoa. A tutto questo si aggiungono i fattori di rischio classici che, purtroppo, riguardano sempre più spesso i giovani, per colpa di stili di vita poco salutari».

Il fumo è uno dei pericoli maggiori per le arterie cerebrali, così come l'alcol e tutte le droghe d'abuso, dal l'hashish alla cocaina: dalla metà degli anni 90 agli anni 2000 l'uso di droghe è decuplicato, in parallelo all'incremento delle giovani vittime di ictus.

«Fra gli under 54, inoltre, — aggiunge Inzitari — per colpa

di sedentarietà e alimentazione poco sana, sono in aumento anche i fattori di rischio tradizionali per l'ictus: ipertensione, obesità, diabete, colesterolo alto. La pressione alta è il killer numero uno: oggi sappiamo che molecole in grado di alterare la funzione delle arterie sono in circolo già prima che i valori superino la soglia di 140/90, inoltre le piccole arterie cerebrali sono particolarmente sensibili e fragili di fronte alla pressione alta. Questo implica che è bene monitorare la pressione almeno a partire dai 40 anni e tenerla sotto controllo».

Secondo i neurologi l'80% degli ictus si potrebbe evitare con una buona prevenzione, i cui capisaldi sono movimento e dieta: l'inattività fisica accresce il rischio cardiovascolare fino al 150%, un'alimentazione troppo ricca di grassi e calorie fa altrettanto. A tavola bisogna portare invece frutta e verdura in abbondanza, almeno 400-500 grammi al giorno: ogni 7 grammi di fibra vegetale in più che consumiamo scende del 7% la probabilità di ictus, stando a una recente studio inglese. Pomodori, meloni, pere sono entrati a pieno diritto nel novero dei cibi anti-ictus, secondo gli studi scientifici.

Inzitari però sottolinea: «Il primo fattore di rischio in asso-

luto, in realtà, è l'ignoranza: un'indagine di A.L.I.Ce. in collaborazione con Censis e Università di Firenze ha rivelato che il 50% degli italiani non conosce l'ictus, non sa che può venire a qualsiasi età né che oggi esistono possibilità di cura. Tutti oggi sanno che il dolore al torace può essere la spia di un infarto, pochi riconoscono i campanelli d'allarme di un ictus». Difficoltà a parlare, calo di vista da un occhio, mal di testa molto forte, vertigini o cadute, insensibilità, formicolii o debolezza a un arto o in un lato del corpo: sono questi i sintomi che devono spingere a chiamare subito il 118. Gli italiani invece "perdono tempo", perché non capiscono di essere vittime di un evento grave, non chiamano aiuto e si precludono così la possibilità di essere curati tempestivamente e di uscire (quasi) indenni da un ictus. «Per ogni minuto senza ossigeno nel cervello muore oltre un milione di neuroni: "il tempo è cervello", prima si interviene meglio è» conclude l'esperto.

