

pillole di medicina

L'allarme dell'Oms

L'inquinamento danneggia anche i polmoni del feto

L'inquinamento può danneggiare i polmoni dei bambini, mentre i piccoli sono ancora nel grembo materno. L'allarme arriva da uno studio dell'Organizzazione mondiale della Sanità (Oms), diffuso in maniera informale a Budapest, nel corso della conferenza dei ministri dell'Ambiente e della Salute della regione europea dell'organizzazione internazionale. Lo studio, che sarà pubblicato alla fine dell'anno su una rivista scientifica non ancora definita, punta il dito in particolare sulle piccole particelle prodotte dai motori delle automobili, soprattutto i diesel, responsabili del 60-70 per cento di questo inquinamento. Si tratta del cosiddetto particolato PM10, cioè di particelle di dimensioni inferiori a 10 micron che non vengono bloccate dai filtri nasali. Secondo l'Oms, i dati dovrebbero spingere i governi ad agire rapidamente e con decisione sui temi della mobilità e del trasporto.

Menopausa

Un nuovo rischio della terapia ormonale

La terapia ormonale sostitutiva per le donne in menopausa potrebbe aumentare il rischio di sviluppare segni di demenza. La notizia arriva da un articolo pubblicato sulla rivista *Jama (Journal of the American Medical Association)* da ricercatori del Wake Forest University Baptist Medical Center, che hanno esaminato i dati raccolti su 7.500 donne. Secondo le stime, il rischio demenza era più alto del 76 per cento nelle donne che assumevano la terapia ormonale, sia quella a base di estrogeni, sia quella combinata (cioè con l'ormone estrogeno che il progestinico) rispetto a chi invece assumeva un semplice placebo. I ricercatori sottolineano comunque come solo poche donne abbiano poi sviluppato realmente la demenza. Ritengono però che i risultati siano significativi perché fino a oggi si pensava che la terapia ormonale sostitutiva potesse ridurre questo rischio invece di aumentarlo.



Da «Neurology»

I cani dei bambini epilettici sentono l'arrivo della crisi

Secondo uno studio pubblicato sulla rivista *Neurology*, i cagnolini dei bambini epilettici sarebbero in grado di «sentire» l'arrivo delle convulsioni e di proteggere i loro padroncini. I bambini considerati in questo studio, condotto in Canada, avevano un'età compresa tra i 6,8 e i 17,5 anni e i cani erano di molte specie diverse. E anche semplici bastardi. I comportamenti canini rilevati più spesso vanno dalla leccatura della faccia del bambino al rallentamento dell'attività motoria, a veri e propri comportamenti protettivi, non aggressivi verso gli estranei. Spesso, poi, il cane uggia. Le reazioni canine più significative che sono state osservate riguardano uno Sheltie-Spitz, che si siede sopra la sua bambina nei momenti precedenti la crisi e non le permette di alzarsi, e un Akita, che si preoccupa di allontanare dalle scale la padroncina.

Uno studio da Singapore

Dalle lacrime la diagnosi precoce della Sars?

Il virus della Sars è stato trovato anche nelle lacrime di alcuni pazienti. Lo hanno scoperto alcuni medici di Singapore che hanno analizzato i condotti lacrimali di 36 persone che nell'aprile del 2003 erano state sospettate di essere infettate dal virus, otto dei quali avevano sviluppato la malattia. Secondo i medici, guidati da Seng Chee Loon della Singapore National University, analizzare le lacrime potrebbe essere un modo per individuare i pazienti infetti, soprattutto nelle prime fasi dell'infezione. Infatti, tre degli otto che hanno sviluppato la malattia avevano tracce del virus nelle lacrime e tutti e tre erano stati sottoposti agli esami nove giorni dopo l'inizio dei sintomi. Gli altri cinque erano stati esaminati invece a undici giorni di distanza e non era stato possibile individuare il virus nelle lacrime.

Non sentire dolore, un diritto negato

Medici, bioeticisti, filosofi riflettono sul tema della sofferenza in un libro curato da Domenico Gioffrè

Romeo Bassoli

Buddenbrock

Il brano che segue è tratto dal saggio di Sandro Spinsanti nel volume «Il dolore non necessario», a cura di Domenico Gioffrè, Bollati Boringhieri Editore, pp. 214, 14 euro.

