

PRIMO CLASSIFICATO

Articolo n. 21 – Vera Michela Martinella_CORRIERE.IT

“Hospice usati più di prima, ma male”

MILANO - La faccenda è estremamente delicata, ma non più rinviabile. Per la qualità di vita dei malati, innanzitutto. Ma anche perché la forzata e improrogabile revisione dei conti in ambito sanitario non lascia scampo. Si tratta delle cure di fine vita, di come e dove trascorrono le ultime settimane i malati oncologici in fase terminale. Se fino a pochi anni fa al centro della questione era la carenza di strutture adeguate, oggi anche in Italia è notevolmente cresciuto il numero di hospice, organizzati per assistere persone in fase avanzata di malattia, e il problema è soprattutto «culturale». «Moltissimo dipende da come si comunica a pazienti e familiari in un momento cruciale - dice Adriana Turriziani, presidente della Società Italiana di Cure palliative (Sicp) -. Nel passare da chirurgia, chemio, radio e ormonoterapia alle terapie preposte a lenire il dolore e i sintomi per il miglioramento della qualità di vita residua, il malato e i suoi cari attraversano una fase molto importante e delicata che richiede sostegno e attenzioni a livello psicologico e relazionale».

CURE AGGRESSIVE - Sono i numeri a dimostrare l'impellente necessità di migliorare questa fase. Uno studio da poco pubblicato su Jama (Journal of the American Medical Association) evidenzia infatti come l'aumento positivo dell'utilizzo degli hospice vada purtroppo di pari passo con l'incremento di terapie aggressive che vengono somministrate fino agli ultimi giorni di vita. Mentre un'altra ricerca comparsa sul New England Journal of Medicine qualche mese fa dimostrava come siano ancora troppi (almeno due terzi) i pazienti che sperano di guarire pur avendo un tumore in stadio avanzato e che pensano che la chemioterapia che stanno ricevendo li potrebbe curare, anche quando in realtà serve soltanto a prolungare la sopravvivenza o alleviare il dolore.

LO STUDIO - Secondo i risultati della recente analisi condotta da Joan Teno, palliativista dell'Home & Hospice Care del Rhode Island e docente di politica sanitaria alla statunitense Brown University, «il ricovero in hospice dura troppo poco (spesso meno di tre giorni, il che suggerisce che non ricevano il sostegno fisico e psicologico necessario) ed è solo l'aggiunta finale a un iter terapeutico molto aggressivo che si protrae fino agli ultimi giorni di vita. È forte il sospetto che non sia ciò che desiderano, perché non li aiuta». Dai dati di Teno e colleghi emerge come negli Stati Uniti sia da un lato raddoppiato l'uso degli hospice per i malati terminali (passato dal 21,6 per cento del 2000 al 42,2 per cento del 2009), che ben in un quarto dei casi restano però ricoverati per solo tre giorni o meno; e come dall'altro sia anche cresciuta sia la somministrazione di terapie intensive (dal 24,3 per cento del 2000 al 29,2 del 2009) cui viene sottoposto quasi un terzo dei pazienti. «Un'inadeguata comunicazione che comporta cure indesiderate è endemica in molti ospedali - commentano i ricercatori -. E questo fa sì anche che ancora troppi malati ricevano tardi le cure palliative per il sollievo dai sintomi (primo fra tutti il dolore) e il supporto psicologico di cui hanno fortemente bisogno».

