

pillole di medicina

Australia

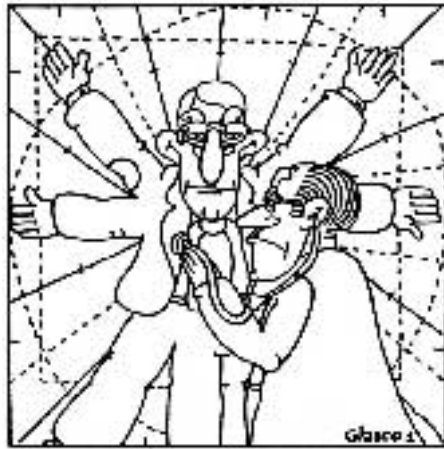
Entro cinque anni disponibile un vaccino contro il melanoma

Entro cinque anni potrebbe essere disponibile un vaccino contro il melanoma, il cancro della pelle provocato nella maggior parte dei casi da una scorretta ed eccessiva esposizione al sole. Lo hanno annunciato le autorità del Queensland, la regione dell'Australia maggiormente colpita da questo tipo di malattia (ne è affetto un abitante su 25). Il continente australe gode, infatti, del triste primato mondiale per numero di melanomi. La ragione: molti mesi di sole e una posizione geografica proprio sotto il buco nello strato di ozono che dovrebbe fungere da filtro nei confronti dei raggi più nocivi. Il vaccino è stato sperimentato con successo su un certo numero di malati terminali ed è ora nell'ultima fase di sperimentazione su circa 200 malati prima della registrazione come farmaco presso le autorità sanitarie.

Da «Wall Street Journal»

Il primo test genetico per sapere come reagiamo a un farmaco

La Roche sta per lanciare il primo test genetico in grado di rivelare in anticipo come una persona reagisce ad un gran numero di medicinali d'uso comune. Il test fa parte di un nuovo approccio emergente alla cura farmacologica. Un approccio che gli esperti ritengono porterà a grandi cambiamenti nel modo in cui questi vengono sviluppati, immessi sul mercato e prescritti. Oggi i farmaci e le dosi vengono scelti attraverso sperimentazioni ed errori. Il campo delle medicine «personalizzate» potrebbe rivoluzionare l'industria farmaceutica. La Roche renderà disponibile il test dapprima a 400 laboratori certificati negli USA. I dottori potranno richiedere il test prima di ogni prescrizione. Dal 2004 la casa farmaceutica conta di ricevere l'approvazione della Food and Drug Administration per venderlo come test diagnostico.

la salute**A Napoli**

I chirurghi plastici lanciano allarme obesità al Sud

I chirurghi plastici lanciano l'allarme obesità al Sud. «In Italia oltre un terzo della popolazione al di sopra dei 18 anni è in sovrappeso e nell'arco di 17 anni (dal 1980 al 1997) la mortalità diretta per obesità è quasi duplicata, aumentando soprattutto tra le donne di 50-70 anni». Lo afferma il prof. Francesco D'Andrea insieme ai maggiori specialisti di Chirurgia plastica applicata all'obesità riuniti a Napoli dove oggi, alla Città della Scienza, si discuterà di quella che è divenuta una malattia sociale, in crescita soprattutto nel meridione, e delle nuove tecniche chirurgiche per il trattamento del paziente obeso. L'argomento verrà affrontato in occasione del primo corso di aggiornamento, organizzato dalla Università e dall'unità operativa di Chirurgia Plastica del Pellegrini.

Una ricerca italiana

Dal gene «regista» dell'infarto al calcolo del rischio

La scoperta del gene-regista dell'infarto apre la strada alla possibilità di mettere a punto i primi test genetici in grado di calcolare il rischio di malattia cardiovascolare. I tempi per la disponibilità dei test potrebbero non essere affatto lunghi, se già negli Stati Uniti si prevede di poter completare entro un anno il primo kit di questo tipo, chiamato Cardio-test. L'annuncio è stato dato durante il convegno sulle genetica del cuore organizzato a Monteporzio Catone (Roma) dal Centro di eccellenza per lo studio delle malattie complesse della facoltà di Medicina dell'università di Roma Tor Vergata. Avere individuato il gene regista dell'infarto significa poter calcolare la suscettibilità di un individuo ad ammalarsi, ma lo stile di vita continua ad essere importante, ha osservato uno degli autori della ricerca, il cardiologo Franco Romeo, dell'università di Tor Vergata.

