

Prevenzione della malattia e promozione della salute. Strategie distinte e complementari

Francesco ROSMINI

*Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica,
Istituto Superiore di Sanità, Roma*

Riassunto. - Il mantenimento della salute può implicare una serie di interventi che vanno ben al di là delle conoscenze biomediche, riguardanti: l'economia, la diffusione dell'istruzione, il miglioramento delle condizioni di lavoro, della nutrizione, dell'ambiente e delle abitazioni, ossia il benessere. Nella visione della World Health Organization il benessere da determinante della salute viene inserito nella definizione di salute. Ciò è desiderabile da un punto di vista sociale, ed in linea con alcune osservazioni economiche, ma può generare equivoci. I due aspetti identificabili nella definizione: la prevenzione della malattia e la promozione della salute operano su piani diversi. Il primo è condizionato dalla metodologia riduzionistica della scienza, ed è economicamente valutabile; l'altro è olistico e meno valutabile economicamente e scientificamente. Inoltre soddisfano questioni distinte dell'etica della sanità pubblica. Entrambi sono comunque necessari e sinergici.

Parole chiave: prevenzione, promozione della salute, etica, sanità pubblica, epidemiologia.

Summary (*Disease prevention and health promotion. Distinct and complementary strategies*). - Health maintenance entails interventions beyond the biomedical knowledge, regarding: economic matters, education levels, improvement of work conditions, nutrition, housing, and environment; that is to say, overall well-being. According to the World Health Organization, well-being is not a health determinant but is included in the health definition. This is good from a social point of view and consistent with some economic findings, but can be misleading. The two aspects identifiable in the definition are: disease prevention and health promotion, which operate at different levels. The first one is conditioned by the sciences' reductionistic methodology and its strategies can be economically appraised; the other one is holistic and the economic and scientific evaluation of its actions is difficult. Moreover, both offer solutions to different questions of public health ethic. Thus, both are necessary and synergetic.

Key words: prevention, health promotion, ethics, public health, epidemiology.

Introduzione

Secondo la World Health Organization (WHO) "La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale, e sociale e non solamente assenza di malattia ed infermità".

La definizione della WHO si accorda al dettato dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite che all'articolo 25 della Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo ha scritto "Ogni individuo ha il diritto a un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia".

A differenza di altri diritti umani, ha notato Mervyn Susser, mediante i quali si protegge la vita ed altri beni dal sopruso personale e dall'arbitrio legale, la salute è un diritto di diverso tipo: è positivo, in quanto la società tende a conferire un beneficio promuovendola. Questo

diritto non è facilmente imposto per legge; esso crea alla società obblighi che nessuno poteva sperare di adempiere fino a tempi recenti [1].

Una definizione più vicina al modello biomedico, come "assenza di malattia ed infermità", avrebbe assegnato alla prevenzione sanitaria e alla terapia un rilievo speciale, non tenendo in conto però che la sola acquisizione di specifici mezzi medico-sanitari non è sempre sufficiente a spiegare la diminuita incidenza di alcune malattie [2, 3].

Esistono altre definizioni più ampie come quella suggerita da Paolo Vineis, secondo il quale la salute è il risultato della prevenzione non solo delle malattie, ma anche delle condizioni predisponenti alle malattie che operano attraverso un allentamento o un indebolimento dei meccanismi di autoregolazione [4]. Ma questa definizione potrebbe essere poco apprezzabile da chi non appartiene al mondo scientifico.

Prevenzione della malattia

Il Dizionario di storia della salute definisce “Prevenzione”: “ogni tipo di misura, di comportamento e di intervento tendente a realizzare il mantenimento o il miglioramento della salute delle popolazioni e dei singoli individui; in più essa risulta utile per evitare la comparsa o l’aggravamento delle malattie” ([5], pag. 474). Altrettanto ampia è la definizione del dizionario di epidemiologia curato da J.M. Last; gli scopi della prevenzione sarebbero: promuovere, proteggere e ristabilire la salute. Viene però aggiunto che è più facile definire la prevenzione nell’ambito dei livelli tradizionalmente chiamati: primario, secondario e terziario.

