

## Convegno UCBM-FASI – 15 febbraio 2012

### Prof. Joaquin Navarro-Valls

Prendo a prestito, per cominciare, le parole di Edmund Pellegrino quando affermava che “La medicina in realtà non può avere successo, in nessun caso, fino a quando non conosce in primo luogo esattamente che cosa sta cercando di ottenere; se quello che sta cercando di ottenere è possibile; e se quello che sta cercando di ottenere è un fine desiderabile dalla cultura dell’epoca, dalla cultura contemporanea”.

Questo tipo di considerazione ha preceduto e accompagnato un dibattito qualche anno fa, negli Stati Uniti, iniziato a livello accademico e ampliato poi anche a livello popolare, che continua ancora e si è espanso in tutto il mondo e che potrebbe essere riassunto così: dove deve centrare la medicina le sue risorse, i suoi sforzi e le sue considerazioni di base?

E così è nata quella divergenza che oggi riproponiamo: una medicina *disease centered*, cioè che si concentra intorno alla identificazione e la diagnosi della malattia; una medicina *patient centered*, che si concentra nella cura del paziente; una medicina che si autodefinisce *wellness centered*, che orienta il suo percorso di base sul benessere della persona. Sembra una semplificazione estrema ma in realtà non è una discussione banale. Come tutte le discussioni propedeutiche, bisogna risolverla e decidere, perché diversamente si rischia di smarrire il percorso della attuazione medica.

Che cosa significhino queste tre connotazioni, più o meno si capisce.

*Disease centered*, cioè una medicina che si sviluppa a partire della centralità della malattia.

Noi medici siamo stati formati, e continuiamo ad essere formati, nelle facoltà di medicina e poi nelle diverse scuole di specializzazione allo studio, in primo luogo, al riconoscimento della malattia, in secondo luogo, e alla cura del malato. Per questa strada l’incontro del medico con il malato avviene normalmente per la prima volta quando già una malattia ha cominciato ad essere eloquente attraverso un sintomo patogeno. Il problema di fondo è che la maggior parte, statisticamente parlando, delle malattie croniche non sono riconoscibili finché non sono già in stato relativamente avanzato. Questo perché lo spazio di tempo che passa tra l’insorgere della malattia e la sua eloquenza clinica alle volte è di anni (diabete, cancro) o perfino di decenni (aterosclerosi). Quindi, quando il paziente viene dal medico, già quella malattia è insorta tempo prima.

Almeno, statisticamente parlando, il 65% - forse ancora di più - delle malattie hanno uno stretto rapporto con le abitudini (il famoso *lifestyle*, concetto caro al mondo anglosassone) lo stile di vita costituito da abitudini alimentari, sedentarietà o altro. Abitudini che possono essere modificate nel contesto di una medicina, purché quella medicina ragioni non in termini di *disease centered*, ma che ragioni in termini di *patient centered*, o meglio ancora di *wellness centered*.

Ora questa nuova rotta della medicina deve essere seguita sia dalla medicina accademica, sia dal medico concreto, sia dal potenziale paziente. Tutti e tre devono incanalarsi, iniziare una rotta diversa.

Senza questo cambio di mentalità la medicina in realtà non può avere un vero successo.

Naturalmente questo cambiamento esige un’impostazione epistemologica nuova: far diventare l’atto medico non un *atto terapeutico* ma un *atto di valutazione della salute*. In termini pratici, questo include un

accurato - e nemmeno troppo ingombrante - panel di test di laboratorio insieme al riconoscimento del profilo personale del paziente costituito da età, sesso, storia medica familiare, pressione arteriosa, *body mass index* e stili di vita (dieta, attività fisica, fattori tossici, fumo e alcol).

Questo approccio può condurre ad una stima ragionevole dello stato di salute. Non è nemmeno infallibile, ma conduce ad una stima dello stato di salute, così come alla conoscenza dei fattori di rischio da modificare e che possono essere causa di sviluppo di una grande serie di malattie.

