

RECENSIONI

Doctor G, una graphic novel

Già un editoriale pubblicato su *Lancet* quasi 70 anni or sono affermava che "...Metodi statistici semplici ci riguardano molto più da vicino di quanto lo siano molte delle cose che siamo costretti a imparare lungo i sei anni del curriculum di formazione medica..."¹. Infatti, per comprendere appieno l'effettiva efficacia ed i rischi di un intervento, di un test o di uno screening è assolutamente indispensabile aver compreso concetti quali il "rischio relativo", quello "assoluto", l'"NNT" (numero di casi da trattare per avere un beneficio), l'"NNH" (numero di casi da trattare per avere un evento avverso), gli "Odds Ratio", la nozione di "sensibilità" e di "specificità" di un test, ecc. Oggigiorno, per rispondere ai quesiti clinici della pratica corrente i medici necessitano più che mai di poter accedere ai report di ricerca originale e alle pubblicazioni scientifiche e non possono basarsi unicamente sugli "abstract", su riassunti di metanalisi e di linee guida che concernono di regola un numero limitato di condizioni sanitarie. Ciò richiede al lettore un bagaglio di base di nozioni statistiche che gli permettano di valutare criticamente la progettazione, l'esecuzione e l'analisi di ciascuno studio e successivamente di interpretarne correttamente i risultati. Studi hanno mostrato che i medici sono in grado di capire l'analisi e l'interpretazione dei risultati di solo il 21% degli articoli scientifici². L'alfabetizzazione statistica della maggior parte dei medici è così scarsa che non si può pretendere che essi traggano le giuste conclusioni dalle analisi statistiche degli studi

pubblicati sulle riviste mediche³ e non sembra che la comprensione sia migliorata rispetto a quarant'anni or sono⁴. Se consideriamo gli screening, oggi molto di moda, la presentazione dei risultati in termini di aumento della sopravvivenza ad esempio a 5 anni, è ingannevole. Infatti, la diagnosi precoce implica già di per sé l'anticipo della messa in evidenza di una anomalia. Questo fatto da solo porta ad una migliore sopravvivenza a 5 anni anche se i pazienti in realtà non vivono più a lungo ("lead time bias"). Non sorprende che uno studio recente⁵ abbia mostrato che la maggior parte dei medici di medicina generale erroneamente interpreta un'apparente miglioramento della sopravvivenza e una maggiore detezione di tumori come prova che lo screening salvi la vita. Pochi riconoscono correttamente che solo la riduzione della mortalità in uno studio randomizzato costituisce la prova del beneficio dello screening. Il medesimo studio ha mostrato che la grande maggioranza dei medici non è in grado di distinguere tra gli screening di importanza irrilevante (consigliati negli USA dal 69% dei medici di medicina generale) e quelli che al contrario riducono in modo significativo la mortalità concomitante (consigliati dal 23%). Questa evidenza, unitamente all'analfabetismo statistico e alla pratica della medicina difensiva, spiega probabilmente l'acritica adesione della professione ad ogni forma di diagnosi precoce.

Salutiamo quindi questo innovativo supporto didattico in forma di fumetto come un utilissimo e originale strumento di "empowerment" dell'alfabetizzazione biostatistica di base per medici e studenti di medicina e, perché no, anche per pazienti e giornalisti⁶.

Gianfranco Domenighetti

Università della Svizzera Italiana e di Losanna
gianfranco.domenighetti@usi.ch



A cura di
**LUANA CASELLI, LUCA IABOLI,
GRAZIA LOBACCARO,
MARCO MADOGGIO**

Doctor G

L-INK, 2016
(<http://l-inkproject.com/>)
pp. 180, 20,00 euro

Bibliografia

1. Editorial. Mathematics and medicine. *Lancet* 1937; i: 31.
2. Windish DM, Huot SJ, Green ML. Medicine residents' understanding of the biostatistics and results in the medical literature. *JAMA* 2007; 298: 1010-22.
3. Wulff HR, Andersen B, Brandenhoff P, Guttler F. What do doctors know about statistics? *Stat Med* 1987; 6: 3-10.

4. Martyn C. Risky business: doctors' understanding of statistics. *BMJ* 2014; 349: g5619.
5. Wegwarth O, Schwartz LM, Woloshin S, Gaissmaier W, Gigerenzer G. Do physicians understand cancer screening statistics? A national survey of primary care physicians in the United States. *Ann Intern Med* 2012; 156: 340-9.
6. Gigerenzer G, Gaissmaier W, Kurz-Milcke E, Schwartz LM, Woloshin S. Helping doctors and patients make sense of health statistics. *Psycholo Sci Publ Inter* 2007; 82: 53-96.

Ridurre le disuguaglianze anche in salute

"Abbiamo cominciato a dare più valore a quanto si vive che a come si vive, privilegiando la quantità rispetto alla qualità e la politica sanitaria sembra sempre più guidata dall'idea bizzarra che la morte possa essere rinviata all'infinito".

