

LA QUESTIONE

Contro malattie e povertà serve un'unica battaglia

■ Piero Valentini

L'impatto dell'indigenza e del sottosviluppo sulla salute non risparmia né i Paesi poveri, né l'Occidente industrializzato: Hiv, peste e altre patologie tornano a minacciarci. I progressi della medicina contano, ma insieme a politiche sociali coraggiose.

Nel periodo compreso fra la metà del secolo scorso e l'inizio degli anni Novanta, nel mondo scientifico era diffusa la convinzione che si fosse giunti ormai a una definitiva sconfitta delle malattie infettive. Questa convinzione aveva trovato il suo profeta in Abdel Omran e nella sua teoria della *transizione epidemiologica* o *transizione sanitaria*, secondo la quale il transito dell'uomo nell'era moderna sarebbe avvenuto in tre fasi, l'era «della guerra e della carestia», quella del «declino delle epidemie» e, infine, la fase delle «patologie degenerative e create dall'uomo». Per ciò che riguarda la seconda fase, la realtà provvede molto presto a spegnere gli entusiasmi: la rapida successione di una serie di epidemie, alcune provocate da agenti sino ad allora sconosciuti (Hiv), altre da microorganismi già noti, ma considerati retaggio del passato (come la peste), chiarirono che le malattie infettive erano ben lungi dal poter essere considerate in regressione; anzi, che «nel villaggio globale nessuno è immune».

L'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), nel 2000, ha collocato la lotta contro la malaria, l'Hiv e altre malattie infettive fra gli obiettivi di sviluppo del millennio (Millennium Development Goals), da perseguire entro il 2015. Solo nel 2008, si stima siano stati 243 milioni i casi di malaria in tutto il mondo, la maggioranza in Africa

Piero Valentini è ricercatore in Pediatria presso la Facoltà di Medicina e chirurgia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore e responsabile dell'U.O.S. di Isolamento pediatrico e dell'ambulatorio di Etnopediatria del Policlinico "A. Gemelli" a Roma. Dal 2006 è membro del consiglio direttivo del Gruppo di studio della Società italiana di pediatria sul bambino immigrato. Si occupa, in particolare, di diagnosi e cura delle infezioni materno-fetali, di tubercolosi e delle problematiche sanitarie dei bambini adottati all'estero.

(58%), seguita dal Sud-Est asiatico (10%) e dall'area mediterranea (4%), causa di 863.000 morti (89% in Africa, 6% nell'area mediterranea orientale e il 5% nel Sud-Est asiatico). La maggior parte (85%) di queste morti hanno interessato bambini sotto i 5 anni di vita. Nel 2009 sono stati notificati 5,8 milioni di casi di tubercolosi, per lo più riscontratisi nel Sud-Est asiatico (35%), in Africa (30%) e in regioni del Pacifico orientale (20%): l'11-13% dei casi sarebbero insorti in soggetti Hiv positivi, per l'80% africani. Ma queste cifre, secondo stime dell'Oms, riguarderebbero solo il 63% dei casi realmente verificatisi. I dati relativi all'Hiv descrivono uno scenario apocalittico: oltre 33 milioni di soggetti Hiv positivi stimati nel 2008, 2 milioni dei quali sempre in bambini sotto i 5 anni; nello stesso anno, 2 milioni di morti da collegare a questa infezione. Questi dati, sebbene raccapriccianti, colpiscono meno, forse, di quelli relativi a malattie come la peste, legata per i più soprattutto a ricordi letterari, piuttosto che alla realtà contemporanea. Eppure, già nei primi anni Novanta si erano verificate epidemie di peste in Madagascar (1991) e in India (1994), Paesi liberi da questa piaga da oltre 60 anni il primo e da 30 il secondo; epidemie che si sono ripetute ancora successivamente, l'ultima delle quali nel 2003 a Orano, in Algeria. Quali sono i determinanti di tale tipo di epidemia? Accanto alla povertà, *pabulum* essenziale, sono rilevabili numerosi altri fattori che fanno includere questi eventi fra quelli classificabili come *man-made*: infatti, la selvaggia deforestazione perpetrata in taluni Paesi per creare nuove aree atte all'allevamento o alla coltivazione, o per sfruttare il patrimonio florale (legni pregiati), ha esteso l'habitat dei roditori serbatoio della *Yersinia pestis*, agente eziologico della peste; mentre la crescente e disordinata urbanizzazione ha aumentato anche le possibili riserve per i ratti, che continuano a proliferare nei mega-agglomerati umani. A questo si aggiunge l'elevata frequenza con cui la *Y. pestis* va incontro a riarrangiamenti genomici, che le permettono di acquisire vantaggi in termini di maggiori capacità di sopravvivenza, di trasmissione a nuovi ospiti e diffusione in nuovi ambienti.

