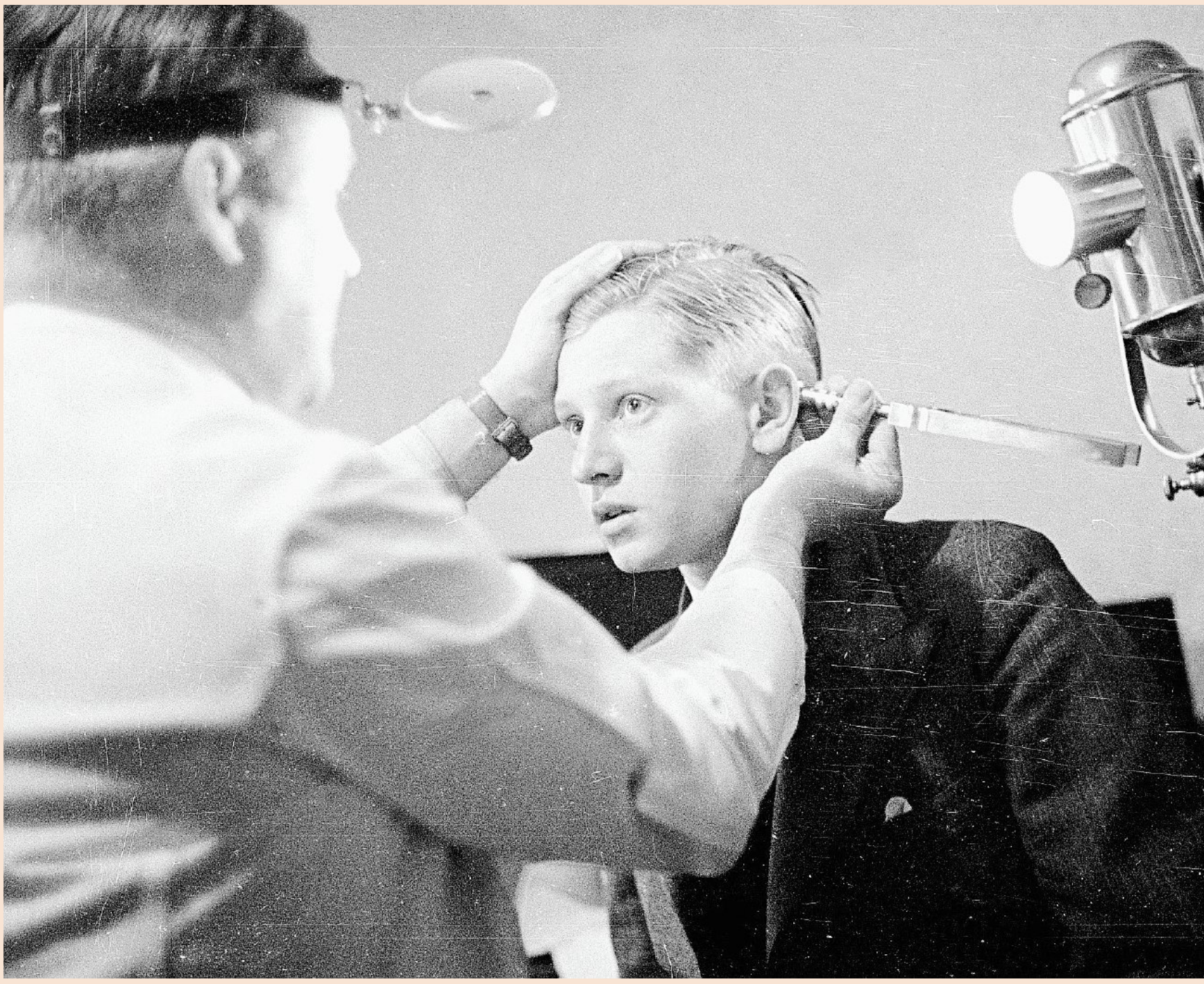
il ricco business della medicina preventiva

Sanità | *Un tempo si curavano i disturbi. Oggi si punta sulla diagnosi precoce. Ai check-up puntuali si sono così aggiunti quelli a tappeto. Per la gioia di* Big Pharma *che spinge per ampliare le definizioni delle malattie. E i nuovi clienti*



ROBERTA VILLA

■ Nel Paese in cui più di due secoli fa la ricerca della felicità è stata sancita come diritto inalienabile dalla *Dichiarazione di indipendenza*, è partita oggi, quasi come un'apoteosi di quel principio, la caccia alla depressione. Poche settimane fa la *task force* del governo statunitense per i servizi di prevenzione ha raccomandato che tutti gli adolescenti a partire dai 12 anni e tutti gli adulti – con particolare attenzione alle donne in gravidanza e subito dopo il parto – siano sottoposti almeno una volta nella vita a un test per identificare e trattare la malattia.