La difficile amicizia tra medico e paziente

Il «British Medical Journal» affronta la questione dei rapporti tra queste due figure: stanno cambiando? E come migliorarli?

Paola Mariano

Il medico e il paziente sono amici? È una domanda da un milione di dollari e forse ancora la risposta univoca non c'è. Ha provato a fotografare la complessità di questo rapporto la prestigiosa rivista britannica «British Medical Journal» in un'inchiesta di copertina che ha coinvolto gli operatori del settore, medici e infermieri, che per un momento si sono messi dall'altra parte della scrivania ed hanno pensato da pazienti. L'istantanea che ne è venuta fuori è ancora molto sfocata, il rapporto medico-paziente è tutt'altro che semplice.

In passato il paziente assumeva un atteggiamento remissivo, accettando per buone ed indiscutibili le parole del medico. Non pensava neanche lontanamente di sindacare le sue decisioni, un'idea simile era fuori di testa. Ma il tempo è cambiato. Ora le cose sono cambiate: il medico non è più dominante e il paziente non è più remissivo. Ciò non significa che tutto fili liscio, infatti da quando il paziente ha cominciato a prendere coscienza dei propri diritti di assistito la professione medica si è appesantita alquanto. Come ricorda il «Bmj», il paziente fa domande, desidera di spiegazioni sul proprio stato di salute. Trova su internet notizie sulla malattia che destano dubbi da chiarire. Gli esami diagnostici si sono moltiplicati vertiginosamente negli ultimi anni, il ventaglio di test possibili è così ampio da creare un mare di dubbi in chi entra nel vortice degli appuntamenti per sottoporsi agli esami. E i referti? Incomprensibili, a meno che un medico volenteroso non li spie-

Piccolo Galateo della visita medica

- Occhi negli occhi. Non c'è nulla di peggio che entrare finalmente dal proprio medico ed essere accolti da una testa china, o un viso girato da un'altra parte. No al medico che comincia a fare domande senza salutare e senza staccare l'occhio dal computer.

- Amicizia. Ogni paziente vorrebbe essere qualcuno insieme a cui il medico fa qualcosa piuttosto che qualcuno per cui il medico fa qualcosa.

- Saper comunicare. Troppe persone continuano a sentirsi su un territorio sconosciuto quando vedono il proprio medico. Spesso

la paura impedisce di capire quello che viene detto. Per il medico può essere difficile seguire la descrizione dei sintomi fatta dal paziente, ma per il paziente può essere difficile capire la diagnosi.

- Fattore tempo. Più tempo con il proprio medico, per raccontare come stanno, affrontare i dubbi, spiegare e farsi spiegare.

- Appuntamenti. Tutti vogliono riuscire a vedere il proprio medico entro un tempo ragionevolmente breve, giorni e non settimane e, se stanno soffrendo, ore.

e.b.

ghi con semplicità al paziente. Ma, per quanto volenteroso, lo specialista ha sempre meno tempo, la sua professione è più stressante, i pazienti più numerosi. Bisogna quindi fare i conti con la realtà e, come ci dice Hilda Bastian, avvocato dei consumatori della Cochrane Collaboration e portavoce del Cochrane Consumer Network che ha scritto uno dei report dell'inchiesta del «Bmj»: «È come in tutti gli altri rapporti umani, dipende molto da come si pongono l'una rispetto all'altra le persone che si relazionano». «La relazione medico-paziente - prosegue - dipende dalla personalità dei singoli, spesso dal sesso del medico, infatti in genere le dottoresse instaurano un colloquio migliore che non i colleghi uomini. Anche non si può generalizzare». Bisogna pensare, dice Bastian, che quando il paziente va dal medico sta male e, quindi, è nervoso o sofferente, per cui non dà il meglio di sé, diviene impulsivo e irrazionale. «com'è umano che sia». Da parte sua, il medico è stanco e magari si indispone di fronte a un paziente che gli fa perdere tempo. «Oggi - afferma - le aspettative della gente sono in crescita, ma il tempo che hanno i dottori per colmarle non lo è. I medici hanno bisogno di

