



DIBATTITO

La medicina moderna e il suo potere

Modern medicine and its power

Forse non tutti i medici si sono resi conto di come e quanto la medicina sia cambiata negli ultimi 20-30 anni. Non alludo alle nuove tecnologie diagnostiche, né ai risultati dei farmaci cosiddetti intelligenti, e neppure agli stupefacenti traguardi raggiunti dalla biologia molecolare. Tutte queste tecniche e tecnologie hanno indubbiamente consentito diagnosi più accurate o cure più efficaci, ma le nuove scoperte non hanno cambiato la filosofia e l'approccio tradizionale della medicina, che si basa sulla cura di un individuo malato e su una stretta relazione tra medico e paziente. La reale trasformazione della medicina, il suo drastico cambiamento, è stato lo sviluppo della medicina preventiva in tutto il mondo occidentale a elevato sviluppo tecnologico. L'affermazione «prevenire è meglio che curare» è stata applicata estesamente negli anni più recenti, e molti studiosi suggeriscono un orientamento ancora più marcato verso la medicina preventiva.¹ Sembra che la medicina moderna non faccia più alcuna distinzione fra individuo sano e individuo malato, e tenda più a conquistare il primo che non a curare il secondo. Non sorprende quindi che chi è in buona salute spesso accetti volentieri di essere curato o di rimanere sotto stretta sorveglianza, con la speranza di non doversi mai ammalare. E' la nuova cultura della malattia temuta, che porta a considerare le malattie non come eventi naturali che possono verificarsi per puro caso (come per la maggior parte delle malattie, dal comune raffreddore alla maggior parte dei tumori), ma come nemici che devono essere sconfitti e cacciati via, e contro i quali deve essere combattuta una lunghissima guerra. La recente campagna contro il fumo di tabacco e l'ancor più recente (e ancora non ben definita) battaglia contro l'obesità sono i due migliori esempi di tale tendenza.^{2,3} E' di note-

vole interesse il fatto che queste due campagne non siano dirette contro malattie, ma piuttosto contro fattori di rischio, e che questi fattori abbiano una profonda influenza sul nostro stile di vita. Come diretta conseguenza di quanto detto, molti individui accettano di condurre una vita da possibili o potenziali malati per prevenire lo sviluppo di malattie di cui non sono affetti, ma che potrebbero verificarsi negli anni successivi. Per tale ragione si osservano sempre più di frequente gruppi di studio o centri sanitari impegnati esclusivamente nel trattamento dell'ipertensione, che di per sé non è una malattia ma un fattore di rischio; in altre parole, équipe di medici che per loro scelta orientano tutti i loro sforzi alla cura di individui fondamentalmente sani. Similmente, vi sono Unità di endoscopia digestiva che limitano la loro attività allo screening dei polipi coloretali; ancora una volta, non veri e propri pazienti ma possibili portatori di un fattore di rischio. Gli esempi potrebbero essere numerosi. Sembra che la medicina stia usando tutti i suoi strumenti, il suo enorme prestigio e la sua capacità di suggestionare per uscire dal suo campo d'applicazione tradizionale – cioè la cura dei pazienti – per giocare un nuovo ruolo sul terreno della prevenzione, ruolo che appare senza limiti o confini e che permea, anno dopo anno, quasi tutti gli aspetti della nostra attività sociale.⁴ Di conseguenza, si rimane a volte stupiti nel vedere quanti siano gli individui perfettamente normali che eseguono regolarmente dei test diagnostici (perfino una dozzina in un anno, in certi casi), solo per tenere lontane malattie che nessuno sa se e quando potrebbero verificarsi. Come era facile prevedere, i neonati e i bambini sono tra i più assidui quanto passivi clienti di questa nuova medicina. Non molti anni fa un uomo o una donna in buona salute affermavano con soddi-

