

DOVREBBE LA "MISSIONE" DELLA PEDIATRIA INCLUDERE L'ERADICAZIONE DELLA POVERTÀ?

Nel 1980, in Gran Bretagna, fu stilato un fondamentale rapporto (*Black Report*) relativo alle ricadute della disegualianza sociale sulla salute degli individui e della collettività, che evidenziava come una politica di prevenzione fosse auspicabile e possibile a partire dal primo anno di vita. Un recente articolo¹ che commenta quel rapporto, rispetto a un'analoga versione pubblicata nel 1998², sottolinea come le due principali indicazioni del *Black Report*, per una politica basata sulla redistribuzione del reddito e per lo sviluppo di una politica di opportunità educative e di lavoro, siano state fortemente disattese dai governi conservatori che si sono succeduti nel Regno Unito. Nello stesso articolo, prendendo in esame la nuova versione del Rapporto, si sottolinea come questa, ispirata dal Governo laburista, si traduca in ben 39 raccomandazioni che, secondo gli Autori, per la loro genericità, per la mancata definizione delle priorità e dei costi rischiano di divenire una "lista della spesa" piuttosto che un piano organico per combattere le diverse dimensioni della disegualianza. La questione del rapporto tra conoscenze acquisite nel campo del disagio e politiche sociali non è certo questione peculiare del mondo anglosassone; qual è la situazione nel nostro Paese?

Negli ultimi anni vi è stata una ricca attività legislativa e di indirizzo nel campo dell'infanzia*, nonché la stesura dei primi due rapporti sulla condizione dell'infanzia e adolescenza in Italia**. Si tratta di novità importanti nel panorama legislativo e politico italiano, anche se si sono manifestate significative difficoltà a coordinare gli impegni assunti nel Piano di azione del governo per l'infanzia e l'adolescenza e a trasferirli nella prassi quotidiana dei servizi e, più in particolare, un'insufficiente partecipazione del mondo pediatrico allo sviluppo di politiche tese alla rottura del rapporto tra disagio e (cattiva) salute. Questa mancata partecipazione è da attribuirsi a una serie di problemi che rendono restii (termine eufemistico) i pediatri a uscire dal loro orizzonte "clinico" per occuparsi di politica della salute.

Una prima questione, di ordine generale, è stata recentemente affrontata in un interessante dibattito tra epidemiologi, in cui il tema è efficacemente sintetizzato nel titolo (provocatoriamente interrogativo) di un articolo di KJ Rothman³, comparso su *Lancet*: «Should the mission of epidemiology include the eradication of poverty?».

In quel dibattito tra epidemiologi le principali accuse che Pearce⁴ rivolge a ciò che egli definisce la "moderna epidemiologia", sono sintetizzabili nel fatto che gli epidemiologi:

- hanno focalizzato il proprio interesse sui fattori di rischio individuali, evitando di interessarsi di quelli sociali. Questo signifi-

ca, sul piano degli obiettivi, incentrare il proprio interesse più sul cambiamento dei comportamenti che sulla modifica degli assetti sociali;

- hanno una responsabilità che va oltre lo studio delle catene causali tra fattori di rischio (dal fumo di tabacco alla povertà) e malattia, ma questo significa schierarsi, fare politica. È possibile fare gli scienziati senza occuparsi dell'utilizzo delle scoperte?

È evidente che queste considerazioni non riguardano solo gli epidemiologi ma, per la trasversalità dell'epidemiologia, riguardano più in generale il rapporto tra medicina e sanità pubblica e, nello specifico, per quanto ci riguarda, quello tra pediatria e sanità pubblica.

Le affermazioni di Pearce contengono elementi di verità ma, come spesso accade, rischiano, se letti in modo schematico, di generare un'eccessiva semplificazione del problema.

