

IDENTITÀ SAMMARINESE

RIFLESSIONI SULLA LIBERTÀ E LA DEMOCRAZIA FRA POLITICA, STORIA, CULTURA

TESTI DI CRISTOFORO BUSCARINI, PATRIZIA BUSIGNANI,
MARINO CECCHETTI, LAMBERTO EMILIANI, GILBERTO FELICI,
ADOLFO MORGANTI, GIORGIO PETRONI, GIANPAOLO
ROLLI, MASSIMO SCANDROGLIO, EDITH TAMAGNINI.



DANTE ALIGHIERI REPUBBLICA DI SAN MARINO ●

2009



DIFENDIAMO LA NOSTRA SALUTE

D I G I A M P A O L O R O L L I
MEDICO SPORTIVO, GIÀ DIRIGENTE DEL SERVIZIO DI MEDICINA DI BASE

L'O.M.S. (Organizzazione Mondiale della Sanità) definisce la salute “non come assenza di malattia, ma come stato di completo benessere psico-fisico e sociale”. Dalla ricchezza di questa definizione si comprende come la salute sia “tutto” nella nostra vita.

Stare bene è qualcosa di più che non essere malato: la salute è quanto di più prezioso possa esistere nella vita di una persona; senza di essa ogni altra opportunità è preclusa e la qualità di vita è destinata a peggiorare. La salute è il risultato del contributo della società e dei singoli individui, è una risorsa che ci consente di realizzare le nostre aspirazioni, di vivere in modo autonomo e allo stesso tempo in modo armonico e solidale con gli altri. È un equilibrio che non può essere raggiunto una volta per tutte, ma va ricercato, mantenuto e difeso giorno per giorno.

Non esiste ovviamente un livello di salute uguale per tutti, ma un massimo di salute possibile, diverso da persona a persona in rapporto alla costituzione psico-fisica, all'ambiente che ci circonda, all'attività lavorativa, allo stile di vita che adottiamo.

La salute può essere conquistata e difesa solo con l'impegno quotidiano del singolo cittadino e con il contributo indispensabile di chi amministra le risorse economiche, sociali e sanitarie del paese. Oggi, alme-

no in Occidente, si vive più a lungo che in passato, grazie alle migliori condizioni generali di vita e al progresso della medicina.

Il quadro delle malattie nel mondo occidentale è decisamente cambiato negli ultimi decenni: ormai sconfitte o rese meno gravi malattie che un tempo mietevano migliaia di vittime fra la popolazione (vaiolo, poliomielite, tubercolosi, ecc.), oggi dobbiamo confrontarci con problemi di salute che derivano prevalentemente dal nostro stesso modo di vivere; in modo particolare le malattie con cui abbiamo a che fare sono le malattie cardiovascolari (che colpiscono il cuore e il sistema circolatorio), i tumori, le broncopneumopatie, il diabete: molte di esse, chiamate cronico-degenerative, sono legate principalmente all'inquinamento ambientale e ad abitudini di vita dannose come il fumo, la scarsa attività fisica, l'abuso di alcool, l'alimentazione eccessiva e squilibrata, lo stress, l'uso di droghe.

È chiaro che il cambiamento nella tipologia delle malattie che ha coinvolto i paesi industrializzati pone nuovi problemi e chiama in prima linea i cittadini e la società intesi come parti fondamentali della lotta per il mantenimento della salute.

È importante sottolineare che il progresso medico tecnologico non comporta necessariamente più salute: bisogna mettere da parte l'illusione di avere a disposizione strumenti e farmaci "miracolosi", capaci di curare ogni malattia, e pensare invece a come sia importante operare scelte responsabili di vita che favoriscano il mantenimento dello stato di salute. In tempo di fiducia quasi illimitata verso le conquiste della medicina, parlare di impegno personale e sociale per mantenerci sani può sembrare superfluo; si è portati a credere che a tutto possa esservi rimedio, ma non è così: se da un lato la ricerca medica riesce a realizzare interventi impensabili solo pochi decenni fa, dall'altro però si affacciano all'orizzonte nuove malattie, spesso causate da comportamenti individuali scorretti. Si pensi ad esempio agli eccessi alimentari, alla mancanza di esercizio fisico, all'abuso di alcool e droghe, specie nella popolazione giovanile.

Da qui la necessità di dedicare più attenzione ai comportamenti individuali e a fare della prevenzione e delle battaglie contro i cosiddetti fattori di rischio il modo più sicuro per essere e conservarsi in buona salute.

