

**Salute: morte Edwards, il cordoglio dei ginecologi italiani**

"Il premio Nobel per la Medicina 2010 Robert Edwards, padre della fecondazione in vitro, è stata una delle figure scientifiche di maggior rilievo del nostro secolo. La sua morte rappresenta una perdita gigantesca ed è stata accolta con profondo dolore e dispiacere da parte di tutta la ginecologia italiana". È questo il commento del professor Nicola Surico, Presidente della Società Italiana Ginecologia e Ostetricia (SIGO) e del professor Paolo Emanuele Levi Setti, Presidente Società di Fertilità e Sterilità e Medicina della Riproduzione (SIFES e MR) sulla scomparsa del grande medico inglese, deceduto ieri a 87 anni dopo una lunga malattia.

Professore emerito a Cambridge, Edwards ha ricevuto il Nobel a conclusione di una prestigiosa carriera, dedicata alle ricerche sulla fecondazione artificiale. La nascita di Louise Brown nel 1978, prima "bambina in provetta", ha rappresentato il coronamento dei suoi studi. "Ci auguriamo di poterlo onorare seguendo il suo insegnamento – proseguono i professori –. La dedizione che ha sempre mostrato verso il bene delle coppie, per il progresso della scienza ed il coraggio dimostrato nei molti anni della sua carriera rappresentano un esempio perfetto per tutti noi. È quindi con grande emozione che partecipiamo al cordoglio della famiglia, dei molti colleghi che lo hanno conosciuto e amato e dei milioni di coppie che hanno ottenuto, grazie al suo lavoro, un ausilio fondamentale e rivoluzionario per risolvere le loro difficoltà di procreazione".

## **MEDICINA: GINECOLOGI, EDWARDS UN ESEMPIO E IL SUO LAVORO RIVOLUZIONARIO**

*Roma, 11 aprile 2013 (Adn Kronos Salute) – Il premio Nobel per la Medicina 2010 Robert Edwards, padre della fecondazione in vitro, è stata una della figure scientifiche di maggior rilievo del nostro secolo. La sua morte rappresenta una perdita gigantesca ed è stata accolta con profondo dolore e dispiacere da parte di tutta la ginecologia italiana”. È questo il commento del prof. Nicola Surico, Presidente della Società Italiana Ginecologia e Ostetricia (SIGO) e del prof. Paolo Emanuele Levi Setti, Presidente Società di Fertilità e Sterilità e Medicina della Riproduzione (SIFES e MR) sulla scomparsa del grande medico inglese, deceduto ieri a 87 anni dopo una lunga malattia. Professore emerito a Cambridge, Edwards ha ricevuto il Nobel a conclusione di una prestigiosa carriera, dedicata alle ricerche sulla fecondazione artificiale. La nascita di Louise Brown nel 1978, prima “bambina in provetta”, ha rappresentato il coronamento dei suoi studi. “Ci auguriamo di poterlo onorare seguendo il suo insegnamento – proseguono i professori –. La dedizione che ha sempre mostrato verso il bene delle coppie, per il progresso della scienza ed il coraggio dimostrato nei molti anni della sua carriera rappresentano un esempio perfetto per tutti noi. È quindi con grande emozione che partecipiamo al cordoglio della famiglia, dei molti colleghi che lo hanno conosciuto e amato e dei milioni di coppie che hanno ottenuto, grazie al suo lavoro, un ausilio fondamentale e rivoluzionario per risolvere le loro difficoltà di procreazione”.*  
(AdnKronos Salute)



11-04-2013

LETTORI

2.000

## Fecondazione: il cordoglio dei ginecologi per scomparsa Edwards

11 APR 2013

(AGI) - Roma, 11 apr. - "Il premio Nobel per la Medicina 2010 Robert Edwards, padre della fecondazione in vitro, e' stata una della figure scientifiche di maggior rilievo del nostro secolo.

La sua morte rappresenta una perdita gigantesca ed e' stata accolta con profondo dolore e dispiacere da parte di tutta la ginecologia italiana". E' questo il commento di Nicola Surico, Presidente della Societa' Italiana Ginecologia e Ostetricia (SIGO) e Paolo Emanuele Levi Setti, Presidente Societa' di Fertilita' e Sterilita' e Medicina della Riproduzione (SIFES e MR) sulla scomparsa del grande medico inglese, deceduto ieri a 87 anni dopo una lunga malattia.

Professore emerito a Cambridge, Edwards ha ricevuto il Nobel a conclusione di una prestigiosa carriera, dedicata alle ricerche sulla fecondazione artificiale. La nascita di Louise Brown nel 1978, prima "bambina in provetta", ha rappresentato il coronamento dei suoi studi. "Ci auguriamo di poterlo onorare seguendo il suo insegnamento - proseguono i professori -. La dedizione che ha sempre mostrato verso il bene delle coppie, per il progresso della scienza ed il coraggio dimostrato nei molti anni della sua carriera rappresentano un esempio perfetto per tutti noi.

E' quindi con grande emozione che partecipiamo al cordoglio della famiglia, dei molti colleghi che lo hanno conosciuto e amato e dei milioni di coppie che hanno ottenuto, grazie al suo lavoro, un ausilio fondamentale e rivoluzionario per risolvere le loro difficolta' di procreazione". (AGI) .

<http://www.agi.it/research-e-sviluppo/notizie/201304111357-eco-rt10182-fecondazione-il-cordoglio-dei-ginecologi-per-scomparsa-edwards>

# GUARIRE DALL'AIDS? IL SEGRETO SAREBBE INTERVENIRE SUBITO

IN UNA NEONATA AMERICANA L'HIV È SCOMPARSO DOPO UNA TERAPIA CON ANTIVIRALI. IN FRANCIA ALCUNI SIEROPOSITIVI HANNO SOSPESO I FARMACI E NON SI SONO AMMALATI. MERITO - SEMBRA - DELLA PRECOCITÀ DELLE CURE

di ALEX SARAGOSA

**S**i può guarire dall'Aids, e non essere costretti a una vita di cure continue? Questo fanno pensare due recenti notizie: una neonata «liberata» dall'Hiv negli Stati Uniti e alcuni sieropositivi francesi che non hanno più manifestato sintomi, dopo aver sospeso le terapie. «Sono casi molto diversi fra loro» precisa Piergiuseppe De Berardinis, immunologo dell'Istituto di biochimica delle proteine del Cnr di Napoli, «ma entrambi indicano quanto sarebbe importante riuscire a eliminare la "riserva nascosta" del virus nell'organismo». L'Aids, infatti, risulta impossibile da guarire proprio per la capacità dell'Hiv di penetrare,

restando inattivo, nei linfociti di tipo CD4+, che hanno un ruolo centrale nel sistema immunitario. Le terapie antivirali colpiscono solo il virus che circola nel sangue. Così, quando vengono interrotte, la riserva nei linfociti

si riattiva e l'infezione riparte. Più tempo passa fra l'infezione e le prime cure, e più grande diventa questa riserva di virus dormienti. Alla neonata di Jackson, Mississippi, contagiata in utero dalla madre, è stato somministrato un cocktail di tre antivirali ad appena 30 ore dalla nascita e, dopo 18 mesi, la bambina è risultata libera da Hiv.

«Di norma la cura nei neonati avviene con due antivirali, e riesce solo a tenere sotto controllo il virus, senza eliminarlo. Questa volta la terapia d'urto ideata dal team della specialista in Hiv

pediatrico Hannah Gay, dell'Università del Mississippi, sembra aver distrutto il virus prima che potesse nascondersi nei CD4+». E una terapia

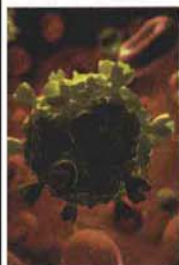
molto precoce sembra poter funzionare, talvolta, anche negli adulti, come dimostra lo studio fatto da Asier Sáez-Cirión dell'Istituto Pasteur di Parigi su 70 sieropositivi che, alla fine degli anni 90, avevano iniziato a curarsi non più di 10 settimane dopo l'infezione. Tutti, negli anni successivi, per varie ragioni, hanno interrotto la terapia. Ebbene, 14 di loro non l'ha più ripresa perché l'Aids non si è più manifestato. «Queste persone non sono guarite: nel loro sangue, infatti, il virus continua a circolare, anche se a livelli molto bassi. Sembra però che il loro sistema immunitario riesca da solo a contenere l'Hiv al di sotto della soglia patologica». I ricercatori stanno cercando ora di capire quale fattore, genetico o di altro tipo, accomuni i 14 fortunati. «Ma anche qui, la chiave sembra sia stata l'aver iniziato le cure prima che si formasse una grande riserva di virus nascosti. Questo fa intravedere la possibilità di una terapia preventiva, da iniziare dopo essersi esposti al rischio di contagio».