tempo per aggiornarsi professionalmente, possono trovare il tempo, magari fuori dall'orario di servizio, per smaltire cumuli di e-mail di pazienti in cerca di consiglio? È difficile».

«Inoltre teniamo a mente - sostiene Bastian - che la continua e sempre maggiore richiesta da parte dei pazienti più consapevoli ed esigenti toglie tempo a coloro che lo sono meno». Quasi sempre questi ultimi vengono da ceti disagiati, con basso livello culturale, cosa che li fa somigliare più al paziente vecchio stile, che si attiene senza fiatare al giudizio medico perché non in grado di pretendere di più. «Si crea così - nota Bastian - una disparità di trattamenti difficilmente colmabile, i privilegiati che già oggi godono di maggiori servizi ne avranno sempre di più, tutti gli altri avranno a disposizione solo un limitatissimo servizio di assistenza sanitaria».

«Dovremo decidere - conclude Bastian - come società, che cosa siamo disposti a fare per ottenere i servizi extra cui tutti aspiriamo. Vogliamo spendere di più per l'assistenza? A meno di non arrivare alla disparità di trattamenti, dovremmo migliorare per rendere l'offerta di assistenza il più ugualitaria possibile».



l'intervista

Spinsanti: «L'Italia paga la rivoluzione giuridica»

Sicuramente anche in Italia il complesso rapporto medico-paziente è diventato protagonista di una transizione rapida, ma la trasformazione (per ora) non sembra a favore dei pazienti. Sandro Spinsanti, direttore della rivista «Janus» ed esperto di bioetica, dipinge il quadro della situazione italiana.

Qual è la direzione di questo cambiamento?

L'etica professionale c'entra poco. A dare il via alla transizione è stata, a partire dagli anni '90, una drastica rivoluzione della situazione giuridica

in campo medico.

Che cosa è successo in quegli anni?

Si è passati da una medicina in cui il fine primario del medico era quello di curare il paziente, ad una medicina difensiva. I medici, per prima cosa, si chiedono: «Che cosa devo fare per non essere denunciato?». Per avere un'idea della portata del fenomeno giudiziario in medicina basta esaminare i dati diffusi dal Consiglio Superiore della Magistratura: dal 1950 al '90 i processi contro i medici giunti all'ultimo grado di giudizio rappresentavano solo lo 0,6% del totale.

Dal '91 al '99 sono diventati il 3,8%.

Qual è il peso effettivo di questo atteggiamento sull'efficacia delle cure e sul rispetto del paziente?

Il costo che il paziente paga è alto. Pensiamo, per esempio, al consenso informato, al medico interessa la firma del paziente sul foglio del consenso, ma l'informazione che gli fornisce è minima.

Quindi siamo lontani dalla figura di un paziente attivo e partecipe delle decisioni dello specialista che lo ha in cura?

Direi di sì. Mentre l'etica richiederebbe maggior coinvolgimento e potere per il paziente, la medicina difensiva lo impedisce. Il paziente rimane passivo come negli anni passati, non ha voce in merito alla sua situazione, l'unico cambiamento è l'obbligo di firmare il consenso.

p.m.

