

ROMA — Aspettare. Fiduciosi, impazienti, rassegnati, increduli, esausti. Aspettare, per mesi o per anni, spesso inutilmente. Aspettare che qualcosa succeda, che il momento giusto arrivi, che dall'ospedale qualcuno telefoni per dire: tocca a voi, il rene è pronto, il trapianto si può fare, cosa rispondete?

In Italia accade di rado, ad aspettare sono almeno in scemila. In quel momento — se mai giunge quel momento — tutto sembra subire un'accelerazione improvvisa, il cuore fa tumulto, i pensieri si accavallano, gli occhi fissano il futuro. Attendete quella notizia da un anno, da due, da cinque forse, da quando vi siete sottoposti alle prime prove immunologiche e vi hanno messo in « lista d'attesa ». E' una scelta fatta già tante volte col pensiero, eppure ad un tratto, nell'istante decisivo, vi pare d'essere impreparati. Ma dovete decidere subito, se non si passa ad altri, prendere o lasciare, cosa rispondete?

Perché pochissimi i trapianti in Italia

La speranza e la vita che ogni giorno si getta via

Seimila in « lista d'attesa » per un rene. Pur se ci sono i donatori, mancano gli organi - Una legge giusta e inapplicata



La mente come una morionata, passato e futuro si rincorrono: la sala operatoria, il volto sconosciuto del donatore, i mesi o gli anni trascorsi in dialisi, la mascherina bianca del chirurgo, il terrore del rigetto, gli occhi che trapassano le vene, il cortisone che rende obesi, il tempo interminabile sacrificato alla macchina che ripulisce il sangue, la cattedra sull'addome... Cosa rispondete?

Di sì, naturalmente: perché la speranza vince il timore, perché aspettate da troppo tempo, perché la promessa di una vita finalmente uguale scongiura — già da sé — la certezza di una vita inesorabilmente diversa.

Può accadere, certo, che il trapianto non riesca, che la vita non torni uguale, che la macchina si prenda la rivincita. Ma questo è un altro discorso, appartiene al « dopo ». E noi invece vogliamo indagare sul « prima », sul perché il telefono non squilla quasi mai, sulle ragioni che rendono angosciosa e interminabile l'attesa di una notizia che può cambiare il segno della vita.

Perché in Italia si eseguo-

no trapianti renali in misura così esigua? Perché, sino ad ora, neppure un miliglo? Perché solo 92 nel 1978? Perché 124 nefropatici italiani, nello stesso anno, sono stati costretti a farsi operare all'estero? E perché, nonostante l'adozione di una legge specifica (e di una specifica regolamentazione d'esecuzione) la disponibilità di organi resta pressoché inesistente?

La razionalità del chirurgo è più eloquente dell'emotività del cronista. In una sala della IV Patologia chirurgica dell'Università di Roma, Roberto Tersigni riassume: in Italia vi sono all'incirca diecimila nefropatici gravi; nel 60-70 per cento dei casi il trapianto è possibile. Si tratta di reperire gli organi, ma l'impresa è disperata. Gli organi provengono, come è ovvio, da donatori viventi (solo consanguinei del malato) o da cadavere. Trascuriamo la prima eventualità, più complessa e più circoscritta, e vediamo la seconda.

Ogni giorno, in una grande città come Roma, decine di persone cessano di vivere; molti sulla strada, incidenti sul lavoro, le cause più di-

verse. Le liste dei decessi negli ospedali traumatologici, nei centri di rianimazione, nei centri di neurochirurgia sono purtroppo lunghissime. Ecco, ciascuno di quei morti è un potenziale donatore. Lo è subito dopo il decesso, finché l'organo resta vitale. Ogni giorno decine di ciechi potrebbero vedere, decine di urémici ricominciare un'esistenza normale. E invece non i morti continuano a seppellire la vita; e troppo spesso la vita ritorna, non solo una parte di essa.

