- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.91 Sat, 12 Jul 2025, 08:39:53

Dalla letteratura

In collaborazione con l'Associazione Alessandro Liberati – Network Italiano Cochrane
www.associali.it

Come uscire dalla salute disuguale?

La salute è disuguale per la diversità delle abitudini individuali, per la differenza nel modo con cui tuteliamo il nostro benessere e ci proteggiamo dalle malattie. Le politiche sanitarie contano, ma molto meno di quelle sociali ed economiche. Chi è andato avanti negli studi o ha un lavoro o vive circondato da relazioni umane positive vive meglio e più a lungo, anche perché ha maggiore libertà di scelta ed è più probabile segua un'alimentazione equilibrata, faccia esercizio o attività sportiva, riposi con regolarità.

La salute è disuguale perché il sistema sanitario non è organizzato in modo omogeneo: i cittadini di alcune regioni hanno un accesso meno facile alle prestazioni, sia in termini di tempestività sia per la prossimità ai servizi. Le differenze geografiche esistono anche all'interno di una stessa regione e, addirittura, della medesima città. Gli esiti delle cure possono essere molto diversi anche in due ospedali dello stesso quadrante cittadino.

La salute è disuguale perché il servizio sanitario risponde in modo diverso ai bisogni di salute delle donne e degli uomini. Perché la frequenza e le modalità del ricorso ai servizi sono influenzate dal genere. Perché la ricerca genere-specifica è ancora acerba, segno di un'attenzione dettata più da interessi commerciali che da un'autentica determinazione a comprendere i determinanti di salute e malattia.

La salute è disuguale perché molte differenze si determinano alla nascita e non vengono colmate. Al contrario, sono inasprite da un sistema che limita le possibilità di riscatto, di mobilità sociale. Se un bambino nasce in una famiglia povera è assai probabile che diventerà un adulto povero, deprivato, marginale. La sua salute sarà peggiore, la dipendenza da alcol e tabacco più probabile, così che la minore durata della sua vita e la morte più precoce potranno addirittura rivelarsi una consolazione.

La salute è disuguale perché il sistema della ricerca non funziona o, meglio, non esiste. Non sono chiari gli obiettivi e l'agenda della ricerca è in buona misura dettata dal privato, non dalle istituzioni pubbliche in rappresentanza dei cittadini. Lo sviluppo di nuove terapie è guidato dalle logiche del profitto e il controllo regolatorio è insufficiente, poco sistematico, troppo indulgente.

Questa è la salute disuguale, e di molto di questo si è discusso al festival dell'economia organizzato dalla Provincia di Trento e dalla casa editrice Laterza ai primi di giugno 2017.

Non ne ha parlato direttamente, però, il ministro della salute nello spiegare perché sarebbe meglio chiudere gli ospedali a ridotto volume di attività o perché il costo crescente dei nuovi farmaci aumenta le iniquità. Eppure, sarebbero stati due argomenti da cogliere al volo per motivare le decisioni che le istituzioni potrebbero prendere. Concentrando le prestazioni sanitarie nei centri ad attività più intensa si possono ridurre le disomogeneità di esito delle cure, migliorando equità e risultati; valutando con maggiore attenzione il reale miglioramento di sopravvivenza garantito dai nuovi medicinali potremmo contenere il peso economico di una rimborsabilità quasi generalizzata, destinando risorse a prestazioni e servizi a maggiore valore aggiunto.

Invece, è stato fatto l'elogio della terapia protonica, annunciandone l'inserimento nei livelli essenziali di assistenza, con grande soddisfazione della Provincia di Trento che spera di attrarre pazienti verso il centro di proton therapy aperto in città. Nello stesso momento, dal congresso della società statunitense di oncologia medica che si svolge a Chicago, Vinay Prasad scriveva: «Subsidizing proton radiation therapy while cutting basic health services is the definition of a state making incompetent decisions».

