

CorriereSalute

Oncologia

I tumori aumentano
ma si guarisce
sempre più spesso

di Vera Martinella

Dai tumori si **guarisce** sempre di più

Lo confermano i dati dell'Associazione nazionale registri di queste patologie. I casi aumentano, ma sono trattati in modo maggiormente efficace

Progresso

Finora ci si limitava a usare il termine lungosopravvivenenti a 5 anni dalla diagnosi

Metodo

Per stabilire il rischio residuo di riammalarsi sono stati usati modelli matematici sofisticati

Gli italiani con una diagnosi di tumore, recente o lontana nel tempo, sono in costante aumento: erano 2 milioni e 600 mila nel 2010 e, secondo le stime, saranno 3 milioni nel 2015. Fra loro alcuni stanno ancora seguendo le terapie, ma altri le hanno concluse da tempo e fanno solo controlli periodici. Meglio ancora, una persona su quattro può finalmente considerarsi guarita, perché è tornata ad avere la stessa aspettativa di vita della popolazione generale.

A fornire numeri e risposte è l'ultimo rapporto dell'Associazione italiana registri tumori (Airtum), presentato di recente al **ministero della Salute**. «Quanti italiani hanno avuto un tumore in passato? Quanti sono i pazienti guariti e quanti si prevede guariranno nel prossimo futuro? Sono interrogativi — dice Luigino Dal Maso, epidemiologo del Centro di riferimento oncologico di Aviano e coordinatore della monografia — che attendevano da qualche anno una risposta accurata, indispensabile per poter programmare al meglio i servizi

sanitari in oncologia. Per rispondere abbiamo aggiornato i dati di prevalenza (cioè il numero di persone con pregressa esperienza di tumore) fermi al 2006 e, tra i primi al mondo, abbiamo utilizzato modelli matematici capaci di misurare indicatori fondamentali della guarigione dal cancro».

Dal rapporto emerge che negli ultimi 5 anni è cresciuta quasi del 20 per cento la quota di italiani che si sono ritrovati a fare i conti con una neoplasia.

«L'aumento è dovuto in gran parte all'invecchiamento della popolazione e al miglioramento della sopravvivenza dei pazienti oncologici — spiega Roberta De Angelis, ricercatrice dell'Istituto superiore di sanità, tra i coordinatori scientifici del volume —. Possiamo così dire che un italiano su 22 ha ricevuto una diagnosi di tumore nel corso della vita, ovvero il 5 per cento della popolazione. Ma, ovviamente, il fenomeno interessa maggiormente gli anziani, per cui negli over 75 l'esperienza cancro è stata vissuta dal 20 per cento dei maschi e dal 13 per cento delle femmine».

Tra gli obiettivi del volume c'era anche quello di dare una risposta certa a un altro quesito: quanti anni devono trascorrere per poter dire di essere guariti? «Finora si è sempre parlato di *lungosopravvivenenti*, mettendo insieme tutti coloro che avevano superato i 5 anni dalla diagnosi — continua Luigino Dal Maso —. Poter parlare di guarigione vera e propria è un fatto nuovo, frutto dei successi delle terapie e dell'osservazione che solo il passare del

tempo poteva darci. Ora sappiamo che tantissime persone sono vive e stanno bene molti anni dopo i trattamenti. Attraverso stime siamo riusciti a elaborare risposte suddivise per tipo di tumore, sesso e gruppo di età».

Le schede nel rapporto indicano così che chi si ammala di cancro al testicolo o alla tiroide guarisce mediamente in meno di 5 anni dalla diagnosi. I malati di tumori a stomaco, colon retto, pancreas, utero, cervello, con linfoma di Hodgkin o melanoma cutaneo raggiungono una mortalità simile a quella della popolazione generale in meno di 10 anni. Le donne con carcinoma della mammella e i maschi con quello alla prostata toccano invece il traguardo dopo 20 anni.

Mentre per i pazienti con tumore di fegato, laringe, linfomi non-Hodgkin e mielomi, il traguardo si raggiunge dopo 25 anni dalla diagnosi. Il che, vale la pena ribadirlo, è una buona notizia, perché i tempi più lunghi dei fatidici 5 anni non sono un regresso, bensì si riferiscono a una guarigione «matematica», su cui prima nessuno aveva il coraggio di sbilanciarci.

Vera Martinella

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il documento

Lavoro di squadra
condotto da medici
e associazioni

La notizia più importante per chi nel corso della vita si troverà a incrociare il proprio cammino con un tumore? «È che possiamo affermare con sicurezza, dati alla mano, che in molti casi dal cancro si guarisce» così Emanuele Crocetti, segretario nazionale Airtum, sintetizza il contenuto del Rapporto appena pubblicato. Per 50 tipi di tumore Airtum ha calcolato: la distribuzione dei pazienti per sesso, età e area geografica; la quota di persone già guarite o che guariranno

(dettagliate per tipo di neoplasia, genere ed età) e il tempo che occorre lasciar passare dopo la diagnosi per potersi considerare guariti. Il volume è scaricabile dal sito www.registri-tumori.it ed è stato coordinato da Centro di riferimento oncologico di Aviano, Regione Veneto e Istituto superiore di sanità, con la collaborazione di Ass. italiana di oncologia medica e Federazione delle associazioni di volontariato oncologico.

V. M.

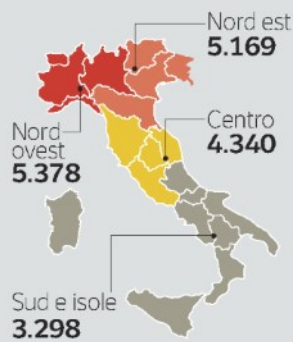
Gli italiani che al 1 gennaio 2010 avevano avuto una diagnosi di tumore nel corso della vita*



Per saperne di più

sugli argomenti relativi ai tumori corriere.it/salute/sportello_cancro

Dove vivono nel nostro Paese le persone a cui è stato diagnosticato un tumore (numero ogni 100mila abitanti)



Fonte: Airtum; dati riferiti al 2010

Corriere della Sera

agi.it

Home Cronaca Politica Economia Estero Spettacolo Sport Salute Food Ricerca e sviluppo News in English I Portali agi Regionali agi

Borsa Tech Travel Cinema Musica Motori Arte Gossip Moda + PEI News

Login

Cerca



Segui @Agenzia_Italia



Puglia

Salute: meeting Italia-Usa a Bari su tumori mammella e ovaio

17:44 21 MAR 2015

(AGI) - Roma, 21 mar - Curare i tumori e' la sfida di oggi, attuare misure efficaci di prevenzione, tarate sul singolo paziente e i suoi geni e' la sfida di domani. Dal 25 al 27 marzo 2015 a Bari si svolge il terzo meeting internazionale sui fattori ereditari coinvolti nell'insorgenza dei tumori della mammella e dell'ovaio, organizzato dall'Istituto Tumori Giovanni Paolo II di Bari in partnership con il Langone Medical Center, polo medico della New York University.

Il percorso, iniziato nel 2009, porta in questi giorni a Bari i maggiori esperti americani ed europei di screening genetico per il cancro mammario e ovarico, la cui genesi ereditaria e' evidenziabile nel 20% delle nuove diagnosi di questi tumori. Le ultime prospettive di cui si discuterà riguardano gli strumenti per calcolare il rischio di predisposizione genetica di ciascuno di noi a determinate patologie e le misure per diagnosticare precocemente la malattia nei soggetti a rischio.