Alice Vigna

© RIPRODUZIONE RISERVATA

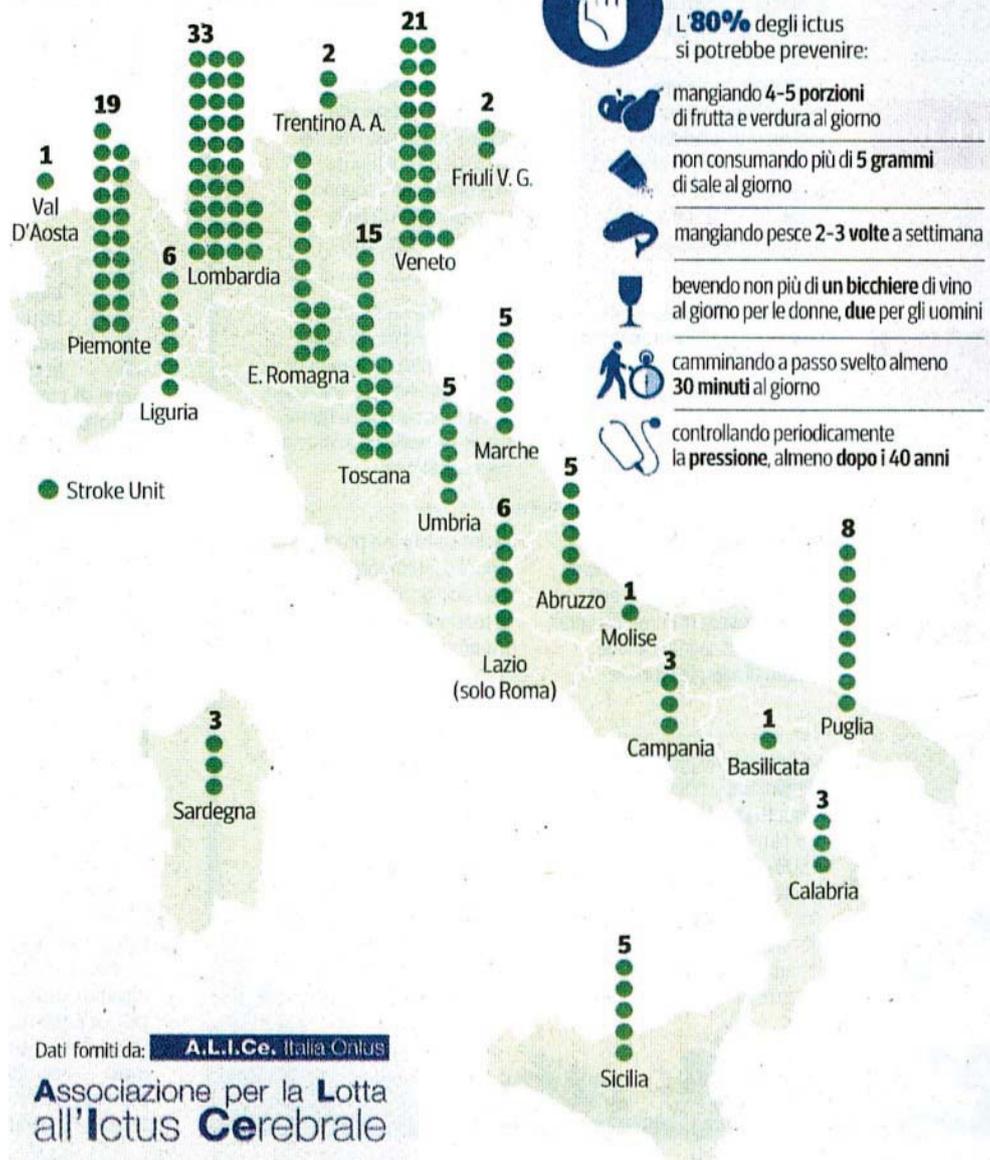


I numeri

In Italia 200 mila vittime ogni anno

Sono 200 mila le vittime di ictus ogni anno nel nostro Paese, a cui si devono aggiungere circa 900 mila italiani che sono sopravvissuti all'ictus, ma ne sopportano conseguenze più o meno invalidanti. Si stima che nel mondo ogni sei secondi qualcuno sia colpito da questa malattia, che nell'80 per cento dei casi dipende da un trombo che si stacca e va a occludere un vaso cerebrale. Il restante 20 per cento dei casi di ictus è di natura emorragica, cioè legato alla rottura di un vaso.

Le Stroke Unit in Italia



Le regole d'oro

L'**80%** degli ictus si potrebbe prevenire:

-  mangiando **4-5 porzioni** di frutta e verdura al giorno
-  non consumando più di **5 grammi** di sale al giorno
-  mangiando pesce **2-3 volte** a settimana
-  bevendo non più di **un bicchiere** di vino al giorno per le donne, **due** per gli uomini
-  camminando a passo svelto almeno **30 minuti** al giorno
-  controllando periodicamente la **pressione**, almeno **dopo i 40 anni**

Salute

Intervento rapido Disparità notevoli sul territorio

Al Nord si sopravvive molto più che al Sud

Sono "unità speciali", attrezzate di tutto punto per affrontare un ictus nel modo più adeguato, tempestivo ed efficiente. Si chiamano *Stroke Unit* e dovrebbero essere il fiore all'occhiello dell'assistenza per tutti i 200 mila italiani che ogni anno vanno incontro a un ictus.

Il condizionale è d'obbligo, perché delle circa 400 Unità che servirebbero nel nostro Paese ne sono realmente operative meno di 160, quasi tutte concentrate al Nord. E non è perciò un caso che al Sud si muoia di più per ictus che per infarto: mancano strutture specializzate, dove al paziente con sintomi sospetti venga subito fatta una TAC per capire se l'ictus è ischemico (cioè dipende da un ostruzione in un vaso) oppure emorragico, per poi passare ai possibili trattamenti.

Se la colpa è di un coagulo, infatti, entro 3-4 ore dai primi sintomi si può somministrare un farmaco che lo scioglie riportando sangue e ossigeno alla parte di cervello colpita: metodo efficace, che in un caso su due consente ai pazienti di recuperare buone condizioni funzionali, in un terzo dei casi permette di tornare alla vita di sempre in pochi giorni e senza conseguenze di rilievo. «I registri di trattamento indicano che in Italia qualità ed efficienza della terapia trombolitica sono perfino migliori rispetto all'estero, ma che sono pochi i pazienti curati in questo modo: in media circa 3 mila ogni an-

no, nelle zone più virtuose dove ci sono le *Stroke Unit* si arriva al 10% dei casi. Comunque troppo pochi — spiega il neurologo Domenico Inzitari —. Le *Stroke Unit*, le cui caratteristiche sono state finalmente identificate lo scorso agosto in un disegno di legge che però è tuttora fermo alla Conferenza Stato-Regioni, sono purtroppo viste come un'onere e non vengono promosse, soprattutto dove sta prendendo piede l'ospedale per intensità di cura, che è l'antitesi del reparto iper-specializzato. Somministrare ai pazienti le terapie trombolitiche in tempo utile riduce del 10% decessi e invalidità: non sono piccole cifre come potrebbe sembrare a prima vista, considerando il gran numero di vittime e i costi enormi della riabilitazione e della disabilità di chi riporta conseguenze gravi da un ictus».

