

Le dieci trappole dell'informazione sulla salute

Media e salute

Col crescere dell'offerta informativa su questi temi aumentano anche le lamentele sulla "disinformazione" in campo medico. E' utile a questo proposito passare in rassegna le principali lacune dell'informazione in medicina, individuate da vari ricercatori.

"Troppo spesso la scienza appare sui mezzi di comunicazione più come un tema di consumo che come un soggetto da sottoporre al pubblico scrutinio, più come una fonte di divertimento che d'informazione. Troppo spesso la scienza viene presentata come un'attività arcaica che sovrasta le capacità di comprensione umane, e dunque anche di controllo. Troppo spesso la trattazione giornalistica è di tipo promozionale e acritico, incoraggia un senso di apatia, un senso di impotenza, e la tendenza diffusa ovunque di delegare le decisioni agli esperti".

Dorothy Nelkin, sociologa

1. Fidarsi degli esperti

Spesso gli articoli e i servizi radiotelevisivi che parlano di salute si configurano come passerelle di esperti. Questo può inficiare la correttezza delle informazioni. L'opinione degli esperti, infatti, spesso non è aggiornata come si crede, o può essere distorta da interessi e pregiudizi.

L'esperto, inoltre, può dare informazioni distorte da un conflitto di interessi non dichiarato. Uno studio recente ha mostrato che se una ricerca è finanziata da un'industria, le probabilità che le conclusioni siano pro-industria sono quasi il quadruplo di uno studio indipendente.

Il consiglio è:

• **mantieni** un atteggiamento critico sulle affermazioni degli esperti e controllare sempre le fonti delle affermazioni.

- **Medlineplus** (<http://medlineplus.gov/>)

E' il sito per il pubblico della più grande biblioteca medica del mondo, la National Library of Medicine. In lingua inglese, fornisce informazioni basate su prove scientifiche su oltre 650 malattie e disturbi di salute. Sono disponibile anche un'enciclopedia e un dizionario di medicina, oltre alle notizie di salute sui media e a link a studi clinici in corso.

- **Medline** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed/>)

Medline è la banca dati della National Library of Medicine della letteratura medica più accreditata: attualmente conta più di 11 milioni di articoli da 4.600 riviste specializzate. Da questo sito si possono condurre ricerche in base all'argomento, al nome degli autori, titolo dell'articolo, nome del giornale, data di pubblicazione, numero di pagina. Ogni ricerca fa apparire l'abstract degli articoli e talvolta l'accesso a tutto il testo dell'articolo.

- **Clinical Evidence** (<https://www.besttreatments.org/Unified/CDA/HP/tmpl/HPIndex>)

Il sito riporta i contenuti di Clinical Evidence per pazienti e medici. E' organizzato per patologie, con informazioni integrative su medicine complementari, esperienze personali, prescrizioni di farmaci.

- **Revisioni Cochrane** per cittadini e non esperti di medicina (<http://www.informedhealthonline.org/item.aspx>)

Questo sito, rinnovato nella forma e nell'organizzazione dei contenuti, presenta in home page una presentazione semplice e sintetica alle ultime sintesi delle informazioni sulla efficacia degli interventi sanitari prodotte dalla Cochrane Collaboration, affrontati con testi brevi, evidence based e pratici (es. come prevenire che i pazienti con problemi di incontinenza "bagnino il letto", come curare l'influenza, ecc.). Altre rubriche utili sono: il sito del mese, dizionari medici, un dizionario sulla ricerca clinica, una sezione dedicata ai trial e come prendervi parte e una buona guida agli altri siti.

- **Direzione generale dei farmaci e dei dispositivi medici** (<http://www.ministerosalute.it/medicinali/informazioneFarmaci/pgHome.jsp>)

- **Occhio Clinico** (<http://www.occhioclinico.it>)

- **Medical Letter** (<http://www.medletter.com/>)

- **Prescrire International** (<http://www.prescrire.org/>)

- **Worst Pills, Best Pills** (<http://citizen.org/hrg/>)

Siti che sviluppano un'informazione indipendente sui farmaci. Si rivolgono soprattutto ai medici, tranne "Worst Pills, Best Pills", dell'associazione americana Public Citizen, più orientata ai consumatori, e quello del ministero della salute italiano.