Altri ricercatori invece stanno prendendo direttamente di mira gli Hiv nascosti nei linfociti. «Robert Siliciano, della John Hopkins University, sta sviluppando una terapia che abbina l'uso del farmaco antitumorale Vorinostat, che si è scoperto indurre l'attivazione degli Hiv dormienti, rendendoli così sensibili agli antivirali, con una vaccinazione che spinge il sistema immunitario a distruggere i CD4+ infetti, individuati grazie alle proteine del virus presenti sulla loro membrana».

I risultati arriveranno fra pochi anni. ■■



I FARMACI ANTIVIRALI SI SONO RIVELATI EFFICACI CONTRO IL VIRUS HIV (IN BASSO, AL MICROSCOPIO). ORA LA SFIDA È ARRIVARE ALLA GUARIGIONE COMPLETA DALLA MALATTIA



Il caso. **Farmindustria**: cardiovascolari e antitumorali di ultima generazione a rilento sul mercato italiano, un danno per le imprese (600 milioni l'anno) e i pazienti

# Nuovi medicinali «a passo di lumaca»

**Roberto Turno**

ROMA

■ L'Europa li approva, i Big Ue li immettono in commercio a tempi record, ma l'Italia fa le classiche orecchie da mercante. E così, prima che da noi arrivino negli ospedali passano in media due anni. Altro che innovazione: i **farmaci** di ultima generazione – da quelli contro il cancro ai cardiovascolari agli anti diabetici – sono un lusso per gli italiani. A tutto danno dei pazienti. E con una perdita in Italia per le industrie **farmaceutiche** calcolata in 500-600 milioni l'anno, dopo di che magari scattano la delocalizzazione e il taglio dell'occupazione.

Curioso Paese, l'Italia. Soffre una crisi acutissima, reclama investimenti, afferma di voler puntare sull'innovazione e di voler azzerare la burocrazia. Tutto questo a parole. Nei fatti accade spesso esattamente il contrario. E il caso della **farmaceutica**, come dimostra lo studio appena realizzato da **Farmindustria** su dati Ims Health, è a suo modo emblematico. Pure se scremato dal fattore-crisi che ha imposto di stringere i cordoni della conti pubblici. E anche facendo la tara del reale valore innovativo dei singoli **farmaci**: lo studio, infatti, prende in considerazione gli stessi **farmaci**. Che altrove arrivano presto al paziente, in Italia solo in tempi biblici.

Tutto nasce dalle troppe barriere all'accesso che in Italia frenano l'arrivo dei **farmaci** innovativi. Freni statali e regionali, dai tetti di spesa alle linee-gui-

da, dagli accordi sui rimborsi al monitoraggio web fino ai budget, ai registri, alle quote di **farmaci** me-too. Regole (anche di garanzia) che in Italia sono in media il doppio rispetto a quelle applicate in Germania, Inghilterra, Spagna e Francia. E che secondo lo studio si traducono in precisi effetti sul mercato: nei 5 Big Ue scelti per il raffronto la spesa media per i **farmaci** innovativi lanciati tra il 2008 e il 2012 valgono 30 euro pro-capite, in Italia 21 euro. Vale a dire il 32% in meno, appunto 550-600 milioni in meno di ricavi per le aziende. Con punte del 73% per i gastro-intestinali e del 40% per i cardiovascolari.

Un dato che si riflette anche sui consumi pro-capite, che in Italia sono inferiori del 54% rispetto ai nostri cinque partner Ue: in testa a tutti i **farmaci** oncologici e gli anti-diabetici (-86%). E così dei prodotti autorizzati in Europa dall'Ema dopo il 2009, solo 14 sono quelli approdati sul mercato Italiano, contro 46 in Germania, 39 in Inghilterra, 22 in Francia e 21 in Spagna. Dove, tra l'altro, i prezzi sono in media sempre più alti, dal 40% in più della Germania al 6% in più della Spagna.

E così l'innovazione può aspettare. «Un danno per i pazienti, per le imprese, per l'economia del Paese – commenta il presidente di **Farmindustria**, **Massimo Scaccabarozzi** –. L'innovazione è il motore di qualsiasi investimento: negandola, perdiamo tutti».

© RIPRODUZIONE RISERVATA





**FARMACI: RASI, ITALIA SEMPRE PIU' INFLUENTE IN UE =  
NEGLI ULTIMI 3 ANNI HA SCALATO MOLTE POSIZIONI**

Roma, 11 apr. (Adnkronos Salute) - "Dall' ultima revisione annuale condotta pochi giorni fa dal consiglio di amministrazione dell' Agenzia europea dei medicinali (Ema) è emerso che l' Italia, negli ultimi tre anni, ha scalato moltissime posizioni" fra i Paesi più importanti nel settore per la politica farmaceutica europea, "ed è uno degli Stati Ue più in salita, con un trend estremamente incoraggiante". Lo ha detto all' Adnkronos Salute Guido Rasi, direttore esecutivo dell' Agenzia europea dei medicinali (Ema), oggi a Roma a margine del Graduation Day dei programmi formativi Altems all' università Cattolica del Sacro Cuore, dove ha tenuto una lettura magistrale.

"Qualche debolezza - precisa Rasi - c'è nella farmacovigilanza, anche perché abbiamo recepito la normativa europea in materia diversamente da altri. L' influenza dell' Italia è in crescita: sta raccogliendo i frutti degli ultimi 3-4 anni di lavoro, gli ultimi 2 gestiti particolarmente bene. Mi auguro che possa proseguire, anche perché altre nazioni sono in discesa e l' Italia potrebbe conquistare una posizione di leadership. Questo è fondamentale perché quando noi contribuiamo a prendere decisioni e siamo in una posizione di leadership, lo facciamo con un occhio puntato al nostro sistema sanitario nazionale. E questo non è in dissonanza con l' operato di altri: tutti lo fanno rispetto al Paese dove vivono e per questo noi subivamo decisioni prese a misura di altri sistemi sanitari. La nostra influenza è dunque determinante su quello che poi ci troviamo in casa".

I CONTI MENTRE LA BOCCIATURA DI NUOVI TICKET INFLUIRÀ SULL'EQUILIBRIO DELLA SPESA SANITARIA

# Def, pesano sul debito i rimborsi alle imprese

● **ROMA.** Poca crescita, debito alto, spese in aumento ma strade tracciate per uscire dalla recessione. E un obiettivo chiarissimo: tornare a crescere dall'anno prossimo.

La corposa versione definitiva del Def è stata scaricata sul sito del Tesoro. Il quadro che ne emerge è ancora decisamente problematico. Ma la chiave per uscirne è nel programma nazionale delle riforme, che però dovrà essere integrato o modificato e attuato dal prossimo esecutivo. C'è poi l'effetto delle riforme già avviate a partire da quella sulle pensioni. Nel Def si trovano anche diverse simulazioni: una poco rassicurante riguarda la crescita. I tecnici del Tesoro ipotizzano infatti diversi scenari, ed il peggiore (al verificarsi di una serie di ipotesi macro) è che il Pil possa calare quest'anno non dell'1,3% ma dell'1,8%. E che la ripresa nel 2014 possa essere non dell'1,3% ma di uno scarno 0,8%. Ma fortunatamente ci si esercita anche sulle ipotesi più ottimistiche: -0,8% quest'anno e +1,8% il prossimo.

Scendendo più nel dettaglio balzano agli occhi i numeri sulla pressione fiscale: quest'anno si attesta al 44,4% del Pil (dopo il picco del 52% nel quarto trimestre 2012 annunciato pochi giorni fa dall'Istat). Questo chiaramente a politiche costanti, cioè senza interventi legislativi. Ma è già noto che, ad esempio sull'Imu, tutte le forze in Parlamento siano determinate ad intervenire. La curva però è in lieve discesa: resterà sopra al 44% fino al 2015 per scendere

poi al 43,8% nel 2017. Appena 0,6 punti percentuali in meno rispetto al record attuale in 5 anni. Per il 2013 si tratta comunque di un livello più basso delle previsioni che fissavano un 45,3%.

