

pillole di medicina

### Riproduzione Topolini nati da madri con utero trapiantato

Un'équipe di ricercatori svedesi dell'Università Sahlgrenska di Göteborg è riuscita a far nascere alcuni topolini dalle madri a cui avevano trapiantato l'utero. È la prima volta che si ottiene un risultato di questo tipo, che secondo i ricercatori in futuro potrebbe essere replicato anche sulle donne. «Il trapianto d'utero potrà aiutare il 3-4 per cento delle donne non fertili e sarà un'alternativa alle madri che affittano il loro grembo», spiega Mats Brännströme, che ha coordinato lo studio. La notizia arriva dal congresso di Madrid della European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE), riportata dall'agenzia France Presse. Prima di essere trapiantati, gli uteri sono stati conservati per 24 ore al freddo in una soluzione detta di Wisconsin che serve alla conservazione dei reni umani.

### Da «Pnas» Le vitamine non hanno effetti positivi su cancro e infarto

Se le vitamine, soprattutto quelle antiossidanti, hanno effetti positivi su diverse patologie, non si può dire altrettanto per cancro e infarto. Lo ha affermato la US Preventive Service Task Force, l'ente statunitense che esamina le misure di prevenzione. Il pronunciamento è stato pubblicato sul numero in corso di «Annals of Internal Medicine». Prima di pronunciarsi gli esperti hanno rivisto tutte le ricerche effettuate sulle vitamine A, C ed E, sull'acido folico e sulle combinazioni di antiossidanti. Per quanto riguarda la vitamina D c'è persino una controindicazione: nei fumatori potrebbe aumentare il rischio di cancro al polmone, mentre questo effetto non si noterebbe in chi assume il betacarotene (nome scientifico della sostanza) attraverso gli alimenti. (lanci.it)



### Da «Pnas» Scoperto come lo stress scatenava alcune malattie

Non è una novità che lo stress cronico debiliti il fisico, lo è invece l'aver svelato come. Lo stress, infatti, causerebbe un'alterazione dei valori di alcune sostanze prodotte dal sistema immunitario dell'organismo, tra queste la pericolosissima interleuchina 6, già nota come causa di infiammazioni. Queste, a loro volta, contribuirebbero a scatenare malattie cardiovascolari, diabete, osteoporosi e alcuni tipi di cancro. Lo riferiscono ricercatori della Ohio State University, precisando sull'ultimo numero della rivista «Proceedings of the National Academy of Sciences», che lo stress è tanto più pericoloso quanto più l'età avanza. L'indagine è stata condotta da Janice Kiekoit-Glaser su persone con un'età media di 71 anni osservate nell'arco di sei anni. I livelli di interleuchina 6 salivano quattro volte più velocemente tra coloro su cui gravava la fatica di prendersi cura di un consorte malato.

### Stati Uniti La Kraft riduce le porzioni per combattere l'obesità

La più grande industria alimentare degli Stati Uniti, la Kraft Food Inc., quella delle «sottilette», mette a dieta i suoi prodotti, alleggerendo le porzioni e riducendo gli ingredienti ipercalorici. Il colosso dell'alimentazione vuole così dare il suo contributo alla lotta contro l'obesità: oltre un terzo degli americani sono «grassi» e il loro peso è un handicap per l'economia, oltre che per la salute, dell'Unione. La decisione della Kraft arriva proprio nei giorni più caldi della battaglia legale tra le catene di fast-food, accusate di produrre solo cibo spazzatura, e gli obesi d'America, che si reputano vittime innocenti dei ristoratori veloci. L'azienda ha annunciato la decisione di ridurre di un grammo o due la quantità di grassi presenti in molti dei suoi prodotti e degli zuccheri: in questo modo, spiega la Kraft, le calorie si assottiglieranno del 5-10 per cento. Anche le porzioni saranno «single e leggere».