Una soluzione potrebbe arrivare dalla teleassistenza: una ricerca condotta di recente negli Stati Uniti ha mostrato che fornire ai piccoli ospedali una connessione in tempo reale con gli esperti di una *Stroke Unit*, tramite telecamere e web, consente di ridurre la disparità di accesso alle terapie. «In Italia le esperienze in tal senso sono davvero scarse; si è fatto qualcosa in Veneto e in Emilia, ma in modo "sperimentale". Eppure questi progetti potrebbero davvero cambiare il destino di tante vittime di ictus» conclude il neurologo.

A. V

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Per le donne

Anche la pillola «pesa»

Gli ictus sono fra le 10 cause di morte più frequenti nel primo anno di vita: stando alle stime si verificano 13 casi ogni 100 mila piccoli (di solito maschi) in cui l'ictus è conseguenza di infezioni, traumi delle arterie cerebrali o malattie cardiache che facilitano la comparsa di trombi. Neppure le donne possono dirsi al sicuro: sia da anziane, quando le vittime al femminile sono del 20% più numerose degli uomini, sia da giovani in presenza di fattori rischio come emicrania con aura, fumo, pillola anticoncezionale. Se questi elementi sono tutti presenti, la probabilità di un ictus aumenta 30 volte.



VENEZIA, I CARDIOLOGI: NUOVE CURE E SOCCORSI

Infarto, in cinquant'anni salvate 750 mila persone

ROMA

Sono 750 mila le persone salvate dall'infarto in 50 anni in Italia, grazie alle nuove cure e alla rete di soccorsi dei cardiologi ospedalieri. Ma mentre i progressi medici farmacologici hanno permesso di salvare un numero sempre maggiore di persone, gli italiani temono di meno l'infarto e, soprattutto, sono meno attenti agli stili di vita. Con il rischio che fra qualche anno la tendenza si possa invertire.

Lo evidenziano i cardiologi, riuniti a Venezia, in occasione del 50esimo anniversario della nascita dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, tracciando in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità un bilancio della salute del cuore degli italiani nell'ultimo mezzo secolo.

Alimentazione e sedentarietà sono i due fattori di rischio più temibili. E a preoccupare di più è la salute dei più giovani: stili di vita scorretti, uniti alla depressione «da mancanza di lavoro», allo sbalzo da movida, e nelle ragazze anche al cocktail fumo-pillola anticoncezionale, stanno creando una generazione di adulti destinati ad ammalarsi di cuore più dei loro nonni.



Salute

DOBBIAMO TEMERE IL VIRUS «CINESE»?



**Si affaccia
un nuovo
agente infettivo
potenzialmente
«pandemico»**

di MASSIMO GALLI*

I casi di infezione umana da H7N9 in Cina hanno superato le 30 unità, con 9 decessi. Il virus sembra suscettibile ai farmaci inibitori della neuraminidasi e le misure di sorveglianza poste in atto sono state giudicate adeguate dall'Organizzazione mondiale della sanità. La situazione è, tuttavia, in evoluzione. L'evento in Cina è solo l'ultimo di una serie. L'H7N9 è infatti uno dei tanti sottotipi del virus dell'influenza A. E l'inadeguatezza delle modalità di allevamento in molti Paesi ha contribuito alla selezione di ceppi di virus aviari ad alta patogenicità per i polli, potenzialmente pericolosi anche per l'uomo. A partire dal 1995, per la precisione, sono state segnalate infezioni umane da almeno 5 altri sottotipi di virus aviari, il più pericoloso dei quali, il famoso H5N1, ha causato dal 2003 a oggi, in 15 Paesi, 622 infezioni umane, risultate letali in 371 casi, cioè nel 60% dei soggetti colpiti. Osservato con allarme come possibile futuro virus

pandemico umano, H5N1 non si è per ora modificato al punto da divenire facilmente trasmissibile tra uomo e uomo. Potrà verificarsi questa temibile evenienza per il nuovo H7N9 «cinese»?

Va considerato che le pandemie influenzali nella nostra specie originano da virus aviari, o da riassortimenti genetici tra questi e ceppi già adattati all'uomo o ad altri

mammiferi: nel 2009 attendevamo anitra, ma ci è stato servito maiale, cioè un nuovo virus pandemico H1N1 prodotto di un quadruplo riassortimento di segmenti genetici in prevalenza provenienti da ceppi virali suini. I ceppi di H7N9 isolati in Europa nell'anitra selvatica comune, nonché nell'alzavola in Spagna e in oche domestiche nella repubblica Ceca, assai diversi tra loro, sono risultati a bassa patogenicità. Non così però il ceppo cinese, che deriverebbe da un riassortimento tra virus di uccelli selvatici e di polli.

Non è possibile oggi prevedere se questo H7N9 acquisirà una trasmissibilità interumana, o se la sua pericolosità rimarrà circoscritta al contatto con animali infetti. Al momento il fenomeno, che ha interessato simultaneamente un'area abbastanza ampia, presenta aspetti non ancora chiariti, meritevoli però di un'attenta valutazione.