Anche il debito segna un picco: il rapporto con il Pil chiuderà, secondo le previsioni del Def, al 130,4% del Pil quest'anno. Diverse le cause indicate dal governo: «un ruolo minore» è rappresentato dall'effetto trascinarsi dal 2012 (circa 0,7 punti di Pil) e da un livello dello stesso Pil lievemente inferiore (0,5 punti). Mentre il fattore maggiormente significativo è «da ricondurre ad una sostanziale revisione al rialzo del fabbisogno del settore pubblico (3,3 punti di Pil) anche per effetto del provvedimento di sblocco dei pagamenti dei debiti della Pa». In ogni caso è già noto che parte (il 70%) dei 900 milioni che Cdp deve ancora al Tesoro come conguaglio per l'operazione di acquisto di Fintecna verranno destinati proprio al rimborso dei debiti della Pa.

Anche la sanità potrebbe creare squilibri: la sentenza della Corte Costituzionale che ha bocciato il ricorso a nuovi ticket sanitari peserà infatti non poco sulle casse pubbliche. «Se fossimo a novembre o a dicembre sarebbe sicuramente necessario» un intervento sui ticket ma «ora non possiamo farlo noi perché, questo governo può intervenire solo per straordinaria necessità e urgenza», ha commentato il ministro della Salute Renato Balduzzi. Nei conti erano previsti 2 miliardi di incasso in più.



## Caso Stamina La legge Balduzzi Gli scienziati: «Il decreto legalizza cure non provate»

Caso Stamina (trattamento con cellule staminali mesenchimali) e disinformazione. Lettera aperta dell'associazione «Luca Coscioni» e denuncia all'Agcom: tv e carta stampata siano responsabili. «La conoscenza dei fatti — scrive l'associazione — senza assunzione di posizioni precostituite contribuirebbe a far emergere la verità».

I fatti. Da una parte. Non esiste un «metodo Stamina» nelle pubblicazioni scientifiche. L'unica sperimentazione, condotta all'ospedale Burlo Garofolo di Trieste e pubblicata a dicembre 2012, riporta i risultati delle infusioni Stamina su 5 bambini malati di Sma, tra i 3 e i 20 mesi di età: due sono morti, tre non hanno registrato miglioramenti (ma neanche effetti collaterali). La richiesta di brevetto presentata negli Stati Uniti, di cui parlano i propugnatori del metodo, risulta «bocciata» (documento dell'Us Patent Office).

Dall'altra parte. Vi sarebbero bambini che, secondo i genitori, stanno migliorando. E che per questo sono ricorsi ai giudici per proseguire le infusioni come cura compassionevole.

Domani si discuterà alla Camera il decreto legge (già approvato al Senato) del ministro della Salute Renato Balduzzi che dovrebbe avviare una «sperimentazione» ufficiale. Con il rischio di trasformare i malati in «cavie».

«Per questo abbiamo lavorato in due direzioni — scrivono al Corriere i senatori pd Rita Ghedini e Nerina Dirindin

—: la prosecuzione delle terapie già iniziate e l'avvio di una sperimentazione. La prosecuzione delle terapie già iniziate prima dell'entrata in vigore del decreto legge esclusivamente in laboratori e con procedure conformi alle norme vigenti; la sperimentazione



**La storia**  
Su «Oggi» il caso di Celeste, la bimba curata con le cellule staminali. I genitori: «Ora sta meglio»

avvenna in un quadro di norme certe».

Sconcertati gli scienziati. Commenta Elena Cattaneo, direttore del centro di ricerca sulle staminali (UniStem) dell'Università di Milano: «Chiamare "cura" un intruglio indefinito non lo trasforma certo in terapia nemmeno se a dirlo è il Parlamento o un tribunale. Se il decreto diventa legge, l'Italia sarà il primo Paese civilizzato a rendere legali trattamenti non provati e l'uso indiscriminato di cellule staminali. E quando le "cure statali" inefficaci risulteranno tali o, peggio, quando fenomeni avversi e incontrollati si renderanno noti, chi ne risponderà?». Più duro Alberto Mantovani, direttore scientifico di Humanitas: «Il metodo Stamina non esiste. Non c'è un metodo chiaro, trasparente e riproducibile dai medici a beneficio di tutti i pazienti. Sarei molto interessato a confrontarmi con Erica Molino, vera e unica inventrice di qual brevetto Stamina rigettato negli Stati Uniti».

**Mario Pappagallo**

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Individuata la proteina prodotta in questa attività  
La prova chimica del "Mens sana in corpore sano"

# Cervello

## Corri per pensare così il jogging salva la memoria

DAL NOSTRO CORRISPONDENTE  
**FEDERICO RAMPINI**

**I** nostri antenati lo avevano intuito: "Mens sana in corpore sano". Noi membri della vasta tribù globale dei jogger ne siamo convinti. Correre fa bene al cervello non solo alle arterie. La "solitudine del maratoneta" (titolo di un racconto-culto di Alan Sillitoe, 1959) si cura con complessi di superiorità anche verso i cultori di altre discipline sportive. Ora abbiamo solide argomentazioni. Proprio a sostegno dei benefici del jogging arriva la conferma scientifica più autorevole. In un blog del *New York Times* dedicato al salutismo ("Well"), Gretchen Reynolds descrive due filoni di ricerche sperimentali che convergono nella stessa conclusione. Da una parte ci sono équipe di ricercatori che hanno usato topi-cavie da laboratorio, dall'altra ci sono esperimenti condotti su gruppi di donne anziane colpite da lievi perdite di memoria. Tutti dimostrano che correre ringiovanisce la memoria, la lucidità, la velocità del ragionamento. Le ricerche più recenti aggiungono un tassello finora assente: è stata finalmente individuata la specifica proteina che viene prodotta grazie al jogging, e che va a rafforzare i nostri neuroni, agevolando la creazione di nuove cellule cerebrali. È l'anello mancante, la prova chimica che ancora era sfuggita agli scienziati.

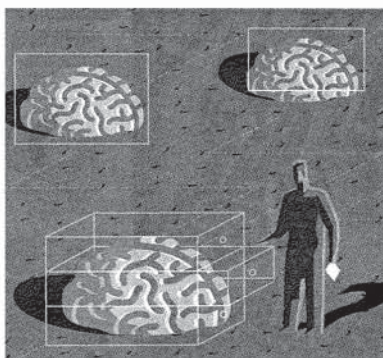
Negli anni Novanta fu al Salk Institute for Biological Studies, a La Jolla in California, che scoprirono i benefici diretti dell'attività

fisica sul cervello dei topi-cavia. Perfino nella versione più alienante dell'attività podistica, quella che consiste nel correre muovendo la ruota che gira su se stessa. I topolini che passano le loro vite a correre senza un fine, senza avanzare di un centimetro, senza varietà di paesaggio, ne hanno comunque un vantaggio. Producono molte più cellule in quell'area del cervello dalla quale viene controllata la memoria, rispetto ad altri costretti all'immobilità dagli scienziati. Gli animali della ruota, hanno surclassato gli altri in tutti i test fatti per misurare la memoria.

La parte umana della ricerca è stata svolta da un'équipe di scienziati della University of British Columbia, e i suoi risultati sono pubblicati sul *Journal of Aging Research*. Qui le cavie sono decine di signore settantenni e ottantenni, affette da una "lieve disabilità cognitiva". È una forma di leggera perdita della memoria e della lucidità del ragionamento. Non è di per sé un sintomo precursore della demenza senile dell'Alzheimer. Tuttavia le persone che ne sono affette hanno una probabilità più elevata di sviluppare in seguito il morbo di Alzheimer o altre forme di demenza. Queste anziane signore sono state divise in tre gruppi. Una parte di loro ha iniziato a correre regolarmente, oppure a fare camminate prolungate, a ritmo veloce. Il secondo gruppo ha fatto esercizi del tipo sollevamento pesi. Il terzo niente. Sei mesi dopo l'esperimento, i risultati sono stati impressionanti. Le donne camminatrici hanno regi-

strato notevoli progressi nella "memoria verbale", quelle che facevano altri tipi di esercizi sono migliorate ma in misura inferiore, le altre hanno registrato un deterioramento costante. La chiave sta nella produzione del Bdnf, "brain-derived neurotrophic factor" (fattore neurotrofico derivato dal cervello). Bdnf, ecco la sigla del miracolo. Non c'è bisogno di puntare proprio alla maratona. Ma almeno camminare sì, ci aiuta tutti a non intorpidire il cervello.

