

4

DOSSIER
SANITÀ

I MALATI

Un attacco di cuore ogni 5 minuti

Malattie spaventose hanno determinato intere epoche: la pellagra, lo scorbuto, la peste nel XIV secolo, la tubercolosi nel XIX. Poi la scoperta degli antibiotici e il cambiamento delle condizioni di vita hanno segnato, almeno in questa parte del mondo, la scomparsa delle grandi pandemie. Nello stesso tempo, però, proprio il nuovo «modo di vita» ha favorito la diffusione di moderne patologie, come i tumori e le affezioni cardiocircolatorie.

Benché non esistano statistiche precise, si calcola che ogni cinque minuti una persona subisce un attacco di cuore. Oggi la medicina dispone di armi abbastanza affinate, purché impiegate in tempo, come i trombolitici e l'angioplastica transluminare. I primi (la streptochinasi, l'urochinasi e il Tpa di imminente commercializzazione) hanno la proprietà di sciogliere il trombo che ostruisce una coronaria. L'angioplastica è una sorta di palloncino che viene introdotto mediante catetere per ripulire l'arteria e renderla pervia.

Ma qual è il problema? Durante un recente meeting («Medicina mediterranea», Napoli 22-27 settembre) il prof. Mario Condorelli ha spiegato che metà degli infartuati muore prima di arrivare in ospedale perché vi giunge con 4-5 ore di ritardo. Inerente ai parenti dovute anche alla mancanza di un'educazione sanitaria adeguata, esitazioni di medici curanti poco aggiornati, traffico caotico, scarsissima disponibilità di ambulanze attrezzate come unità coronariche mobili sono all'origine di questo drammatico bilancio.

C'è tuttavia qualcosa di ancora più importante: la prevenzione precoce. È noto che le malattie cardiocircolatorie sono provocate dall'arteriosclerosi. Questo meccanismo è stato descritto molto bene da Brown e Goldstein, vincitori del Nobel per la medicina 1955. I due scienziati americani hanno spiegato che sulla superficie delle cellule, in particolare di quelle del fegato, esistono delle strutture proteiche chiamate recettori, con il compito di assorbire le Ldl o lipoproteine a bassa densità. Si tratta del cosiddetto «colesterolo cattivo», contrapposto alle Hdl o lipoproteine ad alta densità: il «colesterolo buono» che favorisce la pulizia delle arterie. In realtà per le cellule le Ldl non sono affatto cattive: esse ne hanno bisogno per la loro vita. Ma quando queste proteine grasse sono in eccesso, le cellule riducono la produzione dei recettori e le Ldl si accumulano nel sangue. Il risultato è la lenta formazione di placche aterosclerotiche sulle pareti interne dei vasi e la conseguente riduzione del lume ar-

terioso, sino all'occlusione completa. Attenzione ora a questo titolo apparso su «Tempo Medico», una delle più antiche e più serie riviste scientifiche italiane: «La dottrina di Bogalusa: predizione e prevenzione si fanno da piccole». Che cosa significa? Bogalusa è una minuscola città della Louisiana, oggetto di una vasta e approfondita ricerca epidemiologica sui fattori di rischio per le malattie cardiovascolari. Per molti anni 8 mila abitanti di Bogalusa, fra i 5 e i 23 anni, sono stati seguiti passo passo annotandone tutte le caratteristiche: alimentazione, fumo, tendenza all'obesità, abitudini di vita, livelli del colesterolo (sia Ldl che Hdl), dei trigliceridi e della pressione arteriosa. Nel frattempo qualcuno degli 8 mila è morto, generalmente per incidente stradale. L'aorta e le arterie sono state allora esaminate e si è scoperto che anche nei più giovani, perfino nei bambini, sulle pareti arteriose erano già presenti strisce grasse, precorritrici delle placche aterosclerotiche.

«Abbiamo dimostrato — spiega William Newman, della Louisiana State University — che anche nell'infanzia e nell'adolescenza le regole del gioco sono le stesse. I fattori di rischio cardiovascolare si associano ad alterazioni precoci dell'aorta e delle coronarie. Una prevenzione dell'arteriosclerosi va dunque impostata nei primi anni di vita». «Si dovrebbe dosare — ha aggiunto Charles Glueck, dell'Università di Cincinnati — il colesterolo totale, Ldl e Hdl, in tutti i bambini in età scolare, meglio se prima della maturazione sessuale».