# Polypill, il miracolo che non c'è

Una sola pillola ridurrebbe dell'80% il rischio di infarto e ictus. Ma per ora è solo un'idea

Romeo Bassoli

## COSA CI POTREBBE ESSERE NELLA POLYPILL

**ASPIRINA:** farmaco antinfiammatorio e antidolorifico, assunto a basse dosi riduce l'aggregabilità delle piastrine e quindi il rischio di infarto

**STATINE:** riducono i livelli di colesterolo LDL (colesterolo "cattivo") nel sangue, determinando una riduzione del rischio di infarto

**BETABLOCCANTI:** farmaci usati nel trattamento dell'ipertensione arteriosa, dell'angina pectoris e di alcune aritmie. Utili nella prevenzione delle recidive dell'infarto

**DIURETICI:** utilizzati per ridurre la pressione arteriosa e per curare lo scompenso cardiaco

**ACE-INIBITORI:** farmaci impiegati nella terapia dello scompenso cardiaco, dell'ipertensione arteriosa e dell'infarto del miocardio

**ACIDO FOLICO:** vitamina utilizzata prevalentemente per la cura di alcune forme di anemia, potrebbe interferire con i meccanismi che portano all'infarto



Claudio Parmiggiani, «Senza titolo»

Polypill è la pillola che non c'è ma che potrebbe piacere molto. Sostituirebbe tutte le pillole dell'occidentale ultracinquantacinquenne afflitto dai tipici mali della società affluente: colesterolemia, pressione alta, rischio di infarto.

La sua semplicità d'uso la renderebbe disponibile per tutti. La popolazione verrebbe in un certo senso «vaccinata» contro le malattie cardiovascolari assumendo ogni giorno dosi basse di aspirina, statine, betabloccanti, acemibitori, diuretici e acido folico. Il tutto in una cosina da un grammo da ingoiare senza acqua. Tutti farmaci noti, sperimentati, conosciuti. Finora destinati ad essere presi dai soggetti a rischio cardiovascolare in monodose giornaliera, a dosaggi variabili. Domani, a disposizione di tutti quei testoni che non vogliono migliorare la dieta, misurarsi la pressione, fare mezz'ora di cammino al giorno. Insomma, più o meno tutti.

Secondo i calcoli, la Polypill diminuirebbe infarti e ictus dell'80 per cento almeno sul totale della popolazione.

Peccato che questa pillola non esista. Se però non esiste la si può inventare o almeno lanciare come proposta estiva su una grande rivista medico scientifica. A volte anche il prestigio ha bisogno di qualche coup de theatre.

Così, alla metà di giugno il «British Medical Journal» ha tirato fuori dal cassetto una serie di articoli di ricercatori ed esperti di medicina preventiva e l'ha pubblicata. Il filo che li univa era l'idea di una pillola che unificasse la pletera di farmaci diversi che milioni di persone, arrivate alla mezza età, debbono cominciare a ingoiare. Ma che si trasformasse in qualcosa di più esteso, disponibile e proposto a popolazioni, quelle occidentali, che nonostante gli appelli non sembrano disposte a cambiare le proprie inadeguate abitudini di vita.

Proprio da questo arcipelago farmacologico sono partite le propo-

ste di Nick Wald (Wolfon Institute di medicina preventiva, Londra), Malcom Law (Università di Auckland, Nuova Zelanda) e di altri per arrivare all'idea della Polypill e del suo concentrato di cinque differenti farmaci più un integratore (l'acido folico, una vitamina presente nelle verdure e nella frutta, serve per tenere sotto controllo l'omocisteina, sostanza che si sospetta essere tra le cause dell'infarto, ma che secondo alcuni potrebbe invece rappresentarne solo una conseguenza). Gli articoli sul «British Medical Journal» sostengono che una pillola così concepita avrebbe pochissimi effetti collaterali. Potrebbero risentire tra l'8 e il 15 per cento dei pazienti. Ma questo, affermano, dipende anche dalle combinazioni di dosaggi che si vogliono usare. Certo, come si sa, l'aspirina può portare a dei sanguinamenti gastrici e i beta bloccanti

possono provocare un gran senso di fatica (e nei maschi a forme di impotenza). Ma questo si potrebbe tenere sotto controllo.