sfazione di non aver visto un medico negli ultimi 10 o 20 anni; oggi invece le persone sane sono a volte quelle che incontrano i medici più di frequente e che sono tenute sotto stretta sorveglianza.⁵ Sembra quasi che la medicina preventiva non sia solo una branca delle scienze mediche, o un approccio più prudente alle malattie; la medicina preventiva è la nuova medicina, la medicina delle persone moderne, la medicina che caratterizzerà il nostro futuro, almeno nell'immediato e nel mondo occidentale. E i medici sembrano apprezzare la nuova medicina, e sono ben disposti a trasformarsi in curanti di individui sani, perché è più semplice e di minore responsabilità trattare persone normali piuttosto che avere a che fare con soggetti anziani, affetti da una serie infinita di malattie degenerative (e inguaribili).

Apparentemente non vi è nulla di sbagliato nella nuova medicina, e ogni persona di buon senso può facilmente ammettere che prevenire sia meglio che curare. Tuttavia, occorre prendere atto che vi sono alcuni aspetti che dovrebbero essere valutati con molta attenzione.

■ Il primo di questi è che la nuova medicina influenza e condiziona un po' tutti gli aspetti della nostra vita sociale e sembra voler indicare delle nuove linee guida. Così, per esempio, leggi e regolamenti sono frequentemente ispirati o dettati da considerazioni che si basano sulla medicina preventiva, come nel caso delle cinture di sicurezza nelle automobili, l'uso obbligatorio del casco per ciclisti e motociclisti, e le numerose restrizioni adottate per il fumo di sigarette. Nulla da obiettare in termini generali: le nuove regole sembrano ragionevoli e, di conseguenza, sono state accettate senza alcuna fatica dalla maggioranza della popolazione. Ma questo è stato solo l'inizio. La recente campagna contro l'obesità porta la nuova medicina a orien-


DIBATTITO

tare la nostra alimentazione, e quindi a suggerire come mangiare e cosa evitare.² Ciò vuol dire che la scelta di cibo in un negozio, la preferenza data a un determinato piatto al ristorante, e perfino la scelta del ristorante stesso sempre più spesso saranno condizionati dalla nuova medicina. La competizione fra ristoranti si baserà non soltanto sulla bontà dei piatti o sul loro costo, ma potrebbe svilupparsi prevalentemente sul contenuto di colesterolo e di acidi grassi. In parallelo con questo trend, la continua e ridondante presenza di medici in televisione (e altri mass media) è senza alcun dubbio un significativo fenomeno degli anni più recenti. Il dottore "televisivo" non limita il suo intervento a temi di medicina, ma tende a offrire (o dettare) una opinione scientifica su una straordinaria varietà di argomenti. Così, questi colleghi ci dicono spesso cosa mangiare e cosa non mangiare o quali siano le bevande più adatte a questa o quella circostanza. A volte i dettagli dei loro ragionamenti sono davvero straordinari, come nel caso, per esempio, degli effetti vitalizzanti di una determinata acqua minerale o delle proprietà attribuite a un certo tipo di pasta e non a un altro.⁴ Gli argomenti di molti dei nostri colleghi "televisivi" sono a volte ancora più sorprendenti (e divertenti), come quando raccomandano come proteggersi dalle variazioni del clima. Ricordo bene di aver ascoltato frasi del tipo «è meglio evitare l'uso di soprabiti nel mese di agosto», o «è un'ottima cosa portare gli anziani, nei mesi estivi, nei centri commerciali, perché vi sono eccellenti impianti di aria condizionata». E ancora, sono dei dottori, non gli