*Dipartimento di Scienze Biomediche e Cliniche Ospedale Sacco, Cattedra di Malattie Infettive. Università di Milano



Salute

Farmaci Reazioni da non sottovalutareSe dopo la pastiglia
spunta l'orticaria**Brutte sorprese**

In ogni momento
nel corso della vita
si può diventare
«ipersensibili»
a un medicinale, anche se
lo si è preso tante volte

Pochi ci pensano, ma anche le medicine possono dare allergie: le reazioni avverse gravi ai **farmaci**, quelle che provocano dal 3 al 6% degli accessi in ospedale e riguardano il 10-15% dei pazienti ricoverati, in 1 caso su 5 sono infatti dovute ad allergie.

Talvolta la reazione è immediata, entro un'ora dall'assunzione, e si manifesta con orticaria, eritema, ma anche con shock anafilattico; a volte la reazione compare a oltre un'ora di distanza, con sintomi molto eterogenei che vanno da orticaria e rash cutaneo simile al morbillo fino a disturbi gravi, che in casi rari possono perfino essere fatali.

Spesso, quando si tratta di un farmaco, può essere relativamente semplice restringere la cerchia dei sospetti a uno o pochi principi attivi, ma quali sono le regole da seguire per identificare un'allergia da medicinale?

«È importante sottoporsi ai test entro sei mesi dall'episodio che si ipotizza dovuto a un'allergia da **farmaci** — spiega Antonino Romano, responsabile dell'Unità di Allergologia del Centro Integrato Columbus di Roma —. Dopo, infatti, il sistema immunitario perde gli anticorpi prodotti contro il farmaco e il test delle IgE può dare falsi negativi, facendo credere che l'allergia non ci sia. Questo è vero soprattutto per le allergie che danno sintomi immediati: è consi-

gliabile fare i test entro 2-4 settimane.

Nel caso delle allergie con sintomi ritardati è meno decisivo (anche se è sempre consigliabile), perché è coinvolta una componente immunitaria cellulare che mantiene la memoria più a lungo. L'importante è non banalizzare i campanelli d'allarme, trascurare un'eruzione cutanea mentre si sta seguendo una terapia può far precipitare l'allergia verso manifestazioni molto più gravi.

Quali sono i test decisivi? «Se la reazione è stata immediata, bisogna fare prima di tutto test sul sangue — risponde Romano —. Per pochi **farmaci** (fra cui penicilline, cefalosporine, insulina, alcuni miorellassanti, ndr) esiste la possibilità di dosare le IgE; per tutti i medicinali si può eseguire da qualche tempo un test di attivazione linfocitaria con il quale si osserva la "reazione" delle cellule del sistema immunitario messe in coltura e a contatto con il farmaco "incriminato". Solo in seconda battuta e in caso di risultati negativi o di dubbi si fanno il *prick test* o prove intradermiche; in situazioni particolari si può arrivare al test di provocazione con il medicinale». «Se la reazione allergica non è stata immediata, — prosegue Romano — il percorso è un po' più complesso: si fanno *patch test* e prove intradermiche a lettura ritardata (ed è in valutazione l'uso del test di attivazione linfocitaria).

«Si può diventare allergici a un farmaco in qualunque momento nel corso della vita, sviluppando una reazione anche all'ennesimo ciclo di medicinale "noto" — avverte l'esperto —. Fra i medicinali più allergizzanti ci sono gli antibiotici, soprattutto penicilline e cefalosporine, e gli antinfiammatori non steroidei, come i comuni acido acetilsalicilico, ibuprofene e ketoprofene; sono sempre più diffuse anche le allergie nei confronti di gastroprotettori, anestetici e mezzi di contrasto iodati».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Camici bianchi

Boom per i corsi di medicina in inglese

I NUMERI

Circa 6mila domande (+222%) alle preselezioni nelle sei sedi che offrono il ciclo di lezioni solo in lingua straniera

Eugenio Bruno

■ Primi segnali di internazionalizzazione delle università italiane. Le domande per i test d'ingresso ai corsi di Medicina e chirurgia in inglese in due anni hanno avuto un boom: dalle 1.852 del 2011 sono passate alle 5.959 di quest'anno (+222%). Anche rispetto a 12 mesi fa la crescita è stata sostenuta (+38,1%). Stabili l'età media (19,9 anni) dei candidati e la prevalenza femminile (62,2%). Ma l'aspetto forse più interessante è l'aumento delle richieste dall'estero, salite dalle 497 del 2012 alle 802 del 2013.

