

medicina

ONCOLOGIA

In Europa sono in calo le vittime di tumori: meno 10% per gli uomini e 7 per le donne

CURE EFFICACI

Cala del 9% anche la mortalità per il cancro che colpisce il seno

In un articolo pubblicato su *Annals of Oncology*, un gruppo di ricercatori italiani e svizzeri stima che i tassi di mortalità per tumori (standardizzati per età per 100mila abitanti) sono in diminuzione, anche se i numeri assoluti sono in aumento (1,3 milioni di vittime stimati nel 2012) causa l'invecchiamento della popolazione.

I ricercatori stimano che il tasso globale di mortalità per tumore nell'anno in corso sarà di 139 decessi per 100mila uomini e 85 per 100mila donne. Rispetto ai tassi del 2007 si registra una diminuzione del 10% negli uomini e del 7% nelle donne.

«In Italia - spiega Eva Negri, coautrice nel lavoro e ricercatrice presso l'Istituto Farmacologico Mario Negri - nel 2012 si registreranno circa 400mila casi e 180mila morti per tumori. I tumori sono secondi solo alle malattie cardiovascolari come numero di deces-

si, ma sono la principale causa di anni di vita persi, poiché insorgono in età più giovane delle malattie vascolari. I più frequenti tumori nel 2012 in Italia, sono quelli: del polmone (33mila decessi), dell'intestino (22mila), della mammella (12mila), del pancreas (11mila), dello stomaco (9mila) e della prostata (8mila)». Uno dei dati più favorevoli, sia in Europa, sia in Italia, è la riduzione del 9% in 5 anni nella mortalità per tumore della mammella, dove la riduzione è più marcata nelle donne giovani. «Ciò indica - afferma Carlo La Vecchia, capo del dipartimento di epidemiologia dell'Istituto Mario Negri - il ruolo essenziale dei miglioramenti della terapia per il tumore della mammella piuttosto che dello screening mammografico, che è ristretto alle donne tra i 50 - 70 anni». La mammella resta la principale causa di morte per tumore nelle donne nei Paesi europei eccetto il Regno Unito e la Polonia, dove è stata superata dal tumore al polmone in crescita come principale causa di mortalità per tumore.

[L.C.]



Cardinale: «Dalla conferenza Stato-Regioni prendere i primi fondi per il contrasto»

DA ROMA LUCA LIVERANI

«È arrivato il momento di prendere un provvedimento concreto, di dare un segnale immediato alle famiglie per far capire che lo Stato ha deciso di fronteggiare un fenomeno che chiamare ludopatia è riduttivo». Come? Il sottosegretario alla salute Elio Cardinale ha un'idea precisa per un intervento immediato: «In Conferenza Stato-Regioni c'è, nella ripartizione dei fondi, la disponibilità di un obiettivo di piano, accantonato per questioni specifiche. Con 20 o 30 milioni si possono realizzare, subito, una campagna di prevenzione, una carta unica per il gioco legale, linee di indirizzo, i primi interventi di recupero». Con un curriculum di tutto rispetto - vicepresidente dell'Istituto superiore di sanità, docente di radiologia a Palermo dove è preside della facoltà di medicina - Cardinale racconta tutta la sua preoccupazione per il dilagare del gioco d'azzardo. «Settantasei miliardi giocati in un anno - dice il sottosegretario alla Salute - sono pari alle manovre per il pareggio del bilancio. E per il 2012 la previsione è di 100 miliardi».

Il governo ha annunciato un provvedimento entro poche settimane. Lei, sottosegretario Cardinale, crede che bisogna intervenire prima?
Un disegno di legge governativo è quantomai opportuno per sintetizzare le numerose proposte di Camera e Senato. Vedo che in Parlamento c'è uno sforzo comune di tutte le persone consapevoli e perbene. Ritengo, mi auguro e sono certo che su un tema del genere non ci sia maggioranza e opposizione, né tantomeno colori di partito. Ma bisogna fare presto. Lo sa che sono 550 mila i minori che giocano, il 170% in più in un anno? Qui si tratta anche di tutelare i nostri ragazzi. **El'iter di una legge, lei dice, è troppo lento.**

Proprio così. Per questo dico che si può e si deve partire destinando alla lotta ad "Azzardopoli" i fondi disponibili in conferenza Stato-Regioni. Ne ho parlato con i dirigenti del ministero della Salute e mi hanno confermato che questa è la strada più percorribile. Sarebbe un primo passo importante.

