

MCS/ES*

MALATTIA DA AMBIENTE INQUINATO

**VISTA DA GIANCARLO UGAZIO †
MEDICO *NON PENTITO*,**

***ATTRAVERSO LA PAROLA DI MALATI,
DI GENTE A RISCHIO, DI SOGGETTI
CON LA CONDIZIONE MORBOSA IN FIERI***

CONTENUTO

- 1 – INTRODUZIONE**
- 2 – CASI CLINICI**
- 3 – CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE**

*** *MULTIPLE CHEMICAL SENSITIZATION / ENVIRONMENTAL SENSITIVITIES = SENSIBILITÀ CHIMICA MULTIPLA / SENSIBILIZZAZIONI AMBIENTALI***

† Professore Ordinario di Patologia Generale presso la Scuola Medica dell'Università di Torino, dal 1976 al 2007

MCS III di Giancarlo Ugazio

INTRODUZIONE

Nell'introduzione della precedente monografia *MCS II* inserita nel sito web www.grippa.org ho riferito il mio recente cammino scientifico e medico a proposito dei più diffusi fattori nocivi dell'ambiente che provocano la perdita di tolleranza per i composti chimici e soprattutto delle conseguenze sulla salute che costituiscono una delle condizioni patologiche più devastanti che possa colpire un essere umano.

Questo lavoro (*MCS II*), il quale ha fatto seguito alla monografia *MCS I* e che si è ispirato alle preziose informazioni date dalle 57 storie cliniche di altrettanti "canarini della miniera", come sono definiti dall'autrice Alison Johnson, lei stessa malata di *MCS*, si è basato sullo studio accurato di numerosi documenti bibliografici recenti. Le pubblicazioni di Christiane Tourtet, di Lourdes Salvador, dell'UE col Rapporto Huss, dell'A.S.E.H.A. australiana hanno fornito un quadro completo e calzante della condizione morbosa legata alla perdita della tolleranza.

Riassumendo, esse dicono che tra circa l'1 ÷ 3 % e fino al 10%, della popolazione generale è geneticamente predisposta a questa evoluzione negativa, essa si manifesta quando l'individuo è esposto ad uno o più agenti nocivi, anche a concentrazioni ambientali bassissime, innocue per la stragrande maggioranza della gente, talora in conseguenza di un episodio scatenante e che, una volta conclamata, è irreversibile.

Inoltre, il documento del Queensland (A.S.E.H.A.), tenendo conto che buona parte degli agenti nocivi ambientali proviene dai materiali impiegati nelle costruzioni edili e nelle successive ristrutturazioni, passa in rassegna le tecnologie che è bene evitare o che conviene applicare meglio, in modo "sano" per la salute, sia della gente ancora sana ma predisposta, sia degli individui già palesemente malati di *MCS*.

Non ho poi mancato di mettere in evidenza, *ob torto collo*, dati di cronaca e/o bibliografici che dimostrano come il Belpaese, in prima fila il Piemonte, sia una vera e propria vergogna rispetto ai Paesi virtuosi dell'Europa e del Mondo per quanto concerne il riconoscimento giuridico delle condizioni cliniche dell'*MCS*. Oggigiorno, in tutte le regioni del nostro Paese, tranne tre, i soggetti affetti sono malati "invisibili" che, dopo aver perso tutto: benessere, lavoro, dimora, talora famiglia, devono provvedere a se stessi in tutto e per tutto: vitto e dimora salubri per le loro necessità, prestazioni diagnostiche e terapeutiche. Qualcuno, disperato, si è già tolta la vita. Ecco perchè l'*MCS* è definita da qualcuno "malattia rara", le nostre statistiche ne contano circa 4.000, mentre da altri il contrario, tenuto conto che ci potrebbero essere 5,9 milioni di Italiani malati (il 10% della popolazione generale), così come, negli U.S.A., Paese più avanzato nel progresso di noi, ci sono quasi 35 milioni di malati su una popolazione di circa 200 milioni di cittadini. Eppure, quel Paese che percorre forsennatamente i binari del "progresso", accumulando anno dopo anno un P.I.L. sempre maggiore, al netto della crisi globalizzata, si arricchisce anche sulla pelle di questi sventurati. Con l'intento di fornire un indice di questo fenomeno economico-sanitario, oltre ad alcuni parametri essenziali dei Paesi virtuosi, ho ritenuto utile riferire il P.I.L. capitaro annuale (*MCS II*). Il lettore di queste note sappia che tale ricchezza si compone degli spiccioli dati dalla salute perduta da tanti cittadini per il progresso, e tenga conto che, quando un Paese virtuoso, mediante il riconoscimento, garantisce ai suoi malati di *MCS* migliori prestazioni sanitarie, sia nel momento diagnostico-terapeutico, sia in quello della prevenzione, non fa altro che il suo dovere civile di remunerare gli individui per tutto quanto ha già tolto o toglierà loro, sebbene sia preferibile prevenire il tutto,