Troppi casi si scoprono quando ormai è tardi, per esempio dopo un suicidio, o si trascinano per anni di sofferenza senza trovare aiuto. «Andare a cercare di individuare queste situazioni, soprattutto tra gli adolescenti e le puerpere, potrebbe essere utile», commenta Paolo Migone, psichiatra di Parma e condirettore della rivista Psicoterapia e Scienze Umane (*www.psicoterapiaescienzeumane.it*), «ma solo se sarà occasione per fornire aiuto a tutto tondo con una psicoterapia, e non diventerà solo pretesto per allargare ulteriormente il mercato degli antidepressivi, la cui efficacia e sicurezza è periodicamente messa in discussione dalla ricerca». Un mercato, quello degli antidepressivi, che non smette di crescere: secondo il quotidiano britannico *The Guardian*, nel 2010 erano 23,3 milioni gli americani che prendevano questi psicofarmaci, più del doppio rispetto al 1998. In Italia, l'andamento, secondo l'ultimo rapporto periodico sulla salute dell'Ocse (*Health at a Glance*, 2015), è simile, con un consumo che, pur restando sotto la media degli altri Paesi Ocse, dal 2000 al 2013 è più che raddoppiato, arrivando a circa 43 dosi medie giornaliere al giorno ogni mille abitanti, per una spesa di 465 milioni di euro.

I brevetti però scadono, e i prezzi dei farmaci col tempo scendono. Per mantenere il fatturato si può quindi investire su nuove costose molecole oppure estendere il numero dei potenziali clienti, andandoseli a cercare, una strategia molto più efficace e sicura.

La tecnologia consente di identificare sempre più condizioni che in passato sarebbero state trascurate senza causare danni

La "diagnosi precoce" è diventato così il santo graal della medicina moderna, cui si attribuisce il potere miracoloso di preservare da ogni male, anche quando anticipare la scoperta di una malattia non influisce sulla sua evoluzione, per esempio perché questa sarebbe stata così lenta da non manifestarsi, o perché ancora non disponiamo di cure efficaci per fermarla. Agli esami eseguiti per accertare la natura di un sintomo, si sono così aggiunti in numero sempre crescente quelli condotti alla cieca, nell'ambito di check-up o controlli a tappeto, da ripetere periodicamente, propagandati da un marketing martellante e insidioso, come fossero modalità per prendersi cura di sé e proteggere la propria salute, forse allontanare addirittura lo spettro dell'inevitabilità della morte.

L'attenzione mediatica alla prevenzione ha prodotto una crescita del malessere percepito che paradossalmente va di pari passo con il benessere effettivo, per cui gli abitanti del Bihar, lo stato più povero dell'India, si ritengono più sani di quanto dichiarino quelli del Kerala, le cui condizioni di vita non sono distanti da quelle occidentali, e soprattutto di quanto si sentono malati gli americani, per i quali l'aspettativa di vita di fatto è molto superiore.

Mai l'umanità è stata tanto sana quanto lo sono oggi gli abitanti dei Paesi più ricchi, ma mai è stata così ossessionata dalla paura di ammalarsi.

Una dimensione che spinge Iona Heath, medico a capo del comitato scientifico del *British Medical Journal*, a sostenere che il nuovo oppio dei popoli, soprattutto nei Paesi in cui si è persa l'osservanza religiosa più tradizionale, sarebbe diventata la sanità, che proprio come una religione offre sollievo e speranza contro la sofferenza, cerca proseliti, impone scelte di vita, qualche volta rischia perfino di far soffrire le persone per il loro presunto bene. È infatti con questo provocatorio paragone che si apre il suo ultimo libro pubblicato in Italia da Bollati Boringhieri, e intitolato *Contro il mercato della salute* (2016). Il testo riassume decenni di dibattito sugli eccessi della medicina, a partire dalla profetica opera teatrale di Jules Romains che già nel 1923, con il suo *Knock, o il trionfo della medicina*, attribuiva al grande fisiologo francese Claude Bernard lo slogan: «Le persone sane sono persone malate che semplicemente non sanno di esserlo».

