



Prevenzione e sanità pubblica: argomenti per continuare a discutere

La Riunione annuale dell'AIE tenutasi a Ostuni nell'ottobre di quest'anno è stata l'occasione per riaprire, nell'ambito di un seminario satellite, una discussione che nel 2002 aveva suscitato molto interesse su questa rivista, con numerosi interventi seguiti a un editoriale di Nereo Segnan e Paola Armaroli.¹ Si discusse in quella occasione di come la medicina si è trasformata di fronte al modificarsi del *continuum* tra salute e malattia e della necessità di rianalizzare la pratica attuale a seguito dell'aumento dell'attesa di vita delle persone.

In breve, si sottolineava che l'attività preventiva coinvolge sempre di più il clinico e il medico di medicina generale, ponendo la necessità di rivisitare l'idea di salute, ma anche, secondo alcuni, riaffermando l'esigenza di distinzioni interne a questo *continuum* per orientare la pratica. Da altri veniva sottolineato, peraltro, che proprio il forte sviluppo della biomedicina e della tecnologia mirata a modificare il destino dell'individuo rischia di marginalizzare sempre più l'idea di una prevenzione primaria partecipata basata sull'«impiantistica», ovvero su interventi tesi a modificare le condizioni morbigene esterne, di vita e di lavoro.

La prevenzione è stata una rivendicazione centrale dei movimenti degli anni sessanta, quando era connotata di intensi significati ideologici nel clima della lotta operaia e studentesca di quegli anni, e aveva, all'origine, soprattutto un significato di lotta sociale. Giulio A. Maccacaro vedeva nella soggettività del gruppo operaio, nella dimensione della fabbrica, la base di ogni conquista di salute. Nel volume *Per una medicina da rinnovare*,² che raccoglie gli scritti di Maccacaro del periodo 1966-77, un saggio è dedicato ai problemi della medicina preventiva. A fronte della crisi della medicina terapeutica, occorre cambiare modello – si sostiene in quelle pagine – la risposta della prevenzione non si può fermare a una dimensione individuale bensì deve «risalire tutto il gradiente che porta alla comunità, conosciuta, assistita ma anche mobilitata come tale».

Riprendiamo il dibattito...

A mio avviso ci sono alcuni punti sui quali è necessario sviluppare una riflessione, corroborandola con esempi provenienti dalla pratica della ricerca e della sanità pubblica, e favorire una possibile sintesi che faciliti lo sviluppo di iniziative mature di prevenzione, adeguate alla realtà di oggi. Alcune assunzioni di fondo meritano di essere esplicitate:

- la prevenzione è un'idea forte, che pur essendo parte della storia della medicina, ha avuto un grande favore negli anni sessanta come ideologia sociale;
- oggi è un contenitore grande, una campana troppo ampia, sotto la quale si trova di tutto;
- la parola prevenzione ha un connotato ideologicamente positivo che in qualche modo rende difficile guardare dentro alle pratiche per vedere, differenziare e dare indicazioni etiche e scientifiche.

... contro i luoghi comuni

E' ormai un luogo comune sostenere che non si fa abbastanza prevenzione. In realtà mai come negli ultimi trent'anni si è sviluppata la ricerca e la pratica in questo campo; il punto è che questa ricerca e questa pratica sono prevalentemente rivolte alla prevenzione individuale, hanno forte contenuto tecnologico, anzi rappresentano forse il maggiore investimento di ricerca tecnologica degli ultimi 10-20 anni (genetica, farmaci, diete eccetera). Diviene quindi anacronistico conferire e mantenere nel dibattito pubblico un'aureola di santità e innocenza a un agire al quale oggi è invece necessario richiedere la stessa attenzione per il rigore scientifico, la valutazione dell'impatto sociale e i conflitti di interesse che esiste (o dovrebbe esistere) in tutti i settori della nostra ormai egemone biomedicina curativa e predittiva.

Una prevenzione riduzionista rivolta all'individuo

L'epidemiologia degli ultimi quaranta anni ha notevolmente contribuito alla crescita di questo tipo di prevenzione. Il termine *deflagrazione della prevenzione*³ è utile per descrivere ciò che è avvenuto in questi decenni. Negli ultimi decenni del Novecento, l'epidemiologia, in particolare quella che si è orientata verso lo studio della genetica e degli stili di vita, come l'alimentazione o l'esercizio fisico, ha sviluppato linee di ricerca centrate su ipotesi causali con un forte contenuto riduzionistico. Una necessità della ricerca scientifica di cui spesso non si valutano a fondo le implicazioni. Il singolo alimento, la singola sostanza e il meccanismo fisiologico, il micronutriente, ma anche l'inquinante sono divenuti i determinanti di malattia di cui si valuta la potenzialità di nuocere alla salute per modificare il rischio di alcune patologie. L'interlocutore del messaggio preventivo, in una struttura

