

## Giulio Maccacaro per gli studenti di medicina

*Il 12 gennaio, a trent'anni dalla morte, si è tenuta nell'aula magna dell'Università statale di Milano una giornata di studio sull'eredità lasciata da Giulio A. Maccacaro agli studenti di oggi. Un incontro molto partecipato dedicato a Medicina e potere, un binomio ancor oggi provocatorio.*

La lezione è stata organizzata dall'Istituto di statistica medica e biometria della facoltà di medicina dell'Università di Milano, che in occasione del trentennale della morte, è stato intitolato a Giulio A. Maccacaro. Nell'intenzione doveva essere una lezione per gli studenti, ma in sala c'erano soprattutto persone che avevano conosciuto Maccacaro ai tempi del suo impegno scientifico e sociale e con lui avevano lavorato. Difficile quindi non farsi prendere dai ricordi. Ciononostante, l'idea ha funzionato. Certo, qualche appiglio alla memoria c'è stato, ma è stato utile per ripartire da alcune radici comuni e affrontare il tema: qual è il potere esercitato dalla (e sulla) medicina oggi? Maccacaro pensava che la medicina fosse un modo, un'espressione, del potere e che il medico dovesse impegnarsi a sfidare tale potere per restituire una medicina realmente al servizio dell'uomo. Questa era l'ipotesi alla base della collana intitolata per l'appunto *Medicina e potere*, curata a partire dal 1972 per la casa editrice Feltrinelli, dove fece pubblicare libri che ancora oggi sono un punto di riferimento per una medicina al tempo stesso attenta ai contributi scientifici più innovativi e alla critica sociale.

Gli interventi della giornata hanno affrontato il tema partendo dalle varie facce che la medicina può assumere: dall'epidemiologia al legame tra ambiente e salute, dalla medicina del lavoro al rapporto medico-paziente. «Siamo qui per l'impegno che Maccacaro ha profuso nella riflessione critica sulla scienza, sulla ricerca, sulla medicina e sulla formazione del medico» ha esordito Piergiorgio Duca, dell'Istituto di statistica medica e biometria. Questo aspetto della didattica e della formazione è stato spesso considerato collaterale e fortemente connotato storicamente, in realtà, secondo Duca, è un aspetto sostanziale della figura di Maccacaro e disgiungerlo dal rigore metodologico e dall'impegno nella ricerca equivale a negarne la lezione.

Maccacaro ha insegnato a coniugare la ricerca con l'impegno civile, la scienza con la critica sociale. E' in questo spirito che sono iniziati gli interventi, introdotti dal preside della facoltà di medicina Virgilio Ferruccio Ferrario e moderati dal giornalista scientifico Roberto Satolli.

### Partecipazione e prevenzione

Benetto Terracini, direttore di *Epidemiologia & Prevenzione*, ha descritto il filo rosso che collega la definizione di epidemiologia data da Giulio Maccacaro e il recente messaggio del Presidente della repubblica sugli incidenti sul lavoro: «l'epidemiologia cui pensiamo è soprattutto quella che si impegna ovunque le cause morbigene siano ancora oscu-

re o celate, nella molteplicità degli interessi sottesi, a svelarne intrepidamente l'identità e parteciparne lealmente la conoscenza, a stimolarne efficacemente la prevenzione, *ante factum*, almeno prima, cioè, che la minaccia per la salute dell'uomo sia diventata, oltre che il rischio temuto, il danno compiuto per una comunità».

Terracini, con uno sguardo al tema della partecipazione, ha ripercorso gli ultimi trent'anni dalla legge sull'aborto, alla quale si è giunti grazie a un grosso movimento partecipativo. Il concetto di salute, attraverso le leggi e i movimenti degli anni Settanta, si struttura dando spazio al «benessere sociale» che implica un'assunzione collettiva del compito. Un altro esempio di partecipazione è stato il movimento collettivo dei lavoratori esposti per la messa al bando all'amianto. Infine, Terracini ha citato due casi più recenti: uno è la legge Sirchia che, nonostante la presa di coscienza dell'opinione pubblica, non ha avuto un retroterra di partecipazione; l'altro riguarda il regolamento Reach (Registration, evaluation and authorisation of chemicals) sulle sostanze chimiche, approvato recentemente dal parlamento europeo.