anche senza dover morire di fame. Qualche altro Paese non fa nemmeno questo, Italia compresa.

Inoltre, malgrado questi aspetti di inciviltà sinceramente incresciosi, la monografia precedente (*MCS II*) riporta anche più di una nota consolante, quanto alla speranza che in Europa, nel Mondo, e forse anche nel Belpaese, presto o tardi, le attuali condizioni dei malati di *MCS* possano migliorare. Mi riferisco al Rapporto Huss della UE, ed alla Convenzione delle Nazioni Unite per le Persone Disabili, e mi consola pensare che anche l'Italia fa parte di questi due organismi sovranazionali, quindi avrà l'obbligo di recepire le relative sagge disposizioni, così che anche la gente affetta da questa devastante condizione potrà sperare di stare un poco meno peggio, ottimisticamente, meglio.

Tuttavia, oltre a queste considerazioni e a questi dati di fatto, un aspetto dell'*MCS* che ha sempre angosciato la mia *forma mentis* di medico non pentito – di apprezzare la salute altrui come la propria – è l'irreversibilità di questa devastante condizione morbosa: devo riconoscere che essa insorge già al di là del punto-di-non-ritorno, vale a dire che il “nuovo” malato di *MCS* esordisce già come “terminale”, secondo la definizione dell'oncologo. Questa situazione di irreversibilità, oltre il punto-di-non-ritorno, è comune ad altre gravi affezioni del nostro organismo, basti citare: la cirrosi epatica, il rene grinzoso, il morbo di Alzheimer, il morbo di Parkinson, ecc. Tutte queste situazioni morbose sono state considerate nella mia lunga attività di studio e di insegnamento, e sono state illustrate nel Compendio di Patologia Ambientale (Minerva Medica, Torino, 2007, cap. 2) là dove tratto le conseguenze dell'esposizione ai veleni dopo la nascita, e spiego gli effetti del sinergismo e del potenziamento tossicologico. Affrontando il tema dell'*MCS*, quando consideravo che la cirrosi epatica deriva da citolisi e necrosi degli epatociti, che il rene grinzoso discende da lesioni glomerulari e tubulari dei nefroni, che Alzheimer e Parkinson sono conseguenze di specifiche lesioni neuronali che si realizzano nel corso del tempo, in tutto o in parte prevedibili o rimediabili, mi sconvolgeva il pensiero della irreversibilità dell'*MCS*: il NO perentorio espresso da Christiane Tourtet sulla sua guaribilità toglie di mezzo ogni realistica speranza.

Ciononostante, dopo aver studiato accuratamente le 57 storie cliniche riportate da Alison Johnson, per me fatto naturale avendo tradotto l'opera dall'inglese in italiano (*MCS I*), e dopo aver raccolto un discreto numero di anamnesi di pazienti italiani che hanno trovato in me un medico non pentito, invece di una sanguisuga, mi sono reso conto con piacevole sorpresa che quasi sempre, prima di un'esposizione scatenante, o *trigger* come dicono gli inglesi, il paziente rivela qualche fenomeno morboso, oppure una sequela di sintomi premonitori, che si sviluppano in un arco cospicuo di tempo, anche di anni, che potrebbero testimoniare ciascuno una tappa della perdita della tolleranza. Purtroppo, la gente predisposta e dalle cui mani sta sgusciando la tolleranza, ne sa poco e, generalmente, ne sa anche meno il medico “curante”, sia per disinformazione, sia per disinteresse: la pelle in gioco è cosa altrui. A questo proposito, merita sottolineare che le storie cliniche più significative, sotto tutti i punti di vista, tra quelle editate da Alison Johnson, sono quelle dei medici e dei parasanitari, perchè costoro hanno provato *in corpore vili*, non solo *per sentito dire*. Poi, parecchi sanitari riescono a sposare l'ignoranza col cinismo e considerano i pazienti ipersensibili alle prime armi come dei mentecatti. Gli psichiatri sono maestri nell'arare in questo campo quando dicono loro, *apertis verbis*, che *il male l'hanno loro nella testa*. È ben vero che, in seguito all'esposizione a molti veleni ambientali, il sistema nervoso centrale è uno dei primi e più importanti bersagli degli agenti

