

MEDICINA



Basta una notte insonne a scatenare l'ansia

La privazione dal sonno «accende» specifiche aree del cervello collegate all'ansia: lo rivela uno studio condotto dall'università di Berkeley e pubblicato dal «Journal of Neuroscience», secondo il quale chi soffre di disturbi psicologici potrebbe sperimentare notevoli benefici se cominciasse subito a curare con maggiore attenzione il sonno. Applicando la risonanza, infatti, si è osservato che è sufficiente una notte insonne perché l'attività nell'amigdala e nella corteccia insulare - le aree del cervello connesse proprio con i disturbi ansiosi - cresca in modo anomalo. «Questo dimostra - scrive il team statunitense - quanto sia profondo il legame tra il riposo e lo stato di stress».

Farmaci anti-Alzheimer alla prova di laboratorio

Arriva una nuova classe di farmaci sperimentali, che risulta promettente nel prevenire la perdita precoce di memoria nei topi affetti dall'Alzheimer: secondo uno studio della Northwestern University, le molecole testate - le Mw108 - riducono l'attività di un enzima che appare sovra-attivato in presenza del morbo ed è considerato un elemento-chiave nei processi di infiammazione cerebrale e alterazione della funzionalità dei neuroni. «E' un buon punto di partenza per lo sviluppo di trattamenti innovativi», ha spiegato Martin Watterson: «E' probabile che in futuro questo tipo di farmaco possa essere somministrato per bloccare alcuni sintomi iniziali dell'Alzheimer».

Meglio sapere o non sapere?

Il dilemma delle diagnosi del Dna: una rivoluzione per i pazienti e per i medici

ONCOLOGIA

ANTONELLA SURBONE
SEGUE DA PAGINA 1

Con o senza la malattia, il portatore da subito deve affrontare serie conseguenze nella sfera relazionale e sociale: si sentirà e verrà percepito come «diverso» e sarà esposto a una potenziale discriminazione sul lavoro, nelle polizze sanitarie, nell'accesso all'educazione superiore e persino nei procedimenti di adozione, dove si preferiscono candidati sani e con una lunga aspettativa di vita, come se un genitore malato o a rischio fosse «figlio di un Dio minore».

Decidere, dunque, di fare un test genetico oppure l'op-

posto sono sempre scelte coraggiose, che meritano uguale rispetto. Quando negli Usa iniziarono le prime ricerche cliniche sul Brca nel 1995, una giovane paziente mi disse: «Faccio il test per aiutare la ricerca, ma non voglio il risultato: se avessi mai saputo di essere a rischio di tumore prima di ammalarmi, avrei fatto delle scelte sbagliate nella mia vita». Poco prima della diagnosi, infatti, aveva divorziato da un marito che le faceva del male. Non lo avrebbe fatto, perché, divorziando, aveva perso l'assicurazione medica e le cure oncologiche - si sa - sono costosissime.

Molte pazienti, invece, erano convinte che, se fosse stata identificata una mutazione, i famigliari avrebbero potuto evitare, almeno in parte, il loro stesso destino. Una di loro, però, aggiunse: «Faccio il test per le mie figlie, ma mi spaven-

Antonella Surbone
Oncologa

RUOLO: È PROFESSORSA DI ONCOLOGIA ED ETICA MEDICA ALLA NEW YORK UNIVERSITY E DI COMUNICAZIONE PRESSO IL M.D. ANDERSON CANCER CENTER DI HOUSTON (USA)

ta il fatto che potrei aver trasmesso loro non solo il rischio del tumore, ma anche quello di non essere scelte come mogli e madri ideali». Nessuno può pontificare su quale sia la scelta migliore in simili circostanze. Chi sceglie di non fare il test non sta mettendo la testa nella sabbia. Chi sceglie la chirurgia profilattica per ridurre, se pur non del tutto, il rischio di ammalarsi, non ha reazioni idiosincrasiche. Rimuovere un organo «ancora sano» non è una scelta primordiale: tutti

decidiamo in base alla razionalità, ma anche ai nostri istinti più forti, di sopravvivenza e di genitorialità, che vengono rafforzati o attenuati dalle esperienze personali.