Perché, ha un mente un percorso?

Il passo successivo dovrebbe essere la preparazione di Linee guida sulle ludopatie, in collaborazione tra ministero della Salute e Istituto superiore di sanità, per definire tutta la problematica dal punto di vista tecnico-scientifico. Coinvolgendo le società scientifiche più aderenti al tema: penso alla Siptech, la società italiana di psicotecnologie e clinica dei nuovi media. Poi bisognerà mettere mano ai Livelli essenziali di assistenza.

Inserire la ludopatia nei Lea: in molti lo chiedono, ma ci sono problemi di copertura.

Nell'ambito della revisione in corso del Patto per la salute si possono individuare patologie che nel corso degli anni non hanno più motivo di esistere. Mentre altre si presentano alla ribalta, come appunto le ludopatie.

Ovviamente non è un ripensamento che si può fare su due piedi: servono valutazioni epidemiologiche e finanziarie.

il percorso

Il sottosegretario alla Salute: linee guida scientifiche, poi le ludopatie nei Lea e un disegno di legge organico del governo



Elio Cardinale



Inquinamento e fumo sono davvero così dannosi o si sta esagerando?

L'impressione che ho andando dal dottore è che voglia fare del terrorismo: il fumo fa male, l'inquinamento peggio, non parliamo della vita sedentaria e dell'alimentazione scorretta, e via così.

Eppure io vivo in una città molto inquinata, il che, mi dicono, equivale a fumare qualche sigaretta al giorno; mi concedo quotidianamente una decina di sigarette, che non mi sembrano poi tante, e sto bene.

Non avverto alcun disturbo, se non qualche piccolo malanno transitorio come tutti quanti. Davvero fumo e inquinamento fanno così male?

Non si sta esagerando un po'?

Risponde
Sergio Harari

Direttore Unità di pneumologia
Ospedale San Giuseppe, Milano



Fumo e inquinamento fanno davvero male. Questo è un fatto indiscutibile. Vivere in una città inquinata non equivale però a fumare qualche sigaretta, si tratta in realtà di due cose completamente diverse: i composti presenti nelle sigarette, infatti, sono solo in parte comuni a quelli presenti nell'inquinamento atmosferico. Fumare anche poche sigarette al giorno è comunque molto più rischioso per la salute, che vivere in una città inquinata. Fumo e smog poi si potenziano a vicenda negativamente: è come se 1 più 1 non facesse 2 ma 3. Quindi se già si vive in una

città inquinata, fumare è ancora più dannoso. La gravità dei danni fisici dovuti all'esposizione al fumo di tabacco (anche passiva) è direttamente proporzionale all'entità complessiva del suo abuso. I dati più importanti sono: età di inizio, numero di sigarette giornaliere, numero di anni di fumo, inalazione più o meno profonda del fumo. Un ricercatore americano, Mattson, già nel 1987 aveva calcolato che un uomo di 35 anni che fuma 25 o più sigarette al giorno ha: il 13% di rischio di morire di cancro al polmone, prima di compiere 75 anni; il 10% di possibilità di morire per patologie cardiovascolari; il 28% di rischio di morire a causa di altre patologie legate al fumo. Mi sembra possa bastare. Consideri, infine, che il tumore polmonare, quello che tutti noi oggi chiamiamo il "big killer", nei non fumato-

ri è una malattia rara e che a tutt'oggi l'unico modo per prevenirlo è di non fumare. Per ciò che invece riguarda l'inquinamento, secondo l'Organizzazione mondiale della Sanità, ogni anno muoiono nel mondo circa 2 milioni di persone per malattie causate dall'inquinamento, 350.000 solo in Europa per malattie respiratorie, cardiovascolari e, in misura minore, tumori.

Di recente, sempre sotto l'egida dell'Oms, è stato condotto uno studio in 13 città italiane con più di 200 mila abitanti, valutando i livelli di due inquinanti, Pm10 e ozono, negli anni compresi tra il 2002 e il 2004.

