

Le politiche pubbliche per la salute in risposta alle cause primarie di morte in Europa: uno sguardo sociologico

di Angela Genova

Premessa

Gli studi di mortalità degli ultimi anni rilevano che in Europa la principale causa di morte nella popolazione sia maschile che femminile, delle fasce di età fino a 29 anni, è rappresentata dagli incidenti stradali. Per le donne fra 35 e i 39 anni, e per gli uomini fra i 30 e i 34 la principale causa di morte è, invece, il suicidio. Intorno ai 40 anni si delineano due trend distinti per genere, che proseguono fino ai 64 anni. La principale causa di morte per gli uomini è l'infarto, mentre per le donne è il tumore al seno. Sopra i 64 anni i due generi sono di nuovo accomunati nella mortalità per malattie cardiovascolari¹.

Gli incidenti stradali e le morti ad essi legati rappresentano un problema che solo marginalmente rientra nel campo della salute pubblica. All'interno dei paesi europei le politiche per la riduzione delle morti per incidenti stradali sono in genere gestite dai ministeri dei trasporti. Per quanto riguarda i suicidi, l'argomento è ancora più complesso e, anche in questo caso, il problema interessa solo di riflesso il settore delle politiche pubbliche per la salute. Le morti per infarto e per tumore rientrano, invece, a pieno titolo nell'area di interesse delle politiche pubbliche per la salute. Nelle pagine che seguono vengono discusse le principali politiche pubbliche per la salute che sono adottate in Europa su questi argomenti. In particolare, nella prima parte prenderemo in analisi le politiche pubbliche per la prevenzione delle patologie cardiovascolari, mentre, nella seconda introdurremo il tema del tumore al seno ed esamineremo le politiche pubbliche per la sua prevenzione nei paesi dell'Unione Europea. Nell'ultima parte del lavoro, invece, proponiamo alcune riflessioni sul tema in analisi.

Presentato dall'Istituto di Sociologia.

¹ B. Abel-Smith; J. Figueras; W. Holland; M. McKee; E. Mossialos, *Choices in Health Policy. An agenda for the European Union*, Adelshot, Dartmouth 1995.; www.who.dk/europeanhealthreport/20020903_3

Le politiche pubbliche per la prevenzione delle patologie cardiovascolari

Per quanto riguarda le *patologie cardiovascolari*, sostanzialmente l'infarto, il fumo è considerato una delle sue cause principali. Le politiche di prevenzione si sono, quindi, articolate intorno a questo tema. Il tabacco è, infatti, una delle principali cause di morte prematura, ma evitabile, fra i cittadini europei². È la principale causa di malattie non solo cardiovascolari, ma anche respiratorie e di numerose forme di tumore: polmone, cavità orale, laringe, esofago, vescica e reni. Gli stati europei sono stati impegnati in diverse politiche pubbliche per ridurre il consumo di tabacco.

Dal 1976 al 1990 il consumo di tabacco nell'UE si è complessivamente ridotto anche se permangono molte differenze fra i diversi paesi. In Danimarca fuma circa il 17% della popolazione, in Olanda il 52%, mentre in Spagna l'83%. La Grecia negli anni '80 è stata caratterizzata dal consumo maggiore di tabacco, mentre una crescita dei consumi si è avuta in Italia e Portogallo. Negli ultimi decenni si è, inoltre, assistito alla crescita dei fumatori fra le donne³. Questo andamento avrà delle ripercussioni sulla salute delle donne nei prossimi anni.

Il consumo di tabacco, come tema di salute pubblica, si presenta un problema complesso che chiama in causa il dibattito relativo al ruolo dell'individuo e dello stato nella gestione e responsabilità della salute considerata come bene del singolo, ma anche dell'intera comunità. La scelta di fumare rientra in un complesso insieme di scelte individuali che definiscono lo stile di vita di ogni membro della società.

Il consumo di tabacco non è omogeneo all'interno dei paesi dell'UE, così come non lo sono le politiche pubbliche per la salute. Abel-Smith individua tre principali approcci: quello fiscale, legislativo ed educativo. La maggior parte dei paesi membri dell'UE impongono un alto livello di tassazione sul tabacco, anche se solo la Francia e L'Inghilterra hanno esplicitato che questo provvedimento rientra nelle strategie per la salute della popolazione⁴. Per quanto riguarda i provvedimenti legislativi si tratta di restrizioni sulla possibilità di pubblicizzare il tabacco e sui luoghi nei quali si può fumare. L'aspetto educativo interessa, invece, numerose attività molto eterogenee fra loro, finalizzate a modificare le scelte del singolo.

Le politiche pubbliche di tipo fiscale, legislativo o educativo sono ac-

² B Abel-Smith; J. Figueras; W. Holland; M. McKee; E. Mossialos, *Choices in Health Policy. An agenda for the European Union*, Adelshot, Dartmouth 1995.

³ B Abel-Smith; J. Figueras; W. Holland; M. McKee; E. Mossialos, *Choices in Health Policy. An agenda for the European Union*, Adelshot, Dartmouth 1995, pp.7-8.

⁴ *Ibid.*, pp. 108.

comunate dall'intento di volere interagire con le scelte della persona che riguardano lo stile di vita. Aumentando il prezzo del tabacco, limitando i luoghi in cui si può fumare e promuovendo campagne educative, le politiche pubbliche intendono scoraggiare la scelta di fumare.

Le politiche pubbliche per la riduzione del consumo di tabacco in Europa sono state soggette a numerose critiche. Doyal⁵ sostiene che le politiche pubbliche contro il fumo, rivolte all'individuo fumatore, in realtà non coinvolgono i veri responsabili del problema: le industrie del tabacco. Gli interventi di politica pubblica, che sono rivolti ai fumatori, intaccano solo marginalmente gli interessi capitalistici delle multinazionali del tabacco.

Rose denuncia i limiti delle politiche per la salute pubblica che puntano a modificare il comportamento individuale⁶. L'autore afferma, infatti, che il comportamento è determinato dalla società e che per modificare il comportamento bisognerebbe agire sulla dimensione sociale e non su quella individuale. Rose sostiene, quindi, il bisogno di sviluppare politiche preventive indirizzate ai fattori che influenzano la salute a livello sociale e strutturale. L'autore suggerisce, infatti, che le politiche preventive siano dirette non verso le categorie che hanno comportamenti che mettono a rischio la salute, ma verso l'intera società⁷.

Lo studio di Syme conferma la modesta efficacia di politiche finalizzate alla modificazione dei comportamenti individuali legati ai fattori di rischio, come per esempio il fumo⁸. La valutazione del Multiple Risk Intervention Trial (MRIT) denuncia che anche se la singola persona cambiasse il suo comportamento, sempre nuove persone continuerebbero ad entrare nella popolazione a rischio per occupare il suo posto. Questa osservazione è piuttosto disarmante e denuncia la complessità del tema.

Nettleton e Bunton ricordano, inoltre, che i cambiamenti nei comportamenti di salute dell'individuo non hanno un impatto uniforme su tutta la popolazione. Supponendo che l'intera popolazione cambiasse il suo stile di vita, per coloro che si trovano in posizioni sociali strutturalmente svantaggiate, il cambiamento avrebbe relativamente poco impatto sullo stato di salute⁹. Lo stile di vita, infatti, rappresenta solo uno degli elementi che contribuiscono alla definizione dello stato di salute della

⁵ L. Doyal, L., *The Political Economy of Health*, London, Pluto Press 1979.

⁶ G. Rose, *Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease*, «British Medical Journal» 282, 1981, pp. 1847-51.

⁷ G. Rose, *The strategy of preventive medicine*, Oxford, Oxford University Press 1992.

⁸ S.L. Syme, *To prevent disease: the need for a new approach*, in *Health and Social organization*, a cura di, D. Blane, E. Brunner e R.G. Wilkinson, London, Routledge 1996.

⁹ S. Nettleton, R. Bunton, *The Sociology of Health Promotion*, London, Routledge 1995, p. 51.

popolazione. La situazione socioeconomica gioca un ruolo altrettanto fondamentale.

