

flash dal mondo

## Da «Nature»

Si chiama PP1 la molecola che fa perdere la memoria

Una molecola potrebbe essere la causa della perdita della memoria causata dall'invecchiamento. Lo sostengono alcuni ricercatori svizzeri del Swiss Federal Institute di Zurigo, guidati da Isabelle Mansuy. Secondo gli scienziati esiste un enzima nel cervello denominato PP1 che permette di cancellare le informazioni indesiderate. Quando si invecchia, il PP1 diventerebbe molto più attivo con una conseguente e progressiva perdita di memoria. Mansuy e colleghi, negli esperimenti condotti sui topi, hanno mostrato che gli animali con bassi livelli dell'enzima dimenticavano più difficilmente quanto avevano imparato. Dai risultati emerge che il PP1 sopprime la memoria sia durante che dopo gli esercizi di apprendimento e che bloccando l'azione dell'enzima i topi recuperavano pienamente le loro capacità mnemoniche. La ricerca è stata pubblicata su «Nature».

## Da «Tobacco Control»

Bastano poche settimane per dipendere dalla nicotina

Secondo uno studio pubblicato da Joseph DiFranza della University of Massachusetts sulla rivista «Tobacco Control» bastano poche settimane perché gli adolescenti diventino dipendenti dalla nicotina. La ricerca rovescia quanto si pensava fino ad ora e cioè che servissero alcuni anni perché si formasse la dipendenza. A quanto pare invece, in media bastano tre settimane alle ragazze e sei mesi ai ragazzi per diventare completamente dipendenti. «Per alcuni è una sorta di amore a prima vista. Basta una sigaretta per rimanere incatenati al fumo per tutto il resto della vita», commenta DiFranza che si dice sorpreso dai risultati del suo studio. «Non pensavo che ci volesse così poco tempo», ha detto. La ricerca ha coinvolto per 30 mesi 679 studenti di età compresa fra i dodici e i tredici anni.



## Da «Cancer»

Anche l'aiuto degli amici è utile contro il cancro

Uno studio pubblicato sulla rivista «Cancer» da Susan K. Lutgendorf della University of Iowa dimostra che l'aiuto degli amici può essere importante nella lotta contro il cancro. La ricercatrice ha studiato 24 donne con cancro alle ovaie e 5 donne con delle masse non cancerose e ha scoperto che maggiore era il benessere sociale delle pazienti, minore era il livello del fattore di crescita delle cellule endoteliali vascolari (VEGF). Quest'ultimo permette la formazione di nuovi vasi sanguigni attorno al tumore, consentendo così al tumore di crescere ulteriormente. A quanto pare, un maggiore aiuto e sostegno da parenti e amici è legato quindi a una minore capacità del tumore di diffondersi nell'organismo.

## Da «Chemistry&amp;Industry»

Un tatuaggio intelligente per i malati di diabete

I ricercatori della Texas A&M University e della Penn State Chemical Engineering stanno sviluppando un tatuaggio intelligente in grado di avvertire i malati di diabete che il livello di glucosio nel loro organismo è troppo basso. Il tatuaggio è fatto con speciali molecole fluorescenti che iniziano a brillare quando lo zucchero nel sangue diminuisce. Le molecole saranno iniettate sotto la pelle e saranno a contatto con il fluido interstiziale, i cui livelli di glucosio dipendono direttamente da quello presente nel sangue. L'iniezione sarà fatta sull'addome o su un braccio e poi grazie ad uno speciale visore, il paziente potrà verificare la fluorescenza del tatuaggio. La ricerca è pubblicata sulla rivista «Chemistry & Industry».

# E il manicomio rientra dalla finestra

La proposta di legge della destra riconduce la malattia mentale a una questione di ordine pubblico

Nico Pitrelli

Ventiquattro anni fa, quando fu approvata la 180, la legge Basaglia, una scritta visibile ancora oggi accoglieva chi superava i cancelli dell'ospedale psichiatrico di Trieste: «La libertà è terapeutica». A distanza di oltre un ventennio dall'esperienza anti-istituzionale condotta prima a Gorizia e poi a Trieste da Franco Basaglia e dal movimento di Psichiatria Democratica da lui fondato, lo scorso aprile, un convegno per la salute mentale organizzato dalla Caritas ambrosiana, riprendendo la scritta triestina, recitava: «La cittadinanza è terapeutica».