L'oncologo Angelo Paradiso, direttore della Struttura semplice di Oncologia Medica Indirizzo Sperimentale dell'Istituto Tumori Giovanni Paolo II di Bari, e' tra gli organizzatori del convegno: "Il primo giorno saremo ospiti del Palazzo della Provincia e li' si discuterà di consorzi, gruppi internazionali di strutture di ricerca che si mettono in rete e si impegnano sulla stessa patologia, così da fare analisi attendibili su grandi popolazioni. Nei primi importanti risultati di questi consorzi e' coinvolto anche l'Istituto Giovanni Paolo II, con lavori e pubblicazioni sulla prestigiosa rivista "Nature".

Una rivoluzione che permetterà la conoscenza dei fattori genetici ereditari responsabili della trasmissione del cancro.

La genetica, però, non e' tutto. Infatti, affinché si sviluppi una patologia devono concorrere altre circostanze: alimentazione, ambiente, alcol, tabacco, stili di vita. "Il problema che ci troviamo a gestire con i pazienti - continua il dott. Angelo Paradiso - e' che attualmente in una buona percentuale di casi non riusciamo a trovare l'alterazione genetica trasmissibile".

Un gruppo di ricercatori del Wolfson Institute of Preventive Medicine della Queen Mary University di Londra, presenteranno, venerdì 27 marzo all'Istituto Tumori Giovanni Paolo II di Bari, i risultati dello studio IBIS, International Breast Cancer Intervention Study, (o modello Tyrer-Cuzick) che calcola il rischio di insorgenza di cancro alla mammella o all'ovaio, tenendo conto di una serie di fattori coinvolti nello sviluppo di questo tumore (numero dei figli, allattamento, anno del menarca). In particolare, sarà il dott.

Adam Brentnall a illustrare gli sviluppi del modello per la stima del rischio individuale, che permette di calcolare il rischio di insorgenza della patologia in ciascun paziente e adottare misure di prevenzione tempestive adeguate come la chirurgia preventiva. Laboratori, esperti, competenze mediche multiple (genetica, oncologia, chirurgia, ginecologia, psicologia), percorsi strutturati per accompagnare i soggetti a rischio: sono queste le regole per giocare d'anticipo la partita con la malattia.

Tra gli organizzatori del congresso internazionale, anche la dott.ssa Stefania Tommasi, dirigente biologo del Laboratorio di Genetica Molecolare dell'Istituto Tumori Giovanni Paolo II di Bari; il prof. Francisco Esteva, direttore del Breast Medical Oncology Program del Clinical Cancer Center, NYU Langone Medical Center - New York University; e il dott. Franco Muggia, oncologo al Dipartimento di Medicina del New York Langone Medical Centre, Università di New York.

E' stato invitato a portare un saluto durante la prima giornata dei lavori, che avrà inizio alle ore 13.00, nella Sala del Palazzo della Provincia, il sindaco di Bari, Antonio Decaro. Il convegno e' patrocinato da: Ministero della Salute, Regione Puglia, Comune di Bari. (AGI) .

TAGS +



RSS

Tweet

FESTIVAL
PRINTEMPS
DES ARTS DE
MONTE-CARLO 20.3/12.4 2015
XXXI edizione



BORSA

Descrizione	Valore	Var. %
FTSE MIB	23.176,68	+1,63 ▲
FTSE Italia All-Share	24.683,96	+1,51 ▲
FTSE Italia Mid Cap	32.208,95	+0,67 ▲
FTSE Italia STAR	24.233,59	+0,72 ▲
Spread BTP-Bund	101 punti	-3,96 ▼



NEWS PEI NEWS
il nuovo servizio di informazione sulla Politica Estera Italiana.



I PORTALI

► agiEuropa ► agiEnergia ► agiSalute
► agiChina ► agiArab ► Scelte Sostenibili



↳ BREVI

Una nuova era nel trattamento della mielofibrosi *Disponibile in Italia ruxolitinib, primo farmaco 'mirato' rimoborsato dal Ssn*

Arriva in Italia ruxolitinib, il primo farmaco specifico per il trattamento della mielofibrosi ad essere rimborsato SSN in Italia. La molecola ha rivoluzionato lo scenario terapeutico della mielofibrosi, poiché è l'unico farmaco ad aver dimostrato di aumentare significativamente la sopravvivenza nei pazienti con patologia per la quale finora non erano disponibili terapie in grado di modificarne il decorso, purtroppo con una sopravvivenza globale mediana di 5,7 anni; nei casi più gravi è inferiore a 2 anni. Il beneficio indotto dall'utilizzo di ruxolitinib è raccontato anche dalle testimonianze raccolte dall'indagine "Back to life" di ISTUD, progetto che ha come obiettivo la valutazione dell'impatto socio-economico della mielofibrosi in Italia. Dall'analisi dei dati emerge che i pazienti in terapia con ruxolitinib riescono a gestire la propria attività nel 73% dei casi. Al contrario, le persone in terapia con altri farmaci si trovano in molti casi costrette ad abbandonare la carriera. Infatti, ben il 33% smette di lavorare, oppure ricorre alla pensione anticipata o all'aspettativa. Tra le varie iniziative promosse dal gruppo è stato attivato un Forum web in cui pazienti e familiari possono parlare delle proprie esperienze e condividere i propri vissuti. (E.MAR.)



Nuova era nella cura delle malattie mieloproliferative

■■■ Arriva il primo farmaco specifico per il trattamento della mielofibrosi ad essere rimborsato dal Ssn in Italia. Ruxolitinib ha rivoluzionato lo scenario terapeutico della mielofibrosi, poiché è l'unico farmaco ad aver dimostrato di aumentare significativamente la sopravvivenza nei pazienti con questa patologia. «Alla luce di tutte le difficoltà che si trovano a vivere i pazienti affetti da mielofibrosi, all'interno dell'AIL è nato il Gruppo AIL Pazienti MMP Ph - ha spiegato Massimiliano Donato, Presidente del Gruppo - che riunisce i pazienti affetti da malattie mieloproliferative e i loro familiari, con lo scopo di farsi portavoce delle loro esigenze, promuovere incontri e dialogo e diffondere informazioni qualificate». È stato attivato un Forum web in cui pazienti e familiari possono parlare delle proprie esperienze e condividere i propri vissuti. «Ci faremo anche portavoce - ha aggiunto Donato - affinché queste patologie siano incluse nell'elenco del Ministero della Salute delle patologie rare esenti». (L. LUC.)