2. Interrogare lo specialista sbagliato

Per pigrizia, malizia o mancanza di tempo, capita che il giornalista interroghi l'esperto sbagliato. I ricercatori in campo biomedico in genere sono molto specializzati e possono dire cose appropriate e aggiornate solo sul loro ambito di studio. Chiedere informazioni sulle nuove cure anticancro a un ricercatore che si occupa di studiare la proliferazione cellulare anziché a un oncologo espone al rischio di vere e proprie bufale.

3. Confondere la fantascienza con la scienza

Sia alla televisione sia sui quotidiani e i rotocalchi, la notizia scientifica merita la prima pagina se prefigura una svolta epocale, quando non un miracolo; è molto comune dare per terapie a portata di mano sperimentazioni allo stadio iniziale, forzando in sede di titolo e sommario, le ricadute positive del "progresso medico".

Oltre un terzo degli studi, pubblicati su riviste prestigiose, che riportano risultati molto positivi o annunciano novità vengono successivamente smentiti o ridimensionati. (Ioanidis - JAMA 294:218-228; PLOS Med 2:e124).

4. Farsi ingannare dai numeri

Gli errori più frequenti in questo campo sono:

- l'uso smodato di cifre (con più decimali) con effetti anebbiati del panorama mentale del lettore
- l'uso del rischio relativo invece del più utile rischio assoluto. Nel caso delle terapie, esprimere infatti l'efficacia utilizzando una percentuale (riduzione relativa del rischio) senza dare come riferimento il numero dei casi in cui si è ridotto il rischio (assoluto) porta a fraintendere il reale impatto clinico del trattamento.

Se un trattamento, ad esempio, riduce il rischio relativo di un evento avverso (o di avere una ricaduta di malattia o di morire per quella malattia) del 30% questo stesso effetto - se espresso in termini di riduzione del rischio assoluto - potrebbe corrispondere a una ben meno sensazionale riduzione del rischio assoluto del 3%. Ovviamente, se si presenta il risultato usando la riduzione di rischio relativo l'impressione che si suscita è molto maggiore.

• sospettare delle fonti informative che usano due decimali: per esempio, il 18,63 dei casi...

Il consiglio è:

- **sospendi** il giudizio su una ricerca in cui non si riporti il campione su cui è stata condotta

- **privilegia** le informazioni che, insieme alla riduzione relativa del rischio, riportano anche quella assoluta. Esempio: il tale farmaco ha ridotto di un terzo (-33%) il numero di ictus (riduzione del rischio relativo), riducendo i casi da 3 a 2 sui 100 pazienti osservati (dal 3% al 2%, riduzione assoluta del rischio)

- un buon modo per esprimere in modo maggiormente comprensibile l'efficacia di un intervento è il cosiddetto **number needed to treat** (NNT), vale a dire il numero di persone che è necessario trattare per ottenere una guarigione/prevenire un esito negativo (infarto, morte, ecc.). L'NNT è l'inverso della

Il consiglio è:

- **scegli** la persona da intervistare in base agli argomenti di cui ha scritto

- **integra**, quando possibile, le tue informazioni con il parere di un non-specialista, che abbia una visione ampia, anche se più vaga, del tema, come il medico di famiglia

Il consiglio è:

- **sospetta** di articoli/trasmisioni che usano le seguenti espressioni: guarigione; miracolo; innovativo; promettente; eccezionale; speranza; vittima

Se vuoi sapere il motivo per sospettare di queste parole in medicina vai al link: The Seven Words You Shouldn't Use in Medical News

(<http://www.tc.umn.edu/%7Eschwartz/The7words.htm>)

riduzione assoluta del rischio. Esempio: il tale farmaco ha ridotto il numero di ictus dal 3% al 2%. Il beneficio assoluto è quindi dell'1% (1 caso su 100. L'NNT è uguale a 100: cioè bisogna trattare 100 persone per ottenere l'effetto desiderato in 1 paziente.

- **Glorie e miserie delle statistiche.** I benefici ottenibili con un intervento si possono presentare in diversi modi, tutti egualmente corretti da un punto di vista tecnico, ma con un effetto profondamente diverso sul lettore, sia esso un medico che deve prescrivere, un paziente che deve seguire una cura o un amministratore che deve allocare le risorse.