Ebbene si sono registrati 8.220 decessi per anno ascrivibili all'azione tossica dei livelli di Pm10 superiori a 20 microgrammi per metro cubo, pari al 9% della mortalità per tutte le cause (esclusi gli incidenti stradali) nella popolazione di età maggiore di 30 anni. I decessi attribuibili all'ozono sono stati 516, pari a 5.994 anni di vita persi. Sono stati inoltre numerosi i casi non letali di asma, bronchiti e malattie respiratorie in genere. Stime recenti valutano tra i 550 e 900 ogni anno i morti legati all'inquinamento solo a Milano, una delle nostre città più inquinate. Gli anni di vita andati in fumo tra il 2004 e il 2009, sempre secondo queste stime, sarebbero stati per la popolazione milanese 16.889, le giornate lavorative perse 423 mila, gli episodi di disturbi respiratori oltre 1.300.000. L'inquinamento di questa città è causato per il 70% dal traffico cittadino, per il 15% dagli impianti di riscaldamento e per il 9% dall'industria.

A volte i numeri dicono più delle parole, non aggiungo altro.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



In ospedale calano i ricoveri Ora la riforma del territorio

Qualcosa si muove negli ospedali pubblici. Il 2010 ha visto infatti una netta diminuzione del numero di ricoveri e di giornate di degenza rispetto all'anno precedente: circa 380 mila ricoveri e 1,5 milioni di giornate in meno. Tradotto in percentuale significa un calo del 3,3%, ma è già un segnale, come sottolinea l'analisi

380 mila

I ricoveri in meno nel 2010 negli ospedali rispetto all'anno precedente (-3,3%). La diminuzione delle giornate di degenza è stata di 1,5 milioni (-2,1%)

delle schede di dimissione ospedaliera contenuta nel Rapporto 2010 sui ricoveri in Italia. Calano, in particolare, i ricoveri in day hospital per acuti, con un -5,1% di ricoveri e un -4% di giornate di degen-

za. Più contenuta la riduzione nei ricoveri per acuti in regime ordinario (-2,8% i ricoveri e -2% le giornate di degenza). Ferma al -2% anche la diminuzione di quelli in lungodegenza (-1,4%). La riduzione nell'attività per acuti in regime ordinario segna un calo dei ricoveri inappropriati di circa 181 mila unità. La vera svolta nel sovraffollamento di Pronto Soccorso e reparti potrebbe arrivare con la riforma della medicina del territorio alla quale sta lavorando il ministero della Salute: medici delle cure primarie associati in ambulatori aperti 7 giorni su 7, sulle 24 ore, in grado di gestire anche il primo soccorso.



Salute

Terapia Antivirali combinati per controllare la malattia

In arrivo nuove armi per disinnescare il virus dell'epatite C

I rischi

Se cronicizzano le epatiti possono portare a fibrosi, cirrosi e carcinoma del fegato

I farmaci

I primi sono stati l'interferone e gli antivirali classici. Poi gli inibitori della proteasi

Strategie

Si agisce su diversi fronti per frenare la progressione della patologia

Dal nostro inviato a Taipei

È una macchina, capace di eseguire più di 500 operazioni diverse, indispensabili per far funzionare l'organismo e liberarlo dalle tossine. Ha potenzialità enormi, dal momento che sfrutta soltanto il 25 per cento delle sue capacità di lavoro.

Non ha paura del bisturi perché si rigenera completamente nel giro di tre settimane, anche quando viene ridotto di tre quarti. Parliamo del fegato, del più grande e complesso organo solido del corpo umano. Un organo unico che, però, ha molti nemici: alcol, difetti genetici, eccessivo consumo di grassi e, soprattutto, virus.

«Il virus dell'epatite B e C sono i suoi killer numero uno — ha commentato Stephen Locarnini del Victorian Infectious Diseases Laboratory di Melbourne in occasione della conferenza Apasl (Asian Pacific Association for the Study of the Liver) —. E sono subdoli: proprio perché il fegato ha grandi capacità di difesa personale, i sintomi di un'infezione si possono ma-

nifestare a distanza di tempo, a differenza, per esempio, di un attacco di cuore che, nella maggior parte dei casi, provoca subito un dolore». Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, le epatiti virali sono una "bomba a tempo": una volta che cronicizzano possono portare a fibrosi, cirrosi e addirittura carcinoma del fegato.

Ecco allora che il primo obiettivo è la prevenzione, con regole igieniche (attenzione ai rapporti sessuali soprattutto per la B e al contagio con il sangue infetto attraverso aghi, e quindi tatuaggi e piercing, o rasoi) e il vaccino (per la B). Obiettivo numero due: disinnescare la bomba a tempo, rappresentata dalle forme croniche, con i **farmaci**. Per la B non ci sono grandi novità, tranne alcuni nuovi dati che riguardano l'impiego degli antivirali nel mondo reale, cioè, nella quotidianità.