LA SITUAZIONE IN ITALIA - Secondo i dati della Sicp, gli hospice sul territorio italiano erano meno di 10 prima della Legge 39 del 1999 (che ha finanziato la realizzazione di strutture residenziali per malati in fase terminale di malattia) e attualmente sono 201, con un offerta di più di 2.100 posti letto. «Non disponiamo di dati nazionali simili a quelli americani per poter fare un confronto - chiarisce Danila Valenti, vicepresidente Sicp e responsabile delle Cure Palliative per l'Ausl di Bologna -, ma le informazioni parziali che abbiamo su alcune Regioni o Asl lasciano intendere che non ci siano grandi differenze. Anche i dati relativi ai decessi entro i primi giorni dal ricovero sono purtroppo in linea con quelli riportati da Teno. L'uso tardivo dell'hospice è correlabile a una non piena consapevolezza da parte del malato e spesso della famiglia della gravità della situazione clinica, legata anche all'aspettativa che i pazienti hanno sull'efficacia della chemioterapia. E questa non consapevolezza porta a fare scelte che possono compromettere la qualità di vita dei malati nell'ultima fase della malattia». Insomma, se il paziente (e talora la famiglia) non ha compreso a

pieno la gravità della sua situazione clinica, non riuscirà a prendere decisioni consapevoli relativamente alla sede dove affrontare la malattia così avanzata. «Se la comunicazione dei medici lascia illusoriamente intendere che un trattamento attivo o un ricovero in ospedale o accertamenti strumentali possano ritardare l'evoluzione, infausta, della malattia, allora la scelta dell'hospice sarà sempre tardiva. E il malato morirà in un ambiente che non sempre è in grado di garantire le cure adeguate alla fase avanzata della malattia» conclude Valenti.

IL DIRITTO ALLA VERITÀ - Se negli ultimi anni si è fatto molto per migliorare la comunicazione medico-paziente, restano ampi margini di progresso quando si tratta di affrontare situazioni delicate come una malattia oncologica in fase avanzata o terminale. È fondamentale, come ribadito sempre più spesso dagli esperti, che si dedichi maggiore attenzione alle cure palliative, che offrono sollievo dai sintomi e un approccio di cura «integrato» a tutta la persona con l'obiettivo chiaro di garantire la migliore qualità di vita possibile al malato, e che invece ancora troppo spesso sono identificate soltanto con il «non c'è più nulla da fare» e proposte solo in fase terminale. Ed è altrettanto indispensabile (per quanto arduo) far capire a pazienti e familiari che, giunti ad un determinato stadio del tumore, è più utile una terapia di supporto sui sintomi che un'ostinazione terapeutica. Anche perché la finzione (l'illusione che se si sta facendo chemio o radioterapia si sta continuando a combattere e dunque si può sperare di guarire) non solo non aiuta la persona malata a fare i conti con la propria situazione, ma (peggio) le impedisce di organizzare e decidere dei propri ultimi giorni o settimane di vita come preferisce e di comunicare sinceramente con i propri cari alla fine dell'esistenza. Infine, non si può dimenticare la «questione costi»: in un momento in cui si lotta per garantire il minimo indispensabile ai malati, è più che mai impensabile sprecare risorse e denaro per somministrare terapie inappropriate (inutili, inefficaci o persino dannose) a pazienti terminali, a cui andrebbe invece garantito il diritto di trascorrere le ultime settimane di vita nel miglior modo possibile.

SECONDO CLASSIFICATO

Articolo n. 15 – Cesare Sangalli_ALTREVOCI.IT

“No, woman no cry”

La medicina del dolore è la nuova frontiera della sanità
No, woman no cry

“La prima volta che ho fatto fare un parto indolore, con la classica epidurale, mi sono quasi dovuto barricare nella stanza. L'ambiente era tutto ostile, le ostetriche più ancora degli uomini”. Correva l'anno 1990, Leonardo Consoletti era un giovane medico anestesista che lavorava nella sua città di origine, Foggia. Oggi, a 56 anni, dirige una struttura di avanguardia (Medicina del dolore), e a Foggia, grazie all'impegno del suo team, i parti con le tecniche analgesiche sono quasi la metà del totale. “Cosa che ha permesso fra l'altro di ridurre notevolmente il ricorso ai parti cesarei”, aggiunge Consoletti. Perché spesso è solo la paura della donna di soffrire troppo a far richiedere un intervento chirurgico non necessario. Anche se non viene detto esplicitamente, è come se il dolore del parto fosse una conditio sine qua non dell'essere madre, e quindi dell'essere donna.