La scelta di fumare oltre ad essere una scelta dell'individuo sembra essere una scelta della società, o, meglio, di una sua parte. In che maniera le politiche pubbliche possano intervenire per modificarla rimanda a un tema molto più ampio che riguarda il rapporto fra condizioni di salute e condizioni socioeconomiche. Fra i tassi di mortalità e i fattori socio-economici esiste una correlazione positiva che è stata denunciata da molti studi¹⁰. Wilkinson conferma che il tasso di mortalità è più alto fra i cosiddetti colletti blu che fra quelli bianchi e che questo andamento è evidente per le patologie cardiovascolari, il cancro, le malattie respiratorie, nervose e mentali, nutrizionali e del metabolismo, le infezioni, e gli incidenti¹¹. Il rapporto fra classe sociale e mortalità è inverso solo per il tumore della pelle e del seno. Per il tumore della pelle il dato è spiegabile con una maggiore esposizione al sole da parte delle classi sociali più alte, mentre per il tumore al seno l'argomento è più complesso e ancora da esplorare.

Le politiche pubbliche per la prevenzione delle patologie cardiovascolari nei paesi europei si sono articolate intorno ai tre principali approcci che sono stati individuati da Abel-Smith: quello fiscale, legislativo ed educativo. Alla luce delle ultime considerazioni appare evidente il limite di questi provvedimenti. Gli interventi fiscali, legislativi e educativi delle politiche pubbliche per la prevenzione delle patologie cardiovascolari puntano, infatti, alla modificazione dello stile di vita del singolo soggetto, nel caso specifico, fumatore. La logica sottesa a queste politiche pubbliche per la prevenzione delle patologie cardiovascolari sembra tralasciare del tutto che la scelta di fumare è una scelta strettamente legata alla condizione socio-economica.

La delicatezza e la complessità del tema sembrano emergere in maniera quasi disarmante nel corso degli ultimi decenni. La relazione fra salute, stili di vita e consumi è stato un terreno molto fertile di studio da parte di molti sociologi. Bourdieu¹² rappresenta un punto di riferimento indiscutibile. Nel suo lavoro Bourdieu identifica gli stili di vita come modelli sociali costruiti dall'insieme di scelte su beni e prodotti differenti; fra questi l'alimentazione, i mezzi di trasporto, i mobili, l'abbigliamento, le attività sportive e del tempo libero.

In Inghilterra, negli ultimi decenni, si è sviluppato un ampio dibattito

¹⁰ J. P. Mackenbach, M.H. Bouvier-Colle, E. Jougl, 'Avoidable' mortality and health services: a review of aggregate data studies, «Journal of Epidemiology and Community Health» 44, 1990, pp. 106-11.

¹¹ R. Wilkinson, *Unhealthy Societies. The Affliction of Inequality*, London, Routledge 1996, p. 14.

¹² P. Bourdieu, *Distinction. A Social Critique of the Judgement of Taste*, London, Routledge and Kegan Paul 1984.

to sul rapporto fra consumo di tabacco e condizione socio-economica, in particolare, delle donne. Il numero di donne fumatrici, di età compresa fra i 16 e i 19 anni è, infatti, aumentato¹³. Il tema del fumo in gravidanza è diventato un problema significativo di salute pubblica. I convenzionali interventi di politica pubblica sul tema hanno assunto il carattere educativo. Gli studi di Oakley denunciano il fallimento di queste politiche. Questi provvedimenti, infatti, trascurano di prendere in considerazione gli aspetti socialmente strutturati della vita delle donne fumatrici. La scelta di fumare è inversamente legata al reddito, alla condizione dell'abitazione, all'accesso a un macchinario, al possesso di telefono e di riscaldamento centralizzato¹⁴. Il fumare è anche associato con il numero di bambini in famiglia, specialmente nelle famiglie mono-parentali. Fumare per le donne in condizioni di deprivazione materiale sembra rappresentare un modo per fronteggiare i disagi della loro condizione. Paradossalmente, il fumo danneggia la condizione di salute fisica delle donne, ma può facilitare il loro benessere psichico¹⁵.

Oltre al fumo, gli altri fattori di rischio per le malattie cardiovascolari sono considerati la dieta e l'esercizio fisico. Alcuni autori parlano, infatti, di «trinità del rischio»¹⁶. La dieta è considerata un fattore di rischio oltre che per l'infarto anche per alcuni tipi di tumore. L'alimentazione varia molto fra i diversi paesi europei, secondo la disposizione geografica e le abitudini alimentari. È, quindi, riscontrabile una gran differenza di consumi per i prodotti che possono interagire con la salute della popolazione. Per esempio, un alto consumo di grassi di origine animale è associato con l'insorgenza di malattie vascolari, mentre diete ricche di alcuni tipi di pesce e di verdure hanno un sostanziale effetto protettivo nei confronti delle stesse patologie. Una dieta ricca di fibre ha, inoltre, un valore protettivo nei confronti di certe forme di tumore, principalmente tumore del colon e del retto. Un ruolo preventivo viene anche riconosciuto a sostanze antiossidanti come il beta-carotene contenuto in frutta e verdura fresche. I consumi di alcool hanno invece delle ripercussioni sulle morti per malattie del fegato e cirrosi, ma giocano un ruolo importante anche come causa di incidenti stradali. Durante gli anni '70 e '80 i consumi di alcolici sono notevolmente aumentati nei paesi del nord Europa, in particolare in Danimarca, Olanda e Inghilterra; mentre

¹³ M. Calnan, *Preventing Coronary Heart Disease: Prospects, Policies and Politics*, London, Routledge 1991, p. 50.

¹⁴ A. Oakley, *Smoking in pregnancy: smokescreen or risk factor? Toward a materialist analysis*, «Sociology of Health and Illness» 11 (4), 1989, pp. 311-35.

¹⁵ H. Graham, *Women's Smoking and Family Health*, «Social Science and Medicine» 25, 1987, p. 55.

¹⁶ C.J. Martin; D.V. McQueen, *Readings for a New Public Health*, Edinburgh, Edinburgh University Press 1989.

invece sono parzialmente ridotti nei paesi mediterranei che per tradizione erano caratterizzati da alti consumi¹⁷.

Nei confronti di questi fattori di rischio per le patologie cardiovascolari, l'Italia non si è ancora impegnata in politiche pubbliche specifiche. Altre realtà europee, per esempio l'Inghilterra, sono, invece, da anni impegnati in politiche pubbliche per la salute orientate a stimolare una modificazione nelle scelte alimentari. Il ritardo italiano può essere, in parte, legato al fatto che la dieta mediterranea viene considerata 'sana' al contrario delle abitudini alimentari delle popolazioni dell'Europa continentale e del nord. Oltre a questo fattore, un ruolo forse più decisivo è giocato dalla difficoltà di interferire da parte delle politiche pubbliche in un argomento così soggetto alle leggi del mercato e del marketing come quello dei consumi alimentari.

Le politiche pubbliche sul tema dieta, così come quelle sul fumo, sono state soggette a pesanti critiche. Gli elementi contestati rimandano al controverso tema fra politiche pubbliche rivolte a modificare le scelte dell'individuo o le condizioni strutturali che influenzano la sua salute. Molte delle considerazioni, che abbiamo elaborato per il tema fumo, sono valide anche per le politiche orientate a cambiare la dieta o l'abitudine all'attività fisica. I consumi alimentari non possono essere separati dalle circostanze socio-economiche e dalle strutture interne delle famiglie, come la relazione di genere e la divisione del lavoro. Una dieta sana, infatti, è spesso al di fuori delle possibilità economiche di molte donne con basso reddito¹⁸. Le società occidentali attribuiscono principalmente alla donna la responsabilità della preparazione dei pasti. Le donne, quindi, sono spesso le principali destinatarie di campagne per una dieta più sana. Le politiche pubbliche non prestano, però, attenzione alle effettive possibilità di seguire le indicazioni suggerite. La mancanza di mezzi materiali rischia di avere come risultato quello di accrescere il livello di stress nelle donne e, quindi, di peggiorare le loro condizioni di salute¹⁹. La ricerca di Charles e Kerr, inoltre, rileva che le donne sono responsabili per l'acquisto e la preparazione del cibo nella famiglia, ma che questo non corrisponde alla loro autorità nella scelta dei prodotti da mangiare. Le donne subordinano le loro preferenze a quelle del marito o dei figli²⁰. Le stesse considerazioni interessano anche l'aspetto dell'esercizio fisico.