Facciamo l'esempio di un farmaco che si propone di prevenire i malanni di cuore riducendo il tasso di colesterolo nel sangue in chi lo ha alto.

Per esprimere i risultati si può innanzitutto calcolare la frequenza delle morti, dopo un tempo sufficiente, nel gruppo di pazienti trattati rispetto a quello di controllo (costituito da soggetti identici, ma senza il medicinale).

In un esperimento pubblicato qualche anno fa il West of Scotland Coronary Prevention Trial (WOSCOPS), dopo 5 anni i morti erano 3 per cento nel gruppo trattato e 4 per cento in quello di controllo.

I due dati possono essere confrontati calcolando la differenza: ovvero si può dire che la mortalità in assoluto è calata dell'un per cento (4 meno 3).

Questa misura è poco usata nelle pubblicazioni scientifiche, probabilmente perché fornisce un'immagine dimessa dei risultati. Gli autori degli studi preferiscono perciò in genere calcolare di quanto cala in percentuale il rischio rispetto a quello del gruppo di controllo: nel nostro caso, il calo dell'un per cento rispetto al 4 di base equivale a un quarto, ovvero il 25 per cento (1 diviso 4).

In questo modo, l'apparentemente misero risultato assoluto si trasforma in una ben più corposa riduzione di mortalità relativa. In altre parole, quando il rischio di base è basso (come nel caso in questione, con una mortalità nel gruppo di con-

trollo del 4 per cento), anche un modesto beneficio assoluto rappresenta un cospicuo vantaggio relativo.

Solo la conoscenza di entrambe le espressioni consente di apprezzare la reale entità dell'effetto clinico che ci si può aspettare. Ma vi sono altri modi di esprimere gli stessi risultati, che forniscono punti di vista ancora più interessanti.

Uno dei più utili è il numero di soggetti che si devono trattare per evitare un evento, in questo caso una morte. Nell'esempio del farmaco contro il colesterolo si salva, come già detto, un paziente ogni 100 trattati per 5 anni. Il cosiddetto NNT (numero necessario da trattare) sarà quindi pari a 100 (100 diviso 1).

E' un numero grande o piccolo? Ci si può fare un'idea, almeno approssimativa, confrontando il dato con quello di altre terapie di uso corrente: per esempio, si devono trattare con

farmaci per abbassare la pressione 70 pazienti anziani per cinque anni per salvare una vita; oppure si deve somministrare aspirina sempre per cinque anni a 100 adulti maschi senza segni di mal di cuore allo scopo di evitare un infarto.

In generale, il numero di soggetti da trattare è una misura più vicina alla pratica clinica e consente anche di fare rapidamente un calcolo approssimativo del costo per vita salvata di una pratica terapeutica. Poniamo che un anno di terapia contro il colesterolo costi circa mille euro per paziente. Poiché è necessario trattare 100 pazienti per 5 anni per evitare un decesso, il costo del trattamento per salvare una vita è pari a circa 500 mila euro.

da *Lettera a un medico sulla cura degli uomini*, G. Cosmacini e R. Satolli, Laterza, 2003

5. Prendere gli aneddoti come prove

La forma di ragionamento non scientifico sorregge le proprie argomentazioni soprattutto con aneddoti, che hanno una forza suggestiva molto forte, ma nessuna validità statistica. Si può dare credito a un trattamento solo se è passato attraverso un processo sperimentale fatto di test di sicurezza ed efficacia a vari livelli.

Il consiglio è:

- **informati** bene su cosa sia una sperimentazione clinica.

Cos'è una sperimentazione clinica?

E' una prova in cui si verificano l'efficacia e i rischi di qualsiasi intervento medico, comprese le terapie. L'aggettivo clinico indica che la sperimentazione viene compiuta sull'uomo, malato o sano. La sperimentazione clinica in genere viene preceduta da una fase pre-clinica, che ricorre a modelli in vitro o in vivo. La sperimentazione in vitro è condotta su colture di cellule, quella in vivo su animali da laboratorio.

Che cosa significa terapia sperimentale?

Si tratta di una cura nuova su cui non esistono dati scientifici sufficienti a dimostrarne l'efficacia e i rischi.

Su chi è condotta?