L'esempio del parto spiega forse meglio di ogni altro quanto sia costellata di pregiudizi e false certezze la strada della sofferenza, o meglio, dell'alleviamento della sofferenza. “Eppure è uno dei primi doveri del medico, dal giuramento di Ippocrate in poi”, è costretto a ricordare Consoletti.

Per quanto possa sembrare paradossale, per arrivare a riconoscere il dolore dei pazienti e il diritto a richiedere ogni forma prevista dalla medicina moderna per la sua attenuazione, c'è voluta una legge, che è assai recente, la legge 38 del 2010. Vi sono fissati alcuni principi fondamentali (otto, per la precisione) che meritano di essere conosciuti da tutti, per quanto possano sembrare intuitivi o scontati: l'esperienza dimostra che non lo sono affatto.

Il primo criterio stabilisce il diritto a non soffrire inutilmente. Più precisamente, a “vedere alleviare la propria sofferenza nella maniera più efficace e tempestiva possibile”.

Il secondo criterio, ovvero il diritto al riconoscimento del dolore, stabilisce che “tutti gli individui hanno diritto ad essere ascoltati e creduti quando riferiscono del proprio dolore”. E’ la famosa “centralità del paziente”, che viene citata e sbandierata nella teoria medica da almeno vent’anni, ma che nella prassi (ognuno di noi lo ha sperimentato almeno una volta) vede ancora il malato come ricettore passivo (e muto) di cure stabilite, o addirittura imposte, da chi detiene il vero potere, il potere della conoscenza. Non a caso il sesto, settimo e ottavo principio parlano del diritto “a partecipare attivamente alle decisioni sulla gestione del proprio dolore”, e della necessità di estendere questo diritto ai soggetti “senza voce”, cioè anziani e bambini, e in generale a tutti i soggetti deboli che fanno fatica ad essere ascoltati.

Abbiamo lasciato per ultimi il quarto e quinto diritto, perché ci introducono direttamente nella nuova frontiera della medicina del dolore: il diritto ad un’assistenza qualificata (cioè attuata con gli standard di qualità più recenti e validati) e soprattutto continua.

Qui occorre fare qualche passo indietro, quando non si parlava di medicina del dolore, ma solo e sempre di anestesia.

Pensate alla percezione comune, quella di ognuno di noi, perché è assolutamente significativa: l’anestesista viene visto normalmente solo nel ruolo di appoggio, di assistenza del chirurgo (o fisiatra, oncologo, neurologo: insomma, dello “specialista”), che è il vero dominus della nostra salute. L’anestesista arriva, addormenta il paziente, in tutto o in parte, e se ne va. Arrivederci e grazie.

Poi magari succede (e succede spesso) che dopo un’operazione (o una terapia di altra natura, ma sempre con forti ricadute sul paziente, compreso chemio e radioterapie) ce ne vuole un’altra e un’altra ancora. Il dolore si fa cronico, a volta diventa addirittura una malattia in sé, e continua il calvario nomade del paziente, si moltiplicano i “viaggi della speranza”.

E’ proprio dai fallimenti, dalle sconfitte, come spesso succede nella vita, che nasce la medicina del dolore. Perché il dolore cronico (cioè il dolore che dura più di sei mesi/un anno) finisce per condizionare la vita delle persone. Può far perdere il lavoro. Impoverire la vita familiare e sociale. Costringere le persone a sentirsi “casi umani”, da guardare con pietà, fastidio, indifferenza, o con una forma esagerata e sbagliata di attenzione. Può spingere il paziente ad atteggiamenti vittimistici o ricattatori, indurre all’isolamento e alla depressione. Chi soffre di un dolore cronico ha quasi sempre la sensazione di essere solo, un novello Giobbe punito per una colpa mai commessa.

Questo è l’aspetto più paradossale del dolore cronico, perché si calcola che ne siano coinvolti, in misura maggiore o minore, 12 milioni di persone, il 20 per cento circa della popolazione.