Quando diciamo che il dolore, per quanto manifesto, viene reso invisibile dall'insensibilità morale non intendiamo solo il grossolano atteggiamento degli schiavisti e dei capitalisti proprietari delle fabbriche del XIX secolo nei confronti della sofferenza che li circondava; e neppure la tranquilla disinvoltura con cui i chirurghi procedevano a operazioni sui neonati senza anestesia.

Anche delle concezioni morali di alto profilo possono costituire un filtro che impedisce di vedere il dolore. Dobbiamo riconoscere inoltre l'esistenza di un'etica medica che non aiuta a vedere il dolore, anzi nasconde il dolore che abbiamo sotto gli occhi.

C'è una pagina famosa tratta dal romanzo Buddenbrook di Thomas Mann, che permette di dare concretezza all'affermazione che anche l'etica può contribuire a mascherare il dolore. In una scena culminante l'anziana madre del console Thomas Buddenbrook, giace sul letto di morte. L'agonia si protrae dolorosamente. La morante, in grandi difficoltà respiratorie, chiede ai due medici che l'assistono un calmante per dormire. Supplica: «qualcosa per dormire... dottori per pietà! Qualcosa per dormire!» Ma i medici sanno che l'azione di un sedativo abbrevierebbe la vita; per cui respingono la richiesta rifacendosi a vaghi motivi etici che non sanno articolare, ma che non di meno sentono come vincolanti. (...) Questo tipo di sensibilità morale fa sì che la madre di Buddenbrook muoia al termine di un'agonia terribile, per la quale i medici hanno ritenuto loro dovere non fare niente.

Consideravano infatti il dolore della morante come un dolore necessario.

Viene per molti di noi il momento in cui il medico di fiducia annuncia che è ora di fare una colonscopia. Si invecchia, si ha un parente prossimo che ha avuto un tumore (e chi non lo ha, ormai?) e quindi «è meglio».

Dunque, si fa. È un esame poco gradevole, come può immaginare chi non l'ha subito, ma può essere, almeno, fatto in anestesia. Non si sente nulla, i fastidi sono molto diminuiti ed è più facile pensare a quante volte si dovrà ripetere.

Ma non è semplice per tutti trovare il servizio ospedaliero che vi propone l'anestesia. O che può dire di sì ad una vostra richiesta. Ci sono intere province in Italia - al Centro come al Nord o al Sud - dove è impossibile fare l'esame senza sentire dolore. L'analgescico non si usa.

Perché? Se si domanda, il medico ipocrita allargherà le braccia. Quello più sciocco vi dirà che «non ce n'è bisogno». Chi non ne ha bisogno?

Quello della colonscopia è solo un esempio, e nemmeno drammatico, del vergognoso ritardo culturale che fa dell'Italia la patria del Dolore Non Necessario. Quello imposto da un sistema medico sanitario arretrato al malato di cancro, alla persona che ha subito un intervento chirurgico, a chi ha malattie croniche o ricorrenti. Un dolore che la chimica e la medicina sanno da tempo come curare e bene. Ma da noi, come continuano a dire persino i ministri della Sanità, non usa. Non nel senso che qualche percentuale minoritaria di medici non utilizza le terapie antidolorose. No, da noi è la stragrande maggioranza dei sanitari che non ci pensa nemmeno. Negano la morfina sul letto di morte ai malati terminali, rendono più difficili le guarigioni non eliminando il dolore post operatorio, intervengono sui bambini in modo chirurgicamente invasivo senza anestesia in base alla bizzarra credenza che questi hanno una minore percezione del dolore.

Dare un'occhiata, per credere ai numeri e alle denunce contenute nel bel volumetto di saggi curato da Domenico Gioffrè «Il dolore non necessario», edito da Bollati

Boringhieri. Gioffrè è un biologo del CNR di Pisa ed è impegnato nelle attività del Tribunale per i diritti del malato della Regione Toscana. Ha raccolto nel volume una serie di interventi di medici come Vittorio Ventafridda, bioetici come Sandro Spinsanti, filosofi come Remo Bodei, esperti di farmacologia come Gian Luigi Gessa e molti altri.

