


DIBATTITO

Alcune riflessioni sul potere della medicina

Thinking about the power of modern medicine

Dopo aver pubblicato sullo scorso numero della rivista le riflessioni di Maurizio Ponz de Leon sul potere della medicina preventiva e il relativo commento del nostro Direttore, sono giunte in redazione alcune considerazioni di esperti che guardano al mondo dell'epidemiologia e della medicina da punti di vista molto diversi fra loro. La pubblicazione di questi scritti costituisce un ulteriore invito a riflettere sul vero ruolo che la prevenzione riveste nel mondo di oggi e sulle ripercussioni che può avere sulla vita e sulle scelte dei cittadini, sani o malati che siano.

I testi riportati di seguito sono già disponibili anche sul sito della rivista (www.epiprev.it) dove ognuno può lasciare un commento per permettere un più immediato e spontaneo scambio di opinioni in merito.

Il convitato di pietra

Nelle sue considerazioni sull'invasione della medicina preventiva, Maurizio Ponz de Leon non si riferiva ai grandi successi igienistici dell'inizio del secolo scorso nel campo della salubrità delle abitazioni e delle città, della sicurezza dell'acqua da bere, né alla prevenzione impiantistica nei luoghi di lavoro o alle leggi di tutela della salute dei lavoratori. Si riferiva all'ingerenza delle attività preventive nella professione medica, nel rapporto del medico con i suoi assistiti. Condivido questo sentire. Ho appena compiuto 65 anni e ho colto l'occasione per consultare qualche statistica sulla popolazione anziana. Ho scoperto con un certo sgomento che alla mia età il 65% degli italiani assume quotidianamente uno o più farmaci, e che gran parte di questi farmaci sono per la prevenzione. Per prevenire le complicanze dell'ipertensione, delle dislipidemie, dell'intolleranza al glucosio, dell'obesità, della sindrome metabolica, dell'osteoporosi, della caduta degli estrogeni in menopausa, dello stato infiammatorio cronico, di un'eccessiva aggregazione piastrinica – tutte condizioni ampiamente prevenibili attraverso il comportamento individuale nei confronti del cibo e dell'esercizio fisico. Questi trattamenti farmacologici sono piuttosto efficaci nel normalizzare tali fattori di rischio, tutto sommato con effetti collaterali nocivi relativamente modesti, ma più efficace, e certamente meno costoso per il sistema sanitario e senza effetti collaterali avversi, sarebbe non sviluppare affatto questi fattori di rischio. E' discutibile se sia compito dei medici infor-

mare la popolazione degli studi che dimostrano la prevedibilità di queste condizioni (anche perché i medici non sono necessariamente informati e questi aspetti non fanno parte del loro curriculum formativo). E poi, perché mai far penare tanto la gente e creare ansia e magari sgradevoli sensi di inadeguatezza, quando basta una pillola, due pillole, tre o quattro pillole? Farla vivere da malati, rinunciare alla meravigliosa varietà di cibi postmoderni che ci offrono gli ipermercati, non approfittare delle tecnologie che ci permettono una vita totalmente sedentaria, quando una pillola ci darebbe l'illusione di vivere da sani?

Il mercato della prevenzione (e il PIL) è tanto maggiore quanto meno prevenzione si fa.

Io mi sono impegnato per anni perché le istituzioni sanitarie si occupassero di prevenzione (primaria), ma col senno di poi, e con la lettura dell'articolo di Maurizio Ponz de Leon, mi viene da pensare che, effettivamente, forse sarebbe meglio che i medici facessero i medici (probabilmente farebbero meno danno) e lasciassero ai cittadini informati la responsabilità di scegliere consapevolmente i loro fattori di rischio, e di condizionare le scelte politiche su questi fattori. Qualunque dovrà essere il loro ruolo, comunque, è auspicabile che anche i medici siano informati e che informino, a scopo preventivo, sugli effetti collaterali dei farmaci che prescrivono.