Adesso possiamo guardare un momento questa diapositiva che mi è sembrata interessante, pubblicata da The Lancet: sono le 24 cause di morte al mondo più frequenti (elaborato con proiezioni e con dati dalla World Health Organization) in un arco di tempo che va dal 1990 al 2010. Le malattie coronariche per esempio, di cui si parla tanto, rimangono allo stesso livello in questo arco di tempo; BPCO – enfisema e malattie per insufficienza respiratoria cronica - è aumentato un pochino così come il cancro polmonare è aumentato abbastanza. Siccome in questo arco di tempo il numero dei fumatori è diminuito sensibilmente nel mondo, si dovrebbe ipotizzare che l'origine di questo aumento potrebbe avere un rapporto con la polluzione atmosferica soprattutto nelle grandi aree urbane.

I due punti su cui volevo soffermarmi sono le due crescite più spettacolari: il diabete, e la malattia ipertensiva con tutte le patologie ad essa collegate. La crescita è notevole in questi 10 anni in tutto il mondo. Il tema che oggi volevo sottolineare è che si tratta di entità gnoseologiche in qualche modo prevenibili e trattabili. Però, come dicevo prima, si arriva alla diagnosi attraverso i sintomi quando la malattia è già presente da molto tempo.

Adesso, in questa mia breve introduzione al nostro convegno, è inevitabile interrogarci sul concetto stesso di salute. Che cos'è la salute?

Tra il 1946 e il 1948, nell'ambito delle Nazioni Unite, è nata la *World Health Organization* (Organizzazione Mondiale della Salute). Nel 1946 i rappresentanti dei paesi si sono riuniti e hanno elaborato una definizione di salute che da allora non è stata modificata: *"Salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non soltanto l'assenza dello stato di malattia o di infermità"*.

Io mi domando se esista una sola persona al mondo a cui si possa applicare questa definizione di salute.

Trovo un'ambiguità semantica notevole in questa definizione. Che vuol dire, per esempio "completo" stato di benessere? Che cosa vuol dire perfino "benessere"? Come integrare in uno stesso concetto esistenziale il "completo benessere fisico e mentale" con il "benessere sociale"?

Sembra che qui si sia oltrepassato l'ambito della medicina con una considerazione che sembra molto prossima al concetto di felicità il che è un campo non del tutto estraneo alla considerazione medica ma per nulla appartenente ai concetti della medicina. Una cosa è la felicità, un'altra cosa è la salute.

E poi, che cosa s'intende dire quando si parla di "benessere sociale" come elemento di salute?

Naturalmente bisogna fare un sforzo e cercare di capire l'ambito di pensiero proprio del momento in cui si elaborava questa nozione di salute perché questa è una definizione ovviamente datata. Che cosa era successo in quel contesto, cosa c'era nell'orizzonte nel 1946? C'erano nell'orizzonte tutte le brutalità di una epoca che aveva sofferto la Seconda Guerra Mondiale e che cercava di trovare un modo per prevenire nel futuro quello che era successo.

Si era, forse, convinti, per l'ingenuità giustificabile nel contesto drammatico del momento, che la salute potesse diventare un elemento determinante della pace universale. Ignorando che i principali protagonisti di quel disastro erano proprio i paesi dove la salute era più alta, a cominciare dalla Germania, agli Stati Uniti, al Giappone, alla Gran Bretagna ecc. Però questa è la definizione che abbiamo.

Certamente tra gli elementi positivi che riscontro in questa definizione vi è il riconoscimento del legame tra il corpo fisico - il mio corpo - e il *me stesso*, il "me" che sono io. Un legame tra la salute e il concetto di benessere che ha un grande contenuto antropologico.

Ma direi che prima ancora dello sforzo delle Nazioni Unite, la saggezza italiana aveva già visto questa connessione tra l'io, tra il me stesso e il benessere, la salute del mio corpo, e lo ha immortalato in quel proverbio meridionale che dice "Quando il corpo sta bene l'anima balla". Non dice "quando il corpo sta bene il corpo balla". Dice una cosa molto più saggia e interessante: quando il corpo sta bene l'anima è quella che balla, cioè, sono io stesso che sento in me l'interazione positiva e gioiosa con me stesso e con il mio intorno. Ci sono implicazioni, in questo caso, filosofiche e antropologiche che quella definizione di salute in qualche modo assume.