I dati, dicevamo. Gioffrè nella sua introduzione spiega che «i progressi della farmacologia consentono di controllare efficacemente il dolore in oltre il 90 per cento dei casi, eppure nel nostro paese a circa il 40 per cento dei malati negli ospedali non vengono somministrati analgesici».

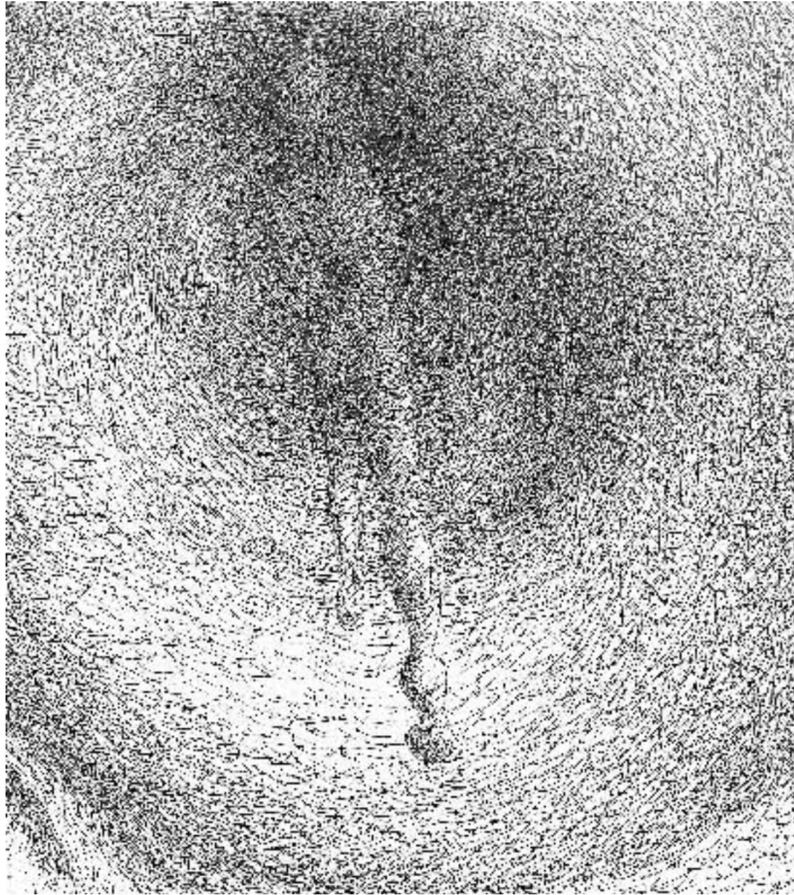
I numeri dell'impiego di morfina in campo sanitario danno un'altra stima quantitativa di questa vergogna: consumiamo la stessa quan-

tità di morfina pro capite di Andorra, Estonia e Sudafrica. Sette volte meno della Gran Bretagna, 8 volte meno di Francia e Stati Uniti, 10 volte meno dell'Austria, 12 volte meno del Canada.

Gioffrè indica otto ragioni per questo mare di dolore che i medici italiani infliggono ai loro pazienti. Il primo: troppa burocrazia, che rende difficile al medico prescrivere la morfina (o gli dà l'alibi per non trattare questa materia per lui così delicata).

La seconda: ragioni di ordine religioso che evidentemente non valgono in un paese non meno cattolico di noi, la Spagna, dove la morfina viene prescritta tre volte di più che in Italia (Scriva Sandro Spinsanti: «Il "dolorismo" può essersi appoggiato al cristianesimo, ma non ne è un figlio legittimo»).

La terza: ostacoli culturali da



Disegno di Pietro Zanchi

parte dei pazienti che reputano il dolore come un passaggio inevitabile della cura.

La quarta: il mito della morfina come fonte di terribili effetti collaterali. Che spesso però sono inesistenti o abbastanza facili da controllare.

La quinta: l'educazione che ci insegna a sopportare il dolore in silenzio.