Se “uno su mille ce la fa”, come dice la canzone, uno su cinque soffre a lungo o per tutta la vita, senza sapere che esiste invece un’alternativa.

L’alternativa si chiama appunto medicina del dolore, e si potrebbe riassumere con due semplici concetti: tecnologia e buon senso.

Nessun medico del dolore vende soluzioni miracolose, meno che mai paradisi artificiali o risposte filosofiche e ultime sul tema della sofferenza. Non ci sono di mezzo ideologie laiche, visioni del mondo alternative o teoremi esistenziali. I medici del dolore sanno benissimo che la sofferenza ha mille risvolti, e che tutte le figure di supporto (amici, familiari, psicologi, sacerdoti, guide spirituali) sono importanti. In una battuta, rubata a Woody Allen, si potrebbe dire “basta che funzionino”. Di sicuro, le loro soluzioni funzionano.

Parliamo per esempio di neuromodulazione del dolore (più correttamente: del messaggio nervoso). Con una premessa: il dolore è soggettivo, il medico deve cercare di individuare il livello della sofferenza sulle scale predisposte allo scopo, e la soluzione più adatta a quel livello.

Fatta zero l’assenza di dolore e dieci il dolore massimo, quello praticamente insopportabile, la neuromodulazione si applica soltanto per una sofferenza dal livello sette in su. Di che si tratta? Si tratta di intervenire con impulsi elettrici direttamente sui centri del midollo spinale che veicolano il segnale del dolore al cervello. In pratica si “disturba” il segnale dell’emittente, con quello che si chiama il “pacemaker del dolore” (o neurostimolatore midollare) : una batteria con poli elettrici che vanno a toccare i cordoni posteriori del midollo spinale dove passano le fibre nervose che portano, ad esempio, i segnali del dolore delle gambe o della schiena al cervello.

Gli effetti benefici sul paziente sono straordinari: per molte persone è un autentico ritorno alla vita. Sulla stessa falsariga ci sono le pompe infusionali sottocutanee: minuscoli palloncini con una pompa (collegata al midollo spinale) che rilascia i farmaci necessari al paziente, che si tratti dei prodotti per la sclerosi multipla o degli oppiacei (come le morfine) per sedare il dolore.

Ancora una volta, agire direttamente sui centri nervosi coinvolti consente di ridurre enormemente (fino ad un centesimo) la quantità necessaria di morfina o altro prodotto. Cosa che consente di avere una vita più regolare, per esempio di poter guidare la macchina senza rischi, evitando tutta una serie di effetti collaterali, dall'ottundimento cerebrale al vomito o alla stipsi.

Se poi qualcuno ancora avesse perplessità sull'uso della morfina (che, è bene ricordarlo, è una sostanza presente nel corpo umano, prodotta in via endogena), in quanto "droga", la tecnica a lento rilascio scorpora l'effetto analgesico dall'euforia, cioè da quello stato artificiale e dannoso di benessere ricercato dai tossicodipendenti.

In ogni caso, è bene ripeterlo, stiamo parlando di casi estremi del dolore, il vertice della piramide, sopra il livello sette della sofferenza; per tutto il resto, valgono ancora tutti i rimedi farmacologici tradizionali, fino al banale paracetamolo, se si scende sotto il livello quattro, e perfino le carezze o la ninna nanna per i bambini. Ma anche un materasso che ci fa dormire bene, nel caso del mal di schiena, uno dei dolori più diffusi in assoluto, soprattutto dopo i 60 anni. Il principio di base, ripetiamo, è molto pragmatico (si potrebbe dire umile): basta che il rimedio al dolore porti sollievo al paziente.

La domanda del cronista (e del lettore) a questo punto dovrebbe sorgere spontanea: perché soluzioni così valide e positive non hanno ancora un'applicazione estensiva? Oppure, perché solo quattro regioni (Toscana, Emilia Romagna, Sicilia e Veneto) hanno recepito la legge 38 del 2010, citata in apertura? Per alcuni motivi concreti e per uno di tipo generale, per non dire assoluto.