Alleanza per il cuore

Il cuore, che è il muscolo “specializzato” più importante dell’organismo, ha il compito di spingere il sangue in tutto il corpo, rifornendo del prezioso liquido e dell’ossigeno in esso contenuto organi fondamentali come il cervello, i reni, il fegato e il cuore stesso attraverso le arterie coronarie. Il cuore lavora in silenzio, batte regolarmente e, senza che ce ne accorgiamo, si adatta alle condizioni che gli imponiamo: accelera quando facciamo uno sforzo o siamo agitati, rallenta quando rimaniamo rilassati a leggere un buon libro o ad ascoltare della buona musica. Quasi tre miliardi di battiti, fin da prima della nascita e poi per tutta la vita, incessantemente senza perdere un colpo. È un motore praticamente perfetto e potentissimo che pompa circa 8000-9000 litri di sangue in un giorno, oltre 3000 tonnellate in un anno, in una vita 250.000 tonnellate!

Perché il cuore possa pulsare senza difficoltà ed abbia sempre il nutrimento necessario per le sue cellule occorre però che il sangue arrivi in quantità sufficiente; se si riduce il flusso sanguigno attraverso una o più arterie coronariche, magari perché l’ipertensione le ha rese più strette e tortuose o per la presenza di un ostacolo che limita l’apporto di sangue, il cuore finisce irrimediabilmente per soffrire. In questo modo può andare incontro a gravi carenze di ossigeno che possono interessare le cellule cardiache o i neuroni (cellule cerebrali) se gli stessi fenomeni interessano le arterie che irrorano il cervello: nel primo caso si rischia l’infarto del miocardio, nel secondo l’ictus cerebrale. Il discorso ci conduce alle malattie cardiovascolari che sono la principale causa di mortalità, invalidità ed ospedalizzazione in tutto il mondo occidentale, con oneri assistenziali ed economici a carico dei servizi sanitari sempre crescenti e difficilmente sostenibili in prospettiva. In tale situazione la scelta prioritaria deve essere quella della prevenzione della malattia e delle sue complicanze, prevenzione da considerare quale investimento e non come spesa, capace a medio e lungo termine di incidere positivamente sui bilanci delle sanità pubbliche, evitando i ri-ricoveri, i reinterventi ed altri oneri aggiunti. La prevenzione delle malattie cardiovascolari ha solide basi scientifiche e si è dimostrata efficace in numerosi studi di prevenzione primaria e secondaria, ed in interventi sulla popo-

lazione: un recente rapporto dell'O.M.S. afferma che oltre il 50% della mortalità e disabilità da cardiovascolopatie può essere evitato semplicemente correggendo i principali fattori di rischio. Un piano globale di prevenzione, per avere successo, deve articolarsi in interventi a diversi livelli e cioè creare condizioni sociali ed ambientali favorevoli alla salute, sollecitare stili di vita che promuovano il benessere cardiovascolare, individuare e correggere i fattori di rischio, specie in soggetti ad alta probabilità di ammalare, garantire l'accesso in tempo utile alle cure appropriate, gestire correttamente la prevenzione secondaria e la riabilitazione. Questo approccio globale esige tuttavia, per essere concretamente attuato, una organica cooperazione fra diversi soggetti: governo, organizzazione legislativa, dicasteri, medici (medici di medicina generale e cardiologi in particolare), operatori della salute (dietisti, infermieri), personale socio-sanitario, media, fondazioni, associazioni di volontariato.

Fattori di rischio. Breve rassegna

Per fattori di rischio di una patologia si intendono i fattori di origine ereditaria o acquisita, che, in presenza di elementi predisponenti, possono aumentare la possibilità di insorgenza di una particolare patologia. La maggior parte degli studi epidemiologici su larga scala mostra che la relazione fra i vari fattori di rischio ed incidenza di cardiopatia ischemica è di tipo continuo, lineare o curvilineo, senza alcuna evidenza di un valore "soglia" che sia in grado di discriminare tra alto e basso rischio; l'assenza di punti di cut-off naturali per i livelli di colesterolo, pressione, peso corporeo relativo, depongono per l'attuazione di una strategia di popolazione con la quale si mira a migliorare la distribuzione dei fattori di rischio traslandoli verso valori medi più bassi.