La sesta: un rapporto medico-paziente che spinge quest'ultimo a tacere sui propri dolori per timore che il medico lo imbottisca di farmaci o peggio gli imponga

interventi invasivi.

La settima: la mancanza di informazione sulla possibilità di ricevere cure antidolorose, soprattutto per quelli che vengono ascoltati poco come gli anziani, i bambini, i cerebropatici.

L'ottava: la formazione dei medici, che non c'è. I corsi di formazione sulla terapia del dolore erano previsti da una legge dell'ex ministro Veronesi. Con tanto di fondi stanziati. Ma tutto è fermo davanti alla Conferenza Stato-Regioni.

La Francia, vicino a noi, ha sel-

to un'altra strada: ha realizzato un primo programma che prevede in ogni cartella medica del paziente ricoverato la presenza dei parametri del dolore per la patologia che l'ha colpito. Con lo stesso programma ha allargato l'uso degli oppiacei somministrabili anche dagli infermieri e sono stati formati 28.000 esperti in cure palliative.

Al centro dell'iniziativa francese, il paziente. Al quale, per non sbagliarsi, è rivolto lo slogan dell'ultimo programma: «Malati, se sentite il dolore, ditelo». Cioè rivendicate il vostro diritto a non soffrire.

I risultati di un'indagine mostrano che aumentando la quantità del farmaco le risposte di alcuni pazienti sono migliori. La malattia in Italia colpisce 2000 persone l'anno

Un dosaggio diverso di interferone per la sclerosi multipla

Paola Emilia Cicerone

Oggi c'è qualche speranza in più per i malati di sclerosi multipla, una malattia neurologica che provoca il deterioramento della mielina, la sostanza che riveste le fibre nervose assicurando il corretto passaggio dei segnali. Fino a qualche anno fa, per chi ne era colpito esistevano solo terapie in grado di ridurre la gravità degli attacchi, come i cortisonici, o di alleviarne i sintomi, mentre oggi c'è la possibilità di rallentare la progressione del male. Anche se a beneficiarne sono soprattutto i soggetti colpiti dalla forma più comune della malattia (oltre l'80% dei casi)

la cosiddetta «r» o recidivante-remittente, che alterna ricadute a fasi di recupero parziale o totale.

A fare la differenza sono soprattutto i trattamenti a base di interferone. «o meglio dei due tipi di interferone beta, prodotti da diverse aziende farmaceutiche, che costituiscono, insieme al copolimero 1 - un altro immunomodulatore che agisce secondo un meccanismo diverso - le principali opportunità per rallentare il decorso della malattia», spiega Grazia Rocca, neurologa dell'Associazione Italiana Sclerosi Multipla (numero verde per informazioni 800-803028). Tanto che ora i ricercatori stanno aggiustando il tiro per cercare di rendere le terapie

più efficaci e mirate. Secondo lo studio OPTIMS, presentato qualche tempo fa a Torino, aumentando i dosaggi del farmaco - in particolare si tratta dell'interferone beta-1b, prodotto dalla Schering, a un dosaggio di 375 microgrammi anziché dei abituali 250 - sarebbe possibile ottenere risultati positivi su un numero più ampio di pazienti. «In questo modo - spiega il coordinatore dello studio, Luca Durelli dell'Università di Torino - si riduce il numero dei pazienti che rispondono solo parzialmente alla terapia, portando la percentuale di risposta a oltre l'80%». Mentre un altro studio osservazionale appena avviato, il BEST, punta a studiare l'impatto del-

la terapia a lungo termine.

Pur trattandosi di una malattia relativamente diffusa - solo nel nostro paese colpisce 52 mila persone, in maggioranza giovani donne, con circa 2000 nuovi casi ogni anno - le cause della sclerosi multipla non si conoscono ancora con precisione. Attualmente è considerata una patologia autoimmune, anche se è probabile che esista una sorta di predisposizione genetica che può essere attivata da fattori esterni come le infezioni. In ogni caso, il male colpisce indiscriminatamente il sistema nervoso causando sintomi anche molto diversi. Ad essere colpiti sono soprattutto i movimenti e la vista: il sito <http://www.ms-gateway.com>, in inglese, sponsorizzato dalla Schering, contiene un programma di simulazione che aiuta a capire meglio cosa può voler dire vivere con la sclerosi multipla. «Prima dell'esistenza dell'interferone, il 70% circa dei pazienti finiva su una sedia a rotelle, mentre ora questa percentuale è scesa al 30%», spiega Rocca. E potrebbe scendere ancora. Oggi in Italia i diversi tipi di interferone sono a carico del servizio sanitario nazionale e sono prescritti attraverso gli appositi Centri dispensatori. Ma quanti pazienti usufruiscono di questa possibilità? Secondo statistiche internazionali, oltre il 30% dei pazienti sospende la terapia a base di interferone entro cin-