In pratica, il 13,5% dei partecipanti alle prove preselettive - in calendario domani nei sei atenei che nell'anno accademico 2013-2014 offriranno un corso interamente in inglese (Bari, Milano, Pavia, Roma La Sapienza e Tor Vergata e la Seconda Università di Napoli) e in altre 18 sedi sparse per il mondo - ha una nazionalità diversa da quella italiana. Nel complesso sono giunte richieste da 82 Paesi stranieri. In testa c'è Israele con 133 aspiranti medici, davanti al Regno Unito (107), alla Grecia (69), all'Irlanda (39) e agli Stati Uniti (33). Numeri che, se confermati anche nei prossimi anni, potrebbero consentire al nostro Paese di importare "cervelli", seppur potenziali. Anziché limitarsi a esportarli come da troppo tempo (e in troppi ambiti).

Una delle ragioni della crescita delle domande, non solo

degli studenti stranieri ma anche di quelli italiani, è l'aumento dell'offerta. Due anni fa, quando l'avventura della laurea in medicina in inglese è partita, erano solo tre gli atenei che offrivano questa chance: Milano, Pavia e La Sapienza. Ora sono il doppio.

Dai dati rilevati diffusi dal ministero dell'Istruzione emerge poi una relazione diretta tra numero candidati e disponibilità di posti messi a concorso rispetto alle sedi. Uno su tre ha preferito infatti Pavia (in testa alla classifica dell'offerta, con 100 posti disponibili). In 1.499 proveranno invece a contendersi i 60 accessi messi a disposizione da Milano mentre in 931 si giocheranno i 45 slot offerti dalla Sapienza di Roma. Più o meno analogo l'appello dei tre atenei restanti: Napoli (566 iscritti per 30 ingressi), Bari (538 domande e 30 posti) e Tor Vergata (25 accessi).

Come detto, i test di ingresso si svolgeranno domani. La prova di ammissione consisterà nella soluzione di 60 quesiti a risposta multipla su argomenti di: cultura generale e ragionamento logico; biologia; chimica; fisica e matematica. Quest'anno i quesiti concorreranno al punteggio finale nella misura massima di 90 punti su 100; altri 5 punti dipenderanno dalla conoscenza linguistica e gli ultimi 5 dai voti conseguiti alle superiori nelle principali materie di studio.

Quanto meno in termini proporzionali, i candidati provenienti dall'estero partono avvantaggiati. Avranno infatti a disposizione 94 posti, in media uno per ogni 8,3 domande. Contro i 196 accessi riservati agli studenti italiani, cioè uno ogni 30,4 richieste di accesso.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Salasso ticket per visite e farmaci

Arriva una stangata da due miliardi

Quattro già sborsati nel 2012. Balduzzi: «È un conto insostenibile»

FRANCESCA MOCCIA Vicesegretario generale di Cittadinanzattiva: «L'aumento dei ticket rappresenta un tassello verso lo smantellamento del servizio pubblico»

Matteo Palo
■ ROMA

I CONTI della sanità pubblica non tornano. A denunciarlo è il ministro della Salute, **Renato Balduzzi**, che punta l'indice contro i due miliardi di nuovi ticket in arrivo nel 2014, a carico di tutti gli italiani: un peso che definisce «insostenibile per i cittadini e per il Servizio sanitario». Il prossimo governo, tra le urgenze, dovrà sciogliere anche questo nodo.

La stoccata del ministro arriva nel giorno in cui vengono resi noti i numeri del preconsuntivo 2012 del Servizio sanitario nazionale. Gli italiani, nell'anno trascorso, hanno sborsato di tasca propria circa 4,4 miliardi di euro di ticket tra **farmaci**, visite, esami e accessi al Pronto soccorso.

Nelle strutture pubbliche, ambulatori e ospedali, c'è stato un aumento deciso della cifra sborsata dai cittadini, passando da 1,3 a 1,5 miliardi di euro, con una crescita pari al 13%. Per i **farmaci** sono stati pagati poco più di due miliardi di euro. E per visite ed esami in strutture private convenzionate i ticket sono arrivati a 755 milioni. In questo quadro di lacrime e sangue la manovra estiva 2011, l'ultima dell'ex ministro Giulio Tremonti, ha previsto nuove forme di «partecipazione della spesa» per al-

tri due miliardi di euro, a partire dal primo gennaio 2014. L'ennesima stangata che a Balduzzi non va giù. «È un allarme che ho lanciato da tempo — dice —. La manovra sui ticket sarà una delle prime decisioni che attenderà il nuovo governo». Al prossimo premier, cioè, toccherà cercare le risorse per sterilizzare l'aumento. Oltre al carico eccessivo per le tasche dei cittadini, esiste un altro pericolo, legato all'organizzazione della sanità.

Altri due miliardi, spiega il ministro, non sono sostenibili «perché accelererebbero una tendenza che già esiste a rivolgersi al privato». Se è vero che chi si rivolge al privato «non grava sul servizio pubblico», infatti, è altrettanto vero che una fuga verso il privato «rischia di mettere in forse le caratteristiche proprie del nostro sistema, l'universalità e la globalità della copertura».

IL PUBBLICO, in sostanza, finirebbe con l'essere sopravanzato dal privato, anche a causa del problema delle liste di attesa: così lo Stato non incasserebbe il denaro previsto con gli aumenti, generando un nuovo problema. Il ministro Balduzzi lo conferma: «Anche alla luce di quello che si sta verificando sui ticket esistenti, non è nemmeno detto che altri ticket possano concorrere all'equilibrio della finanza pubblica».