I motivi concreti sono che la medicina del dolore non muove grandi interessi economici, e quindi ha avuto bisogno di una mobilitazione degli operatori per cominciare ad affermarsi (dall'associazione dei medici Federdolore alla Fondazione Isal creata da William Raffaelli, uno dei pionieri in Italia della medicina del dolore). Inoltre, la medicina del dolore, partita dal settore dell'anestesia, non godeva e non gode ancora di un grande prestigio accademico.

Il motivo generale o assoluto è semplicemente l'ignoranza. Sia nel senso stretto e semplice della non conoscenza, sia nel senso più ampio e negativo dei tanti tabù e pregiudizi legati ad un tema difficilissimo come quello del dolore.

E'la stessa ignoranza collettiva che portò Giobbe a scagliarsi contro i suoi presunti amici, quelli che lo invitavano a confessare la sua colpa, visto che la sua malattia non poteva essere altro che un castigo divino: "Quel che sapete voi, lo so anch'io; non sono da meno di voi. Voi siete raffazzonatori di menzogne, siete tutti medici da nulla" (Giobbe, 13, 1-4).

TERZO CLASSIFICATO

Articolo n. 12 – Cinzia Pozzi_OK SALUTE E BENESSERE

“Addio al dolore: la genetica ci curerà”

L'insensibilità congenita al dolore, una malattia rarissima, e il dolore cronico neuropatico sono due facce della stessa medaglia e hanno un meccanismo in comune: la trasmissione anomala dell'impulso nervoso, colpa di geni difettosi. I ricercatori studiano questi casi estremi per trovare nuove terapie.

I compagni di scuola di Steve pensavano che fosse un supereroe perché non piangeva mai per una forte pallonata o una caduta dalla bicicletta, non diceva nemmeno 'ahi'. Fare a botte con lui, all'intervallo, era quasi un rito, tutti volevano mettere ko il bambino che pareva rivestito di gommapiuma. In questa storia, in realtà, non centrano forze soprannaturali o cosmiche come per i supereroi dei fumetti: il 'superpotere' di Steve arriva da una mutazione in un gene, (l'SCN9A) che blocca completamente la trasmissione del dolore, oltre che dell'olfatto e, in alcuni casi, anche della sudorazione. Come lui, nel mondo, solo una trentina di

persone convive con l'insensibilità congenita al dolore (o analgesia congenita), malattia rarissima da solo un caso su un milione. Faresti a cambio? In molti, di getto, risponderebbero di sì, che forse sarebbe bello ignorare gli acciacchi dell'età, ballare dimenticandosi del mal di schiena o correre su quel ginocchio malandato che causa problemi da anni. Chiedetelo a loro, vi risponderebbero che no, fare a cambio non conviene perché anche questa storia ha la sua kriptonite, a forma di ossa, muscoli, pelle, articolazioni: benché il cervello non riesca a leggere il male che fanno, sul corpo restano infatti lividi, graffi, contusioni e fratture che, negli anni, li portano a gravi disabilità. In realtà, Steve qualche gesto da supereroe lo fa davvero, si lascia studiare dai ricercatori per svelare i meccanismi molecolari del dolore: il suo, assente, e quello fin troppo presente, cronico o neuropatico di altri.