A questo tema si è riallacciato l'intervento di Lorenzo Tomatis, presidente del comitato tecnico-scientifico dell'International Society of Doctors for Environment, sull'importanza della verifica degli effetti nocivi delle sostanze *prima* della loro immissione nell'ambiente. Il punto cruciale, esposto da Maccacaro, è la questione dell'onere della prova di innocuità, che deve ricadere su chi produce e non su chi subisce la nocività di una sostanza. Rispetto alle speranze iniziali di una normativa sulle sostanze chimiche dentro e fuori la fabbrica, il prodotto finale del Regolamento Reach è abbastanza deludente. Tuttavia rimane la normativa al mondo più rigorosa e che afferma in modo più deciso alcuni principi di controllo.

### Sanità in guerra

Il contributo di Gino Strada, fondatore di Emergency, ha permesso uno sguardo più ampio sulla medicina. La sanità dei paesi in guerra è l'espressione più drammatica delle contraddizioni di questo sistema di potere. Attraverso il suo lavoro, Strada ha conosciuto la sanità dei paesi in situazioni di conflitto: «la cosa più deprimente» racconta «è il fatto che fuori da molti ospedali sia esposto il prezzario e questa è la costante che abbiamo visto dappertutto. La medicina dei paesi in guerra, dei paesi del cosiddetto Sud del mondo, dei paesi più poveri è strettamente, rigorosamente e senza eccezioni medicina privata». Partendo dai

dati che Emergency ha raccolto con l'esperienza, il quadro dipinto da Gino Strada è chiaro: non importa chi dichiara guerra a chi, il 90% delle vittime sono civili, la guerra diventa quindi «il più importante problema di salute pubblica che affligge il pianeta».

E la domanda che Strada propone al pubblico è semplice: se la guerra è malattia dove sta la prevenzione, dove sta la profilassi? La profilassi, secondo Emergency, è scritta nella dichiarazione universale dei diritti umani dove si dice chiaramente che «soltanto il riconoscimento dell'uguaglianza di base tra i cittadini costituisce il fondamento della libertà, della giustizia e della pace nel mondo». In altre parole, c'è un rapporto di mutua esclusione tra guerra e diritti umani e la costruzione dei diritti umani è l'unico vero antidoto, l'unica vera profilassi alla guerra. Una questione di diritti umani quindi, di cui fa parte il diritto di ogni essere umano ad avere un'assistenza sanitaria di standard elevato e gratuito. È questa la sfida. È questo uno dei luoghi dove si nasconde il potere.

### Medico, paziente e malattia

L'intervento di Giorgio Bert, dell'Istituto CHANGE, ha posto l'accento sul rapporto tra medico e paziente. Secondo Bert un medico non può non essere in posizione *up*, di potere, rispetto al paziente. Ma il potere di cui si parlava con Giulio non era quello dell'asimmetria relazionale ma il potere inteso come sopraffazione. Quindi il potere come dominio non è implicito nella posizione *up*, ma essa può trasformarsi in sopraffazione.

A Bert hanno fatto eco due interventi nel pomeriggio: Spinsanti, direttore dell'Istituto Giano per la promozione della cultura umanistica applicata alla medicina, che ha parlato di etica della medicina e Alessandro Liberati, del Centro Cochrane italiano, sull'*evidence-based medicine (EBM)*. Secondo Spinsanti, il potere ha un ruolo positivo nella medicina, dovuto proprio all'asimmetria relazionale di cui parlava Bert. Oggi, però, «si sta andando verso la mostruosità». Riprendendo il testo di Maccacaro *Il campanile di Codogno*, un testo autobiografico letto durante la mattinata da una studentessa, ha paragonato la visione del medico dalla cima di quel campanile alla visione dell'etica medica classica. Il medico guarda dall'alto, si estranea dal mondo reale del paziente, semplifica. Il paziente non sceglie. I bioeticisti hanno cercato di cambiare questo punto di vista. Hanno voluto che anche il paziente salisse sulla torre e che fra il medico e il paziente ci fosse una reciprocità di sguardi. «La mia opinione» – sostiene Spinsanti – «è che questa utopia non si sia realizzata. Il consenso informato di cui si parla non ha assolutamente la finalità di far partecipare le persone ai processi decisionali ma è vissuto e praticato come una forma di autotutela, come una delega di potere al medico. Quindi il medico è ritornato a decidere da solo in cima al campanile».