La prevenzione primaria ha lo scopo di ridurre l’incidenza di malattia e di altre condizioni che contrastano la buona salute, quella secondaria di ridurre, attraverso la diagnosi precoce, la prevalenza di malattia aumentando la probabilità di guarigione e la terziaria di limitare le complicazioni o conseguenze [6]. Anche se l’obiettivo rimane la salute, la prevenzione nelle sue tre definizioni operative fa riferimento alla malattia, cioè questo punto di vista è tipicamente epidemiologico. Come si è espresso Sir Richard Doll, “una prospettiva epidemiologica non inizia dalle diecimila sostanze che inquinano una certa area, ma dalle diecimila morti che si verificano ogni anno in quell’area, e mira a stabilire le cause principali di quelle morti” ([4], pag. 92). Tali conclusioni sono basate strettamente sui fatti osservati, ovvero le esposizioni ai fattori causali, gli esiti sanitari e le specifiche popolazioni.

Il modello di causalità epidemiologica prevede solitamente il contributo di più fattori. Nello stesso meccanismo che porta ad una malattia possono essere compresi fattori sociali, definiti “determinanti”, fattori di rischio ambientali e biologici. Tra questi, i fattori persistenti e ubiquitari o estremamente comuni sono, stranamente per il senso comune, i meno rilevabili. Oltre a ciò il loro controllo, a fini preventivi, può risultare di lenta e onerosa attuazione, ed è forse per questo che si tende a sottovalutarli. Il punto di vista dell’epidemiologo, esemplificato da William B. Baine, è che nel caso di un’epidemia di colera, sarebbe un “fallimento” attribuire genericamente l’epidemia ad insufficienze della rete fognaria. Potrebbe essere una spiegazione sensata (difficilmente dimostrabile), ma poco utile perché legata a problemi esistenti prima dell’epidemia, difficilmente risolvibili. Svelare la causa specifica, ad esempio l’arrivo di una partita di frutti di mare contaminati, porterebbe ad attuare provvedimenti per un più rapido controllo dell’epidemia (comunicazione privata).

Il livello di complessità aumenta quando lo stesso fattore ha effetti patogeni diversi, o addirittura contrastanti, in sottogruppi di popolazione; allora il difficile bilancio dei vantaggi e svantaggi che il suo

controllo nella popolazione comporterebbe, porta a conclusioni che non sempre raggiungono il pieno consenso [4].

Rispetto alle malattie infettive, in cui il microbo è necessariamente presente nel modello causale, il nesso di causalità delle malattie cronico-degenerative è meno schematizzabile, e la prevenzione non può limitarsi all’interruzione della catena causale a livello del suo anello più debole, ma deve consistere in un approccio globale teso, come nel caso delle malattie cardio-circolatorie, a limitare l’esposizione ad un insieme di fattori di rischio personali e di popolazione [7].

Comunque è possibile che a seguito delle straordinarie scoperte della biologia molecolare, le strategie di prevenzione possano essere semplificate. Il nutrizionista Benjamin Caballero prevede che nel futuro andremo al supermercato con una scheda magnetica sulla quale saranno annotati tutti i dati relativi alla nostra storia familiare, ai fattori di rischio, allo stile di vita e altro; all’entrata la inseriremo in una macchina che ci fornirà la lista della spesa più appropriata [8]. *Boutique medicine* è stata definita forse un po’ ironicamente questo tipo di prevenzione su misura [9].

Promozione della salute

Il Dizionario di storia della salute riporta: “Il concetto di promozione della salute, sebbene anticipato dalla tradizione ippocratica, fu introdotto nel tempo moderno da Henry Ernest Sigerist (1891-1957) come aggiunta ed integrazione dei tre campi riconosciuti dell’azione rivolta al benessere psicofisico (prevenzione, cura e riabilitazione), allo scopo di sottolineare quanto oggi è possibile raggiungere in positivo, e non solo in senso difensivo e riparativo.” ([5], pag. 478).