Gli scienziati hanno trovato così la conferma di un'antica intuizione: l'arteriosclerosi non è una prerogativa dell'età avanzata ma può iniziare già nei primi anni di vita. Il ricorso ai farmaci nei bambini, per ridurre i livelli di colesterolo «cattivo», è consigliato solo, e con molte cautele, quando i valori siano decisamente alti. Per il resto (non parliamo qui dell'ipercolesterolemia familiare, una forma relativamente rara di origine genetica) tutto è affidato all'alimentazione e, più tardi, allo stile di vita.

Attenzione quindi alle merendine troppo frequenti, ai grassi animali, all'eccessivo consumo di carne. «Bisogna abituare le famiglie — spiega Marcello Giovannini, direttore della V Clinica pediatrica dell'Università di Milano — a una dieta con apporto proteico prevalentemente vegetale. Oggi un bambino ogni cinque ha valori patologici di colesterolo, quasi sempre frutto di un'alimentazione sbagliata».

Flavio Michellini



Quel male non più «incurabile»

Negli ultimi anni la ricerca di base sul cancro ha compiuto progressi enormi grazie alla biologia molecolare e all'ingegneria genetica. Sono stati scoperti gli oncogeni e geni del cancro, i fattori di crescita, gli anticorpi monoclonali e, recentemente, un «gene repressore» che sembra in grado di inibire lo sviluppo di alcune forme tumorali. Ciononostante ogni anno in Italia 130 mila persone muoiono di cancro. Aumentano i tumori del polmone e dell'apparato respiratorio (+37%, fra gli uomini ma ora anche fra le donne), quelli del colon-retto (+21%) e del seno (+8%). Sono invece in diminuzione le neoplasie dello stomaco (-25%) e quelle dell'utero (-26%).

Una prima spiegazione è nella distanza che ancora separa — in termini di anni, forse di decenni — le scoperte della ricerca di base dalla loro applicazione clinica. Molte speranze sono affidate a sostanze naturali capaci di aiutare l'organismo a vincere la malattia stimolando le difese del sistema immunitario; ma anche in questo caso siamo ancora ai primi passi.

Così, mentre l'opinione pubblica continua a chiedere quando verrà finalmente trovata una cura risolutiva, la comunità scientifica è divisa sulla valutazione dei progressi terapeutici realmente compiuti. Al partito dei pessimisti appartiene l'American Council on Science and Health. I dati sulla maggiore sopravvivenza sarebbero falsati dal fatto che, attualmente, i mezzi per la diagnosi precoce di certi tumori consentono di evidenziarli prima che si manifestino in modo palese. Ma fra quando il tumore entra in fase clinica e quando causa la morte, il periodo di tempo che oggi intercorre non sarebbe diverso da quello di ieri.

È veramente così? Umberto Veronesi, uno degli oncologi più noti, è autore di un libro dal titolo significativo: «Un male curabile». «La letteratura — spiega Veronesi — ha fatto del cancro una metafora, un sinonimo di malattia fatale, il simbolo della morte. Il cinema lo ha utilizzato per accrescere l'impatto emozionale di film come «Anonimo Veneziano», «C'è da dare cinque alle sette», «Love Story». Tutto questo non ci aiuta. E poi ci sono i giornalisti. Se qualcuno muore per una grave malattia cardiovascolare parlano di cardiopatia; se muore di tumore parlano di male incurabile. In effetti i tumori al polmone e al pancreas non sono molto curabili, ma quelli dell'intestino guariscono nel 50% dei casi, e i tumori alle labbra, alla tiroide, alla mam-

mella o all'utero sono curabilissimi». Un segnale positivo viene anche dalla leucemia in età pediatrica. Oggi i bambini colpiti dal «cancro del sangue» guariscono nel 70% dei casi. Perché allora gli indici di mortalità restano complessivamente elevati e, in alcuni casi, segnano un incremento preoccupante?

Una risposta parziale potrebbe essere trovata nell'aumento della vita media; ma il dato più inquietante riguarda l'ambiente in cui viviamo, l'accumulo progressivo e sempre crescente di sostanze mutagene e cancerogene la cui reale natura è spesso sconosciuta sia agli scienziati che agli stessi produttori. Sono queste imprevidenze della società, più che gli insuccessi, veri e presunti, attribuiti alla scienza, a spiegarci l'aumento dei casi di neoplasie.

Osserva Veronesi: «Il cancro ha molti alleati, e il principale è lo sviluppo incontrollato dell'industria chimica, produttrice di nuove sostanze con le quali respirando, nutrendoci, vestendoci o curandoci veniamo a contatto tutti i giorni. Poi c'è l'industria del tabacco. Le sigarette mettono 200 mila vittime all'anno nella sola America del Nord, ma l'industria che le produce non conosce crisi».