Per ottenere dati attendibili, una sperimentazione clinica va effettuata su un gruppo di individui con caratteristiche simili. Di solito tra i parametri si considerano l'età (bambini, adulti, anziani), il sesso (da alcune sperimentazioni sono escluse le donne per eventuali rischi sul feto), la diagnosi, la fase di malattia, la presenza di altre patologie. I criteri di inclusione elencano i parametri che consentono di partecipare allo studio, mentre i criteri di esclusione i parametri che ne impediscono la partecipazione.

Cosa succede durante una sperimentazione clinica?

Una sperimentazione clinica prevede diverse fasi che sono differenti a seconda del tipo di sperimentazione in questione. Nel protocollo di studio sono descritti sia il tipo di studio sia le fasi in modo dettagliato.

Quali vantaggi si possono ottenere partecipando a una sperimentazione clinica?

E' un modo per occuparsi in prima persona della propria salute; permette di aver accesso a nuove terapie prima che esse siano accessibili a molti; consente di essere curati da esperti della materia e di partecipare in modo attivo al progresso della ricerca scientifica.

Quali rischi si corrono partecipando ad una sperimentazione clinica?

Il trattamento proposto può provocare effetti collaterali spiacevoli gravi, che possono anche mettere a repentaglio la vita del paziente; chi partecipa può non trarre nessun vantaggio dalla terapia proposta e, prendendo parte a una sperimentazione, può rinunciare a un trattamento di provata efficacia. La partecipazione ad uno studio richiede spesso più tempo rispetto a un trattamento tradizionale, è necessario sottoporsi a più esami e trascorrere più tempo in ospedale.

- **impara** a maneggiare la parola trial (il processo alle cure).

«Un medico di bordo del Settecento è colpito dal fatto che i marinai, nel corso di lunghi viaggi, soffrono spesso di un complesso di disturbi, tra cui ecchimosi diffuse, emorragie gengivali, perdita dei denti e dei peli eccetera. È lo scorbuto. Tra le tante caratteristiche che distinguono la vita di bordo da quella di terra, il medico congetture che una in particolare sia responsabile della malattia: la mancanza di frutta fresca. E prova a fornire un supplemento di agrumi solo a una parte della sua ciurma, dando al resto il solito rancio.

Questo è, grosso modo, l'esperimento che venne condotto nel 1747 dal chirurgo della marina britannica James Lind, che riuscì così a dimostrare l'esistenza di un "fattore" contro lo scorbuto nella frutta fresca (in particolare nei limoni), oggi noto come vitamina C.

La prova condotta da Lind è forse il primo esperimento clinico controllato della medicina moderna. L'aggettivo "clinico" indica che si tratta di una prova sull'uomo, mentre l'aggettivo "controllato" specifica che si utilizza anche un gruppo di paragone, in questo caso i marinai a cui non viene somministrata la frutta fresca.

Pur avendo un precursore in Lind, l'impiego sistematico dell'esperimento clinico controllato è recentissimo, essendo stato codificato solo nell'ultimo dopoguerra, prima in Gran Bretagna e poi in tutto il mondo occidentale. Gli anglosassoni lo chiamano "trial", che letteralmente significa processo o giudizio: in effetti è un procedimento con cui si cerca di appurare come stanno le cose attraverso la valutazione delle prove, che in inglese si chiamano "evidence".

In quasi tutte le circostanze, il trial clinico è l'unico metodo attendibile per provare l'efficacia di un qualsiasi intervento medico. Si costituiscono due gruppi di pazienti; il primo gruppo

riceve il trattamento da valutare, il secondo riceve un trattamento di paragone (che può anche essere nullo, ovvero un placebo) e alla fine si confrontano i risultati con metodi statistici. Si può condurre un trial per valutare un nuovo farmaco contro l'infarto, come pure un nuovo vaccino per il morbillo, una procedura di screening per un tumore o addirittura una forma di psicoterapia.

L'esecuzione di una sperimentazione clinica controllata ben fatta comporta spesso la soluzione di enormi difficoltà: sono procedure che richiedono tempi lunghi, gruppi numerosissimi di pazienti da studiare, difficili problemi metodologici e morali. Per i trial più impegnativi è oggi spesso indispensabile la cooperazione internazionale dei più importanti gruppi di ricerca nel mondo e ingenti finanziamenti.

