

# Fumi? Non hai diritto ad essere curato

**È GIUSTO CHE** chi ha comportamenti irresponsabili come fumare, bere alcolici ed essere obeso sia in fondo alla lista per gli interventi sanitari pubblici? Il «British Medical Journal» mette opinioni a confronto

di Pietro Greco

La proposta l'ha avanzata Tony Blair in Gran Bretagna: quando le risorse sono limitate, mettiamo i fumatori in coda alla lista degli aventi diritto alle cure. Chi fuma sa di avere maggiori probabilità di contrarre una serie di malattie: il cancro, l'infarto, altre patologie polmonari e cardiovascolari. Fumare è un comportamento volontario non responsabile che non solo comporta rischi sanitari per la persona che lo sceglie, ma anche un aggravio di costi per la società che lo dovrà curare. Tony Blair ha parlato anche di altri stili di vita irresponsabili da punire: per esempio l'alcolismo o quello che porta all'obesità. Contro l'eccesso di peso e i suoi costi sociali crescenti è sceso in campo anche un altro leader socialista, José Luis Rodríguez Zapatero, primo ministro in Spagna.



La rivista *British Medical Journal* ha deciso di porre questa stessa domanda, sia pure in una formulazione più ristretta e precisa - occorre rifiutare gli interventi chirurgici ai fumatori per contenere i costi della sanità? - a due esperti di parere opposto: Matthew J. Peters, del Dipartimento di medicina toracica dell'ospedale di Concord in Australia, e Leonard Glantz, bioeticista della scuola di sanità pubblica dell'università di Boston, Stati Uniti. Conviene seguire le diverse argomentazioni, perché di costi della sanità e di comportamenti a rischio sentiremo parlare molto in futuro e presto anche noi potremmo essere chiamati a effettuare delle scelte. Matthew J. Peters sostiene che sì, certo, quando tutte le altre condizioni cliniche sono identiche, oc-

## Le risorse per la sanità sono limitate. La questione posta da Tony Blair

corre dare priorità al non fumatore rispetto al fumatore per stabilire chi ha diritto a un certo intervento chirurgico. La probabilità di successo di molte operazioni chirurgiche è maggiore nei non fumatori, in quanto è dimostrato che i fumatori hanno un rischio molto più elevato di andare incontro dopo l'intervento chirurgico sia a complicanze cardiache e respiratorie, sia a un indebolimento dei tessuti, sia a infezioni.

Ciò rende meno efficiente l'intervento e contribuisce a elevare i costi sanitari. È dunque responsabile ed etico, sostiene il medico australiano, assegnare ai fumatori che non hanno intenzione di smettere una bassa priorità nell'accesso agli interventi chirurgici dove il rischio di insuccesso legato al fumo è altissimo, come gli interventi di chirurgia plastica e ricostruttiva o come alcuni interventi ortopedici. Peters afferma che l'asimmetria di accesso agli interventi non deve certo riguardare le malattie causate dal fumo. L'asimmetria deve riguardare solo alcuni tipi di operazioni chirurgiche e solo quei casi in cui il fumatore continua a fumare anche nelle settimane prima dell'intervento, sapendo che l'astinenza abbasserebbe

## I contrari: quelli che fanno sport corrono dei rischi volontariamente. Dovremmo punire anche loro?

in maniera sensibile il rischio chirurgico. Resta però il principio: il medico può e in alcuni casi deve punire un comportamento sbagliato del paziente. Leonard Glantz è di parere opposto. Ogni giorno i medici curano tutti: assassini, terroristi e nemici belligeranti del proprio paese. Sarebbe in linea di principio del tutto sbagliato iniziare a porre condizioni ai pazienti che hanno com-

## I PRO E I CONTRO

**ECCO ALCUNI NUMERI** invocati da Matthew J. Peters a sostegno della sua tesi di diritto alla cura fondata su una sorta di asimmetria debole tra fumatori e non fumatori. Nelle incisioni di almeno 12-18 millimetri all'osso sacro, la percentuale di complicazioni dovute a infezioni è del 2% nei non fumatori e del 12% nei fumatori. Inoltre l'incidenza delle infezioni nelle persone che hanno smesso di fumare da almeno quattro settimane prima dell'intervento, la probabilità di infezione si riduce fino a diventare analoga a quella dei non fumatori. In interventi di artroplastica, la gran parte delle infezioni è facilmente curabile. Ma nel 13% dei casi occorre una nuova operazione. Ciò basta a far sì che nella chirurgia artroplastica la cura dei fumatori risulti nel complesso del 38% più costosa, per costi diretti, della cura dei non fumatori.