¹⁷ B Abel-Smith; J. Figueras; W. Holland; M. McKee; E. Mossialos, *Choices in Health Policy. An agenda for the European Union*, Adelshot, Dartmouth 1995, p. 10.

¹⁸ I. Cole-Hamilton, *Food and Poverty in the 1980's*, «Radical Community Medicine» 29, 1987, pp. 37-9.

¹⁹ L. Doyal, *What Makes Women Sick? Gender and the Political Economy of Health*, Basingstoke, Macmillan 1995.

²⁰ N. Charles, e M. Kerr, *Women, Food and Families*, Manchester, Manchester University Press 1988.

Lo stretto rapporto fra posizione sociale e condizione di salute è stato ulteriormente indagato dallo studio di Wilson. L'autore rileva che i paesi, in cui le differenze di reddito fra ricchi e poveri sono maggiori, tendono ad avere condizioni di salute peggiore rispetto ai paesi nei quali le differenze di reddito sono minori. Il nodo cruciale che emerge è, quindi, la relazione fra distribuzione del reddito all'interno di un paese e condizioni di salute della sua popolazione. Sono i paesi più egualitari, invece che quelli più ricchi, che tendono ad avere condizioni di salute migliori²¹.

Aldilà della scelta di un determinato stile di vita, di scelte, quindi, relative anche al consumo di tabacco, di particolari scelte alimentari e di attività fisica, c'è un altro fattore di rischio che sembra emergere per le patologie cardiovascolari: la condizione socio-economica. Alla luce delle considerazioni emerse nell'analisi di Wilkinson, è la distribuzione del reddito in una società che assume un ruolo decisivo nell'influenzare le condizioni di salute della popolazione.

Le politiche pubbliche di prevenzione per il tumore al seno

Il tumore al seno rappresenta la principale causa di morte per la popolazione femminile dai 35 ai 64 anni in Europa. È la forma più frequente di tumore nella donna in Europa. Rappresenta il 28% di tutti i nuovi casi di tumore e causa il 19% delle morti per tumore nelle donne²².

Negli ultimi decenni sono stati fatti progressi memorabili nel suo trattamento. I maggiori passi in avanti hanno, però, interessato la sua prevenzione. Molti studi clinici hanno dimostrato, infatti, che la prognosi per tumore al seno è legata allo stadio in cui la patologia è diagnosticata ed è trattata²³. È stata, quindi, posta molta attenzione alla messa a punto di metodi che possono permettere una sua diagnosi precoce. La mammografia, che è l'esame radiografico del seno, permette, oggi, di riconoscere il tumore nel suo stadio iniziale.

I primi studi che attestarono l'efficacia della mammografia risalgono al 1963. Furono condotti dal Health Insurance Plan of Greater New York che organizzò un programma di screening mammografico. Il termi-

²¹ R. Wilkinson, *Unhealthy Societies. The Affliction of Inequality*, London, Routledge 1996, p. 75.

²² R.J. Black, F. Bray, J. Ferlay, D.M. Parkin, *Cancer incidence and mortality in the European Union: cancer registry and estimates of national incidence for 1990*, «European Journal of Cancer» 33, 1997, pp. 1075-107.

²³ I. Andersson *et al.* *Mammography Screening and Mortality From Breast Cancer: the Malmo mammographic screening trial*, «British Medical Journal» 1988, p. 943.

ne screening, di evidente origine anglosassone, è da anni entrato nel vocabolario della prevenzione anche in Italia. Con questo vocabolo si deve intendere un esame sistematico condotto, con mezzi clinici, strumentali o laboratoristici, nella popolazione nel suo insieme o in un sottogruppo di essa, volto ad identificare o malattie in fase preclinica, o precursori/indicatori della malattia, o indicatori di situazioni a rischio²⁴. Nel caso specifico del tumore al seno, per screening mammografico intendiamo definire l'utilizzo di un esame radiologico su donne apparentemente sane al fine di scoprire quelle con tumore al seno non ancora riconosciuto²⁵.

Lo studio condotto a New York rilevò una riduzione del 30% nella mortalità per tumore al seno fra le donne di età compresa fra i 40 e i 64 anni²⁶. Analoghi risultati furono riscontrati in Svezia, dove, nel 1977, ebbe inizio un altro programma di screening mammografico²⁷. Lo studio svedese è noto come lo 'studio delle due contee'. Altri due studi condotti in Olanda compararono la mortalità per tumore al seno in due gruppi di donne, uno che aveva preso parte al programma di screening e l'altro che invece non ne aveva preso parte. I risultati di questi studi confermarono una riduzione della mortalità legata allo screening. In particolare, gli studi olandesi sostennero che le probabilità di morire per tumore al seno per una donna che si era sottoposta a screening si riducevano fra un mezzo e un terzo rispetto a quelle di una donna che non avevano preso parte allo screening²⁸. Nel 1985, Tabar enfatizzò i risultati positivi nella riduzione della mortalità legata alla diagnosi precoce per il tumore al seno sulla base dei risultati dello studio di New York, di quello svedese e di quelli olandesi²⁹.

L'efficacia delle screening mammografico fu, però, messa in discussione da una serie di studi epidemiologici, che furono pubblicati sulle stesse riviste scientifiche mediche sulle quali erano apparsi i precedenti studi

²⁴ C. Hugod, J. Fog, *Screening why, when, and how?*, in *Screening in Medicina*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore 1996.

²⁵ P. Forrest, *Breast Cancer Screening. Report to the Health Ministers of England, Wales, Scotland & Northern Ireland*, London, Her Majesty's Stationery Office 1986, p. 11.

²⁶ S. Shapiro, W. Venet, P. Strax, L. Venet, R. Roeser, *Ten-to Fourteen-Year Effect of Screening on Breast Cancer Mortality*, «Journal of National Cancer Institutes» 69 (2), 1982, pp. 349-355.

²⁷ L. Tabar, A. Gad, L.H. Holmberg, U. Ljungquist, C.J.G. Fagerberg, L. Bal-dentorp *et al.*, *Reduction in Mortality From Breast Cancer After Mass Screening with Mammography*, «The Lancet» 1985, pp. 829-832.

²⁸ A.L.M. Verbeek, R. Holland, F. Stutmans, J.H.C.L. Hendriks, M. Mravunac, N.E. Day, *Reduction of Breast Cancer Mortality Through Mass Screening With Modern Mammography*, «The Lancet» 1984, pp. 1222-1226.

²⁹ L. Tabar, A. Gad, L.H. Holmberg, U. Ljungquist, C.J.G. Fagerberg, L. Bal-dentorp *et al.*, *Reduction in Mortality From Breast Cancer After Mass Screening with Mammography*, «The Lancet» 1985, pp. 829-832.

che ne sostenevano l'efficacia. Nel 1988, sul *British Medical Journal*³⁰, fu pubblicato l'accesso dibattito sull'efficacia dello screening mammografico di massa. In particolare, Warren sostenne la validità dei risultati degli studi dell'Health Insurance Plan di New York e di quello 'delle due contee' svedesi. Aggiunse, inoltre, che i benefici della mammografia di massa riguardavano oltre alla riduzione della mortalità anche la riduzione della morbosità e la possibilità di effettuare interventi chirurgici meno invadenti grazie alla diagnosi precoce. In contrapposizione, Skrabanek contestò i risultati dello studio svedese sostenendo che la mortalità nel gruppo delle donne sottoposte a screening era stata invece di poco superiore a quello del gruppo di controllo. L'autore sottolineò, inoltre, una serie di imperfezioni metodologiche che smentivano la validità dello screening. Furono anche messe in evidenza i problemi legati alla 'sovradiagnosi' (overdiagnosis) e al trattamento eccessivo ad essa legato, e, quindi, all'ansia e alla paura generate dallo screening.

