

Da «Annals of Internal Medicine» Ancora dubbi sul test per il cancro alla prostata

Il test che misura nel sangue i livelli di PSA (antigene prostatico specifico) per la diagnosi precoce del tumore della prostata è ancora nell'occhio del ciclone. Se da un lato alcune associazioni mediche americane raccomandano da tempo agli uomini tra i 50 e i 70 anni di sottoporsi ogni due anni allo screening, numerosi epidemiologi continuano a segnalare che nella maggioranza dei casi il tumore rimane di modeste dimensioni e non dà alcun sintomo. Al contrario, un esito negativo del test rischia di innescare nuovi esami e interventi invasivi. Nel 1996 la prestigiosa U.S. Preventive Services Task Force aveva preso posizione contro lo screening. Ora, però, lo stesso organismo ha smussato la propria posizione, dichiarando che nel complesso gli studi fin qui condotti non permettono a priori di consigliare il test né di sconsigliarlo.

Da «Journal of National Cancer Institute» A rischio le donne con il Brcal mutato e che prendono la pillola

Le donne che hanno una mutazione del gene BRCA 1 (coinvolto nello sviluppo del cancro al seno) e prendono la pillola contraccettiva hanno un rischio maggiore di sviluppare il tumore delle altre. Lo rivela una ricerca realizzata da un gruppo internazionale di ricercatori che è stata pubblicata sul «Journal of the National Cancer Institute». Le donne che hanno una mutazione di questo particolare gene che prendono la pillola hanno infatti, secondo la ricerca, un rischio di un terzo più elevato di quello delle altre donne con la stessa mutazione genetica. Inoltre sembra che queste donne tendano a sviluppare il cancro prima dei 40 anni. Il campione esaminato dai ricercatori era 2600 donne di 11 differenti paesi. Le percentuali di rischio variavano anche in virtù di abitudini sociali differenti, ma soprattutto variavano con il contenuto ormonale della pillola.



Diabete Un'analisi del sangue scopre chi può ammalarsi di cuore

Usando un semplice test del sangue un gruppo di ricercatori del Technion-Israel Institute of Technology ha identificato un gene che determina quali pazienti diabetici sono più a rischio di ammalarsi di disagi cardiaci. Esistono due forme di questo gene predittivo, presenti in frequenze approssimativamente uguali nella popolazione in generale. Pazienti diabetici con una determinata forma di questo gene hanno un rischio cinque volte maggiore di ammalarsi di malattie cardiache rispetto a quelli che hanno questo gene espresso nell'altra forma. Le malattie cardiache sono la più grave, frequente, e costosa complicazione del diabete e colpiscono più del 70 per cento dei pazienti diabetici. I risultati dello studio sono stati pubblicati sul numero di dicembre del «Journal of the American College of Cardiology».

Da «Wall Street Journal» Staminali per il Parkinson Uno studio dà risultati negativi

Nessun risultato positivo per il Parkinson dal trapianto di cellule prelevate da feti nelle persone colpite da questo morbo. È la seconda volta che uno studio di questo tipo si conclude con un risultato negativo. Peggio ancora, sono emersi effetti secondari molto gravi. Il risultato della ricerca condotta su 34 pazienti sono stati presentati a un meeting scientifico da Warren Olanow, un neuroscienziato della Mount Sinai School of Medicine di New York. I pazienti hanno ricevuto tessuto cerebrale da otto feti di sei o nove settimane che erano il risultato di aborti spontanei. Sebbene le analisi avevano dimostrato che le cellule trapiantate sembravano funzionare normalmente, i test sulle capacità motorie e sulle funzioni cerebrali non hanno invece riportato alcun dato positivo. Anzi su 13 pazienti dei 23 trapiantati (gli altri erano usati come gruppo di controllo) sono stati segnalati tremori degli arti.