**La sigla del miracolo è Bdnf, "Brain-derived neurotrophic factor"**



### Lo studio

- memoria associativa migliora sollevando pesi per almeno due volte a settimana
- memoria verbale migliora esercitandosi con camminate veloci
- memoria spaziale migliora sia con le camminate che con il sollevamento pesi

### La mappa



- 1 CORTECCIA CEREBRALE
- 2 CERVELLETTA
- 3 MIDOLLO SPINALE
- 4 IPOFISI

### Multitasking



Ogni attività che facciamo fa "accendere" alcune aree del cervello

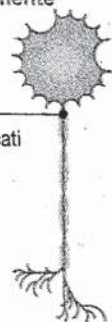


Gli scienziati si sono chiesti se svolgere più attività contemporaneamente aumenta l'ampiezza delle aree cerebrali che si attivano



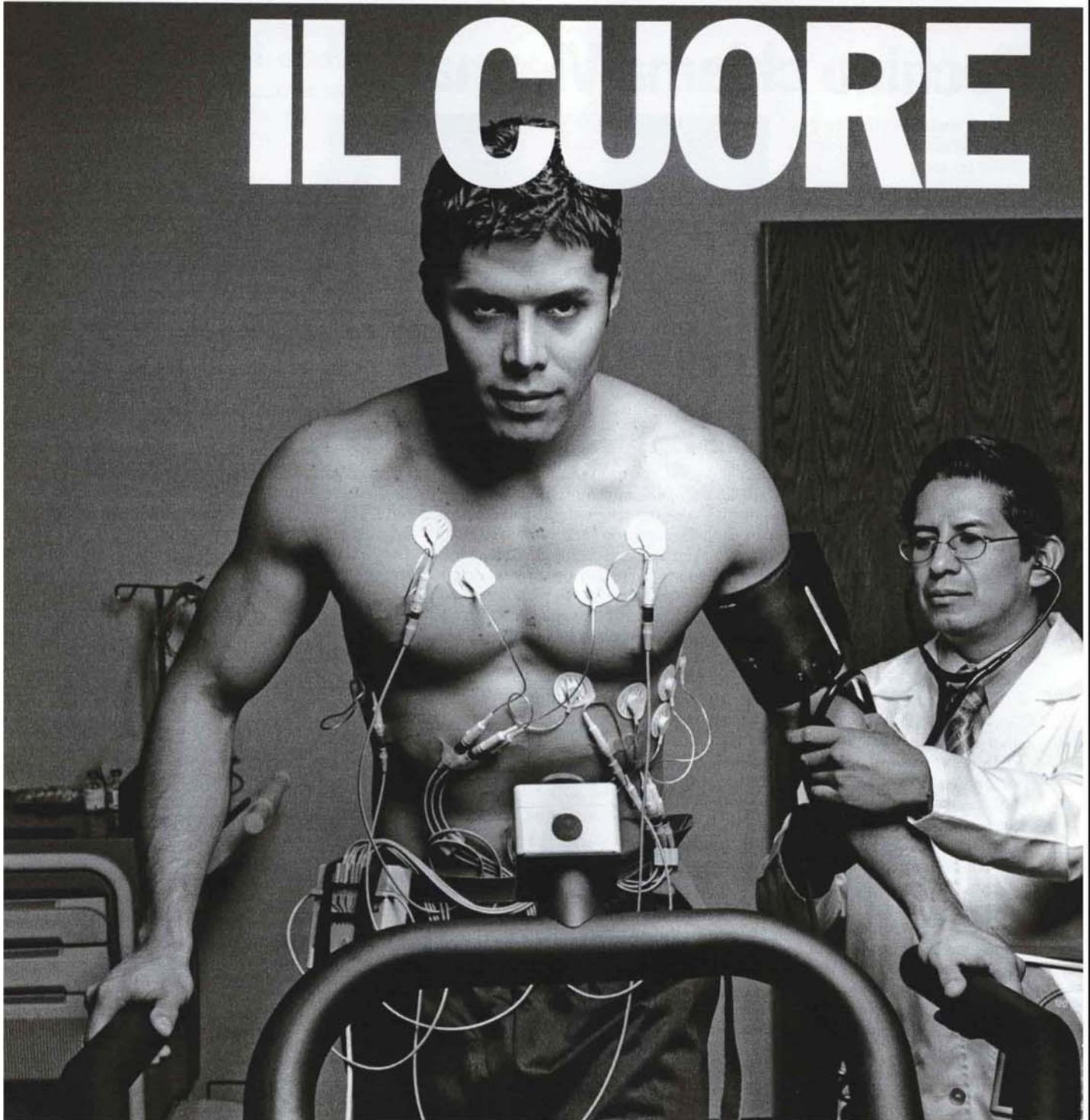
In realtà le aree del cervello che riescono ad accendersi contemporaneamente non aumentano

Accade allora che i neuroni dedicati a ciascuna attività si riducono quanti più sono i compiti che cerchiamo di svolgere insieme



**Scienze** DIAGNOSTICA

# Lasciate in pace IL CUORE



www.ecostampa.it

097156

# Un rapporto Usa fotografa l'abuso dei test antinfarto. Tac coronariche ecodoppler, elettrocardio. Ecco quando servono davvero

DI FEDERICO MERETA



IL MUSCOLO CARDIACO. NELLA PAGINA ACCANTO: UN PAZIENTE SOTTOPOSTO A ELETTROCARDIO SOTTO SFORZO

**U**n elettrocardiogramma non si nega a nessuno. Basta chiederlo. Anche se spesso serve solo a tranquillizzare il paziente, tanto che molti centri propongono check up con elettrocardiogramma addirittura una volta l'anno. Ma è utile? No. Se non esistono anomalie della conduzione elettrica del cuore, peraltro rarissime, il semplice elettrocardiogramma non dà le informazioni necessarie a prevenire eventi cardiovascolari in una persona sana. È vero che, invece, è utile per individuare una patologia che si è già manifestata o si sospetta ma, una volta fatto, se non intervengono eventi particolari, è inutile ripeterlo a breve distanza di tempo. Lo stesso vale per l'ecocardiografia: se esiste un piccolo problema delle valvole cardiache già noto e la situazione clinica non cambia, è del tutto superfluo ripetere il controllo ogni anno. Eppure i medici prescrivono questi due test troppo spesso, con relativo aumento delle spese sanitarie e dello stress causato alle persone che devono sottoporvisi.

A denunciare questa come un'inutile medicalizzazione, fatta nel nome di una prevenzione a volte davvero poco razionale, è un'iniziativa americana che mette sul banco degli imputati 135 "consuetudini mediche" che non servono a prevenire le malattie ma fanno ormai parte della routine per i dottori (vedi box). È "Choosing Wisely" (letteralmente: scegliere con saggezza, [www.choosingwisely.org](http://www.choosingwisely.org)) e ha l'obiettivo di ridurre l'eccesso di esami e l'ipermedicalizzazione di diverse condizioni non gravi, che sarebbe meglio affrontare con maggior tranquillità. L'iniziativa è voluta dall'American Board of Internal Medicine Foundation e ha coinvolto ben 17

società scientifiche Usa chiamate a dare il loro contributo. Il risultato è una serie di raccomandazioni fatte a medici e pazienti invitati ad azioni più razionali e a non lasciarsi andare a "mode" terapeutiche. E molte di queste riguardano il cuore, uno degli organi più monitorati dai fan del test a tutti i costi.

Su una cosa gli esperti americani sono chiari: se la persona non ha nella sua storia alcun sintomo e non presenta particolari condizioni di rischio, l'elettrocardiogramma o altri test, ancora più sofisticati e costosi, non devono essere fatti. «Capire il livello del rischio è fondamentale, ma non si fa certo solo con esami diagnostici», spiega Filippo Crea, direttore dell'Istituto di Cardiologia dell'Università Cattolica: «È molto più importante parlare con il paziente e soprattutto valutare se sono presenti fattori di pericolo, come il diabete, l'ipertensione, l'abitudine al fumo, valori elevati di colesterolo oltre ovviamente al soprappeso e alla sedentarietà». Fondamentale è poi capire se esiste una predisposizione ereditaria alle malattie cardiovascolari: quindi occorre sapere se il paziente ha avuto casi di infarto o ictus che hanno colpito i familiari maschi prima dei 60 anni o femmine prima dei 70. «In assenza di questi fattori, i test diagnostici spesso non danno un vantaggio, ma rappresentano esclusivamente un costo. Invece sono utilissime le carte del rischio, che offrono un quadro delle possibili-

tà che ha il paziente di andare incontro a un infarto negli anni a venire», continua Crea. È la carta del rischio, che mette insieme diversi fattori per definire quali probabilità ha il paziente di andare incontro a un infarto, a dire se la situazione è tale da richiedere accertamenti specifici aggiuntivi.