La World Health Organization nella Carta di Ottawa (1986) descrive la promozione della salute come processo che consente alle persone di accrescere il controllo sulla salute e di migliorarla. Esso coinvolge l’intera popolazione nell’ambito della propria vita quotidiana, piuttosto che focalizzarsi sulle persone a rischio per specifiche malattie, ed è orientato all’azione sui determinanti o cause della salute [6].

Secondo Paolo Vineis sarebbe opportuno affiancare a studi analitici che mirano a identificare singoli fattori di rischio, attività (inizialmente più difficili da avviare e interpretare) che indagano sui “determinanti della buona salute”, miranti cioè a comprendere l’insieme dei comportamenti, sicuramente legati alla classe sociale di appartenenza, che consentono di vivere meglio e più a lungo. Questa “epidemiologia del benessere” non è stata ancora sufficientemente sviluppata [4].

Il problema nasce dalla difficoltà di misurare il grado di salute. Sono stati proposti indicatori di salute, ovvero variabili, suscettibili di una misurazione diretta, che riflettono lo stato di salute di una persona in una comunità, in concreto notifiche di mortalità infantile e

specifiche malattie, giorni di malattia, ed altro. Essi sono riuniti in formule a dare un'indicazione numerica della salute di una data popolazione denominata "indice di salute" [6].

A differenza dello "stato di salute", che è una misura obiettiva, la "qualità della vita" è il grado di funzionalità fisica, emotiva e sociale percepito dalle persone. In un senso maggiormente quantitativo, una stima della vita rimanente libera da menomazioni fisiche psichiche o sociali, è misurata dai *quality-adjusted life years* (anni di vita ponderati per qualità), più noti nella forma abbreviata QALY [6].

Ambiguità e conflitti tra prevenzione della malattia e promozione della salute

La difficoltà di trovare una definizione di stato di salute in positivo, come proposto da Sigerist può generare delle ambiguità. Così, il classico studio di McKeown sulla diminuita mortalità da tubercolosi a seguito delle migliori condizioni di vita [2] può essere confuso con uno studio sulla prevenzione della tubercolosi. In realtà la diminuzione della mortalità non è che un indice di aumento della salute nella popolazione a seguito del miglioramento delle condizioni di vita. Certamente una migliore alimentazione ed istruzione, così come un migliore ambiente domestico e di lavoro, sono determinanti di protezione dalla tubercolosi, ma si perderebbe il punto fondamentale, ovvero che fattori protettivi aspecifici hanno effetti rilevanti non solo contro la tubercolosi, ma prevedibilmente anche nella prevenzione di altre malattie o malesseri.

Quando è possibile la pianificazione di interventi sulla base dell'identificazione della relazione di causa ed effetto è possibile la prevenzione. Uno degli esempi più clamorosi è l'eradicazione del vaiolo grazie ad una campagna di vaccinazione su scala mondiale che ha prodotto l'estinzione in natura del virus causale.

Peraltro la specificità del rapporto causa-malattia, se da un lato consente la preparazione di piani sanitari mirati, più facilmente realizzabili, dall'altro può produrre politiche sanitarie miopi in quanto un fattore protettivo per una malattia potrebbe essere un fattore di rischio per un'altra malattia. I soggetti con acetilazione lenta, una caratteristica metabolica ereditaria, hanno un rischio più elevato di cancro della vescica in ambienti inquinati, ma quelli con acetilazione rapida non possono ritenersi al sicuro, perché hanno un rischio più elevato di cancro del colon [10]. E' stato proposto lo screening genetico per escludere che i lavoratori più suscettibili abbiano un danno per la salute. L'apparente buon senso di questa iniziativa è smentito da valutazioni più articolate secondo cui non è vantaggioso escludere i lavoratori più suscettibili allo scopo di consentire più elevati livelli di pericolo [10].

Agire sulla cause più immediate, se è alla base dell'elevato successo della prevenzione, può portare a favorire soluzioni riduttive in quanto la salute è

ricondata all'assenza di una o più malattie. Pertanto lo screening genetico, sottolineando un solo polo dell'interazione tra ambiente e influenze genetiche, porterebbe a sottovalutare gli effetti della promozione della salute ottenibile attraverso il miglioramento dell'ambiente di lavoro.