«Una serie di studi — ha detto Harry Janssen dell'Erasmus University Hospital di Rotterdam — ha dimostrato che l'entecavir è efficace in diverse tipologie di pazienti: giovani e anziani, soggetti con diabete, osteoporosi o alterazione della funzionalità renale, e obesi. Gli antivirali non guariscono, ma tengono sotto controllo la carica virale (la quantità di virus nel sangue), così da impedire la progressione verso la cirrosi». Per l'epatite C, invece, si può pensare alla guarigione, grazie soprattutto ai nuovi **farmaci** in sperimentazione. A Taipei, sono stati resi noti i dati di

un studio, in contemporanea con la pubblicazione sul *New England Journal of Medicine*, che dimostrano come un trattamento *duale*, con gli antivirali *daclatavir* e *asunaprevir*, sia in grado di controllare l'infezione, senza l'aiuto dell'*interferon alfa*, un **farmaco** che comporta diversi effetti collaterali.

Ma facciamo un passo indietro. La storia dell'epatite C ripercorre un po' quella dell'Aids perché, come l'Hiv, il virus C muta rapidamente. Ecco spiegate le difficoltà di mettere a punto un vaccino. Ecco perché le speranze di controllare (e di guarire la malattia) risiedono nei **farmaci**, prima somministrati da soli, ora in cocktail (come era accaduto per l'Aids).

I primi a entrare in terapia sono stati l'*interferon alfa* (una sostanza che stimola il sistema immunitario dell'organismo a difendersi contro i virus) e gli antivirali classici (la *ribavirina*). Poi sono arrivati gli inibitori delle proteasi o di altri enzimi che permettono la replicazione del virus nella cellula umana (il *telapreviro* o il *boceprevir*, di prima generazione, tanto per fare qualche nome, il *daclatasvir* e l'*asunaprevir*, più nuovi, ma ce ne sono tantissimi in sperimentazione: questi composti si chiamano anche DAA o *direct-acting antivirals*).

«L'obiettivo della terapia — ha precisato Jacob George dell'University of Sydney — è quello di ridurre la carica virale a livelli non rintracciabili, il che equivale a una vera e propria

"cura", perché si impedisce l'evoluzione verso la cirrosi e il carcinoma del fegato».

Adesso si sta facendo strada l'idea della multiterapia, con l'obiettivo di migliorare l'efficacia e la tollerabilità dei trattamenti e di ridurre la durata.

La strategia che suggerisce di eliminare l'*interferon* (nonostante la nuova versione, l'*interferon lambda*, abbia meno effetti collaterali rispetto all'*interferon alfa*) si è rivelata efficace come ha, appunto, dimostrato la pubblicazione sul *New England Journal of Medicine*.

L'altra è quella di sperimentare nuove combinazioni, che permettano anche di trattare i pazienti più difficili e i virus con genotipi resistenti ai **farmaci**. Come dire che ci si sta avvicinando all'obiettivo finale della terapia dell'epatite cronica C: guarire con un regime semplice, somministrabile per bocca e pan-genotipico (contro tutti i tipi di virus noti).

Adriana Bazzi
abazzi@rcs.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Prevenzione