I medici, quindi, devono acquisire le competenze necessarie per informare pazienti e familiari in modo accurato e comprensibile e accompagnarli nella difficile gestione dell'informazione genetica, fornendo loro tutti i dati oggettivi, anche se questi non saranno mai gli unici elementi di scelta. Crescere in una famiglia «decimata» dai tumori trasforma profondamente il rapporto con il proprio corpo e la chirurgia plastica cambia - eccome - l'immagine di sé, quando questa viene scelta per ridurre il rischio di ammalarsi, in giovane età, di cancro.

Angelina Jolie è una donna che, come tutte le altre nate in famiglie ad alto rischio di tu-

more, ha deciso di fare un test genetico a carattere predittivo e probabilistico. Ne ha affrontato i risultati con una procedura chirurgica ad esito non garantito. Avrebbe potuto fare anche altre scelte, ma ha raccontato che nella sua decisione non è stata lasciata sola. Questo l'ha sicuramente aiutata in un percorso per nulla facile o indolore. Quante donne, invece, sono state abbandonate dai loro compagni dopo una diagnosi di tumore al seno, anche con il miglior risultato estetico? Oppure lui non riusciva più a guardarle o a sfiorarle, perché il valore simbolico e metaforico di certi eventi va ben oltre fatti e risultati. Eppure non è necessario fuggire, se la propria compagna perde il seno per un tumore o per il rischio di svilupparlo, e tanti uomini non lo fanno. Restano e lottano.

Purtroppo i più privilegiati



Per salvare una (vita),
la tua.



Il defibrillatore può salvare una vita.

Ogni anno in Italia circa 50.000 persone muoiono per arresto cardiaco.

Ogni minuto che passa in attesa dei mezzi di soccorso riduce del 10% la possibilità di sopravvivenza.

Il defibrillatore e il tempo sono i due elementi fondamentali per combattere l'arresto cardiaco.

RESCUE SAM è prodotto e sviluppato in Italia da PROGETTI.

Può essere utilizzato da personale non sanitario, secondo quanto stabilito dal decreto del Ministero della Salute del 18 Marzo 2011*.



Rescue SAM - Defibrillatore DAE
MADE IN ITALY

progetti
Medical Equipment Solutions

www.progettimedical.com
T. +39 011 644 738

Seguici su

*LE MANOVRE DI RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE E LA DEFIBRILLAZIONE DEVONO ESSERE ESEGUITE DA PERSONALE APPPOSITAMENTE ADDESTRATO.