Ovviamente, la Polypill non sarebbe mai un farmaco da banco. Potrebbe aver bisogno di una prescrizione medica, per evitare interazioni negative con altri farmaci. Inoltre, spiega il dottor Wald «richiederebbe un monitoraggio, una volta entrata in commercio, dei suoi effetti collaterali su una grande quantità di pazienti. Ma non necessita di una sperimentazione, perché i principi attivi sono tutti noti e ben sperimentati».

Chi sono i nemici di questa polipillola? Paradossalmente, lo status delle sostanze che la compongono. Infatti, si tratta di farmaci i cui brevetti sono scaduti da tempo e il cui costo di produzione e vendita è bassissimo. Insomma, alle case farma-

ceutiche non converrebbe molto mettere in piedi nuove linee di «spasticità farmaceutica» per realizzare nei giusti dosaggi (che dovranno essere molti) il complesso barocco della Polypill, perché, anche se si tratta di un mercato potenzialmente molto esteso, si vedrebbero comunque costrette a vendere il prodotto ad un prezzo molto basso.

Il dottor Wald si rende ben conto di questo problema: «Potrebbe essere tutt'altro che facile arrivare alla produzione della Polypill - spiega - Nessuno si vuole assumere una responsabilità quando si tratta di creare qualcosa di nuovo. Tu vai dal governo e ti senti dire che hai bisogno di una casa farmaceutica. Vai da una azienda farmaceutica e ti senti rispondere che c'è bisogno di una iniziativa del governo...».

Ma che cosa ne pensano i medici di questa idea?

Le reazioni sul sito del «British Medical Journal» non sono entusiastiche. Un medico ospedaliero nepalese, Rakesh Biswas, ne parla come «una delle tante storie di fantascienza che si leggono ogni settimana sui magazine di salute».

Ascoltato per telefono, Massimo Tombesi, medico di base e autore di libri sulla pratica sanitaria, è perplesso. C'è troppa semplificazione, sostiene. «La gente potrebbe ricavarne da questa idea l'immagine di una medicina come magia, che con una bacchetta da un grammo risolve il problema della prima causa di morte nei paesi occidentali. E magari esonera pure dalla necessità di non fumare, non mangiare cose grasse, fare movimento».

Ma Tombesi è anche dubbioso nel merito. «Noi oggi utilizziamo questi farmaci nei soggetti a rischio e abbiamo buoni risultati. Ma che

cosa può accadere se il numero di persone che assumono queste sostanze aumenta di cinque, dieci volte? Quanti casi di impotenza, di sanguinamento, di crisi asmatiche, di carenza di potassio si potrebbero verificare?».

Tombesi pensa che la Polypill potrebbe essere un'idea da verificare per i soggetti a rischio, anche perché semplificherebbe la loro dieta di pillole, ma non può diventare una vaccinazione contro l'infarto. Prima di tutto perché non funzionerebbe.

**clicca su**

[www.bmj.com](http://www.bmj.com)

[www.cuore.iss.it](http://www.cuore.iss.it)

In un libro di Angelo Fioritti, la comparazione tra le diverse leggi: dalla nostra 180 al sistema misto olandese, dalle procedure formalizzate dell'Inghilterra al cambiamento di rotta della Francia