È sicuramente vero che la ricerca attuale sembra maggiormente orientata sulle caratteristiche individuali piuttosto che sulle tematiche sociali, forse in assonanza a tesi quale quella esposta da Margaret Thatcher secondo cui: «Non esiste la società, ci sono solo famiglie e individui». Si prenda, ad esempio, il tema della nutrizione. Nel dibattito scientifico della pediatria italiana sembra essere assente qualsiasi riferimento al rapporto tra disegualianze sociali e nutrizione. L'evidenza che l'abbandono dell'allattamento al seno, così come bassi livelli di assunzione di vegetali e frutta (con il conseguente deficit di nutrienti essenziali come calcio, ferro, magnesio, folati e vitamina C) presentino tassi maggiori nelle popolazioni più povere⁵, sembra, per gli studiosi italiani, questione secondaria. Si preferisce parlare di "stili di vita", il che significa che, invece di affrontare il tema della povertà, si analizzano i comportamenti errati dei singoli soggetti. Se l'analisi statistica dimostrasse poi un'associazione significativa tra errati comportamenti e indicatori sociali (eventualmente introdotti nell'analisi), si potrebbe interpretare il risultato affermando che i poveri hanno una predisposizione (genetica?) a scegliere spontaneamente stili di vita più rischiosi (un buon soggetto per le vignette del grande Altan). Questa scelta rivolta unicamente allo studio dei comportamenti individuali può avere, come sottolinea Pearce, effetti sulla metodologia della ricerca in quanto, ad esempio, lo studio clinico randomizzato può risultare inadeguato in ricerche che richiedono una considerazione del contesto storico e sociale. Il pericolo risiede nel fatto che, nel tentativo di eliminare l'influenza di tutte le altre cause di una patologia, ovvero di controllare il confondimento, si rischia di trascurare l'essenziale contesto storico e sociale così come le molteplici influenze protettive che possono costituire la vera causalità. Quello che, a mio avviso, rischia di essere posto in secondo piano nel ragionamento di Pearce è la questione dei fattori protettivi. I fattori protettivi possono essere di ordine sociale (o di popolazione, se si preferisce) o individuali, si possono cioè osservare elementi di protezione che caratterizzano popolazioni socialmente svantaggiate o individui di popolazioni svantaggiate. Per tornare all'esempio della nutrizione credo sia lecito chiedersi se, nelle popolazioni del Sud d'Italia, la condizione di povertà sia sinonimo di un basso introito di vegetali e frutta, così come accade nel mondo anglosassone. Il diverso costo della materia prima potrebbe indurre un maggiore consumo di tali alimenti nella nostra popolazione meridionale e quindi correggere (almeno in parte) le deficienze prima descritte. Ma, anche se i prodotti costano meno, si potrebbe osservare comunque una non corretta alimentazione per l'esistenza di fattori culturali che vedono le

* Piano di azione del Governo per l'infanzia e l'adolescenza; Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza (L. 285/97); Istituzione della Commissione parlamentare per l'infanzia e dell'Osservatorio nazionale per l'infanzia (L. 451/97), alle Norme contro lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia, del turismo sessuale in danno dei minori, quali nuove forme di riduzione in schiavitù (L269/98); Documento della Commissione Nazionale per il coordinamento degli interventi in materia di maltrattamenti, abusi e sfruttamento sessuale dei minori (1998); Progetto Città sostenibili delle bambine e dei bambini da parte del Ministero dell'Ambiente

** Diritto di Crescere e Disagio (Rapporto 1996): un volto o una maschera. I percorsi di costruzione dell'identità (Rapporto 1997)

I testi delle leggi e dei rapporti sono disponibili sul sito del Centro di Documentazione a Analisi sull'Infanzia e Adolescenza: WWW.minori.it

popolazioni povere soggette al mito di un'alimentazione "più ricca", fatta di carboidrati e grassi. L'uso continuo del condizionale in queste asserzioni deriva dal fatto che, per quanto ne so, gli stessi ricercatori interessati a sviluppare (in modo emerito) la ricerca sul ruolo degli antiossidanti sono poco interessati a studiare il comportamento delle popolazioni.

È a questo punto che si innesta il secondo tema sollevato da Pearce relativo al rapporto dello studio delle catene causali e il "far politica"; un problema affrontato in una lucida analisi da Rodolfo Saracci, che titola assai efficacemente il proprio contributo "La neutralità della scienza: un mito irriducibile"⁶. Cercando di riassumere, in modo del tutto grossolano (e me ne scuso), il pensiero di Saracci, si possono individuare alcuni passi fondamentali (per l'argomento che affrontiamo):

□ se è vero che in ambito scientifico ci si basa sull'osservazione indiretta (attraverso strumenti, in specifiche condizioni di osservazione) di fenomeni, è ancor più vero che «l'insieme di connessioni tra osservazioni di cui è formato anche il più semplice discorso scientifico, che ingloba necessariamente teoria, assunzioni e osservazioni, è di natura indiretta»⁵;

□ le connessioni, di natura indiretta, sono quindi oggetto di giudizi soggettivi del singolo ricercatore e influenzati dal contesto sociale in cui opera. L'obiettività è quindi possibile solo a un livello collettivo «in forma di nozioni accettate come intersoggettivamente valide dopo ripetuti controlli in condizioni esplicitamente dichiarate». Ciò che il ricercatore può fare è di essere imparziale, cioè di tenere conto di tutte le ipotesi, delle assunzioni implicite ed esplicite, dei metodi e dei dati;