I fattori di rischio possono classificarsi come non modificabili e modificabili: i primi sono rappresentati dal sesso, dall'età e da fattori genetici; anche se non è possibile intervenire su di essi la loro conoscenza è importante perché può motivare il soggetto su quelli modificabili. I fattori modificabili, suscettibili cioè di interventi non farmacologici (stili di vita) e farmacologici, sono il fumo di sigaretta, l'ipertensione arteriosa, il diabete mellito, l'ipercolesterolemia, l'obesità e la sedentarietà.

Fattori di rischio non modificabili

Età e sesso

Nelle popolazioni occidentali il rischio di sviluppare una cardiopatia cresce con l'avanzare dell'età: una caratteristica peculiare della cardiopatia coronarica è che al di sotto dei 55 anni risulta molto più diffusa tra gli uomini che tra le donne. Prima della menopausa queste ultime sono infatti raramente soggette ad attacchi cardiaci, poiché è verosimile che la produzione di ormoni femminili offra una certa protezione. Dopo la menopausa il rischio aumenta e la percentuale delle donne raggiunge quella degli uomini: dopo i 75 anni i valori all'incirca si equivalgono. L'incremento della pressione arteriosa, associata al progredire dell'età, non si osserva nelle popolazioni orientali, ma quando queste emigrano, allora acquisiscono un andamento pressorio simile a quello delle popolazioni ospitanti. La causa può ricondursi alle modificazioni dello stile di vita (dieta più ricca di grassi, proteine animali, sodio e ritmi più stressanti).

Ereditarietà

Si parla di anamnesi familiare positiva per cardiopatia coronarica quando uno o più parenti stretti del paziente soffrono o hanno sofferto di questa malattia: la spiegazione del perché esista una predisposizione familiare risiede in parte nei fattori genetici ereditari quali ad esempio l'ipercolesterolemia "familiare" - difetto di trasporto del colesterolo dal sangue al fegato con conseguente aumento di deposito a livello di parete arteriosa -, l'ipertensione "familiare", il diabete, e in parte nel fatto che i membri di una stessa famiglia conducono uno stile di vita molto simile.

Fattori di rischio modificabili

Fumo

Chi fuma triplica il rischio di infarto, pur in assenza di altri fattori di rischio come ipertensione e ipercolesterolemia, la cui presenza aumenta in modo esponenziale la mortalità cardiovascolare. Le sostanze chimiche rilasciate dal fumo, assorbite dal sangue attraverso i polmoni,

e messe in circolazione nell'organismo, raggiungono ogni cellula, ma scatenano la loro azione soprattutto sull'apparato respiratorio e su quello cardiovascolare. Su quest'ultimo esercitano un'azione tachicardizzante (aumento dei battiti cardiaci), vasocostrittrice (restringimento dei vasi sanguigni), aumento della tendenza delle piastrine a formare trombi. Il fumo è il fattore di rischio che più di altri può essere tenuto sotto controllo e i benefici dovuti allo smettere di fumare si evidenziano in tempi relativamente brevi: tra 5 e 10 anni dalla cessazione del fumo, anche un fumatore accanito presenta un rischio cardiovascolare pari a quello di un suo coetaneo che non ha mai fumato.

Ipertensione

La pressione arteriosa è la pressione esercitata dal sangue, pompato con forza dal cuore, sulle pareti delle arterie che distribuiscono il sangue stesso nell'organismo. È possibile distinguere una pressione arteriosa massima, o sistolica, che corrisponde al momento in cui il cuore pompa il sangue nelle arterie, ed una pressione minima, o diastolica, che corrisponde alla pressione che rimane nelle arterie nel momento in cui il cuore si ricarica di sangue per il battito successivo. Si parla di pressione alta o ipertensione quando i valori di pressione sistolica sono maggiori di 140 mm di mercurio e quelli di pressione diastolica maggiori di 90 mm di mercurio; ovviamente questi limiti non devono essere intesi in modo troppo restrittivo. I valori superiori a queste soglie vengono considerati in 3 gruppi: ipertensione arteriosa lieve (140 ÷ 159 max/ 90 ÷ 99 min), moderata (160 ÷ 179 max/100 ÷ 109 min), e grave (oltre 180 di massima/ oltre 110 di minima). L'ipertensione arteriosa rappresenta un problema clinico di straordinaria importanza per la sua diffusione pressoché universale, per la sua elevata incidenza e per la capacità di contribuire allo sviluppo di complicanze cardiovascolari sicuramente invalidanti e molto spesso letali. Nell'ambito della popolazione generale l'ipertensione arteriosa coinvolge circa il 20% degli individui adulti; tale numero è destinato inevitabilmente a crescere in ragione del progressivo invecchiamento della popolazione mondiale: una stima relativamente recente suggerisce che la percentuale di pazienti ipertesi è destinata a triplicarsi nel corso dei prossimi 30 anni, con conseguente proporzionale incremento del carico imposto alle società più civilizzate

in termini clinici ed economici. L'ipertensione arteriosa determina un evidente danno anatomico e funzionale a carico di organi vitali quali cuore, cervello, reni, vasi arteriosi, retina.