Dolore, la legge c'è ma non si vede

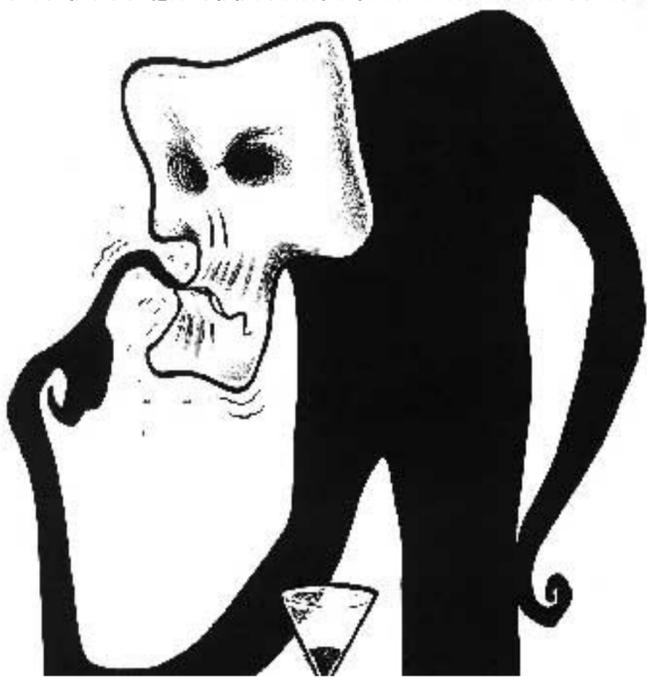
I medici prescrivono poco gli oppioidi, i finanziamenti sono scarsi e le unità di cure palliative sono all'inizio

Federico Ungaro

Medici che prescrivono poco i farmaci come la morfina, finanziamenti scarsi, una proposta di riforma del sistema che è ancora all'inizio del suo cammino. Il quadro presentato dalle cure palliative in Italia non è certo roseo. Eppure non tutto è fermo, ma qualche passo in avanti c'è stato.

«In realtà - spiega Vittorio Ventafridda, direttore scientifico della Fondazione Floriani e presidente del comitato ministeriale sull'organizzazione delle cure palliative in Italia - è carente soprattutto l'attenzione degli operatori sanitari alla realtà delle cure palliative. Un esempio per tutti è lo scarso uso dei farmaci oppioidi».

In effetti nonostante quanto stabilito dalla legge del febbraio 2001 che rende più facili le modalità di prescrizione dei farmaci di questo tipo (che sono i medicinali più potenti per combattere il dolore), l'uso che ne fanno i medici è molto ridotto. «È presto per dire che tipo di effetti abbia prodotto questa legge sulla prescrizione della morfina - afferma Michele Gallucci, direttore della Scuola italiana cure palliative - Non esistono dati su questo problema, ma alla luce di quanto succede nella mia ASL, dove pochissimi medici hanno ritirato il ricettario per le prescrizioni, non mi sembra che sia cambiato molto rispetto al passato». Secondo la Federazione italiana cure palliative, alcune regioni inoltre non hanno ancora diffuso il ricettario e l'Italia è all'ultimo posto in Europa nell'uso di questi farmaci, nonostante siano 250mila circa i malati terminali che avrebbero bisogno di cure palliative, 150mila dei quali malati di tumore. La morfina, ancora poco diffusa, permette-



in sintesi

Sono i farmaci i più importanti strumenti per combattere il dolore nei malati terminali, soprattutto se si tratta di malati di cancro. Secondo l'Organizzazione mondiale della Sanità (Oms), i farmaci devono essere usati secondo una sequenza a tre gradini.
1 - Il primo gradino comporta l'uso di farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) ai quali si possono unire anche farmaci cosiddetti adiuvanti come gli

steroidi, gli antidepressivi, gli anestetici locali e gli anticonvulsivi.
2 - Il secondo gradino prevede l'uso accanto ai FANS e agli adiuvanti di farmaci a base di oppioide leggeri, come la codeina, la buprenorfina e l'ossicodone.
3 - Il terzo gradino prevede l'uso degli oppioidi forti, come la morfina, il fentanyl e il metadone.
4 - L'efficacia della morfina è di circa l'80 per cento; generalmente è sicura, non provoca dipendenza psicologica ma solo fisica e può essere progressivamente sospesa alla scomparsa del dolore.