Le direzioni seguite dai due movimenti sono state sicuramente differenti nella storia del nostro paese. Eppure, in quel comune richiamo al diritto all'esercizio della libertà e della cittadinanza per le persone affette da disturbo mentale si mostrano i punti di grande innovazione su cui poggia la 180. Ribadirli diventa oggi necessario, perché se è vero che ancora l'anno scorso l'Organizzazione Mondiale della Sanità aggiungeva la 180 come modello da seguire in tutto il mondo, è altrettanto vero che sulla questione del diritto alla libertà e alla cittadinanza, la legge Basaglia sembra subire un ennesimo tentativo di stravolgimento attraverso le proposte avanzate dalla maggioranza di destra, tra cui l'ultima in ordine di tempo è quella depositata in Commissione di Affari Sociali il 10 luglio scorso dall'on. Maria Burani-Proccaccini di Forza Italia.

«Il tentativo attuale di cambiare la legge», spiega Giuseppe Dell'Acqua, direttore del Dipartimento di Salute Mentale di Trieste, «va a toccare il meccanismo che definisce l'identità giuridica della persona affetta da disturbo mentale, viene toccato il diritto della persona. Inoltre vengono proposte modalità che ripropongono il pregiudizio sulla in-



Foto di Roberto Canò

guaribilità e sulla pericolosità di chi soffre di disturbo mentale». Al commento di Dell'Acqua si aggiunge quello altrettanto netto di Emilio Lupo, segretario nazionale di Psichiatria Democratica, secondo il quale «stiamo assistendo a una manovra che cerca di ledere sia i diritti, sia il buon senso nelle pratiche».

Ci sono soprattutto due aspetti che sono oggetti di forti controversie. Il primo riguarda il Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO), un provvedimento che viene preso solo in particolari situazioni e comunque «nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici, compreso per quanto possibile il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura». Attualmente la legge prescrive che il TSO venga ordinato dal sindaco in quali-

tà di garante dei diritti del paziente e su proposta motivata da un medico (con la convalida di un altro medico del servizio pubblico e con la presenza di un giudice tutelare), mentre nel progetto di riforma si individua un trattamento d'urgenza (TSOU) che può essere richiesto da un medico, immediatamente attuato dalla forza pubblica e comunicato a una non meglio precisata commissione di controllo. Oltre al TSOU, che può durare 72 ore, si prevede anche un TSO ordinario, prolungabile fino a un massimo di due mesi, rinnovabili, eseguito anche in questo caso dalle forze dell'ordine. Per Vanni Vecchioli, segretario della regione Lazio di Psichiatria Democratica «siamo di fronte alla negazione più totale dei diritti. La persona sofferente, con la possi-

bilità di essere prelevata di forza, non ha armi per difendersi». In più, ed è forse l'aspetto più significativo, «si ridefinisce un atto sanitario, il TSO, in un meccanismo di ordine pubblico». L'attenzione si sposta insomma dalla cura al controllo sociale, secondo un'impostazione che sembra ricordare le leggi di inizio secolo, in cui la follia non poteva guarire, si poteva solo imbrigliare, contenere. La seconda questione oggetto di dibattito concerne l'apertura di «strutture residenziali con assistenza continuata» (SRA) in moduli di 20 posti replicabili in cui si prevedono per chi viene ospitato «brevi permessi di libera uscita, nonché permessi prolungati per viaggi o per visite presso familiari o amici, se da questi esplicitamente accettati». Per Dell'Acqua tali misu-

re, anche nel linguaggio, sono i segnali di «una riproposizione concreta e culturale del manicomio». Le SRA potranno essere fra l'altro appaltati ai privati, così come d'altro canto può accadere per l'intero dipartimento di salute mentale.