Quando le risultanze scientifiche indicano modelli causali complessi, risulta difficile la loro immediata traduzione in termini di sanità pubblica. Nel caso del consumo di bevande alcoliche, la mortalità è più elevata nei forti bevitori, ma è più bassa nei bevitori moderati rispetto agli astemi. La conseguenza del primo di questi dati è che in passato c'è stato il tentativo di limitare i consumi di alcolici *tout court* [4]. Forse meglio sarebbe stato indicare di limitarsi nel bere, tollerando l'idea che saper apprezzare un buon vino aiuta la moderazione e migliora la vita, un approccio preventivo che avrebbe lasciato spazio ad una cultura alternativa di promozione della salute [11]. Se poi un buon vino rosso sia preferibile ad altra bevanda alcolica potrebbe essere scientificamente meno certo: per cui la frase attribuita a Walter C. Willet, noto epidemiologo della nutrizione, "questa è una ennesima prova che si tratta di raccomandazioni prive di fondamento scientifico" a proposito delle *linee-guida per una sana alimentazione*, è un'esasperazione del suo punto di vista; ma le linee-guida, ha scritto Anna Mannucci, "si rifanno alla situazione e alle abitudini di una popolazione, perché gli stili di vita non si possono imporre" [12].

Prevenzione della malattia e promozione della salute tendono a confondersi quando il rischio per la salute non può essere misurato adeguatamente nelle popolazioni umane, come nel caso degli effetti della contaminazione ambientale. Ha prevalso allora in sanità pubblica, una "filosofia" del rischio che mette assieme fatti e giudizi di valore, scienze e politica. Il procedimento prevede fasi diverse: una fase di identificazione e valutazione (*risk assessment*); una di gestione e controllo (*risk management*); una fase di informazione ed educazione alla salute (*risk information*) [13]. In particolare il *risk assessment*, se da un lato si basa sulla stima del rischio per la prevenzione del cancro, dall'altro assume che, in mancanza di dimostrazione di una soglia d'innocuità, le sostanze cancerogene debbano essere considerate dannose anche a concentrazioni apparentemente irrisorie secondo una logica di promozione della salute, formalizzata nel principio di precauzione [14].

Aspetti etici

Gli studi epidemiologici identificano più facilmente i gruppi di popolazione ad alto rischio di malattia, molta della prevenzione si rivolge quindi a delle minoranze. Dare la priorità ai problemi di pochi in quanto svantaggiati, è eticamente giustificato dal principio secondo cui tutti gli uomini sono portatori dei medesimi diritti [15], tra questi il diritto alla salute che, riassumendo il pensiero

di Giovanni Berlinguer, è un obiettivo giuridico-politico reso possibile nel momento storico in cui il bisogno di salute è diventato un valore in sé e la salute una speranza [16].

Sul piano operativo rivolgersi a minoranze consente inoltre di programmare strategie di prevenzione specifiche. Nel caso della prevenzione di infezioni trasmesse col sangue in consumatori di droghe, si è arrivati alla distribuzione gratuita di siringhe sterili per limitarne l'uso collettivo, un'abitudine difficile da modificare, dettata da necessità pratiche e dalla solidarietà di gruppo [17].

Il cambio dei comportamenti e dello stile di vita è un'importante strategia di sanità pubblica che è compresa nell'ultimo piano sanitario nazionale [18]. Ha il vantaggio di agire sui rischi individuali, per i quali è apparentemente meno complesso operare modifiche, invece che su quelli ambientali o sui determinanti socio-economici. Se però una precettistica limitativa, scientificamente verificata per gruppi ad alto rischio, viene diffusa utilizzando strategie per la promozione della salute, il messaggio preventivo può dilagare divenendo norma generale di una cultura della paura [19].