All'ospedale San Giovanni: i primi dati sui disturbi di chi è dovuto fuggire dalla propria patria a seguito di sevizie: la perdita di memoria di una delle conseguenze più frequenti

A Roma un progetto per i rifugiati vittime della tortura

Massimo Santucci

ROMA Non sempre chi è stato torturato porta con sé danni visibili. Molto spesso le cicatrici più dolorose sono quelle impresse nella psiche. La tortura produce infatti sentimenti di isolamento e sgomento, un senso di impotenza e passività, blocchi e paurose anomalie della memoria. Immaginate di vivere - come è stato raccontato ieri durante la presentazione a Roma del Progetto di assistenza e cura per i rifugiati sopravvissuti a tortura - senza poter ricordare le esperienze in cui vi siete immersi. «Quando chiedo a qualcuno di ricordare un evento recente, come il matrimonio di un amico, quasi certamente ti dirà per prima cosa che si è annoiato a morte o che invece si è divertito perché gli altri invitati erano simpatici - racconta Massimo Germani, dell'Unità di

Psicologia e Medicina psicosomatica dell'Ospedale San Giovanni Addolorata di Roma, che, insieme al Consiglio italiano per i rifugiati, ha avviato il progetto presentato ieri in occasione della Giornata mondiale a sostegno delle vittime di tortura. Una vittima di torture ricorderà invece la scena in modo fotografico, come se non fosse stata presente. Non parlerà mai delle impressioni che ha avuto, ma, rimanendo nella metafora, descriverà minuziosamente l'abbigliamento degli invitati. Questo è dovuto al fatto che il trauma provoca una forte inibizione della memoria autobiografica».

Traumi terribili come la tortura, oltre a malattie psicosomatiche, depressione, alterazioni patologiche dell'identità e delle relazioni, hanno pesanti ripercussioni sulla memoria. Eppure in alcuni paesi per ottenere lo status di rifugiato le vittime di tortura devono dimostrare di averle effetti-

vamente subite. Qui scatta il problema delle «false testimonianze»: molti rifugiati (si stima che il 30% abbiano subito una qualche forma di tortura) non vengono creduti dalle autorità ospitanti, perché forniscono versioni diverse dello stesso episodio o tendono a confondersi, oppure certe volte li ricordano e altre no, generando così numerosi sospetti. È così il loro racconto viene scambiato per un tentativo di immigrazione clandestina. «I dati clinici che dicono si tratti di sintomi dissociativi conseguenti alla tortura esistono solo da qualche anno - conferma Germani -. Per questo stiamo facendo dei ricorsi per quelle domande di asilo che ingiustamente non sono state accettate».

Mediamente, il San Giovanni prende in cura ogni anno un'ottantina di vittime. Si tratta soprattutto di persone molto giovani, (l'età media è di 31 anni) che provengono da paesi

dell'Africa centrale (Togo, Camerun, Sudan, Congo). Il 69% sono uomini. La stragrande maggioranza, in ogni caso, mostra stati depressivi e allucinatori, flashbacks, scene intrusive di sangue e di violenza, incubi notturni. Fenomeni automatici che i torturati subiscono all'improvviso e che poi dimenticano subito dopo. Tutti problemi che portano a notevoli difficoltà d'integrazione nella società che li accoglie. Secondo gli esperti, a scatenare le patologie più gravi sarebbe il cosiddetto shock secondario, cioè quello che è avvenuto dopo gli episodi di violenza, come la fuga precipitosa, il trovarsi catapultati in un universo culturale completamente diverso, la perdita dei legami sociali. «Lo stress da tortura non finisce infatti con le violenze - ha spiegato Patrizio Bernini, direttore dell'Unità del San Giovanni - Gran parte di queste persone non ha un posto in cui dormire,

non conosce nessuno, i suoi legami affettivi sono lontani se non definitivamente perduti. La presenza di una grande struttura che li assiste è importante, perché gli permette di crearsi una nuova rete di relazioni sociali, li può aiutare a sentirsi ancora parte di qualcosa».

Le cure sono essenziali, certo, ma anche l'ascolto è fondamentale: uno dei rifugiati presi in cura al San Giovanni, un bravo oculista africano, non riuscì a trovare lavoro nemmeno qualche anno dopo. La mancanza di una pur minima sicurezza sociale ed economica può infatti rappresentare un ostacolo enorme, un'ipoteca sulla guarigione e sul recupero di una qualità di vita sufficientemente buona che permetta alle vittime di riaprire gli occhi verso il futuro.