Comincia a esserci una maggiore attenzione per questo problema anche tra i malati cardiologici e neurologici

rebbe nell'80 per cento circa dei casi di malati terminali di contenere efficacemente il dolore.

Per quanto riguarda invece l'organizzazione della struttura delle cure palliative, a settembre il comitato guidato da Ventafridda ha consegnato un documento su questo aspetto al ministero della Salute. Documento che è stato anche pubblicato sul sito del ministero. «Aspettiamo le decisioni del ministro Sirchia. Ov-

vamente speriamo che diventi presto il fulcro di una qualche disposizione operativa del ministero. Purtroppo, i soldi a disposizione sono pochi e quindi sarà difficile ricavarne le risorse per metterla in pratica», dice Gallucci, che è stato membro di questa commissione.

Il documento sottolinea il ruolo nelle strutture sanitarie delle unità di cure palliative e degli interventi soprattutto domiciliari. Riguardo al-

le prime, Ventafridda ricorda come «a livello regionale le unità di cure palliative si stanno realizzando a malapena. Del resto si tratta di strutture che richiedono la formazione di un gran numero di persone. Solo il 50 per cento dei componenti sono medici, gli altri sono infermieri, psicologi, assistenti sociali, personale cioè in grado di dare un sostegno a 360 gradi al paziente. È il ruolo del medico in questo caso è soprattutto

scaffale Viaggi nel tunnel della sofferenza

Che cosa abbia spinto Sergio Zavoli a occuparsi di dolore lo spiega lui stesso nell'introduzione al suo nuovo libro «Il dolore inutile» (Garzanti Editore, euro 25,50). Alla fine della Grande Guerra un ragazzo viene tratto in salvo da un cumulo di terra e detriti, formatosi per lo scoppio di un obice austriaco. Quel giovane sottufficiale era suo padre. Era stato salvato proprio nel momento in cui, privo d'aria, gli stava per scoppiare l'aorta. Il signor Zavoli visse fino a 73 anni con un aneurisma traumatico dell'aorta: una bomba ad orologeria che poteva scoppiare da un momento all'altro. La sua esistenza fu costellata di crisi accompagnate da forti, a volte insopportabili dolori. Solo un farmaco, racconta Sergio Zavoli, gli dava sollievo. Era un farmaco a base di morfina, ma nessuno (medici, infermiere, e nemmeno sua madre) ne approvava la somministrazione. Il farmaco era accompagnato da un pregiudizio, era visto come un pericolo da usare solo quando non se ne poteva proprio fare a meno.

Spinto da questo fatto personale, Sergio Zavoli ha deciso di cercare una risposta convincente ad una semplice domanda: perché? Perché «è così difficile vivere la sofferenza fuori dall'incubo dell'ineluttabilità non solo del male, ma anche del dolore che provoca»? Zavoli chiede a medici, filosofi, antropologi, psicoanalisti. Cinquantasei brevi interviste su un unico tema: il dolore fisico e psichico.

Più tecnico, ma di scorrevole lettura, è il libro di Cesare Bonezzi, «Liberi dal dolore» (Mondadori editore). L'autore è un medico che per molti anni ha fatto l'anestesista e oggi si occupa di terapia del dolore in un ospedale di Pavia. Il libro intreccia la storia personale di questo medico che scopre la possibilità di un altro approccio al dolore del paziente con la descrizione di casi particolari e la spiegazione scientifica di cosa sia il dolore, come si possa curare e come funzionino alcuni farmaci per il suo trattamento.