Geoffrey Rose, inoltre, ha notato che le strategie preventive per gruppi ad alto rischio portano a risultati limitati: ad esempio nel *multiple risk factor intervention trial* [20] solo l'8% degli attacchi cardiaci mortali attribuibili al colesterolo riguardava i soggetti ad alto rischio (> 7,5 mmol/l) in quanto questi ultimi costituivano solo il 2% della popolazione; una riduzione di circa la metà sarebbe stata possibile se anche i soggetti a medio rischio avessero ridotto il colesterolo a un livello più basso (3 mmol/l) [21].

Quest'ultimo tipo di approccio volto a portare beneficio al maggior numero di persone sarebbe giustificato da un'etica utilitaristica. Comunque anche le più utili azioni di prevenzione, soprattutto se estese a tutta la popolazione, presentano problemi etici. È stato osservato che possono dare origine a conflitti d'interesse con coloro che richiedono assistenza sanitaria subito [16], inoltre sono a volte imposte dalle autorità, comunque impegnano risorse pubbliche, e soprattutto invadono la sfera privata delle persone [22].

Quando poi si passa ad analizzare le ragioni del singolo, Rose stesso ammette che sarebbe difficile convincere coloro che hanno livelli di colesterolo "normale" a limitare la propria dieta per una malattia a cui non sono a (alto) rischio, per consentire una efficace strategia preventiva di popolazione.

Prevenzione della malattia e promozione della salute: strategie complementari

Una buona politica sanitaria non si può dire conclusa con la diffusione dei fattori di prevenzione della malattia e il controllo dei suoi fattori di rischio, deve anche

favorire i relativi determinanti culturali, sociali, ambientali della salute.

Povertà, malnutrizione, infezione sono gli anelli di una catena causale che può portare alla morte. Prevenire l'infezione al livello individuale costituirebbe la politica a più rapido effetto, ma permanendo la malnutrizione, rimarrebbe alto il rischio di un successivo episodio della stessa infezione o di altra infezione mortale. Avvertire gli amministratori e politici del problema della malnutrizione e ridistribuire le risorse della società dovrebbe, quindi, essere altrettanto necessario, ma i successi della sanità pubblica, mediati attraverso cambi sociali, sono raggiunti lentamente e nel frattempo potrebbero occorrere molte morti da infezione, evitabili [23].

Questo è il punto di vista dell'epidemiologo tradizionale, che lo porta a cercare quegli aspetti specifici della catena causale della malattia che possano fornire all'operatore di sanità pubblica il razionale di una pronta ed efficace azione preventiva, anche perché l'epidemiologia essendo ancorata alla biologia e non alle scienze umane o all'economia non sarebbe adatta a indicare soluzioni valide a problemi generali come la povertà [24, 25]. Recentemente però altri epidemiologi hanno manifestato l'opinione che la professione debba guardare con maggiore attenzione ai determinanti socioeconomici della salute, utilizzando se necessario un nuovo strumentario metodologico [26], per fornire il proprio contributo scientifico allo sviluppo di entrambe le strategie.

In effetti la povertà non è semplicemente scarsità di denaro, come la salute non è semplicemente assenza di malattia, in entrambe il fattore benessere legato all'istruzione, alla sicurezza, al rispetto della dignità umana, può produrre effetti non sempre ovvi: ad esempio un adulto della poverissima regione indiana del Kerala ha mediamente una più alta speranza di arrivare alla vecchiaia di un più danaroso povero del quartiere di Harlem a New York [27].

Idealmente la prevenzione primaria non dovrebbe essere né manifestamente né tantomeno subdolamente coercitiva, più che la ricompensa per un sacrificio, la società dovrebbe fornire strumenti materiali, ma soprattutto culturali per un'alternativa [28]. Le strategie di promozione della salute dovrebbero trovare il modo di rendere moralmente accettabile l'obiettivo del cambiamento [29].

Ringraziamenti

Luigina Ferrigno ha letto criticamente il testo e ha contribuito alla redazione dell'articolo.

Ricevuto il 15 ottobre 2001.
Accettato il 26 febbraio 2002.

BIBLIOGRAFIA

1. Susser M. Health as a human right: an epidemiologist's perspective on the public health. *Am J Public Health* 1993;83:418-26.