Igiene necessaria da estetisti e parrucchieri

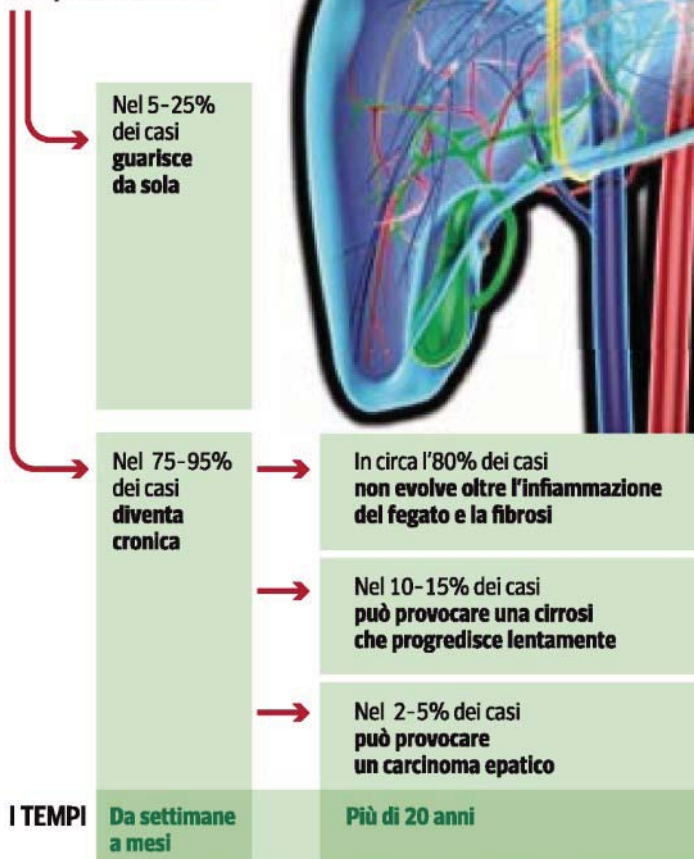
A volte l'allarme ritorna. L'ultimo arriva da una ricerca americana, condotta all'Eastern Virginia Medical School di Norfolk, che avverte: il rischio di infettarsi con il virus dell'epatite B e C dall'estetista o dal barbiere esiste, anche se limitato, e andrebbe studiato più a fondo.

Lime, tagliaunghie, bacinelle per mani e piedi, forbicine e rasoio, se non adeguatamente sterilizzati o se riutilizzati anche quando sono «usa e getta», potrebbero nascondere un pericolo, secondo un'analisi di 18 studi citati dalla banca dati PubMed.

La soluzione? Rivolgersi a centri qualificati, assicurarsi che tutto sia ben sterilizzato ed, eventualmente, portarsi da casa i propri strumenti.

L'evoluzione

L'infezione, spesso, non provoca sintomi



170 milioni

il numero stimato di persone al mondo che sono infettate dal virus dell'epatite C

5-10 milioni
in Europa

85-90 milioni
in Asia

3-4 milioni
negli Stati Uniti

Fonte: Johns Hopkins Medical Institute - Gastroenterology and Hepatology Resource Center

Salute

Prospettive Incoraggianti i dati preliminari di un test

Gli studi sul vaccino fanno passi avanti

In laboratorio

Un preparato ha dimostrato di poter agire contro tutti i genotipi virali

Nel 1989 ha scoperto il virus dell'epatite C (la "terza" dopo la A, trasmessa prevalentemente con cibo e acqua contaminate dal virus A, e la B, veicolata con sangue infetto da virus B). Ora, a 13 anni di distanza, Michael Houghton, dell'*University of Alberta* in Canada, annuncia un esperimento che potrebbe portare finalmente alla costruzione di un vaccino capace di prevenire l'infezione.

Il vaccino, derivato da un singolo ceppo del virus C, sarebbe in grado di neutralizzare tutte e sei le varianti del microrganismo che circolano attualmente nel mondo.

Al momento non esiste un vaccino anti-C (per la A e la B, invece, c'è); il virus C, infatti, come quello dell'Aids (Hiv), muta rapidamente, sfuggendo al sistema di sorveglianza immunitaria dell'organismo, ed è anche più virulento dell'Hiv: ecco perché molti pensano che, per l'epatite C, sia quasi impossibile pensare a una vaccinazione capace di neutralizzare tutte e sei le varianti del virus responsabili dell'infezione, nonostante alcuni prototipi siano allo studio da tempo.

Uno di questi è costruito con le proteine dell'involucro esterno del virus e, una volta

somministrato ad animali da esperimento (scimpanzé), si è rivelato efficace, non tanto nell'impedire il contagio, quanto nel ridurre l'evoluzione di un'infezione già in atto verso la malattia cronica (si tratterebbe, dunque, di un vaccino terapeutico e non preventivo).

Un altro vaccino terapeutico è stato sperimentato su piccoli gruppi di pazienti infettati dal virus C del genotipo 1 (quello più frequente nei Paesi occidentali, Stati Uniti compresi) e già sottoposti a terapia antivirale con *interferon* e *ribavirina*. Con risultati da verificare.

Adesso la buona notizia è arrivata dal meeting annuale dell'*American Society Of Advancement of Sciences* (AAAS) che si è tenuto a Vancouver dove Houghton ha parlato dei suoi nuovi esperimenti.