Ma perché? Chi si oppone al prelievo degli organi? Chi può deciderlo, e come? Tersigni ricorda la legge, quella che appena due o tre anni fa aveva suscitato tante speranze. La leggiamo insieme. Quando il coma è profondo, quando è assente la respirazione spontanea, quando non esiste alcuna attività elettrica cerebrale spontanea o provocata, quello è il momento in cui i responsabili del reparto debbono avvertire la direzione sanitaria della presenza di un probabile donatore perché siano tempestivamente effettuati gli accertamenti di morte da parte di

una apposita commissione medica. Dal canto suo la direzione sanitaria ha l'obbligo di darne comunicazione al centro regionale o interregionale « di riferimento » cui spetta il compito di compiere le rilevazioni immunogenetiche e di stabilire la compatibilità tra il soggetto donatore e un soggetto ricevente. L'indicazione viene subito trasmessa al centro trapianti.

Se il cuore del paziente continua a battere, l'osservazione delle condizioni sopradescritte va protratta, verificata e verbalizzata per almeno dodici ore consecutive, prima di dichiarare la morte; è diverso se il battito cardiaco cessa spontaneamente durante l'osservazione. In questa fase, ai sanitari spetta un'altra incombenza, ed è ancora la legge ad indicarci: parlare con i familiari della possibile donazione, spiegare loro che non si tratta di una inutile mutilazione, ottenere il consenso. A questo punto, sempre che i centri ospedalieri siano autorizzati al prelievo, l'organo può essere tolto e utilizzato per il trapianto. Un meccanismo complesso, come si vede, ma non impos-

sibile, soprattutto considerando la posta in gioco. Ma tutto questo non accade, o accade assai raramente. I cancelli della speranza restano sprangati, in casa del diazizzato il telefonino resta muto. Perché? Anzitutto perché gli ospedali non chiedono l'autorizzazione ministeriale che consente i prelievi. Investite e travolte da mille difficoltà quotidiane, le direzioni sanitarie preferiscono non complicarsi la vita. Grandi ospedali di Roma — il San Camillo, il San Filippo, il Sant'Eugenio, il San Giacomo, perfino il San Giovanni — sono privi di autorizzazione. Potrebbe, certo, almeno segnalare la presenza di donatori ai centri di prelievo abilitati, o direttamente a quelli di trapianto, ma ciò non è veritiero. Il «grato» compito di parlare con i familiari del morente. Il colloquio si può immaginare — sarebbe penoso: quali sono le parole più adatte per spiegare che dalla morte può rinascere la vita? Ma si può, si deve tentare. Però, quando anche i familiari si mostrassero disponibili, tale disponibilità non potrebbe che essere scartata dalla necessità di tra-

sferire il cadavere in un'altra sede, magari distante decine di chilometri, per effettuare il prelievo.

Dal canto loro le Regioni, cui la legge affidava il compito di istituire i « centri di riferimento », in troppi casi non hanno provveduto, sicché è impossibile una pronta ricognizione dei dati e una altrettanto pronta fissazione delle compatibilità genetiche. L'esasperata concorrenza fra i centri di trapianto non fa che aggravare le cose, creando «alcolta» — come a Roma — situazioni al limite del grottesco.

Ancora per gli ospedali: non avere autorizzazione al prelievo significa non avere obbligo di costituire il collegio medico per l'accertamento del decesso, né sentirsi in qualche modo impegnati nella faccenda: per quegli ospedali il trapianto è solo un elemento della conoscenza astratta.

La legge, certo, prevede l'obbligo di segnalare la presenza di un possibile donatore, ma non stabilisce alcuna sanzione per chi quest'obbligo non rispetti. E non rispettarlo, come s'è visto, è assai più semplice. Modificare la

legge? Tersigni dice di sì: ma non tanto per stabilire delle sanzioni, quanto per rendere concrete e operanti le indicazioni positive che essa contiene.