Non hanno parlato di salute disuguale i partecipanti all'incontro sulle priorità e gli obiettivi della ricerca. Eppure, le disuguaglianze di salute nascono o sono confermate da una ricerca che non punta a risolverle, che guarda solo alla tecnologia come chiave per l'innovazione e di fatto esclude la medicina generale, le cure primarie e il nursing dagli ambiti oggetto di attenzione, che non prevede continuità nella pubblicazione di bandi, che non segue criteri rigorosi nel premiare i progetti più utili e rigorosi, che non destina risorse all'attività di ricerca sulla valutazione della ricerca (sembra, ma non è, un gioco di parole). La salute è disuguale perché non ha un "proprio festival" in grado di motivare a partecipare decine di migliaia di cittadini, come accade per il festival delle letterature (Mantova), della filosofia (Modena, Carpi e Sassuolo), della spiritualità (Torino), della mente (Sarzana)... La salute chiede ospitalità e spazio in ambiti diversi ma questa può rivelarsi un'opportunità. Per esempio per scoprire, con il premio Nobel Jean Tirole, di condividere le stesse difficoltà con l'economia: la perdita di credibilità degli esperti, l'incapacità dei media di far crescere la competenza nei cittadini, la facilità

Alan Kotok: Office building construction worker. Flickr CC.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.91 Sat, 12 Jul 2025, 08:39:53

Victor: The worker. Flickr CC.

con cui anche le persone meno preparate possono ritenersi in grado di prendere decisioni in un ambito che, al contrario, è molto complesso.

Quattro giorni di incontri quasi sempre di grande interesse ma che non hanno dato molte risposte: i bambini italiani avranno una migliore salute nei prossimi anni? La scelta di imporre l'obbligo vaccinale avrà successo? Sarà accompagnata da analoga determinazione a migliorare la health literacy dei cittadini? Lo scandalo dei prezzi dei farmaci sarà considerato un oltraggio alla salute come bene comune oppure l'industria farmaceutica continuerà a essere governata a vista? La riforma sanitaria di Obama sarà sostituita dalla Trump care? Il consenso quasi unanime sul welfare aziendale sarà confermato o a qualcuno verrà il dubbio che sia un modo per iniziare a mettere in discussione l'equità e l'universalità del servizio sanitario? Uno sguardo prudente sull'innovazione sarà giudicato come un atteggiamento da "signori del tempo perso" (vedi il libro recente di Giorgio Barbieri e Francesco Giavazzi, edito da Longanesi) che si oppongono al cambiamento del Paese? La richiesta di attenzione per i conflitti di interesse sarà considerata un inciampo, un timore eccessivo, un ostacolo alla auspicata soluzione d'ogni problema, vale a dire alla collaborazione tra pubblico e privato?

Il festival dell'economia non regala, dunque, risposte precise. Offre, però, un'indicazione implicita: la salute dei cittadini – come persone e come popolazione – è direttamente collegata alla ripresa economica del Paese. A questo, ci dicono, occorre puntare, anche a costo di fare qualche patto col diavolo.

Sovradiagnosi e cancro della mammella

Le persone ricche sono più a rischio di prescrizioni di esami inutili, terapie superflue, attività di riabilitazione non necessarie. Con risultati talvolta molto negativi, vuoi psicologici, vuoi fisici: fino alla morte più precoce.

In un articolo uscito sul *New England Journal of Medicine* l'8 giugno 2017[1], Gilbert Welch e Elliott Fischer spiegano che non sempre un reddito elevato si associa a maggiore benessere. Per arrivare a questa conclusione hanno analizzato gli US Census data confrontando incidenza e mortalità per quattro tipi di cancro tra gli abitanti di quartieri a reddito medio familiare superiore ai 75 mila dollari con quelli delle zone del Paese in cui i guadagni sono inferiori ai 40 mila dollari. Le quattro patologie – cancro della mammella, della prostata, della tiroide e melanoma – sono state scelte per essere più sensibili a variabilità dovute alla più o meno intensa "intensità osservazionale". Intendendo con questa espressione l'effetto combinato della frequenza degli esami diagnostici, degli screening, della capacità dei test di scoprire piccole alterazioni e della variabilità delle soglie che distinguono normalità e patologia nella determinazione e classificazione dello stato di malattia.

Come vediamo dalla figura 1, nelle zone dove vive la popolazione più benestante si osserva un maggiore incremento nell'incidenza di tutti e quattro i tipi di tumore rispetto ai quartieri più poveri. Come spiegare questa evidenza? I ricchi potrebbero sottoporsi più spesso a screening e, per esempio nel caso di esami di risonanza magnetica, vedersi segnalate anche piccole alterazioni. Inoltre, in un sistema come quello statunitense, potrebbero sottoporsi a un maggior numero di prestazioni, perché il loro costo sarebbe comunque coperto dalle assicurazioni. Il dato più clamoroso, però, è che la mortalità è praticamente identica: nonostante l'incidenza del cancro sia maggiore tra i ricchi, la mortalità per tumore di persone benestanti e persone più povere è praticamente uguale.