Lo stesso si può dire per l'elettrocardiogramma sotto sforzo, un test utile quando una persona ha un rischio elevato di essere colpito da un infarto o da un ictus solo in presenza di specifici fattori di rischio, come il diabete. Altrimenti non viene considerato fondamentale per la prevenzione. «Ovviamente è il medico a decidere gli esami da fare in ogni singolo caso», spiega Paolo Bellotti, responsabile della Cardiologia dell'Ospedale San Paolo di Savona: «Ma bisogna stare molto attenti quando si prescrive un elettrocardiogramma sotto sforzo perché in una persona sana che non fa sport e non è diabetica il test può essere rivelatore solo in rarissimi casi».

Secondo gli esperti americani, poi, l'eccesso di controlli può addirittura attirare l'attenzione su possibili cardiopatie che potrebbero non diventare mai tali, creando così ansie inutili e spingendo a interventi chirurgici non essenziali, con tutti i rischi che questo comporta. Un esempio per tutti: l'esame eco-doppler delle arterie carotidi. Si appoggia una sonda in corrispondenza del collo e si rileva il flusso del sangue all'interno dei vasi, visualizzando anche eventuali piccole ostruzioni delle arterie carotidi (quelle che portano sangue al cervello), in assenza di rischi specifici. Secondo gli esperti, nelle persone che non lamentano problemi specifici la scoperta di eventuali piccole placche aterosclerotiche può diventare un boomerang. Il test rivela infatti anche lesioni ▶

**GLI ESAMI DI ROUTINE SU PAZIENTI SANI E NON A RISCHIO NON SONO UTILI PER LA PREVENZIONE**

Foto: G. Fiorio - Contrasto, Gettyimages

**Scienze**

UN PAZIENTE E IL TRACCIATO DEL SUO ELETTROCARDIOGRAMMA. SOTTO: I TERMINALI DEGLI ELETTRODI DI UN APPARECCHIO PER ECG

poco significative, che sono però in grado, una volta scoperte, di mettere in ansia il paziente e magari avviarlo a un intervento chirurgico che potrebbe essere evitato.

Diversa è la valutazione che si deve fare quando compaiono i sintomi di una cardiopatia. Allora, il rischio è che il paziente sia avviato a una batteria di indagini radiologiche davvero molto costose. E non sempre utili. «L'Italia in questo senso può apparire divisa in due: nel centro sud a volte si tende a sottostimare sintomi anche gravi, che richiederebbero accertamenti approfonditi, mentre al nord si eseguono moltissimi esami come le Tac delle coronarie», annota Crea. Certo è che con le nuove tecnologie si stanno diffondendo approcci sempre più sofisticati, che a volte non sono del tutto razionali. Accade con le Tac coronariche che rilasciano dosi di radiazioni centinaia volte più elevate di quante non ne rilasci una semplice radiografia del torace. E con le angio-Tac coronariche multistrato (che prevedono anche l'utilizzo di un mezzo di contrasto) la dose può salire ancora.

Particolare attenzione va poi prestata al cosiddetto "score del calcio", un test in uso da qualche tempo per valutare la presenza di calcificazioni, indice indiretto della possibilità che siano presenti restringimenti al flusso del sangue all'interno delle arterie coronariche, effettuato proprio durante una Tac. Il



documento di Choosing Wisely è chiaro: il test non è indicato per i pazienti che hanno già una diagnosi di malattia coronarica o che hanno già subito il posizionamento di uno stent (reticella che mantiene dilatata l'arteria) o ancora sono stati sottoposti a by-pass. Altrettanto sconsigliata è l'esecuzione di questo controllo prima di un intervento chirurgico senza che esista un particolare rischio che lo giustifichi. Infine, sarebbero da evitare sia la

Tac coronarica sia la connessa ricerca di calcificazioni come screening, a meno che non esistano indicazioni particolari. L'esame non sembra dare significative informazioni sull'effettivo pericolo futuro di andare incontro a un infarto. Ciò che conta, come sempre è la stratificazione del rischio. «Anche in questo caso il medico dovrebbe consigliare o meno il test in base all'età del soggetto e, soprattutto, dopo aver valutato qual è il rischio che egli possa andare incontro a un episodio di ischemia coronarica», precisa Bellotti.

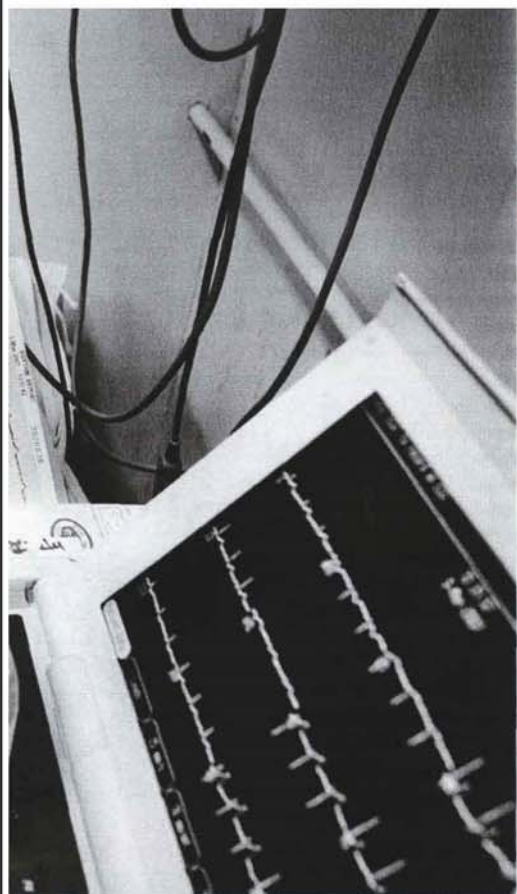
Infine, nella lunga lista di test "inutili" gli esperti americani segnalano anche l'eccesso di controlli preoperatori sul cuore. Non servirebbero a nulla per mettere in guardia su eventuali pericoli durante l'intervento in caso di operazioni che non presuppongono rischi particolari, come ad esempio la sostituzione del cristallino o la rimozione della cataratta. «Se non ci sono segni clinici di malattia cardiovascolare o episodi ischemici in passato, basta davvero un'attenta analisi dei rischi del paziente per individuare chi deve essere sottoposto a test preoperatori, quando ovviamente l'operazione non è su strutture cardiache», precisa Crea. In qualche caso, può invece essere utile una prova da sforzo, soprattutto per operazioni che si prevedono lunghe e impegnative.

Diverso è quando è il cardiocirurgo a

**Sette regole possono bastare**

Più che sprecarsi in test inutili, per prevenire le malattie cardiovascolari (e al tempo stesso i tumori) bisognerebbe attenersi a sette semplici regole suggerite molti anni fa dall'American Heart Association (<http://mylifecheck.heart.org/multitab.aspx?navid=3&culturecode=en-us>): fare attività fisica, tenere a bada il peso, avere una dieta sana, tenere sotto controllo il colesterolo, mantenere la pressione ai giusti livelli, verificare gli zuccheri nel sangue e non fumare. L'indicazione è il risultato finale di uno studio pubblicato su "Circulation" che induce a riconsiderare le due grandi famiglie di malattie e i comportamenti che le tengono lontane, che sarebbero sostanzialmente sempre gli stessi. In esso infatti i ricercatori della Feinberg School of Medicine di Chicago hanno analizzato i dati di oltre 13 mila persone che erano state incluse nella grande indagine di popolazione Atherosclerosis Risk in Communities, lanciata nel 1987, e di cui erano disponibili i dati medici e le abitudini registrati per una ventina d'anni, in particolare con riferimento alle sette regole. «Non è mai troppo tardi per cambiare», ha commentato l'autrice, Laura Rasmussen-Torvik: «E ogni modifica dello stile di vita nel senso indicato contribuisce significativamente ad abbassare il rischio tanto delle malattie cardiovascolari quanto dei tumori».