Giorgio Bert ha ricordato che la nascita dell'*evidence-based medicine* è stata un gesto antiautoritario ma, come spesso accade, la parabola delle cose umane l'ha portata a essere stata accusata oggi dell'esatto opposto. Alessandro Liberati ha risposto a tale provocazione cercando di fare il punto su cos'è oggi l'*EBM*. La variabilità della pratica clinica, messa in luce dalla medicina basata sulle prove, può rappresentare un campanello d'allarme che permette di individuare le distorsioni e i conflitti d'interesse in medicina. Un luogo quindi dove si annida il potere. «Per Cochrane la medicina è sempre in ritardo nell'accettazione di procedure efficaci. Invece, la professione medica dovrebbe impegnarsi nel favorire realmente una visione cumulativa delle conoscenze e la loro analisi». Quindi il nodo delle questione, secondo Liberati, non sta tanto nell'esser d'accordo o meno sull'*EBM* ma piuttosto nel trovarsi insieme su una prospettiva futura di miglioramento dei sistemi sanitari e su un aumento degli investimenti nella valutazione dell'efficacia dei trattamenti.

### Industria e farmaci

Con Paolo Vineis, dell'Imperial College di Londra, e Gianni Tognoni, del Consorzio Negri Sud, si è passati a discutere di forme più evidenti di potere esercitato dalla politica e dall'economia.

Vineis ha affrontato il tema dell'alimentazione poiché è in questo settore che si stanno realizzando enormi pressioni da parte della grande industria. L'80% del sale consumato, per esempio, è presente nei cibi. Una riduzione minima del contenuto di sale nei cibi venduti, ininfluenza sulle abitudini dei consumatori, permetterebbe una diminuzione delle malattie (e delle morti) dovute all'ipertensione. L'altro tema legato all'industria alimentare è quello dell'obesità, che sta assumendo caratteristiche epidemiche nei paesi sviluppati. Vineis ha concluso dicendo che, ciò che Maccacaro denunciava, si è riproposto negli anni successivi su scala maggiore. Inoltre, «la capacità di influire sulla ricerca da parte della grande industria è cresciuta, ma è cambiato anche il mondo della comunicazione, lo strumento per influire sulle nostre scelte. Il corto circuito tra la scienza e il profitto è facilitato e forse potenziato dalla pubblicità».

Gianni Tognoni si è occupato invece del potere del farmaco. Se trent'anni fa era già dominante, oggi le potenzialità farmacologiche sono decisamente superiori. I conflitti di interesse in medicina derivano principalmente da questo fattore. La questione farmaco ha spesso poco a che fare con la farmacologia o con la medicina. Indica che la medicina è pilotata sempre più in termini di mercato.

### Al lavoro...

A conclusione degli interventi, Luigi Mara, di Medicina Democratica, ha spostato l'attenzione sul mondo del lavoro. Mara ha ricordato le esperienze fatte con Maccacaro per

sperimentare una didattica nuova, dove per esempio gli studenti sostenevano gli esami di medicina del lavoro all'interno delle fabbriche. Oggi esiste un nuovo fattore che influisce sulla sicurezza: la flessibilità che si declina nei contratti di lavoro stabiliti dalla legge 30. Prendendo come esempio il caso degli operai morti all'oleificio di Perugia nel novembre del 2006, Mara contrappone alle «cause ignote, sbandierate dal sistema mediatico», un'estrema chiarezza sia nelle motivazioni di quelle morti, sia nel tipo di rapporto contrattuale che gli operai avevano con l'industria. E' proprio questo rapporto a non aver reso possibile l'applicazione delle norme di sicurezza dovute. Mara descrive quindi un attualissimo campo di lotta per il rispetto delle regole della sicurezza e della prevenzione mettendo in primo piano il ruolo dell'informazione. «Come Giulio ripeteva, senza informazione e senza partecipazione non c'è prevenzione». Infine Mara ha concluso con un invito agli studenti: «se volete fare i medici del lavoro non a chiacchiere o per soldi, bisogna che si cominci a dire, anche nelle facoltà di medicina, che un medico del lavoro del servizio sanitario di fabbrica deve passare un terzo del suo tempo sugli impianti, sui reparti, dialogando con i diretti interessati, un terzo dovrà passarlo svolgendo la sua attività comprese le visite mediche di legge, e un terzo dovrà dedicarlo a un processo di formazione permanente all'interno del quale devono partecipare anche gli esposti, i lavoratori. Allora forse si inizierà a cambiare qualcosa». Durante la giornata si sono susseguiti anche molti inter-