Un'ultima considerazione mi sembra necessaria. La percezione del proprio benessere e quindi il personale concetto di salute, è molto diversa negli esseri umani. Visitando l'Africa, di cui ho avuto l'occasione di visitare tutti i suoi paesi, una delle cose che sorprende è come la vicinanza, anzi la convivenza quotidiana, con le malattie e perfino con la morte che lì non è mai un qualcosa *degli altri*, modifica la percezione della nozione di benessere, così diversa da quella che si può avere in Svezia, in Islanda oppure tra di noi.

Ma io penso che anche nell'esperienza comune nelle nostre culture, appare questa diversità nel valutare il "mio" benessere. Quando nelle interazioni sociali di ogni giorno salutiamo le persone con quel saluto cortese "ciao, come stai?", c'è un gruppo di persone che abitualmente ti risponde "benissimo"; altri che abitualmente rispondono "bene"; altri ancora che abitualmente rispondono "benino", altri che addirittura rispondono "si campa". E forse da un punto di vista rigorosamente clinico, quei gruppi diversi di persone condividono un analogo stato di salute. Ma la *percezione* del benessere per ognuno di loro è ben diverso.

Non possiamo adesso non interrogarci anche sulla realtà della malattia. Come spieghiamo la malattia? Non soltanto come analiticamente la spiega un microbiologo, un chirurgo, un ematologo ecc. Ma la malattia, per tutti, che cos'è?

La malattia da un punto di vista personale non è soltanto una reazione ad una aggressione esterna (batterica, virale, neoplastica, metabolica, traumatica). Non è soltanto questo. Ma è anche una realtà *personale*, è una risposta biografica. Ricordo ancora l'affermazione di un grande clinico quando diceva con convinzione anche pedagogica: "*non esistono malattie, esistono malati*". Ogni malato è diverso anche se la malattia è la stessa, perché incide in modo diverso nella sua biografia, nella sua concezione della vita e della morte, nelle sue aspettative, sempre ben diverse negli esseri umani.

Questo fa sì che ogni malattia abbia un elemento biografico; di più, diventa biografia, ma non biografia della malattia, ma biografia *di me stesso*.

L'elemento *personale* configura le malattie umane così come configura anche lo stato di salute e la percezione del benessere. Negli anni 50, ancora come studente di Medicina, un grande clinico di stupende capacità didattiche, cercava di farci capire questa realtà con un esempio che poi raccolse in una delle sue opere più note: "È vero che il bicarbonato di sodio fa sparire rapidamente l'acidità gastrica. Ma come mai alla lunga essa ha un'altra cura definitiva se la suocera dell'ipercloridrico smette di vivere a casa sua? No, la

fisica e la chimica non sono l'unico vero fondamento del sapere medico " E, si potrebbe aggiungere, nemmeno dell'agire medico.

In questa università è stata coniata un'espressione, anzi un concetto, che non è uno slogan pubblicitario, ma è un impegno formale e individuale. È l'espressione, che sta anche nella prima pagina del sito internet: "La persona al centro".

Ora che vuol dire "la persona al centro" e che ha a che vedere questo con l'acidità di stomaco dell'esempio precedente?

Vuol dire: lo studente, *considerato come persona e non come numero*, al centro; il docente, *come persona*, al centro; la ricerca, finalizzata - traslazionale sarebbe la parola tecnica - alla persona; il paziente, *considerato come persona* - e arriviamo al tema che ci occupa questa mattina - al centro.

Questa espressione "la *persona al centro*" è molto suggestiva e forse è anche impegnativa. Ma implica la risoluzione di un problema previo e, a questo punto, inevitabile. Il problema è: come definiamo la persona. Anzi: chi è la persona umana?

Sembra superflua questa domanda o addirittura estranea ad una Facoltà di Medicina. E invece la considero inevitabile. Per riconoscere la sua validità la potremmo riformulare in questi termini: *perché chiamiamo "persona" una persona?* Riconoscere in qualcuno una persona è un'intuizione ovvia. Ma concettualizzare quell'intuizione non è ovvio. Ci vuole il pensiero e la riflessione che vada oltre alla descrizione positivo-sperimentale.

Chiamo *persona* una persona perché scopro in lui quel fenomeno dell'autocoscienza? No, perché quando dorme non ha autocoscienza e non smette per questo di essere persona. Se è l'autocoscienza quello che consente ad una persona di essere persona, allora quando è sotto anestesia non è più persona.