Ecco alcuni numeri invocati da Leonard Glantz a sostegno della sua tesi di rifiuto di qualsiasi discriminazione nell'accesso alle cure mediche. Anche i non fumatori costano alla società. Molti di loro, infatti, abbinano alla pratica salutare dell'astinenza dal fumo, quella dello sport. Ma gli incidenti causati dall'attività sportiva nel solo anno 2002 hanno causato negli Usa 488 milioni di giornate perse di lavoro. Tra il 1991 e il 1998 gli incidenti da attività sportiva è aumentata nella fascia di età media della popolazione del 33% con un costo in sole spese mediche calcolabile in 18,7 miliardi di dollari. Potremmo ridurre le spese mediche nazionali, sostiene in maniera provocatoria Glantz, rifiutando di pagare per il trattamento degli incidenti causati dalla pratica volontaria dello sport.

portamenti particolari. L'asimmetria di accesso alle cure è insostenibile in linea di principio. Ma lo è anche in linea pratica. Prendiamo il caso del fumo. Possiamo dire che esso è un potente cofattore di molte malattie, anche gravi. Ma quasi mai è l'unico esplicito fattore. E anche in casi in cui il paziente si rifiuta di smettere di fumare per poche settimane, potrebbe essere sollevato l'argomento - riconosciuto nei tribunali americani - che il fumo come tutte le droghe crea dipendenza e la coazione a ripetere non è frutto solo della libera decisione del paziente. Inoltre i pazienti potrebbero far notare che il fumo, anche a ridosso di un intervento, aumenta il rischio di complicanze ma non le determina in maniera certa. E poi dove si pone la soglia che distingue il reprobato dal-

l'innocente: 0, 10 o 40 sigarette al giorno? E poi perché non negare cure e interventi ad altri comportamenti a rischio: chi pratica alcuni sport ha maggiori possibilità di ricorrere alla chirurgia ortopedica. E che dire dei patentati e della loro volontaria esposizione al rischio di incidente automobilistico? Metteremo gli sportivi e i patentati insieme ai fumatori, agli obesi e agli alcolizzati in coda alla lista di coloro che hanno diritto alle cure? Se la risposta è sì, è evidente che stiamo percorrendo una strada pericolosa che ci porta a considerare a rischio ogni comportamento umano. Se la risposta è no, e ci limitiamo a discriminare i fumatori (o gli obesi o gli alcolizzati) siamo di fronte, appunto, a una inaccettabile discriminazione. La via sanitaria allo stato etico non è percorribile.

**A MILANO** Un incontro in memoria di Giulio Maccacaro. Le sue battaglie per la centralità del paziente e per avere regole precise nelle sperimentazioni

## Medicina: i mille nuovi volti del potere

di Paola Emilia Cicerone

Il potere può assumere volti diversi, e così la guerra. Sono solo due delle tante considerazioni emerse dalla giornata di studio organizzata venerdì scorso all'Università di Milano in memoria di Giulio Maccacaro. Una riflessione collettiva su «Medicina e potere», il nome della collana promossa da Maccacaro per la Feltrinelli, in cui sono apparsi testi di autori come Ivan Illich o Archibald Cochrane, fondatore della Medicina basata sull'evidenza, o saggi come *Cavie umane la sperimentazione sull'uomo* di M. H. Pappaworth. Voluta da colleghi e allievi per raccontare ai più giovani - a trent'anni dalla morte avvenuta il 15 gennaio 1977 a soli 53 anni - uno scienziato impegnato a smantellare la visione tradizionale del potere medico, a difesa dei più deboli e insieme del metodo scientifico come strumento di conoscenza e analisi della realtà.

È stato il fondatore di Emergency Gino Strada a ricordare come sulla salute e sulle risorse per difenderla si combatteva una guerra meno appariscente, ma non meno sanguinosa, di quella che ancora devasta tanti paesi: «Cos'è se non una guerra - ha chiesto Strada al pubblico che affollava l'Aula Magna - il condizionare il diritto ad essere curati alla disponibilità economica?». Quanto al potere, è stato Giorgio Bert cardiologo e counselor, a ricordare lo squilibrio che nasce quando il medico rifiuta, in nome della propria competenza, di dare ascolto e valore alle competenze e alle ragioni del paziente, richiudendosi un monologo, invece di sviluppare quel dialogo che rappresenta l'unica possibile opportunità di cura.