## Diritto romano o anglosassone? Le tante facce della psichiatria europea

Nanni Riccobono

La legge 180, più nota come legge Basaglia, fu una sorta di rivoluzione. E storia ormai. Anche se molte polemiche non si sono sopite, anche se esistono proposte di correzione della legge, anche se la sua applicazione è disomogenea e a volte carente, questa legge fa parte della nostra cultura e i suoi principi sono stati condivisi dalle leggi psichiatriche di molti paesi europei. Non si parla spesso della dimensione europea della legge. Angelo Fioritti, direttore del programma di salute mentale dell'azienda USL di Rimini, ha comparato i modelli e i sistemi delle diverse leggi psichiatriche focalizzando tre periodi di analisi e valutazioni - l'84, il 92 e il 2000 - raccogliendo il materiale in un testo che ci fornisce la storia e il quadro generale dei cambiamenti avvenuti nella psichiatria dei principali paesi d'Europa

(«Leggi e salute mentale: panorama delle legislazioni europee di interesse psichiatrico», Centro Scientifico Editore).

**Quali restano le peculiarità della nostra legge sulla psichiatria rispetto agli altri paesi?**

La 180 è ancora sicuramente la più radicale sul mandato terapeutico e la preclusione dell'opzione manicomiale oltre a essere quella che punta di più sul territorio. Altri paesi invece, come l'Olanda, hanno una sorta di sistema misto, in cui il manicomio c'è ancora, e comunque ci sono arrivati per aggiustamenti successivi, non, come è stato da noi, con un completo cambiamento di rotta. Questa è la tendenza generale del Nord Europa, che riflette la loro filosofia del diritto: non è la legge che impone i cambiamenti, semmai li registra quando sono in atto.

**In Francia invece la nuova legge ha invertito la rotta.**

Sì, quella che hanno cambiato era

della fine dell'800, si usavano ancora termini come «lunatico», «alienato». Il malato era un corpo estraneo alla società, poi, come da noi, è diventato un cittadino anamato.

**L'acquisizione della cittadinanza per il malato è il nodo centrale, ed è anche quello che suscita problemi maggiori. E così ovunque in Europa?**

Dove il principio viene applicato, sì. Spostare l'accento dalla semplice custodia del malato al suo recupero, alla cura, ha significato prendere in considerazione i suoi diritti e quindi anche porre limiti ai trattamenti o all'internamento contro la sua volontà. Significa che il paziente ha più potere negoziale. L'equilibrio è diverso. Il nesso critico riguarda il punto di questo equilibrio. Più forte il diritto del cittadino malato, più sorgono problemi nell'equilibrio con famiglia e società. Tutto ciò significa per esempio convivenze più prolungate con i fa-

miliari; i nostri trattamenti obbligatori durano sette giorni, sono rinnovabili, si può arrivare magari a due mesi, ma contro la sua volontà il paziente non può essere trattenuto in ospedale. Questo può creare difficoltà alle famiglie perciò è un problema che va condiviso con i servizi, gli utenti, il territorio. Dal punto di vista della casistica degli episodi di violenza o dei suicidi non ci sono grandi differenze con gli altri paesi europei. Ce ne sono invece nel metodo e nei tempi del ricovero coatto.

**Cioè?**

Ci sono sistemi con meno potere coattivo dei servizi psichiatrici nei confronti del malato, come da noi, dove quindi c'è meno bisogno di un secondo livello che corregga gli abusi del sistema. Invece in Inghilterra, dove i trattamenti obbligatori hanno una durata dai tre mesi in su, le procedure sono molto più formalizzate, rigorose, c'è la possibilità di rivolgersi ai tribunali. Da noi gli abusi

sono pochissimi; non ho mai sentito di ricorsi ai tribunali contro i ricoveri obbligatori considerati arbitrari. In Inghilterra è molto frequente. Questo riflette delle differenze culturali, come dicevo prima, tra popoli di diritto romano e anglosassoni. Nei primi, inclusa la Germania, il trattamento sanitario obbligatorio è a discrezione del giudizio dei medici; gli anglosassoni hanno invece il culto dell'individualità, il ricovero è meno visto come una forma di trattamento e più come una forma di limitazione della libertà individuale. Perciò loro pensano che debba essere un'autorità giudiziaria a stabilire se uno deve essere ricoverato oppure no. È difficile ricoverare un malato molto grave se non è pericoloso. Da noi invece, su base etica, due terzi dei ricoveri non riguardano la pericolosità immediata del malato, ma il suo grado di sofferenza.