In uno studio cosiddetto di fase 1, quindi molto preliminare, i ricercatori hanno iniettato il prototipo di vaccino in 60 individui sani, hanno prelevato il loro sangue e lo hanno messo a contatto con i sei differenti tipi di virus C. E hanno scoperto che il sangue (o meglio gli anticorpi prodotti dal sistema immunitario dei 60 individui) può neutralizzare tutte le varianti.

Houghton è ottimista, ma con cautela. Prima di dichiarare vittoria nei confronti del virus C sono necessari altri test e, se tutto funziona, si dovranno calcolare un minimo di cinque-sette anni prima che un potenziale vaccino si renda disponibile nella pratica clinica.

A.Bz.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Salute

SAPER CAPIRE
PER SAPER SCEGLIERE



**Perché il farmaco
sia quello
«giusto» deve
essere giusta
la diagnosi**

di LUIGI RIPAMONTI

Una volta era «esaurimento nervoso». Poi è diventata «tristezza patologica», «male di vivere», «male oscuro». Anche nei giornali cerchiamo istintivamente di girare intorno al concetto, un po' per evitare ripetizioni, ma anche perché il termine «depressione» ha ancora un forte stigma, un alone di impronunciabilità, meno di «cancro», ma ce l'ha. È naturale che sia così, ma non per questo è anche giusto e opportuno. La depressione oggi è decisamente un male curabile. Come? In vari modi, come si spiega nelle prossime pagine. I trattamenti sono diversi e tutti hanno le loro potenzialità e le loro indicazioni. A cambiare radicalmente l'approccio al problema negli ultimi anni sono stati però i farmaci antidepressivi. Fino a non molto tempo fa si discuteva se fossero meglio i medicinali o la psicoterapia per la depressione. Oggi è più o meno accettato che non si tratta di terapie alternative ma complementari. E il bagaglio di antidepressivi a disposizione del medico è ormai abbastanza ampio da consentire scelte quasi «su misura» a seconda del profilo del paziente. Nondimeno ci sono ancora molte discussioni su questi medicinali. C'è chi ritiene che se ne abusi, chi che se ne faccia un uso troppo modesto, chi che abbiano troppi effetti collaterali, chi che si usino per indicazioni sbagliate. C'è, infine, chi ritiene che non servano proprio a nulla. Opinioni talmente diverse che, per cercare di fare un po' di chiarezza, abbiamo pensato di organizzare un incontro aperto al pubblico al Corriere della Sera per parlarne insieme ad esperti che hanno posizioni differenti in proposito (qui accanto le informazioni su come partecipare). Al di là delle diverse convinzioni, l'unica condizione su cui c'è largo consenso è che questi farmaci debbano essere utilizzati da chi li conosce bene e dopo una diagnosi precisa. Gli antidepressivi di oggi possono avere spettri di azione più ampi rispetto a quelli del passato e possono probabilmente essere utilizzati con vantaggio anche per situazioni che possono non rientrare precisamente nella definizione di «depressione maggiore» vera e propria. L'importante è che chi li prescrive abbia piena consapevolezza delle loro potenzialità e delle loro controindicazioni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Salute

Antidepressivi Per una scelta oculata è fondamentale la diagnosi corretta**Farmaci** da maneggiare con cura

Spesso risolutivi se prescritti da chi li conosce



Si stima che solo il 20-25% dei pazienti abbia la reale necessità di prendere pillole



Bisogna trovare il rimedio adatto al caso singolo e poi capire come reagisce il malato

Prima della Seconda Guerra Mondiale l'unica depressione nota era la "Grande Depressione" successiva al crollo di Wall Street del 1929: a quei tempi si parlava di esaurimento nervoso o, peggio, di pazzia. Dopo decenni e innumerevoli ricerche sull'argomento, oggi la depressione si conosce bene ma tuttora la diagnosi arriva tardi o non arriva mai: meno del 50 per cento dei casi vengono effettivamente riconosciuti. Perché i pazienti hanno ancora difficoltà a parlarne col medico, devono superare la vergogna (per fortuna diminuita rispetto al passato) e anche l'idea che nessuna terapia possa funzionare. «Il numero di persone che si rivolgono ai servizi psichiatrici specialistici cresce ogni anno, per cui la situazione sta migliorando — riferisce Angelo Barbato, del Laboratorio di Epidemiologia e Psichiatria sociale del Mario Negri di Milano —. Lo psichiatra è però una "seconda scelta" per il paziente, che all'inizio preferisce parlare con il medico di base. Ma questo purtroppo ha pochi strumenti per intervenire, di fatto può prescrivere i farmaci ma difficilmente ad esempio può garantire un reale accesso alla psicoterapia nelle sue varie forme. Così la maggioranza dei pazienti non ha a disposizione tutta la gamma di terapie possibili, che sono molte e variegate. E poter scegliere

il mezzo preferito per risolvere il proprio problema, significherebbe avere maggiori probabilità di successo».