«L'invidiabile regno dei sani di Susan Sontag è ormai inesorabilmente assorbito nel regno dei malati», dichiara Iona Heath, citando il classico *Malattia come metafora* della scrittrice statunitense.

Un contributo a questa distorsione lo ha fornito, seppure involontariamente, anche l'ottimistica definizione dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), secondo cui la salute non sarebbe la semplice assenza di malattie o infermità, ma «uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale». In pratica, il diritto alla salute diventa così un diritto alla felicità, (non alla sua ricerca, come prevedeva, spesso fraintesa, la *Dichiarazione di indipendenza* americana). «Creando un'aspettativa di perfezione che non può in nessun caso corrispondere all'esperienza», chiosa Heath, «la definizione dell'Oms mina sistematicamente la qualità della vita, suscitando rabbia e delusione nei pazienti e un senso di fallimento e frustrazione nei medici». Quelli onesti, almeno.

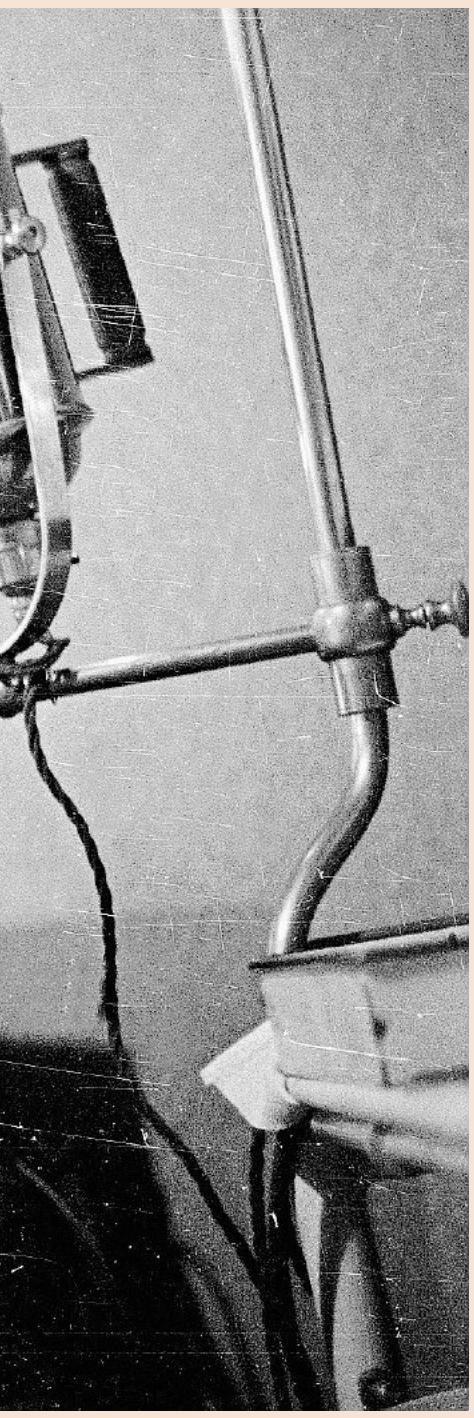
È invece una gallina dalle uova d'oro per tutti coloro che della salute fanno un business: le aziende farmaceutiche, certo, ma anche alcuni specialisti, i laboratori di analisi o chi produce macchinari e strumenti che rendono la diagnosi sempre più precoce, accurata, attenta.

«L'avanzamento tecnologico permette oggi di identificare un numero sempre maggiore di condizioni che sarebbero passate inosservate senza mai provocare danni, ma che, nel momento in cui sono riconosciute, devono essere trattate, aumentando il numero dei cosiddetti "malati", che un tempo non avrebbero mai pensato di esserlo», spiega Nino Cartabellotta, presidente della fondazione Gimbe che promuove e realizza attività di formazione e ricerca in ambito sanitario.

La genetica rischia ora di far fare alla medicalizzazione del nostro mondo un ulteriore passo avanti: con l'analisi dettagliata del Dna individuale nessuno potrà più davvero considerarsi sano e sfuggire a una diagnosi, perché chiunque è portatore di geni che aumentano almeno il rischio di una o più malattie.