Iona Heath è stata per 35 anni General Practitioner presso il Caversham Group Practice di Kentish Town, quartiere della periferia di Londra. Nel corso del tempo ha guidato il gruppo sulle disuguaglianze nella salute e poi l'International Committee del Royal College of General Practice, diventandone il presidente dal 2009 al 2012. Presidente del comitato etico ed editorialista del *BMJ* ha portato le sue riflessioni sulla medicina ai tempi del liberismo in vari saggi, fra cui "The mystery of general practice" (1995)¹ e "Modi di morire" (2008)². La frase sopra riportata è fra quelle centrali del suo nuovo saggio "Opium of the Masses", in italiano "Contro il mercato della salute", che si apre con un'ipotesi da considerare con attenzione: "...via via che in ogni parte del mondo, equità e giustizia sono gradualmente erose da società sempre più disuguali, i sistemi sanitari sono incaricati di capovolgere le disuguaglianze di salute e biasimati a causa del loro inevitabile fallimento. Ad essi si impone un compito impossibile e demoralizzante, mentre i governi si sottraggono alle proprie

responsabilità nei confronti delle politiche fiscali, che sono alla base e il veicolo di ogni forma di disuguaglianza... che l'assistenza sanitaria, puntellata da tanti scrupolosi professionisti della salute che colmano il divario fra pazienti e politica celi dietro una maschera di umanità e sollecitudine il suo motore segreto, vale a dire il profitto privato entro il complesso medico-industriale?... E se fosse diventata (al posto della religione) il nuovo oppio che impedisce ai poveri, le cui condizioni di vita sono sempre più disperate, di esprimere apertamente il loro malcontento?". L'analisi di Heath si dipana lucida attraverso quattro argomenti: "Come il complesso medico-industriale ci rende tutti malati", "Come le società inique fanno ammalare i più poveri", "Il divario fra pratica e politica", "La difficile situazione dei professionisti della salute" e si conclude con una gran messe di citazioni dalla narrativa e dalla saggistica, che da sempre riescono a descrivere, nelle loro espressioni più elevate, le dinamiche del proprio tempo.

Il quadro che ne esce è problematico. Viene smentita l'affermazione *mainstream* secondo cui "fare di più vuol sempre dire fare meglio...", ma spesso fare di più vuol dire quasi solo contribuire ad aumentare i profitti dei produttori di farmaci e presidi aumentando la dipendenza dei cittadini dall'assunzione di farmaci e dall'effettuazione di esami con effetti non dimostrabili sulla loro salute. In questo modo Heath descrive la collaborazione, più o meno consapevole, dei professionisti della salute, come promotori attivi del consumo di farmaci e presidi. Questo consumo, spesso scriteriato, è, secondo la letteratura indipendente e autorevole citata da Heath, per buona parte sganciato dagli effetti benefici sullo stato di salute degli



Iona Heath

Contro il mercato della salute
Bollati Boringhieri, Torino 2016
pp.110, 11,00 euro

RECENSIONI Ridurre le disuguaglianze anche in salute

“utilizzatori finali”. L’incentivazione a prescrivere è sospinta da sistemi di pagamento inventati da una certa sottocultura manageriale non sufficientemente sperimentati ai fini della cura della salute delle persone trattate, che hanno dimostrato effetti perversi. Sono il *fee for service*, il pagamento a quantità di prestazioni o il *fee for performance*, il pagamento sulla base di supposti, predeterminati, criteri di cosiddetta qualità. In special modo Heath mette in discussione tutti gli esami e i farmaci consumati a scopo cosiddetto “preventivo” – prevenzione non è, semmai è diagnosi precoce – che dicono di trattare i fattori che sembrerebbe mettano le persone a rischio di ammalarsi, con risultati forse solo statistici e difficilmente verificabili sulle singole persone, che però a volte ne accusano gli effetti collaterali indesiderati. Queste persone si sentono bene, ma hanno dei parametri “alterati”, o fuori dalla “norma” a volte per effetto della tendenza, generata dal conflitto d’interesse dei componenti delle commissioni delle società scientifiche sulle linee guida, ad abbassare i livelli soglia di rischio modificando i criteri per la diagnosi. Pressione del sangue, colesterolo, PSA e screening fatti al di fuori dei criteri di appropriatezza sono esempi importanti di esami, seguiti dai relativi trattamenti anche invasivi, che rendono degli esami altrimenti utili e dirimenti per programmi di diagnosi e trattamento precoce di condizioni potenzialmente pericolose, delle trappole di accesso di sempre più persone ad un sistema di “cure” pervasivo e troppo spesso futile o addirittura dannoso. La creazione di nuove malattie, o *disease mongering* è un *driver* dei profitti del complesso medico-industriale, che spende un terzo dei propri capitali investiti ogni anno a scopo promozionale. Si creano degli effetti paradossi: in Norvegia, ad esempio, l’effetto della riduzione dei livelli soglia accettabili del colesterolo ematico fa sì che 3/4 della popolazione sia considerata ad alto rischio di eventi cardiovascolari, quando l’attesa media di vita è fra le più alte al mondo. In effetti, se si muore in Norvegia di eventi cardiovascolari, succede molto tardi nel corso della vita rispetto a quanto succede in altri Paesi... Ci dev’essere