A essere minati e oscurati sono pertanto i maggiori risultati della 180 nella misura in cui essa ha spostato la questione della cura e della riabilitazione sul piano della comunità, delle relazioni, della vita. Alla complessità della vicenda di ogni persona, che richiede strategie molteplici di intervento, si risponde con pericolosi appiattimenti. «La vita degli uomini è complicata», afferma Emilio Lupo segretario nazionale di Psichiatria democratica, «come facciamo a semplificarla? C'è bisogno di risorse per cambiare il

mondo attorno alle persone che soffrono piuttosto che sequestrarle». Il malato, che con la 180 torna ad essere una persona e un cittadino che esprime il suo diritto alla salute e alle cure corre il rischio di ridiventare «un cronico, un pericoloso, una povera cosa da sistemare altrove».

Tutto questo avviene, negli intenti di chi avanza le nuove proposte, richiamandosi fra l'altro alle esigenze delle famiglie che in realtà, come risulta dai recenti documenti delle maggiori associazioni di familiari per la salute mentale (Diapsigra e Unasam), si sono espresse contro le proposte di modifica. Tutto ciò avviene forse anche, come precisa Dell'Acqua, «in uno scenario esattamente sovrapponibile a quanto già nei fatti accade in molte parti d'Italia, incluse regioni notoriamente all'avanguardia nella progettazione di politiche sociali come Emilia Romagna e Toscana».

Il quadro complicato e per certi aspetti inquietante delle questioni che pone oggi la riforma dell'assistenza psichiatrica non riguarda solo le persone affette da disturbo mentale. Nella negazione dei diritti alla libertà e alla cittadinanza di una persona viene infatti minato l'impianto complessivo di una società democratica. Si tratta di uno scenario che lo stesso Basaglia aveva in qualche modo profeticamente preannunciato quando, all'indomani dell'approvazione della legge che portava il suo nome, sosteneva che si trattava solo di un punto di partenza, e non di arrivo, e quando affermava che «la cosa importante è che abbiamo dimostrato che l'impossibile diventa possibile. Dieci, quindici, venti anni fa era impensabile che un manicomio potesse essere distrutto. Magari i manicomi torneranno ad essere più chiusi di prima, io non lo so, ma ad ogni modo noi abbiamo dimostrato che si può assistere la persona folle in un altro modo e la testimonianza è fondamentale».

Priorità, rapporto tra costi e benefici, efficacia delle terapie: in un libro critiche alla filosofia che guida l'azione dell'Organizzazione mondiale della sanità verso i più poveri

## Cara Oms, per la salute globale non basta aumentare la spesa

Pietro Greco

La mortalità dei bambini, nei paesi a medio e basso reddito, è otto volte superiore a quella dei bambini (0-4 anni) nei paesi ad alto reddito. I giovani nei paesi più poveri hanno una probabilità di morire che è cinque volte superiore a quella dei loro coetanei (5-29 anni) che hanno la fortuna di vivere nei paesi ricchi. E la mortalità degli adulti (30-69 anni) che vivono nei paesi a medio e basso reddito è ben quindici volte maggiore che nei paesi ad alto reddito. Non c'è dubbio: il diritto alla salute è un diritto che ha un diverso significato nel Nord e nel Sud del mondo. E non c'è dubbio, come sostengono Prabhat Jha, dell'Organizzazione Mondiale di Sanità (Oms), e un gruppo di suoi collaboratori, che i ricchi debbano farsi carico di migliorare la salute dei poveri del mondo.

Prabhat Jha e il suo gruppo d'analisi hanno indicato anche come i ricchi debbano farsi carico della salute dei poveri, in un articolo pubblicato di recente

su *Science*, la rivista dell'Associazione americana per l'avanzamento delle scienze. Devono mettere mano alla tasca e giungere a finanziare, entro il 2015, la sanità negli 83 paesi a più basso reddito con risorse nuove e aggiuntive comprese tra i 40 e i 52 miliardi di dollari. Una quantità di soldi in apparenza enorme, ma che in realtà non supera lo 0,2% del prodotto interno lordo (Pil) dei paesi ricchi. Del tutto compatibile con gli impegni «già presi» fin dal 1992 di elevare la mole degli aiuti per lo sviluppo allo 0,7% del Pil. Quell'impegno è stato ampiamente disatteso, visto che oggi gli aiuti allo sviluppo dei paesi poveri non vanno oltre lo 0,2% della ricchezza prodotta ogni anno dai paesi ricchi.