L'articolo di Gotzsche e Olsen, sul *The Lancet*, del 2000, confermò la non giustificabilità dello screening mammografico, accusando lo studio svedese di essere parziale, viziato. Gli autori sostennero, infatti, che ammesso che ci fossero benefici molto modesti dello screening, il rapporto fra benefici e danni sarebbe molto delicato³¹.

Gli effetti sulla riduzione della mortalità per tumore al seno, per le donne di età compresa fra i 40 e i 49 anni furono oggetto di ulteriore dibattito. Shapiro³² sostenne, infatti, che gli studi effettuati non erano sufficienti a confermare l'efficacia anche per quella fascia di popolazione a rischio. Al contrario, nel 1999 comparve un articolo sul *The Lancet* che affermò che lo screening mammografico presentava dei vantaggi anche per le donne al di sotto dei 50 anni³³.

Gli studi sopra presentati rappresentano le principali ricerche epidemiologiche sull'efficacia della prevenzione secondaria per il tumore al seno, per la popolazione femminile a rischio. Sulla base dei risultati epidemiologici che sostenevano l'efficacia dello screening mammografico, alcuni paesi europei promossero politiche pubbliche specifiche per la prevenzione secondaria del tumore al seno attraverso programmi di screening mammografico o per l'intera popolazione femminile in età a rischio, o per alcune fasce di età.

³⁰ R. Warren, P. Skrabanek, *The Debate Over Mass Screening in Britain*, «British Medical Journal» 297, 1988, pp. 969-972.

³¹ P.C. Gotzsche, O. Olsen, *Is screening for breast cancer with mammography justifiable?*, «The Lancet» 355, 2000, pp. 129-134.

³² S. Shapiro, W. Venet, P. Strax, L. Venet, R. Roeser, *Ten-to Fourteen-Year Effect of Screening on Breast Cancer Mortality*, «Journal of National Cancer Institute» 69 (2), 1982, pp. 349-355.

³³ F.E. Alexander *et al.*, *14 years of follow-up from the Edinburgh randomised trial of breast-cancer screening*, «The Lancet» 353, 1999, pp. 1903-1908.

Lo screening mammografico è oggi disponibile, a richiesta, in tutti gli stati membri dell'UE. Solo in pochi, però, il tema è stato al centro di specifiche politiche pubbliche che hanno promosso programmi di screening sistematici. Nell'UE solo l'Olanda, il Regno Unito, la Finlandia, Svezia e il Lussemburgo, possiedono un programma nazionale di screening con specifici registri della popolazione, inviti sistematici e sistemi di follow-up nei casi di diagnosi positiva.

L'Olanda è stato uno dei primi paesi nel mondo in cui è stato avviato il programma di screening mammografico. L'Olanda, infatti, è stata la sede di una delle prime ricerche sull'efficacia della mammografia. Lo studio ha interessato la città di Utrecht e di Nijmegen e sulla base dei suoi risultati nel 1987 è stata avviata l'implementazione della politica di prevenzione per il tumore al seno a livello nazionale. Il programma di screening in Olanda prevede l'esame mammografico gratuito per tutte le donne di età compresa fra i 50 e i 69 anni, da effettuare ogni due anni. Nel 1987 è stata stabilita una commissione di coordinamento nazionale con il compito di produrre delle linee guida per assicurare la qualità del servizio. È stato istituito un centro nazionale di riferimento con la responsabilità di formare il personale coinvolto nel programma. In Olanda è stato, inoltre, effettuato uno studio sulla riduzione delle morti e dei costi legati al programma di screening e i risultati hanno confermato l'efficacia della politica preventiva. Nel 1993 è stata effettuata un'ulteriore valutazione che ha confermato le strategie della politica. La politica preventiva per il tumore al seno in Olanda è stata capace di coinvolgere nel programma l'80% circa della popolazione interessata. Un risultato indiscutibilmente apprezzabile.

In Inghilterra il programma di screening mammografico è stato introdotto nel 1987 sulla base della valutazione fatta da una commissione di esperti presieduta da Forrest. Questa politica preventiva è coordinata a livello nazionale dall'NHS. È stato istituito il ruolo del coordinatore nazionale con la funzione di assicurare la qualità del servizio, la formazione degli operatori, le attività educative e informative legate al programma e la circolazione delle sue linee guida. Il servizio è offerto gratuitamente alla popolazione femminile di età compresa fra i 50 e i 64 anni che viene periodicamente invitata a sottoporsi a mammografia. L'esame radiologico è, invece, disponibile per le donne al di sopra dei 64 anni che ne facciano richiesta, sempre gratuitamente. Nel 1990 dei 77 centri previsti ne erano attivi 66. La politica preventiva è stata pienamente implementata dal 1992. L'adesione al programma è di poco superiore al 70% della popolazione target.

Nel Lussemburgo la politica di prevenzione secondaria per il tumore al seno è stata avviata dal 1992. Le spese per l'esame mammografico sono coperte dall'assicurazione per le malattie. Il programma ha un raggio di azione nazionale e interessa tutte le donne di età compresa fra i

50 e i 65 anni. L'esame mammografico viene offerto all'interno sia di strutture pubbliche che private. Particolare attenzione è rivolta alla qualità del servizio e alle strategie di coinvolgimento della popolazione interessata. Per una buona riuscita del programma di screening la politica di prevenzione ha puntato sul coinvolgimento attivo dei medici curanti.

In Finlandia le politiche di prevenzione per il tumore al seno offrono lo screening mammografico, gratuito, a tutte le donne dai 50 ai 69 anni. Il programma è finanziato e organizzato dalle municipalità locali in cooperazione con i distretti ospedalieri e con la Società Finnica per il Cancro³⁴

In Svezia, in questi ultimi anni le politiche di prevenzione secondaria per il tumore al seno hanno acceso un ampio dibattito sull'efficacia dei programmi di screening mammografico. Durante gli anni '80 la Svezia è stata la sede di una dei primi studi scientifici sull'argomento. La ricerca è conosciuta come lo 'studio delle due contee' e sostiene l'efficacia della mammografia nei termini di vite salvate. I risultati dello studio hanno incrementato la domanda per il servizio di screening mammografico da parte della popolazione anche se il dibattito sulla sua efficacia rimane ancora aperto. Alcuni studi successivi hanno, infatti, contestato i risultati del celebre studio delle due contee. Alla luce delle recenti controversie nel 1996 la contea di Alvsborg prese la decisione di sospendere il programma di screening. Ma la popolazione si oppose alla decisione e la decisione fu revocata³⁵ (Holland *et al.*, 1999: 348). L'argomento è diventato molto scottante anche all'interno del mondo politico.

Negli altri paesi dell'UE le politiche pubbliche per la prevenzione del tumore al seno, non hanno ancora assunto la forma di programmi di screening organizzati.

In Spagna non esiste una politica pubblica di prevenzione secondaria del tumore al seno a livello nazionale. Alcune Comunità Autonome hanno, però, sviluppato dei programmi locali di screening mammografico. Dal 1990 è attivo un programma di screening nella regione Navarra, con una partecipazione del 85% della popolazione interessata. In Galizia lo screening è stato avviato dal 1992 con una adesione del 70%. A Rioja nel 1993 con un coinvolgimento dell'82% della popolazione. Negli ultimi anche altre realtà locali si sono attivate nell'organizzazione dei programmi di screening³⁶.

Per quanto riguarda la Germania, invece, la partecipazione ai programmi di screening è ampiamente incoraggiata. Dal 1971 è stato avviato

³⁴ W. Holland *et al.*, *Public Health Policies in the European Union*, Aldershot, Ashgate 1999, p. 328.

³⁵ W. Holland *et al.*, *Public Health Policies in the European Union*, Aldershot, Ashgate 1999, p. 348.

³⁶ W. Holland *et al.*, *Public Health Policies in the European Union*, Aldershot, Ashgate 1999, p. 160.

un programma di screening per diversi tipi di tumori. Le politiche di prevenzione, infatti, hanno interessato oltre al tumore al seno, anche quello della cervice uterina, quello colon-rettale, della prostata e della pelle. In questi ultimi anni, però, l'efficacia dello screening mammografico è stata rimessa in discussione anche in questo paese³⁷.