I NUMERI

1,5

MILIARDI

Spesi nel 2012 in ambulatori e ospedali pubblici. Trend in aumento del 13%: da 1,3 a 1,5 miliardi pagati dai cittadini

2

MILIARDI

La spesa per i **farmaci** sostenuta dai cittadini. È chiamata dai tecnici 'out of pocket', cioè di tasca propria

755

MILIONI

Sono i soldi spesi per visite ed esami fatti nelle strutture private ma convenzionate con il Servizio sanitario nazionale



Più di 4 miliardi in ticket in un anno

E da gennaio rincaro di altri due. Balduzzi: peso insostenibile, subito un cambio di rotta

Altri due miliardi di ticket, per effetto dei rincari previsti da gennaio, «sono insostenibili per i cittadini e per il Servizio sanitario». Per questo, sottolinea il ministro della Salute, **Renato Balduzzi**, la manovra sui ticket sarà «una delle prime decisioni che attenderà il nuovo governo». A provocare il suo deciso intervento è stato il bilancio 2012, con i quasi quattro miliardi e mezzo sborsati dai cittadini per curarsi nelle strutture pubbliche e acquistare medicinali. Un trend in crescita come dimostra il più 13% registrato l'anno scorso. E che potrebbe diventare un vero e proprio salasso nel 2014, visto che la compartecipazione alla spesa sanitaria, in base all'ultima manovra Tremonti, salirà di altri 2 miliardi.

Un'ipotesi, quest'ultima, bocciata da Cittadinanza attiva: l'aumento dei ticket (e l'introduzione dei superticket, i 10 euro per ricetta) rappresentano «un tassello verso lo smantellamento del servizio pubblico a favore del privato, denuncia il vi-

cesegretario, Francesca Moccia. «Noi ci batteremo perché sia eliminata la possibilità che si scarichino sui cittadini altri due miliardi di spesa», tuona il segretario confederale della Cgil, Vera Lamonica. E soprattutto «perché sia rivisto il quadro del finanziamento della sanità che ha avuto un taglio di 30 miliardi. Così il sistema non regge». Sul tavolo del governo che verrà finiranno di nuovo le proposte elaborate in questi mesi, a partire dal sistema di ticket-franchigia, sulla base dell'Isee. Intanto, nel 2012, le quote sborsate (4,4 miliardi è la somma totale) sono così ripartite: 2 miliardi per i **farmaci**, altri 755 milioni spesi per visite ed esami in strutture private convenzionate e oltre un miliardo e mezzo (1,3 miliardi nel 2011) versato in ambulatori e ospedali pubblici. Su quest'ultima voce ha pesato anche l'introduzione del cosiddetto superticket. «Non calcolabile», invece il fenomeno della fuga verso il privato-privato, spesso addirittura meno caro e più veloce, che certo, si traduce in un minore aggravio di spesa per il pubblico ma che, avverte il ministro, rischia di compromettere «le caratteristiche proprie del nostro sistema: universalità e globalità della copertura».



Salute

Asma e rinite

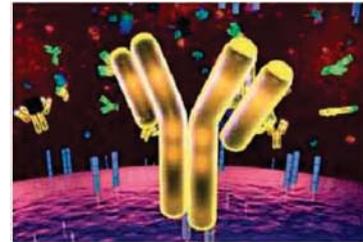
Immunoterapia sublinguale Lavori in corso

Si può guarire dalle allergie? È la promessa dell'immunoterapia sublinguale: si somministra ciò che non si tollera poco alla volta, in maniera controllata e per lungo tempo, per insegnare al sistema immunitario a non reagire contro la sostanza. Poco tempo fa sulla rivista scientifica JAMA è stata pubblicata la revisione degli studi sul tema: i dati, su oltre 5 mila pazienti con asma o rinite allergica, indicano che il metodo è abbastanza efficace, ma non sempre risolutivo. «Non sono stati registrati eventi avversi davvero gravi, ma serve ancora tempo per capire i dosaggi ottimali» scrivono gli autori. Ancora più preliminari i risultati dell'immunoterapia per le allergie alimentari, come spiega Maria Antonella Muraro dell'EAACI: «Gli studi sono in corso, non sappiamo che efficacia abbia questo approccio nel lungo termine, quali siano i pazienti più adatti, né se le dosi di alimento possano essere assunte tutti i giorni. Per il momento non siamo pronti a usare l'immunoterapia nella pratica clinica. Tantomeno ci si può avventurare in un fai da te pericoloso».



**FARMACI****Il primo biologico
contro il Lupus**

Parla italiano il primo farmaco biologico contro il Lupus eritematoso sistemico (Les). Sarà infatti il nostro Paese a produrre ed esportare in tutto il mondo la prima terapia bersaglio contro una malattia infiammatoria cronica che in Italia affligge circa 25mila persone, colpisce le donne 9 volte più degli uomini e nasce da un errore del sistema immunitario. Le cellule "soldato" anziché proteggere organi e tessuti iniziano ad aggredirli. Per annientare i linfociti "disertori" è stato costruito l'anticorpo monoclonale belimumab. La prima novità farmacologica contro il Lupus in 50 anni.