Già, aumentare la spesa sanitaria. Ma per fare cosa? Prabhat Jha e i suoi collaboratori hanno delle proposte specifiche. Sia sul tipo di patologie da affrontare per ridurre la mortalità che sul come affrontarle. Le priorità sanitarie verso cui focalizzare la spesa, sostengono, sono: vaccinare i bambini come in Occidente (contro polio, difterite, per-

tosse, tetano, epatite, morbillo) e curare le loro malattie (come la diarrea); migliorare tutte le condizioni sanitarie relative alla maternità; prevenire e curare meglio le grandi malattie infettive come la malaria, la tubercolosi e l'Aids. Bisogna fare tutto questo lavorando su tre elementi: migliorare le strutture di pronto intervento locali e la formazione di personale sanitario locale; organizzare un sistema di gestione della sanità con particolare riferimento alla sorveglianza e al monitoraggio; definire programmi tecnici e finanziari precisi per affrontare le priorità.

Già, ma la selezione delle priorità sanitarie e degli interventi per affrontarle in condizioni di penuria non è un'operazione semplice, sostiene André Briand, nutrizionista e membro di Medicina senza Frontiere, in un libro, *Utopie sanitarie. Umanità e disumanità della medicina*, appena uscito per i tipi di Feltrinelli a cura di Rony Brauman, che di Medicina senza Frontiere è stato il presidente dal 1982 al 1994. I criteri di selezione per la scelta delle priorità possono essere molti. Per esempio, un

criterio è quello di perseguire la massima efficienza, ovvero di ottenere il più alto rapporto costi/benefici. Questo criterio, in linea di principio, può essere accettato. Tuttavia la valutazione precisa del rapporto costi/benefici di un intervento sanitario è molto complessa e raramente viene realizzata su basi scientifiche solide. Per esempio, il rapporto tra i costi e i benefici della distribuzione di sali reidratanti per la cura della diarrea non è mai stato davvero verificato. La cura sembra poco costosa (una bustina di sali reidratanti costa

solo 10 cents) e molto efficace, tanto da spingere la rivista *Lancet* a definirla la più grande scoperta medica del XX secolo. Tuttavia, a detta di André Briand, sul campo la reale efficacia di questa terapia non è stata ancora ben chiarita. A una valutazione costo/benefici effettuata nel Bangladesh è risultata, contro ogni aspettativa, molto onerosa: il costo medio per decesso evitato della terapia con sali reidratanti per via orale ammontava a 38.600 dollari; contro i 201 dollari della vaccinazione contro il morbillo e i 297 dollari della vaccinazione contro il tetano.

Gli interventi vanno effettuati sulla base della cultura dei paesi che ricevono gli aiuti e non su quella dei paesi donatori

Inoltre, sostiene André Briand, la selezione delle priorità va effettuata non solo sulla base della cultura dei paesi donatori, ma anche sulla base della cultura dei paesi che ricevono gli aiuti. Tenendo conto che talvolta le differenze sono drammatiche. Nella cultura di tutti i paesi ricchi i bambini rappresentano la priorità. Ma in molte culture dei paesi poveri sono gli anziani e non i bambini a rappresentare la priorità. Qual è, allora, il criterio giusto quando si opera in questi paesi?

Jean Rigal, uno degli autori del libro curato da Rony Brauman, non ha dubbi. Le grandi priorità sono certo rappresentate anche dalle grandi epidemie, proprio come sostiene Prabhat Jha. Tuttavia Rigal mette in discussione una parte della filosofia di intervento proprio di quella Organizzazione Mondiale di Sanità di cui Jha è autorevole rappresentante. Rigal sostiene che l'Oms si è lasciato sedurre da una concezione utopistica della salute, intesa come benessere e felicità della condizione umana, che ha finito per distrarla dalle grandi emergenze sanitarie.