que anni dall'inizio. «Spesso, specie per i più giovani, è difficile accettare la diagnosi e quindi l'idea di una terapia - spiega la neurologa - che comunque è piuttosto impegnativa e ha effetti collaterali importanti». I ricercatori però sono d'accordo sulla necessità di far cominciare presto la terapia. Intanto la ricerca continua: un altro immunomodulatore non ancora in commercio, il natalizumab, darebbe risultati promettenti contro la componente infiammatoria, mentre sta per cominciare in Italia uno studio mirato a confermare i risultati di ricerche inglesi sulla possibile efficacia, su alcuni sintomi dei derivati della cannabis.

L'EUROPA CONTRO LA VIVISEZIONE

Emanuele Perugini

Oltre 65 milioni di euro per ridurre, rimpiazzare e ridefinire l'impiego di animali nella sperimentazione scientifica. È questo l'obiettivo che la Ue ha inteso conseguire attraverso il rifinanziamento di uno specifico programma di ricerca che è stato presentato a Bruxelles dal commissario per la ricerca della Commissione Europea, Philippe Busquin.

L'obiettivo è quello di potenziare i fronti di ricerca in vista del conseguimento di quella che la stessa Unione Europea definisce politica delle «Tre R» (riduzione, rimpiazzo e ridefinizione). Una strategia di riduzione del numero degli animali usati nelle sperimentazioni scientifiche attraverso l'adozione dei modelli in vitro di pari efficacia.

«Vogliamo promuovere al massimo - ha detto Busquin - la collaborazione tra le diverse strutture di ricerca europee in modo da arrivare alla messa a punto di nuovi sistemi di validazione, che comunque dovranno dimostrare la loro efficacia». Che il contributo finanziario da parte della Commissione Europea sia aumentato è del resto

sottolineata dalle cifre assegnate ai singoli progetti di ricerca. «La massa critica dei progetti - ha spiegato Beatrice Lucaroni, responsabile del programma per la Commissione Europea - è arrivata a circa nove milioni di euro». In pratica l'UE con questo bando intende sostenere progetti di ricerca che abbiano come obiettivo la messa a punto di sistemi di validazione della tossicità delle sostanze - farmaci, ma anche cosmetici e altri prodotti del genere - cui si

richiede l'autorizzazione al commercio che prevedano l'impiego del minor numero possibile di cavie animali, se non addirittura la completa sostituzione dei modelli «in vivo» con quelli «in vitro».

«Sappiamo - ha spiegato il direttore dello Scientific Institute of Public Health di Bruxelles, Paul Dierckx - che i test in vivo sugli animali per determinare la tossicità di una sostanza sono insostituibili, ma in alcune fasi del processo di valutazione possiamo utilizzare con sempre maggiore fiducia, dei test su materiale cellulare coltivato in provetta».

La correlazione tra i risultati ottenuti attraverso i due modelli - «in vitro» e «in vivo» - è infatti considerata molto alta, ma non ancora del tutto completa. «Attualmente - ha spiegato Thomas Hartung dell'European Centre for the Validation of Alternative Methods - ci sono almeno 16 nuovi test alternativi in attesa di valutazione della Commissione Europea. Non possiamo conoscere che tipo di nuove scoperte saranno fatte nel settore ma sappiamo che se negli anni '70 per un test di tossicità acuta venivano usati in media 150 animali, ora siamo scesi a soli 16 cavie, mentre i nuovi test in corso di approvazione potrebbero ridurre ancora questo numero a soli 3-6 animali».