Tutto ciò impone tempi lunghi: spesso molti anni, a volte uno o due decenni. Ma non esistono scorciatoie: senza un precedente trial clinico il medico non può mai essere certo se le terapie che propone servano veramente a qualcosa, o addirittura non facciano danni.

Non si tratta di possibilità teoriche. Solo negli ultimi lustri molte amare sorprese sono derivate da farmaci che, a rigore

di logica e per quel che se ne sapeva, avrebbero dovuto fare bene, e alla prova dei fatti si sono dimostrati nefasti.

Ecco alcuni esempi famosi, che si possono enunciare, ma sui quali non è possibile soffermarsi:

- il clofibrato, che riduce il colesterolo e il numero degli infarti, ma aumenta la mortalità per altre cause;

- alcuni antiaritmici, che mettono in riga i battiti del cuore, ma anche loro provocano più decessi di quanti ne prevenivano;

- alcuni farmaci contro lo scompenso, che aumentano la forza del cuore, ma ancora una volta al prezzo di una maggior mortalità;

- il betacarotene, vitamina antiossidante che avrebbe dovuto prevenire il cancro al polmone, e invece addirittura ne facilita la crescita.

Senza gli studi che hanno aperto gli occhi ai medici, si sarebbe continuato a usare queste terapie, senza rendersi conto dei guasti che potevano provocare.»

da *Lettera a un medico sulla cura degli uomini*, G. Cosmacini e R. Satolli, Laterza, 2003

6. Non porre le giuste domande a uno studio clinico

Se il fondare le proprie argomentazioni sulle prove rappresenta un notevole passo avanti rispetto al giornalismo basato sugli aneddoti o sulle opinioni degli esperti, è anche vero che raramente la cosiddetta "prova" viene esaminata criticamente.

Una singola sperimentazione clinica significa ancora poco, ha bisogno che il risultato venga replicato. Bisogna poi imparare a distinguere i diversi tipi di sperimentazioni, ognuno dei quali è dotato di una sua maggiore o minore forza scientifica.

Anche il cosiddetto processo di peer-review (revisione dei pari), che consiste nel sottoporre un articolo scientifico alla lettura critica di uno o più esperti di quella materia per decidere se pubblicarlo o meno, non garantisce sulla qualità dei risultati.

Per mettere alla prova la capacità critiche della peer-review un articolo con 8 grossi errori è stato sottoposto a 420 revisori della rivista JAMA: nessuno ha colto più di 5 errori, e la maggior parte non più di due (JAMA 1998; 280: 237).

Il consiglio è:

- cerca di **capire** su cosa si basa la qualità di uno studio.

La forza scientifica dei diversi tipi di studio clinico: la qualità di una prova scientifica dipende da molti fattori, fra cui il tipo di studio, il numero di osservazioni, la selezione dei soggetti, la revisione finale (peer review) eccetera.

Revisioni sistematiche e metanalisi	
<i>Vantaggi</i> Sono potenti e minimizzano l'effetto di fattori, chiamati confondenti, che riducono la capacità di attribuire la causa di un evento al trattamento	<i>Svantaggi</i> Non possono cancellare errori o inapproprietezze che possono essere presenti nei singoli studi raccolti
Studi randomizzati o semi-randomizzati	
<i>Vantaggi</i> Sono potenti e minimizzano l'effetto di fattori, chiamati confondenti, che alterano la capacità di attribuire la causa di un evento al trattamento	<i>Svantaggi</i> Non consentono di evidenziare eventi rari e, al termine dello studio, i soggetti esaminati vengono seguiti per tempi brevi
Studi coorte	
<i>Vantaggi</i> Potenti e poco costosi	<i>Svantaggi</i> Sono fonte di errori e consentono una generalizzazione limitata
Studi a tempi multipli, Studi caso-controllo	
<i>Vantaggi</i> Potenti e flessibili. Possono verificare un'ipotesi	<i>Svantaggi</i> Sono fonte di errori e consentono una generalizzazione limitata
Studi cross-over, Studi ecologici	
<i>Vantaggi</i> Potenti e poco costosi. Non necessitano di controlli indipendenti, perché tutti i soggetti ricevono sia il trattamento in esame sia quello di controllo	<i>Svantaggi</i> Sono fonte di errori e consentono una generalizzazione limitata
Casi clinici singoli o serie di casi Sorveglianza attiva o passiva del paziente	
<i>Vantaggi</i> Segnalano l'allarme e sono utili nel caso di eventi rari	<i>Svantaggi</i> Sono fonte di errori e non consentono la generalizzazione

Peer review o revisioni a pera?