Non si possono poi ignorare le conseguenze di tutto questo sulla società nel suo insieme, in termini di allocazione di risorse sempre più limitate. Anche questo aspetto finisce col riflettersi poi sul singolo, quando deve aspettare mesi per sottoporsi a un'indagine necessaria, perché centinaia di suoi concittadini la richiedono inutilmente, o pagare un ticket salato per un farmaco essenziale, perché la spesa farmaceutica nazionale è grava-

RICERCA La diagnosi precoce è sempre più diffusa nella medicina moderna. Poche settimane fa la task force del governo statunitense per i servizi di prevenzione ha raccomandato che tutti gli adolescenti a partire dai 12 anni e tutti gli adulti – con particolare attenzione alle donne in gravidanza e subito dopo il parto – siano sottoposti almeno una volta a un test per identificare e trattare eventuali sintomi depressivi



GETTY IMAGES

ta da prescrizioni la cui appropriatezza è seriamente messa in discussione.

"Appropriatezza" è una parola difficile, ma cruciale, resa nota a tutti dal decreto ministeriale che entra in vigore in questi giorni e che da questo importante criterio della medicina basata sulle prove ha preso nome. «Appropriatezza però significa "effettuare la prestazione giusta, in modo giusto, al momento giusto, al paziente giusto"», ricorda Slow Medicine, associazione di professionisti e cittadini per una cura sobria, rispettosa e giusta. Slow Medicine ha lanciato in Italia *Choosing Wisely*, un'iniziativa che, partendo dagli Stati Uniti, sta lavorando in 17 Paesi per diffondere l'idea che in medicina «fare di più non sia sempre fare meglio». «Il progetto, in cui al centro c'è sempre il dialogo con il paziente, prevede un'assunzione di responsabilità da parte dei medici che, attraverso le loro società scientifiche, sono invitati a indicare le pratiche a maggior rischio di inappropriatezza», precisa Sandra Vernero, vicepresidente del movimento, che, nell'ambito di *Choosing Wisely Italy*, ha stilato un elenco di 145 pratiche di questo tipo, dall'abuso di tranquillanti negli anziani, che li espongono a cadute e fratture, a quello di Tc (tomografia computerizzata, *ndr*) e risonanze al primo mal di schiena. «Il decreto invece è calato dall'alto e induce la gente a credere che appropriatezza sia sinonimo di razionamento della spesa. Il nostro appello per una medicina "sobria, rispettosa e giusta", non è motivata in primo luogo dall'esigenza di risparmio, se non nel senso di una più equa distribuzione delle risorse, quanto dai vantaggi che il paziente può trarre, evitando rischi e disagi di quella che il *British Medical Journal* definisce "troppa medicina"».

"Troppa medicina" è quella per cui c'è una pillola per ritrovare il desiderio sessuale in età avanzata e una per migliorare le proprie prestazioni mentali, si fanno più esami in gravidanza che nel corso di una malattia, e si preferisce la comodità di una pillola allo sforzo necessario a mangiare più sano o muoversi di più, nell'ottica di una vera prevenzione.

Lo conferma il rapporto Osmed sull'uso dei farmaci in Italia, secondo cui la parte del leone nel consumo e nella spesa per i farmaci la fanno i medicinali per abbassare la pressione arteriosa, il colesterolo e la glicemia, fattori che a loro volta aumentano il rischio di infarti e ictus, ma che di per sé non sono malattie e su cui bisognerebbe in prima istanza intervenire con seri cambiamenti degli stili di vita. Ogni 1.000 adulti si consumano infatti in Italia quasi 400 dosi medie giornaliere di farmaci per controllare la pressione, che insieme a quelli per abbassare il colesterolo (soprattutto le statine, che rappresentano la voce di spesa più rilevante) contribuiscono a portare oltre i 4.000 milioni di euro il costo dei farmaci per il sistema cardiovascolare, in percentuale il più alto d'Europa.

Il costo dei farmaci per il sistema cardiovascolare in Italia supera i 4 miliardi di euro. In percentuale è il più alto d'Europa

"Prevenire è meglio che curare", quando si intende con i farmaci, e non con gli stili di vita, è un principio che vale soprattutto per le case farmaceutiche. Curare i malati acuti è infatti di solito poco redditizio, perché nel giro di poco tempo guariscono, o muoiono. La prevenzione delle malattie croniche invece offre un mercato sconfinato, con una clientela che resta fedele nel tempo e che si può allargare a piacimento. «Basta abbassare la soglia dei valori di glicemia, colesterolo o pressione arteriosa considerati pericolosi, come si è fatto progressivamente negli ultimi decenni, che immediatamente il numero di potenziali pazienti può anche raddoppiare», commenta Cartabellotta.

Già alla fine del secolo scorso applicando le definizioni di diabete, ipertensione, ipercolesterolemia e sovrappeso il 75 per cento della popolazione adulta degli Stati Uniti non poteva dirsi sana; tenendo conto dei valori di pressione e colesterolo che accendono un campanello di allarme per il cuore, la stessa percentuale di adulti sarebbe a rischio in Norvegia, dove l'aspettativa di vita è in realtà tra le più alte del mondo. Nel 1997, la semplice decisione dell'American Diabetes Association di abbassare la soglia di glicemia a digiuno che definisce il diabete da 140 mg/dL a 126 mg/dL ha prodotto istantaneamente, secondo i calcoli di PharmaWatch Canada, un milione e novecentomila pazienti in più. L'ulteriore introduzione del concetto di "prediabete", che riguarda chi sconfina oltre i 100 mg/dL a digiuno, ha esteso ancora di più la potenziale clientela per farmaci da prendere per tutta la vita.

Con queste strategie, applicate anche ai livelli di colesterolo e pressione considerati "a rischio", tra il 2000 e il 2013, nei Paesi Ocse l'uso di farmaci per abbassare il colesterolo è più che triplicato e quello di antidiabetici e antipertensivi quasi raddoppiato.

«Se un tempo si curavano i disturbi di un paziente, negli ultimi decenni si è passati a trattare i suoi esami del sangue. Troppi studi sull'efficacia dei farmaci per l'ipertensione, il colesterolo elevato o il diabete si sono basati sulla capacità di normalizzare questi valori, senza preoccuparsi di accertare i loro veri effetti a lunga scadenza sull'incidenza di infarti, ictus o sulla mortalità totale», aggiunge Cartabellotta. «Un altro metodo per aumentare il numero dei pazienti è estendere la definizione di una malattia, come si è fatto con l'insufficienza renale cronica: con i criteri attuali tre quarti degli ultrasessantacinquenni ne soffrono ma non è mai stato provato che trattarli sia utile».

Lo stesso vale per l'Alzheimer, malattia per la quale, a tutt'oggi, non disponiamo di una cura efficace, così come non ci sono prove certe che un trattamento precoce possa influire in maniera significativa sul suo andamento. Chiunque riceverà la diagnosi di una lieve compromissione cognitiva, pur sapendo che non necessariamente il disturbo si evolverà in demenza, prenderà le sue pillole. Ma la spada di Damocle di questa diagnosi rischia comunque di compromettere la qualità della sua vita, senza che possa cambiarne davvero il destino.

gli effetti collaterali dell'eccesso di *screening*

Cancro | *Quando l'esame comporta un intervento complesso, il rapporto tra rischi e benefici può rivelarsi svantaggioso*

Nella fascia 50-69 anni la mammografia va fatta con cadenza biennale CONTRASTO

■ Il modo con cui si spiega alla gente perché dovrebbe sottoporsi a controlli a tappeto per il cancro, anche in assenza di sintomi, è spesso equivoco. Lo ha sottolineato recentemente, in un editoriale sul *British Medical Journal*, un esperto tedesco di comunicazione, Gerd Gigerenzer: «Si sottolineano i vantaggi e si sottovalutano i rischi; si usa il termine "prevenzione", invece che "diagnosi precoce", lasciando credere che si possa ridurre il rischio di ammalarsi sottoponendosi al test; si parla di riduzione del rischio relativo, che amplifica l'effetto, invece di concentrarsi su quello del rischio assoluto, spesso limitato. Infine, si tende ad assumere che la sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi equivalga alla guarigione, o comunque a una riduzione della mortalità. In sostanza, si ribadisce che lo screening salva vite, mentre le prove che sia efficace a ridurre la mortalità non solo per quella malattia, ma per tutte le altre cause, in molti casi restano limitate».