Riviste

Il «New England Journal of Medicine» ha proposto un sondaggio tra i lettori sugli articoli più interessanti. Con qualche sorpresa

E un gatto surclassò i luminari

di GIUSEPPE REMUZZI.

Che cosa c'entra la più grande e famosa rivista di medicina del mondo, il «New England Journal of Medicine» con la rivoluzione americana? C'entra per via di un dottore speciale, Joseph Warren, un uomo elegante, brillante e molto bello. Si laurea a diciott'anni e a neppure trenta è già famoso: sa curare il vaiolo. Medico e soldato, diventa il capo del comitato per la sicurezza di Boston all'inizio della guerra d'indipendenza e mette in piedi un sistema di spionaggio formidabile. E non basta, è così stimato che lo chiamano ad assistere la moglie del generale inglese Thomas Gage. È da lei che Warren viene a sapere delle intenzioni dei britannici di spostare le truppe in campagna per impadronirsi di armi e munizioni dei coloni. Gli inglesi vengono sconfitti a Bunker Hill, nel giugno 1775, ma Warren muore in battaglia. Al fratello John, studente di medicina, restano i ferri chirurgici di Joseph e l'obbligo morale di continuare a curare i feriti di quella battaglia.

John Warren fonda la scuola di medicina di Harvard. Avrà 17 figli. Uno di loro, John Collins Warren, comincia gli studi di medicina a Boston, poi va a Londra e a Parigi; la laurea non la prenderà mai, ma Harvard gliene attribuirà una *honoris causa*. Sarà proprio Collins Warren nel 1812 a fondare il «New England Journal of Medicine and Surgery and the Collateral Branches of Science». Il primo articolo è del 1° gennaio 1812: *Remarks on Angina Pectoris*, a firma di John Warren, il padre di Collins Warren. Oggi ci sarebbe da ridere sul fatto che John Collins Warren riceve una laurea *honoris causa* dalla scuola di medicina fondata dal padre e poi chiede proprio al padre di scrivere il primo articolo per il suo nuovo giornale. Sta di fatto che quelle considerazioni sull'*angina pectoris* restano, nella storia della medicina, come la più bella descrizione che qualcuno sia mai stato capace di fare dei sintomi che precedono l'infarto.

Nel giro di dieci anni la comunità di Boston sentì l'esigenza di una rivista settimanale. Il 29 aprile del 1823 cominciò a uscire come «Boston Medical Intelligencer». L'obiettivo era quello di pubblicare casi clinici e poi tutto quello che succedeva nella medicina — soprattutto in Europa — per non restare indietro. Pochi anni dopo il nome cambia in «Boston Medical and Surgical Journal». Si continuano a pubblicare casi interessanti, ma bisogna aspettare fino al 1846 per trovare un lavoro davvero originale: Henry Jacob Bigelow, uno dei chirurghi del Massachusetts General Hospital, era riuscito ad anestetizzare con l'etere un paziente a cui doveva essere amputata una gamba. Dopo l'intervento l'ammalato aveva ripreso coscienza, a quel tempo non era affatto scontato. Nel 2012 il «New England Journal of Medicine» ha celebrato i 200 anni

dalla sua fondazione. Quest'anno è partito un sondaggio. «Diteci — ha chiesto il direttore ai lettori — qual è stato nella nostra storia l'articolo più importante». Hanno risposto in novemila, l'articolo più votato è proprio quello di Bigelow sulla prima anestesia.

Nel febbraio 1896 il «Boston Medical and Surgical Journal» pubblicò una delle prime radiografie, quella della mano di un ammalato con un'anomalia della falange distale del dito mignolo, poi nel 1901 spiegò che l'aspirina è meglio dell'acido salicilico per i reumatismi. È nel 1911 che il salvarsan (uno dei primi chemioterapici) si può usare per la sifilide, le verruche volgari e la lebbra. In quegli anni però le grandi scoperte della medicina si pubblicavano in Europa. Nel 1918 arriva l'influenza spagnola: il «Boston Medical and Surgical Journal» offre ai medici una splendida interpretazione dei sintomi e tratta delle precauzioni da prendere. Un'altra delle grandi scoperte di quegli anni (1925) è l'insulina per la cura del diabete, che però finisce sul «Journal of American Medical Association». Nel 1921 la Società di medicina del Massachusetts compra il «Boston Medical Surgery Journal» per un dollaro e il 23 febbraio del '28 nasce il «New England Journal of Medicine». C'era già la pubblicità a quel tempo: sigarette (Chesterfields), whisky (Johnnie Walker), chewing gum e Coca-Cola: davvero molto particolare per una rivista di medicina.