Gli esperimenti

Sulle vette delle Ande per prevenire infarti e ictus

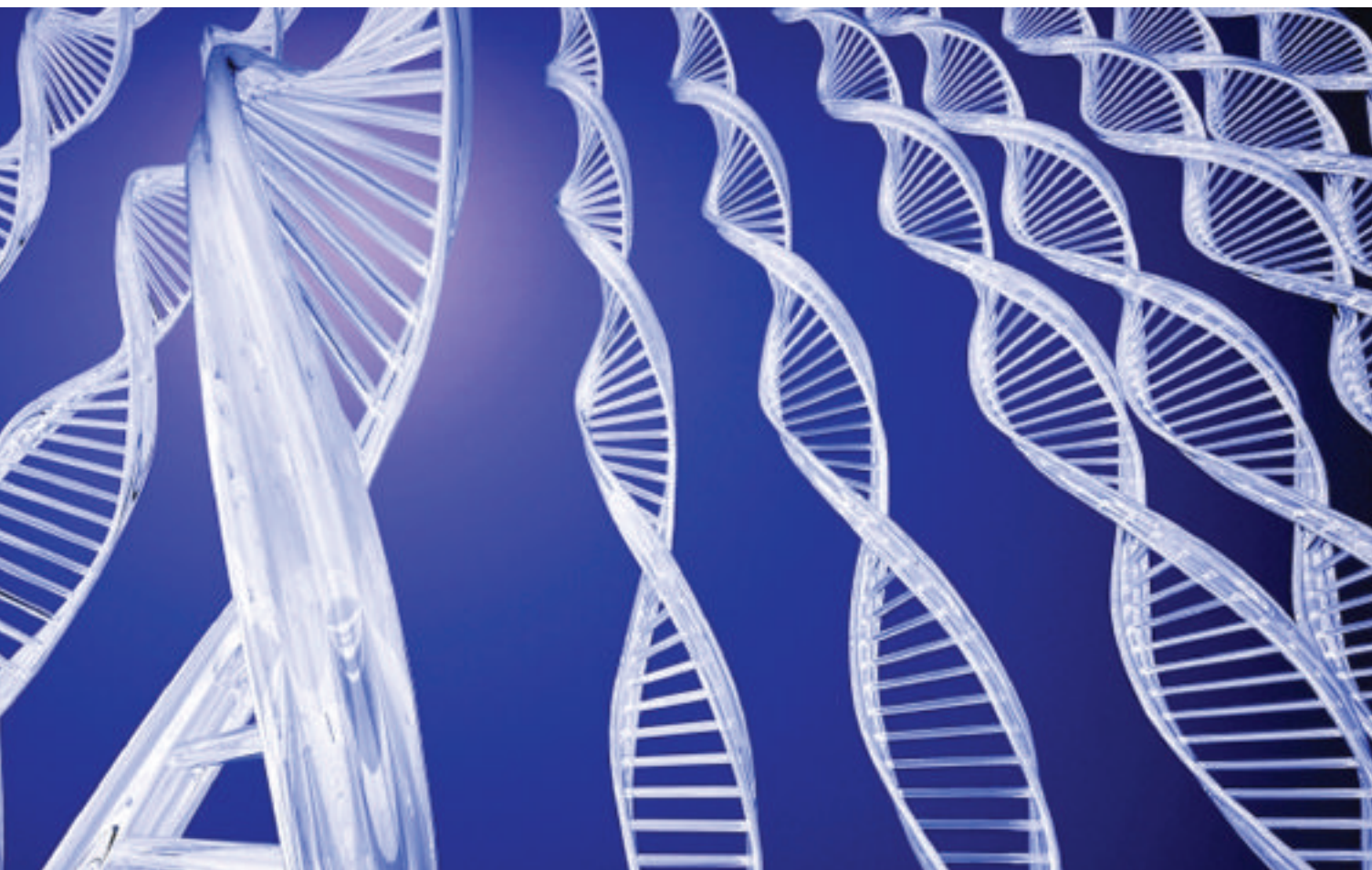
NICLA PANCIERA

Trasformare le vette del mondo in laboratori per lo studio dei meccanismi di regolazione del sistema cardiocircolatorio, in vista di più efficaci trattamenti dell'ipertensione. È uno degli obiettivi delle spedizioni medico-scientifiche in alta quota del progetto «HighCare» (High altitude cardiovascular research), coordinato da Gianfranco Parati, dell'Università di Milano-Bicocca e direttore di cardiologia dell'Istituto Auxologico italiano. L'ipertensione arteriosa è una condizione che causa la metà dei decessi legati a ictus e malat-



tie cardiache. In Italia gli ipertesi sono 15 milioni, il 30% della popolazione in età adulta e solo uno su quattro si cura in modo adeguato. E allora perché andare in alta quota? «Per studiare i meccanismi di regolazione della pressione senza l'effetto confondente della malattia» spiega a «Tuttoscienze» Parati. A beneficiare di queste ricerche non sono solo i pazienti ipertesi di pianura: sono 100 milioni i turisti che ogni anno si spingono oltre i 2500 metri nelle Alpi e nelle altre zone vanno dai 30 ai 40 milioni. Ci sono poi le decine di milioni di abitanti in alta quota, i cui organismi sono andati incontro a modificazioni che potrebbero fornire preziose informazioni sul background genetico. Scopo dell'ultima missione, «HighCare Andes», a Huancayo sulle Ande peruviane, è stata l'analisi delle modificazioni nella regolazione

cardiovascolare legate all'ipossia ipobarica, «che attiva il sistema nervoso simpatico con incremento della frequenza cardiaca e della pressione. Abbiamo analizzato l'efficacia in quota della terapia associativa di più farmaci, il telmisartan e la nifedipina, su 100 residenti di Lima già lievemente ipertesi, sottoponendoli ad esami sulla situazione cardiovascolare sia a valle sia all'arrivo in quota e dopo due settimane. Li abbiamo monitorati nelle 24 ore e fatto loro eseguire test da sforzo». I dati sull'aumento progressivo della pressione nell'iperteso al crescere dell'altitudine sono in linea con le aspettative: «La copertura farmacologica funziona almeno fino a 3500 metri». Il professore, però, ammonisce sani e ipertesi: «Il monitoraggio della pressione è fondamentale, così come un test da sforzo prima dell'ascesa».