Adriana Liverani, responsabile della sezione romana dell'AIDO (l'Associazione donatori di organi), non può che confermare. Ogni sforzo dei 135 mila iscritti — dice — è destinato a infrangersi se poi negli ospedali il risultato è questo. E anche lei insiste coi dati. In Italia, nei cinque anni compresi tra il '74 e il '78, sono stati effettuati appena 788 trapianti di rene (gli italiani « trapiantati » all'estero nello stesso periodo sono stati 466). I centri abilitati al trapianto sono pochi: diciassette per l'esattezza, tre dei quali a Roma (la II Clinica chirurgica, la IV Patologia chirurgica, il Policlinico Gemelli), due a Milano, due a Bologna, due a Napoli, uno a Verona. Ma pochissimi sono quelli abilitati al prelievo, perché preferiscono non chiedere l'autorizzazione. Non è assurdo che un ospedale possa svolgere un intervento « a cuore aperto », ma non possa prelevare i reni da un cadavere?

Reperire gli organi è certo il problema più importante, ma non il solo. Alfredo D'Attili, dirigente dell'ANED (l'Associazione degli emodializzati), parla di tutto ciò che viene prima e dopo il trapianto: le strutture, la qualità dell'assistenza, il servizio sanitario nel suo insieme. E il quadro che traccia — anche la sua è un'esperienza diretta — non è affatto rassicurante. Le carenze della legge, le difficoltà oggettive, la complessità della materia: tutto vero. Ma c'è solo questo? Non c'è forse chi difende interessi che dalla diffusione della pratica di trapianto sarebbero duramente colpiti? Chi vorrebbe ad ogni costo, clinicamente, tenere l'organo legato alla macchina? Chi ha paura di perdere qualcosa ogni volta che il telefono — raramente, ancora troppo raramente — squilla in casa del diazizzato per dirgli che stavolta, finalmente, tocca a lui?

Un medico e un'ostetrica

Caltanissetta: a giudizio per aborti illegali

L'indagine della magistratura scattata dopo una denuncia di un dirigente PCI

CALTANISSETTA — L'ostetrica Maria Raitano di 53 anni e il medico Antonio Maira, di 67, sono stati rinviati a giudizio per violazione della legge sull'aborto dal sostituto procuratore della Repubblica di Caltanissetta, Leonardo Di Francesco.

I due imputati sono di San Cataldo, comune di 25 mila abitanti a sei chilometri da Caltanissetta, dove Maira fino a pochi mesi fa era proprietario di una clinica. Secondo l'accusa, l'ostetrica avrebbe praticato aborti clandestini facendo poi riavere le pazienti nella clinica Maira dove venivano diagnosticati come « aborti spontanei ». Sia l'ostetrica sia il medico hanno respinto le accuse.

L'inchiesta giudiziaria è conseguente a una denuncia presentata un anno e mezzo fa da un dirigente della Federazione comunista di Caltanissetta, la compagna Lorenza Gurzo, che aveva svolto essa stessa una indagine presentandosi alla ostetrica Raitano, fingendo di essere incinta e chiedendo di abortire. L'ostetrica, secondo la denuncia, si sarebbe dimostrata disponibile.

Durante le indagini è stata identificata una delle donne alla quale l'ostetrica ha fatto interrompere clandestinamente la gravidanza: Rita Capasso di 37 anni, di Caltanissetta, che ora è stata rinviata a giudizio insieme con il marito Alessandro Luzzo, pure di 37 anni, che sarebbe stato consentente.

Ancora 2 morti per droga

TERRI — L'eroina ha fatto a Terri la sua terza vittima: Bruno Perinovich, 28 anni, è stato trovato morto, nel tardo pomeriggio di ieri, a Vocabolo Rosaro, nell'immediata periferia della città. Il giovane era stato arrestato una quindicina di giorni or sono perché trovato in possesso di una modica quantità di droga. Martedì era uscito grazie a un provvedimento di libertà provvisoria. Abitava nel quartiere S. Giovanni, in via Montebellotti. Il suo corpo è stato trovato nella parte opposta della città, poco distante dalla linea ferroviaria.