Come funziona il referaggio

Il processo di peer review (letteralmente, revisione dei pari) è il sistema con cui viene valutata la qualità di una ricerca, per decidere se pubblicarla su una rivista o finanziarla. In pratica, prima dell'accettazione ufficiale, l'elaborato presentato alla rivista o il progetto di ricerca sono sottoposti al giudizio di altri scienziati, detti referee, esperti nello stesso campo dell'autore e scelti nella comunità internazionale. Per garantire l'imparzialità, l'identità dei referee rimane segreta.

La peer-review: uno strumento imperfetto

La peer-review funziona? Uno degli strumenti per selezionare gli articoli da pubblicare nelle riviste scientifiche è la cosiddetta peer-review, una procedura che consiste nel sottoporre in forma anonima il lavoro a uno o più revisori esper-

ti in quella materia.

Ebbene, secondo una recente revisione della Cochrane Collaboration la peer-review non garantisce la validità dell'articolo scelto. A questo fine sono stati analizzati 135 studi che prendono in considerazione le prove di efficacia dei procedimenti di selezione degli articoli da pubblicare adottati dai giornali biomedici.

Il risultato di questa revisione è che non si trovano prove convincenti che questi procedimenti di selezione funzionino. Questo perché il metodo di revisione, nonostante il suo uso massiccio, non è ben definito, e lascia spazio a una grande variabilità di usi e a revisioni di qualità scientifica molto variabile. L'intera revisione è disponibile a pagamento sul sito della Cochrane Library.

Qui sotto il resoconto di uno degli autori dello studio.

7. Estrapolare dalla ricerca pura alla pratica clinica

Si usa spesso estrapolare risultati assolutamente preliminari (condotti su animali o su una selezione molto stretta di pazienti) alla clinica, facendo sembrare ormai dietro l'angolo terapie ancora lontane da un'applicazione efficace e generalizzabile.

Un'altra forma di estrapolazione scorretta di risultati clinici consiste nel confondere efficacia teorica di un trattamento con la sua efficacia sul campo.

Il consiglio è:

- **cercare** la differenza fra efficacia teorica ed efficacia sul campo.

Efficacy ed effectiveness: il caso del vaccino antinfluenzale
Ogni anno, verso ottobre, i giornali escono con titoli sempre uguali, del tipo: "arriva l'influenza, 5 milioni di italiani a letto". In realtà, di questi presunti cinque milioni di persone, la quota di individui che si ammalerà di vera e propria influenza varia di anno in anno, ma difficilmente supera un terzo del to-

tale. Tutti gli altri malanni sono riconducibili a forme parainfluenzali (da altri virus o batteri): i sintomi sono simili e difficilmente distinguibili a una visita dal medico. Non c'è da stupirsi, allora, se fra coloro che prendono il vaccino antiinfluenzale solo una parte non si ammalerà di "influenza".

A questo proposito, gli studi dicono che il vaccino ha un'efficacia teorica (efficacy) compresa fra il 60-70%, ma un'efficacia sul campo (efficiency) di appena il 10-20%. Che cosa vuole dire questo? L'efficacia teorica misura i casi in cui il vaccino ha evitato l'influenza nelle condizioni controllate di uno studio clinico.

L'efficacia sul campo, invece, misura quanti reali casi di influenza il vaccin riesce a prevenire in quella popolazione "reale" colpita da sintomi influenzali (molti dei quali non sono stati infettati dai virus influenzali bensì da altri microrganismi). Confondere queste due forme di efficacia porta spesso l'informazione medica a sovrastimare la potenza dei farmaci.

8. Enfatizzare le implicazioni cliniche di uno studio

Molti studi giungono a risultati che non cambiano il corso di una malattia; dimostrano semplicemente che, somministrando la tale sostanza, hanno modificato di poco parametri intermedi senza migliorare la qualità di vita del paziente.

Il consiglio è:

- **accertarsi** che lo studio prenda in considerazione gli esiti clinici importanti per la vita del paziente (come gli infarti, la mortalità o le disabilità) e non solo degli esiti intermedi, tipicamente valori di laboratorio o segni fisici (p.e. glicemia, colesterolo, pressione, volume del tumore) che si ritengono (a ragione o a torto) indicativi dell'evoluzione dello stato di salute.