CorriereSalute

Le **medicines** vanno prese sul serio

Nel nostro Paese soltanto la metà delle persone cui è stata prescritta una terapia di lunga durata segue ancora le indicazioni del medico dopo un anno. E numerosissimi sono anche gli errori che vengono commessi in termini di dosi e di tempi. Con significativo spreco di risorse e perdita di efficacia

Uno studio italiano dice che solo la metà delle persone che devono prendere con continuità farmaci per una malattia cronica lo fa ancora dopo un anno dall'inizio della terapia. E sono molti gli errori commessi rispetto alle prescrizioni, con grave spreco di risorse

Troppe **cure inefficaci** perché seguite male

Conseguenze
La scarsa aderenza alle indicazioni del medico spesso porta a buttare i medicinali e a rischiare ricadute e complicazioni

Dimenticanze e confusione
È stato verificato che all'aumentare del numero di medicine da assumere cala inesorabilmente la «diligenza» del paziente

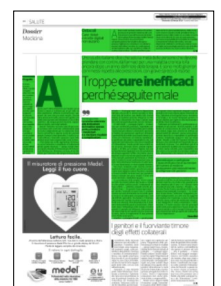
A

ppena usciti dall'ambulatorio del medico con la ricetta in mano ci sentiamo già un po' sulla via della guarigione: abbiamo la prescrizione, sappiamo che cosa fare per stare meglio. Peccato che la strada sia in salita, d'ora in poi: quello a cui

infatti non si pensa mai abbastanza è che si deve «aderire» alla terapia perché funzioni, seguendo nei modi e nei tempi indicati.

Banale? Tutt'altro: secondo i dati di una recente revisione della Cochrane Collaboration (ente di ricerca indipendente per la valutazione della ricerca scientifica), appena metà dei pazienti prende i farmaci come prescritto. E anche le cure più efficaci e innovative possono essere fallimentari se poi non vengono fatte come si deve.

«Non basta una scelta appropriata del farmaco, serve l'aderenza o *compliance* al trattamento perché questo funzioni — spiega Achille Patriuzio Caputi, docente di farmacologia all'Università di Messina, fra i firmatari, nel 2013, di un Manifesto per l'aderenza alla terapia farmacologica in Italia —. Purtroppo tutti i dati a disposizione indicano che pochi si curano secondo le istruzioni date dal medico: uno studio della Società



italiana di medicina generale (Simg) su 21 mila ipertesi ha dimostrato che dopo il primo anno solo metà dei pazienti prende ancora i farmaci».

«E dati simili — prosegue Caputi — si osservano per moltissime patologie, soprattutto croniche e senza un rischio immediato per la salute: i medicinali per ridurre il colesterolo o prevenire le fratture da osteoporosi, quelli per diminuire la probabilità di trombi o per tenere bassa la glicemia non eliminano un sintomo fastidioso o un problema che mette a repentaglio la vita, così i pazienti li percepiscono come poco importanti e li dimenticano. Anche perché sono sentiti come un peso, dovendo essere assunti regolarmente e, di fatto, per sempre. Eppure, nel caso dell'ipertensione sappiamo che con un'adesione alla terapia superiore all'80% (in pratica, una situazione in cui vi sia solo un 20 per cento di errori fra mancate assunzioni del farmaco o simili, ndr) il rischio di eventi cardiovascolari come infarti e ictus diminuisce tantissimo. In altre parole le cure funzionano, se sono seguite davvero».

Non farlo comporta costi enormi, perché i medicinali vengono buttati e perché non curarsi o farlo male significa andare incontro a ricadute e ricoveri evitabili; in alcuni casi, poi, prendere i farmaci soltanto per poco tempo è come non averlo mai fatto o addirittura peggio.

«La persistenza della terapia, ovvero curarsi per tutto il periodo indicato dal medico, è infatti un altro punto cardine perché i trattamenti abbiano effetto — sottolinea Claudio Cricelli, presidente Simg —. Se prendo i farmaci per un po' e poi smetto, credendo di stare bene, la malattia cronica non resta dormiente ma va avanti: quando tornerò ad affrontarla sarà peggiorata e sarà più difficile aggredirla. Un classico è il farmaco anticolesterolo mollato al primo esame in cui i livelli sono discreti, dimenticandosi che il risultato è stato possibile grazie al medicinale. Altrettanto tipico l'abbandono delle terapie croniche quando si prende un'influenza: tutti pensano che interromperle per qualche giorno non possa

far male, invece le sospensioni di cura possono avere effetti anche gravi».

«Inoltre — prosegue Cricelli — pochi pensano a quanto siano importanti adeguati controlli periodici, che così vengono spesso trascurati; invece, l'adesione ai test regolari serve a monitorare la terapia e ne è parte integrante, perché è il mezzo migliore per capire se stia funzionando o se debba essere modificata».

L'aderenza ai trattamenti è problematica soprattutto fra gli anziani: i deficit cognitivi, le difficoltà di comprensione da parte dei badanti non italiani (oggi sono almeno un milione gli anziani gestiti da stranieri, spesso senza preparazione specifica) e soprattutto le politerapie rendono complicato seguire le cure nel modo giusto. Stando ai dati dell'Agenzia italiana del farmaco, circa metà degli over 65 prende da 5 a 9 medicinali al giorno, l'11% addirittura più di 10 per le numerose malattie che si accumulano negli anni: anche volendo, pare impossibile non fare errori. Così, secondo la Cochrane Collaboration, all'aumentare del numero di farmaci prescritti cala inesorabilmente la *compliance*: il tasso medio è dell'80% in chi deve prendere un medicinale al giorno, ma crolla al 50% quando se ne deve assumere più di uno o se i farmaci vanno presi più di una volta al giorno. «Peraltro — interviene Nicola Ferrara, presidente della Società italiana di gerontologia e geriatria — se si mettono in uno stesso "calderone" terapeutico prodotti indispensabili con altri solo di supporto può capitare che il paziente, se non è informato a dovere, faccia a meno del medicinale essenziale per alleggerire il carico complessivo. L'informazione è il nodo cruciale: uno dei principali motivi della scarsa aderenza è il poco tempo dedicato ai malati o a chi si occupa di loro per spiegare chiaramente tutti gli aspetti dei trattamenti e la loro importanza».

Elena Meli

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Ostacoli

Caro-ticket
e ricette digitali
non aiutano

Alcune scelte sanitarie rischiano di mettere ancora più in pericolo l'aderenza alle cure. Può essere il caso dell'aumento dei ticket, come spiega il farmacologo Achille Patrizio Caputi: «Si è pensato che aumentare la compartecipazione del cittadino alla spesa potesse migliorare la *compliance*: non abbiamo ancora i dati italiani, ma dove si è scelta questa strada l'adesione alle cure croniche è crollata in maniera drammatica». Qualche problema pare

darlo anche la «dematerializzazione» delle ricette, come osserva Claudio Cricelli, presidente Simg: «I pazienti escono dallo studio con un codice e hanno ancor meno idea di che cosa sia stato prescritto, non hanno la possibilità di ricontrollare le modalità di assunzione indicate dal medico, sono più disorientati. Dobbiamo continuare a dare in mano un foglio con la posologia, perché in caso di dubbio si possa verificare che cosa ha detto il dottore».

E. M.

Progetto

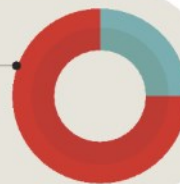
In alcune farmacie d'Italia è partito il progetto pilota «Un trillo per ricordare»: un sistema automatico chiamerà i pazienti nei giorni e negli orari stabiliti, secondo i piani terapeutici di ciascuno; sulla base delle risposte, il farmacista, da un'apposita pagina web, monitorerà la terapia e contatterà chi non prende i medicinali. Fra dodici mesi l'Università di Pavia valuterà effetti sull'aderenza e gradimento dei malati.