Come si vede, il problema di «migliorare la salute dei poveri del mondo» va ben oltre la condizione, che pure è assolutamente necessaria, dell'aumento degli aiuti finanziari. Ma per affrontare questo problema in tutta la sua complessità occorre rompere il muro dell'indifferenza che lo circonda. Le disuguaglianze sanitarie tra i ricchi e i poveri del mondo sono inaccettabili. Ma ancor più inaccettabile è che esse si consumino nel sostanziale disinteresse dei più fortunati.

Atrofia spinale: una partita di calcio per i bambini colpiti

Federica Fantozzi

Una neonata che muove poco le braccine, può essere soltanto pigra. Una bimba di pochi mesi con difficoltà respiratorie e tendenza ad addormentarsi può avere una broncopneumonia. Ma tutti questi sono anche i sintomi di una rarissima, semiconosciuta, grave malattia degenerativa: l'atrofia muscolare spinale di tipo Werdnig-Hoffmann. È successo a una bambina di San Giorgio a Cremano, provincia di Napoli, di nome Federica. Il suo male rappresenta la forma più grave e precoce di atrofia muscolare spinale: colpisce nei primi tre mesi di vita e di solito conduce alla morte nei primi due anni. Come spesso le malattie che colpiscono poche persone, è perlopiù ignorata dall'industria farmaceutica. Ad oggi non esistono cure definitive ma solo palliativi che ritardano l'evoluzione dell'atrofia e migliorano la qualità della vita dei piccoli pazienti.

Per tutti questi motivi Federica è diventata un caso clinico internazionale e una speranza per altri bambini. Nata nel 1994, a dicembre compirà otto anni. Vive a casa con la famiglia dove riceve assistenza ospedaliera domiciliare dall'Asl di Napoli. Grazie alla determinazione dei suoi genitori nel 1997 è nata la Fondazione che da lei prende nome. Qualche anno fa aveva in cura cinque bambini. Oggi ce ne sono circa 40 assistiti da medici, infermieri e fisioterapisti. Ogni giorno hanno bisogno di un trattamento riabilitativo per mantenere abbastanza forza nei muscoli da camminare, mangiare un gelato, accendere la tv. Spesso servono interventi chirurgici per la scoliosi. Nei casi più gravi, aiuti per respirare e respirazione artificiale. Ma la Fondazione si pone anche l'obiettivo di scoprire una cura efficace: in tutto il mondo sono in corso studi di biologia molecolare e di ingegneria genetica. È probabile che la speranza risieda proprio nella terapia genica: sostituire il gene che manca o è modificato con una copia sana. In quest'ottica, la Fondazione Federica raccoglie materiale scientifico all'interno di un progetto che coinvolge anche l'università Tor Vergata di Roma, finanzia una «banca delle cellule» malate da studiare, assegna borse di studio. E promuove convegni e dibattiti per far conoscere i sintomi dell'atrofia. Accade infatti che i pediatri non riconoscano la malattia scambiandola per polmonite, mentre è fondamentale contrastarla subito. Ma tanto l'assistenza quanto la ricerca scientifica sono attività che hanno un costo. Quando è stata creata dall'amministrazione comunale di San Giorgio a Cremano, la Fondazione ha avuto in dote 170 milioni di vecchie lire. Ha sede a Villa Bruno e un comitato scientifico, il cui presidente onorario è il professor Victor Dubovitz che risiede a Londra. Oggi è finanziata dal Comune di Napoli, da enti e associazioni e da sponsor privati.

Durante il Festival dell'Unità delle Donne che si è tenuto a luglio allo stadio Collana, sulla collina del Vomero, era aperta la sottoscrizione per il «derby del cuore». A ottobre infatti, allo stadio San Paolo, si svolgerà la partita di calcio fra la Nazionale attori e la squadra Festival di Napoli composta da artisti del capoluogo campano. Il ricavato sarà devoluto alla cura dell'atrofia muscolare spinale di Werdnig-Hoffmann. Per informazioni: tel. 081-471587.