

Non trasformiamo gli anziani in pazienti

Prevenire è meglio che curare è uno slogan pubblicitario di successo insinuatosi nelle nostre menti e diventato pian piano assioma, verità inconfutabile. Juan Gervas , Barbara Starfield , Iona Heath ci hanno messo un bel punto di domanda: *prevenire è meglio che curare ?* togliendoci qualche certezza. (1) Nel loro articolo su Lancet del Dicembre 2008 instillano sani dubbi in un'epoca in cui dubitare è diventato sospetto, quasi riprovevole

La prevenzione è un' arma potente per la sua capacità di trasformare i sani in malati, una specie di 'miracolo inverso' della nostra medicina; come tale, sostengono gli autori, richiede ancora maggior attenzione nonchè prove di sicurezza ed efficacia al pari della medicina curativa. Che invece spesso mancano. Gli interessi in gioco sono forti e molteplici: le aspettative irrealistiche dei pazienti, la gratificazione sociale, professionale e finanziaria dei politici e dei medici, gli interessi commerciali dell'industria del farmaco. Tutto concorre a spostare l'attenzione dalla medicina curativa alla medicina preventiva spostando preziose risorse dalla cura di malattie reali alla caccia di potenziali fattori di rischio.


Ritorna sull'argomento Michael Oliver professore emerito di Cardiologia presso l'Università di Edimburgo in un articolo apparso su *BMJ* nel Marzo 2009 intitolato *Non trasformiamo gli anziani in pazienti.*(2) Un punto di vista personale tipicamente preventivo, ma *quaternario*. Inteso nel senso di prevenzione quaternaria(1): cioè identificazione dei pazienti a rischio di ipermedicalizzazione , per proteggerli da un eccesso di intervento.

Gli anziani rappresentano in effetti un tipico esempio.

Perfino gustoso l'incipit in cui Oliver descrive anziani pensionati convinti di essere in buona salute convocati dal proprio medico di base (GP, General Practitioner) per un check-up annuale e trasformati in ipertesi, dislipidemici o altro, accusati di fare troppo poco esercizio, di mangiare disordinatamente di bere troppo. Quindi avviati a esami diagnostici o messi in terapia con farmaci. Solo pochi non saranno considerati a rischio per qualche cosa. Eccoli quindi quei poveri anziani entrati sani, uscire dallo studio medico come pazienti e tornare a casa spaventati forse mai più in grado di invecchiare serenamente.

Che razza di medicina è questa? –si chiede Oliver- dove la politica prevale sulla professionalità, l'ossessione per i target governativi si sostituisce al buon senso e il paternalismo rimpiazza la responsabilità personale ? Oliver fa esplicito riferimento al sistema sanitario britannico (NHS) e in particolare al QoF il sistema di remunerazione dei GP introdotto nel 2003 (3)

Sembra che la maggior parte dei Governi occidentali consideri tutte le persone al di sopra dei 75 anni come pazienti

Questo trend-dice l'autore- ha molte cause: *l'adesione entusiastica e acritica alle varie linee-guida, il sistema di remunerazione dei GP in base al numero di caselle barrate*  *le richieste dei governi e delle compagnie di assicurazioni, nonché l'implacabile pressione dell'industria farmaceutica.*

Ecco alcuni punti deboli evidenti

1) Molto medici di famiglia non sembrano aver chiara la differenza tra riduzione relativa e assoluta del rischio (RRR relative risk reduction e ARR absolute risk reduction). Le misure relative tendono a sovrastimare l'effetto terapeutico del trattamento sperimentale e basarsi sulla riduzione relativa del rischio induce i medici a proporre il trattamento anche quando la reale riduzione del rischio (quella assoluta) è modesta

2) Né sembrano ben conoscere il concetto del Number needed to treat (NNT) cioè quante persone è necessario metter in trattamento per ottenere un singolo risultato positivo. Per esempio è necessario trattare 75 anziani con ipertensione lieve per prevenire un solo ictus. Nel frattempo gli altri 74 continueranno a prendere farmaci a vita

3) Le linee-guida non sono comandamenti che obbligano a investigare e trattare, Spesso i limiti di normalità non coincidono tra differenti linee guida e le 'popolazioni' (in senso statistico) prese in considerazione sono molto differenti dai pazienti reali ai quali si propone il trattamento.