La mancata aderenza alla terapia si ha non solo quando non si prende il farmaco prescritto, ma anche quando questo viene preso in modo discontinuo o in maniera sbagliata

75%

L'aderenza al trattamento per le patologie acute



25%

L'aderenza al trattamento per le patologie acute ma di durata superiore a 10 giorni



50%

L'aderenza al trattamento per le patologie croniche



125 miliardi di euro

I costi annuali in Europa causata dalla mancata aderenza alle terapie farmacologiche



CAUSE PRINCIPALI DELLA MANCATA ADERENZA ALLE CURE

- Necessità di assumere i farmaci a vita per malattie croniche
- Mancanza di sintomi fastidiosi
- Mancanza di un pericolo diretto e immediato per la propria salute
- Sottovalutazione della propria condizione patologica
- Politerapia, ovvero utilizzo di due o più farmaci
- Piani terapeutici troppo complicati
- Paura degli effetti collaterali
- Scarsa comprensione del trattamento



CHE COSA POSSIAMO FARE PER MIGLIORARE L'ADERENZA ALLE CURE

- Chiedere ai medici di consegnarci fogli informativi
- Inviarsi promemoria via sms o email
- Usare diari e/o portapillole a scomparti
- Contare le pillole rimaste nelle confezioni in occasione delle visite di controllo

Fonti: Aifa e Anmco; Orms

d'Arco

CorriereSalute

I genitori e il fuorviante timore degli effetti collaterali

Il problema della mancata aderenza non dovrebbe riguardare i bambini: delle loro terapie sono responsabili mamma e papà, come potrebbero dimenticare i farmaci o smettere di somministrarli? Invece, uno studio americano dice che solo il 31% dei genitori segue la cura come prescritto, nel 56% dei casi lo fa la maggior parte delle volte, nel 13% solo saltuariamente.

«Quando c'è una malattia acuta, tutta l'attenzione è focalizzata a risolverla e l'adesione alle cure non è un problema; in caso di patologie croniche che richiedono un trattamento continuo, l'aderenza crolla anche fra i bambini, perché mamme e papà non capiscono appieno l'importanza della prevenzione per evitare le ricadute — spiega Luigi Greco, vicepresidente della Società italiana di pediatria —. I colloqui approfonditi restano il modo migliore per far capire l'importanza di seguire bene la terapia, magari concentrando i messaggi principali nei primi minuti: dopo un dialogo di un quarto d'ora i genitori dimenticano la metà di ciò che è stato detto, ricordano bene solo quel che si dice all'inizio. Perciò è importante consegnare loro anche istruzioni scritte e comprensibili».

Parlare serve a fugare i dubbi di mamme e papà, innanzitutto la paura degli effetti collaterali dei farmaci, spesso più potente di qualsiasi altra considerazione. «I timori sono fomentati da notizie contraddittorie che spesso si trovano sul web — dice il pediatra —. L'unica difesa è una maggior consapevolezza: un bimbo asmatico che tossisce dopo una risata o una corsa non sta prendendo a dovere i medicinali che tengono sotto controllo l'infiammazione dei bronchi, e questo deve essere chiaro ai genitori. Che, invece, finché non arriva una vera crisi pensano che il bimbo stia tutto sommato bene e che "dimenticare" i cortisonici non possa far danni».

E. M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



CorriereSalute

Durante i trattamenti attenzione a quel che bevete

Farmaci per l'ipertensione, per tenere sotto controllo colesterolo o glicemia, sonniferi, antidolorifici, antidepressivi, antistaminici: sono questi i prodotti di cui la maggioranza della popolazione fa uso cronico e quindi anche quelli più «a rischio» di scarsa aderenza alla cura.

L'adesione a queste terapie spesso viene meno per colpa di effetti collaterali che il paziente non tollera; peccato che non di rado la colpa degli eventi avversi non sia del farmaco, ma di una sua interazione negativa con l'alcol, bevuto regolarmente da molti senza immaginare che il «mix» possa provocare nausea, mal di testa, sonnolenza e altri sintomi, oltre che condizionare la riuscita del trattamento. La quota di persone in cui si possono manifestare interazioni pericolose è considerevole, stando ai risultati di uno studio Usa pubblicato su *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*: il 42% degli adulti e addirittura il 78% degli over 65 usa medicinali che possono essere influenzati dall'alcol e beve abitualmente, esponendosi a conseguenze.

«L'alcol assieme a sedativi, pillole per dormire o alcuni antidolorifici provoca sonnolenza e problemi di coordinazione che possono facilitare le cadute negli anziani — scrivono gli autori dello studio —. Inoltre, l'alcol riduce parecchio l'efficacia delle terapie antipertensive e può causare ipoglicemie nei diabetici in trattamento; assieme ai diuretici provoca facilmente disidratazione. Tutti problemi che diventano più probabili con l'andare degli anni, quando la capacità di metabolizzare l'alcol diminuisce e rallenta pure il metabolismo dei farmaci: la finestra entro cui sono probabili interazioni dannose si «allarga» ed è quindi importante, quando viene prescritto un farmaco, chiedere sempre come ci si dovrebbe comportare con gli alcolici».

E. M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



CorriereSalute

Per gli anziani badanti da istruire

Pare ormai chiaro: se una terapia non funziona la prima domanda da farsi non è se si stia prendendo il farmaco sbagliato, ma se si stia seguendo davvero lo schema di trattamento indicato dal medico. Ma come riuscire a farlo, visti i tanti ostacoli a una buona adesione alle cure?

L'ultima revisione della Cochrane Collaboration lo ammette: a oggi nessun metodo si è rivelato indiscutibilmente efficace e non c'è una «ricetta» buona per tutti. Qualcosa però si può fare, a partire da un buon colloquio tra medico e paziente. «Spiegare a fondo perché bisogna prendere quel farmaco con le modalità indicate, chiarire i dubbi, rinforzare il messaggio ai controlli successivi aiuta a migliorare l'aderenza: per il paziente essere consapevole del proprio problema e condividere il percorso terapeutico è alla base della cura — dice Claudio Cricelli, presidente Simg —. Quindi, bisognerebbe ridurre tutte le possibilità di confusione: il cambiamento della terapia, ad esempio perché si devono modificare i dosaggi, è un momento critico in cui il medico deve dedicare più tempo alle spiegazioni. Inoltre i pazienti, specie gli anziani, riconoscono il farmaco dalla scatola, dal colore e dalla forma della pillola: ogni volta che viene sostituito, la probabilità di un'assunzione

corretta si riduce. Soprattutto in situazioni in cui l'aderenza è a rischio, meglio prescrivere sempre lo stesso prodotto».

Lo conferma un recente studio pubblicato sugli *Annals of Internal Medicine*: quando la pastiglia abituale cambia colore o forma, il rischio di abbandonare la terapia aumenta del 66%. Per ricordarsi di prendere il medicinale nel modo giusto uno dei trucchi più efficaci è scrivere le modalità di assunzione direttamente sulla scatola, così da averle ben presenti ogni volta che abbiamo in mano il prodotto. E se ricordarsi il momento giusto per ogni pastiglia è complicato, vengono in aiuto i dispenser: «Le scatole vanno preimpilate, mettendo in ciascuno scomparto tutti i farmaci da prendere nella stessa ora del giorno — spiega Cricelli —. Sono utilissime, perché rendono inequivocabile il momento dell'assunzione impedendo di dimenticare qualcosa, e per di più consentono di accorgersi subito di eventuali errori, perché le pastiglie dimenticate restano nella scatola e si capisce immediatamente se, come e quando abbiamo sì è commesso un errore: purtroppo pochi pazienti le usano con regolarità, ma sono uno strumento semplice e a bassissimo costo per migliorare l'aderenza. Lo stesso vale per i diari della terapia, comodi so-

prattutto in caso di pazienti anziani seguiti da diversi familiari o badanti: quando più persone si avvicendano, segnare su un quaderno che cosa è stato somministrato, e come, aiuta tutti a non commettere errori».