□ l'obiettività e l'imparzialità non possono essere confuse con la neutralità, che implica «l'equidistanza o indifferenza rispetto alle scelte etiche e politiche». Secondo Saracci, allorché un ricercatore si trovi a passare dalla valutazione imparziale dei rischi (legati all'ambiente di lavoro nel contesto da lui considerato) alle implicazioni pratiche, il suo ruolo sociale dovrebbe essere la protezione della salute, «adottando un principio di prudenza, secondo cui ogni dubbio sussistente nella valutazione del rischio dovrebbe essere risolto prioritariamente a beneficio delle persone esposte al rischio».

Credo che il ritardo registrato, nella realtà italiana, nell'affrontare il tema delle disuguaglianze sociali nasca dalla convinzione che occuparsi di disuguaglianze sia sinonimo dello schierarsi (a sinistra?). Il ricercatore che aderisce al mito della neutralità è convinto che, una volta controllata la correttezza della ricerca (nel senso di non dipendere direttamente da interessi economici espliciti), il proprio studio sia obiettivo, e quindi i risultati dello stesso neutrali. La questione è più complessa, in quanto esiste, come afferma Saracci, «un livello ulteriore, meno immediatamente percepibile, in cui profitto e redditività distorcono l'attività scientifica, in apparenza correttamente indirizzata». Si pensi alla disponibilità di risorse messe a disposizione dalle multinazionali farmaceutiche per studi rigorosi su nuove molecole e alla mancanza quasi assoluta di fondi destinati alla ricerca nel campo della prevenzione non farmacologica. In questo intreccio, cui Giulio Maccacaro destinava una collana scientifica intitolata "Medicina e capitale", vi è poi il problema dell'applicazione dei risultati. A tutti noi è capitato di vederci presentare il vaccino contro l'epatite A; il fatto che, visti i costi, lo stesso non sarà a disposizione di chi ne ha bisogno (le popolazioni dei Paesi poveri) è un dato che chiarisce in modo evidente il rapporto tra ricerca scientifica rigorosa e presunta neutralità.

Se questo è il profilo del ricercatore, che in buona fede aderisce al mito della neutralità, più sospetti appaiono altre scelte che vanno diffondendosi secondo lo schema della modifica dei comportamenti individuali. È sicuramente più semplice diffondere eleganti opuscoli sulla prevenzione degli avvelenamenti, in cui si raccomanda alle madri di tenere la sostanza X in luoghi che i bambini non possono raggiungere, piuttosto che prendere posizione sulla necessità di dispositivi di sicurezza sulle sostanze caustiche, o cercare di capire quale politica adottare a fronte dell'associazione tra recidiva di incidenti e classe sociale svantaggiata. È sicuramente più semplice stendere patinate "guide all'utenza" che misurarsi con la realtà che le classi svantaggiate sanno utilizzare il Pronto Soccorso e disertano i servizi di prevenzione.

Davvero strano assunto quello secondo cui «chi si occupa di disagio di sinistra è». Il perché della sua fortuna in una realtà quale quella italiana è forse legato a una specificità italiana caratterizzata, ad esempio, dallo schierarsi di noti uomini politici a favore della cura Di Bella (e al loro tranquillo silenzio dopo la sperimentazione). Eppure a individui che misurano la salute in termini di investimenti e guadagni non dovrebbe sfuggire che il contenimento della disuguaglianza rappresenta una specie di volano in grado di ridurre notevolmente la spesa assistenziale, una volta rotta "l'ereditarietà" della stessa.

E tuttavia credo che una parte di responsabilità tocchi anche a chi, come me, vuole occuparsi del disagio. La responsabilità è quella che in qualche modo sottovaluta Pearce nel suo articolo. Il ripetere stancamente che la disuguaglianza incide negativamente sulla salute rischia troppo spesso di divenire sterile denuncia o testimonianza inefficace che soddisfa (narcisisticamente) ciascuno di noi. Abbiamo certo il dovere (la possibilità) di partecipare al movimento che opera per una diversa condizione di vita dell'infanzia, ma come pediatri abbiamo anche compiti più specifici.