In Danimarca l'introduzione del programma di screening mammografico è stata ampiamente sostenuta dalle organizzazioni dei malati, ma vi è stata una riluttanza politica a questo tipo di politiche per i costi che ne deriverebbero e per il disaccordo all'interno della classe medica sulla sua efficacia³⁸.

In Grecia manca una politica specifica di prevenzione secondaria per il tumore al seno. L'esame mammografico è disponibile, ma è assente una sistematica organizzazione nazionale. Molte donne si rivolgono al settore privato senza nessuna garanzia di follow up nel caso di diagnosi di tumore³⁹.

In Irlanda dal 1996 è stata avviata una politica di prevenzione per il tumore al seno con l'attivazione di un sistema di screening mammografico solo nella zona nord est del paese. La politica di prevenzione è stata estesa negli ultimi anni e ulteriori fondi sono stati stanziati per il suo sviluppo.

In Italia solo negli ultimi anni sono stati avviati dei programmi di screening che rimangono, però, solo episodici e geograficamente circoscritti.

In breve, è possibile identificare a livello europeo un trend comune caratterizzato dalla promozione di screening mammografici che vengono, nella maggior parte dei paesi europei, riconosciuti come validi strumenti di riduzione della mortalità per tumore nelle donne. È, quindi, ipotizzabile una crescita di questo strumento di prevenzione.

Riflessioni sulle politiche pubbliche degli ultimi decenni: il rischio e l'imperativo di salute

Nella prima parte del lavoro ci siamo soffermati ad analizzare le principali politiche pubbliche che gli stati europei hanno elaborato in risposta alle cause primarie di morte per la popolazione fra i 40 e i 64

³⁷ B. Abel-Smith, J. Figueras, W. Holland, M. McKee, E. Mossialos, *Choices in Health Policy. An agenda for the European Union*, Adelshot, Dartmouth 1995, p. 107.

³⁸ W. Hollandet al., *Public Health Policies in the European Union*, Aldershot, Ashgate 1999, p. 101.

³⁹ W. Hollandet al., *Public Health Policies in the European Union*, Aldershot, Ashgate 1999, p. 139.

anni: infarto e tumore al seno. Che cosa emerge dall'analisi di queste politiche?

Il protagonista delle politiche pubbliche per la prevenzione delle patologie cardiovascolari e del tumore al seno è il concetto di *fattore di rischio*.

Le politiche pubbliche per la salute in Europa durante gli anni '80 e '90 si articolano intorno al concetto di fattore di rischio. Il fumo, la dieta e l'attività fisica sono riconosciuti fattori di rischio per le malattie cardiovascolari. Le politiche pubbliche per la prevenzione di queste patologie hanno preso la forma di interventi di prevenzione primaria. Interventi, quindi, finalizzati alla prevenzione dell'insorgenza delle malattie. Nelle pagine precedenti siamo andati a fondo a questo tema e abbiamo rilevato che fumo, dieta e attività fisica sono fattori di rischio che giocano, però, un ruolo secondario rispetto ad altri. La scelta di fumare, così come quella relativa ai consumi alimentari e all'attività fisica, è strutturalmente legata a condizioni socio-economiche di deprivazione. La logica delle politiche pubbliche per la prevenzione primaria delle malattie cardiovascolari ignora questo aspetto e si focalizza sulla responsabilità individuale. Questa strategia viene definita *victim blaming* perché tende ad assumere un atteggiamento colpevolizzante nei confronti delle scelte dello stile di vita del singolo, negando così i rapporti fra stile di vita e condizione socio-economica⁴⁰. L'essere in una condizione di deprivazione economica e sociale rappresenta la prima condizione di rischio per molte patologie. La complessità del tema, però, ha generato un diffusa incapacità di promuovere politiche pubbliche per la salute orientate ad agire su questo principale fattore di rischio.

Per quanto riguarda le politiche di prevenzione del tumore al seno nella donna, ci troviamo di fronte a un classico esempio di politiche di prevenzione secondaria. Si tratta, infatti, della promozione di pratiche di screening che permettono la diagnosi precoce del tumore al seno e, quindi, il suo trattamento medico anticipato. Le scelte di politiche di prevenzione secondaria per il tumore al seno hanno origine da alcuni studi epidemiologici che hanno sostenuto l'efficacia dello screening mammografico. Nei paesi in cui lo screening mammografico è diventato politica pubblica, i risultati di altri studi scientifici che contestavano l'efficacia della prevenzione secondaria sembrano essere stati del tutto ignorati. Il protagonista, anche in questo caso è, però, sempre il fattore di rischio. Non si tratta di fattori legati a scelte di stile di vita o di appartenenza di classe. Il tumore al seno colpisce tutte le donne. Al contrario delle malattie cardiovascolari, è stata documentata una relazione positiva fra appartenenza a classi sociali più alte e insorgenza del tumore. Nel caso del

⁴⁰ P. Bourdieu, *Distinction. A Social Critique of the Judgement of Taste*, London, Routledge and Kegan Paul 1984.

tumore al seno il fattore di rischio principale è rappresentato dalla sola condizione di essere donna e in età superiore ai 35 anni.

Il rischio è diventato l'elemento fondante delle politiche pubbliche per la salute, ma non solo. Il rischio sembra essere diventato una cifra caratterizzante le società occidentali⁴¹. Nel suo uso originario il termine 'rischio' possiede un carattere neutro. Si riferisce, infatti, alla possibilità o alla probabilità matematica che un evento accada. Oggi, invece, la stessa parola è caricata di un rimando semantico negativo⁴². Rischio, infatti, è associato a pericolo e, in generale, a qualcosa dal quale allontanarsi. Secondo l'analisi di Douglas la stessa parola 'rischio' ha assunto una nuova rilevanza sociale nelle società occidentali. È diventata un costrutto culturale fondamentale e, quindi, un'occasione privilegiata di studio della società. La parola rischio, con le sue implicazioni politiche e morali, è, per esempio, assente dalla lingua giapponese⁴³.

Lupton individua due principali categorie di rischio: quella dei rischi *esterni* e quella dei rischi *interni*. La prima è dovuta a fattori che non possono essere controllati dagli individui. Si tratta, quindi, della tipologia di rischi presentata da Beck⁴⁴: rischi ambientali considerati come un paradosso della tarda modernità⁴⁵. Beck denuncia, infatti, che i progressi fatti dall'uomo e lo sviluppo industriale hanno determinato la crescita del numero degli elementi che mettono in pericolo l'ecosistema e la salute della popolazione. La tarda modernità è caratterizzata non più dalla produzione di ricchezza, di beni e prodotti, ma dalla proliferazione di rischi e pericoli che derivano dall'industria e dalla scienza fuori controllo. Secondo l'analisi di Beck i rischi che caratterizzano la nostra società oggi sfuggono a un controllo immediato dei sensi, sono, infatti invisibili; un esempio è rappresentato dalle tossine nel cibo, dalla radioattività, dalla minaccia nucleare, dall'inquinamento dell'aria e dell'acqua⁴⁶. Il pericolo, riformulato nel termine 'rischio' sembra, quindi, emergere dal comportamento umano, essere un prodotto inevitabile delle società di oggi.

I rischi *interni*, invece, sono conseguenza dello stile di vita dell'individuo e sono portati alla luce dalla biomedicina e dall'epidemiologia. Le politiche pubbliche per la salute in Europa dopo gli anni '70 sono state

⁴¹ U. Beck, *Risk Society: Towards a New Modernity*, London, Sage 1992; A. Giddens, *The Consequences of Modernity*, Cambridge, Polity Press 1990; M. Douglas, *Come Percepiamo il Pericolo. Antropologia del rischio*, Milano, Feltrinelli 1991.

⁴² M. Douglas, *Come Percepiamo il Pericolo. Antropologia del rischio*, Milano, Feltrinelli 1991, p. 200.

⁴³ M. Douglas, *Come Percepiamo il Pericolo. Antropologia del rischio*, Milano, Feltrinelli 1991, p. 157.

⁴⁴ U. Beck, *Risk Society: Towards a New Modernity*, London, Sage 1992.

⁴⁵ D. Lupton, *The Imperative of Health. Public Health and Regulated Body*, London, Sage 1995, p. 80.