«Se ci sono badanti, devono essere coinvolte in colloqui approfonditi: la Società di gerontologia e geriatria (Sigg) ha pensato a corsi formativi in cui insegnare loro le basi dell'assistenza e delle modalità di somministrazione dei farmaci — osserva Nicola Ferrara, presidente Sigg —. Per migliorare l'aderenza, poi, è bene che il medico riduca il carico dei farmaci, lasciando solo quelli indispensabili e prioritari: non si possono seguire le linee guida per ciascuna malattia, occorre decidere su che cosa è essenziale puntare». «Quando si registrano eventi avversi, nei pazienti a rischio di cadute, fragili o terminali e in tutte le politerapie è spesso possibile sospendere qualcosa senza danni — conferma il farmacologo Achille Patrizio Caputi —. La "deprescrizione" sotto la sorveglianza del medico migliora l'aderenza senza compromettere le cure: uno studio su un gruppo di over 70 a cui sono stati tolti farmaci ritenuti meno indispensabili ha mostrato che solo nel 2% dei casi è stato necessario riprenderli».

E. M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Strategia

Le «polipillole»
possono essere
una soluzione

Un aiuto per facilitare una maggiore aderenza ai trattamenti farmacologici può arrivare anche dalle cosiddette «polipillole». Si tratta di «combinazioni di medicinali (come per esempio quelli per abbassare la pressione, quelli per ridurre il colesterolo, gli antiaggreganti, ndr) a dosaggi fissi — spiega Achille Patrizio Caputi, docente di farmacologia all'Università di Messina —. In alcuni casi può anche valere la pena di rinunciare alla possibilità di

modulare le singole terapie variando le dosi di ciascuno dei farmaci, se in cambio si riesce a ottenere una riduzione del pericolo che i malati non abbandonino il trattamento. In pazienti ad altissimo rischio, ad esempio, la polipillola può aumentare l'aderenza alla cura fino all'86 per cento rispetto alla prescrizione delle singole molecole».

E. M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Priorità

A volte, può essere preferibile che il medico riduca il carico delle «pillole», lasciando solo quelle che ritiene indispensabili: non si possono sempre seguire le linee guida per ciascuna patologia, bisogna decidere su che cosa è essenziale puntare



Per saperne di più

La sezione dedicata ai pazienti della Cochrane Library italiana
<http://www.cochrane.it/cittadini-e-pazienti>

CorriereSalute

● Il numero

C'è ancora troppo sale nell'alimentazione degli italiani

L'Organizzazione mondiale della sanità raccomanda un consumo giornaliero di sale inferiore ai 5 grammi. Ma a tre anni di distanza dagli accordi tra il ministero della Salute e le associazioni dei panificatori per ridurre il contenuto di sale nel pane, il consumo giornaliero risulta essere ancora quasi il doppio rispetto alla quantità consigliata (da 10.8 a 9.5 grammi, per gli uomini; da 8.4 a 7.4 grammi, per le donne). Lo dicono i dati di due progetti, promossi dal Centro per il controllo delle malattie: il primo, per determinare in adulti, bambini e soggetti ipertesi i livelli urinari di sodio e potassio (indicatori del consumo di sale e di frutta e verdura); il secondo, per verificare l'efficacia di un programma per favorire la riduzione del consumo di sale. Sono stati, inoltre, esaminati 1.334 giovani fra gli 8 e gli 11 anni: i valori medi di consumo sono risultati di 7.4 grammi nei ragazzi e 6.7 nelle ragazze.

5 grammi

È la soglia giornaliera da non superare nel consumo giornaliero di sale



Basta un poco di dopamina in più Ecco la pillola che rende buoni

Scoperta dai ricercatori dell'Università della California e di Berkeley

LA SCIENZIATA

«Indulgenza e tenerezza sono tratti della personalità che si possono influenzare»

■ ROMA

DOPO i figli dei fiori, il surf, Twitter ed Apple, la California regala una nuova rivoluzione. La «pillola della bontà», un farmaco in grado di renderci compassionevoli, più indulgenti e di aumentare l'empatia verso gli altri, facendoci essere più equi. La stanno sviluppando i ricercatori della University of California di Berkeley e di San Francisco, che hanno testato su un campione ristretto di 35 persone un farmaco in grado di produrre artificialmente proprio sentimenti di bontà.

Il farmaco, a base di tolcapone, che prolunga gli effetti della dopamina, una sostanza chimica prodotta dal cervello e legata a sentimenti come la ricompensa e la motivazione, agirebbe modificando l'equilibrio neurochimico nella corteccia prefrontale del cervello, responsabile della personalità, del comportamento sociale e della capacità decisionale.

LO STUDIO, i cui risultati sono stati pubblicati sulla rivista *Current Biology*, ha coinvolto 35 persone, 18 dei quali donne, divisi in due gruppi: al primo è stato dato un placebo, all'altro il tolcapone e a tutti è stato chiesto di partecipare a un gioco che prevedeva la divisione di denaro con un destinatario anonimo. Coloro che hanno assunto tolcapone si mostravano più equi nella suddivisione dei soldi con gli sconosciuti ed erano più sensibili verso le iniquità so-

ciali.

«Di solito pensiamo all'equanimità come una caratteristica stabile della nostra personalità - ha detto Ming Hsu, una delle autrici della ricerca -; il nostro studio non rifiuta questo concetto, ma mostra come questo tratto della personalità possa essere sistematicamente influenzato 'prendendo di mira' alcune specifiche vie neurochimiche nel cervello umano».

Gli scienziati sono convinti anche che questa pillola potrebbe un giorno contribuire a trattare malattie mentali con un forte impatto sociale, come la schizofrenia o le dipendenze.

LA COMPASSIONE è qualcosa che accompagna l'uomo da milioni di anni ed è precedente allo sviluppo delle capacità cognitive e della parola secondo una tesi sostenuta dalla studiosa dell'evoluzione umana Penny Spikins, dell'Università di York, nel volume 'How Compassion made us Human'. Secondo la studiosa alcune ricerche evidenzerebbero come gli esseri umani che hanno vissuto più di 3 milioni di anni fa si siano curati e aiutati a vicenda per sopravvivere prima ancora di imparare a parlare, una cosa appresa molto più tardi, circa 150mila anni fa: proprio questo può avere aiutato intelligenza e ragionamento ad evolversi.

Gli Australopithecini, quasi in un gesto di tenerezza, trasportavano anche su lunghe distanze dei sassi la cui forma era del tutto simile a quella del volto di un bambino, l'*Homo ergaster*, vissuto 1,5 milioni di anni fa, curava i malati, mentre l'*Homo heidelbergensis*, 450mila anni fa, si prendeva cura dei bambini disabili.

r. int.