**Agnese Codignola**



## Tutti gli stress da evitare

“Choosing Wisely” stila 135 cattive abitudini dei medici. Che sottopongono i pazienti a test inutili. Oltre agli accertamenti cardiaci di cui diciamo in queste pagine, ecco le più diffuse. A partire dall'idea che per il mal di schiena è bene sottoporsi a una Tac o alla risonanza magnetica per scoprire come nasce il dolore. Niente di più sbagliato secondo gli esperti di Choosing Wisely. Se il medico, raccogliendo il racconto del paziente, non riscontra il rischio che sia presente un'ernia del disco o non ci sono i segni di malattie neurologiche o ossee, esami così approfonditi non andrebbero fatti prima di sei settimane. Meglio invece iniziare con le comuni terapie e magari sottoporre il malato a una semplice radiografia dopo una quindicina di giorni, se la situazione non cambia. Allo stesso modo, meglio non esagerare con le mineralometrie ossee computerizzate (Moc), tanto di moda per controllare un'eventuale osteoporosi. Gli americani, su questo, sono tassativi: non serve iniziare con gli esami prima dei 65 anni nelle donne e dei 70 negli uomini, a meno che

non ci siano specifici fattori di rischio, come ad esempio una menopausa precoce, problemi alla tiroide, un trattamento prolungato con derivati del cortisone. Un'eccezione a questo diktat, secondo alcuni esperti, potrebbe essere fatta quando le donne sono particolarmente magre, perché meno protette dal rischio di fratture. Un'altra raccomandazione è quella di evitare i test che potrebbero indicare qualche alterazione di scarso significato clinico, ma in grado di creare pesanti stress alla persona. Un esempio? Meglio non effettuare il Pap-test sotto i 21 anni nelle ragazze in buona salute. Il controllo microscopico delle cellule prelevate potrebbe far scoprire modificazioni che spesso regrediscono da sole a quell'età, e l'unico risultato di questa eccessiva cautela sarebbe l'ansia di chi riceve una diagnosi poco tranquillizzante. Il Pap-test andrebbe invece eseguito almeno una volta ogni tre anni sopra i 30 anni e fino ai 65, con l'obbligo di un controllo annuale dal ginecologo. Attenzione, infine, va portata per gli esami eccessivi per condizioni comuni: ad esempio si sconsiglia l'esecuzione di un elettroencefalogramma di routine nelle persone con ricorrenti cefalee, specie se non si tratta di giovani. Allo stesso modo, non ha senso una Tac del cranio in caso di calo dell'udito, a meno che questo non si presenti in pochissimo tempo e senza motivazioni riconducibili all'età o altre cause. Si rischia solo di esporre a inutili radiazioni il paziente.

**L'HI-TECH CONSENTE APPROCCI SOFISTICATI INDISPENSABILI IN CASO DI MALATTIA. MA DANNOSI PER CHI STA BENE**



prendere il mano il bisturi. L'ecocardiografia, esame non invasivo e che non rilascia raggi, è fondamentale per studiare non solo le valvole cardiache ma anche la contrazione del miocardio, il tessuto muscolare del cuore. Ma spesso non basta. «L'intervento cardiocirurgico è molto complesso e coinvolge in misura importante tutti gli organi e apparati», spiega Luigi Martinelli, direttore della Cardiocirurgia all'Ospedale Niguarda di

Milano: «Per evitare complicanze inattese è indispensabile che i principali sistemi vengano adeguatamente indagati. È pertanto necessario eseguire, oltre agli esami del sangue, sempre una radiografia del torace».

I pazienti maschi al di sopra dei 45 anni e le donne sopra i 50 che devono essere sottoposti a intervento di chirurgia della valvole devono poi fare una coronarografia. Nelle persone più giovani, in cui il ri-

schio di malattia coronarica è basso, è indicata la Tac coronarica in alternativa, perché viene considerata meno invasiva, anche se l'esposizione ai raggi e l'utilizzo del mezzo di contrasto non si discosta significativamente. Infine per i pazienti che devono essere sottoposti a bypass aortocoronarico la coronarografia è d'obbligo e deve essere effettuata in prossimità dell'intervento (non più di 6-8 mesi prima). ■

# DI COSA PARLIAMO QUANDO PARLIAMO DI CURA

COME E PERCHÉ VENGONO PRESCRITTI GLI PSICOFARMACI? PER VEDERCI CHIARO (E CAPIRE DOVE SBAGLIA LO PSICHIATRA JUDE LAW) È MEGLIO CONOSCERE «I RISCHI E LE FOLLIE» CHE SI NASCONDONO SOTTO LA PAROLA DIAGNOSI

di **VITTORIO LINGIARDI** \*



**IN TREATMENT** GABRIEL BYRNE (LO PSICOANALISTA DELLA SERIE AMERICANA) A COLLOQUIO DI «SUPERVISIONE» CON LA SUA ANALISTA (DIANNE WIEST)

«E che effetti ha esattamente?». «È un antidepressivo. In pratica impedisce al tuo cervello di dirti che sei triste». Da queste parole scaturisce una cascata di *Side Effects*, gli effetti collaterali del thriller psichiatrico di Soderbergh. La storia inizia e finisce con gli psicofarmaci, passando attraverso violazioni del setting psichiatrico, *malpractice*, criminalità, perversioni finanziarie e relazionali. Tutto ruota attorno all'invenzione di un farmaco dal nome seducente e minaccioso: Ablixa (associa liberamente: in inglese *ably* significa capace e competente; ma *ablation* è la rimozione chirurgica). La prima parte del film sfida lo spettatore a riflettere sull'uso proprio e improprio degli antidepressivi. La seconda parte usa gli ingredienti di base (sesso, violenza, soldi, potere - non necessariamente in quest'ordine) per raccontare gli abissi della psicopatologia e quelli della sua cura, la psichiatria.

Senza rivelare i colpi di scena di questo ennesimo mosaico

americano di Soderbergh - più pensato che ispirato - seguiremo l'andamento tematico del film. Inizieremo con gli psicofarmaci e finiremo con gli psichiatri. Qualche libro ci conforterà lungo il cammino.

Il dibattito «pillole vs. parole», «psicofarmaci vs. psicoterapia» è pericolosamente ideologico. «Farmakon», per i Greci, aveva il duplice significato di medicamento e veleno. Ma anche le parole, stando al filosofo Gorgia, sono come **farmaci**:

possono troncare la malattia, ma anche la vita; avvelenare l'anima o infonderle coraggio. Psicofarmaci e psicoterapia non sono approcci alternativi, anzi in molti casi l'integrazione è necessaria. Va da sé che tanto l'intervento farmaco- quanto quello psicoterapeutico possono essere controindicati, inutili, dannosi. Come una prescrizione di **farmaci**, anche l'invio in psicoterapia (a una delle tante forme di psicoterapia di provata efficacia) è un atto clinico con indica-

**\***  
PSICOANALISTA,  
MILANO, 1960.  
È DIRETTORE  
DELLA SCUOLA DI  
SPECIALIZZAZIONE  
IN PSICOLOGIA  
CLINICA DELLA  
SAPIENZA DI ROMA.  
ULTIMO LIBRO:  
CITIZEN GAY (2012).  
IL SAGGIATORE

**PAZZI DA GIRARE**



**IO TI SALVERÒ** DI ALFRED HITCHCOCK (1945)



**QUALCUNO VOLÒ SUL NIDO DEL CUCULO** DI MILOS FORMAN (1975)

zioni e controindicazioni. Come scrive Paolo Migone, psichiatra e psicoanalista, sul nuovo numero della rivista *Psicoterapia e Scienze Umane* (1, 2013): «Colpisce vedere come in convegni e riviste si continui a discutere della cosiddetta “integrazione” o “associazione” tra **farmaci** e psicoterapia, come se questo rappresentasse un problema. Ritengo che il vero problema non sia se, come o quando associare **farmaci** e psicoterapia, ma il fatto stesso che esso venga posto, cioè che vi siano ancora colleghi che sentono l'esigenza di porlo».

Senza demonizzare le possibilità curative dei **farmaci**, la comunità psichiatrica non può esimersi dal fare i conti con il numero sempre crescente, bambini e adolescenti compresi, di consumatori dell'industria degli psicofarmaci. L'aumento sconcertante delle persone in trattamento per patologie psichiatriche sembrerebbe deporre per un'epidemia di disturbi mentali (R.Whitaker, *Indagine su un'epidemia*. Fioriti, 2013). Oggi circa il 10 per cento degli americani sopra i sei anni assume antidepressivi. Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, nel 2020 la depressione sarà, dopo l'infarto cardiaco, la seconda causa principale di «disabilità».

Per vederci chiaro dobbiamo capire il rapporto tra diagnosi e cura. E domandarci come, quando e perché vengono prescritti gli psicofarmaci. Spesso scrupolosamente e per ottime ragioni, migliorando la vita di molte persone. Altrettanto spesso senza un'indicazione adeguata o per uno scopo sbagliato. Per esempio, scambiando la tristezza per una condizione di depressione clinica. Oppure trasformando la timidezza in malattia. O facendo della «psicofarmacologia cosmetica», cioè spingendo i pazienti a stare *better than well*, per usare due espressioni tratte dal bestseller *La pillola della felicità* (Sansoni, 1994) di P. Kramer, che tuttavia guardava con molta fiducia agli effetti della molecola sulla personalità.