L'Associazione americana contro il cancro ha individuato alcune regole per la prevenzione, almeno per quella che può dipendere dai comportamenti singoli: 1) evitare l'obesità; 2) ridurre il consumo dei grassi; 3) mangiare più cibi ad alto contenuto di fibre; 4) includere nella dieta cibi ricchi di vitamine A e C (come le carote e gli agrumi); 5) consumare con frequenza vegetali della famiglia delle crucifere (cavoli, broccoli, cavolfiori); 6) moderare il consumo di alcolici; 7) evitare l'uso di carni e pesci conservati sotto sale; 8) ridurre i pasti a base di carni affumicate, frittate, grigliate; 9) evitare il fumo di sigaretta.

Non sembrano obiettivi irrealizzabili purché ci si risolva a condurre una campagna di educazione sanitaria permanente, non limitata a pochi mesi, capillare, che parta dalle scuole. Ma per quanto riguarda la salvaguardia complessiva dell'ambiente, senza una mobilitazione dell'opinione pubblica difficilmente assisteremo a un'inversione di tendenza. La lotta per la rimozione degli agenti chimici cancerogeni dovrebbe ricevere almeno la stessa attenzione riservata oggi al nucleare.

f. m.

Questi italiani sono saliti a livello «Europa del 2000»

La frequenza delle principali malattie

Malattie presenti	Totale	Sesso		Fino a 29	Classi di età			
		M	F		30-49	50-64	65 e oltre	
Diabete	33,1	29,0	36,9	2,6	15,2	66,1	117,1	
Iperensione arteriosa	65,3	53,2	76,7	3,1	35,0	135,7	221,1	
Infarto del miocardio	10,2	14,5	6,1	0,1	3,4	24,6	34,8	
Altre malattie del cuore	37,7	30,3	44,7	4,2	16,3	70,3	139,5	
Emorroidi e vene varicose	40,2	34,6	45,5	6,0	49,3	78,0	75,7	
Bronchite cronica	45,4	62,4	29,4	7,3	26,1	90,9	138,8	
Asma bronchiale	27,3	33,7	21,4	8,8	12,9	46,2	87,7	
Enfisema	15,2	19,7	11,0	1,9	7,6	30,6	50,3	
Malattie allergiche	31,2	29,9	32,4	26,1	36,4	37,0	28,6	
Anemie e talassemie	11,4	5,8	16,7	8,1	10,5	14,9	18,6	
Tumori	5,2	4,3	6,0	1,3	3,2	9,7	14,7	
Ulcera	36,4	50,3	23,3	5,0	46,1	72,8	63,8	
Calcolosi del fegato	23,0	14,9	30,7	1,9	21,5	51,2	52,1	
Cirrosi epatica	2,8	4,0	1,8	0,2	2,3	6,5	7,0	
Calcolosi renale	11,7	12,1	11,3	1,8	14,0	24,3	20,3	
Insufficienza renale	10,6	9,9	11,3	1,9	9,1	20,5	27,0	
Artrosi ed artrite	197,2	165,6	226,8	14,9	190,5	416,4	471,0	
Paralisi e paresi	8,2	9,0	7,5	2,2	4,7	12,1	29,0	
Disturbi nervosi	49,5	38,4	60,0	15,8	62,0	84,2	80,9	

Come stanno gli italiani? Una sistemazione interessante dei dati disponibili, aggiornata al 1984, è stata messa a punto dal Centro sperimentale per l'educazione sanitaria dell'Università di Perugia. I dati verranno raccolti in un testo di prossima pubblicazione (Almanacco della Salute, Il Pensiero Scientifico editore, lire 12.000) del quale, per gentile concessione dell'editore, possiamo rendere note alcune anticipazioni.

Mentre la mortalità infantile è passata dal 60% circa del 1960 all'11,6% del 1984, la vita media è già vicina al livello auspicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per l'Europa nel 2000, con tutti i problemi sociali, assistenziali e medici che questo fatto comporta.

Grandi progressi sono stati compiuti nella disponibilità alimentare; i consumi di proteine nobili sono aumentati, ma ora siamo ad un punto di rotura; l'educazione sanitaria deve contribuire a riequilibrare la dieta che tende ad un eccesso di apporto calorico, di proteine animali e grassi. Anche i consumi di alcool e tabacco sono aumentati, con conseguenze negative sullo stato di salute degli italiani.