Un altro giovane è morto a Salerno per una eccessiva dose di eroina. Il cadavere è stato fatto trovare alla polizia con una telefonata al « 113 ». Uno sconosciuto ha informato gli agenti che nell'interno di un « vespaiano », nei giardini pubblici, c'era un cadavere. La polizia accorsa sul posto, ha trovato il corpo del giovane, di età tra i venti e i venticinque anni. Nel piccolo vano di una botteguetta vuota che aveva contenuto eroina. Nel pollice della mano destra era ancora conficcato l'ago di una siringa.

La nostra indagine sulla riforma sanitaria / 8

« I malati? Un oggetto. I parenti? Scocciatori »

« Ho scelto il tempo pieno, perché credo in una medicina pubblica. Il bilancio che però posso fare, dopo sette anni di lavoro qui, è che si fa di tutto per toglierti ogni motivazione, ogni incentivo ». La ragazza che parla è un giovane medico di trentadue anni, Maria Luisa Farina, assistente ospedaliero. E un « anziano », Luigi Boselli, quarantatré anni, aiuto, aggiunge: « Quello che vogliamo è burocratizzati. Manca una divisione delle responsabilità. Se c'è da portare del sangue, devi ogni volta convincere qualcuno che quello è il suo compito. Si va indietro, come i gamberi ».

A colloquio con un gruppo di anestesisti dell'ospedale regionale Niguarda di Milano. Lo sciopero sta diventando un'arma spuntata - Quando il medico lavora bene, l'infermiere lo segue - Parlano due pediatri e un primario del San Camillo di Roma. Mortalità neonatale e gravidanza a rischio



Siamo all'ospedale regionale Niguarda di Milano, una delle più importanti strutture sanitarie pubbliche di tutto il paese. Duemila posti letto (ma in passato è arrivato ad averne fino a tremila), il Niguarda vanta una completezza nelle principali specialità, fuori dell'ordinario: medicina nucleare, trapianti renali, neurochirurgia. I due terzi dei malati che vengono operati in quest'ultimo reparto, sono di origine extraregionale; in prevalenza vengono dal Sud, molti dalla Sicilia e da Palermo.

Il nosocomio ospita pure il prestigioso centro di cardiocirurgia De Gasperi (per il quale avviene un fenomeno simile di drenaggio dei malati un po' da tutta Italia) e possiede un efficientissimo servizio di rianimazione, cui manca solo la rianimazione neonatale. Il servizio, pur essendo centralizzato, è composto di tre unità: la prima per il pronto soccorso (rianimazione generale e centro antiveneni);

le altre due specialistiche, per la neurochirurgia e la cardiocirurgia. Oltre alla rianimazione, queste ultime due unità provvedono alle necessità di anestesia per una trentina di camere operatorie dell'ospedale.

E' appunto con alcuni medici di questo servizio che iniziamo il nostro colloquio. Tutti anestesisti, appunto, e tutti che lavorano a tempo pieno; giovani e meno giovani (aiuto, assistenti, tirocinanti), fanno parte comunque di una struttura che si può considerare tra le migliori in Italia. Dunque, un'élite ospedaliera, anche per i compiti particolari che, in virtù della specializzazione, è chiamata a svolgere. Eppure, il coro delle frustrazioni e delle delusioni è unanime.

Allora, si torna davvero indietro come i gamberi? Luigi Boselli risponde: « Ho scelto di fare il medico per

curare i malati; e quando più di dieci anni fa sono venuto qui da Firenze, pensavo che avrei trovato la Svizzera, il massimo di efficienza. Non era così, ma in dieci anni tutto è peggiorato: troppa gente, troppi medici e cattiva gestione dell'ospedale. Facciamo un'appendicectomia in quindici giorni; per la stessa cosa, negli Stati Uniti dopo tre giorni ti dimettono: ecco perché i posti letto sembrano insufficienti ».