Che cosa ci fa soffrire

Sul nostro corpo, migliaia di recettori raccolgono le sensazioni dolorose che, lungo le fibre nervose e attraverso il midollo spinale, confluiscono al cervello, in un intricato saliscendi di impulsi multidirezionali ed equilibrio tra amplificazione e inibizione del segnale elettrico. C'è ancora molto da comprendere, per questo i medici non riescono a cancellare un dolore cronico, specie quando è neuropatico. Antiepilettici, antidepressivi, oppioidi, stimolazione spinale o dei nervi danneggiati: l'arsenale terapeutico attuale riesce a dare sollievo solo a un paziente su due. «Siamo ancora lontani dal trattamento ottimale – spiega Paolo Marchettini, direttore della Terapia del Dolore dell'IRCCS San Raffaele di Milano – Difficile fare passi avanti, non sappiamo ancora se sia necessario trovare farmaci per trattare il dolore localizzato oppure concentrarci sul tipo di lesione nervosa, indipendentemente dall'area in cui il paziente sente male». La sfida al dolore è costellata di frustrazioni. Si testano nuove sostanze analgesiche, dalla capsacina dal peperoncino, alla vitamina D e agli omega-3. Si sviluppano nuovi farmaci, «alcuni sono promettenti ma dannosi per il cervello – prosegue il medico – alterano la memoria perché il meccanismo alla base del dolore neuropatico è simile a quello per immagazzinare i ricordi». Il successo della ricerca è annodato a una risposta: c'è qualcosa che accomuna le diverse manifestazioni del dolore cronico? Una neuropatia diabetica è così diversa, nel meccanismo, da un bruciore post-erpetico o da un dolore dopo l'amputazione del braccio? Molti scienziati ritengono di no e vi scorgono un filo comune, quello del DNA.

Gli studi sul dna

Alcune evidenze scientifiche oggi suggeriscono che la soggettività al dolore esista davvero. Del resto, ne abbiamo la prova tutti i giorni, alcuni sobbalzano per un pizzicotto, altri riescono a impugnare una teglia rovente senza battere ciglio. Una certa predisposizione genetica sembra anche spiegare il motivo per cui soltanto alcune persone si ammalano di dolore cronico neuropatico. Ad esempio, il diabete causa un danno progressivo ai nervi (neuropatia periferica) ma solo in un diabetico su cinque si evolve nella forma dolorosa (con dolore intenso a gambe e piedi). Negli ultimi anni, analizzando il profilo genetico di alcuni pazienti con nevralgie, sciatica o dolore cronico dopo mastectomia, sono stati scoperti certi geni difettosi. «Abbiamo iniziato a lavorare su un gruppo di geni, il primo della lista è stato proprio l'SCN9A, alla base dell'analgesia congenita e di altre malattie rare da iperdolorabilità. Nel 2012 il nostro primo lavoro su *Annals of Neurology*, identificando una serie di mutazioni su questo gene, ha aperto una strada completamente nuova nella comprensione dei meccanismi patogenetici: la trasmissione nervosa è alterata e sfocia in sindromi dolorose croniche quando c'è una suscettibilità genetica. Nell'ultimo anno abbiamo trovato altre conferme, scoprendo nuove mutazioni in geni che regolano canali vicini (SCN10A e l'SCN11A) che abbiamo pubblicato in *PNAS* e *Brain* ». Lo racconta Giuseppe Lauria, direttore dell'Unità di Neurologia dell'Istituto Neurologico "Carlo Besta" di Milano, dove dallo scorso anno coordina un progetto europeo triennale (progetto PROPANE) da 5 milioni di euro per definire in modo ancora più chiaro le basi molecolari che sottendono il dolore neuropatico. Coinvolti quattro centri di ricerca (Università di Maastricht, Yale University, Università di Manchester, Centro di Ricerca sul diabete di Dusseldorf) e 1500 pazienti con neuropatia diabetica.

Medicina personalizzata

Sulla superficie dei neuroni, sono installati canali ionici che funzionano da cancelli: si aprono e si chiudono in risposta a uno stimolo (come schiacciarsi il dito), per propagarlo lungo le vie di percezione del dolore, fino al cervello, e regolarne la durata nel tempo (eccitazione/inibizione del neurone). Quando i canali ionici sono difettosi, per via di mutazioni genetiche, questo traffico si altera: nei neuroni di Steve il cancello è sempre chiuso e sbarrata la strada al dolore, nei malati di dolore neuropatico resta sempre aperto e il flusso elettrico è