⁴⁶ U. Beck, *Risk Society: Towards a New Modernity*, London, Sage 1992, pp. 21-23.

fondamentalmente orientate verso questa seconda tipologia di rischi, i rischi legati agli stili di vita. L'epidemiologia ha sviluppato la capacità di fornire un'analisi dei rischi e di conseguenza ha diviso la popolazione in gruppi separati per fattori di rischio. Tutta la popolazione è stata scomposta in funzione della sua appartenenza a specifici fattori di rischio. Ogni singola fascia di età è diventata a rischio per particolari patologie. Come già messo in evidenza, gli uomini al di sopra dei 40 anni sono a rischio di infarto, mentre le donne di morire per il tumore al seno. Se a questo fattore anagrafico si aggiungono altri fattori di rischio come il fumo, lo stress si definisce una sotto categoria etichettata ad 'alto rischio'.

Nel panorama bibliografico anglosassone non mancano le critiche a questo approccio epidemiologico. Lupton, in particolare, denuncia che il discorso sui fattori di rischio, così come viene utilizzato dall'epidemiologia, tende a oscurare la complessità e la dimensione sociale della malattia (Lupton D., 1995: 83).

Despite the inevitable uncertainties and 'fuzziness' of epidemiological knowledge, it (epidemiology) tend to be taken up by contemporary public health practitioners and presented to members of the lay public via health education and health promotion as a set of objective and given 'truths'⁴⁷.

Nel caso specifico delle politiche di prevenzione secondaria per i tumori nella donna, Lupton denuncia che il ruolo di dominio ricoperto dal modello biomedico e dal quello epidemiologico ha limitato le ricerche riguardo alle conseguenze pratiche ed etiche di questo tipo di pratiche condotte nel nome della salute pubblica⁴⁸. Lo stesso aspetto è evidenziato da Castel:

One finds not a trace of any reflection on the social and human cost of this new witch-hunt. For instance, there are the 'iatrogenic aspects of prevention'⁴⁹.

Castel muove oltre l'analisi e denuncia che le politiche pubbliche per la salute, che promuovono le strategie preventive, sembrano dissolvere la nozione di 'soggetto' come individuo concreto e sembrano, invece, mettere al suo posto una combinazione di 'fattori', i fattori di rischio⁵⁰. Le politiche di prevenzione non sono quindi più dirette a individui, ma a fattori di rischio, correlazioni statistiche di elementi eterogenei. Le nuove

⁴⁷ A. Peterson; D. Lupton, *The New Public Health. Health and self in the age of risk*, London, Sage 1996, p. 59.

⁴⁸ D. Lupton, *The Imperative of Health. Public Health and Regulated Body*, London, Sage 1995, pp. 82-83.

⁴⁹ R. Castel, *From dangerous to risk*, in *The Foucault Reader-Studies in Governmentality*, London, Harvester Wheatsheaf 1991, p. 289.

⁵⁰ *Ibid.*, p. 281.

politiche pubbliche per la salute decostruiscono il soggetto e ricostruiscono una combinazione di fattori responsabili di produrre rischio⁵¹,

Figlio rileva che nelle scelte di politica pubblica per la salute sono presenti alcuni fattori importanti che vengono drammaticamente messi in secondo piano. Secondo la teoria psicoanalitica di Figlio, infatti, l'identificazione di gruppi a rischi conduce la società a proiettare alcune delle sue ansie più presenti verso questi specifici gruppi. Questo particolare processo consente al resto della società di sperimentare la sensazione di essere *sani*⁵².

Nelle società occidentali il rischio, «grazie a un complesso tentativo di ridurre l'incertezza è diventato una decorazione sulla parola *pericolo*»⁵³. Il merito degli studi di Douglas risiede nell'aver riconosciuto il rischio come un modo di pensare, un espediente molto artificiale, generato dalla codifica che la società fa dei pericoli⁵⁴. Il concetto di rischio è, quindi, culturalmente determinato e la sua percezione è una reazione culturalmente standardizzata che implica un carattere fortemente politico e morale⁵⁵. In ogni luogo, in ogni passo, in ogni boccone, vi sono, probabilmente, innumerevoli pericoli. L'agente razionale che volesse prestare attenzione a tutti i pericoli resterebbe paralizzato. Nell'interazione sociale ha luogo quel processo di decodificazione dei pericoli e, quindi, di costruzione dei rischi che implica la loro selezione: alcuni vengono incoraggiati, altri ignorati. L'autrice attribuisce a questo processo il carattere di 'politico' perché legato ad atteggiamenti verso l'autorità e l'ordine. Douglas sostiene, inoltre, che i giudizi morali della collettività giocano un ruolo fondamentale nel reclamizzare con grande efficacia alcuni rischi e nel non farne percepire altri⁵⁶.

Le politiche per la salute pubblica si basano sulla selezione di alcuni rischi e nel far questo compiono un'azione che ha dei risvolti sia politici che morali. Per quanto riguarda la dimensione politica, il processo di selezione di alcuni rischi nelle politiche pubbliche per la salute è, infatti, una manifestazione del potere diffuso che caratterizza le società occidentali di oggi⁵⁷. Attraverso le politiche per la salute si veicola quella forma di potere che caratterizza le società moderne e che opera non attraverso

⁵¹ *Ibid.*, p. 288.

⁵² K. Figlio, *Unconscious aspects of health and the public sphere*, in *Crises of the Self. Further Essays on Psychoanalysis and Politics*, London, Free Association Books 1989, p. 94.

⁵³ M. Douglas, *Come Percepiamo il Pericolo. Antropologia del rischio*, Milano, Feltrinelli 1991, p. 157.

⁵⁴ M. Douglas, *Come Percepiamo il Pericolo. Antropologia del rischio*, Milano, Feltrinelli 1991, pp. 89, 165.

⁵⁵ *Ibid.*, p. 158.

⁵⁶ *Ibid.*, p. 82.

⁵⁷ M. Foucault, *The eye of power*, in *Power/Knowledge: Selected Interviews and Other Writings, 1972-1977*, New York, Pantheon Books 1980b, pp. 146-65.

la repressione, la violenza, la coercizione diretta o il controllo spudorato, ma attraverso la creazione di conoscenze da parte di esperti sull'essere umano e sulla società. Nel caso delle politiche per la salute pubblica, il potere appartiene agli esperti che lo esercitano nel nome della salute della popolazione. In questa prospettiva interpretativa, Lupton riconosce che le politiche pubbliche per la salute degli ultimi decenni sono la forma più recente di una serie di regimi di potere e conoscenza che sono orientati alla regolazione e sorveglianza dei corpo individuali e del corpo sociale come insieme⁵⁸.

Durante gli anni '80 le nuove politiche per la salute si diffondono e una nuova medicina, chiamata da Armstrong 'medicina di sorveglianza', prende piede nei paesi occidentali⁵⁹. Le politiche di prevenzione per le malattie cardiovascolari e per il tumore al seno rappresentano un esempio indicativo. La popolazione normale diventa bersaglio di sorveglianza. La sorveglianza della popolazione a rischio, diventa una caratteristica degli interventi di welfare degli ultimi decenni. Le donne di età compresa fra i 50 e 69 anni sono, per esempio, state identificate in una condizione a rischio per il tumore al seno. Un'altra categoria a rischio è, invece, rappresentata da uomini e donne che fumano. E, ancora, le donne dai 25 ai 60 anni sono a rischio per il tumore alla cervice uterina e, quindi, sono invitate a sottoporsi all'esecuzione di un esame citologico vaginale (Pap test). I rischi hanno, quindi, suddiviso l'intera popolazione in innumerevoli gruppi che si intersecano e si sovrappongono fra loro, accomunati dalla condivisione di alcuni fattori di rischi.