qualcosa di sbagliato. Uno dei motori di questa svolta consumistica, in applicazione dei precetti del dr. Knock^{3,4}, è la paura⁵. Per paura di morire. La morte non è contemplata nella nostra cultura di consumi senza limiti. Si cerca di far tutto il possibile per restare vivi, anche contro le evidenze e la logica, e spesso questa paura è indotta dai produttori di farmaci e presidi con abili campagne di pubblicità o di propaganda. Iona Heath scopre questo gioco con eleganza, puntualità delle citazioni di lavori scientifici indipendenti, passione civile, etica della professione e ci mette sull’avviso: l’iperconsumo di diagnosi e trattamenti futili induce la riduzione di trattamenti utili nelle popolazioni che sono veramente a rischio e danneggia la salute, sia a causa dei trattamenti inutili che hanno degli effetti collaterali potenzialmente pericolosi, sia a causa del mancato utilizzo di trattamenti utili nelle persone che ne hanno bisogno, perchè le risorse economiche a loro favore sono state buttate, appunto, a sostegno dell’iperconsumo di trattamenti futili. In definitiva sovradiagnosi e sottodiagnosi, sovratrattamento e sottotrattamento sono molti di più degli sporadici eventi avversi studiati da una serie di strumenti e tecniche recentemente introdotte nel mercato del management sanitario, il cosiddetto *risk management* di derivazione assicurativa. Gli “eventi avversi” indotti dalla fretta, dalla riduzione delle risorse, dalla modalità sbagliata di organizzare l’assistenza sanitaria come una fabbrica di prestazioni, dalla difficoltà a disporre del proprio tempo per instaurare una relazione efficace medico-paziente, sono eventi la cui enfasi mediatica strumentale descritta sotto forma di “malasanità” contribuisce a celare un numero forse maggiore di errori medici indotti dalla pressione verso i consumi delle forze del mercato, utili ad aumentarne i profitti, ma non sufficientemente studiati. L’esempio della vita degli anziani, invasa da trattamenti farmacologici ed esami di efficacia non totalmente provata per ridurre i fattori di rischio, ma di pericolosità provata per causare gravi effetti collaterali da accumulo o da interazione fra i farmaci il cui metabolismo, vista l’età, è

rallentato, è, in definitiva, una fonte di riflessione non banale che Iona Heath ci regala per aiutare i medici a scegliere fra essere protettori indipendenti della salute delle persone fragili o passivi strumenti di spaccio del nuovo "oppio dei popoli". Per fortuna in Italia alcune posizioni della Federazione degli Ordini dei Medici e di alcune Società scientifiche partecipanti al progetto "Choosing Wisely – fare di più non significa fare meglio"⁶, promosso da Slow Medicine o alcune riviste, come *Ricerca & Pratica*, hanno da tempo posto degli alert a questa situazione e c'è già un vasto movimento per le "buone pratiche" che tende a mantenere diritta la barra della propria pratica clinica nei confronti delle lusinghe delle forze del mercato.

Andrea Gardini

Medico, co-fondatore slow Medicine
dott.andreagardini@gmail.com

BIBLIOGRAFIA

1. Heath I. The mystery of general practice: third john fry trust fellowship monograph hardback nuffield provincial hospitals trust, 1995.
2. Heath I. Modi di Morire. Torino: Bollati Boringhieri, 2008.
3. Romains J. Knock o il trionfo della medicina. Macerata: Liberilibri, 2007.
4. www.youtube.com/watch?v=WGhG9Q5Y_PE
5. Heath I. Role of fear in overdiagnosis and overtreatment. BMJ 2014; 349: g6123.
6. www.choosingwiselyitaly.org/index.php/it

24 MAGGIO 2017, AULA MAGNA,
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO,
MILANO

**ACCOGLIERE EMERGENZE,
PROMUOVERE DIRITTI**

CONVEGNO, CON UNA CONFERENZA
MAGISTRALE DI FILIPPO GRANDI (UNHCR)



CONFERENZA MAGISTRALE

Filippo Grandi

Alto Commissario delle Nazioni Unite per i Rifugiati (UNHCR)

TAVOLA ROTONDA

**La realtà dell'immigrazione:
una questione di diritti e cittadinanza
per tutti**

Massimo Livi Bacci

Professore di Demografia, Università degli Studi di Firenze

Gianni Tognoni

Segretario del Tribunale Permanente dei Popoli

Santino Severoni

Coordinatore del Programma di Salute Pubblica e Migrazioni,
Ufficio Regionale OMS Europa

Guido Viale

Sociologo e Saggista Italiano

Modera: Padre **Giacomo Costa**,
gesuita, direttore di *Aggiornamenti Sociali*

SESSIONE CONCLUSIVA

Matteo Biffoni

Delegato all'Immigrazione e alle Politiche per l'Integrazione, Anci

Emma Bonino

già Ministro degli Esteri

Luigi Manconi

Presidente della Commissione Diritti Umani del Senato

In chiusura: **don Virginio Colmegna**
Presidente della Fondazione Casa della carità

Per informazioni

info@souqonline.it - 02.25935243
casadellacarita.org/accogliere_emergenze?