Lo studio americano

Alla ricerca hanno preso parte 35 persone: metà di loro ha assunto un semplice placebo, l'altra il farmaco



Curare e aiutare

L'*Homo ergaster*, vissuto 1,5 milioni di anni fa, curava i malati e l'*Homo heidelbergensis*, 450mila anni fa, i bambini disabili



SALUTE

Tendono all'obesità gli adolescenti che dormono solo sette ore a notte e poi «crollano» la domenica

Modificazioni negative

Un sonno insufficiente altera gli equilibri fra leptina e grelina, ormoni coinvolti nella regolazione di appetito e sazietà

Durante il fine settimana fanno tardi, poi cercano di recuperare, dormendo fino a mezzogiorno la domenica mattina. Nei giorni di scuola, invece, magari provano ad andare a letto presto, ma fra Facebook e WhatsApp passa un bel po' di tempo prima che si addormentino. Così, il sonno degli adolescenti è precario e soprattutto irregolare, con lunghe dormite nel weekend e notti brevi dal lunedì al venerdì.

Il risultato non è solo un calo del rendimento in classe, ma anche il rischio concreto che la bilancia tenda a salire: una ricerca presentata durante l'ultimo congresso dell'*American Heart Association* ha dimostrato che dormire 12 ore una notte e 7 ore un'altra si associa nei giovanissimi ad abitudini alimentari malsane, che portano dritto al sovrappeso. Chi dorme in maniera irregolare, infatti, introduce in media duecento calorie in più al giorno, indulge più spesso in cibi ricchi di grassi e carboidrati, ha una tendenza del 60 per cento maggiore a cedere agli snack notturni, e durante il fine settimana passa più spesso la nottata sgranocchiando schifezze.

Dati che spiegano perché i ragazzi con un sonno non proprio ideale abbiano una maggior probabilità di essere obesi, raccolti in diretta dalla «vita vera» dei partecipanti: per una settimana tutti gli adolescenti coinvolti nello studio hanno indossato un «actigrafo», ovvero un braccialetto che registra le fasi di riposo e veglia, per misurare in maniera certa le variazioni nelle ore di sonno da un giorno all'altro. E secondo gli autori, la «costanza» negli orari del riposo conterebbe ancora di più delle effettive ore dormite.

«I ragazzi in ogni caso soffrono di una deprivazione di sonno: chi dorme parecchio più del solito nel fine settimana lo fa proprio perché non ha riposato abbastanza gli altri giorni — osserva Lino Nobili, coordinatore del Centro per la diagnosi e la cura dei disturbi del sonno dell'ospedale Niguarda di Milano —. Un riposo irregolare e insufficiente spinge i ragazzi a mangiucchiare, perché più stanno svegli più sale la

tentazione di un cioccolatino, di qualche patatina, di uno spuntino. Inoltre, un sonno inadeguato causa modificazioni ormonali con un impatto sul peso, ad esempio alterando gli equilibri dei due ormoni dell'appetito e della sazietà, leptina e grelina, e influenzando la produzione di cortisolo, l'ormone dello stress coinvolto a sua volta nella regolazione dell'insulina».

«Tutto questo — aggiunge Lino Nobili — induce una variazione nel metabolismo di grassi e zuccheri, con effetti a cascata che portano a ingrassare».

Purtroppo, stando a un'indagine pubblicata sulla rivista *Pediatrics*, i ragazzini dormono sempre meno e peggio: negli ultimi vent'anni è cresciuta la percentuale di giovanissimi che dormono meno di sette ore per notte (nell'adolescenza la durata ideale del riposo è attorno alle nove ore) e un crollo della quantità di sonno si sarebbe verificato soprattutto fra i quindicenni. «Durante l'adolescenza, però, il bisogno di dormire è massimo, perché si tratta del secondo momento della vita in cui si ha il maggior sviluppo di connessioni nervose, dopo la fase neonatale. La carenza di sonno perciò non fa male soltanto alla corretta alimentazione, ma fa male anche allo sviluppo cerebrale dei giovani» specifica Nobili.

«La correlazione fra sonno scarso e sovrappeso, peraltro, è vera anche negli adulti. L'alimentazione è sincronizzata sul ritmo sonno-veglia, a sua volta regolato in base al ciclo luce-buio: di notte bisogna riposare e chi resta sveglio a lungo, oltre ad avere uno squilibrio negli assetti ormonali coinvolti in fame, sazietà e metabolismo dei nutrienti, inevitabilmente finisce per mangiare qualcosa di più — conclude l'esperto —, rischiando di accumulare chili perché introduce calorie in un momento in cui l'organismo non è pronto a utilizzare al meglio il cibo».

Elena Meli

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Pagina a cura di StudioNews – info@studionews.eu – Grafica: Milano Graphic Studio Srl

Viareggio. Corso SIDeMaST sulle malattie infiammatorie della cute

Le malattie della pelle oggi sempre più curabili

Supporto di LEO Pharma per aggiornare giovani specializzandi dermatologi

DI EUGENIA SERMONTI

Lo sappiamo tutti: le malattie della pelle sono, purtroppo, sempre più diffuse, e i numeri non lasciano spazio a dubbi. L'acne, per fare un esempio, colpisce circa il 90% dei giovani mentre la psoriasi, invece, interessa il 3% della popolazione mondiale: come dire 125 milioni di pazienti in tutto il mondo - di cui oltre 2,5 milioni solo in Italia - eppure studi recenti dimostrano che un paziente su due non riceve trattamenti soddisfacenti. E ancora la cheratosi attinica, una lesione di tipo neoplastico allo stadio iniziale, che l'1,4% della popolazione italiana sopra i 45 anni di età ed è spesso misconosciuta

e sotto diagnosticata. E proprio con l'obiettivo di consolidare il ruolo del dermatologo - interlocutore primario a cui rivolgersi al primo comparire dei sintomi di malattie cutanee, e poter accedere così a terapie efficaci in grado di migliorare la qualità di vita, evitando, nel caso di patologie tumorali in fase precoce come la cheratosi attinica, l'evoluzione in un carcinoma invasivo - LEO Pharma ha offerto per il terzo anno consecutivo il supporto ad una iniziativa rivolta ai giovani specializzandi in Dermatologia: il XV Corso di aggiornamento sulle "Malattie Infiammatorie della Cute" organizzato dalla Società Italiana di Dermatologia me-

dica, chirurgica, estetica e delle Malattie Sessualmente Trasmesse (SIDeMaST), una tre giorni conclusasi venerdì scorso a Viareggio. La psoriasi, a causa dell'impatto negativo che spesso ha sulla qualità di vita dei pazienti, arrivando a condizionarne anche progetti nella sfera personale e lavorativa, viene equiparata ad una patologia invalidante: si manifesta con la comparsa di chiazze rossastre e rotondeggianti, ben delimitate da margini netti. Con il progredire della patologia, le chiazze possono confluire e ricoprirsi di squame di colore bianco-argenteo. La maggior parte delle persone affette da psoriasi (circa l'80%) soffre di psoriasi a

placche, nella forma lieve o moderata. Anche l'acne si caratterizza per l'impatto emotivo e socio-relazionale, che compromette la quotidianità di chi ne è affetto: lo stress che ne deriva peggiora ulteriormente la patologia, inducendo in alcuni casi anche all'isolamento sociale. Meno conosciuta ma ben più pericolosa è la cheratosi attinica, una lesione neoplastica epiteliale cutanea che si sviluppa spontaneamente come conseguenza di un'esposizione prolungata ai raggi ultravioletti (UV): la sua insorgenza è quindi correlata all'effetto cumulativo dell'esposizione non protetta ai raggi solari o ad altre fonti UV, come i lettini abbronzanti, e all'avanzare dell'età.