Piero Valentini

Ma non ci sono soltanto malattie infettive fra le patologie emergenti: gli stili di vita urbani, meno dispendiosi in termini energetici rispetto a quelli rurali, e una maggiore disponibilità di alimenti grassi, altamente calorici, a basso prezzo, stanno causando un aumento dell'obesità nella popolazione urbana più povera. È il caso, recentemen-

te documentato, dell'Indonesia: lì, sebbene la malnutrizione sia ancora uno dei principali problemi di salute pubblica, in tutti i gruppi di età sono state rilevate percentuali di soggetti sovrappeso pressoché pari a quelle dei denutriti, con una evidente prevalenza del fenomeno in ambito urbano rispetto a quello rurale. Particolare interessante è la presenza di situazioni di obesità e malnutrizione nello stesso ambito familiare. Sull'apparente contraddittorietà di tali dati hanno contribuito a gettare nuova luce alcuni studi che evidenziano come i figli di donne malnutrite durante la gravidanza sviluppino una incapacità al corretto utilizzo degli introiti alimentari e, dall'altra parte, proprio i bambini sottopeso alla nascita e malnutriti nei primi due anni di vita, tenderebbero, nelle età successive, all'obesità, forse per effetto di una alterazione nei complessi meccanismi neuro-ormonali che sovrintendono al controllo delle sensazioni di fame e sazietà. Situazioni contrastanti come quelle descritte hanno portato alla nascita del concetto di *double-burden of diseases*, che esprime il doppio peso economico di queste patologie, che hanno necessità di investimenti per essere prevenute e per la terapia delle loro conseguenze; investimenti che, contemporaneamente, vengono a essere stornati dalle risorse richieste per affrontare la denutrizione, ancora diffusa nelle stesse popolazioni.

L'impatto della povertà sulla salute non risparmia neanche l'Occidente industrializzato, come evidenziato da sempre nuovi indicatori: negli Stati Uniti è stata descritta una relazione diretta fra basso reddito e incidenza di polmoniti batteriche e asma. Le polmoniti hanno un'incidenza doppia fra gli afro-americani adulti rispetto ai bianchi di uguale censo e quattro volte superiore rispetto ai bianchi di reddito più alto. L'asma, patologia cui siamo abituati a pensare come conseguenza di fattori genetici piuttosto che ambientali, ha una distribuzione sociale estremamente disuguale, correlata all'etnia d'appartenenza e alla situazione economica; tali dati dovranno essere presi in considerazione in futuro perché possano essere compresi i meccanismi attraverso cui le caratteristiche biologiche dell'individuo, innate e acquisite, interagiscono con fattori ambientali, di ordine psicologico, sociale e fisico, nel determinare il *pattern* di distribuzione dell'asma. Fra le cause di malattie, che trovano nei bambini dei bersagli particolarmente vulnerabili, non bisogna dimenticare i cambiamenti climatici, sempre più marcati. Le patologie causa di diarrea hanno