continuo. Il futuro della terapia del dolore è proprio in questi geni mutati: bloccandoli con molecole specifiche, in fase di studio, si può ripristinare la corretta chiusura del canale ionico per dare lo stop all'impulso doloroso e sollievo ai pazienti. «Ipotizziamo che il meccanismo molecolare sia comune a molte forme di dolore neuropatico, indipendentemente dalla causa scatenante e forse localizzazione e che mutazioni genetiche possano spiegarne la presenza – spiega il ricercatore. – L'obiettivo è la medicina personalizzata, come in oncologia: capire se un paziente trarrà beneficio da una terapia dal suo profilo genetico, evitando di esporlo agli effetti collaterali di terapie inefficaci in caso contrario. Un traguardo lontano ma ci stiamo già lavorando, abbiamo presentato all'ultimo congresso della Società Italiana di Neurologia uno studio preliminare per predire questa risposta.» Ma se il dolore è genetico, può essere quindi ereditabile? E' la tesi di un gruppo di ricercatori del King's College di Londra, spiegata sulla rivista Pain: studiando 8 mila coppie di gemelli, due terzi dei fratelli omozigoti manifestano lo stesso disturbo cronico tra colon irritabile, mal di schiena o dolore pelvico.

Yoga e ipnosi funzionano

Se la genetica ci sta confezionando le armi del futuro, nel presente è la psicologia a spalleggiare le terapie farmacologiche. Per comprendere il dolore, oltre al DNA, contano infatti anche l'umore, la presenza di uno stato depressivo o il confronto individuale con la sofferenza. «Nel cervello lo stimolo nervoso è smistato alla corteccia frontale che comunica con il centro di controllo per le emozioni e l'ansia, l'amigdala -approfondisce Marchettini,- Quando questo passaggio va fuori controllo, il dolore fisico può innescare una reazione emotiva che amplifica la percezione di dolore, rendendo necessario agire su più fronti per inibirlo». La depressione colpisce la metà dei pazienti con dolore cronico e in tutti peggiora il quadro clinico. Alcune persone riescono ad avere il controllo cosciente sulle vie nervose di inibizione del dolore: sono i fahiri, possono dormire sul letto di chiodi perchè stimolano, con n lo stato di trance, il rilascio di noradrenalina, un neurotrasmettitore 'anestetizzante'. Altri, per recuperare il controllo sulla corteccia frontale, possono farsi aiutare da psicoanalisi, tecniche di rilassamento, yoga, ipnosi. «Sono delle armi potentissime, spesso sottovalutate e guardate con scetticismo dagli stessi pazienti. I bambini sono i più ricettivi perchè hanno meno sovrastrutture psicologiche e si fidano maggiormente del medico - commenta Andrea Messeri, responsabile della Terapia del dolore all'Ospedale Meyer di Firenze - Il dolore cronico funzionale nell'età pediatrica è abbastanza diffuso, si manifesta con mal di testa, mal di pancia, dolore osteoarticolare e alla schiena, senza una causa oggettiva e può interferire con la scuola e la vita sociale: si cura poco con i farmaci, molto con la riabilitazione e il supporto psicologico».

La cyberpsicologia

La versione 2.0 dei metodi per distrarre la mente dal dolore fisico è la cyberpsicologia. Al Meyer si sperimenta già con la realtà virtuale per il trattamento del dolore acuto nei bambini del centro ustioni: quando distratti da un videogioco con pinguini e igloo, percepiscono meno dolore durante il cambio delle medicazioni. Nel mondo, studi pilota stanno esplorando le potenzialità della realtà virtuale per smorzare il dolore cronico neuropatico negli adulti. Esistono molti modi per ingannare il cervello, all'Università di Heidelberg, in Germania, si usa uno specchio per chi ha il dolore da arto fantasma, dopo l'amputazione: mostrando ai pazienti l'immagine rovesciata di sé con l'unico braccio in movimento, la corteccia cerebrale ha l'illusione di avere ancora entrambi gli arti e, si è visto con la PET, riattiva un circuito per inibire parzialmente il dolore.