della società come la nostra, è primariamente l'individuo che riceve il messaggio relativo al rischio, e questo messaggio è qualcosa che lo riguarda in quanto protagonista di un mercato che lo identifica di volta in volta come giovane, vecchio, maschio, donna, pensionato o professionista: quel messaggio di rischio ha a che fare con il suo corpo, ma, arrivando con le connotazioni proprie del riduzionismo che caratterizza la ricerca scientifica, di fatto accresce l'assimilazione dell'individuo alla sua fisiologia e alle sue funzioni elementari; per dire, lo riduce a tasso di colesterolo o a osteoporosi. L'effetto è di lasciare al singolo soggetto il compito di scegliere quali tra le diverse parti in cui il suo corpo è diviso impegnarsi a proteggere.

Ricerca epidemiologica e azione preventiva

La relazione tra scienza, mercato e opinione pubblica si è ormai consolidata, e si realizza attraverso quotidiani e settimanali, che mediano le informazioni delle riviste scientifiche di grande impatto, sempre più attente alla promozione della notizia scientifica. I ricercatori stessi sono consapevoli dell'importanza dei media per il proprio *impact factor*, e quindi la loro carriera scientifica. Il trasferimento della conoscenza – passare dalla scoperta di laboratorio alla realtà del cosiddetto mondo reale – è uno dei principali problemi della scienza di oggi: ma nel campo della prevenzione questa questione assume un significato particolare perché il rischio legato al corto circuito tra scienza riduzionista – una necessità della ricerca scientifica – *mass media* e individuo consumatore porta non solo a ipotesi di intervento preventivo spesso irrealistiche (vedi molte ipotesi di controllo genetico delle malattie), ma anche potenzialmente pericolose.

Il mio convincimento è che le conoscenze sulle cause, oggetto dello studio epidemiologico, non siano immediatamente usabili nella pratica preventiva. Esiste un'assoluta necessità di affrontare separatamente i due problemi, quello dello studio della causalità (molti hanno timore a parlare di cause, io no, ma comunque ciò non cambia l'essenza della questione) e la necessità di sviluppare modelli di valutazione dell'uso delle cause, valutarne l'impatto da prospettive diverse (costi, impatto sociale, impatto sanitario).

Alla notevole quantità di ricerca epidemiologica (cause) e alla crescente influenza di questi studi sulle iniziative di prevenzione e di sanità pubblica, si contrappone la percezione che occorre far seguire allo studio delle cause piani di azione che prevedano attori diversi e soprattutto tengano in

conto una molteplicità di aspetti, molti dei quali di tipo socioeconomico. I Piani di prevenzione, che pure in molte realtà vengono proposti, molto raramente sono considerati oggetto di ricerca, bensì soltanto frutto di concertazione politica o di interventi di sanità pubblica. Ne sono conseguenza, a mio avviso, i potenziali aspetti pericolosi che attività preventive e di sanità pubblica possono avere in assenza di adeguata ricerca scientifica sul loro possibile impatto; si pensi, solo per fare un esempio attuale, alle campagne di prevenzione dell'obesità e del sovrappeso. Aree dove aspetti educativi, di identificazione del rischio e di intervento farmacologico si intersecano, a me sembra, talora con poca trasparenza.

Agire in sanità pubblica: occorrono modelli validi

La carenza della ricerca sui modelli di azione in sanità pubblica, cioè su come si usano le cause per modificare la realtà, significa anche poca consapevolezza di cosa significa approccio di comunità e di come si interviene e si valuta a questo livello; una comunità deve agire riconoscendo gli individui e deve rispondere alla molteplicità delle prospettive e degli approcci culturali. In questo scenario anche il significato della partecipazione deve essere ripensato, affrontato con metodologia scientifica che effettivamente salvaguardi la possibilità di espressione e azione dei protagonisti su decisioni effettivamente condivise.

Riparare di prevenzione dovrebbe quindi significare non solo definire su quali cause agire, ma fondare la ricerca su come usarle, come usare approcci scientifici che siano adeguati a queste finalità. Un lavoro che è stato appena avviato negli Stati Uniti e in Europa, ma che ancora oggi dà luogo a iniziative poco coordinate, ma soprattutto poco sorrette dai finanziamenti e dalla pratica della ricerca scientifica necessari per l'esplicitazione degli obiettivi e la valutazione dei risultati.

Eugenio Paci

CSPO, Istituto scientifico per la prevenzione oncologica, Firenze
Corrispondenza: e-mail e.paci@cspo.it

Bibliografia

1. Segnan N, Armaroli P. *Epidemiol Prev* 2002; 26:266-68 e successivi interventi
2. Maccacaro GA. *Per una medicina da rinnovare*, Feltrinelli, 1979
3. Paci E, Miccinesi G. La deflagrazione della prevenzione. *Arco di Giano* 2005; 44, 89-98.