Ma dieci anni fa non c'era forse più corporativismo e una struttura gerarchica più ferrea, all'interno dell'ospedale? « Oggi — risponde Boselli — i ruoli restano sulla carta, ma certamente la gerarchia, la vecchia struttura si è allentata. Così, siamo in una sorta di limbo e non si intravede una situazione nuova. Eppure, una certa gerarchia ci vuole, e serve chi sa prendere una deci-

sione medica meglio di altri. Quando sono arrivato qui, nel '68, c'era più spirito di sacrificio, anche ai livelli più bassi. C'era più amore, meno assenteismo. Oggi si è deteriorato il contenuto morale della professione del medico, e non vediamo più il malato come lo scopo del nostro lavoro: non rispettiamo più il malato, che consideriamo come un pezzo meccanico alla FIAT; e non rispettiamo più i parenti del malato, che vediamo come degli scocciatori. La colpa di tutto questo si può cercare nella società; invece sta in noi, perché i medici sono la categoria più importante in ospedale, il fattore trainante; e gli infermieri, se vedono che noi lavoriamo bene, ci stimano e ci seguono ».

E gli scocciatori? « Lo sciopero deve essere fatto il meno possibile. Oltretutto, sta diventando un'arma spunta-

ta. Oggi, poi, c'è poca differenza tra sciopero e non sciopero: la macchina funziona comunque molto lentamente ».

Dice Rinaldo Cantadore, ventisei anni, tirocinante, appena laureato: « Non parlo di sfascio, perché sono qui da pochi mesi. Però voglio tornare al discorso della medicina pubblica. Io ho scelto perché ci credo: è più giusta da un punto di vista personale, ma anche professionale e formativo. Ma ho piene le tasche di parlare di collettivi sanitari e di "nuova medicina"; quelle cose le facevo all'università. D'altra parte, non possiamo prendere in prestito modelli italiani o cinesi, perché non sono ricette trasportabili. Quanto alla gestione dell'ospedale, mi viene voglia di dire che "non me ne frega niente", anche se poi nel tuo orticello cerchi di lavorare come meglio

puoi, magari in un'équipe illuminata. Tanto, nella stanza accanto, c'è chi continua a fare male, anzi peggio ».

Questo discorso si riaffaccia di frequente; i toni sono gli stessi. Maria Luisa Farina: « La cosa che più mi fa paura è che tutto sia affidato alla buona volontà del singolo medico. Delle mie quaranta ore settimanali di lavoro, trenta dovrebbero essere dedicate alle routine e dieci allo studio; invece, per studiare devo impiegare il mio tempo libero a fine settimana ».

« Il malato, chi lo conosce? » dice invece Tiziana Fedralli, un'altra tirocinante. « Quando abbiamo fatto l'università, in clinica medica, il malato (ma anche il docente) veniva sbranato da trenta studenti, con il risultato di non vedere e di non imparare nulla. E' in questo modo che abbiamo pa-

gato la scelta dell'università aperta a tutti ».

Se questa è dunque la realtà, che cosa si aspettano i medici dalla riforma sanitaria? Anche qui i giudizi sono improntati al pessimismo. Boselli dice: « Una legge non sanziona il cambiamento di uno stato di fatto ». E Cantadore: « Sono scettico. Gli ospedali devono funzionare per la gente. Dubito che i partiti di sinistra riusciranno a stimolare questo cambiamento. Ma è l'unica cosa che si può fare per una medicina diversa ».

Tiziana Pedralli: « Spesso le leggi vengono fatte, non tenendo conto delle situazioni contingenti e reali. E' quanto è accaduto perfino per l'aborto ». Invece, Pino Vecchi, trentatré anni, assistente, preferisce mettere lo accento sul problema del personale ausiliario: « In ospedale — dice — occorrerebbero molti medici e più paramedici. Qui, in neurochirurgia, ci sono trenta malati gravissimi, dodici dei quali, almeno, richiedono un impegno totale e costante. Ebbene, per tutti e trenta, ci sono quattro diplomati, più una caposala. E in rianimazione c'è un medico, solo due fisioterapisti ».

Infine Maria Luisa Farina: « Se la riforma verrà attuata, si potrà vedere qualcosa. Ma la trasformazione non dovrà riguardare solo l'ospedale. Il cambiamento è soprattutto fuori ».