2. Mc Keown T. *La medicina: sogno, miraggio o nemesi?* Palermo: Sellerio; 1978.
3. McKinley BJ, McKinlay SM, Beaglehole R. A review of the evidence concerning the impact of medical measures on recent mortality and morbidity in the United States. *Int J Health Serv* 1989;19:181-208.
4. Vineis P. *Prima della malattia*. Venezia: Marsilio Editori; 1997.
5. Cosmacini G, Gaudenzi G, Satolli R. *Dizionario di storia della salute*. Torino: Einaudi; 1996.
6. Last JM (Ed.). *A dictionary of epidemiology*. 3rd ed. New York: Oxford University Press; 1995.
7. Vartiainen E, Puska P, Pekkanen J, Tuomilehto J, Jousilahti P. Changes in risk factors explain changes in mortality from ischaemic heart disease in Finland. *Br Med J* 1994;309:23-7.
8. Hendricks M. The abc's of the RDA (Intervista a Benjamin Caballero, n.d.r.). *Johns Hopkins Magazine* 1998;50:26-32.
9. Bloom RB. The future of Public Health. *Nature* 1999;404:C63-4.
10. Van Damme K, Casteleyn L, Heseltine E, Huici A, Sorsa M, van Larebeke N, Vineis P. Individual susceptibility and prevention of occupational diseases: scientific and ethical issues. *J Occup Environ Med* 1995;37:91-9.
11. Vineis P. L'etichetta del Barolo: bisogna dire che gli alcolici fanno male? *Epidemiol Prev* 2000;24:5.
12. Mannucci A. Idee confuse sui rapporti fra dieta e salute. *Le Scienze* 1998;60:36.
13. Samet MJ, Schnatter R, Gibb H. Invited commentary: epidemiology and risk assessment. *Am J Epidemiol* 1998;148:929-36.
14. Petrini C. Il principio di precauzione, nuovi sviluppi scientifici e politici. *Biologi Italiani* 2000;6:38-40.
15. Rawls J. *Una teoria della giustizia*. Milano: Feltrinelli; 1982.
16. Berlinguer G. *Etica della salute*. Milano: EST; 1997.
17. Brickner PW, Torres RA, Barnes M *et al*. Recommendations for control and prevention of human immunodeficiency virus (HIV) infection in intravenous drug users. *Ann Intern Med* 1989;110:833-7.
18. Italia. Decreto del Presidente della Repubblica 23 luglio 1998. Approvazione del Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998-2000. *Gazzetta Ufficiale* n. 288 (suppl. ord. n. 201), 10 dicembre 1998.
19. Furedi F. *Culture of fear. Risk taking and the morality of low expectation*. London: Cassel; 1998.
20. Martin MJ, Hulley SB, Browner WS, Kuller LH, Wentworth D. Serum cholesterol, blood pressure, and mortality: implication from a cohort of 361,662 men. *Lancet* 1986;ii:933-6.
21. Rose G. *Le strategie della medicina preventiva*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 1996.
22. Charlton BG. Public health medicine: a different kind of ethics? *J Royal Soc Med* 1993;86:194-5.
23. Rothman KJ, Adami HA, Trichopoulos D. Should the mission of epidemiology include the eradication of poverty? *Lancet* 1998;352:810-3.
24. Shy CM. The failure of academic epidemiology: witness for the prosecution. *Am J Epidemiol* 1997;145:479-84.
25. Walker AM. "Kangaroo Court" invited commentary on Shy's "the failure of academic epidemiology: witness for the prosecution". *Am J Epidemiol* 1997;145:485-6.
26. Shy CM. Dr. Shy replies to Dr. Walker. *Am J Epidemiol* 1997;145:487.
27. Sen A. L'economia della vita e della morte. *Le Scienze* 1993;51:16-23.
28. Stott NCH, Kinnersley P, Rollnick S. The limits to health promotion - They lie in individuals' readiness to change. *Br Med J* 1994;309:971-2.
29. Sgreccia E. A proposito delle campagne di prevenzione dell'AIDS. *Medicina e Morale* 1999;49:637-9.