Ecco il nostro impegno per i giovani diabetologi



Paolo Cionini

Promozione della cultura dermatologica e collaborazione con le società scientifiche sono, insieme all'innovazione terapeutica per patologie come la cheratosi attinica e la psoriasi lieve-moderata, i capisaldi dell'impegno di LEO Pharma in Italia e le ragioni del supporto a questa iniziativa della SIDeMaST. «Da quando LEO Pharma è

in Italia, ossia da 3 anni, offriamo il nostro sostegno al Corso di aggiornamento dedicato ai giovani dermatologi della SIDeMaST, così da poter essere sempre più vicini a coloro che sono e saranno sempre i nostri principali alleati nelle sfide future e ci accompagneranno nel nostro percorso di sviluppo e di supporto al paziente» afferma Paolo Cionini, General Manager di LEO Pharma Italia. **(E. SER.)**

SALUTE

Progressi contro il **dolore** soprattutto negli ospedali

Dopo il ricovero restano difficoltà per le terapie antalgiche a casa

Il bilancio

Il 15 marzo di cinque anni fa il varo della Legge 38 sul diritto di combattere la sofferenza

L'indagine

Il Tribunale del malato ha verificato lo stato di applicazione delle norme in 46 strutture

Malati non più soli nella sofferenza. Il diritto alle cure per non soffrire è riconosciuto dalla legge 38 del 15 marzo 2010, che stabilisce, tra l'altro, la registrazione del dolore in cartella clinica, in modo che sia misurato, controllato, trattato.

A cinque anni dal varo delle norme, i dati di una recente indagine del Tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva (che ha coinvolto 46 ospedali di 15 Regioni e 711 pazienti ricoverati in 214 reparti) indicano che in 8 casi su 10 nella cartella clinica è previsto un apposito spazio sul trattamento del do-

lore. A quasi tutti i pazienti (87,7%) è stato chiesto se provavano dolore, ma solo in un caso su due ne è stata misurata anche l'intensità con appositi strumenti. Il dolore segnalato dal paziente è stato comunque trattato tempestivamente, nella maggior parte dei casi con farmaci.

Carenti, invece, le informazioni ai malati: solo un paziente ogni quattro è stato informato sui diritti garantiti dalla legge 38. Altro punto debole, il controllo del dolore alle dimissioni dall'ospedale. «In più di un caso su tre non esiste la pro-

cedura per la consegna dei farmaci necessari a proseguire la terapia analgesica a casa» riferisce Tonino Aceti, coordinatore nazionale del Tribunale per i diritti del malato.

Solo nel 22% degli ospedali monitorati, poi, tutto il personale sanitario ha ricevuto la formazione sul trattamento del dolore negli anziani. E in ambito pediatrico, in una struttura su 3 mancano protocolli per procedure non farmacologiche, come tecniche per ridurre l'ansia o il disagio che può provocare il dolore.

Maria Giovanna Faiella

© RIPRODUZIONE RISERVATA

In Italia



12 milioni

Le persone che soffrono di dolore cronico



1 miliardo

Le ore lavorative perse ogni anno per dolore cronico

LE CAUSE PRINCIPALI SONO



patologie vertebrali



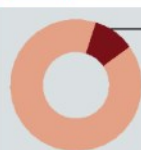
neuropatie periferiche



artrosi



cefalea



10%
I casi che sono causati da tumori



16,4%
I casi in cui il dolore è stato sottostimato o non considerato

Fonte: Tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva, indagine 2015

CdS



Assistenza

Efficaci le reti
di servizi
«hub and spoke»

Dice Guido Fanelli, estensore della legge 38 e presidente della Commissione «Dolore e cure palliative» del ministero della Salute: «L'accesso alla terapia del dolore e alle cure palliative è previsto nei Lea, i Livelli essenziali di assistenza, da garantire a tutti i cittadini, ma rimangono ancora notevoli differenze tra Regioni. A godere di quei diritti è solo il 60 per cento della popolazione, soprattutto in 5 Regioni, Lombardia, Emilia Romagna, Toscana, Piemonte e Veneto,

dove sono attive le reti "hub and spoke"». Si tratta di reti cliniche integrate, con un numero ristretto di centri per i casi più complessi (hub), supportati da servizi territoriali (centri spoke) in regime ambulatoriale. L'Italia si conferma, inoltre, fanalino di coda per uso di oppioidi. «C'è ancora un deficit di prescrizioni — sottolinea Fanelli — dovuto a carenze organizzative e a una certa riluttanza da parte dei medici».

M. G. F.

CorriereSalute

Come si riconosce l'artrite reumatoide?

Lo specialista

Dolore alle articolazioni durante la notte e mani rigide al mattino per almeno un'ora



Carlomaurizio Montecucco
Ordinario di reumatologia
Università di Pavia,
Policlinico San Matteo

Di solito si comincia con le mani e i polsi: le piccole articolazioni fanno male, si gonfiano e al risveglio sono rigide, ci vuole almeno un'ora per iniziare a carburare. È questa la fase iniziale dell'artrite reumatoide, malattia su base autoimmune che in Italia colpisce circa 300 mila persone. Può arrivare a qualsiasi età, ma più spesso tra i 40 e i 60 anni e nelle donne.

«Alla base c'è un'alterazione del sistema immunitario, dovuta a fattori in parte genetici e in parte ambientali, come fumo e infezioni. Il risultato è un'infiammazione della membrana sinoviale, il rivestimento interno delle nostre articolazioni mobili. Tale membrana è ricca di vasi e produce il liquido sinoviale, che nutre e lubrifica le strutture articolari — spiega Carlomaurizio Montecucco, ordinario di reumatologia all'Università di Pavia, Policlinico S. Matteo —. Quando si instaura l'artrite reumatoide alcune cellule del sistema immunitario invadono la membrana sinoviale e rilasciano sostanze (citochine) che attivano il processo infiammatorio. Ciò comporta un aumento del liquido sinoviale e un ispessimento della membrana, che causano il classico gonfiore articolare; caratteristico è, per esempio, quello delle dita. Il perdurare dell'infiammazione può danneggiare la cartilagine articolare e l'osso sottostante, che viene eroso in profondità».

Quali sono i sintomi?

«Dolore, anche notturno, rigidità mattutina per almeno un'ora e tumefazioni locali. In genere le articolazioni colpite per prime sono quelle di mani e polsi, sebbene possano essere attaccate anche ginocchia, piccole articolazioni dei piedi, caviglie, gomiti, spalle, anche le prime due vertebre della colonna. Altro segnale è la simmetria: se, per esempio, è colpita una mano, nel giro di qualche giorno lo sarà anche l'altra. Esistono poi sintomi meno specifici come febbre e stanchezza generale. A lungo andare

se non si interviene possono risentirne tendini e legamenti. Non solo: si possono avere ricadute negative su tutto l'organismo a partire da cuore, arterie, nervi e polmoni».

Esiste un test specifico per diagnosticarla?