Dai test del nostro patrimonio genetico emergono straordinarie opportunità, ma anche nuovi interrogativi etici

hanno accesso alle cure migliori, non solo chirurgiche, ma anche di supporto, analgesiche, riabilitative. Ma guarigione, sopravvivenza e qualità di vita dopo un tumore non sono solo legate allo status socio-economico, ma al fatto che molti medici danno maggiori e migliori informazioni ai pazienti più abbienti, più educati, più giovani e li aiutano a capire, fornendo loro anche il «counseling» più adeguato.

Al contrario, l'informazione genetica, pur incerta e dolorosa, appartiene a tutti. Anche quando riguarderà sempre di più malattie per le quali, per ora, non ci sono misure preventive o terapeutiche e l'unico beneficio di sapersi portatori sarebbe quello di farsi seguire da centri di ricerca specializzati, sperando in scoperte future. Infine, anche quello della diversità genetica, comunque, è un mito da sfatare, perché tutti portiamo chissà quante mutazioni genetiche non ancora note.

Recita il Coro a conclusione dell'«Antigone» di Sofocle: «Cose future, non di nostro dominio. Ma ora dobbiamo affrontare l'oggi che ci sta di fronte». La predestinazione

era al centro del pensiero greco antico ed è all'origine del nostro. Eppure proprio i greci non cessarono mai di cercare soluzioni attive, politiche e individuali, al loro oggi: sebbene lo credessero segnato dal fato, ritenevano degno del loro coraggio scegliere di agire oppure di non agire, e come farlo.

In molti, forse, non affronteremo mai un test genetico, ma per i nostri figli sarà una pratica medica sempre più comune. Avremo quindi bisogno di professionisti esperti e di grande integrità, che ci guidino nel labirinto della diagnostica genetica, scevri da interessi economici o di potere. Ma dovremo anche chiederci come reagiremo per noi stessi e i nostri cari, come vorremo essere sostenuti nelle nostre scelte e come sorreggeremo altri, rispettandoli, consci che - ancora con Antigone - «il silenzio di un grido di dolore non è meno grave». E soprattutto consapevoli che possiamo sempre essere «un balsamo per molte ferite», come scriveva Etty Hillesum il 12 ottobre del 1942 nell'ultima pagina del suo diario da Auschwitz, dove poi morì. Basta soltanto volerlo.

Dall'app l'assistente virtuale per chi soffre di artrite reumatoide

Previsto anche l'aggiornamento con le ultime novità sulla malattia nel Web

REUMATOLOGIA

VALENTINA ARCOVIO

È un dolore, a volte sordo, che colpisce soprattutto le articolazioni di mani, polsi, piedi e caviglie. È come se le arrugginisse, rendendo pesanti, nei giorni neri, anche semplici azioni, come fare le scale o impugnare una penna. Si tratta dell'artrite reumatoide, la prima causa di disabilità nel mondo occidentale.

È una malattia infiammatoria, cronica, multifattoriale autoimmune che colpisce le articolazioni. Il sistema immunitario, che normalmente difende l'organismo dalle aggressioni esterne, attacca le strutture dell'organismo stesso, confondendole con un aggressore esterno, causando l'infiammazione e il danno articolare. Per la sua natura sistemica può coinvolgere, in alcuni casi, altri organi e apparati come il sistema cardiovascolare, l'apparato respiratorio, gli occhi, il sistema nervoso e i reni. Secondo le stime presentate di recente in un convegno a Padova, questa



patologia affligge circa 300mila italiani. Entro i primi due anni il 10% sviluppa un'invalidità grave e meno del 50% mantiene un'attività lavorativa o svolge le normali attività a 10 anni dall'esordio. Secondo le stime, il costo sociale complessivo della patologia è superiore a un miliardo e 700 milioni di euro annui, di cui oltre un miliardo per la perdita di produttività e 600 milioni per la perdita di capacità lavorativa.