In queste questioni c'è un convitato di pietra,

l'industria. Non solo quella del farmaco, direttamente interessata a promuovere i farmaci per la prevenzione, ma anche quella del tabacco e l'industria agroalimentare, peraltro sempre più coincidenti, interessate a fare in modo che le indicazioni a favore di stili di vita preventivi perdano credibilità. Tradizionalmente l'industria del tabacco ha lavorato per sponsorizzare ricerche alternative e per pubblicizzare ogni informazione che potesse testimoniare l'esistenza di pareri scientifici contrastanti sui danni da fumo. L'industria alimentare sta percorrendo la stessa strada promuovendo pareri esperti e dando grande rilievo a valutazioni contrarie a quelle indipendenti. Recentemente hanno dato una mano all'industria alimentare tre epidemiologi di grosso peso dell'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro, che si sono impegnati a ridicolizzare la revisione sistematica della letteratura su dieta e cancro promossa dal Fondo mondiale per la ricerca sul cancro (WCRF, www.dietandcancerreport.org) che concludeva raccomandando di limitare il consumo di carni rosse e di evitare quelle conservate.

Il cittadino non può avere la competenza per decidere chi degli esperti abbia ragione e chi torto su questo o quel fattore di rischio, ma può fare

«Il mercato della prevenzione (e il PIL) è tanto maggiore quanto meno prevenzione si fa».




DIBATTITO

molto di più: può, se vuole, rispettare il pianeta, può ascoltarsi, come raccomanda Maurizio Ponz de Leon, anche per capire cosa fa bene e cosa fa male. Sarà sempre possibile che si ammali per il puro gioco del caso, per la coincidenza di catene causali indipendenti (come il medico Du Roi che muore per trauma cranico mentre va a visitare a domicilio il suo paziente Du Pont perché all'idraulico Du Bois che stava riparando la grondaia cade il martello, cito a memoria da Jacques Monod), ma il caso ha a che fare con la probabilità degli eventi e ciascuno può scegliere fra probabilità più alte o più basse.

Certamente è un po' svilente per un medico che ha studiato tanto perdere tempo per informare il paziente che ci sono centri che aiutano a smettere di fumare, che riducendo carni rosse e formaggi si riduce il colesterolo, che l'attività fisica previene l'ipertensione e l'osteoporosi, che ci sono alimenti ad alto indice glicemico

la medicina, come modo del potere, è «abilitata a dettare statuti, tracciare limiti, codificare eventi, attribuire significati». Partendo da questo assunto, si possono individuare due linee evolutive in corso: la prima consiste nel fatto che l'iniziativa degli interventi sanitari viene assunta sempre meno dai diretti interessati, pazienti o cittadini che siano, e sempre più dai professionisti della salute. Il potere di iniziativa, che sin dall'antichità era addirittura interdetto ai medici (*medicus non accedat nisi vocatur*), evidentemente per evitare un eccesso di autoreferenzialità, è oggi ormai quasi totalmente concentrato nelle mani di chi, grazie alla tecnologia, è in grado non solo di definire chi è malato, ma anche di prevedere chi, con una certa probabilità, lo sarà.

Per millenni è stato il diretto interessato a chiamare il medico e a chiedergli: «aiutami con la tua scienza per

termini di salute di questo approccio può e deve essere stabilita caso per caso, sulla base del rapporto tra vantaggi e svantaggi, ed è accertata per un numero limitato di interventi, dubbia per altri e completamente sconosciuta per la maggioranza. Ma a prescindere da questo, resta il fatto che l'appropriazione della facoltà di iniziativa altera un millenario equilibrio di potere, con effetti profondi a livello sociale e biopolitico che non sono ancora stati compiutamente analizzati, compresi e discussi collettivamente. Ed è precisamente su questi aspetti che vuol richiamare l'attenzione Ponz de Leon. Sarebbe infatti necessario elaborare un nuovo "contratto sociale" tra medicina e società per tenere in debito conto tutte le implicazioni positive e negative di questa evoluzione. La cui portata appare ancora più rilevante alla luce della seconda linea

evolutiva, che consiste nella trasformazione della medicina in un'attività industriale. Quella che è stata per secoli una professione, cioè un'attività artigianale esercitata sulla base di un codice deontologico, è oggi nei Paesi ricchi uno dei settori trainanti dell'economia, consistente nella produzione su scala industriale di beni e servizi (non solo di farmaci e di *device*, ma di una miriade di prodotti e di attività, compresa l'assistenza ospedaliera) e responsabile di una quota consistente del PIL, grazie a una crescita che non conosce recessione. Questa 'industria della salute' ha ovviamente interesse a reclutare clienti, coinvolgendo anche i sani, e utilizza sempre più efficacemente gli strumenti del marketing.

Il saldarsi tra l'appropriazione del potere di iniziativa da parte dei medici e la nuova natura industriale della medicina crea a mio avviso una situazione di potenziale grave pericolo non solo per la sostenibilità dei sistemi sanitari, ma per il benessere stesso della popolazione, ben esemplificato dal fenomeno estremo ma paradigmatico del *disease mongering*, ormai ampiamente documentato nella letteratura scientifica e nella stampa divulgativa.

Non a caso la percezione di una possibile catastrofe sanitaria imminente ha

«Il saldarsi tra l'appropriazione del potere di iniziativa da parte dei medici e la nuova natura industriale della medicina crea, a mio avviso, una situazione di potenziale grave pericolo».



mico che favoriscono lo sviluppo del diabete, che la sindrome metabolica si previene (e si fa regredire) con la dieta mediterranea, che il riso integrale riduce lo stato infiammatorio mentre i prodotti animali (eccetto il pesce) lo favoriscono.

Franco Berrino
Istituto Nazionale Tumori, Milano

Rischio pharmageddon

Il nocciolo delle questioni poste da Maurizio Ponz de Leon, e giustamente rilanciate da Benedetto Terracini col richiamo agli interessi economici retrostanti e al ruolo delle sperequazioni sociali su scala nazionale e globale, sta a mio avviso nel modo in cui il potere della medicina sta cambiando negli ultimi decenni. Giulio Maccacaro, fondatore di questa rivista, scriveva quasi quarant'anni fa che

ché sto male e ne ho bisogno». Oggi sempre più spesso avviene il contrario, e il paziente apprende di essere malato, o almeno bisognoso di interventi medici, assai prima di soffrire qualsiasi disturbo. Si badi bene che l'inversione del potere di iniziativa non riguarda solo il settore, in continua espansione, della cosiddetta prevenzione su cui si sofferma in particolare Ponz de Leon, ma tutto l'ambito della medicina contemporanea. Anche quando si tratta di una persona già classificata come malata, perché ha avuto un infarto o un tumore, sono infatti i medici a decidere (sulla base di un'ecografia, di una TC o di un marcatore nel sangue) quando è il caso di intervenire, per esempio contro uno scompenso o una recidiva neoplastica, ben prima che il diretto interessato abbia qualunque nuovo disturbo. L'utilità in

 **DIBATTITO**

preso forma con il concetto di *pharmageddon*, coniato da un gruppo di intellettuali anglosassoni per denunciare «la prospettiva di un mondo in cui i farmaci, gli interventi della medicina in generale e la ricerca medica producono più danni che benefici», con l'intento anche di richiamare l'attenzione sul fatto che l'abuso iatrogeno nei Paesi ricchi e l'omissione di intervento in quelli poveri sono due facce della stessa medaglia, cioè a mio avviso delle due linee evolutive sopra richiamate.

Roberto Satolli
Agenzia Zadig, Milano

Niente di nuovo sotto il sole

Ponz de Leon ritiene che il potere della medicina abbia raggiunto livelli mai conosciuti nel passato mediante il trasferimento del proprio interesse dal malato al soggetto sano per la conservazione del suo stato di salute. Le osservazioni di Ponz sono puntuali e puntualmente sostenute.

Le campagne di prevenzione del rischio (obesità, diabete, malattie cardiovascolari) si rivolgono ai soggetti sani suggerendo comportamenti igienici e dietetici che teoricamente, sulla scorta di dati epidemiologici di natura statistica, potrebbero 'significativamente' porli al riparo dall'eventuale malattia prevista a futura memoria.

Non vi è dubbio che molto sia cambiato nell'atteggiamento del malato e del sano verso la medicina: Ponz de Leon ricorda, giustamente, come sia sempre più frequente vedere soggetti sani che effettuano controlli per valutare l'esistenza o meno di prodromi di malattia. Non vedo perché questo debba meravigliare. Il miglioramento oggettivo delle condizioni di vita ha ridotto l'insorgenza di alcune malattie: da raffreddamento, per esempio, nei periodi invernali (visto che le case sono riscaldate). Non penso che credere che una buona dieta possa aiutare a conservare lo stato di salute o che possa contribuire a ridurre il rischio di malattia fornisca alcun potere aggiuntivo alla medi-

cina. È il potere che ha sempre avuto. È piuttosto la diffusione capillare dell'informazione che porta alla modifica diffusa dei comportamenti. L'esistenza di internet e della continua diffusione di informazioni sanitarie – tramite i più comuni mezzi di informazione che hanno raggiunto quasi ogni plaga del mondo occidentalizzato – hanno contribuito ad accentuare l'ovvio: la ricerca del mantenimento dello stato di benessere tramite comportamenti ritenuti alla propria ragionevole portata. E' il normale principio di precauzione del senso comune che dovrebbe ispirare anche il comportamento e i consigli del medico.

Se grazie a Jenner si è diffusa la pratica della vaccinazione nei tempi delle malattie, oggi grazie a ricerche che evidenziano situazioni di rischio si tende a evitare o allontanare il rischio vero o presunto. E in questo non mi pare di osservare situazioni di stress.

Certo, i 'consigli' si ripercuotono sul mercato del cibo, delle vacanze. Ma non solo, anche in quello dei vaccini. Come noto la spesa per questi prodotti è cresciuta esponenzialmente in questi ultimi anni, come anche la spesa per inibitori di pompa e per le statine, tutti operanti nell'effetto «allontaniamo il rischio». Per i cattivi consigli spesso interviene il Garante, per i consigli interessati di certi medici spesso interviene l'Ordine dei medici sul controllo dell'informazione (pubblicità) sanitaria. Oltre è difficile andare.

In altre parti del globo si muore per malattie da noi debellate (malaria, lebbra, tubercolosi, vaiolo) o si diventa ciechi per tracoma. L'AIDS è ora una malattia cronica a casa nostra, mortale in certi Paesi. La risposta a queste disuguaglianze non può venire da una politica glo-

bale che le affronti. I problemi sono molteplici e sfuggono al potere della medicina. Questa ha soltanto dimostrato che certe malattie sono controllabili e tanti medici lasciano i nostri climi per raggiungere parti del globo dove la loro opera è necessaria. Risposte individuali di grande afflato che meritano ogni riconoscimento.

Non credo che in quest'epoca il potere della medicina – se vi è un potere della medicina – sia così diverso da quelle che l'hanno preceduta.

Giancarlo Pizzi
*Presidente Ordine dei medici chirurghi
 e odontoiatri Provincia di Bologna*

Equilibrio cercasi

In un convegno sulla medicina di base, svoltosi a Firenze ormai circa trenta anni or sono, Julian Tudor Hart, General Practitioner dell'NHS inglese – autore di molti testi e articoli scientifici sulle funzioni del medico e della medicina e sullo sviluppo dei servizi sanitari – affermò che, per tutelare la salute dei propri assistiti, il medico di base, fra le altre cose, doveva consigliare di non fumare, fare eseguire il pap test per il tumore cervicale, controllare la pressione arteriosa.

Aveva in mente e trasmetteva due idee forti (al di là delle specifiche indicazioni): che il compito del medico è anche quello di prevenire le malattie, oltre che di curarle, e che vi sono alcuni interventi efficaci per ridurre il rischio di ammalarsi. Si trattava di un forte cambiamento del paradigma del ruolo del medico e della medicina.

Questo diverso paradigma si è via via affermato e, come dice Ponz de Leon, «si sta assistendo a un'importante trasformazione della medicina a seguito del grande sviluppo della medicina preven-



«Non credo che in quest'epoca il potere della medicina – se vi è un potere della medicina – sia così diverso da quello che ha esercitato nelle epoche precedenti».


DIBATTITO

«Prima di far sì che un gruppo di soggetti da 'sano' venga definito 'malato', ci si deve assicurare che il passaggio comporti per i singoli e per la collettività un vantaggio anziché un danno».



tiva in tutto il mondo occidentale».

Dobbiamo ripensare al ruolo della medicina nella società di oggi? Dobbiamo abbandonare il paradigma della prevenzione o ripensarlo?

Oggi le conoscenze sui fattori di rischio di molte patologie si sono accresciute e di conseguenza le indicazioni su come comportarsi e che provvedimenti prendere per mantenere al meglio lo stato di salute si sono moltiplicate (non ingrassare, non fumare, fare esercizio fisico, evitare alcuni alimenti, consumarne altri, ridurre il tasso di colesterolo, aderire agli screening eccetera) al punto che l'offerta attiva di alcuni interventi e i messaggi sui comportamenti sembrano configurarsi, come sottolinea il testo di Ponz de Leon, come una vera e propria intrusione nella vita degli individui e della collettività.

Ponz de Leon scrive preoccupato che questa nuova medicina ha «il potere di condizionare quasi tutti gli aspetti della nostra vita sociale» senza una chiara cognizione se sia «eticamente accettabile ed economicamente sostenibile». E si chiede: «Quali prezzi, oltre a quelli economici, si devono tenere presenti in termini di ansia, stress e sofferenze associate al concetto di prevenzione?».

Capisco le sue preoccupazioni: che beneficio si avrà da questa forte medicalizzazione e da un interventismo medico che, talvolta, va molto oltre le certezze di cosa sia davvero utile?

Ma dobbiamo anche chiederci se questa 'intrusione' trovi un qualche riscontro po-

sitivo in termini di anni di vita guadagnati e di qualità della vita, di sofferenze risparmiate, di sensazione di protezione. Appare, cioè, giustificata quest'intrusione? Sempre, solo talvolta, o mai?

Le singole proposte, i singoli interventi possono e debbono essere valutati quanto a efficacia e beneficalità: prima di tutto si tratta di valutare se gli interventi sono davvero efficaci nel raggiungere l'obiettivo di salute individuato e poi, per gli interventi di provata efficacia, se siano anche benefici alla luce dei possibili effetti, nocivi, sia fisici sia psicologici (2009 updated method guidelines for systematic reviews in the Cochrane Back Review Group. *Spine* 2009;34(18):1929-41).

Per esempio: gli studi ERSPC e PLCO, due lavori pubblicati recentemente sull'efficacia dello screening con il PSA per la diagnosi precoce del tumore della prostata, pur con alcune differenze, fanno pensare che lo screening con il PSA possa produrre una qualche (lieve) riduzione della mortalità per questo tumore; tuttavia, gli effetti negativi (complicazioni a seguito degli interventi terapeutici che conseguono alla diagnosi di tumore) appaiono troppo importanti e tali da sconsigliare l'effettuazione del PSA alla popolazione sana.

Ciascun singolo intervento deve passare questo vaglio prima di potere essere proposto alla collettività degli individui; cioè prima di fare sì che un sottogruppo di questi soggetti da 'sano' diventi 'malato', si deve essere sicuri che tale passaggio comporti per le singole persone, e per l'intera collettività, una maggiore

probabilità di avere un vantaggio, rispetto alla probabilità di ricavarne, invece, un danno. E non sempre al beneficio per alcuni individui corrisponde un beneficio per l'intera collettività.

Credo che sia imprescindibile tenere ben separati l'ambito della ricerca da quello dell'operatività e dell'offerta dei servizi sanitari. La ricerca, sia epidemiologica e soprattutto biologica sui predittori di malattia e lo studio di nuove tecnologie diagnostiche è un terreno che si sta sviluppando enormemente sulla spinta sia della libera speculazione scientifica, ma anche di interessi economici. L'altro ambito, quello dell'offerta dei servizi e dei programmi di prevenzione – che un sistema sanitario può e deve offrire alla popolazione – deve essere ragionevolmente ristretto a quegli interventi che siano passati al vaglio della valutazione di efficacia e beneficalità.

Ma, se uno per uno i diversi interventi possono essere valutati in termini di efficacia, di costi, di possibili benefici e di possibili danni (con tutte le difficoltà che fare ciò comporta e con le conseguenti incertezze associate a tale tipo di valutazione), quale potrà essere l'impatto sulla salute degli individui e della collettività di un insieme sempre più largo di proposte e di offerte sanitarie è, invece, un quesito aperto. Si dovrà cercare un punto di equilibrio, tra conoscere e comunicare, tra conoscere e agire.

Trovare questo punto di equilibrio sia in termini di guadagno di salute per gli individui e per la collettività, sia in termini di sostenibilità economica, sia nei termini dell'eticità di interventi invasivi fisicamente e psicologicamente, è un obiettivo ambizioso, un difficile cammino da percorrere, una sfida dell'attuale sistema sanitario e dell'agire medico.

Adele Seniori Costantini
Presidente AIE