Il «processo di assistenza sanitario continuo»⁶⁰ è stato presentato e supportato dall'OMS, attraverso la valorizzazione del *Primary Health Care*. La «medicina di sorveglianza»⁶¹ ha preso piede con la diffusione dei fattori di rischio e, quindi, con la dissoluzione delle categorie cliniche di salute e malattia. L'intera popolazione è ricondotta all'interno della rete di visibilità medica. Uno degli elementi fondanti della medicina della sorveglianza è, infatti, la problematizzazione del normale: tutti i membri della società appartengono almeno a una categoria a rischio. Nelle società occidentali, intorno agli anni '70 e '80, attraverso la *New Public Health*⁶², giunge a compimento quel processo di medicalizzazione

⁵⁸ D. Lupton, *The Imperative of Health. Public Health and Regulated Body*, London, Sage 1995, p. 3.

⁵⁹ Armstrong, David, *The rise of surveillance medicine*, «Sociology of Health and Illness» 17 (3), 1995, pp. 393-404.

⁶⁰ WHO, *Alma-Ata 1978. Primary Health Care*, Geneva, World Health Organization 1978.

⁶¹ Armstrong, David, *The rise of surveillance medicine*, «Sociology of Health and Illness» 17 (3), 1995, pp. 393-404.

⁶² J. E. Ashton, H. Seymour, *The New Public Health*, Milton Keynes, Open University Press 1988.

le cui origini sono state rintracciate da Foucault nelle politiche pubbliche per la salute del diciannovesimo secolo. I confini sfuocati fra salute e malattia, e fra normale e patologico richiedono che la medicina lasci il letto del paziente in ospedale e volga l'attenzione verso l'intera società. Il processo di medicalizzazione della vita quotidiana viene sostenuto dall'introduzione del concetto di *rischio*. Il concetto di fattore di rischio apre lo spazio a una infinita possibilità di potenziali patologie. Le politiche pubbliche per la salute, dall'inizio degli anni '80, si basano sulla drammatica constatazione del ruolo assunto dai fattori di rischio come causa di malattie. L'epidemiologia assurge a un ruolo primario nella definizione delle nuove politiche pubbliche nell'Europa occidentale a partire dagli anni '70.

La dimensione politica delle politiche pubbliche è strettamente vincolata con quella morale. Le politiche pubbliche per la salute, in risposta alle cause primarie di morte in Europa, si identificano, infatti, con politiche di prevenzione primaria e secondaria. Questo tipo di politiche puntano a promuovere nell'individuo la scelta della prevenzione delle malattie cardiovascolari e del tumore al seno. Si tratta di politiche per la salute pubblica che intendono interferire con le scelte di vita del cittadino, e che per far raggiungere questo obiettivo veicolano un forte messaggio morale. L'epidemiologia sancisce il valore della prevenzione. La prevenzione 'deve' essere, quindi, seguita. Le istituzioni promuovono la prevenzione, attraverso messaggi dagli evidenti connotati morali. Per esempio, "il fumo nuoce gravemente alla salute" "Il fumo nuoce alle persone che vi circondano" sono messaggi che sembrano dire: se fumi ti ammalerai e farai ammalare anche chi ti circonda, quindi, fumare non è 'bene' né per te, né per la società. Nel caso in cui una malattia cardiovascolare o un tumore viene diagnosticato a un membro della società che è un fumatore, ecco che scatta il meccanismo della colpevolizzazione della vittima. Lo stesso avviene per la diagnosi di tumore in generale, compreso il tumore al seno.

Sontag presenta un'analisi dei discorsi metaforici che accompagnano alcune malattie nella società moderna. Le metafore e stigmatizzazioni di alcune patologie rivelano il modo in cui una società interpreta, spiega, risponde alle malattie che da sempre hanno accompagnato la vita dell'uomo. La malattia diventa una costruzione sociale. Un esempio è dato dal confronto fra la tubercolosi e il tumore. Sontag⁶³ rileva, infatti, che la prima è stata mitizzata come malattia presente nel romanzo, nelle passioni, come segno di ardore, di languida eleganza, che conduce a una morte nobile e spesso lirica. Al contrario, il cancro è una malattia incontrollata, di crescita anormale che invade il corpo, una malattia delle società

⁶³ S. Sontag, *Illness as Metaphor and AIDS and its Metaphors*, New York, Anchor 1990.

industriali e che viene legata alla repressione dei sentimenti. Il cancro, quindi, è una malattia della quale vergognarsi, una metafora del male. Nelle società occidentali, il cancro viene, spesso, rappresentato come punizione per uno stile di vita non sano, come risposta ad avere scelto di correre dei rischi, ad una mancanza di volontà⁶⁴. Per riscattarsi dal timore di essere vittima non solo di una malattia spesso inguaribile, ma in più di una colpevolizzazione delle società, ecco che la donna 'deve' sottoporsi a mammografia, anche se la validità della sua efficacia è provata da alcune ricerche epidemiologiche, ma da altre è addirittura contestata.

Le politiche pubbliche di prevenzione primaria per le malattie cardiovascolari, e di prevenzione secondaria per il tumore al seno si basano sull'assunzione del concetto di fattore di rischio. L'epidemiologia ha prodotto una lunga lista di elementi o condizioni che possono mettere a rischio, in pericolo, la nostra salute. La scientificità degli studi epidemiologici non svincola, però, il rischio dal suo essere culturalmente costruito e, quindi, storicamente determinato. La selezione dei rischi che una società effettua è funzionale all'esistenza della stessa unità sociale⁶⁵.

La scomposizione del soggetto e il protagonismo dei fattori di rischio rappresentano il presupposto delle politiche pubbliche sopra discusse. Douglas afferma che l'uso che una società fa dei rischi rappresenta una particolare tecnica di coercizione. La cultura mira a utilizzare i pericoli come un'arma di contrattazione, ma ogni tipo di cultura seleziona generi diversi di pericolo per i suoi fini autoconservativi⁶⁶. In particolare, selezionando alcuni rischi la società può mettere in atto una strategia che le permette di addossare la colpa alla vittima favorendo così il controllo sociale interno. Allo stesso modo, selezionando altri rischi la società addossa la colpa a un nemico esterno contribuendo così ad aumentare la fedeltà⁶⁷ e la coesione interna. Come messo in evidenza, le politiche di prevenzione sopra discusse si caratterizzano per un processo di colpevolizzazione della vittima, che si basa sul carattere morale e politico veicolato nelle politiche per la salute pubblica.

Le scelte di politica pubblica per la salute sono scelte funzionali al mantenimento della società stessa. Interessi morali e interessi politici rappresentano il risvolto della selezione che una cultura fa dei rischi da reclamizzare e da nascondere, e, quindi, delle politiche per la salute pubblica da promuovere.

I problemi di salute e di malattia hanno da sempre accompagnato la

⁶⁴ *Ibid.*

⁶⁵ M. Douglas, *Come Percepiamo il Pericolo. Antropologia del rischio*, Milano, Feltrinelli 1991, p. 81.

⁶⁶ *Ibid.*, p. 166.

⁶⁷ M. Douglas, *Come Percepiamo il Pericolo. Antropologia del rischio*, Milano, Feltrinelli 1991.

storia dell'uomo. Il modo in cui sono stati gestiti rappresenta un indicatore privilegiato del vivere sociale, perché, testimonia il modo in cui una società affronta alcuni dei suoi temi fondamentali: la morte, la nascita, il normale, il patologico. La scomparsa di un confine netto fra normale e patologico ha reso la medicina di sorveglianza uno strumento funzionale all'esistenza stessa della società. Le istituzioni pubbliche, preposte al benessere dei cittadini, denunciano una moltitudine di fattori di rischio che vincolano l'intera popolazione in innumerevoli categorie. La selezione dei fattori di rischio è funzionale al mantenimento della società stessa più che all'individuazione di strategie funzionali al miglioramento della salute della popolazione.

Alla persona è stato sostituito l'insieme dei fattori di rischio e il corpo è stato posto alla gogna, soggetto a sguardi di controllo invadenti, pronto ad essere colpevolizzato, ed, eventualmente, sacrificato per l'unità della società. Il potere, diffuso fra i diversi poli di conoscenza, agisce sui sintomi sociali di una situazione che è strutturalmente avversa alla salute della popolazione.