Ma a essere più colpita è la qualità della vita dei malati: lavoro e carriera, ma anche normali attività quotidiane, umore, hobby e persino i rapporti con gli altri sono minati dall'artrite reumatoide. A fotografare il vissuto e le conoscenze dei pazienti è la più grande indagine mai realizzata finora, condotta su 10.171 malati in 42 nazioni, Italia inclusa, e presentata poche settimane fa da AbbVie a Madrid, alla vigilia di Euler 2013

(la European league against rheumatism). Una ricerca dalla quale emerge come, nonostante a parole la malattia sia piuttosto conosciuta da chi ne soffre, spesso da anni, troppi buchi neri rischiano di comprometterne la gestione. Se il 70% degli intervistati giudica la propria malattia «controllata», il 57% lamenta un'influenza negativa nelle capacità di svolgere semplici attività quotidiane, il 51% un peggioramento dell'umore ge-

Il dramma
L'artrite reumatoide affligge 300 mila italiani: il 10% di chi ne è colpito sviluppa entro i primi due anni un'invalidità grave. Il costo sociale complessivo della patologia è superiore a un miliardo e 700 milioni

nerale e il 41% difficoltà sul lavoro e ostacoli per la carriera.

Non solo: per il 40% dei pazienti l'artrite reumatoide ha ostacolato persino la capacità di dedicarsi agli hobby e per il 37% ha impattato sui rapporti con partner, famiglia e amici. C'è poi la questione dell'isolamento: l'88% è convinto che chi non ne soffre o non abbia un familiare colpito non riesce a capire che cosa comporti questa malattia.

Ma la situazione dei malati si aggrava quando la patologia non viene diagnosticata tempestivamente, come purtroppo succede ancora di frequente. «Pur essendo una delle malattie autoimmuni più diffuse (8 volte più frequente della sclerosi multipla, ad esempio) - spiega Roberta Ramonda dell'Unità operativa complessa di reumatologia al Dipartimento di medicina DiMed dell'Università-Azienda Ospedaliera di Padova - l'artrite reumatoide è spesso confusa con patologie meno gravi, come l'artrosi. Pertanto, non si deve sottovalutare il

dolore, soprattutto alle articolazioni di mani, polsi, piedi, caviglie che è, infatti, il primo segno della manifestazione della patologia. Tra i cosiddetti «sintomi sentinella» riscontriamo tumefazione a carico di tre o più articolazioni da più di sei settimane, dolore a livello dei polsi e delle piccole articolazioni di mani e piedi e rigidità mattutina superiore ai 30 minuti».

Una diagnosi tempestiva permette di iniziare le terapie precocemente. Ora la ricerca è concentrata sull'individuazione di trattamenti sempre più efficaci, ma anche sullo sviluppo di sistemi in grado di facilitare la gestione della malattia stessa. Ad esempio, è da qualche mese disponibile una nuova applicazione dell'Appmar (l'Associazione persone con malattie reumatiche Onlus) per Android, Windows e iTunes, scaricabile gratuitamente su cellulare e tablet,

che funge da assistente esterno, puntuale, efficace, ricordando gli appuntamenti quotidiani e peridici con la malattia.

Un segnale sonoro e una notifica ricordano infatti gli orari dei farmaci, le scadenze e gli appuntamenti. Inoltre, la app dispone anche di una funzione che permette l'aggiornamento in tempo reale con le ultime novità sulla malattia presenti nel Web, mentre la sincronizzazione con Appmar consente di reperire il centro di reumatologia, più vicino o lontano da casa, presente sul territorio.

Roberta Ramonda
Reumatologa

RUOLO: È SPECIALISTA PRESSO L'UNITÀ OPERATIVA COMPLESSA DI REUMATOLOGIA AL DIPARTIMENTO DI MEDICINA DIMED DELL'UNIVERSITÀ-AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA