

Meglio prevenire che curare ?

da: *Lancet* 2008; 372; 1197-1199.

Is clinical prevention better than cure?

Juan Gervas, Barbara Starfield, Iona Heath

Equipo CESCA, Madrid, Spain(J Gervas MD); **Johns Hopkins University, Baltimore, MD, USA**(B Starfield MD); and **Royal College of General Practitioners, London, UK**(I Heath FRCGP)

Questo si chiedono in maniera provocatoria gli autori, osservando che nei paesi ricchi l'interesse principale della medicina clinica sta spostandosi dalla cura delle malattie alla loro prevenzione, anticipando le possibili future malattie in soggetti attualmente in buona salute.

I medici si trovano allora ad affrontare nuove problematiche:

- . la prevenzione può causare danni
- . il beneficio della prevenzione per il singolo e per la popolazione in toto potrebbero non corrispondere
- . la prevenzione può non avere lo stesso valore per tutti
- . la prevenzione inizia ad essere prioritaria rispetto alla terapia

I medici devono fare attenzione a non aver collusioni con chi ha interessi economici nelle attività di prevenzione.

Trovare il giusto equilibrio fra prevenzione e cura è un problema quotidiano. Esistono molte ragioni perché vi sia maggiore interesse nella prevenzione, come l'identificazione dei fattori di rischio delle malattie, l'aspettativa aumentata di una sana e lunga vita, la collusione di molti interessi commerciali e professionali nel trarre profitto dalla creazione di nuovi mercati: ⁽¹⁻³⁾ le gratificazioni sociali, professionali e finanziarie nella prevenzione possono essere considerevoli.

Nella medicina curativa i trattamenti sono mirati a curare o ad alleviare i sintomi. La prevenzione ha come scopo invece di evitare che accada qualcosa nel futuro.

La prevenzione, comprese le vaccinazioni ed i consigli di vita sana, fanno parte integrante quasi di ogni visita medica.

L'identificazione di un fattore di rischio è sempre indicazione ad intraprendere un'attività preventiva? La prevenzione ha sempre avuto i suoi detrattori ^(1,4,5), ma vanno ora nuovamente ripensati i benefici ed i possibili danni della prevenzione nella pratica clinica ^(6,7). Le conseguenze potenziali delle misure preventive comprendono: il possibile annullamento della capacità del singolo di affrontare la malattia, il dolore e la morte; l'aumentata paura e la percezione della malattia anche quando questa non esiste, la frustrazione del medico che si trova ad affrontare una sempre crescente lista di problemi, impossibili da affrontare nel tempo di una visita. ^(1,2,8,9)

La prevenzione ha un'aura di onnipotenza e di buon senso ⁽⁶⁾ Ma è sempre vero che la prevenzione è meglio della cura? Prendiamo in considerazione l'ipertensione: ci sono prove che i benefici dello screening e del trattamento superano decisamente i possibili danni. Eppure il trattamento può essere complesso e costoso, rendendo difficile per il medico effettuare tutte le strategie di controllo raccomandate ⁽¹⁰⁾ Inoltre, il trattamento dell'ipertensione quasi sempre genera ansia e di solito richiede molte visite ed esami e l'assunzione di farmaci per il resto della vita: cosa molto importante per i giovani adulti con ipertensione lieve, che non hanno poi nessuna garanzia di benefici futuri soggettivi.⁽¹⁰⁾

Come nella medicina curativa, nella prevenzione è fondamentale “primum non nocere”. La prevenzione richiede ancora maggiore valutazione di quanto non succeda nella medicina curativa in quanto viene presentata come ricca di benefici a soggetti attualmente in buone condizioni di salute, viene proposta dal medico e non dal paziente, tuttavia ha il rischio di provocare danni reali.

La richiesta di test e la somministrazione di farmaci aumenta il rischio di effetti collaterali e di interazioni farmacologiche, da qui l'importanza potenziale della prevenzione quaternaria: cioè l'identificazione dei pazienti a rischio di ipermedicalizzazione per proteggerli da ulteriori interventi. ^(13,14) La prevenzione quaternaria è particolarmente importante negli anziani fragili e con associate comorbidità. I medici hanno il dovere morale di proteggere i soggetti a rischio da eccesso di intervento.

Noi attribuiamo malattie e fattori di rischio a soggetti sani e li trasformiamo in pazienti senza alcuna prova di beneficio per il singolo. Solo alcune regole di previsione sono state sottoposte a formale analisi di impatto per stabilire se migliorano davvero i risultati del singolo quando usate nella pratica clinica. Alcune regole di previsione sono state applicate a popolazioni diverse da quelle per le quali erano state sviluppate (l'uso della funzione di rischio di Framingham ne è un esempio) Alcune malattie sono state rimaneggiate sulla base di valori di laboratorio spesso arbitrari.

L'US Preventive Services Task Force valuta singoli interventi in soggetti asintomatici, ma non dà indicazioni su come possano essere combinati insieme. Inoltre tali raccomandazioni non sono applicabili a soggetti che abbiano già sviluppato sintomi di malattia o che abbiano comorbidità. ⁽¹⁶⁾

L'US National Commission on Prevention Priorities (USNCCPP) dichiara che non tutte le attività di prevenzione hanno gli stessi effetti benefici, lo stesso profilo di possibile danno, lo stesso costo ⁽¹⁶⁾ e raccomanda ai medici di prendere in considerazione il

differente contesto biologico, socio culturale ed economico del paziente, le sue preferenze, la storia naturale della malattia, la sua prevalenza nella popolazione e le comorbidità presenti.

Lo studio Seven Countries ha mostrato come il beneficio di alcuni interventi di prevenzione variava in rapporto alla popolazione. Nella popolazione studiata, l'aumento relativo della mortalità a lungo termine dovuto a malattia coronarica per un certo aumento di pressione arteriosa era simile, ma il rischio assoluto agli stessi livelli di pressione era diverso in maniera sostanziale ⁽¹⁸⁾. Raccomandazioni simili per lo screening, la diagnosi, il trattamento ed il follow-up dell'ipertensione in popolazioni diverse darebbero risultati diversi. Molte raccomandazioni per programmi di screening non considerano in maniera adeguata le differenze di costi e di resa in popolazioni diverse.

I medici hanno bisogno di maggiore aiuto da parte dei ricercatori, liberi da conflitti di interessi, per pensare come indirizzare al meglio gli interventi, condividere le decisioni insieme ai pazienti sui possibili rischi e sui possibili benefici, valutare il possibile impatto sul singolo e sulla popolazione ed i relativi costi. ^(18,20-22)

Gli autori propongono allora alcuni principi per guidare la valutazione di nuove raccomandazioni per la prevenzione clinica:

- La prova dei possibili benefici e della fattibilità devono essere testate nella pratica quotidiana. Il concetto è: quale prova viene ricercata, per quale scopo, come viene interpretata e cosa potrebbe essere controindicato ed in quali casi – esattamente allo stesso modo di quanto succede nel trattamento delle malattie, ma con ben in testa il concetto di non provocare danni seri e permanenti a soggetti che sono sani. Sono necessarie informazioni dei differenti effetti che si hanno su popolazioni diverse o su gruppi diversi di una stessa popolazione, considerando almeno età, sesso e condizione socioeconomica.

- Non tutte le attività di prevenzione hanno lo stesso valore. I medici devono decidere quali di questi promuovere. Le nuove attività di prevenzione devono essere paragonate con le vecchie, comprendere informazioni circa la loro capacità di evitare le future malattie: per chi e in quali condizioni la prevenzione è meglio della cura?

- La riduzione del rischio relativo non basta. Il rischio assoluto è diverso per differenti popolazioni. Il rischio attribuibile è un'importante caratteristica di prova; eppure generalmente manca nei trials clinici randomizzati che producono prove.

La frequenza relativa dei problemi per i quali si cercano prove deve essere conosciuta prima ancora che l'utilità della prova stessa possa essere interpretata. Perciò le decisioni circa le priorità di prevenzione indirizzate alle popolazioni devono prendere in considerazione il rischio attribuibile ed il rischio relativo.

- Tutti i trials su cui va basata la politica di intervento dovrebbero valutare e riportare i danni che provengono dall'attuazione dell'intervento stesso. Le nuove proposte non dovrebbero trasformare le regole di previsione in regole di decisione senza una robusta analisi di impatto.

La spinta a fare di più, sia in prevenzione che in terapia è implacabile. L'effetto degli interessi economici che ora comprende quei medici che vengono pagati per determinati interventi di prevenzione evidence-based richiede la massima attenzione nell'interpretare l'utilità di questi interventi.

Concludono quindi gli autori: gli interventi di prevenzione danno ai ricchi e prendono ai poveri in quanto questi prenderanno parte a programmi di prevenzione molto meno facilmente che non i soggetti con maggiori risorse. Così i medici che curano i benestanti, finiscono per essere meglio pagati.

La prevenzione vecchio stile non è più giustificata, come non lo è più la terapia vecchio stile. Il maggior denaro investito per la prevenzione dei soggetti con maggior risorse economiche, che sono nella posizione migliore per richiederla, sottrae tempo ai meno abbienti che ne hanno maggior bisogno per i propri problemi di salute.

Gli autori dichiarano di non avere nessun conflitto di interesse

Traduzione e sintesi di
Danilo Telò,
Medico di famiglia, Milano

Bibliografia

- 1 Illich I. Medical nemesis. The expropriation of health. New York: Pantheon Books, 1976.
- 2 Moynihan R, Smith R. Too much medicine? Almost certainly. *BMJ* 2002; 324: 859–60.
- 3 Gervas J. Screening for serious illness. Limits to the power of medicine. *Eur J Gen Pract* 2002; 8: 47–49.
- 4 Cochrane AL. The widening horizon of preventive medicine. The medical officer of health as an epidemiologist. *R Soc Health J* 1955; 75: 584–87.
- 5 Holtzman NA. Prevention: rhetoric and reality. *Int J Health Serv* 1979; 9: 25–39.
- 6 Gray JA. Postmodern medicine. *Lancet* 1999; 354: 1550–53.
- 7 Fugelli P. The Zero-vision: potential side effects of communicating health perfection and zero risk. *Patient Educ Couns* 2006; 60: 267–71.
- 8 Barsky AJ. The paradox of health. *N Engl J Med* 1988; 318: 414–18.

- 9 Bodenheimer T. Primary care—will it survive? *N Engl J Med* 2006;
- 10 Canadian Health Services Research Foundation. An ounce of prevention buys a pound of cure. *J Health Serv Res Policy* 2004; 9: 191–92.
- 11 Stewart-Brown S, Farmer A. Screening could seriously damage your health. Decisions to screen must take account of the social and psychological costs. *BMJ* 1997; 314: 533–34.
- 12 Starfield B. New paradigms for quality in primary care. *Br J Gen Pract* 2001; 51: 303–09.
- 13 Gervas J. Diagnostic and therapeutic activity moderation. Quaternary and genetic prevention. *Gac Sanit* 2006; 20 (suppl 1): 127–34.
- 14 Bentzen N. *WONCA Dictionary of General/Family Practice*. Copenhagen, Denmark: Laegeforeningens Forlag, 2003.
- 15 Reilly BM, Evans AT. Translating clinical research into clinical practice: impact of using prediction rules to make decisions. *Ann Intern Med* 2006; 144: 201–09.
- 16 Maciosek MV, Coffield AB, Edwards NM, Flottemesch TJ, Goodman MJ, Solberg LI. Priorities among effective clinical preventive services: results of a systematic review and analysis. *Am J Prev Med* 2006; 31: 52–61.
- 17 Richens J, Imrie J, Copas A. Condoms and seat belts. The parallels and the lessons. *Lancet* 2000; 355: 400–03
- 18 van den Hoogen PC, Feskens EJ, Nagelkerke NJ, Menotti A, Nissinen A, Kromhout D. The relation between blood pressure and mortality due to coronary heart diseases among men in different parts of the world. *N Engl J Med* 2000; 342: 1–8.
- 19 Heath I. In defence of a National Sickness Service. *BMJ* 2007; 334: 19.
- 20 Fleetcroft R, Cookson R. Do the incentive payments in the new NHS contract for primary care reflect likely population health gains? *J Health Serv Res Policy* 2006; 11: 27–31.
- 21 Haynes B. Can it work? Does it work? Is it worth it? The testing of healthcare interventions is evolving. *BMJ* 1999; 319: 652–53.
- 22 Steinberg EP, Luce BR. Evidence based? Caveat emptor! *Health Aff* 2005; 24: 80–92.