Nessuno si accontenterebbe, in una lezione di biologia molecolare, di un docente che asserisse che i cromosomi sono 46 e che una loro alterazione causa un certo tipo di patologia. Perché doversi accontentare di asserzioni generiche sul fatto che, ad esempio, la spina bifida risulta più frequente nelle classi povere e lo stesso avviene per il neglect. Sono forse neglect e spina bifida due espressioni dello stesso "fattore di rischio"?

Lo studio delle catene causali, il rigettare modelli lineari, il misurarsi con la complessità dei modelli costituiscono un dovere per ciascun ricercatore e medico. Abbiamo la necessità di ricercare le cause e le soluzioni. Ripetere stancamente che è necessario un "lavoro di rete" rischia di ripetere modelli stereotipati che non si discostano dalle vecchie e famose "riunioni d'équipe". Dobbiamo sperimentare modelli con un rigore ancora maggiore di quello che poniamo nello studio dei farmaci, perché gli effetti collaterali di interventi sbagliati possono essere ben più importanti. Le buone intenzioni non sono sufficienti, assomigliano all'atto del medico che in buona fede somministra l'antibiotico nell'influenza perché teme (con ignoranza) le complicanze batteriche.

Se siamo convinti che la scienza non sia neutrale, non dobbiamo solo testimoniare la nostra presenza da una parte (quella più vulnerabile) ma abbiamo il dovere, una volta definita la nostra posizione, di osservare con imparzialità i risultati delle nostre ricerche. Questo impegno si misura oggi con la grande assenza della formazione universitaria. I pediatri dovrebbero es-

sere formati rispetto al loro ruolo in sanità pubblica, ma questo, salvo rare eccezioni, non avviene e, quando accade, sembra comunque avere le caratteristiche della "sensibilità" piuttosto che del rigore metodologico.

Dante Baronciani

Bibliografia

1. Smith GD, Morris JN, Shaw M. The independent inquiry into inequalities in health. *BMJ* 1998;317:1465-6.
2. Sir Donald Acheson (Chairman). Independent inquiry into inequalities in health. Report. London. The Stationery Office, 1998.
3. Rothman KJ, Adami HO, Trichopoulos D. Should the mission of epidemiology include the eradication of poverty? *Lancet* 1998;352:810-3.
4. Pearce N. Traditional epidemiology, modern epidemiology and public health. *Am J Public Health* 1996;86:678-83.
5. James WPT, Nelson M, Ralph A, Leather S. The contribution of nutrition to inequalities in health. *BMJ* 1997;314:1545-9.
6. Saracci R. La neutralità della scienza: un mito irriducibile? *Epidemiologia e Prevenzione* 1998;22:206-11.

IL GIRO DELLA MORTE

Abbiamo detto, in una qualche occasione, che i numeri della Rivista finiscono per produrre, quasi da sé, un loro "spirito", volta a volta diverso, sotto l'influsso del caso (i lavori nel cassetto, gli eventi nella società medica, i passi della storia, le lettere che arrivano, gli umori in redazione) e della necessità (l'impianto già predisposto, lo spazio disponibile, l'inconveniente dell'ultimo minuto). Quale mano misteriosa avrà legato i fili del destino di questo numero di febbraio, uscito in ritardo, un po' oppresso e compresso dalla pubblicità, facendo sì che si trovassero in apertura l'editoriale di Baronciani sulla povertà (già in cassetto da più di un anno), e in chiusura l'articolo speciale di Rizzardini sull'AIDS in Africa (appena arrivato), la lettera di Belluzzi sull'elettrosmog, quella sulla pubblicità (appunto), sui Paesi poveri e sui Paesi ricchi di Cattaneo; e che il numero fosse in lavoro e in pubblicazione più o meno in coincidenza con il convegno del G8 ambiente, con la movimentazione del popolo di Seattle, con la marcia su Roma degli "scienziati", col compromesso Montalcini/Amato/Pecoraro-Scanio? Beh, non è stata una volontà cosciente. E come è stato che in questo numero un po' oppresso e compresso è saltato fuori uno spazio da riempire per forza, e in cui non c'era posto per altro che non fosse la mia ricorrente paranoia? È successo. Ma non può essere stato solo il caso. Come non può essere stato solo un caso (ma semmai piuttosto il basso prezzo di copertina e lo sconto del 30%) che mi ha fatto comprare un libretto di Ingeborg Bachman, in cui si parlava (tra l'altro e "per caso") di quelli che sono stati, forse i più alti (e i più sfigati) spiriti del secolo scorso: Wittgenstein, Musil, Simone Weil (vedi oltre).