9. Trasformare un fattore di rischio in una malattia

C'è la tendenza, favorita dall'"industria della salute" (aziende farmaceutiche, medici specialisti, televisione e stampa), a trasformare in malattia quelli che sono semplicemente parametri fisiologici che indicano un rischio aumentato di contrarre alcuni disturbi: per esempio un aumento di pressione arteriosa, zuccheri e colesterolo nel sangue.

Questo fenomeno, noto come "medicalizzazione", si accompagna a un'offerta sempre più insistente di screening e di misure di prevenzione primaria e secondaria alla popolazione sana.

Il consiglio è:

- **imparare** a riconoscere i mercanti di malattie.
"C'è un sacco di soldi da fare se si convincono le persone sane che sono malate". Un insolito terzetto firma sul British Medical Journal un articolo che comincia con queste parole, sotto il titolo "Vendere malattie". I tre autori sono un giornalista, un medico di famiglia e un professore di farmacologia, tutti australiani, che hanno messo insieme le loro competenze e i loro strumenti di indagine per ricostruire minuziosamente un fenomeno poco conosciuto e sottovalutato: la mano segreta e i finanziamenti occulti delle società farmaceutiche dietro l'invadenza della medicina.

Senza pretese di sistematicità né di completezza, i tre fanno solo cinque esempi, ma per ciascuno forniscono dati, cifre, circostanze concrete e testimonianze.

Un documento riservato illustra il "programma di educazione" destinato a creare nei medici la percezione che il cosiddetto intestino irritabile (un misto di disturbi come stitichezza, diarrea e meteorismo) sia "una malattia credibile, comune e concreta". Ovviamente il programma faceva parte della strategia di marketing di un nuovo farmaco, il primo approvato dalla Food and Drug Administration americana per trattare una condizione che, per la sua frequenza e innocuità, è stata sempre considerata come una molestia benigna. Invece, secondo i piani del produttore, la sindrome avrebbe dovuto essere "fissata nella mente dei dottori e dei pazienti come uno stato di malattia significativo e a sé stante". Il piano è stato bruscamente interrotto dal ritiro del nuovo farmaco dal mercato, per la segnalazione di gravi effetti dannosi, anche mortali. Ma non è detta l'ultima parola: prima o poi un rimedio meno nocivo si troverà, e riprenderà il lavaggio del cervello per convincere medici e pazienti che un sintomo comune e insignificante è qualcosa di grave.

Lo stesso è stato fatto con la calvizie, che è diventata una questione seria da quando è saltato fuori un medicinale che fa ricrescere qualche capello: si è cominciato allora a parlare di difficoltà emotive, panico e traumi psichici indotti dall'essere calvi.

Anche i problemi personali e sociali diventano malattia, se si affaccia una pillola che può attenuarli: è il caso della fobia sociale, ovvero la timidezza, per la cui promozione sono stati spesi fiumi di danaro. La rivista britannica *Pharmaceutical Marketing* ha pubblicato una "Guida pratica" per gli addetti ai lavori, nella quale descrive il caso della fobia sociale come un successo nel creare una nuova entità clinica e insieme la convinzione della necessità di riconoscerla e curarla.

Il caso della rarefazione delle ossa (osteoporosi) è un esempio di come un fattore di rischio possa essere prima inquadrato come malattia, poi definito in modo tale da essere applicabile a falangi di persone in buona salute. L'Organizzazione mondiale della sanità ha fissato i criteri di normalità facendo riferimento alla saldezza delle ossa delle donne giovani, in modo tale che il naturale processo di invecchiamento sia visto come patologico. Su questa base "le attività promozionali sostenute dall'industria tentano di persuadere milioni di donne sane nel mondo a considerarsi malate", allo scopo di indurle ad assumere rimedi costosi che, in barba alla propaganda aggressiva, forniscono nel migliore dei casi solo vantaggi marginali.

L'apoteosi si raggiunge infine con l'impotenza, ribattezzata col termine più neutro di disfunzione erettile e gonfiata al rango di assillo universale. Secondo le cifre messe in giro da quando sono arrivati in commercio i farmaci specifici, addirittura 4 maschi su 10 incontrerebbero difficoltà a completare un rapporto sessuale.