Del difficile rapporto tra dolore e eutanasia, si occupa Marie de Hennezel nel libro «La dolce morte» (Sonzogno editore, euro 14,50). Con un'esperienza decennale come psicologa e psicoterapeuta in un'équipe di cure palliative per malati terminali, de Hennezel si interroga sul perché ai malati a volte non è concesso di appropriarsi di quell'ultimo istante, di «morire bene». Se è curato bene, è la tesi dell'autrice, con calore, con solidarietà, con affetto, difficilmente il malato arriva a chiedere di farla finita. Il libro si snoda attraverso testimonianze di chi si è confrontato con l'autanasia e attraverso l'esperienza di accompagnatrice di morenti, riportando il dibattito sulla dolce morte a un dimensione umana, lontana da polemiche religiose o morali.

Non tratta in modo esplicito del dolore, ma più in generale delle sofferenze, psichiche oltreché fisiche, della condizione di malato, il libro «Ricognizione della solitudine» (Iniziativa Culturali, euro 14). È una raccolta di scritti di Gigi Ghirotti, giornalista della vecchia guardia, abile costruttore di inchieste. Anche questa è un'inchiesta, in verità. Anzi, l'ultima inchiesta di Ghirotti. Un'inchiesta sulla malattia, la condizione di malato, gli ospedali italiani, i medici. Malato di una rara forma di tumore del sangue, Ghirotti decide di curarsi nelle strutture pubbliche e comincia la sua «raccolta d'immagini dal tunnel della malattia». Immagini stupefacenti per la nitidezza e l'attualità, sia pure a trent'anni dalla loro stesura.

c.p.u.

quello della gestione di queste unità».

Riguardo all'assistenza domiciliare invece, sono finalmente in via di erogazione i fondi destinati alla creazione della rete degli hospice, voluti dai ministri Rosy Bindi e Umberto Veronesi. I fondi consentiranno la realizzazione di 184 strutture diffuse sul territorio nazionale per un totale di circa 2 mila posti letto. Anche in questo caso, però, non è tutto oro quello che luccica. «Si tratta di strutture che si stanno diffondendo al Nord, Piemonte e Lombardia e qualcosa a Roma, ma al Sud ancora non si vede molto», commenta Ventafridda. E c'è un rischio, quello cioè che gli hospice diventino una «casa della morte», in cui parcheggiare i malati terminali, in attesa della fine. Insomma, una sorta di riedizione delle case di cura per gli anziani, spesso scambiate per parcheggi di persone indesiderate. «Lo spirito degli hospice - sottolinea Ventafridda - è completamente diverso. Sono strutture di supporto, un punto di riferimento per i malati terminali e soprattutto per i loro familiari. Il cuore del progetto è l'assistenza domiciliare: il malato terminale deve rimanere il più possibile a casa propria».

Qualcosa comunque si muove. «Anzitutto c'è la tendenza ad una maggior attenzione alle cure palliative anche da parte di altri settori della medicina, che non siano l'oncologia. Nel campo della cardiologia e delle neurologia si inizia ad intravedere un maggior interesse verso questo tipo di cure», aggiunge l'esperto. Parallelamente a questa diffusione più ampia, cambia anche il termine usato per indicare questo tipo di cure. «Oggi parliamo di "cure di fine vita" - continua Gallucci - mentre con il termine palliative si indicano tutte quelle terapie che servono a curare un sintomo, il dolore, che non è tipico unicamente dei malati terminali».

clicka su

www.fedcp.org/pres.html

www.fondazionefloriani.org/

www.sicp.it/sicphome.htm

www.rpinformatica.com/ghirotti/

Uno studio sulle terapie non convenzionali al Centro oncologico di Aviano. Umberto Tirelli: «Il dato preoccupante è che spesso i pazienti non fanno distinzione tra professionisti e imbonitori»

Quella voglia di medicina alternativa che prende i malati di cancro

Edoardo Altomare

Terapie non convenzionali di ogni tipo - dalle erbe cinesi ai rimedi popolari, dall'omeopatia allo yoga - vengono largamente impiegate dai malati neoplastici. E questo lo si sapeva da tempo: le stime più attendibili sulla frequenza di utilizzo di trattamenti complementari o alternativi da parte di pazienti oncologici variano dal 56% della Finlandia al 50% della Svizzera al 15% dell'Olanda; e negli Stati Uniti differenti rilevazioni forniscono cifre oscillanti dal 9% al 34%. In Italia mancavano invece finora valutazioni precise, nonostante il ricorso a cure «miracolose» di ogni tipo (dal

siero Bonifacio alla multiterapia Di Bella) sia un fenomeno comune.