È difficile sfuggire alla percezione diffusa della forza dell'ondata che ci sospinge, verso non sappiamo cosa, né dove; difficile non sentire sotto i piedi l'esplosione delle contraddizioni su cui si basa la nostra vita e il nostro mestiere; difficile non avvertire dentro di noi la precarietà e l'ambiguità di ogni nostro gesto, l'inermità del nostro stesso pensiero. La grande legge è che il PIL deve crescere del 3% all'anno: e questa è, semplicemente, una legge insostenibile, una legge "catastrofica", che, producendo una crescita logaritmica, "deve" portare a una catastrofe. I Paesi ricchi devono produrre ogni anno di più, e per sostenere lo

crescita devono anche spendere sempre di più (questa sarebbe la mia vera risposta alla lettera di Cattaneo), e dunque sprecare sempre di più e, probabilmente, rubare sempre di più. E nessuno Stato può permettersi di correre di meno degli altri, perché restare indietro vuol dire precipitare nell'inferno dei Paesi poveri. E gli abitanti dei Paesi ricchi devono correre anche loro, o comunque, anche restii, lasciarsi trasportare. Tutto deriva da questo, gli squilibri, le sperequazioni, le prevaricazioni, la mafia, la droga, la prostituzione, il doping, la corruzione politica, l'inquinamento ambientale, lo scioglimento dei ghiacci polari, la CO₂ nell'atmosfera, il buco dell'ozono e dai e dai.

Dai e dai, che noia: sempre le stesse cose. Eppure sono quelle LE COSE. COSE, non filosofia. Le cose più importanti che ci siano; quelle che riguardano la vita e la qualità della vita nostra, dei nostri figli e dei figli dei nostri figli, molto più che non i trapianti e la ciprofloxacina, o la talidomide, o l'OMA, o l'UTI, o l'URI. È vero che parlarne non serve. Ma sono COSE, Fatti Reali. Come non si può non vederli? E se si vedono, come si fa a non parlarne? A non dire chiaro che gli scienziati che chiedono libertà di ricerca chiedono in realtà (giustamente) i soldi per farla; e fanno finta di non sapere da dove vengono i soldi, e dove andrà la loro ricerca; e che i medici che chiedono anche (giustamente) di poter fare la migliore medicina possibile, chiedono in realtà, anche loro (e sempre giustamente) di far parte di questo giro di entrate e di uscite, di cui il grande protagonista è ancora il PIL. E che questo giro non risparmia nemmeno la formazione (*Medico e Bambino?*) o l'istruzione (la scuola); o la nettezza urbana, o i trasporti, pur necessari.

Ogni tanto mi sembra che siamo come gli ebrei che viaggiano nella vagone piombato, ciascuno "ancora" con la sua vita, ciascuno "ancora" con i suoi problemi, ciascuno "ancora" coi suoi litigi.

Quando ero bambino, e il mondo ancora sembrava bambino, e gli aeroplani erano ancora biplani ad elica, il "looping" era chiamato, romanticamente, "il giro della morte". Ma era un nome fittizio, dal giro della morte si usciva. Così si può uscire (mi è accaduto), dal gorgo che sta sotto alle cascate, lasciandosi andare, lasciandosi trasportare dalla corrente più profonda, buona, che ti spinge fuori. Ma da questo giro, anzi girone, cosa ci tirerà fuori? Forse quella sottile corrente positiva che scorre, profonda, nella nostra cultura ci farà fare un salto fuori dal gorgo, con la nascita di un superpensiero salvifico?

Wittgenstein (eccolo) raccomandava che ci si occupasse e si parlasse solo dei fatti, dei fenomeni naturali (e questa corsa costruttrice/distruttrice dell'uomo è un fatto naturale, vero da sempre). Musil (eccolo) proponeva che quei fenomeni naturali che sono la vita del mondo fossero affrontati col rigore tagliente della matematica; e prefigurava un mondo fatto per metà da matematici e per metà da mistici (ma un mondo in cui il potere sia in mano dei matematici e dei mistici si trova solo nei romanzi della fantascienza "buona"). Simone Weil (eccola) concludeva il suo discorso e il suo percorso terreno affermando che «non c'è dubbio che il campo del sociale appartenga al Signore di questo mondo» (il demonio, credo), ma che il dovere di ciascuno sia di impegnarsi «per ridurre il male». Questa è l'unica possibilità vera che ci rimane; e che al medico è data, chiuso nel suo vagone piombato. E, forse, anche quella di rifornire l'inutile, sottile, corrente profonda "buona" della nostra cultura.

Franco Panizon