Due riflessioni che sarebbero piaciute a Maccacaro, «un estremista attento ai fatti e ai dati», che si è sempre battuto perché i suoi allievi prestassero la dovuta attenzione alla realtà sociale ed economica, e ai giochi di potere che spesso compromettono la salute individuale e collettiva. E da questo punto di vista - l'hanno ricordato in molti - la situazione dai tempi di Maccacaro è cambiata, non sempre in meglio. E non solo per lo strapotere di Big Pharma, le grandi multinazionali dell'industria farmaceutica, «Rispetto agli anni '70 abbiamo centinaia di farmaci di cui allora non disponevano - ha spiegato Gianni Tognoni, direttore del consorzio Mario Negri Sud, - ma sempre più i progressi della medicina si trasformano in successi di mercato, che non

## Oggi ad esempio abbiamo un'industria che minimizza i pericoli degli alimenti

tengono in alcun conto il diritto alla salute di tutti gli esseri umani. Come sarebbe evidente se considerassimo non solo i successi ottenuti dalla ricerca nei paesi industrializzati, ma i dati relativi alla qualità e alla durata della vita nel Sud del Mondo». E se in passato la battaglia più dura - l'ha ricordato l'oncologo Lorenzo Tomatis già direttore dello IARC di Lione - è stata quella per dimostrare i rischi del fumo, e soprattutto del fumo passivo, oggi il conflitto tra

interesse pubblico e interessi di mercato si sposta sul tema dell'alimentazione, con le aziende impegnate a minimizzare i rischi derivanti da sale, zuccheri e grassi o semplicemente dall'eccesso di cibo, «quando, solo per fare un esempio, basterebbe ridurre la quantità di sale contenuta nei cibi confezionati per salvare molte vite», ha ricordato l'epidemiologo Paolo Vineis. Un allarme confermato da uno studio appena uscito su Plos Medicine, che mostra come gli studi sostenuti dalle industrie alimentari tendano sistematicamente a minimizzare i rischi. «La capacità della grande industria di influire sulla ricerca, già denunciata da Maccacaro, è se possibile aumentata - ha sottolineato Vineis - però è cambiato il mondo della comunicazione: basti pensare che Pepsi Cola e Coca Cola spendono in pubblicità in un anno il corri-

spondente del budget biennale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità». E anche in tema ambientale, i successi ottenuti non devono far abbassare la guardia: «oggi finalmente il numero dei fumatori sta diminuendo, e siamo riusciti ad eliminare dai processi di produzione alcune sostanze tossiche» ricorda Tomatis. Successi bilanciati però dalla situazione disastrosa delle condizioni di lavoro dei paesi in via di sviluppo: «E anche il Reach, il nuovo regolamento europeo per le sostanze chimiche, è stato approvato in versione così ridimensionata da essere quasi una vittoria di Pirro: ma la cosa più grave è che oggi sembriamo accettare l'idea di vivere in un ambiente pesantemente inquinato, da sostanze che danneggiano soprattutto gli organismi in crescita, compromettendo la salute delle generazioni future».

**NUCLEARE** La minaccia cresce

## Lancette avanti per l'orologio dell'apocalisse

Le lancette del cosiddetto Orologio dell'Apocalisse saranno spostate in avanti la prossima settimana per riflettere un peggioramento della minaccia nucleare e del clima del pianeta. L'orologio simbolico è del Bollettino degli Scienziati Atomici e attualmente le sue lancette sono fissate a sette minuti prima della mezzanotte, con la mezzanotte che fissa l'attimo della catastrofe atomica. Le lancette del «Doomsday Clock», creato nel 1947, erano state spostate di due minuti in avanti nel 2002.

**STUDIO ITALIANO** Un nuovo modello del cranio

## Dante aveva un naso grasso e storto

Dante Alighieri probabilmente non aveva un naso adunco piccolo e grassoccio e piuttosto storto, quasi come se fosse stato colpito da un pugno. A rivelarlo, uno studio multidisciplinare condotto dall'Università di Bologna-Sede di Ravenna. Il team di ricercatori ha basato il suo lavoro su calcoli sul teschio di Dante fatti nel 1921 da Fabio Frassetto in occasione dell'unica volta in cui esso è stato rimosso dalla sua cripta. I ricercatori hanno ricostruito il cranio di Dante.

**DA «PNAS»** Colpa delle tecniche di conservazione

## Il Dna nei fossili dei musei è degradato

Il Dna contenuto nei fossili conservati nelle collezioni museali degrada 70 volte più rapidamente di quello presente nelle ossa lasciate sepolte. A lanciare l'allarme è un gruppo di studiosi dell'Institut Jacques Monod di Parigi, dalle pagine della rivista *Proceedings of the National Academy of Sciences*. Secondo i ricercatori, ad essere responsabili di questo grave degrado sono soprattutto i trattamenti ricevuti dai resti fossili: lavaggi, preparazioni chimiche e conservazione a temperatura elevata.