operatori turistici, che spesso ci dicono quale sia il posto migliore per trascorrere le nostre vacanze, e cosa fare o non fare durante le ferie stesse. I dottori sono il nuovo punto di riferimento per le attività ricreative, inclusi il sesso (soprattutto quello), le letture, l'attività fisica e il numero di ore da spendere guardando la televisione. Non è un paradosso affermare che perfino le nostre scelte politiche potrebbero essere influenzate, anche se in modo indiretto, dai dottori e dalla medicina. Questo è il tremendo e invincibile potere della nuova medicina, in fondo solo la logica e inevitabile conseguenza del fatto che è la conquista dell'individuo (e quindi dell'intera società, che è fatta in maggioranza di uomini e donne sani) il reale obiettivo della medicina preventiva. Mai nella storia dell'uomo la società è stata così passivamente dipendente dalla medicina, che oggi è sentita come una nuova filosofia (il salutismo), la vera ispiratrice degli obiettivi e dei comportamenti dell'uomo.

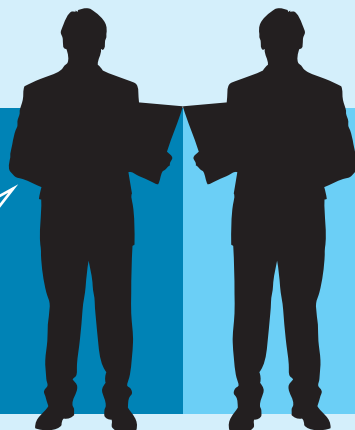
■ Un secondo aspetto riguarda i costi della nuova medicina. La medicina preventiva non può sostituire o rimpiazzare quella tradizionale, almeno nel breve periodo. Questo significa che ai già cospicui costi dei vari sistemi sanitari nazionali (tra il 5 e il 12% del prodotto interno lordo nei principali Paesi occidentali),⁶ si dovranno aggiungere i costi – altrettanto rilevanti – della prevenzione, con la remota promessa (e speranza) che ciò che si investe oggi nella prevenzione si possa risparmiare tra 20 o 30 anni grazie a una

ridotta morbosità. In termini economici la prevenzione potrebbe quindi tradursi in un guadagno, sebbene prove dirette di ciò siano ancora insufficienti, e i rapporti costo-efficacia di molti screening di massa siano stati varie volte oggetto di discussione.^{7,8} D'altro canto, si osserva con assoluta certezza il progressivo invecchiamento della popolazione, con il suo carico di malattie degenerative e neoplastiche, e con il conseguente (e inevitabile) incremento della spesa sanitaria; una situazione che è difficile immaginare come potenzialmente reversibile attraverso la medicina preventiva.

Sarà in grado il nostro sistema economico di sostenere il costo crescente di questa nuova medicina? Questa è una delle più importanti sfide che i sistemi sanitari nazionali dei Paesi più industrializzati si troveranno di fronte nell'immediato futuro.

Ma c'è un altro problema che la nuova medicina dovrebbe prendere in considerazione: il prezzo da pagare in termini di ansia, stress e, in certi casi, vera sofferenza associati al concetto e all'attuazione della prevenzione. Il continuo e reiterato timore di potersi ammalare rischia di generare uno stato di allarme generalizzato, un clima di apprensione che si traduce in ulteriori richieste al sistema sanitario, che potrebbe portare a un'inappropriata domanda di test diagnostici⁹ e indurre i cittadini a credere nell'esistenza di un diritto alla salute (a mio avviso un'affermazione priva di senso), invece che accettare il più realistico diritto a essere curato. Questo è un altro aspetto fondamentale della nuova medicina: invocare la salute più che la cura. Inoltre, creden-

«La nuova medicina ha il potere di condizionare quasi tutti gli aspetti della nostra vita sociale, un fenomeno che non si è mai verificato nella storia dell'uomo».



«Non si sa se la nuova medicina sia eticamente accettabile e neppure se sia sostenibile in termini economici».


DIBATTITO

do in modo passivo nella medicina e nei suoi innumerevoli rimedi, gli individui stanno perdendo la capacità di ascoltare il proprio corpo, cioè interpretare da soli e dare la giusta rilevanza a sintomi, segni e altri messaggi che ci giungono dal nostro organismo.

■ In conclusione, una nuova medicina si sta rapidamente sviluppando nel mondo occidentale. Questa nuova medicina è indirizzata ai soggetti sani più che ai malati, e per questa ragione tende a conquistare l'intera società. La nuova medicina ha il potere di influenzare e condizionare quasi tutti gli aspetti della nostra vita sociale, un fenomeno che non si è mai verificato nella storia dell'uomo. Questa nuova medicina promette un maggior livello di salute e benessere, ma presenta seri effetti collaterali, primo fra tutti il rischio di indurre uno stato generalizzato di aprensione, con il conseguente emergere di malattie tipiche dei nostri tempi, come ansia e panico. Ancora non sappiamo se

la nuova medicina sarà sostenibile in termini economici. Infine, su un piano puramente etico è giusto almeno chiedersi se sia accettabile che circa un terzo della popolazione mondiale combatta contro nemici impalpabili (cioè malattie e disturbi che potrebbero verificarsi ma non sono in atto), mentre in molti Paesi economicamente sottosviluppati uno o due miliardi di individui lottano e muoiono a causa di vecchi e nuovi nemici non ancora sconfitti, come la malaria, la tubercolosi, l'AIDS, la scarsa igiene e, ancora peggio, la malnutrizione.¹⁰

Maurizio Ponz de Leon

*Dipartimento di medicina
e specialità mediche - Medicina I
Università di Modena e Reggio Emilia
e-mail: deleon@unimore.it*

Bibliografia

1. Woolf SH. The power of prevention and what it requires. *JAMA* 2008; 299: 2437-39.
2. Hedley AA, Ogden CL, Johnson CL, Carroll MD, Curtin LR, Flegal KM. Prevalence of overweight and obesity among US children, adolescents, and adults, 1999-2002. *JAMA* 2004; 291: 2847-50.
3. Ogden CL, Carroll MD, Curtin LS, McDowell MA, Tabak CJ, Flegal KM. Prevalence of overweight and obesity in the United States, 1999-2004. *JAMA* 2006; 295: 1549-55.
4. Volpi R. *L'amara Medicina*. Milano, Mondadori, 2008.
5. Bensaid N. *Le illusioni della Medicina*. Venezia, Marsilio Editori, 1997.
6. Schroeder SA. Shattuck Lecture. We can do better – improving the health of the American people. *N Engl J Med* 2007; 357: 1221-28.
7. Hakama M, Hoff G, Kronborg O, Pahlman L. Screening for colorectal cancer. *Acta Oncol* 2005; 44: 425-39.
8. McArdle CS. Faecal occult blood testing for colorectal cancer. *Ann Oncol* 2002; 13: 35-9.
9. Frist WH. Shattuck Lecture: Health Care in the 21st century. *N Engl J Med* 2005; 352: 267-72.
10. Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Vander Hoorn S, Murray CJ; Comparative Risk Assessment Collaborating Group. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet* 2002; 360: 1347-60.

IL COMMENTO DEL DIRETTORE

Medicina dei sani o sperequazioni sociali?

Preventive medicine or inequal distribution?

Data la competenza dell'autore, e la sua intelligenza nel riconoscere alcuni aspetti preoccupanti della medicina moderna, il provocatorio intervento di Ponz de Leon è destinato a suscitare risposte di diverso tipo nella comunità epidemiologica italiana (se così non fosse, l'apatia dei nostri lettori sarebbe davvero preoccupante).

Io ho il privilegio di poter rilanciare "in diretta". Un primo commento, tutt'altro che originale, riguarda la difficoltà a intendersi sul significato del termine «prevenzione». Decenni (o secoli?) fa, ai tempi in cui il movimento dei lavoratori si esprimeva sulla salute della gente, si diceva che la prevenzione inizia con l'impiantistica. Era una affermazione settoriale e semplicistica, ma rivendicava l'importanza del con-

tributo di fattori extramedici alla salute della gente. Grattando la superficie dell'intervento di Ponz de Leon, si ritrova ora la denuncia dei pericoli di una "medicina dei sani", manovrata soltanto dagli addetti ai lavori (magari con la raccomandazione di non disturbare il manovratore). In questo senso, mi trovo d'accordo.