La nostra domanda si scopre più ricca e più enigmatica alla ragione puramente strumentale. Naturalmente si tratta di un quesito premedico o metamedico. Ma, almeno qui, ci sembra indispensabile e sta alla base dell'applicazione medica. Soprattutto perché dalla risposta a questa domanda dipende la possibilità di *trattare le persone come persone*.

Ritorniamo adesso alla domanda che ci ponevamo all'inizio. Che cosa cerca oggi di ottenere la medicina? Che cosa, concretamente qui, in questa Università, cerca di ottenere oggi la medicina?

Lo potrei sintetizzare in 4 punti:

- 1- Curare il paziente.
- 2- Accompagnare il malato nel fine vita.
- 3- Prevenzione della malattia.
- 4- Promozione della salute.

Questi due ultimi obiettivi sono di per se realtà imparentate, ma diverse. Una è la prevenzione della malattia, un'altra è la promozione della salute. In uno dei programmi sviluppati recentemente in questa università, questa distinzione è stata considerata e ha dato luogo a programmi specifici e differenziati.

Per finire, quando si parla di prevenzione non si può evitare di dire almeno una parola su quella che si chiama la "patologia dell'anziano"; io direi meglio "il tema dell'anzianità". Questo per ragioni che sono semplicemente demografiche e statistiche.

La prima cosa che mi viene in mente su questo tema è quella conosciuta espressione di una delle lettere di Cicerone, in cui l'autore diceva "*senectus ipsa est morbus*". Io non conosco lo stato di salute di Cicerone negli ultimi anni della sua vita, però un po' pessimista mi sembra: cioè, che l'anzianità di per sé sia una malattia. Anche se ammiro moltissimo Cicerone, in questo non posso essere più in disaccordo con lui.

L'anzianità non è una malattia. L'anzianità è una fase della vita umana che ha bisogno di certi accorgimenti. Così come un bambino piccolo ha bisogno di molte attenzioni e se ogni 3 ore io non do la poppata al bambino, il piccolo comincia a perdere peso, entra in disidratazione, e alla fine il quadro può aggravarsi rapidamente. E non consideriamo quest'attenzione come dei rimedi straordinari. E' semplicemente quello che quella fase della vita esige. L'anziano esige anche una attenzione che è propria dell'anziano, ma di per sé l'anzianità non è un malattia. Se poi si verifica una malattia, allora viene come tale curata.

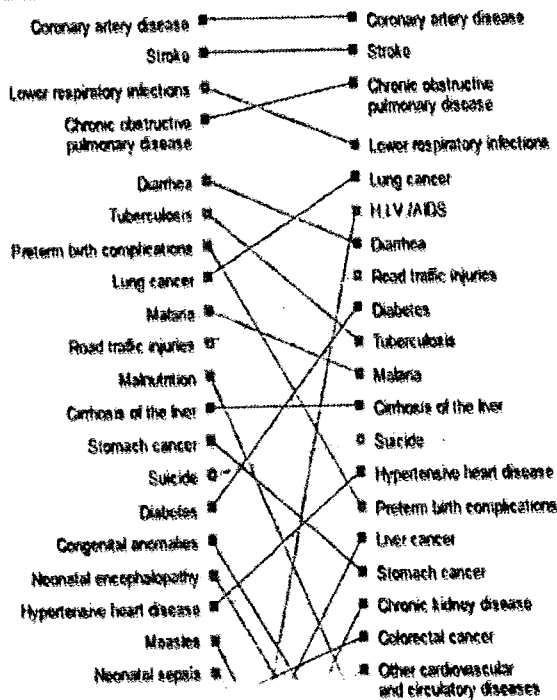
Quindi, con tutto il rispetto per Cicerone che ammiro moltissimo, io cambierei la frase e direi qualcosa come "*Senectus non est ipsa morbus sed vita senecta*"; è, semplicemente, la vita di un anziano.

Anche questo sembra un elemento da considerare quando si pensa in termini di medicina preventiva.

Grazie.

TOP 20 CAUSES OF DEATH IN 1989 ...

... AND IN 2010, WORLDWIDE



UNIVERSITA' CAMPUS BIO-MEDICO DI ROMA  
www.unicampus.it

Fonte: The Lancet, Institute for Health Metrics and Evaluation