La psichiatria deve dialogare con molte discipline. Non solo, va da sé, con la neurobiologia, ma anche con la psicologia, la sociologia, la filosofia e l'economia. Nella comunità scientifica, in molti continuano a segnalare che il trattamento della sofferenza psichica non può basarsi solo sugli psicofarmaci. «Dopo che

nel 1987 la fluoxetina (Prozac) è stata lanciata sul mercato... il numero di persone trattate per depressione è triplicato. L'incremento nell'uso di **farmaci** per il trattamento delle psicosi è ancora più drammatico. La nuova generazione di antipsicotici... ha sostituito i **farmaci** anti-colesterolo come classe di medicine più vendute negli Usa. Cosa sta succedendo? La prevalenza della malattia mentale è veramente così elevata e sta ancora aumentando?». Queste sono alcune delle domande contenute in un saggio (*L'epidemia delle malattie mentali e le illusioni della psichiatria*) uscito su *The New York Review of Books* e prontamente tradotto da *Psicoterapia e Scienze Umane* (2, 2012). La firma è di Marcia Angell, docente alla Harvard Medical School, ex editor-in-chief del *New England Journal of Medicine* e autrice di *Farma & Co* (il Saggiatore, 2006).

Forse gli smarrimenti, le tristezze, le perdite, i lutti, le solitudini, le impotenze sono diventati intralci alla velocità, alla produzione. Al successo. Del resto, non è la stessa visione del mondo quella che promuove il consumo (di massa e giovanile) non solo di antidepressivi e ansiolitici, ma anche di potenziatori sessuali (cosa che in molti casi significa non volersi fermare a riflettere sul senso di ciò che è «imperfetto» o «imprevisto»).

Tornando alla nostra Ablixa, il punto è la diagnosi (quella che lo psichiatra Jude Law ha sbagliato). Come in ogni pratica medica corretta, per capire la terapia da prescrivere (che si tratti di **farmaci**, psicoterapia o di entrambe le cure) è importante sapere a chi la si prescrive e per quale diagnosi (alla diagnosi è dedicato l'ultimo numero della rivista filosofica *aut aut*). È l'affidabilità della diagnosi che conta, non la sua «popolarità», come sottolinea lo psichiatra Joel Paris in un piccolo libro che demolisce il mito dei disturbi bipolari (*The Bipolar Spectrum, Diagnosis or Fad?* Routledge, 2012; *fad* significa «moda del momento»).

E per fare la diagnosi bisogna partire dal colloquio e dall'osservazione. Dalla psicopatologia: ciò di cui il paziente soffre e a cui lo psichiatra deve dare un nome, una diagnosi: «conoscere attraverso».

Ma la diagnostica psichiatrica è libera dai vincoli della cul-

**Smarrimenti, lutti, solitudini, impotenze sono diventati intralci alla velocità, alla produzione**



**L'INQUILINO DEL TERZO PIANO** DI ROMAN POLANSKI (1976)



**IL SILENZIO DEGLI INNOCENTI** DI JONATHAN DEMME (1991)

tura e del mercato? Poco. Molte polemiche stanno accompagnando l'uscita imminente della quinta edizione del *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (DSM-5). Lo stesso Allen Frances, capo della task force del DSM-IV, ha scritto su *Psychiatric Times* che il DSM-5 sarà una «miniera d'oro per l'industria farmaceutica, ma pagando l'enorme prezzo di molte nuove diagnosi "false positive" catturate nella rete eccessivamente ampia del DSM-5». Rilevante, per esempio, è l'eliminazione di un precedente criterio diagnostico che impedisce di far diagnosi di «depressione maggiore» in presenza di un lutto (con conseguente aumento del rischio di diagnosticare come sindromi depressive, e quindi di medicalizzare, alcune reazioni di lutto normali).

Alla costruzione delle diagnosi, oggi, concorrono molti fattori. Tra questi: la voracità delle aziende farmaceutiche (diagnosi=farmaco); la suggestionabilità per le diagnosi del momento da parte sia del consumatore/paziente sia della classe medica; l'inclusione nel sistema sanitario e assicurativo (diagnosi=rimborsi); il marketing e internet (con conseguente autodiagnostica prêt-à-porter).

Anche se volutamente elencate sotto una luce negativa, queste implicazioni sono in parte inevitabili, anche se naturalmente è nostro compito combatterle. È importante che l'atto diagnostico, dalla sua costruzione scientifica alla sua formulazione clinica, si svolga nel modo più libero possibile da questi vincoli. Senza dimenticare che ciò che lo psichiatra deve imparare a diagnosticare non è solo la malattia, ma anche la persona sofferente e il suo contesto (biologico, economico, sociale, relazionale, di personalità). Questa forse è una delle principali differenze tra il DSM e un altro sistema diagnostico che da poco si è affacciato nel mondo delle professioni della salute mentale: il PDM (*Manuale diagnostico psicodinamico*, Cortina, 2008).

Nonostante una certa quota di fantascienza esistenziale, il film di Soderbergh è istruttivo perché mostra le finzioni, i rischi e le necessità di un buon agire psichiatrico. Sembra un film sugli psicofarmaci, ma è un film sugli psichiatri.

Il cinema e la psichiatria dinamica sono nati insieme, alla fine del 1800. Mentre i fratelli Lumière proiettano le loro scene di vita quotidiana, Freud pubblica gli *Studi sull'isteria*. L'attrazione tra cinema e psicopatologia è stata immediata. Con i miei studenti parliamo spesso di cinema e per esempio, in tema di psicosi, mi dicono di avere imparato molto da Polanski (*L'inquilino del terzo piano*), da Cronenberg (*Spider*), da Scorsese (*Shutter Island*).

Psichiatri, psicologi e psicoanalisti vanno molto al cinema. E il cinema li ritrae spesso, di solito in modi poco benevoli: appassionati e taumaturgici (*Io ti salverò*, Hitchcock), molto infelici (*La casa dei giochi*, Mamet), coraggiosi (*Il grande cocomero*, Archibugi), repressivi (*La fossa dei serpenti*, Litvak; *Il corridoio della paura*, Fuller; *Qualcuno volò sul nido del cuculo*, Forman), gravemente psicopatici (*Il silenzio degli innocenti*, Demme) o più umanamente tormentati, come Moretti in *La stanza del figlio* e Gabriel Byrne - Castelletto per la nuova edizione italiana - nell'ormai popolare serial televisivo *In Treatment*.

Ultimo della numerosa famiglia è lo psichiatra frettoloso ma combattivo di *Side Effects*. La sua paziente, la fredda e magnetica Rooney Mara, ripete una frase del grande scrittore William Styron, che nel memoir *Un'oscurità trasparente* descrive la propria depressione come un velenoso banco di nebbia che ogni pomeriggio alle tre si raccoglie nella sua mente. Altrettanto velenose sono le nebbie che possono offuscare la pratica clinica, si chiamino violazioni del setting, diagnosi superficiali, prescrizioni sbagliate, ideologie della cura (comprese quelle antidiagnostiche e pregiudizialmente antifarmacologiche).

A una prima visione, *Side Effects* è solo un thriller psicologico sull'industria e l'abuso di antidepressivi. Più in profondità è un film che mostra, deformandoli, i rischi e le follie della «professione di psichiatra». Professione a cui un decano della disciplina, Glen Gabbard, ha appena dedicato un volume (Cortina, 2013), il cui sottotitolo recita: *etica, sensibilità, ingegno* (esattamente in quest'ordine).

**VITTORIO LINGIARDI**

La professione di psichiatra? Etica, sensibilità, ingegno. Esattamente in quest'ordine



LA BUONA VITA / SALUTE / BENESSERE a cura di Paola Pardiari

# *Non facciamoci prendere* **DAL PANICO**

*Tremore, senso di soffocamento, tachicardia...  
Sono i sintomi di un particolare tipo d'ansia  
di cui soffrono sempre più persone.  
Un "incubo" da cui si esce con l'aiuto degli  
esperti. Parola di chi ce l'ha fatta*

*di Grazia Pallagrosi*



gettyimages

# T

utto è iniziato 13 anni fa, in dicembre. Uscita dal lavoro, sono salita in macchina con mio marito e siamo partiti per un weekend tutto nostro, al mare. L'idea di allontanarmi da mia figlia, che allora aveva quattro anni e sarebbe rimasta a casa con i nonni, mi metteva però in agitazione. Mentre l'auto correva sull'asfalto, all'improvviso il mio cuore ha iniziato a battere sempre più forte. Sentivo un nodo alla gola, tremavo, era come se mi mancasse l'aria. Una, due, tre soste in autogrill non sono servite a calmarmi: riprendendo il viaggio, avevo la nausea e mi sembrava di avere la testa vuota, con un'inspiegabile paura, così ho chiesto a mio marito di riportarmi a casa. Venti giorni dopo, il secondo attacco: ero in aereo, non potevo scendere o scappare, è stata una cosa terribile! Per rendere l'idea, **ti senti come se soffrissi di vertigini e dovessi stare su un cornicione al ventesimo piano.** Con la differenza che una situazione del genere è evitabile, invece il panico sopraggiunge quando meno te lo aspetti, come uno tsunami. Dura una decina di minuti e se ne va, lasciandoti nel terrore che possa ritornare. Lentamente ti paralizza la vita, finché non vuoi più uscire di casa neppure per andare a lavorare.