Trovo invece nell'intervento di Ponz de Leon omissioni che mi danno da pensare: questa discutibile medicina dei sani è una aberrazione mentale che viene dal nostro interno, oppure riflette interessi economici ben precisi, capaci di predisporre l'opinione pubblica a una visione distorta della propria salute? Non era il caso di ricordare che l'induzione di una falsa aspettativa nell'opinione pubblica

da parte dei messaggi televisivi – denunciata da Ponz de Leon – esprime una strategia interessata a vendere le proprietà di farmaci, coluttori orali, prodotti dietetici, alla stregua delle qualità di modelli di automobili o di aspirapolvere? E chi ne trae vantaggio? Non sarebbe il caso di approfondire gli interessi che ci sono dietro a ciò che viene denunciato?

Ponz de Leon non menziona nemmeno l'annoso argomento che accomuna, nei Paesi sviluppati, classe sociale e diritto alla salute. Uno dei risvolti di questo rapporto è il gradiente con cui si distribuisce la fruizione di alcune forme di prevenzione tra le classi sociali. Fanno notoriamente meno presa sui più poveri interventi preventivi a efficacia dimostrata, come le cam-


DIBATTITO

pagne antifumo e l'offerta di test diagnostici per il riconoscimento di una forma iniziale di cancro genitale o mammario (e tutto fa prevedere che ciò accadrà anche per la tanto sbandierata campagna di vaccinazione per l'HPV). Anche l'obesità da cattiva alimentazione è più frequente nei poveri che nei ricchi. Ma è giusto ignorare questo aspetto in una critica, in parte giustificata, alla nuova medicina?

Condivido invece le considerazioni finali di Ponz de Leon sulla sperequazione tra i privilegi dei cittadini dei Paesi industrializzati e le condizioni di vita dei cit-

tadini dei Paesi del terzo mondo. Mi hanno ricordato un passo di Renzo Tomatis, nel quale si affermava che uno dei principali motivi per prevenire il cancro è che – allo stato attuale – i Paesi poveri non hanno i soldi per curarlo (e Tomatis prevedeva che presto o tardi lo stesso sarebbe capitato nei Paesi ricchi). A livello mondiale, è all'ordine del giorno un doppio standard nel diritto alla salute. Ma questo doppio standard non inizia proprio dalle misure di "buona prevenzione"? Per esempio dal controllo del tabagismo, dal bando dell'amianto, dalla sa-

nitazione delle acque? Con buona pace dei dibattiti semantici sugli aggettivi che accompagnano il termine prevenzione (primaria, secondaria eccetera), forse questo argomento potrebbe aiutare l'epidemiologia italiana ad avere una visione meno provinciale delle proprie potenzialità. Grazie Maurizio, a nome della rivista e degli epidemiologi italiani, per avere gettato il classico "sasso nello stagno" che ci aiuterà a mettere in discussione il pensiero convenzionale e ci indurrà a riflettere.

Benedetto Terracini

NEWS

■ A Padova si fa il punto sul Fondo per le vittime dell'amianto

Lo scorso 10 aprile si è svolto a Padova il Convegno «Fondo per le vittime dell'amianto: opportunità, necessità e prospettive» durante il quale sono stati discussi i dati di incidenza e prevalenza dei tumori da amianto in Italia, che fanno contare attualmente circa 1.200 casi di mesotelioma, ai quali si somma un ugual numero di malati di tumore del polmone a causa di pregresse esposizioni lavorative all'asbesto.