**Ci sono molte differenze nell'applicazione e lo sviluppo della 180**

**sul territorio nazionale?**

Sì, certo. Ci sono centri che godono di una reputazione internazionale, modelli di modernità per la varietà e lo sviluppo dei servizi - il centro universitario di Verona Sud, Trieste, con la sua esperienza particolare che attrae ancora professionisti della psichiatria da ogni parte del mondo - ci sono intere regioni come l'Emilia-Romagna e la Toscana in cui per operatori e numero di servizi siamo superiori agli standard europei. Possiamo dire che in generale nelle regioni del centro sud le risorse e le innovazioni organizzative sono inferiori.

**Anche in altri paesi europei ci sono situazioni diverse?**

Per esempio in Germania, che è uno stato federale, oltre alla differenza di risorse tra est e ovest che risale alla situazione precedente all'89, ci sono stati dove i manicomi esistono ancora e altri dove vigono modelli affini al nostro.

## IL PADRE DELLA DIETA MEDITERRANEA

La storia della dieta mediterranea comincia cinquant'anni fa. E il protagonista di questa storia è ancora vivo: si chiama Ancel Keys e compirà cento anni il 26 gennaio del 2004. Per ricordare questo scienziato e la sua grande intuizione, domani 5 luglio a Paestum si terrà un simposio al quale parteciperanno nutrizionisti e studiosi internazionali. Fisiologo e biologo, Keys cominciò a lavorare alle diete durante la Seconda Guerra Mondiale. Come consulente del Dipartimento della difesa americano, fu lui infatti a creare le famose razioni K, quelle che i soldati americani portavano in battaglia. Qualche anno dopo, agli inizi degli anni Cinquanta, Keys cominciò a studiare il legame esistente tra le malattie cardiovascolari e la dieta. I suoi studi iniziarono da una semplice osservazione: gli uomini d'affari americani che mangiavano bene e molto avevano un tasso piuttosto elevato di malattie cardiovascolari; al contrario gli abitanti dei paesi europei, dopo la fine della guerra, presentavano un rischio molto limitato. Keys pensò che questo dipendesse dal fatto che le loro razioni alimentari erano più povere e postulo una correlazione tra i livelli di colesterolo e l'insorgenza di malattie cardiovascolari. Keys iniziò quindi uno studio epidemiologico divenuto poi molto famoso: il «Seven countries study», condotto anche in Italia, dove peraltro lo scienziato visse per molti anni. Dallo studio emerse un legame molto stretto tra i tassi di malattie cardiovascolari di una popolazione e, da un lato, la presenza di colesterolo, dall'altro, l'assunzione di acidi grassi saturi in quella popolazione.

Le scoperte di Keys produssero una vera e propria controversia che durò molti anni e che coinvolse medici, associazioni di consumatori, compagnie di assicurazioni e industria alimentare. In effetti, lo scienziato americano fu un interventista e attraverso libri e articoli promuoveva i benefici di una dieta «ragionevolmente povera di grassi» da seguire invece delle «abitudini nordamericane: rendere lo stomaco una pattumiera in cui riversare una lunga lista di cibi dannosi».

Intervistato recentemente (l'intervista verrà proiettata in occasione del simposio di Paestum), Keys ha affermato che le sue scoperte vennero osteggiate, incontrando numerosi ostacoli alla loro diffusione. E così, abbiamo dovuto aspettare molti anni (e molti hamburger) perché la dieta mediterranea diventasse un modello internazionale. L'unica cosa che ci può consolare è che alla domanda se consideri la pizza ancora un elemento valido nel regime alimentare, Keys ha risposto con un deciso: sì.