4) Poca attenzione viene dedicata agli effetti collaterali, specie quelli minori, quelli che gli informatori scientifici del farmaco dimenticano sempre di citare, anche se sono riportati sui foglietti illustrativi. Per esempio i beta bloccanti abbassano la pressione anche negli anziani, ma siccome il sistema cardiovascolare si fa più rigido con l'età, trattare un'ipertensione lieve può causare vertigini e cadute. Inoltre i beta-bloccanti rallentano l'attività fisica e mentale.

Le statine provocano disturbi muscolari e debolezza anche in assenza di vera miopatia
Questi effetti collaterali, che possono essere disabilitanti, vengono comunicati alle Autorità sanitarie?

5) Gli eccessi di diagnosi sono all'ordine del giorno. Soggetti etichettati come diabetici e messi in trattamento per un aumento dei livelli di glucosio a digiuno, salvo poi scoprire che l'emoglobina glicata è nei limiti.

Un aumento della concentrazione di colesterolo totale o LDL non è una sentenza di morte per un anziano-sbotta Oliver.

Ecco quindi una serie di domande:

Le persone che vengono in questo modo trasformate in pazienti sono adeguatamente informate?

I benefici e i rischi del trattamento vengono adeguatamente esposti? E così anche i rischi e i benefici di non sottoporsi ad alcun trattamento? Perché a loro, ai pazienti ai singoli individui, tocca la scelta finale, è un loro diritto, e i medici devono saper accettare un eventuale 'rifiuto informato'.

Ed eccoci alla questione centrale:

La prevenzione primaria per i giovani e gli adulti deve essere incoraggiata e supportata ma ciò si può applicare ugualmente agli anziani?

Oppure, come hanno argomentato alcuni autori (5), fare ricorso a trattamenti preventivi per ridurre il rischio di una particolare causa di morte nelle persone anziane serve solo a modificare la causa di morte (per esempio dalle malattie cardiovascolari ai tumori) senza prolungare la durata di vita?

Fare gli interessi dei pazienti anziani, che hanno finanziato per tutta la vita con le tasse il sistema sanitario nazionale, significa piuttosto investire nelle cure che alleviano le sofferenze reali: le operazioni di cataratta, le protesi ortopediche, la 'cura' dei pazienti affetti da demenza....

Oliver conclude riassumendo:

Oggi a pochi anziani è concesso di godere una buona salute, la burocrazia sanitaria conduce ad un eccesso di diagnosi e ad ansia non necessaria.

L'azione preventiva può essere irrilevante e persino pericolosa nelle persone anziane.

Doveroso il tributo finale a Ivan Illich che, parlando di medicalizzazione della vita nel suo *Nemesi medica*, nel 1976, aveva già capito tutto (4). Diceva infatti: *il concetto di morbosità si è esteso fino ad abbracciare i rischi prognosticati. Dopo la cura delle malattie, anche la cura della salute è diventata una merce cioè qualcosa che si compra e che non si fa..... Ci si tramuta in pazienti senza essere malati. La medicalizzazione della prevenzione diventa così un altro grande sintomo di iatrogenesi sociale.... Quando tutta una società si organizza in funzione di una caccia preventiva alle malattie, la diagnosi assume allora i caratteri di un'epidemia*

Da rileggere, Illich.

Vittorio Fontana

Geriatra, Ospedale Bassini

Cinisello Balsamo (MI)

Bibliografia essenziale e note

- 1) Gervas, Starfield, Iona Heath. *Is clinical prevention better than cure?* Lancet 2008; 372:1997-99
Traduzione e sintesi di Danilo Telò Lettera n° 2 Dicembre 2008 Nograziepagio
- 2) Michael Oliver *Let's no turn elderly people into patients* BMJ 2009;338:b873
- 3) *Quality and outcomes Framework*- un sistema di remunerazione dei medici di famiglia introdotto nel 2003 basato sul raggiungimento di obiettivi di appropriatezza ed efficacia clinica, capacità organizzativa e soddisfazione degli assistiti. La remunerazione è in relazione alla proporzione di pazienti, arruolati per patologia , per i quali sia stato raggiunto l'obiettivo predefinito
- 4) Mangin, Sweeney, Heath *Preventive health care in elderly people needs rethinking* BMJ 2007;335:285-287
- 5) Ivan Illich. *Nemesis medica* 1976. Boroli Editore, Milano, 2005