una relazione diretta con la temperatura ambientale e con le piogge: l'anno in cui dominò la scena la corrente oceanica nota come *El Niño*, in Perù le temperature aumentarono mediamente di 5°C e il tasso di ospedalizzazione per diarrea fra i bambini aumentò del 200%. Il progressivo inaridimento di alcune regioni della Terra peggiora la situazione agricola in Paesi dove la malnutrizione infantile è già diffusa; l'inquinamento ambientale, legato anche a una maggiore incidenza di prematurità, basso peso e mortalità neonatali, colpisce soprattutto la popolazione infantile per la sua maggiore necessità di alimenti e acqua, mentre il riscaldamento dell'atmosfera e l'aumento dell'ozono, influenzando i meccanismi di formazione e trasporto di alcune sostanze, come ossido d'azoto e di zolfo, aumentano la possibilità di esposizione a questi irritanti degli occhi e delle vie respiratorie.

■ Lo scenario italiano

In questo complesso scenario trova uno spazio anche il nostro Paese, che nell'ultimo ventennio ha visto cambiare progressivamente la sua composizione sociale, con una sempre più massiccia componente di persone appartenenti a diverse nazionalità ed etnie, alla ricerca di una nuova vita. Nello stesso periodo, sono stati osservati alcuni preoccupanti fenomeni di ordine igienico-sanitario: soprattutto nelle grandi aree metropolitane, dagli anni Novanta in poi, si sta registrando un aumento dei casi di tubercolosi che interessa principalmente le persone straniere, mentre gli italiani ne sono sempre meno colpiti, tanto che l'incidenza globale si aggira intorno ai 7 casi ogni 100.000 abitanti per anno, ponendolo fra i Paesi a bassa endemia. Questo fenomeno trova spiegazione sia nella provenienza di molte di queste persone da Paesi endemici per tale malattia, sia nelle condizioni di vita e di lavoro difficili, spesso disumane, cui sono sottoposti, con il risultato che l'incidenza della tubercolosi in questo sottogruppo è simile a quella dei Paesi d'origine.

Non meraviglia, quindi, l'analisi dei dati pediatrici, che rivelano un trend analogo, anche se in una popolazione cosiddetta "straniera" ormai pressoché completamente costituita da soggetti nati in Italia, da cui, spesso, non si sono mai allontanati. Dunque, essi sono *soggetti a rischio non perché provenienti da Paesi a elevata endemia, ma in quanto maggiormente esposti all'agente infettivo in ambito "domesti-*

co", un classico esempio di aumentata probabilità di malattia legato alla classe sociale d'appartenenza, scenario che ricorda un'altra Italia che si credeva ormai lontana. L'aumento dei casi di lue congenita, patologia molto rara da anni nel nostro Paese, è stato evidenziato da un recente lavoro multicentrico coordinato dall'Università di Bologna: questo fenomeno è concomitante, ovviamente, con l'aumento dei casi di sifilide acquisita da donne in età fertile, spesso molto giovani. Ancora, colpisce l'insorgenza di nuovi casi di Hiv, nonostante la diffusa conoscenza dei meccanismi di trasmissione dell'infezione e la disponibilità di test diagnostici affidabili.

La domanda che sorge spontanea è come sia possibile tutto ciò: tutta la moderna tecnologia, la soverchiante possibilità d'informazione, non riescono a contenere questi fenomeni? È verosimile che le strategie per affrontare in modo idoneo i problemi di salute pubblica non possano essere uguali in tutte le circostanze e che le soluzioni non siano fruibili universalmente; occorrono, a volte, metodiche particolari per raggiungere le categorie a rischio per talune patologie, così come la routine nell'applicazione dei mezzi diagnostici deve, qualche volta, essere modificata per superare prevedibili problemi di sensibilità o affidabilità delle metodiche.