Chi ha la pressione leggermente al di sopra dei valori normali, può, attraverso un semplice cambiamento delle abitudini quotidiane, farla rientrare nella norma: e cioè con esercizio fisico - per 4 e più giorni a settimana 30 minuti di attività aerobica, cioè esercizi con sforzi lenti e prolungati, come passeggiate, corsa lenta, nuoto, ciclismo in pianura-; combattendo l'eventuale sovrappeso attraverso una riduzione delle calorie assunte, privilegiando generose quantità di frutta e verdura, controllando la quantità di grassi, e dando la preferenza a quelli di origine vegetale come l'olio di oliva extravergine, i grassi polinsaturi come gli omega 3 contenuti nel pesce; riducendo l'apporto di sale (il cloruro di sodio tende a trattenere liquidi nel sangue, aumentando così la fatica che il cuore deve sostenere per spingere il sangue nell'organismo) e riducendo i cibi che ne sono già ricchi (salumi, formaggi stagionati, ecc.); le spezie (timo, salvia, origano, rosmarino) possono sostituire il sale per insaporire gli alimenti.

Sovrappeso e obesità

Il sovrappeso e l'obesità facilitano, attraverso modificazioni metaboliche che incidono sui sistemi di controllo dell'organismo, l'insorgenza di diverse malattie. Ad esempio aumentano il rischio di andare incontro ad alcune forme tumorali come quelle del colon e della mammella, favoriscono l'insorgenza del diabete e dell'osteoporosi oltre naturalmente ad un maggior pericolo di andare incontro ad infarto ed ictus cerebrale. Per valutare se si è in sovrappeso bisogna calcolare il "Body Mass Index" (BMI), indice di massa corporea, che è dato dal rapporto tra il peso (espresso in kg) e il quadrato dell'altezza (espresso in metri quadrati): se è inferiore a 25 si è nella norma, fra 25 e 29,9 si è in sovrappeso, tra 30 e 34,9 si è obesi, se superiore a 35 si è grandi obesi.

Attività fisica

L'attività fisica è un vero salvacondotto per la salute a tutte le età: se ci si muove regolarmente si proteggono vasi e cuore, riducendo il pericolo di infarto ed ictus. L'esercizio fisico riduce il peso e la pressione,

abbassa il numero dei battiti cardiaci, aumenta il colesterolo buono, cioè incrementa le lipoproteine HDL (che trasportano il colesterolo fuori dai vasi sanguigni), fa diminuire lo stress, essendo uno scarico potente per la tensione emotiva; dal movimento non trarrà beneficio solo il motore (cuore), ma anche la carrozzeria (i muscoli) e il telaio (le ossa).

Colesterolo

Il colesterolo, presente in tutte le cellule e nei liquidi dell'organismo, si trova in circolo con valori variabili tra 150 e 200 mg/dl, con rilevanti variabili individuali, ed è trasportato in tutto il corpo dal sangue, dal quale le cellule ne prelevano direttamente la quantità necessaria. È uno dei cardini per la costruzione delle membrane cellulari ed in particolare di quelle del sistema nervoso: è anche grazie al colesterolo che la cellula può effettuare costantemente invisibili scambi con l'ambiente che la circonda; consente di formare correttamente gli acidi biliari, ingredienti della bile necessaria all'apparato digerente per una corretta digestione ed assimilazione dei grassi che si introducono con gli alimenti.

Il colesterolo contribuisce inoltre a formare alcuni ormoni come il testosterone, gli estrogeni e gli ormoni prodotti dalla zona corticale del surrene (ad esempio il cortisolo); aiuta a produrre la vitamina D, fondamentale per l'assorbimento del calcio nell'intestino e quindi rendendola disponibile per il mantenimento della struttura ossea.

Il colesterolo non si scioglie in acqua, quindi non può viaggiare libero nel sangue: per questo viene trasportato da sostanze solubili, le lipoproteine, di cui le più importanti sono le LDL e le HDL.

Le LDL sono lipoproteine a bassa densità (colesterolo cosiddetto cattivo) e il colesterolo da esse trasportato può accumularsi nelle pareti delle arterie, formando la placca ateromastica, tipica dell'aterosclerosi.