Le malattie cronico-degenerative di gran lunga più diffuse nella popolazione, sia maschile che femminile e a tutte le età, dopo i 30 anni, sono l'artrosi e l'artrite. La seconda malattia tra gli uomini è la bronchite cronica che colpisce oltre 10 persone su 100 al di sopra dei 50 anni. L'ipertensione è più frequente tra le donne, mentre le malattie allergiche emergono già al di sotto dei 30 anni.

L'analisi storica delle dieci principali cause di morte dimostra un cambiamento radicale: non solo la mortalità generale si è più che dimezzata dal 1901 al 1980, ma vi è un capovolgimento tra le malattie infettive (diarrea, polmonite, influenza, tubercolosi) che dominavano il quadro all'inizio del secolo, e le malattie cronico-degenerative (cardiovascolari, tumori). Osservazioni più dettagliate possono essere desunte dalla tabella sulle malattie presenti di natura cronico-degenerativa, e da quella sulle dieci cause di morte più frequenti in Italia comparate tra il 1901 e il 1980. Al primo posto, fra le cause di morte, figurano le malattie cardiovascolari, al secondo il cancro, al terzo le malattie cerebro-vascolari.

Le maggiori cause di morte

Ordine	Tasso 1901	Malattia	Tasso 1980	Ordine
1	295,3	Diarrea infantile, gastro-enterite, colera	—	—
2	237,8	Polmonite, influenza	23,4	8
3	195,2	Malattie cardio-vascolari	335,8	1
4	167,6	Tubercolosi	2,8	—
5	163,0	Malattie particolari della prima infanzia	9,9	9
6	162,3	Bronchite acuta	1,5	—
7	99,0	Malattie cerebro-vascolari	134,9	1
8	61,9	Tumori maligni	216,0	2
9	49,9	Eclampsia infantile	—	—
10	41,4	Meningite	0,6	—
—	32,6	Accidenti*	47,0	4
—	15,4	Cirrosi epatica e altre malattie croniche del fegato	—	—
—	36,5	Bronchite cronica, enfisema, asma	34,5	6
—	3,2	Diabete mellito	29,0	7
—	6,1	Suicidi	7,4	10
—	2.197,0	Tutte le cause	983,0	—

*Comparazione tra il 1901 e il 1980 (tassi per 100.000 abitanti)

In Italia il malato soffre due volte per la malattia, e per l'aspra strada che deve percorrere per essere curato, a meno che non imbocchi, spesso per disperazione, quella scorciatoia ben oliata di denaro e di privilegi, e quindi di ingiustizie, che si chiama privato.

Nel gennaio scorso l'Unità instaurò un filo diretto con i lettori sui guai e sui drammi di quell'inquieto mondo che è la sanità. Finirono sui nostri tavoli centinaia di storie di «ordinaria sofferenza»: il sistema sanitario appariva come un castello nel quale è difficile entrare e dal quale non si sa come e quando si uscirà.

Storie di «ordinaria sofferenza» del malato o sospetto tale, storie di lunghe attese e di estenuanti rinvii. Tantissime vicende dolorose, spesso umilianti, che diventano un'odissea collettiva.

C'è la signora fiorentina che ha bisogno di un'analisi per un'ulcera allo stomaco e si sente rispondere all'Usi che deve aspettare un mese per il ricovero al privato pagando 130.000 lire. Avrebbe dovuto aspettare due mesi per fare un'ecografia per una colicistite un signore di Milano il quale ha potuto farla in una clinica privata il giorno dopo la richiesta pagando 120.000 lire.

Il privato come una forza caudina. Sotto la quale è dovuta passare una donna milanese, incinta, che doveva sottoporsi ad una ecografia. Prima si deve fare una visita privata da un medico che lavora nell'ospedale (costo 60.000 lire) e poi ci si presenta allo stesso ospedale: «Sono una paziente del dottor Tizio». E così, le porte del castello si aprono.

Se per dire addio all'ospedale l'unica speranza è fare un 13

In una città a livello europeo come Milano e per una decina d'anni sono stati ammirati i due immani ospedali. So, quindi, molto bene quanto si richieda l'aiuto di un amico o conoscente per ottenere una visita in tempi ragionevoli, per accelerare un ricovero, un intervento e qualche volta anche, per quanto possa sembrare strano, per avere informazioni sullo stato di salute di un parente ricoverato, per conoscere l'esito di un esame.

Ne avrebbe avuto bisogno quel pensionato di Reggio Emilia il quale ci telefonò per dirci che a due mesi dalla coloscopia cui era stato sottoposto non sapeva ancora i risultati. Due mesi pieni di ansia, ovviamente.