Alcuni esempi, per comprendere il senso di queste affermazioni: i test di screening per la diagnosi di sifilide sono molto sensibili, ma, in alcune occasioni, la risposta anticorpale all'agente infettivo presenta particolarità tali da richiedere specifici accorgimenti per non incorrere in risultati falsamente negativi. In questi casi è necessario che il laboratorista sia avvertito dal clinico il quale, solo, ha la possibilità di valutare le singole storie, il grado di evoluzione della malattia e le possibili trappole diagnostiche. Tutto ciò è noto, ma la desuetudine a trovarsi in una situazione come quella descritta può essere foriera di conseguenze gravi per chi deve essere curato. Altra situazione: il corretto procedere di una gravidanza si avvale di rilevazioni sierologiche che permettono di controllare l'immunità della donna nei confronti di alcuni microorganismi, agenti causali di infezioni a trasmissione verticale (madre-feto). Tali tecniche diagnostiche vanno però applicate con raziocinio nell'arco di tutta la gravidanza, pena l'incapacità di interpretare correttamente lo svolgersi degli eventi: per esempio, un soggetto Hiv-negativo nella prima fase della gestazione, potrebbe non esserlo più nelle fasi finali che precedono il parto. Non conside-

rare questo può condurre alla nascita di bambini affetti o a un ritardo diagnostico e terapeutico. Infine, la gestione di una malattia che richieda cure lunghe e complesse, come la tubercolosi, in un soggetto con situazione abitativa precaria, scarso livello culturale e difficoltà d'accesso alle strutture sanitarie, dovrebbe prevedere la possibilità di un'assistenza diretta che permetta e controlli la regolare assunzione della terapia, possibilità prevista nelle aree disagiate del mondo (*Directly Observed Therapy*), ma non in un Paese considerato evoluto. Situazioni come quelle descritte sono riconducibili a una scarsa capacità di adattamento a situazioni sociali in divenire, che impedisce una razionale utilizzazione delle risorse a disposizione e che può diventare ancora più dannoso per effetto della recente crisi economica, che scalfisce il welfare a cui siamo abituati e ostacola, in campo sanitario, l'applicazione di protocolli comportamentali e gestionali corretti.

Abbiamo visto come le ragioni che spiegano la comparsa di nuove patologie, o determinano una ricomparsa o nuova distribuzione di malattie già note, non riconducano sempre ad aspetti meramente medici: la salute umana è la risultante di numerosi fenomeni che, in maniera diretta o indiretta, concorrono a migliorarla o deteriorarla. La povertà e la disuguaglianza sociale, la maggiore mobilità, l'urbanizzazione selvaggia, con conseguenti situazioni di sovraffollamento e insalubrità degli alloggi sono solo alcuni aspetti, che vanno a intersecarsi con altre dinamiche, come quelle demografiche: l'aspettativa di vita, cresciuta notevolmente in alcune nazioni (pensiamo a quanto si sta verificando nella nostra), ha modificato i rapporti di forza fra le classi di età, aumentando la richiesta di alcune tipologie di assistenza, ma diminuendo la forza-lavoro che questi sussidi deve creare e supportare. In altre terre, a fronte di un elevato indice di fertilità, la notevole mortalità soprattutto infantile, l'ingente disoccupazione e la gestione del potere e delle ricchezze da parte di una ristretta cerchia di gruppi privilegiati, impediscono una regolare crescita della popolazione.

Inoltre, la predominanza delle logiche di mercato, perseguite anche a discapito del benessere sociale, ambientale e personale, e le modificazioni climatiche e ambientali, mai osservate prima d'ora, contribuiscono nel creare ostacoli al raggiungimento di un'adeguata sostenibilità dei processi evolutivi dell'essere umano. L'evoluzione tecnologica e la crescita del sapere scientifico di una parte del mondo

non comporterà gli effetti tangibili attesi se tali conquiste della mente non verranno messe a disposizione di tutta l'umanità e non solo di una parte di essa. Qualunque altra valutazione tecnica non potrà ritenersi esaustiva se prescindere da questa considerazione di fondo. Altrimenti, l'operatore sanitario sarà sempre più simile a un sarto che, seppur con perizia, si affannerà a rattoppare un vestito sempre più malandato.