«Per la diagnosi bisogna valutare la storia clinica, osservare le articolazioni e prendere nota dei sintomi, nonché richiedere alcuni esami di laboratorio che possono aiutare a completare il quadro. Tra questi rientrano il *fattore reumatoide* (che può però anche essere positivo in soggetti sani e negativo in malati), gli indici di infiammazione, come *Ves* e *Pcr*, e, soprattutto, gli anticorpi *antiproteine citrullinate*, che possono essere negativi in diversi casi di artrite reumatoide, ma che quando positivi possono indicare una malattia più aggressiva. Si può fare un'ecografia per valutare l'infiammazione della membrana sinoviale, il primo danno che si manifesta nell'artrite reumatoide, mentre la radiografia serve soprattutto nelle fasi avanzate, quando è stato ormai intaccato l'osso».

Quali sono le cure?

«L'obiettivo è spegnere la malattia, arrestandone la progressione. Fondamentale è instaurare al più presto una terapia con i cosiddetti DMARDs, farmaci in grado di modificare l'evoluzione della patologia. In fase iniziale si devono fare controlli ogni tre mesi e se si vede che un solo farmaco (nella maggior parte dai casi si parte con il metotrexate) non ha l'effetto atteso, se ne aumentano le dosi o se ne associa un altro. Nei casi più aggressivi, che non rispondono all'uso dei medicinali tradizionali, si ricorre ai farmaci biologici, che possono essere prescritti solo in centri autorizzati».

Antonella Sparvoli

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'artrite reumatoide è una malattia cronica infiammatoria che colpisce prevalentemente le articolazioni, ma può coinvolgere anche altri organi e apparati dell'organismo

ARTICOLAZIONE NORMALE

Le articolazioni mobili normali, come quella illustrata, sono circondate da una **capsula articolare**, rivestita internamente dalla **membrana sinoviale**. Quest'ultima produce il **liquido sinoviale**, che ha la funzione di nutrire e lubrificare le strutture articolari. All'interno della cavità articolare la cartilagine riveste i capi ossei



ARTRITE REUMATOIDE

L'artrite reumatoide comporta un'infiammazione della membrana sinoviale con conseguenti danni alla cartilagine e all'osso all'interno dell'articolazione e distruzione, con il passare del tempo, di tendini e legamenti



LE ARTICOLAZIONI PIÙ COLPITE

- Le sedi più spesso colpite sono le piccole articolazioni delle **mani** e i **polsi**, seguite da piedi (piccole articolazioni), ginocchia, gomiti, caviglie, spalle, anche, colonna cervicale (tra la prima e la seconda vertebra)
- L'interessamento è in genere **simmetrico** (entrambi i lati del corpo) e l'andamento è spesso centripeto (sono coinvolte per prima le articolazioni più lontane e poi via via quelle più vicine agli arti)



Articolazioni della mano interessate dall'artrite reumatoide

LE CAUSE

- Le cause sono molteplici e non tutte ancora chiare, però è evidente che nell'artrite reumatoide si innesca un meccanismo per cui il sistema immunitario, che in condizioni normali difende l'organismo dall'aggressione di sostanze estranee, comincia a produrre cellule e anticorpi (autoanticorpi) che si rivolgono contro le articolazioni (in particolare, quelle mobili caratterizzate cioè dalla presenza di membrana sinoviale)
- Alcune cellule del sistema immunitario invadono la membrana sinoviale e rilasciano citochine, sostanze che attivano il processo infiammatorio (sinovite)
- Il risultato finale è un danno alla cartilagine e all'osso sottostante, con deformità e invalidità

LA DIAGNOSI

- La diagnosi precoce è fondamentale per prevenire l'instaurarsi di lesioni irreversibili e deformità
- **Non esiste un test specifico** in tutti i casi per diagnosticare l'artrite reumatoide, ma alcuni esami di laboratorio possono essere d'aiuto:
 - **Fattore reumatoide**, un anticorpo riscontrato in circa il 70% dei pazienti con artrite reumatoide
 - **Anticorpi anti-proteine citrullinate** che hanno una specificità per l'artrite reumatoide, ma non sono sempre presenti
 - **Velocità di eritrosedimentazione o VES**, e/o della proteina C reattiva o **PCR** (un loro aumento indica la presenza di uno stato infiammatorio)
- Indagini utili per monitorare la malattia, a cui ricorrere su indicazione del reumatologo, sono la **radiografia** e l'**ecografia articolare**

I SEGNI E I SINTOMI

Dolore articolare

- Spontaneo e continuo, spesso anche notturno
- Indipendente dal movimento

Rigidità

- Tipica alla **mattina**, si protrae per almeno **un'ora**
- **Migliora col movimento**
- Riguarda più articolazioni contemporaneamente

Gonfiore, calore e rossore

- Di solito l'articolazione appare gonfia (il liquido sinoviale è aumentato e sono presenti cellule infiammatorie) e possono esserci altri segnali di infiammazione quali calore e rossore

Limitazione funzionale

- Progressiva **perdita della mobilità** delle articolazioni (all'inizio è causata dal dolore, nelle fasi avanzate è spesso conseguenza della rottura di tendini e legamenti)

Tendiniti

- Si verificano se l'infiammazione colpisce la membrana sinoviale che riveste i tendini. Le tendiniti del polso causano, per esempio, la sindrome del tunnel carpale (di solito a entrambe le mani)

Sintomi non articolari

- Può esserci febbre o febbricola e stanchezza generale

Manifestazioni extrarticolari

- Formazione di noduli sottocutanei (noduli reumatoidi), che non procurano dolore, localizzati soprattutto sulle zone sottoposte a maggior pressione, come la superficie estensoria dei gomiti e degli avambracci
- È possibile il coinvolgimento di polmoni, cuore, arterie e nervi

LE CURE

- L'obiettivo della terapia è ridurre dolore e infiammazione, ma soprattutto rallentare o fermare il danno articolare
- All'uso di farmaci sintomatici (antinfiammatori e antidolorifici), bisogna affiancare sin da subito un trattamento di fondo che si basa sul ricorso a **farmaci in grado di modificare il decorso della malattia**, i cosiddetti **Dmards** (Disease-Modifying Anti-Rheumatic Drugs). Il più usato di questi medicinali è il metotrexato
- All'inizio l'efficacia della terapia va verificata a **intervalli di tre mesi** e se non sono stati ottenuti i risultati desiderati, si propone un approccio più «aggressivo» con aumento dei dosaggi o l'uso di più farmaci in associazione, incluse piccole dosi di cortisone
- Se nonostante tutto la malattia dà segni di progressione si ricorre ai **farmaci biologici**, utilizzati quasi sempre in associazione al metotrexato

Disabilità

La diagnosi
precoce
è fondamentale

La maggior parte dei pazienti con artrite reumatoide ha dolori continui e progressivi; la disabilità che ne deriva è dovuta al danno articolare, che si sviluppa nel tempo e che, a sua volta, dipende dal grado dell'infiammazione. «La diagnosi precoce può evitare che si instauri un danno irreversibile, grazie a cure che modificano l'evoluzione naturale della malattia» puntualizza il professor Montecucco. Sebbene l'artrite reumatoide possa influire negativamente sulla

qualità di vita, le attuali terapie, associate a programmi di riabilitazione, educazionali e di supporto, permettono nella maggior parte dei casi di ottenere una stabilizzazione o una remissione della malattia. I pazienti riescono così a condurre una vita attiva, sia sul piano lavorativo che personale e sociale. In passato, invece, la prognosi a lungo termine era in genere meno favorevole.

A. S.

© RIPRODUZIONE RISERVATA