La paura dei farmaci tra l'altro è ciò che tiene molti lontano dallo studio del medico: secondo un'indagine statunitense il timore di ricevere la prescrizione di un antidepressivo è il primo deterrente al colloquio. Eppure i dati di consumo dipingono un quadro che sembra opposto: nonostante gli esperti affermino che pochissimi pazienti (non più del 10 per cento, secondo alcune stime) siano trattati nei modi e nei tempi giusti e molti non si curino anche per 10 anni e passa, le vendite degli antidepressivi negli ultimi anni hanno continuato a crescere e in una città come Milano, ad esempio, l'otto per cento degli abitanti ha ricevuto nel corso degli ultimi dodici mesi almeno una prescrizione per questi farmaci.

Poco tempo fa uno studio condotto su 5 mila pazienti di sette centri di cura italiani si è perciò chiesto come vengono usati gli antidepressivi nel nostro Paese, scoprendo che più del 50 per cento dei pazienti li sta prendendo per problemi diversi da una depressione maggiore. Un lutto ad esempio è indubbiamente un evento difficile da affrontare e può indurre depressione; però ricorrere subito ai farmaci non serve perché il problema è destinato quasi sempre ad auto-limitarsi.

«Il guaio è la scarsa appropriatezza delle prescrizioni — osserva Barbato —. Si stima che solo il 20-25 per cento dei pazienti abbia una depressione di grado tale da richiedere e giustificare l'uso dei farmaci, che hanno un valore aggiunto rispetto al placebo solo quando la malattia è di una certa gravità. L'offerta generalizzata di antidepressivi è un errore, soprattutto perché ci sono invece molti pazienti gravi non trattati».

Di fatto insomma prende gli antidepressivi chi forse ne ha meno bisogno, mentre chi è malato sul serio ha difficoltà a seguire le terapie come si deve. «Non sempre l'antidepressivo è la scelta giusta, ma soprattutto bisogna scegliere quello adatto al singolo caso e poi seguire il paziente per capire come reagisce, non certo prescrivere una pillola e basta — interviene Giulio Perugi, docente di Farmacoterapia psichiatrica all'Università di Pisa —. Il momento fondamentale è la diagnosi, per valutare innanzitutto se si tratta di depressione bipolare. A volte non è facile capirlo, perché non sempre gli episodi maniacali sono evidenti: per molti pazienti la fase espansiva può coincidere coi periodi in cui provano maggior benessere, per cui non li segnalano come "problematici". Bisogna parlare con i familiari, che possono accorgersi meglio di alti e bassi dell'umore anomali, e seguire il paziente nel tempo. È

essenziale capire se c'è un'alternanza di fasi depressive ed espansive, perché se diamo un antidepressivo "a casaccio" in un bipolare si rischia di scatenare una fase maniacale e anche di accorciare i "cicli" delle due fasi. Esattamente il contrario di quanto si dovrebbe ottenere con una buona terapia dei bipolari, che punta a stabilizzare l'umore e allungare le fasi di remissione. Purtroppo tuttora errori di questo tipo accadono molto spesso nella pratica clinica reale». «La diagnosi corretta è essenziale anche per verificare la compresenza di un disturbo d'ansia, che è molto frequente nei depressi e spesso compare prima della depressione, anche in giovanissima età — aggiunge Liliana Dell'Osso, direttore della Clinica Psichiatrica dell'Università di Pisa —. Non tutti gli antidepressivi infatti agiscono allo stesso modo, e se li usiamo bene possiamo risolvere completamente anche il disturbo d'ansia: tanti pazienti ben curati poi dicono "sto bene come non sono stato mai"». Viceversa, una terapia inadeguata non elimina la depressione con tutti i rischi che questo comporta: dalla perdita del lavoro fino al suicidio, che va purtroppo considerato un'evenienza possibile. Gli antidepressivi sono efficaci ma vanno usati bene, altrimenti è come dare una pistola in mano a un bambino», conclude la psichiatra.