Oggi una migliore definizione del problema è attesa dai risultati dello studio sulle terapie alternative in campo oncologico coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità - nell'ambito di un più ampio Progetto sulle Terapie non Convenzionali il cui responsabile scientifico è Roberto Raschetti - ma realizzato presso il Centro di Riferimento Oncologico di Aviano (Pn). «Il dato più inquietante - commenta Umberto Tirelli, direttore della Divisione di Oncologia Medica A di Aviano - è che una parte consistente di questi pazienti con malattie oncologiche ricorre anche a figure che non trovano alcuna collocazione tra le professionalità

del mondo sanitario riconosciute sia nell'ambito convenzionale che alternativo. Mi riferisco a maghi, guaritori, operatori del paranormale, che non hanno alcuna qualificazione medica o sanitaria». Imbonitori o ciarlatani senza alcuna credenziale, insomma, e soprattutto senza scrupoli: «Questi personaggi - prosegue Tirelli - non possono garantire né gli standard di buona pratica clinica né la correttezza del rapporto terapeuta-paziente dal punto di vista etico, psicologico ed economico. I malati finiscono per ricevere da questi "guaritori" anche consigli che riguardano lo stile di vita, l'alimentazione, l'attività fisica, il supporto psicologico e persino suggerimenti sulla terapia da seguire».

Di primo acchito, i dati preliminari del rapporto italiano sull'uso delle terapie non convenzionali in oncologia sembrano in qualche modo ridimensionare l'entità del problema.

Dei 426 pazienti ricoverati ad Aviano, Roma, Cosenza e Trento perché affetti da neoplasie differenti per sede e tipo che hanno risposto ad un apposito questionario nel periodo maggio 2001-agosto 2002, infatti, «solo» 43 (pari al 10,1%) hanno dichiarato di assumere terapie complementari. Soprattutto farmaci naturali - erbe cinesi, fiori di Bach, aloe - ma anche rimedi omeopatici, diete, pranoterapia, agopuntura, iridologia. «In assoluto - commenta Tirelli giustificando il numero contenuto di malati

con tentazioni alternative - ritengo che il fenomeno sia ben più diffuso di quanto non risulti da questi dati. In fondo il questionario è stato somministrato ad un gruppo selezionato di pazienti che avevano comunque scelto la medicina convenzionale».

Tra le motivazioni che giustificano l'impiego di terapie non convenzionali contro il cancro, i pazienti (alcuni dei quali facevano uso di rimedi «naturali» già prima di ammalarsi di cancro) indicano la preoccupazione per gli effetti collaterali delle terapie oncologiche e il desiderio di accrescere lo stato di benessere. Un dato appare particolarmente significativo: il 62,8% dei pazienti non ha informato il medico oncologo dell'uso di «altre»

terapie; mentre il 66,2% auspica che medicina «ufficiale» e non convenzionale interagiscano per migliorare le cure.

Tirelli si dice convinto che grazie a questo studio - portato avanti con l'Istituto Superiore di Sanità sulla falsariga di quanto accade negli Stati Uniti, dove già nel 1992 il congresso americano ha creato un ufficio per le terapie alternative di non provata efficacia - si potrà dare una risposta convincente e tempestiva a coloro che chiedono una valutazione di queste pratiche non convenzionali, lamentando una presunta indifferenza della medicina ufficiale: «Così impediremo che la medicina convenzionale ed i suoi apparati scientifici vengano accusati di non interessarsi a questi problemi».