venti tra cui quelli di alcuni studenti. E' stato chiesto ai relatori se può esistere un modello alternativo alla didattica attuale o una prospettiva su cui lavorare. Tale domanda nasce anche dalla consapevolezza che gli studenti sono solitamente «imbarazzati» quando il professore li invita a riflettere su temi ampi come possono essere i conflitti d'interesse, il ruolo delle case farmaceutiche. E' stata quindi espressa la necessità di una formazione più ampia, che non dimentichi, oltre alla clinica, anche le altre discipline connesse alla medicina come l'economia politica. Uno studente, rispondendo idealmente al discorso di Mara sull'importanza di conoscere il contesto del paziente, ha raccontato un aneddoto: «due settimane fa in un ambulatorio di ginecologia, sfogliando gli esami fatti da una paziente cinese gravida e senza permesso di soggiorno, ho notato che era già stata ricoverata in precedenza per tre incidenti domestici. Mi sono chiesto il perché di questi incidenti e ho chiesto alla dottoressa se non dovessimo fare qualcosa di più. Mi ha risposto laconicamente che con la gravidanza il baricentro cambia e quindi una persona è più propensa a cadere, escludendo ogni ulteriore indagine sulle cause». E' un piccolo episodio che mostra quanto ancora sia attuale l'invito di Giulio Maccacaro a insegnare una medicina che «si impegni ovunque le cause morbigeniche siano ancora oscure... a svelarne l'identità, parteciparne lealmente la conoscenza e stimolarne efficacemente la prevenzione». Così si sfida il potere.

Marco Crespi

## Il fumo negli occhi: pressione sociale o libera scelta?

Il fumo di tabacco non può più essere considerato un argomento di esclusivo interesse sanitario: sono ormai palesi gli interessi finanziari che stanno dietro alla produzione e alla commercializzazione di sigarette, le discutibili tecniche di marketing poste in opera dalle multinazionali del tabacco nei paesi del terzo mondo, la manipolazione delle osservazioni scientifiche da parte delle stesse. Tuttavia, al di là dei travagli individuali per smettere di fumare e della scaramantica consapevolezza delle statistiche sugli effetti rovinosi del tabagismo (90.000 morti all'anno nel nostro paese), l'opinione pubblica italiana ha preso coscienza in misura ancora limitata della complessità del problema e delle contraddizioni che lo caratterizzano. Una di tali contraddizioni è quella di uno stato che incamera imposte su un vizio pernicioso e non investe adeguatamente in medicina preventiva. D'altra parte, alcune iniziative di sanità pubblica contro il fumo vengono accusate di essere repressive per la libera scelta individuale.



«Il fumo negli occhi: pressione sociale o libera scelta?» è il titolo della manifestazione che la Regione Piemonte organizza per il 31 maggio 2007, giornata mondiale contro il tabacco. Lisa Bero e Paolo Vineis, due ricercatori impegnati a livello internazionale nella lotta contro il fumo, documenteranno i comportamenti delle multinazionali del tabacco nei loro rapporti con il mondo della ricerca e con il pubblico. Verranno inoltre premiati i migliori video prodotti dagli studenti delle scuole medie inferiori e superiori piemontesi sulla loro esperienza di pressioni subite per intraprendere l'abitudine al fumo e verranno annunciate le future strategie regionali di intervento. Nella tavola rotonda, nel pomeriggio, si esprimeranno le forze culturali e sociali sul ruolo che esse possono avere nelle politiche riguardanti il fumo.

Per ulteriori informazioni:  
Assessorato alla sanità, Regione Piemonte;  
mario.carzana@regione.piemonte.it