**DA «LANCET»** Aumentata di 30 volte

## La sifilide ritorna in Cina

La sifilide, praticamente debellata tra il 1960 e il 1980, è ricomparsa in Cina nel decennio scorso, in proporzioni che rendono necessarie contromisure immediate. Il monito viene da una ricerca pubblicata sull'ultimo numero della rivista *Lancet*. L'incidenza tra i cinesi di questa malattia sessualmente trasmessa sarebbe aumentata tra il 1993 e il 1999 di circa 30 volte. Tra le cause: la diffusione della prostituzione e l'abbassamento dell'età delle prime esperienze sessuali.

**DA «NATURE GENETICS»** Battezzato Sor1

## Scoperto un altro gene implicato nell'Alzheimer

Scoperto un altro gene tra i responsabili dell'insorgenza dell'Alzheimer. Il risultato, illustrato sull'edizione online della rivista scientifica *Nature Genetics*, è frutto del lavoro d'équipe di tre atenei nordamericani: le università di Toronto, Boston e la Columbia a New York. Il nuovo gene scoperto è stato battezzato «Sor1», ed è legato alla proteina precursore amiloide App. Dopo aver analizzato oltre 6 mila campioni di Dna prelevati a persone di diverse etnie, i ricercatori hanno individuato due particolari profili che legano il gene Sor1 all'Alzheimer. Gli scienziati sapevano già dove andare a cercare l'«ennesimo colpo» della malattia neurodegenerativa. E dunque invece di analizzare da cima a fondo tutto il Dna di ogni campione, si sono subito concentrati su quelle aree che, in base a studi precedenti, sapevano essere implicate nell'accumulo della proteina beta-amiloide. Sor1, hanno scoperto, ne determina la distribuzione all'interno delle cellule nervose del cervello. Quando lavora in maniera appropriata, allora il Sor1 «dirige» la proteina in alcune specifiche regioni delle cellule nervose. Se invece i livelli del gene sono troppo bassi, allora la App si accumula dove non dovrebbe, dando vita agli accumuli che generano le placche all'origine dell'Alzheimer. I ricercatori hanno individuato due variabili del gene Sor1 responsabili dell'accumulo della proteina App. Il prossimo passo sarà ora quello di replicare i risultati ottenuti su un diverso campione, «ancora più ampio, per avere la certezza di poter generalizzare le conclusioni», spiegano gli autori della ricerca che aggiungono: «Il gene Sor1 è un pezzo in più del complesso puzzle della malattia di Alzheimer».

**DA «LANCET»** Una nuova previsione

## Pandemia influenzale 62 milioni di morti per lo più tra i poveri

Una nuova previsione sugli effetti di una possibile pandemia influenzale è stata pubblicata sull'ultimo numero di dicembre di *Lancet*. Gli autori, un team di ricercatori statunitensi e australiani guidati da Christopher Murray, hanno utilizzato i dati sulla mortalità della Spagna, la pandemia influenzale che colpì il mondo tra il 1918 e il 1919, per costruire i loro modelli e stabilire cosa sarebbe accaduto nel caso una simile pandemia si fosse abbattuta sull'umanità nel 2004. I risultati dello studio dicono che circa 62 milioni di persone sarebbero morte nel 2004 a causa della pandemia (per la precisione, tra i 51 e gli 81 milioni di persone). Se tutti i morti si fossero poi concentrati in un unico anno, la mortalità mondiale sarebbe aumentata del 14%. Le vittime si sarebbero concentrate in tre fasce d'età: tra 0 e 14 anni, tra 15 e 29 e tra 30 e 44 anni. Questo vuol dire che ad essere maggiormente colpiti sarebbero stati i giovani, proprio come avvenne del resto con la Spagna. Inoltre, il 96% delle vittime si sarebbe avuto nei paesi in via di sviluppo, ovvero in quelle società in cui le scarse risorse destinate alla sanità sono già tutte utilizzate per le priorità esistenti, senza un margine per la prevenzione. Questo sta a significare che la capacità di prepararsi a una simile eventualità è importante. I vaccini, la possibilità di avere cure anche per eventuali complicazioni batteriche e lo stato di benessere anche dal punto di vista delle condizioni di vita e di nutrizione delle persone che vivono nei paesi ricchi del mondo avrebbero infatti fatto la differenza.

f.u.

c.pu.