Per meglio comprendere i danni provocati dalla tortura, l'Unità del

San Giovanni ha da poco avviato anche una ricerca clinica, i cui primi risultati verranno diffusi verso la fine dell'anno, e un corso di formazione per medici, psicologi e fisioterapisti. Intanto, sono stati messi a punto percorsi riabilitativi di tipo psico-sociale che si propongono il recupero e l'integrazione delle vittime di torture attraverso la frequenza di laboratori di teatro. Un'esperienza concepita come un'elaborazione psicologica attraverso il testo drammatico (come l'Orestea di Eschilo) in cui emerge con forza la sofferenza e la desolazione della guerra. Ma ci sono anche laboratori di restauro mobili e tappeti, che permettono, in modo «silenzioso» di recuperare l'autostima. «Si tratta di un processo simbolico molto efficace - conclude Germani -. Fa capire che anche i vissuti delle persone, così come gli oggetti, possono essere riparati».

Sars, Pechino è «fuori»
Ma i casi sospetti
sono stati contati bene?

Barbara Paltrinieri

Sono passati più di venti giorni da quando a Pechino, capitale della Cina, è stato registrato l'ultimo caso di Sars. Sembra dunque che il virus di quella polmonite atipica, che per quattro mesi ha scatenato una enorme preoccupazione in tutto il mondo, stia rallentando la sua corsa. L'epidemia sembra sia entrata nella sua fase discendente. La situazione nella capitale cinese è migliorata, tanto che l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) ha revocato le restrizioni ai viaggi imposte il 23 aprile scorso. «Pechino è l'ultima area per cui l'Oms aveva raccomandato di posporre tutti i viaggi, a meno che non fossero essenziali, - ha spiegato Gro Harlem Brundtland, direttore generale dell'Oms - Questa è davvero una buona notizia e mostra i grandi progressi che il mondo intero ha compiuto contro la Sars».

«Abbiamo visto che in tutto il paese c'è uno sforzo massiccio di mobilitazione della popolazione sia nelle città che nelle campagne, che incoraggia le persone a controllarsi, assicurando che i casi di Sars vengano velocemente identificati, isolati e curati», ha spiegato David Heymann, direttore esecutivo dell'Oms per le malattie trasmissibili.

Ma «ora che la Sars sembra sulla via del declino - continua Henk Bakedam, rappresentante Oms in Cina - c'è un gran bisogno di rafforzare il sistema di controllo e sorveglianza in questo paese. Il sistema ora in vigore è nato in risposta a una emergenza e deve essere rafforzato per funzionare su tempi lunghi». Infatti questa malattia sconosciuta, comparsa all'improvviso e per cui non c'era un trattamento efficace, ha indotto le autorità sanitarie a giocare tutte le carte a disposizione per fronteggiare l'avanzamento dell'epidemia: identificazione rapida dei casi, stretta sorveglianza sanitaria, identificazione dei contatti che le persone colpite hanno avuto con altri e, ovviamente, isolamento delle zone dove l'epidemia è in corso. Un sistema per il controllo della malattia che ora però, per evitare nuovi focolai, non deve abbassare la guardia.

Così come deve continuare la ricerca clinica ed epidemiologica. E l'ultimo numero della rivista «British Medical Journal», dedica la copertina e diversi articoli alla Sars: fra gli altri pubblica uno studio che valuta l'efficacia delle linee guida stilate dall'Oms per l'identificazione dei casi sospetti di Sars. Ricercatori dell'Università cinese di Hong Kong, mostrano che queste indicazioni hanno una accuratezza dell'83 per cento. Secondo gli autori, «le linee guida attuali dell'Oms per la diagnosi di sospetti casi di Sars potrebbero non essere sufficientemente sensibili per la valutazione del paziente prima del ricovero in ospedale. Controlli giornalieri, valutazioni sui sintomi non respiratori e radiografie al torace potrebbero essere strumenti migliori». Come dire che c'è ancora tanto lavoro per sviluppare gli strumenti più adeguati per la diagnosi e il controllo della malattia.