Le patologie cardiovascolari e il tumore al seno rappresentano le principali cause di morte per la popolazione fra i 40 e i 64 anni, nell'UE. Le politiche pubbliche di prevenzione di queste patologie si sono basate sul concetto di fattore di rischio. Alcuni fattori di rischio hanno assunto la veste di anticipatori di malattia e, quindi, di morte. La prevenzione è assurda a strumento per scongiurare alcuni di questi rischi. Le politiche pubbliche per la salute, sul tema patologie cardiovascolari e tumore al seno, si sono rilevate, però, strumenti fallaci, e di scarsa efficacia. Si battono per la prevenzione e promettono di prevenire le malattie, ma prendono di mira fattori di rischio meno significativi di altri e propongono strumenti di intervento arbitrari.

La prevenzione primaria per le patologie cardiovascolari intende fare leva sulle scelte dell'individuo al fine di modificare i suoi comportamenti, che sono il prodotto di condizioni di deprivazione relativa economica e sociale⁶⁸. La prevenzione secondaria per il tumore al seno si basa invece sulla selezione arbitraria di alcuni risultati scientifici epidemiologici, escludendone altri.

Le politiche pubbliche di questi ultimi decenni sembrano puntare su bersagli incerti. Più che provvedimenti mirati al miglioramento della salute della popolazione, le politiche sopra discusse sembrano false promesse funzionali al mantenimento della società stessa più che al miglioramento delle condizioni di salute della sua popolazione.

⁶⁸ R. Wilkinson, *Unhealthy Societies. The Affliction of Inequality*, London, Routledge 1996.

Bibliografia

- B. Abel-Smith, J. Figueras, W. Holland, M. McKee, E. Mossialos, *Choices in Health Policy. An agenda for the European Union*, Adelshot, Dartmouth 1995.
- E.D. Acheson, *Public Health in England. Report of the Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function*, London, HMSO 1988.
- F.E. Alexander *et al.*, 14 years of follow-up from the Edinburgh randomised trial of breast-cancer screening, «The Lancet» 353, 1999, pp. 1903-1908.
- J. Allsop, *Health Policy and the NHS towards 2000*, London, Longman 1995.
- I. Andersson *et al.*, Mammography Screening and Mortality From Breast Cancer: the Malmo mammographic screening trial, «British Medical Journal» 1988, pp. 943-948.
- Armstrong, David, *The rise of surveillance medicine*, «Sociology of Health and Illness» 17 (3), 1995, pp. 393-404.
- J. E. Ashton, H. Seymour, *The New Public Health*, Milton Keynes, Open University Press 1988.
- U. Beck, *Risk Society: Towards a New Modernity*, London, Sage 1992.
- R.J. Black, F. Bray, J. Ferlay, D.M. Parkin, *Cancer incidence and mortality in the European Union: cancer registry and estimates of national incidence for 1990*, «European Journal of Cancer» 33, 1997, pp. 1075-107.
- P. Bourdieu, *Distinction. A Social Critique of the Judgement of Taste*, London, Routledge and Kegan Paul 1984.
- M. Calnan, *Preventing Coronary Heart Disease: Prospects, Policies and Politics*, London, Routledge 1991.
- R. Castel, *From dangerous to risk in The Foucault Reader-Studies in Governmentality*, London, Harvester Wheatsheaf 1991.
- N. Charles, e M. Kerr, *Women, Food and Families*, Manchester, Manchester University Press 1988.
- S. Ciatto, *Screening in Medicina*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore 1996.
- I. Cole-Hamilton, *Food and Poverty in the 1980's*, «Radical Community Medicine» 29, 1987, pp. 37-9.
- Commission Communication Concerning Communicable Disease Surveillance Networks in the European Community, COM (96) 78 final 07.03.96.
- Commission Communication on the Framework for Action in the Field of Public Health, COM (93) 559 final of 24.11.93.
- M. Douglas, *Come Percepriamo il Pericolo. Antropologia del rischio*, Milano, Feltrinelli 1991.
- L. Doyal, *The Political Economy of Health*, London, Pluto Press 1979.
- L. Doyal, *What Makes Women Sick? Gender and the Political Economy of Health*, Basingstoke, Macmillan 1995.
- K. Figlio, *Unconscious aspects of health and the public sphere. In Crises of the Self: Further Essays on Psychoanalysis and Politics*, London, Free Association Books 1989.
- P. Forrest, *Breast Cancer Screening. Report to the Health Ministers of England, Wales, Scotland & Northern Ireland*, London, Her Majesty's Stationery Office 1986.
- M. Foucault, *Body/Power*, in *Power/Knowledge: Selected Interviews and Other Writings, 1972-1977*, New York, Pantheon Books 1980a, pp. 55-62.
- M. Foucault, *The eye of power*, in *Power/Knowledge: Selected Interviews and Other Writings, 1972-1977*, New York, Pantheon Books 1980b, pp. 146-65.
- M. Foucault, *La nascita della clinica*, Torino, Einaudi 1998.
- A. Giddens, *The Consequences of Modernity*, Cambridge, Polity Press 1990.
- P.C. Gotzsche, O. Olsen, *Is screening for breast cancer with mammography justifiable?*, «The Lancet» 355, 2000, pp. 129-134.

- H. Graham, *Women's Smoking and Family Health*, «Social Science and Medicine» 25, 1987, pp. 47-56.
- W. Holland *et al.*, *Public Health Policies in the European Union*, Aldershot, Ashgate 1999.
- C. Hugod, J. Fog, *Screening why, when, and how?*, Copenhagen, National Board of Health 1992.
- D. Lupton, *The Imperative of Health. Public Health and Regulated Body*, London, Sage 1995.
- J. P. Mackenbach, M.H. Bouvier-Colle, E. Jouglu, 'Avoidable' mortality and health services: a review of aggregate data studies, «Journal of Epidemiology and Community Health» 44, 1990, pp. 106-11.
- C.J. Martin, D.V. McQueen, *Readings for a New Public Health*, Edinburgh, Edinburgh University Press 1989.
- S. Nettleton, *The Sociology of Health & Illness*, Cambridge, Polity Press 1995.
- S. Nettleton, R. Bunton, *The Sociology of Health Promotion*, London, Routledge 1995.
- A. Oakley, *Smoking in pregnancy: smokescreen or risk factor? Toward a materialist analysis*, «Sociology of Health and Illness» 11 (4), 1989, pp. 311-35.
- A. Peterson, D. Lupton, *The New Public Health. Health and self in the age of risk*, London, Sage 1996.
- G. Rose, *Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease*, «British Medical Journal» 282, 1981, pp. 1847-51.
- G. Rose, *The strategy of preventive medicine*, Oxford, Oxford University Press 1992.
- S. Shapiro, P. Strax, L. Venet, *Periodic Breast Cancer Screening in Reducing Mortality From Breast Cancer*, «Journal of the American Medical Association» 215 (11), 1971, pp. 1777-1785.
- S. Shapiro, W. Venet, P. Strax, L. Venet, R. Roeser, *Ten-to Fourteen-Year Effect of Screening on Breast Cancer Mortality*, «Journal of National Cancer Institute» 69 (2), 1982, pp. 349-355.
- S. Sontag, *Illness as Metaphor and AIDS and its Metaphors*, New York, Anchor 1990.
- S.L. Syme, *To prevent disease: the need for a new approach*, in *Health and Social organization* (a cura di), D. Blane, E. Brunner e R.G. Wilkinson. London, Routledge 1996.
- L. Tabar, A. Gad, L.H. Holmberg, U. Ljungquist, C.J.G. Fagerberg, L. Baldentorp *et al.*, *Reduction in Mortality From Breast Cancer After Mass Screening with Mammography*, «The Lancet» 1985, pp. 829-832.
- A.L.M. Verbeek, R. Holland, F. Sturmans, J.H.C.L. Hendriks, M. Mravunac, N.E. Day, *Reduction of Breast Cancer Mortality Through Mass Screening With Modern Mammography*, «The Lancet» 1984, pp. 1222-1226.
- R. Warren, P. Skrabanek, *The Debate Over Mass Screening in Britain*, «British Medical Journal» 297, 1988, pp. 969-972.
- R. Wilkinson, *Unhealthy Societies. The Affliction of Inequality*, London, Routledge 1996.
- WHO, *Alma-Ata 1978. Primary Health Care*, Geneva, World Health Organization 1978.