nocivi, anche perchè alcuni di essi, tra cui i micidiali metalli pesanti, entrano nel tessuto nervoso encefalico direttamente attraverso la scorciatoia della mucosa olfattiva nasale ed il nervo olfattivo, bypassando la barriera ematoencefalica costruita dalla natura per difenderci il cervello. Le conseguenti lesioni organiche e funzionali dei neuroni cerebrali non possono garantire il miglior funzionamento di quel meraviglioso strumento del pensiero che è il cervello, e chi ce l'ha così debilitato, potrebbe anche sembrare un *minus habens*. Però, tutto questo non è neuropatia primaria ma danno neurologico secondario all'inquinamento ambientale. Pertanto, l'etica professionale naturale imporrebbe l'ammissione che tale meiorpragia neurologica non derivasse dalla libera scelta del paziente, nè che fosse congenita, ma che fosse provocata da quell'avvelenamento dell'ambiente legato a filo doppio al "progresso", sorgente di tanta ricchezza nel portamonete ma di tanta povertà nella salute. Invece, la disonestà di molti addetti ai lavori, insieme con la "congiura del silenzio" concorre a rendere sempre peggiore la vita di questi sventurati.

Dopo aver constatato questo enorme *gap* culturale, scientifico e soprattutto etico, mi sono sfidato nel tentare di porre un rimedio ad esso, sempre a favore dei pazienti di oggi e di quelli, predisposti, che lo potrebbero diventare domani. Così ho sognato di poter aiutare quanta più gente possibile a "prevenire" una condizione clinica devastante, prima con la consapevolezza, poi con le scelte adatte ad evitare le esposizioni nocive. La quarta proposta, quella mia personale, che ho presentato nel Convegno del Politecnico di Torino il 21 ottobre 2009, è un esempio del mio approccio di addestrare i soggetti a rischio perchè possano diventare i migliori piloti di se stessi, evitando gli agenti patogeni presenti nell'ambiente.

Proprio in questo preciso intendimento sta l'aspetto innovativo di questa monografia MCS III, rispetto alle precedenti. In quest'ottica, pur non volendo nè mimare il magnifico lavoro di Alison Johnson, nè competere con esso, ho scelto di raccogliere anamnesi dalla viva voce di malati o dalla loro penna, così come quelle di gente che si trova sulla via di perdere la tolleranza, e non sa "leggere", da se stessa, il significato dei campanelli d'allarme riferiti al pericolo che corre la sua salute, oppure ancora quelle di soggetti che stanno ancora bene, non sanno se sono predisposti o meno al rischio della malattia ambientale, ma godono di un elevato quoziente di intelligenza che li sostiene nell'evitare esposizioni nocive. Ho poi ritenuto utile per il lettore profano aggiungere un commento interpretativo, direi quasi didascalico, dei fatti riferiti dagli autori delle anamnesi, affinchè chiunque possa afferrare compiutamente il significato delle cose.

Chiudo qui questa enunciazione programmatica, lasciando la parola agli autori delle storie cliniche, che tratto col massimo rispetto, incluso quello del più completo anonimato e della veridicità dell'adattamento editoriale, oltre che la più sincera considerazione umana.

Rimando alle considerazioni finali i commenti più significativi, compresi quelli che testimoniano alcuni dei miei più cocenti insuccessi in questo lavoro, che non nascondo sia per onestà nei confronti del lettore, sia perchè ritengo che anche gli insuccessi possano insegnare qualcosa a qualcuno, me compreso.

Giancarlo Ugazio

MCS III di Giancarlo Ugazio