Qualcuno avrebbe dovuto spiegare ad una signora comasca i «misteri» in cui incappò. Suo padre aveva bisogno di un esame dei tronchi sovraortici ma all'ospedale di Varese le dissero che l'Usi pagava questo tipo di esame solo per chi non aveva compiuto i 70 anni: poiché suo padre aveva già raggiunto questa fatidica età, niente da fare. Ma se il padre era troppo vecchio, lei, sfortunatamente, era troppo giovane.

Troppo giovane (37 anni) per l'ammiccamento che, essendo inclinata alla dodicesima settimana, aveva chiesto alla Mangiagalli di Milano dove (almeno a quell'epoca) per il grande carico di lavoro questo esame lo facevano solo per le gestanti che aavano compiuto il 38° anno di età. E per sua fortuna la tenace signora riuscì a veder soddisfatta la sua richiesta all'ospedale di Varese.

Parecchi anni fa andai ad intervistare un operaio di un grosso comune vicino a Milano. Questo signore, emodializzato, avendo vinto una notevole somma al Totocalcio si era comprato un apparecchio per le dialisi di cui allora c'era penuria. Le cose non sembrano cambiate molto, in fatti di disagi, se una pensionata che abita a San Marco Argentario deve recarsi per l'emodialisi a Cosenza spendendo ogni volta per il noleggio di tutto 140.000 lire e ottenendo dall'Usi un rimborso di sole 60.000 lire.

C'è anche chi, entrato nel castello, ci si trova malissimo e preferisce uscire subito. Com'è capitato a quell'artigiano fiorentino affetto da una dermatite alle mani, ricoverato in ospedale, finito in uno stanzino zeppo di malati anziani con le sbarre attorno al letto per evitare che cadessero e che preferì a quel ghetto, la ripresa del suo cavaliere alla ricerca di una difficile guarigione.

Negli ospedali italiani, nelle cliniche universitarie si fanno molti interventi di alto ed altissimo livello, compresi i trapianti di reni, di fegato e di cuore. Eppure fra le loro mura convivono reparti futuribili e spaventose oasi di arretratezza. Non vorrei abbassare il livello del discorso, come si dice, se affermo che una delle lamentele che ho sentito più frequentemente riguarda i servizi igienici. Come conferma la denuncia di una lettrice di Carrara la quale ci ha detto che nella sua città c'è un moderno ospedale nel quale, però, in un reparto di trenta persone, ci sono sei water affiancati, con quanto

rispetto per la «privacy» dei ricoverati è facile immaginare.

Nel castello si è trovata male la sorella di una signora di Santa Maria in Vico la quale ci ha detto che là i familiari devono assistere i pazienti. Non pare un fenomeno circoscritto al «profondo Sud» se da Perugia una lettrice che si interessa di sanità e di assistenza ci ha segnalato che negli ospedali spesso manca l'assistenza notturna e che bisogna ricorrere a infermieri che costano sulle 80-70.000 lire a notte.

Ti volta si sfiora il dramma, o vi si precipita. Come ci ha segnalato una signora che lavora al pronto soccorso di un ospedale romano, efficiente, ma dove mancano la Tac e la divisione di neurochirurgia. Per cui accade, quando arriva un traumatizzato al cranio, che inizia una frenetica ricerca dell'ospedale dove far ricoverare il paziente: in uno c'è la Tac ma manca la neurochirurgia, in un altro c'è il neurochirurgo ma non la Tac; dove ci sono tutti e due non c'è più posto. Per cui una volta i medici di quel pronto soccorso telefonarono alla Procura della Repubblica il cui intervento valse a far operare lo sventurato ferito.

Spesso, dove non c'è il dramma c'è l'assurdo, il grottesco. Una dipendente dell'Usi di un grosso comune in provincia di Milano ci ha segnalato che là i denti vengono estratti gratuitamente (e si presume senza dolore). Il guaio viene dopo perché i denti nuovi non li mettono e al malcapitato che deve sostituire quelli asportati danno 4.000 lire per dente (lo stesso incredibile trattamento avviene anche in altre zone d'Italia perché, mi hanno spiegato, è rimasto immutato o quasi il vecchio tariffario dell'Inam).

Da qualche tempo sono stati istituiti in Italia i «Tribunali per i diritti del malato». Sinceramente non so come funzionano ma penso che dovrebbero sedere in permanenza perché un po' tutti, quando parliamo di «sanità», dimentichiamo troppo spesso che si tratta di uomini e di donne con la loro ansia, il loro dolore, le loro speranze. Che la medicina deve essere fatta per l'uomo e non viceversa.

Ennio Elena