Un'analisi pubblicata poche settimane prima sullo stesso giornale lo ricorda: una revisione sistematica degli studi condotti sull'efficacia degli screening oncologici ha mostrato che un terzo di loro è in grado di ridurre la mortalità specifica dovuta alla malattia che vanno a cercare, ma nessuno incide in maniera significativa sulla mortalità per tutte le possibili cause, anche quelle provocate direttamente o indirettamente dai trattamenti.

L'enfasi con cui è stata propagandata la diagnosi precoce del cancro ha prodotto false aspettative che oggi, numeri alla mano, vacillano. «Quel che conta non è trovare, e trattare, più tumori, ma capire se questo incide sull'aspettativa di vita», spiega il presidente della Fondazione Gimbe Nino Cartabellotta. Il pericolo si annida soprattutto nella "sovradiagnosi", termine che non si riferisce ai falsi positivi, che ad accertamenti successivi fanno tirare un sospiro di sollievo, ma a quelle diagnosi, del tutto indistinguibili a livello individuale, che non cambiano la sorte del paziente.

Il fenomeno è variabile da esame a esame e da tumore a tumore, e contribuisce a determinare il valore di ogni programma di screening. Nessun dubbio per esempio su quelli per il tumore del collo dell'utero o del colon, che permettono di riconoscere e quindi asportare anche lesioni ad alto rischio di diventare cancerose senza interventi potenzialmente dannosi. Per questo, in linea di principio, se non si considerano i costi, potrebbe essere accolto l'invito ad anticipare a 40 anni i controlli per il colon, dal momento che un recente studio dell'Università del Michigan pubblicato su Cancer ha messo in luce che nel 15% dei casi la malattia compare prima dell'inizio previsto per lo screening, attualmente fissato a 50 anni.

Il fenomeno è variabile da tumore a tumore. Nessun dubbio sui test per quelli al colon e al collo dell'utero

«Si cominciano a raccogliere prove anche a favore della Tac spirale come strumento per diagnosticare precocemente il cancro al polmone nei forti fumatori, ma il rischio di sovradiagnosi è ancora elevato. In attesa di nuovi metodi diagnostici, per esempio con il dosaggio dei microRNA nel sangue, non sarebbe più opportuno investire in strategie efficaci di disassuefazione dal fumo, responsabile del 70% di questi tumori?», si chiede Cartabellotta. Una diagnosi in più del necessario, in questo caso, significa un intervento chirurgico impegnativo, che espone il paziente a rischi non indifferenti. «È la stessa ragione per cui nessuna società scientifica consiglia di dosare di routine l'antigene prostatico specifico, in sigla Psa, negli uomini di mezza età», aggiunge Marco Zappa, direttore dell'Osservatorio Nazionale Screening. «Il rapporto tra rischi e benefici è troppo svantaggioso, seppur valutato in maniera diversa dai diversi studi: anche il trial europeo che, diversamente da quello condotto negli Stati Uniti, ha dimostrato una riduzione della mortalità del 20%, calcola che per ogni vita salvata quasi una trentina di uomini andranno incontro ai pesanti effetti collaterali del trattamento, cui spesso si associa impotenza e incontinenza». Per scoraggiare la cattiva abitudine dei medici italiani a prescrivere questo esame senza discuterne con i loro pazienti, la Regione Toscana sta quindi pensando di introdurre l'obbligo di sottoscrivere un consenso informato prima di sottoporsi al test.

La discussione non riguarda solo il tipo di test, ma anche la fascia di persone a cui rivolgerlo e la frequenza con cui ripeterlo: «Alcuni studi hanno messo in luce recentemente che ci può essere un vantaggio a eseguire la mammografia anche a partire dai 40 anni, purché si tenga conto che in questa fascia di età il rischio di sovradiagnosi è più alto, mentre c'è più consenso sulla mammografia ripetuta ogni due anni tra i 50 e i 69 anni, come consigliato in Italia», spiega Zappa. E prosegue: «I rischi di un'eccessiva medicalizzazione ci sono comunque anche con gli esami di provata efficacia, se sono condotti al di fuori dei criteri previsti dai programmi di screening: il 70% delle donne che si sottopongono al Pap test, per esempio, lo ripete ogni anno, invece che ogni tre, mentre una sola colonscopia ogni dieci anni, a parte casi particolari, è più che sufficiente».

R.V.