Nel 1954 si fa il primo trapianto di rene. Ad annunciarlo non è una rivista, ma il «Times»: si racconta di Ronald Herrick che dona un rene al fratello Richard, ammalato di una grave forma di nefrite. Il lavoro vero e proprio esce solo un anno dopo nel «Journal of American Medical Association». Nel 1960 il «New England Journal of Medicine» pubblica la notizia del vaccino per il morbillo, provato prima sulle scimmie e poi sui bambini. Quel lavoro ha salvato la vita ad almeno 20 milioni di bambini. Da allora gran parte della storia del «New England Journal of Medicine» coincide con quella della medicina: la scoperta di **farmaci** capaci di curare l'Aids, la cura dell'ictus del cervello, le prime difficoltà con la fecondazione in provetta e il fatto che l'ulcera dello stomaco possa portare a tumori.

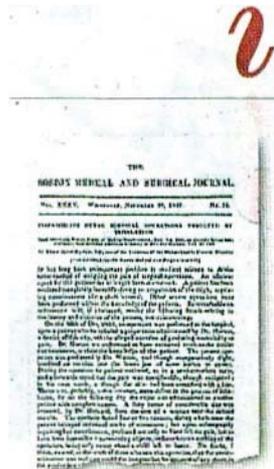
L'articolo più letto del «New England Journal of Medicine» degli ultimi cinque anni? Uno potrebbe pensare a quello sull'effetto dei **farmaci** che abbassano il colesterolo o su come evitare le complicanze del diabete, o a quello ormai famoso su H1N1 o a certi studi su nuovi **farmaci** per il trattamento del tumore alla mammella metastatico. Invece no, non è nessuno di questi.

Quello più letto è un racconto che ha poco di scientifico a prima vista e che colpisce la fantasia: è la storia di un gatto, un gatto davvero speciale, «Oscar the Cat». Passa le sue giornate al terzo piano di uno dei padiglioni dell'ospedale di Rhode Island a Providence, dove

si ricoverano i malati di Alzheimer. Va e viene per i corridoi, dorme un po' qua e un po' là come tutti i gatti, qualche volta, di tanto in tanto si avvicina alla sua ciotola per mangiare o per bere, si appisola sulla sedia di qualche infermiere. Se trova la porta socchiusa, capita perfino che entri in qualche camera, faccia un giro e, di solito, se ne vada via. Salvo una volta (la sua prima volta). Entra in camera di Sara, s'accomoda sul letto e non si muove da lì. La paziente è in coma. Entra un'infermiera, Sara respira malissimo. Chiamano i parenti perché abbiano il tempo di prepararsi. Arrivano. La stanza di Sara è piena di gente adesso: i figli e cinque nipoti. Oscar non si è mosso, sempre lì steso sul letto accanto a Sara. «Chissà, forse vuole accompagnare la nonna in paradiso», sussurra Julie, la nipotina più piccola. L'ultimo sospiro per Sara è poco dopo. Oscar se ne va, senza che nessuno ci faccia caso, torna a dormire nella sua cesta. Ha finito il suo lavoro: non morirà nessun altro oggi al terzo piano, quello degli ammalati di Alzheimer, nemmeno la signora della camera 20 ammalata di demenza e di tumore, che stava già malissimo dalla mattina.

Medici e infermieri del terzo piano, allo Steere House Nursing Center, hanno adottato Oscar che era cucciolo di pochi giorni e miagolava disperato in un seminterrato. Con il tempo il gatto ha imparato a prevedere chi morirà di lì a poco, l'ha fatto 25 volte finora senza sbagliare mai (e medici e infermieri hanno il tempo di chiamare i parenti e prepararli). Così Oscar sta vicino anche a chi, se no, morirebbe da solo. «Questo riconoscimento è per Oscar, Oscar the Cat, per la sua attenzione a quelli che hanno più bisogno», c'è scritto proprio così sulla targa che gli infermieri hanno voluto dedicare al loro gatto. Lui, Oscar, ogni tanto ci passa davanti, butta l'occhio e torna a dormire.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Lo storico intervento
Qui sopra: la prima pagina del «Boston Medical and Surgical Journal» del 18 novembre 1846, che conteneva l'articolo di Henry Jacob Bigelow ritenuto dai lettori il più importante mai uscito sulla rivista, poi divenuta «New England Journal of Medicine». In alto, nella foto grande: una riproduzione dell'operazione con anestesia tramite etere avvenuta il 16 ottobre 1846, di cui si occupava l'articolo di Bigelow
Un felino protagonista
Nell'altra foto in alto: il gatto Oscar, protagonista dell'articolo più letto apparso negli ultimi cinque anni sul «New England Journal of Medicine». In alto sulla destra: la pubblicità del whisky Johnnie Walker ospitata in passato dalla rivista

Tiromancino
I delitti sono sempre efferati

In effetti le fascette dei romanzi non smettono di sorprendere. Per dire, Mondadori presenta un thriller di Robert Pobi (diversamente noto secondo il risvolto di copertina per essere esperto di antiquariato georgiano e appassionato di pesca) in questo modo: «Un violento uragano, due efferati omicidi, un piconno maledetto». Mai che i tempi ci concedano pittori redenti, affabili omicidi e tranquilli uragani.

Pierenrico Ratto