Come scriveva già dieci anni fa Lynn Payer, autrice del libro "Disease mongers" e pioniera di questo genere di denunce, i venditori di malattie "divorano la nostra fiducia in noi stessi" e nella nostra capacità di far fronte alle normali difficoltà della vita, mentre ci inducono a diventare dipendenti da soluzioni esterne che tolgono responsabilità, oltre a essere costose (per il singolo e per la collettività) e potenzialmente dannose.

da Lettera a un medico sulla cura degli uomini, G. Cosmacini e R. Satolli, Laterza, 2003

• impara ad **analizzare** una campagna di sensibilizzazione. "Prevenire è meglio che curare" recita uno slogan. Ma è sempre vero?

Nei paesi occidentali la medicina è al centro di un vasto settore economico, articolato, complesso e in costante espansione, che si può definire industria della salute. Essa fornisce un ventaglio di prodotti e servizi all'interno del quale i cittadini, per poter scegliere consapevolmente, dovrebbero poter disporre di informazioni complete e di buona qualità. Il che accade raramente e parzialmente: è un mercato imperfetto.

In questo quadro economico, la scienza ricopre un ruolo ambivalente. In teoria, fornendo le prove di efficacia, dovrebbe costituire il riferimento certo su cui fondare le scelte appropriate, individuali e di politica sanitaria. In pratica, essendo oggi per lo più finanziata a scopo di lucro, sempre più spesso concepisce e conduce la ricerca clinica seguendo le regole del marketing.

Come tutti i mercati infatti, anche l'industria della salute, per prosperare, deve:

- moltiplicare prodotti e servizi per indurre a consumi crescenti (poco importa se inappropriati o superflui, se non addirittura dannosi);

- reclutare nuovi clienti (magari anche tra coloro che non hanno disturbi o si ritengono sani).

Fra le strategie di allargamento del mercato più adottate figurano le campagne di sensibilizzazione e prevenzione.

C'erano, soprattutto un tempo (ma ci sono tuttora anche se sempre più rare), iniziative genuine e spontanee, generate dalla buona volontà di medici e malati di fare qualcosa per contrastare questo o quel male, diffondendo tra il pubblico la conoscenza di come si manifesta e di come si combatte. Purtroppo gli esperti di marketing si sono ben presto accorti delle enormi potenzialità promozionali di tali attività, e hanno cominciato a suggerire l'opportunità che vengano finanziate o addirittura promosse direttamente dalla industria della salute.

Questo fenomeno, che in inglese si chiama "disease mongering" (commercio di malattie), sta diventando la modalità prevalente con cui il pubblico riceve informazioni in campo medico.

Molte delle campagne promosse negli ultimi anni sono vincolate a queste logiche di mercato.

10. Presentare in modo alterato i rischi

Spesso i media enfatizzano fonti di rischio con scarso o nullo impatto sanitario, e trascurano di dare un'informazione adeguata su rischi rilevanti. Stampa e televisione privilegiano fonti di rischio per le quali si possa facilmente trovare un colpevole o si possa sospettare un tentativo di censura; che coinvolgano personaggi famosi o che possano essere letti come anticamera a guai maggiori; che, pur essendo in realtà poco nocivi, sono molto diffusi.

Il consiglio è:

- **riconoscere** i rischi davvero importanti

In genere preoccupano di più e sono meno accettabili i rischi:
- involontari (es. l'esposizione all'inquinamento) rispetto a quello volontari (es. sport pericolosi o il fumo)

- distribuiti in modo diseguale (alcuni ne beneficiano mentre altri ne soffrono le conseguenze)
- ineludibili, anche prendendo precauzioni
- con origini non note o nuove derivanti da cause umane e non da fonti naturali
- che causano danni nascosti e irreversibili (es. determinano l'insorgere di malattie molti anni dopo l'esposizione)
- particolarmente pericolosi per i bambini o per le donne incinta, o in generale per le generazioni future
- che possono portare a forme di morte (o di malattie) particolarmente temuti
- che danneggiano vittime identificabili e non anonime
- poco compresi dalla scienza
- oggetto di affermazioni contraddittorie da parte delle fonti responsabili (o, peggio, della stessa fonte)