Ecco, che cosa si dovrà produrre « fuori », in un diverso rapporto tra l'ospedale e quello che oggi si ama chiamare (con una brutta parola) « il territorio »? Due pediatri di un grande nosocomio romano, il San Ca-

millio, gli aiuti Aldo Benevolo e Marcello Livadiotti, insieme con il compagno Arrigo Benedetto, primario del Laboratorio centrale di virologia, cercano di darci una risposta.

« Qui, al contrario del servizio di rianimazione del Niguarda, siamo in un'area che si definisce il « ventre » dell'ospedale. Un punto sensibilissimo di frizione, in cui si misurano tutte le contraddizioni che, per le carenze esterne, si riversano drammaticamente sulla porta del nosocomio. Livadiotti, che è responsabile del settore di preospedalizzazione del reparto pediatria, dice: « Da noi arrivano tutti e di tutto, nei giorni di festa, in agosto, a Natale o a Capodanno. Siamo un servizio di "non stop", che funziona durante le ventiquattro ore. C'è la madre che ci porta il bambino per tenerlo dal sabato al lunedì, perché non riesce a trovare un medico; oppure, la coppia che chiede un controllo della ricetta, fatta dal medico della mutua. Ci arrivano, però, anche i bambini che, spesso segnati, sono considerati dei casi difficilissimi: i neonati a rischio, che appena avvenuto il parto le case di cura private preferiscono "consegnare" all'ospedale ». Naturalmente, dopo aver intascato una congrua parcella.

E' qui che si misura uno degli assurdi maggiori di questa struttura ospedaliera. Fino al '59 — dicono i due pediatri — la media dei parti al San Camillo è stata di cinque o sei mila all'anno; oggi siamo scesi a duemila. Eppure, il bacino di utero del nosocomio è enorme: dodicimila bambini, che passano ogni anno per i locali dell'accettazione.

Dov'è allora la frattura? E come si produce quel meccanismo distorto che fa del controllo delle gravidanze a rischio, in stretta collaborazione con le figure professionali analoghe, che operano nell'unità sanitaria locale.

nevo e Livadiotti parlano di un programma, ora possibile con la riforma, che prevede la creazione di un dipartimento materno-infantile, per l'assistenza del bambino fino ai quindici anni, cioè durante tutta l'età evolutiva.

In questa ristrutturazione i punti cardine sono due: un diverso rapporto con le madri (non solo una forestiera, ma la possibilità di partecipare attivamente al momento di cura e assistenza del bambino); e il confronto con i pediatri di base, quelli che troppo spesso e frettolosamente risolvono ogni cosa con la somministrazione di un qualunque antibiotico. Se non « passano » questi due punti — dicono Livadiotti e Benedetto — la riforma è destinata al fallimento. E solo da qui si può partire per un serio programma di medicina preventiva, che affronti il grosso scoglio della mortalità neonatale (quella, cioè, entro i primi dieci giorni di vita), in Italia ancora altissima.

E' un discorso, questo, su cui insiste anche Arrigo Benedetto. E le pressioni sociali — dice — che sono pervenute all'Ente Monteverde (il complesso ospedaliero, di fatto il più grosso in Europa, che gestisce insieme al San Camillo, il Forlanini e lo Spallanzani), devono riportare l'attenzione sui consultori, che oggi non svolgono interamente i compiti per i quali sono stati istituiti. Pur essendo situazioni molto diversificate, i consultori restano spesso legati, anche per il tipo di utenza giovanile, ai problemi della contraccezione, trascurando completamente gli aspetti psicologici e sanitari che riguardano la maternità.

E' invece in questa sede — aggiunge Benedetto — che l'ostetrico e il pediatra possono meglio intervenire per il controllo delle gravidanze a rischio, in stretta collaborazione con le figure professionali analoghe, che operano nell'unità sanitaria locale.

Giancarlo Angeloni

Col cioccolato più slancio ti dá col vero espresso più vitalità

Pocket Coffee

FERRERO

Il vero espresso liquido in fine cioccolato