## IMPOSSIBILE, PROPRIO A ME!

Quando si era insinuato in me questo subdolo nemico? Io sono un medico! Come ho potuto non accorgermi di nulla? **Per anni ho sofferto di mal di testa, ma tenevo tutto sotto controllo: non bevevo, non assumevo farmaci, volevo essere sempre lucida.** L'immagine che avevo di me era quella di una donna estroversa, con mille cose da fare, da organizzare... Forse un po' ansiosa, a dir la verità, ma oggi chi non lo è? Dopo 10 attacchi di panico e sei mesi d'inferno, ho capito come agire: non volevo condizionare mia figlia con questa malattia, quindi mi sono rivolta a un

## COLPITO UN ITALIANO SU CINQUE. MA NON È SEMPRE MALATTIA

*Secondo lo European study on the epidemiology of mental disorders, promosso dall'Organizzazione mondiale della sanità e condotto in sei Paesi europei (Italia, Belgio, Francia, Germania, Olanda e Spagna), i disagi psicologici sono molto diffusi ovunque. Ecco la situazione in Italia.*

- Una persona su cinque ha avuto problemi psicologici almeno una volta nella vita.
- Tre milioni e mezzo di adulti hanno sofferto di un disturbo mentale negli ultimi 12 mesi.
- Le donne sono la categoria più a rischio. Seguono disoccupati e disabili.
- Il 32 per cento degli studenti ha avuto almeno un attacco di panico nella vita.
- Il 10 per cento degli abitanti delle grandi città soffre di questo disturbo. Nonostante l'elevata e ripetuta incidenza dei sintomi, solamente una piccola parte delle persone si ammala definitivamente; la maggior parte degli attacchi, infatti, resta un episodio isolato e non si può considerare una vera e propria patologia.

noto neuropsichiatra di Pavia, del quale avevo la massima stima. Poiché ero contraria agli psicofarmaci, mi ha consigliato di intraprendere una terapia con una psicologa cognitivo-comportamentale e io, seppure scettica, l'ho contattata. Nei primi due mesi le ho raccontato il mio quotidiano e, al termine di ogni seduta, pensavo: «La prossima volta non avrò altro da dire, sto perdendo il mio tempo». Invece tornavo, mi sedevo e raccontavo ancora. **Nel frattempo ho iniziato anche a prendere i farmaci e ho trovato il coraggio di guardarmi dentro, non senza grandi difficoltà e sofferenza.** La mia bravura (che oggi, con orgoglio, mi riconosco) è stata quella di non scappare. Ho scelto di affrontare me stessa.

## DIETRO L'APPARENZA

Così ho scoperto che il problema di base era la mia scarsa autostima: nonostante apparissi una donna sicura e brillante, dentro mi sentivo brutta, insignificante, incapace di vera autonomia. Acquistando maggior sicurezza mi sono resa conto che la vita che conducevo non era quella che avrei voluto per me: era arrivato il momento di decidere se rimanere alle

dipendenze dei farmaci per sopportarla in maniera dignitosa o riappropriarmi del mio destino. Ho preso la seconda strada perché ero terrorizzata dall'idea che mi tornassero gli attacchi. **A 47 anni, mi sono rimessa in discussione: ho cambiato lavoro, mi sono separata,** ho ricostruito la mia autonomia. Adesso posso ringraziare quei momenti terribili

in cui credevo di morire e quegli interminabili attimi di paura in cui il mio corpo gridava aiuto. Ero un medico, una giovane donna in carriera, la moglie di una persona importante. Oggi sono Anna Maria, 53 anni, una "ragazza" entusiasta della sua indipendenza grazie a un disturbo che mi ha obbligato a ritrovare me stessa. E a iniziare una nuova vita. ■

## PSICOFARMACI: SÌ O NO?

*La prescrizione dei cosiddetti psicofarmaci mette a disagio molte persone. Eppure quelli di nuova generazione contrastano efficacemente gli attacchi di panico, senza effetti collaterali gravi. Basta assumerli seguendo le indicazioni dello specialista: «Nella fase iniziale e a fine terapia sono consigliabili quelli in gocce rispetto a quelli in pastiglie, perché possono essere dosati e personalizzati meglio», spiega Silvia Giordani, specialista in psichiatria e psicoterapeuta, coordinatrice dello Studio "Forma mentis" a Roma. «All'inizio della terapia sono invece più indicate le gocce perché riducono gli effetti collaterali, garantendo una maggiore tollerabilità. Una volta individuata la dose efficace, si può continuare con le gocce o sostituirle con le pastiglie, in base alle necessità pratiche del paziente. Al momento di concludere la cura, la sospensione deve essere graduale: quindi sono preferibili le gocce, perché più pratiche per scalare le dosi», spiega l'esperta. «È fondamentale associare agli psicofarmaci una terapia cognitivo-comportamentale che permette di mantenere uno stato di benessere anche quando il medicinale viene sospeso», conclude l'esperta. Veronica Mazza*

## COME CURARE LA "PAURA ESAGERATA"

«L'origine del disturbo di panico è multifattoriale», spiega il dottor Giovanni Piccolo, lo specialista in neurologia e psichiatria a cui si è rivolta Anna Maria, la donna che ha raccontato la sua esperienza in queste pagine. «Può derivare da una predisposizione costituzionale o da influssi ambientali (c'è una frequenza maggiore di questo disturbo nelle famiglie di soggetti che ne soffrono), da temperamenti particolari, da senso d'abbandono in età infantile o da eventi traumatici. Tutto ciò può contribuire a una disfunzione del cosiddetto "circuito neurale della paura": in sostanza, chi soffre di attacchi di panico ha un sistema d'allarme esagerato per le percezioni minacciose, sia interne sia esterne».

### QUANDO SCATTA L'ALLARME?

«Quando si passa dall'attacco sporadico, frequente nella popolazione, al disturbo che si ripete più volte nel tempo. Un altro segnale è la cosiddetta ansia da anticipazione: se il timore di eventuali attacchi induce a evitare situazioni di vita normale come uscire di casa, andare a lavorare, stare in spazi aperti tra molte persone, è il momento di chiedere aiuto».

### A CHI RIVOLGERSI IN QUESTI CASI?

«Al proprio medico, per appurare che i sintomi non siano legati a un problema fisico. Spesso, una prima rassicurazione basta a scongiurare altri attacchi. Se accade di nuovo bisogna rivolgersi a uno psichiatra».

### IN CHE COSA CONSISTE LA CURA?

«Nella somministrazione di antidepressivi - principalmente inibitori della ricaptazione della serotonina (un neurotrasmettitore sintetizzato nel cervello, detto anche "ormone del buonumore") - associata a sedute di psicoterapia cognitivo-comportamentale. In genere questo abbinamento dà i migliori risultati, ma lo psichiatra può anche decidere di iniziare solo con una terapia farmacologica e rimandare la psicoterapia a un secondo momento; o viceversa: dipende dal contesto».

### QUANTO TEMPO CI VUOLE PER USCIRE DAL TUNNEL?

«Da poche settimane a diversi mesi. In ogni caso si tratta di un percorso relativamente breve se il disturbo viene diagnosticato e affrontato tempestivamente».

### CI SONO DIFFERENZE TRA I SESSI?

«L'attacco di panico colpisce soprattutto le donne: due volte più degli uomini», aggiunge Alessandra Graziottin, direttore del Centro di ginecologia e sessuologia medica ospedale San Raffaele Resnati di Milano. «Tra i momenti della vita più a rischio, l'adolescenza e la fase attorno ai 45 anni. Perché i centri nervosi e le connessioni che "governano" la sensazione di panico sono molto sensibili agli estrogeni e alle loro modificazioni». Dunque, attenzione a premenopausa e menopausa.