La questione sollevata da Welch e Fischer riguarda due aspetti. Da una

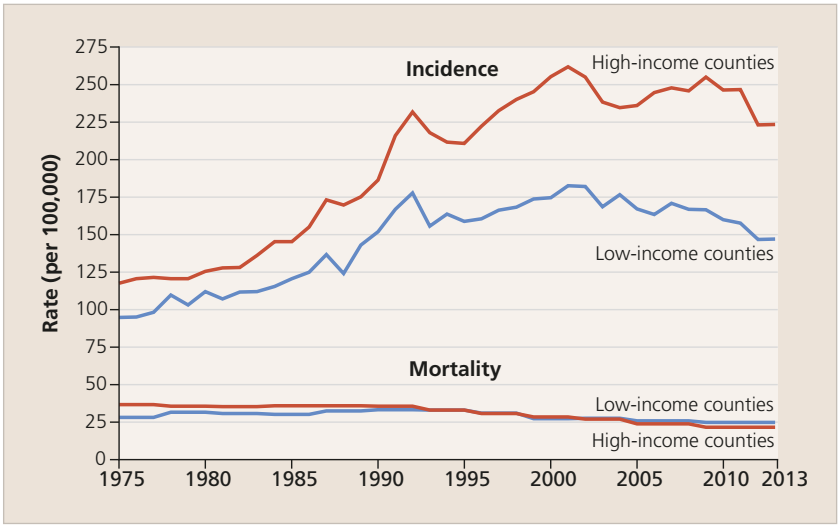

Figura 1. Tendenze di incidenza e mortalità per cancro al seno, cancro alla prostata, cancro della tiroide e melanoma nelle contee ad alto e basso reddito negli Stati Uniti (1975-2013).

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.91 Sat, 12 Jul 2025, 08:39:53

parte, richiamano l'attenzione sul tempo – più che sulla tempestività – della diagnosi: i due clinici della Darmouth Medical School certamente raccomandano di andare dal medico in presenza di sintomi o segni evidenti, ma sconsigliano di ricercare "a tutti i costi" la malattia esponendosi a terapie superflue, effetti indesiderati dei medicinali o complicanze chirurgiche evitabili. D'altro canto, un sistema sanitario che spende gran parte delle risorse per mettere a punto e incentivare l'uso di procedure diagnostiche sempre più sofisticate rischia di distogliere investimenti e attenzione dei cittadini dalle cose che più contano: alimentazione equilibrata e stili di vita salutari. L'analisi pubblicata sul *NEJM* non è risolutiva, salvo portare altri argomenti a favore dell'evidenza di sovradiagnosi di diverse patologie oncologiche. Per capire cosa intendiamo con sovradiagnosi chiediamo aiuto a Marco Bobbio, che nel suo libro *Troppa medicina*[2] si fa a sua volta aiutare da Giovanni Galvagno, "uno scrupoloso gerontologo di Como": «Immaginiamo un gruppo di pazienti cui viene diagnosticato un cancro all'età di 67 anni, quando ha iniziato a provocare sintomi, e che moriranno a 70 anni; ogni paziente sopravvive solo 3 anni dal momento della diagnosi. Immaginiamo ancora che lo stesso gruppo di pazienti venga sottoposto a uno screening, per cui il cancro viene individuato a 60 anni, prima di aver provocato sintomi; tuttavia i pazienti moriranno lo stesso a 70 anni».

Jeanne Menjoulet: Three workers. Flickr CC.

Non sono mancati i commenti perplessi al lavoro di Welch e Fischer: «Some say mammograms don't save lives, and we order too many. That may be true, but which ones should we eliminate?» La domanda che rivolge ai propri follower su Twitter Michel Accad non è retorica: il punto è proprio stabilire quali tumori è necessario trattare e quali invece potrebbe essere sufficiente osservare perché destinati a non rappresentare un pericolo. La dialettica tra offerta e domanda di prestazioni sanitarie ha un impatto diretto sull'appropriatezza del loro utilizzo. Ma fintanto che il sistema sanitario premierà la quantità sulla qualità non potrà esserci soluzione favorevole ai cittadini.

Bibliografia

1. Welch G, Fisher ES. Income and cancer overdiagnosis: when too much care is harmful. N Engl J Med 2017; 376: 2208-9.
2. Bobbio M. Troppa medicina. Un uso eccessivo può nuocere alla salute. Torino: Einaudi, 2017.