Altra importante questione affrontata durante il convegno è stata quella riguardante il sistema di risarcimento assicurativo, che in Italia risulta estremamente carente rispetto agli altri Paesi della Comunità europea: il sistema italiano risarcisce esclusivamente i lavoratori esposti ad amianto colpiti da mesotelioma (e non da altre malattie correlate all'asbesto), lasciando senza alcuna forma di sostegno sia coloro che si ammalano di mesotelioma per esposizioni non lavorative, sia coloro che sono stati colpiti da mesotelioma a causa di un'attività produttiva cessata però da un lungo periodo.

Durante il convegno ha rivestito particolare importanza anche il dibattito sull'applicazione in Italia di un Fondo per le vittime d'amianto (vedi anche *Epidemiol Prev* 2008; 32(3): 128-132). Un Fondo con queste finalità è già attivo in Francia dal 2002 con lo scopo di risarcire le diverse malattie da amianto (mesoteliomi, tumore del polmone, asbestosi, placche pleuriche) con una procedura, di durata massima di 6 mesi, che stabilisce il risarcimento in base all'età della

persona colpita e alla gravità della malattia. Al congresso di Padova è stata organizzata su questo argomento un'ampia tavola rotonda che ha permesso di dare voce ai circa 300 partecipanti al congresso, tra cui rappresentanti di istituzioni di ricerca, operatori del Servizio sanitario nazionale, giuristi e cittadini esposti ad amianto, che hanno espresso all'unanimità la richiesta di approvare in tempi brevi il regolamento del Fondo «Vittime dell'amianto» previsto dalla legge 24 del dicembre 2007, approvazione che sarebbe dovuta arrivare già un anno fa. È stata inoltre messa in discussione l'inadeguatezza della dotazione del Fondo e sottolineata la necessità che, oltre allo Stato, contribuiscano al Fondo anche le aziende. Infine, i partecipanti al convegno hanno rimarcato l'importanza di ampliare l'ambito d'intervento del Fondo, rendendolo completamente indipendente dai criteri utilizzati dall'Istituto assicuratore per le malattie professionali e includendo non solo coloro che sono stati colpiti da un mesotelioma, ma anche tutte le persone che hanno contratto altre malattie correlate all'asbesto o che si ammalano per esposizioni non professionali, variando il risarcimento a seconda della gravità della malattia e dando la priorità ai soggetti, o loro eredi, affetti da malattie come il mesotelioma o i tumori polmonari correlati all'amianto.

■ Procedimenti giudiziari in tema di effetti dell'amianto sulla salute

Sul sito web del Centro regionale per l'amianto di Casale Monferrato (<http://www.asl.it/Sezione.jsp?idSezione=245>) è stata avviata una **newsletter mensile di informazione giuridica** in tema di effetti dell'amianto sulla salute. L'obiettivo è quello di fornire al lettore un aggiornamento sull'evoluzione dei principali procedimenti penali e civili pendenti e sulle novità normative di maggior rilievo. La newsletter è rivolta agli operatori dei settori giuridico, sindacale, medico, epidemiologico, nonché a tutti i potenziali interessati; a tal fine è corredata di brevi spiegazioni degli istituti giuridici che risultano di volta in volta rilevanti.

L'iniziativa si inserisce nell'ambito del progetto «Monitoraggio di procedimenti giudiziari in tema di effetti dell'amianto sulla salute e creazione di una banca dati», avviato nel 2009 e curato da Stefano Zirulia, borsista di ricerca del Centro amianto di Casale Monferrato, grazie ai fondi dall'ASL di Alessandria.

Errata corrige

Nel CD allegato al supplemento «Ambiente e salute nelle aree a rischio della Sardegna» (*Epidemiol Prev* 2006; 30(1) suppl 1: 1-96), alcuni dati relativi al Comune di Sarroch (CA) sono errati. I dati corretti sono disponibili nella pagina dedicata a tale supplemento sul sito www.epiprev.it.