Le HDL, lipoproteine ad alta densità (colesterolo buono), hanno il compito di trasportarlo fuori dai vasi verso il fegato, dove viene metabolizzato; le HDL sono quindi una sorta di "spazzino" dei vasi sanguigni, e svolgono azione protettiva per le arterie, che vengono così ripulite dal colesterolo in eccesso.

Il colesterolo totale non dovrebbe superare i 130 mg/dl nelle persone sane, mentre i valori dovrebbero essere inferiori a 100 mg/dl nelle

persone che presentano altri fattori di rischio come per es. ipertensione e diabete. Il colesterolo HDL non dovrebbe mai scendere sotto i 35 ÷ 40 mg/dl; per tenere sotto controllo il colesterolo totale e le sue frazioni LDL e HDL sono importanti la dieta e l'attività fisica e, se necessario, il ricorso a medicinali (le statine) in grado di ridurre il rischio cardiovascolare sia in prevenzione primaria, cioè nelle persone "sane", sia in prevenzione secondaria, ovvero negli individui che hanno già avuto una cardiopatia ischemica (infarto, angina pectoris) o una vasculopatia cerebrale (ictus) o periferica (arteriopatie).

Diabete

La glicemia, ossia la concentrazione di glucosio nel sangue, è la principale fonte di energia e nutrimento per l'organismo ed è regolata dall'insulina, un ormone prodotto dal pancreas. Il valore della glicemia a digiuno può variare da 60 a 125 mg/dl: a 2 ore dal pasto tale valore può salire a 140 mg/dl (glicemia post-prandiale). Se l'insulina non agisce in modo corretto, o non è presente nella giusta quantità, si ha un accumulo di glucosio nel sangue, iperglicemia, principale sintomo delle varie forme di diabete (di tipo 1, che presenta una spiccata predisposizione genetica e che colpisce in prevalenza bambini e giovani, le cui cellule pancreatiche non sono più in grado di produrre insulina; e di tipo 2 che colpisce individui in età adulta anche se comincia a colpire giovani in forte sovrappeso, poiché la presenza di ampie fasce di tessuto adiposo ostacola il corretto impiego dell'insulina).

La prevalenza del diabete nella popolazione aumenta con l'aumentare dell'età: dal 2-3% nella popolazione generale fino al 10-20% nei soggetti oltre i 60 anni. In Italia almeno 2 milioni e mezzo di persone soffrono di diabete, ovvero hanno valori di glucosio nel sangue superiori a 126 mg/dl. Molti di questi soggetti non sanno di essere diabetici di tipo 2, il diabete che compare in età adulta legato soprattutto a cattive abitudini di vita (dieta squilibrata, assenza di attività fisica, stress), per il semplice motivo che non provoca alcun disturbo e che, nella maggior parte dei casi, viene individuato solo nel corso di un esame medico; il diabete diventa così una seria minaccia per la salute, come l'ipertensione, altro killer invisibile, con il quale spesso si allea per fare danni sempre maggiori.

L'azione del diabete coinvolge negativamente i vasi sanguigni in due modi: attaccando le arterie più piccole ed i capillari - microangiopatia -, e attraverso un processo patologico definito macroangiopatia, che interessa i grandi vasi sanguigni, in modo particolare coronarie e carotidi; il risultato è che il diabete rappresenta un fattore di rischio cardiovascolare fondamentale.

Conclusioni

È chiaro che qualunque politica di prevenzione primaria deve puntare alla riduzione dell'esposizione a questi determinanti attraverso modificazioni delle abitudini di vita quando si tratti di comportamenti insalubri (fumo di sigaretta, alimentazione scorretta, sedentarietà e stress) e al riconoscimento precoce della presenza di condizioni predisponenti all'insorgenza di patologie circolatorie (ipertensione e ipercolesterolemia). Inoltre i benefici della riduzione dei principali fattori di rischio si estendono non solo a diminuire l'incidenza di primi eventi ischemia, ma anche a prevenire la recidive.

Altrettanto importanti sono i comportamenti di prevenzione secondaria, che risiedono essenzialmente nella diagnosi precoce. In particolare, per quanto riguarda l'informazione/educazione dei cittadini, un ruolo significativo sarà giocato dagli enti pubblici, dalle scuole, dalla stampa, dai mezzi di comunicazione, dalle imprese e dalle associazioni no-profit, nonché dagli operatori sanitari e dalle strutture sanitarie dedicate.